

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN NANG VÙNG HÀM MẶT TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

Dương Trần Trung^{1,2}, Lê Văn Sơn¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu này lần đầu tiên tổng hợp và nhận xét các đặc điểm lâm sàng của ung thư biểu mô tuyến nang, 1 dạng ung thư hiếm gặp, trên 41 bệnh nhân tại Bệnh viện Răng hàm mặt TƯ Hà Nội trong giai đoạn 1/2014 – 2/2019. Bệnh nhân thường đến khám sau khi có các biểu hiện lâm sàng đầu tiên (85,36% do xuất hiện khối sưng) khoảng 1 năm. Độ tuổi khi vào viện nằm trong khoảng 15-78 (trung bình là 53,5 tuổi). Tỷ lệ nam nữ khoảng 1:2,15. Tất cả bệnh nhân vào viện với chỉ 1 u duy nhất với vị trí u thường gặp nhất là tuyến mang tai với tỷ lệ khoảng 34,15%, tiếp sau đó là tuyến nước bọt phụ vùng vòm miệng với tỷ lệ 24,4%. Phần lớn u được phát hiện trong giai đoạn I-II (63,41%), trong đó u có kích thước từ 2-4cm (T2) chiếm tỷ lệ cao nhất 46,34%. Chỉ có 4 bệnh nhân (10%) có di căn hạch và không có trường hợp nào có di căn xa tại thời điểm phát hiện bệnh.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến nang vùng hàm mặt, đặc điểm lâm sàng

SUMMARY

CLINICOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN ADENOID CYSTIC CARCINOMA: A STUDY OF 41 CASES IN NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY HANOI

This study is the first one in Vietnam to analyze the clinicopathological characteristics of adenoid cystic carcinoma, a rare cancer disease, on 41 patients at National Hospital of Odontostomatology Hanoi during 1/2014 – 2/2019 period. The majority of ACC patients came to hospital after the first symptom appeared for 1 year (85,36% was the present of a mass). The patients' age ranges from 15 to 78 (mean 53,5). Male: female ratio is 1: 2.15. All patients entered the hospital with 1 tumor only. Tumor in parotid glands is the most common with the share of 34,15%, followed by tumor in minor saliva glands in palate (24,4%). Most of the tumors are discovered in phase I -II (63.41%), in which tumor size in range 2-4 cm (T2) has the highest share of 46.34%. Only 4 patients (10%) have lymph metastasis and no one has distant metastasis at the time of diagnosis.

Keywords: Adenoid cystic carcinoma, salivary glands, clinicopathological characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến nang (ACC) là dạng hiếm gặp của ung thư nói chung và ung thư vùng đầu mặt cổ nói riêng. Theo một số báo cáo hàng năm, tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tuyến nang khoảng 3 - 4,5 ca trên 1 triệu người [1]. Ung thư biểu mô tuyến nang chiếm khoảng 1% các khối u ác tính vùng đầu mặt cổ, chiếm khoảng 10% [1] các khối u của tuyến nước bọt, và 22% đến 25,4% các khối u ác tính của tuyến nước bọt [2]. Ung thư biểu mô tuyến nang là loại u ác tính hay gặp nhất của các tuyến nước bọt phụ đặc biệt là ở vị trí vòm miệng, tiếp sau đó là môi trên, môi dưới, niêm mạc má. Ung thư biểu mô tuyến nang chiếm 1/6 các ung thư của tuyến nước bọt mang tai, tỷ lệ này thậm chí còn cao hơn ở tuyến nước bọt dưới hàm với mức 40% [1].

Sự phân bố về bệnh theo giới tính trong các nghiên cứu là không nhất quán [2]. Bệnh thường gặp nhất ở độ tuổi 50-60. Tuy nhiên bệnh có thể xuất hiện ở bất kỳ độ tuổi nào [3].

Khối u có mô hình tăng trưởng chậm, không gây đau, tuy nhiên u phát triển liên tục, lặp đi lặp lại, xâm lấn thần kinh, di căn xa và cuối cùng dẫn đến tử vong. Do u không gây đau nên bệnh nhân thường phát hiện bệnh và đến khám muộn khi khối u đã lớn, xâm lấn tổ chức xung quanh, gây nên các triệu chứng khác nhau tùy theo vị trí phát triển của u. Hiện tượng di căn tới các hạch vùng cổ hiếm thấy, tuy nhiên tỷ lệ di căn xa theo đường máu là thường gặp, trong đó vị trí di căn xa thường gặp là phổi và xương [8]. Kích thước u nguyên phát cũng có liên quan với khả năng di căn xa và di căn hạch. Các khối u nguyên phát có kích thước lớn hơn 3 cm có nguy cơ di căn cao hơn các khối u có kích thước nhỏ hơn [4].

Nhiều tác giả cho rằng việc sử dụng cách phân giai đoạn bệnh theo hệ thống TNM của AJCC hoặc UICC có giá trị và tính dự báo cao hơn về tiên lượng và tình trạng di căn xa.

Hiện nay ở Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về ACC còn thiếu. Việc tổng hợp, nhận xét các đặc điểm lâm sàng của ACC có ý nghĩa giúp đánh giá, chẩn đoán, điều trị, tiên lượng bệnh. Theo hiểu biết tốt nhất của chúng tôi thông qua nghiên cứu tài liệu hiện có thì đây là nghiên cứu đầu tiên được tiến hành tại Việt Nam nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ACC tại Việt Nam

¹Viện Đào Tạo RHM, Đại học Y HN

²Bệnh viện RHM Trung Ương HN

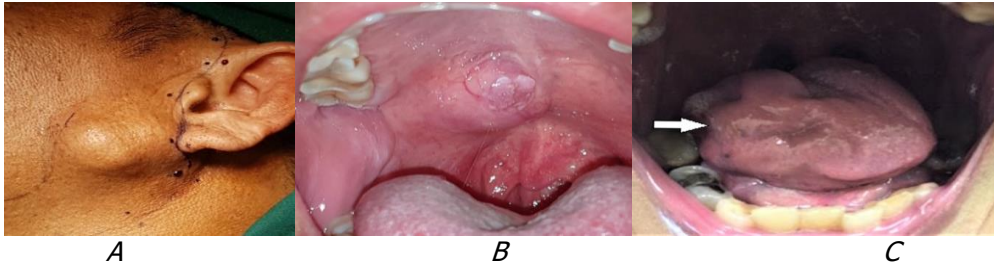
Chịu trách nhiệm chính: Dương Trần Trung

Email: dr.duongtrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/7/2019

Ngày phản biện khoa học: 29/8/2019

Ngày duyệt bài: 9/9/2019



Hình 1. Ung thư biểu mô tuyến nang (ACC) ở các vị trí khác nhau (A- tuyến mang tai; B-tuyến nước bọt phụ vòm miệng; C- tuyến nước bọt phụ vùng lưỡi)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu này tiến hành trên 41 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến nang (ACC) tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương trong khoảng thời gian từ tháng 1/2014 đến tháng 8/2019 với khoảng thời gian theo dõi bệnh nhân từ 6 – 67 tháng (trung bình 36,3 tháng). Thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 5/2018 đến tháng 8/2019. Đây là nghiên cứu mô tả một chùm ca bệnh hiếm. Trong 41 bệnh nhân nghiên cứu, có 38 bệnh nhân hồi cứu (tháng 1/2014- tháng 5/2018) và 3 bệnh nhân tiền cứu (vào viện từ sau tháng 5/2018 – tháng 2/2019). Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều đã được chẩn đoán xác định mắc ACC thông qua kết quả giải phẫu bệnh, khối u không phải thứ phát do ung thư từ nơi khác di căn tới, bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tập trung thu thập số liệu về các đặc điểm như tuổi, giới nhóm bệnh nhân mắc ACC, các triệu chứng lâm sàng như đặc điểm, vị trí, kích thước u, da niêm mạc trên u, hạch lân cận quanh u, tình trạng di căn. Các đặc điểm lâm sàng thu được từ nghiên cứu này được so sánh với các kết quả nghiên cứu đã được công bố trước đó. Số liệu được nhập vào bảng Excel dưới dạng số liệu thô sau đó được xử lý bằng phần mềm Excel 365 của Microsoft.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 41 bệnh nhân từ 1/2014 - 9/2019 với thời gian theo dõi (range) từ 6-67 tháng và thời gian theo dõi trung bình (mean) là 36,3 tháng. Số lượng bệnh nhân nghiên cứu cũng như thời gian theo dõi bệnh nhân trong nghiên cứu này đều thấp và ngắn hơn so với các nghiên cứu của He và cộng sự [3], Balamucki và cộng sự [5], S.V.Weert và cộng sự [6], Kokemuller và cộng sự [7] và Nascimento và cộng sự [8].

