

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U TUYẾN THƯỢNG THẬN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Quang Trung*

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp: Từ 01/2015 – 04/2019 có 30 bệnh nhân bị u tuyến thượng thận được điều trị bằng PTNS tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Kết quả:** Tuổi thường gặp từ 30 – 70 tuổi chiếm 80,6%; tuổi trung bình là 45,3 tuổi; tỷ lệ nam/nữ là 30/70%; nhóm bệnh Pheochromocytoma (40%) gặp nhiều nhất; kích thước u từ 2- 5 cm gặp nhiều nhất (60%); thời gian mổ trung bình là $90,5 \pm 32,03$ phút; ngày điều trị trung bình là $7,5 \pm 0,9$ ngày; tai biến trong mổ gặp 16,7%; biến chứng sau mổ gặp 13,2 %; u vỏ thượng thận gặp chủ yếu (53,3%). **Kết luận:** PTNS điều trị u tuyến thượng thận có tính an toàn và hiệu quả cao, tỉ lệ tai biến biến chứng thấp, mang lại sự hài lòng cho người bệnh.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, u tuyến thượng thận.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC ADRENAL SURGERY AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Purpose: To evaluate short term outcomes of laparoscopic adrenalectomy (LA) at Nghe an Oncology Hospital. **Results:** 30 patients underwent LA with mean age of $45,3 \pm 11,8$, range: 30 – 70 from 01/2015 to 04/2019; men/women rate was 30/70 %; A right adrenal gland tumor in 17 patients (57%), a left adrenal gland tumor in 13 patients (43%); Pheochromocytoma patients were present most (40%), follow by incidentaloma patients (33,3%); tumor size range 2 – 5 cm were present most (60%); mean time operative was $90,5 \pm 32,03$ min; mean hospital stay was $7,5 \pm 0,9$ days; cortex adrenal glands were most common (53,3%); there were no major intraoperative accidents and post operative complications. **Conclusions:** LA is a safe, effective and well tolerated procedure for the treatment of adrenal tumor with low intraoperative accidents and post complications rate.

Key words: Laparoscopic adrenalectomy, adrenal tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến thượng thận (TTT) là tuyến nội tiết có tính sinh mạng đối với cơ thể, nó nằm sâu sau phúc mạc và có vai trò cực kỳ quan trọng đối với hoạt động sống [1],[2]. Sự tăng tiết các nội tiết tố do u tuyến thượng thận đã gây nên nhiều hội chứng bệnh lý khó có thể điều trị triệt để bằng

nội khoa [2],[3]. Các bệnh lý thường gặp nhất có thể giải quyết bằng phẫu thuật là bệnh Conn (cường aldosterone nguyên phát) do TTT, hội chứng Cushing do u TTT, u sắc bào tủy TTT và các loại ung thư TTT... [4],[5],[8].

Năm 1926, Roux.S và Mayo.C thực hiện thành công phẫu thuật cắt bỏ u tuyến thượng thận. Năm 1992, Gagner [4] thực hiện thành công phẫu thuật cắt bỏ u TTT qua nội soi, mở ra thời kỳ mới trong lịch sử điều trị ngoại khoa u tuyến thượng thận.

Tại Việt Nam đã có một số báo cáo kinh nghiệm phẫu thuật nội soi u TTT [1],[2] được thông báo. Năm 2000 Trần Bình Giang thông báo 30 trường hợp cắt bỏ u tuyến thượng thận qua nội soi tại Hội nghị ngoại khoa toàn quốc [2]. Năm 2005 Nguyễn Đức Tiến báo cáo 95 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt U TTT lành tính tại Bệnh viện Việt Đức [3], chưa thấy các báo cáo của các bệnh viện tuyến tỉnh.

Tại bệnh viện UBNA, phẫu thuật nội soi cắt u TTT được tiến hành từ năm 2015, nghiên cứu này nhằm mục tiêu: “Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị u tuyến thượng thận tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 01/2015 đến 4/ 2019”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 30 bệnh nhân u tuyến thượng thận được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi trong thời gian 01/2015 - 04/2019 tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, có hồ sơ bệnh án đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chuyển mổ mở ngay sau khi thăm sát ổ bụng bằng nội soi đánh giá không thể mổ nội soi được, BN có GPB sau mổ không phải u TTT.

2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang, lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Các chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: Tuổi, giới, vị trí u

- Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm của BN U TTT: Các triệu chứng thuộc các hội chứng như: hội chứng Cushing, hội chứng Conn, hội chứng Apert-Gallais, hội chứng, Pheochromocytoma, u phát hiện ngẫu nhiên, kích thước u trên siêu âm, CLVT, kết quả GPB sau mổ.

- Các chỉ số liên quan phẫu thuật: Đường vào trong hay sau phúc mạc, số lượng, vị trí trocar, thời

*Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: thaibatapchimtud@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/4/2019

Ngày phản biện khoa học: 5/5/2019

Ngày duyệt bài: 24/5/2019

gian mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ...

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu NC xử lý theo các chương trình toán thống kê y học chuẩn SPSS 20.0. Sử dụng thuật toán "khi bình phương" (χ^2) để kiểm định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm phân bố u tuyến thượng thận theo tuổi, giới, vị trí u: Độ tuổi thường gặp ở cả 2 giới 30-70, chiếm tỉ lệ 80,6%. Tuổi trung bình: $45,3 \pm 11,8$ (tuổi), BN nhỏ nhất 19 tuổi, lớn nhất 73 tuổi. Nữ gặp nhiều hơn nam (21 nữ - 70%, 9 nam - 30%). Vị trí u gặp bên phải (17 BN - 57%) nhiều hơn bên trái (13 BN - 43%).

2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh u tuyến thượng thận

Bảng 1: Kích thước u trên siêu âm và CLVT

Kích thước	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Dưới 2cm	5	16,7
2 – 5 cm	18	60
Trên 5cm	7	23,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Kích thước u từ 2 – 5 cm chiếm tỉ lệ nhiều nhất (60%)

3. Kết quả phẫu thuật: Tất cả bệnh nhân đều sử dụng 4 trocar, đường vào trong ổ bụng, thời gian mổ trung bình của các u TTT là: $90,5 \pm 32,03$ (phút), bên trái: $85,5 \pm 28,9$ (phút), bên phải: $100,8 \pm 39,4$ (phút), 100% bệnh nhân có sử dụng dao hamonic scaple hỗ trợ, thời gian điều trị

4. Liên quan kết quả phẫu thuật với vị trí và kích thước u

Bảng 5: Liên quan kết quả phẫu thuật với vị trí và kích thước u

Yếu tố liên quan	Kích thước		P	Vị trí u		P
	$\leq 50\text{mm}$	$>50\text{mm}$		Phải	Trái	
Thời gian mổ	65	102	0,03	110	94	0,6
Rối loạn HA trong mổ	3	4	0,63	4	3	0,7
Tai biến	3	2	0,81	1	4	0,3
Lượng máu mất trong mổ	85	98	0,7	120	98	0,4
Biến chứng	1	3	0,83	3	1	0,7

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm kích thước u về thời gian mổ, còn lại các yếu tố khác không có sự khác biệt giữa kích thước và vị trí khối u.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung: Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập được 30 trường hợp u tuyến thượng thận được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi. Trong đó có 3BN H/C Cushing, 5 BN H/C Conn, 12 BN Pheochromocytoma và 10 trường hợp u TTT không bài tiết phát hiện ngẫu nhiên, chúng tôi không gặp trường hợp nào hội chứng Apert – Gallais. Kết quả cho thấy bệnh lý u tuyến thượng thận thường gặp ở lứa tuổi từ 30 đến 70 với tỷ lệ 80,6%. Gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ nữ/nam là 21/9. Kết quả của chúng tôi phù hợp

TB : $7,5 \pm 0,9$ (ngày), ngắn nhất 4 ngày, dài nhất 13 ngày, chuyển mổ mở 1 trường hợp, không có bệnh nhân nào phải truyền máu trong mổ.

Bảng 2: Tai biến trong mổ

Tai biến	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Chảy máu trong mổ	2	6,7
Tổn thương tạng	3	10
Không tai biến	25	83,3
Tổng	30	100

Nhận xét: Có 2BN chảy máu trong mổ: 1BN mổ mở chảy từ diện cắt và 1BN mổ NS do tuột clip, 3 BN rách nhu mô gan P.

Bảng 3: Biến chứng sau mổ

Loại biến chứng	N	%
Hạ kali máu	1	3,3
Hạ Glucose máu	1	3,3
Nhiễm trùng lỗ trocar	2	6,6
Không biến chứng	26	86,8
Tổng	30	100

Nhận xét: Có 1BN (3,3%) hạ kali sau mổ, có 1 BN (3,3%) hạ Glucose máu sau mổ, nhiễm trùng lỗ trocar rốn có 2 BN (6,6%).

Bảng 4: Giải phẫu bệnh u TTT sau mổ

Tổn thương GPB	N	%
U tủy	8	26,7
U vỏ	16	53,3
Dạng nang	6	20
Tổng	30	100

Nhận xét: Giải phẫu bệnh sau mổ u vỏ TT chiếm đa số với 16BN (53,3%)

với các nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước [3],[4],[6]. Tuổi trung bình theo tác giả trong nước là 38,6 tuổi [3] và theo tác giả nước ngoài là 47,7 tuổi [5,6], kết quả của nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 45,3 tuổi. Vị trí u gặp bên phải nhiều hơn bên trái.

2. Đặc điểm lâm sàng

- Bệnh nhân có hội chứng Cushing:

+ Biểu hiện hình thể: Các dấu hiệu béo cục bộ gây ra do tác dụng cường cortisol, chúng tôi gặp 100% các trường hợp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Aron và cộng sự gặp 85%, Orth có 100% trường hợp mặt tròn, 86% u mô

gầy [8], Đổ Trung Quân gặp 91,5% [3] tăng cân, 100% các trường hợp béo cục bộ và mặt tròn đỏ.

+ Tăng huyết áp: Tăng huyết áp là do cường chức năng vỏ thượng thận gây tăng tiết Steroid, nhóm NC gặp ở 2/3 BN chiếm 66,6%, phù hợp với NC của Đổ Trung Quân 50,2%, Mai Thế Trạch 64,3% [3].

- Bệnh nhân có hội chứng Conn: Theo nhiều tác giả cao huyết áp là dấu hiệu thường gặp dẫn bệnh nhân tới khám thầy thuốc [1],[2]. Nghiên cứu của chúng tôi gặp 100% bệnh nhân có cao huyết áp (bảng 3.5) phù hợp kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trinh Cơ [3] Lê Ngọc Từ [2] là 100%.

- Bệnh nhân Pheochromocytome

- Tăng huyết áp: Tăng huyết áp là dấu hiệu lâm sàng chủ yếu và thường gặp. Cơ chế do sự tăng cao catecholamine trong máu. Tăng huyết áp biểu hiện các hình thái khác nhau:

+ Cơ tăng huyết áp kịch phát:

+ Tăng huyết áp thường xuyên:

- U phát hiện ngẫu nhiên: Qua siêu âm hay đi khám sức khỏe định kỳ chúng không có dấu hiệu đặc trưng, đôi khi có dấu hiệu mờ lửng và hội chứng sau phúc mạc. Vì thế chúng thường được phát hiện tình cờ hoặc sau biến chứng. Để chẩn đoán được u tuyến thượng thận phát hiện ngẫu nhiên chỉ có thể dựa vào chẩn đoán hình ảnh. Theo Copeland [8] tỷ lệ phát hiện được nhóm u này qua chụp CLVT là 0,6 - 1,35%, kết quả gần với nghiên cứu khi mổ tử thi phát hiện 1 - 2% có u tuyến thượng thận

3. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: Các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm sinh hóa rất cần thiết để chẩn đoán loại u ở tuyến thượng thận nhưng để định vị chính xác tổn thương thì các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh đóng một vai trò hết sức quan trọng, nó còn giúp đánh giá tình trạng khối u, ảnh hưởng của khối u đối với các cơ quan lân cận.

Sự ra đời của siêu âm và CT scan được coi là cuộc cách mạng trong chẩn đoán vị trí u tuyến thượng thận. Trong nghiên cứu này 100% bệnh nhân được làm siêu âm chẩn đoán kết quả của chúng tôi với độ nhạy 88,5% phù hợp với nghiên cứu các tác giả trên. 3BN phát hiện được tổn thương nhưng định dạng sai vị trí cơ quan bị tổn thương. Hiện nay chụp CLVT là phương pháp chẩn đoán hình ảnh được chọn đầu tiên trong chẩn đoán u tuyến thượng thận. Kết quả nghiên cứu cho thấy chụp CLVT u tuyến thượng thận có độ nhạy 100% phù hợp nghiên cứu của Marois. C 100% [7] và của Nguyễn Duy Huệ là 96,4% [3].

4. Kết quả phẫu thuật

- Thời gian mổ: Thời gian phẫu thuật trung bình trong nhóm NC $90,5 \pm 32,03$ (phút). Thời gian mổ U TTT bên trái: $85,5 \pm 28,9$ (phút), mổ U TTT bên phải: $117,8 \pm 39,4$ (phút), phù hợp với các kết quả của Gagner. M [4] là 123 phút, (n=118), là 92,5 phút và Trần Bình Giang [3] là 80 phút (n=100), của Nguyễn Đức Tiến là 86 phút. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố: Kinh nghiệm của phẫu thuật viên, thể trạng bệnh nhân, vị trí của u, kích thước của u, bản chất khối u... Chúng tôi có 1 trường hợp phải chuyển mổ mở do trong quá trình phẫu tích u to và dính, không thể tiếp tục phẫu tích bằng nội soi.

- Rối loạn huyết động trong mổ: Tăng huyết áp khi phẫu tích: Hầu như tất cả các u chế tiết khi mổ đều tăng huyết áp. Cơ chế cao huyết áp có thể xảy ra khi sờ nắn vào u được rất nhiều tác giả quan tâm tới vì nếu sự phóng thích catecholamine không được kiểm soát tốt thì tính mạng bệnh nhân sẽ nguy hiểm. Kết quả nghiên cứu có 7/30 BN (23,3%) huyết áp > 200/100mmHg. Cơ chế cao nhất gặp trong mổ là 240/120mmHg, đa số ở BN Pheochromocytoma

- Tai biến trong mổ: Kết quả của nhóm nghiên cứu tỷ lệ tai biến chung là 16,7%, chảy máu trong mổ, chảy máu từ diện bóc tách và tuột clip trong mổ (6,7%) với những u > 50mm, được khâu cầm máu bằng chỉ prolene 4.0, 3 BN tổn thương gan (10%) do dụng cụ nội soi dùng vén gan làm rách nhu mô gan, chèn gạc tự cầm máu. Kết quả nghiên cứu tai biến trong mổ của Chapus là 33%, Gagner là 12% [4], Trần Bình Giang [3] là 1,9%. Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ định cũng như kỹ thuật phải thận trọng với u > 50mm, lưu ý u bên phải.

- Các biến chứng và diễn biến sau mổ: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy biến chứng sau mổ nhìn chung không gây hậu quả nghiêm trọng (tỷ lệ biến chứng là 13,2%). Kết quả nhóm nghiên cứu phù hợp các nghiên cứu của Trần Bình Giang [3] biến chứng sau mổ là 7%, Brunt là 12,5%, Nguyễn Đức Tiến là 14,7% [2]. Biến chứng sa lồi, thoát vị ở lỗ trocar nhóm nghiên cứu không gặp trường hợp nào. Xâm phạm thành bụng tối thiểu đó là ưu thế nổi bật của phẫu thuật nội soi u tuyến thượng thận vì tỷ lệ nhiễm trùng thành bụng rất thấp [3],[6],[7]. Kết quả nghiên cứu chỉ gặp 2 trường hợp nào bị nhiễm trùng lỗ trocar, phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả.

5. Kết quả giải phẫu bệnh: Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (bảng 3.23): U vỏ TT chiếm đa số với 16/30 BN chiếm 53,3%, u tủy TT 8/30 BN (26,7%), U nang TT 6/ BN (20%). Giải phẫu

bệnh là tiêu chuẩn duy nhất có giá trị chẩn đoán xác định u TTT (u vỏ hay u tủy thượng thận). Đối với u vỏ thượng thận, trong điều kiện khó khăn về phương tiện và hoá chất đã không cho phép nhóm nghiên cứu có được chẩn đoán chính xác giải phẫu bệnh u có nguồn gốc từ lớp nào của vùng vỏ, vì thế việc chẩn đoán các hội chứng gây ra do u vỏ thượng thận (hội chứng Cushing, hội chứng Conn và hội chứng Aipert-Gallais) chủ yếu dựa vào lâm sàng, sinh hoá đặc trưng, chẩn đoán hình ảnh và trả lời kết quả giải phẫu bệnh là u vỏ TTT.

6. Thời gian nằm viện : Kết quả của nhóm nghiên cứu số ngày điều trị phù hợp nghiên cứu của Gagner [4] là 4,5 ngày, Bennett [5] là 6,4 ngày, Trần Bình Giang [3] là 4,4 ngày.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu 30 trường hợp U tuyến thượng thận được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 01/2013 đến 10/2018 cho thấy cắt u tuyến thượng thận qua nội soi là phẫu thuật an toàn, hiệu quả cao với tỉ lệ tái biến chứng thấp, đạt được các yêu cầu về điều trị bệnh cũng như đảm bảo tính thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Bình Giang, Hoàng Long, Lê Ngọc Từ (2000), "Cắt u tuyến thượng thận qua nội soi nhân hai trường hợp", Ngoại khoa số đặc biệt-chuyên đề nội soi, tr 16-18.
2. Trần Bình Giang, Nguyễn Đức Tiến, Lê Ngọc Từ, Tôn Thất Bách, Đỗ Kim Sơn, Nguyễn Bửu Triều (2000), "Phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận", Ngoại khoa, tập 44, số 6, tr 13-17.
3. Trần Bình Giang, Nguyễn Đức Tiến (2004), "100 trường hợp cắt u tuyến thượng thận qua nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Việt-Đức", Y học thực hành
4. Gagner.M, Lacroix.A, Botte.A (1992), "Laparoscopic Adrenalectomy in cushing's syndrome and Pheochromocytoma", N.Eng.J.Med, PP 327-1033.
5. Ianc.Bennett and Mark Ray (2002), "Hand-Assisted Laparoscopic Adrenalectomy: An alternative minimal invasive surgical technique for the adrenal gland", ANZJ.Surg, N^o72, PP 801-805.
6. Beninca G, Garrone C, Rebecchi F, Giaccone C, Morino.M (2003), "Robot-assisted laparoscopic surgery, Preliminary results at our center", Chir Ital, N^o5, PP 321-331.
7. Hubens G, Coverlirs H, Balliu L, Ruppert M, Vaneerdewg W (2003), "A performance study comparing manual and robotically assisted laparoscopic surgery using da Vinci system", Surg Endosc N^o17, PP 1595-1599.
8. William E, Grizzle (1988), "Pathology of adrenal glands, Seminars in Roentgenology", N^o23, PP 323-331.

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG XƠ HÓA GAN BẰNG KỸ THUẬT ĐO ĐỘ ĐÀN HỒI THOÁNG QUA VÀ APRI Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN B MẠN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE

Trần Thị Khánh Tường*

TÓM TẮT

Mở đầu: kỹ thuật đo độ đàn hồi thoáng qua (Transient elastography-TE) với máy Fibroscan (Echosens, Paris, France) và chỉ số APRI là các phương pháp đánh giá xơ hóa gan không xâm nhập được khuyến cáo sử dụng trên bệnh nhân viêm gan B mạn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu này thực hiện để đánh giá sự thay đổi xơ hóa gan bằng TE và APRI trên bệnh nhân viêm gan B mạn sau điều trị của TDF 6 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu này thực hiện trên 60 bệnh nhân viêm gan B mạn có chỉ định điều trị kháng virus. Tất cả bệnh nhân được điều trị bằng TDF, được đánh giá xơ hóa gan bằng APRI và TE trước điều trị và sau 6 tháng điều trị. **Kết quả:** Ở tháng thứ 6, tỷ lệ bình thường hóa ALT 67,51%; đáp ứng virus là 100%. Đáp

ứng xơ hóa gan sau 6 tháng điều trị bằng APRI là 46,67%; TE là 28,33%; 1 trong 2 phương pháp là 73,33% và phối hợp cả 2 phương pháp là 15,38%. Trong nhóm đáp ứng cả virus và sinh hóa, đáp ứng xơ hóa gan sau 6 tháng điều trị đánh giá bằng APRI là 58,14%; TE là 34,88%; 1 trong 2 phương pháp là 72,09% và phối hợp cả 2 phương pháp là 18,60%. **Kết luận:** TDF cải thiện xơ hóa gan đánh giá bằng APRI và TE ở một số bệnh nhân viêm gan B mạn sau 6 tháng điều trị, đặc biệt đáp ứng xơ hóa có tỷ lệ cao hơn ở nhóm có đáp ứng virus và sinh hóa.

Từ khóa: Xơ hóa gan; viêm gan B mạn; APRI, đo độ đàn hồi thoáng qua

SUMMARY

ASSESSMENT OF HEPATIC FIBROSIS REGRESSION BY TRANSIENT ELASTOGRAPHY AND APRI IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS B TREATED WITH TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE

Background: Transient Elastography (TE) and APRI are non-invasive methods to assess liver fibrosis, recommended in patients with chronic hepatitis B for treatment and follow-up. **Objectives:** This study was

*Trường ĐH Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Khánh Tường

Email: drkhanhtuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/4/2019

Ngày phản biện khoa học: 5/5/2019

Ngày duyệt bài: 24/5/2019

performed to assess the change of liver fibrosis by TE and APRI after 6 months of TDF treatment in patients with chronic hepatitis B. **Patients and Methods:** This study was conducted in 60 chronic hepatitis B patients who had the indication of antiviral therapy. All patients treated with TDF were evaluated for liver fibrosis with APRI and TE before and after 6 months of treatment. **Results:** At 6 months, normalization of ALT 67.51%; viral response of 100%. Improved liver fibrosis after 6 months post-treatment was APRI là 46.67% via APRI; 28.33% via FibroScan; 73.33% via APRI or FibroScan, and 18.06% via combined methods. In patients with viral response and normalization of ALT, improved liver fibrosis after 6 months post-treatment was 58.14% via APRI, 33.88% via FibroScan, 72.09% via APRI or FibroScan, and 18.06% via combined methods. **Conclusions:** TDF therapy resulted in the improvement of liver fibrosis assessed by TE and APRI in a substantial portion of patients with chronic hepatitis B disease

Key words: Liver fibrosis; chronic hepatitis B; APRI, Transient Elastography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mục đích của điều trị viêm gan B mạn tính nhằm ngăn ngừa biến chứng và giảm nguy cơ tử vong cho bệnh nhân. Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) là một trong 2 thuốc kháng virus được chọn lựa đầu tiên dùng trong điều trị bệnh nhân (BN) viêm gan B mạn (VGBM). Để chỉ định cũng như theo dõi điều trị, người ta thường dựa vào tải lượng HBV DNA trong máu, men gan ALT, hoạt độ viêm và xơ hóa gan (XHG).

Hiện nay kỹ thuật đo độ đàn hồi thoáng qua (Transient elastography-TE) với máy Fibrosan (Echosens, Paris, France) và chỉ số APRI là các phương pháp đánh giá xơ hóa gan không xâm nhập được khuyến cáo sử dụng trên bệnh nhân viêm gan B mạn (1). Kỹ thuật TE sử dụng nguyên lý đàn hồi thoáng qua kiểm soát rung (Vibration Controlled Transient Elastography - VCTE) để tạo ra sóng biến dạng. Gan càng cứng thì vận tốc sóng biến dạng càng cao, được biểu thị trong khoảng từ 4.0 đến 75 kPa. TE là một kỹ thuật không xâm lấn đánh giá độ cứng gan nhanh chóng. Chỉ số APRI (AST to Platelet Ratio Index) được tính toán chỉ dựa vào ngưỡng và tiểu cầu huyết thanh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân viêm gan B mạn điều trị tại Phòng khám đa khoa Đại Phước TP. Hồ Chí Minh và Phòng khám đa khoa trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tuổi từ 18 trở lên.
- Thời gian phát hiện nhiễm HBV từ 6 tháng trở lên: HBsAg dương trên 6 tháng
- Có chỉ định điều trị viêm gan B mạn theo Tổ

chức Y tế Thế giới (WHO) 2015 (1):

+ Xơ gan (APRI ≥ 2 , FibroScan ≥ 11 kPa), bất kể ALT, HBeAg hay tải lượng HBV DNA.

+ Không xơ gan: Nếu >30 tuổi và có ALT bất thường kéo dài, HBV DNA >20.000 IU/mL (bất kể HBeAg) hay ALT bình thường kéo dài, HBV DNA cao và HBeAg (+). Nếu <30 tuổi có đủ các tiêu chuẩn về HBeAg, HBV DNA và ALT hay xơ hóa gan.

+ Tiền căn gia đình ung thư gan hay xơ gan có biểu hiện ngoài gan.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Xơ gan mất bù khi có một trong các triệu chứng bụng, xuất huyết tiêu hóa do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản và bệnh não gan.

- Đợt cấp của VGBM: khi ALT tăng trên 5 lần giới hạn trên bình thường (ULN)

- BN có những vấn đề sức khỏe khác: đồng nhiễm HCV, HIV; bệnh gan do rượu; bệnh lý gây suy giảm miễn dịch hay dùng thuốc ức chế miễn dịch; có bệnh lý gây giảm tiểu cầu khác, sung huyết gan do bệnh tim hay phổi.

- Kết quả đo của TE không đáng tin cậy: IQR/med $>30\%$ hoặc Success Rate $<60\%$.

Tất cả các BN thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tất cả BN được đánh giá xơ hóa gan trước điều trị và sau 6 tháng điều trị với TDF (Tenofovir stada 300mg/ngày) bằng chỉ số APRI và kỹ thuật TE với máy Fibrosan tại phòng khám đa khoa Đại Phước. Đo tải lượng HBV DNA bằng PCR cobas taqman, với ngưỡng phát hiện 7 IU/ml. Đáp ứng sinh hóa khi ALT $< ULN$ (nam 35 U/l, nữ 25 U/l), đáp ứng virus khi tải lượng HBV DNA giảm $> 2\log$ ở tháng thứ 6 sau điều trị. Đáp ứng XHG đánh giá bằng APRI khi giảm $\geq 0,5$, bằng TE khi độ cứng gan giảm ≥ 1 kPa. Cách tính chỉ số APRI:

$$APRI = \frac{\frac{AST}{ULN}}{\text{Tiểu cầu } (10^9 / L)} \times 100$$

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu trước sau

$$ES = \frac{\bar{d}}{s} \quad n = \frac{2C(1-r)}{(ES)^2}$$

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu trước sau:

s: 9.3 Kpa (9.3-10.2, d: 4 (xơ hoá gan cải thiện 4 kPa đối với không xơ gan, 6 kPa đối với xơ gan sau 6 tháng (2); 6.3 Kpa sau 1 năm (3)→ ES: 0.43

r: hệ số tương quan (0.6-0.8)→0.6. C: hằng số 7.85→ N = 34

- Số liệu được quản lý và xử lý bằng phần mềm Stata 12.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 6/2017-8/2018. Chúng tôi thu thập được 60 BN thỏa tiêu

chuẩn với tuổi trung bình (TB) $41,8 \pm 10,5$ tuổi ($\pm$ độ lệch chuẩn: DLC), cao nhất là 69 tuổi và thấp nhất là 18 tuổi, nam chiếm đa số (61,7%).

Bảng 1: Đáp ứng sinh hóa và virus sau 6 tháng

	HBeAg dương, n (%)	HBeAg âm, n (%)	Tổng, N (%)
Đáp ứng sinh hóa	19 (66,52)	24 (77,41)	43 (71,67)
Không đáp ứng sinh hóa	10 (33,48)	07 (22,59)	17 (28,33)
HBV DNA giảm > 2 log	29 (100)	31 (100)	60 (100)
HBV DNA dưới ngưỡng	16/29 (55,17)	26/31 (83,87)	42/60 (70)

Sau 6 tháng điều trị bằng TDF, đa số có đáp ứng sinh hóa, 100% đáp ứng virus sau 6 tháng điều trị TDF. Tải lượng HBV DNA < ngưỡng phát hiện cao (70%)

Bảng 2: Kết quả trung bình đánh giá xơ hóa gan trước và sau điều trị 6 tháng

	Trước điều trị	Sau 6 tháng	P
APRI	$0,86 \pm 0,31$	$0,29 \pm 0,13$	<0,0001
Độ cứng gan (kPa)	$6,81 \pm 1,52$	$4,97 \pm 1,28$	<0,001

Cả 2 phương pháp đánh giá XHG có trị số trung bình trước và sau điều trị TDF 6 tháng khác biệt có ý nghĩa thống kê

Bảng 3: Đáp ứng xơ hóa gan sau 6 tháng

Đáp ứng xơ hóa	Có n (%)	Không n (%)	P
APRI giảm $\geq 0,5$	28 (46,67)	32 (52,33)	<0,0001
Độ cứng gan giảm ≥ 1 kPa	17 (28,33)	43 (72,67)	<0,001
APRI giảm $\geq 0,5$ và Độ cứng gan giảm ≥ 1 kPa	08 (15,38)	52 (84,62)	<0,0001
APRI giảm $\geq 0,5$ hay Độ cứng gan giảm ≥ 1 kPa	44 (73,33)	16 (26,64)	<0,01

Đáp ứng XHG đánh giá bằng APRI có tỷ lệ cao hơn bằng TE

Bảng 4: Đáp ứng xơ hóa gan theo đáp ứng sinh hóa và virus

Đáp ứng xơ hóa	Đáp ứng sinh hóa và đáp ứng virus		P
	Có (n=43)	Không (n=17)	
APRI giảm $\geq 0,5$ (n=28)	25 (58,14 %)	03 (17,65%)	<0,001
Độ cứng gan giảm ≥ 1 kPa (n=17)	15 (34,88%)	02 (11,76%)	<0,001
APRI giảm $\geq 0,5$ và Độ cứng gan giảm ≥ 1 kPa (n=8)	08 (18,60%)	00 (0%)	<0,001
APRI giảm $\geq 0,5$ hay Độ cứng gan giảm ≥ 1 kPa (n=44)	42 (72,09%)	02 (11,76%)	<0,001

Nhóm có đáp ứng cả sinh hóa và virus có đáp ứng XHG (APRI, TE hay phối hợp) cao hơn nhóm không đáp ứng sinh hóa.

IV. BÀN LUẬN

Diễn tiến tự nhiên của nhiễm HBV qua 4 giai đoạn. Ở giai đoạn dung nạp miễn dịch không có chỉ định điều trị thường < 30 tuổi, vì vậy đa số BN có chỉ định kháng virus >30 tuổi. Tuổi TB bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $41,8 \pm 10,5$; khá tương tự với nghiên cứu của tác giả Trần Văn Huy và cộng sự (4) Trong hầu hết các nghiên cứu của các tác giả khác nam giới luôn chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới, như nghiên cứu Trần Văn Huy (2012) là 61,3%, Nguyễn Thị Hoa (2014) là 60,0% (5).

Đáp ứng sinh hóa và virus: Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bình thường hóa men ALT ở tháng thứ 6 là 71,67%, tương tự với đánh giá sau tháng điều trị TDF của tác giả Trần Văn Huy là 77,3% (4). Đáp ứng virus là một mục tiêu quan trọng trong điều trị viêm gan B mạn nhằm giảm tần

suất xơ gan, ung thư biểu mô tế bào gan. Tỷ lệ đáp ứng virus ở tháng thứ 6 của toàn bộ mẫu nghiên cứu là 100%, tỷ lệ tải lượng DNA dưới ngưỡng là 70%. Như vậy kết quả nghiên cứu đã cho thấy TDF là thuốc kháng virus có hiệu quả đáp ứng sinh hóa và virus rất cao sau 6 tháng.

Đáp ứng xơ hóa gan: Xơ hóa gan nặng (F3) hay xơ gan (F4) có nguy cơ cao ung thư tế bào gan và suy gan mất bù. Do vậy, điều trị giảm xơ hóa gan là một chiến lược cực kỳ quan trọng trong điều trị bệnh gan mạn. Hiện nay, chưa có phương pháp nào có thể tác động trực tiếp trên quá trình xơ hóa được áp dụng trên lâm sàng, ngoại trừ can thiệp nguyên nhân gây viêm gan mạn và xơ hóa gan. Vì vậy, đối với viêm gan B mạn, điều trị kháng virus là phương pháp duy nhất hiện nay để ngăn ngừa xơ hóa gan tiến triển và cải thiện tình trạng xơ hóa. Đánh giá xơ

hóa gan không xâm nhập như APRI, TE giúp người thầy thuốc có thể theo dõi đáp ứng xơ hóa trong quá trình điều trị mỗi 6-12 tháng mà không cần phải sinh thiết gan như trước đây. Chúng tôi ghi nhận APRI và FibroScan trung bình ở tháng thứ 6 sau điều trị giảm có ý nghĩa. Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng xơ hóa đánh giá bằng TE ở tháng thứ 6 là 28,33%, thấp hơn so với tác giả Nguyễn Việt Thịnh và cộng sự (2014) ở tháng thứ 6 là 53,3% (6). Tuy nhiên khi đánh giá đáp ứng xơ hóa gan bằng 1 trong 2 phương pháp (APRI hay TE), tỷ lệ đáp ứng xơ hóa trong nghiên cứu của chúng tôi là 73,33%. Mỗi phương pháp đánh giá xơ hóa gan đều có ưu và nhược điểm riêng, vì vậy phối hợp 2 phương pháp sẽ làm cho giá trị đánh giá xơ hóa gan chính xác hơn. Nghiên cứu của Criscan D, phối hợp APRI và TE làm tăng độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương trong đánh giá xơ hóa gan lên 100% (7). Vì vậy phối hợp 2 phương pháp và TE có thể thay thế sinh thiết gan (tiêu chuẩn vàng) trong xác định giai đoạn xơ hóa gan. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khi phối hợp cả 2 phương pháp đánh giá xơ hóa gan là APRI và TE, tỷ lệ đáp ứng xơ hóa là 15,38%.

Đối với các bệnh nhân vừa đáp ứng cả virus và sinh hóa, đáp ứng xơ hóa gan sau 6 tháng điều trị đều cao hơn so với nhóm có đáp ứng virus nhưng không đáp ứng sinh hóa đáng kể. Như vậy đáp ứng cả sinh hóa và virus là tiền đề cho đáp ứng xơ hóa gan và 6 tháng là thời điểm cần đánh giá lại sau điều trị kháng virus để đánh giá đáp ứng xơ hóa gan cho các bệnh nhân bị

viêm gan B mạn.

V. KẾT LUẬN

TDF cải thiện xơ hóa gan đánh giá bằng APRI và TE ở một số bệnh nhân viêm gan B mạn sau 6 tháng điều trị, đặc biệt đáp ứng xơ hóa có tỷ lệ cao hơn ở nhóm có đáp ứng virus và sinh hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection.** WHO. 2015
2. **Xu Li, et al.** Changes in liver stiffness and its associated factors during oral antiviral therapy in Chinese patients with chronic hepatitis B. *Exp Ther Med.* 2017; 13(3): 1169–1175.
3. **Keisuke Osakabe, et al.** Reduction of liver stiffness by antiviral therapy in chronic hepatitis B. *J Gastroenterol.* 2011; 46:1324–1334
4. **Trần Văn Huy, Nguyễn Hoài Phong.** Nghiên cứu đáp ứng lâm sàng, sinh hóa và virus sau 12 tháng điều trị tenofovir trên bệnh nhân viêm gan B mạn. *Tạp chí Y Dược học - Trường ĐHYD Huế.* 2012;11: tr. 15-21.
5. **Nguyễn Thị Hoa, Trần Ngọc Ánh.** Sự thay đổi nồng độ HBsAg huyết thanh trong dự báo đáp ứng virus ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính được điều trị bằng tenofovir. *Tạp chí nghiên cứu y học.* 2014; 89(4): tr. 55-61.
6. **Nguyễn Việt Thịnh, Trần Văn Huy.** Nghiên cứu đáp ứng sinh hóa, virus và độ đàn hồi gan ở bệnh nhân viêm gan virus B mạn sau 12 tháng điều trị entecavir. *Tạp chí Y Dược học - Trường ĐHYD Huế.* 2014;4(6):tr. 36.
7. **Criscan D RC, Lupsor M.** Two or more synchronous combination of noninvasive tests to increase accuracy of liver fibrosis assesment in chronic hepatitis C; results from a cohort of 446 patients. *Hepatitis monthly.* 2012;12(3):177-84.

KHẢO SÁT SỰ HIỂU BIẾT KHÁNG SINH CỦA SINH VIÊN KHÓA 10 KHOA DƯỢC TRƯỜNG ĐẠI HỌC TÂY ĐÔ

Bùi Tùng Hiệp*, Dương Anh Duy**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự hiểu biết cơ bản về sử dụng kháng sinh của sinh viên khóa 10 khoa Dược đang học tại trường Đại học Tây Đô. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 150 sinh viên khóa 10 khoa Dược của trường Đại học Tây Đô từ tháng 1/2018 đến tháng

1/2019. **Kết quả:** 94% sinh viên đã từng nghe về kháng sinh, 38,6% nghe từ các phương tiện truyền thông như tivi, báo đài; 72,3% cho rằng kháng sinh có thể điều trị cảm cúm, cảm lạnh; 89,4% điều trị các chứng nhiễm trùng hoặc vết thương; 9,2% cho rằng sử dụng kháng sinh không cần toa thuốc bác sĩ; 72,3% đồng ý chia sẻ kháng sinh với người thân; 7,8% ngưng khi cảm thấy hết các triệu chứng lâm sàng, 29,9% tin rằng đề kháng kháng sinh xảy ra vẫn đề là do cơ thể và không gây hậu quả gì nghiêm trọng; 82,8% tin rằng có thể hạn chế đề kháng kháng sinh, bằng cách không tự ý ngưng kháng sinh khi chưa hết thời gian điều trị 18,2% , chỉ dùng kháng sinh khi có toa thuốc bác sĩ 51,9%. **Kết luận:** Tỷ lệ hiểu biết kháng sinh của sinh viên không cao. Cụ thể: 68,1% sinh viên có hiểu biết tốt về kháng sinh, 85,8% sử dụng kháng sinh đúng cách và 50,7% người có hiểu

*Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch

**Trường Đại học Tây Đô, Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tùng Hiệp

Email: buitunghiep2@gmail.com

Ngày nhận bài: 8/4/2019

Ngày phản biện khoa học: 5/5/2019

Ngày duyệt bài: 22/5/2019

biết tốt về đề kháng kháng sinh

Từ khóa: Kháng sinh, sử dụng kháng sinh.

SUMMARY

BASIC UNDERSTANDING OF ANTIBIOTIC USE BY STUDENTS OF THE 10 COURSES OF PHARMACY AT THE TAY DO UNIVERSITY

Objectives: To investigate the basic understanding of antibiotic use by students of the 10 courses of Pharmacy at the University of Tay Do. **Subjects and methods:** Descriptive study, over 150 students of 10 courses of Pharmacy of Tay Do University from January 2018 to January 2019. **Results:** 94% of students have heard about antibiotics, 38.6% have heard from media such as television and radio; 72.3% said that antibiotics can treat flu, colds; 89.4% treat infections or wounds; 9.2% said that using antibiotics does not need a doctor's prescription; 72.3% agreed to share antibiotics with relatives, 7.8% stopped when feeling all clinical symptoms, 29.9% believed that antibiotic resistance occurred because the body and did not cause serious consequences; 82.8% believe that antibiotic resistance can be curbed, by not voluntarily stopping antibiotics when the treatment period is not over 18.2%, using antibiotics only when there are 51.9% prescription drugs. **Conclusion:** The rate of students' knowledge of antibiotics is not high. Specifically: 68.1% of students have good knowledge of antibiotics, 85.8% use antibiotics correctly and 50.7% have good knowledge of antibiotic resistance.

Keywords: Antibiotics, antibiotic use.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh (antibiotics) là những chất do vi sinh vật tiết ra hoặc những chất hóa học bán tổng hợp, tổng hợp với nồng độ rất thấp có khả năng đặc hiệu kiềm hãm sự phá triển hoặc tiêu diệt được vi khuẩn. Sự phát minh ra thuốc kháng sinh đã làm thay đổi công cuộc phát triển của y học hiện đại, giúp điều trị những bệnh nhiễm khuẩn nguy hiểm đến tính mạng con người (WHO, 2015). Mặc dù đã có qui định về kê đơn và bán thuốc theo đơn, nhưng người bệnh vẫn có thể mua thuốc kháng sinh trực tiếp từ các nhà thuốc bán lẻ. Khi sử dụng thuốc kháng sinh không đúng cách (dùng thuốc sai liều, dùng thuốc không đủ thời gian quy định...), dẫn đến thúc đẩy sự phát triển các dòng vi khuẩn kháng thuốc. Để đánh giá mức độ hiểu biết ở trường Đại học Tây Đô tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Khảo sát sự hiểu biết kháng sinh của sinh viên khóa 10 khoa Dược trường Đại học Tây Đô" với mục tiêu khảo sát sự hiểu biết cơ bản của sinh viên về kháng sinh, khảo sát mối liên quan đến hiểu biết cơ bản của sinh viên về sử dụng kháng sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu bao gồm tất cả các sinh viên Dược

khóa 10 của trường Đại học Tây Đô được lựa chọn theo các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các sinh viên khóa 10 có kiến thức hiểu biết về việc sử dụng kháng sinh; độ tuổi từ 19 tuổi trở lên; đồng ý tham gia khảo sát, đối tượng có khả năng giao tiếp bình thường.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đạt các tiêu chuẩn đưa vào mẫu; đối tượng nghiên cứu không trả lời đầy đủ các câu hỏi trong bản câu hỏi.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, từ tháng 1/2018 đến tháng 1/2019 phù hợp với thời gian quy định của nhà trường.

- Thu thập và đánh giá thông tin qua mẫu "phiếu khảo sát"

- Mẫu nghiên cứu: Khảo sát trực tiếp trên 150 sinh viên theo đúng tiêu chuẩn

- Phương pháp phân tích: Số liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel 2010. Các phép phân tích được sử dụng trong nghiên cứu: tính tần số và tỷ lệ phần trăm.

3. Nội dung nghiên cứu

- Khảo sát đặc điểm của sinh viên

- Tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tham gia bảo hiểm y tế, địa điểm khám, nhận (mua) thuốc chữa bệnh Hiểu biết cơ bản về kháng sinh, về cách sử dụng kháng sinh, hiểu biết cơ bản về đề kháng kháng sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Giới và nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu theo giới và nhóm tuổi

Giới, nhóm tuổi (n = 150)		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	78	52%
	Nữ	72	48%
Nhóm tuổi	1997	117	78%
	1996	20	13,3%
	1995	13	8,6%

Tỷ lệ nữ giới tham gia nghiên cứu ít hơn nam giới (nữ: 48%; nam: 52%), chiếm tỷ lệ cao nhất là độ tuổi 22 chiếm 78%, chiếm tỷ lệ thấp nhất là độ tuổi 24 với 8,6%

2. Tham gia bảo hiểm y tế

Bảng 3.2. Đặc điểm về tham gia BHYT của đối tượng nghiên cứu

Bảo hiểm y tế (n = 150)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	143	95,3%
Không	7	4,7%

Người dân có tham gia BHYT chiếm cao nhất với 95,3%, người không tham gia bảo hiểm y tế

chỉ chiếm 4,7%.

3. Lựa chọn dịch vụ y tế

Bảng 3.3. Đặc điểm về lựa chọn dịch vụ y tế của đối tượng nghiên cứu.

Lựa chọn dịch vụ y tế (n = 150)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhà thuốc, quầy thuốc tư	68	45,3%

Phòng khám tư	32	21,3%
Bệnh viện	50	33,3%

Sinh viên thường lựa chọn nhà thuốc hoặc quầy thuốc tư chiếm cao nhất với 45,3%, bệnh viện chiếm 33,3% và chiếm tỷ lệ thấp nhất là phòng khám tư chỉ chiếm 21,3%.

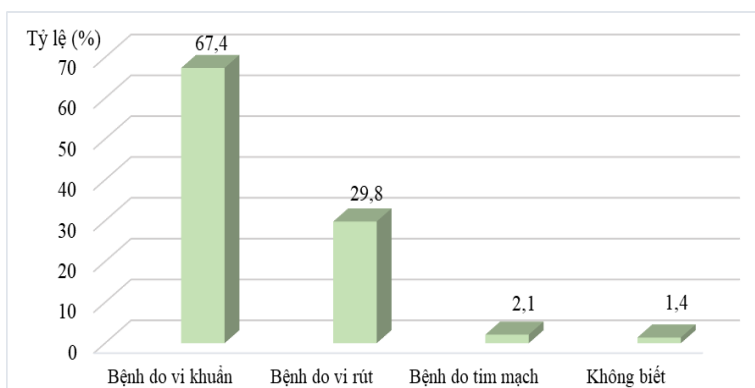
4. Hiểu biết cơ bản về kháng sinh

Bảng 3.4. Nguồn thông tin về kháng sinh

Nguồn thông tin về kháng sinh	Có		Không	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nghe về kháng sinh (n = 150)	141	94%	9	6%
Nguồn thông tin (n=141)				
Phương tiện truyền thông	88	38,6%		
Nhân viên nhà thuốc	17	7,5%		
Bác sĩ, dược sĩ bệnh viện	38	16,7%		
Trường học	80	35,1%		
Hàng xóm/ bạn bè/ người thân	5	2,2%		

Kết quả cho thấy tỷ lệ sinh viên hiểu biết và nghe về kháng sinh chiếm tỷ lệ cao với 94%, không biết về kháng sinh chiếm thấp với 6%, nguồn thông tin người dân nghe về KS chiếm tỷ lệ cao nhất là từ phương tiện truyền thông với 46,2%.

5. Tác dụng của kháng sinh. Kết quả cho thấy sinh viên được khảo sát cho rằng kháng sinh có thể chữa được bệnh do vi khuẩn chiếm 67,4%, do virus chiếm 29,8%.



Biểu đồ 1. Tác dụng của kháng sinh (n=141)

Bảng 3.5. Tác dụng phụ của kháng sinh

Tác dụng phụ của kháng sinh		Có		Không	
		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh có tác dụng phụ (n = 141)		136	96,5	5	3,5
Xử trí tác dụng phụ (n = 136)	Ngưng thuốc và hỏi ý kiến bác sĩ	121	89		
	Chuyển sang thuốc khác	11	8,1		
	Hỏi ý kiến bạn bè/ người thân	4	2,9		
	Không làm gì tiếp tục uống	0	0		

Kết quả cho thấy 96,5% cho rằng kháng sinh có TDP, khi gặp TDP sinh viên thường ngưng thuốc và hỏi ý kiến bác sĩ là 89%.

6. Hiểu biết cơ bản về đề kháng kháng sinh

Bảng 3.6. Các hiểu biết cơ bản về đề kháng kháng sinh

Hiểu biết cơ bản về đề kháng kháng sinh (n = 134)		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Khái niệm	Cơ thể không hấp thu được kháng sinh	7	5,2
	Vi khuẩn gây bệnh chống lại tác dụng của kháng sinh	87	64,9
	Cơ thể sinh ra chất chống lại tác dụng của kháng sinh	40	29,9
Nguyên nhân	Hút thuốc/ uống rượu	4	3
	Dùng thuốc kháng sinh điều trị không đúng bệnh	74	55,2
	Tự ý ngưng kháng sinh khi chưa hết thời gian điều trị	40	29,9
Hậu quả	Tự ý tăng hoặc giảm liều kháng sinh	16	11,9
	Không gây hậu quả gì nghiêm trọng	0	0

	Bị tiêu chảy, dị ứng nhiều hơn lúc chưa bị kháng sinh	10	7,5
	Giảm khả năng điều trị ở những lần bệnh sau	75	56
	Kháng sinh không còn tác dụng diệt khuẩn	49	36,6

Có 64,9% người dân cho rằng ĐKKS là do vi khuẩn gây bệnh chống lại tác dụng của KS. Nguyên nhân là do dùng kháng sinh điều trị không đúng bệnh 55,25%, tự ý ngưng kháng sinh khi chưa hết thời gian điều trị 29,9%. Khi bị ĐKKS thì KS không còn tác dụng diệt khuẩn 36,6%.

7. Đề kháng tự nhiên. Có 68,7% người được khảo sát cho rằng sẽ không bị ĐKKS nếu dùng KS đúng cách.

Hạn chế đề kháng kháng sinh

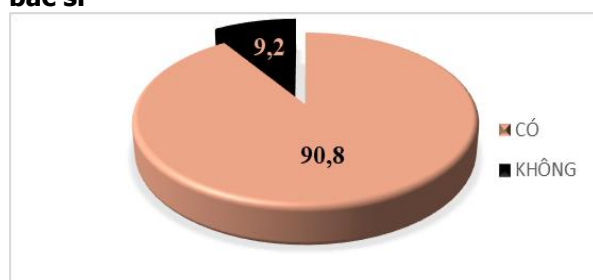
Bảng 3.7. Hạn chế đề kháng kháng sinh

Hạn chế đề kháng kháng sinh	Có		Không	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có thể hạn chế đề kháng kháng sinh (n = 134)	111	82,8	23	17,2
Biện pháp hạn chế đề kháng kháng sinh (n = 111)				
Chỉ dùng kháng sinh khi có toa thuốc của bác sĩ	97	51,9		
Hạn chế sử dụng kháng sinh trong nông nghiệp	28	15		
Không nên dự trữ kháng sinh và sử dụng chúng sau đó cho cho các bệnh khác	28	15		
Không tự ý ngưng dùng kháng sinh khi chưa hết thời gian điều trị	34	18,2		

Có 82,8% người trả lời rằng họ có thể góp phần hạn chế ĐKKS. Bằng cách chỉ dùng kháng sinh khi có toa của bác sĩ (51,7%), và không tự ý ngưng dùng kháng sinh khi chưa hết thời gian điều trị (18,2%).

8. Hiểu biết cơ bản về sử dụng kháng sinh

Sử dụng kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ

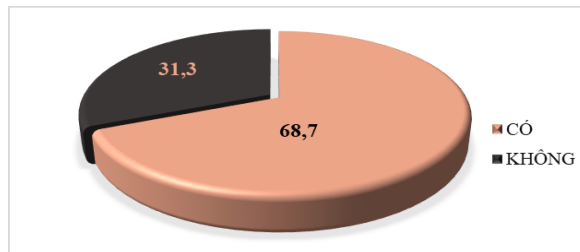


Biểu đồ 3. Mua kháng sinh có cần toa không (n = 141)

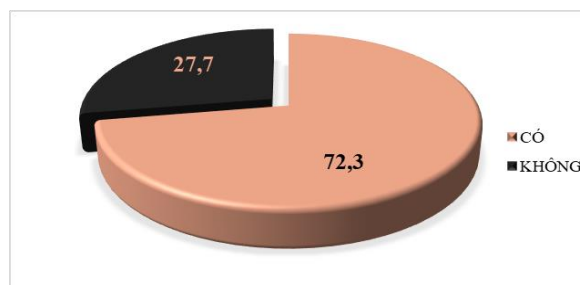
Kết quả cho thấy 90,8% người được khảo sát cho rằng nên sử dụng KS khi có toa thuốc bác sĩ, và 9,2% người sử dụng không cần toa của bác sĩ.

Chia sẻ kháng sinh với người khác

Kết quả cho thấy có 72,3% người được khảo sát đồng ý chia sẻ KS cho người thân, bạn bè nếu như họ mắc bệnh tương tự.

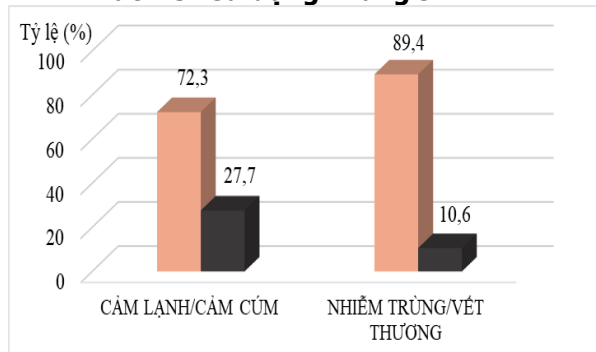


Biểu đồ 2. Dùng kháng sinh đúng cách có bị đề kháng (n = 134)



Biểu đồ 4. Chia sẻ kháng sinh với người khác (n = 141)

Khi nào nên sử dụng kháng sinh



Biểu đồ 5. Khảo sát khi nào nên sử dụng kháng sinh (n = 141)

Có 89,4% người được khảo sát cho rằng KS sử dụng kháng sinh khi bị nhiễm trùng hoặc vết thương. Có 72,3% cho rằng sử dụng KS khi bị cảm lạnh hoặc cảm cúm.

Ngưng dùng kháng sinh trong thời gian điều trị



Biểu đồ 6. Khi nào nên ngưng sử dụng kháng sinh ($n = 141$)

Kết quả cho thấy 7,8% người dùng KS sẽ ngưng khi thấy hết triệu chứng bệnh, 87,2% cho rằng họ dùng đến khi hoàn thành toa thuốc chỉ định của BS.

Cách sử dụng kháng sinh

Bảng 3.8. Cách sử dụng kháng sinh

Cách sử dụng kháng sinh		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời điểm uống	Tùy loại kháng sinh	131	92,9
	Buổi sáng	4	2,8
	Buổi tối	2	1,4
	Lúc no (sau khi ăn)	4	2,8
	Lúc đói (xa bữa ăn)	0	0
	Lúc nào cũng được	0	0
Loại	Nước trái cây/ nước	7	5

nước	có gas		
	Sữa	4	2,8
	Trà/ cà phê	2	1,4
	Nước lọc/ nước đun sôi để nguội	128	90,8

Có 92,9% uống KS sau ăn, 90,8% uống KS với nước lọc hoặc nước đun sôi để nguội.

V. KẾT LUẬN

Hiểu biết về sử dụng kháng sinh: Có 85,8% sinh viên sử dụng kháng sinh đúng cách, có 3,5% sinh viên sử dụng kháng sinh chưa đúng cách.

Hiểu biết cơ bản về đề kháng kháng sinh: Có 50,7% sinh viên có hiểu biết tốt về đề kháng kháng sinh, có 2,2% sinh viên có hiểu biết chưa tốt về đề kháng kháng sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ y tế (2015).** Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, Nhà xuất bản y học, tr17 – tr29, tr44, tr55 – 56.
- Bùi Tùng Hiệp, 2018.** Giáo trình Dược Lâm Sàng 2. Nhà xuất bản Đại Học Cần Thơ 2018 tr 1, tr3.
- Đào Văn Phan (2011).** Dược lý học tập 1, nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr53 – 59, tr186 – tr213.
- Đào Văn Phan (2012).** Dược lý học lâm sàng. Nhà xuất bản Y học. Hà nội, tr246 – tr272.
- Hoàng Tích Huyền và cs (2013).** Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr18 – 31, tr39 – 50.
- Lê Minh Trí và Huỳnh Thị Ngọc Phương (2012).** Hóa Dược 1, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Phúc Yên, tr91.
- Lê Thị Luyện (2010).** Bệnh học, nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr98.
- Lim Ka Keat and The Chew Charn (2010).** "A Cross Sectional Study of Public Knowledge and Attitude towards Antibiotics in Putrajaya, Malaysia", Clinical Research Centre, Ministry of Health, Malaysia.

PHÂN TÍCH ỨNG XỬ CƠ HỌC CỦA PHỤC HÌNH ENDOCROWN TRÊN RĂNG ĐÃ ĐIỀU TRỊ NỘI NHA BẰNG CÔNG NGHỆ MÔ PHỎNG

Dương Thái Giang*, Đoàn Minh Trí*, Hồ Thị Thùy Dương**, Nguyễn Thủ Khoa**, Nguyễn Tường Long**

TÓM TẮT

Mục đích của nghiên cứu này nhằm phân tích ứng xử cơ học của răng nội nha được phục hồi bằng phục hình endocrown. Răng được lựa chọn cho nghiên cứu này là răng cối nhỏ thứ nhất hàm trên. Răng này được quét hình học, dựng mô hình các thành phần của

phục hình. Quá trình mô phỏng trên mô hình được thực hiện bằng phương pháp phần tử hữu hạn với chương trình ANSYS®. Các kết quả mô phỏng và tính toán được sẽ được sử dụng để phân tích nhằm lý giải cho thực tiễn trong lâm sàng và dự đoán tính khả thi của chỉ định phục hình endocrown cho các răng đã điều trị nội nha. Từ kết quả sự phân bố lực trên mô cứng, phục hình và xi-măng resin trên mô hình 3D răng đã được nội nha cho thấy phục hình endocrown có khả năng chịu được lực rên các thành phần này.

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

SUMMARY

ANALYSING MECHANICAL BEHAVIOR OF

*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

**Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Minh Trí

Email: trimdr818@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/4/2019

Ngày phản biện khoa học: 6/5/2019

Ngày duyệt bài: 21/5/2019

ENDOCROWN PROSTHESIS ON ENDODONTICALLY TREATED TOOTH BY USING SIMULATION TECHNOLOGY

The purpose of this study was to use the 3-dimensional (3-D) finite element analysis method to evaluate the stress distributions on the endodontically treated tooth which have been restored with an endocrown prosthesis. The first premolar of maxillary jaw was chosen to scan and create a 3D model including restoration parts. The 3D model simulation process was performed by Finite Element Method with ANSYS® software. The results of simulating process and calculate was used to analyze clinical situations and predict available indications of endocrown prostheses for endodontically treated teeth. From the results of stress distribution on hard tissue, prosthesis, and resin cement on endodontically treated tooth 3D model showed that the endocrown can be accepted to prevent the fractures occurring on those elements.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phục hình cho răng đã điều trị nội nha là công việc thường xuyên được thực hiện trong thực hành nha khoa. Răng đã điều trị nội nha hoàn toàn có khả năng có tiên lượng tốt, phục hồi lại được cấu trúc giải phẫu và chức năng, thậm chí có thể làm trụ cho phục hình cố định hoặc tháo lắp. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng đặc tính cơ học của mô răng chết tủy không thay đổi so với răng sống. Yếu tố chính ảnh hưởng đến tính chất cơ học của răng sau điều trị nội nha là sự mất mô cứng do sâu răng, gãy vỡ hay việc sửa soạn trong quá trình điều trị [1]. Đối với các răng sau có sự mất mô lớn, thường được chỉ định phục hình bằng tái tạo cùi kết hợp với mào [2]. Với sự phát triển của vật liệu sứ và vật liệu dán, phục hình endocrown ra đời với thiết kế đơn giản hơn, sửa soạn ít mô răng hơn. Tuy nhiên việc chỉ định sử dụng endocrown vẫn chưa được phổ biến do còn thiếu các bằng chứng về hiệu quả của loại phục hình này.

Phương pháp phân tích phần tử hữu hạn (PTPTH) là một phương pháp tính toán ứng suất, biến dạng trên những mô hình được thiết kế trên máy tính. Phương pháp này được ứng dụng rộng rãi trong các ngành kỹ thuật như cơ khí, xây dựng. PTPTH giúp tính toán được những kết quả không thể ghi nhận trực tiếp được trong thực nghiệm cũng như góp phần lý giải kết quả của thực nghiệm. Trong những năm gần đây, những nghiên cứu trong nha khoa sử dụng phương pháp phân tích phần tử hữu hạn đã được thực hiện rộng rãi trên thể giới với mục đích đánh giá các ứng xử cơ học của vật liệu nha khoa, răng hay implant [3]. Tại Việt Nam, việc

ứng dụng phương pháp phân tích phần tử hữu hạn trong các nghiên cứu nha khoa đã được triển khai trong những năm gần đây.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Xây dựng mô hình. Một răng cối nhỏ thứ nhất hàm trên nguyên vẹn được nhờ vì lý do chỉnh hình có kích thước và hình thể giải phẫu đặc trưng được lựa chọn. Sử dụng máy quét 3Shape TRIOS® quét biên dạng ngoài của răng để lấy răng dạng hình học của răng. Sử dụng phần mềm SolidWorks 2016 xây dựng mô hình của răng được phục hồi bằng endocrown. Sử dụng một mặt phẳng vuông góc với trục dọc của răng, cách cổ răng 2mm về phía thân răng, cắt răng thành hai phần. Trên mặt phẳng cắt ở phía chân răng, tạo một đường bao trong cách đều đường bao ngoài thân răng 1mm. Từ hai đường bao này và đường cổ răng, tạo được phần men răng. Tạo tiếp một đường bao trong cùng cách đường bao vừa tạo 1.5mm làm giới hạn phần buồng tủy. Tạo phần ống tủy được trám bít bằng gutta percha theo kích thước của côn Protapper F2. Tạo phần buồng tủy từ đường bao trong cùng và liên tục xuống hai ống tủy. Ghép nối phần buồng tủy và phần thân răng phía nhai đã cắt ban đầu để thành phần phục hình endocrown. Tạo lớp xi măng dày 0,1mm giữa endocrown và mô răng. Phần giá hình lập phương kích thước 20x20x20mm được tạo quanh chân răng cách cổ răng 2mm mô phỏng răng được cắm trên một khối nhựa acrylic.

2.2. Phân tích mô phỏng. Mô hình đã tạo bằng phần mềm SolidWorks được đưa vào phần mềm ANSYS® để phân tích.

Bước 1: Chia lưới: Khối mô hình được thực hiện việc chia lưới với kích thước phù hợp.

Bước 2: Nhập các giá trị về đặc tính cơ học của các thành phần trong mô hình vào phần mềm tính toán bao gồm mô đun đàn hồi và hệ số Poisson. (Bảng 1)

Bảng 1. Các giá trị về đặc tính cơ học của các thành phần trong mô hình

Thành phần	Mô đun đàn hồi (Gpa)	Hệ số Poisson
Men	84,10	0,33
Ngà	18,60	0,31
Gutta Percha	0,07	0,40
Sứ zirconia	242,00	0,26
Xi măng resin	5,00	0,29
Nhựa acrylic	1,895	0,3

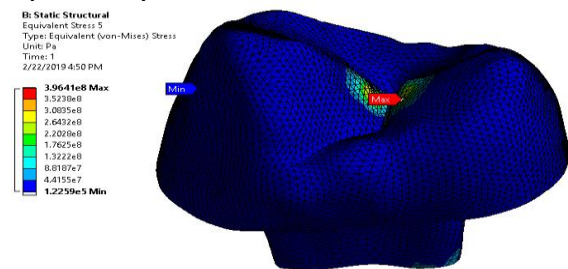
Bước 3: Lựa chọn vị trí, kích thước điểm đặt lực và chiều hướng của lực. Trong phân tích này, chúng tôi mô phỏng lực được đặt bằng một quả cầu đường kính 1mm vào rãnh giữa trung tâm

mặt nhai của răng với chiều tác động theo trục dọc của răng. Độ lớn của lực được chọn là 250N dựa trên nghiên cứu của Ferrario V. (2004)[4].

Bước 4: Thực hiện chạy phân tích và ghi nhận kết quả. Khảo sát sự phân bố ứng suất tại các vị trí: phục hình, mô răng và xi măng.

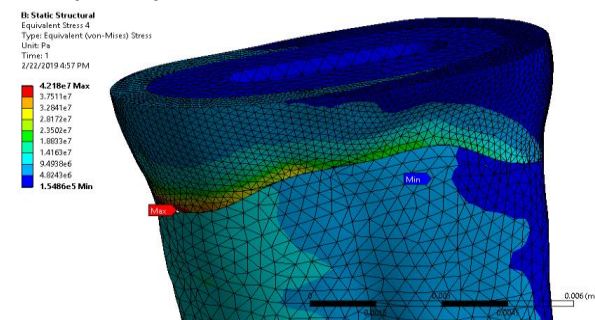
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sự phân bố ứng suất được quan sát từ tất cả các mặt của mô hình từng thành phần. Các giá trị ứng suất được thể hiện bởi sự thay đổi màu sắc. Giá trị ứng suất tăng dần từ màu xanh dương đậm (giá trị nhỏ nhất) đến màu đỏ (giá trị lớn nhất).



Hình 2: Phân bố ứng suất trên phục hình endocrown

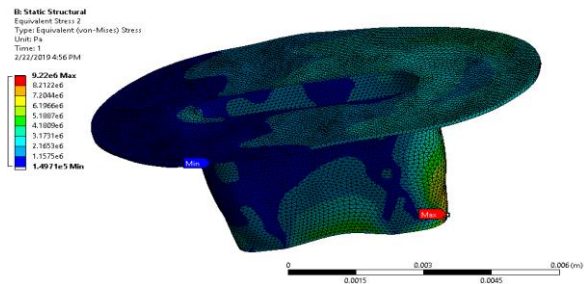
Trên phục hình endocrown, ứng suất tập trung cao nhất tại vùng đặt lực sau đó lan truyền, giảm dần trong một vùng nhỏ bán kính 2-3mm quanh điểm đặt lực. Các vùng còn lại của phục hình chịu ứng suất thấp, biểu hiện bằng màu xanh dương chiếm hầu hết thể tích khối phục hình (hình 2).



Hình 3: Phân bố ứng suất trên mô răng

Trên mô răng, ở mặt cổ răng, ứng suất tập trung ở mức độ thấp và khá đồng đều. Ứng suất tại vùng chế răng và sàn tuỷ được biểu hiện bằng màu xanh nhạt thể hiện mức độ thấp. tại vị trí men răng vùng cổ mặt ngoài, ứng suất tập trung cao, lan theo cổ răng đến vùng mặt bên, giảm dần về phía thân răng (Hình 3).

Trên vật liệu xi măng resin, ứng suất phân bố thấp và khá đồng đều trên mặt cổ răng và bờ phục hình. Ứng suất tập trung cao ở vùng tương ứng thành trong buồng tuỷ và sàn tuỷ (Hình 4).



Hình 4: Phân bố ứng suất trên xi măng dán

IV. BÀN LUẬN

Sự phân bố ứng suất trên phục hình endocrown tập trung chủ yếu tại vị trí đặt lực có thể được giải thích do kích thước vùng đặt lực nhỏ và vật liệu sứ zirconia có độ cứng rất cao. Với thể tích sứ zirconia nguyên khối với kích thước bề dày lớn như phục hình endocrown thì khả năng gặp thất bại trên phục hình như nứt gãy, vỡ là khó có thể xảy ra. Ứng suất trên mô răng tập trung cao ở men vùng cổ răng phù hợp với thực tế chịu lực trên các răng cổ nhỏ.

Điều này có thể gây nên các khiếm khuyết ở vùng cổ răng tương tự như trên răng nguyên vẹn. Mặt cổ răng chịu ứng suất tương đối thấp, cho thấy khả năng thất bại do các nứt gãy men răng ở ngay bờ tiếp giáp với phục hình có thể được hạn chế, qua đó giảm tình trạng ở vi kẽ tại vùng này. Các thành bên cũng có phân bố ứng suất thấp và trung bình, cho thấy khả năng chịu lực cao của thiết kế này khi giữ lại tối đa bề dày của các vùng chịu lực trực tiếp.

Ứng suất phân bố thấp trên lớp xi măng resin có ý nghĩa trong việc ngăn ngừa sự hở bờ do thất bại của xi măng vùng tiếp giáp giữa phục hình và mô răng còn lại.

V. KẾT LUẬN

Qua phân tích mô phỏng, cho thấy phục hình Endocrown có khả năng chấp nhận được trên phương diện chịu lực. Cần thêm nhiều phân hơn về mô phỏng và thực nghiệm để cân nhắc khả năng áp dụng rộng rãi chỉ định trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dietschi D, Bouillaguet S, Sadan A (2016), "Restoration of the Endodontically Treated Tooth, in Cohen's Pathways of the pulp", 11th Edition, Elsevier, pp. 818-848.
2. Rosenstiel SF, Land MF, Fujimoto F (2016), "Restoration of the Endodontically Treated Tooth, in Contemporary Fixed Prosthodontics", 5th Edition, Elsevier, pp. 278-317.
3. Borci J, Brant A (2012), "Finite element analysis in dental medicine", 1st Edition, Intech Open, pp. 3-20.
4. Ferrario VF et al (2004), "Single tooth bite forces in healthy young adults", J Oral Rehabil, 31(1), pp. 18-22.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA CLVT 256 DÂY TRONG RÒ ĐỘNG MẠCH VÀNH

Lê Đức Nam*, Nguyễn Quốc Dũng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của CLVT 256 dây trong bất thường bẩm sinh Rò ĐMV. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang 1849 BN chụp cắt lớp vi tính (CLVT) 256 dây ĐMV tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2018. Chúng tôi đánh giá số lượng, phân loại Rò ĐMV, đánh giá vị trí xuất phát và lỗ thông, kích thước búi giãn, đánh giá phình mạch. Ngoài ra chúng tôi còn đánh giá các bất thường bẩm sinh ĐMV kèm theo. **Kết quả:** Trong 1849 BN chụp CLVT 256 dây ĐMV, có 17 (0,92%) BN có Rò ĐMV (11 nam, 6 nữ; độ tuổi trung bình 70, dải độ tuổi 54 – 88, 17/17 đến khám lần đầu vì đau ngực). Phân tích 17 BN có Rò ĐMV chúng tôi thấy: 11 (64,7%) BN xuất phát từ 2 nguồn ĐMV, 15 (88,2%) BN Rò vào thân động mạch phổi, có sự liên quan giữa sự xuất hiện búi giãn và biến chứng phình với số lượng nguồn xuất phát và chủ yếu gặp ở nhóm rò vào ĐM phổi. Có 6 (35,3%) BN có bất thường kèm theo, trong đó có 4/6 (66,7%) BN có cầu cơ. 17 Bệnh nhân đều được tiếp tục theo dõi. **Kết luận:** Rò ĐMV là bất thường bẩm sinh hiếm gặp. Nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ 0,92%, hay gặp nhất vẫn là rò vào thân chung động mạch phổi. Biến chứng phình và búi giãn hay gặp ở nhóm rò vào động mạch phổi và có 02 NXP. CLVT 256 dây với các phương thức dựng hình khác nhau là một phương pháp không xâm nhập và rất có giá trị trong chẩn đoán Rò ĐMV và một số bất thường kèm theo.

Từ khóa: Rò động mạch vành, CLVT đa dây, CLVT động mạch vành

SUMMARY

VALUATION OF 256-MULTIDETECTOR COMPUTER TOMOGRAPHY IN DETECTIVE OF CORONARY ARTERY FISTULAS

Purpose: The valuation of MDCT 256 – slices findings coronary artery fistula. **Material and method:** This retrospective cross – sectional study involved 1849 patients underwent 256 – slices coronary computer tomography angiography (CCTA) at the Huu Nghi Viet – Xo hospital between July 2017 and July 2018. We evaluated the quantity and classify of CAFs the vessel of origin, conduit site, measure of varicose vein, size of aneurysm. We also evaluated the coronary artery attach anomalies. **Result:** Included in 1849 patients underwent 256 slices CCTA, we determined 17 (0,92%) patients had CAFs (11 men, 6 women; main age 70, age range 54-88 years; 17/17 patients undergoing first time with chest pain). The source of origin of CAFs, 11 (64,7%) patients had two

sources. The type of CAFs detected, 15 (88,2%) patients had coronary to main pulmonary artery fistula. The CAFs to main pulmonary artery fistula with two sources of origin and had most frequency of manifestation for varicose vein and aneurysm. We also findings 6 (35,3%) patients had coronary artery attach anomalies, 4/6 patients had myocardial bringing. **Conclusion:** The coronary artery fistula are uncommon congenital cardiac anomalies. Our study determined 0,92%. The most common type of CAFs was coronary to main pulmonary artery. The CAFs to main pulmonary artery fistula with two sources of origin and had most frequency of manifestation for varicose vein and aneurysm. Coronary CTA with different rendering methods had been useful, noninvasive imaging for the diagnosis of CAFs and other coronary anomalies.

Keywords: Coronary artery fistulas, multidetector CT, coronary CT angiography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bất thường động mạch vành (ĐMV) gồm bất thường nguyên ủy, đường đi, cấu trúc, tận cùng. Rò ĐMV là một bất thường tận cùng của ĐMV, đây là bất thường hiếm gặp, trong đó ĐMV tận cùng ở các buồng tim hoặc các mạch máu lớn. Rò ĐMV lần đầu tiên được mô tả năm 1865 bởi Krause, tỷ lệ bất thường bẩm sinh này chiếm 0,05-0,25% các trường hợp BN chụp DSA ĐMV, tuy nhiên trên CLVT ĐMV thì tỷ lệ bất thường này cao hơn [1,2]. CLVT đa dây có ưu điểm hơn so với chụp DSA và CHT hay siêu âm trong chẩn đoán rò ĐMV [3,4]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá vai trò của CLVT 256 dây ĐMV trong việc chẩn đoán và phân loại rò ĐMV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang 1849 BN chụp cắt lớp vi tính (CLVT) 256 dây ĐMV tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2018. Đặc điểm chung của 1849 BN: 1286 nam : 563 nữ, tuổi trung bình $69 \pm 12,2$ (dải độ tuổi từ 31-96). Có 17 trường hợp có rò ĐMV.

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

Quy trình chụp CLVT 256 dây ĐMV: Tất cả các BN được thăm khám trên máy Revolution CT 256 dây của hãng GE (GE Healthcare - USA). Về lâm sàng, các BN được thăm khám xác định bệnh lý tim mạch, xác định nhịp tim và một số bệnh lý kèm theo. Tiến hành chụp CLVT 256 dây ĐMV với tiêm thuốc Omnipaque 350mgI/ml loại 100ml do hãng GE sản xuất. Liều lượng thuốc 1-

*Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Nam

Email: namxoanle.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/4/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/5/2019

Ngày duyệt bài: 24/5/2019

1,5mg/kg cân nặng, tốc độ tiêm 5-6ml/s. Thông số chụp: 120 kV, 599mA, độ dày lát cắt 0.6mm, bước nhảy bàn 0.62mm, thời gian quay bóng 0.28s, FOV 20cm, matrix 512x512, thời gian chụp thì động mạch là 1.29s. Sử dụng công nghệ giảm liều tia ASIR – V.

Phân tích hình ảnh: Dựa trên máy trạm ADW Workstation 4.7 với các phần mềm dựng ảnh MRP, MIP, VR – 3D để đánh giá vị trí xuất phát và lỗ thông, kích thước búi giãn, đánh giá phình mạch. Ngoài ra, còn đánh giá các bất thường bẩm sinh ĐMV kèm theo.

Phân tích số liệu: Dùng phần mềm SPSS 20.0, kiểm định xác suất theo Fisher test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 1849 BN chụp CLVT 256 dãy ĐMV, có

Bảng 1: Nguồn xuất phát của rò ĐMV

Nguồn	Số lượng	%	Khẩu kính (TB±SD)
1 Nguồn	6	35.3	2.76±0.77
2 Nguồn	11	64.7	2.53±0.92
Tổng	17	100	

Bảng 2: Tận cùng của rò ĐMV

	SL	%	Đường kính lỗ thông (TB±SD)
Động mạch Phổi	15	88.2	3.07±1.04
Thất phải	1	5.9	
Thất trái	1	5.9	

Bảng 3: Mối tương quan giữa búi giãn và phình với số nguồn xuất phát

Bất thường		Nguồn		Tổng	p
		1, Nguồn n(%)	2, Nguồn n(%)		
Búi giãn	Có	3(50.0)	10(90.9)	13(76.5)	Fisher's Exact test P=0.099
	Không	3(50.0)	1(9.1)	4(23.5)	
Tổng		6(100)	11(100)	17(100)	
Phình	Có	2(33.3)	7(63.3)	9(52.9)	Fisher's Exact test P=0.335
	Không	4(66.7)	4(36.4)	8(47.1)	
Tổng		6(100)	11(100)	17(100)	

IV. BÀN LUẬN

Rò ĐMV là một bất thường tận cùng của ĐMV, đây là bất thường hiếm gặp, trong đó ĐMV tận cùng ở các buồng tim hoặc các mạch máu lớn. Cơ chế bệnh sinh chưa rõ, một số giả thuyết cho rằng do rối loạn yếu tố tăng trưởng mạch máu dẫn đến sự phát triển bất thường các nhánh tận của động mạch vành.

DSA là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán rò ĐMV, tuy nhiên còn có một số hạn chế nhất định. CLVT 256 dãy có ưu điểm hơn so với chụp DSA là phương pháp chẩn đoán không xâm nhập, xác định được chính xác nguyên ủy, đường đi cho ra các hình ảnh ba chiều của tất cả các cấu trúc mạch máu trong không gian thực bằng phương pháp tạo ảnh 3D, điều này thì DSA khó mà thực hiện được [3;4]. Điểm yếu của CLVT 256 dãy và DSA là BN sẽ phải chấp nhận

17 (0,92%) BN có rò ĐMV (11 nam, 6 nữ; độ tuổi trung bình $70 \pm 9,62$, dải độ tuổi 54 – 88, 17/17 đến khám lần đầu vì đau ngực). Nhịp tim trung bình của BN 64 nhịp/phút, 35,3% BN có nhịp tim > 65 lần/ phút. Nguồn xuất phát: 11 (64,7%) BN có 02 nguồn (khẩu kính trung bình $2,53 \pm 0,92\text{mm}$) và 6 (35,3%) BN có 1 nguồn xuất phát (khẩu kính trung bình $2,76 \pm 0,77\text{mm}$), không có sự khác biệt có ý nghĩa về khẩu kính của 1 nguồn và 2 nguồn (Bảng 1) 15 (88,2%) BN rò vào thân động mạch phổi (Bảng 2). Có sự liên quan chặt chẽ giữa sự xuất hiện búi giãn và biến chứng phình với số lượng nguồn xuất phát và hay gặp ở nhóm có rò vào thân ĐMP (với lần lượt $P=0,099$ và $P=0,335$) (Bảng 3). Có 6 (35,3%) BN có bất thường kèm theo, trong đó có 4/6 (66,7%) BN có cầu cơ.

một liều tia và những tác dụng phụ của thuốc cản quang, một số trường hợp BN phải dùng thuốc hạ nhịp tim khi chụp CLVT 256 dãy. Nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ 0,92% BN có rò ĐMV, tương đồng với tác giả Jea Jung Lim năm 2014 nghiên cứu trên 6341 ca phát hiện 56 trường hợp Rò ĐMV với tỷ lệ 0,9%, tuy nhiên cao hơn tỷ lệ 0,05% ở nghiên cứu trên DSA của tác giả Yamanaka năm 1990 với thống kê trên 126,595 BN phát hiện 62 trường hợp, sự khác biệt này có thể do chênh lệch quá lớn về cỡ mẫu nghiên cứu [1;2]. Tuy nhiên, có thể nhận định rằng, khả năng phát hiện các bất thường bẩm sinh ĐMV trên CLVT đa dãy cao hơn so với chụp DSA [3].

Một số nghiên cứu và thống kê trên thế giới đều cho thấy rằng không có sự khác biệt về giới trong bất thường bẩm sinh này, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nam :

nữ là 1,83:1, điều này theo chúng tôi là do đặc điểm BN đến khám.

Tuổi trung bình của BN rò ĐMV trong nghiên cứu của chúng tôi cao là 70 tuổi, khá tương đồng với tác giả Jea Jung Lim (2014) có độ tuổi trung bình 60 (dải độ tuổi từ 26-84 tuổi), nhưng rất khác biệt nghiên cứu của Laurie (2002) cho độ tuổi trung bình 8 tuổi (dải độ tuổi từ 8 tháng đến 68 tuổi), sự khác biệt này do tác động tương đến khám và đặc thù của trung tâm nghiên cứu (tác giả Laurie công tác ở bệnh viện nhi khoa) [3;6].

Các BN đến khám bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều do đau ngực, tác giả Laurie phát hiện 39 ca bệnh đều có đau ngực. Tuy nhiên nghiên cứu khác chỉ cho tỷ lệ khoảng 57% BN có đau ngực, vì vậy rò ĐMV có gây triệu chứng lâm sàng hay không thì đến nay vẫn chưa có câu trả lời rõ ràng [5;6].

Có nhiều phương pháp hình ảnh để chẩn đoán bất thường bẩm sinh này, từ các phương pháp xâm nhập như chụp DSA hay các phương pháp không xâm nhập như siêu âm Doppler, CLVT đa dãy hay cộng hưởng từ (CHT).

Siêu âm Doppler giúp đánh giá vị trí phình hay giãn ĐMV, tuy nhiên khó xác định nguồn rò, vị trí tổn thương, đặc biệt là còn phụ thuộc nhiều yếu tố chủ quan của bác sĩ siêu âm và BN, ngày nay kết hợp với siêu âm có chất cản âm và máy có tần số cao đã nâng cao khả năng chẩn đoán, tuy nhiên vẫn rất ít giá trị và ít được sử dụng trừ khi cần thiết [5].

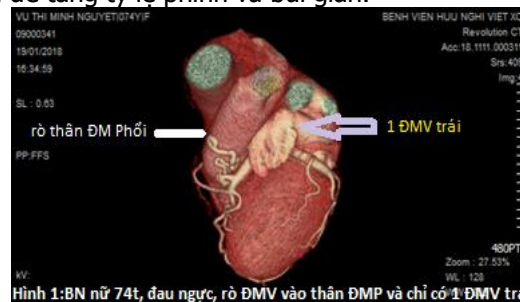
CHT là một phương pháp không xâm nhập và có thể dùng để đánh giá ĐMV. CHT có độ phân giải cao, không bị nhiễu liều tia hay tác dụng phụ của thuốc cản quang. CHT hữu ích trong việc đánh giá đoạn gần của ĐMV, tuy nhiên đoạn xa của ĐMV vẫn là một thách thức. Yếu điểm của CHT là thời gian thăm khám lâu, không thăm khám được trong những trường hợp BN sợ buồng tối, có clip phẫu thuật ở tim hoặc bị hen, rối loạn nhịp thở, đặc biệt là đánh giá các yếu tố ngoài buồng tim khó hơn so với CLVT đa dãy [4;5].

Nguồn xuất phát của rò ĐMV có thể đến từ bất kỳ nhánh nào của ĐMV. Đánh giá nguồn rò có ý nghĩa để xác định đường đi can thiệp trong những trường hợp có chỉ định. Nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ 2 nguồn cả ĐMV phải và trái chiếm 64,7%, 1 nguồn chiếm 35,3%, trong số các BN có một nguồn thì chỉ có 01 BN từ LCX. Theo các thống kê trên thế giới, tỷ lệ rò từ 2 nguồn cả ĐMV phải và trái chỉ chiếm khoảng 5%, 1 nguồn từ RCA chiếm 50-55%, 1 nguồn từ LAD chiếm 35 - 42% [3;4;5]. Chúng tôi tiến hành phân tích lại các báo cáo này đều thấy các báo

cáo được thực hiện trên chụp DSA, trong khi chụp DSA mạch vành sẽ được chụp từng nhánh mạch và chụp liên tục, do đó việc đánh giá cả hai ĐMV phải và trái cùng lúc sẽ khó khăn hơn.

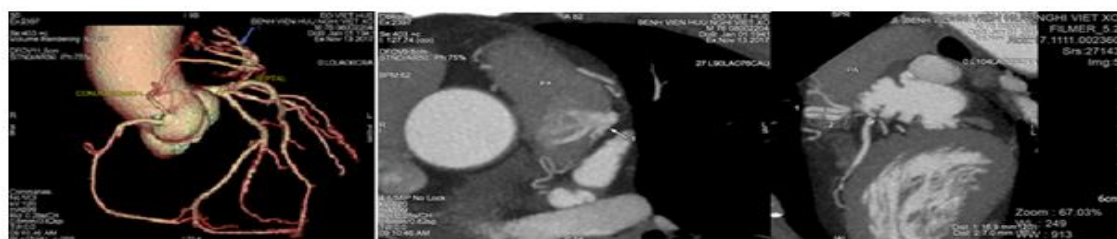
Tận cùng của rò ĐMV rất đa dạng, gồm các buồng tim, thân chung ĐM phổi, xoang vành, tĩnh mạch chủ trên, tĩnh mạch gan, động mạch phế quản. Đánh giá vị trí tận cùng của Rò ĐMV rất quan trọng trong những trường hợp lỗ thông lớn vào buồng phải tim hoặc thân ĐM phổi vì gây tăng áp lực trong các cấu trúc này, từ đó sinh ra triệu chứng lâm sàng và cần thiết điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ Rò vào thân chung ĐM phổi chiếm 88,2%, vào thất phải chiếm 5,9%, vào thất trái chiếm 5,9%. Lý giải cho sự khác biệt này chúng tôi cho rằng nguyên nhân là do các nghiên cứu trên DSA sẽ đánh giá tốt vị trí thông vào buồng tim hơn là vào thân ĐM phổi.

Biến chứng phình mạch và búi giãn là một trong những chỉ định điều trị cho BN. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ phình và búi giãn cao với tỷ lệ lần lượt là 52,9% và 76,5%, tỷ lệ biến chứng trong nhóm nghiên cứu chúng tôi cao có thể do Rò mạn tính. Biến chứng chủ yếu gặp ở BN Rò vào thân ĐM phổi và có 02 nguồn xuất phát, lý giải cho điều này chúng tôi cho rằng, khi có 02 nguồn cấp máu thì lưu lượng máu trong nhánh mạch trước Rò cao và khi đổ vào nơi có áp lực thấp như thân ĐM phổi hoặc buồng tim phải thì chênh lệch áp suất hai bên lỗ rò là yếu tố thuận lợi để tăng tỷ lệ phình và búi giãn.



Hình 1: BN nữ 74t, đau ngực, rò ĐMV vào thân ĐMP và chỉ có 1 ĐMV trái

Rò ĐMV có thể kết hợp với các bất thường bẩm sinh khác của tim và mạch vành. Trong số 17 BN có rò ĐMV chúng tôi phát hiện 6 trường hợp có bất thường khác của ĐMV kèm theo, trong đó có 4/6 trường hợp có cầu cơ, 01 trường hợp có ĐMV phải xuất phát cao, 01 trường hợp không có ĐMV trái. Tỷ lệ kết hợp giữa các bất thường của ĐMV gặp trong 20-45% các trường hợp BN có rò ĐMV. Đặc biệt rất khó chẩn đoán rò ĐMV trong những trường hợp còn ống động mạch, thông động mạch chủ và động mạch phổi, thông động tĩnh mạch phổi, nhánh ĐMV trái xuất phát từ thân chung ĐM phổi (ALCAPA) [3] (Hình 1, 2).



Hình 2: BN nam, 76t, đau ngực, có rò ĐMV vào thân ĐMP từ 2 nguồn ĐMV phải và trái, có túi phình trước vị trí rò

Vì rất nhiều bất thường phối hợp và ngay cả bất thường rò ĐMV cũng phức tạp nên không có một công thức chung để điều trị, và đến nay việc điều trị còn là vấn đề tranh cãi. Theo Yun (2018), tiêu chuẩn chọn lựa điều trị rò ĐMV khi: kích thước lỗ rò và túi phình lớn, có triệu chứng lâm sàng hoặc suy tim do rò, tuổi còn nhỏ và có lỗ rò lớn vào buồng tim phải hoặc thân ĐM phổi cũng là một chỉ định điều trị, một số trường hợp điều trị do bất thường bẩm sinh tim mạch khác kèm theo [7]. Điều trị gồm phẫu thuật thắt, phẫu thuật thắt kết hợp mổ Bypass ĐMV, và dùng can thiệp mạch để đóng lỗ rò bằng bóng. Tất cả các BN chúng tôi phát hiện đều cao tuổi, chức năng tim bình thường, không có bệnh lý mạch vành cần điều trị, do đó đều được theo dõi nội khoa.

Hạn chế nghiên cứu: số liệu còn ít, chưa có nghiên cứu ở những BN không có đau ngực. Chưa có đối chiếu với DSA, tất cả các trường hợp đều là hồi cứu trên CLVT 256 dãy. Đây là một nghiên cứu đơn trung tâm.

V. KẾT LUẬN

Rò ĐMV hiếm gặp. CLVT 256 dãy rất có giá trị trong chẩn đoán, trước và sau điều trị rò ĐMV và

phát hiện một số bất thường kèm theo. Chúng tôi 17/1849 (0,92%), hay gặp vào thân chung ĐMP. Nguồn rò chủ yếu từ cả ĐMV phải và trái với 64,7%. Phình và búi giãn tăng lên ở nhóm có 2 nguồn cấp máu và tất cả đều ở nhóm rò vào thân ĐM phổi. Cần có nghiên cứu số lượng BN lớn hơn, đối chiếu DSA và đa trung tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Krause W. Über den Ursprung einer accessorischen coronaria aus der a. pulmonalis. Z Ratl Med 1865; 24: 225–227.
2. Yamanaka O et al. Coronary artery anomalies in 126,595 patients undergoing coronary angiography. Cathet Cardiovasc Diagn. 1990;21:28–40.
3. Jea Jung Lim et al. Prevalence and types of coronary artery fistulas detected with coronary CT angiography. AJR 2014; 203: W237–W243.
4. Navis A Zenooz et al. Coronary Artery Fistulas: CT Findings. RadioGraphics 2009; 29:781–789.
5. Raju G.M et al. Coronary artery fistula: a case series with review of the literature. Journal of Cardiology (2009) 53, 467–472.
6. Laurie R.A et al. Management of Coronary artery Fistulae. JACC 2002; 39: 1026–32.
7. Yun et al. CAF: Pathophysiology, imaging findings, and management. Radiographics 2018; 38: 688–703.

LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ hs-CRP, ACID URIC HUYẾT TƯƠNG VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Trương Đình Cẩm*, Lê Thị Nhàn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan nồng độ hs-CRP và acid uric huyết tương với một số thông số lâm sàng, cận lâm sàng trên các bệnh nhân đái tháo đường typ 2. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 114 bệnh nhân được chẩn đoán đái

tháo đường typ 2, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu, đến khám và điều trị nội trú và ngoại trú tại Bệnh viện Quân Dân Y Miền Đông từ tháng 12/2016 đến tháng 12/2017. **Kết quả và kết luận:** Các BN có thời gian mắc bệnh càng cao, nồng độ hs-CRP huyết tương càng tăng. Nồng độ acid uric máu ở các nhóm BN thời gian mắc bệnh khác nhau là khác tương đồng. Nồng độ hs-CRP máu ở các nhóm BN có BMI khác nhau là tương đối đồng đều. Nồng độ acid uric máu có xu hướng tăng lên ở các BN có BMI cao. Các BN được kiểm soát đường máu tốt ($HbA1c \leq 6,5\%$) có nồng độ hs-CRP thấp hơn so với các BN không được kiểm soát tốt đường huyết trong quá trình điều trị. Không có sự tương quan giữa đường máu lúc đói, HbA1c với acid uric huyết tương.

*Bệnh viện Quân y 175.

**Bệnh viện Quân Dân y Miền Đông

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Cẩm

Email: truongcam1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/4/2019b

Ngày phản biện khoa học: 10/5/2019

Ngày duyệt bài: 25/5/2019

Từ khóa: Nồng độ hs-CRP, acid uric máu, đái tháo đường type 2

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN PLASMA hs-CRP, ACID URIC CONCENTRATIONS AND SOME CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENT WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Objective: Survey of the relationship between plasma hs-CRP, uric acid levels and some clinical, subclinical characteristics in patients with diabetes type 2. **Subjects and methods:** Cross-sectional study on 114 patients with type 2 diabetes mellitus at the Eastern Military-Civil Hospital from December 2016 to December 2017. **Results and conclusions:** The longer patients' durations of diabetes were, the higher ones' plasma hs-CRP levels were. There were no significant differences both in plasma uric acid levels of patients with different durations of diabetes and in plasma hs-CRP concentrations of ones with different BMIs. Patients with higher BMI may have more elevated plasma levels of uric acid than those with lower BMI. Patients with good bloodglucose control had lower plasma hs-CRP concentrations than those with poor blood glucose control. There were no respective correlations between pre-prandial blood glucose, HbA1c levels and plasma uric acid concentrations.

Keywords: Plasma hs-CRP, plasma uric acid levels, type 2 diabetes mellitus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng nồng độ hs-CRP máu, acid uric máu thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2, góp phần gia tăng nguy cơ biến cố tim mạch vừa xơ và bệnh thận mạn, được xem như một chỉ điểm dự báo biến chứng mạch máu trên BNĐTĐ [3][8][5]. Tình trạng thừa cân, béo phì, kiểm soát đường huyết kém ... trên đối tượng mắc bệnh ĐTĐ lâu năm cũng được xác định là yếu tố nguy cơ thúc đẩy tiến triển và biến chứng của ĐTĐ, có mối liên quan với tăng nồng độ hs-CRP, acid uric máu. Nghiên cứu này tiến hành với mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ hs-CRP, acid uric huyết tương với một số thông số lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Nhóm bệnh:** 114 bệnh nhân ĐTĐ type 2 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Quân Dân Y Miền Đông, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

- **Nhóm chứng:** 38 người khỏe mạnh, khám kiểm tra sức khỏe tại khoa khám bệnh Bệnh Viện Quân Dân Y Miền Đông.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- **Nhóm bệnh:** Được chẩn đoán xác định ĐTĐ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội đái tháo đường Hoa

Kỳ (2015), đồng ý tham gia nghiên cứu và có đầy đủ các xét nghiệm theo yêu cầu của nghiên cứu.

- **Nhóm chứng:** Được xác định khỏe mạnh qua khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng; đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ: Nhóm bệnh

+ ĐTĐ type 1, ĐTĐ thai kỳ, ĐTĐ thứ phát sau dùng thuốc, Basedow, hội chứng Cushing.

+ Nhiễm trùng cấp tính và mạn tính.

+ Bệnh lý hệ cơ xương khớp và bệnh lý hệ thống như: viêm khớp, viêm đa khớp, gút, viêm da cơ, xơ cứng bì, lupus ban đỏ hệ thống, vẩy nến...

+ Bệnh lý hệ tiêu hóa: viêm gan cấp, suy gan, bệnh Crohn.

+ Đang sử dụng các thuốc làm giảm acid uric máu.

+ Bệnh thận như: nhiễm khuẩn tiết niệu, suy thận hay bị các bệnh thận khác, đái máu (vi thể hoặc đại thể), sỏi thận.

+ Ung thư.

+ Không đồng ý tham gia nghiên cứu

Nhóm chứng: + Chẩn đoán xác định hay nghi ngờ có bệnh ĐTĐ, bệnh lý tâm thần, bệnh tim mạch, thận, nội tiết và chuyển hóa... trong tiền sử hoặc hiện tại.

+ Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

+ Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, so sánh nhóm chứng bình thường, chọn mẫu thuận tiện.

***Thời gian và địa điểm tiến hành nghiên cứu:** Từ tháng 12/2016 đến tháng 12/2017 tại khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Quân Dân Y Miền Đông.

*Nội dung nghiên cứu:

+ Khai thác tiền sử bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng.

+ Định lượng nồng độ hs-CRP, acid uric máu trên máy AxSYM của hãng Abbott (Hoa Kỳ) tại khoa Hoá Sinh - Bệnh viện Quân Dân Y Miền Đông. Đơn vị: $\mu\text{mol/l}$ (đối với chỉ số acid uric máu), mg/l (đối với chỉ số hs-CRP máu).

*Các tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại đánh giá trong nghiên cứu:

- Chẩn đoán đái tháo đường: Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA (Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ) năm 2015.

- Chẩn đoán tăng huyết áp: Theo WHO và hội THA quốc tế (World Health Organization – International Society of Hypertension. WHO-ISH)

- Chẩn đoán rối loạn lipid máu: Theo khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam (2008)

- Đánh giá kiểm soát đường máu:

Theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường châu Á – Thái Bình Dương (2010).

- Đánh giá chỉ số BMI: Dựa vào chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index - BMI) theo hướng dẫn của hiệp hội ĐTĐ Đông Nam Á (2001).

2.3. Phân tích số liệu: Số liệu thu được xử lý theo các thuật toán thường dùng trong thống kê y sinh học sử dụng phần mềm Epi-Info 7.0 và SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Liên quan nồng độ hs-CRP, acid uric máu theo phân độ BMI

Phân loại BMI	hs-CRP (mg/l) Mean (95% CI)	Acid uric (μmol/l) Mean (95% CI)
Gầy	3,55 [0,38-20,15]	256 [206,7-329,7]
Bình thường	2,89 [1,43-5,81]	322 [271-418]
Thừa cân	2,33 [1,15-9,80]	364,5 [303,5-444,13]
Béo độ 1	3,59 [1,48-7,57]	398,3 [322,48-478,25]
Béo độ 2	3,9 [2,2-14,5]	436 [351-432]
p	> 0,05	> 0,05

Nhận xét: Nồng độ hs-CRP máu ở các nhóm bệnh nhân có BMI khác nhau là tương đối đồng đều. Nồng độ acid uric máu có xu hướng tăng lên ở các bệnh nhân có BMI cao.

Bảng 3.2. Liên quan nồng độ hs-CRP, acid uric máu theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh (năm)	Hs-CRP (mg/l) Mean (95% CI)	Acid uric (μmol/l) Mean (95% CI)
< 5 năm	1,83 [1,1-3,51]	348,5 [291,25-430]
5 đến 10 năm	5,55 [3,19-10,08]	397 [317,25-456,88]
Trên 10 năm	30,36 [18,55-71,02]	305 [250,83-424,75]

Bảng 3.5. Liên quan nồng độ hs-CRP, acid uric máu với glucose và protein niệu

XN nước tiểu		Hs-CRP (mg/l) Mean (95% CI)	p	Acid uric (μmol/l) Mean (95% CI)	p
Glucose	Có	4 [1,47-12,35]	< 0,05	342 [296,5-405,1]	> 0,05
	Không	2,88 [1,41-5,6]		358,4 [292,15-436,85]	
Protein	Có	4,96 [1,63-17,80]	< 0,05	429,85 [379-515,58]	< 0,05
	Không	2,89 [1,41-6,04]		344 [285,75-422,25]	

Nhận xét: Nồng độ hs-CRP máu ở bệnh nhân có glucose niệu cao hơn so với nhóm không có glucose niệu. Tương tự đối với các bệnh nhân có protein niệu cao hơn so với nhóm không có protein niệu.

Bảng 3.6. Tương quan giữa hs-CRP, acid uric với thời gian mắc bệnh và một số chỉ số sinh hóa máu

Thông số	Hs-CRP (mg/l)		Acid uric (μmol/l)	
	r	p	r	p
Thời gian mắc bệnh (năm)	0,59	< 0,001	0,07	0,44
Glucose (mmol/l)	0,22	0,02	0,03	0,74
HbA1c (%)	0,16	0,1	-0,14	0,14
Ure (mmol/l)	- 0,03	0,76	0,32	<0,001
Creatinin (μmol/l)	0,02	0,81	0,45	<0,001

p	< 0,001	> 0,05
---	---------	--------

Nhận xét: Các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh càng cao nồng độ hs-CRP máu càng tăng. Nồng độ acid uric máu ở các nhóm bệnh nhân là khá tương đồng.

Bảng 3.3. Liên quan nồng độ hs-CRP, acid uric máu với kiểm soát glucose máu

Glucose (mmol/l)	Hs-CRP (mg/l) Mean (95% CI)	Acid uric (μmol/l) Mean (95% CI)
< 7,1	2,2 [1,1-4,78]	351 [257,1-437,7]
7,1 đến 11	2,9 [1,35-7,52]	353 [294,15-423]
Trên 11	4,02 [1,58-8,8]	354 [300,25-470,43]
p	> 0,05	> 0,05

Nhận xét: Các bệnh nhân có lượng glucose máu trên 11mmol/l có nồng độ hs-CRP máu cao nhất. Nồng độ acid uric máu ở các nhóm bệnh nhân này không có sự khác biệt rõ ràng.

Bảng 3.4. Liên quan nồng độ hs-CRP, acid uric máu với kiểm soát HbA1c

HbA1c	Hs-CRP (mg/l) Mean (95% CI)	Acid uric (μmol/l) Mean (95% CI)
HbA1c ≤ 6,5	2,88 [1,6-4,41]	416 [333-490,9]
HbA1c > 6,5	3,03 [1,42-7,26]	344 [275-412,5]
p	< 0,05	> 0,05

Nhận xét: Các BN được kiểm soát đường máu tốt (HbA1c ≤ 6,5%) có nồng độ hs-CRP máu thấp hơn so với các bệnh nhân không được kiểm soát tốt đường huyết trong quá trình điều trị.

- Có sự tương quan mức độ trung bình giữa thời gian mắc đái tháo đường với nồng độ hs-CRP ($r=0,59$, $p<0,001$). Nồng độ acid uric không tương quan với thời gian mắc đái tháo đường. Không có sự tương quan giữa HbA1c với hs-CRP và acid uric máu.

- Có sự tương quan mức độ yếu giữa nồng độ glucose máu và nồng độ hs-CRP trong huyết tương. Acid uric không tương quan với nồng độ glucose máu.

- Có tương quan mức độ vừa giữa nồng độ ure máu và nồng độ acid uric, không có mối tương quan giữa nồng độ hs-CRP với nồng độ ure.

- Có tương quan mức độ trung bình giữa nồng độ creatinine trong máu và acid uric huyết tương. Không có tương quan giữa nồng độ hs-CRP và nồng độ creatinin máu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Liên quan nồng độ hs-CRP, acid uric máu theo phân độ BMI. Trong nghiên cứu, nồng độ hs-CRP ở các nhóm bệnh nhân có BMI khác nhau là tương đối đồng đều. Nồng độ acid uric máu có xu hướng tăng lên ở các BN có BMI cao. Có kết quả này có thể được lý giải bởi nguyên nhân các BN có BMI cao thường chấp hành chế độ ăn uống, dinh dưỡng không phù hợp, tích lũy quá nhiều đạm và các thực phẩm giàu purin làm cho nồng độ acid uric máu có xu hướng cao hơn so với những trường hợp có BMI thấp hơn.

4.2. Liên quan nồng độ hs-CRP, acid uric máu theo thời gian mắc bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ hs-CRP máu ở bệnh nhân ĐTĐ tăng dần thời gian mắc bệnh, có sự tương quan mức độ trung bình giữa thời gian mắc ĐTĐ với nồng độ hs-CRP máu ($p < 0,001$; $r = 0,59$). Điều này được lý giải là do thời gian mắc bệnh càng lâu, tỷ lệ các biến chứng của ĐTĐ lên nội mạc mạch máu, lên các cơ quan càng nhiều, thúc đẩy quá trình viêm và xảy ra nhiều hơn các đáp ứng của cơ thể với tổn thương đó. Có sự khác biệt rất rõ ràng về nồng độ hs-CRP máu ở nhóm bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm và các nhóm còn lại, đặt ra yêu cầu bức thiết cần phải có chế độ chăm sóc, theo dõi đặc biệt đối với các bệnh nhân ĐTĐ lâu năm nhằm phát hiện kịp thời, kiểm soát có hiệu quả các biến chứng nhất là đối với tim mạch, thận.

Chúng tôi nhận thấy nồng độ acid uric máu ở BN có thời gian mắc bệnh khác nhau là tương đồng với nhau, không có sự khác biệt đáng kể giữa 3 nhóm, không tương quan với thời gian mắc ĐTĐ. ($r = 0,07$; $p=0,44$). Điều này phù hợp với một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Vũ

Thị Thanh Huyền (2015), nồng độ acid uric máu ở 3 nhóm BN có thời gian mắc ĐTĐ dưới 5 năm, từ 5-10 năm, trên 10 năm lần lượt là $349,9 \pm 82,9 \mu\text{mol/l}$; $342,4 \pm 89,9 \mu\text{mol/l}$; $353,5 \pm 82,6 \mu\text{mol/l}$ ($p>0,05$) [1]. Như vậy, thời gian mắc ĐTĐ có thể không chịu nhiều ảnh hưởng của nồng độ acid uric huyết tương, có thể lý giải do acid uric máu tăng nhiều năm trước khi bệnh nhân được chẩn đoán.

4.3. Liên quan nồng độ hs-CRP, acid uric máu với kiểm soát Glucose máu. Việc kiểm soát tốt đường máu đóng vai trò vô cùng quan trọng trong điều trị cũng như tiên lượng ở bệnh nhân ĐTĐ, làm chậm tiến triển các biến chứng và giảm tỷ lệ tử vong. Trong nghiên cứu, các BN có lượng glucose máu trên 11mmol/L có nồng độ hs-CRP máu trung bình cao nhất ($4,02\text{mg/L}$). Nồng độ acid uric máu ở các nhóm BN này không có sự khác biệt rõ ràng. Các BN được kiểm soát đường máu tốt ($\text{HbA1c} \leq 6,5\%$) có nồng độ hs-CRP máu thấp hơn so với các BN không được kiểm soát tốt đường huyết trong quá trình điều trị. Có sự tương quan mức độ yếu giữa nồng độ glucose máu và nồng độ hs-CRP trong huyết tương ($r = 0,22$, $p = 0,02$). Giải thích kết quả này, chúng tôi cho rằng các BN không kiểm soát tốt đường máu thường dẫn đến tình trạng biến chứng ở nhiều cơ quan, đặc biệt là biến chứng xơ vữa thành mạch, điều này làm gia tăng hs-CRP vì sự thành xơ vữa động mạch liên quan trực tiếp đến quá trình viêm mạn tính. Nhiều nghiên cứu lâm sàng gần đây về CRP tập trung vào sự liên quan giữa tăng mạn tính CRP máu với nguy cơ gia tăng bệnh xơ vữa và bệnh tim mạch. Nồng độ CRP trong huyết tương là yếu tố tiên đoán nguy cơ tương lai của nhồi máu cơ tim cấp hoặc các biến cố mạch máu. Cho đến nay, người ta đã gần như chắc chắn vai trò của viêm trong xơ vữa động mạch và nhất là trong sự thiếu ổn định của mảng vữa. Chất chỉ điểm viêm lưu hành được khai thác nhiều nhất là CRP. CRP tăng ở người tăng huyết áp và cả ở người tăng huyết áp trong tương lai.

Đối với acid uric máu, việc kiểm soát đường máu không có mối liên quan đối với sự thay đổi nồng độ acid uric huyết tương. Vũ Thị Thanh Huyền (2015) nhận thấy nồng độ acid uric máu trung bình của nhóm bệnh nhân có kiểm soát đường máu tốt là $357,2 \pm 87,8 \mu\text{mol/l}$ cao hơn so với nhóm kiểm soát đường máu ở mức chấp nhận được ($340,4 \pm 86,3 \mu\text{mol/l}$) và nhóm kiểm soát đường máu kém ($339,6 \pm 76,5 \mu\text{mol/l}$), tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm không có ý

nghĩa thống kê [1]. Phải chăng nồng độ đường máu cao không ảnh hưởng gì đến nồng độ acid uric huyết thanh? Một số nghiên cứu trên thế giới về vấn đề này cho kết quả không thống nhất. Tuy nhiên những nghiên cứu gần đây nhất đa số cho rằng việc tăng đường máu có mối liên quan nghịch với nồng độ acid uric huyết tương.

Kết quả của chúng tôi cho thấy tuy nồng độ acid uric máu ở nhóm kiểm soát đường máu tốt cao hơn nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, acid uric máu không tương quan với nồng độ glucose máu ($r = 0,03$, $p = 0,74$). Lý giải điều này, theo chúng tôi có thể do lượng đường niệu ở bệnh nhân ĐTĐ góp phần tăng bài tiết acid uric ở thận. Ngoài ra, sự đáp ứng viêm của ĐTĐ có vai trò bảo vệ. Mặt khác nghiên cứu chỉ đánh giá được mối liên quan giữa nồng độ đường máu đo tại một thời điểm với nồng độ acid uric huyết thanh, như vậy đường máu lúc đói cũng chưa phản ánh một cách chính xác nồng độ đường máu thường xuyên của người bệnh [7][6]. HbA1c phản ánh nồng độ đường huyết trong một khoảng thời gian 2-3 tháng, nó cũng là một trong những mục tiêu điều trị bệnh ĐTĐ. Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ acid uric huyết thanh trung bình của nhóm kiểm soát HbA1c tốt và chấp nhận được cao hơn nhóm kiểm soát HbA1c kém ($p < 0,05$), có sự tương quan tuyến tính giữa nồng độ HbA1c với hs-CRP và acid uric máu của BNĐTĐ. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự với Bonakdaran S (2014) [4].

Tăng acid uric huyết thanh đã được chứng minh gây ra rối loạn chức năng nội mô và giảm sản xuất acid nitric. Giảm acid nitric có thể làm giảm insulin - kích thích đường đi vào trong cơ xương, góp phần vào sự đề kháng insulin và gây ĐTĐ. Ngoài ra, tăng acid uric huyết thanh có liên quan đến sự oxy hóa - điều này đóng một vai trò quan trọng trong bệnh sinh của ĐTĐtíp 2. Trong mối quan hệ nhân quả này thực chất khó có thể xác định được yếu tố nào là nguyên nhân, yếu tố nào là kết quả. Acid uric máu đóng vai trò quan trọng trong hội chứng chuyển hóa. Tuy nhiên, cơ chế cơ bản của mối quan hệ này vẫn chưa được biết rõ. Ngoài ra, giảm sản xuất acid uric trong chuột béo phì làm giảm xâm nhập đại thực bào trong các mô mỡ, giảm đề kháng insulin. Có thể sự đề kháng insulin là cơ chế sinh lý bệnh cho mối quan hệ này [8].

4.4. Liên quan nồng độ hs-CRP, acid uric máu với glucose và protein niệu. Qua nghiên cứu chúng tôi, nồng độ hs-CRP máu ở BN có glucose niệu, protein niệu cao hơn so với nhóm

không có glucose niệu, protein niệu. Điều này phù hợp tiến trình phát triển bệnh, vì khi glucose máu tăng cao mạn tính vượt ngưỡng hấp thu của thận sẽ thải qua thận, quá trình đó dẫn làm tổn thương cấu trúc cầu thận làm cho protein niệu xuất hiện. Nồng độ acid uric máu ở bệnh nhân có glucose niệu thấp hơn so với nhóm không có glucose niệu. Tuy nhiên đối với bệnh nhân có protein niệu, nồng độ acid uric máu lại cao hơn so với nhóm không có protein niệu. Có thể ở bệnh nhânĐTĐ có protein niệu, cầu thận bị tổn thương nên việc đào thải acid uric kém hơn so với các BN không có tổn thương cầu thận.

4.5. Liên quan nồng độ hs-CRP, acid uric máu với nồng độ ure, creatine máu. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy được có sự tương quan thuận mức độ trung bình giữa nồng độ ure, creatinin trong máu với acid uric máu. Ở BNĐTĐ lâu năm có biến chứng thận, việc đào thải acid uric qua thận sẽ giảm do tổn thương cầu thận tăng lên, đồng thời với đó là sự gia tăng của ure, creatinin huyết tương.

Chúng tôi không nhận thấy được mối tương quan giữa hs-CRP và nồng độ ure, creatinine máu, hay nói cách khác hs-CRP là một yếu tố độc lập đối với biến chứng thận của ĐTĐ. Có thể cỡ mẫu của nghiên cứu này còn nhỏ, phương pháp xét nghiệm có thể chưa được chính xác nhưng điều này là phù hợp với cơ chế sản xuất ra CRP trong cơ thể.

V. KẾT LUẬN

- Các BN có thời gian mắc bệnh càng cao nồng độ hs-CRP huyết tương càng tăng. Nồng độ acid uric máu ở các nhóm BN thời gian mắc bệnh khác nhau là khá tương đồng.
- Nồng độ hs-CRP máu ở các nhóm BN có BMI khác nhau là tương đối đồng đều. Nồng độ acid uric máu có xu hướng tăng lên ở các BN có BMI cao.
- Các BN được kiểm soát đường máu tốt ($HbA1c \leq 6,5\%$) có nồng độ hs-CRP thấp hơn so với các BN không được kiểm soát tốt đường huyết trong quá trình điều trị. Không có sự tương quan giữa đường máu lúc đói, HbA1c với acid uric huyết tương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Thị Thanh Huyền, Hà Trần Hưng, Đinh Thị Thu Hương (2015), "Khảo sát nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 cao tuổi có hội chứng chuyển hóa", Tạp chí nghiên cứu y học số 94, tập 2, trang 49 -56.
2. Anthonia O Ogbera, Alfred O Azenabor (2010). "Hyperuricaemia and the metabolic syndrome in type 2 DM". Diabetology and Metabolic Syndrome, 2 (24), 1 - 7.

3. Bonakdaran S., Maryam Hami, Mohammad Taghi Shakeri (2011). "Hyperuricemia and albuminuria in patients with type 2 diabetes mellitus. Iranian Journal of Kidney diseases, 5(1), 21 - 24.
4. Bonakdaran S., Kharaqani B. (2014). "Association of serum uric acid and metabolic syndrome in type 2 diabetes". Curr Diabetes Rev, 10(2), 113 - 117
5. Khan M. I., Usman K, et al (2012), "Association of hs-CRP and HbA1c with Microalbuminuria in Type-2 Diabetic patients in North India". Biomedical Research 2012; 23 (3): 380-384.
6. Li LX., Dong XH., et al (2015), "Serum uric acid levels are associated with hypertension and metabolic syndrome but not atherosclerosis in Chinese inpatients with type 2 diabetes", Journal of Hypertension 2015, 33:482-490
7. Nan Hairong et al (2007). "Diabetes associated with a low serum uric acid level in a general Chinese population". Diabetes Research and Clinical Practice, 76(1), 68 - 74
8. Qin Li, Zhen Yang (2011), "Serum uric acid level and its association with metabolic syndrome and carotid atherosclerosis in patients with type 2 diabetes", Cardiovascular Diabetology, 10(72), 1 - 7.

THÁI ĐỘ XỬ TRÍ SẢN KHOA ĐỐI VỚI SẢN PHỤ LỚN TUỔI SINH CON SO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Mạnh Thắng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả thực hiện trên 765 sản phụ lớn tuổi sinh con so tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 2012 và 2013. Kết quả cho thấy Tỷ lệ chuyển dạ kéo dài ở nhóm mẹ lớn tuổi là 18,80%. Phương pháp kết thúc thai nghén ở nhóm mẹ lớn tuổi chủ yếu là mổ (83,66%) cao gấp 2,32 lần so với nhóm chứng. Tai biến chảy máu ở mẹ lớn tuổi là 1,9%, rách tầng sinh môn phức tạp là 1,40% và nhiễm trùng hậu sản là 1,17%.

Từ khóa: Sản phụ lớn tuổi, đẻ con so, thái độ xử trí.

SUMMARY

OBSTETRIC MANAGEMENT' ATTITUDE TOWARDS MOTHERS WHO HAD A LIVE FIRST BIRTH AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

A descriptive retrospective study conducted at National Hospital of Obstetrics and Gynecology between 2012 and 2013 is to access obstetric management' attitude towards mothers aged 35 years and over (known as older mothers) who had a live first birth. The results showed that the proportion of prolonged labor among mothers was 18.8%. The method of pregnancy termination toward older mothers is mainly caesareans (83.66%), 2.32 higher than others. Bleeding (1.9%), severe perineal tear (1.4%), and postpartum infection (1.17%) are the first, the second and the third leading obstetric complications among mothers, respectively.

Keywords: Older mothers; mothers who had a live first birth; obstetric management' attitude

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những phụ nữ từ 35 tuổi trở lên sinh con đầu lòng gọi là con so mẹ lớn tuổi, ngoài ra ở một số

nước phát triển thì lấy giới hạn cao hơn tức là khi một phụ nữ trên 40 tuổi mới đẻ lần đầu mới được gọi là con so mẹ lớn tuổi. Tuy nhiên chính vì tuổi của mẹ khi đẻ con so mà sẽ gặp không ít những vấn đề về 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... khi chuyển dạ thường phải sử dụng Oxytocin hoặc kết thúc chuyển dạ bằng đẻ đường dưới có can thiệp bằng thủ thuật Forceps, Giác hút hay phẫu thuật lấy thai.

Trên thế giới, tỷ lệ các 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 nghiệp 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 để giúp các nhà khoa học hiểu thêm được về việc xử trí đối với sản phụ từ 35 tuổi trở lên đẻ con so, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu nhận xét về thái độ xử trí sản khoa đối với sản phụ lớn tuổi đẻ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong hai năm 2012 – 2013.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu, từ tháng 01/2012 đến tháng 12/2013 tại bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

*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: 20/4/2019

Ngày duyệt bài: 15/5/2019

- Nhóm nghiên cứu:
- + Tuổi sản phụ ≥ 35 tuổi.
- + Đẻ con so.
- + Hồ sơ ghi rõ tuổi thai ≥ 37 tuần.
- + Thai sống.
- Nhóm chứng: Sản phụ <35 tuổi, đẻ con so, tuổi thai ≥ 37 tuần và thai sống.

2.3. Mẫu nghiên cứu:

- Chúng tôi chọn theo phương pháp chọn mẫu không xác suất thuận tiện cho nghiên cứu. 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, nên không áp dụng công thức tính cỡ mẫu.

- Số bệnh án con so mẹ lớn tuổi thỏa mãn nhóm nghiên cứu trong khoảng thời gian 1/1/2012 đến 31/12/2013 là 765 bệnh án.

- Như vậy số bệnh án nhóm chứng cần rút ra để so sánh là 765 bệnh án.

2.5. 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: nghiên cứu được

tiến hành trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Các thông tin các nhân của đối tượng được giữ bí mật và mã hóa. Nghiên cứu được tiến hành với sự đồng ý của Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở nhóm chứng và nhóm nghiên cứu thì tỷ lệ mẹ khỏe mạnh chiếm cao nhất, lần lượt là 84,31% và 80,87%. Tỷ lệ mẹ bị hội chứng HELLPs chiếm thứ 2 với lần lượt 3,92% và 4,18%. Các bệnh lý khác ở sản phụ ở 2 nhóm chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 1. Phân bố thời gian chuyển dạ giữa hai nhóm

Nhóm	Nhóm chứng		Nhóm nghiên cứu
Chuyển dạ kéo dài	n	54	144
	%	7,1	18,8
Chuyển dạ bình thường	n	711	621
	%	92,9	81,2
Tổng		765	765

Nhận xét: Thời gian chuyển dạ kéo dài của nhóm mẹ lớn tuổi thời gian chuyển dạ kéo dài của nhóm mẹ lớn tuổi gấp 144/765 trường hợp chiếm 18,8% cao hơn nhóm mẹ < 35 tuổi (7%).

Bảng 2. Phương pháp kết thúc thai nghén

Phương pháp kết thúc thai nghén	Nhóm chứng		Nhóm nghiên cứu	
	n	%	n	%
Chuyển dạ tự nhiên	482	63	106	13,86
Gây chuyển dạ	26	3,40	19	2,48
Mổ	257	33,64	640	83,66
Tổng	764	100	765	100

Nhận xét: Kết thúc thai nghén theo phương pháp gây chuyển dạ chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,4% ở nhóm chứng và 2,48% ở nhóm nghiên cứu. Ở nhóm nghiên cứu phương pháp mổ chiếm tỷ lệ cao nhất 83,66% gấp 2,32 lần nhóm chứng. Ở nhóm chứng chủ yếu là chuyển dạ tự nhiên chiếm 63%.

Bảng 3. Phân bố chỉ định mổ lấy thai

Chỉ định mổ lấy thai	Nhóm chứng		Nhóm nghiên cứu	
	n	%	n	%
Ngôi thai bất thường	15	8,2	97	15,1
Thai to	23	7,8	22	3,4
Suy thai	40	15	102	16
Đầu không lọt	22	8,5	33	5,3
Đẻ chỉ huy thất bại	38	15	24	6,7
Rối loạn cơ co tử cung	41	16	59	9,2
Bệnh lý của mẹ	25	9,7	111	14,3
Chỉ định khác	52	19,8	192	30
Tổng số mổ	257	100%	640	100%

Nhận xét: Nhóm mẹ lớn tuổi có chỉ định mổ vì ngôi bất thường cao hơn gấp 1,8 lần nhóm mẹ < 35 tuổi. Chỉ định mổ vì bệnh lý mẹ ở nhóm mẹ lớn tuổi cao gấp 1,47 lần nhóm mẹ < 35 tuổi.

Bảng 4. Phân bố cách đẻ theo lứa tuổi của nhóm nghiên cứu

Cách xử trí	35 – 39 tuổi		40 – 45 tuổi		> 45 tuổi		p<0,05
	n	%	n	%	n	%	
Đẻ thường	129	23,69	26	14,98	6	9,76	
Đẻ Forceps/ ventouse	17	3,2	5	2,83	0	1,22	

Mổ lấy thai	392	72,91	139	82,20	26	89,02
Tổng số	538	100	170	100	56	100

Nhận xét: Trong tổng số 557 trường hợp mổ lấy thai, chúng tôi thấy tỷ lệ mổ lấy thai ở 3 nhóm tuổi đều cao. Tỷ lệ mổ lấy thai tăng dần theo độ tuổi của sản phụ, nhóm tuổi ≥ 45 có tỷ lệ mổ lấy thai là 89,02% ($p < 0,05$)

Bảng 5. Phân bố biến chứng trong và sau đẻ nhóm nghiên cứu

Biến chứng trong và sau đẻ		Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng	
		n	%	n	%
Các biến chứng	Chảy máu	15	1,9	5	0,4
	Rách TSM phức tạp	11	1,4	6	0,78
	Nhiễm trùng hậu sản	9	1,17	3	0,39
Bình thường		730	95,4	751	98,17
Tổng số		765	100,0	765	100,0

Nhận xét: Biến chứng chảy máu chiếm tỷ lệ cao nhất, trong nhóm mẹ lớn tuổi gặp 15 trường hợp chiếm 1,9% cao hơn gấp 4,6 lần so với nhóm mẹ trẻ tuổi hơn (0,4%). Biến chứng rách tầng sinh môn phức tạp chiếm tỷ lệ cao thứ 2. Trong nhóm mẹ lớn tuổi là 1,4% cao hơn nhóm mẹ trẻ tuổi 0,78%. Biến chứng nhiễm trùng hậu sản có tỷ lệ thấp nhất. 1,17% ở nhóm nghiên cứu và 0,39% ở nhóm chứng.

IV. BÀN LUẬN

Qua các kết quả thu được trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy rằng khi mẹ > 35 tuổi thì tiền lượng cho mẹ không mấy khả quan. Ngồi bất thường cũng hay gặp khi mẹ > 35 đẻ con so do mẹ có u xơ tử cung hoặc rau tiền gây chèn ép làm ngôi không bình chỉnh được thành ngôi đầu. Do vậy cần chú ý phát hiện ngôi bất thường trong 3 tháng cuối của thai kỳ để chuyển sản phụ đến đẻ tại cơ sở có phẫu thuật. Với mẹ > 35 đẻ con so cũng hay gặp chuyển dạ kéo dài do dễ mắc u xơ tử cung làm cơn co tử cung thưa, cơn co tử cung không đồng bộ hoặc do cổ tử cung cứng khó mở. Do vậy với mục đích rút ngắn thời gian chuyển dạ có lẽ chúng ta nên làm nghiệm pháp lọt khi đủ điều kiện. Mẹ hay bị chảy máu sau đẻ thường là do có u xơ tử cung gây cản trở cơ tử cung co rút khi cầm máu sinh lý hoặc do dờ tử cung vì chuyển dạ kéo dài. Do vậy nên chẳng không để giai đoạn thứ ba của cuộc đẻ kéo dài quá và khi sổ rau chủ động sử dụng thuốc tăng co bóp cơ tử cung để đề phòng biến chứng. Trong đẻ, chỉ định mổ chủ động để tránh biến chứng chuyển dạ kéo dài và chảy máu sau đẻ. Mặc tiền sản giật thường là do ở lứa tuổi > 35 này các mạch máu dễ xơ hóa gây tăng huyết áp từ đó dễ sinh ra tiền sản giật, nên chẳng phát hiện sớm bằng đo huyết áp, xét nghiệm prôtêin niệu hàng tháng. Khi phát hiện bệnh vào viện điều trị tích cực, theo dõi liên tục nhằm không cho bệnh nặng lên và kéo dài thai đến đủ tháng [4], [5].

Có nhiều phương pháp kết thúc thai nghén, Vì nếu kéo dài thêm thai nghén sẽ ảnh hưởng trực tiếp tới sức khỏe của thai hoặc người mẹ. Kết thúc thai nghén bằng mổ chủ động thường là do những bệnh lý nặng của mẹ khi chưa có dấu hiệu chuyển dạ như: sản giật, tiền sản giật nặng điều trị không kết quả, rau tiền đạo chảy máu nhiều và một số chỉ định mổ tương đối do yếu tố xã hội khác nữa cũng làm tăng tỷ lệ mổ chủ động. Hoặc đối với thai nhi là những tình trạng suy dinh dưỡng nặng, hết ối cũng có chỉ định mổ chủ động. Phương pháp có thể là đặt thuốc gây chuyển dạ bằng misoprostol hoặc truyền đề chỉ huy bằng oxytocin. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp gây chuyển dạ chiếm tỷ lệ 2,48% thấp hơn nhóm chứng 3,4%.

Từ các kết quả thu được tỷ lệ mổ lấy thai là cao nhất chiếm 83,6%. Đẻ thường chiếm tỷ lệ 13,86%. Forceps chỉ chiếm 2,48%, không thấy trường hợp nào giác hút. Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỷ lệ mổ lấy thai của 3 nhóm tuổi đều cao và tăng dần theo độ tuổi, trong đó nhóm tuổi ≥ 45 có tỷ lệ mổ lấy thai là 100%. Khi so sánh về tỷ lệ mổ lấy thai với các tác giả chúng tôi thấy rằng: tỷ lệ mổ lấy thai khi Gilbert nghiên cứu về mẹ lớn tuổi là 47% [6] thấp hơn kết quả của chúng tôi. Tỷ lệ mổ lấy thai của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Achana và Monga (74,6%) và tương đương với kết quả của Tô Thị Thu Hằng (65,4%) [2], [7]. Trong đó hầu hết các tác giả đều cho rằng các chỉ định mổ lấy thai chủ yếu liên quan đến các bệnh của mẹ và tình trạng suy thai trong quá trình chuyển dạ. Thật vậy, khi phân tích về chỉ định mổ lấy thai chúng tôi thấy nổi bật lên chỉ định mổ lấy thai vì suy thai (16%) và chỉ định mổ lấy thai vì các bệnh lý của mẹ (14,3%). Sở dĩ chỉ định mổ lấy thai vì suy thai cao có thể do những năm gần đây tại bệnh viện sử dụng Mornitoring sản khoa để theo dõi nhịp tim thai sẽ phát hiện sớm và chính xác các trường hợp suy thai. Vì vậy tỷ lệ mổ lấy thai

vì suy thai tăng lên.

Chỉ định mổ lấy thai vì bệnh lý của mẹ đứng thứ hai. Mổ lấy thai vì bệnh lý của mẹ hầu như không phải là chỉ định mổ tuyệt đối mà nó chỉ là một yếu tố dễ khó kết hợp với yếu tố dễ khó nữa là những sản phụ ≥ 35 tuổi để có chỉ định mổ lấy thai hợp lý. Hầu hết mổ lấy thai vì bệnh lý của mẹ đều là mổ chủ động, mổ khi chưa có chuyển dạ thực sự mà cần phải kết thúc thai nghén sớm vì nếu tiếp tục kéo dài thai nghén sẽ ảnh hưởng đến tính mạng người mẹ hoặc làm xấu đi tình trạng thai nhi như: tiền sản giật nặng điều trị không kết quả, rau tiền đạo ra máu nhiều. Trong nghiên cứu của Tô Thị Thu Hằng, tỷ lệ mổ lấy thai do suy thai 16,3% và do bệnh của mẹ 15,2% [2]. Cả hai chỉ định này đều cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ chuyển dạ kéo dài ở nhóm mẹ lớn tuổi là 18,80%. Phương pháp kết thúc thai nghén ở nhóm mẹ lớn tuổi chủ yếu là mổ (83,66%) cao gấp 2,32 lần so với nhóm chứng. Tai biến chảy máu ở mẹ lớn tuổi là 1,9%, rách tầng sinh môn phức tạp là

1,40% và nhiễm trùng hậu sản là 1,17%.

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 BVPSTU 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 BVBMSTSS 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, Đại học Y Hà Nội.
4. **Đinh Văn Hoàn (2011)**, Nhận xét đặc điểm các sản phụ từ 35 tuổi trở lên đẻ con so non tháng tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 5 năm (2006 - 2010), Luận văn thạc sĩ y học trường đại học Y Hà Nội.
5. **Hà Thị Minh Phương (2006)**, Nghiên cứu một số yếu tố liên quan của mẹ lớn tuổi đẻ con so nhẹ cân tại BVPSTU trong 5 năm (2001 - 2005), Luận văn thạc sĩ y học trường đại học Y Hà Nội.
6. **Gilbert W.M., Nesbitt T.S., và Danielsen B. (1999)**. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstet Gynecol*, **93**(1), 9-14.
7. **Achanna.S và Monga.D (1995)**. Performance of elder ly primigravidae in Kelata. *Med J Malaysia*, Vol 50, 37-39.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ ĐƯỜNG DẪN TINH BÌNH THƯỜNG VÀ TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP KHÔNG CÓ TINH TRÙNG

Nguyễn Thị Thu Hà*, Nguyễn Quang Trung**,
Bùi Văn Lệnh**, Hoàng Đình Âu**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét về đặc điểm hình ảnh đường dẫn tinh đoạn trong tiểu khung trên cộng hưởng từ (CHT) 1.5T ở bệnh nhân có tinh trùng và không có tinh trùng trên tinh dịch đồ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hình ảnh cộng hưởng từ 1.5 Tesla trên 15 bệnh nhân nam có tinh trùng trên tinh dịch đồ và 15 bệnh nhân không có tinh trùng trên tinh dịch đồ. **Kết quả:** Ở đối tượng có tinh trùng trên tinh dịch đồ (nhóm chứng): Túi tinh kích thước trung bình chiều dài khoảng 33.5 ± 2.7 mm, chiều rộng khoảng 18 ± 2.1 mm. Túi tinh có tín hiệu giảm trên chuỗi xung T1W LAVA FS, tăng trên T2W CUBE và T2W CUBE FS, Ống dẫn tinh (ODT) có đường kính đoạn ngang động mạch chậu trong 1.39 ± 0.18 mm ở bên phải và 1.47 ± 0.13 mm ở bên trái. Đoạn bóng, đường kính ODT khoảng 2.83 ± 0.4 mm

bên phải và 2.81 ± 0.25 mm bên trái. Tín hiệu ống dẫn tinh giảm trên T2W CUBE và T1W LAVA FS, tăng tín hiệu trên T2W CUBE FS; Ở đối tượng không có tinh trùng trên tinh dịch đồ: 9 bệnh nhân có bất thường bẩm sinh: trong đó 3 bệnh nhân có bất sản túi tinh và ống dẫn tinh, 6 bệnh nhân thiếu sản túi tinh một bên, 6 bệnh nhân không có bất thường bẩm sinh. **Kết luận:** Chụp CHT độ phân giải cao là phương pháp chẩn đoán không xâm lấn có giá trị cao trong việc xác định hình thái, kích thước, tín hiệu của đường dẫn tinh, phát hiện các bất thường bẩm sinh cũng như chẩn đoán tình trạng tắc nghẽn gây ứ trệ đường dẫn tinh.

Từ khóa: Cộng hưởng từ đường dẫn tinh, vô sinh nam, túi tinh, đường dẫn tinh.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF THE MRI IMAGES OF SPERM DELIVERY TRACKS IN PATIENTS AZOOSPERMIA AND PATIENTS HAVING SPERMATOZOON

Objective: To characterize the MRI images of sperm delivery tracks on the pelvic segment at 1.5T MR imaging in patients azoospermia and patient having spermatozoon on the semen. **Materials and methods:** Cross sectional prospective descriptive

*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Sơn La

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/4/2019

Ngày phản biện khoa học: 9/5/2019

Ngày duyệt bài: 24/5/2019

study on 15 patient azoospermic and 15 patient having spermatozoon underwent 1.5 MR imaging. **Result:** Patients having spermatozoon on the semen: Seminal vesicles: mean size 33.5 ± 2.7 mm of length, and 18 ± 2.1 mm of width. Signal of seminal vesicles is hypointense in T1W LAVA and T2W CUBE FS and hypertense on T2W CUBE FS; Vas deferens at the internal iliac artery level of diameter 1.39 ± 0.18 mm in the right and 1.47 ± 0.13 mm in the left. At the ampoulesegment, vas deferens diameter of 2.83 ± 0.4 mm in the right and 2.81 ± 0.25 mm in the left. Vas deferences MRI signal is hypointense in T1W LAVA and T2W CUBE FS and hypertense on T2W CUBE FS. Patients azoospermia: 9 patients having congenital abnormalities in which 3 patients owning complete agenesis of sperm delivery tracks, 6 patient having unilateral seminal vesicle dysplasia, 6 patients without congenital abnormalities. **Conclusion:** MR imaging with high resolution is a non invasivediagnostics method of high value in determining the morphology, size and signal of the sperm delivery track as well as diagnosing of its obstructive diseases.

Keywords: MRI images of sperm delivery tracks, azoospermia, seminal vesicle, sperm delivery tracks.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây vô sinh hiếm muộn ở nam giới ngày càng gia tăng, điều trị vô sinh đang là một nhu cầu cấp thiết cho những cặp vợ chồng vô sinh nhằm đảm bảo hạnh phúc gia đình và phát triển hài hòa dân số. Nguyên nhân của vô sinh nam bao gồm các bệnh lý trước tinh hoàn, tại tinh hoàn và sau tinh hoàn. Trong số các nguyên nhân vô sinh sau tinh hoàn thì tắc nghẽn đường dẫn tinh bẩm sinh do thiếu sản, bất sản hoặc tắc nghẽn đường dẫn tinh mắc phải do di chứng sau viêm dính là những nguyên nhân thường gặp [2]. Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá hình thái cũng như chẩn đoán tắc nghẽn đường dẫn tinh, trong đó chụp cộng hưởng từ đường dẫn tinh cung cấp hình ảnh đường dẫn tinh và túi tinh vượt trội hơn so với siêu âm và chụp cắt lớp vi tính. Hơn nữa, chụp cộng hưởng từ có thể cung cấp hình ảnh tốt hướng tới chẩn đoán các bất thường của đường dẫn tinh [3].

Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá toàn diện, cụ thể về kích thước, hình thái, tín hiệu của ống dẫn tinh, túi tinh trên CHT. Xuất phát từ những điểm đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đưa ra những nhận xét ban đầu về đặc điểm hình ảnh CHT của đường dẫn

tinh ở nhóm bệnh nhân có và không có tinh trùng trên tinh dịch đồ, góp phần hỗ trợ trong chẩn đoán và điều trị vô sinh nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành từ tháng 5/2018 đến tháng 5/2019 tại khoa chẩn đoán hình ảnh, bệnh viện Đại Học Y Hà nội trên 15 bệnh nhân có tinh trùng trên tinh dịch đồ và 15 bệnh nhân không có tinh trùng. Trước khi chụp, bệnh nhân cần phải không xuất tinh trước khi chụp 3 ngày, nhịn tiểu vừa phải, đại tiện sạch phân trong trực tràng. Nghiên cứu được tiến hành trên máy chụp CHT General Electric (GE) HDx 1.5 Tesla, bao gồm các chuỗi xung T2W sagital, T2W CUBE (3D), T2W CUBE FS (3D) axial, T1 LAVA (3D) theo các hướng axial kèm tái tạo hình ảnh theo hướng sagital và coronal.

Tiến hành đo các kích thước của túi tinh hai bên trên mặt phẳng đứng ngang của chuỗi xung T2W và đường kính ống dẫn tinh đoạn ngang động mạch chậu và đoạn bóng hai bên trên mặt phẳng cắt ngang của chuỗi xung T2W. Xác định tín hiệu của túi tinh và đường dẫn tinh hai bên trên các chuỗi xung T1W LAVA, T2W CUBE và T2W CUBE fatsat. Để giảm tối thiểu sai số trong quá trình đo, chúng tôi tiến hành đo mỗi chỉ số ba lần rồi lấy trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nhóm đối tượng có tinh trùng trên tinh dịch đồ (nhóm chứng)

Trong thời gian từ tháng 05/2018 đến tháng 5/2019 chúng tôi tiến hành chụp CHT đường dẫn tinh của 15 bệnh nhân có tinh trùng trên tinh dịch đồ, độ tuổi từ 23 đến 44 tuổi

Bảng 1: Kích thước của túi tinh và đường dẫn tinh hai bên ở nhóm chứng

N=15	Bên phải (X ± SD)	Bên trái (X ± SD)
Chiều dài túi tinh (mm)	33,67±2,66	33,47±
Chiều rộng túi tinh (mm)	18,26±2,05	2,90
Đường kính ODT đoạn ngang động mạch chậu (mm)	1,39 ± 0,18	17,73± 2,15
Đường kính ODT đoạn bóng (mm)	2,83 ± 0,4	1,47±0,13 2,81±0,25

Bảng 2: Tín hiệu túi tinh và đường dẫn tinh của nhóm chứng trên các chuỗi xung

Tín hiệu MRI túi tinh	Kết quả (n)					
	Bên phải			Bên trái		
	T2W	T2Wfs	T1W	T2W	T2Wfs	T1W
Đồng	0	0	0	0	0	0

Tăng	0	15	0	0	15	0
Giảm	15	0	15	15	0	15

Bảng 3: Tín hiệu ống dẫn tinh (ODT) trên các chuỗi xung CHT ở nhóm chứng

Tín hiệu ODT	Kết quả (n)					
	Bên phải			Bên trái		
	T2W	T2Wfs	T1W	T2W	T2Wfs	T1W
Đồng	0	0	0	0	0	0
Tăng	0	15	0	0	15	0
Giảm	15	0	15	15	0	15

Bảng 4: Nang tiền liệt tuyến

	Nang ngách bầu dục	Nang Muller	Nang ống phóng tinh
N (%)	1 (6,6%)	1 (6,6%)	2 (13,3%)

3.2. Nhóm không có tinh trùng trên tinh dịch đồ (nhóm bệnh). Trong thời gian từ tháng 05/2018 đến tháng 5/2019 chúng tôi tiến hành chụp CHT đường dẫn tinh của 15 bệnh nhân không có tinh trùng trên tinh dịch đồ, độ tuổi từ 20 đến 34 tuổi. Tất cả các bệnh nhân đều được loại trừ nguyên nhân vô sinh do các tổn thương trước hoặc tại tinh hoàn (kết quả xét nghiệm nhiễm sắc thể và siêu âm tinh hoàn bình thường).

3.2.1 Nhóm không có bất thường bẩm sinh**3.2.1.1. Nhóm có bất thường tín hiệu****đường dẫn tinh so với nhóm chứng (2BN)**

Bảng 5: Kích thước của túi tinh và đường dẫn tinh hai bên ở nhóm không có tinh trùng trên tinh dịch đồ, không có bất thường bẩm sinh, có bất thường tín hiệu đường dẫn tinh so với nhóm chứng

N= 2	Bên phải (X ± SD)	Bên trái (X ± SD)
Chiều dài túi tinh (mm)		
Chiều rộng túi tinh (mm)	39.5 ± 0.71	38 ± 0.71
Đường kính ODT đoạn ngang động mạch chậu (mm)	34.5 ± 0.71	29.5 ± 0.71
Đường kính ODT đoạn lỗ bóng (mm)	2.4 ± 0.71	2.45 ± 0.64
	4 ± 1.41	4.5 ± 1.77

Bảng 6: Tín hiệu túi tinh trên nhóm không có tinh trùng, không có bất thường bẩm sinh.

Tín hiệu túi tinh (n=6)	Bên phải			Bên trái		
	T2W	T2Wfs	T1W	T2W	T2Wfs	T1W
Đồng	0	0	0	0	0	0
Tăng	2	6	2	2	6	2
Giảm	4	0	4	4	0	4

Bảng 7: Tín hiệu ống dẫn tinh trên nhóm không có tinh trùng, có bất thường tín hiệu

Tín hiệu ODT (n=2)	Bên phải			Bên trái		
	T2W	T2Wfs	T1W	T2W	T2Wfs	T1W
Đồng	0	0	0	0	0	0
Tăng	0	0	2	0	0	2
Giảm	2	2	0	2	2	0

3.2.2 Nhóm có thiếu sản và bất sản túi tinh**Bảng 8:** Bất thường hình thái túi tinh và đường dẫn tinh nhóm bệnh có bất sản, thiếu sản túi tinh

Bệnh lý	Số bệnh nhân (N)	%
Bất sản túi tinh, ống dẫn tinh hai bên	3	19.8
Thiếu sản túi tinh một bên	6	40

Bảng 9: Tín hiệu túi tinh bên còn lại trên nhóm không có tinh trùng, có thiếu sản một bên

Tín hiệu túi tinh	Kết quả (n)					
	Bên phải (thiếu sản bên trái)			Bên trái (thiếu sản bên phải)		
	T2W	T2Wfs	T1W	T2W	T2Wfs	T1W
Đồng	0	0	0	0	0	0
Tăng	0	0	1	0	0	0
Giảm	3	3	2	3	3	3

Bảng 10: Tín hiệu ODT trên nhóm không có tinh trùng, có thiếu sản một bên túi tinh (3 BN thiếu sản túi tinh bên phải, 3 BN thiếu sản túi tinh bên trái)

Tín hiệu ODT (n=3 bên phải và n=3 bên trái)	Bên phải			Bên trái		
	T2W	T2Wfs	T1W	T2W	T2Wfs	T1W
Đồng	0	0	0	0	0	0

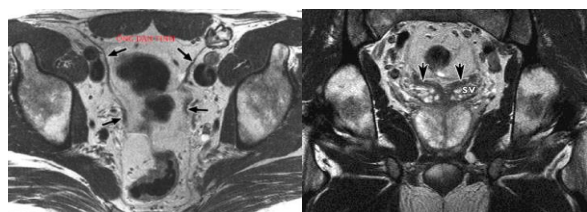
Tăng	0	0	1	0	0	2
Giảm	3	3	2	3	3	1

Bảng 11: Nang tiền liệt tuyến

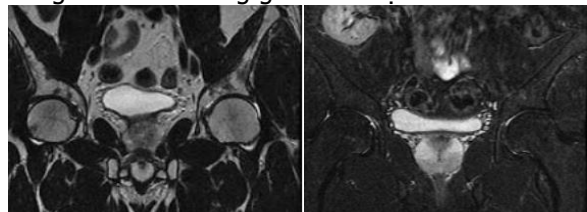
	Nang ngách bầu dục	Nang Muller	Nang ống phóng tinh
N (%)	1 (6.6 %)	1 (6,6%)	0 (0%)

Bảng 12: Bất thường đi kèm

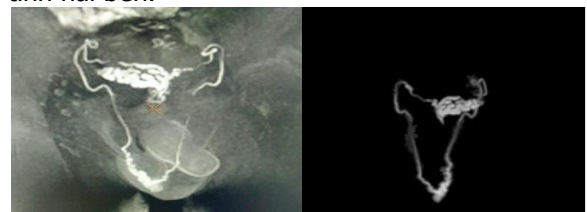
	Số bệnh nhân (N)	%
Có ba tinh hoàn	1	6.6
Có một thận	1	6.6
Tinh hoàn lạc chỗ	1	6.6

**Hình 1****Hình 2**

Hình 1,2: MRI đường dẫn tinh ở bệnh nhân nam 26T, có xét nghiệm tinh trùng bình thường. Ảnh T2W độ phân giải cao hướng cắt ngang và đứng ngang thấy rõ đường dẫn tinh đoạn trong tiểu khung giảm tín hiệu trên T2W. Túi tinh biểu hiện bằng cấu trúc hình bầu dục, tăng tín hiệu trên T2W gồm nhiều lô nhỏ ngăn cách nhau bằng các vách mỏng giảm tín hiệu trên T2W

**Hình 3****Hình 4**

Hình 3, 4: MRI của bệnh nhân nam 27T, chụp MRI đường dẫn tinh, không có tinh trùng trên tinh dịch đồ. Trên ảnh T2W và T2W CUBE FS hướng đứng ngang thấy hình ảnh bất sản hoàn toàn túi tinh hai bên.

**Hình 5****Hình 6**

Hình 5,6: Đường dẫn tinh tái tạo 3D trên chuỗi xung T1W Lava FS của bệnh nhân nam 23T, không có tinh trùng. Hình ảnh cho thấy có thiếu sản túi tinh bên trái, bất sản ống phóng tinh và đường dẫn tinh cùng bên chập lại với

bên đối diện để cùng đổ vào túi tinh còn lại, giãn túi tinh còn lại kèm tăng tín hiệu đường dẫn tinh và túi tinh trên T1W LAVA, T2W và T2W FS thể hiện có sự ứ trệ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam trên đối tượng người trong độ tuổi sinh sản, được tiến hành trên các tình nguyện viên với các độ tuổi từ 23 tuổi đến 44 tuổi, và nhóm bệnh không có tinh trùng trên tinh dịch đồ với độ tuổi từ 20 đến 34 tuổi.

Hình thái của túi tinh, và ống dẫn tinh hai bên được xác định trên mặt phẳng cắt ngang và đứng ngang chuỗi xung T2W CUBE độ phân giải cao sẽ xác định được thiếu sản hay bất sản đường dẫn tinh.

Tín hiệu của túi tinh và ống dẫn tinh được đánh giá đồng thời trên các chuỗi xung và trên các mặt phẳng khác nhau nhằm xác định có sự ứ đọng do bất tắc đường dẫn tinh cũng như những tín hiệu dạng chảy máu trong đường dẫn tinh hai bên.

Ở nhóm chứng, kích thước túi tinh hai bên theo nghiên cứu của chúng tôi là gần như nhau và cũng tương đồng với nghiên cứu của Mahati N Reddy và Sadhna Verma. Về tín hiệu của túi tinh trong nhóm chứng tất cả đều tăng tín hiệu trên T2W CUBE FS, giảm tín hiệu trên T2W và T1W LAVA [1][4].

Ở nhóm đối tượng bình thường, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước ống dẫn tinh bên phải và bên trái trên từng đoạn riêng biệt. Chúng tôi lấy mốc đo đường dẫn tinh ở hai vị trí là đoạn ngang động mạch chậu và đoạn bóng vì đoạn này thường cố định, ít thay đổi do ảnh hưởng của các tạng xung quanh. Tín hiệu ống dẫn tinh giảm tín hiệu trên T2W CUBE và tăng tín hiệu trên T2W CUBE FS, không quan sát thấy trên T1W LAVA.

Cũng trong nghiên cứu của Mahati N Reddy và Sadhna Verma những tổn thương nang bẩm sinh hoặc mắc phải, phần lớn là các tổn thương nang bẩm sinh có liên quan hoặc có thể là nguyên nhân dẫn đến sự tắc nghẽn, ứ đọng đường dẫn tinh [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2/15 trường hợp (chiếm 13,3%) có nang nhỏ ống phóng tinh, 1/15 trường hợp (chiếm 6,6%) có nang nhỏ ống Muller, 1/15 trường hợp (chiếm 6,6%) có nang nhỏ ngách bầu dục, tuy nhiên các nang chưa gây ứ đọng đường dẫn tinh hai bên.

Trong nhóm bệnh gồm 15 nam giới trưởng thành, không có tinh trùng trên tinh dịch đồ và

không có thiếu sản hoặc bất sản túi tinh, ống phóng tinh, chúng tôi nhận thấy rằng về kích thước túi tinh ở hai nhóm là không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$) và không có sự khác biệt có ý nghĩa với nghiên cứu của Zafer Ozmen và cộng sự trên 42 bệnh nhân [5]. Tuy nhiên ở nhóm này có 2 trường hợp cổ giãn, ứ trệ túi tinh và đường dẫn tinh hai bên, nghi ngờ nguyên nhân do bất tắc vị trí ụ núi. Túi tinh hai bên giãn to, tăng tín hiệu trên T1W LAVA và T2W CUBE FS, cùng với đó đường dẫn tinh hai bên có đường kính đo được tại hai vị trí là đoạn ngang động mạch chậu và đoạn lỗ bóng giãn to. Trên mặt phẳng T2W Coronal quan sát thấy có cấu trúc tại ụ núi có thể là nguyên nhân gây bất tắc ở ụ núi, ngoài ra do trong thành phần của tinh dịch chứa protein, enzym, fructose, vitamin C và các enzym khác cung cấp dinh dưỡng cho tinh trùng. Do tính chất không đồng nhất, kèm nguyên nhân bất tắc, gây ứ trệ tinh dịch trong một thời gian dài, dẫn đến túi tinh có thể hiển thị đặc tính tăng tín hiệu trên T1W LAVA và T2W CUBE và T2W CUBE FS điều này có thể giải thích cho việc ứ trệ ở túi tinh và đường dẫn tinh. Một nguyên nhân khác gây ứ trệ túi tinh không do bất tắc đó là do rối loạn quá trình xuất tinh, viêm tắc đường dẫn tinh và ống phóng tinh làm cho tinh dịch xuất tiết không thoát ra được dẫn đến túi tinh bị ứ trệ căng phồng. Sự ứ trệ tinh dịch kéo dài cũng là một trong các nguyên nhân làm chất lượng và số lượng tinh trùng giảm thấp, ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của nam giới.

Một trong những bất thường bẩm sinh phổ biến nhất của túi tinh là bất sản túi tinh một bên hoặc hai bên. Trong 15 bệnh nhân có 3 trường hợp (chiếm 19.8%) có bất sản túi tinh hai bên, 5 trường hợp bất sản hoặc thiếu sản túi tinh một bên (chiếm khoảng 33.3%) nguyên nhân có thể là do bất thường phôi thai xảy ra trước tuần thứ 7 của thai kỳ, khi mầm niệu quản phát triển từ ống dẫn tinh, bất thường này cũng liên quan đến bất thường thận kèm theo [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp bất sản thận một bên kèm bất sản hoàn toàn đường dẫn tinh và túi tinh hai bên, cũng như theo nghiên cứu của Zafer Ozmen tỷ lệ mắc bất sản túi tinh có bất thường thận kèm theo khoảng 44,5% [5], điều này cho thấy rằng bất thường túi tinh có thể kèm theo những bất thường về thận, tinh hoàn...

Ở nhóm bệnh có bất sản, thiếu sản túi tinh và đường dẫn tinh có 2 trường hợp bất thường tín hiệu đường dẫn tinh chiếm khoảng 13.3% kèm thiếu sản một bên túi tinh, bất sản ống phóng tinh và đường dẫn tinh cùng bên chập lại với bên đối diện để cùng đổ vào túi tinh còn lại, giãn túi

tinh còn lại kèm tăng tín hiệu đường dẫn tinh và túi tinh trên T1W LAVA, T2W và T2W FS thể hiện có sự ứ trệ, bất tắc hoặc tín hiệu dạng chảy máu. Cũng trên mặt phẳng T2W Coronal quan sát thấy có cấu trúc tại ụ núi có thể là nguyên nhân gây bất tắc ở ụ núi, điều này có thể giải thích cho việc ứ trệ ở túi tinh và đường dẫn tinh như một trường hợp ở nhóm có giãn, ứ trệ túi tinh hai bên đã nêu ở trên. Do tính chất không đồng nhất tròn thành phần của tinh dịch đôi khi túi tinh tăng tín hiệu cao trên T1W LAVA giống như xuất huyết [5]. Giải thích cho một số những trường hợp túi tinh hiển thị cường độ tín hiệu cao trên T1W LAVA kèm theo lâm sàng có xuất tinh máu là thường do nguyên nhân liên quan đến viêm tuyến tiền liệt, viêm túi tinh, chấn thương hoặc nang chèn ép. Có một trường hợp có nang ống Muller kích thước khoảng 14x20mm, thành mỏng, tăng tín hiệu trên T1W LAVA và T2W, trường hợp này có kèm theo túi tinh hai bên giãn, ứ trệ tinh dịch, đường dẫn tinh giãn, tăng tín hiệu trên T1W LAVA và T2W FS.

Qua đó thấy rằng chụp CHT đường dẫn tinh là phương pháp độ phân giải cao cho phép đánh giá rất tốt kích thước, tín hiệu túi tinh và đường dẫn tinh, đặc biệt phát hiện tốt những trường hợp thiếu sản, bất sản đường dẫn tinh và túi tinh. Hình ảnh được đánh giá tốt trên T2W phân giải cao (Axial, Coronal) và ứ đọng do bất tắc đường dẫn tinh sẽ thấy rõ trên T1W LAVA (Axial, Coronal).

V. KẾT LUẬN

Chụp CHT đường dẫn tinh là phương pháp không xâm lấn có giá trị cao trong việc xác định hình thái, kích thước, tín hiệu túi tinh và ống dẫn tinh hai bên giúp chẩn đoán thiếu sản, bất sản, những nguyên nhân bất tắc gây ứ đọng trong đường dẫn tinh qua đó hỗ trợ trong chẩn đoán và điều trị vô sinh nam một cách hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Imaging of the Seminal Vesicle and Vas Deferens" Bohyun Kim, Akira Kawashima, Jeong-Ah Ryu, Naoki Takahashi, Robert P. Hartman, Bernard F. King. RadioGraphics, July 01, 2013.
2. "Evaluation of the azoospermic patient" Jarow JP1, Espeland MA, Lipshultz LI. J Urol, 1989 Jul; 142(1): 62-5.
3. "Seminal vesicle imaging" B F King, R R Hattery, M M Lieber, B Williamson, G W Hartman, T H Berquist. RadioGraphics, July 01, 1989.
4. "Lesions of the Seminal Vesicles and their MRI Characteristics" Mahati N Reddy and Sadhna Verma. J Clin Imaging Sci. 2014; 4:61.
5. "Magnetic resonance imaging and clinical findings in seminal vesicle pathologies" Zafer Ozmen, Fatma Aktas, Nihat Uluocak, Eda Albayrak, Aysegül Altunkaş, and Fatih Çelikyay. Int Braz J Urol, 2018 Jan-Feb44(1): 86-94.

HIỆU QUẢ LÂM SÀNG CỦA ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP ACYCLOVIR TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH ZONA

Vũ Ngọc Vương*, Hoàng Văn Lý*,
Đặng Văn Em**, Phạm Viêt Dự***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả trên lâm sàng của điện châm kết hợp thuốc Acyclovir trong điều trị bệnh Zona. **Đối tượng và phương pháp:** 120 bệnh nhân đã được chẩn đoán là Zona, được điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị trong giai đoạn từ 3/2016 đến 3/2018. **Kết quả:** Trong tuần đầu của đợt điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS ở nhóm điện châm kết hợp thuốc Acyclovir giảm hơn so với nhóm điều trị thuốc tây y, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thời gian lành tổn thương của nhóm điện châm kết hợp thuốc Acyclovir là $8,02 \pm 2,41$ ngày ngắn hơn ở nhóm dùng thuốc là $9,58 \pm 2,32$ ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả chung sau điều trị ở nhóm điện châm có tỉ lệ tốt và khá cao hơn so với nhóm dùng thuốc, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong quá trình điều trị ở nhóm điện châm kết hợp thuốc tương đối an toàn, hầu như không gặp tác dụng phụ đáng kể nào. **Kết luận:** Điện châm kết hợp thuốc Acyclovir có hiệu quả điều trị bệnh Zona trên lâm sàng.

Từ khóa: Zona, điện châm.

SUMMARY

CLINICAL EFFECT OF ELECTRO-ACCUPUNTURE COMBINED ACYCLOVIR IN THE TREATMENT OF SHINGLES

Purpose: To evaluate the efficacies of the treatments with a combinations of electro-accupuncture and acyclovir (EA+AC) in shingles. **Subject and methods:** 120 patients having got shingles, were treated at Huu Nghi hospital during a period from march 2016 to march 2018. **Results:** During first 7 days, VAS reduced significantly in EA+AC group than in AC as a sole group ($p < 0,05$). The recovery duration of the injury were also shorter in EA+AC than in AC group ($8,02 \pm 2,41$ days $< 9,58 \pm 2,32$ days) with $p < 0,05$. Final excellent and good results were higher but not significant in both groups ($p > 0,05$). There were no significant side-effects found in EA+AC group. **Conclusions:** A combination of electro-accupuncture and acyclovir is very effective for the treatment of shingles.

Keywords: Shingles, electro-accupuncture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh zona (Herpes Zoster hay Shingles) là

*Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội

**Bệnh viện TƯQĐ 108

***Viện Y học cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Vương

Email: vungocvuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/4/2019

Ngày phản biện khoa học: 16/5/2019

Ngày duyệt bài: 27/5/2019

bệnh hay gặp trong số các bệnh da do virus. Bệnh gây nên do một loại virus hướng da và thần kinh có tên gọi Varicella Zoster Virus (VZV). Bệnh chiếm từ 10% - 20% dân số, bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, hay gặp ở người già, người suy giảm miễn dịch [1].

Triệu chứng nổi bật trong Zona là đau. Căn nguyên của đau là căn nguyên thần kinh, do sự mất bao Myelin sợi trục gây các triệu chứng thần kinh, làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh, nếu không điều trị tốt có thể để lại các di chứng như giảm thị lực (khi bị zona mắt), teo cơ, tổn thương một số cơ quan nội tạng đặc biệt là đầuthần kinh sau zona [2].

Lựa chọn một phác đồ điều trị bệnh Zona vừa có tác dụng lành vết thương, giảm đau nhanh, hồi phục dây thần kinh và ít tác dụng phụ là điều mà các thầy thuốc cần quan tâm. Acyclovir là thuốc được lựa chọn hàng đầu cho bệnh lý này. Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu đã chứng minh châm cứu có tác dụng giảm đau, chống viêm, hồi phục dây thần kinh và lành tổn thương [3]. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về điện châm điều trị bệnh Zona, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả trên lâm sàng của điện châm kết hợp Acyclovir trong điều trị bệnh Zona.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 120 bệnh nhân Zona đã được chẩn đoán xác định và điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 3/2016 – 3/2018.

2.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán: Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Habib (2005).

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là Zona thần kinh, có thời gian mắc bệnh dưới 1 tuần, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân mắc bệnh trên 1 tuần, bệnh nhân suy gan, suy thận.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tiến cứu, theo mô hình thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

2.2.2. Chất liệu nghiên cứu: Công thức huyết sử dụng theo tham khảo phác đồ điều trị đau sau Zona năm 2013 của Bộ Y tế, lý luận của YHCT và kinh nghiệm tại khoa YHCT BV Hữu Nghị.

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu: - Máy điện châm M8 do BVChâm cứu TW sản xuất.

- Kim châm cứu do Việt Nam sản xuất có đường kính 0,3mm, dài từ 3–5 thốn.

- Pince, bông, cồn sát trùng 70°.

- Thuốc đo độ đau VAS (Visual Analogue scale).

2.2.4. Các chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, giới, điểm đau VAS, thời gian lành tổn thương.

- Kết quả tốt, khá, trung bình, kém.

2.2.5. Phương pháp tiến hành

Nhóm I: BN điện châm kết hợp Acyclovir.

- **Phương huyết:** Châm huyết tại chỗ, huyết giáp tích và huyết toàn thân.

- **Kỹ thuật kích thích xung điện.**

+ Tần số kích thích: $F = 2 - 10$ Hz (Nhịp kích thích 120-240 lần/phút): tần số từ 4-10 Hz, tần số bổ từ 1-3 Hz.

+ Cường độ: $I = 10 - 30\mu A$ (Mức tối đa mà bệnh nhân chịu đựng được).

+ Thời gian châm: Ngày điện châm 1 lần, thời gian 30 phút trong 14 ngày.

- **Acyclovir:** Uống ngày 5 lần, mỗi lần 800 mg, cứ 4 giờ uống thuốc một lần, trong 07 ngày liên tục. Cream Acyclovir 5% ngày 5 lần, trong 14 ngày liên tục.

Nhóm II: BN dùng Acyclovir và Neurotin.

- Acyclovir: Uống ngày 5 lần, mỗi lần 800 mg, cứ

4 giờ uống thuốc một lần, trong 07 ngày liên tục.

- Thuốc bôi: Cream Acyclovir 5% ngày 5 lần, trong 14 ngày liên tục.

- Neurotin 300mg ngày 2 viên, uống chia 2 lần, sau ăn trong 14 ngày liên tục.

2.2.6. Chỉ tiêu đánh giá: Đánh giá sự biến đổi điểm đau theo thang điểm VAS sau 1 ngày, sau 7 ngày và sau 14 ngày điều trị.

+ Đánh giá kết quả:

❖ **Tốt:** Da lành tổn thương, không sẹo.

Hết đau (chỉ số VAS = 0 điểm).

Không có di chứng, toàn thân không sốt, không sưng hạch.

❖ **Khá:** Da lành tổn thương, không sẹo. Đau giảm nhiều, còn đau nhẹ (chỉ số VAS ≤ 3 điểm).

❖ **Trung bình:** Da lành tổn thương.

Đau giảm ít (chỉ số $3 < VAS < 7$ điểm).

Không có di chứng, toàn thân không sốt, không sưng hạch.

❖ **Kém:** Da tổn thương chưa lành sau 14 ngày điều trị.

Đau còn nhiều (chỉ số VAS ≥ 7 điểm).

Có thể có di chứng, có sốt hoặc không, có sưng hạch hoặc không.

2.3. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới, tuổi.

Bảng 3.12.1. Phân bố định tính theo giới, tuổi.						
Đặc điểm	Nhóm	Nhóm I (n = 60)		Nhóm II (n = 60)		p
		n	%	n	%	
Nam		42	70,00	43	71,67	P > 0,05
Nữ		18	30,00	17	28,33	
Tuổi TB		72.85 ± 7.21		75.23 ± 7.02		

Nhận xét: Tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ và BN trên 70 tuổi chiếm đa số. Có sự đồng nhất về giới và tuổi giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Bảng 3.2. Sự thay đổi điểm VAS của hai nhóm nghiên cứu.

Thời điểm	Kết quả	Nhóm I (n = 60)	Nhóm II (n = 60)	p
		Điểm VAS ($\bar{X} \pm SD$)	Điểm VAS ($\bar{X} \pm SD$)	
D ₀ (1)		6,67 ± 1,94	6,55 ± 1,98	PI-II> 0,05
D ₁ (2)		4,75 ± 1,65	5,88 ± 1,82	PI-II< 0,05
D ₇ (3)		2,72 ± 1,17	4,32 ± 1,59	PI-II< 0,05
D ₁₄ (4)		1,95 ± 1,14	2,28 ± 1,34	PI-II> 0,05
p		pI(1-2) < 0,05, pII(1-2) > 0,05		

Nhận xét: Ở những ngày đầu điểm trung bình mức độ đau của nhóm I giảm nhiều hơn so với nhóm II, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngày thứ 14 điểm trung bình mức độ đau của cả hai nhóm đều giảm, chưa có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Bảng 3.3. Phân bố kết quả lành tổn thương ở hai nhóm BN nghiên cứu.

Kết quả	Nhóm ĐC		Nhóm NC		p
	n	%	n	%	
≤ 5 ngày ĐT	19	31,67	15	25,00	P > 0,05
$5 < \text{ngày ĐT} \leq 10$	29	48,33	27	45,00	
$10 < \text{ngày ĐT} \leq 15$	12	20,00	18	30,00	
> 15 ngày ĐT	0	0	0	0	

Tổng số	60	100	60	100	
Thời gian trung bình	8,02 ± 2,41		9,58 ± 2,32		P < 0,05

Nhận xét: Ở cả hai nhóm không gặp BN nào lành tổn thương sau 15 ngày điều trị. Thời gian lành tổn thương ở nhóm I ngắn hơn ở nhóm II sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Kết quả chung của hai nhóm nghiên cứu sau điều trị.

Kết quả	Nhóm	Nhóm I		Nhóm II		P
		n	%	n	%	
Tốt		35	58,33	31	51,67	P > 0,05
Khá		19	31,67	18	30,00	
Trung bình		6	10,00	11	18,33	
Kém		0	0	0	0	
Tổng số		60	100	60	100	

Nhận xét: Kết quả tốt và khá ở cả hai nhóm chiếm tỷ lệ đa số. Cả hai nhóm BN nghiên cứu đều không có kết quả kém. Tuy nhiên chưa có sự khác biệt về kết quả điều trị chung giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm nhiều hơn tỷ lệ bệnh nhân nữ. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh theo giới gần xấp xỉ như nhau hoặc nếu có sự khác biệt không nhiều [4], [5].

Bệnh zona có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, nhưng đặc biệt khi tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng tăng. Nghiên cứu của Ko và cộng sự cho thấy nhóm tuổi thường gặp nhất là trên 45 [4]. Nghiên cứu của tác giả Tô Thị Thúy Hằng khi nghiên cứu 73 bệnh nhân, tuổi trung bình là $58,21 \pm 33,14$ [5]. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu là nam và có độ tuổi cao là do đặc thù đối tượng bệnh nhân bệnh viện Hữu Nghị quản lý.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên nhóm BN điện châm kết hợp thuốc thì trung bình mức độ đau giảm rõ rệt ngay sau những ngày điều trị đầu tiên hơn nhóm bệnh nhân dùng thuốc sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 14 ngày của đợt điều trị điểm trung bình mức độ đau của nhóm bệnh nhân điện châm kết hợp thuốc còn tương đối thấp chỉ là 1,95 điểm và so với lúc vào viện đã giảm được 4,72 điểm (từ 6,67 điểm xuống còn 1,95 điểm), trong khi đó nhóm dùng thuốc còn 2,28 điểm và so với lúc vào viện, đã giảm 4,27 điểm (từ 6,55 điểm xuống còn 2,28 điểm), tuy nhiên chưa có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi nhận thấy thời gian lành tổn thương ở nhóm điện châm kết hợp thuốc là $8,02 \pm 2,41$ (ngày) ngắn hơn ở nhóm dùng thuốc là $9,58 \pm 2,32$ (ngày), có sự khác biệt về thời gian lành tổn thương giữa hai nhóm với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu ở cả hai nhóm đều không có BN nào lành tổn thương sau 15 ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về thời gian lành tổn thương cũng phù hợp với

kết quả nghiên cứu của Đặng Văn Em (2005) dùng Acyclovir trong 2 tuần điều trị trên 43 BN thì thời gian lành tổn thương trước 10 ngày là 94,42% và trước 15 ngày là 99,07% [6]. Nhờ cơ chế tác dụng của điện châm là làm giảm tính thấm thành mạch, giúp bình thường hoá quá trình trao đổi chất giữa máu và mô, cải thiện hệ thống vi tuần hoàn nên điện châm có tác dụng tốt cho việc lành tổn thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả tốt và khá ở nhóm điện châm kết hợp thuốc cao hơn ở nhóm dùng thuốc, tuy nhiên chưa có sự khác biệt với $p > 0,05$. Theo tác giả Đặng Văn Em (2005) điều trị bằng Acyclovir trên 43 BN Zona kết quả tốt chiếm 30,23%, kết quả khá chiếm 67,44% và kết quả trung bình chiếm 2,33% [6]. Như vậy hiệu quả điều trị của chúng tôi tốt hơn của tác giả Đặng Văn Em, có lẽ do tác dụng của điện châm ngoài tác dụng trên hệ thần kinh và nội tiết còn có tác dụng điều hoà và tăng cường hệ thống miễn dịch của cơ thể. Tuy nhiên kết quả điều trị của chúng tôi thấp hơn một số tác giả Trung Quốc dùng điện châm kết hợp thuốc để điều trị bệnh Zona. Nghiên cứu của tác giả Tạ Tổ Nghệ và cộng sự (2013) đã điều trị cho 32 bệnh nhân bằng châm cứu kết hợp với thuốc kháng virus (Acyclovir), kết quả 28 bệnh nhân khỏi bệnh, 4 bệnh nhân có chuyển biến tốt, không gặp bệnh nhân không có kết quả. Tỷ lệ khỏi bệnh và chuyển biến tốt hơn hẳn so với điều trị bằng tây y [7]. Có lẽ do đối tượng nghiên cứu của tác giả trên có độ tuổi thấp hơn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Thời gian đầu của đợt điều trị mức độ đau theo thang điểm VAS ở nhóm điện châm kết hợp thuốc giảm hơn so với nhóm điều trị thuốc tây y một cách có ý nghĩa. Thời gian lành tổn thương của nhóm điện châm kết hợp thuốc Acyclovir

ngăn hơn nhóm dùng thuốc. Kết quả chung ở nhóm điện châm có tỉ lệ tốt và khá cao hơn so với nhóm dùng thuốc, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Straus SE, Schmader KE, Oxman MN (2003).** Herpes Zoster. Fitzpatrick's Dermatology in general medicine, sixth edition, vol 2: 2070-2085.
2. **K. Schmader (2001),** Herpes zoster in older adults, Clin Infect Dis, Vol.32(10). 1481-1486.
3. **Nghiêm Hữu Thành (2010),** Nghiên cứu cơ sở khoa học của điện châm trong điều trị một số chứng đau, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Nhà nước mã số KC10-30/06.10.
4. **Ko J. Y., Sheen T.S., Hsu M.M., (2000).** "Herpes zoster oticus treated with acyclovir and prednisolone:

clinical manifestations and analysis of prognostic factors", Clin. Otorlaryngol., 25, 139 – 142.

5. **Tô Thị Thúy Hằng (2015).** Nghiên cứu đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến đau trong bệnh zona, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ CKII, Đại học Y Hà Nội.
6. **Đặng Văn Em, Ngô Xuân Nguyệt (2005),** Kinh nghiệm điều trị bệnh Zona bằng Acyclovir tại khoa da liễu Bệnh viện TWQĐ 108, Tạp chí Y học Thực hành, số 3 (505), 7-10.
7. **谢祖艺, 杨作卿, 曾庆萍 (2013),** 等. 火针疗法治疗带状疱疹 32 例疗效观察. 中医临床研究, số 5 (22): 41- 42. (Dịch sang tiếng Việt: **Ta Tổ Nghệ, Dương Tác Khanh, Tăng Khánh Bình (2013),** Quan sát hiệu quả điều trị 32 bệnh nhân zona bằng phương pháp hỏa châm. Tạp chí nghiên cứu lâm sàng Trung y, số 5 (22): 41 - 42.).

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA VIRUS VACCINE SỞI VÀ QUẠI BỊ TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN TRÊN THỰC NGHIỆM

Nguyễn Linh Toàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của virus vaccine sởi (MeV) và virus quai bị (MuV) trên chuột thiếu hụt miễn dịch mang khối ung thư tế bào gan người. **Đối tượng và phương pháp:** Nuôi cấy tế bào ung thư gan Hep3B, cấy lên cơ thể chuột thiếu hụt miễn dịch tạo các khối u, tiêm vMeV+MuV trực tiếp vào khối u. **Kết quả và kết luận:** Trong thử nghiệm MTT tỉ lệ tế bào sống của nhóm nhiễm virus thấp hơn nhóm chứng tới 50%, tỉ lệ tế bào chết theo chương trình tăng tỉ lệ theo thời gian tiếp xúc với virus; Chuột mang khối ung thư gan người được điều trị bằng MeV+MuV có kích thước khối u giảm đáng kể so với nhóm chứng. Kết thúc thí nghiệm (ngày 60 sau điều trị), số chuột còn sống ở nhóm chứng là 2/10 (20%), nhóm MeV+MeV là 8/10 (80%) ($p < 0,05$).

Từ khóa: Virus vaccine sởi, chuột nude, ung thư gan

SUMMARY

EVALUATION OF EFFICACY OF MEASLES AND MUMPS VACCINE VIRUSES IN TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN EXPERIMENTS

Objectives: To evaluate the therapeutic efficacy of measles vaccine virus (MeV) and mumps vaccine virus (MuV) in nude mice bearing human liver cancer of Hep3B cells. **Subjects and methods:** Hep3B cells line (ATCC) cultured, nude mice bearing human liver tumor by xenograft, directed injection of MuV and

MeV into liver tumors. **Results and conclusion:** In the MTT trial the survival rate of the infected group was 50% lower for the control group; the rate of programmed death was increased by the time of exposure to the virus; Nude mice that were treated with MeV had significantly reduced tumor size compared with the control group. At the end of the experiment (60 days post-treatment), the survivors in the control and MeV+MuV groups were 2/10 (20%) and 8/10 (80%) respectively ($p < 0.05$).

Keywords: Measles vaccine virus, nude mice, liver cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Mặc dù đã đạt được những thành công rõ rệt về nghiên cứu điều trị ung thư trong những thập niên gần đây, số lượng các ca tử vong do ung thư vẫn chưa thể tính hết. Trị liệu ung thư cổ điển (hóa trị liệu, xạ trị liệu, miễn dịch trị liệu) gây ra những tác hại như kháng thuốc và các tác dụng phụ nghiêm trọng. Vấn đề quan trọng khác của trị liệu ung thư là tổn thương mô và khả năng tái phát của bệnh. Trong các ung thư, tỷ lệ mắc mới ung thư gan nguyên phát (HCC) đứng hàng thứ 6, tỷ lệ chết đứng hàng thứ ba với hơn 800 triệu người chết vì HCC trên thế giới [1].

Trong số các OLV được nghiên cứu về khả năng phân giải tế bào ung thư, virus Sởi (Measles virus, MeV) được nghiên cứu khá toàn diện. MeV là virus mang chuỗi RNA thuộc giống Morbillivirus gây triệu chứng sởi. Bộ gen gồm 6 gen mã hóa cho 8 protein: nucleocapsid (N), phospho (P), matrix (M), fusion (F),

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Linh Toàn

Email: toannl@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5/4/2019

Ngày phản biện khoa học: 3/5/2019

Ngày duyệt bài: 16/5/2019

hemagglutinin (H), large (L), C và V protein. Nghiên cứu thực nghiệm của của Peng và cs [4] cho thấy MeV giảm độc lực có khả năng phân giải tế bào ung thư cơ cả trên in vitro và in vivo trên mô hình chuột SCID/NOD mang khối u. Kết quả cho thấy sự giảm phát triển của các khối u khi được điều trị bằng tiêm MeV vào khối u cũng như theo đường tĩnh mạch. Khi tiêm trực tiếp MeV giảm độc lực vào khối u, gây hoạt động của gen beta-galactosidase reporter gene gây giảm kích thước khối u Lympho trên chuột ghép [3], [4]. Kết quả này trái ngược với việc tiêm MeV chưa hoạt hóa, khối u vẫn tiếp tục phát triển. Thậm chí, tác dụng chống khối u vẫn phát huy sau khi tiêm kháng thể kháng MeV. Ngoài MeV, virus vaccine quai bị (MuV) cũng được nghiên cứu tác dụng ức chế ung thư máu và ung thư rắn [5], [6]. Nghiên cứu gần đây, chúng tôi chứng minh phối hợp virus vaccin sởi và virus vaccin quai bị điều trị một số loại ung thư rắn cho thấy có tác dụng tăng cường tác dụng kháng ung thư rõ rệt. Nghiên cứu này chúng tôi "Đánh giá hiệu quả điều trị ung thư của virus vaccine sởi trên chuột thiếu hụt miễn dịch mang khối ung thư gan".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Chuột nhắt BALB/c thiếu hụt miễn dịch, không có tế bào lympho T (nude mice, Foxn1^{nu}) được nhập khẩu từ Công ty Charles-River (Hoa Kỳ).
- Dòng tế bào ung thư gan người Hep 3B có nguồn gốc từ Công ty ATCC (www.atcc.org), Hoa Kỳ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Tăng sinh tế bào ung thư, tăng sinh virus sởi (MeV).
- Tiến hành thử nghiệm MTT(3-(4,5-Dimethylthiazol-2-yl)-2,5-diphenyltetrazolium bromide): nhiễm MeV vào tế bào ung thư Hep 3B.
- Ghép tế bào tạo khối ung thư lên chuột nude: Thu hoạch tế bào ung thư Hep3B; Tiêm 1×10^6 tế bào/con, chuột nude được cố định và ghép dị loài tạo khối ung thư gan dưới da đùi phải chuột (4).
- Theo dõi và xác định sự hình thành khối ung thư trên chuột.

Kích thước u được tính theo công thức: $V = D \times R^2 \times 0,5$ (Yamaura et al., 2000)

V: thể tích khối u, D: chiều dài khối u, R: chiều rộng khối u

- Đánh giá tác dụng điều trị đơn virus

Sau khi tạo khối u Hep 3B trên chuột, chuột được phân thành các nhóm và điều trị với các nhóm liều khác nhau theo đường tiêm trực tiếp khối u, mỗi nhóm 10 con: Nhóm chứng: chuột

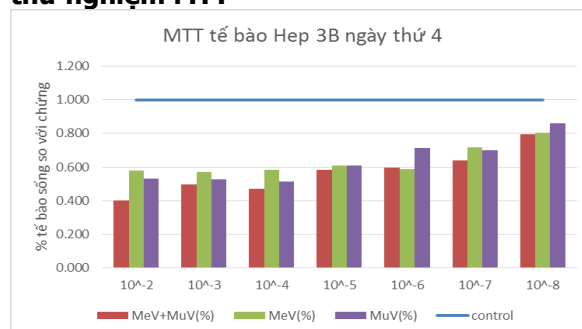
mang u, không điều trị; Nhóm MeV: chuột mang u, được tiêm khối u với liều 10^6 MeV/ con x 6 lần. Theo dõi kích thước khối u và tỷ lệ sống chết chuột mang ung thư gan.

Phân lập tế bào miễn dịch từ lách chuột, xác định tỷ lệ từng loại tế bào miễn dịch (4).

2.3. Xử lý số liệu: Sử dụng chương trình tính toán chuyên dụng STAVIEW 5.01E

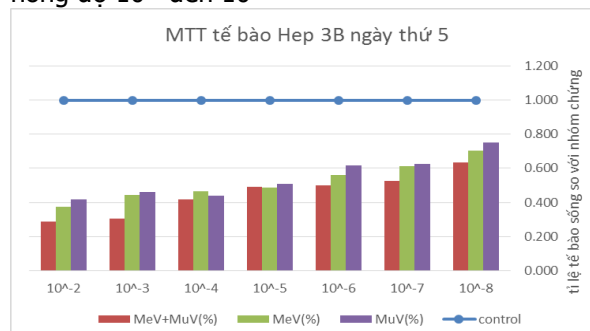
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tác dụng kháng ung thư thông qua thử nghiệm MTT



Hình 1. Kết quả đo MTT nhiễm virus ngày thứ 4 trên Hep 3B

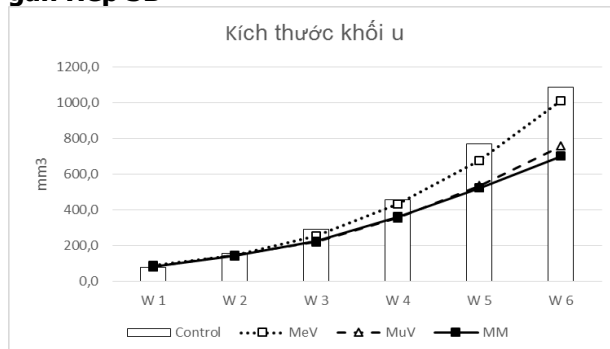
Ngày thứ 4, kết quả MTT cho thấy tỉ lệ tế bào sống ở nhóm nhiễm đồng thời MeV+MuV ít hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm chứng ở nồng độ 10^{-2} đến 10^{-7} . Nhóm nhiễm MeV hoặc MuV tỉ lệ tế bào sống ít hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm chứng ở dải nồng độ 10^{-2} đến 10^{-7} . Tế bào ung thư gan nhiễm MeV+MuV có tỉ lệ tế bào sống thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm nhiễm đơn virus ở dải nồng độ 10^{-2} đến 10^{-3} .



Hình 2. Kết quả đo MTT nhiễm virus ngày thứ 5 trên Hep 3B

Đến ngày 5, tỉ lệ tế bào sống của nhóm nhiễm virus thấp hơn nhóm chứng tới 50% ở các nồng độ 10^{-2} đến 10^{-5} ($p < 0,05$). Tỉ lệ tế bào sống tỉ lệ nghịch theo nồng độ virus gây nhiễm, ở nồng độ virus 10^{-8} tỉ lệ tế bào sống khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nhiễm đơn virus và nhóm chứng ($p > 0,05$).

3.2. Tác dụng kháng ung thư của MeV+MuV trên chuột mang khối ung thư gan Hep 3B

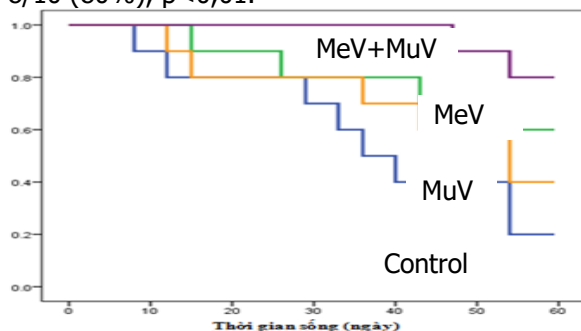


Hình 3. Kích thước khối ung thư Hep 3B của các nhóm chuột được điều trị

Kích thước khối u của các nhóm tăng dần trong quá trình đánh giá (Hình 3). Đến tuần thứ 6 sau khi bắt đầu tiêm virus, kích thước khối u nhóm MeV+MuV cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng ($p < 0,05$).

Chuột mang khối ung thư gan người được điều trị bằng MeV+MuV có kích thước khối u giảm rõ rệt so với nhóm chứng ($p < 0,05$).

Tại hầu hết các thời điểm nghiên cứu số chuột sống ở nhóm chứng đều thấp hơn số chuột sống ở các nhóm điều trị (Hình 4). Kết thúc thí nghiệm ở ngày thứ 60 tính từ khi bắt đầu điều trị, số chuột còn sống sót còn lại ở nhóm chứng là 2/10 (20%), nhóm MeV là 6/10, nhóm phối hợp MeV+MuV có tỷ lệ chuột sống là 8/10 (80%), $p < 0,01$.



Hình 4. Thời gian sống trung bình của các nhóm điều trị

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy chủng virus vaccine sởi và quai bị có tác dụng gây độc tế bào có hiệu quả và gây ra một hiệu ứng bệnh lý tế bào rõ ràng ở các tế bào bị nhiễm MeV và MuV ở ngày thứ 3 -5, trong đó rõ ràng nhất ở ngày thứ 4 và 5. Hiệu ứng gây độc tế bào của MeV bắt đầu sau khi protein bám dính H và

HN tương tác với thụ cảm thể của nó trên các tế bào đích. Sự tương tác này thúc đẩy thay đổi hình dạng trong protein hợp bào của virus, điều này dẫn đến hợp nhất màng tế bào và màng virus, làm cho virus đi vào trong tế bào. Protein H và HN của virus tương tác với các thụ cảm thể trên màng các tế bào lân cận và kích hoạt quá trình hợp màng giữa tế bào nhiễm virus và các tế bào xung quanh. Khi biểu hiện của protein H, HN và protein hợp màng tăng lên, một khả năng là các tế bào nhiễm virus sẽ hợp màng với các tế bào u xung quanh tăng lên. Sự lan truyền hợp màng giữa các tế bào dẫn đến hình thành một tế bào khổng lồ gọi là hợp bào, hợp bào thường chết sau vài ngày [5],[6], [7]. Sự hình thành hợp bào tạo điều kiện cho virus lây lan từ tế bào này sang tế bào khác rất nhanh mà không cần giải phóng hạt virus ra khỏi tế bào. Ngoài ra, khi các tế bào nhiễm virus chết, chúng giải phóng các hạt virus tự do, các hạt virus này lại nhiễm sang các tế bào lân cận làm tăng nhanh khả năng ly giải tế bào u. Ngoài ra, MeV còn kích hoạt con đường chết tế bào apoptosis (từ ngày thứ 3 tăng dần đến ngày thứ 5). MeV sống giảm độc lực có thể tạo ra apoptosis trong các tế bào u, MeV đã được chứng minh là làm tăng tế bào chết apoptosis ở tế bào ung thư buồng trứng.

Khi tiêm trực tiếp MeV và MuV giảm độc lực trực tiếp vào khối ung thư sẽ gây tăng cường hoạt động của gen beta-galactosidase reporter làm giảm kích thước khối u Lympho trên chuột ghép khối ung thư này [2]. Tăng đáp ứng miễn dịch không đặc hiệu chống ung thư như tăng cường hoạt hóa tế bào NK, đại thực bào tiêu và nhiều tế bào đích khác tiêu diệt tế bào ung thư. Kết quả nghiên cứu trước đây chứng minh bằng đường tiêm tĩnh mạch kết quả nghiên cứu cũng chứng minh MeV+ MuV có tác dụng làm chậm sự phát triển khối u điều đó chứng tỏ bằng đường tiêm tĩnh mạch virus có khả năng xâm nhập, nhân lên ở tế bào ung thư và phát huy tác dụng kháng ung thư [5], [6].

V. KẾT LUẬN

Virus vắc xin sởi dùng phối hợp với virus vancine quai bị (MeV+MuV) có tác dụng tăng cường tiêu diệt tế bào ung thư gan dòng Hep 3B in vitro và giảm thể tích khối ung thư, kéo dài thời gian sống thêm của chuột mang khối ung thư gan người dòng Hep-2 in vivo thông qua cơ chế gây apoptosis, kích thích các đáp ứng miễn dịch không đặc hiệu chống ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. Forner, M. Reig, J. Bruix. Hepatocellular

- carcinoma. *Lancet*, 391 (2018), pp. 1301-1314.
2. **Pack GT.** Note on the experimental use of rabies vaccine for melanomatosis. *AMA Arch Derm Syphilol*. 1950; 62:694-5.
 3. **Ring CJA.** Cytolytic viruses as potential anticancer agents. *J Gen Virology*. 2002;7:S293.
 4. **Peng K-W, Ahmann GJ, Pham L, Greipp PR, Cattaneo R, Russell SJ.** Systemic therapy of myeloma xenografts by an attenuated measles virus. *Blood*. 2001;98(7):2002-2007.
 5. **Son HA, Zhang L, Cuong BK, Van Tong H, Cuong LD, Hang NT, Nhung HTM, Yamamoto N, Toan NL.** Combination of Vaccine-Strain Measles and Mumps Viruses Enhances Oncolytic Activity against Human Solid Malignancies. *Cancer Invest*. 2018 Feb 7;36(2):106-117.
 6. **Zhang LF, Tan DQ, Jeyasekharan AD, Hsieh WS, Ho AS, Ichiyama K, Ye M, Pang B, Ohba K, Liu X, de Mel S, Cuong BK, Chng WJ, Ryo A, Suzuki Y, Yeoh KG, Toan NL, Yamamoto N.** Combination of vaccine-strain measles and mumps virus synergistically kills a wide range of human hematological cancer cells: Special focus on acute myeloid leukemia. *Cancer Lett*. 2014 Nov 28;354(2):272-80.
 7. **Bhattacharjee S, Yadava PK.** Measles virus: Background and oncolytic virotherapy. *Biochem Biophys Rep*. 2018 Jan 2;13:58-62.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA TIM MẠCH BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Bùi Tùng Hiệp*, Trần Thị Ngọc Muội**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại khoa tim mạch Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 3 năm 2018 đến tháng 9 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 Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ. **Kết quả:** Bệnh nhân tăng huyết áp nằm trong độ tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 74,1%, thấp nhất là độ tuổi ≤ 30 tuổi với tỷ lệ là 0,8%, tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nam (64% so với 36%), tuổi trung bình của toàn mẫu nghiên cứu là 67 tuổi. Bệnh nhân có từ 1 yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (46,6%), tuổi cao là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất (68,3%). Tổn thương cơ quan đích chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh mạch vành (38,3%), tiếp theo là bệnh suy tim (27,8%), phần lớn bệnh nhân nhập viện có tiền sử tăng huyết áp (100%). Ước chế thụ thể Angiotensin và chặn kênh canxi là hai nhóm thuốc được sử dụng phổ biến nhất (60,8% và 44,2%). Trong phác đồ đa trị liệu, kiểu phối hợp chặn Beta và chặn kênh canxi chiếm tỷ lệ cao nhất (14,2%). **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.

SUMMARY

SITUATION OF USING ANTIHYPERTENSIVE DRUGS AT THE HEART DEPARTMENT OF CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Objectives: To investigate the situation of using antihypertensive drugs at the Heart Department of Can Tho city general Hospital from March 2018 to September 2018. **Subjects and methods:** Descriptive cross-sectional descriptions. The study was performed on patients diagnosed with hypertension and inpatient treatment at Can Tho city general Hospital's Cardiology Department. **Results:** Patients with hypertension in the age of ≥ 60 account for the highest rate of 74.1%, the lowest is age ≤ 30 years old with the rate of 0.8%, the rate of female patients is higher than the rate of patients male (64% versus 36%), the average age of the whole sample is 67 years old. Patients with 1 risk factor accounted for the highest percentage (46.6%), high age is the most common risk factor (68.3%). coronary artery (38.3%), followed by heart failure (27.8%), most hospitalized patients have a history of hypertension (84.3%). Angiotensin receptor blockers and calcium channel blockers are the two most commonly used groups of drugs (60.8% and 44.2%). In multiple therapy regimens, the combination of beta blockers and calcium channel blockers accounted for the highest proportion (14.2%). **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 căn bệnh diễn tiến âm thầm, ít có dấu hiệu cảnh báo. Những dấu hiệu của tăng huyết áp thường không đặc hiệu và

*Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch

**Trường Đại học Tây Đô, Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Tùng Hiệp

Email: buitunghiep2@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/4/2019

Ngày phản biện khoa học: 6/5/2019

Ngày duyệt bài: 17/5/2019

người bệnh thường không thấy có gì khác biệt với người bình thường cho đến khi xảy ra tai biến. Vì vậy, tăng huyết áp mà phần lớn không tìm thấy nguyên nhân (khoảng 95%) đang trở thành mối đe dọa toàn thể nhân loại bởi nhiều biến chứng nguy hiểm như: Nhồi máu cơ tim, đột quỵ não, suy tim, suy thận mạn... Trong đó tăng huyết áp là một trong những yếu tố nguy cơ hàng vi và sinh lý hàng đầu. Tăng huyết áp ảnh hưởng đến sức khỏe của hơn 1 tỷ người trên toàn thế giới và là yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng nhất liên quan đến bệnh mạch vành, suy tim, bệnh mạch máu não và bệnh thận mạn tính.

Tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tỷ lệ tử vong và tỷ lệ mắc bệnh tăng đường máu (5,8%). Tần suất tăng huyết áp nói chung trên thế giới là khoảng 41% ở các nước phát triển và 32% ở các nước đang phát triển [1]. Báo cáo gần đây cho thấy gần 1 tỷ người lớn (hơn một phần tư dân số thế giới) bị tăng huyết áp trong 2000 và điều này được dự đoán sẽ tăng lên 1,56 tỷ vào năm 2025. Trong khu vực của tổ chức Y tế thế giới tỷ lệ tăng huyết áp trong năm 2008, cao nhất tại châu Phi 36,8% [3].

Tại Việt Nam tỷ lệ tăng huyết áp cũng gia tăng nhanh chóng: Kết quả điều tra dịch tễ học của Viện Tim mạch Trung ương tại 8 tỉnh, thành phố của cả nước năm 2008 cho thấy tỷ lệ người trưởng thành từ 25 tuổi trở lên bị tăng huyết áp là 25,1%. Và đến năm 2015 – 2016 tỷ lệ này tăng lên là 47,3%.

THA là bệnh phổ biến và dễ chẩn đoán nhưng khả năng nhận biết của bệnh nhân, tỷ lệ điều trị và tỷ lệ bệnh nhân điều trị đạt huyết áp mục tiêu vẫn còn thấp. Hiện nay, điều trị THA có những tiến bộ không ngừng, do hiểu biết nhiều hơn về bệnh sinh học, thuốc điều trị ngày càng đa dạng về dược chất cũng như dạng bào chế. Điều này mang lại nhiều thuận lợi nhưng cũng mang lại những thách thức lớn trong việc sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả. 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 đa khoa Thành phố Cần Thơ"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm những bệnh nhân có tăng huyết áp được điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ trong thời gian từ tháng 3/2018 đến tháng 9/2018, 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 viện khác; bệnh án của bệnh nhân không đầy đủ thông tin; Bệnh nhân là phụ nữ có thai.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi 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 120 bệnh án theo đúng tiêu chuẩn

- **Phương pháp phân tích:** Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm xử lý thống kê Microsoft Excel 2013 tính theo tỷ lệ %. Các phép phân tích được sử dụng trong nghiên cứu: tính tần số và tỷ lệ phần 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.

- Các yếu tố nguy cơ và các bệnh mắc kèm: 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 theo khuyến cáo điều trị trị tăng huyết áp của Bộ Y tế 2010.

➢ Khảo sát việc sử dụng thuốc

- Tỷ lệ các thuốc điều trị THA gặp trong nghiên cứu.

- 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.

- Tác dụng không mong muốn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

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

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi:	+ < 30	1	0.8
	+ 30 đến dưới 40	2	1.7
	+ 40 đến dưới 50	8	6.7
	+ 50 đến dưới 60	20	16.7

+ ≥ 60	89	74.1
Tổng	120	100

Bệnh nhân nằm trong độ tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 74.1%.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính

	Giới		Tổng
	Nam	Nữ	
Tần số	43	77	120
Tỷ lệ %	35,9	64,1	100

Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 36%, nữ chiếm 64%

Bảng 3: Thể trạng bệnh nhân ghi nhận

Bảng 4. Phân độ tăng huyết áp trong mẫu nghiên cứu

Phân độ tăng huyết áp	Nam	Nữ	Số Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Huyết áp bình thường cao	11	25	36	30
Tăng huyết áp độ 1	10	10	20	16,7
Tăng huyết áp độ 2	11	29	40	33,3
Tăng huyết áp độ 3	11	13	24	20
Tổng	43	77	120	100,0

Trong mẫu nghiên cứu, các bệnh nhân có phân độ tăng huyết áp độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3%

Bảng 5. 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)	14	11,6
Nguy cơ nhóm B (có 1 yếu tố nguy cơ)	56	46,6
Nguy cơ nhóm C (có 2 yếu tố nguy cơ)	10	8,3
Nguy cơ nhóm D (có ≥ 3 yếu tố nguy cơ hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tổn thương cơ quan đích)	30	33,5
Tổng	120	100,0

Trong tổng số 120 bệnh nhân, số bệnh nhân có 2 yếu tố nguy cơ thuộc (nguy cơ nhóm C) chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,3%.

Bảng 6. Tần suất các yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
ĐTĐ	29	24,2
RLLPM	43	35,8
Tuổi cao: nam giới > 55 tuổi, nữ > 65 tuổi	82	68,3
Hút thuốc lá	4	3,3
Thừa cân / Béo phì	28	23,3

Trong số các yếu tố nguy cơ thì tuổi cao là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất với 82 trường hợp với tỷ lệ 68,3%, kế đến là RLLP chiếm 35,8%, các yếu tố nguy cơ khác chiếm tỷ lệ thấp hơn.

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 (%)
------------	----------------------	-----------

tại thời điểm nghiên cứu

Thể trạng	Tần số	Tỷ lệ %
Gầy	7	5.9
Bình thường	85	70.8
Có nguy cơ béo phì	16	13.3
Béo độ 1	10	8.3
Béo độ 2	2	1.7
Tổng	120	100

Bệnh nhân có thể trạng gầy chiếm 5.9%, bình thường chiếm 70.8%, có nguy cơ béo phì chiếm 13.3%, bệnh nhân béo phì độ 1 chiếm 8.3%, béo phì độ 2 chiếm 1.7%.

Lợi tiểu	18	15
Furosemid	6	0,5
Spironolacton	12	10
Chẹn beta giao cảm	50	41,6
Bisoprolol	40	41,2
Metoprolol	10	8,3
Chẹn kênh canxi	53	44,2
Amlodipin	53	44,2
Ức chế men chuyển	44	28,3
Enapril	33	27,7
Perindopril	1	0,83
Chẹn thụ thể AT1	73	60,8
Losartan	62	51,7
Ibersartan	5	4,2
Telmisartan	6	0,5
Thuốc dạng phối hợp	7	5,8
Spironolacton + Furosemid	7	5,8

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

Tương tác thuốc		Số Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mức độ nặng	UCMC + Kali Clorid	1	0,8
	UCMC + Spironolacton	10	8,3

Mức độ trung bình	Chẹn Beta + Chẹn Calci nhóm dihydropyridin	20	16,6
	Chẹn Beta + Insulin	4	3,3
	UCMC + Insulin	4	3,3
	Spironolacton + Digoxin	7	5,8
Mức độ nhẹ	UCMC + Digoxin	4	3,3

Có 50 trường hợp gặp tương tác bất lợi trong mẫu nghiên cứu, chiếm tỉ lệ 41.7%. Trong đó có 11 tương tác nguy hiểm, cần theo dõi thận trọng nồng độ Kali máu. Phổ biến nhất là tương tác giữa thuốc chẹn Beta và chẹn Calci, chiếm tỉ lệ 16.7%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu là 67 tuổi, trong đó bệnh nhân có tuổi cao nhất là 88 tuổi và thấp nhất là 26 tuổi. Bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao 74.1%, còn lại dưới 60 tuổi chiếm 25.9%. THA tập trung ở độ tuổi ≥ 60 có thể giải thích do sự lão hóa thường đi kèm với sự thay đổi cấu trúc, chức năng hệ tim mạch. Hệ thống ĐM lão hóa sẽ giảm khả năng trao đổi chất, giảm tính thấm đối với các chất có phân tử lượng lớn và dần dần sẽ trở thành tình trạng bệnh lý. Điều này giải thích vì sao yếu tố nguy cơ về tuổi của bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất trong các yếu tố nguy cơ 68.3%. Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình cao và nhóm đối tượng có độ tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất. Đây là đối tượng cần phải kiểm soát HA chặt chẽ. Tuy nhiên nhóm bệnh nhân này kiểm soát HA lại rất khó khăn. Đây là thách thức đối với bệnh viện.

Về giới, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn so với bệnh nhân nam. Cụ thể nữ chiếm 64% và nam chiếm 36%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Mai (2017) khảo sát trên 91 bệnh nhân tại khoa khám bệnh - Bệnh Viện Đa Khoa Vị Xuyên có kết quả nam chiếm 60.4% nữ chiếm 39.6% [8]. Ở một số nghiên cứu khác cũng có kết quả tương tự như tác giả Lê Hoàng Minh (2016) về tình hình điều trị THA tại khoa nội tim mạch bệnh viện Quảng Nam cũng cho kết quả nữ chiếm 66,1% và nam chiếm 33,9% và tác giả Viên Thế Du về thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp phòng khám bệnh viện đa khoa Hà Giang [4]. Tỷ lệ lớn BN nữ điều trị THA tại Khoa khám bệnh - Bệnh viện đa khoa Thành Phố Cần Thơ có thể liên quan tới phát hiện cho rằng phụ nữ dường như nhận biết, quan tâm và tuân thủ điều trị THA hơn nam giới.

2. Việc sử dụng các nhóm thuốc chống tăng huyết áp: Danh mục các nhóm thuốc: Có 5 nhóm thuốc hạ áp được sử dụng trong mẫu nghiên cứu. Tất cả các nhóm thuốc này đều nằm trong danh mục các thuốc hạ áp theo khuyến cáo điều trị THA của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2015 cũng như các khuyến cáo của JNC VII

và ESH/ESC 2013 [6], [7].

Cơ cấu sử dụng thuốc THA nhóm UCMC chiếm 28.3%, thuốc ức chế thụ thể Angiotensin II chiếm 60.8%, nhóm thuốc chẹn Beta giao cảm chiếm 42.5%, nhóm chẹn kênh canxi chiếm 44.2%, nhóm lợi tiểu chiếm 27,5%.

Nhóm thuốc chẹn thụ thể AT1 được sử dụng nhiều nhất (60,8%) trong đó: Losartan là thuốc được chỉ định nhiều nhất (51,7%) và thấp nhất là ibersartan (4,2%). Các thuốc này có tác dụng chống tăng huyết áp như UCMC nhưng không gây ho khan, tuy nhiên có giá thành cao nên thường ít được lựa chọn hơn các nhóm thuốc khác.

Nhóm thuốc chẹn kênh canxi (Amlodipin) được sử dụng tương đối nhiều 44,2%.

Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm được sử dụng với tỷ lệ 41,6%. Trong đó nhóm chẹn beta giao cảm chọn lọc trên β_1 (bisoprolol) được sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 41,2%, Metoprolol chiếm 8,3%.

Nhóm thuốc ức chế men chuyển trong đó: Enapril được sử dụng nhiều nhất (27,7%) và Perindopril (0,83%).

3. Tương tác thuốc: Có 50 trường hợp gặp tương tác bất lợi trong mẫu nghiên cứu, chiếm tỉ lệ 41.7%. Trong đó có 11 tương tác nguy hiểm, cần theo dõi thận trọng nồng độ Kali máu.

Phổ biến nhất là tương tác giữa thuốc chẹn Beta và chẹn Calci, chiếm tỉ lệ 16.7%. Phối hợp này làm tăng tác dụng hạ huyết áp, ngoài ra có thể gây tăng nguy cơ cơn đau thắt ngực, suy tim sung huyết, loạn nhịp tim đặc biệt ở bệnh nhân chức năng tim giảm.

Các phối hợp giữa thuốc lợi tiểu hoặc UCMC với Digoxin có thể làm tăng độc tính của Digoxin. Trong mẫu nghiên cứu có khoảng 9.7% trường hợp gặp tương tác loại này.

Có 8 trường hợp tương tác giữa các UCMC hoặc chẹn Beta khi kết hợp với Insulin, chiếm tỉ lệ 6.7% tổng đơn thuốc khảo sát. Phối hợp này làm tăng tác dụng của Insulin nên có thể gây hạ glucose máu.

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. **As per the World Health Statistics (2012)**, "Epidemiology of Hypertension", Global11,12, of the estimated 57, SUPPLEMENT TO JAPI, FEBRUARY 2013, VOL. 61.
2. **Thái Khoa Bảo Châu, Võ Thị Hồng Phương (2016)**, "Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp tại bệnh viện trường đại học Y dược Huế", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Số 32.
3. **Cressionl Mabel, Gorina Yelena, Bilheimer Linda & Richard, G. (2010)**, "Trends in Health Status and Health care Use Among Older Men",

National Health Statistics Report, page 5.

4. **Viên Thế Du (2016)**, "khảo sát thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân điều trị tại phòng khám tăng huyết áp, bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang", trường đại học Dược Hà Nội, luận văn dược sỹ chuyên khoa cấp I.
5. **Trương Thị Thủy Dương (2016)**, "Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng".
6. **European heart Journal (2013)**, "2013ESC/ESH Guidelines for the management of certerial hypertension".
7. **Hội tim mạch học Việt Nam (2015)**, "Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2015".
8. **Lê Thị Mai (2017)**, Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp tại khoa khám bệnh - Bệnh Viện Đa Khoa Vị Xuyên Giai Đoạn 2016 – 2017, luận văn dược sỹ chuyên khoa cấp 1.

KẾT QUẢ HÓA TRỊ TÂN BỐ TRỢ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN III TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Quang Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTV giai đoạn III từ 1/2013 đến 6/2016; 2) Đánh giá kết quả hóa trị tân bổ trợ phác đồ TA trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 35 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III từ tháng 1/2013 đến tháng 6/ 2016. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 49,6; giai đoạn bệnh hay gặp là IIIB; thể giải phẫu bệnh hay gặp là Carcinoma thể OXN độ II; tỷ lệ thụ thể nội tiết ER(+) PR(+) chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,9%; Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 91,5%; Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 8,6%; tỷ lệ đáp ứng 1 phần là 82,9%, bệnh ổn định là 5,7%, bệnh tiến triển 2,8%. Tỷ lệ chuyển mổ được là 91,5%. Tác dụng phụ trên hệ tạo huyết chủ yếu là hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ III (18,1%), độ IV (15,2%), đều hồi phục sau kích BC 1-2 lần. Tác dụng không mong muốn chủ yếu là nôn, buồn nôn với độ I (34,7%), độ II (14,7%) và độ III (4,3%). **Kết luận:** Hóa trị tiền bổ trợ ung thư vú giai đoạn III bước đầu đem lại kết quả khả quan, tỷ lệ phẫu thuật cao với độc tính và tác dụng không mong muốn chấp nhận được.

Từ khóa: Ung thư vú giai đoạn III, hóa trị tân bổ trợ.

SUMMARY

ASSESSMENT ON NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY FOR PATIENTS WITH STAGE III BREAST CANCER

*Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: thaibatapchimtud@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/4/2019

Ngày phản biện khoa học: 11/5/2019

Ngày duyệt bài: 27/5/2019

Purpose: Assessment on neoadjuvant chemotherapy for patients with stage III breast cancer. **Patients and method:** retrospective study of 35 patients with stage III breast cancer in Nghe An Oncology Hospital from January 2013 to June 2016. **Results:** Mean age (49,6); common stage (IIIB); invasive ductal carcinoma, grade II were more common; ER(+) and/or PR(+) accounted for 42,9 %. Complete response, partial response, stable disease, progression disease rate of neoadjuvant therapy were 8,6%, 82,9% 5,7%, 2,8% respectively. The overall response rate (ORR) was 91,5% and these tumours could be resected. Neutropenia grade 3 and 4 were 18,1 and 15,2% respectively. Nausea and vomit grade 3 made up 4,3%. **Conclusion:** Neoadjuvant chemotherapy increased the rate of resectability in patients with stage III breast cancer. The toxicity was acceptable.

Keyword: Stage III breast cancer, neoadjuvant chemotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ nhiều nước trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở nữ giới. Theo Globocan năm 2012, trên toàn thế giới có 1.670.000 ca mắc mới và 522.000 phụ nữ tử vong do UTV. Ở Việt Nam, theo số liệu của chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống ung thư năm 2010, có 12.533 trường hợp mắc mới UTV.

UTV giai đoạn III có đặc điểm bệnh lan rộng tại chỗ và di căn hạch vùng. Hầu hết bệnh ở giai đoạn này không phẫu thuật ngay từ đầu được mà phải dùng phương pháp điều trị tân bổ trợ (hóa trị hoặc nội tiết), sau đó phẫu thuật, xạ trị/ nội tiết/ ức chế buồng trứng (nếu có chỉ định).

Đã có nhiều nghiên cứu đánh giá việc áp dụng các phác đồ hóa chất đạt hiệu quả ở các trung tâm điều trị ung bướu trên cả nước. Phác đồ TA là 1 trong những phác đồ được NCCN khuyến cáo điều trị.

Phác đồ TA bao gồm 2 thuốc Anthracyclin và Taxan có hiệu quả cao trong điều trị UTV. Trong đó, Doxorubicin là thuốc điều trị ung thư vú cho đáp ứng cao nhất với 35-50% khi dùng đơn độc và 70% khi dùng phối hợp. Taxan là thuốc điều trị ung thư thuộc thể hệ mới với Paclitaxel cho tỷ lệ đáp ứng 62% và Docetaxel là 40-68% khi dùng đơn độc. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Kết quả hóa trị tân bổ trợ ung thư vú giai đoạn III tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An", với 2 mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTV giai đoạn III từ 1/2013 đến 6/2016.

2. Đánh giá kết quả hóa trị tân bổ trợ phác đồ TA trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là Ung thư vú giai đoạn III chưa phẫu thuật, hóa trị tân bổ trợ từ tháng 01/2013 đến tháng 06/2016.

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Ung thư vú đã được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học.

- Ung thư vú giai đoạn III.

- Hóa trị tân bổ trợ phác đồ TA ít nhất 03 đợt

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- UTV đã phẫu thuật

- UTV di căn ở thời điểm phát hiện lần đầu

- Đã điều trị phác đồ hóa chất khác trước đó

- Tuổi > 70

- Chỉ số toàn trạng ≤ 2 theo thang ECOG

- Mặc các bệnh nội khoa nặng kèm theo như suy tim, bệnh mạch vành đã đặt stent, các bệnh van tim nặng, COPD...

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu

- Thu thập số liệu: Theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất có sẵn

- Nội dung nghiên cứu:

+ Lựa chọn tất cả các bệnh nhân được hóa trị tân bổ trợ bằng phác đồ TA tại bệnh viện Ung bướu Nghệ an từ 1/2013 đến 6/2016.

+ Mô tả đặc điểm u, hạch, giai đoạn bệnh, thể giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch

+ Bệnh nhân hóa trị tân bổ trợ ít nhất 3 chu kỳ

+ Phác đồ TA:

Docetaxel 75mg/m² da, TMC, ngày 1

Doxorubicin 50mg/m², TMC, ngày 1

+ Đánh giá hiệu quả của hóa trị tân bổ trợ phác đồ TA

Theo tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng khối u đặc (RECIST)

+ Đánh giá độc tính trên hệ tạo huyết và ngoài hệ tạo huyết

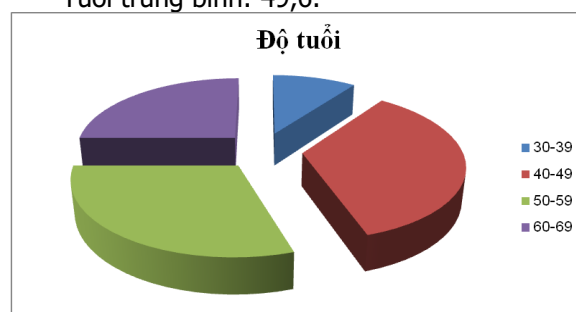
+ Đánh giá tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

- Các số liệu thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân

- Tuổi trung bình: 49,6.



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

- Đặc điểm u, hạch, giai đoạn bệnh

Bảng 1. Đặc điểm u, hạch, giai đoạn bệnh

Đặc điểm lâm sàng	N	%
T2	03	8,6
T3	04	11,4
T4a	11	31,4
T4b	09	25,8
T4c	06	17,1
T4d	02	5,7
N1	07	20
N2	18	51,5
N3	10	28,5
IIIA	07	20
IIIB	15	42,8
IIIC	13	37,2

Bảng 2. Giải phẫu bệnh

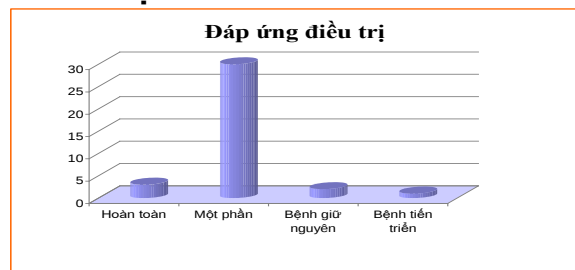
Thể GPB	N	%
Car thể OXN độ I	4	14,5
Car thể OXN độ II	20	57,1
Car thể OXN độ III	6	17,1
Thể khác	5	14,3

Bảng 3. Tình trạng thụ thể nội tiết và tỷ lệ bộc lộ Her2-neu

Tình trạng thụ thể nội tiết	N	%
ER (+) PR (+)	15	42,9
ER (+) PR (-)	10	28,6
ER (-) PR (-)	6	17,1
ER (-) PR (+)	4	11,4

Her2-neu: (+)	8	22,9
(++)	3	8,6
(+++)	7	20
(-)	17	48,5
Tổng	35	100

2. Đánh giá đáp ứng và một số độc tính của hóa trị



Biểu đồ 2. Đáp ứng điều trị

- Độc tính trên hệ tạo huyết và ngoài hệ tạo huyết

Bảng 4. Độc tính trên hệ tạo huyết và ngoài hệ tạo huyết

Tác dụng phụ	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	Độ 4 (%)
Giảm Hct	30/116 (14.3%)	23/210 (10.9%)	0	0
Giảm BC hạt	5/210 (2.4%)	12/210 (5.7%)	38/210 (18,1%)	32/210 (15.2%)
Giảm TC	35/210 (16.7%)	10/210 (4.8%)	0	0
Tăng GOT/GPT	25/210 (11.9%)	15/210 (7.1%)	0	0

- Tác dụng không mong muốn

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng phụ	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	Độ 4 (%)
Nôn, buồn nôn	73/210 (34.7%)	15/210 (14.7%)	9/210 (4.3%)	0
Đau xương, khớp	30/210 (14.3%)	18/210 (8.6%)	0	0
Độc tính thần kinh	40/210 (19%)	32/210 (15.2%)	0	0

- Tỷ lệ chuyển phẫu thuật được

Bảng 6. Tỷ lệ chuyển phẫu thuật được

Bệnh nhân	N	%
Chuyển PT được	32	91,4
Không chuyển PT được	03	8,6
Tổng	35	100

IV. BÀN LUẬN

1. Phân bố theo tuổi. Tuổi mắc bệnh thường gặp trong nghiên cứu là 50-59. Phụ nữ từ 30 tuổi bắt đầu có nguy cơ bị ung thư vú. Nếu tầm soát phù hợp cho đối tượng này sẽ phát hiện được sớm bệnh. Tuy nhiên, do nhận thức kém về bệnh tật, kinh tế khó khăn, truyền thông về sức khỏe chưa được đẩy mạnh nên phụ nữ ở

lứa tuổi 50-59 mới đến bệnh viện khám, điều trị ở giai đoạn muộn. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Đặng Bá Hiệp ở Bệnh viện Ung bướu Hà Nội khi hóa trị bổ trợ trước cho 71 bệnh nhân UTV giai đoạn III. Theo nghiên cứu của Lê Thanh Đức trên nhóm đối tượng này thì tuổi trung bình là 49,7, hay gặp ở nhóm tuổi 50-55.

2. Về đặc điểm u, hạch, giai đoạn bệnh.

Kết quả của nghiên cứu cho thấy, T4a và T4b hay gặp nhất với tỷ lệ 31,4% và 25,8%. N2 hay gặp nhất với tỷ lệ 51,5%. Giai đoạn IIIB và IIIC chiếm chủ yếu với tỷ lệ 42,8% và 37,2%. Theo nghiên cứu của Đặng Bá Hiệp- BV UB Hà nội, T4b chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,1%, N2 và N3 với 45,5 và 45,8%. Giai đoạn bệnh hay gặp là IIIC với 54,8%. Theo nghiên cứu của Lê Thanh Đức (2005): IIIA là 13,5%, IIIB là 31,1% và IIIC nhiều nhất với 55,4%.

3. Về thể giải phẫu bệnh. Carcinoma thể OXN chiếm ưu thế với 85,7 % so với các thể khác. Trong đó Carcinoma thể OXN độ II gặp nhiều nhất với 57,1%.

4. Về tình trạng thụ thể nội tiết. ER (+), PR (+) chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,9%. Những trường hợp này có tiên lượng tốt hơn so với nhóm bệnh nhân khác vì sẽ đáp ứng tốt với điều trị nội tiết. So sánh với nghiên cứu của Tạ Văn Tờ, ER (+) và PR (+) hay gặp nhất với tỷ lệ 47,2%, Nguyễn Văn Quy 42%.

Đặc biệt, có 17,1% nhóm bệnh nhân ER (-), PR (-). Đây là nhóm có tiên lượng kém vì không đáp ứng với nội tiết, khi kết hợp với Her2 (-) tạo thành nhóm Tripple Negative có tiên lượng rất kém trong điều trị.

Tỷ lệ Her2 (+) là 51,5%. Trong đó, Her2 (+++) là 20%, là 1 yếu tố nguy cơ cao, cần bổ sung điều trị nhóm đích Trastuzumab.

5. Về đáp ứng điều trị. Có 3 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm 8,6%. 29 BN đáp ứng 1 phần chiếm 82,9%. 2 BN không đáp ứng. và 1 BN K vú thể viêm tiến triển sang vú bên kia sau điều trị. Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 91,5%. Theo Lê Thanh Đức là 87,8% khi dùng phác đồ AP, Đặng Bá Hiệp là 91,7% khi dùng phác đồ CAF.

6. Về tỷ lệ chuyển mổ được. Các bệnh nhân K vú giai đoạn III sau hóa trị tân bổ trợ phác đồ TA x 06 đợt, đáp ứng hoàn toàn và một phần đều chuyển mổ được. Sau mổ cắt tuyến vú triệt căn biến đổi, BN được xạ trị và/hoặc nội tiết, ức chế buồng trứng. Tỷ lệ chuyển mổ được là 91,7%.

7. Độc tính trên huyết học và ngoài huyết học. Độc tính chủ yếu là hạ bạch cầu. Trong đó hạ BC độ III là hay gặp nhất. Các bệnh nhân hạ BC độ III, IV được theo dõi sát, dùng

thuốc kích BC filgrastim, xét nghiệm máu theo dõi đến khi BC về bình thường. Nếu có sốt kèm theo thì được sử dụng ngay kháng sinh phổ rộng, liều cao. Hầu hết các BN đều tăng BC sau 1-2 lần kích BC và ra viện ổn định. Tỷ lệ hạ TC, thiếu máu thấp, chủ yếu độ I, II. Tỷ lệ tăng men gan thấp, chủ yếu độ I, II

8. Tác dụng không mong muốn. Chủ yếu là nôn, buồn nôn: 34,7% độ I; 14,7% độ II; 4,3% độ III, không có độ IV.

Ngoài ra, đau xương, khớp, độc tính thần kinh gặp chủ yếu độ I, II với tỷ lệ thấp.

V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi thường gặp là 50-59, tuổi trung bình là 49,6.

- T4b, T4c chiếm tỷ lệ cao, N2 hay gặp. Giai đoạn bệnh hay gặp là IIIB, IIIC

- Thể giải phẫu bệnh chiếm ưu thế là Carcinoma thể OXN độ II

- Tỷ lệ ER(+) PR(+) nhiều nhất. Tỷ lệ Her2 (+) cao, trong đó Her2 (+++) là 20%.

- Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 91,5%, trong đó đáp ứng hoàn toàn là 8,6%, đáp ứng một phần là 82,9%.

- Tỷ lệ chuyển mổ được là 91,5%.

- Độc tính huyết học chủ yếu là hạ BC độ III

(18.1%) và độ IV là 15.2 %, đều hồi phục sau kích BC bằng Filgrastim.

- Tác dụng không mong muốn chủ yếu là nôn, buồn nôn với 34,7% độ I và 14,7% độ II.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Tiến Chung (2013)**, "Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú tại khoa Ung bướu bệnh viện đa khoa Phú Thọ từ 12/2011-8/2013", Tạp chí Ung thư Việt Nam, 4, tr.349-357.
2. **Lê Thanh Đức, Bùi Diệu (2012)**, "Kết quả bước đầu hóa trị tân bổ trợ phác đồ AP trong ung thư vú giai đoạn III không mô được", Tạp chí Ung thư Việt Nam, 1, tr.364-371.
3. **Nguyễn Bá Đức (2004)**, Bệnh Ung thư vú, NXB Y học Hà Nội.
4. **Phan Thị Hồng Đức (2002)**, "Điều trị ung thư vú tiến xa tại chỗ, tại vùng", Luận văn chuyên khoa I Ung thư học, tr.9-76.
5. **Võ Thị Thu Hiền, Cung Thị Tuyết Anh (2007)**, "Chẩn đoán và điều trị ung thư vú ở phụ nữ lớn tuổi", Y học TP.HCM, 11 (4), tr.316-324.
6. **Trần Thị Thiên Hương, Nguyễn Chấn Hùng (2009)**, "Điều trị Carcinoma vú giai đoạn III", Y học TP.HCM, 13(6), tr.336-344.
7. **Lê Hoàng Minh, Phạm Xuân Dũng (2009)**, "Ghi nhận ung thư quản thể tại TP.HCM năm 2009", Tạp chí ung thư Việt Nam, 2, tr.26-30.
8. **Nguyễn Văn Qui, Huỳnh Thảo Luật (2009)**, "Chẩn đoán và điều trị ung thư vú phụ nữ tại Bệnh viện đa khoa Cần Thơ", Y học TP.HCM, 13 (5), tr.162-172.

QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG KHÁM CHỮA BỆNH TẠI CÁC BỆNH VIỆN CỦA TỈNH ĐỒNG THÁP 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 Đồng Tháp theo thông tin 19/2013/TT-BYT. **Phương pháp:** Phỏng vấn sâu 07(gồm lãnh đạo Sở y tế và 06 lãnh đạo phụ trách công tác quản lý chất lượng bệnh viện các 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. **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, 75% ở công lập tuyến tỉnh, 66,6% 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 44,4%. Tỷ lệ nhân viên được đào tạo, bồi dưỡng về quản lý chất lượng đạt 100% ở bệnh viện công lập tuyến tỉnh và tư nhân, đạt 88,8% ở công lập tuyến huyện. **Kết luận:** Việc thành lập phòng Quản lý chất lượng ở các bệnh viện còn chưa được thực hiện tốt trong bối cảnh chung thiếu hụt nhân sự y tế. Do đó, trong tương lai cần có chính sách thu hút và duy trì nguồn nhân lực y tế bền vững cho tỉnh.

Từ khóa: thông tư 19/2013/TT-BYT, tỉnh Đồng Tháp.

SUMMARY

HEALTHCARE QUALITY MANAGEMENT IN HOSPITALS OF DONG THAP PROVINCE WITH 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 of implementation and advantages - difficulties in quality

*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: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 3.6.2019

management of hospitals in Dong Thap province according to information 19/2013/TT-BYT. **Methods:** Interview 07 (including Department of Health leaders and 06 leaders in charge of hospital quality management of hospitals. The study also uses secondary data from all documents related to the organization and implementation of 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 reached 100% in the private sector, 75% in the public at the provincial level, 66.6% in the public district. Establishing Quality Management Department in public and private hospitals at 50%, public at district level 44.4%. The rate of staff trained and trained on quality management reaches 100% in public hospitals at the provincial and private levels, reaching 88.8% at the district level public. **Conclusion:** The establishment of the Quality Management Department in hospitals has not been well implemented in the context of a shortage of medical personnel. 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, Dong Thap province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1970, nhiều BV tại các nước phát triển như Mỹ, Đức, Pháp đã thành lập hội đồng chất lượng để đánh giá việc đảm bảo chất lượng tại các BV. Cho đến hiện nay, BV tại các nước này vẫn đang không ngừng tăng cường chất lượng thông qua việc thực hiện các mô hình quản lý chất lượng như ISO 9000, QA, QCI. Trong báo cáo của Viện Y khoa Hoa Kỳ năm 2001 đã xác định, chất lượng trong chăm sóc y tế là "An toàn, hiệu quả, người bệnh là trung tâm, đúng thời gian, hiệu năng và công bằng". Tổ chức Y tế Thế giới cũng xác định, chiều hướng chất lượng trong y tế bao gồm: An toàn, Người bệnh làm trung tâm, Chăm sóc lâm sàng hiệu quả, Hiệu suất, Hướng về nhân viên, Điều hành hiệu quả [1].

Nhận biết được lợi ích của việc QLCLBV, BHYT 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 điểm 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 [3]. 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 Đồng Tháp 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 viện: 07 phòng văn 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 CLBVC của năm 2014, 2015, 2016 của Sở Y tế;

- Các báo cáo tự kiểm tra CLBVC của các BV trên địa bàn tỉnh trong các năm 2014, 2015, 2016.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03 đến tháng 09 năm 2018.

Địa điểm nghiên cứu: Các bệnh viện tỉnh Đồng Tháp.

2.2 Thiết kế nghiên cứu:

- Mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính; nghiên cứu định tính 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.

- Sử dụng 06 thảo luận nhóm (05 BV/36 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 Thông tư số 19/2013/TT-BYT tại các BV trên địa bàn tỉnh

***Thực trạng xây dựng kế hoạch, chương trình bảo đảm và cải tiến CLBVC**

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	8/8 (100%)	9/9 (100%)	2/2 (100%)
Ban hành mục tiêu CL	8/8 (100%)	9/9 (100%)	2/2 (100%)

Tất cả các BV trên địa bàn tỉnh đã xây dựng mục tiêu CL, ban hành mục tiêu CL và phổ biến đến các Khoa/ Phòng trong BV để cùng nhau thực hiện CTCL.

Bảng 3.2. Thực trạng xây dựng kế hoạch cải tiến CLB

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	8/8 (100%)	9/9 (100%)	2/2 (100%)
Xác định vấn đề ưu tiên	8/8 (100%)	9/9 (100%)	2/2 (100%)
Xây dựng kế hoạch, chương trình	8/8 (100%)	9/9 (100%)	2/2 (100%)
Phê duyệt, ban hành kế hoạch, chương trình	8/8 (100%)	9/9 (100%)	2/2 (100%)
Phổ biến kế hoạch, chương trình đến toàn thể NVYT	8/8 (100%)	9/9 (100%)	2/2 (100%)
Đánh giá hiệu quả việc thực hiện kế hoạch, chương trình	6/8 (75%)	6/9 (66,6%)	2/2 (100%)

Tất cả các BV công lập và tư nhân trên địa bàn tỉnh đã phổ biến Thông tư 19/2013/TT – BYT đến tất cả các Khoa/Phòng trong BV. Tất cả các BV cũng đã xây dựng kế hoạch CTCL trong đó có xác định vấn đề ưu tiên CTCL trong thời gian tới và phổ biến kế hoạch đến toàn thể NVYT. Tất cả kế hoạch CTCL của BV đều được các cấp có thẩm quyền phê duyệt. Việc đánh giá thực hiện kế hoạch đạt 100% ở các BV tư nhân, 75% ở các BV công lập tuyến tỉnh, 66,6% ở các 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 Đồng Tháp

a/ Thuận lợi:

***Yếu tố văn bản chỉ đạo, điều hành.** SYT đã rất quan tâm đến Thông tư 19/2013/TT-BYT, xem đây là cơ sở pháp lý để nâng cao CLB một cách toàn diện. SYT đã tổ chức triển khai Thông tư 19/2013/TT-BYT đến tất cả các BV trong tỉnh để các BV triển khai thực hiện nâng cao CLB.

"SYT rất quan tâm đến việc triển khai Thông tư 19/2013/TT-BYT, SYT đã tổ chức triển khai Thông tư 19/2013/TT-BYT đến các BV, tổ chức đào tạo kiến thức QLCL cho BV. Hàng năm BYT đều tổ chức hội nghị nâng cao CLB. BV đã thành lập hệ thống QLCL phủ khắp các Khoa/Phòng trong BV" (PVS Lãnh đạo BVĐK Sa Đéc).

***Yếu tố quan niệm, nhận thức về việc cải tiến CLB.** BYT ban hành Thông tư 19/2013/TT-BYT là hết sức cần thiết, là thước đo chất lượng của tất cả các BV và đặc biệt là nhu cầu KCB của người dân ngày càng cao trong giai đoạn hiện nay, đòi hỏi phải có những thay đổi trong cung cấp dịch vụ KCB của ngành Y tế.

"Thông tư 19/2013/TT-BYT là cơ sở pháp lý để các cơ sở KCB thực hiện công tác QLCL dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh. Tạo hành lang pháp lý và

thúc đẩy triển khai các hoạt động cải tiến CLB, thiết lập hệ thống tổ chức và phân công nhiệm vụ cụ thể để triển khai các hoạt động liên quan đến CTCL của các BV" (PVS Lãnh đạo SYT).

Tất cả nhân viên BV đều có trách nhiệm trong hoạt động CTCL BV, Phòng QLCL là đầu mối tham mưu cho Ban Giám đốc và HĐQT BV xây dựng kế hoạch CTCL của BV. Mạng lưới QLCL sẽ tiến hành kiểm tra, giám sát việc thực hiện CTCL tại các Khoa/Phòng trong BV.

"Tất cả nhân viên đều có trách nhiệm và tham gia vào công tác CTCL thì mới nâng cao được CLB" (PVS Lãnh đạo BVĐK Huyện Hồng Ngự).

***Yếu tố nội dung, mô hình, hình thức tổ chức thực hiện.** Thông tư 19/2013/TT – BYT ra đời đã giúp cho SYT và các BV trong tỉnh có một cái nhìn bao quát về công tác CTCL BV. SYT đã tổ chức hội nghị triển khai Thông tư 19/2013/TT – BYT đến tất cả các BV. SYT thường xuyên kiểm tra, giám sát công tác thực hiện QLCL tại các BV. SYT cũng rất quan tâm đến công tác đào tạo QLCL cho cán bộ phụ trách công tác QLCL tại các BV.

"SYT đã tổ chức nhiều lớp đào tạo QLCL cho các BV trên địa bàn tỉnh, tuy nhiên cần phải tổ chức nhiều lớp đào tạo, bồi dưỡng, tập huấn cho Lãnh đạo Sở, Lãnh đạo cấp phòng thuộc Sở, chuyên viên phụ trách công tác QLCL, Lãnh đạo BV, Lãnh đạo các khoa, phòng, nhân viên, bảo vệ, hộ lý, y công..., đặc biệt là cán bộ chuyên trách công tác QLCL. SYT đã thành lập đoàn giám sát chuyên môn và khảo sát sự hài lòng người bệnh mỗi 6 tháng tại các BV" (PVS Lãnh đạo SYT).

Công tác đánh giá CLB được duy trì thường xuyên, tất cả các BV đều đánh giá CLB theo 83 tiêu chí chất lượng của BYT, khảo sát sự hài lòng của người bệnh và NVYT định kỳ mỗi 6 tháng một lần. Hàng năm SYT đều thành lập đoàn đến các BV để phúc tra kết quả đánh giá CLB theo

83 tiêu chí của các BV trong tỉnh.

"Hàng quý BV sẽ tiến hành kiểm tra CLBV theo 83 tiêu chí và khảo sát sự hài lòng người bệnh và NVYT. Sau đó sẽ đề ra các biện pháp cải tiến CLBV cho quý tiếp theo. Cuối năm sẽ tiến hành kiểm tra CLBV theo hướng dẫn của SYT" (PVS Lãnh đạo BVĐK Sa Đéc)

***Yếu tố điều kiện cơ sở vật chất, nhân lực, tài chính thực hiện công tác cải tiến CLBV.** Tất cả các BV đã từng bước kiện toàn hệ thống QLCL, bổ sung thành viên vào HĐQTCL và mạng lưới QLCL BV. Có 11/19 BV đã phân công cán bộ chuyên trách thực hiện công tác CTCL, 7/19 BV đã tổ chức tập huấn nâng CLBV cho cán bộ làm công tác CTCL. Tất cả kế hoạch CTCL của các BV đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt, trong kế hoạch đã xác định được các vấn đề ưu tiên cần CTCL trong thời gian tới.

"BV tiếp tục rà soát, bổ sung các thành viên HĐQTCL, chú ý những nhân tố tích cực tham gia CTCL. Đào tạo cho nhân viên trong hệ thống QLCL. Xác định được các vấn đề trọng tâm cần CTCL trong thời gian tới" (PVS Lãnh đạo BVĐK Sa Đéc).

***Yếu tố chế độ, chế tài trong thực hiện nhiệm vụ QLCL.** Thông tư 19/2013/TT-BYT ra đời từ năm 2013 gắn liền với 83 tiêu chí CLBV nhưng BHYT chưa có xây dựng hướng dẫn cụ thể trong việc kiểm tra CLBV theo 83 tiêu chí. Việc triển khai CTCL trong BV chủ yếu là vận động, khuyến khích nhân viên thực hiện. Tuy nhiên, để hoạt động CTCL trong thời gian tới đạt hiệu quả cao hơn thì cần phải xây dựng chế độ, chế tài riêng cho hoạt động CTCL.

"Hiện tại BV chỉ xây dựng chế độ khuyến khích nhân viên, các Khoa/Phòng trong CTCL như: xét thi đua, thăng tiến trong công việc. Trong thời gian tới, BV sẽ có quy định cụ thể các chế độ và chế tài trong CTCLBV" (Lãnh đạo BVĐK Sa Đéc).

b/ Khó khăn

***Yếu tố văn bản chỉ đạo, điều hành.** Với vai trò là cơ quan quản lý, SYT đã tổ chức triển khai Thông tư 19/2013/TT-BYT đến tất cả các BV. Tuy nhiên, BHYT chưa quy định rõ trách nhiệm và hướng dẫn cho SYT các hoạt động phải thực hiện trong việc quản lý CLBV.

***Yếu tố quan niệm, nhận thức về việc cải tiến CLBV.** Tất cả các ý kiến đều cho rằng Thông tư 19/2013/TT-BYT ra đời rất phù hợp với hoạt động của các BV, công tác CTCL đặc biệt quan trọng đối với tất cả các BV trong giai đoạn hiện nay, sự cần thiết phải thành lập hệ thống QLCL. Tuy nhiên có một số ý kiến khác nhau về trách nhiệm CTCL trong BV, có một số quan điểm cho rằng trách nhiệm CTCL chỉ là của

Ban lãnh đạo, Phòng QLCL, những thành viên trong HĐQTCL và mạng lưới QLCL BV.

"Giám đốc là người đứng đầu, chịu trách nhiệm chung trong hoạt động QLCL. Tuy nhiên để hoạt động tốt, BV đã thành lập HĐQTCL gồm có Ban Giám đốc, lãnh đạo các Khoa/ Phòng, cán bộ chủ chốt hỗ trợ cho đơn vị thực hiện đề án nâng cao CLBV. Bộ phận tham mưu trực tiếp là Phòng QLCL. Tất cả nhân viên BV từ bảo vệ, hộ lý đến bác sĩ, lãnh đạo đều phải tham gia vào CTCL thì mới đạt được kết quả đồng bộ" (PVS Lãnh đạo BVĐKKV Tháp Mười).

***Yếu tố nội dung, mô hình, hình thức tổ chức thực hiện.** Công tác đào tạo QLCL tại các BV còn chưa được quan tâm, chủ yếu đào tạo cho cán bộ chủ chốt thực hiện nhiệm vụ QLCL, chỉ có 7/19 BV tổ chức đào tạo, huấn luyện kiến thức QLCL cho NVYT. Một số nhân viên còn quan điểm QLCL sẽ phải làm thêm nhiều việc khác ngoài công tác chuyên môn.

"Một số NV chưa quan tâm đến vấn đề CTCL. CTCL phải bám sát các quy định, các bảng kiểm nên có một số quan điểm CTCL làm khó khăn hơn trong thực hiện công tác KCB" (Thảo luận nhóm BVĐK Sa Đéc).

***Yếu tố điều kiện cơ sở vật chất, nhân lực, tài chính thực hiện công tác cải tiến CLBV.** Thông tư 19/2013/TT-BYT quy định rất rõ trách nhiệm của BV trong quản lý chất lượng dịch vụ KCB nhưng không có quy định trách nhiệm của SYT. Hiện tại thì SYT chưa có thành lập HĐQTCL của SYT, chỉ phân công Phó Giám đốc và các phòng chức năng phụ trách công tác QLCL. Các BV đã thành lập đầy đủ hệ thống QLCL nhưng một số BV chưa bố trí nhân viên chuyên trách do thiếu nhân lực chuyên môn.

"Rất cần thiết đào tạo cho nhân viên QLCL. Hiện tại BV chưa có nhân viên chuyên trách nhưng trong thời gian tới sẽ bổ sung NV chuyên trách được đào tạo QLCL" (PVS Lãnh đạo BVĐK Huyện Hồng Ngự).

***Yếu tố chế độ, chế tài trong thực hiện nhiệm vụ QLCL.** Đa số các BV đều chưa có xây dựng chế độ, chế tài riêng cho hoạt động CTCL. Việc xem xét chế độ, chế tài chủ yếu đưa vào xét thi đua khen thưởng cuối năm. Do không có xây dựng chế độ, chế tài cụ thể nên công tác CTCL chủ yếu là động viên, khuyến khích tập thể và cá nhân thực hiện.

"Chế tài cần đi từng bước, cần nhắc nhở trước, chế tài tùy mức độ chứ không phải là bắt buộc. Mục đích xây dựng hệ thống QLCL chủ yếu là nâng cao chất lượng phục vụ, cần phát hiện sai sót trong quá trình phục vụ, cần phải biết nhận ra sai ở nơi nào. Nếu chế tài gay gắt quá

thì nhân viên sẽ không dám báo cáo sai sót" (Thảo luận nhóm BVĐK Sa Đéc).

IV. BÀN LUẬN

Để triển khai đầy đủ và có hiệu quả tất cả nội dung của Thông tư 19/2013/TT – BYT, SYT đã phân công 01 Phó Giám đốc chuyên môn phụ trách công tác QLCL, phân công lãnh đạo Phòng NPY chịu trách nhiệm chính trong công tác QLCL, có nhiệm vụ phối hợp với các phòng chức năng của SYT trong việc triển khai, kiểm tra, đánh giá, QLCL tại các BV. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Quân tại Đắk Lắk thì SYT đã thiết lập hệ thống QLCLBV từ bộ phận lãnh đạo (01 Phó Giám đốc phụ trách) đến bộ phận chuyên môn (Phòng Kế hoạch NPY 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 hướng dẫn, chỉ đạo, quản lý, kiểm tra, đánh giá việc thực hiện QLCLBV của các BV trên địa bàn tỉnh [4].

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 [5] [6]. 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. Hội đồng cũng đã bình chọn 80 sản phẩm chất lượng của ngành Y tế Thành phố Hồ Chí Minh [7].

Theo kết quả nghiên cứu thì thực trạng xây dựng hệ thống đo lường CLBV ở các BV tư nhân tốt hơn ở các BV công lập. Trong hệ thống BV công lập thì BV công lập tuyến tỉnh thực hiện tốt hơn BV công lập tuyến huyện. Các nội dung chưa thực hiện tại các tuyến bao gồm: xây dựng bộ chỉ số CLBV ở BV công lập tuyến tỉnh 62,5%, công lập tuyến huyện 44,4%; đo lường chỉ số CLBV công lập tuyến tỉnh 37,5%, công lập tuyến

huyện 22,2%. Điều này cho thấy các BV công lập chưa chú trọng đến việc xây dựng bộ chỉ số CLBV, một số BV có xây dựng chỉ số CLBV nhưng không thực hiện đo lường chỉ số CLBV. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Quân tại Đắk Lắk với việc xây dựng và đo lường bộ chỉ số CLBV ở BV tư nhân thực hiện tốt hơn BV công lập [4]. Nguyên nhân có thể do Thông tư 19/2013/TT – BYT không có quy định cụ thể việc xây dựng và đo lường bộ chỉ số CLBV, các BV tư nhân đã có nhiều thay đổi trong quan điểm phục vụ người bệnh nhằm hướng đến sự hài lòng của người bệnh nên đã xây dựng bộ chỉ số CLBV và có quy định cụ thể thời gian đánh giá bộ chỉ số CLBV nên thực hiện tốt hơn BV công lập.

SYT đã rất quan tâm đến Thông tư 19/2013/TT-BYT, xem đây là hành lang pháp lý để nâng cao CLBV một cách toàn diện. SYT đã tổ chức triển khai Thông tư 19/2013/TT-BYT đến tất cả các BV trong tỉnh để thực hiện đồng bộ việc nâng cao CLBV tại các BV trong tỉnh. SYT đã tổ chức lớp tập huấn nâng cao CLBV cho lãnh đạo và các cán bộ phụ trách công tác QLCL BV [5]. Hàng năm, SYT đều thành lập đoàn phúc tra kết quả chấm điểm QLCL BV theo 83 tiêu chí quản QLCL BV và kết quả khảo sát sự hài lòng của người bệnh và NVYT tại các BV [6].

Trách nhiệm của BV được BYT hướng dẫn, định hướng rõ ràng tại Thông tư 19/2013/TT-BYT. Các BV đã tiến hành triển khai Thông tư 19/2013/TT-BYT đến các Khoa/Phòng và nhân viên trong BV, đã xây dựng hệ thống QLCL trong BV, thành lập Phòng/Tổ QLCL, HĐ QLCLBV, mạng lưới QLCLBV. Hệ thống QLCL đã phủ rộng khắp các Khoa/Phòng trong BV [8].

V. KẾT LUẬN

Việc thành lập phòng Quản lý chất lượng ở các bệnh viện còn chưa được thực hiện tốt trong bối cảnh chung thiếu hụt nhân sự y tế. 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 Đồng Tháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2007), "Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospital", Int J Qual Health Care, 20(3), pp. 155-161.
2. Shwartz M and et al (2008), "Estimating a composite measure of hospital quality from the Hospital Compare database: differences when using a Bayesian hierarchical latent variable model versus denominator-based weights", Med Care, 46(8), pp. 778-785.
3. Bộ Y tế (2014), Tài liệu đào tạo liên tục Quản lý

- chất lượng bệnh viện, Nhà xuất bản Y học.
4. **Phạm Đức Mục và cộng sự (2005)**, Nhiệm vụ BV tại các BV trực thuộc BHYT năm 2005.
 5. **Sở Y tế Đồng Tháp (2017)**, Báo cáo số 19/BC-SYT. Tổng kết công tác y tế năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2018, Sở Y tế Đồng Tháp.
 6. **Sở Y tế Đồng Tháp (2017)**, Kế hoạch 89/KH-SYT tập huấn nâng cao chất lượng bệnh năm

- 2014, Sở Y tế Đồng Tháp.
7. **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.
8. **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.

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN CHẠY THẬN NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Chữ Văn Thắng*, Đào Quang Minh*, Nguyễn Thị Mai Hoa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng dinh dưỡng của bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại đơn vị Thận Nhân Tạo. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến thực trạng dinh dưỡng này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ trên 6 tháng tại đơn vị Thận Nhân Tạo đồng ý tham gia nghiên cứu, theo phương pháp mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu 103 bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ cho thấy suy dinh dưỡng là rất nghiêm trọng: 59,2% bệnh nhân có mức Alb, Pro ở giới hạn bình thường, tỉ lệ suy dinh dưỡng theo IBW=67,9%. **Kết luận:** Tỉ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ còn rất cao nguyên nhân do cung cấp không đủ, đúng chế độ ăn.

Từ khóa: Thận nhân tạo, dinh dưỡng

SUMMARY

EVALUATION OF NUTRITIONAL STATUS IN DIALYSIS PATIENTS IN THANH NHAN HOSPITAL

Objective: Describe the nutritional status of periodic dialysis patients at Artificial Kidney Department. Find out some factors related to this nutritional status. **Research object and methods:** Patients with renal failure and periodic dialysis over 6 months at Artificial Kidney Department agree to participate in the study under the cross-sectional description method. **Research findings:** The study of 103 periodic dialysis patients shows very serious malnutrition: 59.2% of patients have normal levels of Alb, Pro, malnutrition rate according to IBW = 67.9%. **Conclusion:** The malnutrition rate in dialysis patients is still very high due to inadequate and unscientific diet.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng là tình trạng thiếu hụt các chất dinh dưỡng cần thiết làm ảnh hưởng đến quá trình sống, hoạt động, và tăng trưởng bình thường của cơ thể. Vậy, dinh dưỡng là gì? Dinh

Dưỡng là những chất bổ trong đồ ăn để nuôi dưỡng thân thể. Việc cung cấp dinh dưỡng chính là cung cấp các chất cần thiết (theo dạng thức ăn) cho các tế bào và các sinh vật để hỗ trợ sự sống. Nó bao gồm các hoạt động ăn uống; hấp thu, vận chuyển và sử dụng các chất dinh dưỡng; bài tiết các chất thải. Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng đối với sự sống của con người.

Biết được vai trò của dinh dưỡng lên con người đã có nhiều nghiên cứu về nó. Các nghiên cứu cho thấy sự quan trọng của dinh dưỡng đối với tất cả chúng ta, và đặc biệt quan trọng hơn là đối với các bệnh nhân. Vậy, với bệnh nhân chạy thận chu kỳ thì ra sao? Các nghiên cứu cho thấy bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ có nguy cơ suy dinh dưỡng cao. Theo nghiên cứu của O. nascimento, El. adnani, K. asad và cộng sự suy dinh dưỡng gặp tới 30-50% ở bệnh nhân lọc máu. Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối, lọc máu chu kỳ (gọi tắt là bệnh nhân LMCK) là một trong những yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống bệnh nhân. Nếu tình trạng dinh dưỡng tốt thì chất lượng cuộc sống được nâng cao, kéo dài tuổi thọ. Ngược lại, tình trạng SDD có liên quan chặt chẽ đến tỉ lệ mắc bệnh và tỉ lệ tử vong ở các bệnh nhân này.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng suy dinh dưỡng ở các bệnh nhân LMCK: chế độ ăn, chất lượng lọc máu, các bệnh lý phối hợp, điều kiện kinh tế... Trên thế giới, ngay cả các nước có nền kinh tế phát triển, có sự chăm sóc tốt về y tế, (tỉ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân LMCK vẫn cao. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu bệnh nhân lọc máu tại khoa với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng dinh dưỡng của bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Đơn vị Thận Nhân Tạo*
2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến thực trạng dinh dưỡng này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

*Bệnh viện Thanh Nhàn
Chịu trách nhiệm chính: Chữ Văn Thắng
Email: chuthang2867@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 27.5.2019
Ngày duyệt bài: 4.6.2019

* **Đối tượng lựa chọn:** Là các bệnh nhân suy thận mạn, lọc máu chu kỳ tại Đơn vị Thận Nhân Tạo, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Đối tượng loại trừ:

- Mới lọc máu dưới 6 tháng;
- Đang có đợt nhiễm khuẩn cấp, suy kiệt nặng, già yếu

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu, hồ sơ bệnh án không đủ thông số nghiên cứu.

2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: 103 bệnh nhân

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Tuổi và giới bệnh nhân được nghiên cứu

Tuổi/giới	18-29	30-39	40-49	50-59	60-74	>75	Tổng
Nam	2	14	10	8	11	3	48
Nữ	0	7	9	16	21	2	55
Tổng	2	21	19	24	32	5	103
Tỉ lệ %	2	20.4	18.3	23.3	31.1	4.9	100

Nhận xét: Số bệnh nhân tuổi từ 50 tuổi trở lên chiếm 59,3% tổng số

Bảng 2: Nguyên nhân

Nguyên nhân	Số BN	Tỉ lệ %
Viêm cầu thận mạn	56	54.4
Đái tháo đường	19	18.4
Tăng huyết áp	13	12.6
Viêm thận-bể thận mạn	1	1
Nguyên nhân khác	14	13.6
Tổng	103	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân viêm cầu thận là chủ yếu chiếm 54.4%

Bảng 3: Thời gian bệnh nhân điều trị TNT

Thời gian	6 tháng - < 3 năm	3 - 5 năm	>5 năm	Tổng
Số BN	42	25	36	103
Tỉ lệ %	40,8	24.3	34.9	100

Nhận xét: Bệnh nhân lọc máu dưới 3 năm chiếm 40.8%, trên 3 năm chiếm 59.2%

Bảng 4: Trình độ học vấn

Trình độ	Trung học cơ sở trở xuống	Trung học phổ thông	Trung cấp, cao đẳng, đại học trở lên
Số BN	40	35	28
Tỉ lệ %	38.8	34	27.2

Nhận xét: Bệnh nhân học hết PTTH và sau PTTH chiếm tới 61.2%

2. Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân TNTCK

Bảng 5: Tình trạng dinh dưỡng qua cân nặng lý tưởng (IBW)

IBW	<70	70 - 79	80 - 90	>90
Số bệnh nhân	5	18	47	33
Tỷ lệ %	4.8	17.5	45.6	32.1

Nhận xét: Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo IBW chiếm 67.9% (nhẹ 45.6%, trung bình 17.5%, nghiêm trọng 4.8%).

Bảng 6: Tình trạng dinh dưỡng qua chỉ số protein, albumin, hemoglobin

Protein T.P	<65 g/l	>65 g/l	Tổng
Số bệnh nhân	41	62	103
Tỷ lệ %	39.8	60.2	100
Albumin	<35 g/l	>35g/l	Tổng
Số bệnh nhân	43	60	103
Tỷ lệ %	41.7	58.3	100
Hemoglobin	<110 g/l	>110g/l	Tổng
Số bệnh nhân	65	38	103
Tỷ lệ %	63.1	36.9	100

Nhận xét: Tỷ lệ SDD- Protein chiếm 41%, SDD - Albumin chiếm 41,7%. Thiếu máu chiếm 63.1%

Bảng 7. Năng lượng (E) tiêu thụ trong khẩu phần ăn của người bệnh

Thực trạng	Ăn đủ so với nhu cầu	Ăn thiếu so với nhu cầu	Ăn thừa so với nhu cầu	Tổng
Số bệnh nhân	20	50	33	103
Tỷ lệ %	19.4	48.6	32	100

Nhận xét: Tỷ lệ chế độ ăn không hợp lý của người bệnh chiếm 70.6%

Bảng 8: Protein tiêu thụ trong khẩu phần ăn của người bệnh

Thực trạng	N	Tỷ lệ %
Ăn đủ	17	16.5
Ăn thiếu	28	27.2
Ăn thừa	58	56.3
Tổng	103	100

Bảng 9: Lipid tiêu thụ trong khẩu phần ăn của người bệnh

Thực trạng	N	Tỷ lệ %
Ăn đủ so với nhu cầu	32	31.1
Ăn thiếu so với nhu cầu	42	40.8
Ăn thừa so với nhu cầu	29	28.1
Tổng	103	100

Bảng 10: Glucid tiêu thụ trong khẩu phần ăn của người bệnh

Thực trạng	N	Tỷ lệ %
Ăn đủ so với nhu cầu	18	17.5
Ăn thiếu so với nhu cầu	34	33
Ăn thừa so với nhu cầu	51	49.5
Tổng	103	100

Nhận xét: 8-9-10: Khẩu phần ăn không cân đối giữa Protid- glucid- Lipid

Bảng 11: Tình trạng dinh dưỡng năng lượng-protein

Năng lượng tiêu thụ	Protein máu bình thường N (tỷ lệ %)		Protein máu thấp N (tỷ lệ %)	
	n	p%	n	p%
Ăn đủ so với nhu cầu	14	82.3	3	17.7
Ăn thiếu so với nhu cầu	8	16	42	84
Ăn thừa so với nhu cầu	19	52.7	17	47.3

Nhận xét: Bệnh nhân ăn đủ so với nhu cầu có tỷ lệ Protein bình thường cao 82,3%

3. Đánh giá các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân TNTCK

Bảng 12: Tình trạng dinh dưỡng với tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Mức độ SDD	<50 tuổi		≥ 50 tuổi	
	n	p%	n	p%
Bình thường	21	50	12	19.7
Nhẹ	16	38.1	31	50.8
TB	4	9.5	14	22.9
Nghiêm trọng	1	2.4	4	6.6
Tổng	42	100	61	100

Nhận xét: Độ tuổi càng cao tỷ lệ SDD càng lớn

Bảng 13: Tình trạng dinh dưỡng với giới của bệnh nhân nghiên cứu

Mức độ suy dinh dưỡng	Nam		Nữ	
	n	p%	n	p%
Bình thường	17	35.4	16	29.1
Nhẹ	22	45.8	25	45.5
Trung bình	6	12.5	12	21.8
Nghiêm trọng	3	6.3	2	3.6
Tổng	48	100	55	100

Nhận xét: Giới tính có tỷ lệ suy dinh dưỡng không khác biệt nhiều

Bảng 14: Tình trạng dinh dưỡng với thời gian điều trị TNT

Thời gian	< 3 năm		>3 năm	
	n	p (%)	n	p (%)

Không suy dinh dưỡng	19	45.2	14	22.9
Có suy dinh dưỡng	23	54.8	47	77.1
Tổng	42	100	61	100

Nhận xét: Thời gian lọc máu càng nhiều tỷ lệ suy dinh dưỡng càng lớn

Bảng 15: Tình trạng dinh dưỡng với hiệu suất lọc

Hiệu suất lọc	URR <65%		URR >65%	
	n	p%	n	p%
Không suy dinh dưỡng	13	21.3	20	47.6
Có suy dinh dưỡng	48	78.7	22	52.4
Tổng	61	100	42	100

Nhận xét: BN có hiệu suất lọc thấp thì nguy cơ suy dinh dưỡng càng cao

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 103 bệnh nhân chạy thận chu kỳ (LMCK) cho thấy tình trạng SDD là rất nghiêm trọng ở bệnh nhân LMCK: chỉ có 59.2% bệnh nhân có mức Alb, Pro ở giới hạn bình thường (bảng 8-9), chỉ số IBW cho thấy 30% bệnh nhân không suy dinh dưỡng. Nếu xét chung cả dinh dưỡng Protein - năng lượng thì chỉ có 14 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn dinh dưỡng tốt. Đây là thực trạng đáng lưu tâm, đó cũng là lý do giải thích tại sao tuổi thọ của bệnh nhân lọc máu chưa được kéo dài.

Suy dinh dưỡng ở bệnh nhân LMCK thường phối hợp với SDD protein và năng lượng.

Có rất nhiều nguyên nhân dẫn đến tình trạng suy dinh dưỡng của người bệnh LMCK trong đó có 1 số nguyên nhân chính sau:

- Do chán ăn: nguyên nhân chính gây chán ăn là do lọc máu không đầy đủ. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 42 bệnh nhân (40.8%) lọc máu đạt yêu cầu, số bệnh nhân suy dinh dưỡng chiếm 52.4%. Trong khi còn lại 61 bệnh nhân (59.2%) lọc máu không đạt yêu cầu trong đó có 78,7% có SDD (bảng 15). Hiệu suất lọc không đạt có thể do nhiều nguyên nhân, thực tế có thể do việc dùng lại quả lọc, chất lượng màng lọc, thời gian lọc máu. Tác giả Nguyễn Văn Tuấn, nghiên cứu chỉ số KT/V quả lọc lần đầu thì tỉ lệ lọc đạt yêu cầu lên tới 65%(3). Các tài liệu cho thấy có sự liên quan nhân quả giữa SDD và lọc máu không đủ liều.

- Do tâm lý: khi LMCK nhu cầu Protein cao hơn(1-1.2 g/kg cân nặng/ ngày) song do tâm lý sợ tăng ure máu lên ăn ít đạm. (28 BN/103)

- Do thiếu hiểu biết: Bệnh nhân có chế độ ăn không hợp lý, bảng 8-9-10 cho thấy chế độ ăn của bệnh nhân không phù hợp, mất cân đối giữa P-L- G có 16.5% bệnh nhân ăn đủ nhu cầu về Protein, 31.1% bệnh nhân ăn đủ về Lipid, 17.5% đủ về glucid. Việc giải thích, hướng dẫn về chế độ ăn là hết sức quan trọng.

- Do mất acid amin và gluco qua lọc

Mỗi kỳ lọc mất khoảng 25g gluco với dịch lọc

không chứa gluco và lượng acid amin bị mất 4-5g. việc dung dịch lọc có chứa gluco sẽ cải thiện tình trạng này.

- Do rối loạn chuyển hoá:

Tăng giá trị protein do tình trạng toan chuyển hoá. Rối loạn chuyển hoá glucid và lipid cũng là nguyên nhân của tình trạng suy dinh dưỡng, việc dùng dịch lọc bicarbonate và màng lọc tổng hợp có tính hoạt hoá bổ thể thấp sẽ cải thiện tình trạng này.

Trong nghiên cứu, có 17 bệnh nhân được đánh giá là cung cấp đủ protein song chỉ có 14 bệnh nhân có mức Alb máu trong giới hạn bình thường vì ngoài những lý do trên, các bệnh lý phối hợp cũng dẫn đến suy dinh dưỡng

Đối với bệnh nhân suy thận, chế độ ăn hợp lý đóng vai trò quan trọng trong điều trị. Trước giai đoạn lọc máu, chế độ ăn giảm đạm hạn chế sự tạo thành các sản phẩm giá trị độc hại, làm chậm tiến triển suy thận song cũng phải đảm bảo cung cấp lượng acid amin cần thiết cho cơ thể để tránh suy dinh dưỡng. Còn với bệnh nhân đang lọc máu, nhu cầu protein tăng cao hơn từ 1- 1 -2g/kg cân nặng/ ngày, vì các lý do nêu trên

Các kết quả thu được trong nghiên cứu này là chứng cứ khoa học để từ đó chúng tôi có thể thuyết phục người bệnh tuân thủ theo chế độ ăn đủ calo và protein, và xây dựng cho bệnh nhân chế độ ăn hợp lý hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ SDD ở bệnh nhân LMCK còn rất cao, trong đó vẫn còn mức suy dinh dưỡng nặng

- Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân. Một trong những yếu tố đó là cung cấp không đủ và đúng chế độ ăn, ngoài ra còn tỷ lệ nhất định có những cuộc lọc hiệu suất chưa cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện dinh dưỡng – Bộ Y tế**, "Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam
2. **PGS.TS Ngô Quý Châu**, GS.TS Nguyễn Lân Việt, PGS.TS Nguyễn Đạt Anh, PGS.TS Phạm Quang Vinh " Bệnh học nội khoa", NXB y học, tập 1 năm 2012

3. **Nguyễn Văn Tuấn**. "Đánh giá hiệu suất lọc máu theo chỉ số Kt/v ở bệnh nhân thận nhân tạo tại khoa thận nhân tạo tại khoa thận bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sĩ y học Hà Nội 2002
4. **GS-PTS Nguyễn Văn Xang, PGS-PTS Phan Thị Kim**, "chế độ ăn trong một số bệnh chuyển hóa", NXB Y học năm 1998
5. **GS-TS Hà Huy Khôi, Từ Giấy**, "Dinh dưỡng hợp lý và sức khỏe", NXB Y học, năm 1998
6. **Viện Dinh Dưỡng – Bộ Y tế**, "Hướng dẫn chế độ ăn bệnh viện", NXB Y học, năm 2007
7. **GS TS Hà Huy Khôi**, "Một số vấn đề dinh dưỡng cộng đồng ở Việt Nam", NXB Y học, năm 2006
8. **Nguyễn Công Khanh- Phạm Văn Hoan**, "Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam", NXB Y học, năm 2007.

KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ AN TOÀN THỰC PHẨM CỦA NGƯỜI CHẾ BIẾN CHÍNH Ở CÁC CỬA HÀNG ĂN TẠI 04 XÃ, HUYỆN LẤP VÒ, TỈNH ĐỒNG THÁP NĂM 2018

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến hành quan sát và phỏng vấn kiến thức, thực hành Người chế biến chính (NCBC) tại 159 cửa hàng ăn tại 04 của huyện Lấp Vò, tỉnh Đồng Tháp theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. **Kết quả:** Kiến thức An toàn thực phẩm (ATTP) của NCBC tại cửa hàng ăn đạt chưa cao, chỉ có 70,44% NCBC có kiến thức đạt từ 80% trở lên. Đặc biệt chỉ có 40,88% NCBC biết trong khu vực kinh doanh không được phép hút thuốc và 37,74% NCBC biết không được đeo đồng hồ hay trang sức khi chế biến thức ăn. Thực hành ATTP của NCBC tại cửa hàng ăn đạt tương đối thấp, chỉ có 36,08% NCBC có thực hành đạt từ 80% trở lên. Tỷ lệ đối tượng mang trang phục khi chế biến như mũ, khẩu trang chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 8,81% và 18,87%.

Từ khóa: Người chế biến chính, An toàn thực phẩm

SUMMARY

SURVEY OF KNOWLEDGE AND PRACTICE ON FOOD SAFETY OF THE MAIN PROCESSOR IN THE DINING OUTLETS IN 04 COMMUNES, LAP VO DISTRICT, DONG THAP PROVINCE, IN 2018

Study conducted on observing and interviewing the knowledge and practice of principal processors at 159 dining outlets in 04 Communes of Lap Vo District, Dong Thap Province following the pre-designed set of questions. The result as follows: The Food Safety Knowledge of processors at the food store does not reach high, only 70.44% of processors have knowledge from 80% or more. Especially only 40.88% of processors know that in the business area smoking is not allowed and 37.74% processors know that people could not wear watches or jewelry when processing food. Food safety of processors practiced in food outlets reaches relatively low, only 36.08% of processors in participating have reached 80% or more. The proportion of subjects wearing costume at

*BV Nhi Trung Ương

**Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuyết Xương

Email: nguyentuoxuongnhp@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 3.6.2019

Nguyễn Tuyết Xương*, Phạm Thế Hiền**

processing as hats, face masks occupies a low rate of 8.81% and 18.87% respectively.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn thực phẩm có tầm quan trọng đặc biệt trong đời sống xã hội. Nó giữ một vị trí quan trọng trong việc bảo vệ sức khỏe con người, làm giảm bệnh tật, tăng cường sức khỏe cho người dân. Ngoài vấn đề điều kiện đảm bảo an toàn thực phẩm của các cửa hàng ăn thì Kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến chính của các cửa hàng thực phẩm là rất quan trọng, để góp phần nâng cao ATTP đối với các cửa hàng ăn, giúp chính quyền địa phương có hoạch định chính sách phù hợp, hiệu quả. Tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Khảo sát kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến chính ở các cửa hàng ăn tại 04 xã, huyện lấp vò, tỉnh đồng tháp năm 2018" Với mục tiêu là: Đánh giá kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến chính ở các cửa hàng ăn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu:

*Các cửa hàng ăn trên địa bàn 04 xã (xã Định Yên, Vĩnh Thạnh, Bình Thành và Thị trấn Lấp Vò) thuộc huyện Lấp Vò, tỉnh Đồng Tháp tại thời điểm nghiên cứu.

*Người chế biến chính của cửa hàng ăn.

Địa điểm nghiên cứu: 04 xã thuộc huyện Lấp Vò, tỉnh Đồng Tháp.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2018 đến tháng 09/2018

Cỡ mẫu của nghiên cứu được tính theo công thức

Mô tả kiến thức, thực hành của người chế biến chính tại các cửa hàng ăn. (phụ lục 3). Mỗi cửa hàng ăn được chọn vào thời điểm nghiên cứu, sẽ chọn 01 người chế biến chính phỏng vấn kết hợp quan sát trực tiếp để tìm hiểu kiến thức, thực hành ATTP. Với những

cửa hàng có nhiều người chế biến chính và phân ca làm việc, NCBC được chọn là người đang làm việc tại cửa hàng vào thời điểm nghiên cứu. Với những cửa hàng sử dụng từ 02 NCBC trở lên tại cùng một thời điểm, người chế biến chính được chọn là người đầu tiên nghiên cứu viên quan sát được khi tới cửa hàng.

- **Phương pháp thu thập thông tin.** Thu thập thông tin về kiến thức ATTP NCBC (Người chế biến chính) đánh giá thông qua phỏng vấn. Thu thập thông tin về thực hành ATTP NCBC

(Người chế biến chính) đánh giá thông qua phỏng vấn kết hợp quan sát (Phụ lục 3).

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Kiểm tra lại thông tin ở các phiếu, làm sạch số liệu, mã hóa và nhập số liệu

Nhập liệu bằng Excel, Phân tích số liệu bằng Stata 12.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên tổng số 159 cơ sở kinh doanh cửa hàng ăn tại 04 xã huyện Lấp Vò, tỉnh Đồng Tháp.

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của người chế biến chính tại cửa hàng ăn (n=159).

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Dưới 30 tuổi	18	11,32
	Từ 31 – 50 tuổi	97	61,01
	Từ 51 tuổi trở lên	44	27,67
Giới	Nam	54	33,96
	Nữ	105	66,04
Trình độ học vấn	Không biết chữ	6	3,77
	Tiểu học	52	32,70
	Trung học cơ sở	53	33,33
	Trung học phổ thông	43	27,04
	Trung cấp chuyên nghiệp, cao đẳng, đại học trở lên	5	3,14
Số năm kinh doanh	< 5 năm	74	46,54
	≥ 5 năm	85	53,46
Vai trò của người chế biến chính	Chủ cửa hàng	156	98,11
	Người làm công ăn lương	3	1,89

Người chế biến chính tại cửa hàng ăn chủ yếu là nữ tuổi từ 31 – 50 tuổi chiếm tỷ lệ là 61,01% và tuổi dưới 30 chiếm tỷ lệ thấp hơn là 11,32%.

NCBC có trình độ học vấn từ tiểu học đến trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 32,70% và 33,33%. Trình độ trung cấp chuyên nghiệp, cao đẳng, đại học trở lên là 27,04%.

Phần lớn NCBC là chủ cửa hàng chiếm đến 98,11%, còn lại là người làm công ăn lương.

3.2. Kiến thức về an toàn thực phẩm của người chế biến chính tại cửa hàng ăn

Bảng 2. Kiến thức về chọn thực phẩm và nguyên nhân thực phẩm không an toàn (n=159)

Biên số	Tần số (n)	Tỷ lệ
Kiến thức về thực phẩm an toàn		
Thực phẩm không có hoá chất vượt quá giới hạn cho phép	115	72,33
Thực phẩm sạch và tươi	135	84,91
Thực phẩm không ôi thiu, dập nát	122	70,44
Nguyên nhân gây ra thực phẩm không an toàn		
Thực phẩm có những mối nguy sinh học	65	40,88
Thực phẩm có những mối nguy hóa học	61	38,36
Thực phẩm có những mối nguy vật lý	65	40,88

Kiến thức về thực phẩm an toàn: có 72,33% các đối tượng trả lời thực phẩm an toàn là không có hoá chất vượt quá giới hạn cho phép; có 70,44% trả lời thực phẩm không ôi thiu, dập nát.

Về nguyên nhân gây ra thực phẩm không an toàn: đa phần các đối tượng trả lời không đúng và có tỷ lệ thấp, về mối nguy sinh học có 40,88% trả lời đúng; mối nguy vật lý có 40,88% trả lời đúng.

Bảng 3. Kiến thức về ngộ độc thực phẩm (n=159)

Biên số	Tần số (n)	Tỷ lệ
Hậu quả khi ăn phải thực phẩm không an toàn		
Nôn mửa	122	76,73
Tiêu chảy	154	96,86

Suy gan, thận	60	37,74
Ung thư	119	74,84
Gây độc thần kinh	53	33,33
Ảnh hưởng đến tim mạch, tuần hoàn, hô hấp	107	67,3
Gây bệnh mãn tính	84	52,83
Nguyên nhân gây ra ngộ độc thực phẩm		
Do ô nhiễm vi sinh vật, độc tố vi sinh vật	94	59,12
Do thực phẩm bị biến chất, ôi thiu	126	79,25
Do thực phẩm có sẵn chất độc	107	67,30
Do sử dụng phụ gia, phẩm màu không đúng, ô nhiễm hoá chất BVTV	110	69,18
Do chế biến không đúng cách.	47	29,56
Do bảo quản không đảm bảo.	71	44,65

Đối với kiến thức về các nguyên nhân khiến cho thực phẩm gây ra ngộ độc khi ăn phải phần lớn các nguyên nhân đều có tỷ lệ thấp. Nguyên nhân về chế biến không đúng cách có tỷ lệ thấp nhất 47 đối tượng trả lời đúng chiếm tỷ lệ

29,56%; nguyên nhân về bảo quản không đảm bảo chiếm tỷ lệ 44,65%; nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là thực phẩm bị biến chất, ôi thiu với 126 đối tượng trả lời đúng chiếm tỷ lệ 79,25%

Bảng 4. Kiến thức về phòng ngừa ô nhiễm thực phẩm (n=159)

Biên số	Tần số (n)	Tỷ lệ
Kiến thức về việc vệ sinh bàn tay người chế biến		
Rửa sạch bàn tay bằng xà phòng diệt khuẩn trước và sau khi chế biến.	152	95,60
Cắt ngắn móng tay.	77	48,43
Không đeo đồng hồ, trang sức khi chế biến thức ăn.	60	37,74
Bàn tay bị mụn nhọt, viêm, nấm móng thì không tham gia chế biến.	114	71,70
Hành vi, thói quen không được phép thực hiện trong khu vực kinh doanh dịch vụ ăn uống		
Ho	96	60,38
Khạc nhổ	154	96,86
Hút thuốc	65	40,88

Kiến thức về việc vệ sinh bàn tay người chế biến, có 152 NCBC trả lời đúng về rửa sạch bàn tay bằng xà phòng diệt khuẩn trước và sau khi chế biến chiếm tỷ lệ 95,60%; nhưng kiến thức về không được đeo đồng hồ, trang sức khi chế biến thức ăn chiếm tỷ lệ thấp chỉ có 37,74%.

Về hành vi, thói quen không nên thực hiện trong khu vực kinh doanh dịch vụ ăn uống, có 60,38% NCBC trả lời không được ho trong khu vực kinh doanh dịch vụ ăn uống; có 40,88% trả lời không được hút thuốc trong khu vực trên.

Bảng 5. Kiến thức hiểu biết về pháp luật của NCBC (n=159)

Biên số	Tần số (n)	Tỷ lệ
Cơ quan y tế có thẩm quyền cấp giấy đủ sức khỏe		
Cơ sở y tế từ cấp quận, huyện và tương đương trở lên	127	79,87
Bất kỳ cơ sở y tế nào	32	20,13
Thời hạn của giấy xác nhận kiến thức về ATTP		
3 năm	135	84,91
Các loại bệnh khi mắc không được tiếp xúc và chế biến thực phẩm		
Viêm đường hô hấp cấp tính	79	49,69
Lao tiến triển	142	89,31
Tiêu chảy cấp: tả, lỵ, thương hàn...	135	84,91
Viêm gan vi rút (viêm gan A, E).	92	57,86
Các tổn thương ngoài da, nhiễm trùng.	55	34,59
Người lành mang trùng	29	18,24

Kiến thức hiểu biết pháp luật về an toàn thực phẩm, phần lớn NCBC có kiến thức tốt về thời hạn của giấy xác nhận kiến thức về ATTP là 3 năm chiếm đến 84,91%; về kiến thức cơ sở y tế

từ cấp nào trở lên mới có thẩm quyền cấp giấy đủ sức khỏe có 127 NCBC trả lời đúng chiếm tỷ lệ 79,87%.

Về các loại bệnh khi mắc không được tiếp xúc

và chế biến thực phẩm đa phần NCBC có kiến thức đúng về các loại bệnh như lao, tả, lỵ, thương hàn... Tuy nhiên chỉ có 29 đối tượng biết rằng người lành mang trùng cũng không được chế biến và kinh doanh thực phẩm.

Đánh giá về kiến thức an toàn thực phẩm của người chế biến chính: Nghiên cứu chấm điểm cho mỗi ý trả lời đúng từng câu hỏi là 01 điểm. Vì vậy, câu hỏi nào có nhiều ý sẽ chiếm câu phần điểm nhiều hơn các câu có ít ý. Đối với đánh giá kiến thức, điểm tối đa là 43 điểm tương đương với 43 ý trả lời đúng. Đánh giá kiến thức an toàn thực phẩm chia ra làm 2 nhóm:

+ Nhóm đạt từ 80% trở lên

+ Nhóm đạt dưới 80%

Dựa vào kết quả đánh giá kiến thức và các tiêu chí xếp loại ở trên, kết quả thu được: có 70,44% NCBC có kiến thức đạt từ 80% trở lên và 29,56% NCBC có kiến thức đạt từ 80% trở xuống.

3.3. Thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến chính tại cửa hàng ăn (thông qua phỏng vấn).

Bảng 6. Thực hành vệ sinh bàn tay và vệ sinh cửa hàng (n=159)

Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ
Thời điểm rửa tay		
Trước khi chế biến	145	91,19
Sau khi đi vệ sinh	157	98,74
Sau khi gầy đầu, ngoáy mũi	95	59,75
Có vệ sinh bếp sau mỗi ngày làm việc		
Có	159	100
Tần suất đổ rác		
Trong ngày	159	100

Đa số NCBC có thực hành đúng về thời điểm rửa tay trước khi chế biến và sau khi đi vệ sinh, tuy nhiên chỉ có 59,75% có thực hành rửa tay sau khi gầy đầu, ngoáy mũi.

100% NCBC có vệ sinh bếp sau mỗi ngày làm việc và đổ rác trong ngày.

Bảng 7. Thực hành chấp hành quy định

Bảng 10 Thực hành đảm bảo an toàn thực phẩm khi chế biến (n=159)

Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ
Địa điểm sơ chế thực phẩm		
Trực tiếp trên nền	3	1,89
Trên bàn cao cách mặt đất từ 60cm trở lên.	156	98,11
Tiếp xúc thực phẩm đã nấu chín		
Sử dụng trực tiếp bằng tay.	26	16,35
Sử dụng găng tay sử dụng 1 lần	58	36,48
Dùng kẹp gắp hoặc đũa, thìa...	145	91,19
Dụng cụ đựng thức ăn		
Dùng riêng thức ăn sống và thức ăn chín	159	100
Bảo quản thức ăn đã được nấu chín		
Đậy lồng bàn	86	54,09

hành nghề của người chế biến chính (n=159)

Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ
Thực trạng khám sức khỏe định kỳ		
Có	134	84,28
Không	25	15,72
Thực trạng xác nhận kiến thức ATTP		
Có	135	84,91
Không	24	15,09

Việc chấp hành quy định của NCBC trong việc khám sức khỏe định kỳ và xác nhận kiến thức ATTP lần lượt là 84,28% và 84,91%.

Bảng 8. Thực hành về vệ sinh cá nhân người chế biến chính (n=159)

Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ
Trang phục khi chế biến thực phẩm		
Tạp dề	86	54,09
Mũ	14	8,81
Khẩu trang	30	18,87
Găng tay/dụng cụ gắp	151	94,97
Móng tay của đối tượng nghiên cứu		
Cắt ngắn, sạch sẽ	154	96,86
Đề dài	5	3,14
Đeo trang sức khi chế biến thực phẩm		
Không đeo trang sức	106	66,67
Có đeo trang sức	53	33,33

Kết quả quan sát cho thấy phần lớn người chế biến chính chưa có trang phục phù hợp, đảm bảo an toàn khi chế biến thực phẩm. Có 151 người tương đương với 94,97% có đeo găng tay. Tuy nhiên chỉ có 54,09% các trang phục tạp dề, khẩu trang là 18,87%. Đặc biệt chỉ có 14 người tương đương 8,81% có đội mũ khi chế biến.

Bảng 9. Thực hành xử lý rác thải của cửa hàng (n= 159)

Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ
Vị trí bỏ rác và chất thải		
Thùng rác	157	98,74
Túi nilon	159	100

Rác thải được người chế biến bỏ vào thùng rác và túi nilon chiếm tỷ lệ lần lượt là 98,74% và 100%.

Để trong tủ kính, tủ lạnh, tủ đông	68	42,77
Dùng vải che đậy	79	49,68

NCBC sơ chế thực phẩm trên bàn cao cách mặt đất ít nhất 60cm chiếm tỷ lệ 98,11%.

NCBC tiếp xúc với thực phẩm đã nấu chín bằng kẹp gấp hoặc đũa, thìa chiếm tỷ lệ 91,19%; tiếp xúc bằng tay là 16,35%.

NCBC dùng dụng cụ để đựng thức ăn sống và thức ăn chín riêng biệt chiếm tỷ lệ 100%.

Đánh giá về thực hành an toàn thực phẩm của người chế biến chính: Thang điểm với tổng số điểm tối đa là 31 điểm. Lấy căn cứ mức đạt về kiến thức ATTP của người chế biến chính để tính mức đạt về thực hành của người chế biến chính. Chia đối tượng làm 2 nhóm:

- + Nhóm đạt từ 80% trở lên
- + Nhóm đạt dưới 80%

Dựa vào kết quả đánh giá kiến thức và các tiêu chí xếp loại ở trên, kết quả thu được: Chỉ có 36,08% NCBC thực hành đạt từ 80% trở lên và 63,92% thực hành đạt dưới 80%.

V. KẾT LUẬN

- Kiến thức ATTP của NCBC tại cửa hàng ăn đạt chưa cao, chỉ có 70,44% NCBC có kiến thức đạt từ 80% trở lên. Đặc biệt chỉ có 40,88% NCBC biết trong khu vực kinh doanh không được phép hút thuốc và 37,74% NCBC biết không được đeo đồng hồ hay trang sức khi chế biến thức ăn.

- Thực hành ATTP của NCBC tại cửa hàng ăn đạt tương đối thấp, chỉ có 36,08% NCBC có thực

hành đạt từ 80% trở lên. Tỷ lệ đối tượng mang trang phục khi chế biến như mũ, khẩu trang chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 8,81% và 18,87%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Thị Ngọc Yến (2011)**, "Thực trạng vệ sinh an toàn thực phẩm các cửa hàng ăn trên địa bàn thị xã Dĩ An tỉnh Bình Dương năm 2011", Kỷ yếu Hội nghị khoa học ATTP lần thứ VI.
2. **Lê Văn Hữu (2012)**, "Kiến thức, thái độ, thực hành về ATTP và các yếu tố liên quan của người kinh doanh chế biến thức ăn đường phố huyện Thanh Bình, tỉnh Đồng Tháp năm 2012", Luận văn chuyên khoa I, Trường Đại học Y tế công cộng.
3. **Lê Anh Tuấn (2008)**, "Đánh giá Kiến thức, thực hành về các quy định về sinh ATTP của chủ cửa hàng và quán ăn tại Hà Nội năm 2008", Y học thực hành, 696 (1/2010), tr 66-70.
4. **Đinh Thị Hồng Cúc (2016)**, "Thực trạng kiến thức thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến và một số yếu tố liên quan tại các cửa hàng ăn thuộc thị xã Tân Châu, tỉnh An Giang năm 2016" Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
5. **Lê Thị Thanh Lương (2015)**, "Thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm; kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan tại các cửa hàng ăn uống và nhà hàng ăn uống của phường Việt Hưng, quận Long Biên, Hà Nội năm 2015" Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
6. **Nguyễn Thị Bích San (2011)**, Thực trạng điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm và kiến thức, thực hành của người chế biến tại bếp ăn tập thể các trường mầm non quận Cầu Giấy, Hà Nội năm 2010 - 2011, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.