Có 21 bệnh nhân (51,22%) đến khám và phát hiện ra bệnh sau khi có các biểu hiện lâm sàng

đầu tiên dưới 1 năm. Điều này khá tương đồng với nghiên cứu của Nascimento và cộng sự (1986)[8] khi tỷ lệ này là 63%. Triệu chứng thường gặp sớm nhất là khối sưng (85,37%), sau đó là biểu hiện đau (9,57%).

Nghiên cứu được tiến hành trên 13 (31,71%) bệnh nhân nam, 28 (68,29%) bệnh nhân nữ với tỷ lệ nam: nữ là 1:2,15. Tỷ lệ này là khác biệt so với các tác giả khác tuy nhiên cũng không có sự đồng nhất giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu của Balamucki và cộng sự có số lượng bệnh nhân nam, nữ bằng nhau. Trong khi nghiên cứu của He.S, Nascimento có số lượng bệnh nhân nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ nam: nữ lần lượt là 1:1,2; 1:1,6. Nghiên cứu của S.V.Weert và Kokemueller lại có kết quả ngược lại với số bệnh nhân nam lớn hơn số bệnh nhân nữ với tỉ lệ nam: nữ đều là 1,06:1.

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 53,5 tuổi với các bệnh nhân có tuổi thấp nhất được phát hiện bệnh là 15 tuổi và bệnh nhân cao tuổi nhất được phát hiện bệnh là 78 tuổi. Độ tuổi trung bình và khoảng biến thiên như vậy là khá tương đồng với các nghiên cứu của cả 5 tác giả được so sánh. Trong 41 bệnh nhân, chỉ có 1 (2,4%) bệnh nhân <20 tuổi, 10 (24,39%) bệnh nhân từ 21-40 tuổi, 19 (46,34) bệnh nhân từ 41-60 tuổi và 11 (26,87) bệnh nhân >60 tuổi. Theo thống kê, số lượng bệnh nhân trẻ có độ tuổi mắc bệnh ≤ 60 tuổi là 30 (71,17%) bệnh nhân lớn hơn số lượng bệnh nhân cao tuổi >60 tuổi (26,83%). Điều này khác so với nghiên cứu của He.S và cộng sự.

Tổng hợp số liệu ở Bảng 1 về số lượng các u ở các vị trí tiên phát cho thấy số lượng u tiên phát ở các tuyến nước bọt chính và các tuyến nước bọt phụ là xấp xỉ nhau với số lượng lần lượt là 21 (51,22%) và 20 (48,78%) u. Điều này là không giống với các nghiên cứu đã được thực hiện trước đây. Kết quả nghiên cứu của Balamucki, S. van. Weert, Kokemueller, Nascimento đều cho thấy u nguyên phát ở các tuyến nước bọt phụ có thường gặp hơn ở các tuyến nước bọt chính. Theo kết

quả nghiên cứu của Kokemuller và Nascimento thì tuyến nước bọt phụ vùng vòm miệng là vị trí thường gặp u nhất với tỷ lệ lần lượt là 31% và 59,5%. Kết quả nghiên cứu này lại có sự khác biệt khi tỷ lệ u ở tuyến nước bọt mang tai là cao nhất (34,16%), tiếp sau mới là tuyến nước bọt phụ vùng vòm miệng (24,39%). Tỷ lệ u ở các vị trí tuyến nước bọt dưới lưỡi, tuyến nước bọt phụ môi, má, lưỡi... đều thấp là tương đồng giữa nghiên cứu này và các nghiên cứu khác.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ khối u có kích thước nhỏ hơn 4cm (T1,T2) là 65,85% cao hơn các khối u có kích thước lớn hơn 4cm và có hoặc không có phần mở rộng xâm lấn vào các tổ chức lân cận (T3,T4) là 34,15%. Kết quả này khác biệt so với các kết quả nghiên cứu khác. Ví dụ như theo He.S và cộng sự tỷ lệ u T1-T2 là 42,3% thấp hơn T3-T4 là 57,7%. Trong nghiên cứu này u được phát hiện trong giai đoạn T2 tức là khi u có kích thước từ 2 đến 4cm là thường gặp nhất với tỷ lệ là 46,34%. Khác biệt với nghiên cứu của Kokemueller và cộng sự (2004)[8], Balamucki và cộng sự (2013) [7] đều cho thấy u được phát hiện trong giai đoạn T4, tức là u >4cm, có phần mở rộng xâm lấn vào các tổ chức lân cận có tỷ lệ cao nhất với kết quả trong mỗi nghiên cứu lần lượt là 41,9% và 44%.

Kết quả nghiên cứu này về tỷ lệ di căn hạch và di căn xa khi phát hiện bệnh đồng nhất với các nghiên cứu của các tác giả khác. Phần lớn bệnh nhân được phát hiện trong giai đoạn N0 với tỷ lệ 90,2% (He và cộng sự-96,2%; Balamucki và cộng sự - 93%, S.van.Weert và cộng sự - 90%...). Không phát hiện trường hợp

nào có di căn xa tại thời điểm phát hiện bệnh, tương đồng với nghiên cứu của Balamucki (2013) và Kokemueller (2004). Nghiên cứu của He.S (2017) và S.van.Weert (2004) thì có phát hiện các trường hợp bệnh nhân có di căn xa tại thời điểm phát hiện bệnh nhưng với tỷ lệ rất thấp lần lượt là 2,3% và 4%.

Tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện bệnh trong các giai đoạn khác nhau không đồng nhất giữa các nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của tôi cho thấy bệnh nhân được phát hiện trong giai đoạn I-II (63,41%) cao hơn giai đoạn III-IV (36,59%) tương tự kết quả nghiên cứu của S.van.Weert (I-II 54%; III-IV 46%) hay của Kokemueller (I-II 54,1%; III-IV 45,9%). Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của He.S, Balamucki, Nascimento lại cho thấy điều ngược lại với tỷ lệ bệnh nhân phát hiện trong giai đoạn III-IV cao hơn giai đoạn I-II. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân phát hiện bệnh trong giai đoạn II có tỷ lệ cao nhất 43,9% trong khi các nghiên cứu của Balamucki, S.van.Wert, Kokemueller đều cho thấy bệnh nhân được phát hiện bệnh trong giai đoạn IV là nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 46%, 38%, 44,6%. Chỉ có nghiên cứu của Nascimento có tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện trong giai đoạn III cao nhất (41,7%).

Các bệnh nhân đến khám và phát hiện bệnh trong tình trạng có khối u mật độ chắc (87,81%), ranh giới không rõ ràng (51,22%), di động ít đến không di động (96,56%), ấn đau tại u (78,05%), da, niêm mạc phủ trên u bình thường (87,81%) và thường không có dị cảm quanh vùng có u (82,93%).