NGHIÊN CỨU ĐỘC TÍNH CẤP VÀ BÁN TRƯỜNG DIỄN CỦA CHẾ PHẨM CYNAKONTUM TRÊN THỰC NGHIỆM

Chử Văn Mến*, Nguyễn Văn Chuyên*, Nguyễn Văn Ba*,
Nguyễn Bá Tùng*, Phạm Gia Khánh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá độc tính cấp và độc tính bán trường diễn của chế phẩm Cynakontum. **Đối tượng và phương pháp:** Đánh giá theo phương pháp của WHO về xác định độ an toàn cho các chế phẩm có nguồn gốc thiên nhiên và quyết định số 371/BYT-QĐ ngày 12/3/1996 của Bộ Y tế về hiệu lực và an toàn thuốc. Kết quả: Không xác định được LD₅₀ với mức liều tối đa cao trà Cynakontum là 60 g/kg chuột nhất

trắng do không có chuột chết. Bằng đường uống với liều cao trà Cynakontum 500 mg/kg/24h và 1.500 mg/kg/24h, liên tục trong 42 ngày, Cynakontum không làm ảnh hưởng đến sự phát triển trọng lượng chuột, không biến đổi điện tim, chỉ số huyết học (như hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu) và hàm lượng hemoglobin chuột. Các chỉ số đánh giá chức năng gan (hoạt độ AST, ALT), thận (nồng độ ure, creatin) trong giới hạn bình thường. **Kết luận:** Chưa tìm thấy giá trị LD₅₀ của chế phẩm, chế phẩm Cynakontum dùng kéo dài không làm thay đổi các chỉ số huyết học và chức năng gan thận chuột.

Từ khóa: Cynakontum, LD₅₀, độc tính bán trường diễn.

SUMMARY

EVALUATION OF THE ACUTE AND SUBCHRONIC TOXICITY OF CYNAKONTUM

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Chử Văn Mến

Email: chuvanmen@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 6.6.2019

Objective: To evaluate the acute and subchronic toxicity of Cynakontum. **Material and methods:** The acute and subchronic toxicity were evaluated according to WHO method and Vietnamese Ministry of Health regulatory article No 371/BYT-QĐ on March 12th 1996 about safety regulation of natural products and drugs. **Results:** the median lethal dose, LD₅₀ hasn't been found with maximum oral dosage on mice at 60g/kg/24h because there are no dead mice at this dosage. At the dosage of 500 and 1,500 mg/kg/24h on rats, continuously administrated for 42 days didn't affect the normal increment of body weight of rats, didn't change the electrocardiogram, hematological indices such as red blood cell, white blood cell, platelet and hemoglobin content, hepatic indices (AST, ALT activity), renal indices (urea, creatinin levels) were within normal limits. **Conclusion:** LD50 of Cynakontum has not been found, long-term administration of Cynakontum didn't change the normal indices of blood and liver functions of rats.

Keywords: Cynakontum, LD₅₀, subacute toxicity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Diệp hạ châu đắng (Phyllanthus amarus) là một vị thuốc cổ truyền quý được dùng nhiều ở các nước phương Đông như Trung Quốc, Hàn Quốc, Việt Nam đã được khoa học chứng minh có tác dụng giải độc, bảo vệ gan [3,4]. Cà gai leo dùng điều trị một số trường hợp viêm gan mật, hỗ trợ bảo vệ tế bào gan, chống oxy hóa [5]. Actiso được khoa học chứng minh có tác dụng chống oxy hóa mạnh, giải độc và bảo vệ gan [3]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy nhân trần có tác dụng bảo vệ gan rất tốt [3]. Từ các được liệu trên, nhóm nghiên cứu đã bào chế được trà túi lọc Cynakontum với tác dụng chống oxy hóa, giải độc, bảo vệ tế bào gan và ngừa ung thư. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tính an toàn của chế phẩm Cynakontum trên mô hình động vật thực nghiệm.

Số liệu của bài báo là một phần kết quả nghiên cứu của đề tài cấp Nhà nước "Nghiên cứu các giải pháp nâng cao năng lực bảo vệ chăm sóc sức khỏe cộng đồng vùng biên giới Tây Nguyên và tạo sản phẩm hàng hóa từ nguồn dược liệu bản địa, Mã số: TN16/T03".

II. NGUYÊN LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Nguyên liệu nghiên cứu: Chế phẩm Cynakontum sản xuất bởi Học viện Quân y, đạt tiêu chuẩn cơ sở. Chế phẩm được chiết với ethanol 50% theo tỷ lệ thể tích 10 lít ethanol/1kg trà Cynakontum, tiến hành chiết 3 lần, gộp dịch chiết, cô đặc đến cao 5:1. Cao được cho uống với các mức liều tăng dần. Trong số các mức liều đem thử, khoảng cách giữa mức liều cao nhất chưa gây chết một con chuột nào và mức liều thấp nhất gây chết 100% số chuột trong nhóm được sử dụng để tính toán. Sau khi

cho uống thuốc, chuột được nuôi dưỡng và theo dõi, ăn thức ăn tổng hợp do xưởng sản xuất thức ăn động vật thí nghiệm cung cấp, nước uống tự do. Thời gian theo dõi liên tục trong 72 giờ.

Chuột nhắt trắng trọng lượng cơ thể (TLCT) từ 20,0 - 22,0g. Chuột 36 con trọng lượng từ 110 ± 10 g/con. Tất cả động vật thí nghiệm do Ban chăn nuôi - Học viện Quân y cung cấp,

2. Phương pháp nghiên cứu

***Độc tính cấp:** Theo quyết định số 371/BYT-QĐ ngày 12/3/1996 của Bộ Y tế và của WHO về xác định độ an toàn cho các chế phẩm có nguồn gốc thiên nhiên. Chuột được chia ngẫu nhiên thành các lô, mỗi lô 12 con. Trước khi cho chuột uống thuốc, chuột bị bỏ đói trong 16 giờ. Tính liều LD₅₀ theo phương pháp Behrens - Karber [1,2,6]. Chế phẩm nghiên cứu cao trà Cynakontum được cho uống với các mức liều tăng dần cho tới khi có 50% chuột chết.

***Độc tính bán trường diễn:** Chuột cống trắng được chia thành 3 lô, mỗi lô 12 con:

- **Lô chứng:** uống dung dịch natri clorid 0,9%, liều 2,0 ml/kg/24 h, uống liên tục trong thời gian 42 ngày.

- **Lô thử liều 1:** uống hỗn dịch Cao trà Cynakontum mức liều 500mg/kg/24h, uống liên tục trong thời gian 42 ngày.

- **Lô thử liều 2:** uống hỗn dịch Cao trà Cynakontum mức liều 1.500mg/kg/24h, uống liên tục trong thời gian 42 ngày.

Tất cả chuột cống nghiên cứu được cho uống cùng một thể tích. Thời gian uống liên tục trong 42 ngày.

Các chỉ tiêu đánh giá:

- Sinh lý - dược lý : theo dõi tình trạng chung, hoạt động, ăn uống, trọng lượng cơ thể.

- Huyết học: hồng cầu, hemoglobin, bạch cầu, tiểu cầu.

- Sinh hóa: AST, ALT, ure, creatinin.

- Mô bệnh học: vào ngày thứ 42, giết chuột, quan sát hình ảnh đại thể gan, lách, thận. Sau đó sinh thiết các tạng để nghiên cứu hình ảnh mô bệnh học của tất cả các chuột thực nghiệm.

Thời điểm xét nghiệm: lấy máu xét nghiệm các chỉ số sinh hóa, huyết học, tại 3 thời điểm: xuất phát điểm, sau 3 tuần, sau 6 tuần nghiên cứu. Thời gian theo dõi: 6 tuần.

***Xử lý số liệu:** Các số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê theo phương pháp t-test Student và Test "trước-sau" (Avant- Apres). Sự khác biệt có ý nghĩa khi p<0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Độc tính cấp.

Bảng 1: Kết quả nghiên cứu độc tính cấp

Liều sử	n	Số lượng	Số lượng
---------	---	----------	----------

dụng(g/kg TLCT/24h)		động vật chết	động vật sống
0,1	12	0	12
0,2	12	0	12
0,5	12	0	12
1	12	0	12
2	12	0	12
5	12	0	12
10	12	0	12
20	12	0	12
40	12	0	12
60	12	0	12

Các lô chuột được uống theo các mức liều tăng dần cao trà Cynakontum từ 0,1 đến 60 g/kgTLCT/24h, quan sát hình ảnh đại thể các tạng gan, lách thận và các tạng khác trong ổ bụng không thấy có biểu hiện bất thường. Độc tính cấp của thuốc là độc tính xảy ra sau khi dùng thuốc một lần hoặc nhiều lần trong ngày. Nghiên cứu độc tính của thuốc trên động vật

thực nghiệm, chủ yếu là xác định liều chết trung bình tức là liều làm chết 50% số con vật thí nghiệm trong những điều kiện nhất định và được kí hiệu là LD₅₀. LD₅₀ là một thông số rất quan trọng để đánh giá độc tính của thuốc. Biết LD₅₀ sẽ có phương hướng dùng liều thí nghiệm được lý một cách đúng đắn. Liều LD₅₀ và liều có tác dụng được lý trên động vật thực nghiệm là một trong những cơ sở để suy ra liều dùng trong điều trị ở người dựa vào một số phương pháp tính toán ngoại suy. Biết LD₅₀ mới xác định được chỉ số điều trị là một thông số rất quan trọng để quyết định xem có nên đưa thuốc vào dùng trên người hay không.

Kết quả thí nghiệm cho thấy: Không tìm thấy được LD₅₀ của cao đặc chế phẩm Trà Cynakontum trên chuột nhắt trắng theo đường uống dù với liều tối đa.

2. Độc tính bán trường diễn.

Bảng 2: Trọng lượng cơ thể chuột (g) trước và sau khi uống thuốc

Thời điểm	Lô nghiên cứu			p
	Chứng (1)	Cao trà Cynakontum liều 1 (2)	Cao trà Cynakontum liều 2 (3)	
t₀ (a)	111,4±6,5	114,2±6,3	112,2±5,8	p ₂₋₁ > 0,05
t₃ (b)	136,2±6,9	135,3±7,4	134,2±7,8	p ₃₋₂ > 0,05
t₆ (c)	147,4±11,8	143,5±11,4	142,6±9,8	p ₃₋₁ > 0,05
P	p _{b-a} < 0,05; p _{c-b} < 0,05; p _{c-a} < 0,05			

Từ bảng 2, so sánh trọng lượng cơ thể của chuột ở hai lô dùng cao trà Cynakontum với lô chứng sinh học tại các thời điểm thấy thay đổi không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. So sánh giữa các thời điểm sau so với trước thấy TLCT chuột của ba lô tăng, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3: Chỉ số huyết học của chuột ở các lô nghiên cứu (n = 12)

Thời điểm xét nghiệm	Số lượng HC chuột (x10 ¹² /l, $\bar{X} \pm SD$)			P
	Lô chứng(1)	Cao trà Cynakontum liều 1 (2)	Cao trà Cynakontum liều 2 (3)	
t₀ (a)	8,98 ± 2,18	8,46 ± 1,54	8,24 ± 1,91	p ₂₋₁ > 0,05
t₃ (b)	8,27 ± 1,64	8,28 ± 2,65	8,57 ± 1,65	p ₃₋₂ > 0,05
t₆ (c)	8,33 ± 1,94	8,52 ± 1,94	8,86 ± 1,31	p ₃₋₁ > 0,05
Hàm lượng huyết sắc tố ở các lô (g/l)				
t₀ (a)	137,16 ± 8,85	141,86± 17,58	138,90± 10,84	p ₂₋₁ > 0,05
t₃ (b)	141,44 ± 18,27	144,18 ± 13,18	139,28 ± 9,48	p ₃₋₂ > 0,05
t₆ (c)	136,18 ± 14,46	146,58 ± 9,89	141,62 ± 12,45	p ₃₋₁ > 0,05
Số lượng Bạch cầu chuột (G/l) ở các lô				
t₀ (a)	9,56± 2,28	8,94± 3,42	9,72± 3,18	p ₂₋₁ > 0,05
t₃ (b)	8,88± 2,62	9,17± 2,56	10,10±2,76	p ₃₋₂ > 0,05
t₆ (c)	10,18± 2,83	10,13± 2,26	10,18± 2,35	p ₃₋₁ > 0,05
Số lượng TC chuột ở các lô (G/l)				
t₀ (a)	956,68± 64,92	1032,26± 282,54	935,25 ± 103,23	p ₂₋₁ > 0,05
t₃ (b)	998,67 ± 163,18	986,50 ± 237,29	904,21 ± 278,22	p ₃₋₂ > 0,05
t₆ (c)	1045,00 ± 78,54	978,14 ± 346,13	856,46 ± 314,28	p ₃₋₁ > 0,05
P	p _{c-a} > 0,05; p _{b-a} > 0,05; p _{c-b} > 0,05			

Từ bảng 3, so sánh trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm và so sánh giữa các lô ở cùng một thời điểm, số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và huyết sắc tố thay đổi không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 4: Chỉ số chức năng gan thận của các lô chuột nghiên cứu (n = 12)

Thời điểm xét nghiệm	Hoạt độ enzyme AST (U/l) của các lô			p
	Lô chứng(1)	Liều 1 (2)	Liều 2 (3)	
t_0 (a)	57,51 ± 18,98	58,04 ± 19,58	58,09 ± 19,63	$p_{2-1} > 0,05$
t_3 (b)	57,73 ± 17,06	57,65 ± 19,86	58,31 ± 16,38	$p_{3-2} > 0,05$
t_6 (c)	57,91 ± 18,84	57,70 ± 17,73	57,84 ± 17,27	$p_{3-1} > 0,05$
Hoạt độ enzyme ALT (U/l) của các lô				
t_0 (a)	112,38 ± 16,52	111,75 ± 16,30	112,50 ± 16,58	$p_{2-1} > 0,05$
t_3 (b)	112,13 ± 18,07	111,88 ± 14,50	112,75 ± 17,07	$p_{3-2} > 0,05$
t_6 (c)	112,88 ± 20,36	112,00 ± 13,61	112,63 ± 12,48	$p_{3-1} > 0,05$
Hàm lượng creatinin (mmol/l) máu chuột ở các lô				
t_0 (a)	53,75 ± 8,45	54,25 ± 9,68	53,38 ± 9,66	$p_{2-1} > 0,05$
t_3 (b)	53,63 ± 8,70	54,13 ± 8,48	54,25 ± 7,38	$p_{3-2} > 0,05$
t_6 (c)	53,88 ± 8,82	54,25 ± 9,42	54,52 ± 8,42	$p_{3-1} > 0,05$
Anh hưởng đối với ure máu chuột (mmol/l)				
t_0 (a)	3,51 ± 1,08	3,49 ± 1,13	3,46 ± 1,04	$p_{2-1} > 0,05$
t_3 (b)	3,53 ± 0,95	3,43 ± 0,84	3,47 ± 0,90	$p_{3-2} > 0,05$
t_6 (c)	3,52 ± 1,16	3,50 ± 0,61	3,41 ± 0,87	$p_{3-1} > 0,05$
P	$p_{c-a} > 0,05$; $p_{b-a} > 0,05$; $p_{c-b} > 0,05$			

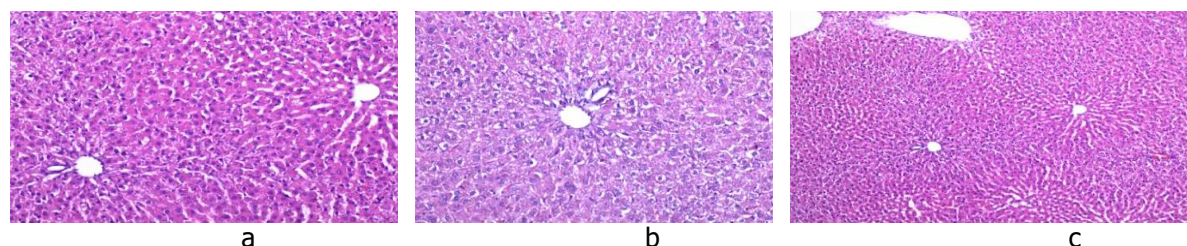
Từ bảng 4, so sánh trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm và so sánh giữa các lô ở cùng một thời điểm, hoạt độ enzyme AST, ALT, ure, creatinin máu thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

*Mô bệnh học gan, thận và lách của chuột thí nghiệm

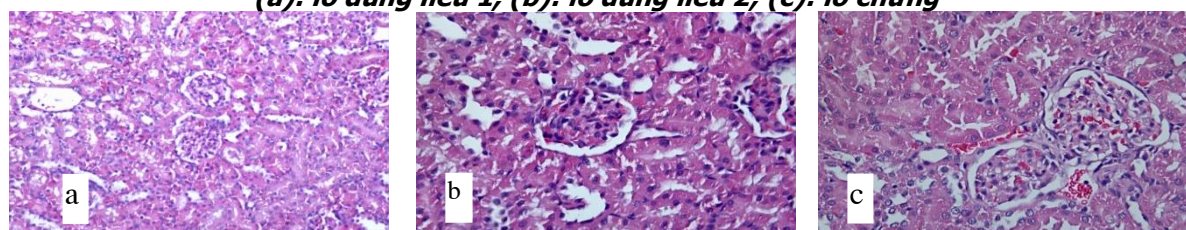
- Quan sát đại thể: sau khi mổ chuột, các

hình thái của gan, thận bình thường, nguyên vẹn màu sắc ở hai lô dùng cao trà Cynakontum không khác so với lô chứng.

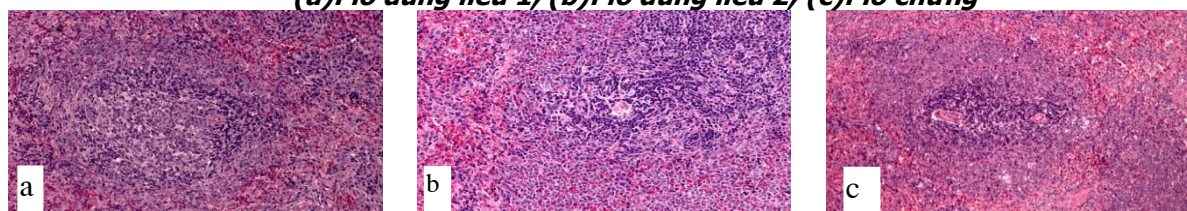
- Quan sát vi thể: sau khi quan sát đại thể, cắt rời gan, thận sau đó ngâm vào dung dịch formol 10%, làm tiêu bản và quan sát dưới kính hiển vi.

**Hình 1. Hình ảnh gan chuột thực nghiệm (HE, 100X)**

(a): lô dùng liều 1, (b): lô dùng liều 2; (c): lô chứng

**Hình 2. Hình ảnh mô bệnh học thận chuột thực nghiệm (HE, 100X)**

(a): lô dùng liều 1, (b): lô dùng liều 2; (c): lô chứng

**Hình 3. Hình ảnh lách chuột thực nghiệm (HE, 100X)**

(a): lô dùng liều 1, (b): lô dùng liều 2; (c): lô chứng

- Lô chứng: các bè gan và tiểu thùy gan không thay đổi về cấu trúc. Tế bào gan không có tổn thương thoái hóa, không có xâm nhập viêm. Cấu trúc vùng vỏ, vùng tủy, cầu thận bình thường, không có tổn thương.

- Lô thử (liều 1 và liều 2): thùy gan và bè gan không thay đổi về cấu trúc. Tế bào gan không có tổn thương thoái hóa. Tĩnh mạch trung tâm không giãn, không xung huyết. Khoang cửa không có xâm nhập viêm. Cấu trúc vùng vỏ, vùng tủy, cầu thận bình thường, không thấy hình ảnh tổn thương. Như vậy chế phẩm trà Cynakontum dùng đường uống liên tục trong 42 ngày, không gây tổn thương trên gan, thận, lách của chuột.

V. KẾT LUẬN

Không xác định được LD50 với mức liều uống tối đa là 60 g/kg chuột nhắt trắng do không có chuột chết. Khi cho chuột uống cao trà Cynakontum với liều 5.00 và 1.500 mg/kg/24h uống liên tục trong 42 ngày, không thấy có ảnh hưởng đến sự phát triển trọng lượng chuột, không biến đổi điện tim chuột, không biến đổi các chỉ số huyết học như hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và hàm lượng hemoglobin, các chỉ số đánh giá chức năng gan (hoạt độ AST, ALT), thận (nồng độ ure, creatin) trong giới hạn bình

thường. Chế phẩm không ảnh hưởng tới hình ảnh mô bệnh học gan thận của chuột khi dùng cao trà Cynakontum đường uống liên tục trong 42 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (1996)**, Quy chế đánh giá tính an toàn và hiệu lực thuốc cổ truyền, Quyết định số 371/BYT-QĐ ngày 12/3/1996.
2. **Đỗ Trung Đàm (1996)**, Phương pháp xác định độc tính cấp của thuốc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Đỗ Huy Bích và cs (2006)**, Những cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật, tập 1, trang 79-81, 233-235.
4. **Surendra Kumar Sharma, Sheela Meruga Arogya, Deepak Hiraganahalli Bhaskarmurthy, Amit Agarwal, and Chandrasekaran Chinampudar Velusami (2011)**, "Hepatoprotective activity of the Phyllanthus species on tert-butyl hydroperoxide (t-BH)-induced cytotoxicity in HepG2 cells", Pharmacogn Mag. 7(27): 229-233.
5. **Talib Hussain, Ramesh K Gupta, Sweetie K, Mohd Sajid Khan, Md Sarfaraj Hussain, Md Arif, Arshad Hussain, Md Faiyazuddin, and Chandana Venkateswara Rao (2012)**, "Evaluation of antihepatotoxic potential of Solanum xanthocarpum fruit extract against antitubercular drugs induced hepatopathy in experimental rodents"; Asian Pac J Trop Biomed. 2012 Jun; 2(6): 454-460.
6. **WHO (1993)**: Research guidelines for evaluating the safety and efficacy of herbal medicines, Manila, Philipin, pp 35 – 41.

NGHIÊN CỨU QUY TRÌNH SẢN XUẤT MẪU PHẾT MÁU XÉT NGHIỆM PLASMODIUM FALCIPARUM VÀ PLASMODIUM VIVAX DÙNG CHO NGOẠI KIỂM

Vũ Quang Huy^{1,2,3}, Trần Phủ Mạnh Siêu¹, Lê Thành Đồng⁴, Đặng Hùng Linh³, Nguyễn Ngọc Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu quy trình sản xuất phết máu xét nghiệm Plasmodium falciparum và Plasmodium vivax dùng cho ngoại kiểm đạt tính đồng nhất và độ ổn định của mẫu ngoại kiểm. **Phương pháp:** Nghiên cứu thực nghiệm. Nghiên cứu quy trình sản xuất dựa trên các hướng dẫn sản xuất phết máu

tìm ký sinh trùng sốt rét dùng cho ngoại kiểm của Tổ chức y tế thế giới (WHO). Đánh giá tính đồng nhất và ổn định trên 2 lô mẫu sản xuất NC01 Plasmodium falciparum và NC02 Plasmodium vivax theo các tiêu chuẩn ISO 13528, ISO Guide 35 hay TCVN 8245: 2009. Đánh giá độ đồng nhất bằng phép phân tích phương sai một yếu tố (Oneway ANOVA) và độ ổn định bằng phép kiểm định T-test. **Kết quả:** Nghiên cứu sản xuất 2 lô mẫu NC01 Plasmodium falciparum gồm phết máu mỏng có mật độ 25278/μl và giọt dày có mật độ 12748 /μl; NC02 Plasmodium vivax gồm phết máu mỏng có mật độ 28219/μl và giọt dày 13624/μl. Tất cả các lô mẫu đều đạt độ đồng nhất với giá trị F thực nghiệm < F lý thuyết. và đạt độ ổn định tối thiểu 24 tuần (đánh giá qua thời gian 1, 4, 12, 24 tuần) trong điều kiện nhiệt độ phòng với giá trị P > 0.05. **Kết luận:** Qua nghiên cứu đã xây dựng được quy trình sản xuất mẫu phết máu xét nghiệm Plasmodium falciparum và Plasmodium vivax đạt các tiêu chí ổn định và đồng nhất của một mẫu ngoại kiểm.

¹Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

³TT Kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm y học, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

⁴Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Huy

Email: drvuquanghuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2019

Ngày duyệt bài: 5.6.2019

Từ khóa: Ngoại kiểm tra, phết máu, Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax

SUMMARY

STUDY THE PROCEDURE OF PRODUCING BLOOD SMEAR TESTING PLASMODIUM FALCIPARUM AND PLASMODIUM VIVAX USE FOR EXTERNAL QUALITY ASSESSMENT

Objectives: Research procedure of Plasmodium falciparum and Plasmodium vivax test blood smears for external quality assessment evaluation homogenous and stability of the samples produced. **Methods:** Experimental research. Research the production process based on the guidelines for the production of blood spreads for external malaria parasites of the World Health Organization (WHO). Evaluate homogenous and stability on two lot NC01 Plasmodium falciparum and NC02 Plasmodium vivax according to ISO 17043, ISO 13528, ISO Guide 35 or TCVN 8245: 2009. Evaluate homogenous by analytical methods (Oneway ANOVA) and stability by T-test. **Results:** Production of two lot NC01 Plasmodium falciparum sample including thin smears with density of 25278/ μ l and thick smears with density of 12748/ μ l; Lot NC02 Plasmodium vivax sample including thin smears with density of 28219/ μ l and thick smears with density of 13624/ μ l. All lot sample are homogenous with $F_{\text{statistics}} < F_{\text{distribution}}$ and stability of 24 weeks (1, 4, 12, 24 weeks) under room temperature conditions with P value > 0.05. **Conclusion:** The study has developed the process of producing Plasmodium falciparum and Plasmodium vivax test blood smear to meet the stability and homogenous of a sample.

Key words: external quality assessment, blood smear, Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông tư 01/2013/TT-BYT ngày 11/01/2013 của Bộ Y tế về Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám, chữa bệnh đã quy định các phòng xét nghiệm cần tiến hành nội kiểm tra và ngoại kiểm tra⁽²⁾, đây cũng là tiêu chí bắt buộc đối với các xét nghiệm được phép liên thông kết quả ban hành theo quyết định 2429/QĐ-BYT ngày 12/6/2017 của bộ trưởng Bộ y tế⁽¹⁾. Để có thể ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm cần có một mẫu chuẩn⁽³⁾. Hiện nay, đa số các mẫu chuẩn thường được nhập khẩu với giá thành cao, trong khi vùng dịch tễ bệnh sốt rét ở nước ta lại nằm ở các khu vực điều kiện kinh tế khó khăn nên việc sản xuất ra được một mẫu kiểm chuẩn đảm bảo chất lượng với chi phí hợp lý là điều cần thiết. Các đơn vị có thể tham

gia ngoại kiểm tra theo quy định. Nhằm tiến tới quản lý chất lượng cũng như liên thông kết quả xét nghiệm, đem lại lợi ích trong chẩn đoán, theo dõi và điều trị cho bệnh nhân và cộng đồng.

Mục tiêu nghiên cứu: Xây dựng quy trình sản xuất phết máu xét nghiệm Plasmodium falciparum và Plasmodium vivax dùng trong ngoại kiểm đạt độ ổn định, tính đồng nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thực nghiệm.

Đối tượng nghiên cứu: Quy trình sản xuất phết máu xét nghiệm Plasmodium falciparum và Plasmodium vivax dùng trong ngoại kiểm.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Mẫu máu toàn phần có kết quả xét nghiệm tìm thấy ký sinh trùng sốt rét Plasmodium falciparum hoặc Plasmodium vivax hoặc cả 2 loại trên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Mẫu máu toàn phần tìm không thấy Plasmodium falciparum và Plasmodium vivax, mẫu máu bị đông, vón cục, tán huyết.

Nơi nghiên cứu: Trung tâm kiểm chuẩn chất lượng xét nghiệm – Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp nghiên cứu: Thu thập mẫu máu toàn phần thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, kiểm tra, đánh giá nguyên liệu đầu vào, loại trừ các mẫu không đạt. Làm phết máu mỏng và giọt dày, cố định phết máu mỏng với methanol tuyệt đối, nhuộm Giemsa và dán lame với keo entellan để bảo quản. Bảo quản lam trong hộp kín, có túi silica hút ẩm, bảo quản nhiệt độ phòng, tránh ánh sáng trực tiếp. Quy trình thực hiện theo các hướng dẫn của WHO: Malaria microscopy quality assurance manual - version 2⁽⁷⁾, Method manual Microscopy for the detection, identification and quantification of malaria parasites on stained thick and thin blood films in research settings - Version 1⁽⁸⁾. Đánh giá tính đồng nhất trong mỗi lô mẫu và ổn định theo thời gian (1, 4, 12, 24 tuần) theo các tiêu chuẩn ISO 13528⁽³⁾, ISO Guide 35 hay TCVN 8245: 2009⁽⁴⁾.

Xử lý và phân tích số liệu: Phân tích kết quả bằng phép phân tích phương sai một yếu tố (Oneway ANOVA) và phép kiểm định T-test (P value > 0.05) với mức sai số cho phép $\alpha = 0,05$. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 13.0 và Microsoft Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đánh giá độ đồng nhất của phết máu mỏng NC01 P. falciparum*

Mẫu	Lần 1	Lần 2	TB	Độ lệch mẫu
1	24560	27103	25831.5	1798
2	23364	24299	23831.5	661

3	25678	28037	26857.5	1668
4	23560	25234	24397.0	1184
5	23789	23364	23576.5	301
6	23860	27103	25481.5	2293
7	24299	28037	26168.0	2643
8	26168	30841	28504.5	3304
9	22430	24560	23495.0	1506
10	27103	26168	26635.5	661
TB	24481.1	26474.6	25477.9	1601.9
F thực nghiệm = 1.53			F lý thuyết = 3.02	

Chú thích: *Plasmodium falciparum

Nhận xét: Giá trị $F_{\text{thực nghiệm}} = 1.53 < F_{\text{lý thuyết}} = 3.02$, mẫu phết máu mỏng Plasmodium falciparum đạt tính đồng nhất trong cùng lô mẫu sản xuất.

Bảng 2. Đánh giá độ đồng nhất của lam máu giọt dày NC01 P. falciparum

Mẫu	Lần 1	Lần 2	TB	Độ lệch mẫu
1	12440	12600	12520	113
2	12600	12920	12760	226
3	13000	12600	12800	283
4	13160	12800	12980	255
5	12320	12960	12640	453
6	12560	12880	12720	226
7	12240	12600	12420	255
8	12720	12920	12820	141
9	12800	13080	12940	198
10	12640	13120	12880	339
TB	12648	12848	12748	248.9
F thực nghiệm = 1.01			F lý thuyết = 3.02	

Nhận xét: Giá trị $F_{\text{thực nghiệm}} = 1.01 < F_{\text{lý thuyết}} = 3.02$, mẫu lam máu giọt dày Plasmodium falciparum đạt tính đồng nhất trong cùng lô

Bảng 3. Đánh giá độ đồng nhất của phết máu mỏng NC02 P. vivax**

Mẫu	Lần 1	Lần 2	TB	Độ lệch mẫu
1	21950	27619	24784.5	4009
2	28571	31429	30000.0	2021
3	30476	22857	26666.5	5387
4	25714	26667	26190.5	674
5	27619	32381	30000.0	3367
6	30047	31429	30738.0	977
7	23810	30476	27143.0	4714
8	34286	28571	31428.5	4041
9	22857	30476	26666.5	5387
10	31429	25714	28571.5	4041
TB	27675.9	28761.9	28218.9	3461.8
F thực nghiệm = 0.69			F lý thuyết = 3.02	

Chú thích: ** Plasmodium vivax

Nhận xét: Giá trị $F_{\text{thực nghiệm}} = 0.69 < F_{\text{lý thuyết}} = 3.02$, mẫu phết máu mỏng Plasmodium vivax đạt tính đồng nhất trong cùng lô mẫu sản xuất.

Bảng 4. Đánh giá độ đồng nhất của lam máu giọt dày NC02 P. vivax

Mẫu	Lần 1	Lần 2	TB	Độ lệch mẫu
1	13480	13720	13600	170
2	13600	14000	13800	283
3	13720	13600	13660	85
4	13840	13920	13880	57
5	13440	14000	13720	396
6	13720	13480	13600	170
7	13680	13640	13660	28
8	13720	12920	13320	566
9	13480	13080	13280	283

10	13920	13520	13720	283
TB	13660	13588	13624	232.1
F thực nghiệm = 1.00		F lý thuyết = 3.02		

Nhận xét: Giá trị $F_{\text{thực nghiệm}} = 1.00 < F_{\text{lý thuyết}} = 3.02$, mẫu lam máu giọt dày Plasmodium vivax đạt tính đồng nhất trong cùng lô mẫu sản xuất

Bảng 5. Đánh giá độ ổn định của mẫu ngoại kiểm đã sản xuất

Thời gian	Giá trị P			
	Plasmodium falciparum		Plasmodium vivax	
	Giọt dày	Lăn mỏng	Giọt dày	Lăn mỏng
1 tuần	0.57	0.50	0.33	0.24
4 tuần	0.59	0.85	0.08	0.22
12 tuần	0.72	0.41	0.29	0.12
24 tuần	0.82	0.82	0.14	0.26

Nhận xét: Đánh giá độ ổn định trong 1, 4, 12, 24 tuần, giá trị P ở cả lam máu mỏng và giọt dày ở cả 2 lô sản xuất Plasmodium falciparum và Plasmodium vivax đều đạt giá trị $P > 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Trên thế giới các chương trình ngoại kiểm ký sinh trùng sốt rét đã được triển khai tại nhiều khu vực và quốc gia. Năm 2011, chương trình ngoại kiểm ký sinh trùng sốt rét được triển khai tại Công-gô gồm 5 mẫu: mẫu 1: Plasmodium falciparum có mật độ 177000/ μ l, mẫu 2: Plasmodium falciparum có mật độ 2500/ μ l, mẫu 3 là mẫu âm tính, tìm không thấy ký sinh trùng sốt rét và 1 mẫu lam máu chưa được nhuộm. Nguyên liệu đầu vào là mẫu máu toàn phần được thu thập từ bệnh nhân tại các bệnh viện, được nhuộm Giemsa theo quy trình của WHO malaria microscopy quality assurance manual⁽⁶⁾. Năm 2012, WHO triển khai chương trình tại châu Á – Thái Bình Dương xây dựng ngân hàng lam máu chủ yếu là 2 loài Plasmodium falciparum và Plasmodium vivax, một số khác là Plasmodium malariae và Plasmodium knowlesi⁽⁵⁾. Có thể nhận thấy các chương trình ngoại kiểm chủ yếu thực hiện trên 2 loài sốt rét là Plasmodium falciparum và Plasmodium vivax. Đây cũng là 2 loài phổ biến tại Việt Nam. Vì vậy, nghiên cứu thực hiện trên 2 loài ký sinh trùng sốt rét này.

Các chương trình ngoại kiểm trên thế giới xây dựng các ngân hàng mẫu ngoại kiểm dựa trên các hướng dẫn của WHO. Thể tích giọt máu được lấy bằng micropipet với thể tích chính xác, máu trước khi hút được lắc trộn nhiều lần đảm bảo độ đồng đều trong quá trình bơm, hút mẫu. Tương tự đối với lam máu giọt dày, thể tích máu và đường kính giọt máu khoảng 1 cm đồng nhất với nhau⁽⁷⁾. Quy trình nhuộm đồng loạt, cùng thời gian và nồng độ thuốc nhuộm Giemsa để màu sắc đồng đều. Thuốc nhuộm Giemsa được pha với dung dịch đệm có pH bằng 7.2^(7,8). Nhuộm các lam máu trong buồng nhuộm để tránh cạn và đạt độ đồng đều giữa các lam máu.

Kết quả đánh giá tính đồng nhất dựa trên màu sắc và mật độ ký sinh trùng tính trên

microlit (μ l). Theo các tiêu chuẩn ISO 13528⁽³⁾, ISO Guide 35 hay TCVN 8245: 2009⁽⁴⁾. Trên mỗi lô mẫu sản xuất, kiểm tra ngẫu nhiên 10 mẫu, lặp lại 2 lần, cả trên phết mỏng và giọt dày. Phân tích kết quả bằng phép kiểm định ANOVA 1 yếu tố. Tính giá trị $F_{\text{thực nghiệm}}$ nhỏ hơn giá trị $F_{\text{lý thuyết}}$, kết luận cả 2 lô mẫu đạt độ đồng nhất về mật độ ký sinh trùng. Do nguồn nguyên liệu đầu vào là mẫu máu thu thập từ bệnh nhân nên nguồn cung cấp không ổn định và đồng đều. Mặt khác, phương pháp đánh giá là phương pháp thủ công, phụ thuộc nhiều vào kiến thức và kỹ năng của người thực hiện. Vì vậy mẫu cần lưu trữ dài hạn để đối chiếu, kiểm tra khi cần thiết. Trong nghiên cứu này, thời gian đánh giá độ ổn định dài hạn lên đến 24 tuần. Sử dụng phép kiểm định T-test độc lập để so sánh mẫu từng giai đoạn 1, 4, 12, 24 tuần với thời điểm mẫu vừa sản xuất. Tính các giá trị P, với $P > 0.05$, mẫu đạt độ ổn định sau thời gian 24 tuần bảo quản trong điều kiện tại nước ta. Theo các tài liệu nghiên cứu mẫu phết máu sau khi dán lame, bảo quản trong hộp kín có hút ẩm có thể lưu trữ từ 1 đến 2 năm hoặc lâu hơn⁽⁸⁾.

V. KẾT LUẬN

Xây dựng quy trình sản xuất mẫu phết máu xét nghiệm Plasmodium falciparum và Plasmodium vivax

- Lô mẫu NC01 Plasmodium falciparum gồm phết máu mỏng có mật độ 25278/ μ l và giọt dày có mật độ 12748/ μ l, được sản xuất từ cùng mẫu máu thu thập.

- Lô mẫu NC02 Plasmodium vivax gồm phết máu mỏng có mật độ 28219/ μ l và giọt dày 13624/ μ l, được sản xuất từ cùng mẫu máu thu thập.

Đánh giá tính ổn định và độ đồng nhất của mẫu sản xuất. Tất cả các lô mẫu sản xuất đều đạt tính đồng nhất và độ ổn định trong tối thiểu 24 tuần, bảo quản trong hộp kín có hút ẩm, bảo quản ở nhiệt độ phòng tại nơi nghiên cứu.

KIẾN NGHỊ

- Thực hiện quy trình sản xuất đã nghiên cứu
- Khảo sát thời gian bảo quản dài hơn.
- Xây dựng ngân hàng lam máu lưu trữ với nhiều loại ký sinh trùng sốt rét và mật độ khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế, (2017)**, "Quyết định số 2429/QĐ-BYT Tiêu chí đánh giá mức chất lượng phòng xét nghiệm".
2. **Bộ Y tế, (2013)**, "Thông tư 01/2013/TT-BYT Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng xét nghiệm tại cơ sở khám, chữa bệnh".
3. **Tiêu chuẩn quốc gia TCVN 9596: 2013** hay ISO 13528: 2003 (2013) Phương pháp thống kê dùng trong thử nghiệm thành thạo bằng so sánh liên phòng thí nghiệm.
4. **Tiêu chuẩn quốc gia TCVN 8245: 2009** hay ISO GUIDE 35: 2006 Mẫu chuẩn – nguyên tắc chung và nguyên tắc thống kê trong chứng nhận
5. **Ashraf S, Kao A, Hugo C, Christophel E M, et al, (2012)**, "Developing standards for malaria microscopy: external competency assessment for malaria microscopists in the Asia-Pacific", Malar J, 11, p.350-352.
6. **Mukadi P, Gillet P, Lukuka A, Atua B, (2011)**, "External quality assessment of malaria microscopy in the Democratic Republic of the Congo", Malar J, 10, p.308-310.
7. **WHO, (2016)** Malaria microscopy quality assurance manual - version 2, p.94-95.
8. **WHO, (2015)** Method manual Microscopy for the detection, identification and quantification of malaria parasites on stained thick and thin blood films in research settings -Version 1, p.12-18.

PHÂN TÍCH NGƯỠNG CHI TRẢ CHO MỘT NĂM SỐNG CÓ CHẤT LƯỢNG CỦA NGƯỜI BỆNH U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phan Gia Huy¹, Nguyễn Thị Thu Thủy¹

TÓM TẮT

U lympho là một trong những loại ung thư phổ biến, chiếm khoảng 4% trên tổng số các loại ung thư, trong đó khoảng 90% là U lympho không Hodgkin (ULKH). Khoảng 55.000 đến 60.000 trường hợp mới mắc ULKH được chẩn đoán hàng năm tại Hoa Kỳ, con số này đã tăng gấp 2 lần trong gần 3 thập kỷ qua [3]. Tại Việt Nam, có gần 2.700 trường hợp ULKH mỗi năm, chiếm 2% trên tổng số ca mắc ung thư mới [1]. ULKH là gánh nặng kinh tế lớn cho cả người bệnh, hệ thống y tế và xã hội. Vì vậy nghiên cứu này được tiến hành nhằm đánh giá khả năng chi trả trên một năm sống có chất lượng của người bệnh ULKH tại Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM), Việt Nam. Nghiên cứu tại được tiến hành tại bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Chợ Rẫy, viện Truyền máu Huyết học Thành phố Hồ Chí Minh trên mẫu 268 người bệnh với tỷ lệ nam : nữ là 1,4:1; độ tuổi trung bình 52,64 ± 14,32 tuổi; thời gian mang bệnh trung bình 2,07 ± 0,14 năm; 68,3% người bệnh được điều trị với phác đồ hóa trị + rituximab. Hệ số chất lượng sống của người bệnh ULKH được đánh giá bằng thang đo EQ-5D-5L (phiên bản tiếng Việt) có giá trị 0,758 ± 0,211. Ngưỡng chi trả trên một năm sống có chất lượng (WTP/QALY) có giá trị trung vị 124.729.248,54 (39.134.676,05 – 368.825.311,64) VNĐ. Giới tính, tình trạng công việc, nghề nghiệp, nơi sinh sống, thu nhập trung bình/ tháng của người bệnh, thu nhập hộ gia đình và hệ số chất lượng sống theo thang đo EQ-5D-

5L là những yếu tố ảnh hưởng đến WTP/QALY của người bệnh U lympho không Hodgkin.

Từ khóa: Ngưỡng chi trả cho một năm sống có chất lượng, U lympho không Hodgkin, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

SUMMARY

ANALYZE WILLINGNESS TO PAY OF NON-HODGKIN LYMPHOMA PATIENTS IN SPECIALIZED HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY

Non-Hodgkin lymphoma (NHL) is one of the most common types of cancer, accounting for about 4% of all cancers with 90% - non-Hodgkin lymphoma [9]. Approximately 55.000 to 60.000 new cases of non-Hodgkin lymphoma are diagnosed annually in the United States, this number has nearly doubled during past 3 decades [3]. In Vietnam, there were nearly 2.700 NHL cases each year, accounting for 2% of new cases of cancer [1], treatment cost of NHL placed a significant economic burden on patients, healthcare system and society. Therefore, the research of willingness to pay for quality-adjusted life-years gained (WTP/QALY) of NHL patients in Vietnam was conducted. The study was conducted in Ho Chi Minh City Cancer Hospital, Cho Ray Hospital, Blood Transfusion Haematology Hospital on sample of 268 patients with male: female of nearly 1.4:1, the average age of 52.64 ± 14.32 years, duration of disease of 2.07 ± 0.14 years, 68.3% NHL patients treated with chemotherapy + rituximab. Quality of life (QoL) of NHL patients based on EQ-5D-5L (Vietnamese version) value at 0.758 ± 0.211. The median of was 124,729,248.54 (39,134,676.05 - 368,825,311.64) VND. Gender, working status, occupation, living place, average income of patient and family, QoL were related factors to WTP/QALY of NHL patients.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: nguyenthuthuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 5.6.2019

Keyword: Non-Hodgkin Lymphoma, Willingness to pay per Quality-Adjusted Life year, Ho Chi Minh city, Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho là tên gọi chung đối với các ung thư phát triển trong hệ bạch huyết, phát sinh khi các tế bào lympho trong hệ thống bạch huyết tăng sinh và phát triển bất thường, trong đó U lympho không Hodgkin chiếm 90%. Trên thế giới năm 2012 có khoảng 4,3 triệu người mắc bệnh ULKH và hơn 200 ngàn người tử vong do ULKH, phần lớn ở độ tuổi 65-75 [3]. Tại Việt Nam, mỗi năm có khoảng 2.700 trường hợp mắc ULKH, chiếm 2% trong tổng số ca mới mắc các bệnh ung thư. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở các nhóm tuổi từ 45 – 55 và có xu hướng gia tăng ở người cao tuổi [1]. Với chi phí điều trị cao và thời gian mắc bệnh kéo dài, ULKH là gánh nặng kinh tế lớn cho người bệnh, hệ thống y tế và xã hội. Tại Mỹ, chi phí trực tiếp y tế điều trị trong một năm đầu cho người cao tuổi mắc ULKH sau khi chẩn đoán ULKH là 36.000\$ [6]. Vì vậy đánh giá ngưỡng chi trả của người bệnh cho một năm sống có chất lượng (WTP/QALY) là cần thiết nhằm xem xét khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của người bệnh nhất là đối với các can thiệp y tế có giá thành cao. Tuy nhiên, cho đến thời điểm hiện tại, chưa có nghiên cứu đánh giá ngưỡng chi trả cụ thể được thực hiện. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích ngưỡng chi trả cho mỗi năm sống có chất lượng của người bệnh U lympho không Hodgkin điều trị tại một số bệnh viện TP.HCM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh ULKH điều trị tại 3 bệnh viện tại TP HCM bao gồm: Bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện Truyền máu và Huyết học Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang dựa trên phiếu khảo sát thông qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng phiếu phỏng vấn bao gồm 3 phần: thông tin người bệnh, chất lượng sống và ngưỡng chi trả.

Chất lượng sống (QALY) được xác định thông qua thang đo EQ-5D-5L (phiên bản tiếng Việt) sử dụng bảng giá trị của Thái Lan [2] vì chưa có bảng giá trị của Việt Nam và thang đo EQ-VAS

dựa trên thang điểm trực quan từ 0 đến 100.

Đề tài sử dụng kỹ thuật đầu giá lặp lại để xác định ngưỡng chi trả (WTP), theo đó WTP là mức giá cao nhất mà người bệnh vẫn chấp nhận chi trả cho liệu pháp điều trị giúp họ cải thiện chất lượng sống hiện tại lên chất lượng sống ở mức tốt nhất (tương ứng hệ số chất lượng sống bằng 1). Dựa trên mức giá đề xuất ban đầu của người trả lời, phỏng vấn viên nâng dần mức giá cho đến khi người trả lời từ chối chi trả. WTP là mức giá cao nhất người bệnh vẫn chấp nhận chi trả cho liệu pháp điều trị trước khi từ chối.

Ngưỡng chi trả cho một năm sống có chất lượng (WTP/QALY), được tính theo công thức:

$$\text{WTP/QALY}$$

Số tiền cao nhất mỗi tháng sẵn sàng chi trả cho liệu pháp giúp đạt sức khỏe tối đa

1 – hệ số chất lượng sống

=

$$(\text{VNĐ/QALY}) [7]$$

Mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: Toàn bộ đối tượng khảo sát của mẫu nghiên cứu thỏa tiêu chí lựa chọn và loại trừ, điều trị tại các bệnh viện trong thời gian nghiên cứu (từ tháng 02/2018 đến tháng 09/2018).

Tiêu chí lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán u lympho không Hodgkin (ICD code: C85.9)
- Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân có khả năng nghe nói và hiểu tiếng Việt

Tiêu chí loại trừ

- Người bệnh ngưng điều trị do chuyển viện hoặc tử vong
- Phiếu phỏng vấn không điền đầy đủ thông tin
- Bệnh nhân không tham gia BHYT

Thống kê và xử lý số liệu: Dữ liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0 và Microsoft Excel 2013 với độ tin cậy 95%. Kết quả được trình bày ở dạng hình và bảng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm nhân khẩu của người bệnh U lympho không Hodgkin: Khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 268 người bệnh U lympho không Hodgkin điều trị tại 3 bệnh viện nghiên cứu t, đề tài ghi nhận đặc điểm nhân khẩu và bệnh lý được trình bày trong bảng 2.

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu và bệnh lý của người bệnh U Lympho không Hodgkin

Đặc điểm		Tần số (%) / Giá trị trung bình (Độ lệch chuẩn)	Phần trăm tích lũy (%) / GTLN – GTNN
Giới tính	Nam	149 (55,6)	55,6
	Nữ	119 (44,4)	100

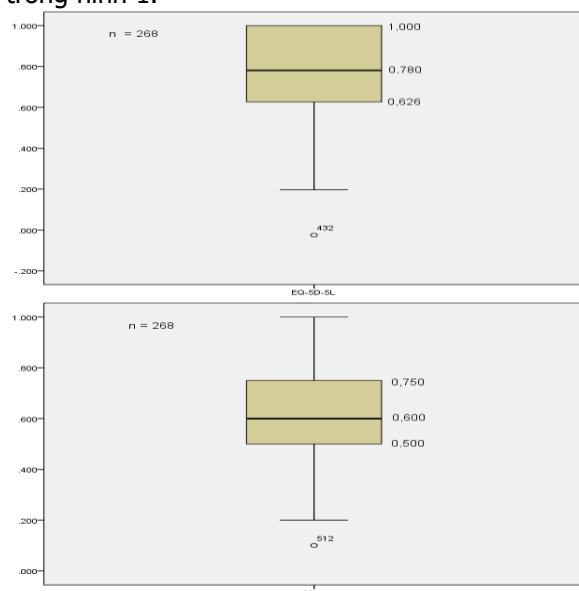
Trình độ học vấn	Dưới trung học phổ thông	155 (57,8)	57,8
	Trung học phổ thông	58 (21,6)	79,5
	Đại học/ Cao đẳng/ Trung cấp/ Sau đại học	55 (20,5)	100,0
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	34 (12,7)	12,7
	Đã kết hôn	226 (84,3)	97,0
	Khác	8 (3,0)	100,0
Nơi sinh sống	TP. HCM	69 (25,7)	25,7
	Các tỉnh khác	199 (74,3)	100,0
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	102 (38,1)	38,1
	Lao động trí óc	21 (7,8)	45,9
	Hưu trí	47 (17,5)	63,4
	Nội trợ/ Thất nghiệp/ Mất sức lao động	68 (25,4)	88,8
	Khác	30 (11,2)	100,0
Tình trạng công việc	Toàn thời gian	103 (38,4)	38,4
	Không làm việc	95 (35,4)	73,8
	Nghỉ hưu	56 (20,9)	94,8
	Khác	14 (5,2)	100,0
Loại BHYT	BHYT nhà nước	250 (93,3)	93,3
	BHYT tư nhân/ công ty	18 (6,7)	100
Mức hưởng BHYT	80%	171 (63,8)	63,8
	95%	21 (7,8)	71,6
	100%	76 (28,4)	100
Tuổi		52,64 ± 14,32	17 – 85
Thu nhập trung bình hàng tháng		3.723.980,1 ± 291.699,9	0 – 16.000.000
Số ngày làm việc trung bình/ tháng		13.61 ± 0.82	0 – 30
Thu nhập hộ gia đình		13.223.976,61 ± 779.930,84	400.000–100.000.000
Thời gian mang bệnh		2,07 ± 0,14	1 – 19
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	31 (11,6)	11,6
	Giai đoạn II	75 (28,0)	39,6
	Giai đoạn III	75 (28,0)	67,6
	Giai đoạn IV	76 (28,4)	95,9
	Không có dữ liệu	11 (4,1)	100,0
Phác đồ điều trị	Hóa trị	75 (28,0)	28,0
	Hóa trị + Rituximab	183 (68,3)	96,3
	Không có dữ liệu	10 (3,7)	100,0

Theo bảng 2, đề tài ghi nhận đặc điểm nhân khẩu của người bệnh U lympho không Hodgkin như sau: tỉ lệ nam: nữ là 1,4:1 với độ tuổi trung bình $52,64 \pm 14,32$ tuổi và dao động từ 17 đến 86 tuổi. Về trình độ học vấn, người bệnh có trình độ dưới trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất (57,8%); trình độ trung học phổ thông và đại học có tỷ lệ tương đương nhau (21,6% và 20,5%; tương ứng). Về tình trạng hôn nhân, hơn 84,3% người bệnh đã kết hôn, chỉ có 12,7% người bệnh còn độc thân và 3% là nhóm người bệnh góa phụ/ góa phụ hoặc đã ly thân/ ly dị. Đa số người bệnh sống ở các tỉnh khác (chiếm 74,3%), điều này có thể được giải thích vì đây là bệnh ung thư ác tính, cần phải điều trị ở những bệnh viện lớn, người bệnh ở các tỉnh sẽ tập

trung về các thành phố lớn như TP.HCM để chữa trị. Về nghề nghiệp, đa số người bệnh có công việc lao động chân tay (38,1%), tiếp theo là nội trợ/ thất nghiệp/ mất sức lao động (25,4%), hưu trí (17,5%), khác (11,2%) và nhóm người bệnh lao động trí óc chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,8%). Về tình trạng làm việc, 38,4% người bệnh có công việc làm toàn thời gian; 35,4% không có việc làm; 20,9% nghỉ hưu và 5,2% có tình trạng khác (bán thời gian, đang tìm việc). Về loại BHYT, người bệnh sử dụng chủ yếu là BHYT nhà nước (93,3%), còn lại sử dụng BHYT tư nhân/ công ty (7,9%). Nhóm người bệnh có mức hưởng BHYT 80% chiếm tỷ lệ cao nhất (63,8%). Thu nhập trung bình hàng tháng của người bệnh ULKH có giá trị $3.723.980,1 \pm 291.699,9$ VND, thấp hơn

giá trị thu nhập bình quân đầu người trung bình trên toàn dân số Việt Nam năm 2018 (4.875.000 VNĐ) [4], điều này có thể giải thích bởi độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu khá cao, trình độ học vấn lại ở mức trung bình, lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao. Số ngày làm việc trung bình hàng tháng của người bệnh là 13.61 ± 0.82 ngày, thu nhập hộ gia đình trung bình là $13.223.976,61 \pm 779.930,84$ VNĐ. Về đặc điểm bệnh lý, thời gian mang bệnh trung bình của người bệnh ULKH là $2,07 \pm 0,14$ năm, tỷ lệ giữa 3 nhóm người bệnh ở 3 giai đoạn II, III, IV gần như tương đương nhau và chủ yếu điều trị với phác đồ hóa trị + rituximab với tỷ lệ 68,3%.

Đánh giá hệ số chất lượng sống của người bệnh U lympho không Hodgkin: Kết quả về hệ số chất lượng sống (CLS) theo thang đo EQ-5D-5L và thang đo EQ-VAS được trình bày trong hình 1.



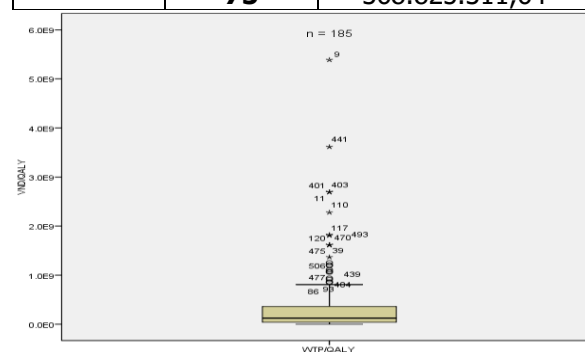
Hình 1. Chất lượng sống của người bệnh U lympho không Hodgkin theo thang đo EQ-5D-5L và VAS

Theo hình 1, hệ số CLS của người bệnh ULKH điều trị tại các bệnh viện TP.HCM theo thang đo EQ-5D-5L có giá trị dao động từ -0,092 đến 1,000 và đạt giá trị trung bình $0,758 \pm 0,211$. Hệ số CLS theo thang đo VAS có sự khác biệt không đáng kể so với thang đo EQ-5D-5L với giá trị trung bình là $0,618 \pm 0,177$ và dao động từ 0,100 đến 1,000. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Doorduijn và cộng sự năm 2005 tại Mỹ về chất lượng sống của người bệnh ULKH cao tuổi với phác đồ CHOP theo thang đo EQ-5D-5L với hệ số CLS bằng $0,44 \pm 0,49$ đối với nhóm người bệnh có tuổi điều chỉnh theo chỉ số

tiền lượng quốc tế (Age-adjusted International Prognostic Index – aaPI) thấp và $0,74 \pm 0,80$ đối với nhóm người bệnh có chỉ số aaPI trung bình – cao [5]. Tại Việt Nam, hệ số chất lượng sống của người bệnh ULKH tương đương với người bệnh điều trị ngoại trú tại Viện tim TP.HCM trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Thảo (0.747 ± 0.010) dựa trên thang đo EQ-5D-5L và VAS [8].

Đánh giá ngưỡng chi trả cho một năm sống có chất lượng của người bệnh U lympho không Hodgkin: Để đánh giá ngưỡng chi trả cho một năm sống có chất lượng (WTP/QALY), đề tài tiến hành loại bỏ 83 trường hợp có hệ số CLS hiện tại được đánh giá qua thang đo EQ-5D-5L có giá trị bằng 1,000; mẫu nghiên cứu còn lại 185 người bệnh. Kết quả đánh giá WTP/QALY được trình bày trong hình 2. Theo hình 2, ngưỡng chi trả cho một năm sống có chất lượng của người bệnh ULKH dao động từ 0,00 đến 5.386.343.080,00 VNĐ/QALY. WTP/QALY có giá trị trung vị là 124.729.248,54 VNĐ/QALY và khoảng tứ phân vị là 39.134.676,05 – 368.825.311,64 VNĐ/QALY. Sự khác biệt về ngưỡng chi trả giữa những người bệnh ULKH khá lớn khi giá trị trung bình (365.401.824,29 VNĐ/QALY) cao hơn gần 3 lần so với giá trị trung vị (khoảng 50% người bệnh).

WTP/QALY (VNĐ/QALY)		
Trung bình		365.401.824,29
Sai số chuẩn		49.499.033,17
Trung vị		124.729.248,54
Độ lệch chuẩn		673.259.639,89
Giá trị nhỏ nhất		0,00
Giá trị lớn nhất		5.386.343.080,00
Tứ phân vị	25	39.134.676,05
	50	124.729.248,54
	75	368.825.311,64



Hình 2. Ngưỡng chi trả cho một năm sống có chất lượng của người bệnh U lympho không Hodgkin

Các yếu tố ảnh hưởng đến ngưỡng chi trả cho một năm sống có chất lượng của người bệnh U lympho không Hodgkin tại

một số bệnh viện Thành phố Hồ Chí Minh

Trước khi kiểm tra sự tương quan giữa các yếu tố ảnh hưởng và ngưỡng chi trả cho một năm sống có chất lượng, giá trị WTP/QALY được kiểm tra phân phối chuẩn. Với phân phối không chuẩn ($p = 0,000 < 0,050$ theo phép kiểm

Shapiro-Wilk), WTP/QALY được chuyển đổi giá trị về dạng Logarit (LogWTP/QALY) có phân phối chuẩn ($p = 0,603 > 0,050$). Kết quả phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến LogWTP/QALY của người bệnh ULKH được trình bày trong bảng 5 và bảng 6.

Bảng 5. Phân tích sự tương quan giữa các yếu tố định tính và ngưỡng chi trả cho một năm sống có chất lượng

Đặc điểm (n)		LogWTP/QALY			
		Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	Trị số p	Độ chênh lệch trung bình	95%CI
Giới tính	Nam (89)	8,31 $\pm$ 0,59	0,022	0,210	0,032 – 0,390
	Nữ (77)	8,10 $\pm$ 0,57			
Tình trạng công việc	Toàn thời gian (57)	8,43 $\pm$ 0,56	0,011	0,334	0,057 – 0,610
	Không làm việc (60)	8,09 $\pm$ 0,57			
Tình trạng hôn nhân	Độc thân (20)	8,22 $\pm$ 0,49	0,780		
	Đã kết hôn (143)	8,22 $\pm$ 0,61			
	Khác (3)	7,97 $\pm$ 0,40			
Nghề nghiệp	Lao động trí óc (10)	8,66 $\pm$ 0,51	0,018	0,628	0,073 – 1,183
	Nội trợ/ Thất nghiệp/ Mất sức lao động (47)	8,03 $\pm$ 0,54			
Nơi sinh sống	TP.HCM (38)	8,44 $\pm$ 0,57	0,007	0,297	0,086 – 0,508
	Các tỉnh khác (128)	8,15 $\pm$ 0,58			

Ghi chú: CI (confidence interval) – khoảng tin cậy, TP.HCM: thành phố Hồ Chí Minh

Bảng 6. Phân tích sự tương quan giữa các yếu tố định lượng và ngưỡng chi trả cho một năm sống có chất lượng

Nhóm tiêu chí	LogWTP/QALY	
	Hệ số tương quan Spearman (r)	Trị số p
Tuổi	-0,016	0,841
Thu nhập trung bình/tháng của người bệnh	0,268	0,000
Thu nhập hộ gia đình	0,246	0,002
Thời gian mang bệnh	-0,118	0,131
Hệ số chất lượng sống (EQ-5D-5L)	0,430	0,000

Theo bảng 5 & 6, các yếu tố ảnh hưởng đến LogWTP/QALY bao gồm giới tính, tình trạng công việc, nghề nghiệp, nơi sinh sống, thu nhập trung bình/tháng của người bệnh, thu nhập hộ gia đình và hệ số chất lượng sống theo thang đo EQ-5D-5L. Về giới tính, ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị LogWTP/QALY giữa nam và nữ với giá trị chênh lệch 0,210 (95% CI: 0,031 – 0,390; $p = 0,022 < 0,05$); giữa nhóm người bệnh làm việc toàn thời gian và không làm việc với giá trị chênh lệch là 0,334 (95% CI: 0,057 – 0,610; $p = 0,011$); giữa nhóm người bệnh lao động trí óc và nhóm người bệnh nội trợ/ thất nghiệp/ mất sức lao động với giá trị chênh lệch 0,628 (95% CI: 0,073 – 1,183; $p = 0,018 < 0,05$); giữa nhóm người bệnh sinh sống

ở TP.HCM với nhóm người bệnh sống ở các tỉnh khác với giá trị chênh lệch 0,297 (95% CI: 0,086 – 0,508; $p = 0,007$). Như vậy, WTP/QALY của nam cao hơn nữ 1,62 lần (95% CI : 1,07 - 2,46 lần), của nhóm người bệnh làm việc toàn thời gian cao hơn so với nhóm người không làm việc 2,14 lần (95% CI: 1,14 – 4,07 lần); nhóm người bệnh lao động trí óc cao hơn nhóm người bệnh nội trợ/thất nghiệp/mất sức lao động 4,25 lần (95% CI: 1,18 – 15,24 lần); của nhóm người bệnh ở TP HCM cao hơn ở tỉnh khác 1,98 lần (95% CI: 1,22 – 3,22 lần).

Về các yếu tố định lượng, đề tài ghi nhận hệ số chất lượng sống có sự tương quan thuận cao nhất với giá trị LogWTP/QALY ($r = 0,430$; $p = 0,000$), tiếp đến là yếu tố thu nhập trung bình hàng tháng của người bệnh ($r = 0,268$; $p = 0,000$), thu nhập hộ gia đình ($r = 0,246$; $p = 0,002$). Kết quả trên cũng có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Thảo về ngưỡng chi trả của người bệnh điều trị ngoại trú tại Viện tim Thành phố Hồ Chí Minh khi ghi nhận yếu tố ảnh hưởng đến WTP/QALY bao gồm giới tính, khu vực sinh sống, thu nhập hàng tháng của hộ gia đình và chất lượng sống của người bệnh [8].

V. KẾT LUẬN

Khảo sát 268 người bệnh điều trị U lympho không Hodgkin tại bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện

ung bướu TP HCM và bệnh viện truyền máu huyết học với tỉ lệ nam: nữ là 1,4:1, độ tuổi trung bình $52,64 \pm 14,32$ tuổi; thời gian mang bệnh trung bình $2,07 \pm 0,14$ năm; 68,3% người bệnh điều trị bằng phác đồ Hóa trị + Rituximab; nghiên cứu ghi nhận WTP/QALY có giá trị trung vị 124.729.248,54 (39.134.676,05 – 368.825.311,64) VNĐ/ QALY. Giới tính, tình trạng công việc, nghề nghiệp, nơi sinh sống, thu nhập trung bình/ tháng của người bệnh, thu nhập hộ gia đình và hệ số chất lượng sống theo thang đo EQ-5D-5L là những yếu tố ảnh hưởng đến ngưỡng chi trả cho một năm sống có chất lượng của người bệnh U lympho không Hodgkin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx, ngày truy cập 24-03-2019.
2. Agota et al. (2007), EQ-5D value sets: inventory, comparative review and user guide, Springer.

3. Ansell S. M. et al. (2005), Non-Hodgkin lymphoma: diagnosis and treatment, Mayo Clinic Proceedings, Elsevier, pp. 1087-1097.
4. Brazier J. et al. (2002), "The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36", Journal of health economics. **21** (2), pp. 271-292.
5. Doorduyn J. et al. (2005), "Self-reported quality of life in elderly patients with aggressive non-Hodgkin's lymphoma treated with CHOP chemotherapy", European journal of haematology. **75** (2), pp. 116-123.
6. Gleeson M. et al. (2008), "Cost of follicular lymphoma (FL) in Medicare patients", Journal of Clinical Oncology. **26** (15 suppl), pp. 6634-6634.
7. Martín-Fernández J. et al. (2014), "Willingness to pay for a quality-adjusted life year: an evaluation of attitudes towards risk and preferences", BMC health services research. **14** (1), pp. 287.
8. Nguyen T. et al. (2016), "Willingness to Pay For A Quality-Adjusted Life Year of Outpatients with Cardiovascular Diseases", Value in Health. **19** (7), pp. A658-A659.
9. Sheets S. S. F. (2015), "Non-Hodgkin Lymphoma", Natl Cancer Inst.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG – GIẢI PHẪU BỆNH CỦA 70 TRƯỜNG HỢP U TẾ BÀO THẦN KINH ĐEM ÍT NHÁNH

Đào Quang Minh*

TÓM TẮT

Phần mở đầu: u tế bào thần kinh đệm ít nhánh là u hiếm gặp, chiếm khoảng 3 - 4% trường hợp u não nguyên phát, thường gặp ở hai bán cầu đại não. u gồm các tế bào tân sinh có hình thái giống với tế bào thần kinh đệm ít nhánh, được chia thành hai độ mô học: độ II và độ III thoái sản. u thường có biểu hiện động kinh, mất nhiễm sắc thể ở vị trí 1p hay 19, và thường đáp ứng tốt với hóa trị. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả loạt ca. **Phương pháp:** Chúng tôi phân tích hồi cứu và thống kê mô tả 70 bệnh nhân được chẩn đoán u thần kinh đệm ít nhánh tại Khoa Ngoại Thần Kinh từ tháng 1/2016 đến 12/2018. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh thường gặp là 30 đến 39, tuổi trung bình 34,4. Nam hơi nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ = 1,22/1. Thời gian mắc bệnh trung bình 6,5 tháng. Phần lớn u ở bán cầu đại não, nhiều nhất là thùy trán 50%. Bệnh nhân thường bị đau đầu, nôn và hội chứng tháp. Có sự tương quan giữa vị trí u với biểu hiện lâm sàng ($p < 0,05$). Kích thước u trung bình 5,2 cm. Trong các bệnh nhân nghiên cứu, u thần kinh đệm ít nhánh được phân thành hai nhóm: u thần kinh đệm đơn thuần và u thần kinh đệm hỗn hợp, gặp các độ mô học độ II và độ III. Không có mối liên quan giữa lâm sàng và mô học. **Kết luận:** u thần kinh đệm

ít nhánh thường gặp ở tuổi 30 đến 39, nam nhiều hơn nữ. Vị trí bán cầu đại não, thường gặp ở thùy trán. Bệnh nhân có triệu chứng nhức đầu và nôn ói. U thần kinh đệm được chia thành u thần kinh đệm đơn thuần và u thần kinh đệm hỗn hợp được xếp độ II và độ III mô học.

Từ khóa: u tế bào thần kinh đệm ít nhánh - dịch tễ học - biểu hiện lâm sàng - mô bệnh học

SUMMARY

A CLINICOPATHOLOGIC STUDY OF 70 CASES OF OLIGODENDROGLIOMA

Background: Oligodendroglioma is an uncommon type of tumor that accounts for 3 percent of all primary brain tumors, and typically locates in the cerebral hemispheres. It is composed of neoplastic cells morphologically resembling normal oligodendrocytes, and is divided into grade II and anaplastic III [6]. Oligodendroglioma patients usually present with seizures. Oligodendroglioma responds well to chemotherapy, and is typically accompanied by the deletion 1p and 19q^[2]. **Study design:** Cross-sectional study. **Methods:** We retrospectively reviewed forty patients with a histological diagnosis of oligodendroglial tumor at Neurosurgery Department at Thanh Nhan Hospital from January 2016 to December 2018. **Results:** The peak incidence of oligodendroglioma was in the fourth decade, with the mean age of 34,4. Males were slightly more affected than females with a ratio of 1.22:1. The mean interval between onset of symptoms and diagnosis was 6.5 months. The majority of tumors were found in the cerebral hemispheres, with the frontal lobes being the most frequent site. Patients

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2019

Ngày duyệt bài: 30.5.2019

usually presented with headache, vomit ting and paresis. Clinical features were related to tumor location ($p < 0.05$). The average diameter of these oligodendroglial tumors was 5.2 cm. In our study, oligodendroglomas were divided into pure and mixed tumors, and were graded either grade II or grade III. There was no relation between clinical features and histopathology. **Conclusions:** Majority of patients were found to be in the fourth decade. The male to female ratio is 1,38: 1. Headache, vomiting and paresis were the most important clinical features of oligodendroglial tumors. Clinical signs and symptoms mainly depended on tumor location, but did not relate to histological grade.

Key words: Oligodendroglioma - Epidemiology - Clinical features - Histopathology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U thần kinh đệm gồm u sao bào, u tế bào thần kinh đệm ít nhánh và u ông nội tủy; trong đó u sao bào chiếm từ 60% đến 65%. Sự chiếm đa số của u sao bào và u hỗn hợp thần kinh đệm ít nhánh - sao bào đã dẫn đến chẩn đoán lâm sàng giữa u sao bào và u tế bào thần kinh đệm ít nhánh. Căn cứ vào chẩn đoán lâm sàng - giải phẫu bệnh sai lầm dẫn đến điều trị bổ sung sau phẫu thuật, xạ trị và hóa trị với liệu điều trị tương ứng không góp phần giảm được sự phát triển của mô u. Hậu quả là sự tái phát xảy ra rất cao và chất lượng cuộc sống người bệnh giảm rõ rệt. Nhằm góp phần vào sự chẩn đoán chính xác u tế bào thần kinh đệm ít nhánh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu 40 trường hợp u tế bào thần kinh đệm ít nhánh theo mục tiêu sau:

1. Khảo sát đặc điểm dịch tễ - lâm sàng của u tế bào thần kinh đệm ít nhánh.
2. Xác định mối liên hệ giữa độ mô học của mô u với đặc điểm lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán, điều trị bệnh u não và có kết quả giải phẫu bệnh là u tế bào thần kinh đệm ít nhánh được chẩn đoán tại Khoa Ngoại Thần Kinh Bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 1/2016 đến 12/2018.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu 70 hồ sơ bệnh án được ghi nhận đầy đủ các thông tin lâm sàng, tuổi, giới, có phim chụp cắt lớp điện toán hoặc cộng hưởng từ. Thu thập và xử lý số liệu nghiên cứu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ lâm sàng

Giới: - Trong 70 ca có 38 nam mắc bệnh chiếm 54% và 32 nữ mắc bệnh chiếm 46%. Tỷ lệ Nam/Nữ = 1.2/1.

- Sự khác biệt về số người mắc bệnh giữa giới nam và giới nữ không có ý nghĩa thống kê

với $p = 0,162 > 0,05$.

Tuổi: Tuổi thường gặp 30 - 39 tuổi, tuổi trung bình 34,4. Sự khác biệt về độ tuổi mắc bệnh giữa giới nam và giới nữ là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,377 > 0,05$.

Triệu chứng lâm sàng: Thường gặp nhất là đau đầu (82,5% bệnh nhân), nôn (20%), hội chứng tháp (17.5%), rối loạn thị giác (12.5%) và động kinh (22.5%).

Vị trí u: Thùy trán, thái dương và đỉnh là 3 vị trí gặp nhiều nhất, với tỉ lệ lần lượt là 50%, 15% và 12.5% bệnh nhân. Dưới đồi, não thất ba, tiểu não, thể chai là vị trí ít gặp nhất, chỉ 2.5% bệnh nhân.

Mối tương quan giữa triệu chứng lâm sàng và vị trí u

Bảng 1: Mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa triệu chứng lâm sàng và vị trí u

Triệu chứng lâm sàng	Vị trí u	
Động kinh	Thùy thái dương	$P = 0,03 < 0,05$ $\chi^2 = 4,35$
Hội chứng tháp	Thùy đỉnh	$P = 0,02 < 0,05$ $\chi^2 = 5,39$
Rối loạn thị giác	Thùy chẩm	$P = 0,03 < 0,05$ $\chi^2 = 5,95$
Hội chứng tiểu não	Tiểu não	$P = 0$ $\chi^2 = 74$
Rối loạn cảm giác	Thùy đỉnh	$P = 0,02 < 0,05$ $\chi^2 = 4,76$
Sa sút trí tuệ	Thùy trán + thùy đỉnh	$P = 0 < 0,001$ $\chi^2 = 23,99$

Thời gian mắc bệnh

Bảng 2: Thời gian trung bình từ lúc khởi phát bệnh tới khi nhập viện

Trung bình	Ngắn nhất	Dài nhất
6,45	1 ngày	108 tháng

Bảng 3: Kích thước trung bình u tại thời điểm chẩn đoán

Trung bình	Độ lệch chuẩn	Lớn nhất	Nhỏ nhất
5,19cm	1,82cm	10cm	1cm

Đặc điểm lâm sàng trên cơ sở đối chiếu giải phẫu bệnh:

Bảng 4: Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh

Đặc điểm khảo sát	Kết quả thống kê	Liên quan tới giải phẫu bệnh
Giới	$P = 0,28 > 0,05$ $\chi^2 = 4,35$	Không
Tuổi	$P = 0,352 > 0,05$	Không
Vị trí u	$P = 0,99 > 0,05$ $\chi^2 = 35,37$	Không
Triệu chứng Lâm sàng	$P > 0,05$	Không

Kích thước u	P = 0,19 > 0,05	Không
Thời gian mắc bệnh	P = 0,09 > 0,05	Không

IV. BÀN LUẬN

Tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi mắc bệnh trung bình $34,4 \pm 13,4$ tuổi; nhóm tuổi thường gặp là 30 - 39 tuổi ở cả 2 giới. Theo tác giả Harry Greenberg, nhóm tuổi thường gặp từ 40 đến 60 tuổi^[2]; theo tác giả Liau là 40 - 50 tuổi [4] còn theo tác giả Prayson là 35 - 45 tuổi [7]. Tuổi mắc bệnh của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả khác, nhưng trong y văn thế giới vẫn chưa thống nhất về tuổi mắc bệnh thường gặp, có thể những khác biệt về chủng tộc, địa dư, môi trường sống đã tác động đến tuổi mắc bệnh của u tế bào thần kinh đệm ít nhánh.

Giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới theo tỷ lệ 1.22/1 (22/18). Tác giả Chin HW 1980, tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ thay đổi từ 1.5 đến 2. Tác giả Roger E. MacLendon 2006, tỷ lệ nam/nữ thay đổi từ 1.33 đến 2. Rõ ràng có sự tương tự kết quả nghiên cứu về tỷ lệ mắc bệnh giữa các giới.

Thời gian từ lúc khởi phát bệnh tới khi nhập viện. Theo nghiên cứu của chúng tôi là 6,5 tháng. Tác giả Prayson báo cáo 2001, bệnh sử kéo dài trung bình từ 1 - 5 năm [7]. Theo tác giả Reifenger 2007, đa số bệnh sử kéo dài hơn 5 năm^[1]. Kết quả của chúng tôi là ngắn hơn, nhưng có thể giải thích bởi những tiền bộ vượt bậc trong chẩn đoán hình ảnh gần đây đã rút ngắn thời gian tìm ra chẩn đoán.

Vị trí u. Thụ tự thường gặp ở các thùy: thùy trán (50% bệnh nhân), thùy thái dương (19%), thùy đỉnh (16%), Theo tác giả R. Prayson, thụ tự thường gặp là chất trắng thùy trán, đỉnh, thái dương, chẩm [7]. Theo tác giả Liau, u thường gặp ở chất trắng 2 bán cầu đại não, đặc biệt thùy trán và thái dương [4]. Nhìn chung có sự thống nhất giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả trên thế giới.

Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng với vị trí u. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 87,5% bệnh nhân có nhức đầu, 19,5% bị động kinh, ngoài ra còn có nôn, rối loạn thị giác, sa sút trí tuệ, hội chứng tiểu não.

Triệu chứng lâm sàng liên quan với vị trí u. Theo tác giả M. Greenberg, động kinh chiếm 57% và nhức đầu là 22% [3]. Theo tác giả H. Greenberg, động kinh là triệu chứng khởi đầu trong 50 - 75% trường hợp, kể đến là đau đầu chiếm từ 9 đến 48% [2]. Kết quả của chúng tôi khác những nghiên cứu khác, vì vậy, có lẽ, triệu

chứng lâm sàng tùy thuộc vào vị trí, kích thước u và thời điểm khám bệnh sớm hay muộn. Vấn đề này cần được nghiên cứu thêm.

Đặc điểm giải phẫu bệnh. Chúng tôi gặp đa số là u tế bào thần kinh đệm ít nhánh độ II, kể đến là u hỗn hợp tế bào thần kinh đệm ít nhánh - sao bào độ II. U thoái sản độ III chỉ chiếm 8%, trong đó 2/3 là u hỗn hợp tế bào thần kinh đệm ít nhánh - sao bào, phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Minh Thông 2011^[8]. Trong 40 bệnh nhân, 1/3 là u hỗn hợp, trong đó u hỗn hợp tế bào thần kinh đệm ít nhánh - sao bào chiếm đa số so với u hỗn hợp tế bào thần kinh đệm ít nhánh - tế bào ống nội tủy.

Đặc điểm lâm sàng trên cơ sở đối chiếu giải phẫu bệnh. Không có mối liên quan giữa chẩn đoán mô học với giới, tuổi, vị trí u, kích thước u, thời gian mắc bệnh và triệu chứng lâm sàng. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

- U thường gặp ở 30 - 39 tuổi, nam nhiều hơn nữ nhưng không có ý nghĩa thống kê.

- Thời gian mắc bệnh trung bình 6,5 tháng, u thường gặp ở hai bán cầu đại não theo thứ tự giảm dần là trán, thái dương, đỉnh.

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp là nhức đầu, nôn, hội chứng tháp, rối loạn thị giác, động kinh, liên quan có ý nghĩa với vị trí u nhưng không liên quan mô học.

- U tế bào thần kinh đệm ít nhánh độ II và u hỗn hợp tế bào thần kinh đệm ít nhánh - sao bào độ II chiếm đa số. u thoái sản độ III chỉ chiếm 8%, phần lớn là u hỗn hợp tế bào thần kinh đệm ít nhánh - sao bào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 **Berger MS, Prados M (2005).** Oligodendroglial Tumors. Textbook of Neuro-Oncology (1st ed.). Elsevier Saunders.
- 2 **Greenberg H, Chandler WF, Sandler HM (1999).**
- 3 **Oligodendroglioma and Oligo-astrocytoma.** Brain Tumors. Oxford University Press. 1st edition.
- 4 **Greenberg, M. S: (2006).** Handbook of Neurosurgery (6th ed.). Thieme Inc.
- 5 **Liau LM, Becker DP, Cloughesy TF (2001).** Brain Tumors Immunotherapy (1st ed.). Humana Press.
- 6 **Louis D, Ohgaki H, Wiestler OD. (2007).** Oligodendroglial Tumours. WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System (4th ed.)- International Agency for Research on Cancer.
- 7 **MacLendon R, Bigner D (2006).** Russell & Rubinstein's Pathology of Tumours of the Nervous System (7th ed.). Holder Arnold.
- 8 **Prayson RA (2001).** Oligodendroglial Neoplasms. Neuropathology review (1st ed.). Humana Press.

ĐẶC ĐIỂM PHANH MÔI VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI BỆNH VIÊM LỢI

Hà Hương Quỳnh*, Lê Thị Thu Hằng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm vị trí, hình thể phanh môi và mối liên quan giữa vị trí phanh môi với viêm lợi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô cắt ngang được thực hiện trên 161 sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. Phanh môi được khám dưới ánh sáng tự nhiên và phân loại hình thể theo Sewerin (1971), phân loại vị trí bám dính theo Placek (1974). Tình trạng lợi được đánh giá theo chỉ số GI. Thông tin về các yếu tố nhân chủng – xã hội học, thói quen, tiền sử bệnh được thu thập dựa vào phỏng vấn trực tiếp theo phiếu điều tra thiết kế sẵn. **Kết quả:** Phanh môi trên có hình thể đa dạng, đa phần là phanh môi đơn giản (60.2%) và bám lợi dính (58.4%); phanh môi dưới phần lớn là phanh môi đơn giản (96.9%), các phân loại khác gần như không có, hầu hết bám dính niêm mạc (73.9%). Tỷ lệ viêm lợi cao (95%), phần lớn vùng lợi các răng trước hàm trên và hàm dưới có tình trạng viêm nhẹ (tương ứng với 64% và 64.6%). Mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí phanh môi trên và viêm lợi ($p = 0.03$) trong khi ở hàm dưới không thấy mối liên quan này. **Kết luận:** Vị trí bám của phanh môi trên có liên quan đến viêm lợi vùng răng trước hàm trên.

Từ khóa: viêm lợi, vị trí phanh môi, hình thể phanh môi.

SUMMARY

FRENUM AND THE RELATIONSHIP WITH GINGIVITIS

Objectives: To determine the prevalence of various types and attachment level of labial frenum and the relationship between frenal attachments and gingival inflammation. **Subjects and method:** A descriptive cross-sectional study was carried out on 161 first year students of Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy. The labial frenum was examined using the direct visual method under natural light; frenal attachments were according to Placek's classification (1974); the frenum morphology was assessed according to Sewerin's typology (1971). Gingival status was evaluated using Gingival Index (GI). Other related information on sociodemographic characteristics, habit were collected by using a structured questionnaire. **Results:** Maxillary frenum had diverse morphology, most of them were simple frenum (60.2%) and gingival attachment (58.4%); in mandible, simple frenum was the most prevalent (96.9%) and mucosal attachment was the most common type (73.9%). High prevalence of gingivitis (95%), majority of anterior gingiva in maxillary and

mandibular were mild inflammation (64% and 64.6% respectively). Maxillary labial frenal attachment was statistically significant association with gingivitis ($p = 0.03$) while labial frenum in mandibular was not. **Conclusion:** frenal attachment may induce anterior gingival inflammation.

Key words: Gingivitis, frenal attachments, frenum morphology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vùng quanh răng là một trong số các bệnh răng miệng có tỷ lệ người mắc cao nhất. Sự phổ biến của bệnh có thể tới 90% ở một số nước. Trong đó, viêm lợi gặp ở hầu hết mọi lứa tuổi trong cộng đồng. Bệnh vùng quanh răng nói chung hay viêm lợi nói riêng là kết quả của một hay nhiều mất cân bằng ở tại chỗ hoặc toàn thân. Các yếu tố liên quan đến bệnh quanh răng đã được biết đến từ trước và rất đa dạng như vi khuẩn, chế độ ăn, thói quen hút thuốc, thay đổi nội tiết tố khi mang thai hoặc dậy thì, các bệnh toàn thân như đái tháo đường, tim mạch.... [1].

Phanh môi là một nếp gấp dài chạy từ niêm mạc môi đến thành xương ổ răng. Phanh môi có hình thể và vị trí bám dính đa dạng. Vị trí của phanh môi được cho là có liên quan đến tình trạng tụt lợi, khó chải răng, làm tăng tích tụ mảng bám. Có nghiên cứu chỉ ra rằng phanh môi trên có ảnh hưởng đến sự duy trì mảng bám cũng như mức độ viêm của lợi, trong khi vị trí phanh môi dưới không liên quan đến mức độ viêm lợi ở hàm dưới [3].

Nhận thấy đây sự mâu thuẫn trong các kết quả thu được, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu xác định mối liên quan giữa vị trí phanh môi với viêm lợi, từ đó góp phần lập kế hoạch phòng bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên chính quy năm thứ nhất Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: 161 sinh viên đã được chọn vào nghiên cứu theo kết quả tính cỡ mẫu áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Với: p là tỷ lệ viêm lợi của sinh viên Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên năm 2012 là 88,6% ($p = 0,89$)

d là độ chính xác mong muốn, lấy bằng 0,05

$Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy, bằng 1,96 với độ tin cậy 95%

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hằng
Email: hanghung98@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 26.5.2019
Ngày duyệt bài: 6.6.2019

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Sinh viên chính quy năm thứ nhất Đại học Y Dược Thái Nguyên sinh từ 1/1/1999 đến 31/12/1999, chưa điều trị chỉnh hình hoặc phục hình vùng răng trước, đồng ý tham gia nghiên cứu. Những sinh viên có khe hở môi hay có tiền sử phẫu thuật khe hở môi, tiền sử có chấn thương hay vết thương ảnh hưởng đến vị trí của môi, hiện đang mang thai hoặc mắc các bệnh toàn thân được loại trừ.

Phương pháp chọn mẫu: ngẫu nhiên phân tầng (theo 5 ngành học: Bác sĩ Đa khoa, Bác sĩ Răng hàm mặt, Bác sĩ Y học dự phòng, Dược sĩ, Cử nhân điều dưỡng).

Chỉ tiêu nghiên cứu: hình thể phan môi, vị trí phan môi, chỉ số lợi, các yếu tố nhân chủng – xã hội học, tiền sử một số bệnh có liên quan, các thói quen ăn uống, vệ sinh răng miệng, hút thuốc lá.

Kỹ thuật thu thập số liệu: Hình thể phan môi, vị trí phan môi được đánh giá qua khám lâm sàng lần lượt theo phân loại của Sewerin (1971) và Placek (1974):

Hình thể phan môi:

Phan môi đơn giản

Phan môi có nốt

Phan môi có mấu thừa

Phan môi có hình vòm liên tục

Phan môi chẻ đôi

Phan môi có chỗ lõm vào

Phan môi đôi

Kết hợp của 2 hoặc nhiều hơn các loại trên

Vị trí phan môi:

Bám dính niêm mạc

Bám dính lợi dính

Bám dính nhú lợi

Bám dính vào lợi liên kế răng

Chỉ số lợi (GI) được đánh giá qua khám lâm sàng nhóm răng trước, mỗi răng khám 4 vị trí gần ngoài, ngoài, xa ngoài, trong; sử dụng cây thăm dò nha chu UNC-15 và phân loại theo Loe & Silness (1963):

Độ 0: lợi lành mạnh

Độ 1: lợi sưng nhẹ, màu thay đổi ít, không chảy máu khi thăm khám

Độ 2: lợi sưng và láng bóng, màu đỏ, chảy máu khi thăm khám

Độ 3: lợi sưng, loét, màu đỏ, chảy máu khi thăm khám và chảy máu tự nhiên

Thông tin về các yếu tố nhân chủng – xã hội học, tiền sử một số bệnh có liên quan, các thói quen ăn uống, vệ sinh răng miệng, hút thuốc lá được thu thập dựa vào phiếu phỏng vấn thiết kế trước.

Phương pháp xử lý số liệu: tất cả số liệu được nhập và xử lý với phần mềm thống kê y học. Giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm được dùng để xác định tình trạng lợi, phân loại phan môi theo hình thể và vị trí bám dính. Nonparametric test được thực hiện để đánh giá mối liên quan giữa vị trí phan môi với viêm lợi vùng răng trước có kiểm soát các yếu tố nhiễu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 161 sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, gồm 42 nam (26,1%), 119 nữ (73,9%) với 5 chuyên ngành Bác sĩ Đa khoa, Bác sĩ Răng hàm mặt, Bác sĩ Y học dự phòng, Dược sĩ, Cử nhân điều dưỡng.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

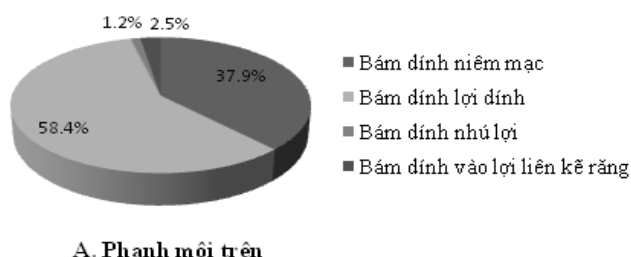
Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới, dân tộc

Thông tin		n	%
Giới	Nam	42	26,1
	Nữ	119	73,9
Dân tộc	Kinh	127	78,9
	Tày	14	8,7
	Nùng	6	3,7
	Dao	2	1,2
	Dân tộc khác	12	7,5

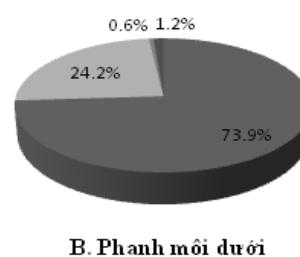
Theo kết quả trên, tỷ lệ nam/ nữ xấp xỉ 1/3, đa số đối tượng nghiên cứu thuộc dân tộc Kinh, các dân tộc còn lại chiếm tỷ lệ thấp (Tày: 8,7%, Nùng: 3,7%, Dao: 1,2%).

3.2. Phân loại phan môi

- Theo vị trí



A. Phan môi trên



B. Phan môi dưới

Biểu đồ 1. Vị trí phan môi

Trong nghiên cứu, hơn một nửa phanah môi trên bám dính lợi dính (58.4%), trong khi đa số phanah môi dưới bám dính niêm mạc (73.9%). Bám dính nhú lợi chiếm phần trăm thấp nhất.

- Theo hình thể

Bảng 2. Hình thể phanah môi trên

Hình thể phanah môi trên	n (%)
Phanah môi đơn giản	97 (60.2%)
Phanah môi có nốt	28 (17.4%)
Phanah môi có mấu thừa	21 (13%)
Phanah môi có hình vòm liên tục	3 (1.9%)
Phanah môi chẻ đôi	3 (1.9%)
Phanah môi có chỗ lõm vào	2 (1.2%)
Phanah môi đôi	5 (3.1%)
Kết hợp của 2 hoặc nhiều hơn	2 (1.2%)

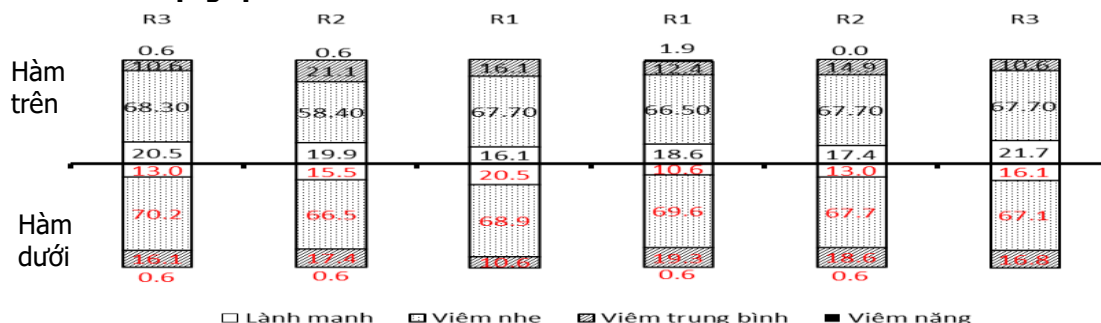
Hình thể phanah môi trên đa dạng, phần lớn là phanah môi đơn giản. Phanah môi có nốt và phanah môi có mấu thừa cũng chiếm những tỷ lệ nhất định (17.4% và 13%).

Bảng 3. Hình thể phanah môi dưới

Hình thể phanah môi dưới	n (%)
Phanah môi đơn giản	156 (96.9%)
Phanah môi có nốt	1 (0.6%)
Phanah môi đôi	4 (2.5%)

Hầu hết phanah môi dưới là phanah môi đơn giản (96,9%). Phanah môi có nốt và phanah môi đôi chiếm tỷ lệ rất thấp. Những hình thể khác của phanah môi dưới không xuất hiện trong nghiên cứu này.

3.3. Tình trạng lợi



Biểu đồ 2. Tỷ lệ và mức độ viêm lợi vùng răng trước

Nhóm nghiên cứu có tỷ lệ viêm lợi chung (95%) và viêm lợi vùng răng trước (92,5%) rất cao, đa số các răng trước có tình trạng viêm lợi nhẹ (64% ở hàm trên, 64,6% ở hàm dưới). Chỉ số lợi trung bình vùng răng trước hàm trên là 0.97 ± 0.49 , hàm dưới là 1.02 ± 0.49 .

3.4. Mối liên quan giữa vị trí phanah môi và viêm lợi

Bảng 4. Liên quan giữa vị trí phanah môi trên và viêm lợi

	n	GI Median	p
Bám dính niêm mạc	61	1 (0,2)	0.033
Bám dính lợi dính	94	1 (0, 2.33)	
Bám dính nhú lợi	2	1.58 (1.33,1.83)	
Bám dính vào lợi liên kề răng	4	1.33 (0.83, 1.83)	

Mối liên quan giữa vị trí phanah môi trên và viêm lợi có ý nghĩa thống kê, có kiểm soát các yếu tố nhiễu.

Bảng 5. Liên quan giữa vị trí phanah môi dưới và viêm lợi

	n	GI Median	p
--	---	--------------	---

Bám dính niêm mạc	119	1 (0, 2.5)	0.156
Bám dính lợi dính	39	1 (0, 2)	
Bám dính vào lợi liên kề răng	2	1.08 (1, 1.17)	

Mối liên quan giữa vị trí phanah môi dưới và viêm lợi không có ý nghĩa thống kê, có kiểm soát các yếu tố nhiễu.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tình trạng lợi vùng răng trước của sinh viên được khám ở cả 4 vị trí của tất cả các răng, góp phần đánh giá chính xác bệnh lợi. Đánh giá mối liên quan giữa vị trí phanah môi với viêm lợi được thực hiện với việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ thường gặp khác.

Phanah môi trên và phanah môi dưới đa số là phanah môi đơn giản, kết quả này phù hợp với đa số các nghiên cứu [4],[5],[7]. Phanah môi trên chủ yếu bám lợi dính, trong khi phanah môi dưới đa phần bám dính niêm mạc. Trong các nghiên cứu khác, các tác giả thường chỉ đánh giá phanah môi trên hoặc đánh giá chung cả hai. Kết quả cũng chỉ ra đa phần phanah môi hoặc bám lợi dính [4],[6] hoặc bám dính niêm mạc [7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm lợi ở

mức độ rất cao, điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác [1],[2],[6], cho thấy sức khỏe vùng quanh răng của sinh viên, nhất là sinh viên năm thứ nhất vẫn chưa được quan tâm.

Liên quan giữa vị trí phanh môi trên và viêm lợi có ý nghĩa thống kê, trong khi ở hàm dưới không có mối liên quan này, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Addy [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn phanh môi dưới bám dính niêm mạc, các vị trí khác có tỷ lệ thấp nên có thể chưa thể hiện được mối liên quan với tình trạng lợi.

V. KẾT LUẬN

Phanh môi trên có hình thể đa dạng, chủ yếu là phanh môi đơn giản và bám lợi dính. Gần như toàn bộ phanh môi dưới trong nghiên cứu là phanh môi đơn giản, bám dính niêm mạc chiếm ưu thế. Tỷ lệ viêm lợi ở mức rất cao, đa số các răng trước viêm lợi mức độ nhẹ. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí phanh môi trên và viêm lợi, với phanh môi dưới không thấy mối liên quan này. Cần tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để có kết luận chính xác. Do đó, cần có các biện pháp can thiệp trong trường hợp phanh môi trên bám thấp để giúp có môi lợi lành mạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Đình Hải, Nguyễn Thị Hồng Minh (2011).** "Nghiên cứu mối liên quan của một số yếu tố nguy cơ đối với tình trạng viêm quanh răng ở một nhóm người Việt Nam". Tạp chí Y học thực hành, 751, 3-6.
2. **Lê Thị Thu Hằng, Nguyễn Thị Diệp Ngọc (2013).** "Tình trạng lệch lạc răng và bệnh vùng quanh răng của sinh viên Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên". Tạp chí Y học thực hành, 876 (7), 31-34.
3. **Addy M., Dummer PM., Hunter ML., Kingdon A., Shaw WC. (1987).** "A study of the association of fraenal attachment, lip coverage and vestibular depth with plaque and gingivitis". J Periodontol, 58(11), 752-757.
4. **Dler AK., Shamal SZ., Faraedon MZ., Azheen JA., Ranjdar MT. (2015).** "Prevalence of labial frenum attachment and its relation to diastemia and black hole in Kurdish Young Population". Journal of Dental and Medical Sciences, 14(9), 97-100.
5. **Kakodkar P., Patel T., Patel S. (2008).** "Clinical assessment of diverse frenum morphology in Permanent dentition". The Internet Journal of Dental Science, 7(2), 1-8.
6. **Linda C., Deepa G. (2015).** "Prevalence of type of frenal attachment and morphology of frenum in children, Chennai, Tamil Nadu". World Journal of Dentistry, 6(4), 203-207.
7. **Nagendran JP., Amitha H. (2018).** "Clinical Assessment of Frenum Morphology and Attachment in Malaysian Children". Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 18(1), 1-9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA PHÙ HOÀNG ĐIỂM DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Vũ Tuấn Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan của phù hoàng điểm do đái tháo đường. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 64 bệnh nhân đái tháo đường, 109 mắt có phù hoàng điểm được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn ETDRS. **Kết quả:** thể phù khu trú chiếm 77,1% (84/109 mắt), phù lan tỏa 16,5% (18), còn lại là phù dạng nang 6,4% (7); thị lực <20/50 chiếm 67,9% (74/109), từ 20/50 - <20/25 chiếm 30,3% (33/109), từ 20/25 chiếm 1,8% (2/109); độ dày võng mạc trung tâm đo bằng OCT ở thể phù dạng nang và lan tỏa là $403,52 \pm 61,27\mu\text{m}$, ở thể phù khu trú là $327,58 \pm 43,66\mu\text{m}$. **Kết luận:** Phù hoàng điểm do ĐTĐ là biến chứng gây giảm thị lực ở mọi giai đoạn của ĐTĐ, thường gặp là thể khu trú. OCT là xét nghiệm quan trọng để chẩn đoán và theo dõi tiến triển bệnh.

Từ khóa: phù hoàng điểm, đái tháo đường, OCT.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RELATED RISK FACTORS OF DIABETIC MACULAR EDEMA

Purpose: to describe the clinical characteristics and related risk factors of diabetic macular edema treatment. **Materials and Methods:** cross-sectional study, 109 eyes (64 patients) diagnosed of clinically significant macular edema following the criteria of the ETDRS. **Results:** Clinical form: local: 77.1% (84/109), diffuse 16.5% (18/109), cystoid 6.4% (7/109); VA at baseline. <20/50: 67.9% (74/109), 20/50 - <20/25: 30.3% (33/109), ≥ 20/25: 1.8% (2/109); CRT measured by OCT in diffuse and cystoid forms: $403.52 \pm 61.27\mu\text{m}$, in local form $327.58 \pm 43.66\mu\text{m}$. **Conclusions:** Diabetic macular edema is vision threatening complication of diabetes in every stage of progress. OCT is important imaging technique for diabetic macular edema diagnosis and follow-up.

Keyword: macular edema, diabetes, OCT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mắc đái tháo đường (ĐTĐ) ngày càng tăng nhanh ở Việt Nam. Một trong các biến chứng hay gặp của bệnh là phù hoàng điểm do

*Bệnh viện Mắt Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tuấn Anh
Email: vta.oph@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.3.2019
Ngày phản biện khoa học: 24.5.2019
Ngày duyệt bài: 30.5.2019

ĐTĐ. Phù hoàng điểm do ĐTĐ là biến chứng xảy ra ở mọi giai đoạn của ĐTĐ và hay gặp ở người còn trong lứa tuổi lao động gây giảm thị lực, là gánh nặng về kinh tế - xã hội [1]. Bệnh chia làm 3 thể chính theo thứ tự nặng dần: khu trú, lan toả và dạng nang [2]. Thể hay gặp nhất - phù khu trú nếu không được điều trị kịp thời sẽ chuyển sang giai đoạn sau nặng hơn và khó điều trị hơn. Tuy nhiên, đến nay ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với *mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan của phù hoàng điểm do đái tháo đường*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán và theo dõi kiểm soát đái tháo đường tại Khoa Nội tiết-Đái tháo đường (Bệnh viện Bạch Mai) hoặc Bệnh viện Nội tiết trung ương, có nghi ngờ tổn thương mắt đến khám tại Bệnh viện Mắt trung ương trong giai đoạn 2011- 2014, các bệnh nhân nêu trên được khám và xác định chẩn đoán là phù hoàng điểm theo tiêu chuẩn ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) [1].

Bệnh nhân được khám mắt và thu thập các thông số

-Về đặc điểm chung: tuổi, giới, typ ĐTĐ, thời gian mắc ĐTĐ, tỷ lệ HbA1c

-Về đặc điểm lâm sàng: thời gian mờ mắt, tổn thương ½ mắt, tình trạng thể thủy tinh và dịch kính sau, tổn thương kèm theo, thể phù hoàng điểm.

-Về độ dày võng mạc trung tâm (CRT) đo

bằng OCT Cirrus HD

-Phân loại theo thể bệnh; trong đó phù khu trú có đặc điểm là võng mạc vùng hoàng điểm dày lên hình vòng cung, vùng phù này được giới hạn bởi xuất tiết cứng hình vòng cung; phù lan toả: võng mạc vùng hoàng điểm dày lên, lan toả toàn bộ hậu cực; phù hoàng điểm dạng nang: dịch tích trong võng mạc vùng hoàng điểm, tạo nên những khoang dạng nang, có thể nhìn thấy trên soi đáy mắt và chụp mạch huỳnh quang, đặc biệt điển hình trên OCT.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong tổng số 54 bệnh nhân được điều trị có độ tuổi từ 44 đến 76, trong đó 64,8% (35) số bệnh nhân từ 60 tuổi trở xuống. Có 38 bệnh nhân mắc đái đường không phụ thuộc Insulin, 16 bệnh nhân phụ thuộc Insuline.

Bệnh nhân có độ tuổi từ 39 - 80 tuổi, trong đó 43,1% số bệnh nhân dưới 60 tuổi, là lứa tuổi lao động. Có thể nói đây là gánh nặng về mặt kinh tế - xã hội. Điều này cũng phù hợp với nhận định của Klein và cộng sự [2]

Trong 64 bệnh nhân, có 24 nam (37,5%), 40 nữ (62,5%). Tỷ lệ nam/nữ 24/40, cho thấy tỷ lệ nữ cao hơn, điều này cũng phù hợp với tỷ lệ ĐTĐ ở Việt Nam nói chung và trên thế giới nói chung [2]. Tỷ lệ nam trên bệnh nhân ĐTĐ cao hơn ở nhóm bệnh nhân trẻ, nhưng tỷ lệ nữ lại chiếm ưu thế hơn ở lứa tuổi trên 60. Nhiều tác giả đặt ra giả thiết về vai trò của yếu tố giới trong việc thúc đẩy bệnh võng mạc ĐTĐ. Theo Nielsen, vai trò của giới nữ dường như làm nặng thêm các tổn thương, có thể là vai trò của hormon nữ [2],[3].

Bảng 3.1. Thời gian phát hiện ĐTĐ

Thời gian	≤ 5 năm	5 - ≤ 10 năm	10 - ≤ 15 năm	> 15 năm
Số bệnh nhân				
n	1	37	20	6
Tỷ lệ%	1,6	57,4	31,2	9,38

Thời gian phát hiện ĐTĐ phần lớn trong khoảng 5-10 năm, với trung bình là 9,6 năm. Thời gian lâu nhất là 18 năm, chưa có bệnh nhân nào trong nhóm nghiên cứu mắc ĐTĐ trước 5 năm.

Thời gian phát hiện ĐTĐ trung bình trong nghiên cứu của Klein là 8,4 năm, điều này cho thấy tiến bộ trong điều trị kiểm soát đường máu và điều trị các biến chứng toàn thân.

Thời gian mắc ĐTĐ cũng là yếu tố quan trọng

trong việc phát hiện phù hoàng điểm. Trong ĐTĐ typ 1 sớm (mắc trước 30 tuổi), gần như trong những năm đầu không xảy ra phù hoàng điểm. Trái lại, cần khám phát hiện ngay phù hoàng điểm trên bệnh nhân thể ĐTĐ muộn, đặc biệt typ 1. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ HbA1c trung bình là 7,92%, trong đó 12/64 bệnh nhân có tỷ lệ HbA1c ≤ 7% (chiếm 18,75%), số còn lại có tỷ lệ 7% < HbA1c ≤ 10%.

Bảng 3.2: Mối liên quan giữa tỷ lệ HbA1c với thể phù hoàng điểm

HbA1c	≤7,0		7,1-10		Tổng		P
	N	%	N	%	N	%	
Thể							
Dạng nang	0	0	7	100	7	100	

Lan tỏa	0	0	18	100	18	100	0,021
Khu trú	21	25,0	63	75,0	84	100	
Tổng	21	19,3	88	80,7	109	100	

Nếu tính theo số mắt, gần như tất cả 12 bệnh nhân có tỷ lệ HbA_{1c} ≤ 7% đều xuất hiện phù khu trú một mắt hoặc hai bên, trong khi số mắt có thể phù lan tỏa hoặc dạng nang đều nằm trong nhóm có tỷ lệ HbA_{1c} cao. Trong nhóm tỷ lệ HbA_{1c} ≤ 7% đều là mắt ở nhóm phù khu trú, trong khi với thể phù lan tỏa và dạng nang thì đều nằm ở nhóm có tỷ lệ HbA_{1c} cao.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, những bệnh nhân có tỷ lệ HbA_{1c} thấp ≤ 7% thường mắc phù hoàng điểm thể khu trú, nhẹ hơn so với nhóm có tỷ lệ HbA_{1c} cao.

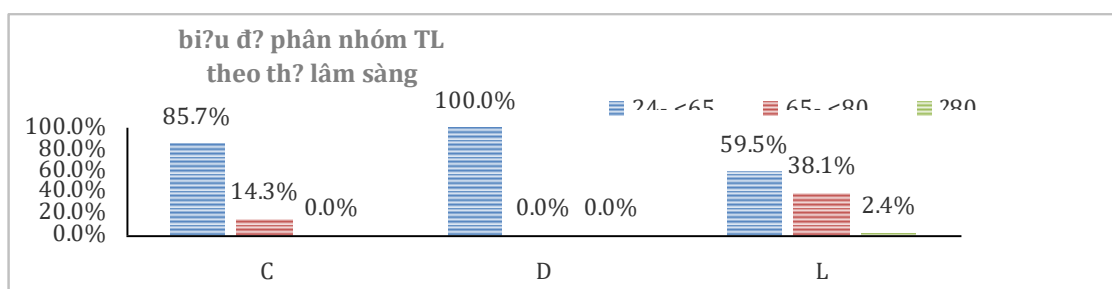
Nhận định này cũng phù hợp với nhận định của Klein cho rằng tỷ lệ đường máu cao kéo dài là nguyên nhân quan trọng gây ra phù hoàng điểm. Kết quả nghiên cứu của Klein cho biết giảm 1% tỷ lệ HbA_{1c} có thể giảm tỷ lệ phù hoàng điểm sau 10 năm xuống 25% [2]

Thị lực được chia theo các mức độ như sau: theo phân loại thị lực của WHO

- ≥ 80 chữ ETDRS (tương đương 20/25)
- 65 - <80 chữ (tương đương 20/50 - <20/25)
- 24-<65 chữ (tương đương 20/400 - <20/50)

Bảng 3.3: Phân bố thị lực theo thể lâm sàng

Thể phù HĐ	Thị lực		24- <65		65- <80		≥80		Tổng	
	n	%	n	%	N	%	N	%	N	%
Dạng nang	6	85,7	1	14,3	0	0	7	100		
Lan tỏa	18	100	0	0	0	0	18	100		
Khu trú	50	59,5	32	38,1	2	2,4	84	100		
Tổng	74	67,9	33	30,3	2	1,8	109	100		



Bảng 3.1: Phân nhóm thị lực theo thể lâm sàng

Qua bảng 3.1, có thể thấy phần lớn mắt nằm trong nhóm thị lực thấp dưới 20/50. Số mắt có thị lực từ 20/50 đến dưới 20/25 nằm chủ yếu ở nhóm phù khu trú. Đặc biệt số mắt có thị lực cao ≥ 20/25 rất ít (2 mắt), chỉ nằm ở nhóm phù khu trú. Những mắt có thị lực cao này cần điều trị sớm không chỉ nhằm phòng tiến triển giảm thị lực mà còn cải thiện chức năng như bớt lóa mắt [6].

Theo nghiên cứu ETDRS, thị lực của nhóm phù hoàng điểm với bệnh võng mạc ĐTD sớm còn cao hơn, 43% số mắt có thị lực ≥ 20/25, 41% số mắt thị lực trong khoảng 20/50 - 20/25,

chỉ có 16% số mắt có thị lực < 20/50 [1]. Đây là nhóm bệnh nhân tương đương với nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, nhưng với phân bố thị lực có xu hướng cao hơn. Để giải thích sự khác biệt này, trước hết là do khả năng phát hiện bệnh sớm của các tác giả Hoa Kỳ so với điều kiện ở Việt Nam. Bệnh nhân ĐTD ở Việt Nam thường đến muộn, không theo dõi võng mạc định kỳ, không phát hiện ngay thời điểm mờ mắt và không được khám ngay bởi chuyên gia võng mạc ĐTD.

Bảng 3.4. Thời gian xuất hiện nhìn mờ

Số mắt	Thời gian	≤ 1 tháng	1- ≤ 6 tháng	6 - ≤ 12 tháng	> 12 tháng
	N (Tỷ lệ%)	18 (16,5%)	64 (58,7%)	19 (17,4%)	8 (7,4%)
Thể phù HĐ	Khu trú	8 (7,4%)	55 (50,5%)	21 (19,26%)	0 (0%)
	Lan tỏa	0 (0%)	2 (1,83%)	12 (11%)	4 (3,66%)
	Dạng nang	0 (0%)	0 (0%)	3 (2,74%)	4 (3,66%)
Tổng		109 (100%)			

Bệnh nhân chủ yếu đến khám khi khi mắt có dấu hiệu nhìn mờ từ 1 – 6 tháng chiếm hơn đa số, trong đó chủ yếu là thể khu trú. Thời gian nhìn mờ trên 1 năm chỉ gặp ở nhóm phù hoàng điểm dạng nang.

Thời gian phù hoàng điểm cũng là một yếu tố tiên lượng kết quả điều trị. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, việc khai thác thời gian phù hoàng điểm khó chính xác do nhiều yếu tố nhiễu, đặc biệt do bệnh nhân ĐTĐ chưa có thói quen khám mắt thường quy.

Thời gian phù hoàng điểm kéo dài hay xuất hiện ở nhóm phù lan tỏa và dạng nang, với 8/8 mắt phù kéo dài trên 12 tháng. Kết quả này cũng phù hợp với nhận định của Bresnick [2], Klein [1]. Phù lan tỏa chính là hậu quả của diễn biến lâu dài của phù hoàng điểm không được điều trị, với quá trình phát triển lan rộng của vi phình mạch và dò dịch rộng ở vùng hậu cực.

Theo nghiên cứu của Pendergast cũng cho biết, dù không xác định được chính xác thời gian phù hoàng điểm, nhưng với thể phù lan tỏa thì phần lớn bệnh nhân có mô tả giảm thị lực từ một năm trở lên.

Tình trạng thể thủy tinh và tình trạng bong dịch kính sau

Bảng 3.5. Đặc điểm về tình trạng thể thủy tinh và dịch kính

Tình trạng thể thủy tinh – dịch kính sau			Tỷ lệ%
Đã đặt IOL		9	8,25
Đục thể thủy tinh	P1	32	29,36
	P2	37	33,95
	P3	19	17,43
	P4	0	0
Bong dịch kính sau	Còn TTT	8	7,34
	Đã đặt IOL	4	3,67
Tổng		109	100

Không có trường hợp nào đục thể thủy tinh mức độ P4, nhưng sau 1 năm, có 2 mắt tiến triển thành P4, nên đã được phẫu thuật thay thể thủy tinh nhân tạo thành công.

Có 9 mắt đã mổ đặt thể thủy tinh nhân tạo hậu phòng, trong đó có 1 mắt ở thể phù lan tỏa, nhưng đều đã được phẫu thuật từ trước 6 tháng. Các tác giả có đề cập tới phù hoàng điểm nặng lên hoặc phù hoàng điểm dạng nang sau phẫu thuật thể thủy tinh.

Có 12 mắt phát hiện bong dịch kính sau, trong đó có 4 mắt đã phẫu thuật thể thủy tinh. Tuy nhiên, vai trò của bong dịch kính sau, như là kết nối hoàng điểm – dịch kính vẫn còn đang tranh cãi. Hikichi thấy rằng bong dịch kính sau có liên quan với việc làm thoái triển phù hoàng điểm một cách tự nhiên [4]. Trong khi Nasrallah

ít thấy bong dịch kính sau trên phù hoàng điểm do ĐTĐ [5]. Tình trạng bong dịch kính sau được một số tác giả trên cho là có liên hệ với phù hoàng điểm, trong khi đó nhiều nghiên cứu định lượng các cytokine như angiotensine II hay VEGF trong dịch kính của mắt phù hoàng điểm có bong hoặc không bong dịch kính sau đều cao hơn bình thường, nhưng lại không có sự khác biệt giữa hai nhóm trên.

Trong đó có 2 bệnh nhân mắt còn lại bị glôcôm tân mạch, 5 bệnh nhân mắt còn lại bị bệnh võng mạc ĐTĐ tăng sinh. Trong số bệnh nhân có phù hoàng điểm hai mắt, 36 bệnh nhân có phù khu trú cả hai mắt, 3 bệnh nhân có phù lan tỏa cả hai mắt, 1 bệnh nhân có phù dạng nang cả hai mắt.

Bảng 3.6: Phân bố tỷ lệ thể phù hoàng điểm

Thể	Số mắt	Tỷ lệ (%)
Phù dạng nang	7	6,4
Phù lan tỏa	18	16,5
Phù khu trú	84	77,1
Tổng	109	100

Trong các thể lâm sàng, phù hoàng điểm thể khu trú cao nhất, chiếm 77,1% (84/109 mắt), phù lan tỏa 16,5%, còn lại là phù dạng nang 6,4%.

Mặc dù phù hoàng điểm có phát triển ở giai đoạn bất kỳ của bệnh võng mạc ĐTĐ, nhưng phù hoàng điểm lan tỏa và dạng nang là chỉ dấu của giai đoạn nặng của bệnh [6],[7]. Trong nghiên cứu của Klein, nhóm mắc ĐTĐ sớm có tỷ lệ phù hoàng điểm dạng nang 7% cao hơn so với nhóm mắc ĐTĐ muộn tỷ lệ phù hoàng điểm dạng nang là 2% [2]. Nhận định về phù hoàng điểm dạng nang, nhiều tác giả cho là ít liên quan đơn thuần đến bệnh ĐTĐ, chỉ khoảng 20% số ca mắc. Tuy nhiên, phù hoàng điểm dạng nang được nhắc nhiều như là biến chứng sau phẫu thuật thể thủy tinh trên bệnh nhân ĐTĐ. Michini thấy rằng tỷ lệ phù hoàng điểm dạng nang sau phẫu thuật thể thủy tinh trên bệnh nhân ĐTĐ cao hơn hẳn so với nhóm chứng không mắc ĐTĐ, sau 3 tháng là 65% so với 33%, sau 1 năm là 24% so với 0% [6].

Độ dày võng mạc trung tâm của phù khu trú thể hiện phù nhẹ hơn ($327,58 \pm 43,66 \mu\text{m}$) so với phù lan tỏa và dạng nang ($403,52 \pm 61,27 \mu\text{m}$). Điều này cũng phù hợp với độ dày võng mạc vùng trung tâm khi thăm khám trên lâm sàng.

IV. KẾT LUẬN

Phù hoàng điểm do ĐTĐ có 3 thể lâm sàng, thường gặp nhất và ở giai đoạn sớm là thể phù khu trú (77,1%), thể phù lan tỏa và dạng nang ít gặp hơn (16,5% và 6,4%). Có mối liên quan giữa tỷ lệ HbA1c và thể phù hoàng điểm. Chiều

dày võng mạc trung tâm đo bằng OCT ở thể phù lan tỏa và dạng nang lớn hơn có ý nghĩa so với thể phù khu trú, OCT là kỹ thuật thăm dò chức năng không xâm nhập có giá trị trong việc chẩn đoán và theo dõi phù hoàng điểm do ĐTĐ, đặc biệt là phù hoàng điểm dạng nang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Klein R., Klein B.E., Moss S.E., et al. (1984) the Wiscosin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. IV. Diabetic macular edema. Ophthalmology 1984, 91
2. Moss SE, Klein R, Klein BE (1998). The 14-year

incidence of visual loss in a diabetic population. Ophthalmology, 105, 998-1003.

3. Regillo C.D. (1999). Vitreoretinal Disease: the Essentials. Thieme
4. Puliafito A. Carmen, Fujimoto G.James (2005). Optical coherence Tomography of ocular diseases, Sprint.
5. Coscas G. et al.(2004). Atlas d'angiographie en indocyanine, confrontation Fluo- ICG – OCT, Rapport annuel du SFO.
6. Grange J.D. et al. (1995), La Rétinopathie diabétique, S.F.O. et Masson, Paris.
7. Massin P., Erginay A., Gaudric A. (2000). Rétinopathie diabétique, EMC.

LIÊN QUAN, TƯƠNG QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ NT-proBNP HUYẾT TƯƠNG VỚI HÌNH THÁI, CHỨC NĂNG THẤT TRÁI Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

Cao Trường Sinh*

TÓM TẮT

Mục đích: Xác định mối liên quan, tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với hình thái, chức năng thất trái ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** 150 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát, gồm 83 nam, 77 nữ, tuổi trung bình 76.45 ± 9.91 điều trị tại khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 1/2018 đến tháng 5/2018. Tất cả được làm xét nghiệm NT-proBNP, đo điện tâm đồ, siêu âm tim. **Kết quả:** Nồng độ NT-proBNP huyết tương ở nhóm có LVMI tăng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có LVMI không tăng với $p < 0,001$. Nồng độ NT-proBNP ở nhóm có EF giảm cao hơn nhóm không có EF bình thường ($p < 0,01$). Nồng độ NT-proBNP huyết tương có xu hướng tăng dần theo các mức độ giảm EF ($p < 0,01$). Có sự tương quan thuận giữa nồng độ NT-proBNP và LVMI với $r = 0,681$; $p < 0,001$. **Kết luận:** Nồng độ NT-proBNP có liên quan và tương quan với biến đổi đường kính thất trái, khối lượng cơ thất trái và chức năng tâm thu thất trái ở bệnh nhân tăng huyết áp.

SUMMARY

THE RELATIONS, CORELATION BETWEEN PLASMA CONCENTRATION OF NT-proBNP WITH MORPHOLOGY, FUNCTION OF LEFT VENTRICULAR IN PRIMARY HYPERTENSIVE PATIENTS

Aim: To determine the relations, correlations between plasma NT-proBNP concentration and left ventricular morphology and function in patients with primary hypertension. **Objects and methods:** 150 patients with primary hypertension, including 83 men,

77 women, average age of 76.45 ± 9.91 treatment in the Department of Cardiology - Nghe An General Friendship Hospital from 1/2018 to 5/2018. All were tested for NT-proBNP, electrocardiography, echocardiography. **Results:** The concentration of plasma NT-proBNP in the group with increased LVMI was significantly higher compared with the group with LVMI did not increase with $p < 0.001$. The concentration of NT-proBNP in the group with decreased EF was significantly higher than the group without normal EF ($p < 0.01$). Plasma NT-proBNP concentrations tended to increase with decreasing levels of EF with $p < 0.01$. There is a positive correlation between NT-proBNP concentrations and LVMI with $r = 0.681$; $p < 0.001$. **Conclusion:** NT-proBNP concentrations are related and correlated with changes in left ventricular diameter, left ventricular mass and left ventricular systolic function in hypertensive patients.

Key words: plasma NT-proBNP concentration, left ventricular mass index, primary hypertension, EF (ejection fraction)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tăng huyết áp (THA) là bệnh phổ biến, là mối đe dọa rất lớn đối với sức khỏe của con người, là một trong những nguyên nhân gây tàn phế và tử vong hàng đầu. Tăng huyết áp là nguyên nhân gây suy tim (ST), đột quỵ và là nguyên nhân thứ hai gây nhồi máu cơ tim cấp.

Huyết áp tăng làm tăng hậu gánh, làm dày thành cơ tim giãn buồng tim, làm phì đại thất trái cả về kích thước và bề dày cơ tim. Hậu quả của tăng huyết áp làm ảnh hưởng đến hình thái và chức năng chức năng tâm thu (CNTT), chức năng tâm trương (CNTTr) của tim.

Trong những năm gần đây peptide lợi niệu nhóm B, đặc biệt nồng độ NT-proBNP huyết tương có vai trò trong chẩn đoán rối loạn hình

*Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 6.6.2019

thái và chức năng tim, ước lượng độ nặng và tiên lượng suy tim [1]. Xét nghiệm này được phát triển một cách nhanh chóng sẽ góp phần vào việc kiểm soát và điều trị suy tim có hiệu quả hơn.

Do vậy, Việc sử dụng dấu ấn sinh học này để phát hiện sớm suy tim ở giai đoạn im lặng có tầm quan trọng đối với hiệu quả quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp nhất là tại các tuyến y tế cơ sở. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Xác định mối liên quan, tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với hình thái, chức năng thất trái và mức độ suy tim ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Liên quan giữa hình thái, chức năng thất trái và nồng độ NT-proBNP

3.1.1. Liên quan giữa nồng độ NT-proBNP và chỉ số khối cơ thất trái

Bảng 3.1. Nồng độ NT-proBNP dựa trên LVMI

Tăng LVMI	n	— Nam		— Nữ		— Tổng cộng	p
		n	$\bar{X} \pm SD$ (pg/ml)	n	$\bar{X} \pm SD$ (pg/ml)	$\bar{X} \pm SD$ (pg/ml)	
Có	56	26	10388,9±6571,5	30	10698,9±7408,6	10555 ±6971	<0,01
Không có	94	57	4715,2 ±4124	37	4150,5 ± 3445,4	4492,9±3861,7	

Nồng độ NT-proBNP huyết tương ở nhóm có LVMI tăng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có LVMI không tăng với $p < 0,001$.

3.1.2. Liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với chức năng thất trái

Bảng 3.2. Liên quan giữa Nồng độ NT-proBNP huyết tương và EF

EF	n	— Nam		— Nữ		— Tổng cộng	p
		n	$\bar{X} \pm SD$ (pg/ml)	n	$\bar{X} \pm SD$ (pg/ml)	$\bar{X} \pm SD$ (pg/ml)	
Giảm	42	28	8759,5±6300,7	14	10834,1±8247,2	9451±6977,8	<0,01
Không giảm	108	55	5338,4±4940	53	6091,6±5540,4	5708±5232,3	

Nồng độ NT-proBNP huyết tương ở nhóm có giảm EF tăng đến 9451 ± 6977,8 (pg/ml); trong khi đó ở nhóm EF không giảm chỉ có 5708 ± 5232,3 (pg/ml). Có sự khác biệt về nồng độ NT-proBNP giữa nhóm có và không có rối loạn chức năng tâm thu thất trái dựa vào EF ($p < 0,01$).

Bảng 3.3. Nồng độ NT-proBNP huyết tương và mức độ giảm EF

Mức độ (EF giảm)	n	Nam		Nữ		Tổng cộng	p
		n	$\bar{x} \pm SD$ (pg/ml)	n	$\bar{x} \pm SD$ (pg/ml)	$\bar{x} \pm SD$ (pg/ml)	
Nhẹ	17	11	3240,6±1870,8	6	3201,7±1843,6	3226,9±1802,8	<0,01
Vừa	12	10	10456,1±3232,3	2	7985±2173,6	10044,3±3146,9	
Nặng	14	7	15008,1±7137,8	7	19270,9±3046,9	17139,5±5717,6	

Nồng độ NT-proBNP huyết tương có xu hướng tăng dần theo các mức độ giảm EF với sự khác biệt giữa các mức độ giảm EF có ý nghĩa ($p < 0,01$).

3.2. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với biến đổi hình thái, chức năng thất trái

3.2.1. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP với biến đổi hình thái thất trái trên siêu âm

Biểu đồ 3.1. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP với đường kính thất trái cuối tâm trương

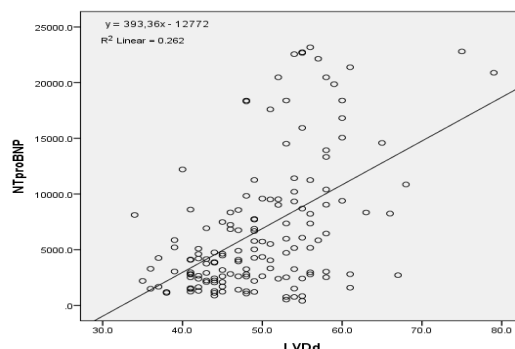
2.1. Đối tượng: 150 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát, gồm 83 nam, 77 nữ, tuổi trung bình 76.45 ± 9.91 điều trị tại khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 1/2018 đến tháng 5/2018.

2.2. Phương pháp: Tất cả 150 bệnh nhân được làm xét nghiệm NT-proBNP, đo điện tâm đồ, siêu âm tim. Ngưỡng Nồng độ NT-proBNP huyết tương [2], [3]

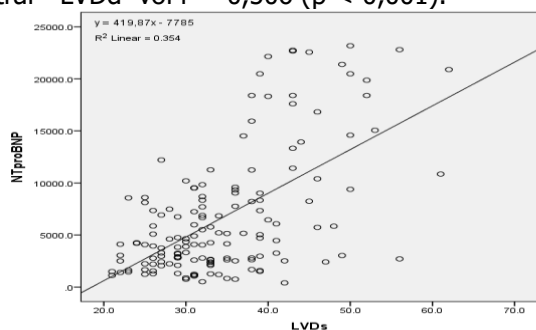
- < 125 pg/ml: bình thường.

- ≥ 125 pg/ml: bệnh lý.

Thông số về hình thái và chức năng thất trái trên siêu âm tim được áp dụng theo Hội siêu âm Hoa Kỳ 2005. LVMI tăng khi: ở nam ≥ 116 g/m² ở nữ ≥ 96 g/m². Phân suất tổng máu thất trái giảm khi EF < 55%, giảm nặng khi EF < 30%

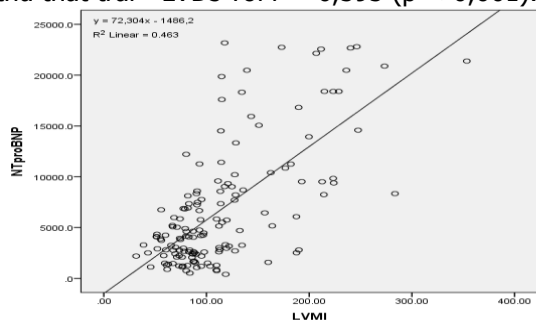


Có sự tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với đường kính cuối tâm thất trái - LVDd với $r = 0,506$ ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.2. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với đường kính thất trái cuối tâm thu - LVDs.

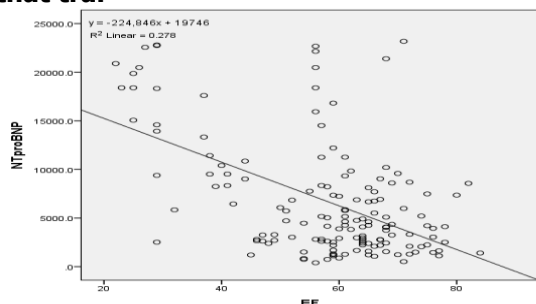
Nhận xét: Có sự tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với đường kính cuối tâm thu thất trái - LVDs với $r = 0,595$ ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.3. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với chỉ số khối cơ thất trái - LVMI

Có sự tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với chỉ số khối cơ thất trái - LVMI với $r = 0,681$; $p < 0,001$

3.2.2. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP với biến đổi chức năng tâm thu thất trái



Biểu đồ 3.4. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với EF

Có sự tương quan nghịch giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với EF; với $r = -0,54$; $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với hình thái và chức năng thất trái

4.1.1. Liên quan giữa Nồng độ NT-proBNP với hình thái thất trái

- Trong thực hành lâm sàng, siêu âm tim là phương tiện thông dụng để đánh giá biến đổi hình thái và chức năng thất trái. Trong nghiên cứu chúng tôi đánh giá phì đại thất trái dựa vào chỉ số khối cơ thất trái - LVMI theo Hội Siêu Âm Tim Hoa Kỳ.

- Ở nhóm không tăng chỉ số khối thất trái (LVMI) nồng độ NT-proBNP là $4492,9 \pm 3861,7$ (pg/ml) và ở nhóm có tăng LVMI nồng độ NT-proBNP tăng mạnh lên đến 10555 ± 6971 (pg/ml). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có và không có phì đại thất trái theo LVMI với $p < 0,01$. Ở cả nam và nữ nồng độ NT-proBNP huyết tương đều thay đổi đáng kể khi có phì đại thất trái (bảng 3.1).

Về vấn đề này, nghiên cứu của Esther Roselló-Lletí và cộng sự trên 252 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tuổi trung bình 59 ± 13 cho thấy nồng độ NT-proBNP ở nhóm có phì đại thất trái cao hơn nhóm không phì đại thất trái [4].

4.1.2. Liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với chức năng thất trái

- Suy tim tâm thu khởi đầu là rối loạn chức năng tâm thu thất trái ở BN THA chỉ xảy ra khi số lượng tế bào cơ tim bị mất chức năng đáng kể. Để đánh giá chức năng tâm thu thất trái khi nghỉ, người ta dựa vào thông số thông dụng và đáng tin cậy nhất đó là phân suất tống máu - EF. Có hai phương pháp đánh giá phân suất tống máu đó là siêu âm M-Mode, tính theo công thức Teicholdz và siêu âm 2 bình diện được sử dụng trong trường hợp mất sự đồng dạng trong cơ bóp tâm thất (bệnh tim thiếu máu cục bộ), EF sẽ được đo bằng phương pháp Simpson có sửa đổi.

- Nồng độ NT-proBNP huyết tương gia tăng đáng kể khi có rối loạn chức năng tâm thu thất trái qua việc giảm phân suất tống máu (EF). Ở nhóm không có rối loạn chức năng tâm thu, nồng độ NT-proBNP huyết tương có giá trị trung bình là $5708 \pm 5232,3$ và ở nhóm có rối loạn chức năng tâm thu là $9451 \pm 6977,8$ (pg/ml) với $p < 0,01$ (bảng 3.2). Nồng độ NT-proBNP ở nhóm rối loạn chức năng tâm thu mức độ nhẹ thì thấp hơn ở mức độ vừa, nặng. Phân suất tống máu càng giảm nồng độ NT-proBNP càng cao.

4.2. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với biến đổi hình thái, chức năng thất trái

4.2.1. Với biến đổi hình thái thất trái trên siêu âm tim

- Khi xét mối tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với các thông số hình thái thất trái chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

+ Đối với nồng độ NT-proBNP với đường kính thất trái cuối tâm trương và đường kính thất trái cuối tâm thu có mức độ tương quan khá chặt chẽ ($r = 0,506$; $p < 0,001$) (biểu đồ 3.3), ($r = 0,595$, $p < 0,001$) (biểu đồ 3.4).

+ Nồng độ NT-proBNP huyết tương ở nhóm không có phì đại thất trái là $4492,9 \pm 3861,7$ (pg/ml) và ở nhóm có phì đại thất trái gia tăng đáng kể: 10555 ± 6971 (pg/ml) với $p < 0,001$ (biểu đồ 3.3). Chúng tôi ghi nhận có mối tương quan khá chặt chẽ giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với chỉ số khối cơ thất trái, hệ số tương quan là $0,681$; $p < 0,001$ (bảng 3.1). Trong khi đó Kim SW nghiên cứu trên 36 BN bị phì đại cơ tim tại Hàn Quốc ghi nhận có mối tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với khối lượng cơ thất trái với $r = 0,27$ [11]. Mức độ tương quan này thấp hơn so với nghiên cứu chúng tôi.

- Trong thực hành lâm sàng hiện tại siêu âm tim là phương tiện thông dụng để đánh giá biến đổi hình thái và chức năng thất trái. Thời gian gần đây các peptide lợi niệu nhóm B, đặc biệt nồng độ NT-proBNP huyết tương có vai trò trong chẩn đoán rối loạn hình thái và chức năng tim, nồng độ NT-proBNP huyết tương tương quan với các thông số của siêu âm tim [4].

4.2.3. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với biến đổi chức năng thất trái

- Với biến đổi chức năng tâm thu thất trái biểu hiện qua phân suất tống máu giảm thì nồng độ NT-proBNP cũng có tương quan. Chúng tôi ghi nhận giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương tương quan nghịch khá chặt chẽ với phân suất tống máu - EF ($r = - 0,54$; $p < 0,001$) (biểu đồ 3.4). Điều đó có nghĩa là ứng với nồng độ NT-proBNP huyết tương càng cao thì EF càng giảm và ngược lại, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

Hoàng Anh Tiến ghi nhận có sự tương quan nghịch giữa NT-ProBNP với EF ($r = - 0,4705$; $p < 0,001$) [6], thấp hơn so với nghiên cứu chúng tôi.

Huỳnh Kim Gàn khi khảo sát sự tương quan giữa phân suất tống máu và nồng độ NT-proBNP ở BN suy tim ghi nhận có sự tương quan nghịch

với hệ số tương quan $r = - 0,47$ [7]. Tạ Mạnh Cường cũng ghi nhận nồng độ pro-BNP huyết tương của bệnh nhân suy tim tương quan tuyến tính nghịch với phân số tống máu EF thất trái trên siêu âm ($r = - 0,4$; $p < 0,001$) [3].

Trong nghiên cứu của Barbosa MM trên 59 bệnh nhân bị phì đại cơ tim tại Châu Âu, NT-proBNP tương quan nghịch với EF ở mức độ rất chặt chẽ ($r = - 0,733$; $p < 0,001$) [8], nghiên cứu này có hệ số tương quan cao hơn so với nghiên cứu chúng tôi. Và khi Marz W nghiên cứu 1.135 BN cũng ghi nhận nồng độ NT-proBNP liên quan phân độ suy tim theo NYHA, rối loạn chức năng tâm thu thất trái. Trong nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận được kết quả như vậy.

V. KẾT LUẬN

Tăng huyết áp gây biến đổi hình thái chức năng thất trái trên siêu âm tim. Nồng độ NT-proBNP có liên quan và tương quan với biến đổi đường kính thất trái, khối lượng cơ thất trái và chức năng tâm thu thất trái ở bệnh nhân tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adams JE, Ewald G, Berger S, et al. (2003), "Correlation of Levels of NT-proBNP and NYHA Functional Classification in Patients with Congestive Heart Failure", Clin Chem ; Vol 49: No.6 ; Suppl:A66.
2. Trần Hữu Dàng (2011), "BNP và NT-proBNP là yếu tố sàng lọc nguyên nhân tim mạch ở bệnh nhân ngoại trú", BNP và NT-proBNP trong thực hành lâm sàng, Nhà xuất bản đại học Huế, tr.30-31.
3. Tạ Mạnh Cường, Phạm Thắng, Phan Thanh Nhung (2010), "Nghiên cứu nồng độ nồng độ NT-proBNP của bệnh nhân suy tim mạn", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, Số 1, tháng 4 năm 2010.
4. Esther Roselló-Lletí et al (2012) Variability of NT-proBNP and Its Relationship with Inflammatory Status in Patients with Stable Essential Hypertension: A 2-Year Follow-Up Study PLoS One. 2012; 7(2): e31189.
5. Kim SW, Park SW, Lim SH, et al.(2006), "Amount of left ventricular hypertrophy determines the plasma N-terminal pro-brain natriuretic peptide level in patients with hypertrophic cardiomyopathy and normal left ventricular ejection fraction", Clin Cardiol. 2006 Apr; 29(4):155-60.
6. Hoàng Anh Tiến (2006), "Nghiên cứu giá trị chẩn đoán của nồng độ NT-proBNP ở đợt cấp của suy tim mạn", Luận văn Thạc sĩ Y học - Huế.
7. Huỳnh Kim Gàn, Nguyễn Phú Quý, Phạm Ngọc Dũng và CS (2008), "Nồng độ NT-proBNP ở bệnh nhân suy tim", Bệnh viện đa khoa Trung Tâm An Giang
8. Barbosa MM, Nunes MCP, Ribeiro ALP, et al (2006), "N-terminal proBNP levels in patients with Chagas disease: A marker of systolic and diastolic dysfunction of the left ventricle", European journal Echocardiography (2007) 8 , pp.204-212 .

ĐẶC ĐIỂM CÁC TRIỆU CHỨNG NGÔN NGỮ, HÀNH VI VÀ CẢM GIÁC, TRI GIÁC TRONG GIAI ĐOẠN KHỞI PHÁT CỦA RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI

Vương Đình Thủy¹, Trần Nguyễn Ngọc²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời là một rối loạn tâm thần hay gặp trong đa khoa nói chung và trong chuyên ngành Tâm thần nói riêng. Theo hệ thống chẩn đoán và phân loại các rối loạn tâm thần của Mỹ lần thứ 5 (DSM – V), tỷ lệ rối loạn loạn thần cấp chiếm 9% trong các rối loạn loạn thần đầu tiên [1]. Các triệu chứng phong phú và đa dạng dễ nhầm lẫn trong thực hành. Xác định đặc điểm của các triệu chứng ngôn ngữ, hành vi và cảm giác tri giác sẽ đóng góp một phần không nhỏ giúp bác sĩ phát hiện sớm và qua đó có những biện pháp can thiệp kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm của các triệu chứng ngôn ngữ, hành vi và cảm giác tri giác trong giai đoạn khởi phát của rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 75 bệnh nhân được chẩn đoán Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (F23) theo ICD 10 – 1992 tại Viện sức khỏe Tâm thần Bạch Mai nhằm xác định đặc điểm của các triệu chứng ngôn ngữ, hành vi và cảm giác tri giác. **Kết quả:** Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời gặp nhiều ở nữ giới nhiều hơn nam giới với tỉ lệ lần lượt là 53,3% và 46,7%. Tuổi khởi phát trung bình $34,28 \pm 12,71$. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 18 – 40 chiếm tỉ lệ 57,3%. Lời nói bất thường là triệu chứng ngôn ngữ gặp nhiều nhất chiếm tỉ lệ 86,7%. Tăng hoạt động là triệu chứng hành vi gặp nhiều nhất chiếm tỉ lệ 34,7%. Tăng cảm giác là triệu chứng cảm giác, tri giác chiếm tỉ lệ cao nhất với 65,3%. **Kết luận:** Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời gặp nhiều ở nữ giới hơn ở nam giới. Tuổi khởi phát trung bình $34,28 \pm 12,71$. Trong các triệu chứng về ngôn ngữ, hầu hết gặp triệu chứng lời nói bất thường. Trong các triệu chứng về hành vi gặp nhiều nhất là triệu chứng tăng hoạt động. Cuối cùng, phần lớn các bệnh nhân rối loạn loạn thần cấp và nhất thời có triệu chứng tăng cảm giác.

Từ khóa: rối loạn loạn thần cấp và nhất thời.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF LANGUAGE, BEHAVIORAL AND SENSATIVE, PERCEPTUAL SYMPTOMS IN THE PRODROMAL EPISODE OF ACUTE AND TRANSIENT DISORDER

Background: Acute and transient psychotic disorder is a common mental disorder in general and in psychiatry particularly. According to Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5), the incidence of acute psychosis is 9% in the first psychosis [2]. The symptoms are plentiful and varied easily in practice. Identifying characteristics of language, behavioral and perceptual symptoms will make a significant contribution to early detection and timely intervention. **Objectives:** Describe the characteristics of language, behavioral and perceptual symptoms during the prodromal episode of acute and transient psychotic disorders. **Method:** cross-sectional descriptive study on 75 patients diagnosed with acute and transient psychotic disorders (F23) and according to ICD 10 - 1992 at Bach Mai Mental Health Institute to determine the characteristics of speech and language, behavior and sense of perceptionsymptoms. **Results:** Acute and transient psychotic disorder is more common in women than men with 53.3% and 46.7%, respectively. The average age of onset is 34.28 ± 12.71 . The most common age group is from 18 to 40, accounting for 57.3%. Abnormal speech is the most common language symptom, accounting for 86.7%. Increased activity is the most common behavioral symptom, accounting for 34.7%. Increasing sensation is a symptom of sensation, perception, which accounts for the highest proportion with 65.3%. **Conclusions:** Acute and transient psychosis is more common in women than in men. The average age of onset is 34.28 ± 12.71 . In language symptoms, most of the symptoms are abnormal speech. The symptoms of the most common behavior are symptoms of increased activity. Finally, most patients with acute and transient psychosis have symptoms of increased sensation.

Keywords: acute and transient psychotic disorder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời là một trong những rối loạn tâm thần thường gặp trong đa khoa nói chung và trong chuyên ngành tâm thần nói riêng. Castagnini và Foldager (2013) tiến hành một nghiên cứu từ năm 1995 đến năm 2008 ở Đan Mạch nhận thấy tỷ lệ mắc rối loạn loạn thần cấp và nhất thời là 6,7/100000 dân trên năm [2]. Theo hệ thống chẩn đoán và phân loại các rối loạn tâm thần của Mỹ lần thứ 5 (DSM – V), tỷ lệ rối loạn loạn thần cấp chiếm 9% trong các rối loạn loạn thần đầu tiên [1]. Rối loạn loạn thần cấp là một thuật ngữ được sử dụng ở Hoa Kỳ từ DSM – IV (1952). Ngày nay, DSM – V (2013) cũng để chỉ trạng thái rối loạn tâm thần cấp tính, diễn biến nhanh từ một ngày đến một tháng. Biểu hiện lâm sàng bằng các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng, ảo giác, các rối loạn hình thức tư duy (rối loạn ngôn ngữ) và các rối

¹Viện sức khỏe Tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Vương Đình Thủy

Email: bsdinhthuy1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 5.6.2019

loạn hành vi hoặc căng trương lực. Rối loạn này không thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán các chẩn đoán như rối loạn trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực, tâm thần phân liệt, không phải do tác dụng bệnh sinh của chất gây nghiện và thuốc. Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời diễn biến qua ba giai đoạn bao gồm giai đoạn khởi phát, giai đoạn toàn phát và giai đoạn hồi phục. Các triệu chứng ở giai đoạn khởi phát bao gồm triệu chứng ngôn ngữ, hành vi và cảm giác, tri giác. Các triệu chứng này xuất hiện rất phong phú và đa dạng nên dễ gây nhầm lẫn trong chẩn đoán. Do đó, xác định đặc điểm của các triệu chứng ngôn ngữ, hành vi và cảm giác tri giác sẽ đóng góp một phần không nhỏ giúp bác sĩ phát hiện sớm rối loạn này và qua đó có những biện pháp can thiệp kịp thời. Chính vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm của các triệu chứng ngôn ngữ, hành vi và cảm giác tri giác trong giai đoạn khởi phát của rối loạn loạn thần cấp và nhất thời.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn loạn thần cấp và nhất thời (F23) theo ICD 10 – 1992.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh tổn thương não: chấn thương sọ não, u não, mê sảng, động kinh, mất trí, tai biến mạch máu não trong tiền sử và hiện tại. Bệnh nhân nghiện chất và có bệnh thực thể nặng kèm. Không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Viện Sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai

Thời gian: từ tháng 10/2016 đến tháng 8/2017

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được tính theo công thức “Ước tính một tỉ lệ trong quần thể”.

$$\frac{p(1-p)}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu.

α : Mức ý nghĩa thống kê.

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy. Khi α bằng 0,05 (độ tin cậy 95%) thì $Z^2_{(1-\alpha/2)}$ bằng 1,96².

p: lấy p = 62,5% theo nghiên cứu Rajkumar và cộng sự [3].

ε : mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể (= 0,2).

Thay vào công thức: cỡ mẫu tối thiểu dành cho nghiên cứu ≈ 58 bệnh nhân. Nghiên cứu này thu nhận được 75 bệnh nhân.

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

Phỏng vấn: bệnh nhân, người thân và bạn bè của người bệnh về thông tin chung, tiền sử gia đình, bản thân, sang chấn tâm lý theo mẫu bệnh án thống nhất.

Hỏi bệnh sử tiền hành khai thác bất thường và triệu chứng xuất hiện

Khám lâm sàng: toàn diện quan sát 1 bệnh nhân, khám tâm thần chủ trọng đến rối loạn ngôn ngữ, hành vi và cảm giác tri giác.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Nhập số liệu, xử lý số liệu theo phần mềm toán học SPSS 16.0

Sử dụng test χ^2 , Phi – Cramer V, tỷ lệ %, chỉ số, tần suất.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

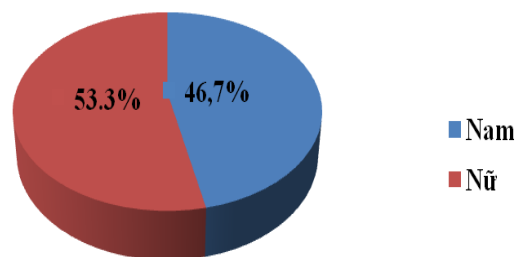
3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi (n=75)

Nhóm tuổi	SL	%
<18	8	10,7
18 - 30	25	33,3
31 - 40	18	24,0
41 - 50	12	16,0
51 - 60	9	12,0
> 60	3	4,0
Tổng	75	100
$\bar{X} \pm SD$	34,28 $\pm$ 12,71	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 34,28 $\pm$ 12,71 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là nhóm 18-30 tuổi, chiếm 33,3%.

3.2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới (n=75)

Nhận xét: Trong tổng số 75 bệnh nhân, có 40 bệnh nhân nữ (chiếm tỷ lệ 53,3%) và 38 bệnh nhân nam (chiếm tỷ lệ 46,7%). Tỷ lệ mắc bệnh của nam và nữ là tương đương nhau (nam/nữ ≈ 1).

3.3. Đặc điểm các triệu chứng về ngôn ngữ - giao tiếp

Bảng 3.2. Đặc điểm các triệu chứng về ngôn ngữ - giao tiếp (n=75)

Ngôn ngữ - giao tiếp	SL	%
Lời nói bất thường	65	86,7
Nói lặp lại	26	34,7
Nói mơ hồ	48	64,0
Nói không liên quan	41	54,7

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có biểu hiện lời nói bất thường (86,7%). Ít nhất là nói lặp lại (34,7%).

3.4. Đặc điểm các triệu chứng rối loạn hành vi

Bảng 3.3. Đặc điểm các triệu chứng rối loạn hành vi ở giai đoạn khởi phát (n=75)

Các rối loạn hành vi	SL	%
Kích động	16	21,3
Đi lang thang	9	12,0
Hành vi kỳ dị	15	20,0
Giảm hoạt động	19	25,3
Tăng hoạt động	26	34,7

Nhận xét: Chiếm tỷ lệ cao nhất là triệu chứng rối loạn hành vi tăng hoạt động (34,7%). Chiếm tỷ lệ thấp nhất là triệu chứng đi lang thang với 12,0%.

3.5. Đặc điểm triệu chứng về cảm giác tri giác

Bảng 3.4. Các triệu chứng về cảm giác, tri giác (n=75)

Triệu chứng về cảm giác, tri giác	SL	%
Tăng cảm giác	49	65,3
Tri giác sai thực tại	9	12,0
Giải thể nhân cách	1	1,4
Không rối loạn cảm giác, tri giác	16	21,3
Tổng	75	100

Nhận xét: Triệu chứng tăng cảm giác hay gặp chiếm 65,3%, ít gặp ở 2 triệu chứng: tri giác sai thực tại (12,0%) và giải thể nhân cách (1,4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi và giới của rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh theo giới (nữ/nam) = 1,14. Kết quả này tương tự như kết quả của một số tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Chiến và cộng sự (2000) trên 55 bệnh nhân rối loạn loạn thần cấp đa dạng không có các triệu chứng tâm thần phân liệt cho thấy tỷ lệ nữ/nam = 28/27 (= 1,04) [45]. Nghiên cứu của Wolfgang Gaebel và cộng sự (2007) trên 339 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ này là 1,16 [4]. Tuy nhiên, một số tác giả khác cho thấy tỷ lệ mắc theo giới cao hơn ở nữ, như theo Kaplan & Sadock (2007) [2], Andreas Marneros (2005) [5]. Có sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của các tác giả trên thế giới được tiến hành ở cộng đồng còn nghiên cứu này được tiến hành ở những bệnh nhân điều trị nội trú

trong bệnh viện. Đồng thời cỡ mẫu trong nghiên cứu của các tác giả trên thế giới lớn hơn cỡ mẫu trong nghiên cứu này.

Kết quả bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $34,28 \pm 12,71$ tuổi. Trong đó, tuổi mắc bệnh thấp nhất là 13 tuổi và tuổi mắc bệnh cao nhất là 64 tuổi. Như vậy có thể thấy rối loạn loạn thần cấp và nhất thời gặp ở mọi lứa tuổi. Theo kết quả, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm tuổi từ 18 đến 30 tuổi chiếm tỉ lệ 33,3%. Tiếp đó đến nhóm tuổi 31 đến 40 và nhóm tuổi 51 đến 60 (24% và 12%). Ít gặp nhất là nhóm tuổi trên 60 với tỉ lệ 4%. Kết quả này tương đồng với lý thuyết Kaplan & Sadock (2007) cũng nhận thấy tuổi mắc bệnh hay gặp nhất ở lứa tuổi 20 - 30 [2]. Ngoài ra, kết quả ở bảng 3.1 còn cho thấy tỷ lệ mắc của rối loạn loạn thần cấp và nhất thời có xu hướng giảm theo tuổi.

4.2. Đặc điểm về lời nói ngôn ngữ và giao tiếp. Kết quả bảng 3.2 cho biết, đa số gặp bệnh nhân có biểu hiện lời nói bất thường với tỉ lệ 86,7%. Tiếp đến là nói mơ hồ không rõ nội dung (64,0%) và nói không liên quan đến hoàn cảnh (54,7%), ít gặp nhất là nói lặp lại nội dung một câu, một từ (34,7%). Kết quả này khác với kết quả của Philippos Gourzis và cộng sự (2002). Philippos Gourzis khi nghiên cứu triệu chứng học ở giai đoạn khởi phát trong tâm thần phân liệt nhận thấy nói lặp lại một nội dung hay nội dung nghèo nàn chiếm tới 20%, tiếp đó đến lời nói mơ hồ, không rõ ràng chiếm 7% và ít gặp nhất là nói không liên quan đến hoàn cảnh chiếm 6% [6]. Có sự khác biệt về kết quả là do nghiên cứu trên của tác giả thực hiện ở các đối tượng ngoại trú với cỡ mẫu lớn, lựa chọn ngẫu nhiên trong quần thể 1 triệu dân của thành phố Patras, Hy Lạp, theo dõi trong 3 tháng, còn nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở bệnh nhân nội trú có thể biểu hiện rõ hơn.

4.3. Đặc điểm các triệu chứng rối loạn hành vi. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ kích động 21,3%, đi lang thang 12%, hành vi kỳ dị 20%, giảm hoạt động 25,3%. Theo Yung R.A. (1996) tỷ lệ kích động gặp 47,6%, hành vi kỳ dị 9,5%, tăng hoạt động 23,8%, không hoạt động 38,1% [7]. Sự khác biệt này có lẽ do mẫu nghiên cứu và khu vực khác nhau của nghiên cứu này và của chúng tôi. Các đặc điểm của triệu chứng khởi phát bao gồm một sự pha trộn là các triệu chứng loạn thần suy yếu như thay đổi nhận thức và sự nghi ngờ; các triệu chứng cảm xúc và thần kinh, một số là do phản ứng với các triệu chứng khác; và các thay đổi hành vi đáp ứng các hiện tượng khác đã trải qua cả do

triệu chứng suy yếu thần kinh, tâm thần [5].

4.4. Các triệu chứng về cảm giác, tri giác. Triệu chứng về tăng cảm giác chiếm tỷ lệ cao nhất 65,3%, tri giác sai thực tại và giải thể nhân cách ít gặp hơn. Theo Yung R.A. (1996) cho thấy có sự thay đổi trong nhận cảm chính bản thân, người khác và thể giới xung quanh chiếm 61,9%, bệnh nhân cảm thấy rất căng thẳng, lo lắng, cảm giác như bị đóng băng. Có người mô tả không nhận ra chính mình, cảm giác khác lạ trong mình, mọi thứ xung quanh đang thay đổi, tỷ lệ tri giác thay đổi chiếm 61,9%, bệnh nhân cảm giác tê cứng trong đầu hoặc bị đánh vào đầu bằng búa tạ, cảm giác mất kiểm soát không suy nghĩ được gì [7]. Như Primer A. (2002) mô tả bệnh nhân cảm giác khác thường với những người khác hoặc những thứ trong môi trường có thể có vẻ thay đổi. Người bệnh cảm nhận thấy có điều gì lạ trong người, lo lắng chờ đợi một điều gì đến sẽ thay đổi cuộc đời mình [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu dựa trên 75 bệnh nhân rối loạn loạn thần cấp và nhất thời, chúng tôi nhận thấy có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng hay gặp nhất ở lứa tuổi 20-30, tỷ lệ mắc xu hướng giảm theo tuổi. Các rối loạn hành vi, ngôn ngữ, cảm giác và tri giác rất đa dạng. Trong các triệu chứng về ngôn ngữ, hầu hết gặp triệu chứng lời nói bất thường. Trong các triệu chứng về hành vi gặp

nhều nhất là tăng hoạt động. Cuối cùng, phần lớn các bệnh nhân rối loạn loạn thần cấp và nhất thời có triệu chứng tăng cảm giác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. William T. C., Deanna M. B. (2013). Brief psychotic disorder. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed, American Psychiatric Association, Washington, D.C, 94–96.
2. James B.J., virginia A.S. (2007). Brief Psychotic Disorder, Psychotic Disorder Not Otherwise Specified, and Secondary Psychotic Disorders. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. New York University, 514–515.
3. Rajkumar R.P. (2016). Acute polymorphic psychotic disorder: Differences from other acute and transient psychoses: Letter to the Editor. Asia-Pac Psychiatry, 8(1), 102–103.
4. Gaebel W., Riesbeck M. (2007). Revisiting the relapse predictive validity of prodromal symptoms in schizophrenia. Schizophr Res, 95(1–3), 19–29.
5. Marneros A., Pillmann F., Haring A., et al. (2005). Is the psychopathology of acute and transient psychotic disorder different from schizophrenic and schizoaffective disorders?. Eur Psychiatry, 20(4), 315–320.
6. Gourzis P., Katrivanou A., Beratis S. (2002). Symptomatology of the initial prodromal phase in schizophrenia. Schizophr Bull, 28(3), 415–429.
7. Yung A.R., McGORRY P.D. (2007). Prediction of psychosis: setting the stage. Br J Psychiatry, 191(51), s1–s8.
8. Primer A. (2002). Early Identification of Psychosis. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, 7–9.

PHÂN TÍCH KẾT QUẢ TRÚNG THẦU ĐẦU THẦU MUA THUỐC TẬP TRUNG NĂM 2017 TẠI SỞ Y TẾ BẮC GIANG

Nguyễn Thị Song Hà*, Nguyễn Thị Huyền Trang**, Hà Văn Thuý***

TÓM TẮT

Đầu thầu mua thuốc là quá trình lựa chọn nhà thầu để ký kết và thực hiện hợp đồng mua sắm thuốc trên cơ sở bảo đảm cạnh tranh, công bằng, minh bạch và hiệu quả kinh tế. Tại Bắc Giang, Sở Y tế đã thực hiện hình thức đầu thầu tập trung từ năm 2009. Nghiên cứu này thực hiện nhằm phân tích chi tiết kết quả đầu thầu mua thuốc tập trung năm 2017 tại Sở Y tế Bắc Giang. Nghiên cứu tiến hành dựa trên hồi cứu số liệu tại quyết định trúng thầu mua thuốc tập trung

năm 2017 của Sở Y tế Bắc Giang. Kết quả cho thấy, tỉ lệ giá trị trúng thầu thuốc của Sở Y tế Bắc Giang năm 2017 chủ yếu là thuốc generic, thuốc nhóm điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn. Phần lớn giá trúng thầu các thuốc năm 2017 so với năm 2016 tại Sở Y tế Bắc Giang đều giữ nguyên giá hoặc giảm giá.

SUMMARY

ANALYSIS OF BID WINNING RESULTS FOR CONCENTRATED PROCUREMENT OF DRUGS IN 2017 AT BAC GIANG DEPARTMENT OF HEALTH

Procurement of drugs is the process of selecting contractors to sign and implement drug procurement contracts on the basis of ensuring competition, fairness, transparency and economic efficiency. In Bac Giang, centralized bidding was deployed by the Department of Health since 2009. This study was conducted in order to analyze in detail the results of concentrated procurement of drugs in 2017 at Bac

*Đại học Dược Hà Nội

**Sở Y tế Bắc Giang

***Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Song Hà

Email: songhaktd@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2019

Ngày duyệt bài: 6.6.2019

Giang Department of Health. The study was conducted based on retrospective data at the winning decision for concentrated procurement drugs in 2017 by Bac Giang Department of Health. The results showed that the ratio of winning bid value of Bac Giang Department of Health in 2017 was mainly generics, parasitic treatment and anti-infection medicine group. Most of the winning bid prices for drugs in 2017 compared to 2016 at Bac Giang Department of Health were unchanged or reduced.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm qua, ngành Y tế đã có nhiều nỗ lực trong cung ứng thuốc phục vụ chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, góp phần đạt mục tiêu hàng đầu là sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả với chi phí hợp lý. Bộ Y tế đã tham mưu với Chính phủ ban hành nhiều văn bản quan trọng trong lĩnh vực Y tế, trong đó có vấn đề đấu thầu thuốc. Phương thức đấu thầu tập trung của Sở Y tế Bắc Giang có nhiều ưu điểm là giá thuốc được áp dụng chung trong toàn tỉnh, tăng cường hiệu quả của công tác quản lý thuốc trên địa bàn. Nhưng cũng có những tồn tại nhất định như danh mục thuốc còn chưa hợp lý, giá thuốc vẫn còn cao... làm giảm hiệu quả đấu thầu và gây

ảnh hưởng đến chất lượng cung ứng thuốc [1,2,3].

Để làm rõ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài Phân tích kết quả đấu thầu mua thuốc tập trung của Sở Y tế Bắc Giang năm 2017 về các tiêu chí như tỉ lệ trúng thầu theo từng nhóm thuốc, theo nhóm tác dụng dược lý, theo xuất xứ, theo phân tích ABC; so sánh giá thuốc trúng thầu năm 2017 với năm 2016 của Sở Y tế Bắc Giang nhằm nhìn ra những ưu điểm, nhược điểm của kết quả đấu thầu mua thuốc tập trung của Sở Y tế Bắc Giang. Từ đó đưa ra một số khuyến nghị nhằm nâng cao chất lượng công tác đấu thầu tại Sở Y tế Bắc Giang trong những năm tiếp theo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Danh mục

thuốc trúng thầu năm 2017 của SYT Bắc Giang

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: Gồm 1155 khoản mục, trong đó có 1035 thuốc tân dược và 120 thuốc đông y, thuốc tử dược liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân tích cơ cấu danh mục thuốc trúng thầu

3.1.1. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm thuốc

Bảng 1. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm thuốc

Nội dung	SKM		Giá trị (triệu đồng)	
	Trúng thầu	Tỷ lệ %	Trúng thầu	Tỷ lệ %
Thuốc tân dược				
Thuốc biệt dược gốc	169	14,6	83.149,0	13,2
Thuốc generic	866	75,0	481.890,9	76,7
Thuốc đông y, thuốc tử dược liệu	120	10,4	63.640,1	10,1
Tổng	1.155	100,0	628.680,0	100,0

Phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm thuốc ở Bảng 1 cho thấy: Thuốc generic có số khoản mục (SKM) và giá trị cao nhất (75% SKM và 76,7% giá trị). Thuốc đông y, thuốc tử dược liệu có tỉ lệ này thấp nhất (10,4% SKM và 10,1% giá trị).

3.1.2. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm tác dụng

Danh mục thuốc tân dược trúng thầu có 26/27 nhóm tác dụng dược lý theo thông tư 40.

Bảng 2. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm tác dụng

TT	Nội dung	SKM		Giá trị (triệu đồng)	
		Trúng thầu	Tỷ lệ %	Trúng thầu	Tỷ lệ %
1	Thuốc tân dược	1.035	89,6	565.039,9	89,9
1.1	Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	237	20,5	190.863,8	30,4
1.2	Thuốc tim mạch	184	15,9	127.412,8	20,3
1.3	Hormon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	85	7,4	59.173,6	9,4
1.4	Thuốc đường tiêu hoá	103	8,9	41.753,4	6,6
1.5	Thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm không steroid, thuốc điều trị gút và các bệnh xương khớp	70	6,1	27.265,6	4,3

TT	Nội dung	SKM		Giá trị (triệu đồng)	
		Trúng thầu	Tỷ lệ %	Trúng thầu	Tỷ lệ %
1.6	Thuốc tác dụng đối với máu	31	2,7	25.026,4	4,0
1.7	Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	55	4,8	22.916,1	3,6
1.8	Thuốc điều trị ung thư và miễn dịch	50	4,3	15.480,9	2,5
1.9	Dung dịch điều chỉnh nước, điện giải, cân bằng acid-base và các dung dịch tiêm truyền khác	39	3,4	14.842,8	2,4
1.10	Khoáng chất và Vitamin	29	2,5	7.584,0	1,2
1.11	Các nhóm khác	152	13,2	32.720,6	5,2
2	Thuốc đông y, thuốc từ dược liệu	120	10,4	63.640,1	10,1
	Tổng	1.155	100,0	628.680,0	100,0

Phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm tác dụng (bao gồm cả thuốc đông y, thuốc từ dược liệu) ở Bảng 2 cho thấy: Nhóm thuốc tân dược chiếm tỉ lệ SKM và giá trị chủ yếu (89,6% SKM và 89,9% giá trị). Trong các thuốc tân dược, nhóm Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn có SKM và giá trị cao nhất (20,5% SKM và 30,4% giá trị), sau đó đến nhóm Thuốc tim mạch (15,9% SKM và 20,3% giá trị). Các nhóm tác dụng còn lại có tỉ lệ giá trị thấp (<10%).

3.1.3. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo xuất xứ

Bảng 3. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo xuất xứ

Xuất xứ	SKM		Giá trị (triệu đồng)	
	Trúng thầu	Tỷ lệ %	Trúng thầu	Tỷ lệ %
Trong nước	588	50,9	255.450,1	40,6
Nước ngoài	567	49,1	373.229,9	59,4
Tổng	1.155	100,0	628.680	100,0

Phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu theo xuất xứ ở Bảng 3 cho thấy: SKM các thuốc trong nước (50,9%) cao thuốc nước ngoài (40,6%), tuy nhiên mức chênh lệch không đáng kể so với danh mục thuốc trúng thầu ($21/1.155=1,81\%$). Tỉ lệ giá trị trúng thầu của thuốc trong nước (40,6%) thấp hơn thuốc nước ngoài (59,4%), chênh lệch 117,8 tỉ đồng (18,7%).

3.1.4. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo phân tích ABC

Bảng 4. Kết quả phân tích ABC danh mục thuốc trúng thầu

Nội dung	Giá trị (triệu đồng)		SKM	
	Trúng thầu	Tỷ lệ %	Trúng thầu	Tỷ lệ %
Nhóm A	502.836,3	80,0	341	29,5
Nhóm B	94.405,5	15,0	332	28,7
Nhóm C	31.438,3	5,0	482	41,8
TỔNG	628.680,0	100,0	1.155	100,0

Phân tích ABC danh mục thuốc trúng thầu tại Sở Y tế Bắc Giang năm 2017 qua số liệu tại Bảng 5 cho thấy: Tổng giá trị nhóm A đạt 80% có lên đến 29,5% SKM thuốc; giá trị nhóm B đạt 15% có 28,7% SKM thuốc và giá trị nhóm C chỉ có 5% chiếm 41,8% SKM thuốc trúng thầu. Như vậy, tỉ lệ SKM nhóm A và B chưa hợp lý. Đặc biệt, SKM thuốc nhóm A đang có quá nhiều.

3.2. So sánh giá các thuốc trúng thầu năm 2017 và năm 2016

Bảng 5. So sánh chênh lệch giá trúng thầu giữa năm 2017 và 2016

Tỉ lệ chênh lệch giá (%)	Giảm		Tăng		Không thay đổi	
	SKM	Tỉ lệ %	SKM	Tỉ lệ %	SKM	Tỉ lệ %
0					158	40,9
>0 đến 5	65	16,8	30	7,8		
>5 đến 10	33	8,5	18	4,7		
>10 đến 20	46	11,9	12	3,1		
>20	23	6,0	1	0,3		
Tổng cộng	167	43,3	61	15,8	158	40,9
Tổng số thuốc	386					

So sánh giá trúng thầu của 386 thuốc trúng thầu tại Bắc Giang năm 2016 và 2017 (thuốc có cùng tên thương mại, hàm lượng, nồng độ, dạng bào chế) ở Bảng 6 cho thấy: Phần lớn giá các

thuốc năm 2017 so với năm 2016 đều giữ nguyên giá (40,9% số lượng thuốc) hoặc giảm giá (43,3%). Đáng kể là có 23 thuốc giảm được > 20% so với giá trúng năm 2016. Tuy nhiên,

còn có 61 thuốc bị tăng giá, đặc biệt có 01 thuốc tăng giá > 20%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Cơ cấu danh mục thuốc trúng thầu

- Về cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm thuốc: Trong 03 nhóm thuốc, thuốc biệt dược gốc và thuốc đông y, thuốc dược liệu có tỉ lệ SKM trúng thầu cao nhất do ít nhà thầu cạnh tranh. Nhóm thuốc biệt dược gốc ít sự cạnh tranh vì đặc thù về sở hữu bằng sáng chế. Nhóm thuốc đông y, thuốc dược liệu ít sự cạnh tranh cho thấy thị trường này vẫn còn hạn chế về số lượng những mặt hàng đủ chất lượng tham dự thầu. Đây là đặc điểm cần lưu ý khi xây dựng danh mục thuốc đấu thầu, đặc biệt khi xây dựng giá kế hoạch vì những mặt hàng này tuy độc quyền nhưng chưa có sự ổn định về giá trên thị trường. Nhóm thuốc generic có tỉ lệ SKM và giá trị trúng thầu cao nhất, chiếm đa số cho thấy xu hướng sử dụng chủ yếu thuốc generic tại Bắc Giang.

- Về cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm tác dụng: Danh mục thuốc trúng thầu của Sở Y tế Bắc Giang năm 2017 có hầu hết các nhóm tác dụng dược lý của Thông tư 40 (26/27 nhóm), đáp ứng được đầy đủ mô hình bệnh tật đa dạng của tỉnh. Tỉ lệ trúng thầu của nhóm thuốc ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn cao nhất. Tỉ lệ này cũng cao nhất ở hầu hết các tỉnh từ năm 2013 đến 2017: SYT Đà Nẵng năm 2013 (46,93%); SYT Nam Định năm 2015 (30,1%); SYT Nghệ An năm 2016 (30,0%); SYT Hà Nội năm 2016 (48,3%); SYT Bắc Kạn năm 2017 (43,5%). Qua nhiều năm, các bệnh nhiễm khuẩn vẫn chiếm một tỉ lệ lớn trong mô hình bệnh tật của Việt Nam ở hầu hết các vùng miền.

- Về cơ cấu thuốc trúng thầu theo xuất xứ: SKM thuốc trong nước nhiều hơn thuốc nước ngoài (588/567). Tuy nhiên, giá trị thuốc trong nước trúng thầu thấp hơn thuốc nước ngoài, sự chênh lệch giữa 2 nhóm xuất xứ không nhiều (18,7%). Với tỉ lệ này chưa đạt được chỉ tiêu trong Đề án "Người Việt Nam ưu tiên dùng thuốc Việt Nam"[5].

- Về cơ cấu thuốc trúng thầu theo phân tích ABC: Qua phân tích ABC, danh mục thuốc trúng thầu có quá nhiều thuốc nhóm A. Khó có thể đạt được yêu cầu đảm bảo sử dụng tối thiểu 80% số lượng thuốc theo kế hoạch. Đa số các Sở Y tế hiện nay chưa áp dụng phương pháp phân tích ABC danh mục thuốc kế hoạch mời thầu[4,6].

4.2. Về giá thuốc trúng thầu: So với giá trúng thầu năm 2016, phần lớn giá các thuốc năm 2017 đều giữ nguyên giá hoặc giảm giá, đặc biệt có 23 thuốc giảm được > 20% so với

giá trúng năm 2016. Việc giảm giá của các thuốc này một phần cho thấy việc xây dựng giá kế hoạch của SYT Bắc Giang tương đối sát với thị trường nhưng cũng cho thấy sự cạnh tranh khốc liệt giữa các mặt hàng thuốc. Cần đặc biệt lưu ý 61 thuốc bị tăng giá năm 2017 so với năm 2016, đặc biệt 01 thuốc tăng giá > 20%.

V. KẾT LUẬN

Trong danh mục thuốc trúng thầu, thuốc generic có SKM và giá trị trúng thầu cao nhất (75,0% SKM và 76,7% giá trị). Nhóm Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn có SKM và giá trị trúng thầu cao nhất (22,9% SKM và 33,78% giá trị). Thuốc trong nước có SKM trúng thầu cao hơn thuốc nước ngoài (558/567 SKM) nhưng giá trị (40,6%) thấp hơn thuốc nước ngoài (59,4%). Theo phân tích ABC, tỉ lệ SKM nhóm A quá nhiều (29,4%). Đa số là Nhóm Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn (27,3% SKM và 33,4% giá trị).

Phần lớn giá các thuốc năm 2017 so với năm 2016 đều giữ nguyên giá (40,9% số lượng thuốc) hoặc giảm giá (43,3%), trong đó có 61 thuốc bị tăng giá.

KHUYẾN NGHỊ

- Với đơn vị khám chữa bệnh: Áp dụng các phương pháp (như phân tích ABC/VEN) đối với danh mục thuốc kế hoạch của đơn vị và hoạt động hiệu quả hơn công tác Dược lâm sàng nâng cao hiệu quả lựa chọn thuốc sử dụng tại đơn vị.

- Với Sở Y tế: Áp dụng các phương pháp (như phân tích ABC danh mục thuốc tổng hợp của Sở Y tế) để thu gọn lại danh mục thuốc đấu thầu cho phù hợp với nhu cầu sử dụng thực tế.

- **Lưu ý:** + Giảm giá kế hoạch khi xây dựng danh mục thuốc đấu thầu với các thuốc có giá trúng thầu năm 2017 cao hơn năm 2016.

+ Nâng cao tỉ lệ các thuốc trong nước trong danh mục thuốc đấu thầu: cân nhắc lựa chọn thuốc trong nước thay cho các nhóm thuốc nước ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sở Y tế Bắc Giang (2017)**, Quyết định số 10/QĐ-SYT ngày 06/01/2017 về việc phê duyệt kết quả lựa chọn nhà thầu Gói thầu số 1: Thuốc biệt dược gốc hoặc tương đương đương điều trị.
2. **Sở Y tế Bắc Giang (2017)**, Quyết định số 11/QĐ-SYT ngày 06/01/2017 về việc phê duyệt kết quả lựa chọn nhà thầu Gói thầu số 2: Thuốc generic.
3. **Sở Y tế Bắc Giang (2017)**, Quyết định số 12/QĐ-SYT ngày 06/01/2017 về việc phê duyệt kết quả lựa chọn nhà thầu Gói thầu số 3: Thuốc cổ truyền, thuốc dược liệu.
4. **Trung tâm mua sắm thuốc Quốc gia (2017)**, Quyết định số 33/QĐ-TTMS về việc phê duyệt lựa chọn kết quả nhà thầu Gói thầu số 03: Mua thuốc

- thuộc danh mục đầu thầu tập trung cho các tỉnh miền trung du và miền núi phía Bắc thuộc Kế hoạch lựa chọn nhà thầu cung cấp thuốc thuộc danh mục đầu thầu tập trung cấp Quốc gia năm 2017 của Trung tâm mua sắm tập trung cấp Quốc gia.
5. **UBND tỉnh Bắc Giang (2016)**, Quyết định số 1438/QĐ-UBND ngày 09/9/2016 về việc phê duyệt kế hoạch lựa chọn nhà thầu các gói thầu: Mua thuốc, vật tư y tế, hoá chất, sinh phẩm y tế năm 2016.

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.
7. **YING YAO (2015)**, An Inquiry into the Pharmaceutical Procurement in China: Evidence from Guangdong Province, Institute for Policy Studies (GRIPS), Degree of Doctor of philosophy in public economics.

ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HÔ HẤP, TUẦN HOÀN VÀ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN TRONG GÂY Mê BẰNG SEVOFLURA KẾT HỢP GÂY TÊ KHOANG CÙNG DỰA VÀO MAC VÀ BIS Ở TRẺ EM

Trần Thị Nương*, Nguyễn Quốc Kính*, Lưu Quang Thùy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng đến hô hấp, tuần hoàn và một số tác dụng không mong muốn trong gây mê bằng sevofluran kết hợp gây tê khoang cùng dựa vào MAC và BIS ở trẻ em. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** 86 bệnh nhi được lấy vào nghiên cứu đánh giá về SpO₂, etCO₂, nhịp thở, tần số tim, huyết áp trung bình và một số tác dụng không mong muốn. **Kết luận:** SpO₂, EtCO₂, Vt, nhịp thở ở mức bình thường khi tự thở qua mask thanh quản. HATB, tần số tim duy trì ở mức bình thường trong quá trình gây mê. 5.8 % bệnh nhân ho lúc khởi mê, 4.7 % bệnh nhân cử động bất thường lúc rạch da, 1.16 % bệnh nhân co thắt thanh quản lúc khởi mê. Thoát mê có 11.63 % bệnh nhân ứ đọng đờm dãi, 9.3% bệnh nhân tụt lưỡi, không có bệnh nhân nào có biểu hiện co thắt thanh quản.

Từ khóa: BIS, MAC, Sevofluran, hô hấp, tuần hoàn.

SUMMARY

EVALUATE EFFECTS ON RESPIRATORY AND CARDIOVASCULAR SYSTEM AND SOME SIDE EFFECTS OF GENERAL ANESTHESIA COMBINED WITH CAUDAL ANESTHESIA, BASING ON MAC AND BIS INDEX IN CHILDREN

Objectives: To evaluate effects on respiratory and cardiovascular system and some side effects of general anesthesia combined with caudal anesthesia in children basing on MAC and BIS index. **Study Methods:** An observational, cross sectional study. **Results:** The study including 86 children patients, on SpO₂, etCO₂, respiratory rate, heart rate, mean blood pressure, and some side effects. **Results:** SpO₂, EtCO₂, tidal volume, respiratory rate were at normal levels when patients breathed spontaneously through

LMA. The mean blood pressure, heart rate maintained normal values during anesthesia. 5.8 % of patients had coughing during induction, 4.7% of patients had movement when performing incision, 1.16 % patients had laryngeal spasm during induction. During recovery, 11.63% of patients had accumulated respiratory secretion, 9.3% of patients had tongue falling back, there were no patients with signs of laryngeal spasm.

Keywords: BIS, MAC, Sevoflurane, respiratory, cardiovascular.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tác dụng gây mê của các thuốc mê đường hô hấp được định nghĩa bằng MAC (minimal alveolar concentration) hay còn gọi là nồng độ phế nang tối thiểu, đó là nồng độ phế nang tối thiểu của một thuốc mê dưới dạng khí hoặc hơi đo ở áp lực khí quyển thông thường làm ức chế phản ứng vận động ở 50% các bệnh nhân khi bị một kích thích đau như rạch da [1]. Trên thế giới đánh giá độ mê dựa vào hoạt động điện ở vỏ não như chỉ số lưỡng phổ BIS (bispectral index) đã được áp dụng rộng rãi. BIS là một phương tiện đánh giá độ mê dựa trên nguyên lý đo điện thế ức chế và kích thích sau synap của vỏ não được truyền đến vùng trán và mặt, dùng điện cực để ghi lại các sóng điện não và được số hóa thành các con số từ 0 – 100. Trên lâm sàng, giá trị BIS duy trì từ 40 – 60 được cho là đủ để phẫu thuật. Gây mê cho trẻ em có nhiều điểm đặc thù hơn so với gây mê ở người lớn. Trong đó, việc tránh những di chứng về tâm thần khi gây mê quá nông cũng như những tai biến khi gây mê quá sâu ở trẻ em là điều rất cần thiết. Chính vì thế, theo dõi độ mê trong lúc mổ giúp cho bác sỹ gây mê điều chỉnh kịp thời tạo điều kiện cho cuộc mổ diễn ra thuận lợi và an toàn. Ở Việt Nam có một số nghiên cứu gây mê bằng thuốc mê sevofluran, nghiên cứu điều chỉnh độ mê bằng điện não số hóa ở người lớn nhưng chưa

*Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluoquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2019

Ngày duyệt bài: 30.5.2019

có nghiên cứu nào ở trẻ em trong khi đó gây mê bằng sevofluran phổ biến ở trẻ em vì vậy tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá ảnh hưởng đến hô hấp, tuần hoàn và một số tác dụng không mong muốn trong gây mê bằng sevofluran kết hợp gây tê khoang cùng dựa vào MAC và BIS ở trẻ em.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân là trẻ em độ tuổi từ 1 đến 12 tuổi, cân nặng ≥ 10 kg, ASA từ I–II, thời gian mổ ≤ 2 giờ có chỉ định gây mê sevofluran bằng mask thanh quản kết hợp với gây tê khoang cùng

2.2. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả, cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện

2.3 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Việt Đức

- Thời gian: từ 10/2014 đến 02/2015

2.4. Xử lý số liệu. Các số liệu nghiên cứu được phân tích và xử lý theo phần mềm SPSS 16.0. Xác suất tiên đoán Pk trạng thái mê của điện não số hóa (BIS) được tính theo công thức $PK = 1 - (1 - |Somer's d|)/2$ và sai chuẩn của $PK =$ sai chuẩn của Somer's d: 2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau thời gian nghiên cứu chúng tôi đã thu thập được 86 bệnh nhi với kết quả như sau:

3.1 Đặc điểm chung. Trong 86 bệnh nhi chúng tôi chiếm chủ yếu là nam (91%) với tuổi trung bình các cháu là $4,1 \pm 2,6$. Cân nặng trung bình của bệnh nhi là $16,5 \pm 5,6$ (kg). Thời gian phẫu thuật trung bình là $41,3 \pm 22,4$ (phút). Thời gian khởi mê là: $61,7 \pm 24,6$ (giây). Và thời gian trung bình úp mask đến BIS < 60 là $79,5 \pm 30,7$ (giây).

3.2. Ảnh hưởng đến hô hấp, tuần hoàn và một số tác dụng không mong muốn khi gây mê sevofluran kết hợp gây tê khoang cùng.

3.2.1 Ảnh hưởng đến hô hấp.

Bảng 3.1. Giá trị trung bình SpO_2 tại một số thời điểm gây mê.

Trạng thái mê	Thời điểm	SpO_2
Mức A	T10	$99,6 \pm 0,5$
Mức B	T1	$99,72 \pm 0,7$
	T9	$99,8 \pm 0,3$
Mức C	T4	$99,5 \pm 0,9$
	T5	$99,4 \pm 0,5$
	T6	$98,9 \pm 1,3$
	T7	$99,61 \pm 0,9$
	T8	$99,7 \pm 0,95$

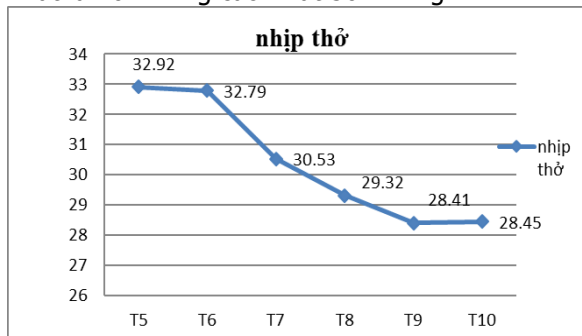
Nhận xét: SpO_2 duy trì trong giới hạn bình thường ở một số thời điểm gây mê.

Bảng 3.2. Giá trị trung bình $EtCO_2$

(mmHg) tại một số thời điểm gây mê.

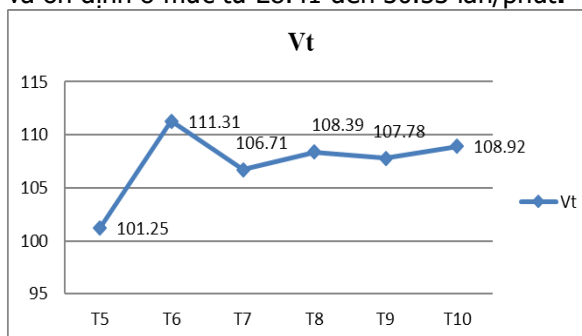
Trạng thái mê	Thời điểm	$EtCO_2$	min – max
Mức A	T10	$38,21 \pm 4,26$	30 – 46
Mức B	T1	$30,08 \pm 9,48$	20 – 50
	T9	$38,91 \pm 4,56$	30 – 46
Mức C	T4	$38,46 \pm 6,2$	25 – 50
	T5	$40,37 \pm 4,3$	30 – 47
	T6	$39,56 \pm 5,3$	30 – 45
	T7	$40,06 \pm 4,42$	30 – 46
	T8	$39,64 \pm 4,12$	31 – 45

Nhận xét: Tại mức B, thời điểm T1 (mất phản xạ mi mắt) $EtCO_2$ thấp nhất. Tại mức A và mức C $EtCO_2$ duy trì từ 35 – 45 mmHg. Một số bệnh nhân có biểu hiện nhược thán và ưu thán thường gặp ở trước đặt mask thanh quản, thấp nhất là 20 mmHg cao nhất 50 mmHg.



Biểu đồ 3.1. Giá trị trung bình nhịp thở ở một số thời điểm gây mê.

Nhận xét: Nhịp thở trung bình ở thời điểm T5 (trước khi rạch da), T6 (sau khi rạch da) cao nhất. Nhịp thở trung bình trong thời điểm T7, T8, T9, T10 (sau rạch da 5 phút, sau 20 phút, khi đóng da, rút mask thanh quản) giao động ít và ổn định ở mức từ 28.41 đến 30.53 lần/phút.



Biểu đồ 3.2. Giá trị trung bình Vt ở một số thời điểm gây mê.

Nhận xét: Thời điểm T5 (trước khi tiến hành rạch da) Vt thấp nhất $101,25 \pm 34,16$. Thời điểm T6 (sau khi tiến hành rạch da) Vt tăng nhẹ $111,31 \pm 44,7$. Thời điểm T7, T8, T9, T10 (sau rạch da 5 phút, 20 phút, đóng da, rút mask

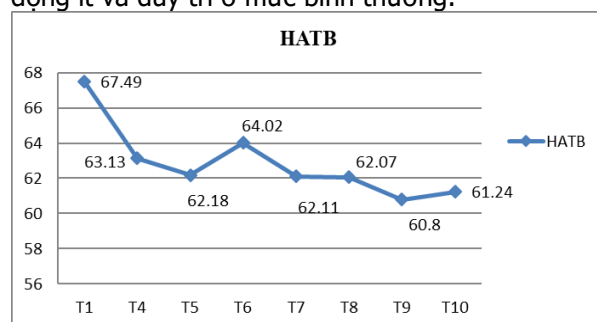
thanh quản) Vt giao động ít và ổn định ở mức từ 106.71 – 108.92.

3.2.2 Ảnh hưởng đến huyết động.

Bảng 3.3. Giá trị trung bình nhịp tim ở một số thời điểm gây mê.

Trạng thái mê	Thời điểm	Nhịp tim	min – max
Mức A	T10	112.68 ± 19.5	74 – 160
Mức B	T1	114.91 ± 25.32	65 – 160
	T9	112.29 ± 16.26	75 – 154
Mức C	T2	111.76 ± 25.71	65 – 150
	T3	116.08 ± 17.61	75 – 166
	T4	117.1 ± 17.68	75 – 153
	T5	118.49 ± 16.11	80 – 153
	T6	126.56 ± 18.24	80 – 175
	T7	118.88 ± 16.04	78 – 159
	T8	115.83 ± 15.18	77 – 159

Nhận xét: Nhịp tim tăng cao nhất ở thời điểm T6 (sau khi tiến hành rạch da). Nhịp tim có xu hướng chậm hơn ở thời điểm T1, T2 (mất phản xạ mi mắt và chọc vein). Thời điểm đặt mask thanh quản nhịp tim tăng nhẹ. Giai đoạn phẫu thuật và rút mask thanh quản nhịp tim dao động ít và duy trì ở mức bình thường.



Biểu đồ 3.3. Thay đổi HATB ở một số thời điểm gây mê.

Nhận xét: Thời điểm T1 (mất phản xạ mi mắt) HATB cao nhất. Tới điểm T6 (sau khi tiến hành rạch da) HATB tăng nhẹ. Thời điểm T4 (đặt mask thanh quản) và giai đoạn phẫu thuật T5, T7, T8, HATB giao động ít và duy trì trong giới hạn bình thường từ 60.8 – 63.13. Thời điểm T10 (rút mask thanh quản) HATB không tăng lên.

Bảng 3.4. Thay đổi nhịp tim, HATB và chỉ số BIS sau khi rạch da.

Dấu hiệu lâm sàng	$\bar{X} \pm SD$	p
Nhịp tim	8.07 ± 1.53	p < 0.01
HA	1.84 ± 1.12	p = 0.104
BIS	5.38 ± 0.85	p < 0.01

Nhận xét: Nhịp tim và chỉ số BIS tăng có ý nghĩa thống kê ở thời điểm sau khi rạch da so với trước khi rạch da, p < 0.05. HATB thay đổi

không đáng kể ở thời điểm sau khi rạch da so với trước khi rạch da, p > 0.05.

3.3 Các tác dụng không mong muốn ở một số thời điểm gây mê.

Bảng 3.5. Tác dụng không mong muốn ở thời điểm khởi mê, lúc rạch da.

Dấu hiệu lâm sàng	n	%
Ho	5	5.8
Tăng tiết đàm dãi	0	0 %
Co thắt thanh quản	1	1.16
Cử động bất thường lúc rạch da	4	4.7

Nhận xét: 5.8% bệnh nhân có biểu hiện ho lúc khởi mê chủ yếu xảy ra ở trẻ lớn. 4.7% bệnh nhân có cử động bất thường sau khi tiến hành rạch da. 1.16% bệnh nhân có biểu hiện co thắt thanh quản trong lúc khởi mê.

Bảng 3.6. Tác dụng không mong muốn ở thời điểm thoát mê.

Dấu hiệu lâm sàng	n	%
Co thắt thanh quản	0	0
Tụt lưỡi	8	9.3
Ứ đọng đàm dãi	10	11.63
Nôn và buồn nôn	1	1.16

Nhận xét: Thời điểm thoát mê chủ yếu là ứ đọng đàm dãi chiếm 11.63% bệnh nhân. 9.3% bệnh nhân có biểu hiện tụt lưỡi. Không có bệnh nhân nào co thắt thanh quản. Nôn và buồn nôn chiếm tỷ lệ thấp 1.16% bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Ảnh hưởng đến hô hấp, tuần hoàn và một số tác dụng không mong muốn khi gây mê sevofluran kết hợp gây tê khoang cùng.

4.1.1 Ảnh hưởng đến hô hấp.

- Giá trị trung bình của SpO₂ và EtCO₂:

Theo dõi độ bão hòa oxy máu động mạch liên tục là rất quan trọng khi gây mê. Giai đoạn khởi mê ở trẻ em đặc biệt là trẻ sơ sinh rất dễ bị suy hô hấp do không thông khí được. Giai đoạn phẫu thuật trẻ có thể thở chậm hoặc ngừng thở, hoặc tuột dây máy thở, co thắt thanh quản. Giai đoạn thoát mê trẻ có thể bị ứ đọng đàm dãi, tụt lưỡi, co thắt thanh quản, trào ngược dạ dày thực quản [1]. Các biến chứng trên có thể gây suy hô hấp. Giá trị SpO₂ có thể duy trì ở mức > 95% ở người bình thường [2]. Khi thở máy SpO₂ thường cao hơn. Giá trị này thường thấp hơn phân áp oxy máu động mạch khoảng 3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số trẻ được tự thở qua mask thanh quản. Chúng tôi đặt FiO₂ 100% ở giai đoạn khởi mê và FiO₂ từ 50 – 60% ở giai đoạn duy trì mê. SpO₂ được duy trì ở mức > 99%. Chúng tôi thấy rằng việc không sử dụng

thuốc giảm đau họ morphin thay vào đó là gây tê vùng là rất hữu ích ở trẻ em. Sử dụng chỉ số BIS cũng rất quan trọng vì tránh việc gây mê quá sâu làm ảnh hưởng đến hô hấp. Tác giả Phạm Khắc Bằng độ bão hòa giảm thấp nhất là 98% [3]. Tác giả Patel (2010) cho thấy khi sử dụng sevofluran để gây mê cho trẻ em đều có rất ít tác dụng phụ trên đường hô hấp nên độ bão hòa oxy duy trì ở mức bình thường [4]. Tác giả Min Y (2015) nghiên cứu dược lý của các thuốc gây mê bốc hơi cho thấy so với isofluran, halothan, enfluran và sevofluran đều có ảnh hưởng trên hô hấp nhưng sevofluran là an toàn nhất [5].

- Thay đổi Vt và nhịp thở trung bình.

Nhịp thở cao nhất ở thời điểm trước và sau khi rạch da. Giai đoạn phẫu thuật đến khi rút mask thanh quản nhịp thở có xu hướng giảm dần. Bên cạnh đó Vt có xu hướng tăng nhẹ ở thời điểm sau khi rạch da và duy trì ổn định trong giai đoạn phẫu thuật T7, T8, T9. Trong nghiên cứu này đa số bệnh nhân tự thở qua mask thanh quản. Bệnh nhân duy trì được Vt và nhịp thở trong giới hạn bình thường để đảm bảo SpO₂ và EtCO₂. Thời điểm T10 bệnh nhân thở chậm và sâu do đó có thể rút được mask thanh quản sớm. Theo tác giả Kalpana (2014) nghiên cứu về thay đổi huyết động, hô hấp và chuyển hóa của sevofluran và halothan ở 49 trẻ em từ 3 – 8 tuổi, tự thở qua mask thanh quản cho thấy hô hấp và huyết động tương đối ổn định trong quá trình gây mê. Điều này có thể giải thích là khi gây mê kết hợp với N₂O có thể trẻ sẽ đáp ứng tốt hơn với sevofluran và nhịp thở ổn định. Trong nghiên cứu của chúng tôi giai đoạn chưa đặt mask thanh quản có nhiều trẻ phải hỗ trợ hô hấp bằng bóp bóng do sử dụng sevofluran 8%. Trong giai đoạn phẫu thuật một số trẻ phải thở máy hỗ trợ để đảm bảo duy trì Vt, nhịp thở và EtCO₂ ở trong giới hạn bình thường.

4.1.2. Ảnh hưởng đến tuần hoàn. Thay đổi huyết động trong quá trình gây mê thường phụ thuộc vào các yếu tố như: Tình trạng tim mạch của bệnh nhân, ảnh hưởng của gây mê và biến chứng của phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân khỏe mạnh, không có biến chứng về phẫu thuật như chảy máu, mất dịch. Như vậy các rối loạn trên huyết động chủ yếu phụ thuộc vào gây mê như loại thuốc gây mê, độ mê, giảm đau.

Thời điểm T1 (mất phản xạ mi mắt) nhịp tim là 114.91 ± 25.32 , trong đó nhịp tim thấp nhất 65 lần/ph. Thời điểm T2 (lâm vein) nhịp tim thấp nhất 111.76. Điều này chứng tỏ trong giai đoạn này nếu gây mê quá sâu có thể dẫn đến nhịp chậm. Trong nghiên cứu này có 3 bệnh nhân có nhịp tim < 70,

trong 3 bệnh nhân đó đều có BIS < 40.

Nhịp tim ở thời điểm trước rạch da là 118.49 ± 16.11 . Nhịp tim sau tiến hành rạch da là 126.56 ± 18.24 . Nhịp tim tăng có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Điều này có thể do thời gian chờ tác dụng của thuốc tê chưa đủ nên bệnh nhân có biểu hiện đau. Nghiên cứu cho thấy có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê giữa tần số tim, huyết áp tâm thu và chỉ số BIS ở thời điểm sau khi rạch da so với trước khi rạch da [1].

Nhịp tim duy trì ổn định ở các thời điểm phẫu thuật T7, T8, T9 đến thời điểm rút mask thanh quản. Như vậy dựa vào tần số tim cho thấy bệnh nhân đã đủ độ mê và giảm đau để phẫu thuật.

HATB cao nhất ở thời điểm T1. Điều này có thể do những phản ứng kích thích, sợ hãi của trẻ khi lên phòng mổ. HATB ở thời điểm trước khi rạch da là 62.18 ± 9.8 , sau khi tiến hành rạch da là 64.02 ± 11.9 . HA tăng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Trong nghiên cứu của tác giả Kajai (2014) này có 3.3% bệnh nhân có biểu hiện tụt HA trong quá trình gây mê bằng sevofluran. Tác giả này cũng kết luận rằng so với halothan thì sevofluran an toàn hơn khi gây mê cho trẻ [7].

4.2. Các tác dụng không mong muốn ở một số thời điểm gây mê. Thời điểm khởi mê có 5.8% bệnh nhân có biểu hiện ho, tuy nhiên biểu hiện này ở mức độ nhẹ và diễn ra trong thời gian ngắn và hay xảy ra ở những trẻ lớn. Không có bệnh nhân nào có biểu hiện tắc nghẽn đường thở. Số bệnh nhân có biểu hiện co thắt thanh quản chiếm tỷ lệ rất thấp chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 1.16%. Thời điểm phẫu thuật có 4 bệnh nhân có biểu hiện cử động bất thường lúc rạch da chiếm 4.7%. Bệnh nhân có biểu hiện cử động bất thường lúc rạch da có thể do thời gian chờ tác dụng của thuốc gây tê chưa đủ.

Thời điểm thoát mê có 11.63% bệnh nhân ứ đọng đàm dãi, 1.16% bệnh nhân có biểu hiện buồn nôn, 9.3% bệnh nhân tụt lưỡi, không có bệnh nhân nào co thắt thanh quản. Các biến chứng này đều nhẹ, diễn ra trong thời gian ngắn và không nguy hiểm.

Mặc dù vậy thời điểm này thường xảy ra các tác dụng không mong muốn khi gây mê nên đòi hỏi người gây mê phải theo dõi và xử trí kịp thời. Những tác dụng không mong muốn này có thể hạn chế bằng cách cho trẻ nằm nghiêng, hút đàm hoặc đặt canuyn Mayo. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào phải thông khí hỗ trợ bằng bóp bóng hoặc đặt NKQ.

Tác giả Kalpana (2014) nghiên cứu trên 60 bệnh nhân gây mê bằng mask thanh quản bằng sevofluran và propofol cho thấy: Giai đoạn khởi mê không có bệnh nhân nào có biểu hiện ho,

không có bệnh nhân nào co thắt thanh quản và nôn, có 16.6% bệnh nhân có biểu hiện ngừng thở và cử động lúc đặt mask thanh quản. Giai đoạn phẫu thuật không có biểu hiện biến chứng trên. Giai đoạn thoát mê không có bệnh nhân nào có biểu hiện co thắt thanh quản, ho, nôn buồn nôn, kích động, hoặc giảm độ bão hòa oxy [6]. Như vậy sevofluran tương đối an toàn khi gây mê cho trẻ em. Tuy nhiên biến chứng vẫn có thể xảy ra đặc biệt là giai đoạn khởi mê và thoát mê. Vì thế người gây mê cần phải theo dõi và xử trí các biến chứng kịp thời.

V. KẾT LUẬN

- SpO₂, EtCO₂, Vt, nhịp thở ở mức bình thường khi tự thở qua mask thanh quản.
- HATB, tần số tim duy trì ở mức bình thường trong quá trình gây mê.
- 5.8% bệnh nhân ho lúc khởi mê, 4.7 % bệnh nhân cử động bất thường lúc rạch da, 1.16% bệnh nhân co thắt thanh quản lúc khởi mê. Thoát mê có 11.63% bệnh nhân ứ đọng đờm dãi, 9.3% bệnh nhân tụt lưỡi, không có bệnh nhân nào có biểu hiện co thắt thanh quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thụ (2014)**. "Triệu chứng gây mê và đánh giá độ mê". Bài giảng gây mê hồi sức, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.150 – 171
2. **Công Quyết Thắng (2014)**. "Thuốc mê đường hô hấp". Bài giảng gây mê hồi sức, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.17 - 29.
3. **Phạm Khắc Bằng (2008)**. "So sánh tác dụng gây mê bằng sevoflurane và halothane trong phẫu thuật tạo hình khe hở môi và khe hở vòm miệng ở trẻ em", Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học y Hà Nội.
4. **Mamta G Patel, VN Swadia, G. Bansal (2010)**. "Prospective randomized comparative study of use of PLMA and ET tube for airway management in children under general anaesthesia. ". Indian J Anaesth., 54 (2), 109 -115.
5. **Min Y, Chuanbao H, Qin Hai Zh (2015)**. "Clinical effects of sevoflurane anesthesia induction with a portable inhalational anesthetic circuit in pediatric patients". Clinical research, 11 (4), pp.796 - 800.
6. **Kalpna V, Veena S, Dharmesh P (2014)**. "Sevoflurane versus propofol in the induction and maintenance of anaesthesia in children with laryngeal mask airway". Sri Lanka journal of child health, 43 (2), 77-83.
7. **Kajal N, Dedhia F, Amala K (2004)**. "Comparison sevoflurane and halothane for induction of anesthesia and laryngeal mask airway insertion in paediatric patients". Indian journal anaesthesia, 48 (6), pp.465-4.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC CỦA NGƯỜI CHẾ BIẾN CHÍNH TẠI CÁC CỬA HÀNG ĂN UỐNG TRÊN ĐỊA BÀN HUYỆN CHÂU THÀNH, TỈNH AN GIANG NĂM 2018

Nguyễn Tuyết Xương*, Phạm Thế Hiền**

DISTRICT AREAS, AN GIANG PROVINCE IN 2018

Through survey conducted at 158 business establishments in eating outlets in Chau Thanh District, An Giang Province from May 12/2017 to September 2018, results found as follows: Persons directly in charge of processing at the eating outlets in Chau Thanh District have a ratio of common knowledge about food safety hygiene accounted for 67.7%. The result gathered is that the proportion in connection to knowledge considered the lowest, it is the one related to the hygiene of hands (45.6%), contact with the cooked food by plain/empty hands (14.6%), on food product preservation before processing (39.2%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu báo cáo của Trung tâm Y tế huyện Châu Thành năm 2017 trên địa bàn xảy ra 01 vụ ngộ độc với số người mắc là 415. Theo thống kê huyện có khoảng hơn 150 cửa hàng ăn nằm rải rác trên địa bàn 13 xã, thị trấn.

Qua kết quả kiểm tra ATTP của Trung tâm Y tế và các Trạm Y tế xã thị trấn năm 2017 cho

TÓM TẮT

Qua khảo 158 cơ sở kinh doanh cửa hàng ăn tại huyện Châu thành, tỉnh An Giang từ tháng 12/2017 đến tháng 9 năm 2018, kết quả: Người chế biến CHÍNH(ncbc) tại các cửa hàng ăn uống trên địa bàn huyện Châu Thành có tỷ lệ đạt về kiến thức chung về VSATTP chiếm 67,7%. Kết quả kiến thức đạt có tỷ lệ thấp nhất là các kiến thức liên quan đến vệ sinh bàn tay (45,6%), về tiếp xúc thực phẩm chín còn dùng tay không (14,6)%, về bảo quản thực phẩm trước khi chế biến (39,2%).

SUMMARY

ASSESS THE KNOWLEDGE OF THE EATING OUTLETS PROCESSORS IN CHAU THANH

*Bệnh viện Nhi Trung Ương

**Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuyết Xương

Email: nguyentxuongnhp@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 31.5.2019

Ngày duyệt bài: 5.6.2019

thấy các cửa hàng ăn uống trên địa bàn huyện vẫn còn một số nội dung chưa đạt yêu cầu như: cơ sở vật chất, trang thiết bị chưa đảm bảo, một số nhân viên trực tiếp tham gia chế biến thức ăn vẫn chưa có kiến thức, thực hành tốt về ATTP. Nhằm đảm bảo ATTP trong thời gian tới, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Đánh giá kiến thức của người chế biến tại các cửa hàng ăn uống trên địa bàn huyện Châu Thành, tỉnh An Giang năm 2018*". Với mục tiêu là Mô tả kiến thức, thực hành về an toàn thực phẩm của người chế biến chính tại các cửa hàng ăn uống trên địa bàn huyện Châu Thành, tỉnh An Giang năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Cửa hàng ăn uống; Người chế biến chính; Bát, đĩa tại quán ăn để test tinh bột.

Địa điểm nghiên cứu: Trên địa bàn huyện Châu thành, tỉnh An Giang.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2017 đến tháng 9 năm 2018

- Cỡ mẫu của nghiên cứu: Chọn 158 người chế biến chính làm việc tại 158 cửa hàng ăn trên địa bàn huyện Châu thành (01 người/01 cơ sở) phỏng vấn để tìm hiểu kiến thức về ATTP, kết hợp quan sát để đánh giá kỹ năng thực hành ATTP theo bộ công cụ đã thiết kế sẵn.

- Phương pháp thu thập thông tin: Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn cho đối tượng là NCBC tại các cửa hàng ăn (Phụ lục 1)

- Đánh giá kiến thức ATTP của NCBC: Kiến thức về ATTP bao gồm 22 câu hỏi, từ câu 13 đến câu 34. Điểm tối đa cho phần trả lời của 22 câu hỏi là 37 điểm. ĐTNC trả lời đúng và đạt được trên 80% trên tổng số điểm (từ 29.6 điểm trở lên) thì ĐTNC được đánh giá là có kiến thức đạt về ATTP.

- Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 và SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên tổng số 158 cơ sở kinh doanh cửa hàng ăn tại huyện Châu thành, tỉnh An Giang. Kiến thức về ATTP của NCBC có kết quả như sau:

Bảng 1. Kiến thức về thực phẩm an toàn của ĐTNC

Kiến thức liên quan đến thực phẩm an toàn		Tần số(n=158)	%
Hiểu về thực phẩm an toàn	Thực phẩm không có hóa chất vượt quá giới hạn cho phép	94	59,5
	Thực phẩm sạch	134	77,9
	Thực phẩm tươi, không dập nát	92	58,2
	Thực phẩm không bị ôi thiu	103	66,2
Nguyên gây ra thực phẩm không an toàn	Ô nhiễm sinh học	70	44,3
	Ô nhiễm hóa học	45	28,2
	Ô nhiễm vật lý	21	13,3
	Không biết	12	7

Người chế biến tại các cửa hàng ăn biết khái niệm về thực phẩm an toàn, trong đó biết về thực phẩm sạch chiếm tỷ lệ cao nhất 77,9%. Đa số người chế biến biết nguyên nhân gây ô nhiễm thực phẩm là do thực phẩm bị ô nhiễm bởi sinh học 44,3%; 28,2% bị ô nhiễm bởi hóa học và 13,3% là vật lý, không biết là 7,0%.

Bảng 2. Kiến thức đúng về tác hại của thực phẩm không an toàn của ĐTNC

Nội dung		Tần số (n=158)	%
Tác hại của thực phẩm không an toàn	Ngộ độc TP	146	92,4
	Ung thư	127	80,4
	Gây bệnh mãn tính	103	65,2
	Ảnh hưởng đến sức khỏe	89	56,3

Đa số người chế biến đều có kiến thức đúng về tác hại của thực phẩm không an toàn với triệu chứng đầu tiên là Ngộ độc TP 92,4%; ung thư 80,42%. Kế đến là gây bệnh mạn tính 65,2%

Bảng 3. Kiến thức đúng về ô nhiễm thực phẩm trong quá trình chế biến của ĐTNC

Nội dung		Tần số (n=158)	%
Ô nhiễm thực phẩm tại các khâu của quá trình chế biến.	Có	117	74,1
	Không	41	8,1
Nguyên nhân gây ô nhiễm trong quá trình chế biến	Do không rửa nguyên liệu hoặc rửa không sạch	97	82,2
	Do dụng cụ chế biến bẩn	95	80,5
	Do thực phẩm nấu chín không được che đậy	104	88,1

	Do bàn tay người chế biến bẩn	89	76,1
	Do thêm các hóa chất độc hại vào thực phẩm	89	76,1
Hiểu biết về thực phẩm chín được trưng bày trên giá, kệ cao cách mặt đất	Ít nhất 60 cm	132	83,5
	Trên 30 cm	8	5,1
	Không quy định	7	4,4
	Không biết/ không trả lời	11	7
Hiểu biết về trưng bày thực phẩm chín	Trong tủ kính	158	100
	Trong tủ lưới	24	15,2
	Trên bàn (giá) có che, đậy	65	41,1
	Trên bàn (giá) không che, đậy	1	0,6
	Không biết/ không trả lời	4	2,5

Người chế biến tại các cửa hàng ăn biết về ô nhiễm thực phẩm tại các khâu của quá trình chế biến 74,1%, trong đó biết về thực phẩm ô nhiễm Do nấu chín không được che đậy 88,1%, tiếp đến là do không rửa nguyên liệu hoặc rửa không sạch 82,2%. Đa số người chế biến hiểu biết về trưng bày thực phẩm chín trong tủ kính 100%, hiểu biết về thực phẩm chín được trưng bày trên giá, kệ cao cách mặt đất là 83,5%.

Bảng 4. Kiến thức đúng về NDTP của ĐTNC

	NDTP	Tần số (n=158)	%
Hiểu biết triệu chứng của NDTP	Đau bụng	158	100
	Nôn, buồn nôn	148	93,7
	Tiêu chảy	131	82,9
	Đau đầu	60	38
Nguyên nhân gây ra NDTP	Do ô nhiễm VSV	127	80,4
	Do thực phẩm bị ôi thiu, biến chất	156	98,7
	Do thực phẩm có sẵn chất độc	98	62,0
	Các hóa chất bảo vệ thực vật, hóa chất bảo quản	100	63,3
	Không biết/ Không trả lời	2	1,3

Đa số người chế biến đều biết các triệu chứng của NDTP như đau bụng 100%, tiếp đến nôn, buồn nôn 93,7%, nguyên nhân gây NDTP, trong đó nguyên nhân NDTP do vi sinh vật là 80,4%; cao nhất là Do thực phẩm bị ôi thiu, biến chất 98,7% và các nguyên nhân khác như thực phẩm thực phẩm có sẵn chất độc, phụ gia, hóa chất và do bảo quản đều đạt trên 60%.

Bảng 5. Kiến thức đúng về thói quen và vệ sinh bàn tay của ĐTNC

	Vệ sinh bàn tay	Tần số (n=158)	%
Thời điểm rửa tay bằng xà phòng	Sau khi đi vệ sinh	146	92,4
	Trước khi chế biến TP	148	93,7
	Sau khi ngoáy mũi, gãi đầu	72	41,9
	Sau khi tiếp xúc vật bẩn	157	99,4
Nội dung vệ sinh bàn tay sạch trong khi chế biến	Giữ bàn tay sạch	158	100
	Cắt ngắn móng tay	146	92,4
	Không đeo đồng hồ, trang sức khi chế biến thức ăn	31	19,6
	Bàn tay bị mụn nhọt, viêm thì không tham gia chế biến	139	88
	Không biết/ không trả lời	1	0,6
Tiếp xúc thực phẩm chín	Dùng găng tay sạch 1 lần	157	99,4
	Dùng đũa kẹp gấp thức ăn	146	92,4
	Dùng tay không	23	14,6
	Không biết/ không trả lời	9	5,7
Hành vi, thói quen không nên có trong khu vực chế biến	Nói chuyện	139	88
	Khạc nhổ	149	94,3
	Hút thuốc lá, thuốc lào	154	97,5
	Nhai kẹo cao su	149	94,3

Kết quả đa số các đối tượng có kiến thức đúng về cách rửa tay trước, trong và sau khi chế biến thực phẩm. Ngoại trừ rửa tay sau khi gãi đầu, ngoáy mũi có tỷ lệ dưới 90%, còn tất cả các nội dung khác đều đạt trên 90%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: 92,4% móng tay người chế biến được cắt ngắn; 88% người chế biến không bị bệnh ngoài da; 19,6% đeo đồng hồ, trang sức khi chế biến thức ăn.

Bảng 6. Kiến thức liên quan đến lây nhiễm chéo trong thực phẩm của ĐTNC

Liên quan đến thực phẩm chín		Tần số (n=158)	%
Sử dụng dụng cụ riêng cho thực phẩm sống chín	Có	148	93,7
	Không	10	6,3

Bảng 7. Kiến thức về thu gom, xử lý rác, nước thải của ĐTNC

Thu gom, xử lý rác, nước thải		Tần số (n=158)	%
Hiểu biết về trang bị thùng rác nơi chế biến	Thùng rác có nắp đậy, kín	105	66,5
Hiểu biết về thời gian xử lý rác	Rác cần được thu gom và xử lý hàng ngày	140	88,6

Bảng 8. Kiến thức về các bệnh lây truyền qua thực phẩm của ĐTNC

Nội dung		Tần số (n=158)	%
Kiến thức về các bệnh lây truyền qua thực phẩm của ĐTNC	Lao tiến triển chưa được điều trị	158	100
	Các bệnh tiêu chảy, tả, lỵ, thương hàn	150	94,9
	Các chứng sán đái, sán phân, ỉa chảy	84	53,2
	Viêm gan virus A, E	100	63,3
	Viêm đường hô hấp cấp tính	146	92,4
	Các tổn thương nhiễm trùng ngoài da	102	64,6

Bảng 3.16 cho thấy tỷ lệ người chế biến tại các cửa hàng ăn biết rằng khi mắc các bệnh Lao tiến triển chưa được điều trị không được trực tiếp chế biến thực phẩm là cao nhất 100%. Mắc bệnh tiêu chảy, tả lỵ, thương hàn, viêm đường hô hấp cấp tính đều đạt trên 90%.

Bảng 9. Kiến thức về nguyên liệu, phụ gia thực phẩm ĐTNC

Nội dung		Tần số(n=158)	%
Kiểm tra thông tin khi mua sản phẩm có bao gói sẵn	Tên thực phẩm	144	91,1
	Địa chỉ đơn vị sản xuất	103	65,2
	Thành phần, chỉ tiêu chất lượng sản phẩm	106	67,1
	Ngày sản xuất, hạn sử dụng	158	100
	Hướng dẫn sử dụng	117	74,1
	Hướng dẫn bảo quản	61	38,6
Hiểu biết lựa chọn các loại thực phẩm tươi, sống	Rau, củ, quả không dập nát, hư hỏng	145	91,8
	Thịt, cá còn tươi, sống	150	94,9
Theo anh/chị khi mua các loại phụ gia TP cần kiểm tra thông tin nào	Tên thực phẩm	114	91,1
	Địa chỉ đơn vị sản xuất	104	65,8
	Thành phần cấu tạo, chỉ tiêu chất lượng	102	64,6
	Ngày sản xuất, hạn sử dụng	155	98,1
	Hướng dẫn sử dụng	107	67,7
	Hướng dẫn bảo quản	83	52,5
	Không kiểm tra	7	4,4

Đa số người chế biến đều biết các tiêu chí ghi trên nhãn thực phẩm theo thông tư liên tịch 34/2014/TTLT-BYT- BNNPTNT-BCT ngày 27/10/2014 của liên Bộ: Y tế, Nông nghiệp và phát triển nông thôn, Công thương hướng dẫn ghi nhãn hàng hóa đối với thực phẩm, phụ gia thực phẩm và chất hỗ trợ chế biến, thực phẩm bao gói sẵn [13]. 100% người chế biến quan tâm đến ngày sản xuất và hạn sử dụng của thực phẩm có bao gói và phụ gia thực phẩm, trong khi đó yếu tố quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến an toàn thực phẩm như thành phần cấu tạo chỉ được 67,1% sản phẩm có bao gói và 64,6% phụ gia thực phẩm được quan tâm, hướng dẫn bảo quản là thấp nhất 57,6%... về lực chọn các loại thịt cá tươi sống là 94,9%.

Bảng 10. Kiến thức về pháp luật ATTP của ĐTNC

Khám sức khỏe, tập huấn ATTP		Tần số (n=158)	%
Người CBTP phải khám sức khỏe định kỳ	Có	146	92,4
	Không	3	1,9
	Không biết/ không trả lời	9	5,7

Người CBTP phải tập huấn kiến thức ATTP	Có	143	90,5
	Không	7	4,4
	Không biết/ không trả lời	8	5,1

Tỷ lệ người chế biến tại các cửa hàng ăn biết khi tham gia chế biến thực phẩm phải khám sức khỏe định kỳ là 92,4% và phải tập huấn kiến thức là 90,5%.

Đánh giá về kiến thức an toàn thực phẩm của người chế biến chính: Điểm tối đa cho phần trả lời của 22 câu hỏi là 37 điểm. ĐTNCT trả lời đúng và đạt được trên 80% trên tổng số điểm (từ 29.6 điểm trở lên) thì ĐTNCT được đánh giá là có kiến thức đạt về ATTP. Dựa vào kết quả đánh giá kiến thức và các tiêu chí xếp loại ở trên, kết quả thu được: Tỷ lệ người trực tiếp chế biến thức ăn tại các cửa hàng ăn có kiến thức về vệ sinh an toàn thực phẩm đạt yêu cầu chỉ chiếm 67,7% tổng số đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức của người chế biến chính tại cửa hàng ăn uống. Người trực tiếp chế biến tại các cửa hàng ăn uống trên địa bàn huyện Châu Thành có tỷ lệ đạt về kiến thức chung về

VSATTP chiếm 67,7%. Kết quả kiến thức đạt có tỷ lệ thấp nhất là các kiến thức liên quan đến vệ sinh bàn tay (45,6%), về tiếp xúc thực phẩm chín còn dùng tay không (14,6%), về bảo quản thực phẩm trước khi chế biến (39,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lý Thành Minh và Cao Thanh Diễm Thúy (2008)**, "Kiến thức thái độ thực hành về vệ sinh an toàn thực phẩm của người bán và người mua thức ăn đường phố ở thị xã Bến Tre tỉnh Bến Tre năm 2007", Y học TP Hồ Chí Minh, 12(4), tr. 1-5.
2. **Lê Thành Tài và Từ Quốc Tuấn (2008)**, "Kiến thức, thái độ, thực hành về vệ sinh an toàn thực phẩm của người cung cấp dịch vụ thức ăn đường phố tại tỉnh An Giang 2008", Y học TP Hồ Chí Minh, 12(4), tr. 1-5.
3. **Trung tâm Y tế huyện Châu Thành (2017)**, Báo cáo vệ sinh an toàn thực phẩm, Châu Thành.
4. **Trịnh Thị Phương Thảo và Vũ Trọng Thiện (2005)**, "Thực trạng vệ sinh an toàn thực phẩm tại các quán ăn uống cổ định trên địa bàn quận 5 năm 2004", Y học TP Hồ Chí Minh, 9(1), tr. 110-115.

PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2018

Nguyễn Thế Anh*, Đào Quang Minh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu não (NMN) cấp là một bệnh cảnh lâm sàng cấp cứu phức tạp và việc áp dụng các hướng dẫn điều trị tại mỗi đơn vị điều trị lại rất khác nhau. Đề tài được tiến hành với hai mục tiêu chính: (1) Tìm hiểu một số đặc điểm chính của mẫu nghiên cứu và (2) Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị NMN cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả trên 94 bệnh nhân NMN cấp điều trị nội trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ 6/2018 đến 12/2018. **Kết quả:** Về đặc điểm bệnh nhân khi nhập viện: tuổi trung bình $68,6 \pm 15,5$; tỷ lệ bị tăng huyết áp khi nhập viện 73,4%; yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là tiền sử tăng huyết áp (59,6%), mắc các bệnh lý tim mạch (28,7%) và tiền sử bị tai biến mạch máu não (TBMMN) hoặc TBMMN thoáng qua (TIA) (26,6%). **Về tình hình sử dụng thuốc:** Bốn nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất gồm: thuốc bảo vệ thần kinh (BVTK) (95,8%),

kháng sinh (85,1%), vitamin - khoáng chất (84,0%), thuốc dự phòng loét dạ dày (74,5%). Ghi nhận ba ca gặp tác dụng có hại của thuốc. Tỷ lệ bệnh án có tương tác thuốc- thuốc là 86,2% và số tương tác trung bình trên mỗi bệnh án là $4,9 \pm 2,4$. **Kết luận:** Việc điều trị bệnh nhân NMN cấp rất phức tạp, thường phải phối hợp rất nhiều nhóm thuốc khác nhau, một số nhóm có khoảng điều trị hẹp, lại sử dụng trên bệnh nhân có nhiều bệnh lý mắc kèm nên nguy cơ gặp các vấn đề liên quan đến thuốc khá cao, do đó cần phải giám sát việc sử dụng thuốc chặt chẽ.

Từ khóa: tai biến mạch máu não, nhồi máu não, điều trị.

SUMMARY

ANALYSIS OF DRUG THERAPY FOR ACUTE CEREBRAL INFARCTION AT THANH NHAN HOSPITAL FROM 6/2018 TO 12/2018

Background: The cerebral infarction is a complex clinical emergency and the application of guidelines of treatment in each health establishment varies. The study was conducted with two main objectives: (1) Identify the profile of patients and (2) Analyze the drug therapy in patients with acute cerebral infarction. **Subjects and Methods:** A prospective, descriptive study of 94 in patients with acute cerebral infarction treated at the ThanhNhan Hospital from 6/2018 to

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Anh

Email: bsnguyentheanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2019

Ngày duyệt bài: 29.5.2019

12/2018 was conducted; **Results:** the mean age was 68.6 ± 15.5 years (range 16-101), 73.4% had hypertension at admission, the most commonly risk factors included preexisting hypertension (59.6%), cardiovascular diseases (28.7%) and a history of cerebral vascular accident or TIA (26.6%). The four groups of drugs used most frequently were: neuroprotective drugs (95.8%), antibiotics (85.1%), vitamins - minerals (84.0%), drugs for peptic ulcer prophylaxis (74.5%). A total of three cases of ADR were reported. 86.2% of patients received potential drug-drug interaction pairs and the mean number of drug-drug interaction pairs per patient was 4.9 ± 2.4 . **Conclusions:** The treatment of patients with cerebral infarction was complex, often had to combine many different classes of drugs, some have narrow therapeutic ranges, which were indicated in patients with multiple pathologies that increased the risk of drug-related problems. It is necessary to monitor closely the drug therapeutics.

Keywords: cerebral vascular accident, cerebral infarction, treatment, drug therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) đang trở thành vấn đề y học toàn cầu. Ở các nước Âu, Mỹ và các nước phát triển, TBMMN là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh thần kinh và đứng hàng thứ 2 gây tử vong ở người trưởng thành trên thế giới chỉ sau bệnh mạch vành; 87% trường hợp tử vong do TBMMN xảy ra ở các nước có thu nhập thấp hoặc trung bình [3], trong đó có Việt Nam. Ngay cả khi thoát khỏi nguy hiểm đến tính mạng, bệnh cũng có thể để lại những di chứng nặng nề về tâm thần kinh, vận động, kinh tế.

TBMMN có hai thể chính là xuất huyết não và NMN. Trong đó, NMN chiếm khoảng 80-85% các trường hợp. NMN là một bệnh cảnh lâm sàng cấp cứu phức tạp đồng thời mục tiêu và phương pháp điều trị còn nhiều điều chưa sáng tỏ. Mặt khác, dù nhiều hướng dẫn quốc tế được đưa ra để xử lý NMN cấp, song việc áp dụng tại mỗi quốc gia và đơn vị điều trị lại rất khác nhau phụ thuộc vào điều kiện và kinh nghiệm lâm sàng thực tế.

Bệnh viện Thanh Nhàn là bệnh viện hạng I của Thành Phố Hà Nội, là nơi tiếp nhận hàng năm rất nhiều bệnh nhân nhồi máu não cấp. Với mong muốn góp phần giải quyết những vấn đề cấp thiết được đặt ra ở trên, chúng tôi tiến hành

đề tài "Phân tích tình hình sử dụng thuốc trong điều trị nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Thanh Nhàn" nhằm hai mục tiêu:

1. Tìm hiểu một số đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu.

2. Phân tích tình hình sử dụng thuốc trong điều trị nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 6/2018 đến 12/2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đang điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh, Khoa Nội tim mạch và Khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Thanh Nhàn trong khoảng thời gian từ 01/6/2018 đến tháng 31/12/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán là NMN: thời gian xuất hiện đột ngột, thiếu sót chức năng thần kinh khu trú, tồn tại quá 24 giờ hoặc gây tử vong trong 24 giờ, loại trừ nguyên nhân chấn thương và/hoặc kết quả CT scan/chụp cộng hưởng từ hạt nhân loại trừ thể xuất huyết não.

- Bệnh nhân nhập viện trong giai đoạn cấp (trong vòng 7 ngày từ khi khởi phát).

Tiêu chuẩn loại trừ: Những BN không trong đủ tiêu chuẩn NC

2.2 Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, không can thiệp.

2.3 Xử lý kết quả nghiên cứu. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học, phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

3.1.1 Tuổi và giới tính

- Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $68,6 \pm 15,5$ tuổi, bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 101 tuổi.

- Tỷ lệ mắc NMN tăng theo tuổi, đặc biệt sau 45 tuổi và cao nhất ở độ tuổi 75-84 tuổi và thấp nhất là ở độ tuổi dưới 45.

- Tỷ lệ nam/nữ là 1,24. Tỷ lệ mắc NMN theo từng phân lớp tuổi của nam nhỏ hơn hoặc bằng nữ trừ lứa tuổi 55-64 và >85.

3.1.2 Phân độ huyết áp khi nhập viện

Bảng 1. Phân độ huyết áp khi nhập viện

Giai đoạn ¹	HATth (mmHg)		HATtr (mmHg)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không THA	130-139	Và/hoặc	85-89	25	26,6
THA độ 1	140-159	Và/hoặc	90-99	20	21,3
THA độ 2	160-179	Và/hoặc	100-109	28	29,8
THA độ 3	> 180	Và/hoặc	> 110	21	22,3
Tổng				94	100,0

THA: tăng huyết áp; HATTh: huyết áp tâm thu; HATTr: huyết áp tâm trương; ¹ Phân độ tăng huyết áp dựa theo

Hướng dân chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế 2010. Về chỉ số huyết áp khi nhập viện: 73,4% các bệnh nhân có THA (> 140/90mmHg) khi nhập viện; 21,3% bị THA độ 1; 29,8% THA độ 2 và 22,3% các bệnh nhân bị THA độ 3.

3.1.3 Các yếu tố nguy cơ (YTNC): Tăng huyết áp là YTNC phổ biến nhất chiếm tới 59,6%, trong đó chỉ có 42,9% bệnh nhân có điều trị tăng huyết áp trước đó. YTNC phổ biến tiếp theo là bị bệnh lý tim mạch (46,8%). Bệnh nhân có tiền sử bị đái tháo đường, hút thuốc lá và uống rượu chiếm tỷ lệ thấp (tương ứng là 8,5%; 3,2% và 3,2%).

3.2. Phân tích tình hình sử dụng thuốc

3.2.1 Các nhóm thuốc sử dụng nhiều nhất. Bốn nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất trong mẫu nghiên cứu là: thuốc bảo vệ thần kinh (95,8%), kháng sinh (85,1%), vitamin - khoáng chất (84,0%), thuốc dự phòng loét dạ dày

(74,5%). Tỷ lệ sử dụng nhóm thuốc chống ngưng tập tiểu cầu và thuốc chống đông và thuốc hạ huyết áp tương ứng là 72,3%; 19,2% và 66,0%.

3.2.2 Tác dụng không mong muốn. Trong quá trình điều trị các bệnh nhân thuộc nghiên cứu, ghi nhận 01 trường hợp xuất huyết tiêu hóa dưới do dùng thuốc chống đông và 02 trường hợp da nổi mẩn đỏ nghi ngờ do tác dụng không mong muốn của thuốc.

Bảng 2. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc trong điều trị NMN cấp

Nhóm thuốc	Số bệnh nhân	%
Bảo vệ thần kinh	90	95,8
Kháng sinh	80	85,1
Vitamin- khoáng chất	79	84,0
Dự phòng loét dạ dày	70	74,5
Chống ngưng tập tiểu cầu	68	72,3
Hạ lipid máu	65	69,1
Hạ huyết áp	62	66,0
Trợ tim mạch	41	43,6

Bảng 3. Tương tác thuốc - thuốc

Phân loại mức độ tương tác ¹	Tỷ lệ bệnh án gặp tương tác		Tổng số tương tác	Số tương tác trung bình trên bệnh án
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %		Mean $\pm$ SD
Nặng	40	42,6	63	0,7 $\pm$ 0,9
Trung bình	76	80,9	317	3,4 $\pm$ 2,2
Nhẹ	51	54,3	77	0,8 $\pm$ 0,6
Có tương tác	81	86,2	$\Sigma = 457$	$\Sigma = 4,9 \pm 2,4$

Mean: giá trị trung bình; SD (Standard deviation): độ lệch chuẩn; ¹ Phân loại mức độ tương tác dựa theo phần mềm kiểm tra tương tác thuốc online trên trang web http://www.druss.com/drug_interactions.html.

3.2.3 Tương tác thuốc: Trong 94 bệnh nhân điều trị, tỷ lệ bệnh án có tương tác thuốc-thuốc rất cao (chiếm 86,2%).

- 80,9% các bệnh án gặp tương tác mức trung bình; 42,6% và 54,3% các bệnh án tương ứng gặp tương tác mức nặng và nhẹ.

- Tổng số có 457 cặp tương tác gặp phải trên 94 bệnh án và số tương tác trung bình trên mỗi bệnh án là $4,9 \pm 2,4$. Trong đó, gặp phổ biến nhất là tương tác mức trung bình với số tương tác mức trung bình.

IV. BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

3.1.1 Tuổi và giới tính: NMN là bệnh chủ yếu gặp ở người cao tuổi. Do đó, trong mẫu nghiên cứu, tuổi trung bình khá cao $68,6 \pm 15,5$. So sánh với độ tuổi trung bình của một nghiên

cứu trên bệnh nhân NMN tại Khoa Thần Kinh - Viện Lão Khoa Quốc gia ($70,4 \pm 11,8$ tuổi) là gần xấp xỉ.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ mắc NMN tăng theo tuổi, đặc biệt sau 45 tuổi và cao nhất ở độ tuổi 75-84 tuổi. Nghiên cứu Framingham đã cho thấy nguy cơ TBMMN tăng với tỷ lệ mới mắc trên 10.000 người tăng từ 22% đến 32% và đến 83% tương ứng trong các nhóm tuổi 45-54, 55-64 và 65-74 [4]. Tuổi càng lớn thì bệnh mạch máu càng nhiều, mà trước hết là xơ vữa động mạch. Tuổi càng lớn thì tích tụ càng nhiều yếu tố nguy cơ, làm gia tăng đáng kể nguy cơ bị TBMMN.

Tỷ lệ mắc bệnh của nam là 55,3% cao hơn của nữ 44,7%, nhưng sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tương đồng với ghi nhận của y văn thế giới, NMN phổ biến ở nam hơn nữ giới dù nam giới ít bị bệnh mạch vành và động mạch ngoại vi hơn. Điều này được giải thích là do sự khác nhau về hormone sinh dục nội sinh cũng như nam giới có nhiều YTNC hơn nữ như hút thuốc, uống rượu, sở thích ăn uống.

3.1.2 Phân độ huyết áp khi nhập viện. Về

chỉ số huyết áp khi nhập viện: 73,4% các bệnh nhân bị THA (>140/90mmHg) khi nhập viện; 29,8% các bệnh nhân bị THA độ 2 (>150/100mmHg) và 22,3% các bệnh nhân có THA độ 3 (>180/110mmHg). Một nghiên cứu tại Bệnh viện 108 và bệnh viện Bạch Mai cũng thu được kết quả tương tự (72,0-73,0% bệnh nhân có THA).

3.1.3 Các yếu tố nguy cơ: So sánh với một nghiên cứu tương tự ở Bệnh viện 108, Hà Nội nhận thấy có sự tương đồng về tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử THA, đái tháo đường và TBMMN giữa hai nghiên cứu, ngoại trừ tỷ lệ bệnh nhân bị bệnh lý tim mạch ở nghiên cứu tại Bệnh viện 108 rất cao 91,5%.

Bệnh nhân có tiền sử hút thuốc, uống rượu chiếm tỷ lệ thấp (tương ứng là 3,2% và 3,2%). Tổng hợp một số nghiên cứu trên bệnh nhân NMN điều trị tại các bệnh viện khác [5], tỷ lệ hút thuốc là 4,6-12,1%, uống rượu là 3,7-15,3%. Như vậy, kết quả thu được từ nghiên cứu thấp hơn các nghiên cứu khác. Tuy nhiên, không giống với các yếu tố nguy cơ khác, việc định nghĩa các YTNC là khá rõ ràng, riêng định nghĩa hút thuốc và uống rượu như là một YTNC của NMN không giống nhau giữa các nghiên cứu. Đây cũng là một trong những lý do giải thích thêm cho sự khác nhau về kết quả thu được giữa các nghiên cứu.

3.2 Tình hình sử dụng thuốc

3.2.1 Các nhóm thuốc sử dụng. NMN cấp là một bệnh cảnh lâm sàng phức tạp, nghiêm trọng. Điều trị nội khoa NMN cấp bao gồm 3 vấn đề chính là (1) xử lý cấp cứu (2) điều trị các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ và (3) phòng và điều trị các biến chứng [1]. Do đó, điều trị NMN cấp sử dụng rất nhiều nhóm thuốc khác nhau. Việc dùng thuốc phụ thuộc rất nhiều vào tình trạng của mỗi bệnh nhân. Tần suất cụ thể các nhóm thuốc được sử dụng trong nghiên cứu được thống kê tại Bảng 2.

Hiệu quả điều trị của việc dùng liệu pháp tiêu sợi huyết sớm (rtPA-recombinant tissue plasminogen activator: chất hoạt hóa plasminogen mô tái tổ hợp) đã được chứng minh trong các thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm và được khuyến cáo sử dụng tại bệnh viện. Tuy nhiên, do cửa sổ điều trị hẹp, nguy cơ cao gây biến chứng chảy máu và đòi hỏi một ekip chuyên gia điều trị nên ở hầu hết các nước ngoài Bắc Mỹ và một số nước châu Âu, rtPA hiếm khi được dùng, ngay tại Mỹ tỷ lệ bệnh nhân dùng liệu pháp này vẫn còn rất thấp (<4-5%) [3]. Trong nghiên cứu, không có bệnh nhân nào được chỉ định dùng thuốc tiêu sợi huyết. Ở Việt Nam hiện

nay, việc sử dụng thuốc tiêu sợi huyết cho bệnh nhân NMN cấp còn mang tính nghiên cứu, thử nghiệm chỉ ở một số ít các bệnh viện lớn như Bệnh viện Bạch Mai, chương trình nghiên cứu về ứng dụng rtPA tại bốn bệnh viện ở Thành phố Hồ Chí Minh [7].

Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu (CNTTC) là khá cao 72,3% trong khi thuốc chống đông là 19,2%. Điều này cũng dễ hiểu vì có nhiều bằng chứng mạnh mẽ ủng hộ việc sử dụng aspirin thường quy ở hầu hết các bệnh nhân NMN cấp-không-do-huyết-khối-tử-tim. Trong khi, thuốc chống đông chỉ được cân nhắc sử dụng trong các trường hợp đặc biệt như bệnh nhân NMN cấp-do-huyết-khối-tử-tim (rung nhĩ, nhồi máu cơ tim, bệnh van tim giả...) hoặc có nguy cơ cao bị huyết khối tĩnh mạch sâu và tắc mạch phổi [4]. Trong thực tế tại khoa phòng, thuốc CNTTC được chỉ định cho hầu hết các bệnh nhân NMN cấp- không-do-huyết-khối-tử-tim. Trong khi, các bệnh nhân được chỉ định dùng thuốc chống đông, khoảng phần nửa là các bệnh nhân với NMN-có-nguồn-gốc-huyết-khối-tử-tim không hoặc có kèm liệt người; các trường hợp khác thường có liệt, xét nghiệm hình ảnh thấy tắc động mạch chi dưới, tắc động mạch não hoặc có hội chứng tăng tiểu cầu... Hai thuốc CNTTC được sử dụng gồm aspirin và clopidogrel; hai thuốc chống đông được sử dụng gồm enoxaparin và acenocoumarol.

Tỷ lệ sử dụng thuốc bảo vệ thần kinh (BVTK) trên bệnh nhân NMN cấp trong mẫu nghiên cứu khá cao (95,8%). Trong một số nghiên cứu khác của cộng sự, tỷ lệ bệnh nhân NMN dùng thuốc BVTK lên đến 96,7-100,0% [5], cho thấy khuyến khích dùng thuốc BVTK hỗ trợ điều trị trên bệnh nhân NMN là rất phổ biến. Cho đến nay, chưa có một dược chất nào được khuyến cáo dùng điều trị NMN cấp theo Hướng dẫn của AHA-Mỹ [1], châu Âu [6] cũng như của Hội tim mạch Việt Nam, vì nhiều thuốc BVTK đã cho thấy kết quả hứa hẹn trong nghiên cứu thực nghiệm trên động vật nhưng đa số các thử nghiệm lâm sàng lại cho ra các kết quả thất vọng [1]. Tuy nhiên, một số thuốc BVTK có tác dụng khả quan trong các thử nghiệm trên động vật và trên người (dù hầu hết các thiết kế thử nghiệm trên người có nhiều hạn chế như cỡ mẫu nhỏ, lựa chọn bệnh nhân kém khách quan), với mục đích cứu "vùng tranh sáng tranh tối" càng sớm càng tốt, nhiều nhà lâm sàng trên thế giới vẫn sử dụng rộng rãi một số thuốc BVTK trên bệnh nhân NMN như cao Ginkgo biloba được sử dụng rộng rãi trong điều trị TBMMN thiếu máu cấp tính ở Trung Quốc và thỉnh thoảng cũng được sử dụng ở châu Âu

citicolin được dùng rộng rãi trong thực hành lâm sàng cho bệnh nhân TBMMN tại nhiều vùng trên thế giới. Các thuốc BVTK được sử dụng phổ biến trong nghiên cứu bao gồm piracetam, cao Ginkgo biloba và glutathion, cholin alfoscerat, cerebrolysin và citicolin. Tại Việt Nam, các thuốc BVTK nói trên cũng đã và đang được sử dụng ở các tuyến. Nhận xét bước đầu thấy độ an toàn của các loại đều cao, chưa thấy trường hợp nào bị tai biến do thuốc, nhiều trường hợp cho kết quả tốt nên các thuốc BVTK vẫn được chỉ định dùng song song với việc tiếp tục nghiên cứu. Việc đánh giá tác dụng trên người Việt Nam cần có nhiều công trình nghiên cứu đa trung tâm để rút ra kinh nghiệm trong chỉ định nhằm đạt hiệu quả cao và tiết kiệm cho người bệnh [7].

Tăng huyết áp thường xảy ra trong giai đoạn nhồi máu não cấp (khoảng 60% các bệnh nhân đột quỵ cấp có huyết áp tâm thu > 160 mmHg). Lý do của việc dùng thuốc để hạ huyết áp bao gồm làm giảm phù não, phòng sự phá hủy mạch máu và cơn đột quỵ tái phát sớm. Tuy nhiên, điều trị quá mức tăng huyết áp có thể gây hại bởi vì làm giảm tưới máu đến vùng thiếu máu, có thể tăng kích thước vùng NMN. Tỷ lệ dùng thuốc hạ HA trong mẫu nghiên cứu là 66,0% trong khi tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp là 59,6% và 73,4% bệnh nhân bị tăng huyết áp khi nhập viện. Khuyến cáo của AHA/ASA năm 2007 - Mỹ [1] và của châu Âu 2008 [6] là: cần dùng thuốc hạ áp trên bệnh nhân NMN có huyết áp >220/120mmHg và đối với các bệnh nhân bị các bệnh lý đi kèm như suy thận cấp, phù phổi cấp tính, suy tim hoặc hội chứng mạch vành cấp cần điều trị tích cực huyết áp. Thuốc hạ huyết áp nên được sử dụng lại trong vòng 24 giờ cho các bệnh nhân bị THA từ trước và có trạng thái thần kinh ổn định trừ khi có chống chỉ định khác. Bốn nhóm thuốc hạ huyết áp được sử dụng điều trị tăng huyết áp được sử dụng trong nghiên cứu bao gồm nhóm chẹn thụ thể angiotensin, nhóm lợi tiểu, nhóm chẹn kênh canxi và nhóm ức chế men chuyển.

Tỷ lệ dùng thuốc hạ lipid máu là 69,1%. Nhóm thuốc được sử dụng hầu như tuyệt đối là nhóm statin vì nhóm statin được khuyến dùng điều trị rối loạn lipid máu trên bệnh nhân NMN cấp vì ngoài tác dụng chống rối loạn lipid máu, nó còn có thể làm giảm nhẹ huyết áp, cải thiện phản ứng vận mạch, ổn định các mảng vữa xơ, chống huyết khối, chống viêm và tác dụng BVTK [6]. Các statin sử dụng gồm rosuvastatin, atorvastatin, simvastatin, fluvastatin, trong đó statin thế hệ 3-atorvastatin và statin mới-rosuvastatin được dùng nhiều nhất. Tuy cùng

nhóm statin nhưng các thuốc khác nhau có đặc tính dược động học và dược lực học khác nhau. Phạm vi điều trị của rosuvastatin hẹp hơn các statin khác (liều tối đa rosuvastatin được Hiệp hội quản lý Thuốc và Thực phẩm Mỹ - FDA phê duyệt là 40mg/ngày so với liều tối đa là 80mg/ngày của các statin khác) vì nguy cơ cao gây protein-niệu, huyết niệu, tiêu cơ vân ở liều 80mg/ngày. Mức độ làm giảm LDL-C phụ thuộc vào loại statin và liều dùng; tính theo khả năng làm giảm LDL-C theo mỗi mg của statin thì độ mạnh của các statin tăng dần như sau: fluvastatin < simvastatin < atorvastatin < rosuvastatin. Mặt khác, các thuốc statin khác nhau có đặc tính chuyển hóa khác nhau: simvastatin và atorvastatin được chuyển hóa bởi CYP3A4 (simvastatin acid còn bị chuyển hóa bởi CYP2C8); fluvastatin bị chuyển hóa bởi CYP2C9; rosuvastatin chuyển hóa ít qua CYP2C9 and CYP2C8 và được bài xuất chủ yếu dưới dạng không đổi. Nhờ được đặc điểm chuyển hóa trên của các statin khác nhau giúp góp phần lựa chọn thuốc thích hợp và quản lý tương tác thuốc tốt hơn. Trong nghiên cứu, các bệnh nhân thường dùng các statin liều duy nhất 10-20mg, uống vào buổi tối. Theo y văn, tổng hợp cholesterol ở gan mạnh nhất vào giữa thời điểm nửa đêm và 2 giờ sáng, vì vậy những statin có thời gian bán thải nhỏ hơn hoặc bằng 4 giờ (tất cả các statin ngoại trừ atorvastatin và rosuvastatin) nên được cho uống vào buổi tối.

Việc sử dụng thuốc phòng biến chứng xuất huyết tiêu hóa trên bệnh nhân TBMMN vẫn chưa có hướng dẫn chính thức [1], [6]. Tỷ lệ sử dụng nhóm phòng loét dạ dày trong nghiên cứu là 74,5% cao hơn hai nghiên cứu khác trên bệnh nhân NMN (tỷ lệ này trong khoảng 35-40%) [5].

Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng kháng sinh cao (85,1%). Thực tế, các kháng sinh được sử dụng trên bệnh nhân NMN cấp đa số được chỉ định để điều trị biến chứng nhiễm khuẩn sớm là viêm phổi, ít phổ biến hơn là để điều trị nhiễm khuẩn đường niệu, loét da do tỳ đè và một số ít trường hợp để điều trị các nhiễm khuẩn khác như viêm màng tim, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn mắt... Điều này phù hợp với dịch tể các biến chứng nhiễm khuẩn trên bệnh nhân TBMMN[3]. Do đó, trong thực hành lâm sàng điều trị kháng sinh chủ yếu theo kinh nghiệm tại bệnh viện thường sử dụng nhóm kháng sinh phổ rộng như aminoglycosid, nhóm penicilin phổ rộng (ampicilin, amoxycilin), nhóm cephalosporin (đặc biệt nhóm cephalosporin thế hệ 2-3-4), quinolon với mục tiêu điều trị bao vây. Phối hợp kháng sinh (chủ yếu là phối hợp nhóm cephalosporin và

nhóm aminoglycosid hoặc phối hợp cephalosporin + quinolon) thường được chỉ định trên bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng, bệnh nhân thở máy, đặt sonde, có suy thận cấp, bệnh nhân lớn tuổi...

3.2.2 Tác dụng không mong muốn. Trên đối tượng bệnh nhân NMN cấp có nhiều yếu tố nguy cơ phát sinh phản ứng bất lợi của thuốc (ADR-adverse drug reaction) như tuổi cao, nhiều bệnh mắc kèm, dùng nhiều thuốc và liệu trình điều trị kéo dài, dùng nhiều thuốc có ADR nghiêm trọng như thuốc chống huyết khối, thuốc chống ngưng tập tiểu cầu....

3.2.3 Tương tác thuốc. Bệnh cảnh NMN cấp rất phức tạp với đa triệu chứng, đa bệnh lý mắc kèm do đó cần phối hợp nhiều hoạt chất khác nhau để điều trị đồng thời. Qua khảo sát sơ bộ, số hoạt chất trung bình điều trị trên mỗi bệnh nhân là $12,6 \pm 0,4$ thuốc. Do đó, nguy cơ gặp tương tác thuốc - thuốc là rất cao. Thực tế, tỷ lệ bệnh án có tương tác thuốc-thuốc là 86,2%; 80,9% các bệnh án gặp tương tác mức trung bình; 42,6% và 54,3% các bệnh án tương ứng gặp tương tác mức nặng và nhẹ. Tổng số có 457 cặp tương tác gặp phải trên 94 bệnh án và số tương tác trung bình trên mỗi bệnh án là $4,9 \pm 2,4$. Các tương tác mức nặng thường là các phối hợp tăng độc tính trên thận (furosemid + aminoglycosid), làm tăng nồng độ kali máu (phối hợp KCl, thuốc lợi tiểu giữ kali spiro lacton, thuốc ức chế men chuyển, thuốc chẹn thụ thể angiotensin II), làm tăng nguy cơ xuất huyết (phối hợp nhóm chống đông, nhóm CNTTTC), giảm tác dụng của clopidogrel (clopidogrel + nhóm ức chế bơm proton)... Trong thực tế điều trị, nhiều phối hợp thuốc - thuốc là bất lợi về mặt lý thuyết nhưng lại được cân nhắc sử dụng trên lâm sàng vì lợi ích khi phối hợp vượt trội hơn hẳn so với nguy cơ của nó ví dụ như phối hợp thuốc chống đông và chống CNTTTC hay hai thuốc CNTTTC với nhau trong một vài trường hợp bệnh lý cụ thể như rung nhĩ, huyết khối từ tim.... Một số tương tác bất lợi lại được tận dụng để xử lý một rối loạn bệnh lý và trở thành tương tác có lợi như phối hợp thuốc lợi tiểu giữ kali spironolacton và KCl hay spironolacton và thuốc ức chế men chuyển trên bệnh nhân có hạ kali máu có kèm theo dõi nồng độ kali máu. Do đó, việc thống kê sơ bộ các tương tác thuốc - thuốc có thể xảy ra trong mẫu nghiên cứu chỉ có ý nghĩa tham khảo cũng như phản ánh nguy cơ gặp tương tác thuốc - thuốc trên bệnh nhân NMN cấp là rất cao và trên lâm sàng cần tăng cường phát hiện, đánh giá và quản lý tương tác thuốc - thuốc theo chiều hướng có lợi cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

-Về đặc điểm bệnh nhân

- Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $68,6 \pm 15,5$. Tỷ lệ mắc bệnh của nam là 55,3% và nữ 44,7%.

- 73,4% các bệnh nhân bị tăng huyết áp khi nhập viện.

- Về YTNC: phổ biến nhất là tăng huyết áp (59,6%), trong đó có 42,9% bệnh nhân có điều trị THA trước đó; mắc các bệnh lý tim mạch (28,7%) và tiền sử bị TBMMN hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua (26,6%); Tiền sử bị đái tháo đường (8,5%), hút thuốc lá (3,2%) và uống rượu (3,2%).

-Về đặc điểm sử dụng thuốc

- Bốn nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất trong mẫu nghiên cứu là: thuốc bảo vệ thần kinh (95,8%), kháng sinh (85,1%), vitamin - khoáng chất (84,0%), thuốc dự phòng loét dạ dày (74,5%).

- Ghi nhận ba ca lâm sàng gặp tác dụng không mong muốn của thuốc. Tỷ lệ bệnh án có tương tác thuốc-thuốc là 86,2% và số tương tác trung bình trên mỗi bệnh án là $4,9 \pm 2,4$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adams P.H. et al. (2007)**, "Guidelines for the Early Management of Adults with Ischemic Stroke: Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association, Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Cardiovascular Radiology and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists", *Stroke*, 2007;38:1655-1711.
2. **Bogousslavsky J. (2003)**, *Acute Stroke Treatment 2th*, Martin Dunitz, London, UK, pp. 38, 58, 118-23, 131, 210.
3. **Brainin M., Heiss W.D., and Heiss S. (2010)**, *Textbook of Stroke Medicine*, Cambridge University Press, pp.77-88, 230-82.
4. **Caplan R.L.**, *Caplan's Stroke: A Clinical Approach 4th*, Saunders Elsevier, Philadelphia, U.S.A, pp.22-62, 581-604. 2009.
5. **Lê Thị Phương Chi (2006)**, Đánh giá tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tai biến mạch máu não tại 2 khoa cấp cứu và thần kinh bệnh viện Bạch Mai, Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ, Bộ môn Dược lâm sàng, Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
6. **European Stroke Organization (ESO)** Executive Committee and the ESO Writing Committee (2008), "Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008", *Cerebrovascular Diseases*, 2008;25(5):457-507.
7. **Lê Đức Hình và nhóm chuyên gia (2009)**, Tai biến mạch máu não- Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí, NXB Y học, tr. 84-107, 217-24, 294-318, 333-41, 403-19, 442-63, 645-54.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN HÀNH VI Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN HÀNH VI TRẦM CẢM KHỞI PHÁT Ở TUỔI THANH THIẾU NIÊN

Bùi Văn Lợi¹, Trần Nguyễn Ngọc²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn hành vi ở những thanh thiếu niên mắc rối loạn hành vi trầm cảm là rối loạn chiếm tỉ lệ cao trong cộng đồng. Theo Adrian Angold và cộng sự (1993), tỷ lệ có rối loạn hành vi hoặc rối loạn bùng binh chống đối dao động từ 21% đến 83% ở thanh thiếu niên mắc trầm cảm [1]. Xác định đặc điểm của rối loạn hành vi ở bệnh nhân rối loạn hành vi trầm cảm là vấn đề cấp thiết giúp bác sĩ phát hiện sớm và có những biện pháp can thiệp kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm rối loạn hành vi ở bệnh nhân rối loạn hành vi trầm cảm khởi phát ở tuổi thanh thiếu niên. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân được chẩn đoán Rối loạn hành vi trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10 (1992) tại Viện sức khỏe Tâm thần Bạch Mai nhằm xác định đặc điểm của rối loạn hành vi. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn hành vi gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới với tỉ lệ lần lượt là 58,8% và 41,2%. Tuổi khởi phát trung bình $14,2 \pm 1,9$. Rối loạn hành vi khởi phát từ từ, tăng dần chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,4%. Thời gian xuất hiện rối loạn hành vi cho đến khi vào nghiên cứu từ 6 tháng đến dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 35,2%. Rối loạn bùng binh chống đối là rối loạn chiếm tỉ lệ cao nhất (41,2%). Không có trường hợp rối loạn hành vi trong môi trường gia đình. **Kết luận:** Rối loạn hành vi trong rối loạn hành vi trầm cảm gặp nhiều ở nữ giới hơn ở nam giới. Tuổi khởi phát trung bình $14,2 \pm 1,9$. Hầu hết khởi phát từ từ, tăng dần, hiếm khi khởi phát đột ngột. Thời gian để phát hiện được ra rối loạn hành vi thường từ 6 đến 12 tháng. Gặp nhiều nhất là rối loạn bùng binh chống đối.

Từ khóa: rối loạn hành vi, rối loạn hành vi trầm cảm, thanh thiếu niên

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF BEHAVIORAL DISTURBANCE IN PATIENTS OF DEPRESSIVE-CONDUCT DISORDER ONSET IN ADOLESCENCE

Background: Behavioral disorder in adolescents with depressive conduct disorder is a high proportion of disorder in the community. According to Adrian Angold et al (1993), the incidence of behavioral disorder or oppositional defiant disorder ranges from 21% to 83% in depressive disorder [1]. Identifying characteristics of behavioral disorders in patients with depressive conduct disorder is an urgent issue to help doctors detect early and timely measures of interventions. **Objectives:** Describe the behavioral

disorder characteristics in patients with depressive conduct disorder onset in adolescence of in-patients.

Methods: Cross sectional study on 34 patients are diagnosed with depressive conduct disorder by diagnostic criteria of ICD 10 (1992) at Bach Mai Mental Health Institute, aim to describe characteristics of behavioral disorder. **Results:** the rate of behavioral disorders is higher in women than men with 58.8% and 41.2% respectively. The average age of onset is 14.2 ± 1.9 . Behavioral disorder started slowly, increased gradually accounted for the highest rate with 82.4%. The time of occurrence of behavioral disorder until 6 months to less than 12 months in the study accounted for the highest rate of 35.2%. Stubborn disorder against disorder is the highest rate (41.2%). There are no cases of behavioral disorders in the home environment. **Conclusions:** Behavioral disorders in depression behavior are more common in women than in men. The age of onset is 14.2 ± 1.9 . Most start slowly, increase gradually, rarely start suddenly. Time to detect behavioral disorders usually ranges from 6 to 12 months. The most common encounter is stubborn disorder.

Keywords: behavioral disorders, depressive conduct disorder, adolescence

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn hành vi được xác định khi hành vi đó xâm phạm vào quyền lợi của người khác, đi ngược lại các chuẩn mực được chấp nhận, phá vỡ cuộc sống hàng ngày của trẻ hoặc gia đình, lặp lại và kéo dài. Đặc trưng là toàn bộ các hành vi chống xã hội, xâm phạm hay khiêu khích. Theo Kaplan và Sadock, ước tính tỷ lệ rối loạn hành vi ở lứa tuổi thanh thiếu niên dao động trong khoảng từ 2 đến 10%, trung bình khoảng 4%[3]. Adrian Angold và cộng sự (1993) nghiên cứu thấy tỷ lệ có rối loạn hành vi hoặc rối loạn bùng binh chống đối dao động từ 21% đến 83% ở thanh thiếu niên mắc trầm cảm, và tỷ lệ này cao hơn từ 3,5 đến 9,6 lần những trẻ không bị trầm cảm [1]. Rối loạn hành vi ở trẻ em và thanh thiếu niên mắc rối loạn hành vi trầm cảm ảnh hưởng rất lớn đến năng lực học tập, giao tiếp, sự hình thành phát triển các mối quan hệ xã hội, sự phát triển hoàn thiện thể chất, tinh thần và tính cách của trẻ. Do đó, nếu rối loạn hành vi này được phát hiện sớm và qua đó có những biện pháp can thiệp kịp thời sẽ làm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội [4]. Chính vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn hành vi ở bệnh nhân rối loạn hành vi trầm cảm khởi phát ở tuổi thanh thiếu niên.

¹Viện sức khỏe Tâm thần Quốc gia, Bệnh viện Bạch Mai

²Bộ môn tâm thần - Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Lợi

Email: buitrinhloi@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 4.6.2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

***Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân tuổi khởi phát bệnh từ 10 đến 19. Chẩn đoán xác định mắc rối loạn hành vi trầm cảm (F92.0) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD - 10

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân hoặc người nhà không đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Có bệnh thực thể làm ảnh hưởng đến chức năng não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang toàn bộ các bệnh nhân được điều trị tại Viện sức khỏe Tâm thần bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2016 đến hết tháng 9/2017. Kết thúc nghiên cứu thu nhận được 34 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn hành vi trầm cảm. Tiến hành mô tả đặc điểm rối loạn hành vi trên 34 bệnh nhân.

Sử dụng các công cụ để đo lường: mẫu bệnh án thống nhất được thiết kế phù hợp với mục tiêu nghiên cứu, thang đánh giá hành vi trẻ em

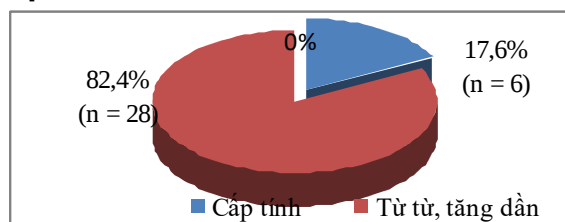
3.2. Đặc điểm tuổi khởi phát rối loạn hành vi

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi khởi phát (n = 34)

Nhóm tuổi	Nữ (n = 20)		Nam (n = 14)		Chung (n = 34)	
	SL	%	SL	%	SL	%
10 - 13	10	50,0	3	21,4	13	38,2
14 - 16	8	40,0	10	71,4	18	52,9
17 - 19	2	10,0	1	7,2	3	8,9
Tổng	20	100	14	100	34	100
$\bar{X} \pm SD$	14,1 $\pm$ 2,0		14,3 $\pm$ 1,9		14,2 $\pm$ 1,9	

Nhận xét: Tuổi khởi phát trung bình ở cả hai giới là $14,2 \pm 1,9$. Nhóm tuổi từ 14 đến 16 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 52,9%.

3.3. Đặc điểm tính chất khởi phát của rối loạn hành vi



Biểu đồ 3.2: Tính chất khởi phát của rối loạn hành vi (n = 34)

3.5. Đặc điểm rối loạn hành vi trong rối loạn hành vi trầm cảm

Bảng 3.5: Tỷ lệ rối loạn hành vi trong rối loạn hành vi trầm cảm (n = 34)

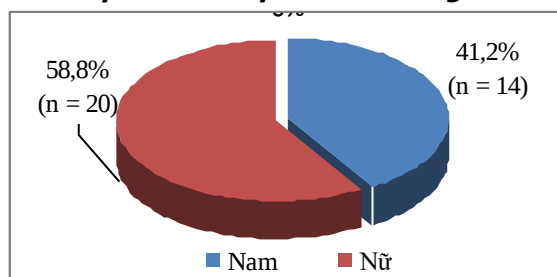
	Nữ (n = 20)		Nam (n = 14)		Chung (n = 34)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Rối loạn hành vi trong môi trường gia đình (F91.0)	0	0	0	0	0	0
Rối loạn hành vi ở những người kém thích ứng xã hội (F91.1)	1	5,0	3	21,4	4	11,8
Rối loạn hành vi ở những người còn thích ứng xã hội (F91.2)	2	10,0	3	21,4	5	14,7
Rối loạn bùng nổ, chống đối (F91.3)	9	45,0	5	35,7	14	41,2

của Achenbach (CBCL), thang đánh giá trầm cảm thanh thiếu niên (RADS).

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm rối loạn hành vi theo giới tính



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới (n = 34)

Nhận xét: Rối loạn hành vi thường gặp ở nữ giới hơn nam giới (58,8% và 41,2%).

Nhận xét: Hầu hết rối loạn hành vi khởi phát từ từ, tăng dần chiếm tỷ lệ 82,4%.

3.4. Thời gian có rối loạn hành vi trước khi vào nghiên cứu (n = 34)

Thời gian	SL	%
Từ 6 đến dưới 12 tháng	12	35,2
Từ 12 đến dưới 24 tháng	11	32,4
Từ 24 tháng trở lên	11	32,4
Tổng	34	100

Nhận xét: Thời gian xuất hiện rối loạn hành vi cho đến khi vào nghiên cứu từ 6 tháng đến dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 35,2%.

Rối loạn hành vi không biệt định (F91.9)	8	40,0	3	21,5	11	32,3
Tổng	20	100	14	100	34	100

Nhận xét: Chiếm tỉ lệ cao nhất là rối loạn lưỡng tính chống đối (41,2%). Không có trường hợp rối loạn hành vi trong môi trường gia đình.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về giới tính: Nghiên cứu nhận thấy rối loạn hành vi ở bệnh nhân rối loạn hành vi trầm cảm thường gặp ở nữ giới hơn nam giới (58,8% so với 41,2%). Trong rối loạn hành vi đơn thuần, nhiều nghiên cứu cho biết rối loạn này hay gặp ở trẻ nam hơn trẻ nữ và cho rằng giới tính nam là một yếu tố nguy cơ của rối loạn hành vi. Simic và cộng sự (2001) nghiên cứu 151 trẻ em và thanh thiếu niên chẩn đoán rối loạn hành vi đơn thuần, tỷ lệ nam giới chiếm tới 77,5%. Maughan B (2004) nghiên cứu mẫu gồm 5212 trẻ nam và 5226 trẻ nữ ở lứa tuổi thanh thiếu niên cho kết quả 0,8% trẻ nữ và 2,1% trẻ nam có rối loạn hành vi (OR = 2.7, 95% CI = 1.9 – 3.8, p < 0.001) [5]. Sự khác biệt về giới tính có thể giúp nhận biết rối loạn hành vi trong rối loạn hành vi trầm với rối loạn hành vi đơn thuần.

4.2. Đặc điểm tuổi khởi phát rối loạn hành vi: Nhóm nghiên cứu có độ tuổi từ 12 – 26, tuổi trung bình là $15,9 \pm 2,6$. Tuổi khởi phát trung bình là $14,2 \pm 1,9$. Tương tự như vậy, nghiên cứu của Mima Simic (2001) trên 58 trẻ thanh thiếu niên ở thành phố Luân Đôn của Anh đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn hành vi trầm cảm theo ICD 10 nhận thấy tuổi khởi phát trung bình là $11,6 \pm 3,05$. Năm 2005, Sewitch và cộng sự nghiên cứu 447 trẻ thanh thiếu niên tại Quebec, Canada cũng cho kết quả tuổi khởi phát trung bình là $14,6 \pm 1,31$ [6]. Một nghiên cứu ở Việt Nam của Cao Vũ Hùng kết luận tuổi trung bình mắc bệnh là $14,51 \pm 1,74$ [2].

Xem xét sự phân bố nhóm tuổi khởi phát, nghiên cứu nhận thấy ở nữ giới nhóm tuổi có tỷ lệ khởi phát bệnh cao nhất là từ 10 đến 13 tuổi (chiếm 50,0%), trong khi ở nam giới, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 14 đến 16 tuổi (chiếm 71,4%), nhóm khởi phát ở lứa tuổi thanh thiếu niên muộn (từ 17 đến 19 tuổi) cũng chiếm tỷ lệ thấp nhất ở cả hai giới. Tính chung cho cả 2 giới, nhóm tuổi khởi phát chiếm tỷ lệ cao nhất là 14 – 16 tuổi (chiếm 52,9%). Tương tự kết quả này, nghiên cứu của Weller ở Mỹ và New Zealand khi nghiên cứu ở những thanh thiếu niên hay gặp các vấn đề về hành vi và cảm xúc thường gặp nhất là nhóm tuổi 14 – 16 [8]. Giải thích cho vấn đề này, Angold (1993) cho biết có sự liên quan giữa những vấn đề về hành vi gây rối và rối loạn trầm cảm với những biến đổi hormon ở lứa tuổi dậy thì [1]. Rối loạn hành vi, đặc biệt là rối loạn

lưỡng tính chống đối hay gặp ở tuổi trẻ em hay giai đoạn trước tuổi dậy thì, trong khi rối loạn trầm cảm đơn thuần tương đối hiếm gặp trước tuổi thanh thiếu niên nhưng tăng đáng kể khi trẻ đến tuổi dậy thì, đặc biệt là ở phụ nữ, tăng gần gấp đôi từ đầu đến cuối thời kì thanh thiếu niên. Ước tính cho thấy 2,8% trẻ dưới 13 tuổi bị ảnh hưởng bởi rối loạn trầm cảm. Trong nghiên cứu phát hiện, nữ giới ở độ tuổi từ 10 – 13 chiếm tỷ lệ cao nhất, trong khi đó ở nam giới lứa tuổi 14 – 16 lại chiếm tỷ lệ cao nhất. Giải thích sự khác nhau này có thể do nữ giới thường dậy thì trong độ tuổi từ 10 đến 13 tuổi, sớm hơn nam giới thường dậy thì trong độ tuổi từ 13 đến 15 tuổi.

4.3. Đặc điểm tính chất khởi phát rối loạn hành vi: Hầu hết rối loạn hành vi ở bệnh nhân rối loạn hành vi trầm cảm trong nghiên cứu có sự khởi phát từ từ, tăng dần (82,4%). Rối loạn hành vi là một mô hình dai dẳng, lặp đi lặp lại, thường do nhiều yếu tố góp phần tác động trong một thời gian dài. Các tác giả biện luận, rối loạn hành vi trầm cảm là một bệnh lý nội sinh nên thường khởi phát với tính chất từ từ tăng dần. Do đó rối loạn hành vi cũng sẽ khởi phát từ từ, tăng dần. Đặc điểm này sẽ giúp các bác sĩ phân biệt với sự khởi phát cấp tính, đột ngột trong các rối loạn hành vi và cảm xúc do nguyên nhân thực tổn.

4.4. Đặc điểm thời gian xuất hiện các triệu chứng: Trong nghiên cứu, bệnh nhân có thời gian xuất hiện rối loạn hành vi cho đến khi vào nghiên cứu từ 6 đến dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (35,2%). Hai nhóm có thời gian xuất hiện rối loạn cho đến khi vào nghiên cứu từ 12 đến dưới 24 tháng và từ 24 tháng trở lên chiếm tỷ lệ thấp hơn với 32,4%. Khác với kết quả này, M Simic (2001) nghiên cứu về rối loạn hành vi trầm cảm nhận thấy chỉ có 19,6% bệnh nhân có thời gian rối loạn dưới 12 tháng, phần lớn bệnh nhân có thời gian rối loạn kéo dài từ 36 tháng trở lên (53,6%) [7]. Lý giải cho điều này, có thể là do có sự khác nhau về cỡ mẫu trong nghiên cứu hoặc sự khác nhau về địa điểm và nền văn hóa. Bên cạnh đó, nhiều cha mẹ chưa có sự quan tâm hoặc chưa có sự hiểu biết về rối loạn hành vi ở lứa tuổi thanh thiếu niên nên thường bỏ qua. Họ thường cho rằng các biểu hiện về rối loạn hành vi của trẻ là do những thay đổi của lứa tuổi chứ không phải bệnh lý nên không phát hiện và đưa trẻ đi khám, điều trị sớm. Thêm vào đó,

nguyên cứu này chỉ tiến hành ở bệnh viện còn nguyên cứu của

4.5. Đặc điểm các triệu chứng của rối loạn hành vi: Phân loại rối loạn hành vi theo ICD 10, nghiên cứu nhận thấy rối loạn bùng bình chống đối (F91.3) hay gặp nhất (41,2%); tiếp đến là rối loạn hành vi không biệt định, nhóm này chủ yếu bao gồm những rối loạn hành vi ở mức độ nhẹ, số lượng triệu chứng vừa đủ hoặc không lớn hơn nhiều so với yêu cầu chẩn đoán. DSM-IV cho biết rối loạn bùng bình chống đối là một rối loạn thường gặp ở lứa tuổi trẻ em và thanh thiếu niên. Maughan B và cộng sự (2004) nghiên cứu 10438 trẻ em và thanh thiếu niên cho tỷ lệ rối loạn bùng bình chống đối ở nữ giới là 1,4% và ở nam giới là 3,2% [5]. Các rối loạn hành vi thực sự nghiêm trọng như rối loạn hành vi ở người kém thích ứng xã hội (F91.1) hay rối loạn hành vi ở những người còn thích ứng xã hội (F91.2) chiếm tỷ lệ lần lượt 11,8% và 14,7%; trong nhóm rối loạn này nam giới gặp tỷ lệ cao hơn trong khi ở nhóm rối loạn bùng bình chống đối và rối loạn hành vi không biệt định tỷ lệ nữ giới lại cao hơn. Trong nghiên cứu, rối loạn hành vi trong môi trường gia đình không gặp trường hợp nào (F91.0), điều này phù hợp với đặc điểm yêu cầu về thời gian kéo dài triệu chứng từ 6 tháng trở lên để phục vụ chẩn đoán, và có sự kết hợp với rối loạn trầm cảm nên sẽ ảnh hưởng đến thanh thiếu niên trong các mối quan hệ với môi trường xã hội nên rối loạn không chỉ hạn chế trong môi trường gia đình.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn hành vi trong rối loạn hành vi trầm cảm gặp nhiều ở nữ giới hơn ở nam giới. Tuổi khởi phát trung bình $14,2 \pm 1,9$. Hầu hết khởi phát từ từ, tăng dần, hiếm khi khởi phát đột ngột. Thời gian để phát hiện được ra rối loạn hành vi thường từ 6 đến 12 tháng. Gặp nhiều nhất là rối loạn bùng bình chống đối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Angold A and Costello EJ (1993)**, "Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues", *American Journal of Psychiatry*. 150(12), p. 1779–1791.
2. **Cao Vũ Hùng (2010)**, Nghiên cứu rối loạn trầm cảm ở trẻ vị thành niên điều trị tại bệnh viện nhi Trung ương, Luận văn Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội
3. **Connor DF (2017)**, Comprehensive textbook of psychiatry "Disruptive Behavior Disorders in Children and Adolescents - Chapter 46", 10th edition, New York, p.9071 - 9113.
4. **Fröjd SA et al. (2008)**, "Depression and school performance in middle adolescent boys and girls", *Journal of Adolescence*. 31(4), p. 485–498.
5. **Maughan B et al. (2004)**, "Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a national sample: developmental epidemiology", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45(3), p. 609–621.
6. **Sewitch MJ et al. (2005)**, "Pharmacologic Response to Depressive Disorders Among Adolescents", *Psychiatric Services*. 56 (9), p. 1089–1097.
7. **Simic M and Fombonne E (2001)**, "Depressive conduct disorder: symptom patterns and correlates in referred children and adolescents", *Journal of Affective Disorders*. 62(3), p. 175–185.
8. **Weller EB and Weller R.A (2000)**, "Depression in adolescents", *Journal of Affective Disorders*. 61, tr.9–13.

ỨNG DỤNG LASER DIODE ĐIỀU TRỊ U NANG HỔ LƯỠI THANH THIẾT TẠI BỆNH VIỆN TAI - MŨI - HỌNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Khánh Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp điều trị u nang hổ lưỡi thanh thiệt bằng laser diode. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 91 bệnh nhân u nang hổ lưỡi thanh thiệt được phẫu thuật laser diode tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ 4/2014 đến 11/2015. **Kết quả:** Nhóm tuổi 36-55 gặp nhiều nhất chiếm 53,8%. Tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam 53/38, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khối u có màu hồng là 52,7%, khối u

có màu trắng là 47,3%. Kết quả điều trị sau 10 ngày: 100% không chảy máu, 8,8% còn đau nhẹ, 27,5% còn nề đỏ; kết quả điều trị sau 30 ngày: 6,6% còn nề đỏ. **Kết luận:** Ứng dụng laser diode để điều trị u nang hổ lưỡi thanh thiệt là phương pháp dễ thực hiện, an toàn, với kết quả sau phẫu thuật tốt. Trong nghiên cứu này không gặp biến chứng chảy máu nào

Từ khóa: Laser, u nang hổ lưỡi thanh thiệt, kết quả điều trị.

SUMMARY

APPLYING LASER DIODE INTO TREATING VALLECULAR CYST AT NATIONAL HOSPITAL OF OTOLARYNGOLOGY

Objectives: To evaluate the results of vallecular cyst treatment by laser diode. **Objects and methods:** Descriptive study in 91 patients with vallecular cyst treated by laser diode at the National Hospital of

*Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Khánh Vân
Email: khanhvantmtw@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019
Ngày duyệt bài: 6.6.2019

Otolaryngology from 4/2014 to 11/2015. **Results:** The most common ages are from 36-55 with 54.8%. The rate of female is higher than male with 53/38, the difference is statistically significant with $p < 0.05$. Pink valvular cysts are seen in 52.7% and white valvular cysts are seen in 47.3%. The result treatment after 10 days: 100% patients with no bleeding, 8.8% patients with mild pain, 27.5% with red swelling; after 30 days: 6.6% with red swelling. **Conclusions:** Laser Diode in treating valvular cyst is a easy-to-do, safe procedure with good postoperative results. In this research, bleeding complications are not seen in any patients.

Key words: Laser, valvular cyst, treatment result.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nang hồ lưỡi thanh thiệt là u lành tính. Đây là khối u xuất phát từ việc các tế bào tiết nhầy của đường tiêu hóa tại đó bị chôn vùi vào lớp dưới niêm mạc nên chất nhầy tiết ra không có lối thoát, do tắc nghẽn ống tiết nhầy vào họng là dị dạng bẩm sinh hoặc do quá trình viêm nhiễm mắc phải. U nang hồ lưỡi thanh thiệt khi còn nhỏ thường không có triệu chứng. Với u lớn có thể có nuốt vướng, ho, khàn tiếng, ngủ ngáy, hoặc cảm giác không rõ ràng. Với u nang quá lớn có thể gây khó thở. Khi có nhiễm trùng thứ phát có thể đau, nang hình thành mủ.

Laser là chữ viết tắt của "Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation" có nghĩa là "khuếch đại ánh sáng bởi các kích thích phát xạ cưỡng bức". Laser là nguồn ánh sáng nhân tạo thu được nhờ sự khuếch đại ánh sáng bằng bức xạ phát ra khi kích hoạt cao độ các phân tử từ môi trường vật chất tương ứng. Laser là ánh sáng có nhiều tính chất đặc biệt hơn hẳn ánh sáng tự nhiên hay nhân tạo khác và có những tác dụng rất hữu ích có thể áp dụng trong nhiều lĩnh vực khoa học kỹ thuật và đời sống, trong đó có y học. Ngành Tai - Mũi Họng đã ứng dụng công nghệ laser trong phẫu thuật nhiều bệnh lý như: cắt amidan, các khối u lành tính,... Ứng dụng công nghệ laser diode trong điều trị u nang hồ lưỡi thanh thiệt là phương pháp hiện đại, hiệu quả điều trị cao và ít xảy ra tai biến.

Với mục đích nhằm góp phần nghiên cứu ưu điểm và hạn chế của phương pháp phẫu thuật u nang bằng laser diode. Đề tài nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá kết quả của phương pháp điều trị u nang hồ lưỡi thanh thiệt bằng laser diode".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 91 bệnh nhân u nang hồ lưỡi thanh thiệt được phẫu thuật bằng laser diode tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Tai - Mũi - Họng Trung ương từ tháng 4/2014 đến tháng 11/2015.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân trên 15 tuổi
- Không phân biệt giới
- Được chẩn đoán là u nang hồ lưỡi thanh thiệt
- Không có bệnh toàn thân nặng
- Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- U nhú đáy lưỡi
- Bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng
- Bệnh nhân không đồng ý hợp tác nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân được phẫu thuật u nang hồ lưỡi thanh thiệt bằng laser diode; Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 10 ngày, 30 ngày

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	15 - 35	36 - 55	> 55	Tổng
Số lượng	18	49	24	91
Tỷ lệ (%)	19,8	53,8	26,4	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân ít tuổi nhất là 22 tuổi và bệnh nhân cao tuổi nhất là 72 tuổi. Nhóm tuổi 36 - 55 gặp nhiều nhất với 49 trường hợp chiếm 53,8%; nhóm tuổi >55 gặp 24 trường hợp chiếm 26,4%; nhóm tuổi từ 15 - 35 gặp ít nhất với 18 trường hợp chiếm 19,8%.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Nam	Nữ	Tổng
Số lượng	38	53	91
Tỷ lệ (%)	41,8	58,2	100,0

Tỷ lệ nữ/nam là 53/38 tương ứng là 1,39; có sự khác nhau giữa nam và nữ với $P < 0,05$

3.2. Hình thái lâm sàng

3.2.1. Màu sắc khối u hồ lưỡi thanh thiệt

Bảng 3.3. Phân bố màu sắc khối u nang hồ lưỡi thanh thiệt

Màu sắc	Hồng	Trắng	Tổng số
Số lượng	48	43	91
Tỷ lệ (%)	52,7	47,3	100,0

Bảng 3.3 cho thấy, trong tổng số 91 trường hợp, khối u có màu hồng gặp 48 trường hợp chiếm tỷ lệ 52,7% và khối u có màu trắng gặp 43 trường hợp chiếm tỷ lệ 47,3%.

3.2.2. Vị trí khối u nang hồ lưỡi thanh thiệt

Bảng 3.4. Phân bố vị trí khối u nang hồ lưỡi thanh thiệt

Vị trí	Phải	Trái	Giữa	Hai bên	Tổng số
Số lượng	36	23	30	2	91
Tỷ lệ (%)	39,5	25,3	33,0	2,2	100,0

Về vị trí u nang ở hồ lưỡi thanh thiệt, qua bảng 3.4 cho thấy u nang ở vị trí bên phải gặp nhiều nhất với 36 trường hợp chiếm 39,5%; tiếp theo là

u nang ở vị trí giữa với 30 trường hợp chiếm 33,0%; sau đó là u nang ở vị trí bên trái gặp 23 trường hợp chiếm 25,3%; u nang có ở hai bên là ít gặp nhất với 2 trường hợp chiếm 2,2%.

3.3. Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật

3.3.1. Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật 10 ngày

3.3.1.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.5. Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật 10 ngày

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau	08	8,8
Vướng	66	72,5

Bảng 3.5 cho thấy triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật 10 ngày còn gặp triệu chứng đau 22 trường hợp chiếm tỷ lệ 32,4%, triệu chứng vướng gặp 28 trường hợp chiếm 41,2%.

3.3.1.2. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.6. Triệu chứng thực thể sau phẫu thuật 10 ngày

Triệu chứng thực thể	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giả mạc	66	72,5
Nề đỏ	25	27,5
Chảy máu	0	0,0

Triệu chứng thực thể sau phẫu thuật 10 ngày, triệu chứng còn giả mạc gặp chủ yếu với 66 trường hợp chiếm tỷ lệ 72,5%, triệu chứng nề đỏ gặp 25 trường hợp chiếm 27,5%, triệu chứng chảy máu không gặp trường hợp nào.

3.3.2. Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật 30 ngày

3.3.2.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.7. Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật 30 ngày

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau	0	0,0
Vướng	2	1,2

Bảng 3.7 cho thấy triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật 30 ngày, không gặp trường hợp nào còn triệu chứng đau, triệu chứng vướng chỉ gặp 2 trường hợp chiếm 1,2%.