Bảng 1. So sánh đặc điểm lâm sàng ACC trong nghiên cứu này với một số nghiên cứu khác trên thế giới

	D.T.Trung (2019)	He S. (2017) [3]	Balamucki (2013) [5]	S.van.Weert (2013) [6]	Kokemueller (2004) [7]	Nascimento (1986) [8]
	n(%)	n (%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Tổng số mẫu (n)	41	130	120	105	74	61
Thời gian theo dõi	1/2014- 9/2019	1/2000- 7/2013				7/1972- 12/1983
Range (mean) tháng	6-67 (36,3)	21-168 (36)	4-469 (103,2)	3-318 (78,1)	1981-2000	2-303
Giới tính: Nam	13(31,71)	60 (46,2)	60(50)	54(51)	38(51,35)	23(37,7)
Nữ	28(68,29)	70 (53,8)	60(50)	51(49)	36(48,65)	38(62,3)
Ratio (nam/nữ)	1:2,15	1:1,2	1:1	1,06:1	1,06:1	1:1,6
Tuổi : ≤60	30(71,17)					
>60	11(26,83)					
< 50	24(58,5)	61 (46,9)				
≥ 50	17(41,5)	69 (53,1)				
Mean	53,5	51	56	57,3	58	51,3
Range	15-78	8-82	13-82	19-87	15-82	15-81
Vị trí khối u						

Tuyến nước bọt chính	21(51,22)		24(20)	46(44)	25(33,8)	17(28)
Tuyến nước bọt phụ	20(48,78)		96(80)	59(56)	49(66,2)	44(72)
Tuyến mang tai	14(34,16)		17(14)	27(25)	4(5,4)	8(13,3)
Tuyến dưới hàm	5(12,19)		7(6)	17(15)	21(28,4)	8(13,3)
Tuyến dưới lưỡi	2(4,88)		0(0)	3(2)		1(1,6)
TNBP vòm miệng	10(24,39)				44(59,5)	19(31)
TNBP môi	2(4,88)					2(3,3)
TNBP lưỡi	4(9,75)					8(13,3)
TNBP má	4(9,75)					1(1,6)
Khác						14(23,3)
Kích thước u						
T1-T2	27(65,85)	55 (42,3)	52(44)		34(46)	
T3-T4	14(34,15)	75 (57,7)	68(56)		40(54)	
T1	8(19,51)		26(22)		19(25,7)	
T2	19(46,34)		25(21)		15(20,3)	
T3	9(21,95)		14(12)		9(12,2)	
T4	5(12,2)		54(44)		31(41,9)	
Hạch: N0	37(90,2)	125(96,2)	113(93)	94(90)	67(90,5)	
N+	4(9,8)	5(3,8)	7(7)	11(10)	7(9,5)	
Di căn: M0	41 (100)	127 (97,9)	60(100)	101(96)	74(100)	
M1	0 (0)	3(2,3)	0(0)	4(4)	0(0)	
Giai đoạn: GD I-II	26(63,41)	52(40)	49(41)	57(54)	40(54,1)	19(31,6)
GD III-IV	15(36,59)	78(60)	71(59)	48(46)	34(45,9)	41(68,4)
I	8(19,5)		25(21)	23(22)	31(41,9)	17(28,3)
II	18(43,9)		24(20)	34(32)	9(12,2)	2(3,3)
III	7(17,1)		15(13)	9(9)	1(1,3)	25(41,7)
IV	8(19,5)		56(46)	39(38)	33(44,6)	16(26,7)

Một số đặc tính khác của u hay được các tác giả trên thế giới quan tâm do ảnh hưởng đến việc tiên lượng bệnh sau điều trị như các dạng mô bệnh học của u (dạng sàng, dạng ống, dạng đặc), tình trạng u xâm lấn thần kinh (Perineural invasion) hay đánh giá vùng rìa tổn thương u sau khi phẫu thuật (Surgical margins) không được đề cập trong nghiên cứu này do không có thông tin trong bệnh án hồi cứu hoặc thông tin không đầy đủ ở tất cả các bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến nang (ACC) là 1 dạng ung thư hiếm gặp với số lượng bệnh nhân trung bình khoảng 8,2 bệnh nhân/ 2500 bệnh nhân/năm tại Bệnh viện Răng hàm mặt TƯ Hà Nội. Nghiên cứu này tổng hợp và nhận xét các đặc điểm lâm sàng trên 41 bệnh nhân mắc ung thư biểu mô tuyến nang vùng hàm mặt tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội trong giai đoạn 1/2014 – 2/2019. Đây là nghiên cứu đầu tiên, theo hiểu biết của nhóm tác giả, tập trung vào dạng bệnh hiếm gặp này tại Việt Nam. Kết quả cho thấy một số đặc điểm lâm sàng như tuổi, đặc điểm về hạch và di căn xa tại thời điểm phát hiện bệnh tương tự như các nghiên cứu đã công bố trên thế giới. Tuy nhiên các đặc điểm

như tỉ lệ về giới, vị trí thường gặp u, giai đoạn phát hiện bệnh có những điểm không tương đồng với phần lớn các nghiên cứu khác. Kết quả nghiên cứu này bước đầu cung cấp các dữ liệu về ACC tại Việt Nam nhằm đóng góp vào hiểu biết chung về ACC cũng như mở ra các hướng nghiên cứu mới đi sâu hơn vào lĩnh vực chẩn đoán và điều trị ACC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Coca-Pelaz A., Rodrigo J.P., Bradley P.J. và cộng sự. (2015). Adenoid cystic carcinoma of the head and neck – An update. *Oral Oncology*, **51**(7), 652–661.
2. Jaso J. và Malhotra R. (2011). Adenoid Cystic Carcinoma. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, **135**(4), 511–515.
3. He S., Li P., Zhong Q. và cộng sự. (2017). Clinicopathologic and prognostic factors in adenoid cystic carcinoma of head and neck minor salivary glands: A clinical analysis of 130 cases. *American Journal of Otolaryngology*, **38**(2), 157–162.
4. H. Spiro R. (1997). Distant metastasis in adenoid cystic carcinoma of salivary origin. *The American Journal of Surgery*, **174**(5), 495–498.
5. Balamucki C.J., Amdur R.J., Werning J.W. và cộng sự. (2012). Adenoid cystic carcinoma of the head and neck. *American Journal of Otolaryngology*, **33**(5), 510–518.
6. van Weert S., Bloemena E., van der Waal I. và cộng sự. (2013). Adenoid cystic carcinoma of

the head and neck: A single-center analysis of 105 consecutive cases over a 30-year period. Oral Oncology, **49**(8), 824–829.

7. **Kokemueller H., Eckardt A., Brachvogel P. và cộng sự. (2004).** Adenoid cystic carcinoma of the head and neck—a 20 years experience.

International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, **33**(1), 25–31.

8. **Nascimento A.G., Amaral A.L.P., Prado L.A.F. và cộng sự. (1986).** Adenoid cystic carcinoma of salivary glands. A study of 61 cases with clinicopathologic correlation. Cancer, **57**(2), 312–319.

PHÂN TÍCH VIỆC SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN VÀ VIÊM PHỔI THỞ MÁT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Nguyễn Thị Thu Thủy*, Nguyễn Thế Anh**, Vũ Thị Thu Hiền*

TÓM TẮT

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) và viêm phổi thở máy (VPTM) là bệnh lý phổ biến trong nhiễm khuẩn bệnh viện. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp tiền cứu mô tả, theo dõi dọc thời gian từ khi được chẩn đoán đến khi kết thúc điều trị để phân tích việc sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân VPBV/VPTM với quy ước nghiên cứu được xây dựng dựa trên hướng dẫn của IDSA/ATS 2016; hội Hô hấp và hội Hồi sức cấp cứu – chống độc 2017 và có điều chỉnh theo tình hình vi sinh tại bệnh viện Hữu Nghị. Đối tượng nghiên cứu là 48 bệnh nhân được chẩn đoán VPBV/VPTM. Kết quả thu được: độ tuổi trung bình $83,6 \pm 7,0$ (năm); tỉ lệ mẫu dương tính với vi khuẩn 32,7%; tác nhân gây bệnh chủ yếu là *Acinetobacter baumannii* (6/16); *Pseudomonas aeruginosa* (4/16); thời gian sử dụng kháng sinh trung bình $12,7 \pm 5,1$ (ngày); tỉ lệ phù hợp của phác đồ kinh nghiệm so với quy ước nghiên cứu là 58,2%, tỉ lệ phù hợp của liều dùng và cách dùng lần lượt là 25,0% và 97,9%; tỉ lệ khỏi đỡ sau cả đợt điều trị là 79,1%.

Từ khóa: Sử dụng kháng sinh, viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy.