3.3.2.2. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.5. Triệu chứng thực thể sau phẫu thuật 30 ngày

Triệu chứng thực thể	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giả mạc	0	0,0
Nề đỏ	6	6,6
Chảy máu	0	0,0

Triệu chứng thực thể sau phẫu thuật 30 ngày, không gặp trường hợp nào với triệu chứng còn giả mạc, triệu chứng nề đỏ gặp 06 trường hợp chiếm tỷ lệ 6,6%, triệu chứng chảy máu cũng không gặp trường hợp nào.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới

* **Về tuổi:** Trong nghiên cứu này bệnh nhân ít tuổi nhất là 22 tuổi và bệnh nhân cao tuổi nhất là 72 tuổi. Nhóm tuổi 36-55 gặp nhiều nhất, theo Sekiya K và cộng sự gặp nhiều ở nhóm tuổi 51-60 tuổi. Có thể trong nghiên cứu này những bệnh nhân u nang hồ lưỡi thanh thiệt có bệnh về viêm mũi xoang, hội chứng trào ngược dạ dày - thực quản và các bệnh khác kèm theo do vậy mà được phát hiện nhóm tuổi trẻ hơn.

* **Về giới:** Theo kết quả nghiên cứu tỷ lệ nữ gặp 58,2% và tỷ lệ gặp nam là 41,8%, có sự khác nhau giữa nam và nữ. Các nghiên cứu các tác giả khác thấy u nang không liên quan đến giới tính. Trong nghiên cứu này có sự khác nhau giữa nam và nữ có thể do số lượng nghiên cứu còn hạn chế và trên các bệnh nhân có các bệnh lý về mũi xoang nhiều.

4.2. Hình thái lâm sàng. Màu sắc khối u nang hồ lưỡi thanh thiệt thường có màu hồng và màu trắng đục, tỷ lệ khối u nang màu hồng gặp nhiều hơn. Với những khối u nang màu hồng thường ở sâu dưới niêm mạc hơn. Khối u nang có màu trắng đục thì thường phát triển cao trên bề mặt niêm mạc hồ lưỡi thanh thiệt hơn, đôi khi có trường hợp có nhiều u nang nhỏ gần nhau. Mặc dù khi phẫu thuật dịch chứa bên trong các loại nang này đều là dịch mủ đặc trắng đục. Sở dĩ u nang có màu hồng là do ở sâu dưới niêm mạc mà không thấy dịch mủ trắng đục này.

Vị trí khối u nang hồ lưỡi thanh thiệt có thể ở bên phải, trái hoặc ở giữa gặp với 89 trường hợp chiếm 97,2%; vị trí khối u nang có ở cả 2 bên chỉ gặp 2 trường hợp chiếm 2,2%. Trong nghiên cứu này gặp cả hai hình thái u nang màu hồng và màu trắng ở các vị trí của hồ lưỡi thanh thiệt.

Phần lớn các trường hợp là được phát hiện tình cờ khi đi khám nội soi Tai - Mũi - Họng. Có thể đã khám ở một nơi khác rồi lại tới đây khám lại. Trong số các bệnh nhân có u nang hồ lưỡi thanh thiệt này có nhiều bệnh nhân có viêm mũi xoang, hội chứng trào ngược dạ dày thực quản.

4.3. Đánh giá tình trạng bệnh nhân. Dựa trên triệu chứng lâm sàng, trong nghiên cứu này điều trị phẫu thuật

Khi phẫu thuật có một số trường hợp chảy máu ít, tuy nhiên sẽ được cầm máu ngay bằng chính laser diode này.

Sau phẫu thuật 10 ngày, triệu chứng cơ năng không có bệnh nhân nào chảy máu, còn 32,4% bệnh nhân có đau nhẹ mà không phải uống thuốc giảm đau, và một số có cảm giác vướng ở vị trí u nang đã phẫu thuật với 41,2%. Triệu chứng thực thể phần lớn các trường hợp còn giả

mạc trắng, không chảy máu chiếm 100%, còn 52,9% trường hợp còn nề đỏ có thể đã bong giả mạc hoặc chưa bong giả mạc thì nề đỏ xung quanh giả mạc.

Sau phẫu thuật 30 ngày, đại đa số đã ổn định về triệu chứng cơ năng và thực thể. Triệu chứng thực thể còn 6 trường hợp nề đỏ nhẹ gặp trên người bệnh có khối u nang hồ lưỡi thanh thiệt lớn. Tình trạng hốc mổ đã phục hồi hoàn toàn.

Điều trị dẫn lưu nang được thực hiện qua đường miệng bằng phương pháp áp lạnh, dùng đốt điện, những phương pháp này giảm cơ hội chảy máu, nhưng dùng nhiệt độ cao hơn làm tổn thương tổ chức lành xung quanh nang.

Sử dụng laser diode với đặc tính đường kính sợi dây nhỏ, mềm, dễ uốn và dễ cầm tay. Phương pháp này cho phép điều trị qua hốc mũi, đảm bảo nhìn rõ ràng tổn thương và cấu trúc xung quanh, làm cho quá trình thực hiện an toàn, hiệu quả. Kết quả là làm tổn hại rất ít với tổ chức gần nang, quá trình làm lành vết thương được cải thiện và giảm đau sau phẫu thuật. Laser diode dự phòng cầm máu đầy đủ và kiểm soát được mô chảy máu, quá trình thực hiện dễ dàng và giảm các biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng laser diode để điều trị u nang hồ lưỡi thanh thiệt là phương pháp dễ thực hiện, an toàn, với kết quả sau phẫu thuật tốt. Trong nghiên cứu này không gặp biến chứng chảy máu nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hsieh LC, Yang CC, Su CH, Lee KS, Chen BN, Wang LT (2015), "The outcomes of infantile valvular cyst post CO₂ laser treatment", *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 77(5):655-7.
2. Berger G, Averbuch E, Zilka K, Berger R, Ophir D (2008), "Adult valvular cyst: thirteen-year experience", *Otolaryngol Head Neck Surg*, Mar;138(3):321-7.
3. Lee DH, Yoon TM, Lee JK, Lim SC (2015), "Clinical characteristics and surgical treatment outcomes of valvular cysts in adults", *Acta Otolaryngol*, 135(11):1185-8.
4. Cintra PPVC, Anselmo-Lima WT. (2003), "Comparação das técnicas de turbinectomia com laser de CO₂ e laser a diodo". *Rev Bras Otorrinolaringol*. 69(5):612-20.
5. Tan Shi Nee, Aminuddin Saim (2014), "Valvular Cyst: Airway Challenge and Options of Management", *Otolaryngology* 2014, Vol 4(2): 158.
6. Mümtaz Taner Torun, Ender Seçkin, Ümit Tuncel, Caner Kılıç and Özalkan Özkan (2015), "Rare Entity: Adult Asymptomatic Giant Valvular Cyst", *Case Reports in Otolaryngology*, Volume 2015.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÙ HOÀNG ĐIỂM DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG BẰNG LASER VỒNG MẠC

Vũ Tuấn Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường bằng laser quang đồng võng mạc. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng trên 64 bệnh nhân đái tháo đường, 109 mắt có phù hoàng điểm được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn ETDRS. Sau khi chẩn đoán, bệnh nhân được làm laser quang đồng. Bệnh nhân được khám lại định kỳ, đánh giá kết quả theo mức độ cải thiện thị lực và giảm độ dày võng mạc trung tâm đo bằng OCT. **Kết quả:** Thị lực chung tăng $6,74 \pm 8,86$ chữ ETDRS, chiều dày võng mạc trung tâm đo bằng OCT giảm trung bình $65,01 \pm 45,05\mu\text{m}$, không gặp biến chứng nào trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Kết luận:** Laser quang đồng võng mạc là phương pháp điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: phù hoàng điểm, đái tháo đường, laser quang đồng võng mạc.

*Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tuấn Anh Email: vta.oph@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2019

Ngày duyệt bài: 29.5.2019

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF DIABETIC MACULAR EDEMA BY LASER PHOTOCOAGULATION

Purpose: to evaluate the efficacy and the safety of laser photocoagulation for diabetic macular edema treatment. **Materials and Methods:** prospective interventional study, 109 eyes (64 patients) diagnosed of clinically significant macular edema following the criteria of the ETDRS was treated by laser 532 nm. The laser technique used for local form was focal direct photocoagulation, for diffuse and cystoid forms were grid laser. The results were follow by VA and CRT measured by OCT. **Results:** The VA improved $6,74 \pm 8,86$ letters after 12 months of laser treatment, CRT measured by OCT decreased $65,01 \pm 45,05\mu\text{m}$. **Conclusions:** Laser photocoagulation is active, high efficacy and safe for treat local diabetic macular edema.

Keyword: macular edema, diabetes, laser photocoagulation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phù hoàng điểm do đái tháo đường (ĐTĐ) là biến chứng sớm và hay gặp tại mắt của bệnh

ĐTĐ. Đây là nguyên nhân gây giảm thị lực nhiều nhất ở những người đang trong lứa tuổi lao động, nếu không điều trị kịp thời sẽ gây giảm thậm chí mất thị lực không hồi phục. Bệnh chia làm 3 thể chính theo thứ tự nặng dần: khu trú, lan toả và dạng nang. Một số phương pháp điều trị bệnh như tiêm thuốc kháng VEGF hoặc steroid vào buồng dịch kính đem lại kết quả tức thời nhưng giá thành cao, nhiều biến chứng và phải tiêm nhắc lại nhiều lần. Trong khi đó laser quang đông là phương pháp khó ứng dụng nhưng lại khắc phục được nhiều nhược điểm trên. Cho đến nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu một cách hệ thống nào về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với *mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường bằng laser quang đông võng mạc.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng

Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán và theo dõi kiểm soát đái tháo đường tại Khoa Nội tiết-Đái tháo đường (Bệnh viện Bạch Mai) hoặc Bệnh viện Nội tiết trung ương, có nghi ngờ tổn thương mắt đến khám tại Bệnh viện Mắt trung ương trong khoảng 2010 đến 2014, các bệnh nhân nêu trên được khám và xác định chẩn đoán là phù hoàng điểm theo tiêu chuẩn ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study) [1] kèm theo thị lực từ 20/200 trở lên.

Sau đó được phân loại theo thể bệnh: + Phù hoàng điểm khu trú: võng mạc vùng hoàng điểm dày lên hình vòng cung, vùng phù này được giới hạn bởi xuất tiết cứng hình vòng cung.

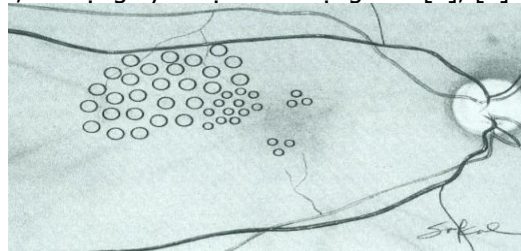
+ Phù hoàng điểm lan toả: võng mạc vùng hoàng điểm dày lên, lan toả toàn bộ hậu cực.

+ Phù hoàng điểm dạng nang: dịch tích trong võng mạc vùng hoàng điểm, tạo nên những khoang dạng nang, có thể nhìn thấy trên soi đáy mắt và chụp mạch huỳnh quang.

Bệnh nhân được lựa chọn can thiệp phải đảm bảo toàn thân ổn định, đã kiểm soát tốt đường máu, đủ khả năng hợp tác để can thiệp laser

Can thiệp laser được tiến hành như sau: giải thích cho bệnh nhân, nhỏ giãn đồng tử bằng Mydrin-P, tra thuốc tê bề mặt nhãn cầu bằng Dicaín 1%, bệnh nhân ngồi vào máy, tỳ cằm, tỳ trán, đặt kính tiếp xúc vào mắt bệnh nhân để chuẩn bị làm laser (kính Goldman 1 mặt gương hoặc kính Volk centralis). Định vị vùng phù và vùng cần điều trị dựa theo bảng định vị chuẩn ETDRS. Chỉ định phương pháp laser như sau: phù khu trú - sử dụng phương pháp laser trực tiếp vùng phù, với phù dạng nang và phù lan

toả, sử dụng kỹ thuật laser dạng lưới [2], [3].



Hình 3.1: Sơ đồ laser dạng lưới cải tiến của Olk, với laser dạng lưới vùng võng mạc dày lên và/hoặc vùng thiếu tưới máu, với các nốt laser trực tiếp kích thước 100µm bổ xung vào vùng vi phình mạch có dò dịch (theo Olk, Ophthalmology 1990; 97:1101-1103)

Đánh giá kết quả: Theo dõi đánh giá qua các lần thăm khám trước, sau điều trị 1 tháng bằng các thông số: thị lực, mức độ phù võng mạc vùng hoàng điểm, xuất tiết cứng. Dựa vào kết quả theo dõi, đánh giá kết quả sau laser:

- Đạt kết quả:

+ Rất tốt: thị lực tăng 15 chữ (bảng ETDRS) kèm theo võng mạc hết phù hoàn toàn

+ Tốt: võng mạc vùng hoàng điểm giảm phù một phần, hết xuất tiết cứng, thị lực tăng từ 5 - 10 chữ (bảng ETDRS); đến giữ nguyên mức thị lực ban đầu.

-Không đạt kết quả: võng mạc vùng hoàng điểm không giảm phù, thị lực không tăng hoặc giảm.

Ngoài ra nghiên cứu còn đánh giá chiều dày võng mạc trung tâm đo bằng OCT để đánh giá kết quả giảm phù hoàng điểm.

- Có biến chứng:

+ biến chứng trượt giác mạc

+ quang đông vào fovea hoặc sẹo laser lan đến fovea gây ám điểm

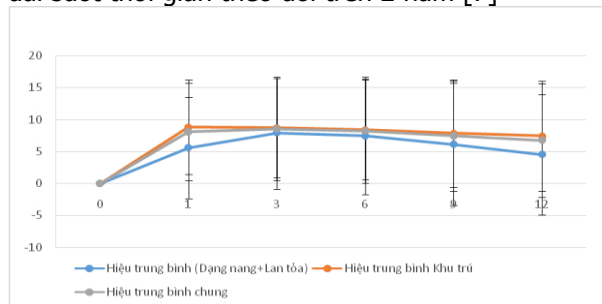
Đo độ dày võng mạc vùng hoàng điểm bằng OCT Cirrus- HD trước và sau điều trị ở các thời điểm 1, 3, 6, 9 và 12 tháng.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả về cải thiện thị lực. Sau 12 tháng điều trị, thị lực chung tăng $6,74 \pm 8,86$ chữ ETDRS so với thời điểm trước điều trị, tiếp tục giảm nhẹ so với tháng thứ 9, thị lực của nhóm phù khu trú cải thiện tốt hơn ($7,40 \pm 8,64$ chữ) so với 2 nhóm còn lại ($4,52 \pm 9,41$ chữ) ($p < 0,0001$).

Thị lực cải thiện rõ rệt nhất sau 1 – 6 tháng, có xu hướng giảm dần từ 9 – 12 tháng. Điều này có thể lý giải là do tiến triển đục thể thủy tinh. Đục thể thủy tinh trên bệnh nhân ĐTĐ là biến chứng thường gặp. Biến chứng đục thể thủy tinh còn gặp trong điều trị laser, đặc biệt laser quang đông toàn võng mạc (scatter). Tunc thấy thị lực

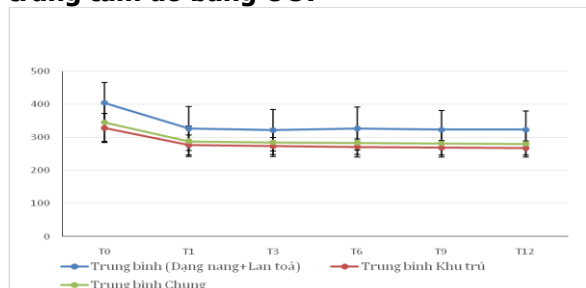
cải thiện cao nhất vào 18 tuần sau điều trị [4], trong khi đó một nghiên cứu khác cho thấy kết quả thị lực cải thiện sau 4 tháng và duy trì kéo dài suốt thời gian theo dõi trên 2 năm [7]



Biểu đồ 3.1: Thị lực chung, nhóm phù khu trú và 2 nhóm còn lại (tính bằng số chữ ETDRS) theo thời gian

Về nhóm phù khu trú, thị lực tăng trên 5 chữ chiếm 56% sau 1 tháng. Kết quả này khả quan so với các thể phù còn lại, và sau 12 tháng là 46,4%. So sánh với kết quả nghiên cứu RESTORE, không có cải thiện thị lực trong nhóm phù khu trú được điều trị bằng laser đơn thuần [2]. Có lẽ là do việc lựa chọn phân nhóm bệnh nhân ban đầu, các tác giả đã không chọn vào phân nhóm này các mắt có thị lực thấp, dẫn tới kết quả thị lực cải thiện ít.

3.2. Kết quả về giảm độ dày võng mạc trung tâm đo bằng OCT



Biểu đồ 3.2: Độ dày võng mạc trung tâm trên OCT

Thời điểm tháng thứ 12, kết quả võng mạc vẫn có xu hướng giảm phù ($65,01 \pm 45,05 \mu\text{m}$), trong đó nhóm khu trú giảm $60,22 \pm 37,50 \mu\text{m}$, 2 nhóm còn lại giảm $81,12 \pm 62,61 \mu\text{m}$. Đáng chú ý là nhóm phù khu trú có kết quả về gần giá trị trung bình nhất: $267,36 \pm 20,86 \mu\text{m}$ (giá trị trung bình của võng mạc trung tâm đo bằng OCT là $256 \mu\text{m}$).

Từ tháng thứ 9 đến tháng thứ 12, độ dày võng mạc trung tâm đo bằng OCT ở cả hai nhóm phù khu trú và lan tỏa-dạng nang gần như không thay đổi, như vậy kết quả sau điều trị từ tháng thứ 9 trở đi hầu như không thay đổi có ý nghĩa nữa.

Với việc phát triển kỹ thuật theo dõi phù

hoàng điểm bằng OCT, là kỹ thuật thăm dò không xâm lấn, khách quan, không phụ thuộc vào sai lệch từ bệnh nhân, có thể phát hiện được thay đổi độ dày võng mạc trung tâm tới $5 \mu\text{m}$. Với bản chất phù hoàng điểm khá ổn định, việc võng mạc tự giảm phù trong thời gian ngắn trên $30 \mu\text{m}$ rất hiếm xảy ra, nên việc quan sát thay đổi bề dày võng mạc trung tâm trên OCT có giá trị cao về độ nhạy [6],[7]. Ngay sau 1 tháng điều trị, có thể thấy độ dày võng mạc trung tâm giảm trên $50 \mu\text{m}$.

Kết quả thay đổi độ dày võng mạc trung tâm trên OCT sau 1 tháng, sau 3 tháng, sau 6 tháng, sau 12 tháng cho thấy:

Sau 1 tháng điều trị, độ dày võng mạc trung tâm của phù khu trú thể hiện phù nhẹ hơn ($327,58 \pm 43,66 \mu\text{m}$) so với phù lan tỏa và dạng nang ($403,52 \pm 61,27 \mu\text{m}$). Kết quả chung giảm $50,92 \pm 33,41 \mu\text{m}$. Kết quả giảm phù của nhóm khu trú thấp hơn so với nhóm còn lại ($50,92 \pm 33,41 \mu\text{m}$ so với $77,48 \pm 69,45 \mu\text{m}$).

Thời điểm tháng thứ 3, kết quả võng mạc giảm phù tốt hơn so với tháng thứ nhất ($60,8 \pm 45,38 \mu\text{m}$), trong đó nhóm khu trú giảm $54,4 \pm 35,43 \mu\text{m}$, 2 nhóm còn lại giảm $82,4 \pm 66,55 \mu\text{m}$.

Thời điểm tháng thứ 6, kết quả võng mạc giảm phù có xu hướng tốt hơn so với tháng thứ 3 ($61,31 \pm 46,18 \mu\text{m}$), trong đó nhóm khu trú giảm $56,48 \pm 37,47 \mu\text{m}$, 2 nhóm còn lại giảm $77,52 \pm 66,23 \mu\text{m}$.

Tại thời điểm tháng thứ 9, kết quả võng mạc giảm phù vẫn có xu hướng tốt hơn so với tháng thứ 6 ($63,91 \pm 44,22 \mu\text{m}$), trong đó nhóm khu trú giảm $58,84 \pm 36,90 \mu\text{m}$, 2 nhóm còn lại giảm $80,92 \pm 60,83 \mu\text{m}$.

Thời điểm tháng thứ 12, kết quả võng mạc vẫn có xu hướng giảm phù ($65,01 \pm 45,05 \mu\text{m}$), trong đó nhóm khu trú giảm $60,22 \pm 37,50 \mu\text{m}$, 2 nhóm còn lại giảm $81,12 \pm 62,61 \mu\text{m}$. Đáng chú ý là nhóm phù khu trú có kết quả về gần giá trị trung bình nhất $276,36 \pm 20,86 \mu\text{m}$ (giá trị trung bình của võng mạc trung tâm đo bằng OCT là $256 \mu\text{m}$). Đây là kết quả lý tưởng trong điều trị phù hoàng điểm, với hy vọng đưa võng mạc vùng hoàng điểm trở về trạng thái giải phẫu gần với bình thường. Từ tháng thứ 9 đến tháng thứ 12, độ dày võng mạc trung tâm đo bằng OCT ở cả hai nhóm gần như không thay đổi, điều này cho thấy kết quả điều trị giảm phù võng mạc đã ổn định sau 9 tháng.

Theo biểu đồ 3.2 thì võng mạc giảm phù nhiều ở nhóm phù lan tỏa và dạng nang, nhưng đáng chú ý là vì võng mạc của nhóm phù khu trú có xu hướng phục hồi về giá trị bình thường. Đáng chú

ý là diễn biến phục hồi về mặt thị lực và về mặt giải phẫu (giảm phù) của phù hoàng điểm không diễn biến tương ứng theo thời gian, thể hiện bằng sự không tương quan giữa hai biến.

Trong nghiên cứu RESTORE [2], nhánh điều trị bằng laser cho kết quả giảm độ phù võng mạc trung tâm trên OCT là 60 μm , tương tự so với kết quả chung của nghiên cứu của chúng tôi ($65,01 \pm 45,05 \mu\text{m}$). Tuy nhiên, nghiên cứu trên không chỉ ra kết quả thay đổi độ phù võng mạc trung tâm trên OCT của từng phân nhóm phù khu trú và phù lan tỏa.

Tương tự, kết quả làm giảm bề dày võng mạc trung tâm trên OCT trong nhóm điều trị laser của BOLT [2] là 68 μm , gần tương đương với kết quả của nghiên cứu chúng tôi. Với thời gian theo dõi kéo dài tới 3 năm, DRCR-Net cho kết quả trong nhóm điều trị bằng laser, số mắt có độ dày võng mạc trung tâm trên OCT đạt giá trị bình thường tới 67% [5].

Trong tất cả các nghiên cứu, chỉ số bề dày võng mạc trung tâm trên OCT luôn có xu hướng trở về giá trị trung bình, có thể nói đây là đích lý tưởng của điều trị. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, bề dày võng mạc trung tâm lại giảm so với thông số tiêu chuẩn.

3.3. Biến chứng của laser quang đông

Bảng 3.1. Biến chứng laser

Loại biến chứng	Số mắt	Tỷ lệ
Trợt biểu mô giác mạc	25	21,7%
Đau nhức sau laser	12	10,4%
Tân mạch hắc mạc	0	0%
Xơ hóa dưới võng mạc	0	0%

Biến chứng được tính trên số lượt làm laser, tổng số 109 mắt và 6 mắt cần làm laser bổ sung là 115 lượt. Chỉ gặp biến chứng ngay sau laser như trợt biểu mô giác mạc nhẹ chiếm 25/109 lượt laser, xử trí bằng tra các thuốc bôi trơn, dinh dưỡng giác mạc, biểu mô giác mạc sẽ phục hồi sau 2 – 5 ngày. Biến chứng nhẹ khác hay gặp là đau nhức mắt sau laser mà không có tổn thương bền mặt nhãn cầu gặp 12 trường hợp chiếm 10,4%.

Các biến chứng muộn được kiểm tra bằng chụp mạch huỳnh quang sau 6 tháng điều trị đều không gặp. Tuy laser võng mạc là kỹ thuật tương đối an toàn, nhưng không phải là kỹ thuật hoàn toàn vô hại.

Biến chứng trợt biểu mô giác mạc hay gặp trên bệnh nhân mắc ĐTD nói chung. Có thể giải thích vì đặc điểm lớp biểu mô giác mạc dễ bị tổn thương của bệnh nhân ĐTD, do biến đổi cấu trúc màng đáy và hình thái tế bào biểu mô, dẫn tới rất dễ tróc biểu mô giác mạc, đặc biệt dưới tác

dụng của thuốc tê tra mắt và tác động trên bề mặt nhãn cầu [1]. Khi có biến chứng trợt biểu mô giác mạc, bệnh nhân cần được giải thích là tổn thương nhẹ, có thể phục hồi được, và cho bệnh nhân tra các thuốc tăng cường dinh dưỡng bề mặt nhãn cầu, khám lại sau 3 -5 ngày để khẳng định tổn thương đã được biểu mô hóa hoàn toàn, mà không cần phải dùng thuốc giảm đau toàn thân. Biến chứng trợt giác mạc được nhắc đến như là biến chứng kinh điển của bệnh nhân ĐTD nói chung [6].

Biến chứng đau nhức mắt sau laser mà không có tổn thương giác mạc chiếm không nhiều, chỉ có 12 trường hợp. Đau nhức này sẽ hết sau nghỉ ngơi, giải thích, tra nước mắt nhân tạo mà chưa có trường hợp nào phải dùng thuốc giảm đau. Biến chứng này hay được đề cập đến trong y văn [1], có thể là do kích thích thể mi khi đặt kính tiếp xúc để làm laser. Tuy nhiên, với thao tác đặt kính hết sức nhẹ nhàng, thời gian làm laser ngắn, có thể tránh được cảm giác khó chịu này.

Các biến chứng nặng khác được liệt kê trong y văn nhưng không gặp trong nghiên cứu. Biến chứng xơ hóa dưới võng mạc, được Fong và cộng sự phát hiện trong 109 mắt, tuy nhiên chỉ có 9 mắt trong số đó sẹo xơ dưới võng mạc nằm sát vùng sẹo laser cũ (trên tổng số 4823 mắt điều trị laser hoàng điểm), số còn lại có thể liên quan tới tổn thương xuất tiết cứng dày đặc trong võng mạc [6]. Biến chứng tân mạch hắc mạc sau laser hoàng điểm được Lewis và cs phát hiện được 8 ca sau 2 năm theo dõi [6]. Sẹo laser lan rộng vào fovea, tổn thương thị trường trung tâm sau laser dạng lưới được Strieth và cs mô tả [6]. Schatz ghi nhận sẹo laser lan rộng tới vùng trung tâm fovea ở 11 trên 203 mắt đã laser dạng lưới [7]. Trong nghiên cứu của Maeshima [1], nhận thấy tỷ lệ lan rộng kích thước của sẹo laser ở võng mạc hậu cực lớn hơn so với võng mạc chu biên (12,7% so với 7,0%). Tác giả giải thích là do mật độ tế bào photoreceptor ở hậu cực cao hơn so với ở chu biên, vì vậy với vết đốt laser cùng kích thước, sẽ có nhiều tế bào photoreceptor ở hậu cực bị phá hủy hơn so với vùng võng mạc chu biên. Thêm nữa, các tế bào photoreceptor bị phá hủy này có thể gây nên hiện tượng tự hủy (apoptosis) của các tế bào lân cận. Tác giả còn chỉ ra là loại laser bước sóng dài gây ra sẹo hắc võng mạc rộng hơn so với loại laser có bước sóng ngắn.

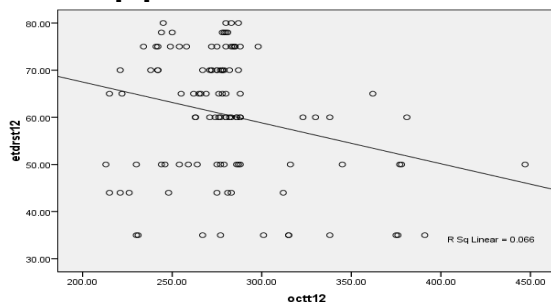
Biến chứng tân mạch hắc mạc là biến chứng nặng của laser hoàng điểm, thường xảy ra với việc laser nhiều lần vào cùng một điểm trên võng mạc, với kích thước vết đốt nhỏ, thời gian

ngắn, cường độ cao [1]. Đó là do laser gây tổn thương màng Bruch, tạo điều kiện cho tân mạch hắc mạc đi qua tiến vào phát triển dưới lớp biểu mô thần kinh của võng mạc. Màng tân mạch khi bò qua màng Bruch, phá vỡ lớp biểu mô sắc tố sẽ chui dưới lớp biểu mô thần kinh của võng mạc, lan rộng gây phá hủy võng mạc dẫn tới giảm thị lực.

Một tác dụng không mong muốn nữa của laser quang đông võng mạc là gây ra sợ ánh sáng, một biểu hiện của ám điểm do sẹo laser, đặc biệt khi laser dạng lưới với các vết đốt gần sát nhau [6]. Vì thế cần nhấn mạnh là trong kỹ thuật laser dạng lưới hay dạng lưới cải tiến, các vết đốt laser cần cách nhau một khoảng lớn hơn chính đường kính vết đốt.

Biến chứng toàn thân sau khi tiêm kháng VEGF, được nhắc đến như thiếu máu não, thiếu máu cơ tim cấp, tỷ lệ gặp không cao, nhưng cũng là chống chỉ định trong những trường hợp có tiền sử tim mạch đáng chú ý. Vì vậy, vai trò của laser trong điều trị phù hoàng điểm trên những bệnh nhân có chống chỉ định dùng kháng VEGF lại càng được nhấn mạnh [1]. Trên bệnh nhân dùng thuốc chống đông, tiêm nội nhãn trong điều trị phù hoàng điểm lại là yếu tố nguy cơ cao gây xuất huyết dịch kính. Một số tác giả còn cho rằng khi có chống chỉ định dùng kháng VEGF, biện pháp điều trị tối ưu nhất vẫn là sử dụng laser.

3.4. Mối tương quan giữa thay đổi trên OCT và thị lực



Biểu đồ 3.3: Mối tương quan giữa OCT và thị lực ETRDS ở thời điểm 12 tháng sau điều trị

Qua các biểu đồ thể hiện mối tương quan giữa thị lực và độ dày võng mạc trung tâm trên OCT cho thấy mặc dù thị lực tăng lên nhưng độ dày võng mạc trung tâm trên OCT giảm đi không tương ứng. Nhiều tác giả cũng chung nhận định rằng cùng với cải thiện thị lực thì võng mạc vùng hoàng điểm giảm phù thể hiện bằng độ dày võng mạc trung tâm trên OCT giảm, tuy nhiên không thấy có mối tương quan giữa hai biến

trên. Có thể nói rằng thị lực cải thiện chậm sau tiến triển về mặt giải phẫu vùng hoàng điểm. Có mắt thị lực cải thiện tốt, nhưng độ dày võng mạc trung tâm trên OCT cao trên 400 μm , ngược lại có mắt mặc dù độ dày võng mạc trung tâm trên OCT trở về gần giá trị bình thường nhưng thị lực cũng không cải thiện. Vì thế, mặc dù OCT là một xét nghiệm quan trọng trong theo dõi phù hoàng điểm do ĐTĐ nhưng vẫn không thể thay thế được giá trị thị lực [2].

Nghiên cứu DRCR-Net cũng cho thấy không có mối tương quan giữa kết quả giữa kết quả đo bề dày võng mạc trung tâm bằng OCT và kết quả thị lực tại các thời điểm nghiên cứu [2]. Mối tương quan r trong nghiên cứu này cao nhất tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu (0,27), cũng cao nhất tại thời điểm này trong nghiên cứu của chúng tôi (0,34). Nghiên cứu DRCR-Net cũng cho thấy mối tương quan chặt chẽ nhất là thị lực tăng ở mức 4,4 chữ ETDRS tương ứng với giảm 100 μm bề dày võng mạc trung tâm đo bằng OCT [2].

V. KẾT LUẬN

Điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường bằng laser là phương pháp tích cực, hiệu quả, an toàn, thị lực cải thiện $6,74 \pm 8,86$ chữ, chiều dày võng mạc trung tâm trên OCT giảm $60,22 \pm 37,5$ μm sau 12 tháng, không có biến chứng nào xảy ra trong quá trình điều trị. Bệnh cần phải can thiệp sớm, nhằm bảo tồn thị lực cũng như cải thiện chức năng thị giác, tránh để bệnh chuyển sang các thể nặng hơn, khả năng điều trị thành công không cao. Tuy nhiên, chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu với số lượng lớn hơn nữa, với phân nhóm nhỏ hơn, có kết hợp với thuốc kháng VEGF, cùng với thời gian theo dõi xa hơn để có thể đánh giá được kết quả điều trị lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Klein R., Klein B.E., Moss S.E., et al. (1984) the Wiscosis Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy. IV. Diabetic macular edema . Ophthalmology 1984, 91
2. Bloom M.S., Brucker J.A.(1997). Laser surgery of the posterior segment. Lippincott-Raven.
3. Regillo C.D. (1999). Vitreoretinal Disease: the Essentials. Thieme
4. Puliafito A. Carmen, Fujimoto G.James (2005). Optical coherence Tomography of ocular diseases, Sprint.
5. Coscas G. et al.(2004). Atlas d'angiographie en indocyanine, confrontation Fluo- ICG - OCT, Rapport annuel du SFO.
6. Grange J.D. et al. (1995), La Rétinopathie diabétique, S.F.O. et Masson, Paris.
7. Massin P., Erginay A., Gaudric A. (2000). Rétinopathie diabétique, EMC.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI VÀ THẨM MỸ KHUÔN MẶT CỦA SINH VIÊN NĂM NHẤT ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI NGUYÊN

Ngô Việt Thành*, Lê Thị Thu Hằng*, Mai Thu Quỳnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm hình thái và đánh giá thẩm mỹ khuôn mặt ở tư thế mặt thẳng và mặt nghiêng của 173 sinh viên năm nhất trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các chỉ số hình thái và thẩm mỹ khuôn mặt được xác định dựa trên ảnh chụp chuẩn hóa và phân tích bằng phần mềm VNCeph. **Kết quả:** 69,4% sinh viên có kiểu mặt dạng Oval; 53,8% có mặt nghiêng dạng thẳng và 64,2% có tương quan mũi – môi hài hòa. Những đặc điểm làm mất thẩm mỹ khuôn mặt là: ba tầng mặt không cân đối (tầng mặt giữa dài hơn tầng mặt dưới), mũi ở vị trí lùi ra sau so với mặt (67,6%), mặt và hàm dưới rộng (91,3%). Tỷ lệ môi ở vị trí hài hòa tương đối thấp (11%), thay vào đó là cả hai môi đều nằm trước đường E. **Kết luận:** Sinh viên năm nhất trường Đại học Y Dược Thái Nguyên có thẩm mỹ khuôn mặt ở tư thế mặt thẳng và nghiêng tốt.

Từ khóa: Hình thái khuôn mặt, thẩm mỹ khuôn mặt, chụp ảnh chuẩn hóa.

SUMMARY

FACIAL MORPHOLOGY AND AESTHETIC AMONG FRESHMAN STUDENTS AT THAI NGUYEN UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Objectives: To determine the characteristics of the face and evaluate the facial aesthetic in frontal and profile positions of 173 freshman students at Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. Facial morphology and aesthetic characteristics were determined based on standard photograph in frontal and profile positions by VNCeph software. **Results:** The percentages of students had oval face shape, straight face in profile photo and the harmony relation between nose and upper lip were 69.4%, 53.8% and 64.2% respectively. However, there were some characteristics made the facial aesthetic going to be worse: imbalanced face's ratio (the middle face third is longer than lower face third), nose was posterior to the face (67.6%), face and mandibular were large (91.3%). The proportion of lips in harmony position was quite low (11%) instead of both upper and lower lips being anterior to the E line. **Conclusion:** The facial aesthetic of the participants was good.

Keywords: Facial morphology, facial aesthetic, photogrammetry.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ trước đến nay, ở bất kỳ nền văn hóa nào, thẩm mỹ khuôn mặt luôn là một trong những mối quan tâm lớn của loài người. Trong những năm gần đây, mục tiêu điều trị chỉnh hình răng mặt đang dần thay đổi từ các tiêu chuẩn về khớp cắn lý tưởng sang sự hài hòa về cung răng và thẩm mỹ khuôn mặt. Chính vì vậy, việc phân tích hình thái và đánh giá thẩm mỹ của khuôn mặt có ý nghĩa vô cùng quan trọng trong cả nghiên cứu và lâm sàng. Trên thế giới, hình thái và thẩm mỹ khuôn mặt là một trong những đề tài nghiên cứu lớn [4]. Việc xác định các chỉ số hình thái của khuôn mặt và đánh giá thẩm mỹ thường được thực hiện bằng ba phương pháp: đo trực tiếp, phân tích ảnh chụp chuẩn hóa hay phân tích phim chụp X quang. Trong đó, phương pháp chụp ảnh chuẩn hóa do Claman (1990) [1] đề xuất được sử dụng rộng rãi vì chi phí thấp, thao tác nhanh gọn, dễ lưu trữ, bảo quản và kiểm soát sai số tốt.

Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu đánh giá đặc điểm nhân trắc của khuôn mặt cũng như các đặc điểm tạo nên khuôn mặt đẹp, thu hút [2, 4, 5, 6]. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào trên nhóm đối tượng sống ở vùng núi và trung du Bắc Bộ - với những đặc điểm địa lý, tập quán sinh hoạt, dân tộc và môi trường sống, học tập đặc thù. Với mục đích góp phần đưa ra những số liệu khách quan và làm cơ sở cho các can thiệp lâm sàng, đề tài được thực hiện với mục tiêu xác định đặc điểm hình thái khuôn mặt và đánh giá thẩm mỹ khuôn mặt ở tư thế mặt thẳng và mặt nghiêng của sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Sinh viên năm nhất trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, đồng ý và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2018 tại Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Tiêu chuẩn lựa chọn: sinh viên năm nhất, sinh năm 1999, không có dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt (khe hở môi, vòm miệng), không có

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hằng
Email: hanghung98@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 27.5.2019
Ngày duyệt bài: 31.5.2019

chấn thương hàm mặt ảnh hưởng đến khớp cắn, chưa điều trị chỉnh hình răng mặt, chưa phẫu thuật vùng hàm mặt hay phục hình răng giả.

- Cỡ mẫu: Nghiên cứu có cỡ mẫu là 173, được chọn ngẫu nhiên phân tầng theo 5 ngành học: Bác sĩ đa khoa, Bác sĩ Răng hàm mặt, Bác sĩ Y học dự phòng, Dược sĩ, Cử nhân điều dưỡng.

4. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Một số điểm mốc đánh dấu trên ảnh thẳng chuẩn hóa: điểm khóe mắt trong (En), điểm khóe mắt ngoài (Ex), điểm cánh mũi (Al), điểm gò má (Zy), điểm khóe miệng (Ch), điểm sau nhất và dưới nhất của góc hàm dưới (Go), điểm chính giữa đồng tử (Pp), điểm thái dương (Ft).

- Một số điểm mốc đánh dấu trên ảnh nghiêng chuẩn hóa: điểm chân tóc (Tr), điểm trên gốc mũi (Gl), điểm lõm mũi (N), điểm trước nhất trên đỉnh mũi (Pn), điểm trước nhất của trụ mũi (Cm), điểm dưới mũi (Sn), điểm môi trên (Ls), điểm môi dưới (Li), điểm lõm nhất của môi dưới trên mặt phẳng dọc giữa (B), điểm cằm trước (Pg), điểm trước-dưới cằm (Gn).

- Hình dạng khuôn mặt: vuông, oval, tam giác [7]

- Kiểu mặt nghiêng (thẳng, lồi, lõm), tương quan môi trên và môi dưới so với đường thẩm mỹ E, góc lồi mặt, chỉ số mặt toàn bộ, chỉ số hàm dưới, góc mũi-mặt, góc mũi-môi [4,6].

5. Kỹ thuật thu thập số liệu. Các chỉ số hình thái khuôn mặt và đánh giá thẩm mỹ khuôn mặt được thu thập dựa trên ảnh chụp chuẩn hóa [2] ở hai tư thế mặt thẳng và mặt nghiêng. Ảnh chụp được phân tích bằng phần mềm xử lý ảnh VNCeph, kết quả được ghi lại vào phiếu nghiên cứu thiết kế sẵn.

6. Xử lý số liệu. Các thông số giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm được sử dụng nhằm xác định tỷ lệ và phân loại các chỉ số trên ảnh chụp chuẩn hóa, từ đó đánh giá hình thái và đặc điểm thẩm mỹ khuôn mặt của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

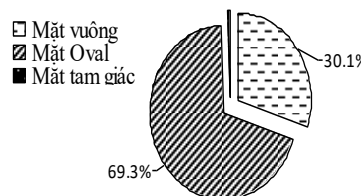
Nghiên cứu được thực hiện trên 173 sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, gồm 36 nam (20,8%), 137 nữ (79,2%) với tỷ lệ các dân tộc lần lượt là Kinh (79,2%), Tày (8,1%), Nùng (3,5%), Dao (1,2%), Dân tộc khác (8,1%).

1. Đặc điểm hình thái khuôn mặt

Kết quả bảng 1 chỉ ra rằng, giá trị trung bình của các kích thước ngang khuôn mặt giảm dần theo thứ tự: Zy-Zy > Ft-Ft > Go-Go.

Bảng 1. Các kích thước ngang khuôn mặt trên ảnh mặt thẳng.

Kích thước (mm)	$\bar{x} \pm SD$
Khoảng cách 2 điểm thái dương (Ft-Ft)	158,73 $\pm$ 4,05
Khoảng cách 2 điểm gò má (Zy-Zy)	164,65 $\pm$ 6,05
Khoảng cách 2 điểm góc hàm (Go-Go)	135,50 $\pm$ 3,79



Biểu đồ 1. Hình dạng khuôn mặt ở tư thế mặt thẳng

Biểu đồ 1 cho thấy đa số đối tượng nghiên cứu có khuôn mặt hình Oval ở tư thế mặt thẳng (69,4%), khoảng 1/3 có khuôn mặt vuông (30,1%) và chỉ có tỷ lệ rất nhỏ (0,6%) có mặt tam giác.

Bảng 2. Các kích thước dọc khuôn mặt trên ảnh mặt nghiêng.

Kích thước (mm)	$\bar{x} \pm SD$
Chiều cao tầng mặt trên (Tr-Gl)	62,06 $\pm$ 5,87
Chiều cao tầng mặt giữa (Gl-Sn)	69,94 $\pm$ 5,63
Chiều cao tầng mặt dưới (Sn-Gn)	65,15 $\pm$ 3,47
Chiều cao mặt toàn bộ (Tr-Gn)	207,94 $\pm$ 7,59

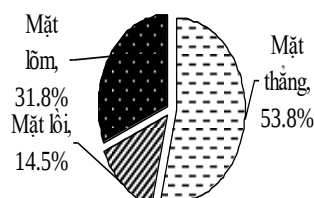
Qua kết quả của bảng 2, ta có thể dễ dàng nhận ra kích thước trung bình của tầng mặt giữa (69,94 $\pm$ 5,63 mm) lớn hơn so với tầng mặt trên (62,06 $\pm$ 5,87 mm) và dưới (65,15 $\pm$ 3,47 mm).

2. Đặc điểm thẩm mỹ khuôn mặt. Bảng 3 cho thấy đa số đối tượng nghiên cứu có góc mũi mặt nhọn (67,6%) hay mũi ở vị trí lùi ra sau so với mặt. Có khoảng 2/3 (64,2%) đối tượng nghiên cứu có góc mũi-môi bình thường, môi ở vị trí hài hòa so với mũi. Tuy nhiên, cũng có tới 22,5% có góc mũi môi nhọn, tức là môi có xu hướng đưa ra trước, và 13,3% có góc mũi môi tù, tức là môi có xu hướng lùi về sau. Cả hai vị trí này của môi đều làm giảm thẩm mỹ của khuôn mặt khi nhìn nghiêng.

Bảng 3. Các góc đo mô mềm trên ảnh mặt nghiêng

Góc đo	n = 173 (%)	$\bar{x} \pm SD$
Góc lồi mặt (Gl-Sn-Pog)		10,11 $\pm$ 5,22
Góc mũi-mặt		
Bình thường (30-40 độ)	55 (31,8%)	27,95 $\pm$ 3,47
Góc nhọn (<30 độ)	117 (67,6%)	
Góc tù (> 40 độ)	1 (0,6%)	

Góc mũi-môi (Cm-Sn-Ls)		
Bình thường (90-110 độ)	111 (64,2%)	97,74 ± 12,52
Góc nhọn (<90 độ)	39 (22,5%)	
Góc tù (>110 độ)	23 (13,3%)	



Biểu đồ 2. Hình dạng khuôn mặt ở tư thế mặt nghiêng

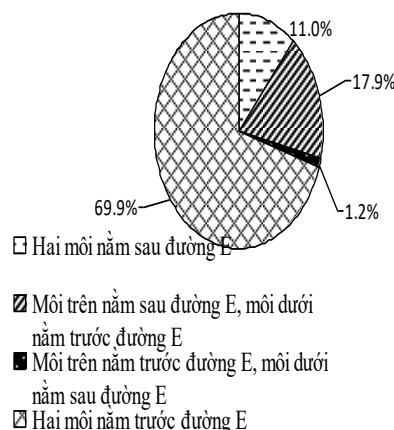
Biểu đồ 2 chỉ ra sự phân bố hình dạng khuôn mặt ở tư thế mặt nghiêng. Hơn một nửa sinh viên có mặt nghiêng dạng thẳng (53,8%), đây là hình thái mặt nghiêng thẩm mỹ nhất. Kiểu mặt lõm và mặt lồi lần lượt chiếm 31,8% và 14,5%, đây là hai hình thái kém thẩm mỹ hơn.

Theo kết quả trong bảng 4, đối tượng nghiên cứu có giá trị trung bình của chỉ số mặt toàn bộ là $74,56 \pm 10,55$ với đa số có mặt rất rộng (80,3%) và rộng (11,0%). Chỉ số hàm dưới có giá trị trung bình là $85,98 \pm 8,85$ với đa số đối tượng có hàm dưới rộng (91,3%).

Bảng 4. Một số chỉ số khuôn mặt đo trên ảnh chụp chuẩn hóa

Góc đo	n = 173 (%)	$\bar{x} \pm SD$
Chỉ số mặt toàn bộ (N-Gn/Zy-Zy)		74,56 ± 10,55
Rất rộng (<80)	139 (80,3%)	
Rộng (80-84,9)	19 (11,0%)	
Trung bình (85-89,9)	7 (4,0%)	
Dài (>89,9)	8 (4,7%)	85,98 ± 8,85
Chỉ số hàm dưới		
Hàm dưới hẹp (<76)	4 (2,3%)	
Hàm dưới trung bình (76-77,9)	11 (6,4%)	
Hàm dưới rộng (>77,9)	158 (91,3%)	

Biểu đồ 3 chỉ ra tỷ lệ cả hai môi đều nằm sau đường E là khá nhỏ (11%), đây là vị trí của môi đem lại sự thẩm mỹ cao nhất cho khuôn mặt khi nhìn nghiêng. Ngược lại, các vị trí còn lại khiến cho khuôn mặt kém thẩm mỹ, đặc biệt hình thái chiếm tỷ lệ cao nhất là cả hai môi đều nằm trước đường E, hai môi đều có xu hướng đưa ra trước. Ngoài ra, nghiên cứu còn chỉ ra rằng khoảng cách trung bình từ môi trên đến đường E (Ls-E) là $+0,202 \pm 0,223$ mm và từ môi dưới đến đường E là $+2,788 \pm 0,219$ mm.



Biểu đồ 3. Tương quan hai môi với đường thẩm mỹ E

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện trên 173 sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Thái Nguyên gồm 36 nam (20,8%), 137 nữ (79,2%), tất cả đối tượng nghiên cứu đều chưa có những can thiệp về thẩm mỹ khuôn mặt.

2. Đặc điểm hình thái khuôn mặt. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số đối tượng nghiên cứu có khuôn mặt hình Oval ở tư thế mặt thẳng (69,4%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Trần Tuấn Anh [4] với tỷ lệ kiểu mặt Oval khi nghiên cứu 100 sinh viên Đại học Y Hà Nội là 65%, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Lê Hoàng Anh [2] là 90%. Đây là kiểu hình mặt thẳng được đánh giá là thẩm mỹ nhất.

Có sự khác biệt về kích thước giữa ba tầng mặt với điểm nổi bật là kích thước tầng mặt giữa lớn hơn kích thước tầng mặt dưới, tương ứng $69,94 \pm 5,63$ mm và $65,15 \pm 3,47$ mm. Nghiên cứu của Võ Trương Như Ngọc [5] có khác biệt với kết quả chiều cao tầng mặt giữa và dưới gần tương đương nhau, nghiên cứu của Lê Hoàng Anh [2] lại cho kết quả ngược lại với tầng mặt dưới dài hơn tầng mặt giữa. Sự sai khác này có thể do sự khác biệt về lứa tuổi, vùng địa lý, dân tộc, điều kiện kinh tế - văn hóa, ...

3. Đặc điểm thẩm mỹ khuôn mặt. Phần lớn đối tượng nghiên cứu có mũi ở vị trí lùi ra sau so với mặt, phù hợp với các nghiên cứu trước đó [4, 5]. Điều này cũng khiến cho 22,5% số người có góc mũi môi nhọn, tức là môi trên có xu hướng đưa ra trước so với mũi. Vị trí này của môi và mũi đều làm giảm thẩm mỹ của khuôn mặt khi nhìn nghiêng. Phân tích ảnh chụp mặt nghiêng đã chỉ ra hơn một nửa số người có kiểu mặt nghiêng hài

hòa (53,8%), tuy nhiên có gần 1/3 số sinh viên có kiểu mặt lõm (31,8%) được đánh giá kém thẩm mỹ. Đa số đối tượng nghiên cứu có mặt rất rộng (80,3%) và hàm dưới rộng (91,3%).

Đánh giá thẩm mỹ mặt nghiêng dựa trên đường thẩm mỹ E cho kết quả tỷ lệ môi ở vị trí hài hòa là tương đối thấp (11%), thay vào đó là cả hai môi đều nằm trước đường E, hai môi đều có xu hướng đưa ra trước (69,9%). Khoảng cách trung bình từ môi trên đến đường E (Ls-E) là $+0,202 \pm 0,223$ mm và từ môi dưới đến đường E là $+2,788 \pm 0,219$ mm. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Trần Tuấn Anh [4]: Li-E ở nam là $1,97 \pm 1,91$; ở nữ là $2,2 \pm 2,12$; Ls-E ở nam là $0,21 \pm 2,22$; ở nữ là $0,03 \pm 2,15$

V. KẾT LUẬN

Đối tượng nghiên cứu có thẩm mỹ khuôn mặt khá tốt với 69,4% số người có kiểu mặt thẳng dạng Oval; 53,8% có mặt nghiêng dạng thẳng và 64,2% có tương quan mũi – môi hài hòa. Tuy nhiên vẫn có một số đặc điểm làm mất thẩm mỹ khuôn mặt như ba tầng mặt không cân đối (tầng mặt giữa dài hơn tầng mặt dưới), mũi ở vị trí lùi ra sau so với mặt, mặt và hàm dưới rộng. Tỷ lệ môi ở vị trí hài hòa là tương đối thấp (11%), thay

vào đó là cả hai môi đều nằm trước đường E, hai môi đều có xu hướng đưa ra trước (69,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Claman L., et al. Standardized portrait photography for dental patients. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1990; Vol 98: pp 197-205.
2. Lê Hoàng Anh và cộng sự. Đặc điểm hình thái khuôn mặt ở một nhóm sinh viên độ tuổi 18 - 25 trên ảnh kỹ thuật số chuẩn hóa. Tạp chí Y – Dược học quân sự. 2017; Số CĐ: tr 404-409.
3. Sandra A. Analysis of the soft tissue facial profile by means of angular measurements. European Journal of Orthodontics. 2008; Vol 30: pp135–140.
4. Trần Tuấn Anh. Nghiên cứu một số đặc điểm hình thái, chỉ số đầu mặt ở một nhóm người Việt độ tuổi từ 18-25 có khớp cắn bình thường và khuôn mặt hài hòa. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội; 2017.
5. Võ Trương Như Ngọc, Nguyễn Thị Thu Phương, Trịnh Thị Thái Hà và cộng sự. 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. 2013; Số 867(4): tr 32-35.
6. Võ Trương Như Ngọc. Phân tích kết cấu đầu - mặt và thẩm mỹ khuôn mặt. Nhà xuất bản Y học; 2014.
7. Ibrahimagić L, Jerolimov V, Celebić A et al. Relationship between the face and the tooth form. Collegium Antropologicum. 2001; Vol 25 (2), pp 619-626.

NĂNG LỰC THU HÚT VÀ DUY TRÌ NGUỒN NHÂN LỰC Y TẾ CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC NINH SƠN, TỈNH NINH THUẬN

Nguyễn Đức Thành*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các bệnh viện nhỏ của nhà nước ở tuyến huyện tại các tỉnh miền núi, trung du, đồng bằng, đang đối mặt với vấn đề nhân lực, thiếu về số lượng cũng như về chất lượng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá năng lực thu hút và duy trì nguồn nhân lực của bệnh viện cấp tỉnh và các yếu tố ảnh hưởng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu số liệu từ sổ sách quản lý nhân sự (2015 - 2017, 3 năm) và phỏng vấn 11 cán bộ quản lý (Trưởng phó khoa phòng) của Bệnh viện Đa khoa Khu vực Ninh Sơn, thuộc tỉnh Ninh Thuận. **Kết quả:** Trong 3 năm (2015-2017), bệnh viện chỉ tuyển được 20 người trên tổng số nhu cầu cần là 31 người (64,5%). Các yếu tố ảnh hưởng đến việc thu hút, duy trì nguồn nhân lực y tế theo đặc trưng riêng của bệnh viện cấp huyện: (1) Chính sách tuyển dụng, (2) Vị trí

bệnh viện, (3) Thu nhập, (4) Khen thưởng. Trong đó, chính sách tuyển dụng và vị trí bệnh viện là 2 yếu tố tác động tiêu cực đến năng lực thu hút và duy trì nguồn nhân lực cho bệnh viện. **Kết luận:** Năng lực thu hút cũng như duy trì nguồn nhân lực tại các bệnh viện cấp huyện không cao do các chính sách thu hút và duy trì chưa được triển khai tốt do hạn hẹp về tài chính cũng như vị trí bệnh viện xa trung tâm.

Từ khóa: Nguồn nhân lực y tế; Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận

SUMMARY

CAPACITY OF ATTRACTING AND MAINTAINING HEALTHSTAFF RESOURCE AT GENERAL HOSPITAL NINH SON AREA OF NINH THUAN PROVINCE

Background: Small state hospitals at the district level in mountainous, midland, and lowland provinces are facing human resource problems, lack of quantity and quality. Therefore, we conduct research to assess the capacity of attracting and maintaining human resources of provincial hospitals and influencing factors. **Methods:** Cross-sectional study combining data retrospective from human resource management books (2015 - 2017, 3 years) and interviewing 11 managers

*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

(Head of Department) from General Hospital Ninh Son area, in Ninh Thuan province. **Results:** In 3 years (2015-2017), the hospital only recruited 20 people out of the total need of 31 people (64.5%). Factors affecting the attraction and maintenance of health human resources according to the specific characteristics of district-level hospitals: (1) Recruitment policies, (2) Hospital location, (3) Income, (4) Reward. In particular, the recruitment policy and hospital position are two factors that negatively affect the capacity to attract and maintain human resources for hospitals. **Conclusion:** Capacity to attract and maintain healthstaff resources at district hospitals is not high because policies to attract and maintain has not been well implemented due to financial constraints as well as the position of far from center.

Keywords: Health human resources; General Hospital of Ninh Thuan Province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) "Nhân lực y tế bao gồm tất cả những người tham gia chủ yếu vào các hoạt động nhằm nâng cao sức khỏe" [1]. Ở trung tâm của mọi hệ thống y tế, nguồn nhân lực (NNL) là nền tảng của những thành tựu về chăm sóc sức khỏe của cộng đồng. Có những bằng chứng rõ ràng về số lượng và chất lượng nguồn lực y tế kết hợp chặt chẽ với kết quả tốt về mức độ bao phủ tiêm chủng, chăm sóc sức khỏe ban đầu, tử vong ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ và tử vong mẹ [2].

Vấn đề này cũng là thách thức với nhiều quốc gia đang phát triển khác. Những thách thức hiện nay tại các BV ở Li Băng là khó duy trì được nhân viên (56,7%), thiếu nhân sự có trình độ cao (35,1%), thiếu một hệ thống đánh giá hiệu suất công việc (28,9%). Một số chiến lược được sử dụng để giảm nhẹ những thách thức nêu trên gồm: tăng cường việc đào tạo cho nhân viên (19,6%), cải thiện thu nhập cho nhân viên (14,4%), và phát triển chiến lược giữ chân nhân viên (10,3%) [3].

Đánh giá tình hình quá tải của một số BV tại Hà Nội và Tp. Hồ Chí Minh tại 5 BV tuyến cuối (Chợ Rẫy, Bạch Mai, Nhi Trung ương, Phụ sản Trung ương và Từ Dũ) ghi nhận công suất sử dụng giường bệnh là 165% đến 200%, định mức cán bộ y tế/giường bệnh (trung bình 1,09) thấp hơn theo quy định ở Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV (1,1-1,2) [5]. Nguồn nhân lực y tế cho các bệnh viện (BV) tại Việt Nam luôn ở tình trạng chỗ thừa chỗ thiếu trầm trọng, do nhân lực y tế đang có sự dịch chuyển từ vùng sâu, vùng xa về thành thị, từ bệnh viện nhỏ sang lớn, từ công sang tư, do sự chênh lệch về cơ sở vật chất, điều kiện làm việc cũng như chênh lệch về thu nhập. Các bệnh viện nhỏ của nhà nước ở tuyến huyện tại các tỉnh miền núi,

trung du, đồng bằng, đang đối mặt với vấn đề nhân lực, thiếu về số lượng cũng như về chất lượng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá năng lực thu hút và duy trì nguồn nhân lực của bệnh viện đa khoa khu vực Ninh Sơn, tỉnh Ninh Thuận để có thể tìm ra giải pháp cụ thể cho các bệnh viện cấp huyện tại Việt Nam.

Mục tiêu nghiên cứu: (1) *Mô tả thực trạng thu hút và duy trì nguồn nhân lực tại BVĐKKV Ninh Sơn giai đoạn 2015-2017.* (2) *Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến thu hút và duy trì nhân lực tại BVĐKKV Ninh Sơn giai đoạn 2015-2017*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

- Sổ sách, báo cáo về nhân lực và chuyên môn của BVĐKKV Ninh sơn, giai đoạn 2015-2017. (Số liệu thứ cấp)

- Đại diện lãnh đạo, viên chức quản lý và nhân viên BVĐKKV Ninh sơn, Ninh thuận (tập trung 2 nhóm : nhóm mới tuyển dụng và nhóm làm lâu năm). (Số liệu sơ cấp - 11 cuộc phỏng vấn sâu). 02 Trưởng phòng, 03 Trưởng khoa, 02 BS, 02 ĐD, 02 KTV (1 nhân viên mới tuyển dụng và 1 nhân viên làm lâu năm).

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

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 đến tháng 09 năm 2018.

Địa điểm nghiên cứu: BVĐKKV Ninh Sơn, huyện Ninh sơn, tỉnh Ninh Thuận.

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

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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Năng lực thu hút và duy trì nguồn nhân lực tại bệnh viện cấp huyện

*Tình hình tổng số NLYT so với số giường bệnh tại BVĐKKV Ninh Sơn qua các năm (2015 - 2017) được tóm tắt ở bảng 1:

Bảng 1: Tổng số NLYT và số giường bệnh tại BVĐKKV Ninh Sơn

Chỉ số NLYT	Năm 2015	Năm 2016	Năm 2017
Số giường bệnh	130		
Tổng số NV biên chế	126	125	128
Số NV/giường bệnh (TT08: 1,1 - 1,2)	0,96	0,96	0,98

Trong 3 năm (2015-2017), BVĐKKV Ninh Sơn chỉ tuyển được 20 người trên tổng số nhu cầu cần là 31 người (64,5%). Trong đó, bệnh viện

chỉ tuyển được 2 bác sĩ so với nhu cầu là 11 bác sĩ (18,2%). Số lượng tuyển chưa đủ chỉ tiêu thì bệnh viện có 4 người bỏ việc, đặc biệt có đến 2 bác sĩ bỏ việc. Số nhân viên biên chế thì tỷ lệ này là 0,96-0,980 nhân viên/giường bệnh nhỏ hơn quy định. Như thế Bệnh viện ĐKKV Ninh Sơn vẫn chưa tuyển đủ biên chế cho phép trong giai đoạn 2015-2017.

*Cơ cấu nguồn NLYT trong 3 năm (2015-2017) ghi nhận ở bảng 2

Bảng 2: Cơ cấu nguồn nhân lực y tế của BVĐKKV Ninh Sơn

Cơ cấu NLYT (%)	Năm 2015	Năm 2016	Năm 2017	Trung bình
Nữ giới	75%	75%	75%	75%
dưới 30 tuổi	42,8 %	38,8 %	37,8%	39,8%
từ 30 - 50 tuổi	48,4 %	47,6 %	49,4 %	48,4%
trên 50 tuổi	8,8 %	13,6 %	12,8 %	11,8%
Dân tộc Raclay	15,6 %	14,9 %	15,5%	15,3 %

Nữ giới chiếm đa số (75%) cao hơn nam giới 3 lần. Dân tộc Kinh chiếm đa số khi số NV dân tộc Raclay chỉ chiếm 15,3%. Độ tuổi NV trẻ và trung niên chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 39,8% và 48,4%. Như vậy, NLYT có thời gian lao động dài cho tương lai. Tuy nhiên, số lượng NV sắp về hưu chiếm 11,8% là một thách thức lớn khi số tương tuyển chưa đạt chỉ tiêu như hiện nay.

3.2 Các yếu tố ảnh hưởng đến năng lực thu hút và duy trì NLYT theo đặc trưng của bệnh viện cấp huyện. Kết quả phỏng vấn sâu ghi nhận các yếu tố ảnh hưởng đến việc thu hút, duy trì nguồn nhân lực y tế theo đặc trưng riêng của bệnh viện cấp huyện: (1) Chính sách tuyển dụng, (2) Vị trí BV, (3) Thu nhập, (4) Khen thưởng.

(1) Chính sách tuyển dụng. Chỉ tiêu biên chế của BV phụ thuộc vào sự phân bổ của Sở Y Tế và Sở Nội Vụ, vì vậy BV rất bị động trong vấn đề tuyển dụng. Từ đó ảnh hưởng đến chế độ, quyền lợi của NV mặc dù BV rất cần tuyển gấp những BS có trình độ chuyên môn để giữ chân họ cống hiến cho BV lâu dài.

"...Hiện nay kế hoạch nhân sự tại Bệnh viện vẫn còn bị động do phụ thuộc vào Sở Y tế và Sở Nội vụ, ngay cả lãnh đạo bệnh viện vẫn không biết năm sau Bệnh viện sẽ tuyển được bao nhiêu người, mặc dù kế hoạch của Bệnh viện đã trình Sở Y tế hàng năm"(Lãnh đạo BV).

"....em làm việc hợp đồng tại BV được 2 năm nhưng chỉ có tiền lương cơ bản thôi, ngoài ra không có tiền gì khác..."(Nhân viên)

(2) Vị trí Bệnh viện. Mặc dù có chế độ đãi ngộ để thu hút NV, tuy nhiên, vẫn chưa hấp dẫn được do chế độ đãi ngộ vẫn thua các khu vực trung tâm.

"... Hiện nay UBND tỉnh đang thực hiện các quyết định về ưu đãi, thu hút, cho sinh viên mới ra trường và hỗ trợ người được cử đi đào tạo đối với ngành y tế khá tốt, nhưng vì BVĐK Tỉnh có kèm theo chế độ lương, nhà ở nên nhiều em ra trường vẫn thích xin về BV Tỉnh, 1 phần vì BVĐKKV Ninh sơn ở cách trung tâm thành phố nên rất khó khăn trong việc thu hút nhân lực y tế đặc biệt là bác sĩ". (Lãnh đạo BV).

(3) Thu nhập. Nguồn thu của BV chủ yếu từ cung cấp dịch vụ y tế, thu nhập bình quân của NV từ 7-9 triệu / tháng, ngoài tiền lương BV thực hiện đầy đủ chế độ cho NV bao gồm tiền đặc thù nghề nghiệp, độc hại, thường. Kết quả PVS:

"... Thu nhập của nhân viên từ năm 2015 đến nay luôn ổn định và ngày càng được nâng cao, sự chênh lệch trong mức lương tăng thêm là kết quả của các khoa- phòng, của từng nhân viên trong việc hoàn thành nhiệm vụ được giao. Vì vậy đã tạo động lực, để mỗi nhân viên cố gắng hơn nữa, hoàn thành tốt nhiệm vụ được giao" (Nhân viên).

"... Về hiện tại thu nhập của nhân viên BV, theo tôi cũng tạm ổn vì đó là tình hình chung của ngành y tế tỉnh Ninh Thuận, nhân viên an tâm công tác. Tôi chỉ đề xuất BV ĐKKV Ninh sơn thuộc vùng sâu, vùng xa nên Bộ Y Tế nên xem lại chính sách ưu đãi với những BV như chúng tôi ..." (Trưởng khoa).

(4) Khen thưởng. Hàng năm BV đều thông qua Quy chế thi đua, khen thưởng ở Hội nghị cán bộ viên chức, được NVYT đánh giá là dân chủ, minh bạch. Bên cạnh đó BV cũng động viên khen thưởng đột xuất những cá nhân và tập thể đạt thành tích xuất sắc trong chuyên môn và các phong trào như văn nghệ, thể thao...

"...Hàng tháng khoa chúng tôi được đánh giá, xếp loại ABC theo Nghị định 43 của Chính phủ và đánh giá cuối năm dựa trên cơ sở đã đánh giá hàng tháng để xếp loại viên chức. Việc đánh giá có ảnh hưởng đến khen thưởng, kỷ luật. BV luôn có chính sách khen thưởng đột xuất cho nhân viên..."(Nhân viên).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ biên chế của Bệnh viện thấp hơn so với TTLT 08, nguyên nhân là do Sở Y tế Ninh Thuận giao biên chế thiếu; do đó Bệnh viện phải hợp đồng thêm hàng năm, mới đảm bảo nhân lực để phục vụ bệnh nhân. Vấn đề này BV cần đề nghị Sở Y tế xem xét, phân bổ chỉ tiêu biên chế cho Bệnh viện tối thiểu là 1,10 nhân viên/giường bệnh theo quy định của TTLT 08. Theo nghiên cứu của Lê Ngọc Trọng, Phạm Trí Dũng, quản lý nguồn nhân lực hiệu quả là cần phải dựa vào nhu cầu thực tế của BV để tuyển dụng nhân lực [6]. Nghiên cứu tại Thái Lan về việc tự chủ nhân lực tại BV sẽ đem lại hiệu quả hoạt động tốt hơn cho Bệnh viện và phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Ngọc Trọng, Phạm Trí Dũng về công tác quản lý nguồn nhân lực Bệnh viện "chính sách tự chủ tạo điều kiện cho các Bệnh viện điều chỉnh, sắp xếp được nhân lực hiệu quả, hợp lý hơn, Bệnh viện có cơ hội chọn người có chất lượng, đúng theo yêu cầu" [7]. Để có được nguồn nhân lực tốt nhất, Bệnh viện cần xác định những nhóm giải pháp hiệu quả cho công tác thu hút và duy trì nguồn nhân lực.

Các yếu tố (1) Chính sách tuyển dụng, (2) Vị trí BV, (3) Thu nhập, (4) Khen thưởng được khảo sát và trên thực tế yếu tố nào cũng đều quan trọng, nhưng có hai yếu tố tác động tiêu cực đến việc thu hút và duy trì NLYT đối với BVĐKKV Ninh Sơn là Chính sách tuyển dụng và Vị trí BV. Các yếu tố này sẽ khác nhau tùy thuộc đặc điểm của BV. Chẳng hạn, nghiên cứu của Nguyễn Thị tại BVĐK Pleiku tỉnh Gia Lai cho rằng yếu tố tích cực nhất trong việc duy trì và thu hút nguồn nhân lực chính là môi trường làm việc "để giữ cán bộ, Bệnh viện luôn tạo điều kiện thuận lợi về môi trường làm việc và học tập cho cán bộ" [8].

Hàng năm thì các khoa phòng có tổng kết đánh giá về năng lực hoạt động của từng nhân viên. Trong từng tháng, từng quý đều có kiểm tra, giám sát, đánh giá hoạt động. Đó cũng là bảng điểm để đánh giá xếp loại A,B,C hàng tháng của mỗi nhân viên làm cơ sở để xét thi đua, khen thưởng có thu nhập tăng thêm. Kết quả đánh giá năng lực làm việc, hiệu quả công việc của NV trong bệnh viện hiện tại là dân chủ, công khai và minh bạch. Kết quả đó là tiền đề

cho việc trả lương, thưởng, học tập, thăng tiến của các nhân viên trong từng khoa phòng nói chung. Vì thế phù hợp với tác giả Trần Kim Dung cho rằng "Quản lý nguồn nhân lực là hệ thống các triết lý, chính sách và hoạt động chức năng về thu hút, đào tạo - phát triển và duy trì con người của một tổ chức nhằm đạt được kết quả tối ưu cho cả tổ chức lẫn nhân viên".

Đáp ứng nhu cầu vật chất, tinh thần ngày càng cao của nhân viên, tạo điều kiện cho mọi nhân viên được phát huy tối đa các năng lực cá nhân, được kích thích, được động viên nhiều nhất tại nơi làm việc và tận tâm với nghề nghiệp. Việc khen thưởng cho NVYT của Bệnh viện rất phù hợp với nhận xét, đánh giá của tác giả Phạm Trí Dũng, về nâng cao hiệu quả sử dụng lao động thông qua việc sử dụng hệ thống kích thích vật chất và tinh thần đối với nhân viên y tế.

V. KẾT LUẬN

Năng lực thu hút cũng như duy trì nguồn nhân lực tại các bệnh viện cấp huyện không cao do các chính sách thu hút và duy trì chưa được triển khai tốt do hạn hẹp về tài chính cũng như vị trí bệnh viện xa trung tâm. Bệnh viện cần có kế hoạch nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tăng uy tín và phục vụ tốt hơn thì lượng bệnh nhân sẽ đến điều trị tại chỗ hơn là chuyển tuyến hoặc đi vượt tuyến. Với sự gia tăng nguồn thu, bệnh viện sẽ có chế độ lương tốt hơn góp phần thu hút và duy trì nguồn nhân lực y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (1997)**, Quy chế bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2006)**, Quản lý y tế, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
3. **Misscha Willis – Shattuck P. B., Steve Thomas, Laura Wyness, Dnane Blaauw and Prudence Ditlopo, (2008)**, "Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review", BMC Health services Research 2008.
4. **Paibul Suriyawongpaisal & Paibul Suriyawongpaisal (1995)**, "Potential Implications of Hospital Autonomy on Human Resources Management".
5. **Sương Anh Tuấn và cộng sự (2008)**, "Đánh giá tình hình quá tải của một số bệnh viện tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh và đề xuất giải pháp khắc phục", Tạp chí Y học Thực hành.
6. **Sở Y tế Ninh Thuận (2017)** "Quyết định về việc phân công chức năng nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức BVĐKKV Ninh Sơn".
7. **Lê Ngọc Trọng và Phạm Trí Dũng (2008)**, "Mô tả và đánh giá thực trạng cơ sở vật chất, nhân lực, chuyên môn và công tác quản lý của hệ thống bệnh viện Việt Nam", Hà Nội.
8. **Nguyễn Thị (2010)**, Nghiên cứu thực trạng quản lý nguồn nhân lực tại bệnh viện Pleiku tỉnh Gia Lai, Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CHỐNG ĐỘC CỦA CHẾ PHẨM CYNAKONTUM TRÊN THỰC NGHIỆM

Chữ Văn Mến*, Nguyễn Văn Chuyên*, Nguyễn Văn Ba*,
Nguyễn Bá Tùng*, Lê Bách Quang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng bảo vệ gan của trà túi lọc Cynakontum trên mô hình động vật thực nghiệm. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng là chuột nhắt trắng trưởng thành dòng swiss, nặng 20 ± 2 gram, phương pháp đánh giá sử dụng mô hình chuột nhắt trắng gây độc gan bằng CCl_4 , nhóm dùng cao đặc trà Cynakontum được so sánh với nhóm chứng dương sử dụng Eganin. **Kết quả:** Cynakontum làm giảm các chỉ số khối lượng gan, nồng độ MDA, AST, ALT và bilirubin trong máu chuột ở lô điều trị trên thí nghiệm gây độc. Tác dụng này tương đương với tác dụng của Eganin. **Kết luận:** chế phẩm có tác dụng giải độc, bảo vệ tế bào gan và hạn chế được các tác dụng có hại CCl_4 trên mô hình chuột thực nghiệm.

Từ khóa: Cynakontum, giải độc, bảo vệ tế bào gan.

SUMMARY

EVALUATION OF THE HEPATOPROTECTIVE EFFECTS OF CYNAKONTUM

Objectives: To evaluate the hepatoprotective of Cynakontum tea on experimental animal model. **Material and method:** Adult swiss mice (20 ± 2 gram) were used in this experiment, CCl_4 -induced hepatotoxicity experiment on mice was used, Cynakontum administration group was compare with positive group using Eganin. **Results:** Cynakontum reduced liver weight index, MDA, AST, ALT and bilirubin concentration in mice blood on Cynakontum treated group. These effects were equal to those of Eganin. **Conclusion:** Cynakontum showed good detoxified, hepatoprotective effects and reduce the harmful effects of CCl_4 on experimental model.

Keywords: Cynakontum, detoxified, hepatoprotective.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Diệp hạ châu đắng (*Phyllanthus amarus*) là một vị thuốc cổ truyền quý được dùng nhiều ở các nước phương Đông như Trung Quốc, Hàn Quốc, Việt Nam đã được khoa học chứng minh có tác dụng giải độc, bảo vệ gan [1,2]. Cà gai leo dùng điều trị một số trường hợp viêm gan mật, hỗ trợ bảo vệ tế bào gan, chống oxy hóa [3]. Actiso được khoa học chứng minh có tác dụng chống oxy hóa mạnh, giải độc và bảo vệ gan [1]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy nhân trần có tác dụng bảo vệ gan rất tốt [1]. Từ các

được liệu trên, nhóm nghiên cứu đã bào chế được trà túi lọc Cynakontum với tác dụng chống oxy hóa, giải độc, bảo vệ tế bào gan. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tác dụng chống độc của chế phẩm Cynakontum trên mô hình động vật thực nghiệm.

Số liệu của bài báo là một phần kết quả nghiên cứu của đề tài cấp Nhà nước "Nghiên cứu các giải pháp nâng cao năng lực bảo vệ chăm sóc sức khỏe cộng đồng vùng biên giới Tây Nguyên và tạo sản phẩm hàng hóa từ nguồn dược liệu bản địa, Mã số: TN16/T03".

II. NGUYÊN LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Nguyên liệu nghiên cứu: Chế phẩm Cynakontum sản xuất bởi Học viện Quân y, đạt tiêu chuẩn cơ sở. Chế phẩm được chiết với ethanol 50% theo tỷ lệ thể tích 10 lít ethanol/1kg trà Cynakontum, tiến hành chiết 3 lần, gộp dịch chiết, cô đặc đến cao 2:1 và cao 4:1. Eganin 200 mg do Công ty cổ phần Dược phẩm Dongkwang (Hàn Quốc) sản xuất, đạt tiêu chuẩn cơ sở. Chuột nhắt trắng trọng lượng cơ thể (TLCT) từ 20,0 - 22,0g, do Ban chăn nuôi - Học viện Quân y cung cấp, được nuôi dưỡng trong điều kiện phòng thí nghiệm của Trung tâm nghiên cứu ứng dụng Sinh - Y - Dược học, Học viện Quân y, ăn thức ăn theo tiêu chuẩn thức ăn cho động vật nghiên cứu, nước (đun sôi để nguội) uống tự do.

2. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm tác dụng bảo vệ gan của chế phẩm Cynakontum trên mô hình gan chuột bị nhiễm độc mạn tính với CCl_4 [4]: Chuột nhắt trắng đạt tiêu chuẩn thí nghiệm được chia thành 5 lô, mỗi lô 12 chuột.

- Lô 1 (Lô chứng sinh học): được cho uống 0,2ml dầu oliu, sau 1 giờ, chuột được uống thêm 0,4ml nước cất.

- Lô 2 (Lô mô hình): được uống 0,2ml CCl_4 (20%) pha trong dầu oliu, sau 1 giờ chuột được uống thêm 0,4 ml nước cất.

- Lô 3 (gây độc + thuốc đối chứng): được uống 0,2 ml CCl_4 (20%) trong dầu oliu, sau 1 giờ chuột được uống hỗn dịch Eganin với liều 120mg/kg.

- Lô 4 (gây độc + thuốc nghiên cứu liều 1): được uống 0,2ml CCl_4 (20%) trong dầu oliu, sau 1 giờ chuột được uống 0,4ml cao lỏng Cynakontum (2:1).

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Chữ Văn Mến

Email: chuvanmen@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2019

Ngày duyệt bài: 30.5.2019

- Lô 5 (gây độc + thuốc nghiên cứu liều 2): được uống 0,2 ml CCl₄ (20%) trong dầu oliu và chuột được uống 0,4 ml cao lỏng Cynakontum (4:1).

Thí nghiệm được tiến hành 3 ngày/tuần đối với dung dịch chloroform 20% trong thời gian 8 tuần, những ngày khác trong tuần (không uống dung dịch chloroform) chuột vẫn được uống thuốc thử, chứng dương và chứng sinh học đều đặn. Hết thời gian thí nghiệm, lấy máu xác định các chỉ tiêu AST, ALT và bilirubin theo các phương pháp thường quy. Tiến hành giết chuột theo phương pháp kéo giãn đột sống cổ, mổ

nhẹ lấy gan rửa sạch bằng nước muối sinh lý lạnh, cân trọng lượng, xác định MDA trong gan chuột nhắt trắng theo phương pháp của Holley và cs [5].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Sự thay đổi khối lượng gan của các lô chứng và thử thuốc. Kết quả nghiên cứu ảnh hưởng của Cynakontum đến khối lượng gan của chuột nhắt trắng gây độc với chloroform được trình bày ở bảng sau:

Bảng 1: Ảnh hưởng của Cynakontum đến khối lượng gan chuột ở các lô (n=12):

Lô nghiên cứu	Khối lượng gan trung bình (g)	Tỷ lệ % tăng so với (1)	Tỷ lệ % giảm so với (2)
Chứng sinh học (1)	1,132 ± 0,154	-	24,08
Gây độc, không trị (2)	1,711 ± 0,165	51,15	-
Gây độc + Eganin (3)	1,358 ± 0,159	19,96	20,63
Gây độc + Cynakontum liều 1 (4)	1,334 ± 0,132	17,84	22,03
Gây độc + Cynakontum liều 2 (5)	1,299 ± 0,141	14,75	24,08
p	p-1 < 0,05, p-2 < 0,05, p-3; p-4 > 0,05		

Kết quả nghiên cứu ở bảng trên cho thấy:

- Khối lượng gan chuột ở các lô gây độc với chloroform đều lớn hơn so với nhóm chứng sinh học, tỷ lệ phần trăm tăng so với lô chứng sinh học lần lượt là 51,15%; 19,96%; 17,84% và 14,75%. Sự khác biệt giữa các lô có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- So với lô gây độc + không trị, khối lượng gan chuột ở các lô gây độc có điều trị đều giảm hơn, tỷ lệ phần trăm giảm so với lô gây độc +

không trị tương ứng là 20,63%; 22,03% và 24,08%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- So sánh giữa lô dùng Cynakontum và lô dùng Eganin không thấy có sự khác biệt (p > 0,05).

Sự thay đổi hoạt độ AST trong máu chuột nhắt trắng.

Kết quả nghiên cứu ảnh hưởng của Cynakontum đến nồng độ AST trong máu của chuột nhắt trắng được trình bày ở bảng sau:

Bảng 2: Ảnh hưởng của Cynakontum đến hoạt độ AST (n=12):

Lô nghiên cứu	Hoạt độ AST _{TB} (UI/L)	Tỷ lệ % tăng so với (1)	Tỷ lệ % giảm so với (2)
Chứng sinh học (1)	95,2 ± 18,4	-	72,22
Gây độc, không trị (2)	341,5 ± 28,2	258,72	-
Gây độc + Eganin (3)	158,2 ± 22,6	66,18	53,67
Gây độc + Cynakontum liều 1 (4)	154,8 ± 21,7	61,97	54,67
Gây độc + Cynakontum liều 2 (5)	151,6 ± 19,5	59,24	55,61
p	p-1 < 0,05, p-2 < 0,05, p-3; p-4 > 0,05		

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy hoạt độ enzyme AST thay đổi theo hướng có lợi cho cơ thể. Cụ thể như sau:

- Hoạt độ AST trong máu chuột ở lô có gây độc tăng rõ so với lô chứng sinh học, tỷ lệ phần trăm tăng so với lô chứng sinh học lần lượt là 258,72%; 66,18%; 61,97% và 59,24%. Sự khác biệt giữa các lô có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- So với lô gây độc + không trị, hoạt độ AST trong máu chuột ở các lô gây độc có dùng thuốc

Cynakontum liều 1, liều 2 và Eganin đều giảm có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Tỷ lệ phần trăm giảm so với lô gây độc + không trị tương ứng là 53,76%, 54,76% và 55,61%.

- So sánh giữa lô dùng Cynakontum và lô dùng Eganin không thấy có sự khác biệt (p > 0,05).

Sự thay đổi hoạt độ ALT trong máu ở các lô nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu ảnh hưởng của Cynakontum đến hoạt độ ALT trong máu của chuột nhắt trắng được trình bày ở bảng sau:

Bảng 3: Hoạt độ ALT trong máu ở các lô nghiên cứu (n=12):

Lô nghiên cứu	Hoạt độ ALT _{TB} (UI/L)	Tỷ lệ % tăng so với (1)	Tỷ lệ % giảm so với (2)
---------------	----------------------------------	-------------------------	-------------------------

Chứng sinh học (1)	115,0 ± 19,7	-	68,28
Gây độc, không trị (2)	362,5 ± 24,6	216,22	-
Gây độc + Eganin (3)	179,4 ± 35,2	56,00	50,51
Gây độc + Cynakontum liều 1 (4)	168,7 ± 37,3	46,70	53,46
Gây độc + Cynakontum liều 2 (5)	167,6 ± 36,1	45,74	53,77
p	p ₋₁ < 0,05, p ₋₂ < 0,05, p ₅₋₃ ; p ₄₋₃ > 0,05		

Kết quả bảng trên cho thấy:

- Hoạt độ ALT trong máu chuột ở các lô có gây độc tăng, tỷ lệ phần trăm tăng so với lô chứng sinh học lần lượt là 216,22%, 56,00%, 46,70% và 45,74%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- So với lô gây độc + không trị, hoạt độ ALT trong máu chuột ở các lô gây độc có dùng thuốc Cynakontum liều 1, liều 2 và Eganin đều giảm, tỷ lệ phần trăm tăng so với lô gây độc + không trị

tương ứng là 53,46%; 53,77% và 50,51%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

- So sánh giữa lô dùng Cynakontum và lô dùng Eganin không thấy có sự khác biệt (p > 0,05).

Sự thay đổi nồng độ Bilirubin toàn phần trong máu của chuột nhắt trắng.

Kết quả nghiên cứu ảnh hưởng của Cynakontum đến nồng độ Bilirubin toàn phần máu chuột nhắt trắng được thể hiện ở bảng dưới đây:

Bảng 4: Nồng độ Bilirubin toàn phần trong máu của các lô nghiên cứu (n=12):

Lô nghiên cứu	Nồng độ Bilirubin toàn phần (mg/L)	Tỷ lệ % tăng so với (1)	Tỷ lệ % giảm so với (2)
Chứng sinh học (1)	0,98 ± 0,12	-	78,88
Gây độc, không trị (2)	4,64 ± 0,15	373,50	-
Gây độc + Eganin (3)	1,56 ± 0,19	59,18	66,38
Gây độc + Cynakontum liều 1 (4)	1,45 ± 0,17	47,96	68,75
Gây độc + Cynakontum liều 2 (5)	1,42 ± 0,16	44,90	69,40
p	p ₋₁ < 0,05, p ₋₂ < 0,05, p ₅₋₃ ; p ₄₋₃ > 0,05		

Kết quả bảng trên cho thấy:

- Nồng độ Bilirubin toàn phần trong máu chuột ở các lô có gây độc tăng, tỷ lệ phần trăm tăng so với lô chứng sinh học lần lượt là 373,50%, 59,18%, 47,96% và 44,90%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- So với lô chứng gây độc + không trị, nồng độ Bilirubin toàn phần trong máu chuột ở các lô gây độc có dùng Cynakontum liều 1, liều 2 và Eganin đều giảm, tỷ lệ phần trăm giảm so với lô

gây độc + không trị tương ứng là 68,75 %, 69,40% và 66,38%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

- So sánh giữa lô dùng Cynakontum và Eganin không thấy có sự khác biệt (p > 0,05).

Sự thay đổi nồng độ MDA trong gan chuột nhắt trắng. Kết quả nghiên cứu ảnh hưởng của Cynakontum đến nồng độ MDA trong gan của chuột nhắt trắng được trình bày ở bảng sau:

Bảng 5: Ảnh hưởng của Cynakontum đến nồng độ MDA (n=12):

Lô nghiên cứu	MDA (nmol/mg tổ chức)	Tỷ lệ % tăng so với (1)	Tỷ lệ % giảm so với (2)
Chứng sinh học (1)	188,55 ± 14,12	-	62,61
Gây độc, không trị (2)	504,28 ± 12,26	167,45	-
Gây độc + Eganin (3)	255,14 ± 13,82	35,32	49,41
Gây độc + Cynakontum liều 1 (4)	256,51 ± 11,48	36,04	49,13
Gây độc + Cynakontum liều 2 (5)	249,01 ± 12,56	32,07	50,62
p	p ₋₁ < 0,05, p ₋₂ < 0,05, p ₅₋₃ ; p ₄₋₃ > 0,05		

Kết quả nghiên cứu ở bảng trên cho thấy:

- Nồng độ MDA trong gan chuột ở các lô gây độc + không trị, lô gây độc có điều trị tăng cao hơn so với nhóm chứng sinh học, tỷ lệ phần trăm tăng so với lô chứng sinh học lần lượt là 167,45%; 35,32%; 36,04% và 32,07%. Sự khác biệt giữa các lô có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- So với lô gây độc + không trị, nồng độ MDA

trong gan chuột ở các lô gây độc có điều trị đều giảm hơn, tỷ lệ phần trăm giảm so với lô gây độc + không trị tương ứng là 49,41%; 49,13% và 50,62%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- So sánh giữa lô dùng Cynakontum và lô dùng Eganin không thấy có sự khác biệt (p > 0,05).

IV. KẾT LUẬN

Chế phẩm Cynakontum có hoạt tính bảo vệ gan trong thí nghiệm gây độc trên chuột. Cynakontum làm giảm các chỉ số khối lượng gan, nồng độ MDA, AST, ALT và bilirubin trong máu chuột ở lô điều trị trên thí nghiệm gây độc. Tác dụng này tương đương với tác dụng của Eganin. Điều này chứng tỏ chế phẩm Cynakontum có tác dụng bảo vệ gan, chống độc và phòng ngừa và ngăn chặn các tác dụng có hại của CCl₄.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Huy Bích và cs (2006)**, Những cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam, Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật, tập 1, trang 79-81, 233-235.
2. **Surendra Kumar Sharma, Sheela Meruga Arogya**, Deepak Hiraganahalli Bhaskarmurthy, Amit Agarwal, and Chandrasekaran Chinampudar

Velusami (2011), "Hepatoprotective activity of the Phyllanthus species on tert-butyl hydroperoxide (t-BH)-induced cytotoxicity in HepG2 cells", Pharmacogn Mag. 7(27): 229-233.

3. **Talib Hussain, Ramesh K Gupta, Sweet K, Mohd Sajid Khan**, Md Sarfaraj Hussain, Md Arif, Arshad Hussain, Md Faiyazuddin, and Chandana Venkateswara Rao (2012), "Evaluation of antihepatotoxic potential of Solanum xanthocarpum fruit extract against antitubercular drugs induced hepatopathy in experimental rodents"; Asian Pac J Trop Biomed. 2012 Jun; 2(6): 454-460.
4. **Pandit S, Sur TK, Jana U, Debnath PK, Sen S, Bhattacharyya D**. Prevention of carbon tetrachloride-induced hepatotoxicity in rats by Adhatoda vasica leaves. Indian J Pharmacol 2004; 36: 312-3
5. **Holley A.E., Cheeseman K.H. (1993)**. Measuring free radical reaction in vivo. British Medical Bulletin, Vol.49, No 3, 494 – 505.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐỐT U LÀNH TÍNH TUYẾN GIÁP BẰNG SÓNG CAO TẦN TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đào Quang Minh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm đánh giá độ an toàn sau đốt u giáp bằng sóng cao tần dưới hướng dẫn của siêu âm. Có 32 trường hợp được thực hiện từ tháng 4 năm 2019 đến tháng 5 năm 2019 tại khoa Ung bướu bệnh viện Thanh Nhàn. Các biến chứng thường gặp là đau, thay đổi giọng nói thoáng qua và bỏng da tại chỗ. Kết luận đốt u tuyến giáp lành tính bằng sóng cao tần dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp hiệu quả và an toàn để làm giảm thể tích u lành tính tuyến giáp.

SUMMARY

INITIAL ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF THYROID BENIGN TUMORS BY RFA AT THANH NHAN HOSPITAL

This study aimed to assess the safety after burning of high frequency tumors under the guidance of ultrasound. There are 32 cases conducted from April 2019 to May 2019 at Thanh Nhan Hospital Oncology Department. Common complications are pain, transient voice changes and local skin burns. Conclusions Burning benign thyroid tumors with high frequency waves under ultrasound guidance are effective and safe methods to reduce the volume of thyroid benign tumors.

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đào Quang Minh

Email: prof.minhdao@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2019

Ngày duyệt bài: 31.5.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến giáp là bệnh lý thường gặp. Hầu hết các khối u tuyến giáp là lành tính, nhưng được điều trị vì lý do thẩm mỹ, do các triệu chứng chủ quan hoặc do bệnh nhân lo lắng. Phẫu thuật là biện pháp có thể chữa khỏi bệnh nhưng lại có nguy cơ gây nên các biến chứng liên quan đến thần kinh thanh quản quặt ngược và các tuyến cận giáp, ngoài ra, bệnh nhân có thể phải dùng thuốc nội tiết kéo dài sau mổ, thời gian đau và nằm viện sau mổ kéo dài, không bảo đảm yêu cầu thẩm mỹ của nhiều bệnh nhân. Đốt bằng sóng cao tần (RFA) là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu được dùng để điều trị u giáp lành tính. Bệnh viện Thanh Nhàn bắt đầu triển khai kỹ thuật đốt u lành tính tuyến giáp bằng sóng cao tần dưới hướng dẫn của siêu âm bắt đầu từ tháng 4 năm 2019. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm bước đầu đánh giá hiệu quả kỹ thuật đốt u lành tính tuyến giáp bằng sóng cao tần dưới hướng dẫn của siêu âm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các bệnh nhân được chẩn đoán là u tuyến giáp lành tính, chức năng tuyến giáp bình thường, kết quả siêu âm TIRADS từ 1 đến 3, kết quả tế bào học là u tuyến giáp lành tính, u tuyến giáp kích thước nhỏ hơn 4cm.

Bệnh nhân được nằm ngửa, cổ ưỡn, kê gối dưới vai. Tiến hành gây tê tại chỗ kết hợp tiền mê, thực hiện đốt u tuyến giáp bằng sóng cao

tần với kỹ thuật xuyên eo tuyến giáp và đốt di chuyển. Thời gian thực hiện từ 10- 30 phút, mức năng lượng 30W. Chườm lạnh sau khi đốt.

Đánh giá biến chứng ngay sau đốt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Giới

	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Nữ	28	87,5
Nam	4	12,5

Nhận xét: tỉ lệ nữ/nam là 7/1

Tuổi

Nhóm tuổi	Số trường hợp	Tỷ lệ %	Tuổi trung bình
≤ 20	2	6,3	48,53 ± 10,7
21-40	8	25	
41-60	14	43,7	
> 60	8	25	
Tổng cộng	32	100	

Nhận xét: tuổi trung bình là 48,53 ± 10,7, lớn nhất là 68 tuổi và nhỏ nhất là 19 tuổi

Số lượng nhân

	1 nhân	2 nhân	3 nhân	Tổng
Số trường hợp	21	9	2	32
Tỷ lệ %	65,6	28,1	6,25	100

Nhận xét: số trường hợp chỉ 1 nhân tuyến giáp chiếm 65,6%

Vị trí nhân:

	Thùy P	Thùy T	2 thùy
Số trường hợp	14	13	5
Tỷ lệ %	43,8	40,6	15,6

Kích thước nhân

Kích thước u	0-1cm	1,1-2cm	2,1-3cm	3,1-4cm
Số trường hợp	5	15	11	1
Tỷ lệ %	15,6	46,9	34,4	3,1

Nhận xét: nhân kích thước 1,1 – 2 cm chiếm tỉ lệ lớn nhất 46,9%

Giảm đau sau đốt

Thời gian dùng thuốc giảm đau	1 ngày	2 ngày
Số trường hợp	32	0
Tỷ lệ %	100	0

Nhận xét: 100% bệnh nhân chỉ dùng thuốc giảm đau 1 ngày sau thực hiện thủ thuật

Biến chứng

Biến chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Bỏng da tại chỗ	1	3,1
Khàn tiếng	1	3,1
Tổng	2	6,2

Nhận xét: biến chứng khàn tiếng chiếm 3,1% và bỏng da tại chỗ chiếm 3,1%

Thời gian nằm viện sau đốt

Thời gian	2 ngày	3 ngày	4 ngày	Thời gian nằm viện trung bình
Số trường hợp	28	3	1	2,16 ± 0,1
Tỷ lệ %	87,5	9,4	3,1	

Nhận xét: thời gian nằm viện trung bình sau đốt u là 2,16 ± 0,1 ngày

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 32 trường hợp được đốt u lành tính bằng sóng cao tần dưới hướng dẫn của siêu âm tại Bệnh viện Thanh Nhàn, chúng tôi nhận thấy rằng:

Giới và tuổi. Tuổi trung bình là 48,53 ± 10,7 (19-68 tuổi) và tỉ lệ nữ giới chiếm 87,5%. So sánh với nghiên cứu của Durante và cộng sự thì tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,4 tuổi và 82% là phụ nữ[1]

Giảm đau sau đốt. Kỹ thuật tiếp cận xuyên qua eo tuyến giáp thường được sử dụng vì sẽ tránh được "tam giác nguy hiểm" (thực quản, khí quản, thần kinh quặt ngược thanh quản). Toàn bộ đầu đốt được quan sát dưới siêu âm.

Kỹ thuật đốt di chuyển năng lượng được phân phối đến đầu đốt ổn định trong suốt quá trình di chuyển đầu đốt. Kỹ thuật này có nhiều ưu điểm cho người dùng hơn, tuy nhiên cần được huấn luyện kỹ. Kỹ thuật này giúp rút ngắn thời gian thực hiện và hiệu quả hơn, kết quả có thể dự đoán được và an toàn.

Nghiên cứu của Ugurlu và cộng sự thì ghi nhận ngoài triệu chứng đau, chiếm 12%, bệnh nhân không than phiền gì khác[2]. Với phác đồ hiện tại, bệnh nhân của chúng tôi chỉ dùng thuốc giảm đau ngày đầu tiên sau thủ thuật.

Biến chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp bị bỏng da tại chỗ sau đốt (chiếm 3,1%) và 1 trường hợp khàn tiếng sau đốt (chiếm 3,1%).

Valcavi cũng ghi nhận là bệnh nhân sau thủ thuật không có sự thay đổi nào về chức năng tuyến giáp và không có các biến chứng nguy hiểm đến tính mạng[3].

Theo nghiên cứu của Jawad và cộng sự thì sau thủ thuật RFA tuyến giáp bệnh nhân không có biến chứng đáng kể[4]

Trong nghiên cứu của Kohlhasse và cộng sự không có biến chứng nghiêm trọng như chấn thương thần kinh, bỏng da hoặc tổn thương các mô xung quanh quan trọng xảy ra. Trong quá trình kiểm tra lại, không tìm thấy các biến chứng chậm trễ như nhiễm trùng, đau dai dẳng, tổn

thương thần kinh hoặc kích thích miễn dịch[5]

Lý do nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp xảy ra biến chứng như trên là do lần đầu tiên triển khai kỹ thuật mới nên kỹ thuật thực hiện chưa được hoàn thiện. Các trường hợp sau đó chúng tôi không phát hiện thấy biến chứng nào.

Thời gian nằm viện sau đốt. Thời gian nằm viện trung bình sau đốt u là $2,16 \pm 0,1$ ngày (2-4 ngày).

Theo nghiên cứu của Jawad bệnh nhân ra về sau 1 giờ kết thúc thủ thuật [4]. Hiện nay tại các trung tâm can thiệp về tuyến giáp của Việt Nam cũng cho bệnh nhân ra viện trong ngày. Thời gian nằm viện sau thủ thuật của chúng tôi có dài hơn vì chúng tôi muốn theo dõi bệnh nhân kỹ hơn do đây là lần đầu tiên triển khai kỹ thuật này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của chúng tôi phù hợp với dữ liệu được công bố chứng minh RFA là phương thức điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân có u tuyến giáp. RFA và các kỹ thuật cắt bỏ nhiệt và được phẩm xâm lấn tối thiểu khác đang nổi lên như là lựa chọn thay thế hiệu quả cho các hình thức điều trị truyền thống đối với bệnh u tuyến giáp lành tính, đặc biệt ở những bệnh nhân không phù hợp hoặc không muốn phẫu thuật.

Đốt u tuyến giáp bằng sóng cao tần dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp hiệu quả để làm giảm thể tích u giáp và an toàn cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Durante C, Costante G, Lucisano G, Bruno R, Meringolo D, Paciaroni A, Puxeddu E, Torlontano M, Tumino S, Attard M, Lamartina L, Nicolucci A, Filetti S.** The natural history of benign thyroid nodules. *JAMA*. 2015 Mar 3;313(9):926-35.
2. **Ugurli MU, Uprak K, Akpınar IN, Attaallah W, Yegen C, Gulluoglu BM.** Radiofrequency Ablation of benign symptomatic thyroid nodules: prospective safety and efficacy study. *World J Surg*. 2015 Apr; 39(4): 961-8.
3. **Valcavi R, Tsamatropoulos P.** Health-related quality of life after percutaneous radiofrequency ablation of cold, solid, benign thyroid nodules: a 2-year follow-up study in 40 patients. *Endocrine Practice*: August 2015, Vol. 21, No. 8, pp. 887 - 896.
4. **Jawad S, Morley S, Otero S, Beale T, Bandula S.** Ultrasound-guided radiofrequency ablation (RFA) of benign symptomatic thyroid nodules - initial UK experience. *Br J Radiol*. 2019 May 14; Vol. 92:1-6
5. **Kohlhase KD, Korkusuz Y, Gröner D, Erbeling C, Happel C, Luboldt W, Grünwald F.** Ultrasound-guided radiofrequency ablation (RFA) of benign symptomatic thyroid nodules - initial UK experience. *Int J Hyperthermia*. 2016 Aug;32(5):511-6.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẤY ĐIỆN CỰC ỐC TẠI Ở TRẺ EM < 6 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG TỪ THÁNG 1/2014- 6/2015

Lê Hồng Anh*, Nguyễn Thị Khánh Vân*, Lương Hồng Châu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật, kết quả phục hồi chức năng nghe sau cấy điện cực ốc tai ở trẻ em < 6 tuổi tại bệnh viện TMH trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phương pháp mô tả từng ca có can thiệp. 28 bn được chẩn đoán điếc sâu 2 tai đã được cấy ốc tai điện tử tại bv TMH trung ương từ tháng 1/2014 tới 6/2015. **Kết quả:** thời gian nằm viện 7 ngày 100%, điện cực đặt trọn vẹn vào ốc tai chiếm 100%, 100% điện cực hoạt động tốt ngay sau pt. Biến chứng sớm: Đứt thừng nhĩ: 0%; Liệt VII thoát qua: 0%; Chóng mặt: 12%; Tụ dịch dưới da: 0%. Biến chứng muộn: Dị ứng nam châm: 0%; Nhiễm khuẩn vết da 0%. Kết quả phục hồi khả năng nghe hiểu sau huấn luyện: 24 bn cấy ốc tai điện tử ≥ 6 tháng, 4 bệnh nhân < 6 tháng. 24 bn cấy và được

huấn luyện > 6 tháng đạt được ngưỡng nghe 25-30 dB, phát hiện được 6 lings, 4 bn mới cấy đạt ngưỡng nghe 40-45 dB sau chỉ 1-2 lần mapping. 17/22 (77%) bệnh nhân được huấn luyện ≥ 6 tháng đạt được mức độ 6,7 của form CAP. 5 bệnh nhân huấn luyện ≥ 6 tháng đạt được mức độ 4,5 của form CAP. Nguyên nhân ảnh hưởng tới khả năng phục hồi nghe hiểu: Khả năng nhận thức của trẻ, mức độ chuyên cần huấn luyện.

Từ khóa: Cấy điện cực ốc tai, trẻ em

SUMMARY

THE MANAGEMENT OF COCHLEAR IMPLANT AT THE CHILDREN UNDER 6 YEAR OLD AT THE NATIONAL ENT HOSPITAL FROM 1/2014 TO 6/2015

Objective: To evaluate the surgical results, the results of rehabilitation after listening to cochlear implantation in the national ENT hospital. **Subjects and Methods:** Methods are described by case intervene. 28 children under 6 year old were diagnosed with profound hearing loss ears were two cochlear implants at national ENT hospital from May 1/2014 to 6/2015. **Results:** The length of stay 7 days 100% mainly, electrodes placed in the cochlea completely occupied 100%, 100% electrode operation

*Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Khánh Vân

Email: khanhvntmhtw@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 5.6.2019

possible after surgery. Early complications: chorda tympani nerve injured 3,57 %; transient facial paralysis: 0% Dizziness: 17,8 %; fluid under the skin: 0%. Late complications: Allergies magnets: 7,14%, 0% skin flap infections. Group A: 24 patients with cochlear implants > 6 months, 100% patients achieved 25-30 dB threshold, negative findings are 6 links, 85,5 % to reach the level of 6.7 CAP form, 12,5% to reach the level of 5 CAP form. Group B: 4 cochlear implant patients < 6 months: Gain 40-45 dB threshold 3 times after mapping.

Keywords: Cochlear Implants, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo các nghiên cứu trên thế giới, hàng năm có tới 3/1000 trẻ có vấn đề về điếc bẩm sinh. Đây là một tỷ lệ rất cao, do đó nhu cầu về điều trị phục hồi sức nghe ở rất lớn. Từ hai thế kỷ trước, Anghen đã nói: "Nghe là tiền đề của nói, nhờ có nghe nói mà loài người đã tập hợp được thành một xã hội và xã hội đó sẽ có nền văn minh ngày càng phát triển". Ngày nay, tổ chức y tế thế giới đã định nghĩa: "Tàn tật về nghe là tình trạng một trẻ do khiếm khuyết và giảm chức năng nghe dẫn đến hạn chế chức năng giao tiếp, vui chơi, học tập khiến trẻ không có một cuộc sống bình thường như những đứa trẻ khác cùng lứa tuổi". Như vậy nghe kém có thể biến một con người lành lặn, bình thường về thể chất bên ngoài trở thành một con người tàn phế trong tương lai, họ không còn khả năng hòa nhập với xã hội, họ bị cô lập trong chính ngôi nhà của mình nếu không được điều trị phục hồi sức nghe kịp thời. Mặt khác thời gian phục hồi chức năng nghe không vô hạn, ở trẻ nghe kém bẩm sinh thì thời gian điều trị phục hồi chức năng nghe tốt nhất là trước 2,5- 3 tuổi. Muộn nhất phải được can thiệp phục hồi sức nghe trước 6 tuổi. Nếu sau thời điểm này thì giai đoạn phát triển ngôn ngữ của trẻ đã kết thúc, khả năng phục hồi sự nghe - hiểu của trẻ rất hạn chế. Tuy nhiên khả năng phục hồi nghe - hiểu của trẻ phụ thuộc không những vào phẫu thuật, mà phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác như trí tuệ của trẻ, sự chuyên cần tham gia huấn luyện của trẻ và gia đình bệnh nhân, sự phối hợp của bệnh nhân. Do đó sau một thời gian thực hiện phẫu thuật cấy điện cực ốc tai đa tại bệnh viện Tai mũi họng trung ương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả phẫu thuật cấy điện cực ốc tai ở trẻ em < 6 tuổi*

2. *Bước đầu đánh giá sự phục hồi khả năng nghe - hiểu của trẻ sau cấy điện cực ốc tai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Đối tượng nghiên cứu: 28 bệnh nhân < 6 tuổi được cấy điện cực ốc tai tại bệnh viện TMH trung ương từ tháng 1/2014 tới tháng 6/ 2015

1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Phần hành chính: Khai thác đầy đủ theo theo bệnh án mẫu

+ Các bệnh nhân điếc cả 2 tai ≥ 70 dB đo máy nghe không hiệu quả.

+ Độ tuổi: Điếc trước ngôn ngữ: 12 tháng $\leq$ Bệnh nhân < 6 tuổi

+ Điếc do tổn thương ở ốc tai

+ Có dây TK ốc tai

+ Không có rối loạn về tâm lý

+ Có sự hợp tác và mong muốn của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân

+ Đã được khám và chọn lựa, tư vấn và giải thích chu đáo về quá trình cấy điện cực ốc tai. Làm các xét nghiệm về thính học (OAE- Otoacoustic Emission - Âm ốc tai, ABR- Auditory Brainstem Response- Điện thính giác thân não, ASSR-Auditory Steady State Response- Điện thính giác ổn định, Nhĩ lượng, phản xạ gân cơ bàn đạp, FF-Free Field-Trường tự do với máy trợ thính), chụp CT Scan Xương thái dương, MRI sọ não, Test đánh giá khả năng ngôn ngữ, test trí tuệ, Tiêm vaccin chống viêm màng não, làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết khác để hội chẩn phẫu thuật theo đúng quy trình.

1.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có dị dạng tai ngoài, tai giữa, cấu trúc xương chũm phối hợp.

+ Bệnh nhân không có dây thần kinh ốc tai, có tổn thương ở não kèm theo.

+ Bệnh nhân có rối loạn tâm thần kinh

+ Bệnh nhân không đảm bảo sức khỏe để phẫu thuật, có bệnh lý nội khoa hoặc tai mũi họng, không đủ điều kiện phẫu thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả từng ca có can thiệp

2.2. Các bước nghiên cứu

- Chúng tôi sử dụng hai loại điện cực ốc tai Cochlear, Medel. Hai loại điện cực này đã được bộ y tế cho phép lưu hành tại Việt Nam.

- *Mục tiêu 1:* Tất cả các bệnh nhân đều được thu thập thông tin dựa trên bệnh án nghiên cứu. Bệnh án này được xây dựng dựa trên quy trình chuẩn bị bệnh nhân, quá trình phẫu thuật, theo dõi sau phẫu thuật đã được thông qua bởi các thành viên trong hội đồng cấy điện cực ốc tai của bệnh viện TMH trung ương.

- *Mục tiêu 2:* Chúng tôi chỉ đánh giá kết quả phục hồi chức năng nghe - hiểu ở những bệnh nhân đã và đang được huấn luyện theo chương

trình học tại khoa thính học, thăm dò chức năng bệnh viện TMH trung ương.

2.2. *Xử lý số liệu*: Chúng tôi sử dụng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

1.1. Độ tuổi

Bảng 1: Độ tuổi của BN cấy điện cực ốc tai

Độ tuổi	T≤3	3<T<6
Số BN	20	08
Tỷ lệ %	71.4%	28.6%

Bảng 1: 71.4 % bệnh nhân ≤ 3 tuổi. 28,6 % BN từ 3- 5 tuổi, 28. Điều này cho thấy cha mẹ bệnh nhân đã có những hiểu biết rất đầy đủ về tình trạng, hướng giải quyết cho bệnh tật của con cái họ. Vì khi trẻ nghe kém bẩm sinh được can thiệp phẫu thuật trước 2,5-3 tuổi sẽ giúp đứa trẻ hồi phục khả năng nghe nói như những bạn cùng lứa tuổi.

1.2. Giới

Bảng 2: Phân bố giới

Giới	Nam	Nữ
Số BN	9	19
Tỷ lệ %	32.1%	67.9%

Bảng 2: Nam chiếm 32.1% số bệnh nhân. Nữ chiếm 67.9% số bệnh nhân.

1.3. Phân bố địa lý

Bảng 3: Phân bố địa lý

Phân bố địa lý	Thành thị	Nông thôn
Số BN	23	05
Tỷ lệ %	82.1%	17.9%

Bảng 3: số bệnh nhân ở thành thị chiếm 82.1%, số bệnh nhân ở nông thôn chỉ chiếm 17.9 %. PT cấy điện cực ốc tai là một PT có quá trình chuẩn bị công phu, mất nhiều thời gian cũng như chi phí rất lớn. Do đó chỉ những gia đình có điều kiện kinh tế tốt mới có thể tiếp cận được kỹ thuật này.

1.4. Đặc điểm tổn thương khác phối hợp

Bảng 4: Tổn thương khác phối hợp

Đặc điểm	Điếc đơn độc	Phối hợp
Số BN	24	04
Tỷ lệ %	85.7%	14.3%

Bảng 4: Có 4 bệnh nhân có điếc sâu 2 tai

Bảng 9: Biến chứng sớm

Biến chứng	Thủng MN	Đút thủng nhĩ	Liệt VII	Dò dịch não tủy	Chóng mặt	Tụ dịch dưới da
Số BN	0	01	0	0	05	0
Tỷ lệ %	00%	3.57%	00%	00%	17.85%	00%

Bảng 9: Trong số 28 bn đã được pt. có 1 bn bị đút thủng nhĩ do góc giữa dây VII và thủng nhĩ quá hẹp. Biến chứng này có thể gây mất vị giác trong khoảng 3 tháng, sau đó chức năng vị giác sẽ được bù trừ, hồi phục hoàn toàn. 5 bn có hiện tượng chóng mặt

kèm theo các dị tật ở mắt, tim, sọ mặt. Vì vậy, trước khi phẫu thuật chúng ta luôn phải khám nội nhi cẩn thận để phát hiện, xử trí kịp thời những bệnh nhân mắc các hội chứng bẩm sinh mà điếc chỉ là một triệu chứng phối hợp.

1.5. Đặc điểm tai trong trên CT, MRI

Bảng 5: Đặc điểm tai trong trên CT, MRI

Đặc điểm	Bình thường	Dị dạng tai trong
Số BN	28	0
Tỷ lệ %	100%	0%

Bảng 5: 100% số bệnh nhân có đặc điểm giải phẫu bình thường, đây là điều kiện thuận lợi cho sự thành công của phẫu thuật.

2. Kết quả phẫu thuật

2.1. Thời gian nằm viện

Bảng 6: Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	D≤7	7<D
Số BN	28	0
Tỷ lệ %	100%	0%

Bảng 6: 100% bn chỉ nằm viện điều trị hầu phẫu 7 ngày và ra viện ổn định.

2.2. Loại điện cực đã được sử dụng

Bảng 7: Loại điện cực được sử dụng

Loại điện cực	Cochlear	Medel
Số BN	20	08
Tỷ lệ %	71.4 %	28.6%

Bảng 7: Chúng tôi đã PT đặt 20 điện cực cochlear chiếm 71.4%. 8 điện cực Medel chiếm 28.6%.

2.3. Số điện cực được đặt vào ốc tai

Bảng 8: Số điện cực đặt vào ốc tai

Đặc điểm	Điện cực đặt vào hết	Điện cực không đặt vào hết
Số BN	28	0
Tỷ lệ %	100 %	0 %

Bảng 8: 100 % bn được đặt trọn vẹn điện cực vào ốc tai. Hoạt động của điện cực: 100% điện cực hoạt động tốt sau cấy. Điều này được đánh giá bởi các test đo trở kháng, đo NRT thực hiện trước khi đóng da. Điều đó đảm bảo cho bệnh nhân có thể nghe được âm thanh ở mọi tần số sau khi phẫu thuật và huấn luyện là tiền đề cho trẻ phục hồi khả năng nghe- phát triển ngôn ngữ.

2.4. Biến chứng sớm

2.5. Biến chứng muộn

Bảng 10: Biến chứng muộn

Biến chứng	NK vật da	VMN	KT dây mặt	Chóng mặt	Dị ứng nam châm	Thiết bị lồi qua da
Số BN	0	0	0	0	02	0
Tỷ lệ %	00%	00%	00%	00%	7.14%	00%

Bảng 10: Các biến chứng muộn xảy ra sau khi ra viện 2 tuần trở lên. Sau khi bật máy có 2 bn bị dị ứng nam châm, vùng da này bị mẩn đỏ, ngứa. Các bn này đã được khắc phục bằng nới lỏng nam châm, dùng miếng gạc đệm giữa da và nam châm. Nếu trong trường hợp các giải pháp này không thành công thì chúng tôi sẽ mở lại đường mổ và đặt miếng silastic sheet giữa vùng nam châm và da đầu.

3. Kết quả phục hồi chức năng nghe.

Quá trình huấn luyện, phục hồi chức năng nghe rất công phu và tỷ mỉ. Nó đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa gia đình bệnh nhân và trung tâm thính học và thăm dò chức năng.

3.1. Kết quả phục hồi chức năng nghe- hiểu

Nhóm BN gồm 28 bn, chúng tôi chia làm 2 nhóm:

- Nhóm A: bn cấy ốc tai điện tử > 6 tháng: 24 bn

- Nhóm B: bn cấy ốc tai điện tử < 6 tháng: 4 bn

3.1.1. Nhóm A

3.1.1.1. Thời gian đạt được ngưỡng nghe đơn âm (25- 30 dB) tính bằng số lần Mapping

Bảng 11: Số lần Mapping

Số lần Mapping	≤4 lần	4<n≤7	n>7
Số bn	14	8	2
Tỷ lệ %	58.33%	33.33%	8.34%

Bảng 11: Trong số 24 bn cấy ốc tai điện tử trên 6 tháng, có 14 bn chiếm 58.33% đạt được ngưỡng nghe đơn âm 25- 30 dB chỉ sau 4 lần mapping, 8 bn chiếm 33.33 % đạt ngưỡng nghe từ 5 lần mapping trở lên, chỉ có 2 bn chiếm 8.34% không đạt ngưỡng nghe sau 7 lần. Kết quả mapping phụ thuộc nhiều yếu tố: trí tuệ của trẻ, sự giáo dục của gia đình, hoạt động của điện cực.

3.1.1.2. Phát hiện được 6 âm link

Nguyên tắc thực hiện: Chúng tôi máy thực hiện trong môi trường phòng đo cách âm, với loa đặt cách tai của trẻ 1m, trẻ không nhìn thấy

miệng của người thử. Trẻ sẽ nghe và phát hiện 6 link: a,u,i, s, sh, nh. 6 âm này tương ứng với phổ âm lời nói.

Kết quả phát hiện 6 âm link:

Bảng 12: Phát hiện 6 links

Kết quả phát hiện	tốt	Không tốt
Số bn	24	0
Tỷ lệ %	100%	00%

Bảng 12: Tất cả 24 bn chiếm 100% bn phát hiện tốt với 6 âm link. Điều đó chứng tỏ tất cả các bệnh nhân đều nghe được âm thanh ở mọi tần số trong vùng ngôn ngữ là tiền đề quan trọng cho sự phục hồi ngôn ngữ của trẻ.

3.1.1.3. Kết quả phục hồi chức năng nghe theo form CAP

Trên thế giới, có rất nhiều thang điểm đánh giá mức độ phục hồi chức năng nghe, nhưng form CAP là được sử dụng phổ biến nhất. . Mẫu CAP (Categories of Auditory performance)

Đây là mẫu chuẩn quốc tế cho phép đánh giá sự tiến bộ của bệnh nhân theo 7 mức độ. Sau 1 năm huấn luyện, trẻ đạt được mức 7 có nghĩa là trẻ đã phục hồi khả năng nghe nói như trẻ bình thường, đây là mức lý tưởng.

- Mức độ 0: Không có chú ý về âm thanh, tiếng nói trong môi trường

- Mức độ 1: Có chú ý tới âm thanh của môi trường

- Mức độ 2: Có đáp trả với âm thanh lời nói, đáp trả được 6 link là đạt

- Mức độ 3: Nhận diện được 5 âm thanh của môi trường.

- Mức độ 4: Phân biệt được âm thanh của lời nói mà không cần nhìn miệng, trẻ nghe 6 link nhắc lại đúng là đạt.

- Mức độ 5: Hiểu được 5 cụm từ thông thường mà không cần nhìn miệng

- Mức độ 6: Hiểu được cuộc hội thoại mà không cần nhìn miệng

- Mức độ 7: Sử dụng được điện thoại

Bảng 13: Đánh giá theo Form CAP

Form CAP	mức độ 0	mức độ 1	mức độ 2	mức độ 3	mức độ 4	mức độ 5	mức độ 6	mức độ 7
số bn	0	0	0	0	0	3	18	03
tỷ lệ %	0%	0%	0%	0%	0%	12.5%	75.5%	10%

Theo bảng 13: Có 18 BN chiếm 75.5 % bn đạt mức độ 6 sau 6 tháng huấn luyện, có 3 bn chiếm 12.5% cấy sau 13 tháng đạt mức độ 7. 3

bn chiếm 12.5%. Đây là kết quả rất đáng khích lệ, những bn này có thể hòa nhập với môi trường bên ngoài, các trẻ có thể bắt đầu tới trường để

học tập như những em bé bình thường khác.

Trong 3 bn chỉ đạt mức độ 5 thì 2 bn có khả năng nhận thức kém, không hợp tác khi tham gia huấn luyện. 1 bn không tham gia huấn luyện thường xuyên.

3.2.2. Nhóm B: 4bn

Đây là nhóm mới cấy điện cực ốc tai, thời gian huấn luyện ≤ 6 tháng. Do đó thời gian huấn luyện chưa đủ dài, các tiến bộ về mặt nghe hiểu chưa bộc lộ rõ ràng, đầy đủ. Chúng tôi chỉ đánh giá sơ bộ ngưỡng nghe ở trường tự do.

Các bn này mới chỉ được mapping từ 1- 3 lần. do đó ngưỡng nghe đơn âm mới đạt 40-45 dB.

IV. KẾT LUẬN

*Đặc điểm chung:

- Độ tuổi cấy: $t \leq 3$ tuổi: 71,4%; $3 < t \leq 5$: 28,6%

- Nam: 32,1%; Nữ: 67,9%

- Thành thị: 82,1%; Nông thôn: 17,9%

- Dị dạng tai trong: 0%

*Kết quả phẫu thuật:

- Thời gian nằm viện: $t \leq 7$ ngày : 100%

- Loại điện cực đã dùng: Medel: 28,6%; Cochlear: 71,4%

- Điện cực đặt trọn vẹn vào ốc tai: 100%

- Điện cực hoạt động tốt ngay sau PT: 100%

- Biến chứng sớm: Đứt thừng nhĩ: 3,57%; Liệt VII thoáng qua: 0%; Chóng mặt: 17,85%; Tụ dịch dưới da: 0%.

- Biến chứng muộn: Dị ứng nam châm: 7,14%; Nhiễm khuẩn vết da 0%

*Kết quả phục hồi chức năng nghe

+ Nhóm A: bn cấy ốc tai điện tử > 6 tháng: 58,33% đạt ngưỡng nghe 25-30 dB dưới 4 lần mapping. 33,33% sau 4-7 mapping, 8,34% đạt ngưỡng nghe > 7 lần mapping. Phát hiện được 6 âm link: 100%. Theo form CAP: 85,5% đạt mức độ 6, 7. 12,5% đạt mức độ 5

+ Nhóm B: 4 bn cấy ốc tai điện tử < 6 tháng: Sau 3 lần mapping đạt ngưỡng nghe đơn âm 40-45 dB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berlinger, K. I. (1985)** Selection of cochlear implant patients. In Schindler, R. A., and Merzenich, M.M. (eds.): Cochlear Implants. New York, Raven Press, , p. 395.
2. **Cohen, N. L., Hoffman, R. A. (1991)** Complications of cochlear implant surgery in adults and children. Ann Otol Rhinol Laryngol 100 (9 Pt1): 708-711.
3. **Dowell, R. C., Mecklenburg, D. C., Clark, G. M. (1986)**. Speech recognition for 40 patients receiving multi-channel cochlear implants. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 112: 1054-1059,
4. **Gray, R. F., Evans, R.A., Freer, C. E. L., et al: (1989)** The narrow internal auditory canal in children: A contraindication to cochlear implants. Otolaryngol Head Neck Surg 100(313): 227-331.
5. **Luxford, W. M., and House, W. F.: (1985)** Cochlear implants in children: Medical and surgical considerations. Ear Hear, 6(Suppl.): 20S-23S,
6. **Ching T.Y et al (2013)**. Predicting 3-year outcomes of early-identified children with hearing impairment. B-ENT, Suppl 21, 99-106.
7. **Martines F et al (2013)**. Speech perception outcomes after cochlear implantation in prelingually deaf infants: the Western Sicily experience. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 77(5), 707-713.

THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN BẢO ĐẢM AN TOÀN THỰC PHẨM CỦA CÁC CỬA HÀNG ĂN TẠI 04 XÃ, HUYỆN LẤP VÒ, TỈNH ĐỒNG THÁP NĂM 2018

Nguyễn Tuyết Xương*, Phạm Thế Hiền**

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến hành quan sát điều kiện vệ sinh cơ sở, phòng vấn kiến thức, quan sát thực hành của Người Chế Biến Chính (NCBC) tại 159 cửa hàng ăn tại 04 xã của huyện Lấp Vò, tỉnh Đồng Tháp theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Kết quả: Đánh giá chung, tỷ lệ các cửa hàng ăn đạt các điều kiện An Toàn Thực Phẩm (ATTP) theo quy định tại thông tư 15/2012 TT-BYT và thông tư 30/2012/TT-BYT của Bộ Y tế áp dụng trong

nghiên cứu này chưa cao. Tỷ lệ cửa hàng ăn đạt tất cả các tiêu chí được đề cập trong nghiên cứu này là 4,4%. Trong đó, một số nhóm điều kiện chưa đạt theo yêu cầu như thùng chứa rác có nắp đậy kín chỉ chiếm 18,24%; chỉ có 40,88% cửa hàng có đũa, thìa, đũa... được che đậy tránh bụi bẩn; có 24,53% cửa hàng có bảo quản thực phẩm chín trong tủ kín hoặc được che đậy hợp vệ sinh.

SUMMARY

PRACTICAL CONDITIONS TO ENSURE FOOD SAFETY FOR EATING OUTLETS IN 04 COMMUNES OF LAP VO DISTRICT, DONG THAP PROVINCE, IN 2018

Study conducted in observation of facility sanitation condition, interviewing knowledge, surveying the practice of principal at 159 eating outlets at 04 Communes of Lap Vo District in Dong

*Bệnh viện Nhi Trung Ương

**Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuyết Xương

Email: nguyentuoxuongnhp@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2019

Ngày duyệt bài: 24.5.2019

Tháp Province under the pre-designed questionnaire. It found that : In consideration of general evaluation, the proportion of the food stores reaching the conditions of food safety as prescribed by Circular 15/2012/TT-BYT and Circular 30/2012/TT-BYT of the Ministry of Health applied in this study is not yet high. The rate of food stores reaching all the criteria mentioned in the study was only 4.4%. In which, there are some conditions have not yet attained targets as required, such as garbage container with sealed lid accounted for only 18.24%; Only 40.88% of stores having chopsticks, spoons,... to be covered preventing of dirt and dust; There were 24.53% of stores with nine food preserved in sealed cabinets or covered fit for sanitary.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đảm bảo an toàn thực phẩm hiện nay đang là vấn đề nóng bỏng và được toàn xã hội quan tâm. Kết quả công tác kiểm tra năm 2017, cho thấy rằng các cửa hàng ăn chưa đạt, tỷ lệ vi phạm còn khá cao, với tổng số 447 cửa hàng ăn, có 121 cửa hàng vi phạm, chiếm tỷ lệ 27,07%, tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ trung bình của toàn tỉnh (đạt 21,4%). Nhằm cung cấp các thông tin cho ngành, địa phương về tình hình ATTP hiện nay trên địa bàn huyện Lấp Vò, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng điều kiện bảo đảm an toàn thực phẩm của các cửa hàng ăn tại 4 xã, huyện Lấp Vò, tỉnh Đồng Tháp năm 2018" với mục tiêu là mô tả thực trạng điều kiện đảm bảo ATTP của các cửa hàng ăn;

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu:

Điều kiện an toàn thực phẩm tại các cửa hàng trong nghiên cứu

Bảng 1. Điều kiện về cơ sở vật chất tại cửa hàng ăn (n=159)

Biên số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Môi trường chung: Không bị ngập nước, đọng nước	146	91,82
Không có động vật, côn trùng, vi sinh vật gây hại như: chuột, gián, ruồi...	77	48,43
Không gần các khu vực ô nhiễm	154	96,86
Thiết kế		
Khu trưng bày thức ăn tách biệt thực phẩm sống và thực phẩm chín.	159	100
Nơi chế biến thức ăn, nơi pha chế đồ uống và nơi ăn, uống sạch sẽ, cách biệt nguồn ô nhiễm	128	80,50
Có nơi rửa tay cho khách và có xà phòng rửa tay.	158	99,37
Tránh được các vi sinh vật gây hại, côn trùng và động vật phá hoại xâm nhập và cư trú.	98	61,64
Kết cấu, vật liệu xây dựng		
Kết cấu nhà cửa, nền, trần, tường các khu vực vững chắc	153	96,23
Nền và khu vực chế biến được xây dựng bằng vật liệu không thấm, dễ cọ rửa, vệ sinh	154	96,86
Thùng rác và thức ăn thừa: Có nắp đậy kín	29	18,24
Được vệ sinh thường xuyên và được chuyển đi trong ngày.	159	100
Hệ thống cung cấp nước: Nước dùng để nấu nướng thức ăn.	157	98,74

*Các cửa hàng ăn trên địa bàn 04 xã (xã Định Yên, Vĩnh Thạnh, Bình Thành và Thị trấn Lấp Vò) thuộc huyện Lấp Vò, tỉnh Đồng Tháp tại thời điểm nghiên cứu.

*Người chế biến chính của cửa hàng ăn.

Địa điểm nghiên cứu: 04 xã thuộc huyện Lấp Vò, tỉnh Đồng Tháp.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2018 đến tháng 09/2018

- **Cỡ mẫu của nghiên cứu:** Chọn mẫu toàn bộ 159 cửa hàng ăn trên địa bàn 04 xã đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu để đánh giá thực trạng điều kiện đảm bảo ATTP theo các tiêu chí quy định tại Điều 5 của Thông tư 30/2012/TT-BYT quy định về điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống, kinh doanh thức ăn đường phố. Thông qua việc phỏng vấn chủ cơ sở, quan sát thực tế, xem các giấy tờ có liên quan.

- **Phương pháp thu thập thông tin:** Thu thập thông tin về điều kiện ATTP của cửa hàng ăn đánh giá qua quan sát. (Phụ lục 2)

- **Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:** Kiểm tra lại thông tin ở các phiếu, làm sạch số liệu, mã hóa và nhập số liệu

Nhập liệu bằng Excel, Phân tích số liệu bằng Stata 12.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên tổng số 159 cơ sở kinh doanh cửa hàng ăn tại 04 xã huyện Lấp Vò, tỉnh Đồng Tháp.

Nước sử dụng để sơ chế nguyên liệu, vệ sinh dụng cụ, cho khách hàng rửa tay phải có đủ số lượng	155	97,48
---	-----	-------

Môi trường xung quanh cửa hàng ăn có 96,86% các cửa hàng đều đáp ứng được chỉ tiêu không gần các khu vực ô nhiễm; không bị ngập nước, đọng nước (91,82%); không có động vật, côn trùng, vi sinh vật gây hại (48,43%). 61,64% cửa hàng ăn tránh được các vi sinh vật gây hại, côn trùng và động vật phá hoại xâm nhập và cư trú; 100% các cửa hàng đảm bảo khu trưng bày thức ăn tách biệt thực phẩm sống và thực phẩm chín. Có 80,50% cửa hàng có nơi chế biến thức ăn và nơi ăn, uống sạch sẽ, cách biệt nguồn ô nhiễm. Chỉ 18,24% các cửa hàng ăn có thùng rác chứa thức ăn thừa có nắp đậy kín, phần lớn các cửa hàng ăn đều sử dụng nguồn nước đúng theo quy định của Bộ Y tế, nước dùng để nấu nướng thức ăn theo quy chuẩn 01: 2009/BYT đạt 98,74%; nước sử dụng để sơ chế nguyên liệu

thực phẩm, vệ sinh dụng cụ theo quy chuẩn 02:2009/BYT đạt 97,48%.

Bảng 2. Tỷ lệ đạt các chỉ tiêu về điều kiện cơ sở (n=159)

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng cơ sở đạt	Tỷ lệ đạt (%)
Đạt 100% các chỉ tiêu	20	12,58
Đạt 80-99% các chỉ tiêu	79	49,69
<80% các chỉ tiêu	60	37,74

Bảng 2 mô tả đánh giá chung về điều kiện cơ sở tại các cửa hàng ăn: có 20 cửa hàng đạt 100% các chỉ tiêu về điều kiện cơ sở tương đương với 12,58%; có 79 cửa hàng đạt 80-99% các chỉ tiêu chiếm 49,69%.

Đối với một cửa hàng ăn, ngoài chỉ tiêu về điều kiện cơ sở, những chỉ tiêu khác cũng đóng vai trò cốt lõi trong việc đánh giá một cửa hàng.

Bảng 3. Điều kiện về trang thiết bị, dụng cụ chế biến và bảo quản tại cửa hàng ăn (n=159)

Biên số	Tần số (n)	Tỷ lệ
Dụng cụ chế biến thực phẩm: Dao, thớt dùng riêng cho thức phẩm sống, chín	159	100
Xoang, nồi, chảo sạch sẽ	159	100
Dụng cụ chứa đựng thực phẩm Có sử dụng khay, hộp đựng chia thực phẩm sạch.	159	100
Có khay, hộp đựng dùng riêng cho thức phẩm sống, chín.	159	100
Trang bị găng tay sạch sử dụng một lần hoặc dùng dụng cụ gắp thức ăn hợp vệ sinh khi tiếp xúc trực tiếp với thức ăn	132	83,02
Thùng, thau, rổ... chứa đựng nước sạch, thực phẩm sạch, có nắp đậy.	119	74,84
Bát, thìa, đĩa: Được để ở nơi sạch sẽ, khô ráo và tránh được bụi bẩn	65	40,88
Không bị ảnh hưởng bởi nấm mốc, côn trùng, động vật gây hại	154	96,86
Thiết bị bảo quản thực phẩm: Có tủ lạnh, tủ đá	115	72,33
Chất tẩy rửa dụng cụ: Nước rửa bát/đĩa chuyên dùng, có xuất xứ nguồn gốc rõ ràng và còn hạn sử dụng	158	99,37

Các chỉ tiêu về trang thiết bị, dụng cụ chế biến và bảo quản được đáp ứng tương đối tốt ở phần lớn các cửa hàng ăn trong nghiên cứu. Tuy nhiên còn một số chỉ tiêu chưa đạt như bát, thìa, đĩa... được để ở nơi sạch sẽ, khô ráo và tránh được bụi bẩn chiếm chỉ 40,88% đa phần các dụng cụ dùng để ăn uống không được che đậy. Chỉ tiêu về thùng, thau, rổ... chứa đựng nước sạch, thực phẩm sạch có nắp đậy chỉ có 74,84% đáp ứng được. Chỉ tiêu cửa hàng có thiết bị bảo quản thực phẩm như tủ lạnh, tủ đá chỉ có 72,33% cửa hàng đáp ứng, phần còn lại là bán ngày nào mua ngày đó.

Bảng 4. Tỷ lệ đạt các chỉ tiêu về trang

thiết bị, dụng cụ chế biến và bảo quản (n=159)

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng cơ sở đạt	Tỷ lệ đạt (%)
Đạt 100% các chỉ tiêu	40	25,16
Đạt 80-99% các chỉ tiêu	97	61,01
Đạt <80% các chỉ tiêu	22	13,84

Bảng 4 đánh giá chung về trang thiết bị, dụng cụ chế biến và bảo quản tại các cửa hàng ăn: có 40 cửa hàng đạt 100% các chỉ tiêu về trang thiết bị, dụng cụ tương đương với 25,16%; có 97 cửa hàng đạt 80-99% các chỉ tiêu chiếm 61,01%; còn lại đạt dưới 80% các chỉ tiêu.

Bảng 5. Điều kiện về chế biến, bảo quản thực phẩm tại cửa hàng ăn (n=159)

Biên số	Tần số (n)	Tỷ lệ
Nguyên liệu thực phẩm, thực phẩm bao gói Có hóa đơn, chứng từ chứng minh nguồn gốc rõ ràng	139	87,42

Còn hạn sử dụng	152	95,60
Sử dụng phụ gia thực phẩm, chất hỗ trợ chế biến và chất bảo quản thực phẩm trong chế biến		
Trong danh mục cho phép của Bộ Y tế	158	99,37
Có hóa đơn, chứng từ chứng minh nguồn gốc rõ ràng	158	99,37
Còn hạn sử dụng	158	99,37
Bảo quản, trưng bày thức ăn ngay và thực phẩm chín		
Khu vực trưng bày trên bàn hoặc giá cao cách mặt đất ít nhất 60 cm	159	100
Đồ ăn nhanh và thực phẩm đã được chế biến chín được để trong tủ kính hoặc thiết bị bảo quản, che đậy hợp vệ sinh	39	24,53

Đa số các chỉ tiêu về điều kiện chế biến, bảo quản thực phẩm được đáp ứng tương đối tốt ở phần lớn các cửa hàng ăn trong nghiên cứu. Tuy nhiên còn chỉ tiêu chưa đạt như: thực phẩm đã chế biến chín được che đậy hợp vệ sinh chiếm chỉ 24,53%; nguyên liệu thực phẩm có hóa đơn, chứng từ chứng minh nguồn gốc chiếm 87,42%.

Bảng 6. Tỷ lệ các chỉ tiêu về chế biến, bảo quản thực phẩm

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng cơ sở đạt	Tỷ lệ đạt (%)
Đạt 100% các chỉ tiêu	35	22,01
Đạt 80-99% các chỉ tiêu	104	65,41
Đạt <80% các chỉ tiêu	20	12,58

Bảng 6 mô tả điều kiện về chế biến, bảo quản thực phẩm tại các cửa hàng ăn: có 35 cửa hàng đạt 100% các chỉ tiêu về chế biến, bảo quản thực phẩm tương đương với 22,01%; có 104 cửa hàng đạt 80-99% các chỉ tiêu chiếm 65,41%; còn lại đạt dưới 80% các chỉ tiêu.

Bảng 7. Điều kiện về con người (n=159)

Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ
Giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm của NCBC	159	100
Có	133	83,65
Không	26	16,35
Khám sức khỏe NCBC	159	100
Có	129	81,13
Không	30	18,87

Bảng 7 cho thấy có 83,65% cơ sở có giấy xác nhận kiến thức về an toàn thực phẩm và 81,131% có sổ khám sức khỏe của NCBC (Đa phần các cửa hàng ăn đều có quy mô nhỏ, số người phục vụ ít, nên mỗi cửa hàng chỉ có một NCBC).

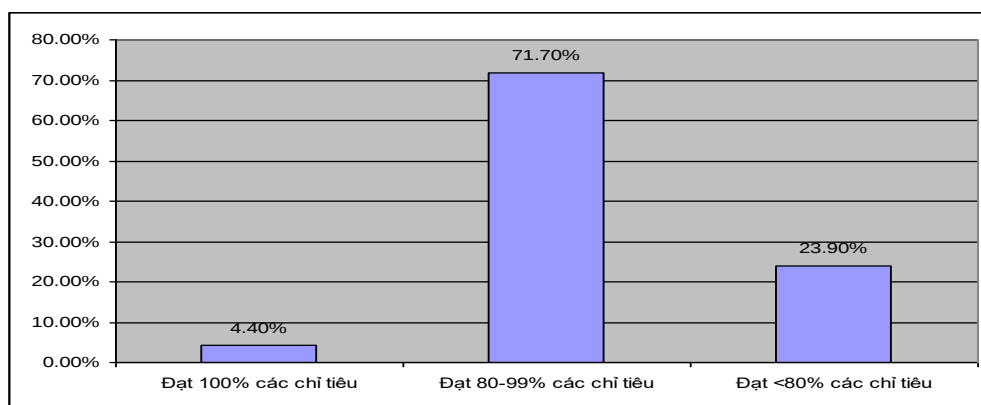
Bảng 3.8. Tỷ lệ đạt các chỉ tiêu về điều kiện con người (n=159)

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng cơ sở đạt	Tỷ lệ đạt (%)
Đạt 100% các chỉ tiêu	122	76,73
Đạt 80-99% các chỉ tiêu	0	0
Đạt <80% các chỉ tiêu	37	23,27

Bảng 8 mô tả điều kiện về con người tại các cửa hàng ăn: có đến 122 cửa hàng đạt 100% chỉ tiêu về xác nhận kiến thức và khám sức khỏe định kỳ tương đương với 76,73%; có 37 cửa hàng đạt dưới 80% các chỉ tiêu chiếm 23,27%.

Đánh giá chung về điều kiện an toàn thực phẩm tại các cửa hàng ăn (n=159)

Tổng hợp chung tất cả các tiêu chí về an toàn thực phẩm như: điều kiện cơ sở; điều kiện về trang thiết bị, dụng cụ chế biến; điều kiện về chế biến, bảo quản thực phẩm; điều kiện con người chỉ có 07 cửa hàng tương ứng với 4,4% đạt 100% các điều kiện về ATTP; có 114 cửa hàng tương ứng với 71,7% các cửa hàng đạt từ 80-99% các tiêu chí; còn lại 38 cửa hàng tương ứng với 23,9% các cửa hàng đạt dưới 80% chỉ tiêu.