SUMMARY

INVESTIGATION OF ANTIBIOTIC USE IN PATIENTS WITH HOSPITAL-ACQUIRED PNEUMONIA AND VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA IN HANOI FRIENDSHIP HOSPITAL

Hospital-acquired pneumonia (HAP) and ventilator-associated pneumonia (VAP) are common infections among hospital-acquired infections. In this study, we implemented a descriptive, longitudinal methods from the time of diagnosis to the end of antibiotic treatment to investigate antibiotic use in patients with HAP or VAP. The study criteria to assess the appropriateness use of antibiotic was built based on 2016 IDSA/ATS guideline; Vietnam National Association of Emergency, Intensive Care Medicine and Clinical Toxicology & Vietnam Respiratory Society's 2017 guideline with

adaptation to microbiological pattern of Friendship Hospital. There were 48 patients diagnosed with HAP/VAP. Some results were as followed: the average age was 83.6 ± 7.0 ; the average duration of antibiotic use was 12.7 ± 5.1 days; the proportion of microbiological culture with bacteria positive result was 32.7% (16/49); the main pathogens are *Acinetobacter baumannii* (6/16); *Pseudomonas aeruginosa* (4/16); the rate of appropriateness of empirical antibiotic dosing and drug administration was 58.2%; 25.0%; 97.9%, respectively; the rate of clinical response was 79.1%.

Keywords: Antibiotic use, hospital-acquired pneumonia, ventilator-associated pneumonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi bệnh viện (VPBV) và viêm phổi thở máy (VPTM) là bệnh lý thường gặp trong các nhiễm khuẩn bệnh viện, diễn biến thường nặng, có nguy cơ tử vong cao [3]. Tình hình gia tăng các chủng vi khuẩn đề kháng đặc biệt vi khuẩn Gram âm đa kháng như *A.baumannii*, *P.aeruginosa*, *K.pneumoniae*, các vi khuẩn tiết β -lactamase phổ rộng... là thách thức lớn, gây nhiều khó khăn trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện nói chung và VPBV/VPTM nói riêng [2],[4]. Do vậy, việc theo dõi đặc điểm vi sinh và việc sử dụng kháng sinh phù hợp là vấn đề cấp thiết.

Tại bệnh viện Hữu Nghị, tỉ lệ mắc VPBV/VPTM tại các khoa điều trị và tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn ngày càng gia tăng. Tại bệnh viện chưa có nghiên cứu đầy đủ nào được thực hiện nhằm phân tích và đưa ra cái nhìn tổng quát về việc sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân VPBV/VPTM. Vì vậy, để góp phần tối ưu hóa trong sử dụng các phác đồ kháng sinh và hiệu quả điều trị VPBV/VPTM tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành đề tài "Phân tích việc sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân viêm phổi bệnh viện và viêm phổi thở máy tại bệnh viện Hữu Nghị".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán VPBV/VPTM tại 4 khoa phòng: Hồi sức tích cực – chống độc, Nội A, Nội Thận

*Trường Đại học Dược Hà Nội

**Bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Anh

Email: theanhhsct@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/7/2019

Ngày phản biện khoa học: 8/8/2019

Ngày duyệt bài: 5/9/2019

Kinh, Bệnh nhiệt đới trong khoảng thời gian từ tháng 11/2018 đến tháng 3/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả và theo dõi dọc thời gian từ khi được chẩn đoán tới khi kết thúc điều trị VPBV/VPTM. Phác đồ kháng sinh kinh nghiệm, liều dùng, cách dùng của kháng sinh được đánh giá tính hợp lý dựa trên: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị VPBV/VPTM của IDSA/ATS 2016 và Hướng dẫn của Hội Hô hấp – Hội Hồi sức cấp cứu chống độc Việt Nam 2017 có điều chỉnh theo đặc điểm vi sinh tại Bệnh viện; hướng dẫn hiệu chỉnh liều kháng sinh theo chức năng gan, thận; hướng dẫn chuẩn bị thuốc, thực hiện thuốc và bảo quản

dung dịch sau pha của các kháng sinh đường tiêm truyền của bệnh viện Hữu Nghị 2018.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và đặc điểm vi sinh trên bệnh nhân VPBV/VPTM. Trong 48 bệnh nhân, có 36 bệnh nhân VPBV và 12 bệnh nhân VPTM. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $83,6 \pm 7,0$ (năm). Các bệnh lý mắc kèm chính là: tai biến mạch máu não, tăng huyết áp, suy tim, suy thận và đái tháo đường typ 2. Một số đặc điểm chung và đặc điểm về yếu tố nguy cơ trong VPBV/VPTM được trình bày trong Bảng 1 và Bảng 2.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Số lượng (N=48)	Tỉ lệ (%)
Thời gian xuất hiện VPBV/VPTM sau nhập viện (ngày)*	23,2 ± 18,8 (4 – 85)	
Thời gian nằm viện (ngày)*	52,1 ± 33,2 (7 – 159)	
Độ thanh thải creatinin trung bình (ml/phút)*	41,8 ± 16,0 (9,7 – 79,5)	
Thời gian sử dụng kháng sinh trung bình (ngày)*	12,7 ± 5,1 (ngày)	

*Trình bày dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (giá trị thấp nhất – giá trị cao nhất)

Bảng 2. Đặc điểm về các yếu tố nguy cơ

Đặc điểm	Số lượng (N=48)	Tỉ lệ (%)
Số yếu tố nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng và/hoặc yếu tố tăng nguy cơ tử vong trên một bệnh nhân		
0 yếu tố	8	16,7
1 yếu tố	27	56,2
≥2 yếu tố	13	27,1
Yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân VPBV (N=36)		
Yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong		
Suy hô hấp	14	38,9
Tụt huyết áp	4	11,1
Yếu tố nguy cơ mắc vi khuẩn đa kháng		
Điều trị kháng sinh tĩnh mạch trong vòng 90 ngày trước	27	75,0
Yếu tố nguy cơ mắc vi khuẩn Gram âm đa kháng		
Bệnh cấu trúc phổi (giãn phế quản hoặc xơ nang)	3	8,3
Yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân VPTM (N=12)		
Yếu tố nguy cơ mắc vi khuẩn đa kháng		
Điều trị kháng sinh tĩnh mạch trong vòng 90 ngày trước đó	12	100
Sốc nhiễm khuẩn tại thời điểm chẩn đoán VPTM	1	8,3
VPTM xuất hiện sau suy hô hấp cấp	3	25,0
Nằm viện > 5 ngày trước khi xuất hiện VPTM	10	83,3
Liệu pháp thay thế thận cấp trước chẩn đoán VPTM	2	16,7

Đặc điểm vi sinh được trình bày trong Bảng 3, Bảng 4.

Bảng 3. Kết quả vi sinh

Đặc điểm	Số lượng (N=48)	Tỉ lệ (%)
Tỉ lệ bệnh nhân được nuôi cấy vi khuẩn	37	77,1
Tỉ lệ bệnh nhân được nuôi cấy vi khuẩn trước khi dùng kháng sinh	27	56,3
Tổng số bệnh phẩm được nuôi cấy	49	-
Số bệnh phẩm dương tính với vi khuẩn (N = 49)	16	32,7
Vi khuẩn phân lập được (N=16): Acinetobacter baumannii	6	37,5
Pseudomonas aeruginosa	4	25,0
Klebsiella pneumoniae	2	12,5

Escherichia coli	2	12,5
Burkholderia cepacia	1	6,3
Proteus vulgaris	1	6,3

Bảng 4. Tính đề kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập được

Tên vi khuẩn	FQ		AG		Beta-lactam						
	Levofloxacin	Ciprofloxacin	Amikacin	Gentamicin	Cefepim	Ceftazidim	Cefoperazon	Cefoperazon / sulbactam	Piperacillin/ tazobactam	Imipenem	Meropenem
A.baumannii	6/6	6/6	6/6	4/4	6/6	6/6	5/5	2/6	6/6	6/6	4/6
P.aeruginosa	3/4	3/4	1/4	4/4	1/4	2/4	3/4	1/4	0/4	1/4	0/4
K.pneumoniae	2/2	2/2	0/2	2/2	2/2	2/2	2/2	0/2	0/2	0/2	0/2
E.coli	2/2	2/2	0/2	2/2	2/2	2/2	2/2	0/2	0/2	0/2	0/2
B.cepacia	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	0/1	1/1	1/1
P.vulgaris	1/1	1/1	1/1	1/1	0/1	1/1	1/1	0/1	0/1	0/1	0/1

3.2. Phân tích sự phù hợp trong sử dụng kháng sinh. Trong 48 bệnh nhân, 43 bệnh nhân được chỉ định phác đồ kháng sinh kinh nghiệm. Đặc điểm về phác đồ kháng sinh được trình bày trong Bảng 5 và Bảng 6.