V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu về điều kiện an toàn thực phẩm tại cửa hàng ăn: Đánh giá chung, tỷ lệ các cửa hàng ăn đạt các điều kiện ATTP theo quy định tại thông tư 15/2012 TT-BYT và thông tư 30/2012/TT-BYT của Bộ Y tế áp dụng trong nghiên cứu này chưa cao. Tỷ lệ cửa hàng ăn đạt tất cả các tiêu chí được đề cập trong nghiên cứu này là 4,4%. Trong đó, một số nhóm điều kiện chưa đạt theo yêu cầu như thùng chứa rác có nắp đậy kín chỉ chiếm 18,24%; chỉ có 40,88% cửa hàng có đũa, thìa, đũa...được che đậy tránh bụi bẩn; có 24,53% cửa hàng có bảo quản thực phẩm chín trong tủ kín hoặc được che đậy vệ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ủy ban nhân dân huyện Lập Vò (2017), "Kết quả thực hiện Vệ sinh An toàn thực phẩm năm 2017 và Phương hướng nhiệm vụ năm 2018".
2. Hà Thị Anh Đào (2007), Thực trạng vệ sinh an toàn thực phẩm thức ăn đường phố tại Gia Lâm, Hà Nội và một số yếu tố liên quan. Kỷ yếu hội nghị khoa học vệ sinh an toàn thực phẩm.
3. Bộ Y tế (2007), "Quy định về điều kiện sức khỏe đối với những người tiếp xúc trực tiếp trong quá trình chế biến thực phẩm bao gói sẵn và kinh doanh thực phẩm ăn ngay" kèm theo quyết định số 21/2007/QĐ-BYT, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2005), "Quyết định số 43/2005/QĐBYT ngày 20/12/2005 về việc quy định yêu cầu kiểm thức về vệ sinh ATTP đối với người sản xuất, kinh doanh thực phẩm".
5. WHO (2001-2005), "Global strategy for food safety 2001-2005".

NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ CỦA NITROGLYCERIN TÁC DỤNG Kéo DÀI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐỘNG MẠCH VÀNH VÀ SUY TIM TẠI THÁI BÌNH

Nguyễn Thanh Bình*, Lê Xuân Hưng*, Vũ Thanh Bình*

TÓM TẮT³⁷

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị sớm của bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành/bệnh suy tim điều trị bằng Nitroglycerin tác dụng kéo dài và xác định tỷ lệ bệnh nhân gặp phải ít nhất một phản ứng có hại do thuốc cần quan tâm. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 812 bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành hoặc bệnh suy tim được điều trị bởi các bác sĩ trong các địa điểm nghiên cứu với Nitromint 2,6 mg Retard đơn lẻ hoặc kết hợp với các loại thuốc khác. Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được lựa chọn một cách ngẫu nhiên. **Kết quả:** Thuốc Nitromint 2.6 mg Retard an toàn và được dung nạp tốt, Thuốc dùng kèm với các thuốc khác để điều trị bệnh động mạch vành/ bệnh suy tim ở các cơ sở y tế là hiệu quả. Có 1,35 % gặp phải ít nhất một phản ứng bất lợi do thuốc cần quan tâm. Phản ứng bất lợi cần quan tâm thường gặp nhất là đau đầu và chóng mặt và tất cả các biến cố bất lợi do thuốc ở mức độ nhẹ đến vừa.

Từ khóa: Nitroglycerin, bệnh mạch vành, bệnh suy tim

SUMMARY

SAFETY AND EFFICIENCY EVALUATION OF LONG-TERM NITROGLYCERIN THERAPY IN CORONARY ARTERIES AND HEART

*Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: nguyenthambinhdytb@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 17.5.2019

Ngày duyệt bài: 21.5.2019

FAILURE IN THAI BINH PROVINCE

Objectives: to evaluate the results of early treatment among patients with coronary artery/heart failure with long-term Nitroglycerin therapy and to determine the percentage of patients suffering from at least one of the drug side effects. **Methodology:** The retrospective study among 812 patients with coronary artery disease or heart failure were treated by physicians in the study sites with Nitromint Retard 2.6 mg alone or in combination with other drugs. Medical records of patients are randomly selected. **Results:** Nitromint Retard 2.6 mg was safe and well tolerated, the Nitromint Retard 2.6 mg using with other drugs to treat coronary artery disease/heart failure in medical facilities was effective. The percentage of patients suffering from at least one of the drug side effects as headache and dizziness from mild level to moderate level was 1,35 percent.

Keywords: Nitroglycerin, coronary artery disease, heart failure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch vành và suy tim là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm có hơn 17 triệu người tử vong do bệnh tim mạch. Nitroglycerin đã trở thành phương pháp điều trị phổ biến nhất cho các bệnh nhân bị đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim và suy tim.

Hiệu quả của Nitroglycerin dạng ngậm dưới lưỡi ở bệnh nhân mắc động mạch vành và bệnh suy tim đã được biết đến trong hơn một thế kỷ. Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi được hấp thụ ngay,

nhưng tác dụng bị hạn chế do thời gian bán thải từ 2 đến 3 phút. Nitroglycerin bị thủy phân trong huyết tương và được chuyển hóa nhanh chóng trong gan bởi nitrit glutathione-hữu cơ thành dinitrate (DN) và mononitrat (MN). Nhằm đánh giá độ an toàn và hiệu quả của Nitroglycerin trong điều trị bệnh lý động mạch vành và suy tim, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị sớm của bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành/bệnh suy tim điều trị bằng Nitroglycerin tác dụng kéo dài và xác định tỷ lệ bệnh nhân gặp phải ít nhất một phản ứng có hại do thuốc cần quan tâm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có chẩn đoán mắc bệnh động mạch vành hoặc bệnh suy tim đã được xác nhận trong bệnh án và được điều trị bằng Nitroglycerin

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Hồ sơ bệnh án nghiên cứu bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu phải thỏa mãn các tiêu chí sau:

- Tất cả bệnh nhân có chẩn đoán mắc bệnh động mạch vành hoặc bệnh suy tim đã được xác nhận trong bệnh án và được điều trị nội trú từ năm 2014 đến 2018.

- Bệnh án được ghi chép đầy đủ diễn biến bệnh, bao gồm cả tiến triển thuận lợi và phản ứng bất lợi.

- Nitroglycerin tác dụng kéo dài (Nitromint 2.6 mg Retard Tablet) được kê cho bệnh nhân trong thời gian nhập viện (đơn lẻ hoặc kết hợp với các loại thuốc khác

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân không được có bất kỳ một trong các tiêu chuẩn sau đây:

✓ Bệnh nhân không có bằng chứng lâm sàng về CAD hoặc CHF

✓ Sử dụng các loại thuốc khác bị cấm sử dụng cùng với Nitroglycerin như:

+ Thuốc ức chế PDE-5 như avanafil, sildenafil, vardenafil, and tadalafil

+ Thuốc kích thích Soluble guanylate cyclase (sGC) như Adempas (riociguat).

***Địa điểm nghiên cứu:** Các khoa nội của các bệnh viện trong thành phố Thái Bình

***Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 5/2018-12/2018

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu.

***Chọn mẫu:** Chọn theo phương pháp thuận tiện. Tổng cộng có 812 bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành/bệnh suy tim được đưa vào nghiên cứu.

***Nội dung nghiên cứu:**

- Sàng lọc các bệnh án được chẩn đoán bệnh động mạch vành hoặc bệnh suy tim

- Tần suất và tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành/ bệnh suy tim với kết quả điều trị sớm khi xuất viện theo mẫu của Bộ Y tế

- Các phương pháp điều trị cho bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành/ bệnh suy tim

- Các phương pháp chẩn đoán cho bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành/ bệnh suy tim

- Tổng lượng Nitromint Retard được sử dụng theo hồ sơ bệnh nhân

- Thời gian điều trị (cho đến khi ngừng điều trị hoặc cho đến khi xuất viện)

- Số bệnh nhân ngưng điều trị Nitromint Retard do khả năng không dung nạp được

- Kết quả điều trị:

+ Khỏi hoàn toàn

+ Thuyên giảm

+ Không thay đổi

+ Bệnh nặng thêm

+ Tử vong

- Các phản ứng bất lợi

2.3. Xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng hệ thống thu thập dữ liệu điện tử (EDC). Sử dụng phần mềm STATA 12.0 để phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân lúc nhập viện

3.1.1. Các đặc điểm nhân khẩu học và sinh trắc học. Độ tuổi trung bình vào lần đầu tiên phát hiện hoặc điều trị bệnh động mạch vành/ bệnh suy tim là 68,7 tuổi và độ tuổi trung bình bệnh nhân nhập viện gần đây nhất do bệnh động mạch vành/bệnh suy tim là 69,9 tuổi. Trong số 812 bệnh nhân, xấp xỉ 55% là nữ và 45% là nam ở nhóm bệnh động mạch vành và nhóm bệnh suy tim.

Ở nhóm bệnh động mạch vành, độ tuổi trung bình lần đầu tiên phát hiện hoặc điều trị bệnh động mạch vành/bệnh suy tim là 68,2 tuổi và độ tuổi trung bình nhập viện gần đây nhất do bệnh động mạch vành/bệnh suy tim là 68,7 tuổi. Đối với nhóm bệnh suy tim, độ tuổi trung bình lần đầu tiên phát hiện hoặc điều trị bệnh và độ tuổi trung bình nhập viện gần đây nhất cao hơn nhóm bệnh động mạch vành, lần lượt là 69,7 tuổi và 71,9 tuổi.

Bảng 1: Đặc điểm sinh trắc học của bệnh nhân lúc nhập viện

Đặc điểm	Bệnh động mạch vành (N=511)	Bệnh suy tim (N=301)	Tổng số bệnh nhân (N=812)
Chiều cao (cm)			
Giá trị trung bình	156,21	158,65	156,91

Độ lệch chuẩn	6,68	7,62	7,04
Min-Max	140-174	140-175	140-175
Cân nặng (kg)			
Giá trị trung bình	58,32	54,32	56,84
Độ lệch chuẩn	9,89	10,05	10,13
Min-Max	35-100	34-91	34-100

Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả điều trị sớm với Nitromint 2.6 mg Retard. Thống kê phân tích chỉ ra rằng xấp xỉ 99% bệnh nhân sử dụng Nitromint 2.6 mg Retard theo liều khuyến nghị của nơi sản xuất (2 viên mỗi ngày) ở cả nhóm bệnh động mạch vành và nhóm bệnh suy tim. Số lượng Nitromint 2.6 mg Retard trung bình ($\pm$ Độ lệch chuẩn) được sử dụng ở nhóm bệnh động mạch vành và nhóm bệnh suy tim lần lượt là 8,38 ($\pm$ 4.62) ngày và 8,71 ($\pm$ 4.68) ngày.

Bảng 2. Kết quả điều trị sớm cho bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành/ bệnh suy tim với Nitromint 2.6 mg Retard đơn lẻ hoặc dung cùng với các thuốc khác

Kết quả điều trị sớm	NHÓM BỆNH LÝ				
	CAD		HF		Tổng
	Freq/Pct	95% CI (%)	Freq/Pct	95% CI (%)	
Khỏi hoàn toàn	97(18,98%)	15,81 - 22,61	22(7,31 %)	4,83 - 10,87	119
Thuyên giảm	407(79,65%)	75,93 - 82,92	260(86,38 %)	82,02 - 89,02	667
Không thay đổi	7(1,37%)	0,61 - 2,86	14(4,65 %)	2,73 - 7,72	21
Bệnh nặng thêm	0(0,00%)	0 - 0,90	5(1,66 %)	0,60 - 3,49	5
Tử vong	0(0,00%)	0 - 0,90	0(0,00 %)	0 - 1,52	0
Không rõ	0(0,00%)	0 - 0,90	0(0,00 %)	0 - 1,52	0
Tổng số	511		301		812

Hơn một nửa bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành và 2/3 bệnh nhân mắc bệnh suy tim nhập viện với hạn chế vận động ở mức độ vừa đến nặng và sau khi điều trị, các chỉ số này giảm có ý nghĩa lâm sàng, lần lượt còn 2,5 % ở nhóm bệnh động mạch vành và 17% ở nhóm bệnh suy tim.

Bảng 3. Mức độ hạn chế vận động trước và sau khi sử dụng liệu pháp Nitromint 2.6 mg Retard

Hạn chế vận động	Trước khi điều trị			Sau khi điều trị		
Tần số %	Bệnh động mạch vành	Bệnh suy tim	Tổng số	Bệnh động mạch vành	Bệnh suy tim	Tổng số
Không	129 (25.29%)	32(10.67%)	161	305(59.80%)	79(26.25%)	384
Nhẹ	146(28.63%)	56(18.67%)	202	188(36.86%)	166(55.15%)	354
Vừa	166(32.55%)	107(35.67%)	273	11(2.16%)	38(12.62%)	49
Nặng	64(12.55%)	100(33.33%)	164	2(0.39%)	13(4.32%)	15
Không biết	5(0.98%)	5(1.67%)	10	4(0.78%)	5(1.66%)	9
Tổng số	510	300	810	510	301	811

Tần suất đau thắt ngực ước tính (lần trên tuần) trước và sau khi điều trị được tổng hợp ở bảng 10.1.2 và bảng 18.2 ở phần phụ lục thống kê phân tích. Có sự cải thiện có ý nghĩa lâm sàng ở bệnh nhân được điều trị với liệu pháp Nitromint 2.6 mg Retard với các thuốc khác.

3.2.2. Phản ứng bất lợi do thuốc cần quan tâm

Bảng 4. Phần trăm bệnh nhân có ít nhất một ADRI, ADR và SADR

Mô tả	N	Tần số	Tỷ lệ %	95% CI
Bệnh nhân có ít nhất một ADRI	812	11	1,35	0,73 2,44
Bệnh nhân có ít nhất một ADR	812	11	1,35	0,73 2,44
Bệnh nhân có ít nhất một SADR	812	0	0	0 0,57

Nghiên cứu hồi cứu này dựa trên thống kê phân tích, có 18 phản ứng bất lợi do thuốc cần quan tâm phát hiện ở 11 bệnh nhân trong tổng số 812 trường hợp mắc bệnh động mạch vành/ bệnh suy tim được khảo sát. Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải ít nhất một phản ứng bất lợi do thuốc cần quan tâm (ADRI) là 1,35% (95% CI: 0,73% to 2.44). Phản ứng bất lợi cần quan tâm phổ biến nhất là đau đầu (xấp xỉ 1%) và chóng mặt (xấp xỉ 0,7%). Danh sách chi tiết các phản ứng bất lợi cần quan tâm chỉ ra rằng hầu hết mức độ của các phản ứng bất lợi cần quan tâm ở mức độ nhẹ đến trung bình.

Bảng 5. Phần trăm phản ứng bất lợi cần quan tâm ở nhóm bệnh động mạch vành/ bệnh suy tim

Tên phản ứng bất lợi cần quan tâm	Tổng số	Tần số	Phần trăm	95% CI Khoảng tin cậy	
Đau đầu	812	9	1,11	0,55	2,12
Chóng mặt	812	6	0,74	0,29	1,64
Lảo đảo	812	1	0,12	0	0,77
Các triệu chứng hạ huyết áp khác	812	1	0,12	0	0,77
Mệt mỏi	812	1	0,12	0	0,77
Tổng số	812	18	2,22	1,38	3,50

Bảng trình bày tỷ lệ gặp phải ADRI trong số các bệnh nhân CAD/CHF trong nghiên cứu. Lưu ý là một vài bệnh nhân có thể có nhiều hơn một ADRI và mỗi ADRI được tính một lần.

Nghiên cứu chỉ ra rằng trong số 18 trường hợp gặp phản ứng bất lợi do thuốc cần quan tâm. Có 7 trường hợp (chiếm 0.86%) đã ngưng sử dụng Nitromint 2.6 mg. (Phụ lục thống kê phân tích_ bảng 14).

V. KẾT LUẬN

- Chẩn đoán BN mắc bệnh động mạch vành và bệnh suy tim ở các cơ sở y tế là phù hợp với Hướng dẫn Quốc gia về chẩn đoán và quản lý bệnh động mạch vành và bệnh suy tim.

- Thuốc Nitromint 2.6 mg Retard nói chung là an toàn và được dung nạp tốt với hầu hết các phản ứng bất lợi do thuốc trong mỗi thuật ngữ thông dụng nhỏ hơn 1%. Tỷ lệ bệnh nhân khỏi hoàn toàn và thuyên giảm chiếm 96,8%.

- Có 18 phản ứng bất lợi do thuốc cần quan tâm phát hiện ở 11 bệnh nhân trong tổng số 812 trường hợp mắc bệnh động mạch vành/ bệnh suy tim được khảo sát chiếm 1, 35%.

- Các triệu chứng bất lợi chủ yếu là đau đầu chiếm 1,11%, chóng mặt chiếm 0,74%, ngoài ra

còn có triệu chứng hạ huyết áp, mệt mỏi, lảo đảo chiếm tỷ lệ rất thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marsh N, Marsh A., A short history of Nitroglycerine and nitric oxide in pharmacology and physiology. Clin Exp Pharmacol Physiol. 2000; 27:313-319.
2. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction; A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2004;44:E1-E211.
3. Watanabe H, Kakihana M, Ohtsuka S, Sugishita Y., Preventive effects of angiotensin-converting enzyme inhibitors on nitrate tolerance during continuous transdermal application of Nitroglycerin in patients with chronic heart failure. Jpn Circ J. 1998;62:353-358.
4. Hashimoto S, Kobayashi A: Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of glyceryl trinitrate and its metabolites. Clin Pharmacokinet (2003) 42: 205-21.
5. Martindale: The Complete Drug Reference, Medicines Complete. London: The Pharmaceutical Press, electronic version, 2007
6. Dunlay, S. M., S. A. Weston, et al. (2009). "Risk factors for heart failure: a population-based case-control study." Am J Med 122(11): 1023-1028.

TÁC ĐỘNG CỦA INFLIXIMAB LÊN TÌNH TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Triệu Quang Túy¹, Nguyễn Thị Phương Thủy², Nguyễn Văn Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu tác động của infliximab lên tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp được điều trị với infliximab. **Đối tượng và**

phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập hồi cứu, so sánh trước và sau điều trị 3 tháng với infliximab, được thực hiện tại Khoa Cơ xương khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2018, gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn ACR 1987 và đã được điều trị với infliximab theo phác đồ chuẩn. **Kết quả và kết luận:** Tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu có 6/30 bệnh nhân tăng huyết áp (chiếm tỷ lệ 20%), nhưng sau 3 đợt điều trị với infliximab, số bệnh nhân có tăng huyết áp giảm xuống còn 2 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 6,7%). Ở nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp, huyết áp trung bình tại thời điểm bắt đầu

¹Bệnh viện y học cổ truyền Quân Đội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Quang Túy

Email: trieuquangtuy1973@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 6.6.2019

tham gia nghiên cứu là $114,72 \pm 4,00$ mmHg và sau 3 tháng điều trị với infliximab, huyết áp trung bình giảm dần xuống còn $109,39 \pm 3,89$ mmHg ($p < 0,01$). Chỉ số DAS-28 CRP đánh giá mức độ hoạt động của bệnh viêm khớp dạng thấp cũng giảm dần theo các thời điểm sử dụng thuốc infliximab từ $4,4 \pm 0,4$ xuống còn $3,3 \pm 0,5$.

Từ khóa: viêm khớp dạng thấp, tăng huyết áp, infliximab.

SUMMARY

THE IMPACTS OF INFlixIMAB ON HYPERTENSION OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Objective: To evaluate the effect of infliximab on hypertension in patients with rheumatoid arthritis treated with infliximab. **Subjects and methods:** Retrospective cohort study, comparison before and after 3 months of treatment with infliximab, was performed at the Rheumatology department, Bach Mai Hospital from January 2017 to December 2018, including 30 patients were diagnosed with rheumatoid arthritis according to the classification ACR 1987. **Results and conclusions:** At the beginning of study, there were 6 of 30 patients had hypertension accounting for 20% but after 3 times of infliximab the number of patients with hypertension dropped to 2 patients accounting for 6.7%. In patients with hypertension the mean blood pressure at the beginning of the study was 114.72 ± 4.00 mmHg and after 3 months of treatment with infliximab, the mean blood pressure gradually decreased to 109.39 ± 3.89 mmHg ($p < 0,01$). The DAS-28 CRP index assessed the activity level of rheumatoid arthritis also decreased with the time of infliximab from 4.4 ± 0.4 to 3.3 ± 0.5 .

Keyword: rheumatoid arthritis, hypertension, infliximab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp thuộc nhóm bệnh tự miễn và hay gặp nhất trong các bệnh lý khớp viêm mạn tính với tổn thương cơ bản là tình trạng viêm không đặc hiệu mạn tính màng hoạt dịch của các khớp. Đặc điểm lâm sàng điển hình của bệnh là tình trạng viêm nhiều khớp, đặc biệt các khớp nhỏ, nhỏ ở bàn tay, đối xứng hai bên, kèm theo dấu hiệu cứng khớp buổi sáng kéo dài trên một giờ và sự cố mất của yếu tố dạng thấp trong huyết thanh. Ở các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, tình trạng xơ vữa mạch gặp nhiều hơn so với những người khỏe mạnh, tỷ lệ mắc các bệnh lý tim mạch khá cao và là yếu tố tiên lượng xấu của bệnh. Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh lý tim mạch và gặp ở khoảng 70% các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp [1]. Mức độ hoạt động của bệnh viêm khớp dạng thấp và tác dụng phụ của các thuốc điều trị bệnh cũng gây ảnh hưởng đến huyết áp của bệnh nhân. Các thuốc chống viêm không steroid, corticosteroid, leflunomide và cyclosporin

có thể gây tăng huyết áp. Tuy nhiên, theo kết quả của nhiều nghiên cứu, các thuốc methotrexat và mycophenolate mofetil có tác dụng làm giảm huyết áp và giảm nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp và bệnh nhân viêm khớp vẩy nến. Theo kết quả của những nghiên cứu gần đây, yếu tố hoại tử u- alpha (tumour necrosis factor- TNF- α), một cytokine gây viêm do các đại thực bào tổng hợp đóng một vai trò then chốt trong cơ chế bệnh sinh của bệnh viêm khớp dạng thấp [2] và cũng có liên quan đến cơ chế gây tăng huyết áp ở các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Ở các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có tăng huyết áp, nồng độ của TNF- α trong huyết thanh tăng cao và có sự liên quan giữa huyết áp với nồng độ TNF- α trong huyết thanh. Nhằm khảo sát hiệu quả tác động trên bệnh viêm khớp dạng thấp và một số bệnh lý phối hợp, trong đó có tăng huyết áp khi sử dụng infliximab, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: 1. Tìm hiểu tác động của infliximab lên tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp được điều trị với infliximab.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian thực hiện từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2018.

Đối tượng nghiên cứu: gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn ACR 1987 và đã được điều trị với infliximab theo phác đồ chuẩn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập hồi cứu, so sánh trước và sau điều trị 03 tháng.

Cỡ mẫu nghiên cứu thuận tiện: $n = 30$.

Nội dung nghiên cứu:

+ Ghi nhận chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI.
+ Đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm khớp dạng thấp: thời gian mắc bệnh, số khớp viêm, thời gian cứng khớp buổi sáng, đánh giá mức độ đau khớp theo thang điểm VAS.

+ Các bệnh lý kết hợp: tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì, bệnh tim mạch, hội chứng chuyển hóa.

+ Các chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh viêm khớp dạng thấp: tốc độ máu lắng, nồng độ protein C phản ứng (CRP), mức độ hoạt động bệnh theo DAS28-CRP.

+ Các thuốc điều trị, chế độ ăn và sinh hoạt.

+ Theo dõi huyết áp và nhịp tim tại các thời điểm điều trị infliximab theo phác đồ.

2.3 Phân tích và xử lý số liệu:

- + Trung bình, độ lệch chuẩn và tỉ lệ được dùng để mô tả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.
- + Test χ^2 dùng kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỉ lệ.
- + Test "t" dùng kiểm định sự khác biệt giữa 2 trị số trung bình.
- + Khoảng tin cậy 95% được áp dụng cho toàn bộ các test. Nhận định sự khác biệt khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu trước điều trị****Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=30)**

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$
Tuổi (năm)	57,3 $\pm$ 11,8 (36 – 76)
Giới (nữ/nam)	25/5
Thời gian mắc bệnh VKDT (năm)	10,6 $\pm$ 6,6 (3,0 ÷ 21,0)
BMI (kg/m ²)	20,1 $\pm$ 1,2 (17,15 ÷ 22,06)
Số bệnh nhân có tăng HA (n)	6 (20%)
Số bệnh nhân có rối loạn lipid máu (n)	2 (6,7%)
Số bệnh nhân có đái tháo đường (n)	4 (13,6%)
Tốc độ máu lắng giờ đầu (mm)	42 $\pm$ 32,5 (2,0 ÷ 107,0)
Nồng độ CRP (mg/dl)	3,59 $\pm$ 6,81 (0,01 ÷ 36,40)
Số bệnh nhân dùng	6 (20%)

3. Đánh giá sự thay đổi huyết áp của nhóm bệnh nhân nghiên cứu qua các thời điểm dùng thuốc infliximab**Bảng 3.3: Sự thay đổi của huyết áp qua các thời điểm dùng thuốc infliximab**

Các thời điểm đánh giá	BN có tăng HA (n = 6)	BN không tăng HA (n = 24)	Tổng số BN (n = 30)
T0	114,72 $\pm$ 4,00	92,43 $\pm$ 6,46	96,89 $\pm$ 10,87
T1	109,56 $\pm$ 4,91**	87,26 $\pm$ 6,75**	91,72 $\pm$ 11,07**
T2	109,39 $\pm$ 3,89**	87,10 $\pm$ 6,50**	91,56 $\pm$ 10,88**

(*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$)

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp, huyết áp trung bình tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu là 114,72 $\pm$ 4,00 mmHg và sau 3 tháng điều trị với infliximab, huyết áp trung bình giảm dần xuống còn 109,39 $\pm$ 3,89 mmHg ($p < 0,01$).

Bảng 3.4: Thay đổi tỷ lệ bệnh nhân tăng HA qua các thời điểm dùng thuốc infliximab

Thời điểm	Tăng HA		Không tăng HA		Có tăng HA	p so với T0
	n	%	n	%		
T0	24	80,0	6	20,0		
T1	27	90,0	3	10,0		0,472
T2	28	93,3	2	6,7		0,254

Nhận xét: Tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu (T0) có 6 bệnh nhân tăng huyết áp (chiếm tỷ lệ 20%). Tuy nhiên, sau 3 tháng điều trị với infliximab, chỉ còn 2 bệnh nhân có tăng huyết áp (chiếm tỷ lệ 6,7%).

thuốc chống viêm không steroid (n)	
Số bệnh nhân dùng thuốc corticoid (n)	24 (80%)
Số bệnh nhân dùng thuốc methotrexat (n)	30 (100%)

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là 57,3 $\pm$ 11,8 tuổi, trong đó nữ giới chiếm tỷ lệ 83,3%, tốc độ máu lắng giờ đầu trung bình là 42 $\pm$ 32,5 mm và nồng độ CRP trung bình là 3,59 $\pm$ 6,81 mg/dl. Các bệnh lý kết hợp hay gặp nhất ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp gồm: tăng huyết áp (20%) và đái tháo đường (13,6%). Có 6 bệnh nhân được điều trị với thuốc chống viêm không steroid, 24 bệnh nhân được điều trị với corticoid và tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được điều trị với methotrexat.

2. Đánh giá hiệu quả điều trị viêm khớp dạng thấp với infliximab theo DAS 28 - CRP**Bảng 3.2: Đánh giá hiệu quả điều trị viêm khớp dạng thấp theo DAS 28 - CRP**

	T0	T1	T2
DAS 28-CRP trung bình (mg/dl)	4,4 $\pm$ 0,4	3,7 $\pm$ 0,5	3,3 $\pm$ 0,5
p		>0,05	>0,05

p là giá trị so sánh giữa các thời điểm T1, T2 với thời điểm T0.

Nhận xét: Mức độ hoạt động của bệnh viêm khớp dạng thấp giảm dần theo các thời điểm sử dụng thuốc infliximab từ 4,4 $\pm$ 0,4 xuống còn 3,3 $\pm$ 0,5, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, các thuốc kháng TNF- α được chỉ định trong điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp do tác dụng làm giảm quá trình viêm của màng hoạt dịch khớp và giảm sự phá hủy khớp. Trong các nghiên cứu thực nghiệm, thuốc kháng TNF- α cũng gây giảm huyết áp ở chuột. Gần đây, trong nghiên cứu của Klarenbeek cho thấy, thuốc infliximab và các thuốc điều trị cơ bản đã làm giảm mức độ hoạt động bệnh viêm khớp dạng thấp và kết hợp với làm giảm huyết áp [3]. Sự tiến triển của bệnh viêm khớp dạng thấp và tổn thương ở nhiều cơ quan do tiến triển của bệnh như phổi, thận sẽ gây đau và stress cho bệnh nhân, do đó sẽ ảnh hưởng đến huyết áp thông qua tác động trực tiếp hoặc gián tiếp lên hệ thống thần kinh giao cảm và hệ thống renin-angiotensin-aldosterone. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu có 6/30 bệnh nhân tăng huyết áp (chiếm tỷ lệ 20%), nhưng sau 3 đợt điều trị với infliximab, số bệnh nhân có tăng huyết áp giảm xuống còn 2 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 6,7%). Sự theo dõi huyết áp ở các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp rất quan trọng vì huyết áp tăng sẽ gây tổn thương ở nhiều cơ quan và các bệnh lý tim mạch. Tăng huyết áp có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng dày lên của lớp nội mạc thành mạch và khối lượng cơ tim cũng như sức cản thành mạch và sự hình thành các mảng xơ vữa ở thành mạch. Tỷ lệ mắc các bệnh lý tim mạch tăng lên ở những bệnh nhân viêm khớp dạng thấp và giảm đi khi bệnh nhân được điều trị với infliximab. Tình trạng kháng insulin và rối loạn lipid máu cũng thuyên giảm khi dùng infliximab.

Trong nghiên cứu, ở nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp, huyết áp trung bình tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu là $114,72 \pm 4,00$ mmHg và sau 3 tháng điều trị với infliximab, huyết áp trung bình giảm dần xuống còn $109,39 \pm 3,89$ mmHg ($p < 0,01$). Chỉ số DAS-28 CRP đánh giá mức độ hoạt động của bệnh viêm khớp dạng thấp cũng giảm dần theo các thời điểm sử dụng thuốc infliximab từ $4,4 \pm 0,4$ xuống còn $3,3 \pm 0,5$. Hệ thống thần kinh giao cảm và hệ thống renin-angiotensin-aldosterone có vai trò quan trọng trong điều hòa huyết áp. Các cytokine gây viêm, trong đó có TNF- α gây kích thích hệ thống thần kinh giao cảm và làm xuất hiện nhiều receptor của angiotensin 1 và angiotensin 2 ở chuột. Kết quả một số nghiên cứu cho thấy, TNF- α cũng làm giảm nồng độ của norepinephrine và hoạt động của renin trong

huyết tương, do đó các thuốc kháng TNF- α sẽ gây ức chế hoạt động của hệ thống thần kinh giao cảm và hệ thống renin-angiotensin-aldosterone [4]. Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng của bệnh viêm khớp dạng thấp như tình trạng sưng, đau khớp, hạn chế vận động do điều trị với infliximab sẽ kết hợp với giảm nồng độ của norepinephrine trong huyết thanh, dẫn đến làm giảm huyết áp. Các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có chất lượng cuộc sống được cải thiện và mức độ hoạt động bệnh thuyên giảm nhiều hơn khi được điều trị với những thuốc sinh học như thuốc kháng TNF- α so với các thuốc điều trị kinh điển. Vì vậy, việc chỉ định sớm các thuốc kháng TNF- α trong điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp không những giúp kiểm soát bệnh tốt hơn, làm giảm mức độ hoạt động bệnh mà còn làm giảm tỷ lệ của các bệnh lý đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu.

V. KẾT LUẬN

- Tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu có 6/30 bệnh nhân tăng huyết áp (chiếm tỷ lệ 20%), nhưng sau 3 đợt điều trị với infliximab, số bệnh nhân có tăng huyết áp giảm xuống còn 2 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 6,7%).

- Ở nhóm bệnh nhân có tăng huyết, huyết áp trung bình tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu là $114,72 \pm 4,00$ mmHg và sau 3 tháng điều trị với infliximab, huyết áp trung bình giảm dần xuống còn $109,39 \pm 3,89$ mmHg ($p < 0,01$).

- Chỉ số DAS-28 CRP đánh giá mức độ hoạt động bệnh viêm khớp dạng thấp cũng giảm dần theo các thời điểm sử dụng thuốc infliximab từ $4,4 \pm 0,4$ xuống còn $3,3 \pm 0,5$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yoshida S, Takeuchi T (2014). Infliximab, a TNF- α inhibitor, reduces 24-h ambulatory blood pressure in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Human Hypertension*, 28, 165-169.
2. Ma'ki-Peta'ja KM, Elkhawad M, Cheriyan J, Joshi FR, Östör AJ, Hall FC et al (2012). Anti-tumor necrosis factor- α therapy reduces aortic inflammation and stiffness in patients with rheumatoid arthritis. *Circulation*, 126:2473-2480.
3. Klarenbeek NB, Van der Kooij SM (2010). Blood pressure changes in patients with recent-onset rheumatoid arthritis treated with four different treatment strategies: a post hoc analysis from the BeSt trial. *Ann Rheum Dis*, 69:1342-1345.
4. Sriramula S, Haque M, Majid DS, Francis J (2008). Involvement of tumor necrosis factor- α in angiotensin 2-mediated effects on salt appetite, hypertension, and cardiac hypertrophy. *Hypertension*, 51:1345-1351.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ TẠO HÌNH MÀNG NHĨ XƯƠNG CON TRÊN HỐC MỔ TIẾT CĂN XƯƠNG CHŨM BẰNG CHẤT LIỆU TỰ THÂN TẠI BỆNH VIỆN TỈNH NGHỆ AN

Chu Thị Kim Anh*, Tăng Xuân Hải*,
Vũ Văn Minh**, Đoàn Thị Hồng Hoa***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật khoét chũm tiết căn kết hợp tạo hình màng nhĩ xương con điều trị viêm tai giữa mạn có cholesteatoma tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nghệ An. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp. **Kết quả:** qua 42 bệnh nhân với lứa tuổi trung bình 42,6 năm, sau 6 tháng phẫu thuật: 38 ca (90,5%) hốc mổ khô, biểu bì hóa tốt với sức nghe được cải thiện: khoảng ABG trung bình trước mổ là: $39,9 \pm 9,2$ dB, sau mổ: $22,3 \pm 9,2$ dB. **Kết luận:** Kỹ thuật tạo hình tai giữa bằng các vật liệu tự thân trên hốc mổ tiết căn không những kiểm soát được tái phát cholesteatoma, tạo hốc mổ an toàn, còn nâng sức nghe cho người bệnh.

Từ khóa: tạo hình màng nhĩ xương con, khoét chũm tiết căn, VTG mạn cholesteatoma.

SUMMARY

OUTCOME OF SINGLE STAGE CANAL WALL-DOWN TYMPANOPLASTY BY AUTOGRAFT MATERIAL AT NGHE AN PROVINCE HOSPITAL

Objective: Evaluate the Outcome of Single-stage canal wall-down tympanoplasty by autograft material for treatment of chronic otitis media with cholesteatoma at Nghe An province Hospital. **Study design:** a prospective cross-sectional study with intervention of surgery. **Results:** 42 patients operated by Single-stage canal wall-down tympanoplasty by autograft material with average age 42,6 years, following after six months: 90,5% dry cavity, good epidermization and improved hearing: pre-operative ABG $39,9 \pm 9,2$ dB, post-operative ABG: $22,3 \pm 9,2$ dB. **Conclusion:** Single-stage canal wall-down tympanoplasty by autograft material may be control cholesteatoma recidive, create safe cavity and improved hearing.

Key words: tympanoplasty, canal wall-down technique, chronic otitis media with cholesteatoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tiết căn xương chũm còn gọi là kỹ thuật hở, là phẫu thuật hợp nhất hốc xương chũm, thượng nhĩ, ống tai ngoài thành một hốc chung bằng cách hạ thấp thành sau ống tai

ngang mức dây mặt. Trái ngược với kỹ thuật hở, đó là kỹ thuật kín với lấy bỏ bệnh tích của tai giữa và xương chũm nhưng giữ nguyên thành sau ống tai. Đây là hai kỹ thuật cơ bản để điều trị viêm tai giữa có cholesteatoma. Việc lựa chọn kỹ thuật tùy theo lứa tuổi, mức độ xâm lấn cholesteatoma, tình trạng nghe kém và tai đối bên. Trên thực tế, có nhiều thể cholesteatoma khác nhau nhưng có một đặc điểm chung đó là khả năng tái phát cao. Chính vì vậy phẫu thuật kín đòi hỏi phải theo dõi nghiêm ngặt, làm nhiều thì, thường được lựa chọn cho trẻ em và người trẻ, với cholesteatoma khu trú trên xương chũm thông bào. Bên cạnh đó, phẫu thuật tiết căn vẫn được coi là phẫu thuật an toàn để điều trị cholesteatoma đặc biệt ở những bệnh nhân có cholesteatoma lan tràn, nghe kém nặng, xương chũm kém thông bào, xương con bị phá hủy và các trường hợp có biến chứng. Kinh điển, bệnh nhân có hốc mổ tiết căn ít hy vọng tái tạo lại sức nghe. Các kỹ thuật tạo hình màng nhĩ xương con hiện nay phát triển đã mang lại kết quả khả quan về tái tạo lại sức nghe cho người bệnh. Tuy nhiên, kết quả phục hồi thính lực ở bệnh nhân tiến hành kỹ thuật kín tốt hơn kỹ thuật hở. Trong kỹ thuật hở, tái tạo xương con chỉ thực hiện theo Wulstein type III và IV tùy thuộc vào tình trạng siêu cấu trúc xương bàn đạp.

Xuất phát từ thực trạng của bệnh nhân tại miền trung, phần lớn bệnh nhân bị viêm tai kéo dài tự điều trị chỉ đến viện khi có những biểu hiện cholesteatoma xâm lấn hay biến chứng như nghe kém, chóng mặt, đau đầu... cùng với điều kiện kinh tế hạn chế, khả năng mổ nhiều thì khó thực hiện nên phẫu thuật tiết căn xương chũm là phẫu thuật lựa chọn cơ bản để điều trị VTG mạn có cholesteatoma. Nhờ sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh và các trang thiết bị như kính hiển vi phẫu thuật, dụng cụ vi phẫu chúng tôi đã tiến hành đồng thời tạo hình tai giữa ngay trên hốc mổ tiết căn, chủ yếu bằng các vật liệu tự thân đã thu được các kết quả khả quan. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu bước đầu đánh giá hiệu quả của phẫu thuật tiết căn xương chũm có tái tạo màng nhĩ xương con bằng các vật liệu tự thân tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nghệ An.

*Bệnh viện đa khoa Nghệ an

** Học viện quân y 103

*** Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Hồng Hoa

Email: dhhhoa63@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 6.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 6.6.2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 42 trường hợp phẫu thuật tiết căn xương chũm có tái tạo màng nhĩ xương con bằng các vật liệu tự thân được thực hiện tại khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ an từ tháng 4/2018 đến tháng 10/2018, với thời gian theo dõi ít nhất là 6 tháng.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân gồm:
 - Bệnh nhân bị VTG mạn có cholesteatoma có chỉ định phẫu thuật tiết căn xương chũm với tạo hình màng nhĩ xương con một thì bằng các vật liệu tự thân.
 - Có đo thính lực đồ trước và sau mổ.
 - Chụp cắt lớp vi tính trước mổ.
- Tiêu chuẩn loại trừ:
 - Bệnh nhân có VTG có cholesteatoma được tiến hành kỹ thuật kín
 - Có biểu bì hóa hòm nhĩ không thể tiến hành tạo hình tai giữa
 - Không có đủ phim chụp cắt lớp hay thính lực đồ
 - Không đủ thời gian theo dõi
- Dữ liệu phân tích trước và sau mổ: tuổi, giới, tình trạng tai đối bên, tai mổ (màng nhĩ, xương con, thượng nhĩ, cholesteatoma, ụ hạt viêm), thính lực đồ trước và sau mổ, hình ảnh cắt lớp vi tính, tình trạng màng nhĩ xương con và hốc mổ chũm sau mổ, các biến chứng.
- Kỹ thuật tạo hình màng nhĩ xương con trên hốc mổ tiết căn bằng các chất liệu tự thân.

Mục tiêu của phẫu thuật nhằm:

 - + Lấy bỏ hết bệnh tích
 - + Tạo hình hốc mổ tiết căn đạt tiêu chuẩn
 - + Khôi phục lại cấu trúc của hòm nhĩ, hệ thống màng nhĩ và xương con.

- Vô cảm: phần lớn bệnh nhân được tiền mê và gây tê tại chỗ bằng hỗn dịch 1% Lidocain với 1/100 000 epinephrine.

- Rạch da theo đường trong tai mở rộng hoặc đường sau tai

 - Bóc tách, tạo vạt da ống tai màng nhĩ
 - Tiến hành hốc mổ tiết căn xương chũm: Khoan hạ thấp thành sau ống tai ngang bằng mức dây mặt đoạn II và III sao cho đáy sào bào cao hơn hoặc bằng sàn ống tai ngoài để tạo đường dẫn lưu thượng nhĩ, sào đạo, sào bào vào ống tai ngoài.
 - Tạo hình màng nhĩ xương con: tùy theo tình trạng xương bàn đạp.
 - + Vật liệu sử dụng để tái tạo xương con: sụn vành tai, thân xương đe hoặc đầu xương búa
 - . Thân xương đe hoặc đầu xương búa còn lại, tạo hình làm trụ dẫn đặt giữa chỏm xương bàn đạp hoặc từ đế đạp đến màng nhĩ.
 - . Sụn vành tai: dùng sụn loa tai hoặc cửa tai

đặt trên xương bàn đạp hay trên đế bàn đạp để tạo trụ dẫn.

+ Tạo hình màng nhĩ: đặt mảnh ghép màng nhĩ lấy từ màng sụn bình tai, loa tai hoặc từ cân cơ thái dương để tạo hình màng nhĩ.

- Phủ cân cơ thái dương vào hốc mổ chũm có thể sử dụng bột xương hay mảnh sụn để tạo hốc mổ hài hòa, không có chỗ lồi lõm.

- Chỉnh hình cửa tai xuyên sụn tùy theo độ rộng của hốc mổ chũm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- 42 trường hợp tạo hình màng nhĩ xương con trên hốc mổ tiết căn, có 16 (38,1%) nam và 26 (61,9%) nữ với tuổi nhỏ nhất là 15 tuổi, lớn nhất 72 tuổi, lứa tuổi trung bình $42,6 \pm 8,6$ năm.

- Lý do vào viện chính là chảy tai kéo dài chiếm 33 ca (78,6%), nghe kém 7 ca (16,7%), ngoài ra có ù tai, chóng mặt.

- Phần lớn bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài, với thời gian trung bình là $6,2 \pm 5,5$ năm, ngắn nhất là 1 năm dài nhất là 22 năm.

- Soi tai là chìa khóa chẩn đoán cholesteatoma, gồm thủng màng căng sát xương góc sau trên có 19 ca (45,2%), thủng màng chùng (túi co kéo cholesteatome thượng nhĩ) là 17 ca (40,5%) và vừa có túi co kéo thượng nhĩ và vừa thủng màng căng có 6 ca (14,3%).

- Tình trạng tai đối bên: có 18 ca (42,8%) túi co kéo hay cholesteatoma, VTG thủng nhĩ đơn thuần 7 ca (16,7%), đã phẫu thuật 2 ca (4,8%) và chỉ có 15 ca (35,7%) là bình thường.

- Hình ảnh chụp cắt lớp:

- + Ấn mòn thượng thượng nhĩ: 37 ca (88,1%)
- + Chuỗi xương con gián đoạn: 31 ca (73,8%)
- + Đoạn 2 dây VII lộ trần: 16 ca (38,1%)
- + Khuyết xương ở trần nhĩ: 7 ca (16,7%)
- + Khuyết xương ở xoang tĩnh mạch bên: 3 ca (7,1%)

- **Kết quả thính lực đồ trước mổ:**

+ Ngưỡng nghe trung bình đường khí (PTA): $51,4 \pm 11,9$ dB trong đó có 5 ca (11,9%) nghe kém trung bình, 37 ca (88,1%) mức độ nặng.

+ Khoảng ABG trung bình: $39,9 \pm 9,2$ dB

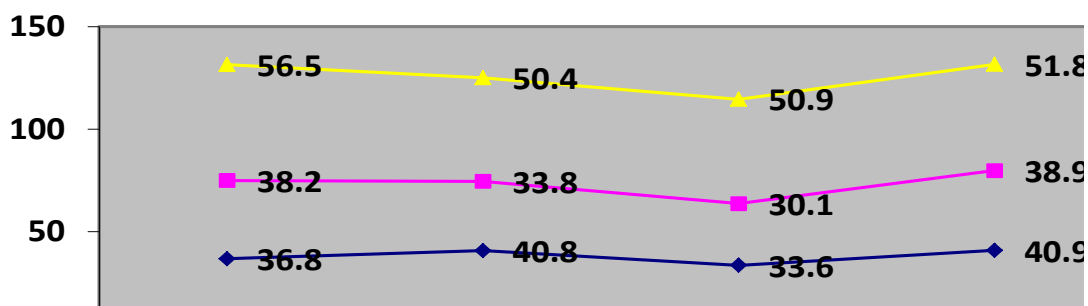
- Kỹ thuật tạo hình xương con: trong hốc mổ tiết căn, tạo hình xương con tùy theo tình trạng xương bàn đạp, có 2 loại

+ Trụ dẫn từ đến đạp đến màng nhĩ: 28 ca (66,7%)

+ Trụ dẫn từ xương bàn đạp đến màng nhĩ: 14 ca (33,3%)

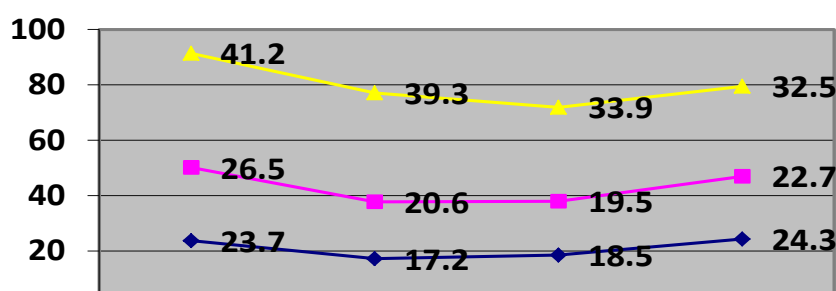
- **Kết quả thính lực đồ thu được sau mổ:**

+ Ngưỡng nghe trung bình đường khí sau phẫu thuật 3 tháng là $36,7 \pm 15,8$ dB, sau 6 tháng là $39,6 \pm 14,8$ dB.



Biểu đồ 1 : Ngưỡng nghe trung bình đường khí ở từng tần số trước và sau phẫu thuật

+ Khoảng ABG trung bình sau phẫu thuật : $22,3 \pm 9,2$ dB



Bảng 2 : Chỉ số ABG trước và sau phẫu thuật ở từng tần số

- Kết quả giải phẫu sau mổ: sau 6 tháng, chưa có ca nào tái phát với 38 ca (90,5%) hốc mổ khô, biểu bì hóa tốt, có 2 ca hẹp cửa tai, 1 ca thủng nhĩ và 1 ca da lột hốc mổ chậm liền.

IV. BÀN LUẬN

Vấn đề quan trọng trong điều trị cholesteatoma là phòng tránh tái phát dù theo kỹ thuật nào. Để phòng tái phát, có 2 trường phái đối lập nhau giữa một bên là ủng hộ kỹ thuật hở để tránh sót vùi cholesteatoma giống như là "nhốt chó sói vào trong chuồng cừu" và một bên là theo kỹ thuật kín vì tránh phá hủy tai còn chức năng khi tổn thương cholesteatoma lành tính trên mô bệnh học [1], [4]. Thực tế, lấy bỏ bệnh cholesteatoma là lấy tất cả các biểu bì trong tai giữa và ngăn chặn tái phát. Việc lựa chọn kỹ thuật tùy thuộc vào tình trạng bệnh, người bệnh và tùy thuộc vào phẫu thuật viên. Trước đây, kỹ thuật hở chủ yếu quan tâm đến vấn đề giải quyết bệnh tích nhưng ngày nay nhờ sự phát triển của vi phẫu thuật tai, kết quả tạo hình màng nhĩ xương con trong phẫu thuật hở khả quan đôi khi không khác biệt với kết quả trong kỹ thuật kín [2], [3]. Tạo hình màng nhĩ xương con đồng thời cùng với hốc mỡ tiết cần giúp nâng đỡ, giữ khoảng khí trong tai giữa, che phủ niêm mạc tránh chảy tai vùi góp phần cho hốc mổ khô và cải thiện sức nghe cho người

bệnh. Tuy nhiên, so sánh và xác định kết quả chức năng trong phẫu thuật điều trị viêm tai giữa mạn rất khác nhau đối với mỗi tác giả vì chưa có chuẩn mực. Về phương diện tạo hình xương con, nếu một số tác giả thường xuyên sử dụng các chất liệu tự thân (mảnh xương, sụn) để tái tạo hiệu quả trụ dẫn thì có một số tác giả khác sử dụng các chất liệu tổng hợp sinh học có sẵn cho việc thay thế xương con tự thân bị tổn thương. Ngoài ra ghép dị chủng ngày nay đã bị loại bỏ vì nguy cơ lan truyền virut. Có một số yếu tố đưa ra giúp nhà phẫu thuật tiên lượng kết quả: trước tiên, xương bàn đạp nguyên vẹn là yếu tố chủ yếu xác định kết quả thính lực, tiếp theo là tình trạng niêm mạc hòm nhĩ và chức năng vòi, mổ lại...[5].

Trong y văn, có rất ít nghiên cứu báo cáo về kết quả về sức nghe ở những bệnh nhân tạo hình màng nhĩ xương con trên hốc mỡ tiết cần [6]. Nghiên cứu của Zinis [1] cho thấy, trong hốc mỡ tiết cần, nếu xương con còn liên tục hay được tạo hình thì 43,9% ABG < 20dB, nếu xương con bị ăn mòn hoặc không tạo hình chỉ có 13,4% ABG < 20dB. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ cải thiện sức nghe sau mổ tăng đáng kể biểu hiện PTA trước mổ là $51,4 \pm 11,9$ dB và sau mổ 6 tháng là $39,6 \pm 14,8$ dB, khoảng ABG trung bình trước mổ là $39,9 \pm 9,2$ dB và sau mổ là $22,3 \pm 9,2$ dB.

V. KẾT LUẬN

Viêm tai giữa có cholesteatome là một bệnh lý thường gặp với tỉ lệ mắc viêm tai 2 bên khá cao. Lựa chọn kỹ thuật tạo hình tai giữa bằng các vật liệu tự thân trên hốc mỡ tiết cần là cần thiết đặc biệt trong các trường hợp cholesteatome lan rộng và bệnh nhân cách trở về địa lý, không có đủ điều kiện theo dõi nghiêm ngặt. Kỹ thuật này không những kiểm soát được tái phát cholesteatome dễ dàng mà còn nâng sức nghe cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. De Zinis L., Tonni D., Bazzani M. G. (2010). Single-stage canal wall-down tympanoplasty: long-term results and prognostic factors, *Ann Otol Rhinol Laryngol*, **119**(5), 304-312.
2. Minovi A., Dombrowski T., Shahpasand S. và

cộng sự (2015). Audiometric results of open cavity tympanomastoidectomy in advanced attic cholesteatoma. *ORL*, **77** (3), 180-189.

3. Ferlito S., Allegra E., Grillo C. và cộng sự (2016). Canal Wall down Mastoidectomy and Tympanoplasty in Cholesteatoma Surgery: Ten Years' Experience. *International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, **5** (05), 195.
4. Qotb M., Fawzy T. và Ragab W. (2017). Single Stage Canal Wall Down Mastoidectomy with Reconstruction of the Canal Wall: 5 Years' Experience in Fayoum Province, Egypt. *J Int Adv Otol*, **13** (2), 181-185.
5. Thiel G., Rutka J.A. và Pothier D.D. (2014). The behavior of mastoidectomy cavities following modified radical mastoidectomy. *The Laryngoscope*, **124** (10), 2380-2385.
6. Yurttas V., Ural A., Kutluhan A và cộng sự (2015). Factors that may affect graft success in tympanoplasty with mastoidectomy. *ENT Updates*,

HOẠT ĐỘNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thủy¹, Lê Thu Hòa², Nguyễn Hữu Dự¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 117 điều dưỡng đang công tác tại 9 khoa lâm sàng của bệnh viện Đại học Y Hà Nội, bằng sử dụng bộ câu hỏi tự điền theo thang điểm Likert (5 mức độ). **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tự đánh giá thực hành giáo dục sức khỏe của điều dưỡng với người bệnh điều trị nội trú tại một số khoa lâm sàng. **Kết quả:** Tất cả điều dưỡng tham gia nghiên cứu đã thực hành giáo dục sức khỏe cho người bệnh từ khi vào viện cho đến khi ra viện với điểm trung bình 3,80 – 4,20/5. Trong đó điều dưỡng thông báo, hướng dẫn cho người bệnh về nội quy khoa phòng được thực hiện nhiều nhất (4,27). Hoạt động giải thích hướng dẫn người bệnh tập phục hồi chức năng được thực hiện thấp nhất (3,80). Điều dưỡng viên chủ yếu chọn phương pháp GDSK là nói chuyện trực tiếp với người bệnh và người nhà người bệnh tại phòng bệnh (99,1%). Chỉ có 34,2% điều dưỡng chọn phương pháp sử dụng tờ rơi, pano áp phích, video... để GDSK cho người bệnh và người nhà người bệnh. **Kết luận:** Đa số điều dưỡng bệnh viện Đại học Y Hà Nội tự đánh giá thường xuyên thực hành giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà người bệnh. Tuy nhiên điều dưỡng viên cần đa dạng hóa các hình thức giáo dục sức khỏe hợp phù hợp và hiệu quả hơn.

Từ khóa: Giáo dục sức khỏe, điều dưỡng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

SUMMARY

HEALTH EDUCATION ACTIVITIES AMONG CLINICAL NURSE WORKING IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Study was conducted among 117 nurses at 9 clinical departments in Hanoi Medical University Hospital (HMHU) in 2018. **Objectives:** Describe the current status of health education practices among nurses to inpatients of several clinical departments. **Results:** The average score of practicing of health education for whole course of treatment was range from 3,80 to 4,20/5. In which, the highest score was the informing and guiding patients about the rules and regulation of ward and department with the average score: 4,27. In contrast, the explanation and instruction about physical rehabilitation was the lowest done with average score was 3,80. In ward was the most applied method to talk directly to patients and family member of patient (99,1%). In addition, the percentage of nurses using videos, handouts, poster...to educate patients and family member was only 34,2%. **Conclusion:** Most of nurses at HMHU assess frequently and practice health education to patients and family members. However, nurses should choose education method more suitable and effective with patient stage.

Key word: Health education, Patient education, nursing

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giáo dục sức khỏe (GDSK) cho người bệnh và người nhà người bệnh là quá trình mà các chuyên gia y tế và những đối tượng khác truyền

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thủy

Email: thuynguyen151285@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 6.6.2019

đạt thông tin cho người bệnh và người nhà bệnh nhân làm thay đổi hành vi sức khỏe của họ hoặc cải thiện tình trạng sức khỏe của họ [1]. Giáo dục sức khỏe cho người bệnh là trách nhiệm của điều dưỡng, là nhiệm vụ hàng đầu trong các hướng dẫn công tác điều dưỡng. Khi kết hợp giáo dục sức khỏe, hoạt động chăm sóc của điều dưỡng với người bệnh được diễn ra thuận lợi và đạt hiệu quả cao[2].

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam có nhiều kết quả nghiên cứu đã cho thấy rằng hoạt động GDSK có nhiều yếu tố ảnh hưởng. Từ yếu tố chủ quan như điều dưỡng viên không có đầy đủ kiến thức, kỹ năng [3]. Nhưng cũng có yếu tố khách quan do sự quá tải trong công việc, thiếu nhân sự, tình trạng người bệnh nặng, rào cản về văn hóa [3],[4],[5], thiếu tài liệu, không có phòng để thực hiện GDSK [6]... Vậy, các điều dưỡng viên đã thực hiện GDSK cho người bệnh như thế nào, đặc biệt tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội? Để góp phần trả lời câu hỏi này, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả thực trạng tự đánh giá thực hành giáo dục sức khỏe của điều dưỡng đối với người bệnh tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ Điều dưỡng đang công tác tại 9 khoa lâm sàng có

người bệnh điều trị nội trú, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2018.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2018 đến tháng 3/2019 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

4. Cỡ mẫu: Phương pháp chọn mẫu toàn bộ

5. Bộ công cụ: Bộ câu hỏi tự điền có hướng dẫn, dựa trên thang điểm tần suất (1 điểm: Không thực hiện, 2 điểm: Ít khi thực hiện, 3 điểm: Có lúc thực hiện lúc không, 4 điểm: Thường xuyên thực hiện, 5 điểm: Luôn luôn thực hiện).

6. Phân tích và xử lý số liệu: số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0, với các thống kê mô tả.

7. Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng tham gia được giải thích về mục đích, nội dung, phương pháp nghiên cứu... Thông tin cá nhân sẽ được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu trên 117 điều dưỡng có độ tuổi trung bình $30,5 \pm 4,2$, chủ yếu là nữ giới (70,9%), có trình độ đại học trở lên (55,6%), thâm niên công tác trung bình $6,6 \pm 3,8$ năm và làm việc tại buồng bệnh là chủ yếu (64,9%).

2. Giáo dục sức khỏe tại thời điểm người bệnh vào viện

Bảng 1. Giáo dục sức khỏe tại thời điểm người bệnh vào viện

Nội dung	Điểm trung bình
Các thủ tục hành chính khi nhập viện.	4,12
Nội quy khoa phòng.	4,27
Thủ tục và quyền lợi trong trường hợp có thẻ BHYT.	3,91
Các khoản chi phí điều trị.	3,81
1 = Không thực hiện, 2 = Ít khi thực hiện, 3 = Có lúc thực hiện lúc không, 4 = Thường xuyên thực hiện, 5 = Luôn luôn thực hiện	

Nhận xét: Đa số điều dưỡng đã thường xuyên hướng dẫn nội quy khoa phòng cho người bệnh tại thời điểm vào viện (4,27). Các điều dưỡng hướng dẫn về chi phí điều trị và các thủ tục, quyền lợi hưởng bảo hiểm y tế chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,81 và 3,91).

3. Giáo dục sức khỏe khi người bệnh nằm viện

Bảng 2. Hoạt động GDSK cho người bệnh nằm viện

Nội dung	Điểm trung bình
Người bệnh nằm viện có sử dụng thuốc	
Lý do, mục đích, tác dụng sử dụng của từng thuốc	3,97
Phát hiện các tác dụng không mong muốn khi sử dụng thuốc.	3,98
Người bệnh có làm thủ thuật, phẫu thuật, can thiệp	
Giải thích lý do và mục đích khi thực hiện các thủ thuật chăm sóc.	4,16
Chuẩn bị trước khi làm thủ thuật, phẫu thuật, các kỹ thuật chăm sóc và giải thích các nguy cơ tai biến, biến chứng	4,17
Chăm sóc cơ bản cho người bệnh nằm viện:	
Chế độ dinh dưỡng	4,03
Tập phục hồi chức năng	3,80
Vệ sinh cá nhân và thay đồ vải.	4,09

Hoạt động tự chăm sóc và theo dõi bệnh trong quá trình nằm viện.	4,02
1 = Không thực hiện, 2 = Ít khi thực hiện, 3 = Có lúc thực hiện lúc không, 4 = Thường xuyên thực hiện, 5 = Luôn luôn thực hiện	

Nhận xét: Điều dưỡng thường xuyên hướng dẫn, giải thích và chuẩn bị trước khi làm thủ thuật, phẫu thuật, can thiệp cho người bệnh (4,17). Hướng dẫn người bệnh phục hồi chức năng được thực hiện thấp nhất (3,80).

4. Giáo dục sức khỏe khi người bệnh ra viện

Bảng 3.3. Giáo dục sức khỏe khi người bệnh ra viện

Nội dung	Điểm trung bình
Kế hoạch ra viện và chuẩn bị các thủ tục thanh toán	4,09
Chế độ dinh dưỡng	4,06
Chế độ sinh hoạt nghỉ ngơi, vận động và tập PHCN sau khi ra viện.	4,00
Cách phòng bệnh tại nhà.	3,83
Phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường để đi khám bệnh ngay.	4,03
Thay đổi hành vi nguy cơ, thực hiện các hành vi nâng cao sức khỏe.	3,83
Lịch khám lại và các giấy tờ cần mang theo.	4,20
1 = Không thực hiện, 2 = Ít khi thực hiện, 3 = Có lúc thực hiện lúc không, 4 = Thường xuyên thực hiện, 5 = Luôn luôn thực hiện	

Nhận xét: Điều dưỡng hướng dẫn người bệnh cách phòng bệnh tại nhà và hướng dẫn thuyết phục thay đổi hành vi nguy cơ, thực hiện các hành vi nhằm nâng cao sức khỏe thấp hơn các hoạt động khác (3,83). Việc thông báo lịch khám lại và các giấy tờ mang theo được thực hiện nhiều nhất (4,20).

5. Địa điểm và phương pháp GDSK của điều dưỡng

Bảng 4. Địa điểm GDSK được điều dưỡng lựa chọn

Địa điểm	N	Tỷ lệ %
Phòng bệnh	116	99.1%
Văn phòng của khoa	59	50.4%
Hành lang	17	14.5%
Khác	1	0.9%

Nhận xét: Phần lớn điều dưỡng giáo dục sức khỏe tại phòng bệnh (99,1%), Một số ít chọn giáo dục sức khỏe cho người nhà người bệnh tại hành lang (14.5%)

Bảng 5. Phương pháp GDSK được điều dưỡng lựa chọn

Phương pháp GDSK	N	Tỷ lệ %
Nói chuyện trực tiếp với người bệnh tại phòng bệnh	116	99.1%
Thông qua các buổi họp người bệnh và người nhà người bệnh	64	54.7%
Thông qua tờ rơi, pano áp phích, video, truy cập internet...	40	34.2%
Khác (qua điện thoại)	1	0.9%

Nhận xét: Điều dưỡng viên chủ yếu chọn phương pháp GDSK là nói chuyện trực tiếp với người bệnh và người nhà người bệnh tại phòng bệnh (99,1%). Chỉ có 34.2% điều dưỡng chọn phương pháp sử dụng tờ rơi, pano áp phích, video... để GDSK cho người bệnh.

IV. BÀN LUẬN

1. Giáo dục sức khỏe tại thời điểm người bệnh vào viện. Theo quy trình tiếp nhận người bệnh nhập viện điều trị nội trú, yêu cầu tất cả người bệnh vào viện đều được hướng dẫn nội quy khoa phòng, hướng dẫn các thủ tục hành chính nhập viện, giải thích các khoản chi phí và mức bảo hiểm y tế được hưởng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, phần lớn các điều dưỡng đã thực hiện các nội dung trên (3.81 – 4.12), nhưng có một số điều dưỡng do chưa nắm hết được các khoản chi phí cũng như mức hưởng BHYT cho nên đã không làm hoặc ít khi làm.

Đặc biệt tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, có

một số khoa có đội ngũ thư ký y khoa, chuyên đảm nhiệm công tác hành chính như thủ tục vào viện, thanh toán ra viện, chế độ bảo hiểm Y tế vì vậy khi người bệnh nhập viện hoặc có thắc mắc thường được điều dưỡng trưởng hoặc nhân viên làm hành chính sẽ tiếp nhận và trả lời.

2. Giáo dục sức khỏe khi người bệnh nằm viện. Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội điều dưỡng thông báo, giải thích, hướng dẫn người bệnh dùng thuốc và phát hiện các tác dụng phụ của thuốc chưa cao (3.97 và 3.98). Và việc hướng dẫn người bệnh tập phục hồi chức năng được điều dưỡng thực hiện thấp nhất (3.80). Bởi lẽ khoa

Phục hồi chức năng đã cử nhân viên đến tận khoa hướng dẫn, tập cho từng người bệnh, nhưng mỗi lần hướng dẫn chỉ kéo dài 30 phút đến 1 giờ. Tuy nhiên người bệnh vẫn cần sự hỗ trợ tập luyện từ điều dưỡng để quá trình phục hồi nhanh hơn. Kết quả này cũng tương tự kết quả của nghiên cứu thực trạng hoạt động tư vấn, hướng dẫn, giáo dục sức khỏe của điều dưỡng các khoa lâm sàng Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2015 [6]. Bên cạnh đó, điều dưỡng lại luôn luôn và thường xuyên giải thích, hướng dẫn người bệnh chuẩn bị trước khi phẫu thuật, làm thủ thuật (4.16 và 4.17). Hiện tại, bệnh viện đã có quy định và xây dựng bằng kiểm soát nhất việc chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật, làm thủ thuật can thiệp.

3. Giáo dục sức khỏe khi người bệnh ra viện. Theo kết quả nghiên cứu, khi người bệnh ra viện điều dưỡng thường xuyên thông báo cho người bệnh lịch khám lại, các giấy tờ cần mang theo khi tái khám và thông báo kế hoạch ra viện và hướng dẫn chuẩn bị các thủ tục thanh toán ra viện (4.20 và 4.09). Đây chính là các công việc thường quy trong quy trình hướng dẫn bệnh nhân ra viện. Bên cạnh đó việc giải thích, hướng dẫn cách phòng bệnh tại nhà và hướng dẫn, thuyết phục người bệnh thay đổi hành vi nguy cơ, thực hiện các hành vi lành mạnh nhằm nâng cao sức khỏe được thực hiện thấp nhất (3.83). Theo nghiên cứu của Mansoori và cộng sự cho thấy nhu cầu cần được GDSK của người bệnh khi ra viện là thông tin về bệnh, biến chứng bệnh, thông tin về thuốc, về chế độ dinh dưỡng mà ít người bệnh quan tâm đến các nội dung làm thay đổi hành vi nâng cao sức khỏe [7]. Bởi lẽ dựa trên những nhu cầu thực tế thường gặp các câu hỏi của người bệnh mà điều dưỡng đã không chủ động hoặc không chú trọng GDSK cho người bệnh khuyến khích họ thay đổi hành vi, thực hiện các hành vi lành mạnh để phòng và nâng cao sức khỏe.

4. Địa điểm và hình thức giáo dục sức khỏe của điều dưỡng. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội mới đi vào hoạt động được 11 năm, với số giường thực kê là 419 giường. Và hiện tại cơ sở hạ tầng của bệnh viện cũng chưa có phòng riêng dành cho việc tư vấn GDSK cho người bệnh, nên có thể đã hạn chế cơ hội GDSK của điều dưỡng với người bệnh. Đặc biệt đối với các khoa có người bệnh điều trị nội trú hệ Ngoại, số lượng người bệnh được một điều dưỡng chăm sóc là 8 – 10 người, vì vậy điều dưỡng luôn luôn trong tình trạng quá tải công việc. Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra việc quá tải công việc là

một trong những rào cản của hoạt động GDSK [6]. Mặt khác khi điều dưỡng nhận định tình trạng người bệnh và thực hiện các quy trình kỹ thuật, phối hợp với GDSK kịp thời sẽ tăng thêm sự giao tiếp và sự hài lòng của người bệnh. Do vậy điều dưỡng viên thường giáo dục sức khỏe cho người bệnh ngay tại phòng bệnh khi thực hiện các hoạt động chăm sóc hoặc làm thủ thuật, bằng phương pháp nói chuyện trực tiếp (99,1%).

Theo kết quả nghiên cứu các điều dưỡng viên ít sử dụng tờ rơi, pano áp phích, video... để giáo dục sức khỏe cho người bệnh (34.2%) do tại khoa phòng chưa có sẵn các tờ rơi với nội dung phù hợp và các trang thiết bị, cơ sở hạ tầng phục vụ GDSK. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Rafael chỉ ra rằng các thông tin trên tờ rơi có khả năng cải thiện tình trạng sức khỏe của người bệnh, có tính thuyết phục người bệnh tuân thủ theo dõi tình trạng bệnh và thúc đẩy họ tìm hiểu về sức khỏe nhiều hơn [8]. Vì vậy việc cung cấp thông tin qua các tờ rơi sẽ thuận tiện cho cả điều dưỡng và người bệnh, người nhà người bệnh, đặc biệt khi người bệnh nằm điều trị tại bệnh viện hoặc khi ra viện. Trong thời gian tới, bệnh viện sẽ xây dựng các nội dung thông tin GDSK phù hợp với các mặt bệnh phổ biến của khoa để hướng dẫn người bệnh là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu với 117 điều dưỡng đã rút ra kết luận sau: Đa số điều dưỡng bệnh viện Đại học Y Hà Nội tự đánh giá thường xuyên và luôn luôn thực hành giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà người bệnh bệnh từ khi vào viện cho đến khi ra viện với điểm trung bình 3,80 – 4,20. Tuy nhiên điều dưỡng viên nên chọn các hình thức giáo dục sức khỏe phù hợp, đa dạng và hiệu quả hơn cho từng giai đoạn chăm sóc người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Patient Education and Counseling for Prevention". Archived from the original on April 21, 2014
2. Bộ Y tế (2011), "Thông tư 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 về Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện".
3. Modupe Olusola Oyetunde và Atinuke Janet Akinmeyer (2015), "Factors influencing practice of patient education among nurses at the university college hospital, Ibadan", Open Journal of Nursing. 5(05), tr. 500.
4. Jackie A. PhD; Zsohar Smith, Helen PhD, RN (2013), "Patient-education tips for new nurses", Nursing2013. 43(10), tr. 1-3.
5. MOHAMMAD REZA HEIDARI và REZA NOROUZADEH (2013), "Factors affecting patient education from cultural perspectives",

- Journal of Advances in Medical Education & Professionalism. 1(4), tr. 136-139.
6. **Nguyễn Thị Bích Nga và cộng sự (2015)**, "Thực trạng hoạt động tư vấn, hướng dẫn, giáo dục sức khỏe của điều dưỡng các khoa lâm sàng bệnh viện Phổi Trung ương", Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam 17, tr. 19-23.
 7. **Mansoor Azzizadeh Forouzi và cộng sự (2013)**, "Developing Patient Education Questionnaire in Iranian Population", Journal of Community Health Research, 2(1), tr. 39-49.
 8. **Rafael Alonso Saldana (2014)**, "Assessing the Effectiveness of Health Education Posters in Community Health Centers",

ẢNH HƯỞNG MẠNG XÃ HỘI ĐẾN CUỘC SỐNG VÀ HỌC TẬP CỦA SINH VIÊN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phạm Bích Diệp*, Đỗ Thị Thanh Toàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả ảnh hưởng của một số MXH phổ biến đến học tập và cuộc sống trong sinh viên (SV) đại học Y Hà Nội năm 2016. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 300 SV. **Kết quả:** Trong số những SV dùng Facebook thì 7,1% và 8,5% SV rất thường xuyên và thường xuyên bị ảnh hưởng tiêu cực đến học hành do sử dụng Facebook nhiều quá; 27,2% SV bị phụ thuộc vào Facebook trong đó tỷ lệ nữ nhiều hơn nam. Trong số những SV dùng Youtube thì 6,5% và 9,5% SV rất thường xuyên và thường xuyên bị ảnh hưởng tiêu cực đến học hành do sử dụng Youtube nhiều quá; 15,9% SV bị phụ thuộc vào Youtube. **Kết luận:** Nhà trường cần có những can thiệp để hạn chế sự phụ thuộc vào MXH của SV, đặc biệt là sử dụng Facebook và Youtube; có thể bằng cách gắn kết với các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe thông qua Facebook và Youtube, qua đó SV có thể thực hiện các hoạt động truyền thông có ích cho cộng đồng.

Từ khóa: mạng xã hội, Facebook, Youtube, sinh viên

SUMMARY

INFLUENCE OF SOCIAL NETWORKING ON LEARNING AND LIFE OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

Objective: Describe the prevalence of addiction of some popular social networking among Hanoi medical University student in 2016. **Methods:** Cross sectional study among 300 students. **Results:** Among Facebook users, 7.1% and 8.5% students frequently and very frequently were negative influence to study by using Facebook too much; 27.2% was Facebook addicts in which the prevalence among female students was higher than that among male ones. Among Youtube users, 6.5% and 9.5% students frequently and very frequently were negative influence to study by using Youtube too much; 15.9% was Youtube addicts and among Facebook and Youtube

users, 15.0% was Youtube and Facebook addicts in which that prevalence among male was higher than that among female ones. **Conclusion:** University managers need provide intervention program for reducing social networking addicts among students, especially for those who was Facebook and Youtube users; for example integrating health education program into Facebook or Youtube so students also can promote useful health education for community.

Keywords: social networking, Facebook, Youtube, students

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới có khoảng 2,5 tỷ người sử dụng Internet, trong đó ước tính có khoảng 1.8 tỷ người dùng các trang mạng xã hội (MXH), chiếm khoảng 25% tổng dân số thế giới vào năm 2014. MXH được sử dụng rộng rãi nhất là Facebook khoảng 1,3 tỷ người dùng, khoảng 1 tỷ người dùng Youtube và khoảng 645 triệu người dùng Twitter[1]. Nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng sử dụng quá nhiều Internet sẽ gây nghiện Internet và nghiện Internet có liên quan đến nghiện rượu và thuốc lá; có ảnh hưởng xấu đến sức khỏe cả về thể chất và tinh thần của con người[2]. Tại Việt Nam năm 2018 có 54,7 triệu người dùng Internet và dự kiến năm 2010 sẽ tăng lên 63,6 triệu người (chiếm gần 23 dân số)[3]. Tỷ lệ sử dụng MXH đối tượng SV cũng rất cao: 96.9%[4]. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nghiên cứu nào về ảnh hưởng MXH đến cuộc sống và học tập của SV đại học Y, những cán bộ y tế trong tương lai- những người có ảnh hưởng lớn đến hành vi của người bệnh sau này. Do đó, nghiên cứu này nhằm mục tiêu để mô tả ảnh hưởng của một vài MXH phổ biến đến cuộc sống và học tập của sinh viên (SV) đại học Y Hà Nội (ĐHYHN) năm 2016. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp cung cấp bằng chứng ban đầu cho các chương trình can thiệp để giảm ảnh hưởng của MXH với SV Y nói riêng và SV nói chung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

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

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Bích Diệp

Email: phambichdiep@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 31.5.2019

Ngày duyệt bài: 5.6.2019

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1 đến 3 năm 2016 tại trường ĐHYHN.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: SV đại học chính quy các chuyên ngành năm thứ 2, 4 và 6.

2.3 . Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính toán theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể

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

Trong đó: n = là số SV cần điều tra. $Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96 là giá trị của độ tin cậy tương ứng với $\alpha = 0,05$ và độ tin cậy là 95%; $p = 21,2\%$ là tỷ lệ phụ thuộc Internet ở Việt nam[5]; $\epsilon = 0,03$ là khoảng sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu (p) và tỷ lệ của quần thể (P). Cỡ mẫu tối thiểu là 192. Cỡ mẫu cuối cùng được thu thập số liệu là 300.

Phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn trong đó (1) chọn khối SV năm thứ 2, 4 và 6 thuộc các ngành học và chính quy; (2) từ danh sách khối năm thứ 2, 4 và 6 đã chọn ngẫu nhiên 100 SV/ khối để mời vào tham gia nghiên cứu.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu. Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi tự điền gồm 2 phần trong đó phần 1 là các thông tin nhân khẩu học; phần 2 là các câu hỏi liên quan đến hành vi sử dụng 02 loại MXH. Nghiên cứu trên thế giới đánh giá sự phụ thuộc MXH ví dụ Facebook bằng cách sử dụng bộ công cụ thang đo phụ thuộc Facebook của Bergen (BFAS) được phát triển bởi Andreassen và cộng

sự năm 2012 và được sử dụng như một công cụ sàng lọc cho phụ thuộc Facebook ở cả lĩnh vực thể học và thử nghiệm lâm sàng[6]. BFAS đã được nghiên cứu trong 227 SV đại học Na Uy và đã chứng minh có tính giá trị [6]. Thang đo này cũng đã được khẳng định có tính giá trị khi đo lường ảnh hưởng của MXH với SV ở Thái Lan[7]. Thang đo bao gồm 6 câu hỏi về tần suất xuất hiện các ảnh hưởng của MXH đến cuộc sống và học tập của SV. Mỗi câu hỏi về ảnh hưởng có 5 lựa chọn trả lời từ 0 đến 4 trong đó 0 là rất hiếm khi và 4 là rất thường xuyên. SV được hỏi 6 câu hỏi cho từng loại MXH bao gồm Facebook và Youtube. Điểm thang đo giao động từ 0 đến 24. Điểm đánh giá phụ thuộc từng loại MXH nếu điểm tổng thang đo lớn hơn 12 điểm.

2.5. Quy trình thu thập số liệu: Danh sách ngẫu nhiên 300 SV/khối được gửi về trung tâm khảo thí và đảm bảo chất lượng. SV được thông báo về mục tiêu và nội dung nghiên cứu và được mời tham gia vào nghiên cứu.

2.6 Phương pháp xử lý, phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để tính tần suất, tỷ lệ %, biểu đồ.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức trường đại học Y tế công cộng phê duyệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

3/300 phiếu (tỷ lệ 1%) phiếu không điền đủ thông tin nên đã được loại ra khỏi phân tích.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của 297 đối tượng nghiên cứu

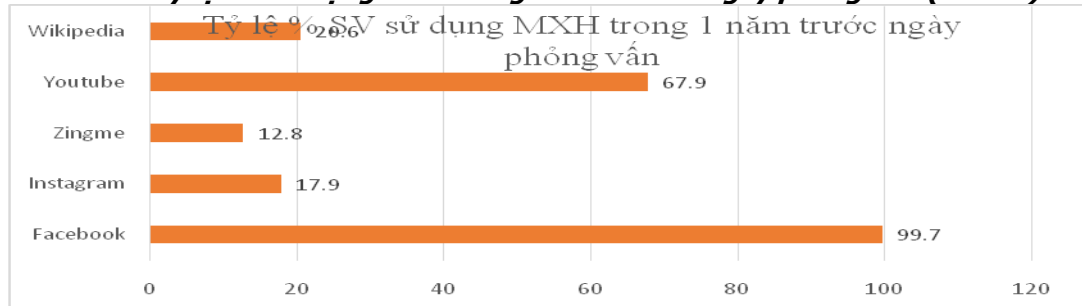
Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	(mean; SD)	(22,2 ; ± 1,8)
Năm học	Năm thứ hai	97
	Năm thứ tư	100
	Năm thứ sáu	100
Chuyên ngành học	Hệ bác sĩ	253
	Hệ cử nhân	44
Nơi hiện đang ở	Sống cùng gia đình	47
	Không sống cùng gia đình	250
	Trung bình/dưới trung bình	74
Xếp loại học lực	Khá	160
	Giỏi	53
	Thường xuyên dùng MXH ^a	293
Mức độ thường xuyên dùng MXH	Thỉnh thoảng dùng MXH ^b	3
	Chưa bao giờ dùng MXH ^c	1

Ghi chú: ^a : tuần nào cũng dùng hoặc ngày nào cũng dùng; ^b một vài lần một tháng hoặc ít hơn; ^c chưa bao giờ dùng.

Tuổi trung bình của SV tham gia nghiên cứu là 22,2 tuổi, SV năm thứ hai, thứ tư và thứ sáu có tỷ lệ tham gia nghiên cứu gần như nhau, đa số SV học hệ bác sĩ và không sống cùng gia đình, phần lớn

SV đạt học lực khá và giỏi, gần như toàn bộ SV sử dụng MXH thường xuyên.

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ SV sử dụng MXH trong 1 năm trước ngày phỏng vấn (n=296)



Trong biểu đồ này có 1 SV chưa bao giờ sử dụng MXH đã được loại ra khỏi phân tích.

MXH được sử dụng phổ biến trong SV đại học Y Hà Nội là Facebook và Youtube.

Tỷ lệ SV sử dụng Facebook là cao nhất, tiếp đến là Youtube (trên 67%).

Tỷ lệ SV sử dụng Wikipedia, Instagram và Zingme ít hơn nhiều (từ 12,8% đến 20,6%).

Bảng 3.2. Mức độ thường xuyên bị ảnh hưởng của sử dụng Facebook đến cuộc sống và học tập của 295 SV đại học YHN

	Rất hiếm khi		Hiếm khi		Thỉnh thoảng		Thường xuyên		Rất thường xuyên	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dành nhiều thời gian nghỉ về Facebook hoặc lên kế hoạch sử dụng Facebook	40	13,6	52	17,7	84	28,6	75	25,5	43	14,6
Có cảm giác thôi thúc sử dụng Facebook ngày càng tăng	60	20,3	71	24,1	103	34,9	36	12,2	25	8,5
Sử dụng Facebook để quên đi mọi vấn đề của bản thân	115	39,0	63	21,4	70	23,7	34	11,5	13	4,4
Cố gắng cắt giảm sử dụng Facebook nhưng không thành	72	24,4	65	22,0	96	32,5	42	14,2	20	6,8
Trở nên bồn chồn không thoải mái nếu bị cấm sử dụng Facebook	112	38,0	67	22,7	65	22,0	39	13,2	12	4,1
Sử dụng Facebook quá nhiều đến mức ảnh hưởng tiêu cực đến học hành	111	37,6	55	18,6	83	28,1	25	8,5	21	7,1

Tỷ lệ SV có các dấu hiệu bị ảnh hưởng của Facebook thường xuyên là từ 8,5% đến 25,5% và rất thường xuyên là từ 4,1% đến 14,6%, trong đó tỷ lệ cao nhất là SV "dành nhiều thời gian nghỉ về Facebook" và tỷ lệ thấp nhất là SV "trở nên bồn chồn không thoải mái nếu bị cấm sử dụng Facebook". Có đến 8,5% và 7,1% sinh viên thường xuyên và rất thường xuyên "bị ảnh hưởng tiêu cực đến học hành do sử dụng Facebook nhiều quá".

Bảng 3.3. Mức độ thường xuyên bị ảnh hưởng của sử dụng Youtube đến cuộc sống của 201 SV đại học YHN

	Rất hiếm khi		Hiếm khi		Thỉnh thoảng		Thường xuyên		Rất thường xuyên	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dành nhiều thời gian nghỉ về Youtube hoặc lên kế hoạch sử dụng Youtube	24	11,9	36	17,9	57	28,4	50	24,9	32	15,9
Có cảm giác thôi thúc sử dụng Youtube ngày càng tăng	38	19,0	47	23,5	71	35,5	30	15,0	14	7,0
Sử dụng Youtube để quên đi mọi vấn đề của bản thân	78	39,0	43	21,5	49	24,5	21	10,5	9	4,5

Cố gắng cắt giảm sử dụng Youtube nhưng không thành	48	24,0	43	21,5	65	32,5	28	14,0	16	8,0
Trở nên bồn chồn không thoải mái nếu bị cấm sử dụng Youtube	80	40,0	49	24,5	40	20,0	24	12,0	7	3,5
Sử dụng Youtube quá nhiều đến mức ảnh hưởng tiêu cực đến học hành	82	41,0	29	14,5	57	28,5	19	9,5	13	6,5

Tỷ lệ SV có dấu hiệu chịu sự ảnh hưởng của Youtube thường xuyên là từ 9,5% đến 24,9% và rất thường xuyên là từ 3,5% đến 15,9%, trong đó tỷ lệ cao nhất là SV "dành nhiều thời gian nghỉ về Youtube" và thấp nhất là SV "trở nên bồn chồn không thoải mái nếu bị cấm sử dụng Youtube". Có đến 9,5% và 6,5% sinh viên thường xuyên và rất thường xuyên "bị ảnh hưởng tiêu cực đến học hành do sử dụng Youtube nhiều quá".

Bảng 3.4. Tỷ lệ SV ĐHYHN bị phụ thuộc (nghiện) một số MXH phổ biến

Loại MXH	Chung		SV nam		SV nữ	
	n	%	n	%	n	%
Phụ thuộc Facebook (n=296)	80	27,2	35	26,3	45	28,0
Phụ thuộc Youtube (n=201)	32	15,9	16	19,0	16	13,7
Phụ thuộc cả Facebook và Youtube (n=200)	30	15,0	15	20,0	15	13,9

Tỷ lệ SV nghiện Facebook chiếm 27,2% trong đó tỷ lệ nữ cao hơn nam và nghiện Youtube là 15,9% trong đó tỷ lệ nữ thấp hơn nam. Tỷ lệ SV nghiện cả Facebook và Youtube là 15% trong đó tỷ lệ nam cao hơn nữ.

IV. BÀN LUẬN

Mục đích của nghiên cứu ban đầu là tìm hiểu thực trạng ảnh hưởng của MXH đến SV ĐHYHN. Kết quả nghiên cứu cho thấy, MXH phổ biến mà nhiều SV sử dụng trong 1 năm trước ngày phỏng vấn là Facebook và Youtube. Hầu như tất cả các SV đều sử dụng Facebook (99,7%) và đa số sử dụng Youtube (67,9%). Kết quả này có thể được giải thích do thói quen sử dụng MXH ở Việt Nam và trên thế giới. Hiện tại, tỷ lệ người dân sử dụng Facebook là cao nhất, tiếp đến là Youtube [1,2]. Như vậy, SV ĐHYHN sử dụng các MXH phổ biến theo trào lưu ở Việt Nam và thế giới. Tuy nhiên, với sinh viên ngành khoa học ở Oman thì họ sử dụng Youtube là 100% và Facebook chỉ chiếm hàng thứ hai (91,4%)[8].

Trong số những SV dùng Facebook hoặc dùng Youtube, đã có sinh viên thường xuyên bị ảnh hưởng tiêu cực đến học hành, cảm thấy bồn chồn lo lắng nếu không dùng Facebook và Youtube. Như vậy, có vẻ như MXH đang ảnh hưởng đến cuộc sống và học tập của sinh viên. Một nghiên cứu trên nhóm thanh niên ở Việt Nam cho thấy có mối liên quan giữa nghiện Facebook và chất lượng cuộc sống thấp hơn do các vấn đề có liên quan đến sức khỏe [5]. Như vậy, có thể nói sử dụng MXH nhiều sẽ có nhiều nguy cơ ảnh hưởng không tốt đến cuộc sống và học tập người của sử dụng.

Trong số những SV dùng Facebook và

Youtube ở nghiên cứu này, 27,2% SV phụ thuộc Facebook trong đó tỷ lệ SV nữ nhiều hơn nam; 15,9% SV phụ thuộc Youtube và 15,0% SV phụ thuộc cả hai trong đó SV nam phụ thuộc nhiều hơn nữ. Kết quả của nghiên cứu này ngược với kết quả nghiên cứu ở SV Oman cùng sử dụng thang đo để đánh giá về nghiện MXH, trong đó tỷ lệ nghiện Facebook là 14,2% và nghiện Youtube là 47,2% [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy SV ĐHYHN nghiện Facebook thấp hơn so với một vài nghiên cứu ở Thái Lan và Malaysia khi sử dụng cùng một thang đo nghiện MXH. Nghiên cứu trong thanh thiếu niên ở Thái Lan cho kết quả tỷ lệ nghiện Facebook là 41,8% [7]. Sự khác biệt này có thể được giải thích do đối tượng nghiên cứu này là SV ĐHYHN, là cán bộ y tế trong tương lai. SV có thể quá bận với chương trình học mà không có nhiều thời gian rảnh rỗi để vào MXH như những đối tượng khác. SV ĐHYHN có lịch học cả ngày từ sáng đến chiều, đối với SV từ năm thứ 3 trở lên có thể lịch trực bệnh viện. Do vậy, các em không có nhiều thời gian rảnh rỗi để sử dụng MXH.

V. KẾT LUẬN

Facebook và Youtube là hai MXH được SV ĐHYHN dùng nhiều nhất trong 1 năm trước ngày phỏng vấn. Tỷ lệ sinh viên sử dụng Facebook và Youtube bị ảnh hưởng tiêu cực đến học tập là:

Tỷ lệ SV thường xuyên và rất thường xuyên phải dành nhiều thời gian nghỉ về Facebook là 14,6%

đến 25,5%; sử dụng Facebook quá nhiều ảnh hưởng tiêu cực đến học hành là 7,1% đến 8,5%.

Tỷ lệ SV thường xuyên và rất thường xuyên phải dành nhiều thời gian nghỉ về Youtube là 15,9% đến 24,9%; sử dụng Youtube quá nhiều ảnh hưởng tiêu cực đến học hành là 6,5% đến 9,5%.

Tỷ lệ SV bị phụ thuộc vào Facebook là 27,2% và Youtube là 15,9% và phụ thuộc vào cả hai loại MXH này là 15%.

KHUYẾN NGHỊ

Nhà trường cần có những can thiệp để hạn chế sử dụng MXH của SV, đặc biệt là sử dụng Facebook và Youtube. Những nghiên cứu tiếp theo nên tìm hiểu SV dùng Facebook và Youtube để làm gì, từ đó nhà trường có tận dụng thời gian sử dụng MXH của SV để gắn kết với các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe thông qua Facebook và Youtube, qua đó SV có thể thực hiện các hoạt động truyền thông có ích cho cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brain S. (2017). "Facebook Company Statistics.

Statistic Brain" <<https://www.statisticbrain.com/facebook-statistics/>>, accessed: 02/06/2019.

2. Cao H., Sun Y., Wan Y. et al. (2011). "Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction". BMC Public Health, 11, 802.

3. Vietnam: "Number of internet users 2023" | Statista. <<https://www.statista.com/statistics/369732/internet-users-vietnam/>>, accessed: 02/06/2019.

4. Lê Trần Lan Hương (2013). "Thực trạng sử dụng mạng xã hội của sinh viên đại học khu vực Hà Nội hiện nay", Hà Nội.

5. Tran B.X., Huang L.T., Hinh N.D. et al. (2017). "A study on the influence of internet addiction and online interpersonal influences on health-related quality of life in young Vietnamese". BMC Public Health, 17(1), 138.

6. Andreassen C.S., Torsheim T., Brunborg G.S. et al. (2012). "Development of a Facebook Addiction Scale". Psychol Rep, 110(2), 501-517.

7. Phanasathit M, Manwong M, Hanprathet N. et al (2015). "Validation of the Thai version of Bergen Facebook addiction scale (Thai-BFAS)". J Med Assoc Thai, 98(2), 108-117.

8. Masters K. (2015). "Social Networking Addiction among Health Sciences Students in Oman". Sultan Qaboos Univ Med J, 15(3), e357-e363.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG DỊCH CỔ TRƯỞNG TIỀN PHÁT Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Nguyễn Thị Mai Hương*, Đào Quang Minh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xơ gan có nhiễm trùng dịch cổ trướng; đánh giá kết quả điều trị nhiễm trùng dịch cổ trướng tiên phát ở bệnh nhân xơ gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 26 bệnh nhân xơ gan có nhiễm trùng dịch cổ trướng nằm điều trị tại khoa Tiêu hoá bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 1/2018 đến tháng 10/2018. Nghiên cứu mô tả cắt ngang - tiến cứu. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng: Xơ gan Child-pugh B:42,3%; Child-Pugh C: 57,7%. Một mỗi chán ăn: 100%; vàng da: 80,8%; hội chứng não gan: 38,5%; sốt: 76,9%; đau bụng: 61,5%; ỉa lỏng: 69,2%; cổ trướng mức độ vừa và nhiều: 96,1%. Xét nghiệm cận lâm sàng: Bạch cầu trong máu trên 10G/l: 46,2%; BCĐNTT trong dịch cổ trướng > 1000 tế bào/mm³: 26,9%; BCĐNTT trung bình trong DCT là: 3541 ± 1472 tế bào/mm³. Đặc điểm về vi khuẩn trong DCT và kết quả điều trị: 10/26 BN nhiễm trùng dịch cổ trướng cấy có mọc vi khuẩn (chiếm 38,5%);

100% vi khuẩn trong dịch cổ trướng là vi khuẩn Gram âm; 69,2% bệnh nhân điều trị sau 7 ngày xét nghiệm lượng BCĐNTT trong DCT còn dưới 5 tế bào/mm³; 80% BN có vi khuẩn trong dịch cổ trướng được cấy lần 2 không còn vi khuẩn. **Kết luận:** Nhiễm trùng DCT ở bệnh nhân xơ gan gặp ở Child-Pugh B, C với các triệu chứng chính là sốt, đau bụng, ỉa lỏng. Vi khuẩn cấy được chủ yếu là vi khuẩn Gram âm. Đa số các trường hợp còn đáp ứng tốt với kháng sinh.

Từ khóa: Nhiễm trùng dịch cổ trướng, xơ gan

SUMMARY

STUDYING CLINICAL, PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATING SPONTANEOUS BACTERIAL PERITONITIS IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS

Objectives: Comment clinical and paraclinical characteristics of cirrhotic sufferer with spontaneous bacterial peritonitis, evaluate the results of treating spontaneous bacterial peritonitis in patient with cirrhosis. **Subject and research methods:** include 26 cirrhotic sufferers with spontaneous bacterial peritonitis treating at the Department of Gastroenterology of Thanh Nhan hospital from January, 2018 to October, 2018. Do research in descriptive prospective cross-sectional study. **Results:** Clinical symptoms: Fatigue and anorexia: 100%;

*Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương

Email: huong.bvtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2019

Ngày duyệt bài: 29.5.2019

jaundice: 80.8%; hepatic brain syndrome: 38.5%; fever: 76.9%; abdominal pain: 61.5%; liquid diarrhea: 69.2%; Moderate and severe levels in ascites: 96.1%; Child-Pugh grade B: 42.3%; Child-Pugh grade C: 57.7%. Laboratory tests: Blood leukocytes above 10G/l: 46.2%; polymorphonuclear leukocytes in ascitic fluid > 1000 cells/mm³: 26.9%; Average polymorphonuclear leukocytes in ascitic fluid is: 3541 ± 1472 cells/mm³. Characteristics of bacteria in ascetic fluid and treatment result: spontaneous bacterial peritonitis sufferers grafted with bacterial growth (accounting for 38.5%); 100% of bacteria in ascetic fluid are gram-negative bacteria; 69.2% of sufferers treated after 7 days of testing the amount of polymorphonuclear leukocytes in ascitic fluid that was less than 5 cells/mm³; 80% of sufferers having bacteria in ascitic fluid grafted in the second time for no longer bacteria. **Conclusion:** Spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic sufferers with Child-Pugh grade B, C, with the main symptoms including fever, abdominal pain and liquid diarrhea. The grafted bacteria are mainly Gram-negative bacteria. Most cases respond well to antibiotics.

Keyword: Spontaneous bacterial peritonitis, cirrhosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh hay gặp ở nước ta cũng như trên thế giới, là giai đoạn cuối của các quá trình bệnh lý mạn tính ở gan với nhiều biến chứng trầm trọng có thể đe dọa đến tính mạng người bệnh. Nhiễm trùng dịch cổ trướng thường gặp ở những bệnh nhân xơ gan nặng, đồng thời là yếu tố thuận lợi dẫn đến các biến chứng như hội chứng gan thận, hội chứng não gan nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời.

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về xơ gan có nhiễm trùng dịch cổ trướng, Theo Obstein Keith và cộng sự nghiên cứu tháng từ 2/2002 đến tháng 12/2005 trong số 111 bệnh nhân xơ gan cổ trướng có 29 bệnh nhân NTDCT (26,1%) [7].

Tại Bệnh viện Thanh Nhàn vẫn chưa có đề tài nào nghiên cứu tình trạng nhiễm trùng dịch cổ trướng và kết quả điều trị tình trạng nhiễm trùng dịch cổ trướng ở nhóm bệnh nhân xơ gan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm các mục tiêu:

- Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xơ gan có nhiễm trùng dịch cổ trướng.
- Đánh giá kết quả điều trị nhiễm trùng dịch cổ trướng tiên phát ở bệnh nhân xơ gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: gồm 26 bệnh nhân xơ gan được chẩn đoán xác định nhiễm trùng dịch cổ trướng điều trị tại khoa Tiêu hoá bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2018 đến tháng 10/2018.

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định xơ gan

khi có 2 hội chứng:

- Hội chứng suy chức năng gan:
- Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định có nhiễm trùng dịch cổ trướng dựa vào một trong 2 tiêu chuẩn sau: Xét nghiệm dịch cổ trướng: bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch cổ trướng > 250 tế bào/mm³ và/hoặc cấy dịch cổ trướng có vi khuẩn.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang - tiền cứu

Phương pháp thu thập số liệu

- Bệnh nhân được hỏi bệnh và khám lâm sàng theo một mẫu bệnh án thống nhất.

- Sau khi hỏi và khám lâm sàng, bệnh nhân sẽ được tiến hành lấy máu làm các xét nghiệm: công thức máu, sinh hoá, đông máu cơ bản, vi sinh.

- Tiến hành chọc dịch ổ bụng làm xét nghiệm: sinh hóa, tế bào, cấy dịch màng bụng.

+ Bệnh nhân được tiến hành chọc dịch màng bụng 2 lần:

Lần 1: Ngay sau khi nhập viện đã có đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan cổ trướng và nghi ngờ có nhiễm trùng dịch cổ trướng sẽ được chọc dịch làm xét nghiệm (bệnh nhân không có xuất huyết tiêu hoá hoặc xuất huyết tiêu hoá đã ổn định).

Lần 2: Sau 7 ngày điều trị kháng sinh (nếu trên siêu âm vẫn còn dịch màng bụng). Kháng sinh sử dụng: Cephalosporin TH3 hoặc/và Quinolon (khi chưa có kết quả nuôi cấy DMB), theo KSD (khi có kết quả nuôi cấy).

- Đánh giá hiệu quả sau điều trị:

+ Tốt: hết nhiễm trùng dịch cổ trướng, không còn BCĐNTT trong dịch cổ trướng

+ Trung bình: còn tế bào bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch cổ trướng nhưng đã giảm dưới mức 250 BC/mm³

+ Xấu: xét nghiệm dịch vẫn còn ≥ 250 BCĐNTT/mm³ hoặc nuôi cấy còn vi khuẩn gây bệnh.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm về tuổi và giới. Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là: 54,4 ± 12,0, tuổi cao nhất là 79 tuổi, thấp nhất là 35. Tuổi trung bình của chúng tôi cao hơn của tác giả Đặng Thị Kim Oanh (45,9 ± 12,1) và Syed VA (48,4 ± 12,6), tương đương với tác giả Nguyễn Thị Chi (54,0 ± 10,6) [3,9,1].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng gặp bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ, tỷ lệ nam/nữ là 5,5, tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn so với tác giả Phạm Thị Phương Hạnh [2] (3,4) và Nguyễn Thị Chi [1] (3,6).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại xơ gan theo Child-Pugh

Trong nhóm bệnh nhân NTDCT của chúng tôi, các biểu hiện lâm sàng chung của xơ gan khá nổi bật. 100% bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi kém ăn, tỷ lệ này cũng tương tự như của tác giả Nguyễn Thị Chi (100%) [1]. Các dấu hiệu khác như vàng da cũng gặp ở 80,8% bệnh nhân, hội chứng não gan gặp ở 38,5% bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân có vàng da và hội chứng gan thận của chúng tôi cao hơn tác giả Nguyễn Thị Chi [1].

Về đặc điểm sinh hóa máu, 100% bệnh nhân xơ gan của chúng tôi có albumin máu thấp dưới 35g/l. Giảm albumin máu là do giảm tổng hợp albumin từ gan, do chế độ dinh dưỡng kém ở bệnh nhân xơ gan đặc biệt là xơ gan rượu. Giảm albumin máu dẫn đến giảm albumin DCT, và là một trong những lý do góp phần hình thành DCT ở bệnh nhân xơ gan do giảm áp lực keo trong lòng mạch. Có 76,9% bệnh nhân của chúng tôi có tăng bilirubin máu trên 35 $\mu\text{mol/l}$, lượng bilirubin toàn phần trung bình là $88,8 \pm 70,7 \mu\text{mol/l}$.

Về chức năng đông máu: có 57,7% bệnh nhân của chúng tôi có tỷ lệ prothrombin dưới 50%, có bệnh nhân tỷ lệ prothrombin chỉ còn 11%.

Giảm albumin máu, giảm prothrombin máu và tăng bilirubin máu là những dấu hiệu của suy giảm chức năng gan nặng và cũng là những dấu hiệu chỉ điểm cho mức độ xơ gan nặng. Trên thực tế, tất cả những bệnh nhân NTDCT của chúng tôi đều là những bệnh nhân xơ gan rất nặng với 57,7% bệnh nhân ở giai đoạn Child-Pugh C và không có bệnh nhân nào ở giai đoạn Child-Pugh A, tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm Child-Pugh C của chúng tôi thấp hơn của tác giả Nguyễn Thị Chi (86,3%) [1].

Có 15,4% bệnh nhân của chúng tôi có lượng creatinin huyết thanh trên $130 \mu\text{mol/l}$, tất cả những bệnh nhân này đều có dấu hiệu suy thận cấp và không có biểu hiện tổn thương thận về mặt thực thể (không có biểu hiện bất thường trên siêu âm thận, protein niệu âm tính, hồng cầu niệu dưới 50 tế bào/ vi trường). Theo Monica Guevara và cộng sự, trong các bệnh nhân có NTDCT có 30% bệnh nhân suy thận. Tỷ lệ suy thận trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi cao hơn trong nhóm xơ gan nói chung, như vậy có thể nói NTDCT là điều kiện thuận lợi dẫn đến suy thận [6]. Bản thân NTDCT là nhiễm trùng nặng lại xảy ra ở bệnh nhân xơ gan là bệnh nhân có cơ địa miễn dịch suy giảm và điều đó càng làm cho nhiễm trùng trở nên nặng nề hơn, mặt khác trong những trường hợp nặng chức năng thận bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như rối loạn về huyết động, độc tố của vi khuẩn, những yếu tố đáp ứng viêm... Khi NTDCT thường làm tăng sản

xuất các yếu tố như TNF α , IL-6, IL-8, NO trong máu và trong dịch màng bụng, những yếu tố này làm giãn mạch, làm giảm thể tích tuần hoàn hữu hiệu từ đó làm giảm tưới máu thận và suy thận [5]. Trên thực tế khi theo dõi 4 bệnh nhân suy thận trong nghiên cứu có 2 bệnh nhân tình trạng nặng lên và gia đình xin về.

Có 23,1% bệnh nhân của chúng tôi có Natri máu giảm dưới 130mmol/l, kết quả này của chúng tôi cao hơn của tác giả Keith L.Obstein [7] (17%), trong đó có bệnh nhân Natri máu chỉ còn 117mmol/l, hầu hết các bệnh nhân này đều có phù và cổ trướng. Có 46,2% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có bạch cầu máu không tăng và có 46,2% bệnh nhân có bạch cầu tăng trên 10G/l. NTDCT là một trong những nhiễm trùng rất nặng.

3.3. Đặc điểm của nhiễm trùng dịch cổ trướng

Bảng 1: Dấu hiệu gợi ý nhiễm trùng

Dấu hiệu	N = 26	Tỷ lệ %
Sốt	20	76,9%
Đau bụng	16	61,5
Đại tiện phân lỏng	18	69,2

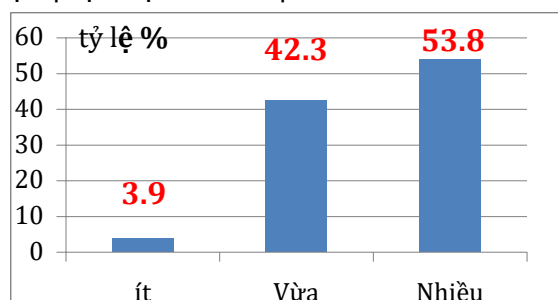
Có 76,9% bệnh nhân của chúng tôi có biểu hiện của sốt, mức độ thay đổi từ sốt nhẹ (37,8 độ) đến sốt cao (39,9 độ). Theo Mansour A.Parsi, sốt gặp ở 2/3 trường hợp NTDCT tại thời điểm chẩn đoán. Tuy nhiên, không phải tất cả các bệnh nhân NTDCT đều có sốt, vẫn còn 23,1% bệnh nhân của chúng tôi không có sốt.

Đau bụng gặp ở 61,5% bệnh nhân, thông thường bệnh nhân không có điểm đau cố định mà đau lan tỏa khắp bụng và không đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường. Đau bụng ở bệnh nhân NTDCT có thể là do hậu quả của quá trình viêm màng bụng dẫn đến kích thích các đầu mút thần kinh ở lá tạng màng bụng. Tuy nhiên ở một số bệnh nhân không có biểu hiện đau bụng mà chỉ có cảm giác chướng bụng thậm chí hoàn toàn không có triệu chứng ở ổ bụng. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đương với tác giả Nguyễn Thị Chi (68,6%). Có 69,2% bệnh nhân có đại tiện phân lỏng. Ở hầu hết các bệnh nhân xơ gan nặng hoặc vào các đợt tiến triển của xơ gan đều có thay đổi tính chất phân như: đại tiện nhiều lần, sống phân nhưng thường có tính chất sệt hơn là nước. Như vậy, khi bệnh nhân xơ gan đại tiện phân lỏng chúng ta nên lưu ý tìm nguồn gốc nhiễm trùng có thể là tại ống tiêu hóa hay là ở nơi khác như NTDCT.

Bảng 2: Đặc điểm về mức độ dịch cổ trướng

Chỉ có 1 bệnh nhân (chiếm 3,9%) trong nghiên cứu của chúng tôi có lượng dịch cổ trướng ít, còn lại 96,1% có số lượng dịch cổ trướng từ vừa đến

hiều. Kết quả này của chúng tôi tương đương với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Chi. Quan sát đại thể chúng tôi thấy 23,1% bệnh nhân có dịch đục, 69,2% bệnh nhân có dịch vàng trong. Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Hoàng Trọng Thăng là có 16/17 trường hợp là có dịch đục [4], sự khác biệt này có thể là do sự đánh giá màu sắc dịch phụ thuộc vào chủ quan của mỗi cá nhân.



Bảng 3. Đặc điểm số lượng BCĐNTT trong dịch cổ trướng

Lượng BCĐNTT (tế bào/mm ³)	<250	250-1000	>1000
Số BN (n=26)	1	18	7
Tỷ lệ %	3,9	69,2	26,9

Có 3,9% bệnh nhân có BCĐNTT dưới 250 tế bào/mm³, còn lại 96,1% bệnh nhân có số lượng BCĐNTT trên 250 tế bào/mm³ trong đó BCĐNTT trên 1000 tế bào/mm³ chiếm 26,9%. Lượng BCĐNTT trung bình trong DCT là 3541 tế bào/mm³.

Về đặc điểm sinh hóa dịch cổ trướng, có 42,3% bệnh nhân có protein dịch cổ trướng dưới 10g/l. Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn của tác giả Nguyễn Thị Vân Anh [3], lượng protein DCT trung bình là: 13,4g/l. Có 15,4% bệnh nhân có phản ứng rivalta dương tính.

Bảng 4. Đặc điểm sinh hóa dịch cổ trướng

Đặc điểm	Protein (g/l)		Rivalta (n= 26)	
	≤10	>10	Dương tính	Âm tính
Số bệnh nhân	11	15	4	22
Tỷ lệ %	42,3	57,7	15,4	84,6

3.4. Đặc điểm vi khuẩn của nhiễm trùng dịch cổ trướng

Bảng 5. Đặc điểm xét nghiệm vi sinh trong dịch cổ trướng

Đặc điểm vi sinh	Lần 1		Lần 2	
	N=26	Tỷ lệ %	N= 8	%
Cấy mọc vi khuẩn	10	38,5	0	0
Cấy không mọc vi khuẩn	16	61,5	8	100

Tất cả 26 bệnh nhân của chúng tôi được cấy dịch cổ trướng thì phát hiện được 10 trường hợp mọc vi khuẩn chiếm 38,5%, còn lại 61,5% trường hợp không mọc vi khuẩn. Trong nghiên cứu của tác giả Syed, khi nuôi cấy dịch cổ trướng của 20 bệnh nhân xơ gan có NTDCT, có 7 bệnh nhân có vi khuẩn mọc chiếm 35%, tương đương với kết quả nuôi cấy của chúng tôi (38,5%). Trong số vi khuẩn phát hiện được đều là vi khuẩn Gram âm (trong đó vi khuẩn E.coli chiếm 50%, Acinobacte baumanii chiếm 20%, còn lại 30% là vi khuẩn Enterobacter). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của tác giả Syed 71,5% trường hợp là vi khuẩn Gram âm. Trong 7 trường hợp nuôi cấy dương tính của Syed, 3 trường hợp nuôi cấy có E.coli.

Những trường hợp nuôi cấy có vi khuẩn mọc đều được điều trị theo kháng sinh đồ và cho kết quả 8/10 bệnh nhân có kết quả tốt, 2 trường hợp bệnh nhân nặng xin về.

Bảng 3.12. Đặc điểm về kết quả điều trị NTDCT theo BCĐNTT trong DCT

Kết quả	N=26	%
Tốt	18	69,2
Trung bình	6	23,1
Xấu	2	7,7

Kết quả điều trị đánh giá theo lượng BCĐNTT trong dịch cổ trướng cho thấy 69,2% trường hợp có kết quả tốt, lượng BCĐNTT trong dịch cổ trướng không còn (trong đó có 5 trường hợp điều trị hết dịch cổ trướng), 23,1% bệnh nhân lượng BCĐNTT còn dưới 250 tế bào/mm³ DCT, chỉ có 2 trường hợp sau khi điều trị 3 ngày diễn biến bệnh nhân nặng hơn, xuất huyết tiêu hóa và rơi vào tình trạng hôn mê sau đó gia đình xin về.

Trong 10 trường hợp cấy có mọc vi khuẩn và điều trị theo kháng sinh đồ cho kết quả 80% là tốt, sau 7 ngày cấy không còn vi khuẩn mọc, 2 trường hợp do diễn biến nặng nên không cấy được và gia đình xin về.

IV. KẾT LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan có NTDCT:

- + Mệt mỏi chán ăn: 100%; Vàng mắt vàng da: 80,8%; Hội chứng não gan: 38,5%
- + Sốt: 76,9%; Đau bụng: 61,5%; Ía lỏng: 69,2%.
- + Cổ trướng mức độ vừa và nhiều: 96,1%
- + 46,2% bệnh nhân có Bạch cầu trong máu trên 10G/l
- + 26,9% BN có lượng BCĐNTT trong dịch cổ trướng >1000 tế bào/mm³, lượng BCĐNTT trung bình trong DCT là: 3541 ± 1472 tế bào/mm³

4.2. Đặc điểm về vi khuẩn trong DCT và kết quả điều trị:

- + Có 10/26 Bệnh nhân nhiễm trùng dịch cổ trướng cấy có mọc vi khuẩn (chiếm 38,5%)
- + 100% vi khuẩn trong dịch cổ trướng là vi khuẩn Gram âm
- + Có 69,2% bệnh nhân điều trị sau 7 ngày xét nghiệm lượng BCĐNTT trong DCT còn dưới 5 tế bào/mm³
- + 80% BN có vi khuẩn trong dịch cổ trướng được cấy lần 2 không còn vi khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Chi (2007):** "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vi khuẩn ưa khí trong nhiễm trùng dịch cổ trướng ở bệnh nhân xơ gan", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, trường ĐHYHN.
2. **Phạm Thị Phương Hạnh (2006):** "Tìm hiểu tỷ lệ suy thận và nồng độ Aldosteron huyết thanh trên bệnh nhân xơ gan cổ trướng nặng", Luận văn thạc sĩ y khoa, Đại học y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Vân Anh (2007),** "Nghiên cứu về tình trạng nhiễm trùng dịch cổ trướng ở bệnh nhân xơ gan", Tạp chí nghiên cứu y học, Bộ Y tế - ĐHYHN, phụ trang 53(5). trang 34 - 37.
4. **Hoàng Trọng Thăng, Nguyễn Thị Minh Hương (1998),** "Nhiễm trùng dịch cổ trướng trong xơ gan", Tổng hội y dược học Việt Nam, trang 29 – 36
5. **Barclay Laurie (2003).** "Advances in spontaneous bacterial peritonitis", Mescape Medical News, www.Mescape.com.
6. **Guevara Monica and Terra Carlos (2006).** "Albumin administration in patients with cirrhosis and infection unrelated to Spontaneous bacterial peritonitis", clinical Trials, www.ClinicalTrials.gov.
7. **Obstein Keith L, Campbell Mical S, Reddy Rajeider Ket al (2007),** "Association between model for end stage liver disease and spontanenous bacterial peritonitis", American Journal of Gastroenterology, Vol 102, pp 1- 5
8. **Sort Paul et al (1999),** "Effect of intravenous albumin on renal impairment and mortality in patient with cirrhosis and spontanenous bacterial peritonitis", NE JM, Vol 341 N^o 6, pp 403 – 409.

KHẢO SÁT SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ CA 15.3 VÀ MỘT SỐ CHỈ SỐ SINH HÓA, HUYẾT HỌC TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ MÃN KINH CÓ THỤ THỂ NỘI TIẾT DƯƠNG TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG NỘI TIẾT BẬC 2

Ngô Thị Tính*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định sự thay đổi nồng độ CA15.3 và một số chỉ số xét nghiệm máu trên bệnh nhân ung thư vú mãn kinh có thụ thể nội tiết dương tính được điều trị nội tiết bậc 2. **Đối tượng và phương pháp:** Bằng phương pháp mô tả trên 234 bệnh nhân ung thư vú có thụ thể nội tiết dương tính được điều trị nội tiết bậc 2 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình $62 \pm 10,2$. Nhóm tuổi 55-65 chiếm tỷ lệ cao nhất 46,2%. Thời gian mãn kinh trung bình $6 + 2,5$ năm. Giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất 65,8%. Chỉ có 9,4% là giai đoạn I. Bệnh nhân uống thuốc nội tiết < 01 năm 22,8%; 1-3 năm 30,3%; và > 3 năm 47,9%. Nồng độ CA 15.3 < 01 năm giá trị trung vị 35 ng/ml; 1-3 năm 41ng/ml; > 3 năm 46ng/ml. Tái phát và di căn sau 3 năm là 8 bệnh nhân chiếm 5,4%. Tỷ lệ tái phát và di căn sau 3 năm có liên quan đến sự tăng nồng độ CA 15.3 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Ung thư vú đã mãn kinh có thụ thể nội tiết dương tính được điều trị bằng nội tiết bậc 2 đã hạn chế được tái phát và di căn.

Từ khóa: Ung thư vú; Thụ thể nội tiết dương tính; Nội tiết bậc 2; CA 15.3.

SUMMARY

SURVEY ON THE CHANGE OF CA 15.3 LEVEL AND A NUMBER OF BIOLOGICAL, BLOOD INDICATORS ON THE MENOPAUSAL BREAST CANCER PATIENTS WITH POSITIVE HORMONAL RECEPTOR TREATED BY ENDOCRINE LEVEL 2

Objectives: Determinating of changes in CA15.3 levels and some blood test indicators in patients with menopausal breast cancer with positive hormonal receptors treated by endocrine level 2. **Patients and Methods:** By the method described in 234 breast cancer patients with positive hormonal receptors treatment endocrine level 2 at Thai Nguyen Central Hospital. **Results:** The average age of disease is 62 ± 10.2 . The age group of 55-65 accounts for the highest rate of 46.2%. Menopause average $6 + 2.5$ years. Stage II accounted for the highest rate of 65.8%. Only 9.4% is Stage I. Patients take hormonal drugs <01 year 22.8%; 1-3 years 30.3%; and > 3 years 47.9%. The concentration of CA 15.3 <01 year median value 35ng/ml; 1-3 years 41ng/ml; > 3 years 46ng/ml. Recurrence and metastasis after 3 years were 8 patients accounting for 5.4%. The rate of relapse and metastasis after 3 years related to the increase of CA 15.3 level was statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** Menopausal breast cancer with positive hormonal receptors treated with endocrine therapy has limited relapse and metastasis.

Keywords: Breast cancer; Positive endocrine receptors; Endocrine level 2; CA 15.3

*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
 Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Tính
 Email: tiensingothitinh@gmail.com
 Ngày nhận bài: 11.4.2019
 Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019
 Ngày duyệt bài: 6.6.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ và là nguyên nhân gây tử vong thứ hai sau ung thư phổi trong các bệnh ung thư trên toàn thế giới. Theo GLOBOCAN năm 2012, trên thế giới có 1.677.000 trường hợp ung thư vú mắc mới (chiếm 25% trong các bệnh ung thư ở nữ) và 522.000 trường hợp tử vong. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu gánh nặng ung thư đến năm 2020 của Bùi Diệu cho thấy ung thư vú là bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất trong các ung thư ở nữ giới. Tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi năm 2010 ước tính là 28,1/100.000 phụ nữ. Tỷ lệ mắc ung thư vú có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây, song những tiến bộ không ngừng trong chẩn đoán và điều trị đã giúp ngày càng cải thiện thời gian sống của bệnh nhân ung thư vú.

Vấn đề tiên lượng và điều trị ung thư vú phụ thuộc vào kích thước, sự xâm lấn của u, hạch vùng và di căn cũng như sự bộc lộ của các chất chỉ điểm sinh học. Trong các chất chỉ điểm sinh học của ung thư vú, ER (estrogen receptor), PR (progesterone receptor), Her2-neu (human epidermal growth factor receptor 2) được sử dụng phổ biến nhất để tiên lượng, dự đoán tái phát bệnh và là cơ sở để đưa ra liệu trình hỗ trợ sau khi điều trị tại chỗ, cùng với nồng độ CA 15.3 (Cancer antigen 15.3) có giá trị theo dõi trong và sau quá trình điều trị bệnh. Bệnh nhân Ung thư vú (UTV) đã mãn kinh có thụ thể nội tiết dương tính được chỉ định điều trị nội tiết bậc 2 bằng các thuốc kháng Aromatase Inhibitor thế hệ ba (AIs) là một biện pháp điều trị hỗ trợ đã làm tăng thời gian sống không bệnh so với điều trị tiêu chuẩn bằng Tamoxifen. Sự thay đổi nồng độ CA 15.3 và một số chỉ số sinh hóa, huyết học có ý nghĩa quan trọng trong việc quyết định chiến lược điều trị. Tuy nhiên chưa có tác giả nào đánh giá sự thay đổi nồng độ các chất này trên bệnh nhân điều trị nội tiết bậc 2. Tội nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Xác định sự thay đổi nồng độ CA15.3 và một số chỉ số xét nghiệm máu trên bệnh nhân ung thư vú mãn kinh có thụ thể nội tiết dương tính được điều trị nội tiết bậc 2.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 234 các bệnh nhân ung thư vú đã mãn kinh có thụ thể nội tiết dương tính được điều trị hỗ trợ bằng nội tiết bậc 2 từ 2010 đến 2018.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.

- Mất kinh từ 12 tháng trở lên.
- Có chẩn đoán mô bệnh học rõ ràng.
- Giai đoạn bệnh từ I đến III

- Được điều trị bằng AI thế hệ 3 (Anastrozole, Letrozole hoặc Exemestane)

- Thụ thể nội tiết dương tính

- Đã hoàn thành hóa trị và hoặc xạ trị ít nhất 1 tháng trước

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn
- Không liên lạc được
- Giai đoạn IV
- Từ chối tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian: Từ 01/2018 đến 12/2018

2.2.2. Địa điểm: Trung Tâm Ung Bướu-Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu: toàn bộ

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập theo mẫu phiếu điều tra

- Tuổi: chia thành các nhóm tuổi: < 55 tuổi, từ 55 đến 65 và 65 tuổi trở lên.

- Số năm mãn kinh: Dưới 5 năm, từ 5 đến 10 năm và trên 10 năm.

- Nguyên nhân mãn kinh: Tự nhiên và không tự nhiên

- Giai đoạn bệnh: I, II, và III

- Hóa trị: Hóa trị có, không hóa trị.

- Số năm điều trị AI

- Điều trị Tamoxifen trước đó: có; không

- Loại AI : Anastrozole, Letrozole, Exemestan

2.3.3. Các tiêu chuẩn chỉ số áp dụng trong nghiên cứu

- Mãn kinh: Không hành kinh từ 12 tháng trở lên

- Giai đoạn bệnh: từ I đến IV theo phân loại của NCCN

- Chỉ số CA 15.3 và các chỉ số sinh hóa máu đánh giá theo tiêu chuẩn WHO

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm tin học SPSS 20.0.

Phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học. So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng test χ^2 , các trường hợp có tần số nhỏ hơn 5 sử dụng test Fisher's Exact Test.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Người bệnh được thông báo về nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện khi tham gia.

Nghiên cứu dựa trên những hiểu biết đầy đủ ung thư tuyến vú và điều trị nội tiết bằng AI, bệnh nhân được kê đơn AI bởi các chuyên gia về ung thư hàng đầu thái nguyên.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

3.1.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu**Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân**

Đặc điểm bệnh nhân	n	Tỷ lệ %
Độ tuổi: >65	74	31,6
55-65	108	46,2
<55	52	22,2
Tổng	234	100
Thời gian mãn kinh		
>10 năm	130	55,6
5-10 năm	51	21,8
<5 năm	53	22,6
Tổng	234	100
Giai đoạn bệnh		
Giai đoạn I	22	9,4
Giai đoạn II	154	65,8
Giai đoạn III	58	24,8
Tổng	234	100

Nhận xét: Tuổi trung bình $62 \pm 10,2$. Nhóm tuổi 55-65 chiếm tỷ lệ cao nhất 46,2%. Thời gian mãn kinh trung bình $6 \pm 2,5$ năm, Thời gian mãn kinh trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,6%; từ 5- 10 năm có tỷ lệ thấp nhất 21,8. Giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất 65,8%. Chỉ có 9,4% là giai đoạn I

3.1.2. Phương pháp điều trị**Bảng 3.2. Phương pháp điều trị**

Phương pháp	n	Tỷ lệ %
-------------	---	---------

Hóa trị: Không	22	9,4
Có	212	90,6
Tổng	234	100
Điều trị Tamoxifen trước đó		
Không	156	66,7
Có	78	33,3
Tổng	234	100

Nhận xét: Trong số 234 bệnh nhân có tới 90,6 % bệnh nhân có hóa trị, số bệnh nhân được điều trị bằng Tamoxifen trước đó 78 bệnh nhân chiếm 33,3%.

Bảng 3.3. Thời gian uống thuốc nội tiết và loại thuốc nội tiết đã sử dụng

Số năm điều trị AI			
< 1 năm	51	22,8	0,62
1-3 năm	71	30,3	
>3 năm	112	47,9	
Loại AI			
Anastrozole	129	55,1	0,21
Letrozole	51	21,8	
Exemestane	54	23,1	
Tổng	234	100,0	

Nhận xét: Bệnh nhân uống thuốc nội tiết < 01 năm 22,8%; 1-3 năm 30,3%; và > 3 năm 47,9%. Loại thuốc được uống nhiều nhất là Anastrozole chiếm 55,1%

Bảng 3.4 Các chỉ số xét nghiệm trong quá trình điều trị nội tiết

Các chỉ số	Giá trị		
	< 1 năm	1-3 năm	> 3 năm
CA 15.3, ng/ml, giá trị trung vị	35 (0,75-105)	41 (0,75-125)	46 (0,75-135)
Ure U/L, giá trị trung vị	4,0(2,0-10.0)	4,2(2,0-11.5)	4,5(2,0-10.5)
Creatinin U/L, giá trị trung vị	75,5 (48-148)	80,5 (42 -170)	88,5 (48-168)
WBC, $10E^9/L$, giá trị trung vị	6.0 (3.0-15.5)	6.5 (3.5-14.5)	6.8 (3.0-15.1)
HB, g/L, Giá trị trung vị	125.6 (60.0-185.0)	131.6 (68.0-185.0)	130.6 (65.0-195.0)
PLT, $10E^9/L$, giá trị trung vị	164.0 (85.5- 350.0)	170.0 (45.5- 370.0)	184.0 (48.5-310.0)
ALT, U/L, giá trị trung vị	35.7 (4.2-350.3)	37.7 (4.2- 355.3)	47.7 (4.2- 320.3)
AST, U/L, giá trị trung vị	33.0 (25.2-225.3)	33.0 (20.2- 250.3)	45.0 (20.2- 210.3)
ALB, g/L, Giá trị trung vị	42.5 (28.2-63.6)	47.5 (25.2-55.6)	40.5 (28.2-53.6)
TBIL, $\mu\text{mol/L}$, Giá trị trung vị	17.7 (3.9-75.7)	17.5 (3.5- 87.7)	17.9 (3.9-77.7)

Nhận xét: nồng độ CA 15.3 < 01 năm giá trị trung vị 35 ng/ml; 1-3 năm 41ng/ml; > 3 năm 46ng/ml. Creatinin < 01 năm 75,5 U/L; 1-3 năm 80,5 U/L; > 3 năm 88,5 U/L. Chỉ số huyết sắc tố Hb < 01 năm 125,6 g/L; 1-3 năm 131,6; > 3 năm 130,6 g/L. Chỉ số chức năng gan AST < 01 năm 35,7 U/L; 1-3 năm 37,7 U/L; > 3 năm 47,7 U/L. Chỉ số ALT < 01 năm 33,0 U/L; 1-3 năm 47,7 U/L.

Bảng 3.5. Liên quan giữa tái phát, di căn với nồng độ CA 15.3

Tái phát, di căn	Nồng độ CA5.3		< 1 năm		1-3 năm		> 3 năm		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tái phát	1	0,4	1	0,4	3	1,3	5	2,1		
Di căn	0	0	3	1,3	5	2,1	8	3,4		
Tổng	1	0,4	4	1,7	8	3,4	13	5,4		
P			> 0,05		> 0,05		< 0,05			

Nhận xét: tỷ lệ tái phát sau 3 năm là 1,3%; di căn sau 3 năm là 3,4%. Tái phát và di căn sau 3 năm là 8 bệnh nhân chiếm 5,4%. Tỷ lệ tái phát và di căn sau 3 năm có liên quan đến sự tăng nồng độ CA 15.3.

IV. BÀN LUẬN

Tương tự các nghiên cứu đã công bố trước đây, tuổi mắc UTV thường ngoài 40 tuổi, nghiên cứu này cho biết tuổi trung bình $62 \pm 10,2$. Nhóm tuổi 55-65 chiếm tỷ lệ cao nhất 46,2%, kết quả nghiên cứu này có tuổi mắc bệnh trung bình cao hơn tác giả N.T.M.Lan và cs; tuổi trung bình $54,63 \pm 8,67$ [2]. Trong ung thư vú tình trạng kinh nguyệt có ý nghĩa quan trọng trong việc quyết định điều trị nội tiết hỗ trợ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng lựa chọn vào nghiên cứu là 234 bệnh nhân ung thư vú đã mãn kinh, có thụ thể nội tiết dương tính với kết quả cho thấy thời gian mãn kinh trung bình $6 + 2,5$ năm, Thời gian mãn kinh trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,6%; từ 5- 10 năm có tỷ lệ thấp nhất 21,8. Giai đoạn bệnh trong ung thư vú là tiêu chuẩn quyết định phác đồ điều trị và tiên lượng bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất 65,8%. Chỉ có 9,4% là giai đoạn I. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của N. T. Hoa: kích thước của khối u chủ yếu T2 và T3 chiếm 75,7% [1]. Ung thư vú trong những năm gần đây đã được xếp loại là ung thư có tính chất toàn thân vì vậy hóa trị hỗ trợ trong ung thư vú đóng vai trò quan trọng làm tăng tỷ lệ khỏi bệnh, giảm tỷ lệ tái phát và di căn. Trong số 234 bệnh nhân nghiên cứu của tôi có tới 90,6 % bệnh nhân có hóa trị. Điều trị nội tiết bậc 2 đã được quy chuẩn áp dụng cho những bệnh nhân ung thư vú đã mãn kinh có thụ thể nội tiết dương tính làm giảm tỷ lệ tái phát và di căn của bệnh. Bệnh nhân uống thuốc nội tiết < 01 năm 22,8%; 1-3 năm 30,3%; và > 3 năm 47,9%. Loại thuốc được uống nhiều nhất là Anastrozole chiếm 55,1%.

Sự thay đổi nồng độ CA15.3 và một số chỉ số xét nghiệm huyết học, sinh hóa cũng ảnh hưởng không nhỏ đến đến kết quả điều trị, theo dõi bệnh tái phát hay di căn. Một trong những thay đổi nồng độ cần lưu tâm nhất là nồng độ CA 15.3. Nồng độ CA 15.3 huyết thanh được coi là yếu tố tiên lượng tốt trong điều trị UTV qua một số công bố gần đây, đặc biệt khi kết hợp với bộ lọc các dấu ấn miễn dịch, như của Di Gioia (2015) [3], hay của Fejzic (2015) [5], thậm chí Konan (2015) còn cho biết nồng độ CA 15.3 tăng còn có ý nghĩa phát hiện sớm tái phát và/hoặc di căn trong UTV [6]. Trong nghiên cứu của tôi: nồng độ CA 15.3 < 01 năm giá trị trung vị 35 ng/ml; 1-3 năm 41ng/ml; >3 năm 46ng/ml. Trong nghiên cứu của N.T. Hoa (2012), nồng độ CA 15.3 ở bệnh nhân ung thư vú được bổ trợ hóa chất sau phẫu thuật đều cao hơn bình thường,

nồng độ CA15.3 ở bệnh nhân ≤ 50 tuổi cao hơn nhóm bệnh nhân > 50 tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [1]. Sự thay đổi một số chỉ số huyết học, sinh hóa, chức năng gan, thận... trong nghiên cứu ở mức độ cho phép và có thể điều chỉnh được.

Tái phát, di căn là đặc tính chung của ung thư và ung thư vú nói riêng. Trong ung thư vú việc xác định tái phát, di căn giúp cho các nhà lâm sàng quyết định tiếp tục điều trị nội tiết hay thay đổi chiến lược điều trị với mục đích kéo dài thời gian sống cho người bệnh. Trong nghiên cứu này tỷ lệ tái phát sau 3 năm là 1,3% ; di căn sau 3 năm là 3,4%. Tái phát và di căn sau 3 năm là 8 bệnh nhân chiếm 5,4%. Tỷ lệ tái phát và di căn sau 3 năm có liên quan đến sự tăng nồng độ CA 15.3 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của đề tài và các tác giả khác cho thấy sự tăng nồng độ CA 15.3 trước, trong và sau điều trị có giá trị theo dõi đáp ứng điều trị, tiến triển của bệnh, tái phát và di căn [5]. Đánh giá thời gian sống thêm liên quan đến sự thay đổi nồng độ CA 15.3 và một số chỉ số sinh hóa, huyết học sẽ là hướng nghiên cứu trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Tuổi mắc bệnh trung bình $62 \pm 10,2$. Nhóm tuổi 55-65 chiếm tỷ lệ cao nhất 46,2%.

Thời gian mãn kinh trung bình $6 + 2,5$ năm

Giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất 65,8%. Chỉ có 9,4% là giai đoạn I.

Bệnh nhân uống thuốc nội tiết < 01 năm 22,8%; 1-3 năm 30,3%; và > 3 năm 47,9%.

Nồng độ CA 15.3 < 01 năm giá trị trung vị 35ng/ml; 1-3 năm 41ng/ml; >3 năm 46ng/ml. Các chỉ số sinh hóa, huyết học khác thay đổi mức độ ít có thể kiểm soát được

Tái phát và di căn sau 3 năm là 8 bệnh nhân chiếm 5,4%. Tỷ lệ tái phát và di căn sau 3 năm có liên quan đến sự tăng nồng độ CA 15.3 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hoa, (2012), "Nhận xét nồng độ CA 15.3 ở bệnh nhân ung thư vú được hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật". Tạp chí Ung thư học Việt nam, số 4, 2012, tr 275 - 278
2. Nguyễn Thị Mai lan, Nguyễn Đại Bình (2012), "Đánh giá hiệu quả điều trị và độc tính phác đồ Lipo-dox đơn thuần trên bệnh nhân ung thư vú tái phát và hoặc di căn". Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 4, 2012, tr 330-337.
3. Di Gioia D, Dresse M, Mayr D, et al. (2015), "Serum HER2 in combination with CA 15-3 as a parameter for prognosis in patients with early breast cancer", Clin Chim Acta, 440, pp. 16-22.
4. Effi AB, Aman NA, Kouli BS, et al. (2016), "Breast Cancer Molecular Subtypes Defined by

- ER/PR and HER2 Status: Association with Clinicopathologic Parameters in Ivorian Patients", Asian Pac J Cancer Prev, 17 (4), pp. 1973-8.
5. **Fejzic H, Mujagic S, Azabagic S, et al. (2015)**, "Tumor marker CA 15-3 in breast cancer patients", Acta Med Acad, 44 (1), pp. 39-46.
6. **Konan S, Goussot V, Desmoulins I, et al. (2015)**, "Clinical value of CA 15-3 for early detection of relapse in locally advanced breast cancer", Bull Cancer, 102 (10), pp. 834-44.

SỰ HÀI LÒNG VỀ QUY CHẾ THI ĐUA KHEN THƯỞNG CỦA CÁN BỘ VIỆN ĐÀO TẠO Y HỌC DỰ PHÒNG VÀ Y TẾ CÔNG CỘNG, NĂM HỌC 2017-2018

Đỗ Thị Thanh Toàn*, Lê Thu Hương*, Nguyễn Thị Thịnh*, Nguyễn Thúy Hiền*, Nguyễn Xuân Tuấn*, Nguyễn Việt Phương*, Nguyễn Hữu Thắng*, Lê Thị Thanh Xuân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự hài lòng của cán bộ Viện về quy chế thi đua khen thưởng của Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng (YHDP & YTCC) năm học 2017-2018. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 71 cán bộ là cán bộ cơ hữu và cán bộ hợp đồng thuộc ngành giảng viên và chuyên viên của Viện. **Kết quả:** tất cả 15 nội dung tính điểm thi đua thành phần bao gồm 10 nội dung về tính điểm thi đua chuyên môn và 5 nội dung về tính điểm cộng ngoài điểm chuyên môn đều có tỷ lệ cán bộ hài lòng ở mức cao trên 60%. Với 13 nội dung về đánh giá kết quả thi đua khen thưởng, phần lớn các cán bộ đều hài lòng với các cách đánh giá thi đua khen thưởng hiện tại (62,0 – 81,7%). **Kết luận:** Hầu hết các cán bộ viên chức Viện YHDP & YTCC đều hài lòng ở mức cao đối với cách tính điểm thi đua thành phần và các cách đánh giá thi đua khen thưởng hiện tại. Viện cần tiếp tục phát huy hình thức đánh giá cán bộ thông qua hệ thống thi đua khen thưởng và đặc biệt chú trọng vào việc xây dựng các tiêu chí rõ ràng cụ thể cũng như các mức độ đánh giá phù hợp cho từng nhóm đối tượng cán bộ khác nhau.

Từ khóa: thi đua khen thưởng, hài lòng, Viện y học dự phòng và y tế công cộng

SUMMARY

SATISFACTION WITH REGULATIONS ON EMULATION AND COMMENDATION OF STAFF OF THE INSTITUTE OF PREVENTIVE MEDICINE AND PUBLIC HEALTH, 2017-2018

Objective: Describe the satisfaction on the regulations of emulation and commendation of staff of the Institute of Preventive Medicine and Public Health, in the year 2017-2018. **Methods:** Cross sectional study among 71 Institute staff. **Results:** Among all 15 regulations of emulation and commendation, 60% of staff said they satisfy. Among 13 regulations of

rewards, two thirds of participants satisfied with the current regulations. **Conclusion:** Most of the Institute staff highly satisfied with the regulations of emulation and commendation. The Institute should continue to promote this kind of evaluation form in order to encourage the Institute staff to work effectively.

Keywords: Emulation and commendation regulations, satisfaction, Institute of Preventive Medicine and Public Health

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, khi nền kinh tế đã ngày càng phát triển, nhu cầu sinh hoạt và làm việc của con người cũng tăng lên đáng kể. Người lao động không còn chỉ đơn thuần việc ai người nấy làm nữa mà có nhu cầu giao tiếp và có các mối quan hệ nhiều hơn với nhau trong công việc. Các nhà lãnh đạo của tổ chức cũng thấy rằng việc người lao động gắn bó, cạnh tranh nhau trong công việc cũng khiến cho năng suất lao động của họ tăng lên không ít. Chính vì vậy, hiện nay các tổ chức đều đã và đang rất chú trọng đến công tác thi đua khen thưởng của người lao động. Công tác thi đua khen thưởng nếu được thực hiện một cách đúng đắn thì có thể tạo tiền đề cho tổ chức phát triển lớn mạnh.

Để động viên, khuyến khích các cán bộ viên chức tích cực tham gia một cách chủ động và hiệu quả công việc của mình, Ban Lãnh đạo Viện Đào tạo YHDP & YTCC đã hết sức nỗ lực trong công tác thi đua khen thưởng của Viện. Bằng các hình thức hợp lý, khen thưởng rõ ràng, đúng lúc đã mang lại cho Viện nhiều thành quả, tạo nên một khối đại đoàn kết, gắn bó trong tập thể. Nghiên cứu này nhằm mô tả sự hài lòng của cán bộ Viện về quy chế thi đua khen thưởng của Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng năm học 2017-2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 9/2018 đến tháng 3/2019 tại Viện YHDP & YTCC, trường ĐHYHN.

*Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thanh Toàn
 Email: dothithanhtoan@hmu.edu.vn
 Ngày nhận bài: 13.4.2019
 Ngày phản biện khoa học: 31.5.2019
 Ngày duyệt bài: 6.6.2019

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ cán bộ là các cán bộ cơ hữu và cán bộ hợp đồng thuộc ngạch giảng viên và chuyên viên của Viện.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn toàn bộ cán bộ cơ hữu và cán bộ hợp đồng của Viện. Thực tế đã thu được 71 phiếu của các cán bộ thuộc Viện. Số cán bộ không tiếp cận được là do không có mặt tại thời điểm nghiên cứu (đi công tác, đi giảng...).