Bảng 5. Phác đồ kinh nghiệm được sử dụng

Phác đồ	Số lượng (N=43)	Tỉ lệ (%)
Phác đồ 1 kháng sinh	8	18,6
Quinolon	2	4,7
Betalactam	5	11,6
Aminoglycosid	1	2,3
Phác đồ 2 kháng sinh	35	81,4
Quinolon + Beta-lactam	25	58,1
Beta-lactam + Aminoglycosid	6	14,0
Quinolon + Aminoglycosid	1	2,3
Beta-lactam + Macrolid	1	2,3
Beta-lactam+Beta-lactam	2	4,7

Bảng 6. Đặc điểm về thay đổi phác đồ

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Số bệnh nhân thay đổi phác đồ (N= 48)	21	43,8
Số lượt thay đổi phác đồ	29	-
Lý do thay đổi phác đồ (N = 29) Theo kháng sinh đồ	9	31,0

Bảng 8. Lý do không phù hợp của phác đồ kinh nghiệm

Nhóm bệnh nhân	N	Phác đồ khuyến cáo	Lý do không phù hợp	Số lượng
Có yếu tố tăng nguy cơ tử vong hoặc yếu tố mắc vi khuẩn đa kháng	36	2 KS/TKMX	Thiếu 1 KS/TKMX	11
			Thiếu 2 KS/TKMX	1
Không có yếu tố mắc vi khuẩn Gram âm đa kháng	7	1 KS/TKMX	Thiếu 1 KS/TKMX	1
			Thừa 1 KS/TKMX	5

*KS/TKMX: Kháng sinh phổ trên Gram âm trong đó có P.aeruginosa

Đặc điểm về tính phù hợp trong liều dùng và cách dùng kháng sinh điều trị VPBV/VPTM trong mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 9.

Diễn biến lâm sàng	18	62,2
Hết thuốc	1	3,4
Dị ứng kháng sinh	1	3,4

Hiệu quả lâm sàng đánh giá bởi bác sĩ điều trị được trình bày trong Bảng 7.

Bảng 7. Hiệu quả lâm sàng

Đặc điểm	Số lượng (N=48)	Tỉ lệ (%)
Đáp ứng lâm sàng sau 48 – 72h		
Đỡ	10	20,8
Không tiến triển/ nặng hơn	36	75,0
Tử vong	2	4,2
Đáp ứng lâm sàng sau 7 ngày		
Đỡ	21	43,8
Không tiến triển/ nặng hơn	24	49,9
Tử vong	3	6,3
Hiệu quả điều trị của cả đợt		
Khỏi + đỡ	38	79,1
Không tiến triển/nặng hơn	7	14,6
Tử vong	3	6,3

Phác đồ kinh nghiệm phù hợp được ghi nhận trên 25 (58,2%) bệnh nhân. Lý do phác đồ kinh nghiệm không phù hợp được trình bày trong Bảng 8.

Bảng 9. Tỷ lệ phù hợp trong liều dùng và cách dùng kháng sinh điều trị VPBV/VPTM

Đặc điểm	Số lượng (N=48)	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	Số lượng (N=48)	Tỷ lệ (%)
Liều dùng			Cách dùng		
Phù hợp	12	25,0	Phù hợp	47	97,9
Không phù hợp	36	75,0	Không phù hợp	1	2,1

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng và đặc điểm vi sinh

4.1.1. Đặc điểm lâm sàng. Tất cả bệnh nhân đều là người cao tuổi, với tuổi trung bình là 83,6 (năm), mức lọc cầu thận tương đối thấp. Do nhiều kháng sinh thải trừ qua thận ở dạng còn hoạt tính nên cần hết sức chú ý đến việc đánh giá chức năng thận để điều chỉnh liều cho phù hợp.

Đánh giá các yếu tố nguy cơ là một trong các căn cứ quan trọng để lựa chọn phác đồ kháng sinh kinh nghiệm phù hợp cho bệnh nhân, tăng khả năng bao phủ được trên các chủng vi khuẩn gây bệnh và đã được khuyến cáo trong các hướng dẫn điều trị hiện hành. Nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận được yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là: sử dụng kháng sinh tĩnh mạch trong 90 ngày trước ở 39/48 (81,3%) bệnh nhân. Các công bố trước đã chỉ ra yếu tố này có thể làm tăng khả năng gặp vi khuẩn kháng thuốc, với OR (CI95%) lần lượt cho là: 5,17 (2,11 – 12,67) trong VPBV và 12,3 (6,48 – 23,35) trong VPTM[4].

4.1.2. Đặc điểm vi sinh. Tỷ lệ dương tính là 32,7% trong đó các vi khuẩn phân lập được đều là Gram âm. Điều này phù hợp với đặc điểm thời gian xuất hiện VPBV/VPTM muộn (> 4 ngày) là $23,2 \pm 18,8$ ngày[5]. Đối chiếu với dữ liệu vi sinh bệnh viện, 4 chủng này chiếm tới 80% các chủng phân lập được từ 299 mẫu bệnh phẩm hô hấp năm 2018 trên toàn viện[1].

Tỷ lệ kháng kháng sinh là rất cao, vì vậy cần lưu ý đến đặc điểm vi sinh toàn viện trong lựa chọn phác đồ kinh nghiệm. Theo dữ liệu vi sinh 2018, cefoperazon/sulbactam có tỷ lệ nhạy cao nhất quán với các chủng phổ biến và nên được cân nhắc trong phác đồ kinh nghiệm [1]. Bên cạnh đó, có thể cân nhắc dùng piperacillin/tazobactam hoặc carbapenem vì tỷ lệ nhạy còn cao so với các kháng sinh khác.

4.2. Về việc sử dụng kháng sinh trong VPBV/VPTM

4.2.1. Phác đồ kháng sinh kinh nghiệm. Beta-lactam, fluoroquinolon và aminoglycosid là 3 nhóm kháng sinh chủ yếu được chỉ định trong phác đồ kinh nghiệm[2], [4]. Đây là các kháng sinh được khuyến cáo trong hướng dẫn điều trị. Tuy nhiên, vẫn còn một số ít bệnh nhân còn sử

dụng các kháng sinh phổ hẹp trong phác đồ kinh nghiệm ban đầu như: amoxicillin, ampicillin, cefazolin, ceftizoxim, moxifloxacin. Tỷ lệ phù hợp của phác đồ kinh nghiệm là 58,2%. Lý do không phù hợp chủ yếu do thiếu kháng sinh có phổ trên trực khuẩn mủ xanh. Tuy nhiên, với bệnh nhân được sử dụng phác đồ có phổ phù hợp trên Gram âm (bao gồm P.aeruginosa), các kháng sinh được lựa chọn trong phác đồ kinh nghiệm cũng chưa thực sự tối ưu khi nhìn nhận từ khía cạnh dữ liệu vi sinh bệnh viện 2018[1]. Fluoroquinolon được dùng trong 60,4% phác đồ kinh nghiệm, tuy nhiên dữ liệu vi sinh cho thấy tỷ lệ còn nhạy của A.baumannii và P.aeruginosa thấp, lần lượt là: 19,6% (ciprofloxacin), 25,4% (levofloxacin) và 27,0% (ciprofloxacin), 44,3% (levofloxacin). Trong chương trình quản lý sử dụng kháng sinh tại bệnh viện, dữ liệu vi sinh cần được tổng kết định kỳ và phổ biến tới các khoa lâm sàng trong đó đặc biệt lưu ý các kháng sinh tỷ lệ nhạy còn cao để các bác sĩ lâm sàng có thể lựa chọn được kháng sinh kinh nghiệm tối ưu.

4.2.2. Sự thay đổi phác đồ trong điều trị. Đánh giá đáp ứng lâm sàng tại thời điểm 2 – 3 ngày được khuyến cáo trong các hướng dẫn điều trị, và kết hợp với kết quả vi sinh để có thể điều chỉnh phác đồ phù hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng lâm sàng tại thời điểm 2- 3 ngày thấp (20,8%). Phác đồ kinh nghiệm ban đầu không phù hợp có thể dẫn tới đáp ứng lâm sàng chưa tối ưu này và làm tăng số ngày điều trị trên bệnh nhân. Chúng tôi ghi nhận được số ngày điều trị kháng sinh thấp hơn ở nhóm đáp ứng sau 2 – 3 ngày điều trị ($7,9 \pm 3,4$ ngày) so với nhóm không đáp ứng ($14,5 \pm 4,7$ ngày). Kết quả này càng nhấn mạnh tầm quan trọng của phác đồ kinh nghiệm phù hợp để đảm bảo hiệu quả điều trị tối ưu, giảm số ngày dùng thuốc, giảm nguy cơ phát sinh các chủng đa kháng.

Trong quá trình điều trị, 43,8% bệnh nhân cần thay đổi phác đồ kinh nghiệm ban đầu. Lý do thay đổi chủ yếu là theo diễn biến lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ. Các bệnh nhân ban đầu dùng kháng sinh phổ hẹp đều được thay đổi sang kháng sinh phổ rộng hơn như quinolon, aminoglycosid, carbapenem. Phân tích giữa số lần thay đổi phác đồ và số ngày điều trị cũng

cho thấy khi thay đổi phác đồ nhiều lần, số ngày điều trị gia tăng.

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả điều trị đánh giá tại thời điểm sau 7 ngày ghi nhận có sự tốt lên đáng kể, tỉ lệ khỏi đỡ tăng lên 43,8%. Sau cả đợt điều trị tỉ lệ bệnh nhân khỏi đỡ là 79,1%. Điều này càng nhấn mạnh vai trò quan trọng của phác đồ kháng sinh ban đầu và sự thay đổi kịp thời phác đồ kháng sinh trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Hữu Nghị (2018)**, "Tình hình vi khuẩn kháng thuốc tại bệnh viện Hữu Nghị 1-12/2018".
2. **Hội Hô hấp - Hội hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam (2017)**, "Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy".

3. **IDSA/ATS (2005)**, "Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia", *Am J Respir Crit Care Med*, 171(4), pp. 388-416.
4. **Kalil A. C., Metersky M. L., et al. (2016)**, "Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society", *Clin Infect Dis*, 63(5), pp. e61-e111.
5. **Torres A., Niederman M. S., et al. (2017)**, "International ERS/ESICM/ ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: Guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia (HAP)/ventilator-associated pneumonia (VAP) of the European Respiratory Society (ERS), European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and Asociacion Latinoamericana del Torax (ALAT)", *Eur Respir J*, 50(3).

KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY BÁN PHẦN CỰC DƯỚI NỐI KIỂU ROUX-EN-Y TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ 1/3 DƯỚI DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Triệu Văn Trường¹, Trần Hiếu Học², Trần Mạnh Hùng¹,
Trần Thanh Tùng¹, Vũ Đức Long¹, Nguyễn Ngọc Hùng¹,
Nguyễn Hàm Hội¹, Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương của bệnh nhân (BN) ung thư 1/3 dưới dạ dày và đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật cắt dạ dày bán phần sử dụng kiểu nối Roux En Y tại bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên tất cả các BN ung thư 1/3 dưới dạ dày được chẩn đoán và phẫu thuật triệt căn cắt dạ dày bán phần, tái lập lưu thông dạ dày ruột bằng phương pháp nối kiểu chữ Y tại khoa Ngoại Tổng hợp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2018 đến tháng 02/2019. **Kết quả:** Có 63 BN, nam chiếm 77,8%, chủ yếu >70 tuổi (28,6%), 34,9% có tiền sử viêm loét dạ dày. Triệu chứng thường gặp: đau bụng (60,3%), gầy sút (50,8%), ăn kém (49,2%), thiếu máu (30,2%). Tổn thương chủ yếu thể loét (77,8%), kích thước khối u ≤50mm chiếm 74,6%. Ung thư biểu mô tuyến 84,1%, không biệt hóa 41,3%. Thời gian mổ 146,8±37,1 phút, BN được cắt 3/4 dạ dày (73,0%), nạo vét hạch DII (88,9%). Sau mổ BN được ăn qua sonde 3,3 ± 1,4 ngày, nằm viện trung bình 10,2 ngày.

Có 2 BN chảy máu sau mổ, 1 BN tắc ruột sớm sau mổ. **Kết luận:** Ung thư 1/3 dưới dạ dày thường có các triệu chứng không điển hình như đau bụng, kém ăn, gầy sút; chẩn đoán qua nội soi kết hợp sinh thiết có độ chính xác 90,5%. Phương pháp thiết lập lưu thông tiêu hóa theo kiểu nối Roux en Y là kiểu nối an toàn, ít xảy ra biến chứng sau mổ.

Từ khóa: Ung thư 1/3 dưới dạ dày, cắt dạ dày bán phần, Roux En Y, quai chữ Y.

SUMMARY

EARLY RESULTS AFTER DISTAL GASTRECTOMY FOR LOWER-THIRD GASTRIC CANCER FOLLOWED BY ROUX EN Y RECONSTRUCTION IN BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To describe the injuries of lower-third gastric cancer and evaluate the early results of surgical treatment using distal gastrectomy followed by Roux En Y reconstruction at Bach Mai hospital. **Subjects and research methods:** Prospective descriptive study, on all patients with lower-third gastric cancer which were diagnosed and treated with partial gastrectomy followed by Roux En Y reconstruction at Department of Surgery, Bach Mai Hospital from January 2018 to February 2019. **Results:** 63 patients, with men accounted for 77.8% and most were >70 years old (28.6%). 34.9% had a history of stomach ulcers. Common symptoms: abdominal pain (60.3%), losing weight (50.8%), poor

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y HN

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Văn Trường

Email: truongtrieuvandr@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/7/2019

Ngày phản biện khoa học: 15/8/2019

Ngày duyệt bài: 6/9/2018

eating (49.2%), anemia (30.2%). The most common lesion type was ulcer (77.8%), mostly in small curvature and caverns, size $\leq 50\text{mm}$ accounted for 74.6%. Pathology: adenocarcinoma 84.1%, undifferentiated carcinoma 41.3%. Surgery time was 146.8 ± 37.1 minutes, partial surgery was 3/4 of stomach (73.0%), DII lymphadenectomy (88.9%). After surgery, the patient was fed with catheter for 3.3 ± 1.4 days, hospitalized on average of 10.2 days. There were 2 patients who had bleeding after surgery, 1 patient had early intestinal obstruction. **Conclusion:** Lower-third gastric cancer has similar clinical characteristics with stomach cancer in general, endoscopic biopsy diagnosis has an accuracy of 90.5%. Using Roux En Y reconstruction is a safe digestive circulation type and less complications after surgery.

Keywords: Lower-third gastric cancer, partial gastrectomy, Roux En Y.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh ung thư thường gặp nhất trên thế giới, là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu sau ung thư phổi. Nguyên tắc phẫu thuật điều trị triệt căn được thống nhất trên toàn thế giới đã làm tăng tỷ lệ sống sau 5 năm của BN.

Tái lập lưu thông dạ dày ruột sau cắt đoạn dạ dày có rất nhiều phương pháp như Billroth I (Pean, Von Haberer), Billroth II (Polya hay Finsterer) hoặc Roux en Y. Do sự đơn giản dễ làm của phương pháp Billroth I, II nên nó được áp dụng rộng rãi, tuy nhiên trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng các phương pháp này mang lại không ít các rối loạn hay di chứng sau mổ cho BN như trào ngược dịch mật, viêm miệng nổi, ung thư miệng nổi... [1]. Năm 1897, Casar Roux đề xuất phương pháp tái lập lưu thông dạ dày ruột bằng cách đưa quai ruột lên nối với mòm cắt dạ dày còn lại, và cho rằng phương pháp này giảm hay tránh được các nhược điểm mà phương pháp trước đây gặp phải. Phương pháp lập lại lưu thông dạ dày ruột bằng quai chữ Y (Roux En Y) đã giải quyết các tồn tại của phương pháp Billroth II như hội chứng quai tối, viêm niêm mạc dạ dày hay ung thư miệng nổi do trào ngược dịch mật [2].