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu: Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi tự điền gồm 3 phần: Phần I về sự hài lòng với các tính các điểm thi đua thành phần; Phần II là hài lòng với cách đánh giá kết quả thi đua khen thưởng và Phần III là những đề xuất sửa đổi quy chế thi đua khen thưởng. Đối với Phần I, điểm thành phần được tính cho điểm chuyên môn (bắt buộc) theo nhiệm vụ của giảng viên và nhiệm vụ của chuyên viên, và điểm cộng như cộng thành tích đột xuất, tham gia NCKH hoặc điểm dịch vụ. Đối với Phần II, hài lòng được tính cho cách quy đổi tổng điểm thi đua, hài lòng với cơ cấu điểm thi đua và với mức thưởng ABC... Đối với Phần III, đề xuất sửa đổi cũng được xem xét ở tất cả các hạng mục được tính trong Phần I và Phần II.

2.5. Quy trình thu thập số liệu: Trước khi phỏng vấn thật thì tiến hành phỏng vấn thử để có thể phỏng đoán trước được những tình huống bất ngờ có thể xảy ra, tạo sự thuận lợi nhất cho quá trình thu thập số liệu sau này. Sau đó, Phòng văn theo hình thức tự điền đối với tất cả các cán bộ của Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng.

2.6. Phương pháp xử lý, phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích số liệu sẽ được phân tích theo cấp bộ môn, phòng, theo các đặc trưng cá nhân.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được nghiên cứu khi được sự cho phép của Lãnh đạo Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của người tham gia nghiên cứu.

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Tần số (n)	Phần trăm(%)
Tuổi ($\bar{x} \pm SD$ (Min – Max))	42,3 $\pm$ 10,7	(25-66)
Giới:		
Nam	26	36,6
Nữ	41	57,8
Không có thông tin	4	5,6
Đơn vị: Phòng/ban	9	12,7
Bộ môn	55	77,5
Trung tâm/Labo	2	2,8
Không có thông tin	5	7,0
Chức danh năm học 2017 - 2018		
Giảng viên	28	39,4
Giảng viên chính	4	5,6
Giảng viên cao cấp	17	23,9
Chuyên viên	9	12,7
Kỹ thuật viên	7	9,8
Nghiên cứu viên	2	2,8
Y công	1	1,4
Không có thông tin	3	4,2
Giữ chức vụ quản lý tại Viện		
Hiện tại đang giữ chức vụ	17	23,9
Đã từng giữ chức vụ	9	12,7
Không	42	57,8
Không có thông tin	4	5,6

Nhận xét: Trong tổng số 71 đối tượng tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 42,3 tuổi với độ lệch chuẩn là 10,7. Số cán bộ là nữ chiếm hơn một nửa (57,8%). Phần lớn số cán bộ là đến từ các Bộ môn (hơn 2/3 tổng số - 77,5%). Trong đó, đa số cán bộ là giảng viên (39,4%) và giảng viên cao cấp (23,9%) và chỉ có 01 cán bộ là y công (1,4%). Hơn một nửa số trong tổng số 71 cán bộ không giữ chức vụ quản lý (57,8%) và chỉ có 17 cán bộ (23,9%) đang giữ chức vụ quản lý tại Viện.

3.2. Sự hài lòng của cán bộ với quy chế thi đua khen thưởng của Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng.

3.2.1. Sự hài lòng với cách tính điểm thi đua thành phần.

Bảng 3.2. Sự hài lòng với cách tính điểm thi đua chuyên môn.

Cách tính điểm thi đua chuyên môn	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Bình thường	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không có thông tin	Trung bình
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	$\bar{x} \pm SD$
Cách quy đổi điểm chuyên môn (áp dụng với GV)	19 (26,8)	35 (49,3)	15 (21,1)	0	1 (1,4)	1 (1,4)	4,0 $\pm$ 0,8

Cách tính điểm chuyên môn của cán bộ không phải GV	12 (16,9)	36 (50,7)	17 (23,9)	2 (2,8)	1 (1,4)	3 (4,2)	3,8 ± 0,8
Cách tính giờ giảng	19(26,8)	34(47,9)	17(23,9)	0	0	1(1,4)	4,0±0,7
Cách tính giờ giảng sau đại học	17 (23,9)	34 (47,9)	18 (25,4)	0	0	2 (2,8)	4,0 ± 0,7
Cách tính giờ hướng dẫn đại học và sau đại học	18 (25,4)	31 (43,7)	18 (25,4)	2 (2,8)	0	2 (2,8)	3,9 ± 0,8
Cách tính giờ viết sách	16 (22,5)	32 (45,1)	20 (28,2)	1 (1,4)	0	2 (2,8)	3,9±0,8
Cách tính điểm thi đua chuyên môn	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Bình thường	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không có thông tin	Trung bình
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	$\bar{X} \pm SD$
Cách tính điểm coi thi	15 (21,1)	33 (46,5)	18 (25,4)	3 (4,2)	2 (2,8)	0	3,8 ± 0,9
Cách tính điểm NCKH	15 (21,1)	38 (53,5)	15 (21,1)	2 (2,8)	1 (1,4)	0	3,9 ± 0,8
Cách tính điểm CÔNG ĐOÀN	12 (16,9)	37 (52,1)	19 (26,8)	2 (2,8)	0	1 (1,4)	3,8 ± 0,7
Cách tính điểm HOP	14(19,7)	40(56,3)	14(19,7)	3(4,3)	0	0	3,9±0,8

Nhận xét: Kết quả bảng 3.2 cho thấy 76,1% cán bộ hài lòng và 1,4% cán bộ không hài lòng về cách quy đổi điểm chuyên môn áp dụng với giảng viên. Có 67,6% cán bộ hài lòng và 4,2% cán bộ không hài lòng về cách tính điểm chuyên môn của cán bộ không phải giảng viên. Kết quả cũng cho thấy một số ít cán bộ không hài lòng về cách tính điểm coi thi (7%) và cách tính điểm NCKH (4,2%).

Bảng 3.3. Sự hài lòng với cách tính điểm cộng (ngoài điểm chuyên môn).

Cách tính điểm CỘNG	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Bình thường	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không có thông tin	Trung bình
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	$\bar{X} \pm SD$
Hài lòng với cách tính điểm kiêm nhiệm chức vụ	11 (15,5)	41 (57,8)	17 (23,9)	1 (1,4)	0	1 (1,4)	3,9 ± 0,7
Cách tính điểm thành tích đột xuất	15 (21,1)	34 (47,9)	18 (25,4)	3 (4,2)	0	1 (1,4)	3,9 ± 0,8
Cách tính điểm dịch vụ	8(11,3)	30(42,3)	26(36,6)	3(4,2)	3(4,2)	1(1,4)	3,5 ± 0,9
Cách tính điểm coi thi	13(18,3)	33(46,5)	15(21,1)	3(4,2)	3(4,2)	4(5,6)	3,7 ± 1,0
Cách tính điểm NCKH	14(19,7)	33(46,5)	13(18,3)	3(4,2)	2(2,8)	6(8,5)	3,8 ± 0,9

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu trong bảng 3.3 cho thấy mức độ hài lòng của cán bộ về cách tính điểm Cộng ngoài điểm chuyên môn. Trong đó, có trên 1/2 cán bộ hài lòng với các cách tính điểm kiêm nhiệm chức vụ, cách tính điểm thành tích đột xuất, cách tính điểm dịch vụ, cách tính điểm coi thi và cách tính điểm NCKH. Có 8,4% cán bộ không hài lòng về cách tính điểm dịch vụ và cách tính điểm coi thi.

3.2.2. Hài lòng với cách đánh giá kết quả thi đua khen thưởng.

Bảng 3. 4. Hài lòng với cách đánh giá kết quả thi đua khen thưởng.

Các cách đánh giá kết quả thi đua khen thưởng	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Bình thường	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không có thông tin	Trung bình
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	$\bar{X} \pm SD$
Cách phân loại thi đua theo 2 nhóm là GV và không phải là GV	20 (28,2)	35 (49,3)	10 (14,1)	4 (5,6)	1 (1,4)	1 (1,4)	4,0 ± 0,9
Cách tính điểm miễn giảm giờ chuyên môn	17 (23,9)	35 (49,3)	17 (23,9)	0	0	2 (2,8)	4±0,7
Cách tính điểm cộng	13	35	17	1	0	5	3,9±0,7

từ miễn giảm cho cán bộ không phải là GV	(18,3)	(49,3)	(23,9)	(1,4)		(7,0)	
Cách quy đổi tổng điểm thi đua	14 (19,7)	37 (52,1)	18 (25,4)	2 (2,8)	0	0	3,9±0,7
Cơ cấu điểm thi đua bắt buộc	17 (23,9)	41 (57,8)	11 (15,5)	0	0	2 (2,8)	4,1±0,6
Các mức phân loại kết quả thi đua	10 (14,1)	37 (52,1)	6 (8,5)	2 (2,8)	0	16 (22,5)	4±0,7
Loại A1	12(16,9)	41(57,8)	13(18,3)	4(5,6)	0	1(1,4)	3,9±0,8
Loại A2	15(21,1)	37(52,1)	13(18,3)	4(5,6)	0	2(2,8)	3,9±0,8
Các đánh giá kết quả thi đua khen thưởng	Hoàn toàn đồng ý	Đồng ý	Bình thường	Không đồng ý	Hoàn toàn không đồng ý	Không có thông tin	Trung bình
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	$\bar{X} \pm SD$
Loại B	16(22,5)	40(56,3)	12(16,9)	2(2,8)	0	1(1,4)	4±0,7
Loại C	15(21,1)	40(56,3)	12(16,9)	3(4,2)	0	1(1,4)	4,0±0,8
Loại D	14(19,7)	40(56,3)	12(16,9)	4(5,6)	1(1,4)	0	3,9±0,8
Mức thưởng ABC theo hệ số của từng cán bộ được phân loại	10 (14,1)	34 (47,9)	22 (31,0)	3 (4,2)	0	2 (2,8)	3,7±0,8
Cách phản hồi kết quả thi đua	19 (26,8)	37 (52,1)	10 (14,1)	3 (4,2)	1 (1,4)	1 (1,4)	4±0,9

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết cán bộ hài lòng với các cách đánh giá kết quả thi đua khen thưởng. Trong đó, có 81,7% cán bộ hài lòng với cơ cấu điểm thi đua bắt buộc, 78,9% cán bộ hài lòng với cách phản hồi kết quả thi đua. Kết quả cũng cho thấy có 7% cán bộ không hài lòng với mức phân loại thi đua D.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Sự hài lòng về cách tính điểm thi đua thành phần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tất cả 15 nội dung tính điểm thi đua thành phần bao gồm 10 nội dung về tính điểm thi đua chuyên môn và 5 nội dung về tính điểm cộng ngoài điểm chuyên môn đều có tỷ lệ cán bộ hài lòng ở mức cao trên 60%. Kết quả này tương đương với kết quả khảo sát cán bộ tại các Khoa/Bộ môn tại Trường Đại học Kinh tế - Đại học Huế năm 2017 (38,9 – 100%) [2]. Các nội dung tính điểm thi đua có tỷ lệ cán bộ không hài lòng cao hơn cả, bao gồm: cách tính điểm dịch vụ (8,4%), cách tính điểm coi thi (7%) và cách tính điểm NCKH (7%). Các lý do dẫn tới việc không hài lòng với các cách tính điểm này được một số cán bộ đưa ra. Trong đó, với cách tính điểm dịch vụ, có 2 ý kiến cho rằng, hiện nay điểm dịch vụ chỉ tính cho những hoạt động/hợp đồng của cá nhân, đơn vị nộp phúc lợi cho Viện mà không tính cho các hoạt động đào tạo ngắn hạn. Bên cạnh đó, có 3 cán bộ đưa ra ý kiến cần xem xét loại bỏ nội dung tính điểm dịch vụ ra khỏi điểm thi đua vì cho rằng cần tập chung vào công tác chuyên môn chính là giảng dạy. Tuy nhiên, nếu các trường đại học muốn thực đẩy nhiệm vụ nghiên cứu ứng dụng và tiếp cận cộng đồng thì các hệ thống khen thưởng thể chế cần phải công nhận nhiều hình thức trong đó có dịch

vụ (Mundt và cộng sự) [3]. Đối với cách tính điểm NCKH, sự không hài lòng của cán bộ được cho là do có sự không công bằng về tính điểm giữa 2 nhóm đối tượng: cán bộ là giảng viên và cán bộ không phải giảng viên. Việc xem xét chỉnh sửa lại cách tính điểm này là cần thiết vì nếu hệ thống thi đua khen thưởng xuất hiện sự bất công, thì sẽ gây ảnh hưởng tiêu cực đến các quyết định ở lại công tác của cán bộ (Daly và cộng sự) [4].

4.2. Sự hài lòng với cách đánh giá kết quả thi đua khen thưởng. Nghiên cứu tiến hành khảo sát sự hài lòng của 71 cán bộ đối với 13 nội dung về đánh giá kết quả thi đua khen thưởng. Kết quả cho thấy, nhìn chung, các cán bộ đều hài lòng với với các cách đánh giá thi đua khen thưởng hiện tại (62,0 – 81,7%). Kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Định nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa với kết quả chỉ có 36,8% số y bác sĩ được hỏi hài lòng về chế độ thi đua khen thưởng hiện hành của đơn vị [5]. Sở dĩ có sự khác biệt này là do công tác đánh giá kết quả công việc trong nghiên cứu của chúng tôi được ban lãnh đạo Viện khá chú trọng, cách đánh giá kết quả được chia thành các mức độ cụ thể với các tiêu chí tương đối rõ ràng (81,7% cán bộ hài lòng với nguyên nhân này) (bảng 3.4). Mặc dù mức độ hài lòng của cán bộ về các mức phân

loại kết quả thi đua khá cao, tuy nhiên vẫn còn có 7% các cán bộ không hài lòng về mức phân loại D (bảng 3.4). Phải chăng, việc phân chia kết quả thi đua thành 5 mức độ vẫn chưa thực sự hoàn hảo?

V. KẾT LUẬN

Hầu hết các cán bộ viên chức Viện YHDP & YTCC đều hài lòng ở mức cao đối với cách tính điểm thi đua thành phần và các cách đánh giá thi đua khen thưởng hiện tại. Tuy nhiên, cách tính điểm dịch vụ và cách tính điểm nghiên cứu khoa học là những nội dung có sự không hài lòng cao hơn cả.

KHUYẾN NGHỊ

Viện cần chú trọng hơn nữa công tác đánh giá cán bộ trong hệ thống thi đua khen thưởng và đặc biệt chú trọng vào việc xây dựng các tiêu chí rõ ràng cụ thể cũng như các mức độ đánh giá phù hợp cho từng nhóm đối tượng cán bộ khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Văn bản quy phạm pháp luật**, <http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&page=1&mode=detail&document_id=163542>, xem: 08/06/2019.
2. **Hoàng Quang Thành (2017)**. Báo cáo kết quả khảo sát mức độ hài lòng của giảng viên về môi trường làm việc và chất lượng các hoạt động phục vụ, hỗ trợ, Đại học kinh tế - Đại học Huế, ngày 16/5/2017, Thừa Thiên Huế.
3. **The Urban University**. An Opportunity for Renewal in Higher Education. [online] Available at: https://www.researchgate.net/publication/263123355_The_Urban_University_An_Opportunity_for_Renewal_in_Higher_Education, [Accessed 8 June 2019].
4. **Daly C.J. and Dee J.R. Greener Pastures**: Faculty Turnover Intent in Urban Public Universities.
5. **Nguyễn Thị Định. (2014)**. Thực trạng và giải pháp nâng cao hiệu quả chế độ đãi ngộ đối với đội ngũ y bác sĩ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa <http://elb.lic.neu.edu.vn/bitstream/DL_123456789/7472/1/TT-ThS.9960.pdf>, xem: 09/6/2019.
6. **Nguyễn Thị Tuyết (2008)**. Tiêu chí đánh giá giảng viên. Tạp chí Khoa học HQCHN, Khoa học Xã hội và Nhân văn, 24, 131-135.
7. **Mustapha N. (2013)**. The Influence of Financial Reward on Job Satisfaction among Academic Staffs at Public Universities in Kelantan, Malaysia. 4(3), 5.

ĐIỀU TRỊ U NANG VÒM MŨI HỌNG BẰNG LASER DIODE TẠI KHOA KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN TAI - MŨI - HỌNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Khánh Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phương pháp điều trị u nang vòm mũi họng bằng laser diode. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 68 bệnh nhân u nang vòm mũi họng được phẫu thuật laser diode tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ 3/2014 đến 11/2014. **Kết quả:** Nhóm tuổi 36-55 gặp nhiều nhất chiếm 60,3%. Tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam 40/28, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khối u có màu hồng là 67,6%, khối u có màu trắng là 32,4%. Kết quả điều trị sau 10 ngày: 100% không chảy máu, 32,4% còn đau nhẹ, 52,9% còn nề đỏ; kết quả điều trị sau 30 ngày: 8,8% còn nề đỏ. **Kết luận:** Trong nghiên cứu này, sử dụng laser diode để điều trị u nang vòm mũi họng là phương pháp an toàn, dễ thực hiện, với kết quả sau phẫu thuật tốt, không có biến chứng nào.

Từ khóa: Laser, u nang vòm mũi họng, kết quả điều trị.

SUMMARY

*Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Khánh Vân
Email: khanhvantnhtw@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 31.5.2019
Ngày duyệt bài: 6.6.2019

NASOPHARYNX CYST TREATMENT WITH LASER DIODE TREATMENT AT NATIONAL HOSPITAL OF OTOLARYNGOLOGY

Objectives: To evaluate the results of nasopharyngeal cyst treatment by laser diode. **Objects and methods:** Descriptive study in 68 patients with nasopharyngeal cyst treated by laser diode at the National Hospital of Otolaryngology from 3/2014 to 11/2014. **Results:** The most common ages are from 36-55 with 60.3%. The rate of female is higher than male with 40/28, the difference is statistically significant with $p < 0.05$. Pink nasopharyngeal cysts are seen in 67.6% and white nasopharyngeal cysts are seen in 32.4%. The result treatment after 10 days: 100% patients with no bleeding, 32.4% patients with mild pain, 52.9% with red swelling; after 30 days: 8.8% with red swelling. **Conclusions:** Laser Diode in treating nasopharyngeal cyst is a easy-to-do, safe procedure with good postoperative results and no complications.

Key words: Laser, nasopharyngeal cyst, treatment result.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nang vòm mũi họng là u lành tính. U nang là loại u không phổ biến và phần lớn không có triệu chứng. Do vậy, thường được phát hiện tình cờ khi nội soi vòm mũi họng, chụp cắt lớp hoặc cộng hưởng từ vì một lý do khác. Thậm chí khá

hiều trường hợp nó có nguồn gốc từ chảy mũi mãn dai dẳng, viêm mũi xoang, tắc mũi. Nguyên nhân chưa được xác định rõ. U nang chiếm tỷ lệ khoảng 4% và không liên quan đến giới tính.

Laser là chữ viết tắt của "Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation" có nghĩa là "khuếch đại ánh sáng bởi các kích thích phát xạ cưỡng bức". Laser là nguồn ánh sáng nhân tạo thu được nhờ sự khuếch đại ánh sáng bằng bức xạ phát ra khi kích hoạt cao độ các phân tử từ môi trường vật chất tương ứng. Laser là ánh sáng có nhiều tính chất đặc biệt hơn hẳn ánh sáng tự nhiên hay nhân tạo khác và có những tác dụng rất hữu ích có thể áp dụng trong nhiều lĩnh vực khoa học kỹ thuật và đời sống, trong đó có y học. Ngành Tai - Mũi Họng đã ứng dụng công nghệ laser trong phẫu thuật nhiều bệnh lý như: cắt amidan, các khối u lành tính,... Ứng dụng công nghệ laser diode trong điều trị u nang vòm mũi họng là phương pháp hiện đại, hiệu quả điều trị cao và ít xảy ra tai biến.

Với mục đích nhằm góp phần nghiên cứu ưu điểm và hạn chế của phương pháp phẫu thuật u nang bằng laser diode. Đề tài nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá kết quả của phương pháp điều trị u nang vòm mũi họng bằng laser diode"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 68 bệnh nhân u nang vòm mũi họng được phẫu thuật bằng laser diode tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Tai - Mũi - Họng Trung ương từ tháng 3/2014 đến tháng 11/2014.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân trên 15 tuổi
- Không phân biệt giới
- Được chẩn đoán là u nang vòm mũi họng
- Không có bệnh toàn thân nặng
- Bệnh nhân đồng ý hợp tác nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- U xơ vòm mũi họng
- Bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng
- Bệnh nhân không đồng ý hợp tác nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân được phẫu thuật u nang vòm mũi họng bằng laser diode. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 10 ngày, 30 ngày

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét: Bệnh nhân ít tuổi nhất là 19 tuổi và bệnh nhân cao tuổi nhất là 74 tuổi. Nhóm tuổi

36 - 55 gặp nhiều nhất với 41 trường hợp chiếm 60,3%, nhóm tuổi >55 gặp ít nhất với 4 trường hợp chiếm 5,9%.

Tuổi	15-35	36-55	> 55	Tổng
Số lượng	23	41	4	68
Tỷ lệ (%)	33,8	60,3	5,9	100,0

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Nam	Nữ	Tổng
Số lượng	28	40	68
Tỷ lệ (%)	41,2	58,8	100,0

Tỷ lệ nữ/nam là 40/28 tương ứng là 1,43, có sự khác nhau giữa nam và nữ với $P < 0,05$

3.2. Hình thái lâm sàng

3.2.1. Màu sắc khối u vòm mũi họng

Bảng 3.3. Phân bố màu sắc khối u nang vòm mũi họng

Màu sắc	Hồng	Trắng	Tổng số
Số lượng	46	22	68
Tỷ lệ (%)	67,6	32,4	100,0

Bảng 3.3 cho thấy, trong tổng số 68 trường hợp, khối u có màu hồng gặp 46 trường hợp chiếm tỷ lệ 67,6% và khối u có màu trắng gặp 22 trường hợp chiếm tỷ lệ 32,4%.

3.2.2. Vị trí khối u nang vòm mũi họng

Bảng 3.4. Phân bố vị trí khối u nang vòm mũi họng

Vị trí	Thành sau	Thành bên	Nóc vòm	Tổng số
Số lượng	58	3	7	68
Tỷ lệ (%)	85,3	4,4	10,3	100,0

Về vị trí u nang ở vòm mũi họng, qua bảng 3.4 cho thấy u nang ở vị trí thành sau là chủ yếu với 58 trường hợp chiếm 85,3%, tiếp theo là u nang ở vị trí nóc vòm với 7 trường hợp chiếm 10,3%, sau đó là u nang ở vị trí thành bên gặp 3 trường hợp chiếm 4,4%.

3.3. Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật

3.3.1. Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật 10 ngày

3.3.1.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.5. Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật 10 ngày

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau	22	32,4
Vướng	28	41,2

Bảng 3.5 cho thấy triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật 10 ngày còn gặp triệu chứng đau 22 trường hợp chiếm tỷ lệ 32,4%, triệu chứng vướng gặp 28 trường hợp chiếm 41,2%.

3.3.1.2. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.6. Triệu chứng thực thể sau phẫu thuật 10 ngày

Triệu chứng thực thể	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giả mạc	62	91,2

Nề đỏ	36	52,9
Chảy máu	0	0,0

Triệu chứng thực thể sau phẫu thuật 10 ngày, triệu chứng còn giả mạc gặp chủ yếu với 62 trường hợp chiếm tỷ lệ 91,2%, triệu chứng nề đỏ gặp 36 trường hợp chiếm 52,9%, triệu chứng chảy máu không gặp trường hợp nào.

3.3.2. Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật 30 ngày

3.3.2.1. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.7. Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật 30 ngày

Triệu chứng cơ năng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau	0	0,0
Vướng	2	1,2

Bảng 3.7 cho thấy triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật 30 ngày, không gặp trường hợp nào còn triệu chứng đau, triệu chứng vướng chỉ gặp 2 trường hợp chiếm 1,2%.

3.3.2.2. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.5. Triệu chứng thực thể sau phẫu thuật 30 ngày

Triệu chứng thực thể	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giả mạc	0	0,0
Nề đỏ	6	8,8
Chảy máu	0	0,0

Triệu chứng thực thể sau phẫu thuật 30 ngày, không gặp trường hợp nào với triệu chứng còn giả mạc, triệu chứng nề đỏ gặp 12 trường hợp chiếm tỷ lệ 17,6%, triệu chứng chảy máu cũng không gặp trường hợp nào.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới

***Về tuổi:** Trong nghiên cứu này bệnh nhân ít tuổi nhất là 19 tuổi và bệnh nhân cao tuổi nhất là 74 tuổi. Nhóm tuổi 36-55 gặp nhiều nhất, theo Sekiya K và cộng sự gặp nhiều ở nhóm tuổi 51-60 tuổi. Có thể trong nghiên cứu này những bệnh nhân u nang vòm mũi họng có bệnh viêm mũi xoang và các bệnh khác kèm theo do vậy mà được phát hiện nhóm tuổi trẻ hơn.

***Về giới:** Theo kết quả nghiên cứu tỷ lệ nữ gặp 58,8% và tỷ lệ gặp nam là 41,2%, có sự khác nhau giữa nam và nữ. Các nghiên cứu các tác giả khác thấy u nang không liên quan đến giới tính. Trong nghiên cứu này có sự khác nhau giữa nam và nữ có thể do số lượng nghiên cứu còn hạn chế và trên các bệnh nhân có các bệnh lý về mũi xoang nhiều.

4.2. Hình thái lâm sàng: Màu sắc khối u nang vòm mũi họng thường có màu hồng và màu trắng đục, tỷ lệ khối u nang màu hồng gặp nhiều hơn. Với những khối u nang màu hồng thường ở sâu dưới niêm mạc hơn. Khối u nang

có màu trắng đục thì thường phát triển cao trên bề mặt niêm mạc vòm mũi họng hơn, đôi khi có trường hợp có nhiều u nang nhỏ gần nhau. Mặc dù khi phẫu thuật dịch chứa bên trong các loại nang này đều là dịch mủ đặc trắng đục. Sở dĩ u nang có màu hồng là do ở sâu dưới niêm mạc mà không thấy dịch mủ trắng đục này.

Vị trí khối u nang vòm mũi họng chủ yếu ở thành sau gặp 58 trường hợp chiếm 85,3%, vị trí ở thành bên và nóc vòm ít gặp. Trong nghiên cứu này gặp cả hai hình thái u nang màu hồng và màu trắng ở các vị trí của vòm mũi họng.

Phần lớn các trường hợp là được phát hiện tình cờ khi đi khám nội soi Tai - Mũi - Họng. Có thể đã khám ở một nơi khác rồi lại tới đây khám lại. Trong số các bệnh nhân có u nang vòm mũi họng này có nhiều bệnh nhân có viêm mũi xoang, hội chứng trào ngược dạ dày thực quản.

4.3. Đánh giá tình trạng bệnh nhân: Dựa trên triệu chứng lâm sàng, trong nghiên cứu này điều trị phẫu thuật. Khi phẫu thuật có một số trường hợp chảy máu ít, tuy nhiên sẽ được cầm máu ngay bằng chính laser diode này.

Sau phẫu thuật 10 ngày, triệu chứng cơ năng không có bệnh nhân nào chảy máu, còn 32,4% bệnh nhân có đau nhẹ mà không phải uống thuốc giảm đau, và một số có cảm giác vướng ở vị trí u nang đã phẫu thuật với 41,2%. Triệu chứng thực thể phần lớn các trường hợp còn giả mạc trắng, không chảy máu chiếm 91,2%, còn 52,9% trường hợp còn nề đỏ có thể đã bong giả mạc hoặc chưa bong giả mạc thì nề đỏ xung quanh giả mạc.

Sau phẫu thuật 30 ngày, đại đa số đã ổn định về triệu chứng cơ năng và thực thể. Triệu chứng thực thể còn 6 trường hợp nề đỏ nhẹ gặp trên người bệnh có khối u nang vòm mũi họng lớn. Tình trạng hốc mổ đã phục hồi hoàn toàn.

Điều trị dẫn lưu nang được thực hiện qua đường miệng bằng phương pháp áp lạnh, dùng đốt điện, những phương pháp này giảm cơ hội chảy máu, nhưng dùng nhiệt độ cao hơn làm tổn thương tổ chức lành xung quanh nang.

Sử dụng laser diode với đặc tính đường kính sợi dây nhỏ, mềm, dễ uốn và dễ cầm tay. Phương pháp này cho phép điều trị qua hốc mũi, đảm bảo nhìn rõ ràng tổn thương và cấu trúc xung quanh, làm cho quá trình thực hiện an toàn, hiệu quả. Kết quả là làm tổn hại rất ít với tổ chức gần nang, quá trình làm lành vết thương được cải thiện và giảm đau sau phẫu thuật. Laser diode dự phòng cầm máu đầy đủ và kiểm soát được mô chảy máu, quá trình thực hiện dễ dàng và giảm các biến chứng. Nhược điểm chính của phương pháp này là khi có những bất thường về giải phẫu hốc

mũi như lệch vẹo vách ngăn, quá phát cuốn làm cho quá trình thực hiện khó khăn.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, sử dụng laser diode để điều trị u nang vòm mũi họng là phương pháp an toàn, dễ thực hiện, với kết quả sau phẫu thuật tốt, không có biến chứng nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cintra PPVC, Anselmo-Lima WT.(2003), "Comparação das técnicas de turbinectomia com laser de CO₂ e laser a diodo". Rev Bras Otorrinolaringol. 69(5):612-20.
2. Eloy P, Watelet JB, Hatert AS, Bertrand B.(2006), "Thornwaldt's cyst and surgery with powered instrumentation". B-ENT. 2(3):135-9.
3. Maia LMSV, Bohadana SC, Ragonete CM, Senes LU, Rausis MBG, Martucci Junior O, et al.(1997), "Cisto de Thornwaldt: Revisão da Literatura e Relato de Um Caso". Int Arch Otorhinolaryngol. 1997;1(4):127-8.
4. Miyahara H, Matsunaga T.(1994), "Thornwaldt's disease". Acta Otolaryngol Suppl. 517:36-9.
5. Tal M., Douraid B.S., Yehudah R. (2009), "Naso pharyngeal", "International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology", Volum 73, Issue 8, Pages 1063-1070.
6. Weissman JL.(1992), "Thornwaldt Cysts". Am J Otolaryngol. 13 (6):381-5.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG DI CĂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT PHÁC ĐỒ BEVACIZUMAB KẾT HỢP FOLFOX4

Vi Trần Doanh¹, Kim Văn Vụt², Nguyễn Văn Hiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư trực tràng di căn xa được điều trị phác đồ bevacizumab kết hợp FOLFOX4. **Bệnh nhân và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, có theo dõi dọc. Từ 10/2011 đến tháng 12/2017, 52 bệnh nhân ung thư trực tràng di căn được điều trị phác đồ hóa chất FOLFOX4 phối hợp bevacizumab tại Bệnh viện K và khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội; bệnh nhân được đánh giá chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi EORTC QoL – C30, và CR 29 dành cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng. **Kết quả:** Đặc điểm chung: Tuổi trung bình là 54,5 ± 9,7; tỷ lệ nam/nữ là 2,64/1. Di căn gan là tổn thương hay gặp nhất, chiếm 57,7%. Kết quả điều trị: Chất lượng cuộc sống được cải thiện ở hầu hết các mặt chức năng: thể chất, hoạt động, cảm xúc, xã hội. Sức khỏe toàn diện, các triệu chứng sau điều trị cải thiện hơn so với trước điều trị. Tuy nhiên tác động lên tài chính là lớn hơn. **Kết luận:** Phác đồ bevacizumab kết hợp FOLFOX4 là phác đồ hiệu quả, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được cải thiện ở tất cả các tiêu chí đánh giá sau điều trị so với trước điều trị.

Từ khóa: ung thư trực tràng di căn, phác đồ kết hợp bevacizumab-FOLFOX4, chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

EVALUATE QUALITY OF LIFE OF METASTATIC RECTAL CANCER PATIENTS TREATED WITH BEVACIZUMAB COMBINED

¹Trung tâm ung bướu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vi Trần Doanh

Email: doanhvitran@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2019

Ngày duyệt bài: 6.6.2019

FOLFOX-4 REGIMEN

Objectives: to evaluate results of bevacizumab combined with folfox-4 chemotherapy regimen for metastatic rectal cancer at Hanoi Medical University hospital and K hospital. **Patients and Methods:** Clinical trial, no control group. From October 2011 to December 2017, we enrolled 52 metastatic rectal cancer. All patients were treated with FOLFOX4-bevacizumab chemotherapy regimen. We assessed quality of life. **Results:** Clinical features: median of age 54,5 ± 9,7. Male/female rate was 2,64/1. Liver metastasis was the most common (57,7%). Treatment results: After 6 cycles, Quality of life improved in all evaluation criteria after treatment compared to before treatment. Compared to intravenous route, the quality of life of patients taking oral medication improved in terms of emotions, pain, fatigue and overall health. However, the impact on finance is greater. **Conclusion:** Bevacizumab combined with FOLFOX4 is an effective regimen in the treatment of metastatic rectal cancer. The patient's quality of life improved in all post-treatment evaluation criteria compared to before treatment

Keywords: metastatic rectal cancer, bevacizumab-FOLFOX4 regimen, quality of life

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp. Theo GLOBOCAN năm 2018, UTĐTT đứng thứ 3 về tỷ lệ mắc mới và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 4 trong các bệnh ung thư thường gặp. Ở Việt Nam, UTĐTT cũng nằm trong nhóm 5 bệnh ung thư thường gặp, bệnh có xu hướng gia tăng [1].

Trong những bệnh nhân mới được phát hiện thì có đến 40% trường hợp đã có di căn tại thời điểm chẩn đoán [2]. Vị trí di căn thường gặp

nhất là gan sau đó là di căn phổi, não và các vị trí khác [3]. Mặc dù có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân với các khối u di căn đơn độc ở phổi hoặc gan còn khả năng điều trị triệt căn bằng phẫu thuật và hóa chất, 80% các bệnh nhân ở giai đoạn lan tràn có tổn thương di căn không còn khả năng phẫu thuật. Hóa trị trong trường hợp này giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, kéo dài thời gian sống thêm [4].

Thời gian gần đây với sự ra đời của các hoạt chất mới và đặc biệt là kỷ nguyên của điều trị nhắm trúng đích, thời gian sống thêm của BN UTĐTT di căn tăng lên gấp đôi với thời gian trung bình trên 2 năm và chất lượng cuộc sống được cải thiện [5], [6].

Tại Bệnh viện K và khoa Ung bướu bệnh viện Đại học Y Hà Nội, điều trị ung thư trực tràng giai đoạn di căn với phác đồ Avastin-FOLFOX4 đã được tiến hành trong những năm gần đây, bước đầu cho thấy có sự cải thiện kết quả điều trị. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư trực tràng di căn được điều trị phác đồ kết hợp Bevacizumab và FOLFOX4"* với mục tiêu: *Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư trực tràng di căn được điều trị phác đồ bevacizumab kết hợp FOLFOX 4.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 52 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng giai đoạn di căn xa được điều trị hóa chất phác đồ bevacizumab kết hợp FOLFOX4 tại Bệnh viện K và khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 10/2011 đến 12/2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Tuổi trên 18
- Được chẩn đoán xác định UTĐTT bằng mô bệnh học (tại u nguyên phát hoặc tại vị trí di căn), bệnh ở giai đoạn muộn (di căn/tái phát di căn) với một hoặc nhiều thương tổn đo được trên thăm khám lâm sàng hoặc với kỹ thuật thường quy (chụp XQ hoặc C.T.Scanner, MRI), không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn.
- Điểm toàn trạng theo ECOG: PS = 0-1
- Được điều trị ít nhất 3 chu kỳ
- Bilan trước điều trị chức năng gan, thận, huyết học ở giới hạn bình thường
- Tình nguyện tham gia nghiên cứu và có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ có 5FU trong vòng 12 tháng hoặc đã điều trị phác đồ bổ trợ có Oxaliplatin trước đó. Chẩn đoán có di căn não hoặc màng não.

- Bệnh nhân không có chỉ định điều trị hóa chất và kháng thể đơn dòng (bệnh toàn thân nặng như: bệnh hô hấp, bệnh tim không ổn định hoặc mất bù, bao gồm cả loạn nhịp, bệnh gan hoặc thận). Có phẫu thuật lớn bụng hoặc ngực gần đây (<28 ngày) trước khi tham gia vào nghiên cứu hoặc một thủ thuật được coi là có nguy cơ đáng kể chảy máu. Có vết thương phẫu thuật chưa hoàn toàn lành.

- Xuất huyết đáng kể (>30ml/một lần trong 3 tháng trước) hoặc ho ra máu (>5 ml máu tươi trong 4 tuần trước).

- Phụ nữ có thai hoặc tiền sử mắc bệnh ác tính khác.

- Bệnh nhân nhân bị tăng huyết áp không kiểm soát được, đang dùng thuốc chống đông máu như aspirin (>325 mg/ngày).

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, theo dõi dọc.

- Các bước tiến hành

Bước 1: Lựa chọn đánh giá bệnh nhân theo đúng các tiêu chuẩn lựa chọn.

Bước 2: Điều trị theo phác đồ bevacizumab (Avastin) và FOLFOX4:

-Bevacizumab (Avastin) 5mg/kg cân nặng truyền TM 90p Ngày 1

-Oxaliplatin 85mg/m²/ngày truyền TMC 2h, Ngày 1

-Calcium folinate 200 mg/m²/ngày truyền TMC 2h, Ngày 1, 2

- 5FU 400 mg/m²/ ngày bơm TMC 15 phút, Ngày 1, 2

- 5FU 600 mg/m²/ ngày truyền TMC liên tục 22h, Ngày 1, 2

Mỗi đợt điều trị cách nhau 2 tuần. Mỗi chu kỳ điều trị gồm 2 đợt. Điều trị 6 chu kỳ.

Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống

- Đánh giá chất lượng cuộc sống: sử dụng bộ câu hỏi EORTC QoL – C30, và CR 29 dành cho bệnh nhân ung thư trực tràng.

Thời điểm đánh giá: Trước điều trị, sau 3 chu kỳ và sau 6 chu kỳ điều trị.

- Cách đánh giá: với từng triệu chứng, tại bất kỳ thời điểm đánh giá nào giá trị tính được sẽ so sánh với lần đánh giá trước hay so với ban đầu. Đánh giá mức độ đáp ứng chủ quan tính trên lần đánh giá có giá trị cao nhất (VD: lần 1: giữ nguyên, lần 2: cải thiện, lần 3: xấu đi thì đáp ứng chủ quan được tính là cải thiện)

- *Tiêu chuẩn về mức độ đáp ứng:* Với các chỉ số đánh giá chức năng – functional scales, đánh giá theo 3 mức độ (điểm số càng tăng càng có cải thiện)

Cải thiện: Tăng ít nhất 10 điểm so với lần đánh giá trước hay giảm hơn ban đầu tại bất kỳ

thời điểm nào.

Ổn định: Thay đổi dưới 10 điểm

Xấu đi: Giảm từ 10 điểm trở lên.

Với các tiêu chuẩn đánh giá các triệu chứng: đánh giá theo 3 mức độ (điểm số càng giảm tức các triệu chứng cải thiện)

Cải thiện: Giảm ít nhất 10 điểm so với lần đánh giá trước hay giảm hơn ban đầu tại bất kì thời điểm nào.

Ổn định: Thay đổi dưới 10 điểm

Xấu đi: Tăng từ 10 điểm trở lên.

Xử lý số liệu: - Nhập số liệu, làm sạch, mã hoá số liệu: dùng phần mềm SPSS 16

- Phương pháp thống kê được sử dụng bao gồm: Thống kê mô tả: Trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh tỷ lệ: Test Chi square ($p < 0,05$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đánh giá chất lượng cuộc sống trước và sau điều trị

Lĩnh vực	Trước điều trị Điểm trung bình	Sau điều trị Điểm trung bình	P
*Các mặt chức năng (điểm cao hơn cải thiện hơn)			
Thể chất	64,5 ± 18,5	76,1 ± 17,3	0,04
Hoạt động	65,3 ± 21,3	76,7 ± 19,6	0,03
Nhận thức	56,9 ± 29,4	61,7 ± 31,4	0,56
Cảm xúc	18,7 ± 15,1	39,9 ± 22,1	0,021
Xã hội	31,0 ± 17,9	52,0 ± 16,4	0,018
*Các triệu chứng và tác dụng phụ (điểm thấp hơn cải thiện hơn)			
Mệt mỏi	36,4 ± 21,3	27,5 ± 18,9	0,074
Ỉa máu hoặc máu trong phân	31,1 ± 19,7	16,3 ± 15,7	0,012
Đau	39,3 ± 18,1	21,3 ± 15,7	0,032
Khó thở	34,5 ± 16,3	21,8 ± 17,9	0,003
Chán ăn	50,0 ± 20,6	41,7 ± 17,3	0,244
Rối loạn giấc ngủ	35,3 ± 27,5	42,4 ± 26,9	0,321
Tác động tài chính	51,0 ± 23,6	62,2 ± 19,8	0,041
*Sức khỏe toàn diện (Điểm cao hơn cải thiện hơn)	42,5 ± 13,2	61,1 ± 12,9	0,001

Nhận xét: - Sau điều trị, chất lượng cuộc sống được cải thiện ở hầu hết các mặt chức năng, các triệu chứng cũng được cải thiện. Sức khỏe toàn diện cũng được cải thiện. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$.

- Ảnh hưởng đến tài chính đối với bệnh nhân sau điều trị là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,041$.

IV. BÀN LUẬN

***Đặc điểm chung:** Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 28, lớn tuổi nhất là 77, Tuổi trung bình là $54,5 \pm 9,7$. Đa số các bệnh nhân trên 40 tuổi (91,2%). Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 2,64/1.

Di căn gan là tổn thương gặp nhiều nhất trong nghiên cứu chúng tôi với 30 BN (57,7%), di căn phổi có 15 BN chiếm 28,8%, trong số đó 5 trường

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình	$54,5 \pm 9,7$	
Tỷ lệ nam/nữ	2,64/1	
Đặc điểm di căn	n	%
Gan	30	57,7
Phổi	15	28,8
Hạch ngoại vi	4	7,7
Phức mạc	6	11,5
Hạch ổ bụng	9	17,3
Khác	5	9,6
Số cơ quan tái phát di căn	n	%
Di căn ≤ 2 vị trí	41	67,3
Di căn > 2 vị trí	11	32,7

Nhận xét: Tuổi trung bình là $54,5 \pm 9,7$. Tỷ lệ nam/nữ là 2,64/1. Gan là vị trí di căn hay gặp nhất với 57,7%. Di căn ≤ 2 vị trí thường gặp hơn với 67,3%.

3.2. Kết quả điều trị

Thay đổi chất lượng cuộc sống

hợp có cả di căn gan và phổi; di căn hạch ổ bụng gặp ở 9/52 BN, chiếm 17,3%. Nghiên cứu của Trần Thắng cho thấy tỷ lệ di căn gan chiếm 41,2% BN UTĐTT di căn [7]. Van Cutsem E báo cáo trong nghiên cứu BEAT, ở nhóm bệnh nhân dùng phác đồ FOLFOX và Avastin có 69% bệnh nhân có di căn gan, 28% có di căn phổi và 38% di căn từ 2 vị trí trở lên [8].

***Chất lượng cuộc sống:** Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống EORTC QOL – C30 – CR29 của hiệp hội ung thư châu Âu nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước điều trị và sau khi kết thúc điều trị đối với bệnh nhân được điều trị hóa chất phác đồ kết hợp FOLFOX4-bevacizumab. Đây là bộ câu hỏi tiêu chuẩn, được

áp dụng rộng rãi trên khắp thế giới để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư trực tràng. Bộ câu hỏi này gồm 2 phần: 30 câu hỏi C30 là bộ câu hỏi chung cho tất cả các bệnh ung thư. CR29 là bộ câu hỏi dành riêng cho ung thư trực tràng. Ban đầu bộ câu hỏi này bao gồm 38 câu CR38, sau được rút gọn lại còn 29 câu và hiện nay bộ câu hỏi này được sử dụng rộng rãi trên khắp thế giới để đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư trực tràng. Tại thời điểm sau kết thúc điều trị 6 chu kỳ hóa trị, chúng tôi đánh giá mức độ cải thiện điểm số trung bình của các triệu chứng theo bộ câu hỏi chất lượng cuộc sống. Sau điều trị, nhóm bệnh nhân nghiên cứu có điểm số cao hơn trước điều trị ở hầu hết các mặt chức năng: thể chất, cảm xúc, xã hội. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê sau điều trị so với trước điều trị.

Ảnh hưởng về mặt tài chính, trong nghiên cứu của chúng tôi, khi đánh giá bằng bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống, kết quả cho thấy ảnh hưởng của vấn đề tài chính sau điều trị so với trước điều trị là có ý nghĩa. Điều này là hoàn toàn dễ hiểu, do chi phí điều trị cao, không phải tất cả các bệnh nhân đều có khả năng tiếp cận. Hơn nữa giá thuốc hiện còn cao hơn mặt bằng chung thu nhập của bệnh nhân dẫn tới việc điều trị bằng thuốc đích kết hợp cũng mang lại những khó khăn với người bệnh. Chính vì vậy chỉ có 37% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có khả năng điều trị tiếp duy trì bằng bevacizumab.

Các nghiên cứu trên thế giới đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trực tràng cũng đều đánh giá về chức năng đại tiện của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, do lượng bệnh nhân còn hạn chế, hơn nữa các triệu chứng chủ yếu bao gồm ỉa chảy máu nên khi đánh giá chất lượng cuộc sống bằng bộ câu hỏi, chủ yếu thu thập được thông tin về triệu chứng này. Kết quả nghiên cứu cho thấy, về triệu chứng ỉa chảy máu thực sự có cải thiện sau điều trị so với trước điều trị.

Các triệu chứng khác về ảnh hưởng của điều trị như mệt mỏi, nôn buồn nôn, chán ăn cũng không có sự khác biệt. Có thể nhận thấy, về mặt cơ năng, việc điều trị hầu như không ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Các tác dụng phụ của phác đồ chúng tôi xin phân tích kĩ hơn trong phần tác dụng phụ của thuốc.

Một số khó khăn, tính đầy đủ và chính xác trong đánh giá chất lượng cuộc sống dựa trên bộ câu hỏi QoL C30 – CR29. Bao gồm các yếu tố về phía người đánh giá: Hạn chế về mặt không gian, thời gian tiếp xúc với người bệnh khi giải thích về việc đánh giá và câu hỏi đánh giá với người được đánh giá. Vấn đề tâm lý giữa bệnh

nhân với nhân viên y tế có thể ảnh hưởng đến kết quả đánh giá. Về phía người được đánh giá (bệnh nhân): Trình độ nhận thức, học vấn ảnh hưởng đến việc đánh giá. Thời điểm đánh giá cũng là yếu tố ảnh hưởng. Về bộ câu hỏi, có một số câu hỏi hiện không phù hợp với người Việt Nam, đôi khi gây khó hiểu và khó đánh giá. Chính vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phần nào gây khó đánh giá. Bởi trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 34,6% các bệnh nhân trên 60 tuổi, chính vì vậy nên ở các câu hỏi này chúng tôi cũng không tiến hành phân tích do thông tin không đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

- Tuổi trung bình là $54,5 \pm 9,7$; tỷ lệ nam/nữ là 2,64/1.

- Đặc điểm di căn: Vị trí di căn hay gặp nhất là gan (57,7%) và phổi (28,8%). Di căn ≤ 2 vị trí chiếm 67,3%, di căn > 2 vị trí chiếm 32,7%.

2. Kết quả điều trị. Thay đổi chất lượng cuộc sống: Được cải thiện ở hầu hết các mặt chức năng: thể chất, hoạt động, cảm xúc, xã hội. Sức khỏe toàn diện, các triệu chứng sau điều trị cải thiện hơn so với trước điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN (2018)**, [http:// globocan.iarc.fr/ Pages/ online.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/online.aspx).
2. **Nguyễn Văn Hiếu, Võ Văn Xuân (2007)**, "Ung thư đại trực tràng và ống hậu môn", Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư, Nhà xuất bản y học.
3. **Vincent T DeVita Theodore S. Lawrence, Steven A Rosenberg, (2015)**, "DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology", Lippincott Williams & Wilkins.
4. **Marin J. J., Sanchez de Medina F., Castano B. et al (2012)**, Chemoprevention, chemotherapy, and chemoresistance in colorectal cancer, Drug Metab Rev. 44(2), tr. 148-72.
5. **Giantonio B. J., Catalano P. J., Meropol N. J. et al (2007)**, Bevacizumab in combination with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin (FOLFOX4) for previously treated metastatic colorectal cancer: results from the Eastern Cooperative Oncology Group Study E3200, J Clin Oncol. 25(12), tr. 1539-44.
6. **Saltz LB Lenz HJ, Kindler HL, et al (2007)**. Randomized phase II trial of cetuximab, bevacizumab, and irinotecan compared with cetuximab and bevacizumab alone in irinotecan-refractory colorectal cancer: the BOND-2 study. J Clin Oncol 2007; 25:4557.
7. **Trần Thắng (2003)**, Đánh giá kết quả hóa trị liệu trong ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng tại bệnh viện K từ 1997 đến 2002, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
8. **Van Cutsem E., Rivera F., Berry S. et al (2009)**, Safety and efficacy of first-line bevacizumab with FOLFOX, XELOX, FOLFIRI and fluoropyrimidines in metastatic colorectal cancer: the BEAT study, Ann Oncol. 20(11), tr. 1842-7.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN DO LẠNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP ÔN ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP

Trần Thái Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tác dụng điều trị liệt dây VII ngoại biên do lạnh và tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp ôn điện châm kết hợp xoa bóp. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị. Nghiên cứu được tiến hành trên 40 bệnh nhân. Liệu trình điều trị là 30 ngày. **Kết quả nghiên cứu:** Nhóm nghiên cứu đạt kết quả: 50 % tốt, 47,5% khá và 2.5% không kết quả. Không có tác dụng không mong muốn xuất hiện trên lâm sàng trong quá trình điều trị. **Kết luận:** Phương pháp ôn điện châm kết hợp xoa bóp có tác dụng tốt và an toàn trong điều trị liệt dây VII ngoại biên do lạnh.

SUMMARY

STUDY THE EFFECT OF THE COMBINATION OF MOXI – ELECTRO ACUPUNCTURE AND TRADITIONAL MASSAGE ON TREATMENT FOR FACIAL PARALYSIS TYPE COLD

Objective: To evaluate the effects of the combining moxi – electro acupuncture and traditional massage on treatment for facial paralysis type cold, evaluate the side effects of these methods. **Method:** Perspective clinical trial, comparisons of pre – post treatment. The study recruited who were 40 patients. The treatment term had lasted for 30 days. **Results:** Study group gains 50% good, 47.5% enough and 2.5% no effect. There was not any unexpected effect observed in this trial. **Conclusion:** The combining moxi – electro acupuncture and traditional massage is safe method and has good effect on treatment for facial paralysis type cold.

Keyword: moxi – electro acupuncture, traditional massage, facial paralysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt dây thần kinh VII ngoại biên là một bệnh lý thần kinh gặp phổ biến trên lâm sàng. Bệnh do nhiều nguyên nhân: yếu tố lạnh, nhiễm trùng, chấn thương, khối u chèn ép... gây nên, nhưng nguyên nhân chủ yếu thường gặp nhất là do lạnh chiếm 82%. Tuy không gây nguy hiểm đến tính mạng, bệnh liệt dây VII ngoại biên làm ảnh hưởng đến vận động, điều tiết của mắt, cản trở sự ăn uống, đặc biệt là ảnh hưởng tới thẩm mỹ gương mặt nên có tác động sâu sắc tới tâm tư,

tình cảm và sinh hoạt lao động thường ngày của người bệnh. Theo YHCT, liệt dây VII ngoại biên do lạnh tương ứng với chứng khẩu nhĩn oa tà thể phong hàn và phương pháp điều trị lâm sàng thường là sự kết hợp giữa thuốc uống trong, ôn châm, điện châm, xoa bóp bấm huyệt. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu tác dụng điều trị liệt dây thần kinh VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp ôn điện châm kết hợp xoa bóp" với mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng điều trị trên lâm sàng liệt dây VII ngoại biên do lạnh bằng phương pháp ôn điện châm kết hợp xoa bóp.*

2. *Khảo sát tác dụng không mong muốn trên lâm sàng trong quá trình điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 40 bệnh nhân bị liệt dây VII ngoại biên do lạnh được điều trị tại Khoa Châm cứu Dưỡng sinh Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ:

*Những bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới tính, được chẩn đoán là liệt dây VII ngoại biên do lạnh gồm các triệu chứng lâm sàng sau:

- Bệnh nhân phải có rối loạn vận động: mắt nếp nhăn tròn, mắt rãnh mũi má, lệch nhân trung, dấu hiệu charles bell (+), méo miệng, sức cơ cơ cười yếu hoặc không cơ được.

- Bệnh nhân có thể có rối loạn thần kinh thực vật: khô mắt, chảy nước mắt, giảm vị giác, giảm tiết nước bọt hoặc có rối loạn cảm giác: nghe vang đau, cảm giác đau vùng sau tai.

- Khai thác bệnh sử có yếu tố gặp lạnh: đi mưa lạnh, ngủ dậy bị gió lạnh...

2.1.2 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT: Bệnh nhân mắc chứng "khẩu nhĩn oa tà" thể phong hàn: ngoài những biểu hiện triệu chứng tại chỗ cũng có những những biểu hiện toàn thân: có thể đau đầu, sợ lạnh, lưỡi trắng mỏng, mạch phù.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Những bệnh nhân liệt VII ngoại biên do nguyên nhân khác: viêm nhiễm, chấn thương, khối u....

- Những bệnh nhân không tuân thủ nguyên tắc điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu can thiệp thử nghiệm lâm sàng mở,

*Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hà

Email: phdtranthaiha@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 5.6.2019

tuyển chọn ngẫu nhiên, so sánh trước và sau điều trị.

2.2.2. Cỡ mẫu: Nghiên cứu tiến hành trên 40 bệnh nhân liệt VII ngoại biên do lạnh.

2.2.3. Chất liệu nghiên cứu

- Kim châm cứu: kim dài 5 – 6cm.
- Điều ngải: dùng lá ngải cứu phơi khô cuốn thành điều ngải dài 10-12cm, đường kính 1cm.
- Máy điện châm do Viện trang thiết bị y tế sản xuất.

- Máy điện cơ Nihon Koden do Nhật Bản sản xuất.

2.2.4. Công thức huyết điều trị

- Huyết tại chỗ: Toàn túc UB 2, Tỉnh minh UB 1, Ty túc không SJ. 23, Thái dương Ext 5, Dương bạch GB 14, Địa thương St 4, Giáp xa St 6, Nghinh hương LI 20, Ấp phong SJ 17, Nhân trung Du 26, Thừa tướng REN 24.

- Huyết toàn thân: Hợp cốc LI 4 bên đối diện

2.2.5. Kỹ thuật châm kim: Sau khi xác định đúng vị trí huyết, tiến hành sát trùng bằng bông cồn sau đó châm qua hai thì: thì 1 qua da, thì 2 đẩy xiên theo hướng Toàn túc hướng Tỉnh minh, Dương bạch hướng Ngự yêu, Địa thương hướng Giáp xa, Giáp xa hướng Địa thương, Nghinh hương hướng Địa thương. Nhân trung, Thừa tướng, Hợp cốc châm thẳng kim.

2.2.6. Ôn điện châm: Dùng xung điện hình sin, cường độ và tần số phải tăng từ từ tùy theo ngưỡng đáp ứng của người bệnh. Đốt mỗi ngải hơi trên cán kim sao cho bệnh nhân cảm thấy nóng ấm, dễ chịu. Mỗi huyết cứu liên tục khoảng 1 – 2 phút. Khi hơi mỗi ngải phải cẩn thận tránh gây bỏng cho người bệnh. Mỗi ngày ôn điện châm một lần, mỗi lần 30 phút.

- Mỗi liệu trình 10 ngày. Tối đa là 3 liệu trình.

2.2.7. Kỹ thuật xoa bóp

- Dùng hai ngón tay cái miết từ huyết Tỉnh minh lên huyết Toàn túc 10 lần.
- Miết huyết Toàn túc dọc theo cung lông mày tới huyết Thái dương 10 lần.
- Dùng ngón tay cái day từ huyết Toàn túc dọc theo cung lông mày tới huyết Thái dương 10 lần.
- Miết từ huyết Nghinh hương đến Địa thương 10 lần.
- Day huyết Giáp xa đến Địa thương 10 lần.
- Dùng ngón tay cái phân Nhân trung và Thừa tướng 10 lần.
- Xát má 10 lần.
- Bấm các huyết đã nêu trong công thức huyết điều trị.

2.3. Các chỉ tiêu theo dõi và đánh giá kết quả điều trị

2.3.1. Về lâm sàng

Bảng 2.1. Chỉ tiêu đánh giá điểm trên lâm sàng (theo Lê Văn Thành - Huỳnh Lê Nhân - 1996)

Triệu chứng	Số điểm
Hở khe mí > 3 mm	3
Hở khe mí < 3 mm	2
Dấu hiệu Souques (+)	1
Nhắm mắt bình thường	0
Hoàn toàn không có biểu hiện cơ cười	3
Có sức cơ nhẹ nhưng miệng lệch nhiều	2
Có sức cơ rõ nhưng yếu hơn bên lành	1
Sức cơ cơ bình thường	0

Bảng 2.2. Phân loại mức độ liệt mặt

Mức độ liệt	Nặng	Vừa	Nhẹ
Điểm	5 - 6	3 - 4	1 - 2

*Xếp loại kết quả điều trị được phân làm ba mức: khỏi - đỡ - không khỏi theo các tiêu chuẩn được trình bày ở bảng D:

Bảng 2.3. Phân loại kết quả điều trị trên lâm sàng

Xếp loại điều trị	Khỏi	Đỡ	Không kết quả
Triệu chứng	Hết	Giảm so với ban đầu	Không thay đổi hoặc thay đổi không đáng kể
Điểm	0	Nhỏ hơn trước tối thiểu 2 điểm	Không đổi

*Theo dõi các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

2.3.2. Về cận lâm sàng: Đánh giá mức độ tổn thương của dây VII qua đo phản xạ nhắm mắt bằng điện cơ trước điều trị, chúng tôi chia làm 2 mức độ:

- Nặng: tổn thương dẫn truyền hoàn toàn R1 và R2 bên bệnh âm tính, không ghi được phản xạ nháy mắt.

- Nhẹ: Tổn thương dẫn truyền không hoàn toàn, có sóng R1 và R2 nhưng biên độ thấp.

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu thống kê được xử lý theo chương trình SPSS của Tổ chức y tế thế giới. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân liệt VII ngoại biên do lạnh:

Bảng 3.1. Phân bố bệnh theo nhóm tuổi

Bệnh nhân	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		
≤ 30 tuổi	11	27.5
31 - 50 tuổi	12	30
> 50 tuổi	17	42.5
Tổng số	40	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân ở lứa tuổi > 50 chiếm tỷ lệ cao

nhất 42.5%, thấp nhất là lứa tuổi ≤30 tuổi chiếm tỷ lệ 27.5%.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh theo giới

Bệnh nhân	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới		
Nam	22	55
Nữ	18	45
Tổng số	40	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy số bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 55 % cao hơn nữ chiếm tỷ lệ 45 %.

Bảng 3.3. Phân loại mức độ tổn thương trên điện cơ trước điều trị

Mức độ tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nặng	22	55
Nhẹ	18	45
Tổng số	40	100

Nhận xét: Trong số 40 bệnh nhân nghiên cứu có 22 bệnh nhân có tổn thương nặng chiếm tỷ lệ 55% và 18 bệnh nhân có tổn thương nhẹ chiếm tỷ lệ 45 %.

3.2. Hiệu quả điều trị của phương pháp ôn điện châm kết hợp xoa bóp trên bệnh

Bảng 3.6. Kết quả điều trị theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Khỏi		Đỡ		Không kết quả		Tổng số
	Số bn	Tỷ lệ %	Số bn	Tỷ lệ %	Số bn	Tỷ lệ %	
> 50	6	35.29	10	58.82	1	5.89	17
31 - 50	5	41.67	7	58.33	0	0	12
< 30	10	90.91	1	9.01	0	0	11

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy ở nhóm bệnh nhân lứa tuổi < 30 thì tỷ lệ điều trị khỏi là 90.91%, đỡ 9.01%, tỷ lệ không khỏi là 0% cao hơn hẳn so với ở nhóm bệnh nhân lứa tuổi > 50 (tỷ lệ khỏi 35.29%; tỷ lệ đỡ 58.82%; tỷ lệ không kết quả 5.89%). Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

Bảng 3.7. Kết quả điều trị theo mức độ tổn thương trên điện cơ

Mức độ tổn thương	Khỏi		Đỡ		Không kết quả		Tổng Số
	Số bn	%	Số bn	%	Số bn	%	
Nặng	7	31.82	14	63.64	1	4.84	22
Nhẹ	13	72.22	5	27.73	0	0	18

$P < 0.05$

Nhận xét: nhận thấy ở nhóm bệnh nhân có tổn thương nhẹ trên điện cơ thì kết quả điều trị tốt hơn so với ở nhóm bệnh nhân có tổn thương nặng.

3.3. Các tác dụng không mong muốn của phương pháp ôn điện châm kết hợp xoa bóp trên bệnh nhân liệt VII ngoại biên do lạnh: Trong 40 bệnh nhân nghiên cứu các tác dụng không mong muốn như vệt châm, áp xe, gãy kim, bỏng... không xảy ra.

IV. KẾT LUẬN

4.1. Ôn điện châm kết hợp xoa bóp có tác dụng tốt trong điều trị liệt dây VII ngoại biên do lạnh:

- Tỷ lệ điều trị (khỏi + đỡ) đạt kết quả khá

nhân liệt VII ngoại biên do lạnh:

Bảng 3.4. Kết quả điều trị chung của liệt VII ngoại biên do lạnh

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Khỏi	20	50
Đỡ	19	47.5
Không kết quả	1	2.5
Tổng số	40	100

Nhận xét: Nhận thấy tỷ lệ điều trị (khỏi + đỡ) đạt kết quả khá cao = $50 + 47.5 = 97.5\%$, chỉ có một bệnh nhân điều trị không khỏi chiếm tỷ lệ 2.5%.

Bảng 3.5. Sự thay đổi điểm liệt của bệnh nhân liệt dây VII ngoại biên do lạnh trước và sau điều trị.

Chỉ số	X±SD	n	P
Thời điểm			
Trước điều trị	5.15 ± 1.05	40	$P < 0.001$
Sau điều trị	1.08 ± 1.40	40	
Mức chênh lệch	2 ± 4.46	40	

Nhận xét: Sau điều trị điểm liệt của bệnh nhân liệt VII ngoại biên do lạnh giảm 2 ± 4.46 điểm, có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$.

cao = $50 + 47.5 = 97.5\%$, tỷ lệ không kết quả chiếm 2.5%.

• Kết quả điều trị của những bệnh nhân có biểu hiện tổn thương dây VII hoàn toàn trên điện cơ thấp hơn những bệnh nhân có biểu hiện tổn thương không hoàn toàn.

4.2. Ôn điện châm kết hợp xoa bóp điều trị liệt dây VII ngoại biên do lạnh không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hoàng Bảo Châu (1984)**, Châm cứu học, Nhà Xuất bản Y học, tr. 105 -259; 398 – 399.
- Phạm Duy Nhạc, Trần Thuý (1994)**, Bài giảng Y học cổ truyền, Nhà Xuất bản Y học, tr.774-959; 1019.

HIỆU QUẢ CAN THIỆP CẢI THIỆN KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ NGHIỆP VỤ THANH TRA CỦA CÔNG CHỨC LÀM CÔNG TÁC THANH TRA CHUYÊN NGÀNH AN TOÀN THỰC PHẨM

Tổng Trần Hà*, Nguyễn Thanh Long**, Lê Văn Bào***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp cải thiện kiến thức, thực hành về nghiệp vụ thanh tra của công chức làm công tác thanh tra chuyên ngành an toàn thực phẩm tại 9 tỉnh/thành phố. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang; can thiệp đào tạo, tập huấn về nghiệp vụ thanh tra chuyên ngành an toàn thực phẩm, đánh giá so sánh trước sau các chỉ số kiến thức, thực hành về nghiệp vụ thanh tra chuyên ngành và tính chỉ số hiệu quả. Tổng số có 108 công chức tham gia vào nghiên cứu. **Kết quả:** Về kiến thức, sau can thiệp, các chỉ số về kiến thức nghiệp vụ thanh tra đều tăng cao hơn so với trước can thiệp ở mức có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) và chỉ số hiệu quả đạt từ trên 30% đến trên 170%. Về thực hành: sau can thiệp, các chỉ số về thực hành nghiệp vụ thanh tra đều tăng cao hơn so với trước can thiệp ở mức có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) và chỉ số hiệu quả đạt từ 19% đến 175%. **Kết luận:** Các biện pháp can thiệp về đào tạo, tập huấn nâng cao nghiệp vụ thanh tra cho công chức làm công tác thanh tra chuyên ngành an toàn thực phẩm tại 9 tỉnh/thành phố đã đạt được hiệu quả cao. Sau can thiệp tỷ lệ công chức đạt các chỉ số kiến thức và thực hành về nghiệp vụ thanh tra có sự khác biệt rõ rệt so với trước can thiệp.

Từ khóa: Can thiệp, nghiệp vụ thanh tra, công chức, an toàn thực phẩm.

SUMMARY

EFFECTIVE IMPROVEMENT OF KNOWLEDGE, PRACTICE ON THE INSPECTION AMONG CIVIL SERVANTS CARRY OUT THE FOOD SAFETY INSPECTION IN 9 PROVINCES/CITIES

Objective: to evaluate the effectiveness of intervention to improve knowledge and practice on inspection activities of civil servants working in food safety inspection in 9 provinces/cities. **Methodology:** Using descriptive cross-sectional study; intervention training, training on professional inspection of food safety, comparative assessment before knowledge index, practice on professional inspection and efficiency index calculation. A total of 108 civil servants participated in the study. Results: About knowledge, at post-intervention, the indicators of professional inspection knowledge were higher than

pre-intervention at a statistically significant level ($p < 0.001$) and the efficiency index was from over 30% to over 170%. About practice: after the intervention, the indicators on inspection practice was higher than pre-intervention at a statistically significant level ($p < 0.001$) and the efficiency index was from 19% to 175 %. **Conclusion:** Intervention solution on training to improve inspection skills for civil servants in charge of food safety inspection in 9 provinces/cities have achieved high efficiency. After the intervention, the percentage of civil servants who achieved the knowledge and practice indicators on inspection profession was significantly different from pre-intervention.

Keywords: Intervention, inspection professionals, civil servants, food safety.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thanh tra là chức năng thiết yếu của quản lý Nhà nước, trong các lĩnh vực kinh tế - xã hội, thanh tra nhà nước được xác định có vai trò, vị trí rất quan trọng, trách nhiệm rất lớn và thực tiễn thanh tra đã phát hiện và giải quyết được nhiều vụ việc quan trọng [1]. Trong lĩnh vực quản lý nhà nước về an toàn thực phẩm (ATTP), hàng năm hoạt động thanh tra ở các cấp (từ Trung ương đến địa phương) đã tiến hành thanh tra, kiểm tra hàng trăm nghìn cơ sở sản xuất, chế biến, kinh doanh, xuất, nhập khẩu thực phẩm và phát hiện, xử lý hàng nghìn cơ sở vi phạm vệ sinh an toàn thực phẩm (VSATTP). Tính riêng năm 2014, tổng số cơ sở được thanh tra, kiểm tra là 514.735 cơ sở, số cơ sở vi phạm được phát hiện là 112.057 cơ sở chiếm 21,80%. Các vụ vi phạm này đã được xử lý hành chính ở các mức độ khác nhau như phạt tiền, thu hồi giấy phép sản xuất, kinh doanh, xuất nhập khẩu, tiêu hủy sản phẩm, cảnh cáo,... [2]. Tuy nhiên, số vụ, số ca tử vong do ngộ độc thực phẩm (NĐTP) thống kê, ghi nhận được hàng năm tuy có giảm nhưng không ổn định và số vụ, số người mắc vẫn ở mức cao. Năm 2015, toàn quốc có 179 vụ NĐTP với 5552 người mắc, 5147 người đi viện và 23 trường hợp tử vong. So với năm 2014, số vụ giảm 15 vụ (7,7%), số tử vong giảm 20 người (46,5%) tuy nhiên số mắc tăng 349 người (6,7%) [3]. Như vậy, tình hình NĐTP tuy có được kiểm soát về số vụ NĐTP, số người tử vong đều giảm nhưng số vụ, số người mắc NĐTP vẫn có xu hướng diễn biến vẫn phức tạp.

Từ thực tiễn phát triển kinh tế - xã hội, hội nhập quốc tế mạnh mẽ, sâu rộng, toàn diện, đòi

*Bộ Y tế.

**Ban Tuyên giáo Trung ương.

***Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Tổng Trần Hà

Email: tongha82@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 31.5.2019

Ngày duyệt bài: 6.6.2019

hỏi tất yếu phải thay đổi phương hoạt động quản lý nhà nước trên các lĩnh vực cho phù hợp, trong đó có lĩnh vực ATTP. Trong tổ chức, hoạt động thanh tra ATTP có nhiều nội dung cần nghiên cứu, trong đó thanh tra chuyên ngành ATTP cấp tỉnh/thành phố được thực hiện chủ yếu tại Chi cục ATTP theo Nghị định số 79/2008/NĐ-CP [4] và Nghị định số 07/2012/NĐ-CP [5]. Tuy nhiên, do các Chi cục ATTP mới được thành lập, cán bộ thanh tra ATTP còn chưa có kinh nghiệm, chưa được đào tạo đầy đủ, năng lực, nghiệp vụ thanh tra còn hạn chế, do đó việc nghiên cứu thực trạng kiến thức, thực hành về nghiệp vụ thanh tra của công chức tại cơ quan này là rất cần thiết để trên cơ sở đó đơn vị, cơ quan quản lý có kế hoạch đào tạo, bồi dưỡng, tập huấn cho đội ngũ công chức có kiến thức và kỹ năng nghiệp vụ thanh tra vững vàng để hoàn thành nhiệm vụ được giao là rất cần thiết.

Sau khi có được kết quả điều tra thực trạng kiến thức, thực hành về nghiệp vụ thanh tra của công chức làm công tác thanh tra ATTP tại 30 tỉnh/thành phố. Trong đó, 9 tỉnh/thành phố có tỷ lệ công chức có kiến thức và thực hành về nghiệp vụ thanh tra đạt ở mức thấp nhất được chọn để ưu tiên can thiệp. Mục tiêu nghiên cứu: "Đánh giá hiệu quả can thiệp đào tạo, tập huấn nghiệp vụ thanh tra cho công chức làm công tác thanh tra chuyên ngành an toàn thực phẩm tại 9 tỉnh/thành phố".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm, cỡ mẫu và thời gian nghiên cứu

- Toàn bộ công chức thuộc Thanh tra Sở Y tế và Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm của 9 tỉnh/thành phố được chọn để can thiệp (9 tỉnh/thành phố: Phú Thọ, Hòa Bình, Nam Định, Hà Nam, Hải Dương, Quảng Bình, Đồng Nai, Vĩnh Long, Tiền Giang). Tổng số 108 công chức được can thiệp.

- Thời gian can thiệp là 13 tháng (từ tháng 11 năm 2013 đến tháng 12 năm 2014)

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, can thiệp cộng đồng có so sánh trước – sau can thiệp và không đối chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Hiệu quả cải thiện kiến thức về nghiệp vụ thanh tra của công chức

Bảng 0. Hiệu quả cải thiện kiến thức về trách nhiệm của đơn vị được thanh tra của công chức

Sau can thiệp, các kiến thức về trách nhiệm của đơn vị được thanh tra của công chức ở 9 tỉnh/thành phố can thiệp có tỷ lệ biết đúng tăng lên rõ rệt so trước can thiệp, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); CSHQ đạt từ 65,5 – 84,3%.

- Kiến thức và chỉ số nghiên cứu: Kiến thức và thực hành về nghiệp vụ thanh tra của công chức làm công tác thanh tra chuyên ngành an toàn thực phẩm:

- + Tỷ lệ (%) biết các trách nhiệm của đơn vị được thanh tra;
- + Tỷ lệ (%) biết các nội dung cần thanh tra;
- + Tỷ lệ (%) biết những người có quyền xử phạt hành chính;
- + Tỷ lệ (%) thực hành thanh tra về an toàn thực phẩm tại các cơ sở.
- + Tỷ lệ (%) thực hành những công việc/nội dung chuẩn bị để tiến hành cuộc thanh tra;
- + Tỷ lệ (%) thực hành những công việc thực hiện trong tiến hành một cuộc thanh tra;
- + Tỷ lệ (%) thực hành xử lý khi nghi ngờ sản phẩm có vi phạm về an toàn thực phẩm.

- Nội dung và các hoạt động can thiệp: Tổ chức các lớp đào tạo, tập huấn về nghiệp vụ thanh tra, kiến thức kỹ năng thanh tra chuyên ngành ATTP tại các tỉnh can thiệp. Nội dung tập huấn gồm: nghiệp vụ thanh tra theo Luật Thanh tra năm 2010; Nghị định số 07/2012/NĐ-CP ngày 09/02/2012 của Chính phủ; kế hoạch và triển khai công tác thanh tra chuyên ngành ATTP hàng năm; nội dung công tác thanh tra chuyên ngành ATTP; Hướng dẫn xử lý vi phạm hành chính về ATTP; biên bản thanh tra, biên bản vi phạm hành chính của các cơ sở; xử lý một số tình huống thường gặp trong hoạt động thanh tra tại cơ sở...

- Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu: Phòng vấn trực tiếp trước và sau can thiệp đối với công chức làm công tác thanh tra ATTP bằng bộ công cụ thiết kế sẵn. Khi hỏi, không đọc đáp án, mà chỉ đọc câu hỏi và để đối tượng nghiên cứu tự suy nghĩ, đưa ra câu trả lời.

- Phương pháp đánh giá hiệu quả can thiệp: Tính tỷ lệ % kiến thức và thực hành đúng về các nghiệp vụ thanh tra của công chức ở hai thời điểm trước và sau can thiệp và so sánh trước – sau can thiệp; tính chỉ số hiệu quả (CSHQ).

- Đánh giá, so sánh tỷ lệ hiện mắc NKHHTCT của trẻ mầm non tại 2 xã (xã can thiệp và xã đối chứng).

- Xử lý số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và Stata 14.0. Các test kiểm định thống kê so sánh hai tỷ lệ sử dụng kiểm định p-value.

Nội dung	Trước can thiệp(n=108)		Sau can thiệp(n=108)		CSHQ (%)	p
	SL	%	SL	%		
Cử người có thẩm quyền làm việc với đoàn thanh tra/kiểm tra.	55	50,93	96	88,89	74,5	<0,001
Cung cấp đầy đủ các thông tin, tài liệu, báo cáo kịp thời theo yêu cầu của Đoàn thanh tra/thanh tra viên.	51	47,22	94	87,04	84,3	<0,001
Phải chịu trách nhiệm trước pháp luật về những thông tin, tài liệu, báo cáo đã cung cấp.	52	48,15	88	81,48	69,2	<0,001
Chấp hành nghiêm chỉnh các yêu cầu, kiến nghị, quyết định, kết luận về kiểm tra, thanh tra.	58	53,7	96	88,89	65,5	<0,001

Bảng 2. Hiệu quả cải thiện kiến thức về nội dung cần thanh tra của công chức

Nội dung	Trước can thiệp(n=108)		Sau can thiệp(n=108)		CSHQ (%)	p
	SL	%	SL	%		
Việc thực hiện các tiêu chuẩn, quy chuẩn kỹ thuật, quy định về ATTP	50	46,3	88	81,48	76,0	<0,001
Việc ghi nhãn sản phẩm	50	46,3	87	80,56	74,0	<0,001
Việc tuân thủ quy định về quảng cáo thực phẩm	45	41,67	84	77,78	86,7	<0,001
Hoạt động kiểm nghiệm ATTP	36	33,33	75	69,44	108,3	<0,001
Việc tuân thủ điều kiện ATTP	34	31,48	83	76,85	144,1	<0,001
Hoạt động chứng nhận hợp chuẩn, hợp quy	33	30,56	90	83,33	172,7	<0,001
Việc tuân thủ các quy định về nhập khẩu thực phẩm	45	41,67	88	81,48	95,5	<0,001

Sau can thiệp, các kiến thức về nội dung cần thanh tra của công chức ở 9 tỉnh/thành phố can thiệp có tỷ lệ biết đúng tăng lên rõ rệt so trước can thiệp, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); CSHQ đạt từ 74,0 – 172,7%.

Bảng 3. Hiệu quả cải thiện kiến thức về người có quyền xử phạt vi phạm hành chính về an toàn thực phẩm của công chức

Nội dung	Trước can thiệp(n=108)		Sau can thiệp(n=108)		CSHQ (%)	p
	SL	%	SL	%		
Chủ tịch Ủy ban nhân các cấp.	39	36,11	87	80,56	123,1	<0,001
Chánh Thanh tra, TTV chuyên ngành Y tế.	47	43,52	86	79,63	83,0	<0,001
Chánh Thanh tra, TTV chuyên ngành thú y.	34	31,48	66	61,11	94,1	<0,001
Chánh Thanh tra, Thanh tra viên chuyên ngành bảo vệ thực vật.	50	46,3	78	72,22	56,0	<0,001
Công chức được giao thực hiện nhiệm vụ TTCN.	33	30,56	74	68,52	124,2	<0,001
Thủ trưởng cơ quan được giao chức năng TTCN	41	37,96	80	74,07	95,1	<0,001
Quản lý thị trường	32	29,63	79	73,15	146,9	<0,001
Công an	50	46,3	76	70,37	52,0	<0,001
Cộng tác viên thanh tra	27	25,0	72	66,67	166,7	<0,001

Sau can thiệp, các kiến thức về người có quyền xử phạt vi phạm hành chính của công chức ở 9 tỉnh/thành phố can thiệp có tỷ lệ biết đúng tăng lên rõ rệt so trước can thiệp, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); CSHQ đạt từ 52,0 – 166,7%.

2. Hiệu quả cải thiện thực hành về nghiệp vụ thanh tra của công chức

Bảng 4. Công chức đã từng tham gia thanh tra về an toàn thực phẩm tại các loại hình cơ sở

Tỷ lệ công chức đã được tham gia thanh tra tăng từ 94,44% (trước can thiệp) lên 100% (sau can thiệp). Sau can thiệp, tỷ lệ/tần suất công chức tham gia thanh tra các loại hình cơ sở tăng lên rõ rệt, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); CSHQ đạt từ 34,7 – 144,0%.

Nội dung	Trước can thiệp(n=102)		Sau can thiệp(n=108)		CSHQ (%)	p
	SL	%	SL	%		
Đã từng tham gia thanh tra	102	94,44	108	100,0	5,9	0,013
Thanh tra cơ sở sản xuất thực phẩm	48	47,06	95	87,96	86,9	<0,001
Thanh tra cơ sở kinh doanh thực phẩm	36	35,29	93	86,11	144,0	<0,001
Thanh tra cơ sở nhập khẩu thực phẩm	37	36,27	86	79,63	119,5	<0,001
Thanh tra cơ sở thức ăn đường phố	54	52,94	96	88,89	67,9	<0,001
Thanh tra nhà hàng, khách sạn, bếp ăn tập thể	40	39,22	90	83,33	112,5	<0,001
Thanh tra cơ sở nước uống đóng chai	68	66,67	97	89,81	34,7	<0,001

Bảng 5. Hiệu quả cải thiện thực hành những công việc/nội dung chuẩn bị để tiến hành cuộc thanh tra

Nội dung	Trước can thiệp(n=102)		Sau can thiệp(n=108)		CSHQ (%)	p
	SL	%	SL	%		
Tiếp nhận thông tin	56	54,90	94	87,04	58,5	<0,001
Xử lý thông tin	38	37,25	85	78,7	111,3	<0,001
Chuẩn bị cơ sở pháp lý (Quyết định thanh tra, chuẩn bị các căn cứ pháp lý cần sử dụng)	53	51,96	93	86,11	65,7	<0,001
Xây dựng kế hoạch và đề cương thanh tra	44	43,11	87	80,56	86,9	<0,001
Phổ biến kế hoạch thanh tra	45	44,12	89	82,41	86,8	<0,001
Thông báo cho đối tượng được thanh tra trước khi đến thanh tra	36	35,29	89	82,41	133,5	<0,001
Họp với đối tượng thanh tra trước khi đến thanh tra	54	52,94	89	82,41	55,7	<0,001

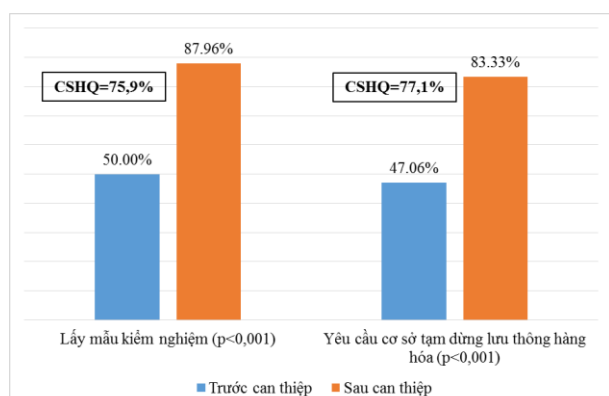
Sau can thiệp, tỷ lệ công chức thực hành những công việc/nội dung chuẩn bị để tiến hành cuộc thanh tra tại 9 tỉnh/thành phố tăng lên rõ rệt so trước can thiệp, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); CSHQ đạt từ 55,7 – 133,5%.

Bảng 6. Hiệu quả cải thiện thực hành về những việc thực hiện trong tiến hành một cuộc thanh tra tại cơ sở

Nội dung	Trước can thiệp(n=102)		Sau can thiệp(n=108)		CSHQ (%)	p
	SL	%	SL	%		
Công bố cơ sở pháp lý thanh tra (quyết định thanh tra hoặc thẻ thanh tra viên)	49	48,04	92	85,19	77,3	<0,001
Nêu yêu cầu hoặc đề cương để cơ sở báo cáo	53	51,96	99	91,67	76,4	<0,001
Kiểm tra cơ sở pháp lý	81	79,41	103	95,37	20,1	<0,001
Nghe đối tượng được thanh tra báo cáo	77	75,49	97	89,81	19,0	0,006
Thu thập, kiểm tra, xác minh thông tin, tài liệu	37	36,27	94	87,04	140,0	<0,001
Thu thập tang vật, lấy mẫu, thực hiện các giải pháp cấp bách	35	34,31	102	94,44	175,3	<0,001
Báo cáo tiến độ thanh tra với người ra quyết định	40	39,22	95	87,96	124,3	<0,001
Ghi nhật ký đoàn thanh tra	39	38,24	98	90,74	137,3	<0,001
Sửa đổi, bổ sung kế hoạch tiến hành thanh tra	48	47,06	100	92,59	96,7	<0,001
Tạm dừng việc thanh tra tại cơ sở để thực hiện công việc khác. Sau một thời gian thanh tra tiếp	42	41,18	94	87,04	111,4	<0,001

Sau can thiệp, tỷ lệ công chức thực hành những việc thực hiện trong tiến hành một cuộc thanh tra tại cơ sở tại 9 tỉnh/thành phố tăng lên rõ rệt so trước can thiệp, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$ và $p < 0,001$); CSHQ đạt từ 19,0 – 175,3%.

Sau can thiệp, tỷ lệ công chức thực hành xử lý khi nghi ngờ sản phẩm có vi phạm về an toàn thực phẩm tại cơ sở tại 9 tỉnh/thành phố tăng lên rõ rệt so trước can thiệp, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); CSHQ đạt từ 75,9 – 71,1%.



Biểu đồ. Hiệu quả thực hành xử lý khi nghi ngờ sản phẩm có vi phạm về an toàn thực phẩm

IV. BÀN LUẬN

Hoạt động thanh tra, kiểm tra việc tuân thủ, chấp hành các quy định của pháp luật về ATTP và xử lý những hành vi vi phạm pháp luật về ATTP là một trong những chức năng, nhiệm vụ quan trọng trong quản lý nhà nước bằng pháp luật về ATTP của cán bộ, công chức các cơ quan được giao nhiệm vụ thanh tra chuyên ngành ATTP [6]. Do đó, yêu cầu đội ngũ công chức làm công tác thanh tra chuyên ngành ATTP phải có kiến thức và kỹ năng thực hành nghiệp vụ thanh tra vững vàng thì hoạt động quản lý nhà nước bằng pháp luật về ATTP mới mang lại hiệu quả tốt và đây cũng là một trong những yêu cầu quan trọng đầu tiên trong đánh giá năng lực công tác của công chức làm công tác thanh tra. Vì vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng can thiệp chính là các công chức làm công tác thanh tra chuyên ngành ATTP tại Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm và công chức/thanh tra viên của Thanh tra Sở Y tế. Đây là những đối tượng liên quan trực tiếp đến việc kiểm tra, kiểm soát an toàn thực phẩm tại các cơ sở sản xuất, chế biến, kinh doanh, xuất nhập khẩu thực phẩm trên địa bàn tỉnh/thành phố.

1. Hiệu quả cải thiện kiến thức về nghiệp vụ thanh tra của công chức: Kết quả nghiên cứu ở các bảng 1, 2, 3 cho thấy trước can thiệp, tỷ lệ công chức biết các kiến thức về trách nhiệm của đơn vị được thanh tra, về nội dung cần thanh tra và về người có quyền xử phạt vi phạm hành chính đạt rất thấp, hầu hết các chỉ số về kiến thức chỉ đạt tỷ lệ dưới 50%. Sau một năm tiến hành các hoạt động can thiệp về đào tạo, tập huấn cung cấp, cập nhật kiến thức, theo dõi, giám sát, các chỉ số về kiến thức nghiệp vụ thanh tra của công chức làm công tác thanh tra chuyên ngành ATTP tại 9 tỉnh/thành phố can

thiệp đã được cải thiện rõ rệt, hầu hết các chỉ số đều đạt tỷ lệ hiểu biết từ trên 70% đến trên 80%, sự khác biệt giữa hai tỷ lệ trước và sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$.

2. Hiệu quả cải thiện thực hành của về nghiệp vụ thanh tra của công chức: Kết quả nghiên cứu ở các bảng 4, 5, 6 và biểu đồ 1 cho thấy trước can thiệp, tỷ lệ công chức thực hành thanh tra về an toàn thực phẩm, thực hành những công việc/nội dung chuẩn bị để tiến hành cuộc thanh tra, thực hành những việc thực hiện trong tiến hành một cuộc thanh tra tại cơ sở và thực hành xử lý khi nghi ngờ sản phẩm có vi phạm về an toàn thực phẩm tại cơ sở đạt rất thấp, hầu hết các chỉ số về thực hành chỉ đạt tỷ lệ từ 50% trở xuống, rất ít chỉ số đạt trên 50%. Sau một năm tiến hành các hoạt động can thiệp về đào tạo, tập huấn cung cấp, cập nhật kiến thức và kỹ năng thực hành, các chỉ số về thực hành nghiệp vụ thanh tra của công chức làm công tác thanh tra chuyên ngành ATTP tại 9 tỉnh/thành phố can thiệp đã được cải thiện rõ rệt, hầu hết các chỉ số đều đạt tỷ lệ thực hành từ trên 80% đến trên 90%, sự khác biệt giữa hai tỷ lệ trước và sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$.

Như vậy, việc tổ chức đào tạo, tập huấn một cách bài bản, hệ thống, nghiêm túc cho cán bộ, công chức làm công tác thanh tra chuyên ngành ATTP ở cấp tỉnh/thành phố đã mang lại hiệu quả thiết thực là nâng cao năng lực (kiến thức, thực hành) nghiệp vụ thanh tra cho đội ngũ quản lý nhà nước về an toàn thực phẩm là thể hiện việc thực hiện nghiêm túc Thông tư số 22 /2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 của Bộ Y tế v/v Hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế [7].

V. KẾT LUẬN

- Hiệu quả can thiệp (HQCT) đối với các chỉ số kiến thức đúng về nghiệp vụ thanh tra an toàn thực phẩm của công chức làm công tác thanh tra chuyên ngành an toàn thực phẩm đạt từ trên 30% đến trên 170%. Sự khác biệt giữa hai tỷ lệ của các chỉ số kiến thức trước và sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$.

- HQCT đối với các chỉ số thực hành đúng về nghiệp vụ thanh tra của công chức đạt từ 19% đến 175%. Sự khác biệt giữa hai tỷ lệ của các chỉ số thực hành trước và sau can thiệp đều có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Huỳnh Công (2018), Thẩm quyền thanh tra trong hoạt động quản lý hành chính nhà nước, Luận án tiến sĩ hành chính công, Học viện hành

- chính quốc gia
2. **Cục An toàn thực phẩm** (2014). Báo cáo tổng kết công tác năm 2014 và phương hướng, nhiệm vụ trọng tâm năm 2014, Bộ Y tế, Hà Nội.
 3. **Cục An toàn thực phẩm** (2015). Báo cáo tổng kết công tác năm 2014 và phương hướng, nhiệm vụ trọng tâm năm 2015, Bộ Y tế, Hà Nội.
 4. **Chính phủ** (2008), Nghị định số 79/2008/NĐ-CP ngày 18/7/2008 về Hệ thống tổ chức quản lý, thanh tra và kiểm nghiệm về Vệ sinh an toàn thực phẩm.
 5. **Chính phủ** (2012), Nghị định số 07/2012/NĐ-CP ngày 09/02/2012, Quy định về cơ quan được giao thực hiện chức năng thanh tra chuyên ngành và hoạt động thanh tra chuyên ngành.
 6. **Bùi Thị Hồng Nương** (2019), Quản lý Nhà nước về an toàn thực phẩm ở Việt Nam, Luận án tiến sĩ luật học, Học viện Khoa học xã hội – Viện hàn lâm khoa học xã hội Việt Nam.
 7. **Bộ Y tế** (2013), Thông tư số 22 /2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 của Bộ Y tế v/v Hướng dẫn đào tạo liên tục trong lĩnh vực y tế, Hà Nội.

BỆNH THẬN ĐA NANG: CA LÂM SÀNG THẬN ĐA NANG DI TRUYỀN GEN TRỘI BIẾN CHỨNG SUY THẬN GIAI ĐOẠN CUỐI VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Đặng Cao Kỳ¹, Lê Nguyên Vũ², Nguyễn Quang Nghĩa²

TÓM TẮT

Thận đa nang là loại bệnh nang thận gặp nhiều nhất so với các loại bệnh nang thận có tính di truyền với đặc điểm xuất hiện nhiều nang to nhỏ không đều ở cả hai thận, theo thời gian các nang càng ngày càng to dần và chèn ép nhu mô thận, làm thận mất dần chức năng và tiến triển suy thận. Đây là nhóm bệnh lý nghiêm trọng vì nó là nguyên nhân phổ biến đứng thứ tư gây nên suy thận giai đoạn cuối trên toàn thế giới[1]. Theo thống kê của trung tâm lọc máu nhân tạo và ghép thận ở châu Âu, Úc, Hoa Kỳ, thì có khoảng 10% số bệnh nhân thận đa nang cần được điều trị thay thế thận [2][3]. Có 2 cơ chế di truyền trong bệnh thận đa nang đã được công nhận đó là di truyền theo gen trội và di truyền theo gen lặn. Nhân một trường hợp thận đa nang di truyền gen trội biến chứng suy thận giai đoạn cuối phải điều trị ghép thận tại Trung tâm ghép tạng bệnh viện Việt Đức, chúng tôi điểm lại y văn về bệnh thận đa nang.

Từ khóa: thận đa nang, thận đa nang di truyền gen trội.

SUMMARY

REVIEWED THE LITERATURE: ONE CASE OF AUTOSOMAL DOMINANT POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE WITH END-STAGE RENAL FAILURE

Polycystic kidney disease are the most common type of hereditary cystic kidney disease, characterized by numerous small and large cysts in both kidneys, progressing to various degrees of chronic kidney disease. Polycystic kidney diseases are a group of serious pathologies, because they are the fourth most common cause of end-stage renal failure in the world. According to the statistics of dialysis centers and kidney transplants in Europe, Australia, and the United States, ADPKD accounts for 10% of all patients

requiring renal replacement therapy. Two distinct etiological entities are recognized, these are known as autosomal recessive polycystic kidney disease and autosomal dominant polycystic kidney disease. In case of autosomal dominant polycystic kidney disease that requiring renal replacement therapy in Viet Duc hospital, we reviewed the literature on polycystic kidney disease.

Key words: polycystic kidney disease, autosomal dominant polycystic kidney disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận đa nang là loại bệnh nang thận gặp nhiều nhất so với các loại bệnh nang thận có tính di truyền với đặc điểm xuất hiện nhiều nang to nhỏ không đều ở cả hai thận, theo thời gian các nang càng ngày càng to dần và chèn ép nhu mô thận, làm thận mất dần chức năng và tiến triển suy thận. Đây là nhóm bệnh lý nghiêm trọng vì nó là nguyên nhân phổ biến đứng thứ tư gây nên suy thận giai đoạn cuối trên toàn thế giới[1]. Theo thống kê của trung tâm lọc máu nhân tạo và ghép thận ở châu Âu, Úc, Hoa Kỳ, thì có khoảng 10% số bệnh nhân thận đa nang cần được điều trị thay thế thận [2][3]. Có 2 cơ chế di truyền trong bệnh thận đa nang đã được công nhận đó là di truyền theo gen trội và di truyền theo gen lặn

Nhân một trường hợp thận đa nang di truyền gen trội biến chứng suy thận giai đoạn cuối phải điều trị ghép thận tại Trung tâm ghép tạng bệnh viện Việt Đức, chúng tôi điểm lại y văn về bệnh thận đa nang.

II. GIỚI THIỆU TRƯỜNG HỢP BỆNH

Bệnh nhân: L.T.H, nữ, 50 tuổi

Địa chỉ: Yết Kêu, Hạ Long, Quảng Ninh

Lý do vào viện: suy thận giai đoạn IV/ gan thận đa nang, vào viện ghép thận theo hẹn

Tiền sử bản thân và gia đình:

¹Bệnh viện Hà Giang

²Bệnh viện Việt Đức

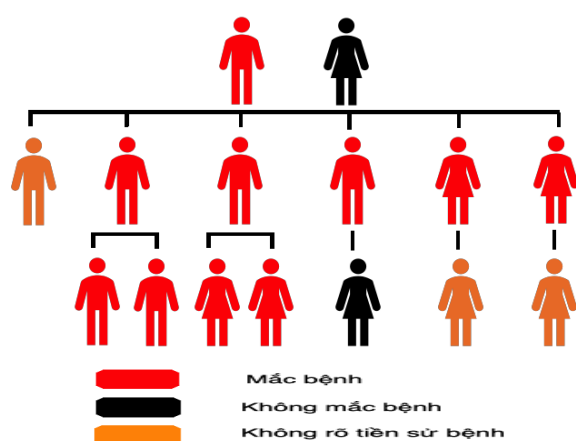
Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Vũ

Email: nguyenvu.urologist@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.3.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2018

Ngày duyệt bài: 31.5.2019



Hình 1: Sơ đồ gia phả mắc bệnh thận đa nang

Bố mắc bệnh gan thận đa nang biến chứng suy thận giai đoạn cuối, đã phẫu thuật cắt thận và mất năm 76 tuổi. Mẹ bệnh nhân khoẻ mạnh.

Anh trai cả đã mất sớm do ung thư, không rõ tiền sử bệnh.

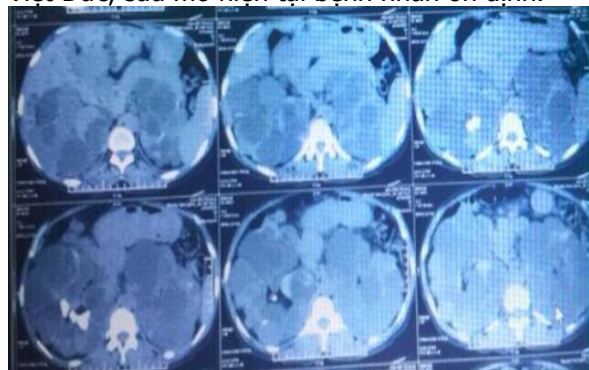
Anh trai thứ 2 phát hiện gan thận đa nang khoảng năm 30 tuổi, mất năm 41 tuổi do vỡ phình mạch não. Có 2 người con trai 25 và 28 tuổi đều mắc bệnh.

Anh trai thứ 3 phát hiện gan thận đa nang khoảng năm 30 tuổi, đã được phẫu thuật nội soi cắt chòm nang lớn 1 năm. Có 2 người con gái 20 và 25 tuổi đều mắc bệnh gan thận đa nang.

Anh trai thứ 4 phát hiện gan thận đa nang khoảng năm 40 tuổi, suy thận đã được ghép thận 9 năm. Có một người con gái không mắc bệnh.

Bệnh nhân phát hiện gan thận đa nang năm 40 tuổi, suy thận giai đoạn 2 năm 46 tuổi, gần đây phát hiện suy thận giai đoạn 4. Có 1 con gái 28 tuổi, không rõ tiền sử bệnh.

Em gái bệnh nhân mắc bệnh chưa biểu hiện triệu chứng. Có 1 người con gái còn nhỏ chưa đi khám. Bệnh nhân đã được phẫu thuật ghép thận 7/11/2017 tại trung tâm ghép tạng bệnh viện Việt Đức, sau mổ hiện tại bệnh nhân ổn định.



Hình 2 : Hình ảnh chụp cắt lớp bệnh nhân thận đa nang

III. BÀN LUẬN

Thận đa nang di truyền gen trội (Autosomal dominant polycystic kidney disease - ADPKD) là bệnh thận bẩm sinh hay gặp trong nhóm bệnh thận có nang, tỉ lệ mắc khoảng 1/800-1000 trẻ sinh sống [4]. Nó là nguyên nhân hay gặp gây suy thận giai đoạn cuối ở người trưởng thành. Độ tuổi phát hiện thường là khoảng 30-40 tuổi. Hiếm khi phát hiện được ở trẻ sơ sinh và trẻ em. Tất cả những người con trong gia đình bệnh nhân này phát hiện bệnh thận đa nang ở độ tuổi trên 30 và đều đã tiến triển suy thận, gần hết các thành viên đã tiến triển suy thận giai đoạn cuối, phải điều trị thay thế thận.

ADPKD là bệnh di truyền theo gen trội, có nghĩa là có 50% những đứa con sẽ bị di truyền gen bệnh nếu bố hoặc mẹ bị mắc bệnh. Hầu hết những người mang gen bệnh sẽ biểu hiện thành bệnh. Tuy tỉ lệ di truyền là 50%, nhưng hầu hết những người con và người cháu trong gia đình bệnh nhân này đều bị di truyền.

Người ta đã chứng minh được có ít nhất 3 gen gây bệnh thận đa nang [6], Có 2 gen được xác định là gen PKD1 và PKD2. Ngoài ra có một số ít trường hợp thận đa nang không nằm ở 2 dạng trên, vì vậy có thể còn một gen thứ 3 chưa xác định được. Gen PKD1 nằm ở nhánh ngắn nhiễm sắc thể số 16. Protein đặc trưng là polycystin-1, Gen PKD2 nằm ở nhánh ngắn nhiễm sắc thể số 4, Protein đặc trưng là polycystin-2. Khác với thận đa nang di truyền gen lặn (Autosomal recessive polycystic kidney disease - ARPKD), các nang trong ADPKD được thấy ở cả vùng vỏ và tuỷ thận do nang có thể hình thành ở bất kỳ phần nào của các Nephron và cả ống góp [5].

Mặc dù tất cả các bệnh nhân đều có nhiều nang ở hai thận, nhưng triệu chứng lâm sàng, tình trạng suy giảm chức năng thận, biến chứng của bệnh thay đổi tùy từng bệnh nhân. Ban đầu thường không có triệu chứng, bệnh nhân phát hiện được bệnh thường do khám sức khỏe thường kỳ, hoặc siêu âm ổ bụng vì các lý do ngoài thận. Biểu hiện lâm sàng thấy chủ yếu là tiểu máu, đau lưng, tăng huyết áp. Trên siêu âm thấy thận tăng kích thước, có nhiều nang to nhỏ ở vùng tuỷ và vùng vỏ thận.

Một số rối loạn ở các cơ quan khác có liên quan đến ADPKD như nang ở các cơ quan khác ngoài thận (nang gan, nang tụy, nang lách...) [8], trong đó nang gan có tỉ lệ gặp cao nhất, khoảng 30-60% [7]. phình mạch não và một số biểu hiện ít gặp hơn như bất thường động mạch chủ bụng, bất thường van hai lá. Phình mạch não là nghiêm

trọng nhất, tuy chỉ xuất hiện khoảng 5% nhưng tiên lượng nặng và dè dặt vì các biến chứng của nó. Phình mạch não thường vỡ khi kích thước trên 10mm[3]. Trong gia đình bệnh nhân này tất cả các người con đều mắc nang gan kèm theo, trường hợp người anh thứ 2 đã mắc phình mạch não và đã tử vong.



Hình 3: Hình ảnh thận đa nang sau khi cắt

Nguyên nhân gây tử vong ở các bệnh nhân ADPKD thường thấy là do bệnh lý tim mạch, mà nguyên nhân chính của nó là do tăng huyết áp.

Hiện nay điều trị thận đa nang chưa có điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị nội khoa, điều trị triệu chứng nhằm duy trì chức năng thận. Bao gồm điều trị giảm đau, điều trị nội khoa nhiễm trùng tiết niệu, điều trị huyết áp. Ngày nay tuổi thọ của các bệnh nhân thận đa nang có tăng lên do được phát hiện và điều trị huyết áp sớm. Khi có suy thận giai đoạn cuối thì phải điều trị thay thế thận. Điều trị phẫu thuật chỉ khi thận đa nang đã có biến chứng, bao gồm cắt chỏm nang thận, điều trị sỏi tiết niệu, cắt thận và ghép thận.

Bệnh thận đa nang di truyền gen lặn (Autosomal recessive polycystic kidney disease – ARPKD) là dạng di truyền hiếm gặp, tỉ lệ mắc chỉ khoảng 1/20000 trẻ sinh sống. Bố mẹ mang gen nhưng không biểu hiện bệnh có tỉ lệ 25% thai nhi mắc bệnh. Siêu âm thai ở tuần thứ 30 có thể phát hiện được thận tăng kích thước, kết hợp với thiếu ối, bệnh nhi có loạn sản hoặc thiếu sản phổi [5].

ARPKD thường kết hợp với xơ gan bẩm sinh, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, xơ hoá đường mật, đôi khi cả xơ hoá tụy. Có thể biểu hiện tăng huyết áp và tiến triển suy thận. Bệnh thường nặng và đa số tử vong ngay sau sinh, ít sống qua 1 tháng do các tổn thương nặng ở gan[3]

Triệu chứng của ARPKD bắt đầu từ những tháng đầu tiên trong cuộc sống, ngay khi trong bụng mẹ, trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, trẻ lớn và đôi khi cả người trưởng thành. Thận to, thường có thể sờ thấy lúc mới sinh. Tuy nhiên cũng có thể sau đó mới phát hiện theo tiến triển của bệnh.

Xét nghiệm mô bệnh học thấy rằng ARPKD biểu hiện có nhiều nang ở vùng tuỷ thận hai bên,

làm thận thận tăng kích thước do sự tăng giãn ra của các đoạn ống góp. Các nang có xu hướng to dần, nhưng thường chỉ dưới 2cm.

Như vậy qua sơ đồ phả hệ thấy rằng bố bệnh nhân mắc bệnh, truyền gen bệnh cho cho các con, tất cả họ đều biểu hiện thành bệnh thận đa nang. Độ tuổi phát hiện đều khoảng trên 30 tuổi, đều có nang gan kèm theo và đều đã tiến triển suy thận, trong đó có người anh thứ 2 gặp biến chứng nặng nhất là phình mạch não. Hầu hết các người cháu trong gia đình đều mắc bệnh và chưa biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Do đó gen mang bệnh của người bố truyền cho các con là gen trội.

IV. KẾT LUẬN

ADPKD là căn bệnh phức tạp, nguyên nhân từ rối loạn gen có tính di truyền. Biểu hiện của bệnh là sự hình thành nang, tăng kích thước các nang và suy giảm dần chức năng thận. Chẩn đoán sớm qua các xét nghiệm như siêu âm là rất quan trọng. Cần chú ý tới các triệu chứng như đau đầu, tiểu máu, nhiễm trùng nang hay chảy máu trong nang có thể gặp ở những bệnh nhân này. Mục tiêu điều trị chính là làm giảm tỉ lệ tử vong và làm chậm tiến triển của suy thận. Việc phát hiện sớm và theo dõi tiến lâm sàng của bệnh là rất quan trọng, giúp giảm bớt hoặc trì hoãn sự khởi phát triệu chứng bệnh. Ngoài ra với các gia đình đã có người bị bệnh thận đa nang cần khám bệnh và làm siêu âm hàng loạt cho các thành viên trong gia đình kể cả trẻ em và người lớn nhằm phát hiện đa nang trước khi có biểu hiện lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Paul BM, Vanden Heuvel GB. Kidney: polycystic kidney disease. Wiley Interdiscip Rev Dev Biol. 2014
2. Torres V.E., Harris P.C., Pirson Y. (2007). Autosomal dominant polycystic kidney disease, Lancet, 369(9569)
3. Vinay Kumar, Abul K. Abbas, Jon C.Aster (2013). Cystics diseases of the Kidney, Robbins basic pathology, ninth edition
4. Shaw C, Simms RJ, Pitcher D, Sandford R. Epidemiology of patients in England and Wales with autosomal dominant poly- cystic kidney disease and end-stage renal failure. Nephrol Dial Transplant. 2014;29(10):1910-1918.
5. Hà Hoàng Kiêm. Bệnh thận di truyền, phần 4; Thận học lâm sàng; nhà xuất bản y học
6. Jare J. Grantham, Venunair, Franz Winklhofer (2002): Cystic Diseases of Kidney – Chapter 38 – The Kidney Vol.II, 2002; p1699-1710
7. Burton D. Rose, William M. Bennett (2008), Patient information: Polycystic kidney disease
8. Gallagher AR, Germino GG, and Somlo S. Molecular advances in autosomal dominant polycystic kidney disease. Adv Chronic Kidney Dis. 2010.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH KHỚP VAI THỂ ĐƠN THUẦN BẰNG ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU

Trần Thái Hà¹, Lương Thị Dung²

TÓM TẮT

Viêm quanh khớp vai là một bệnh lý rất thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần và tìm hiểu tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm kết hợp vận động trị liệu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, so sánh trước và sau điều trị. Đối tượng là 30 bệnh nhân. Liệu trình điều trị là 20 ngày. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu đạt kết quả: mức độ rất tốt 3,3%; tốt 30%, khá 33,3%, trung bình 33,4%. Trong quá trình điều trị không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng. **Kết luận:** Phương pháp điện châm kết hợp vận động trị liệu có tác dụng tốt và an toàn trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần.

Từ khóa: điện châm, vận động trị liệu, viêm quanh khớp vai.

SUMMARY

STUDY THE EFFECT OF THE COMBINING METHODS OF ELECTRO - ACUPUNCTURE AND MOTOR EXERCISE IN THE TREATMENT OF PERI - ATHRITIS

Peri - arthritis is very common disease in the world as well as in Vietnam. **Objective:** To evaluate the effects of the combining electro - acupuncture and motor exercise on treatment for peri - arthritis. **Method:** Perspective clinical trial, comparisons of pre - post treatment. The study recruited who were 30 patients. The treatment term had lasted for 20 days. **Results:** Study group gains 3.3 % of very good, 30% of good, 33.3% of average, 33.4% of moderate. There was not any unexpected effect observed in this trial. **Conclusion:** The combining electro - acupuncture and motor exercise is safe method and has good effect on treatment for peri - arthritis.

Keyword: electro - acupuncture, motor exercise, peri - arthritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là một bệnh khớp gặp khá phổ biến ở nước ta. Bệnh có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên nhưng biểu hiện trên lâm sàng thường là đau và hạn chế vận động khớp vai, các triệu chứng này gây ảnh hưởng nhiều đến lao động và sinh hoạt của

người bệnh. YHHĐ có nhiều phương pháp điều trị trong đó vận động trị liệu là phương pháp quan trọng thường được sử dụng trên lâm sàng [1] [2]. Theo y học cổ truyền, bệnh VQKV thuộc phạm vi chứng kiên tý. Để điều trị bệnh này, ông cha ta đã có nhiều phương pháp khác nhau như: điện châm, giác lửa, xoa bóp bấm huyệt ... [4]. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu nhằm hai mục tiêu:

1. *Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của phương pháp điện châm kết hợp vận động trị liệu.*

2. *Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm kết hợp vận động trị liệu trên lâm sàng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Đối tượng: Đối tượng nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng viêm quanh khớp vai thể đau vai đơn thuần, điều trị tại Khoa Châm cứu - Vật lý trị liệu bệnh viện Y học Cổ truyền Bộ Công an.

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ: Bệnh nhân được chẩn đoán theo tiêu chuẩn chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đơn thuần theo Trần Ngọc Ân [1] và theo tiêu chuẩn của Boisser (1992) [3].

- Đau vai ở các mức độ khác nhau.
- Hạn chế vận động khớp vai với nhiều mức độ từ ít đến nhiều.

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

*Cận lâm sàng: XQ khớp vai quy ước không phát hiện tổn thương hoặc có thể có canxi hoá dây chằng bao khớp, loãng xương, gai xương.

2.2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT: Chọn bệnh nhân được chẩn đoán bệnh danh "kiên tý" thể "kiên thống".

2.2.4. Tiêu chuẩn loại bệnh nhân khỏi diện nghiên cứu

- Viêm quanh khớp vai thể giả liệt, hội chứng Sudeck, thể viêm gân do lắng đọng Canxi.

- Bệnh nhân bị Viêm quanh khớp vai do U phổi, thiếu năng vành, sau nhồi máu cơ tim, u vú.

- Phụ nữ có thai.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm

¹Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

²Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hà

Email: phdtranthaiha@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2019

Ngày duyệt bài: 5.6.2019

lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 30 bệnh nhân

2.3.2. Tiến hành:

*Nhóm nghiên cứu: điều trị bằng điện châm kết hợp vận động trị liệu. Liệu trình điều trị: 20 ngày liên tục.

Điện châm:

Điện châm: kích thích điện với tần số: 3 – 4Hz/s (nhịp kích thích 180 – 240 lần/phút). Thời gian: 20 phút. Liệu trình: 20 phút/lần x 1 lần/ngày x 20 ngày.

Công thức huyết điều trị: Hợp cốc, Khúc trì, Kiên ngung, Kiên liêu, Kiên trinh, Kiên tinh, Thiên tông, Dương lăng tuyền, Tam âm giao.

Tập vận động trị liệu: Gập và duỗi, dạng và khép, xoay khớp vai vào trong và ra ngoài:

2.3.3. Chỉ tiêu theo dõi:

- Đau khớp vai.
- Vận động khớp vai.
- Chức năng khớp vai.

2.3.4. Chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị:

- Tình trạng đau của khớp vai theo thang điểm VAS

- Đánh giá chức năng khớp vai (theo Constant C.R và Murley A.H.G) bao gồm: hoạt động hàng ngày; nâng vai ra trước, lên trên; dạng vai sang bên, lên trên; quay ngoài (vị trí); quay trong (vị trí), lực của vai.

2.3.4.1. Đánh giá tình trạng đau khớp vai của bệnh nhân theo thang điểm VAS. [5]

Mức 0 điểm: Không đau; Mức 1 – 2,5 điểm: Đau nhẹ

Mức >2,5 – 5 điểm: đau vừa ; Trên 5 điểm: Đau nặng.

2.3.4.2. Đánh giá chức năng khớp vai theo Constant C.R và Murley A.H.G 1987[6]

Đánh giá tình trạng bệnh dựa vào 4 triệu chứng chủ yếu là đau, hoạt động hàng ngày, tầm vận động, lực của vai với tổng số điểm là 100.

2.3.4.3. Đánh giá kết quả chung:

- Rất tốt: 95-100 điểm; -Tốt: 85 – 94 điểm
- Khá: 75 – 84 điểm; -Trung bình: 60–74 điểm
- Kém: < 60 điểm

2.3.4. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý nhờ chương trình SPSS 11.6 của tổ chức y tế thế giới, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Hiệu quả điều trị:

Bảng 3.1. Sự cải thiện về mức độ đau và chức năng khớp vai

Chỉ số	Nhóm	Nhóm nghiên cứu	
		Trước điều trị (X±SD)	Sau điều trị (X±SD)
Đau		3,5±2,67	9,0±2,82
		$p < 0,01$	
Hoạt động hàng ngày		8,47±1,25	17,07±1,26
		$p < 0,01$	
Khả năng vận động khớp vai		12,87±6,01	28,6±6,31
		$p < 0,01$	
Năng lực của khớp vai		10,2±1,5	20,03±2,43
		$p < 0,01$	
Tổng điểm		40,03±10,08	78,7±10,58
		$p < 0,01$	

Nhận xét: Sau 20 ngày điều trị, triệu chứng đau có sự cải thiện rõ rệt ($p < 0,01$).

- Sự cải thiện hoạt động hàng ngày, khả năng vận động khớp vai và năng lực của khớp vai sau 20 ngày điều trị là rất rõ rệt ($p < 0,01$).

Bảng 3.2. Kết quả điều trị chung sau 20 ngày điều trị

Kết quả	Nhóm chứng	
	Số BN	Tỷ lệ %
Rất tốt	1	3,3
Tốt	9	30
Khá	10	33,3
Trung bình	10	33,4
Kém	0	0
Tổng số	30	100

Nhận xét: Sau 20 ngày điều trị, hiệu quả điều trị đạt hiệu quả rất tốt và tốt 33,3%, khá 33,3% và trung bình 33,4%.

3.2 . Tác dụng không mong muốn: qua nghiên cứu theo dõi điều trị cho 30 bệnh nhân VQKV bằng phương pháp điện châm kết hợp tập vận động trị liệu, chúng tôi không thấy có trường hợp nào bị các tác dụng không mong muốn như: đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, mất ngủ, dị ứng tại chỗ...

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá kết quả điều trị dựa trên triệu chứng đau.

KQ ở bảng 3.1 cho thấy: mức độ giảm đau ở nhóm nghiên cứu có sự cải thiện rõ rệt, sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phương pháp điều trị điện châm có tác dụng giảm đau rõ rệt thông qua tác dụng tại chỗ và toàn thân của các chất trung gian hóa học và hormon nội sinh, giảm co cứng cơ, góp phần giảm đau cho bệnh nhân viêm quanh khớp vai.

4.2. Các hoạt động hàng ngày. Sau 20 ngày điều trị, điểm số hoạt động hàng ngày của nhóm nghiên cứu tăng từ $8,47 \pm 1,25$ lên $17,07 \pm 1,26$. Song song với quá trình điều trị bằng điện châm, khi tiến hành tập theo tầm vận động của khớp vai, tình trạng đau của khớp vai được giảm bớt, tầm vận động của khớp vai được gia tăng, các cơ và tổ chức phần mềm quanh khớp được tác động nhiều, nhờ các bài tập mà trở nên dẻo dai, mạnh mẽ hơn, do đó cải thiện các hoạt động hàng ngày.

4.3. Năng lực của khớp vai. Kết quả cho thấy sau 20 ngày điều trị điểm trung bình của nhóm nghiên cứu có sự cải thiện rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Nhờ có sự kết hợp của điện châm và vận động trị liệu mà tình trạng đau của khớp vai được giảm bớt, tầm vận động của khớp vai được gia tăng, các cơ và tổ chức phần mềm quanh khớp được tác động nhiều, do đó lực của khớp vai được tăng lên.

4.4. Kết quả điều trị chung. Hiệu quả điều trị ở nhóm điều trị cho thấy: Sau 20 ngày điều trị, hiệu quả điều trị ở nhóm nghiên cứu: mức độ rất tốt đạt 3,3%; tốt 30% (rất tốt + tốt + khá = 66,6%).

4.5. Tác dụng không mong muốn: Kết quả cho thấy không có trường hợp nào bị các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng đã

chứng minh cho tính an toàn của phương pháp điều trị.

IV. KẾT LUẬN

1. Phương pháp điện châm kết hợp tập vận động trị liệu có tác dụng tốt trong điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần:

- Kết quả điều trị chung: tốt và khá là 66,6%
- VAS: 53,3% bệnh nhân hết đau (nhóm chứng) với $p < 0,05$

- Hoạt động hàng ngày (theo Constan C.R và Murley A.H.G) điểm trung bình là $17,07 \pm 1,26$ với $p < 0,01$

- Năng lực của vai (theo Constan C.R và Murley A.H.G) điểm trung bình là $20,03 \pm 2,43$ với $p < 0,01$

2. Không tìm thấy tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp điện châm kết hợp tập vận động trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân (2002)**, Bệnh thấp khớp, Nhà xuất bản Y học (2002), Hà Nội, tr 364 – 374.
2. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2011)**, Bệnh học cơ xương khớp nội khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 165 - 176.
3. **Boisies M.C (1992)** "Pé riarthrites Scapulo – Hu méraes cogerence de Rlaumatologic de Pais"; pp21-28
4. **Bộ môn y học cổ truyền – Trường đại học Y Hà Nội (2005)**, " Bài giảng y học cổ truyền ", Tập II, Nhà xuất bản Y Học – Hà Nội.
5. **Huskisson E.C. (1974)**, Measurement of pain, Luncef. 2, pp27-31.
6. **Constant C.R. , Murley A . H . G . (1987)**, " A clinical method of function assessment of the shoulder", Clinical Orthopaedics and Related Research, 214, pp. 160 -164.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU CỦA ĐỘNG MẠCH QUAY ĐỂ ỨNG DỤNG MẠCH GHÉP TRÊN XÁC NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH

Phạm Hiếu Liêm¹, Hà Thanh Đạt¹, Nguyễn Hoàng Vũ²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu giải phẫu của động mạch quay ở người Việt Nam trưởng thành. **Đối tượng - phương pháp nghiên cứu:** Mô tả giải phẫu động mạch quay qua phẫu tích xác người Việt Nam trưởng thành được bảo quản bằng dung dịch

ướp xác của bộ môn Giải phẫu, bộ môn Giải phẫu bệnh của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và bộ môn Giải phẫu của Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. Động mạch quay được khảo sát nguyên ủy, độ dài và đường kính. **Kết quả:** Chúng tôi thu được 36 mẫu động mạch quay của 18 xác đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. 100% trường hợp động mạch quay xuất phát từ động mạch cánh tay, dưới đường liên lồi cầu một khoảng $3,16 \pm 0,69$ cm. Độ dài của động mạch quay đoạn 1 (từ nguyên ủy đến điểm ngay sau nhánh động mạch quặt ngược quay) là $0,54 \pm 0,05$ cm, đoạn 2 (từ điểm cuối của đoạn 1 đến điểm ngay trước nhánh gan tay nông) là $24,38 \pm 1,66$ cm. Đường kính động mạch quay đo ở 3 điểm A, B, C lần lượt là $3,18 \pm 0,20$ mm, $2,90 \pm 0,24$ mm, $2,16 \pm 0,26$ mm. **Kết luận:** Về giải phẫu, động mạch quay

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

²Đại học Y Dược, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm

Email: drliempham@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 6.6.2019

đáp ứng điều kiện là mạch ghép trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.

Từ khóa: Giải phẫu động mạch quay; Mạch ghép trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.

SUMMARY

EVALUATE THE ANATOMICAL CHARACTERISTICS OF THE RADIAL ARTERY IN VIETNAMESE ADULT CADAVERS AS A COMPATIBLE ARTERIAL GRAFT

Objectives: Evaluate the anatomical characteristics of the radial artery in Vietnamese adult cadavers. **Methods:** Anatomical descriptive research of the radial artery in Vietnamese adult cadavers preserved in embalming solution of Department of Anatomy, Anapathology of the UMP and Department of Anatomy of PNT University of Medicine. Radial arteries are investigated in origins, length and diameter. **Results:** A total of 36 radial artery specimens from 18 standard cadavers were studied. 100% cases artery takes origin as a branch from brachial artery below the interepicondylar line 3,16+0,69cm. The length of the first segment of radial artery (from origins to the point right behind the radial recurrent branch) found to be cm, the second segment (from the endpoint of the previous segment to the point right before superficial palmar branch) is measured to be cm. Diameter of radial artery measured at 3 points A, B, C is 3.18 ± 0.20 mm, 2.90 ± 0.24 mm, 2.16 ± 0.26 mm respectively. **Conclusion:** Anatomically, the radial artery can be safely used as a graft in coronary arterial bypass (CABG) surgery.

Keywords: Anatomical characteristics of radial artery; Artery graft in coronary arterial bypass surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, trong năm 2015, bệnh động mạch vành là nguyên nhân gây tử vong cho hơn 8,7 triệu người trên toàn thế giới, đứng đầu trong số tất cả các nguyên nhân gây tử vong liên tục trong vòng 15 năm trước đó. Dù ngày càng có nhiều cải tiến trong các phương pháp điều trị bệnh lý mạch vành như những tiến bộ về điều trị nội khoa, sự thay đổi không ngừng trong các phương pháp can thiệp nội mạch như bóc nội mạc bằng laser hoặc sóng cao tần, stent thuốc, liệu pháp gen để điều trị bệnh lý hẹp mạch vành hoặc can thiệp động mạch vành qua da hay phẫu thuật bắc cầu động mạch vành vẫn là phương pháp điều trị mang lại hiệu quả cao trong việc phục hồi lưu thông mạch vành lâu bền nhất, tăng tỉ lệ sống còn và giảm các biến cố tim mạch, nâng cao chất lượng cuộc sống cho các bệnh nhân [5].

Sử dụng động mạch quay để làm cầu nối trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành được Carpentier giới thiệu lần đầu tiên vào năm 1971. Năm 1981, Christophe Acar, Carpentier và cộng

sự thực hiện một nghiên cứu trên 910 bệnh nhân, bổ sung việc sử dụng thuốc chống co mạch trong lúc lấy động mạch quay để làm cầu nối. Nghiên cứu cho thấy kết quả là 92% cầu nối hoạt động tốt của cầu nối là 92% sau 10 năm [4].

Tại Việt Nam, phẫu thuật bắc cầu động mạch vành được triển khai lần đầu vào năm 1997 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (Hà Nội), năm 2000 tại bệnh viện Chợ Rẫy và năm 2001 tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh. Đã có một số nghiên cứu tại Việt Nam đánh giá về kết quả của việc sử dụng các mảnh ghép động mạch trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành [3], nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá cụ thể các chỉ tiêu về chiều dài, đường kính của đoạn động mạch quay có thể được sử dụng làm mảnh ghép trong phẫu thuật này và chưa có nghiên cứu chuyên biệt về các đặc điểm mô học của động mạch quay ở người Việt Nam trưởng thành.

Với mong muốn cung cấp thêm những thông tin về đặc điểm giải phẫu của động mạch quay ở người Việt Nam trưởng thành, bổ sung thêm thông tin về một loại cầu nối động mạch, hỗ trợ cho việc lựa chọn mảnh ghép cho phẫu thuật bắc cầu động mạch vành và xu hướng sử dụng nhiều mảnh ghép động mạch tự thân trong cùng một ca phẫu thuật, chúng tôi tiến hành nghiên cứu giải phẫu của động mạch quay để ứng dụng thành mạch ghép trên xác ở người Việt Nam trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

2.2 Đối tượng nghiên cứu: Xác người Việt Nam trưởng thành được bảo quản bằng dung dịch ướp xác của bộ môn Giải phẫu, bộ môn Giải phẫu bệnh của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và bộ môn Giải phẫu của Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

• Vùng cẳng tay còn nguyên vẹn, chưa được phẫu tích.

• Không có chấn thương hay dị tật gây biến dạng vùng cẳng tay.

• Không có tiền căn phẫu thuật ở vùng cẳng tay, xác định thông qua việc ghi nhận sẹo mổ cũ khi phẫu tích ở vùng này.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

• Khi lấy mẫu: Phẫu tích làm đứt rách động mạch và các thành phần liên quan đến động mạch quay.

• Ghi nhận có khối u ở vùng cẳng tay khi phẫu tích làm thay đổi đường đi của động mạch quay.

2.3 Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: 36 mẫu động mạch quay từ xác

được bảo quản bằng dung dịch ướp xác đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Tất cả các xác được chuẩn bị để phẫu tích phục vụ cho việc giảng dạy sinh viên tại bộ môn Giải phẫu của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch từ tháng 10/2017 đến tháng 7/2018.

2.4 Phương pháp tiến hành: Xác ướp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đặt nằm ngửa, cánh tay dạng ra một góc 90° so với trục của thân người. Đường rạch da để phẫu tích được từ nguyên ủy của động mạch quay đến trước khi cho nhánh động mạch gan tay nông là các đường: Đường ngang qua nếp gấp cổ tay; Đường ngang qua mặt trước cẳng tay, song song với nếp gấp khuỷu và phía dưới nếp gấp khuỷu 3cm; Đường ngang qua mặt trước cẳng tay, song song với nếp gấp khuỷu và phía trên nếp gấp khuỷu 3cm; Đường thẳng nối từ điểm giữa của các đường ngang kể trên.

Khi rạch da và bóc tách các mô dưới da, cần lưu ý tiến hành cẩn thận ở đoạn 1/3 dưới của động mạch quay, vì đoạn này không được bao phủ bởi mạc cánh tay.



Hình 1: Các đường rạch da để phẫu tích động mạch quay

Rạch mạc cánh tay ở đường tiếp giáp giữa cơ cánh tay quay và cơ gấp cổ tay quay để bộc lộ động mạch quay. Động mạch quay sau khi bộc lộ xong cần thấy được nguyên ủy của động mạch quay, vị trí cho nhánh động mạch quặt ngược quay và vị trí cho nhánh gan tay nông.



Hình 2: Động mạch quay được phẫu tích thấy được nguyên ủy, vị trí cho nhánh động mạch

quặt ngược quay và nhánh gan tay nông

Độ dài của động mạch quay được đo thành 2 đoạn như sau:

- **Đoạn 1:** Từ nguyên ủy của động mạch quay đến điểm ngay sau nhánh động mạch quặt ngược quay.

- **Đoạn 2:** Tiếp theo từ điểm cuối của đoạn 1 đến điểm ngay trước nhánh gan tay nông. Đoạn này dài và có nhiều đoạn cong, vì thế chúng tôi dùng một đoạn chỉ đặt dọc theo đoạn động mạch, 2 đầu đoạn chỉ tương ứng với các điểm mốc, rồi đo chiều dài của đoạn chỉ để xác định chiều dài của đoạn động mạch quay.

Đo đường kính ngoài động mạch: Dùng kelly thẳng kẹp xẹp hoàn toàn và trục kẹp thẳng góc với trục động mạch tại vị trí cần đo đường kính. Số đo thu được là nửa chu vi của (A) động mạch. Từ đó suy ra đường kính ngoài động mạch (D) theo công thức: $D = (A \times 2) / 3,14$.

Đường kính động mạch quay được đo tại 3 điểm: Tại điểm A: Nguyên ủy; Tại điểm B: Ngay sau khi cho nhánh động mạch quặt ngược quay; Tại điểm C: Ngay trước khi cho nhánh gan tay nông.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong quá trình phẫu tích, chúng tôi thu được 36 mẫu động mạch quay của 18 xác đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu

3.1 Đặc điểm chung: Tuổi trung bình của nhóm mẫu nghiên cứu là 71,22 tuổi $\pm$ 12,53 tuổi, lớn nhất là 87 tuổi và nhỏ nhất là 44 tuổi. Về giới, phân bố nam và nữ là 10 xác nam và 8 xác nữ.

3.2 Đặc điểm giải phẫu động mạch quay

- **Nguyên ủy động mạch quay:** Tất cả 36 trường hợp động mạch quay xuất phát từ động mạch cánh tay, dưới đường liên lồi cầu xương cánh tay.

Bảng 1: Khoảng cách từ nguyên ủy của động mạch quay đến đường nối liên lồi cầu xương cánh tay

Đơn vị tính: cm	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Bên phải (n=18)	3,35	0,79
Bên trái (n=18)	2,97	0,53
Chung 2 bên (n=36)	3,16	0,69
	Trung vị	Nhỏ nhất - Lớn nhất
Bên phải (n=18)	3,46	(2,49 - 3,82)
Bên trái (n=18)	3,08	(2,82 - 3,22)
Chung 2 bên (n=36)	3,20	(2,49 - 3,82)

Nhận xét: Nguyên ủy của động mạch quay ở dưới đường liên lồi cầu xương cánh tay một khoảng trung bình là $3,16 \pm 0,69$ cm. Nếu xét riêng, khoảng cách này ở bên phải là $2,97 \pm$

0,53cm, ở bên trái là $3,35 \pm 0,79$ cm. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- **Độ dài các động mạch quay:** Độ dài động mạch quay được đo theo 2 đoạn như sau: Đoạn 1: Từ nguyên ủy đến điểm ngay sau nhánh động mạch quặt ngược quay. Đoạn 2: Tiếp theo từ điểm cuối đoạn 1 đến điểm ngay trước nhánh gan tay nông.

Bảng 2: Độ dài các đoạn của động mạch quay

Đơn vị tính: cm	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Đoạn 1	0,54	0,05
Đoạn 2	24,38	1,66
	Trung vị	Nhỏ nhất - Lớn nhất
Đoạn 1	0,59	(0,39 - 0,97)
Đoạn 2	24,38	(23,02 - 25,46)

- **Đường kính động mạch quay**

Bảng 3: Đường kính động mạch quay

Vị trí Đường kính (mm)	Điểm A	Điểm B	Điểm C
Bên phải	$3,22 \pm 0,23$ (3,17-3,38)	$2,94 \pm 0,23$ (2,76 - 3,10)	$2,19 \pm 0,21$ (2,07-2,36)
Bên trái	$3,14 \pm 0,17$ (3,02-3,23)	$2,85 \pm 0,25$ (2,71-2,95)	$2,12 \pm 0,30$ (1,92-2,24)
Chung 2 bên	$3,18 \pm 0,20$ (3,02-3,38)	$2,90 \pm 0,24$ (2,71-3,10)	$2,16 \pm 0,26$ (1,92-2,36)

Nhận xét: Đường kính trung bình của động mạch quay nhỏ dần từ nguyên ủy đến tận cùng. Sự nhỏ dần của đường kính ngoài của động mạch quay từ nguyên ủy đến tận cùng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$); Tại mỗi vị trí, đường kính của động mạch quay bên phải lớn hơn đường kính của động mạch quay bên trái, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$ ($pA=0,97$; $pB=0,37$; $pC=0,26$).

- **Tương quan giữa đường kính động mạch quay và giới**

Chúng tôi so sánh đường kính của động mạch quay ở từng vị trí A, B, C giữa nam và nữ

Bảng 4: Tương quan giữa đường kính động mạch quay và giới

Vị trí Đường kính (mm)	Điểm A	Điểm B	Điểm C
Nam	$3,22 \pm 0,18$	$2,90 \pm 0,16$	$2,16 \pm 0,22$
Nữ	$3,18 \pm 0,17$	$2,90 \pm 0,33$	$2,16 \pm 0,38$

Nhận xét: Đường kính của động mạch quay ở nam và ở nữ không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu được chọn trên người tình nguyện hiến xác sau khi qua đời. Những người này hầu hết mất gì bệnh lý do tuổi cao nên độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là khá cao, trên 71 tuổi.

Về nguyên ủy của động mạch quay:

Trong tất cả 36 mẫu nghiên cứu đều có nguyên ủy bình thường, nghĩa là xuất phát từ động mạch cánh tay, phía dưới đường liên lồi cầu xương cánh tay. Những nghiên cứu trước đây trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã từng ghi nhận động mạch quay xuất phát cao, phía trên đường liên lồi cầu, thậm chí từ động mạch nách, ở 1/3 trên cánh tay. Lê Văn Cường nghiên cứu trên người Việt Nam thấy tỷ lệ động mạch quay xuất phát cao gặp trong 4% trường hợp [1]. Các nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận tỷ lệ động mạch quay xuất phát cao từ 4,1% đến 15,6%[6]. Nghiên cứu này không gặp bất thường về nguyên ủy động mạch quay có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn. Vị trí nguyên ủy động mạch quay có ý nghĩa quan trọng về lâm sàng, nhất là trường hợp động mạch quay xuất phát cao. Tuy nhiên, khi có bất thường giải phẫu như khi động mạch quay xuất phát cao lại là một trong những nguyên nhân gây thất bại của thủ thuật và có thể dễ có biến chứng như co thắt mạch hoặc tắc mạch do huyết khối. Vì vậy, phát hiện những bất thường này trước khi tiến hành thủ thuật là điều rất quan trọng và rất cần thiết.

Về độ dài động mạch quay: Trong nghiên cứu này chúng tôi chú ý khảo sát độ dài đoạn 2 của động mạch quay, tức là đoạn từ điểm ngay sau nhánh động mạch quặt ngược quay đến điểm ngay trước nhánh gan tay nông. Trong thực tế, đoạn này được lấy làm mạch ghép cho phẫu thuật bắc cầu động mạch vành. Nghĩa là khi lấy mạch quay, người ta để lại nhánh động mạch quặt ngược quay, là một trong những nhánh góp phần hình thành mạng mạch quanh khuỷu. Tương tự, nhánh gan tay nông cũng được giữ lại vì nó là thành phần của cung động mạch gan tay nông. Đoạn động mạch quay này có độ dài từ 23,02 đến 25,06cm, trung bình là 24,38cm, đảm bảo về độ dài cho một mạch dùng làm mạch ghép [3]. Độ dài của động mạch quay trong nghiên cứu của chúng tôi có phần dài hơn so với nghiên cứu của các tác giả Lê Văn Cường là 22,7cm [1], Ünlü là 22,28cm [7].

Về đường kính động mạch quay: Đường kính trung bình động mạch quay tại nguyên ủy trong nghiên cứu này là $3,18 \pm 0,20$ mm. So với kết quả nghiên cứu trước đây của Văn Hùng Dũng là 2,81mm [2], Ünlü là 2,20mm [7], nghiên

cứu của chúng tôi cho kết quả đường kính tại nguyên ủy động mạch quay lớn hơn. Nếu so sánh đường kính động mạch quay giữa hai giới nam và nữ, nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt. Nhưng theo nghiên cứu của Nasr AY [6] trên 50 xác gồm 30 nam và 20 nữ thì đường kính động mạch quay ở nam lớn hơn ở nữ. Tuy nhiên, nghiên cứu chúng tôi với cỡ mẫu chỉ có 10 nam và 8 nữ nên cũng chưa kết luận được là đường kính động mạch quay ở người Việt Nam không khác biệt giữa hai giới nam và nữ. Để có cơ sở kết luận, chúng tôi nghĩ rằng cần nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn. Nghiên cứu này còn khảo sát đường kính động mạch quay ở điểm B và điểm C, nghĩa là điểm đầu và điểm cuối của đoạn mạch dùng làm mạch ghép. Kết quả cho thấy đường kính trung bình ở điểm B là 2,90mm và ở điểm C là 2,16mm. Kết quả này đáp ứng tiêu chuẩn về đường kính của đoạn mạch ghép trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành là lớn hơn 2 mm [2].

V. KẾT LUẬN

Về giải phẫu, động mạch quay đáp ứng điều kiện là mạch ghép trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Cường (2011)**, "Nghiên cứu hình dạng, vị trí, kích thước các động mạch dùng bắc cầu trong bệnh tắc hẹp động mạch vành tim", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 15 (1), tr. 262-267.
2. **Văn Hùng Dũng (2013)**, "Nghiên cứu sử dụng toàn bộ mạch ghép động mạch trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành", Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
3. **Vũ Trí Thanh và cộng sự (2014)**, "Đánh giá hiệu quả mảnh ghép động mạch quay trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 18 (1), tr. 138-147.
4. **Acar C, Jebara V, Portoghesi M, Deloche A, Carpentier A, et al (1992)**, "Revival of the radial artery for coronary artery bypass grafting", Ann Thorac Surg, 54, pp 652-660.
5. **Appleson T, Hill RV (2012)**, "Histological comparison of the candidate arteries for bypass grafting of the posterior interventricular artery", Anat Sci Int 2012; 87: 150-4.
6. **Nasr AY (2012)**, "The radial artery and its variations: anatomical study and clinical implications", Folia Morphol (Warsz) 2012; 71: 252-62.
7. **Unlü Y, Keleş P, Keleş S, et al. (2003)**, "An evaluation of histomorphometric properties of coronary arteries, saphenous vein, and various arterial conduits for coronary artery bypass grafting", Surg Today; 33: 725-30.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ MÃN KINH CÓ THỤ THỂ NỘI TIẾT DƯƠNG TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT BẬC 2

Ngô Thị Tính*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống và tìm hiểu một yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư vú có thụ thể nội tiết dương tính được điều trị nội tiết bậc 2 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm 234 bệnh nhân ung thư vú được điều trị nội tiết tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Điểm số trung bình tổng quát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vú mãn kinh được điều trị nội tiết bậc 2 ở mức độ thấp ($68,7 \pm 4,6$). Khi xem xét từng phần riêng biệt, điểm số trung bình của chức năng thể chất ($85,2 \pm 4,7$), điểm số trung bình về nhận thức ($75,6 \pm 4,6$), điểm số trung bình của chức năng hoạt động ($72,7 \pm 4,4$), điểm số trung bình của cảm xúc ($70,6 \pm 5,45$), điểm số trung bình của xã

hội $67,7 \pm 3,7$. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân là giai đoạn bệnh $p < 0,01$, phương pháp điều trị với $p < 0,01$, thời gian sử dụng thuốc với $p < 0,05$ và triệu chứng đau nhức xương, khớp với $p < 0,01$. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vú ở mức độ thấp. Vì vậy cần tăng cường sự hỗ trợ của gia đình và xã hội để nâng cao chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Ung thư vú; chất lượng cuộc sống; ung thư vú mãn kinh; nội tiết bậc 2.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND FIND OUT A RELATED FACTOR IN BREAST CANCER PATIENTS WITH POSITIVE HORMONAL RECEPTORS TREATED ENDOCRINICALLY AT LEVEL 2

Objectives: Evaluating the quality of life and finding out a related factor in breast cancer patients with positive hormonal receptors treated endocrinically at level 2 at Thai Nguyen Central Hospital. **Patients and Methods:** including 234 breast cancer patients treated at Thai Nguyen Central General Hospital. Research method: Cross-sectional description. **Results:** The overall average score of the quality of life of

*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Tính
Email: tiensingothitinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 29.5.2019
Ngày duyệt bài: 6.6.2019

menopausal breast cancer patients receiving endocrine treatment is low (68.7 ± 4.6). When considering each individual section, the average score of physical function (85.2 ± 4.7), the average cognitive score (75.6 ± 4.6), the average score of the function active (72.7 ± 4.4), average score of emotions (70.6 ± 5.45), average score of society 67.7 ± 3.7 . Some factors related to the quality of life of patients are stage $p < 0.01$, treatment method with $p < 0.01$, time of using drugs with $p < 0.05$ and pain symptoms bone pain, matching with $p < 0.01$. **Conclusion:** The quality of life of breast cancer patients is low. Therefore, it is necessary to strengthen the support of family and society to improve the quality of life.