Tại Việt Nam, cho đến nay các công trình nghiên cứu đánh giá về kết quả của phương pháp tái lập lưu thông dạ dày ruột theo kiểu Roux En Y sau cắt đoạn dạ dày cực dưới chưa được công bố nhiều. Nghiên cứu này nhằm mô tả tổn thương của ung thư 1/3 dưới dạ dày và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt dạ dày bán phần sử dụng kiểu nối Roux En Y tại bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các BN

ung thư dạ dày 1/3 dưới được chẩn đoán xác định bằng nội soi, sinh thiết, chẩn đoán hình ảnh và được phẫu thuật triệt căn cắt dạ dày bán phần, được tái lập lưu thông dạ dày ruột bằng phương pháp Roux en Y tại khoa Ngoại Tổng hợp bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 02/2019.

Loại trừ các BN ung thư 1/3 dưới dạ dày không điều trị phẫu thuật, phẫu thuật nhưng tái lập lưu thông theo phương pháp khác, và các trường hợp hồ sơ bệnh án không có đầy đủ các thông tin về lâm sàng và cận lâm sàng cần thiết cho nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

- Quy trình nghiên cứu:

+ Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn, ghi nhận các đặc điểm của bệnh nhân: tuổi, giới, nghề nghiệp, lý do vào viện, tiền sử, bệnh sử.

+ Khám lâm sàng: Các triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể

+ Cận lâm sàng: thực hiện các xét nghiệm huyết học, sinh hóa, chất chỉ điểm khối u. Chẩn đoán hình ảnh: CT-Scanner, nội soi dạ dày bằng ống soi mềm và sinh thiết trước mổ làm giải phẫu bệnh.

+ Phẫu thuật: Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật mổ mở cắt dạ dày, gây mê nội khí quản. Trong quá trình phẫu thuật sẽ thăm dò đánh giá tình trạng, vị trí khối u, các thương tổn trong ổ bụng, tiến hành nạo vét hạch, cắt bán phần dạ dày và lập lại lưu thông đường tiêu hóa bằng cách tạo quai chữ Y.

+ Bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh, đánh giá đối chiếu kết quả trước và sau mổ.

+ Đánh giá kết quả sớm sau mổ (trong vòng 1 tháng đầu): Theo dõi các biến chứng sau mổ (chảy máu, rò miệng nổi, rò mòm tá tràng, viêm phúc mạc, nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột sớm,...). Theo dõi thời gian có trung tiện, thời gian nuôi dưỡng đường miệng, thời gian nằm viện.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Nghiên cứu thu nhận được 63 BN, trong đó phần lớn là nam giới (77,8%), tỷ lệ nam:nữ là 3,5:1. Tuổi mắc bệnh trung bình là $60,8 \pm 13,2$ tuổi, trong đó độ tuổi mắc bệnh nhiều nhất ở cả nam và nữ đều là >70 tuổi và 34,9% có tiền sử viêm loét dạ dày.

BN vào viện chủ yếu với lý do đau bụng vùng

thương vị (47,6%) và gây sút (33,3%). Có 32 BN gây sút $\geq 3\text{kg}$ trong quá trình diễn biến bệnh, nhiều nhất là 11kg.

Các triệu chứng cơ năng hay gặp ở BN ung thư dạ dày là đau bụng (60,3%), gây sút (50,8%), ăn kém (49,2%). Khám thực thể thấy có 4 BN có biểu hiện thiếu máu (13,5%), 1 BN gan to (1,6%), không có BN nào có các triệu chứng vàng da, dịch ổ bụng, lách óc ách hay sờ thấy u. Kết quả xét nghiệm huyết học cho thấy có 18 BN có biểu hiện thiếu máu nhẹ (25,4%) và vừa (4,8%).

Bảng 1. Đặc điểm thương tổn dạ dày trên phim chụp CT-Scanner ổ bụng

Đặc điểm tổn thương	n = 63	%
Thấy khối u	5	7,9
Dịch ổ bụng	3	4,8
Di căn hạch	15	23,8
Di căn gan	0	0,0
Không thấy tổn thương	45	71,4

Nhận xét: CT-Scanner có 5 trường hợp có khối u dạ dày (7,9%). Phát hiện di căn hạch trong ổ bụng có 15 trường hợp (26,4%).

Bảng 2. Hình ảnh đại thể tổn thương dạ dày trên nội soi

Đặc điểm tổn thương	n	%
Thể loét	49	77,8
Thể sùi	4	6,3
Thể thâm nhiễm	4	6,3
Khác	6	9,5
Tổng	63	100,0

Nhận xét: Tổn thương thể loét chiếm tỷ lệ cao nhất (77,8%). Các hình ảnh đại thể còn lại không xuất hiện phổ biến.

Bảng 3. Vị trí khối u trên hình ảnh nội soi so với trong mổ

Vị trí khối u	Nội soi		Trong mổ	
	n	%	n	%
Bờ cong nhỏ	31	49,2	26	41,3
Bờ cong lớn	5	7,9	7	11,1
Hang vị	23	36,5	25	39,7
Môn vị	4	6,4	5	7,9
Tổng	63	100,0	63	100,0

Nhận xét: Phần lớn khối u dạ dày nằm ở bờ cong nhỏ và hang vị.

Bảng 4. Kích thước khối u dạ dày trên hình ảnh nội soi so với trong mổ

Kích thước khối u	Nội soi		Trong mổ	
	n	%	n	%
$\leq 50\text{mm}$	60	95,2	47	74,6
$> 50\text{mm}$ và $\leq 100\text{mm}$	3	4,8	15	23,8
$> 100\text{mm}$	0	0	1	1,6
Tổng	63	100,0	63	100,0

Nhận xét: Hình ảnh nội soi cho thấy u dạ

dày có kích thước trung bình $32,2 \pm 16,9\text{mm}$, nhỏ nhất là 10mm, lớn nhất là 100mm. U chủ yếu có kích thước nhỏ $\leq 50\text{mm}$ (95,2%), không có u nào $> 100\text{mm}$. Đo kích thước u khi phẫu thuật cho thấy có 13 trường hợp nội soi là $\leq 50\text{mm}$ nhưng thực tế là 50-100mm và 1 trường hợp u $> 100\text{mm}$.

Nội soi kết hợp sinh thiết khối u dạ dày có tỷ lệ chẩn đoán dương tính là 90,5%. Trong đó các trường hợp sinh thiết nghi ung thư hầu hết là viêm, loét dạ dày mạn tính.

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến, chiếm 84,1%. Ung thư không biệt hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (41,3%), sau đó tới ung thư có độ biệt hóa vừa và cao.

2. Kết quả phẫu thuật. Có 2 trường hợp mổ cấp cứu do xuất huyết tiêu hoá, còn lại là mổ planned. Thời gian mổ trung bình là $146,8 \pm 37,1$ phút (từ 85 đến 270 phút). Giai đoạn ung thư càng muộn, thời gian mổ trung bình càng dài, với thời gian mổ trung bình của ung thư giai đoạn I là $136,1 \pm 25,7$ phút, ung thư giai đoạn IV mổ là $195,0 \pm 50,7$ phút. Tuy nhiên sự khác biệt giữa thời gian mổ của các giai đoạn ung thư khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$, One-way ANOVA test).

46 bệnh nhân được cắt 3/4 dạ dày (73,0%), 17 bệnh nhân cắt 4/5 dạ dày (27,0%). Phẫu thuật viên sử dụng kỹ thuật Mayo để cắt và đóng móm tá tràng là chủ yếu (52,0%). Nạo vét hạch chủ yếu là DII (88,9%).

Thực hiện nối dạ dày – hồi tràng kiểu chữ Y qua mạc treo đại tràng hay trước đại tràng ngang đều được thực hiện một cách thuận lợi ở tất cả các trường hợp. Thời gian thực hiện miệng nối trung bình là $16,5 \pm 4,5$ phút.

Có 2 BN có biến chứng chảy máu sau mổ, 1 BN có biến chứng tắc ruột sớm sau mổ. Đa số BN không có biến chứng (95,2%).