Keywords: Breast cancer; life quality; Menopausal breast cancer; Endocrine level 2.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ Việt Nam và ngày càng tăng. Năm 2013 tỷ lệ mắc ung thư vú là khoảng 24,4 trong 100.000 người, 5 năm sau lên tới 26,4. Ước tính trung bình mỗi năm có hơn 15.000 chị em được phát hiện ung thư vú, hơn 6.000 ca tử vong. 42.000 phụ nữ Việt sống chung với bệnh [2]. Bệnh nhân Ung thư vú (UTV) đã mãn kinh có thụ thể nội tiết dương tính được chỉ định điều trị nội tiết bằng các thuốc kháng Aromatase thế hệ ba (AIs) là một biện pháp điều trị bổ trợ đã làm tăng thời gian sống không bệnh (DFS) so với điều trị tiêu chuẩn bằng Tamoxifen. Thời gian khuyến cáo điều trị nội tiết bổ trợ là 5 năm. Theo hướng dẫn của Hiệp hội ung thư lâm sàng Hoa Kỳ (ASCO) khuyến cáo AI có thể điều trị chính, nối tiếp (sau 2-3 năm điều trị Tamoxifen) hoặc kéo dài (sau 5 năm điều trị Tamoxifen). Tuy nhiên phụ nữ chẩn đoán với ung thư vú bị ảnh hưởng bởi rất nhiều yếu tố, bao gồm những ảnh hưởng tới thể chất, nỗi sợ bị tái phát, thay đổi hình ảnh của bản thân sau phẫu thuật vú, thay đổi trong mối quan hệ gia đình và thay đổi trong quan hệ vợ chồng. Thêm vào đó, việc làm cũng là một vấn đề liên quan với nỗi lo mất việc và sự phân biệt đối xử tại nơi làm việc. Mặc dù ung thư vú có thể được chữa khỏi, kéo dài sự sống và kiểm soát được các triệu chứng nhưng nó cũng gây ra các ảnh hưởng lên tình cảm, tâm lý và thể chất, tất cả những ảnh hưởng này phối hợp và tương tác lẫn nhau dẫn đến sự giảm chất lượng cuộc sống. Trong nghiên cứu này, nhà nghiên cứu lựa chọn những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân ung thư vú bao gồm tình trạng bệnh tật, sức khỏe và chức năng, kinh tế xã hội, yếu tố tâm lý và gia đình. Với tất cả lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài trên với mục tiêu: *Đánh giá chất lượng cuộc sống và tìm hiểu một yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư vú có thụ thể nội*

tiết dương tính được điều trị nội tiết bậc 2 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 234 bệnh nhân ung thư vú đã mãn kinh có thụ thể nội tiết dương tính được điều trị nội tiết bậc 2 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 2010 đến 2018

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.

- Mãn kinh từ 12 tháng trở lên.
- Có chẩn đoán mô bệnh học rõ ràng.
- Giai đoạn bệnh từ I đến III
- Được điều trị bằng AI thế hệ 3 (Anastrozole, Letrozole hoặc Exemestane)
- Thụ thể nội tiết dương tính
- Đã hoàn thành hóa trị và hoặc xạ trị ít nhất 1 tháng trước

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn
- Không liên lạc được
- Giai đoạn IV
- Từ chối tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian: Từ 01/2018 đến 12/2018

2.2.2. Địa điểm: Trung Tâm Ung Bướu BVTW Thái Nguyên

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu: toàn bộ

2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Thu thập theo mẫu phiếu điều tra
- Tuổi: chia thành các nhóm tuổi: < 55 tuổi, từ 55 đến 65 và 65 tuổi trở lên.
 - Học vấn, tôn giáo, nghề nghiệp...
 - Số năm mãn kinh: Dưới 5 năm, từ 5 đến 10 năm và trên 10 năm.
 - Nguyên nhân mãn kinh: Tự nhiên và không tự nhiên
 - Giai đoạn bệnh: I, II, và III
 - Hóa trị: Hóa trị có, không hóa trị.
 - Số năm điều trị AI
 - Điều trị Tamoxifen trước đó: có ; không
 - Loại AI : Anastrozole, Letrozole, Exemestan
 - Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Tình trạng hôn nhân, yếu tố tâm linh, phương pháp điều trị.
 - + Điểm chất lượng cuộc sống trung bình ở bệnh nhân nghiên cứu.
 - + Tình trạng sức khỏe và chức năng
 - + Tình trạng kinh tế xã hội
 - + Yếu tố tâm lý.
 - + Yếu tố gia đình
 - + Tình trạng bệnh tái phát, di căn ...
 - + Liên quan giữa tình trạng tái phát, di căn

với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

- Kỹ thuật thu thập số liệu: Những bệnh nhân ung thư vú đạt đầy đủ tiêu chuẩn của nghiên cứu đã được nhà nghiên cứu thăm dò ý kiến, thông báo về mục tiêu và lợi ích của nghiên cứu. Tất cả người tham gia được phỏng vấn bởi nhà nghiên cứu. Tiêu chí đánh giá điểm chất lượng cuộc sống sử dụng bộ câu hỏi EORTC QLQ – BR23

2.4. Xử lý số liệu: Nghiên cứu các số liệu, dữ liệu có trong từng hồ sơ, lập các mối liên quan thành các bảng biểu theo mục tiêu đề tài.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm tin học SPSS 20.0. Phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học. So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng test χ^2 , các trường hợp có tần số nhỏ hơn 5 sử dụng test Fisher's Exact Test.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Người bệnh được thông báo về nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện khi tham gia. Nghiên cứu dựa trên những hiểu biết đầy đủ ung thư tuyến vú và điều trị nội tiết bằng AI. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ khoa học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

3.1.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	n	Tỷ lệ %
Độ tuổi: >65	74	31,6
55-65	108	46,2
<55	52	22,2
Tổng	234	100
Thời gian mãn kinh: >10 năm	130	55,6
5-10 năm	51	21,8
<5 năm	53	22,6
Tổng	234	100
Giai đoạn bệnh: Giai đoạn I	22	9,4
Giai đoạn II	154	65,8
Giai đoạn III	58	24,8
Tổng	234	100

Nhận xét: Tuổi trung bình $62 \pm 10,2$. Nhóm tuổi 55-65 chiếm tỷ lệ cao nhất 46,2%

Thời gian mãn kinh trung bình $6 \pm 2,5$ năm, Thời gian mãn kinh trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,6%; từ 5-10 năm có tỷ lệ thấp nhất 21,8

Giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất 65,8%, tiếp theo là giai đoạn III 24,8%, Chỉ có 9,4% là giai đoạn I

3.1.2. Phương pháp điều trị

Bảng 3.2. Phương pháp điều trị

Phương pháp	n	Tỷ lệ %
Hóa trị: Không	22	9,4
Có	212	90,6
Tổng	234	100
Điều trị Tamoxifen trước đó		

Không	156	66,7
Có	78	33,3
Loại AI: Anastrozole	161	68,8
Letrozole	43	18,4
Exemestane	30	12,8
Tổng	234	100
Triệu chứng đau xương		
Có	177	75,6
Không	57	24,4

Nhận xét: Trong số 234 bệnh nhân có tới 90,6% bệnh nhân có hóa trị, số bệnh nhân được điều trị bằng Anastrozole chiếm 68,8%. Triệu chứng đau nhức xương chiếm 75,6%

Bảng 3.3. Đặc điểm tôn giáo và nghề nghiệp của bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	Số bệnh nhân (n=234)	%
Phật giáo	153	65,4
Thiên chúa giáo	67	28,6
Khác	14	6,0
Lao động	83	35,5
Công chức	37	15,8
Buôn bán	28	12,0
Nông dân	60	25,6
Khác	26	11,1

Nhận xét: Bệnh nhân nghiên cứu hầu hết phát giáo 65,5%, Thiên chúa giáo 28,5%. Người tham gia là người lao động chiếm 35,5%, trong khi người buôn bán chiếm tỉ lệ thấp 12%.

Bảng 3.4. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (n = 234)

Chất lượng cuộc sống	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	Mức độ
Chức năng thể chất	85,2	4,7	Thấp
Nhận thức	75,6	4,6	Thấp
Chức năng hoạt động	72,7	4,4	Thấp
Cảm xúc	70,6	5,45	Thấp
Gia đình và Xã hội	67,7	3,7	Thấp
CLCS tổng quát	68,7	4,6	Thấp

Nhận xét: Điểm số trung bình chất tổng quát lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vú được điều trị nội tiết bậc 2 ở mức độ thấp ($68,7 \pm 4,6$). Khi xem xét từng phần riêng biệt, điểm số trung bình của chức năng thể chất ($85,2 \pm 4,7$), điểm số trung bình về nhận thức ($75,6 \pm 4,6$), điểm số trung bình của chức năng hoạt động ($72,7 \pm 4,4$), điểm số trung bình của cảm xúc $70,6 \pm 5,45$, điểm số trung bình của xã hội $67,7 \pm 3,7$.

Bảng 3.5. Một số yếu tố liên quan chất lượng cuộc sống của bệnh nhân

Đặc điểm	Điểm trung bình CLCS	Độ lệch chuẩn	p
Giai đoạn bệnh			

Giai đoạn I	61,25	15,13	< 0,01
Giai đoạn II	52,51	9,5	
Giai đoạn III	49,06	10,12	
Phương pháp điều trị			
Có hóa trị	49,05	5,7	< 0,01
Không hóa trị	55,14	5,15	
Thời gian sử dụng thuốc			
< 1 năm	55,07	10,3	
1-3 năm	49,27	6,7	< 0,05
> 3 năm	45,57	15,5	
Triệu chứng đau xương			
Có	65,7	6,7	< 0,01
Không	75,5	6,5	
Nghề nghiệp			
Lao động	56,7	8,7	>0,05
Công chức	62,5	7,5	
Buôn bán	61,3	6,15	
Nông dân	56,9	9,13	
Tôn giáo			
Phật giáo	67,5	10,71	>0,05
Thiên chúa giáo	68,9	12,3	

Nhận xét: Giai đoạn bệnh, phương pháp điều trị có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống với $p < 0,01$. Thời gian sử dụng thuốc ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống $p < 0,05$. Triệu chứng đau xương ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống $p < 0,01$. Tôn giáo và nghề nghiệp ảnh hưởng ít đến chất lượng cuộc sống $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư vú mãn kinh có thụ thể nội tiết dương tính được điều trị nội tiết bậc 2 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Kết quả đã chỉ ra rằng điểm số trung bình tổng quát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vú mãn kinh được điều trị nội tiết bậc 2 ở mức độ thấp ($68,7 \pm 4,6$). Khi xem xét từng phần riêng biệt, điểm số trung bình của chức năng thể chất ($85,2 \pm 4,7$), điểm số trung bình về nhận thức ($75,6 \pm 4,6$), điểm số trung bình của chức năng hoạt động ($72,7 \pm 4,4$), điểm số trung bình của cảm xúc ($70,6 \pm 5,45$), điểm số trung bình của xã hội $67,7 \pm 3,7$. Điều này có thể giải thích rằng: 90,6% bệnh nhân ung thư vú còn sống ở giai đoạn II và III của bệnh tại thời gian chẩn đoán. Người tham gia chịu đựng tác dụng phụ của chu trình điều trị, họ không chỉ có những thay đổi về chức năng sức khỏe mà còn cả về tâm lý và gia đình. Kết quả trên đã phù hợp với các nghiên cứu trước đây về mức độ thấp của chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân ung thư vú còn sống. Những nghiên cứu khác cũng đã sử dụng bộ câu hỏi đo chất lượng cuộc sống đã chứng tỏ rằng điểm số trung bình chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân ung thư vú còn sống sót tại

Thái Nguyên thấp hơn so với điểm số trung bình chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân ung thư vú ở các nước phát triển còn sống sót [4];[5].

Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân: Kết quả nghiên cứu chỉ ra giai đoạn bệnh có liên quan đến chất lượng cuộc sống điều này phù hợp với kết quả 90,6% bệnh nhân ung thư vú đã ở giai đoạn II và III khi được chẩn đoán với $p < 0,01$. Phương pháp điều trị có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống với $p < 0,01$, những bệnh nhân ung thư còn sống sót được chẩn đoán với ung thư vú hơn 5 năm, đã phải trải qua phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, có thể dẫn đến những thay đổi về tâm thần, sự điều chỉnh những triệu chứng thể chất. Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân được biểu hiện như là cảm giác hạnh phúc xuất phát từ sự thỏa mãn hoặc không thỏa mãn về những lĩnh vực quan trọng trong cuộc sống của bệnh nhân. Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được thể hiện ở: Chức năng thể chất, nhận thức, chức năng hoạt động, cảm xúc, yếu tố tâm lý, gia đình và xã hội. Bệnh nhân với chẩn đoán ung thư gắn liền với sự rối loạn về thể chất, tình cảm và tâm thần. Thời gian sử dụng thuốc ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống $p < 0,05$. Triệu chứng đau xương ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống $p < 0,01$, triệu chứng này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây, đối với bệnh nhân điều trị nội tiết kéo dài gây nên tác dụng phụ không mong muốn đó là đau các khớp, đau xương và thậm chí loãng xương. Tôn giáo và nghề nghiệp ảnh hưởng ít đến chất lượng cuộc sống $p > 0,05$, tuy nhiên theo một số nghiên cứu chỉ ra yếu tố tôn giáo cũng là một vấn đề liên quan đến chất lượng cuộc sống.

Sự hỗ trợ của gia đình và xã hội là sự chia sẻ, động viên, giúp đỡ từ gia đình, bạn bè và nhân viên y tế. Trong nghiên cứu của Sammarco (2009) chỉ ra rằng có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa sự hỗ trợ xã hội với chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư vú[4].

V. KẾT LUẬN

Điểm số trung bình tổng quát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vú mãn kinh được điều trị nội tiết bậc 2 ở mức độ thấp ($68,7 \pm 4,6$). Khi xem xét từng phần riêng biệt, điểm số trung bình của chức năng thể chất ($85,2 \pm 4,7$), điểm số trung bình về nhận thức ($75,6 \pm 4,6$), điểm số trung bình của chức năng hoạt động ($72,7 \pm 4,4$), điểm số trung bình của cảm xúc ($70,6 \pm 5,45$), điểm số trung bình của xã hội $67,7 \pm 3,7$.

Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân là giai đoạn bệnh $p < 0,01$, phương pháp điều trị với $p < 0,01$, thời gian sử

dụng thuốc với $p < 0,05$ và triệu chứng đau nhức xương, khớp với $p < 0,01$.

Kết quả của nghiên cứu cung cấp sự hiểu biết về chất lượng cuộc sống trong số bệnh nhân ung thư vú. Từ đó giúp cho thầy thuốc, cộng đồng có phương pháp, kế hoạch nhằm tăng cường sự hỗ trợ xã hội, hạn chế tái phát, giảm sự đau khổ để nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Thành, Wanlapa Kunsongkeit, Pawana Keeratiyutawong, (2013) "Những yếu tố liên quan tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vú tỉnh Thái Nguyên", Việt Nam. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 4 (số đặc biệt), tr 184-188
2. Nguyễn Văn Thuấn, (2014) Điều trị bệnh ung thư vú. Nhà Xuất bản Y học
3. Paraskevi, T, (2012), "Quality of life outcomes in patients with breast cancer" Oncology review.7-10.
4. Sammarco, A, (2009), "Quality of life of breast cancer survivors a comparative study of age cohorts". Cancer Nursing. 347-356.
5. Sammarco, A., & Konecny, L. M, (2008), "Quality of life, social support, and uncertainty among Latina breast cancer survivors". Oncology Nursing Forum.844-849.
6. McMillian, S., & Brent, J, (2002), "Symptom distress and quality of life in patients with cancer newly admitted to hospice care". Oncology Nursing Forum.1421-1428
7. Leak, A., Hu, J., & King, C. R, (2010), "Symptom distress, spirituality, and quality of life in African American breast cancer survivors". Cancer Nursing.15-21.

ĐẶC ĐIỂM MÔ HỌC CỦA ĐỘNG MẠCH QUAY ĐỂ ỨNG DỤNG MẠCH GHÉP TRONG PHẪU THUẬT BẮC CẦU MẠCH VÀNH TRÊN XÁC NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH

Phạm Hiếu Liêm¹, Hà Thanh Đạt¹, Nguyễn Hoàng Vũ²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm mô học của động mạch quay để ứng dụng thành mạch ghép trên xác ở người Việt Nam trưởng thành. **Đối tượng - phương pháp nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm mô học động mạch quay qua phẫu tích xác người Việt Nam trưởng thành được bảo quản bằng dung dịch ướp xác của bộ môn Giải phẫu, bộ môn Giải phẫu bệnh thuộc Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và bộ môn Giải phẫu thuộc Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. **Kết quả:** Đường kính lòng mạch của động mạch quay đo ở 2 điểm B, C lần lượt là $2,18 \pm 0,14$ mm, $1,74 \pm 0,12$ mm. Đường kính này nhỏ dần từ điểm B đến điểm C và sự nhỏ dần này có ý nghĩa thống kê. Độ dày nội mạc và trung mạc của động mạch quay đo ở B là $40,27 \pm 5,75 \mu\text{m}$ và $210,09 \pm 40,80 \mu\text{m}$. Điểm C là $40,34 \pm 7,80 \mu\text{m}$ và $212,89 \pm 43,99 \mu\text{m}$. Tỷ lệ tăng sinh nội mạc chung của động mạch quay là 72,22%. Tỷ số giữa độ dày của nội mạc và trung mạc là $0,42 \pm 0,20$. Số lượng sợi đàn hồi trong lớp trung mạc của động mạch quay ở 2 điểm B, C lần lượt là $4,92 \pm 1,78$, $3,61 \pm 1,48$. Số đoạn không liên tục ở màng chun trong của động mạch quay ở 2 điểm B, C lần lượt là $47,31 \pm 20,96$, $48,86 \pm 19,60$. **Kết luận:** Về mô học, động mạch quay đáp ứng điều kiện là mạch ghép trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành, là lựa chọn thứ hai

sau động mạch ngực trong.

Từ khóa: Mô học động mạch quay; Mạch ghép trong phẫu thuật bắc cầu mạch vành.

SUMMARY

EVALUATE THE HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE RADIAL ARTERY IN VIETNAMESE ADULT CADAVERS AS A COMPATIBLE GRAFT SAFELY USED IN CORONARY ARTERIAL BYPASS SURGERY

Objective: Evaluate the histological characteristics of the radial artery in Vietnamese adult cadavers. **Methods:** Histological descriptive research of the radial artery in Vietnamese adult cadavers preserved in embalming solution of Department of Anatomy, Anapathology of the UMP and Department of Anatomy of PNT University of Medicine. **Results:** The diameter of the lumen at the point B and C were 2.18 ± 0.14 mm, 1.74 ± 0.12 mm. The diameter was decreasing from point B to point C, which was significant meaning. The width of the tunica intima and tunica media at the point B were $40.27 \pm 5.75 \mu\text{m}$ và $210.09 \pm 40.80 \mu\text{m}$, point C were $40.34 \pm 7.80 \mu\text{m}$ và $212.89 \pm 43.99 \mu\text{m}$. The overall endothelial proliferation rate of the radial arteries was 72,22%. The ratio between the width of the tunica intima and tunica media was 0.42 ± 0.20 . The number of elastin fibers in the tunica media at point B and C were 4.92 ± 1.78 and 3.61 ± 1.48 . The number of discontinuous segments at point B and C were 47.31 ± 20.96 , 48.86 ± 19.60 . **Conclusion:** Histologically, the radial artery can be safely used as a graft in coronary arterial bypass surgery.

Keywords: Histological characteristics of radial artery; Artery graft in coronary arterial bypass surgery.

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

²Đại học Y Dược, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm

Email: drliempham@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2019

Ngày duyệt bài: 5.6.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những phương pháp mang lại hiệu quả cao trong việc phục hồi lưu thông mạch vành lâu bền nhất, tăng tỉ lệ sống còn và giảm các biến cố tim mạch cho bệnh nhân là phẫu thuật bắc cầu động mạch vành. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả của phẫu thuật bắc cầu động mạch vành. Mảnh ghép được chọn làm cầu nối là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến thời gian thông suốt của cầu nối. Đó là một tiêu chuẩn chính để đánh giá sự thành công của phẫu thuật. Mảnh ghép động mạch đã được nghiên cứu và đưa vào ứng dụng rộng rãi vì những hiệu quả trung hạn và dài hạn của nó. Hiện động mạch ngực trong được xem là mảnh ghép tiêu chuẩn, vì tính chất phù hợp về giải phẫu, mô học và chức năng với hệ mạch vành. Gần đây, động mạch quay cũng đang được nghiên cứu và dần đưa vào ứng dụng để làm mảnh ghép trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.

Năm 1971 lần đầu tiên Carpentier công bố vào việc sử dụng động mạch quay để làm cầu nối trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành. Christophe và cộng sự thực hiện một nghiên cứu trên 910 bệnh nhân bổ sung việc sử dụng thuốc chống co mạch trong lúc lấy động mạch quay để làm cầu nối. Kết quả cho thấy là 92% cầu nối hoạt động tốt sau 10 năm. Nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự.

Năm 1997 tại bệnh viện Việt Đức (Hà Nội) phẫu thuật bắc cầu động mạch vành được thực hiện lần đầu. Sau đó kỹ thuật này được tiếp tục triển khai tại bệnh viện Chợ Rẫy và Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh. Đã có một số nghiên cứu tại Việt Nam đánh giá về kết quả của việc sử dụng các mảnh ghép động mạch trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu chuyên biệt để đánh giá cụ thể các chỉ tiêu về mô học của đoạn động mạch quay có thể được sử dụng làm mảnh ghép trong phẫu thuật này ở người Việt Nam trưởng thành.

Để cung cấp thêm những thông tin về đặc điểm mô học của động mạch quay ở người Việt Nam trưởng thành, bổ sung thêm thông tin về một loại cầu nối động mạch, hỗ trợ cho việc lựa chọn mảnh ghép cho phẫu thuật bắc cầu động mạch vành và xu hướng sử dụng nhiều mảnh ghép động mạch tự thân trong cùng một ca phẫu thuật, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm mô học của động mạch quay để ứng dụng thành mạch ghép trên xác ở người Việt Nam trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.

2.2 Đối tượng nghiên cứu: Xác người Việt Nam trưởng thành được bảo quản bằng dung dịch ướp xác của bộ môn Giải phẫu, bộ môn Giải phẫu bệnh của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và bộ môn Giải phẫu của Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Vùng cẳng tay còn nguyên vẹn, chưa được phẫu tích.
- Không có chấn thương hay dị tật gây biến dạng vùng cẳng tay.
- Không có tiền căn phẫu thuật ở vùng cẳng tay, xác định thông qua việc ghi nhận sẹo mổ cũ khi phẫu tích ở vùng này.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- Khi lấy mẫu: Phẫu tích làm đứt rách động mạch và các thành phần liên quan đến động mạch quay.
- Ghi nhận có khối u ở vùng cẳng tay khi phẫu tích làm thay đổi đường đi của động mạch quay.

2.3 Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- **Cỡ mẫu:** 36 mẫu động mạch quay từ xác được bảo quản bằng dung dịch ướp xác đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện. Tất cả các xác được chuẩn bị để phẫu tích phục vụ cho việc giảng dạy sinh viên tại bộ môn Giải phẫu của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch từ tháng 10/2017 đến tháng 7/2018.

2.4 Phương pháp tiến hành: Xác ướp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đặt nằm ngửa. Phẫu tích động mạch quay và cắt một mẫu động mạch quay dài 3 mm tại điểm B là điểm ngay sau khi cho nhánh động mạch quặt ngược quay và tại điểm C là điểm ngay trước khi cho nhánh gan tay nông. Cố định, bảo quản trong dung dịch formol đậm trung tính 10%. Tiến hành khử nước, vùi trong paraffin và đúc khuôn. Cắt thành lát có độ dày 3 μ m. Nhuộm với phương pháp nhuộm Hematoxylin-Eosin (HE) và nhuộm elastin để làm thành các tiêu bản.

2.5 Phương pháp phân tích số liệu: Quan sát tiêu bản dưới kính hiển vi quang học được kết nối với máy tính qua phần mềm VENTANA Image Viewer:

- Trên tiêu bản nhuộm HE:

- Đo chiều dày của nội mạc, trung mạc: Dùng công cụ để đo chiều dày của nội mạc tại vị trí dày nhất, chiều dày của trung mạc tương ứng tại vị trí đã đo chiều dày của nội mạc.
- Đo đường kính lòng mạch: Dùng công cụ vẽ một đường liên tục tương ứng với thiết diện của lòng mạch, phần mềm sẽ tính được diện tích của thiết diện này (S). Từ đó suy ra đường kính lòng

mạch (d) theo công thức:

$$d = \left(\sqrt{S/3,14} \right) \times 2.$$

• Phân tích mô bệnh học của động mạch, bao gồm 3 thương tổn: tăng sinh nội mạc, xơ vữa động mạch và vôi hóa động mạch. Tăng sinh nội mạc là tình trạng được xác định khi độ dày của nội mạc lớn hơn 20 μm và chiếm hơn 1/4 chu vi của mặt cắt. Đánh giá mức độ tăng sinh nội mạc bằng tỉ số giữa độ dày của nội mạc và độ dày của trung mạc tại vị trí nội mạc dày nhất, theo Kobayashi và cộng sự gồm 5 mức độ [4]. Xác định tình trạng tổn thương xơ vữa, vôi hóa động mạch là các tình trạng được xác định theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ.

Bảng 1: Phân độ tình trạng tăng sinh nội mạc theo Kobayashi và cộng sự [4]

Độ	Chỉ số IMR (Intima-to-Media Ratio)	Mức độ
0	$\text{IMR} \leq 0,25$	Không có hoặc rất nhẹ
1	$0,25 < \text{IMR} \leq 0,5$	Nhẹ
2	$0,5 < \text{IMR} \leq 0,75$	Trung bình
3	$\text{IMR} > 0,75$	Nặng
4	Tắc hoàn toàn lòng mạch do tăng sinh nội mạc hoặc huyết khối hoặc cả hai	Rất nặng

- Trên tiêu bản nhuộm elastin:

• Đếm số đoạn không liên tục ở màng chun trong.
• Đếm số lượng sợi đàn hồi trong lớp trung mạc: Chia quang trường thành 8 phần đều nhau, mỗi phần là một góc 45 độ, đếm số lượng sợi đàn hồi trong mỗi phần sau đó lấy số trung bình cộng của 8 phần và phân loại động mạch theo Bảng 2.

Bảng 2: Phân loại động mạch theo đặc điểm số lượng sợi đàn hồi trong lớp trung mạc [7]

Loại động mạch	Đặc điểm (số lượng sợi đàn hồi trong lớp trung mạc)
Động mạch đàn hồi	10 (TB: 8-18) sợi
Động mạch hỗn hợp	6 (TB: 5-7) sợi
Động mạch cơ	< 5 sợi

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 18 xác ướp được bảo quản tại bộ môn Giải phẫu thuộc Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh và bộ môn Giải phẫu thuộc Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. Trong quá trình phẫu tích, chúng tôi thu được 36 tiêu bản động mạch quay của 18 xác đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu

3.1 Đặc điểm chung: Tuổi trung bình của nhóm mẫu nghiên cứu là 71,22 tuổi $\pm$ 12,53 tuổi,

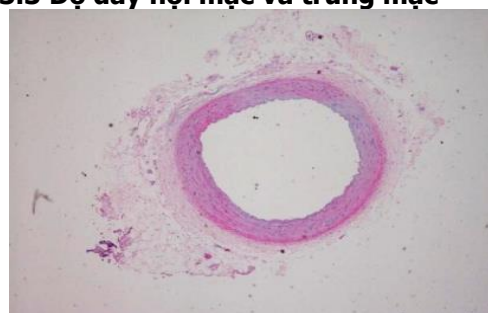
lớn nhất là 87 tuổi và nhỏ nhất là 44 tuổi. Về giới, phân bố nam và nữ là 10 xác nam và 8 xác nữ.

3.2 Đường kính lòng mạch của động mạch quay: Chúng tôi đo đường kính lòng mạch của động mạch quay tại 2 đầu của đoạn 2, tức là ở vị trí B và C, vì đoạn này là đoạn được dùng làm mạch ghép trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành

Bảng 3: Đường kính lòng mạch của động mạch quay đo tại 2 vị trí B, C

Vị trí Đường kính (mm)	Điểm B	Điểm C
	$2,18 \pm 0,14$ (1,98 - 2,32)	$1,74 \pm 0,12$ (1,65 - 1,83)

3.3 Độ dày nội mạc và trung mạc



Hình 1: Hình ảnh mô học của động mạch quay, tiêu bản nhuộm HE, vật kính x10

Bảng 4: Độ dày nội mạc và trung mạc của động mạch quay đo tại 2 vị trí B, C

Vị trí Đường kính (μm)	Điểm B	Điểm C
Nội mạc	$40,27 \pm 5,75$ (36,54 - 43,35)	$40,34 \pm 7,80$ (34,28 - 48,47)
Trung mạc	$210,09 \pm 40,80$ (196,98-242,34)	$212,89 \pm 43,99$ (201,30-238,97)

Nhận xét: Độ dày nội mạc của động mạch quay đo tại 2 vị trí điểm B, điểm C không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Độ dày trung mạc của động mạch quay đo tại 2 vị trí điểm B, điểm C không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4 Mô bệnh học của động mạch quay

- Phân tích mô bệnh học của động mạch quay, bao gồm 3 thương tổn là tăng sinh nội mạc, xơ vữa động mạch và vôi hóa động mạch. Không có trường hợp nào ghi nhận tình trạng xơ vữa, vôi hóa động mạch, có 26 trường hợp ghi nhận tình trạng tăng sinh nội mạc, chiếm khoảng 72,22%. Dựa vào tỉ số giữa độ dày của nội mạc và trung mạc (tại vị trí nội mạc dày nhất), chúng tôi đánh giá mức độ tăng sinh nội mạc theo phân độ của Kobayashi và cộng sự.

Bảng 5: Mức độ tăng sinh nội mạc theo phân độ của Kobayashi tại 2 vị trí B, C

Vị trí \ Phân độ	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Điểm B (n=11)	3 (27,27%)	5 (45,45%)	3 (27,28%)	0	0
Điểm C (n=15)	3 (20,00%)	7 (46,67)	5 (33,33%)	0	0
Chung cả 2 (n=26)	6 (23,07%)	12 (46,15%)	8 (30,78%)	0	0

Nhận xét: Trong tổng cộng 26 trường hợp có tình trạng tăng sinh nội mạc, không có trường hợp nào ghi nhận mức độ tăng sinh nội mạc là độ 3 (nặng) hoặc độ 4 (rất nặng). Chúng tôi cũng tính trung bình của tỉ số giữa độ dày của nội mạc và trung mạc (tại vị trí nội mạc dày nhất) tại 02 vị trí B, C.

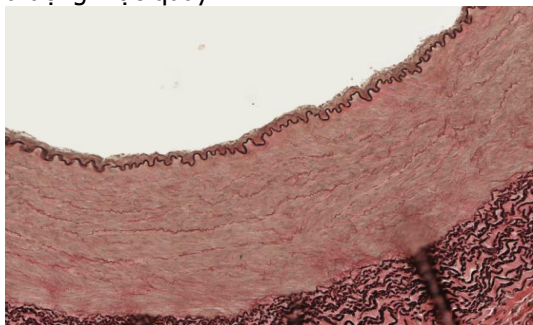
- Tỉ số giữa độ dày của nội mạc và trung mạc tại 2 vị trí B, C

Bảng 6: Tỉ số giữa độ dày của nội mạc và trung mạc tại 2 vị trí B, C

Vị trí	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Điểm B (n=11)	0,38 ± 0,20	0,15	0,67
Điểm C (n=15)	0,44 ± 0,21	0,18	0,72
Chung cả 2 (n=26)	0,42 ± 0,20	0,15	0,72

Nhận xét: Tỉ số giữa độ dày của nội mạc và trung mạc tại vị trí B thấp hơn tỷ số mức độ tăng sinh nội mạc tại vị trí C, và sự khác biệt của hai chỉ số này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Số lượng sợi đàn hồi trong lớp trung mạc của động mạch quay

**Hình 2: Hình ảnh mô học của động mạch quay, tiêu bản nhuộm elastin, vật kính x40****Bảng 7: Số lượng sợi đàn hồi trong lớp trung mạc của động mạch quay đếm tại 2 vị trí B và C**

Vị trí \ Sợi đàn hồi (sợi)	Điểm B (n=18)	Điểm C (n=18)
	4,92 ± 1,78 (2,00 - 8,00)	3,61 ± 1,48 (2,00 - 7,00)

Nhận xét: Theo Van Son và cộng sự về phân loại động mạch, nếu theo số lượng sợi đàn hồi

trong lớp trung mạc nhỏ hơn 5 thì động mạch đó được phân loại là động mạch cơ [81]. Với số lượng sợi đàn hồi trong lớp trung mạc trung bình tại 2 vị trí B, C lần lượt là 4,92 và 3,61, các mẫu động mạch quay trong nghiên cứu của chúng tôi được phân loại là động mạch cơ.

- Số đoạn không liên tục ở màng chun trong của động mạch quay

Bảng 8: Số đoạn không liên tục ở màng chun trong của động mạch quay tại 2 vị trí B, C

Vị trí \ Số đoạn không liên tục(đoạn)	Điểm B	Điểm C
	47,31 ± 20,96 (28,00-67,00)	48,86 ± 19,60 (31,00-72,00)

Nhận xét: Số đoạn không liên tục ở màng chun trong của động mạch quay tăng dần từ điểm B tới điểm C, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu được chọn trên người tình nguyện hiến xác sau khi qua đời. Những người này hầu hết mất gì bệnh lý do tuổi cao nên độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là khá cao, trên 71 tuổi.

4.2 Đường kính lòng mạch: Khảo sát đường kính lòng mạch của động mạch nhằm tìm ra sự phù hợp tương ứng giữa cầu nối và động mạch vành đích. Kích thước càng tương đồng thì việc thực hiện miêng nối dễ dàng, lưu lượng dòng chảy từ cầu nối vào động mạch thông suốt [3]. Nghiên cứu của chúng tôi đo được đường kính lòng mạch của động mạch quay tại điểm B và điểm C, nghĩa là điểm đầu và điểm cuối của đoạn mạch nối có thể được sử dụng trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành, cho kết quả trung bình lần lượt là 2,18mm và 1,74mm. Theo Brenda và cộng sự, đường kính các động mạch vành thay đổi từ 1,52 đến 2,12 mm. Như vậy chính sự phù hợp này tạo điều kiện cho việc thực hiện miêng nối mạch vành một cách dễ dàng hơn, góp phần nâng cao chất lượng miêng nối, tránh sự hẹp sớm cầu nối [2].

4.3 Độ dày của nội mạc, trung mạc và đặc điểm mô bệnh học của động mạch quay: Theo nghiên cứu của chúng tôi, độ dày

tổng cộng của nội mạc và trung mạc trong khoảng 250,36 đến 253,23 μm . Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Appleson là 254 μm [1], Unlü là từ 161 đến 321 μm [6]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tăng sinh nội mạc ở các mẫu nghiên cứu là 72,22% các trường hợp, tỉ lệ độ dày nội mạc và trung mạc trung bình ở mức vừa là 0,42. Từ kết quả này, chúng tôi ghi nhận tình trạng tăng sinh nội mạc ở động mạch quay với phần lớn tăng sinh nội mạc ở mức độ rất nhẹ tới trung bình (từ độ 0 tới độ 2), không có trường hợp tăng sinh nội mạc mức độ nặng và rất nặng, cũng không ghi nhận trường hợp nào có tổn thương xơ vữa hoặc vôi hóa động mạch. Nghiên cứu của tác giả Ujjwal và cộng sự trên 190 bệnh nhân, ghi nhận tỉ lệ tăng sinh nội mạc, xơ vữa động mạch và vôi hóa động mạch quay lần lượt là 76,3%; 5,78% và 6,3%[5]. Nghiên cứu của Ruengsakulrach P, cho thấy tỉ lệ tăng sinh nội mạc, xơ vữa, vôi hóa ở động mạch quay lần lượt là 74%, 5,3% và 13,3%. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận tình trạng xơ vữa và vôi hóa động mạch có thể do còn hạn chế về số lượng cỡ mẫu. Nghiên cứu của chúng tôi cũng đánh giá tỉ lệ độ dày nội mạc và trung mạc tại điểm đầu và điểm cuối của đoạn động mạch quay dùng làm cầu nối, kết quả trung bình lần lượt là 0,38 và 0,42, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Ujjwal cũng tìm thấy tổn thương tăng sinh nội mạc và xơ vữa của động mạch quay là khác nhau ở từng vị trí của động mạch quay, ở phần đoạn xa của động mạch bị tổn thương nhiều nhất [5]. Qua đó có thể thấy rằng cần tránh sử dụng phần quá xa của động mạch quay để làm miệng nối cho phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.

4.4 Số lượng sợi đàn hồi trong lớp trung mạc: Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng sợi đàn hồi trong lớp trung mạc của động mạch quay có giá trị trung bình từ 3,61 sợi tới 4,92 sợi, nghĩa là động mạch quay được phân loại là động mạch cơ. Kết quả của chúng tôi đã tìm thấy được yếu tố này cũng đã có thể góp phần khuyến cáo các phẫu thuật viên tim mạch cần phải cẩn thận trong việc lấy cầu nối động mạch quay, hạn chế sang chấn, chuẩn bị cầu nối bằng việc sử dụng các thuốc chống co mạch trước khi thực hiện miệng nối, để tránh tình trạng co thắt cầu nối sau mổ.

4.5 Số đoạn không liên tục ở màng chun trong: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận số đoạn không liên tục ở màng chun trong của động mạch quay có giá trị trung bình từ 47,31 đến 48,86 đoạn. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Van Son và cộng sự ghi nhận số đoạn không liên tục ở màng chun trong của động mạch quay trung bình là 45 ± 28 [7]. Có thể thấy, với nhiều đoạn không liên tục ở màng chun trong, cùng việc có nhiều thành phần là tế bào cơ trong lớp trung mạc, động mạch quay có nguy cơ bị tăng sinh nội mạc và xơ vữa động mạch so với động mạch ngực trong.

V. KẾT LUẬN

Về mô học, động mạch quay đáp ứng điều kiện là mạch ghép trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Appleson T, Hill RV (2012), "Histological comparison of the candidate arteries for bypass grafting of the posterior interventricular artery", *Anat Sci Int* 2012; 87: pp. 150-4.
2. Brener SJ, Lytle BW, Casserly IP, et al (2004), "Propensity analysis of longsurvival after surgical or percutaneous revascularization in patients with multivessel coronary artery disease and high-risk features", *Circulation*, Vol 109: pp. 2290.
3. Gaudino M, Crea F, Cammertoni F, et al (2014), "Morpho-functional features of the radial artery: implications for use as a coronary bypass conduit", *Ann Thorac Surg*, Vol 98: pp. 1875-9.
4. Kobayashi H, Kitamura S, Kawachi K, et al. (1993), "A pathological and biochemical study of arteriosclerosis in the internal thoracic artery, a vessel commonly used as a graft in coronary artery bypass surgery", *Surg Today* 1993;23: pp. 697-703
5. Ujjwal KC, Balram A, Pankaj KM, Shyam SK, Ganapathy KS, Ruma R, Rajviir S, Panangipalli V (2004), "Histopathology and mophometry radial artery conduits: basic study and clinical application", *Ann Thorac Cardiovasc Surg*, Vol 78, pp. 1614-22.
6. Unlü Y, Keleş P, Keleş S, et al. (2003), "An evaluation of histomorphometric properties of coronary arteries, saphenous vein, and various arterial conduits for coronary artery bypass grafting", *Surg Today*; 33: pp. 725-30.
7. Van Son JAM, Smedts F, Vincent JG, van Lier HJJ, Kubat K (1990), "Comparative anatomic studies of various arterial conduits for myocardial revascularization", *J Thorac Cardiovasc Surg*, 99: pp. 703-707.

PHÂN TÍCH ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN CỦA NGƯỜI BỆNH U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN VIỆT NAM

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Phan Gia Huy¹, Trần Văn Thuận²,
Phạm Xuân Dũng³, Bạch Quốc Khánh⁴, Phù Chí Dũng⁵

TÓM TẮT

U lympho là một trong những loại ung thư phổ biến, chiếm khoảng 4% trên tổng số các loại ung thư, trong đó U lympho không Hodgkin (ULKH) chiếm 90% [6]. Khoảng 55.000 đến 60.000 trường hợp mới mắc ULKH được chẩn đoán hàng năm tại Hoa Kỳ, con số này đã tăng gấp 2 lần trong gần 3 thập kỷ qua [2]. Tại Việt Nam, có gần 2.700 trường hợp ULKH mỗi năm, chiếm 2% trên tổng số ca mắc ung thư mới [1]. Nghiên cứu đặc điểm của người bệnh ULKH là tiền đề quan trọng cho các nghiên cứu dịch tễ trong điều trị và dự phòng trong tương lai. Khảo sát 516 người bệnh tại 5 bệnh viện bao gồm bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Chợ Rẫy, viện Truyền máu Huyết học Thành phố Hồ Chí Minh (TMHH TP.HCM), viện Truyền máu Huyết học Trung Ương (TMHH TW), bệnh viện K Trung Ương (K TW), nghiên cứu ghi nhận người bệnh có độ tuổi trung bình $53,57 \pm 14,36$ tuổi; tỉ lệ nam: nữ là 1,4: 1; diện tích da trung bình $1,56 \pm 0,16$ m²; tỷ lệ người bệnh ở các giai đoạn II-IV có sự khác biệt không đáng kể (từ 23,1% đến 27,3%) và ít nhất là giai đoạn I (10,3%); thu nhập trung bình hàng tháng của người bệnh có giá trị $3.583.569,50 \pm 225.614$ VNĐ và thu nhập hộ gia đình trung bình tháng có giá trị $11.173.873 \pm 517.135$ VNĐ. Người bệnh sử dụng BHYT nhà nước chiếm tỷ lệ cao nhất (92,1%) với 50,7% có mức hưởng 80%. Về phác đồ điều trị, 71,3% người bệnh ULKH được chỉ định phác đồ phối hợp hóa trị cùng và rituximab; 24,0% người bệnh điều trị bằng hóa trị.

Từ khóa: Đặc điểm bệnh nhân, u lympho không Hodgkin, Việt Nam.

SUMMARY

ANALYZE CHARACTERISTICS OF NON-HODGKIN LYMPHOMA PATIENTS IN SPECIALIZED HOSPITAL IN VIET NAM

Non-Hodgkin lymphoma (NHL) is one of the most common types of cancer, accounting for about 4% of all cancers, from which non-Hodgkin lymphoma (NHL) accounts for about 90% of all lymphomas [6]. Approximately 55,000 to 60,000 new cases of non-Hodgkin lymphoma are diagnosed annually in the United States, this number has nearly doubled during past 3 decades [2]. In Vietnam, there were nearly

2.700 NHL cases each year, accounting for 2% of new cases of cancer [1]. Studying characteristics of patients with NHL is an important premise for epidemiological studies in future treatment and prophylaxis. Surveying 516 patients in 5 hospitals including Ho Chi Minh City Hospital of oncology, Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh City Hematology and Blood Transfusion Institute, Hematology and Blood Transfusion Institute, National Hospital K, the study recorded patients with an average age of 53.57 ± 14.36 years; male ratio: female of 1.4: 1; BSA of 1.56 ± 0.16 m²; insignificantly different in the proportion of patients in the stage II-IV (from 23.1% to 27.3%) and at least stage I (10.3%); average monthly income of $3,583,569.50 \pm 225,614$ VND; average monthly income of households is $11,173,872.9 \pm 11,318,695.4$ VND. Patients using state health insurance account for the highest proportion (92.1%) with 50.7% having 80% insurance coverage. Regarding the treatment regimen, 71.3% of patients were prescribed by combination of chemotherapy regimen and rituximab, 24.0% of patients were treated with chemotherapy.

Keyword: Non-Hodgkin Lymphoma, patient characteristics, Viet Nam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho là tên gọi chung đối với các ung thư phát triển trong hệ bạch huyết, phát sinh khi các tế bào lympho trong hệ thống bạch huyết tăng sinh và phát triển bất thường, trong đó U lympho không Hodgkin chiếm 90%. Trên thế giới năm 2012 có khoảng 4,3 triệu người mắc bệnh ULKH và hơn 200 ngàn người tử vong do ULKH, phần lớn ở độ tuổi 65-75 [2]. Tại Việt Nam, mỗi năm có khoảng 2.700 trường hợp mắc ULKH, chiếm 2% trong tổng số ca mới mắc các bệnh ung thư. Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở các nhóm tuổi từ 45 – 55 và có xu hướng gia tăng ở người cao tuổi [4]. Tuy nhiên, cho đến thời điểm hiện tại, chưa có nghiên cứu đánh giá đặc điểm bệnh nhân cụ thể được thực hiện. Vì vậy nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm người bệnh U lympho không Hodgkin điều trị tại một số bệnh viện Việt Nam nhằm tạo tiền đề quan trọng cho các nghiên cứu dịch tễ trong điều trị và dự phòng trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh U lympho không Hodgkin điều trị tại 5 bệnh viện: Bệnh viện Chợ Rẫy, Viện Truyền máu Huyết học Trung Ương, Viện Truyền máu Huyết học Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Ung bướu Thành

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện K Trung ương

³Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Viện Huyết học Truyền máu trung ương

⁵Bệnh viện truyền máu Huyết học Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: nguyenthuthuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2019

Ngày duyệt bài: 5.6.2019

phổ Hồ Chí Minh, bệnh viện K Trung Ương.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang dựa trên phiếu khảo sát thông qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh và từ hồ sơ bệnh án của người bệnh.

Mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu. Toàn bộ đối tượng khảo sát của mẫu nghiên cứu thỏa tiêu chí lựa chọn và loại trừ, điều trị tại các bệnh viện trong thời gian nghiên cứu (từ tháng 02/2018 đến tháng 09/2018).

Tiêu chí lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán u lympho không Hodgkin (ICD code: C85.9).
- Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân có khả năng nghe nói và hiểu tiếng Việt

Bệnh nhân tham gia BHYT

Tiêu chí loại trừ

- Người bệnh ngưng điều trị do chuyển viện hoặc tử vong.

- Phiếu phỏng vấn không điền đầy đủ thông tin

Thông kê và xử lý số liệu. Dữ liệu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0 và Microsoft Excel 2013 với kết quả được trình bày ở dạng hình và bảng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân khẩu của người bệnh U lympho không Hodgkin: Khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 516 người bệnh U lympho không Hodgkin điều trị tại các bệnh viện Việt Nam, để tài ghi nhận đặc điểm nhân khẩu của người bệnh ở từng bệnh viện được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm nhân khẩu của người bệnh U Lympho không Hodgkin

Đặc điểm		Tần số (%) / Giá trị trung bình (Độ lệch chuẩn)					
		Tổng 5 BV (n=516)	BV TMHH TP.HCM (n=30)	BV Ung bướu TP.HCM (n=146)	BV Chợ Rẫy (n=124)	BV K Trung Ương (n=126)	Viện HHTM Trung Ương (n=90)
Giới tính	Nam	298(57,8)	19(63,3)	76(52,1)	73(58,9)	81 (64,3)	49 (54,4)
	Nữ	218(42,2)	11(36,7)	70(47,9)	51(41,1)	45 (35,7)	41 (45,6)
Trình độ học vấn	Dưới trung học phổ thông	255 (49,4)	11 (36,7)	95(60,1)	68 (54,8)	49 (38,9)	32 (35,6)
	Trung học phổ thông	156 (30,2)	12 (40,0)	30(20,5)	25 (20,2)	60 (47,6)	29 (32,2)
	Từ đại học/cao đẳng	105 (20,3)	7 (23,3)	21 (14,4)	31 (25,0)	17 (13,5)	29 (32,2)
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	51 (9,9)	4 (13,3)	18(12,3)	18(14,5)	3 (2,4)	8 (8,9)
	Đã kết hôn	452 (87,6)	26 (86,7)	124 (84,9)	102 (82,3)	120 (95,2)	80 (88,9)
	Ly thân/ Ly dị	7 (1,4)	0 (0,0)	3 (2,1)	2 (1,6)	1 (0,8)	1 (1,1)
	Góa phụ/ Góa phụ	6 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,7)	2 (1,6)	2 (1,6)	1 (1,1)
Nơi sinh sống	Nội thành TP. Hồ Chí Minh/ Hà Nội	68 (13,2)	9 (30,0)	24 (16,4)	19 (15,3)	7 (5,6)	9 (10,0)
	Ngoại thành TP. Hồ Chí Minh/ Hà Nội	42 (8,1)	1 (3,3)	10 (6,4)	8 (6,5)	14 (11,1)	9 (10,0)
	Các tỉnh khác	406(78,7)	20(66,7)	112(76,7)	97(78,2)	105(83,3)	72 (80,0)
Nghề nghiệp	Công nhân/ Nông dân/ Lao động chân tay	190 (36,8)	10 (33,3)	49 (33,6)	34 (27,4)	64 (50,8)	33 (36,7)
	Nhân viên văn phòng	20 (3,9)	3 (10,0)	3 (2,1)	3 (2,4)	4 (3,2)	7 (7,8)
	Lao động trí óc	20 (3,9)	0 (0,0)	7 (4,8)	7 (5,6)	1 (0,8)	5 (5,6)
	Kinh doanh buôn bán	31 (6,0)	2 (6,7)	10 (6,8)	10 (8,1)	6 (4,8)	3 (3,3)
	Hưu trí	99 (19,2)	2 (6,7)	29 (19,9)	20(16,1)	24 (19,0)	24 (26,7)
	Học sinh/ sinh viên	12 (2,3)	0 (0,0)	7 (4,8)	3 (2,4)	1 (0,8)	1 (1,1)

	Nội trợ/ Thất nghiệp/ Mất sức lao động	100 (19,4)	8 (26,7)	36 (24,7)	35 (28,2)	14(11,1)	7 (7,8)
	Khác	44 (8,5)	5(16,7)	5 (3,4)	12 (9,7)	12 (9,5)	10 (11,1)
Loại BHYT	BHYT nhà nước	457 (92,1)	30 (100)	143 (97,9)	109 (87,9)	108 (85,7)	85 (94,4)
	BHYT tư nhân/ công ty	41 (7,9)	0 (0,0)	3 (2,1)	15 (12,1)	18 (14,3)	5 (5,6)
Mức hưởng BHYT	80%	271(52,5)	19(63,4)	98 (67,1)	76(61,3)	46 (36,5)	32 (35,6)
	95%	52 (10,1)	1 (3,3)	11 (7,5)	10 (8,1)	17 (13,5)	13 (14,4)
	100%	193(37,4)	10(33,3)	37 (25,3)	38(30,6)	63 (50,0)	45 (50,0)
Tuổi		53,57 (14,36)	53,57 (14,36)	54,26 (14,91)	52,35 (13,27)	56,15 (12,78)	51,24 (16,07)

Theo bảng 2, đề tài ghi nhận tỉ lệ nam: nữ là 1,4:1 (57,8 và 42,2%; tương ứng). So sánh giữa tỉ lệ nam: nữ ở các bệnh viện nghiên cứu, đề tài ghi nhận bức tranh tương tự với tỉ lệ nam nhiều hơn nữ, trong đó sự chênh lệch lớn nhất được ghi nhận ở Viện Truyền máu huyết học Trung Ương (63,3% so với 36,7%) và bệnh viện K Trung Ương (64,3% so với 35,7%). Điều này được giải thích là do nam có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn so với nữ [1]. Tuy nhiên kết quả này có sự chênh lệch với các nghiên cứu về người bệnh ULKH của Beaven và cộng sự (50% và 50%; tương ứng) [3] và nghiên cứu của Jensen (51,1% và 48,9%, tương ứng) [5].

Về trình độ học vấn, người bệnh có trình độ dưới trung học phổ thông chiếm tỉ lệ cao nhất (49,4%), tiếp đến là người bệnh có trình độ trung học phổ thông (30,2%), người bệnh có trình độ từ đại học/cao đẳng chiếm tỉ lệ thấp nhất (20,1%). So sánh đặc điểm này ở các bệnh viện, đề tài ghi nhận Viện Huyết học truyền máu trung ương có tỉ lệ các nhóm trình độ học vấn khác biệt không đáng kể, trong khi các bệnh viện còn lại tỉ lệ nhóm bệnh nhân có trình độ từ đại học/cao đẳng thấp hơn đáng kể so với các nhóm khác. Ngoài ra bệnh viện ung bướu TP HCM, bệnh viện Chợ Rẫy có tỉ lệ người bệnh dưới trung học phổ thông cao nhất, hai bệnh viện còn lại (bệnh viện TMHH TP HCM, bệnh viện K trung ương) có tỉ lệ người bệnh trung học phổ thông cao nhất.

Về tình trạng hôn nhân, đa số người bệnh đã kết hôn với tỉ lệ 87,6%, các nhóm người bệnh còn lại được sắp xếp theo tỉ lệ giảm dần bao gồm độc thân (9,9%); ly hôn hoặc ly dị (1,4%); góa phụ hoặc góa phụ (1,2%). Có sự tương đồng về tỉ lệ này giữa các bệnh viện, tuy nhiên bệnh viện truyền máu huyết học Thành phố Hồ Chí Minh chỉ có 2 nhóm người bệnh là độc thân (13,3%) và đã kết hôn (86,7%).

Về nơi sống, đa số người bệnh sống ở các tỉnh

khác (78,7%); tiếp theo là người bệnh sống ở nội thành Thành Phố Hồ Chí Minh và Hà Nội (chiếm tỉ lệ 13,2%); nhóm người bệnh sống ở khu vực ngoại thành có tỉ lệ thấp nhất (8,1%). Tỉ lệ này tương đồng ở các bệnh viện nghiên cứu.

Về nghề nghiệp, nhóm công nhân/nông dân/lao động chân tay chiếm tỉ lệ cao nhất (36,8%), tiếp theo là nhóm nội trợ/thất nghiệp/mất sức lao động (19,4%); hưu trí (19,2%); kinh doanh buôn bán (6,0%); nhóm nhân viên văn phòng và lao động trí óc có tỉ lệ ngang nhau (3,8%); nhóm sinh viên có tỉ lệ thấp nhất (2,3%). Tỉ lệ này tương đồng ở cả 5 bệnh viện nghiên cứu, trong đó bệnh viện K trung ương có tỉ lệ nhóm công nhân/nông dân/lao động chân tay cao nhất (50,8%).

Về loại BHYT, đa số người bệnh sử dụng BHYT nhà nước với tỉ lệ là 92,1%; còn lại là BHYT tư nhân/công ty (7,9%). Tỉ lệ này tương đồng ở các bệnh viện nghiên cứu, trong đó 100% người bệnh ở bệnh viện Truyền máu Huyết học TP HCM sử dụng BHYT nhà nước.

Về mức hưởng BHYT, nhóm người bệnh sử dụng BHYT có mức hưởng 80% chiếm tỉ lệ cao nhất (52,7%); tiếp theo là mức hưởng 100% (với tỉ lệ 37,1%); thấp nhất là nhóm có mức hưởng 95% (10,2%). Sự khác biệt được ghi nhận ở Viện Huyết học Truyền máu Trung Ương và bệnh viện K Trung Ương với nhóm người bệnh có mức hưởng 100% chiếm tỉ lệ cao nhất (50,0%).

Mẫu nghiên cứu có độ tuổi trung bình 53,57 ± 14,36 và dao động từ 18 tuổi đến 86 tuổi. Không ghi nhận sự chênh lệch đáng kể về độ tuổi trung bình ở các bệnh viện nghiên cứu.

Đặc điểm kinh tế của người bệnh U lympho không Hodgkin

Khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 516 người bệnh ULKH điều trị tại các bệnh viện nghiên cứu, đề tài ghi nhận đặc điểm kinh tế của mẫu được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm kinh tế của người bệnh U lympho không Hodgkin

Đặc điểm	Trung bình (Sai số chuẩn)					
	Tổng 5 BV	BV TMHH TP.HCM	BV Ung bướu TP.HCM	BV Chợ Rẫy	BV K Trung Ương	BV TMHH Trung Ương
Thu nhập trung bình/ tháng của người bệnh	3.583.570 (225.614)	4.210.000 (114.124)	3.348.402 (352.420)	4.076.290 (434.160)	2.942.381 (476.577)	3.975.056 (631.151)
Thu nhập hộ gia đình	11.173.873 (517.135)	19.551.852 (3.106.603)	10.224.533 (803.472)	12.428.205 (1.101.343)	7.403.390 (877.525)	10.063.889 (1.276.009)

Theo bảng 3, đề tài ghi nhận thu nhập trung bình hàng tháng của người bệnh có giá trị $3.583.569,50 \pm 225.614$ VNĐ. Điều này có thể giải thích bởi độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu khá cao, trình độ học vấn lại chỉ ở mức trung bình, khu vực sinh sống của gần một nửa người bệnh là từ các tỉnh khác. Sự chênh lệch về thu nhập giữa các bệnh viện nghiên cứu không đáng kể và dao động từ $2.942.381 \pm 476.577$ VNĐ (bệnh viện K trung ương) đến $4.210.000 \pm 6.266.624,78$ VNĐ (bệnh viện truyền máu huyết học TP HCM). Thu nhập trung bình hộ gia đình có giá trị $11.173.873 \pm 517.135$ VNĐ. So sánh thu nhập trung bình hộ gia đình ở các bệnh viện nghiên cứu ghi nhận người bệnh điều trị tại bệnh viện truyền máu huyết học TP.HCM có thu nhập

hộ gia đình cao nhất ($19.551.852 \pm 3.106.603$ VNĐ) và thấp nhất là người bệnh điều trị tại bệnh viện K Trung ương ($7.403.390 \pm 877.525$ VNĐ). Đề tài ghi nhận có 26 hộ gia đình không có thu nhập hàng tháng, điều này có thể giải thích là do đây là gia đình của những người bệnh lớn tuổi, sống neo đơn, số thành viên trong hộ gia đình là 1 hoặc 2 người (vợ và chồng) và không có ai trong tuổi lao động, nhận được trợ cấp từ xã hội nên không có thu nhập.

Đặc điểm bệnh lý của người bệnh U lympho không Hodgkin

Khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 516 người bệnh U lympho không Hodgkin điều trị tại các bệnh viện nghiên cứu, đề tài ghi nhận đặc điểm nhân khẩu của mẫu được trình bày trong bảng 4.

Bảng 4. Đặc điểm bệnh lý của người bệnh U lympho không Hodgkin

Đặc điểm	Tần số (%) / Giá trị trung bình (Độ lệch chuẩn)					
	Tổng 5 BV	BV TMHH TP.HCM	BV Ung bướu TP.HCM	BV Chợ Rẫy	BV K Trung Ương	BV TMHH Trung Ương
BSA	1,56(0,16)	1,60(0,15)	1,57(0,17)	1,59(0,19)	1,53 (0,14)	1,56 (0,15)
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	53 (10,3)	2 (6,7)	14 (9,6)	20 (16,1)	9 (8,9)
	Giai đoạn II	141(27,3)	0 (0,0)	55 (37,7)	29 (23,4)	48 (38,1)
	Giai đoạn III	119(23,1)	5 (16,7)	54 (37,0)	27 (21,8)	22 (17,5)
	Giai đoạn IV	131(25,4)	10 (33,3)	23 (15,8)	48 (38,7)	23 (18,3)
	Không có thông tin	72 (14,0)	13 (43,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	24 (19,0)
Phác đồ	Hóa trị	124(24,0)	5 (16,7)	35 (24,0)	48 (38,7)	2 (1,6)
	Hóa trị + Rituximab	368 (71,3)	24 (80,0)	103 (70,5)	74 (59,7)	112 (88,9)
	Không có thông tin	24 (4,7)	1 (3,3)	8 (5,5)	2 (1,6)	12 (9,5)

Theo bảng 4, đề tài ghi nhận BSA của người bệnh ULKH có giá trị trung bình $1,56 \pm 0,16$ m² với sự khác biệt không đáng kể ở 5 bệnh viện nghiên cứu. Về giai đoạn bệnh theo tiêu chuẩn Ann Arbor 1971, đề tài ghi nhận tỷ lệ các giai đoạn từ II-IV có sự khác biệt không đáng kể với tỷ lệ dao động từ 23,1% đến 27,3%; giai đoạn I có tỷ lệ thấp nhất (10,3%); 15,7% người bệnh không có thông tin về giai đoạn bệnh. Về phác đồ điều trị, 71,3% người bệnh ULKH được chỉ định phác đồ phối hợp hóa trị với rituximab; 24,0%

người bệnh chỉ định đơn trị hóa trị và có 4,7% người bệnh không có thông tin về phác đồ điều trị.

IV. KẾT LUẬN

Người bệnh u lympho không Hodgkin tại 5 bệnh viện nghiên cứu có tỉ lệ nam:nữ 1,4:1; độ tuổi trung bình $53,57 \pm 14,36$ tuổi; BSA trung bình $1,56 \pm 0,16$ m²; người bệnh có trình độ dưới trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất (49,4%); 87,6% người bệnh đã kết hôn; nhóm công nhân/nông dân/lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất (36,8%); đa số người bệnh sống ở

các tỉnh khác (78,7%); đa số người bệnh sử dụng BHYT nhà nước với mức hưởng 80% chiếm đa số (52,7%). Về đặc điểm kinh tế, thu nhập trung bình hàng tháng của người bệnh có giá trị 3.583.569,50 ± 225.614 VNĐ và thu nhập hộ gia đình trung bình tháng có giá trị 11.173.873 ± 517.135 VNĐ. Về đặc điểm bệnh lý, tỷ lệ các giai đoạn từ II-IV có sự khác biệt không đáng kể với 71,3% người bệnh được chỉ định phác đồ phối hợp hóa trị với rituximab.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx, ngày truy cập 24-03-2019.

2. **Ansell et al. (2005)**, Non-Hodgkin lymphoma: diagnosis and treatment, Mayo Clinic Proceedings, Elsevier, pp. 1087-1097.
3. **Beaven et al. (2016)**, "Quality of life is similar between long-term survivors of indolent and aggressive non-Hodgkin lymphoma", Cancer investigation. **34** (6), pp. 279-285.
4. **Bộ Y tế (2015)**, "Hội nghị tổng kết chương trình phòng chống bệnh phong quốc gia giai đoạn 2011-2015", pp. 3-5.
5. **Jensen et al. (2013)**, "Health-related quality of life among survivors of aggressive non-Hodgkin lymphoma", Cancer. **119** (3), pp. 672-680.
6. **Sheets et al. (2015)**, "Non-Hodgkin Lymphoma", Natl Cancer Inst.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MÔ BỆNH HỌC BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU THÁI NGUYÊN GIAI ĐOẠN 2016- 2018

Ngô Thị Tính*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư vú giai đoạn I – III điều trị tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên từ 2016 -2018. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 98 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-III điều trị tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên. **Kết quả:** Ung thư vú thường gặp ở độ tuổi >40-60 tuổi, chiếm 68,9%. Bệnh nhân ung thư vú tự phát hiện bệnh chiếm tỷ lệ cao (96,5%). Ung thư vú có đặc điểm u trên lâm sàng: Khối u rõ, mật độ chắc (94,9%). Ranh giới không rõ 59,7%. Bề mặt gồ ghề 66,3%. Vị trí: U vú trái (52,6%), nhiều hơn vú phải (47,4%). Khối u chiếm nhiều nhất ở 1/4 trên ngoài (40,9%) và ít nhất ở 1/4 dưới trong (2,0%). Kích thước u: Thường ở T2 và T3 (T2 chiếm 78,6%, T3 chiếm 16,3%). Biểu hiện lâm sàng: triệu chứng nghèo nàn, đến muộn với u đã to. Xét nghiệm tế bào học: Tỷ lệ chẩn đoán chính xác dương tính cao (78,0%), nghi ngờ (8,2%), âm tính giả (13,8%). Mô bệnh học UTBM xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất 74%. Thụ thể nội tiết ER (+) chiếm tỷ lệ cao nhất 77,6%; tiếp theo PR (+) 56,1%, Her-2neu (45,9%). **Kết luận:** Ung thư vú có triệu chứng nghèo nàn, nhưng tỷ lệ chẩn đoán chính xác cao, cần chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời

Từ khóa: Ung thư vú; Đặc điểm lâm sàng ung thư vú; mô bệnh học ung thư vú

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND BIOPSY OF PATIENTS TREATMENT AT THAI NGUYEN CENTER ONCOLOGY FOR PERIOD 2016-2018

*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Tính
Email: tiensingothitinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.4.2019
Ngày phản biện khoa học: 29.5.2019
Ngày duyệt bài: 6.6.2019

Objectives: Commenting on some clinical and subclinical characteristics of stage I – III breast cancer treated at Thai Nguyen Cancer Center from 2016-2018. **Objects and methods:** Retrospective study on 98 patients with stage I-III breast cancer treated at Thai Nguyen Cancer Center. **Results:** Breast cancer is common at age > 40-60 years old, accounting for 68.9%. Patients with breast cancer who self-detect disease account for a high proportion (96.5%). Breast cancer has clinical characteristics of the tumor: Clear tumor, firm density (94.9%). The boundary is unknown 59.7%. Surface roughness 66.3%. Location: Left breast tumor (52.6%), more than the right breast (47.4%). The tumor accounts for the most in the upper half (40.9%) and at least in the lower half (2.0%). Tumor size: Usually at T2 and T3 (T2 accounts for 78.6%, T3 accounts for 16.3%). Clinical manifestations: poor symptoms, late arrival with tumors. Cytological test: The rate of accurate positive diagnosis (78.0%), suspicion (8.2%), false negative (13.8%). The incidence of invasive mesothelioma accounted for the highest percentage of 74%. ER (+) endocrine receptor accounts for the highest percentage of 77.6%; next PR (+) 56.1%, Her-2neu (45.9%). **Conclusion:** Breast cancer has poor symptoms, but the high rate of accurate diagnosis, needing early diagnosis, timely treatment

Keywords: Breast cancer, Clinical characteristics of breast cancer, histology of breast cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất, là nguyên nhân chính gây tử vong đối với phụ nữ trên toàn thế giới. Theo Globocan, có 1,67 triệu trường hợp ung thư vú mới mắc trong năm 2012 chiếm (25% của tất cả bệnh ung thư). Tại Mỹ mỗi năm có khoảng 180.000 trường hợp mới mắc ung thư vú và khoảng 44.000 trường hợp chết. Tỷ lệ mắc ngày càng tăng nhưng tỉ lệ tử

vong do bệnh giảm ở các nước phát triển, cho thấy việc phát hiện sớm và điều trị ngày càng hiệu quả. Tại Việt Nam theo thống kê năm 2001 – 2004 tỉ lệ mắc bệnh Ung thư vú ở các tỉnh phía Bắc 19,6/100.000 dân đứng đầu trong các ung thư ở nữ và ở phía nam tỉ lệ này là 16,3/100.000, đứng thứ hai sau ung thư cổ tử cung, bệnh có xu hướng ngày càng tăng năm 2000 có 5538, năm 2010 lên tới 12533 ca mới mắc [6], Ung thư vú là một bệnh khá phức tạp có nhiều yếu tố nguy cơ và cơ chế liên quan. Những yếu tố tiên lượng kinh điển dựa vào: Tuổi, kích thước u, tình trạng hạch di căn và mô bệnh học, thụ thể nội tiết Her – 2neu rất hữu ích cho lâm sàng trong việc đánh giá và đề ra chiến lược thích hợp. Chẩn đoán ung thư vú dựa vào 3 yếu tố chính gồm lâm sàng, tế bào học và chụp X quang tuyến vú [3] [6]. Các phương pháp điều trị ung thư vú bao gồm điều trị tại chỗ (phẫu thuật, xạ trị) và điều trị toàn thân (hóa chất, nội tiết và điều trị đích), việc lựa chọn phương pháp điều trị và cách phối hợp các phương pháp điều trị, dựa vào giai đoạn bệnh, tình trạng khối u, thể mô bệnh học và thụ thể nội tiết... Thái Nguyên trong những năm qua đã tiếp nhận và điều trị nhiều bệnh nhân ung thư vú từ khu vực Đông Bắc, nhưng ít tác giả nghiên cứu về vấn đề này. Tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư vú giai đoạn I – III điều trị tại Trung tâm Ung bướu Thái Nguyên từ 2016 -2018*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 98 bệnh nhân ung thư vú điều trị tại Trung tâm ung bướu Thái Nguyên. Trong thời gian từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 11 năm 2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả
- Cách chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích
- + Bệnh nhân ung thư vú nữ giai đoạn I -III
- + Có đầy đủ hồ sơ bệnh án và được theo dõi thời gian điều trị.

Không chọn những trường hợp sau:

- + Ung thư vú ở nam giới, phụ nữ có thai.
- **Cỡ mẫu:** Toàn bộ các bệnh nhân trong tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu: Các dấu hiệu lâm sàng được ghi nhận như sau: Tuổi bệnh nhân, vị trí khối u, kích thước khối u trên lâm sàng (đơn vị tính theo cm). Đánh giá đặc điểm u. Đánh giá tình trạng hạch nách cùng bên, đối bên, thượng đòn...

Đặc điểm cận lâm sàng: Tế bào học: Có tế bào ung thư

- **Mô bệnh học:** Thể mô bệnh học, Tình

trạng thụ thể nội tiết Er, Pr, Her - 2neu...

*Đánh giá TNM từ đó phân loại giai đoạn theo UICC 2009.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được quản lý và phân tích trên máy vi tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Dùng test χ^2 để kiểm định khi so sánh các giá trị với mức ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.5 Đạo đức trong nghiên cứu: Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, nghiên cứu chỉ phục vụ cho khoa học, mọi thông tin bệnh nhân được giữ bí mật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

3.1.1. Tuổi

Bảng 3.1. Phân bố ung thư vú theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
21 – 30	2	2,0
31 – 40	12	11,8
41 – 50	32	32,7
51 - 60	36	36,2
61 - 70	11	11,2
> 70	6	6,1
Tổng cộng	98	100

Nhận xét: BN ung thư vú trẻ nhất là 24 tuổi, lớn tuổi nhất là 80 tuổi, tuổi trung bình là 51,86. Lứa tuổi 41-60 tuổi có tỷ lệ ung thư vú cao nhất (68,9%).

3.1.2. Lý do vào viện

Bảng 3.2. Lý do vào viện của bệnh nhân

Lý do vào viện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có khối u	67	67,9
Chảy dịch đầu vú	6	6,6
Đau vùng vú	22	22,4
Điều trị u, viêm xơ không đỡ	2	2,6
Tụt núm vú	1	0,5
Tổng cộng	98	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân vào viện vì có khối u chiếm tỷ lệ cao nhất (67,9%), lý do đứng hàng thứ 2 là đau vùng vú (22,4%). Vào viện do tụt núm vú chiếm tỷ lệ thấp nhất (0,5%).

3.1.3. Tiền sử gia đình

Bảng 3.3. Tiền sử gia đình

Tiền sử	Số BN	Tỷ lệ %
Không có tiền sử gia đình ung thư vú	96	98,0
Có tiền sử gia đình ung thư vú	2	2,0
Tổng cộng	98	100,0

Nhận xét: Trong số 96 trường hợp, có 2 trường hợp (2%) có tiền sử gia đình mắc bệnh ung thư vú.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Vị trí khối u

Bảng 3.4. Vị trí khối u

Vị trí u	Vú tổn thương				Tổng cộng	
	Vú phải		Vú trái			
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
1/4 trên ngoài	16	16,9	23	24,0	39	40,9
1/4 trên trong	7	6,7	8	8,2	15	14,9
1/4 dưới ngoài	3	3,1	2	2,0	5	5,1
1/4 dưới trong	2	1,5	1	0,5	3	2,0
Trung tâm	2	2,0	3	3,1	15	5,1
1/2 ngoài	1	1,0	3	3,6	4	4,6
1/2 trong	2	2,0	1	0,5	3	2,6
1/2 trên	12	12,2	9	9,7	21	21,9
1/2 dưới	2	2,0	1	1,0	3	3,1
Tổng cộng	46	47,4	52	52,6	98	100,0

Nhận xét: Vị trí ung thư vú bên trái (52,6%) nhiều hơn so với vú bên phải (47,4%). Khối u chiếm nhiều nhất ở 1/4 trên ngoài (40,9%) và ít nhất ở 1/4 dưới trong (2,0%).

3.2.2. Một số đặc điểm khối u

Bảng 3.5. Đặc điểm lâm sàng khối u

Đặc điểm lâm sàng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hình dạng khối u	Hình cầu	90	91,8
	Hình thùy, múi	3	3,6
	Hình hạt, lan tỏa	5	4,6
Ranh giới khối u	Không rõ	59	59,7
	Nơi rõ nơi không	25	25,5
	Rõ rệt	15	14,8
Bề mặt khối u	Nhẵn	33	33,7
	Gồ ghề	65	66,3
Mật độ u	Mềm	1	1,5
	Chắc	86	87,2
	Cứng	7	7,7
	Đám dày không rõ	4	3,6
Độ di động	Dễ	53	54,6
	Vừa	42	42,3
	Khó	3	3,1

Nhận xét: Thông thường, biểu hiện khối u rõ với mật độ chắc hoặc cứng (94,9%), ranh giới không rõ (59,7%), bề mặt gồ ghề (66,3%). Hình dạng khối u chủ yếu là hình cầu (91,8%).

3.2.3. Đặc điểm núm vú

Bảng 3.6. Các dấu hiệu của núm vú

Dấu hiệu của núm vú		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Núm vú	Không tụt	93	94,9
	Tụt	5	5,1
Chảy dịch đầu vú	Không chảy dịch	96	97,4
	Có chảy dịch	2	2,6

Nhận xét: Phần lớn BN không bị tụt núm vú và không chảy dịch đầu vú. Chỉ có 5 BN (5,1%) bị tụt núm vú và 2 BN (2,6%) có chảy dịch đầu vú.

3.2.4. Đặc điểm giai đoạn lâm sàng

Bảng 3.7. Giai đoạn lâm sàng**Bảng 3.10. Kết quả xét nghiệm thụ thể ER, PR và bộc lộ Her2/neu**

	ER (+)	PR (+)	ER (+) PR (+)	ER (+) PR (-)	ER (-) PR (+)	ER (-) PR (-)	Her2 (+)	Tam âm
--	--------	--------	------------------	------------------	------------------	------------------	-------------	-----------

Giai đoạn	Số BN	Tỷ lệ %
I	3	3,6
II	78	79,6
III	17	16,8
Tổng cộng	98	100

Nhận xét: Trong 98 BN nghiên cứu, chiếm tỷ lệ cao nhất ở giai đoạn II, trong đó giai đoạn II là 79,6%, Giai đoạn III đứng thứ hai (16,8%) và ít nhất là giai đoạn I (3,6%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.8. Đặc điểm về tế bào học

Tế bào học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dương tính	76	78,0
Nghi ngờ	8	8,2
Âm tính	24	13,8
Tổng cộng	98	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ chẩn đoán chính xác dương tính cao (78,0%), nghi ngờ (8,2%), âm tính giả (13,8%).

3.4. Kết quả Đặc điểm giải phẫu bệnh

Bảng 3.9. Phân loại u về mô học

Phân loại mô học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
UTBM nội ống	1	1,5
Ung thư biểu mô thùy tại chỗ	1	2,0
Ung thư biểu mô ống xâm nhập	86	74,0
Ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập	2	1,5
Ung thư biểu mô thể nhú	4	4,6
Ung thư biểu mô thể nhầy	4	4,1
Tổng cộng	98	100,0

Nhận xét: Ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm đa số (74%), tiếp đến là ung thư biểu mô có thành phần nội ống trội (6,7%), ung thư biểu mô thể nhú (4,6%).

Số lượng	76	55	41	35		8	45	8
Tỷ lệ	77,6	56,1	41,8	35,7	14,6	8,2	45,9	8,2

Nhận xét: Kết quả xét nghiệm thụ thể nội tiết ER (+) chiếm tỷ lệ cao nhất 77,6%, tiếp theo là PR(+) chiếm 56,1%. Gặp 8 trường hợp tam âm chiếm tỷ lệ 8,2%

IV. BÀN LUẬN

4.1 Một số đặc điểm lâm sàng:

Tuổi: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm tuổi ung thư vú chiếm tỷ lệ cao nhất là 41-60 tuổi (68,9%), nhóm 31-40 tuổi chiếm 11,8% và nhóm 60-70 tuổi chiếm 11,2%. Nhóm 21-30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,0%). Bệnh nhân trẻ nhất là 24 tuổi và cao tuổi nhất là 80 tuổi. Độ tuổi trung bình là 51,86 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tuổi của bệnh nhân ung thư vú nói chung phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước. Do vậy công tác phòng và phát hiện ung thư vú sớm cần được tập trung vào nhóm tuổi trên 40 tuổi. Cần có thông tin tuyên truyền giáo dục cho phụ nữ >40 tuổi tự khám vú nếu có gì bất thường phải đến ngay với các thầy thuốc chuyên khoa để tư vấn và xác định.

Tiền sử gia đình: Tiền sử gia đình có ung thư vú là quan trọng. Những phụ nữ có người thân ruột thịt như mẹ, con, chị hoặc em gái ruột bị ung thư vú thì có nguy cơ mắc bệnh cao hơn so với những người khác. Nguy cơ đặc biệt cao ở những phụ nữ mắc bệnh ung thư vú cả hai vú trước thời kỳ mãn kinh. Những phụ nữ này có nguy cơ gấp 9 lần so với người bình thường, 50% trong số họ có thể mắc bệnh ung thư vú. Trong phạm vi đề tài, 2 trường hợp có tiền sử gia đình có mẹ, chị em gái bị ung thư vú (2%). Điều này cũng chưa thể nói được gì vì số BN ung thư vú trong nghiên cứu còn ít.

Lý do vào viện: Bệnh nhân vào viện vì có khối u ở vú chiếm tỷ lệ 67,9%, lý do đứng hàng thứ 2 là đau vùng vú (22,4%). Bệnh nhân vào viện với lý do tụt núm vú chiếm tỷ lệ thấp (0,5%). Kết quả này phù hợp với nhiều tác giả nghiên cứu trong nước.

Đặc điểm lâm sàng khối u: Qua nghiên cứu 98 trường hợp chúng tôi thấy ung thư vú khi được chẩn đoán và điều trị thường có khối u to và rõ có 5,1% khối u $\geq 2\text{cm}$, còn lại 94,9% là u đã to rõ. U có kích thước $2\text{cm} < u \leq 5\text{cm}$ chiếm tỷ lệ 78,5%, $u > 5\text{cm}$ chiếm tỷ lệ 16,4%. Kết quả này phù hợp với kết quả của một số tác giả trong nước và nước ngoài.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy u thường có mặt độ chắc hoặc cứng (94,9%). Đây là đặc điểm rất quan trọng để phân biệt với các bệnh khác ở vú. Về ranh giới khối u so với tổ chức lành tuyến vú thường không rõ hoặc là nơi rõ nơi không (chiếm 85%).

Sờ bề mặt u thường là gồ ghề (66,3%), chảy dịch đầu vú kết hợp với u cũng là dấu hiệu của ung thư vú (chiếm 2,6%). Vì vậy, thầy thuốc lâm sàng khi khám vú trên lâm sàng nếu có những đặc điểm trên thì phải ý thức được và nghĩ nhiều đến ung thư vú để có hướng giải quyết đúng đắn cho các phần khám tiếp theo.

Vị trí khối u: Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, ung thư vú trái (52,6%) nhiều hơn ung thư vú phải (47,4%), khối u nhiều nhất ở vị trí 1/4 trên ngoài, chiếm 40,9%, và ít nhất ở 1/4 dưới trong (2%), phù hợp với kết quả nghiên cứu của Carlos A. Perez 1/4 trên ngoài chiếm 38,5% và 1/4 dưới trong chiếm 5%.

Đặc điểm núm vú: Tuyệt đại đa số là núm vú không tụt (94,9%), chỉ có 5,1% bị tụt núm vú.

Giai đoạn lâm sàng: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số BN ung thư vú đến khám và điều trị ở giai đoạn I có 3/98 BN, chiếm tỷ lệ 3,6%. Còn tuyệt đại đa số đến khám ở giai đoạn II (79,6%), ở giai đoạn III là 16,8%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của một số tác giả trong nước và cũng nói lên một tình trạng hiện tại ở Việt Nam là những BN ung thư vú thường được phát hiện ở giai đoạn muộn [4], [5].

4.2 Đặc điểm cận lâm sàng

Tế bào học: Phương pháp chọc rút bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư vú là phương pháp đơn giản, chính xác, thời gian nhanh, chi phí thấp và an toàn cho người bệnh. Bệnh nhân sẽ có kết quả sau 30 phút mà không có biến chứng gì đáng kể. Đây là xét nghiệm bắt buộc cho toàn bộ BN ung thư vú trước khi tiến hành phẫu thuật tại Trung tâm Ung bướu Thái nguyên. Kết quả thu được rất khả quan. Tỷ lệ so sánh giữa lâm sàng và GPBL là đúng (78%), âm tính giả (13,8%). Tỷ lệ ở thành phố Hồ Chí Minh là 6,7% và tác giả khác 4,6%. Tỷ lệ chẩn đoán nghi ngờ là 8,2% [7].

Mô bệnh học: Kết quả nghiên cứu cho thấy loại ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất (74%), sau đó đến UTBM có thành phần nội ống trội chiếm 6,7%, ung thư biểu mô thể nhú chiếm 4,6%; phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất (75-90%) trong số các trường hợp ung thư vú. Kết quả xét nghiệm thụ thể nội tiết ER (+) chiếm tỷ lệ cao nhất 77,6%, tiếp theo là PR(+) chiếm 56,1%. Gặp 8 trường hợp tam âm

chiếm tỷ lệ 8,2%, Her2 – new (+) 45,9%. Nghiên cứu của Tr.Q.Diện và cs, ung thư thể ống chiếm 63,3%[1]

V. KẾT LUẬN

*Lâm sàng

- Ung thư vú thường gặp ở độ tuổi >40-60 tuổi, chiếm 68,9%.
- Bệnh nhân ung thư vú tự phát hiện bệnh chiếm tỷ lệ cao (96,5%).
- Ung thư vú có đặc điểm u trên lâm sàng:
 - + Khối u rõ, mật độ chắc (94,9%). Ranh giới không rõ 59,7%. Bề mặt gồ ghề 66,3%.
 - + Vị trí: U vú trái (52,6%), nhiều hơn vú phải (47,4%). Khối u chiếm nhiều nhất ở 1/4 trên ngoài (40,9%) và ít nhất ở 1/4 dưới trong (2,0%).
 - + Kích thước u: Thường ở T2 và T3 (T2 chiếm 78,6%, T3 chiếm 16,3%).
 - + Biểu hiện lâm sàng: triệu chứng nghèo nàn, đến muộn với u đã to.

*Cận lâm sàng

- Xét nghiệm tế bào học: Tỷ lệ chẩn đoán chính xác dương tính cao (78,0%), nghi ngờ (8,2%), âm tính giả (13,8%).
- Mô bệnh học
- + UTBM xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất 74%.

+ Thụ thể nội tiết ER (+) chiếm tỷ lệ cao nhất 77,6%; tiếp theo PR (+) 56,1%, Her-2neu (45,9%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Quang Diên, Phạm Thị Hân, Đào Thị Luận**, (2012) " Nghiên cứu giá trị của phương pháp sinh thiết kim tuyến vú trong chẩn đoán ung thư vú ". Tạp chí ung thư học Việt Nam. Số 1, tr 371 – 375.
2. **Nguyễn Bá Đức, Đặng Thế Căn, Nguyễn Văn Định, Bùi Diệu, Tạ Văn Tờ** (2003), "Bệnh ung thư vú". Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Bùi Diệu, Nguyễn Thị Hoài Nga (2012)**, "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân ung thư vú di căn xa sau điều trị", Tạp chí Ung thư học, số 4 (2012), tr 270 – 274.
4. **Nguyễn Hoàng Long và cs (2017)**, " Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư vú ở phụ nữ dưới 40 tuổi tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội ", Tạp chí Y Ung thư học Việt Nam, số1(2017). tr 320- 323
5. **Vũ Hồng Thắng, Hoàng Minh Cường, (2017)**, "Kết quả điều trị ung thư vú giai đoạn I-II có thụ thể nội tiết dương trên phụ nữ đã mãn kinh tại Bệnh viện K ". Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 1 (2017) tr 337 – 342
6. **Trần Văn Thuận** (2014), Điều trị bệnh ung thư vú, Nhà xuất bản Y học.
7. **Litherland J C, et al** (2009),"The impact of core biopsy on preoperative diagnosis, rate screen detected breast cancer", Clininal radiology - 51(8); 562- 565

KẾT QUẢ TRUNG HẠN VÀ DÀI HẠN PHẪU THUẬT SỬA VAN ĐIỀU TRỊ HỖ VAN HAI LÁ TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Trần Ngọc Vũ*, Lê Ngọc Thành**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả trung hạn và dài hạn phẫu thuật sửa van điều trị hở van hai lá tại Bệnh viện Đà Nẵng. Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu 84 bệnh nhân HoHL nặng mạn tính được phẫu thuật sửa van tại Bệnh viện Đà Nẵng bằng các kỹ thuật của Carpentier và các kỹ thuật cải tiến từ tháng 02/2010 đến tháng 10/2017. **Kết quả:** Tuổi bệnh nhân từ 5 đến 69 (trung bình 37,20 ± 16,60 tuổi); 60,71% nam và 39,29% nữ. Có 8/84 (9,52%) bệnh nhân ở độ tuổi trẻ em (< 16 tuổi). Phân độ suy tim trước mổ theo New York Heart Association (NYHA): NYHA I (1,19%); NYHA II (89,29%); NYHA III (9,52%) và không có bệnh nhân nào NYHA IV. Trước mổ có 71,43% bệnh nhân nhĩ xoang và 28,57% rung nhĩ. HoHL được chia thành ba loại theo Carpentier: loại I (9,52%); loại II (69,05%) và loại III

(21,43%). Nguyên nhân HoHL: thoái hóa (54,76%), hậu thấp (23,81%), bẩm sinh (11,91%) và viêm nội tâm mạc (9,52%). Kỹ thuật sửa van bao gồm các kỹ thuật của Carpentier và các kỹ thuật cải tiến. Không có tỷ lệ tử vong phẫu thuật. Kết quả trung hạn và dài hạn của phẫu thuật sửa van hai lá được đánh giá dựa vào NYHA và siêu âm tim tại thời điểm 6 tháng và ≥12 tháng sau mổ. Sau 6 tháng có 78/83 BN (93,98%) và ≥ 12 tháng có 57/63 BN (90,48%) có mức NYHA I. Về mức độ HoHL trên siêu âm tim: không hở hoặc hở mức độ nhẹ 1+(1/4) có 75/83 BN (90,36%) và 5/63 BN (87,31%) tại thời điểm 6 tháng và ≥ 12 tháng sau mổ. Thời gian theo dõi trung bình 41,70 ± 27,03 tháng (ngắn nhất 6 tháng, dài nhất 94 tháng). Trong quá trình theo dõi có 2 bệnh nhân tử vong muộn, 1 bệnh nhân phải mổ lại và 4 bệnh nhân HoHL tái phát mức độ nặng 3+. Tỷ lệ sống thêm sau mổ, tỷ lệ không bị mổ lại, không bị viêm nội tâm mạc và không bị HoHL tái phát mức độ 3+ sau mổ được ước lượng bằng phương pháp Kaplan-Meier tương ứng là: 97,30 ± 1,90%; 97,10 ± 2,90%; 98,50 ± 1,50% và 78,90 ± 12,80%. **Kết luận:** Phẫu thuật sửa van mang lại kết quả trung hạn và dài hạn rất tốt cho bệnh nhân HoHL nặng với tỷ lệ sống thêm sau mổ cao, tỷ lệ các biến chứng và tỷ lệ mổ lại thấp. **Từ khóa:** hở van hai lá, sửa van hai lá, Bệnh viện Đà Nẵng.

*Bệnh viện Đà Nẵng

**Bệnh viện E Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính:

Email: tngocvu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2019

Ngày phản biện khoa học: 31.5.2019

Ngày duyệt bài: 6.6.2019

SUMMARY**MID-TERM AND LONG-TERM RESULTS OF MITRAL VALVE REPAIR FOR TREATMENT OF MITRAL REGURGITATION AT DANANG HOSPITAL**

Objective: To evaluate the mid-term and long-term results of mitral valve repair in patients with mitral regurgitation at Danang hospital. **Subjects and methods:** A retrospective study combined with a prospective study of 84 patients with severe chronic mitral regurgitation (MR) were treated by Carpentier's techniques and new techniques in Danang hospital from February 2010 to October 2017. **Results:** Ages ranged from 5 to 69 years (mean $37,20 \pm 16,60$ years) and 8 patients were younger than 16 years of age (9,52%). According to New York Heart Association (NYHA) functional classification: One patient (1,19%) in class I; 75 patients (89,29%) in class II; 8 patients (9,52%) in class III, and no patient in class IV. 71,43% of patients were in sinus rhythm; 28,57% of patients were in atrial fibrillation. MR was classtified into 3 types according to Carpentier: type I with normal leaflet motion (9,52%); tpye II with leaflet prolapse (69,05%), and type III with restricted leaflet motion (21,43%). Degenerative etiology was 54,76%, rheumatic (23,81%), congenital (11,91%) and endocarditis (9,52%); surgical techniques included Carpentier's techniques and new techniques. No in-hospital mortality. Mid-term and long-term results of mitral valve repair surgery were evaluated based on NYHA class and echocardiography at 6 months and ≥ 12 months after surgery. After 6 months, there were 78/83 patients (93,98%) and ≥ 12 months there were 57/63 patients (90,48%) with NYHA class I. On echocardiography: MR 1+ (1/4) had 75/83 patients (90,36%) and 5/63 patients (87,31%) at 6 months and ≥ 12 months after surgery, respectively. The mean follow-up time was $41,70 \pm 27,03$ months (from 6 months to 94 months); late mortality occurred in 2 patients, 1 patient need to reoperation and 4 patients have severe recurrent MR. Kaplan-Meier survival analysis estimates were $97,30 \pm 1,90\%$. Freedom from reoperation, from endocarditis and from recurrent severe MR are: $97,10 \pm 2,90\%$; $98,50 \pm 1,50\%$ and $78,90 \pm 12,80\%$, respectively. **Conclusion:** Mitral valve repair for severe mitral regurgitation had excellent mid-term and long-term results with high survival rate, low incidence of complications and low rate of reoperation.

Keywords: mitral valve regurgitation, mitral valve repair, Danang hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hở van hai lá (HoHL) là bệnh lý van tim thường gặp. Phẫu thuật (PT) sửa van hai lá (VHL) có ưu điểm hơn so với thay van với tỷ lệ tử vong phẫu thuật thấp hơn, bảo tồn được chức năng thất trái, giảm các biến chứng và tăng tỷ lệ sống thêm cho bệnh nhân (BN) [1]. Sửa VHL là PT được liên tục phát triển trong hơn năm thập kỷ qua và là chọn lựa ưu tiên cho bệnh HoHL nặng. Nhiều kỹ thuật (KT) sửa van được hình thành, trong đó KT sửa van của Carpentier được

ứng dụng rộng rãi nhất [2]. KT sửa van ngày càng cải tiến và dễ thực hiện nhưng vẫn đảm bảo an toàn và hiệu quả cho BN [3], [4]. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá kết quả trung hạn và dài hạn PT sửa van điều trị HoHL tại Bệnh viện Đà Nẵng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 84 BN HoHL được PT sửa van tại Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 02/2010 đến tháng 10/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu. BN lựa chọn là các trường hợp HoHL nặng được chẩn đoán trên lâm sàng và cận lâm sàng. Các chỉ số nghiên cứu: tuổi, giới, phân độ suy tim theo NYHA, siêu âm tim, điện tim đồ, phân loại HoHL, nguyên nhân gây HoHL, các tổn thương VHL, các KT sửa van của Carpentier và các KT cải tiến. Đánh giá kết quả PT tại thời điểm trước khi ra viện, kết quả trung hạn (6 tháng) và kết quả dài hạn (≥ 12 tháng) sau mổ dựa vào phân độ suy tim theo NYHA và siêu âm tim. Trong quá trình theo dõi ghi nhận các biến chứng muộn và các trường hợp phải mổ lại. Dùng phương pháp Kaplan-Meier để ước lượng tỷ lệ sống thêm sau mổ, tỷ lệ không bị mổ lại, không bị viêm nội tâm mạc và tỷ lệ không bị HoHL tái phát mức độ nặng sau mổ. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trước và trong mổ: Tuổi nhỏ nhất là 5 tuổi, lớn nhất 69 tuổi, trung bình $37,20 \pm 16,60$ tuổi. Có 60,71% BN nam và 39,29% BN nữ.

Bảng 3.1. Phân độ suy tim theo NYHA trước mổ (N=84)

Phân độ suy tim theo NYHA	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
NYHA I	1	1,19
NYHA II	75	89,29
NYHA III	8	9,52
NYHA IV	0	0,00
Tổng	84	100

NYHA: New York Heart Association; BN NYHA II chiếm đa số (89,29%).

Bảng 3.2. Điện tâm đồ trước mổ (N=84)

Điện tim đồ	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Nhịp xoang	60	71,43
Rung nhĩ	24	28,57
Tổng	84	100

Có 28,57% BN bị rung nhĩ trước mổ.

Bảng 3.3. Mức độ hở van hai lá trên siêu âm tim trước mổ (N=84)

Mức độ hở hai lá		Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	1+(1/4)	0	0,00
Trung bình	2+(2/4)	0	0,00
Nặng	3+(3/4)	78	92,86
	4+(4/4)	6	7,14
Tổng		84	100

Tất cả BN (100%) đều hở van hai lá mức độ nặng 3+(3/4) và 4+(4/4).

Bảng 3.4. Phân loại hở van hai lá theo Carpentier (N=84)

Phân loại	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Loại I	8	9,52
Loại II	58	69,05
Loại III	18	21,43
Tổng	84	100

HoHL loại II (sa lá van) có tỷ lệ cao nhất (69,05%).

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân hở van hai lá (N=84)

Nguyên nhân	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Thoái hóa	46	54,76
Hậu thấp	20	23,91
Bẩm sinh	10	11,91
Viêm nội tâm mạc	8	9,52
Tổng	84	100

Nguyên nhân do thoái hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (54,76%).

Bảng 3.6. Các thương tổn chính van hai lá

Thương tổn	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Vòng van		
Giãn vòng van	71	84,52
Các lá van		
Thủng lá van	2	2,38
Chẻ lá van	4	4,76
Dày nặng lá van	6	7,14
Co rút nặng lá van	4	4,76
Dính mép van	9	10,71
Sa lá van trước	18	21,43
Sa lá van sau	32	38,10
Sa cả hai lá van	8	9,52
Dây chằng, trụ cơ		
Dây chằng phụ co rút	7	8,33
Giãn dài dây chằng	27	32,14
Đứt dây chằng	32	38,10
Thiếu dây chằng	3	3,57
Dài trụ cơ	1	1,19

Tổn thương giãn vòng van chiếm tỷ lệ cao nhất 84,52%. Số tổn thương nhiều hơn số BN do có sự phối hợp các tổn thương trên cùng một BN. Số tổn thương trung bình/BN: $2,96 \pm 0,75$.

Bảng 3.7. Các thông số trên siêu âm tim trước mổ (N=84)

Tuổi	Đường kính (mm)	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
< 16 (n=8)	LVEDD	$53,79 \pm 12,81$	36	74
	LVESD	$32,79 \pm 9,26$	20	44
	LAD	$39,53 \pm 9,73$	25	60
≥ 16 (n=76)	LVEDD	$59,86 \pm 7,13$	46	73
	LVESD	$36,91 \pm 6,17$	25	52
	LAD	$50,90 \pm 9,98$	32	70

LVEDD: Đường kính thất trái cuối tâm trương; LVESD: Đường kính thất trái cuối tâm thu; LAD: Đường kính nhĩ trái; EF: Phân suất tống máu thất trái; SPAP: Áp lực động mạch phổi tâm thu; SD: Độ lệch chuẩn; Min: Nhỏ nhất; Max: Lớn nhất.

Bảng 3.8. Kỹ thuật sửa van áp dụng trên các lá van

Kỹ thuật trên lá van				
Cắt tam giác lá sau	Vùng P1	0	30	35,71
	Vùng P2	27		
	Vùng P3	3		
Cắt tam giác lá trước	Vùng A1	0	2	2,38
	Vùng A2	2		
	Vùng A3	0		
Đóng chẻ lá van	Lá trước	4	4	4,76
	Lá sau	0		
Khâu, vá thủng lá van	Lá trước	2	2	2,38
	Lá sau	0		
Mở rộng lá van	Lá trước	2	4	4,76
	Lá sau	2		
Làm mỏng lá van	Lá trước	3	6	7,14

Xẻ mép van	Lá sau	1	9	10,71
	Cả hai lá van	2		
	Mép trước bên	0		
	Mép sau giữa	0		
Kỹ thuật Alfieri	Cả hai mép van	9	8	9,52
	Cạnh mép	2		
	Trung tâm	6		

Kỹ thuật cắt tam giác lá sau chiếm tỷ lệ cao nhất (35,71%).

Bảng 3.9. Kỹ thuật sửa van áp dụng trên dây chằng và trụ cơ

Kỹ thuật trên dây chằng, trụ cơ				
Chuyển vị dây chằng	Từ lá trước đến lá trước	11	16	19,05
	Từ lá sau đến lá trước	3		
	Từ lá sau đến lá sau	2		
Làm ngắn dây chằng	Ở lá trước	7	7	8,33
	Ở lá sau	0		
Cắt bỏ dây chằng phụ	Ở lá trước	3	7	8,33
	Ở lá sau	4		
Dây chằng nhân tạo	Cho lá trước	2	13	15,48
	Cho lá sau	6		
	Cho cả hai lá van	5		
Rút ngắn trụ cơ	Trụ cơ trước bên	1	1	1,19

Kỹ thuật chuyển vị dây chằng chiếm tỷ lệ cao nhất 19,05%.

Bảng 3.10. Kỹ thuật sửa van áp dụng trên vòng van

Kỹ thuật trên vòng van hai lá		Số lượng	Tổng	Tỷ lệ %
Chỉnh hình vòng van	Vòng van 26 mm	4	78	92,86
	Vòng van 28 mm	20		
	Vòng van 30 mm	36		
	Vòng van 32 mm	18		
	Dãi màng ngoài tim	5	5	5,95
	Bằng chỉ	1	1	1,19

Hầu hết các trường hợp được chỉnh hình vòng van bằng vòng van nhân tạo (92,86%).

3.2. Kết quả sớm trong thời gian hậu phẫu

Bảng 3.11. Các biến chứng sớm (N=84)

Biến chứng		Số trường hợp (n)	Tỷ lệ %
Không có biến chứng		64	76,19
Hội chứng cung lượng tim thấp		5	5,95
Nhiễm trùng vết mổ nông		9	10,71
Viêm xương ức		1	1,19
Nhiễm trùng huyết		1	1,19
Viêm phổi		1	1,19
Tràn dịch màng ngoài tim	Mổ dân lưu dịch	2	4,76
	Điều trị nội khoa	2	
Tràn dịch màng phổi		1	1,19
Tràn khí màng phổi		1	1,19
Tử vong phẫu thuật		0	0,00

Qua bảng 3.12. cho thấy các biến chứng sau mổ thấp, không có tử vong phẫu thuật.

Bảng 3.12. So sánh các thông số trên siêu âm tim trước và sau mổ (N=84)

Tuổi	Đường kính (mm)	Trước mổ (N = 84) $\bar{X} \pm SD$	Khi ra viện (N = 84) $\bar{X} \pm SD$	p
< 16 (n=8)	LVEDD	53,79 $\pm$ 12,81	43,38 $\pm$ 7,02	0,036
	LVESD	32,79 $\pm$ 9,26	29,20 $\pm$ 5,30	0,26
	LAD	39,53 $\pm$ 9,73	27,76 $\pm$ 4,72	< 0,001
≥ 16	LVEDD	59,86 $\pm$ 7,13	48,62 $\pm$ 6,68	< 0,001

(n=76)	LVESD	36,91 ± 6,17	35,75 ± 5,12	0,06
	LAD	50,90 ± 9,98	38,86 ± 7,38	< 0,001

LVESD và LAD sau mổ tại thời điểm ra viện giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($p < 0,001$). LVESD giảm không có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($p > 0,05$).

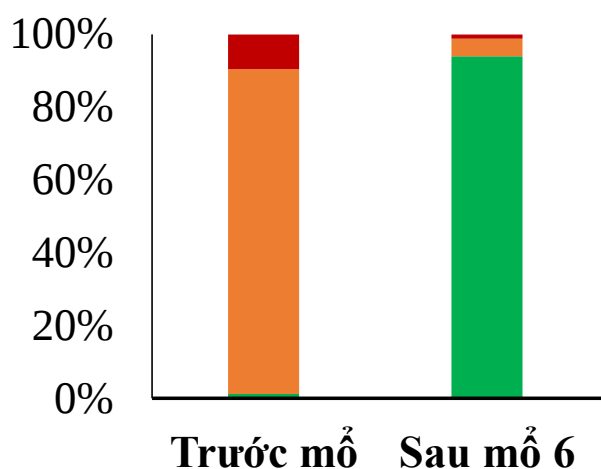
Bảng 3.13. Mức độ hở van hai lá trước và sau mổ lúc ra viện (N=84)

Mức độ hở van	Trước mổ; n (%)	Khi ra viện; n (%)	p
Nhẹ	1+(1/4)	0 (0,00)	< 0,001
Trung bình	2+(2/4)	9 (10,71)	
Nặng	3+(3/4)	78 (92,96)	
	4+(4/4)	6 (7,14)	
Tổng	84 (100)	84 (100)	

Đa số BN có mức độ HoHL nhẹ 1+(1/4) sau mổ (89,29%). Có 9 BN (10,71%) còn hở mức độ trung bình 2+(2/4).

3.3. Kết quả trung hạn và dài hạn

3.3.1. Lâm sàng và siêu âm tim trước và sau mổ



Biểu đồ 3.1. Phân độ suy tim theo NYHA trước và sau mổ

NYHA I chiếm tỷ lệ 93,98% và 90,48% tại thời điểm 6 tháng và ≥ 12 tháng sau mổ.

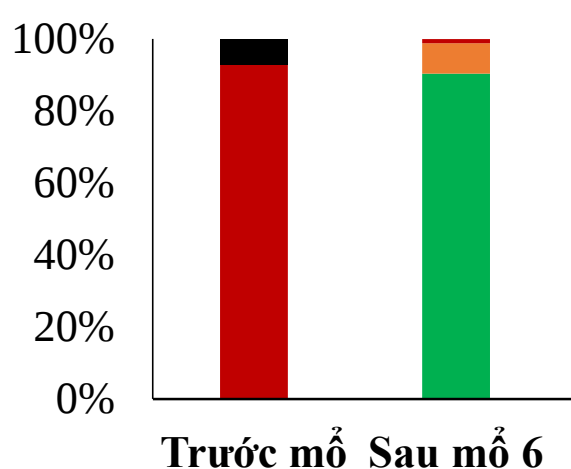
3.3.1. Tỷ lệ bệnh nhân được theo dõi sau mổ

Bảng 3.14. Phân bố bệnh nhân được theo dõi sau mổ

Thời gian sau mổ	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
6 tháng (n = 83)	83	100
≥ 12 tháng (n = 69)	63	91,30

Số BN được theo dõi sau mổ 6 tháng (trung hạn) là 83/83, đạt 100% và sau mổ ≥ 12 tháng (dài hạn) là 63/69 BN, đạt 91,30%.

3.3.3. Các biến cố trong thời gian theo dõi: Thời gian theo dõi ngắn nhất 6 tháng, dài nhất 94 tháng và trung bình $41,70 \pm 27,03$ tháng. Trong quá trình theo dõi: có 2 BN tử vong muộn, 1 BN được mổ lại do HoHL tái phát nặng, 1 BN bị VNTM. Có 4 BN HoHL tái phát mức độ nặng 3+(3/4). Tỷ lệ sống thêm, tỷ lệ không bị mổ lại, không bị viêm nội tâm mạc và không bị HoHL tái phát nặng sau mổ được ước lượng theo



Biểu đồ 3.2. Mức độ hở hai lá tại các thời điểm

Hở 1+(1/4) chiếm tỷ lệ 90,36% và 87,31% tại thời điểm 6 tháng và ≥ 12 tháng sau mổ.

phương pháp Kaplan-Meier tương ứng là: $97,30 \pm 1,90\%$; $97,10 \pm 2,90\%$; $98,50 \pm 1,50\%$ và $78,90 \pm 12,80\%$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân trước và trong mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi bệnh nhân từ 5 đến 69 (trung bình $37,20 \pm 16,60$ tuổi). Nam chiếm 60,71%. Tác giả Nguyễn Văn Phan và cs. [5] đánh giá kết quả phẫu thuật sửa van cho 586 BN HoHL, tuổi thấp nhất là 6, cao nhất 60 và trung bình $26,4 \pm 9,9$ tuổi, trong đó có 124 BN ≤ 15 tuổi (21,2%). Độ tuổi BN trong nghiên cứu của tác giả cũng trải rộng từ 6 - 60 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như một số báo cáo trong nước và như vậy có thể thấy bệnh HoHL có thể gặp ở bất cứ lứa tuổi nào. Còn theo tác giả DiBardino D. J. và cs. [6], tuổi trung bình BN HoHL do thấp $54,0 \pm$

15,0 tuổi; do thoái hóa $59,0 \pm 13,0$ tuổi và HoHL cơ năng là 69 ± 10 tuổi. Tác giả cho thấy có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$ giữa các độ tuổi tương ứng với bệnh nguyên của HoHL: nhóm BN HoHL do thấp có độ tuổi thấp hơn nhóm do thoái hóa và nhóm HoHL cơ năng có độ tuổi cao nhất. Có thể thấy độ tuổi trung bình BN trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, điều này có thể do bệnh lý van hai lá do thoái hóa ngày càng nhiều và hậu thấp ngày càng ít đi. Như vậy có thể nói mô hình bệnh hở van hai lá ở nước ta dần chuyển qua mô hình của các nước phát triển.

Phân độ suy tim theo NYHA được dùng đánh giá tình trạng cơ năng của BN bệnh tim mạch cũng như để đánh giá kết quả điều trị trong các nghiên cứu lâm sàng. NYHA được chia thành 4 mức độ từ NYHA I đến NYHA IV [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi NYHA II chiếm tỷ lệ cao nhất 89,29%. Có thể thấy BN của chúng tôi được chỉ định mổ sớm với hầu hết đều ở mức NYHA II. Theo tác giả Coutinho G.F. và cs [8], phẫu thuật sớm khi BN chưa có triệu chứng hoặc mới có triệu chứng nhẹ kèm chức năng thất trái bảo tồn rất an toàn, tỷ lệ tử vong $< 1\%$ và tỷ lệ sống thêm dài hạn cũng bằng với dân số bình thường.

Về nguyên nhân gây HoHL: Nguyên nhân do thoái hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (54,76%), do thấp đứng hàng thứ hai (23,91%). Trong khi đó tác giả Nguyễn Văn Phan và cs. [5], cho thấy nguyên nhân hậu thấp chiếm tuyệt đại đa số ở BN Việt Nam với tỷ lệ tới 96,7%, do thoái hóa chỉ 1,9%. Kết quả của chúng tôi có khác so với tác giả, theo chúng tôi có thể là do trong giai đoạn hiện tại, bệnh lý van tim thoái hóa ở nước ta dần trở nên phổ biến hơn và ngược lại bệnh van tim hậu thấp ngày càng thuyên giảm.

Về KT sửa van, chúng tôi áp dụng kỹ thuật của Carpentier như cắt mô van, chuyển vị dây chằng, làm ngắn dây chằng, đặt vòng van nhân tạo..., và các KT mới cải tiến như KT cắt hình tam giác trong sa lá van sau, KT sử dụng dây chằng nhân tạo. Các trường hợp HoHL do sa lá van sau chúng tôi dùng KT cắt bỏ phần mô van bị sa hình tam giác và/hoặc thay thế dây chằng bị đứt bằng dây chằng nhân tạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 78/84 BN (92,86%) được chỉnh hình vòng van bằng vòng van nhân tạo, 5/84 BN (5,95%) chỉnh hình vòng van sau bằng dải màng ngoài tim và 1/84 BN (1,19%) được thu nhỏ vòng van bằng chỉ không tiêu. Đối với BN trẻ em < 16 tuổi, chúng tôi thường chỉnh hình vòng van sau bằng dải màng ngoài tim và thu nhỏ vòng van bằng chỉ (KT De Vega cải tiến). Theo tác giả Hetzer R. và cs.[9], việc chỉnh hình

vòng van sau bằng dải màng ngoài tim tươi không chỉ không tốn tiền mà còn là vật liệu có sẵn và vẫn duy trì vận động sinh lý của vòng VHL. Còn theo tác giả Aharon A.S. và cs. đã áp dụng KT De Vega cải tiến để chỉnh hình vòng van cho 96,5% BN nhi, tuổi từ 5 - 17 tuổi và theo tác giả kỹ thuật này giúp cho vòng van của BN nhi có thể lớn lên theo thời gian.

4.2. Kết quả phẫu thuật: Không có trường hợp nào tử vong phẫu thuật. Tỷ lệ các biến chứng sớm sau mổ thấp và tất cả các trường hợp biến chứng đều được điều trị khỏi hoàn toàn. Kết quả siêu âm tim trước khi ra viện cho thấy đường kính thất trái tâm trương và nhĩ trái giảm rõ so với trước mổ và có 89,29% BN không hở hoặc hở van nhẹ 1+. Hở van mức độ vừa 2+ chiếm 10,71%.

Kết quả trung hạn và dài hạn của phẫu thuật sửa van hai lá được đánh giá dựa vào NYHA và siêu âm tim tại thời điểm 6 tháng và ≥ 12 tháng sau mổ. Sau 6 tháng có 78/83 BN (93,98%) và ≥ 12 tháng có 57/63 BN (90,48%) có NYHA I. Về mức độ HoHL trên siêu âm tim: không hở hoặc hở mức độ nhẹ $1+(1/4)$ có 75/83 BN (90,36%) và 5/63 BN (8,731%) tại thời điểm 6 tháng và ≥ 12 tháng sau mổ. Qua đó có thể thấy phẫu thuật sửa van điều trị HoHL mang lại tính ổn định cho BN, giúp BN trở về với cuộc sống như bình thường.

Thời gian theo dõi sau mổ ngắn nhất 6 tháng, dài nhất 94 tháng và trung bình $41,70 \pm 27,03$ tháng. Trong thời gian theo dõi, chúng tôi ghi nhận 2 BN tử vong muộn, 1 BN bị viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, 1 BN phải mổ lại do HoHL tái phát nặng, 4 BN xuất hiện HoHL tái phát mức độ nặng 3+. Theo phương pháp Kaplan Meier, tỷ lệ sống thêm sau mổ, không bị mổ lại, không bị viêm nội tâm mạc và không bị HoHL tái phát mức độ nặng 3+ tương ứng là: $97,30 \pm 1,90\%$; $97,10 \pm 2,90\%$; $98,50 \pm 1,50\%$ và $78,90 \pm 12,80\%$.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 84 trường hợp hở van hai lá được phẫu thuật sửa van cho thấy không có tử vong phẫu thuật, kết quả trung hạn và dài hạn sau mổ tốt, tỷ lệ sống thêm sau mổ cao, tỷ lệ mổ lại thấp. Kết quả này đã cho thấy kỹ thuật sửa van của Carpentier và các kỹ thuật cải tiến, đặc biệt là kỹ thuật cắt hình tam giác lá van sau và kỹ thuật sử dụng dây chằng nhân tạo thay thế rất hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Enriquez-Sarano M. and Schaff H.V. Valve repair improves the outcome of surgery for mitral regurgitation. *Circulation*, 1995, 91(4), pp. 1022–1028.

2. **Jouan J. Mitral valve repair over five decades.** *Ann Cardiothorac Surg*, 2015, 4(4), pp. 322–334.
3. **Schubert S.A., Mehaffey J.H., Charles E.J., et al.** Mitral valve repair: the French correction versus the American correction. *Surg Clin North Am*, 2017, 97(4), pp. 867–888.
4. **Kshetty V.R. and Aranki S.F.** Current trends in mitral valve repair techniques in North America. *J Heart Valve Dis*, 2012, 21(6), pp. 690–695.
5. **Nguyen Van Phan, Phan Kim Phuong, Pham Nguyen Vinh, et al.** Mitral valvulotomy with Carpentier's techniques. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 1998, 6(3), pp. 158–161.
6. **DiBardino D.J., ElBardissi A.W., McClure R.S., et al.** Four decades of experience with mitral valve repair: analysis of differential indications, technical evolution, and long-term outcome. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2010, 139(1), pp. 76–84.
7. **Miller-Davis C., Marden S., Leidy N.K.** The New York Heart Association classes and functional status: what are we really measuring?. *Hear Lung J Acute Crit Care*, 2006, 35(4), pp. 217–224.
8. **Coutinho G.F., Garcia A.L., Correia P.M., et al.** Long-term follow-up of asymptomatic or mildly symptomatic patients with severe degenerative mitral regurgitation and preserved left ventricular function. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2014, 148(6), pp. 2795–2801.
9. **Hetzer R., Walter E.M.D.** No ring at all in mitral valve repair: Indications, techniques and longterm outcome. *Eur J Cardio-thoracic Surg*, 2014, 45(2), pp. 341–351.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH ĐẮK LẮK

Nguyễn Hữu Từ¹, Nguyễn Thị Thu Thủy²

TÓM TẮT

Viêm ruột thừa (VRT) cấp là một trong những bệnh lý cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất. Cho đến thời điểm hiện tại chưa có công trình nghiên cứu về chi phí điều trị VRT tại Việt Nam. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu tiền cứu tại khoa Ngoại tổng quát, Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk với toàn bộ hồ sơ bệnh án đáp ứng được tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ từ tháng 4/2016 đến 9/2016. Mẫu nghiên cứu gồm 293 người bệnh VRT với độ tuổi trung bình $37,8 \pm 1,21$; tỉ lệ nam: nữ 1:1,08; số ngày điều trị trung bình tại bệnh viện $6,13 \pm 2,90$; đa số bệnh nhân từ tuyến huyện chuyển lên (62,8%); 85,3% có BHYT. Nghiên cứu ghi nhận tổng chi phí điều trị trung bình mỗi người bệnh có giá trị 5,62 triệu VND, trong đó chi phí trực tiếp y tế chiếm đa số và chi phí do BHYT chi trả cao gấp 2 lần so với chi phí người bệnh tự chi trả. Trong tổng chi phí trực tiếp y tế, chi phí cho dịch vụ y tế cao gấp 5 lần tổng chi phí cho thuốc điều trị và chiếm 71,6% tổng chi phí điều trị. Trong chi phí trực tiếp ngoài y tế, chi phí ăn uống chiếm ưu thế.

Từ khóa: Viêm ruột thừa, chi phí, trực tiếp y tế, trực tiếp ngoài y tế.

SUMMARY

ANALYZE TREATMENT COST OF ACUTE APPENDICITIS AT DAK LAK GENERAL HOSPITAL

Acute appendicitis is one of the most common surgical emergency conditions. Until now, there has

been no research on the cost of treating appendicitis in Vietnam. The study used a cross-sectional descriptive method based on prospective data at the General Surgery Department, Dak Lak General Hospital with all medical records meeting the inclusion and exclusion criteria from 4/2016 to 9/2016. Survey sample included 293 appendicitis patients with an average age of 37.8 ± 1.21 ; male: female ratio of 1:1.08; the average number of treatment days at the hospital of 6.13 ± 2.90 ; the majority of patients from the district level hospital (62.8%); 85.3% with health insurance. It has been shown that the average total treatment cost valued at VND 5.62 million, of which the direct medical cost accounts for the majority and the cost of health insurance is two times higher than the self-paid cost of patients. In the structure of total direct medical costs, the cost for healthcare services is 5 times higher than cost of drugs and accounts for 71.6% of the total treatment cost. In the indirect medical costs, costs for meal are dominant.

Keywords: Appendicitis, expense, direct medical expenses, direct non-medical expenses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa (VRT) là một trong những bệnh lý cấp cứu ngoại khoa hay gặp nhất. Với tình hình lạm dụng kháng sinh như hiện nay dẫn đến nguy cơ vi khuẩn kháng kháng sinh ngày càng nhiều, dẫn đến chi phí điều trị ngày càng tăng, việc đánh giá thực trạng điều trị cũng như chi phí điều trị bệnh viêm ruột thừa là rất quan trọng nhằm đưa ra các giải pháp hợp lý để giảm bớt tác động về kinh tế của bệnh. Hiện tại tại Việt Nam chưa có đề tài nào nghiên cứu vấn đề này được thực hiện. Trước nhu cầu cấp thiết đó, đề tài "Phân tích chi phí điều trị trực tiếp của bệnh nhân viêm ruột thừa tại bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk" với các mục tiêu như sau:

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Đắk Lắk

²Đại 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: 28.5.2019

Ngày duyệt bài: 5.6.2019

1. Khảo sát đặc điểm của người bệnh viêm ruột thừa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk

2. Đánh giá chi phí điều trị viêm ruột thừa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Chi phí điều trị VRT bao gồm chi phí trực tiếp y tế và trực tiếp ngoài y tế.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu tiền cứu từ tháng 4/2016 đến 9/2016.

Mẫu nghiên cứu: Toàn bộ hồ sơ bệnh án đáp ứng được tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa
- Điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc kèm các bệnh khác của hệ tiêu hóa - tiết niệu,...
- Bệnh lý nội khoa nặng: suy gan nặng, suy thận nặng,...
- Suy giảm miễn dịch, dùng thuốc ức chế miễn dịch

Bệnh chấn thương liên quan đến tai nạn lao động, tai nạn giao thông

Thời gian khảo sát: Từ tháng 04/2016 đến tháng 09/2016.

Thông 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 23.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 293 người bệnh trong năm 2016 thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn và loại trừ đề tài ghi nhận những đặc điểm nhân khẩu được trình bày trong bảng 2.

Bảng 3. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (%) GTTB (ĐLC)
Nhóm tuổi	< 20 tuổi	70 (23,9)
	20 - 50 tuổi	138 (47,1)
	> 50 tuổi	85 (29,0)
	Tổng	293 (100)
Tuổi		37,8 (1,21)
Số ngày điều trị trung bình		6,13 (2,9)
Giới tính	Nam	141 (48,1)
	Nữ	152 (51,9)
Nơi cư trú	Ngoài tỉnh	65 (22,2)
	Thành phố Buôn Ma Thuột	44 (15,0)
	Tuyến huyện	184 (62,8)

Đối tượng	Nông dân, công nhân, tiểu thương	124 (42,3)
	Công nhân viên chức	40 (13,7)
	Học sinh, sinh viên	50 (17,1)
	Dân tộc thiểu số	79 (27,0)
Tham gia BHYT	Có	250 (85,3)
	Không	43 (14,7)
Bệnh lý kèm theo	Không có bệnh	288 (98,3)
	Có bệnh (tiểu đường, sỏi thận, thận hư, bệnh lý tim mạch, có thai)	5 (1,7)
Mức thanh toán BHYT	0%	43 (14,7)
	60%	1 (0,3)
	80%	94 (32,1)
	95%	20 (6,8)
	100%	135 (46,1)
Phương tiện vận chuyển	Ô tô cá nhân	5 (1,7)
	Taxi	4 (1,4)
	Taxi + xe máy	15 (5,1)
	Thuê xe ô tô + xe máy	7 (2,4)
	Xe buýt + xe máy	1 (0,3)
	Xe máy	249 (84,4)
	Xe ô tô	11 (3,7)
	Xe ô tô + xe máy	1 (0,3)

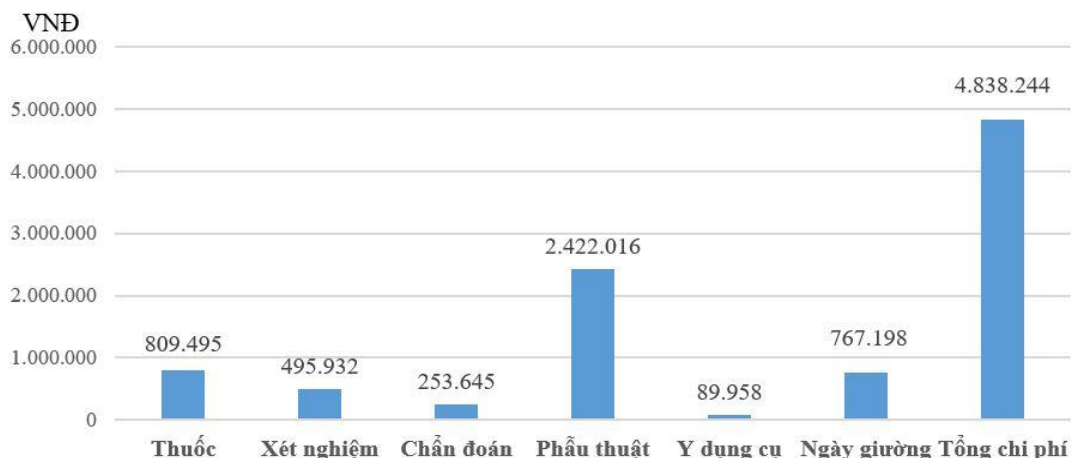
Ghi chú: GTTB - giá trị trung bình, ĐLC - Độ lệch chuẩn

Theo bảng 2, nghiên cứu ghi nhận độ tuổi trung bình là $37,8 \pm 1,21$ với tỷ lệ nam:nữ là 1:1,08, người bệnh có số ngày điều trị trung bình là $6,13 \pm 2,90$ ngày với thời gian điều trị ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 25 ngày. Về nơi cư trú, bệnh nhân chủ yếu từ tuyến huyện chuyển lên (62,8%), tiếp đến là bệnh nhân ngoài tỉnh (22,2%) chủ yếu ở tỉnh Đắk Nông và bệnh nhân ở thành phố chiếm 15%. Đối tượng mắc bệnh VRT cao nhất là nông dân - công nhân - tiểu thương và tiểu thương (42,3%), tiếp đến là dân tộc thiểu số (27%), học sinh - sinh viên (17,1%) và công nhân viên chức (13,7%). Số lượng người bệnh tham gia bảo hiểm y tế cao gấp 5,8 lần số lượng người bệnh không tham gia (85,3% so với 14,7%; tương ứng). Trong các đối tượng có BHYT, 46,1% có mức BHYT thanh toán 100%; 32,1% có mức thanh toán 80% và 0,3% có mức thanh toán 60%. Bệnh nhân VRT có bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ 1,7%. Về phương tiện vận chuyển, đa số sử dụng xe máy (84,4%),

những loại phương tiện còn lại bao gồm ô tô, taxi, xe buýt hay kết hợp các phương tiện chiếm tỷ lệ không đáng kể (<5%).

Phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị viêm ruột thừa

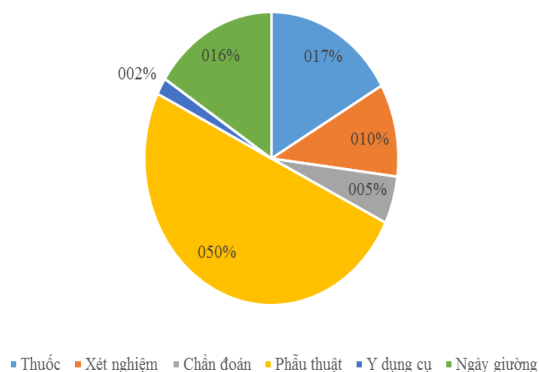
Giá trị chi phí trực tiếp y tế: Khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 293 người bệnh VRT đề tài ghi nhận chi phí trực tiếp y tế trong điều trị VRT tại bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk với kết quả được trình bày trong hình 1.



Hình 1. Giá trị chi phí trực tiếp y tế

Theo hình 1, nghiên cứu ghi nhận tổng chi phí trực tiếp y tế trung bình ở mỗi người bệnh điều trị là $4.838.244 \pm 1.868.476$ VNĐ. Trong đó chi phí phẫu thuật có giá trị cao nhất ($2.422.016 \pm 825.737$ VNĐ), cao gấp 3 lần chi phí thuốc (809.495 ± 888.535 VNĐ) và gấp 3,5 lần chi phí ngày giường (767.198 ± 454.296 VNĐ). Các chi phí còn lại không đáng kể bao gồm chi phí xét nghiệm (495.932 ± 215.409 VNĐ), chẩn đoán (253.645 ± 126.551 VNĐ) và y dụng cụ (89.958 ± 92.067 VNĐ). Như vậy chi phí dịch vụ y tế chiếm ưu thế và gấp gần 5 lần chi phí thuốc.

Cấu trúc chi phí trực tiếp y tế:



Hình 2. Cấu trúc chi phí trực tiếp y tế

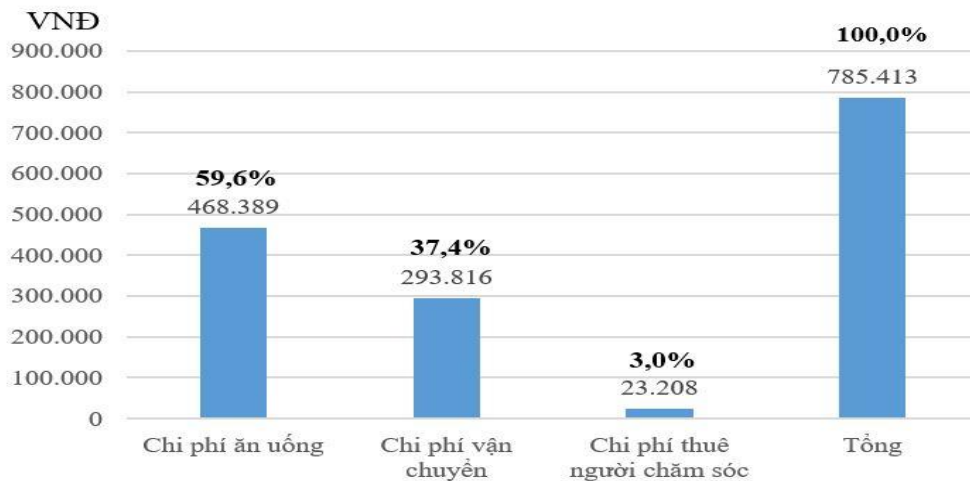
Phân tích cấu trúc chi phí trực tiếp y tế trong điều trị người bệnh VRT đề tài ghi kết quả được trình bày trong hình 2.

Theo hình 2, trong cấu trúc chi phí trực tiếp y tế, chi phí phẫu thuật chiếm cấu phần lớn nhất với 50,06%; chi phí thuốc, ngày giường, xét nghiệm chiếm tỷ lệ gần như tương đương (16,73%; 15,86% và 10,25%; tương ứng). Chi phí chẩn đoán và y dụng cụ chiếm tỷ lệ không đáng kể (5,24% và 1,86%; tương ứng). Như vậy chi phí dịch vụ y tế chiếm 83,3% tổng chi phí trực tiếp y tế.

Chi phí trực tiếp ngoài y tế

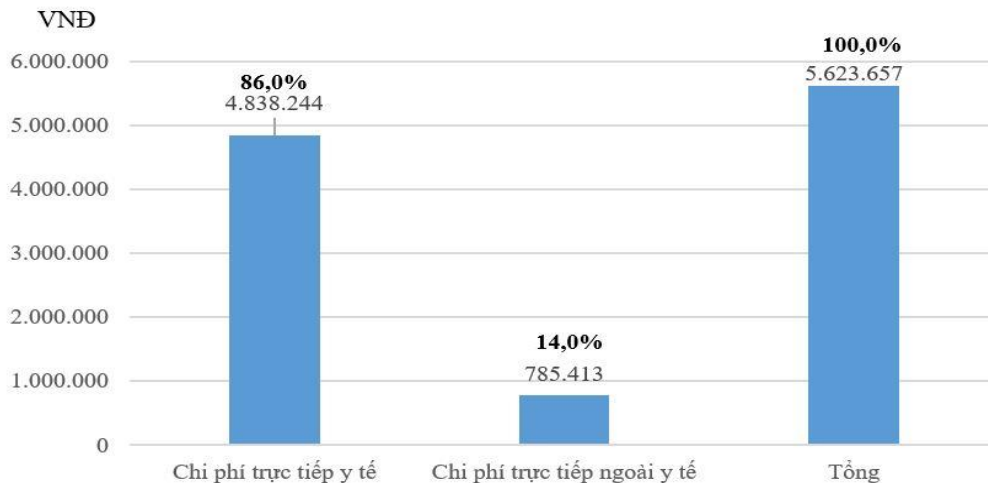
Khảo sát giá trị chi phí trực tiếp ngoài y tế trên mẫu nghiên cứu 293 người bệnh VRT, nghiên cứu ghi nhận kết quả được trình bày trong hình 3.

Theo hình 3, tổng chi phí trực tiếp ngoài y tế có giá trị trung bình $0,785 \pm 0,661$ triệu VNĐ. Trong đó chi phí ăn uống cho bệnh nhân chiếm ưu thế với $0,468 \pm 0,273$ triệu VNĐ tương ứng với 59,6%; tiếp theo là chi phí vận chuyển với 0,294 triệu tương ứng với 37,4%; chi phí thuê người chăm sóc có giá trị không đáng kể (0,023 triệu VNĐ tương ứng với 3,0%).



Hình 3. Thành phần chi phí trực tiếp ngoài y tế

Tổng chi phí điều trị: Khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 293 ca VRT từ tháng 4/2016 đến 9/2016, nghiên cứu ghi nhận giá trị chi phí theo chi phí thành phần được thể hiện trong hình 5.



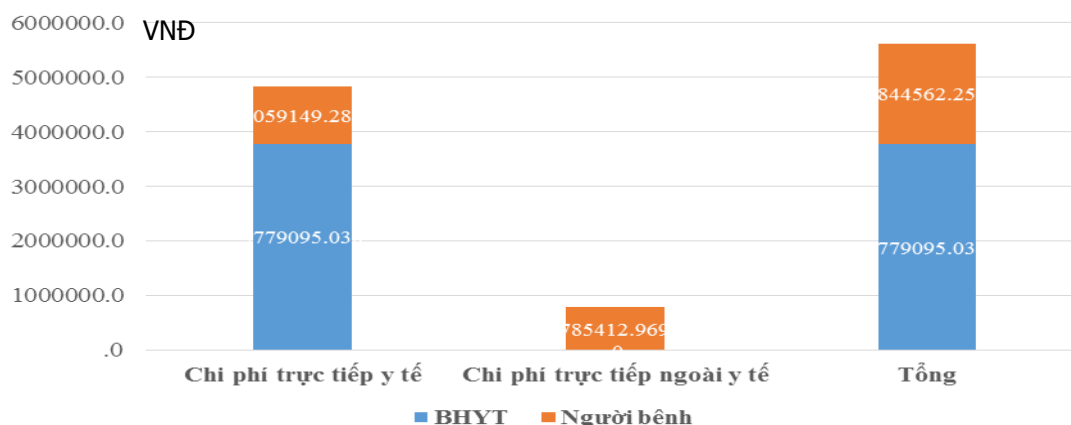
Hình 4. Tổng chi phí điều trị

Theo hình 5, tổng chi phí điều trị VRT trung bình mỗi người bệnh có giá trị $5.623.657 \pm 2.152.556$ VNĐ, trong đó chi phí trực tiếp y tế chiếm đa số với $4.838.244 \pm 1.868.476$ VNĐ (tương đương với 86,0%); chi phí trực tiếp ngoài y tế có giá trị không đáng kể với 785.413 ± 661.873 VNĐ (tương đương với 14,0%). Trong tổng chi phí điều trị, chi phí dịch vụ y tế chiếm ưu thế với 71,64%.

Tổng chi phí theo đối tượng chi trả: Dựa trên các mức thanh toán cơ bản của BHYT là 80%; 95% hay 100% và chế độ hưởng BHYT đúng tuyến hay trái tuyến mà chi phí người bệnh phải chi trả sẽ khác nhau theo quy định của luật

BHYT. Khảo sát mẫu nghiên cứu gồm 293 mẫu, nghiên cứu ghi nhận giá trị chi phí theo từng nhóm đối tượng chi trả gồm BHYT và người bệnh được thể hiện trong hình 6.

Theo hình 6, xét trên đối tượng chi trả, người bệnh chi trả 100% chi phí trực tiếp ngoài y tế và 21,9% chi phí trực tiếp y tế (tương đương với 1.059.149 VNĐ); bảo hiểm y tế không chi trả chi phí trực tiếp ngoài y tế và chi trả 78,1% chi phí trực tiếp ngoài y tế (tương đương với 3.779.095 VNĐ). Tính trên tổng chi phí điều trị, bảo hiểm y tế chi trả 67,2% (tương đương với 3.779.095 VNĐ) và người bệnh chi trả 32,8% (tương đương với 1.844.562 VNĐ).



Hình 5. Tổng chi phí theo đối tượng chi trả

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Ngoại tổng quát, Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk. Tỷ lệ nam:nữ là 1:1,08. Tỷ lệ này phù hợp với nhiều nghiên cứu của Lê Cao Đài với tỷ lệ nam ít hơn nữ (1). Số ngày điều trị trung bình là $6,13 \pm 2,90$ ngày với thời gian điều trị ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 25 ngày. Kết quả này phù hợp với số ngày điều trị và sử dụng thuốc kháng sinh theo hướng dẫn của Bộ Y tế thời gian điều trị từ 5 - 14 ngày tùy thuộc đáp ứng của người bệnh (2). Số lượng người bệnh tham gia bảo hiểm y tế chiếm 85,3% cao gấp 5,8 lần số lượng người bệnh không tham gia là 14,7%. Kết quả này cho thấy sự gia tăng trong nhu cầu sử dụng BHYT của người bệnh so với nghiên cứu của Chế Thị Bích Thủy (2003) với số người sử dụng BHYT 28% (3). Chi phí phẫu thuật chiếm đa số trong cấu trúc chi phí dịch vụ y tế. Điều này phù hợp với phác đồ điều trị với phẫu thuật là chỉ định tiên quyết, ngoài ra cần sử dụng số lượng lớn các xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, các dịch vụ kỹ thuật cao (CT, MRI, ...) để chẩn đoán bệnh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hồ Hiền Lương (4).

Tổng chi phí điều trị trung bình mỗi người bệnh có giá trị 5,62 triệu VNĐ. Chi phí này thấp hơn so với chi phí trực tiếp điều trị bệnh ngoại khoa trong nghiên cứu của Trần Quốc Cường với chi phí trung bình 1 ca là 7,33 triệu VNĐ (5). Trong cấu trúc chi phí điều trị, chi phí trực tiếp y tế chiếm đa số (86,0%), chi phí trực tiếp ngoài y tế có giá trị không đáng kể (14,0%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hồ Hiền Lương (4) với tỷ lệ chi phí trực tiếp ngoài y tế là 8,7%. Chi phí cho dịch vụ y tế cao gấp 5 lần chi phí thuốc điều trị và chiếm 71,6% tổng chi phí điều

trị. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hồ Hiền Lương về chi phí điều trị của một số bệnh phải can thiệp bằng phẫu thuật thông qua chi trả bảo hiểm y tế tại Thừa Thiên Huế với chi phí dịch vụ y tế chiếm 76,3% (4).

V. KẾT LUẬN

Khảo sát trên 239 người bệnh VRT thuộc khoa Ngoại tổng quát, Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk từ 04/2016 đến 09/2016, nghiên cứu ghi nhận tổng chi phí điều trị trung bình mỗi người bệnh có giá trị 5,62 triệu VNĐ, trong đó chi phí trực tiếp y tế chiếm đa số và chi phí do BHYT chi trả cao gấp 2 lần so với chi phí người bệnh tự chi trả. Trong tổng chi phí trực tiếp y tế, chi phí cho dịch vụ y tế cao gấp 4,9 lần tổng chi phí cho thuốc điều trị và chiếm 71,6% tổng chi phí điều trị. Trong chi phí trực tiếp ngoài y tế, chi phí ăn uống chiếm ưu thế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Cao Đài.** Viêm ruột thừa cấp, Ngoại khoa bổ túc sau đại học. không biết chủ biên : Đại học Y khoa Hà Nội, 255-259, 1983.
- Bộ Y Tế.** Cách sử dụng kháng sinh. không biết chủ biên: Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015, 2015.
- Chế Thị Bích Thủy.** Tìm hiểu mức chi phí điều trị của một số bệnh phải can thiệp bằng phẫu thuật thông qua chi trả bảo hiểm Y tế tại Thừa Thiên Huế. không biết chủ biên: Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế, Thừa Thiên Huế, 2003.
- Hồ Hiền Lương.** Nghiên cứu chi phí của người bệnh điều trị tại khoa ngoại Bệnh viện Đà Nẵng năm 2007. không biết chủ biên: Luận An Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế, Thừa Thiên Huế, 2008.
- Trần Quốc Cường.** Nghiên cứu chi phí điều trị và mức độ hài lòng của người bệnh phẫu thuật tại Bệnh viện Quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2013. không biết chủ biên : Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược Huế, TP. Hồ Chí Minh, 2014.