Bảng 5. Diễn biến sớm sau mổ

Thời gian	Thấp nhất	Cao nhất	$\bar{X} \pm \text{SD}$
Trung tiện (giờ)	30	60	$45,8 \pm 5,3$
Bơm ăn qua sonde dạ dày (ngày)	1	7	$3,3 \pm 1,4$
Ăn đường miệng từ ngày thứ	2	8	$4,3 \pm 1,4$
Nằm viện (ngày)	7	18	$10,2 \pm 2,6$

Nhận xét: Sau mổ BN có trung tiện sau trung bình 45,8 giờ. BN được bơm ăn qua sonde dạ dày ít nhất là 1 ngày, nhiều nhất là 7 ngày, sau đó ăn đường miệng trung bình sau 4,7 ngày. Trung bình BN nằm viện 10,2 ngày. Không có trường hợp nào tử vong.

Việc chủ động nuôi dưỡng đường tiêu hoá sớm là phương pháp phù hợp sinh lý, an toàn và

giúp kích hoạt cho hệ thống tiêu hoá sớm trở lại bình thường.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư 1/3 dưới dạ dày

Hầu hết ở các quốc gia trên thế giới, tỷ lệ mắc bệnh UTDD thường cao hơn ở nam giới, gấp 2 - 4 lần so với nữ giới. Tại Việt Nam, theo thống kê GLOBOCAN năm 2018, tỷ lệ mắc mới ung thư dạ dày là 11.161 trường hợp (12,3% nam giới) và 6.366 trường hợp (8,6% nữ giới) [3]. Nghiên cứu của chúng tôi tại bệnh viện Bạch Mai cho thấy ung thư 1/3 dưới dạ dày cũng có tỷ lệ nam mắc cao hơn nữ, với tỷ lệ nam:nữ là 3,5:1.

Trong số 63 BN được đưa vào nghiên cứu, số người ở độ tuổi >70 chiếm nhiều nhất (28,6%). Độ tuổi mắc UTDD thường trên 40 tuổi và chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm 60 - 80 tuổi. Những người dưới 30 tuổi rất hiếm khi mắc bệnh lý này.

Về triệu chứng lâm sàng, UTDD là một bệnh lý có biểu hiện rất phong phú, nhiều triệu chứng không điển hình như sút cân, chán ăn, đầy bụng, ợ hơi, khiến bệnh nhân thường chủ quan không đi khám [4]. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là đau bụng thượng vị (60,7%), tương tự với kết quả của các tác giả trong và ngoài nước, có những tác giả thấy tỷ lệ xuất hiện triệu chứng này lên đến 75-100% [5]. Triệu chứng gầy sút cân cũng xuất hiện với tỷ lệ khá cao (50,8%). Nhiều tác giả cho rằng mức độ sụt cân tỷ lệ với giai đoạn của bệnh, khi phát hiện bệnh càng muộn thì thể trạng bệnh nhân càng suy kiệt, tình trạng sụt cân cũng được coi là một yếu tố tiên lượng trong và sau phẫu thuật [4].

Trên các xét nghiệm sinh hóa – huyết học, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 30,2% bệnh nhân có tình trạng thiếu máu, tuy biểu hiện trên lâm sàng không rõ ràng. Y văn đã chỉ ra rằng bệnh lý UTDD thường có biểu hiện mất máu rỉ rả từ tổ chức ung thư, dẫn tới tình trạng da xanh niêm mạc, nhợt, người gầy sút cân nhanh, toàn thân mệt mỏi. Do đó tình trạng thiếu máu cũng là một biểu hiện quan trọng gợi ý hướng đến UTDD.

Về đặc điểm thương tổn dạ dày trên chẩn đoán hình ảnh, đối với UTDD nói chung việc đánh giá thương tổn trên cắt lớp vi tính hay nội soi thường khó chính xác tuyệt đối, có thể thấy qua sự chênh lệch kết quả giữa các đặc điểm về vị trí và kích thước so với quan sát trực tiếp trong mổ như trình bày ở Bảng 3, Bảng 4. Nhiều tác giả trong và ngoài nước cũng đã đề cập đến nhược điểm này của chẩn đoán hình ảnh trong

một số nghiên cứu, cho thấy tổn thương vùng cực dưới dạ dày khi quan sát có thể bị bỏ sót [4]. Kết hợp sinh thiết với nội soi cho tỷ lệ chẩn đoán dương tính là 90,5%, là phương pháp hiệu quả nhất để chẩn đoán và phân loại tình trạng tổn thương trước mổ.

2. Kết quả phẫu thuật sử dụng kiểu nối Roux en Y. Về thời gian mổ, nghiên cứu của chúng tôi cho số liệu trung bình là 146,8±37,1 phút. Nghiên cứu của Dao-Jun Gong (2008) trên 125 trường hợp thực hiện kiểu nối Roux en Y, có 60% trường hợp thời gian mổ ≤ 4 giờ (240 phút) [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy giai đoạn ung thư càng muộn, thời gian mổ trung bình càng kéo dài, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Trong số 63 BN phẫu thuật sử dụng kiểu nối Roux en Y, chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào xuất hiện rò miệng nối. Rò miệng nối là một biến chứng nguy hiểm, tỷ lệ tử vong có thể lên đến 25-60%. Biến chứng sau mổ được ghi nhận ở 3 trường hợp, trong đó 2 BN chảy máu sau mổ, 1 BN biến chứng tắc ruột sớm sau mổ phải mổ lại. 2 BN chảy máu sau mổ có một bệnh nhân điều trị nội khoa, một BN chảy máu từ động mạch lách phải mổ lại sau 6 ngày để cắt lách, cắt dạ dày toàn bộ, nối thực quản – ruột non trên quai Y. Bệnh nhân tắc ruột sớm mổ lại do thoát vị nội. Báo cáo tại Trung Quốc trên 125 bệnh nhân cắt dạ dày thực hiện kiểu nối Roux en Y cho thấy các biến chứng có thể xảy ra là nhiễm trùng vết mổ (3,2%), áp xe ổ bụng (2,4%), rò móm tá tràng (2,4%), rò miệng nối hồng tràng (0,8%), tỷ lệ tử vong là 3,2% [8]. Kết quả sớm sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi khá khả quan, hầu hết BN không có biến chứng sau 3 tháng, chưa có BN nào tử vong qua thông tin thu thập được.

Phương pháp nào là tối ưu nhất để tái lập lưu thông đường tiêu hóa sau mổ cắt bán phần dạ dày hiện vẫn còn là vấn đề tranh luận. Các kỹ thuật Billroth I, Billroth II hay Roux en Y hiện được vẫn được sử dụng phổ biến như nhau trên toàn thế giới. Nghiên cứu về các triệu chứng của BN, cân nặng và tình trạng dinh dưỡng sau khi phẫu thuật sử dụng 3 kiểu nối trên cũng cho thấy không có sự khác biệt đáng kể nào.

Tuy vậy, tái lập lưu thông đường tiêu hóa bằng quai chữ Y cũng có nhiều ưu điểm như: giảm nguy cơ tái phát ung thư, giảm các biến chứng phẫu thuật như bực chỉ miệng nối. Việc lựa chọn phương pháp nào phụ thuộc vào ưu điểm và nhược điểm của từng phương pháp, và phẫu thuật viên cần cân nhắc cho phù hợp với tình trạng của từng bệnh nhân trước khi quyết định.

V. KẾT LUẬN

Ung thư 1/3 dưới dạ dày có các triệu chứng lâm sàng không điển hình. Về đặc điểm dịch tễ, bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ, gặp nhiều ở độ tuổi >70 tuổi. Chẩn đoán qua nội soi kết hợp sinh thiết có độ chính xác 90,5%. Về đặc điểm mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ lớn, chủ yếu là ung thư không biệt hóa.

Phương pháp thiết lập lưu thông tiêu hóa theo kiểu nối Roux en Y là kiểu nối an toàn, ít xảy ra biến chứng sau mổ. Tuy nhiên cần tiến hành thêm các nghiên cứu so sánh kết quả phẫu thuật với các phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa khác để có bằng chứng giúp phẫu thuật viên cân nhắc lựa chọn phương pháp phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thuy B. Tran, David J. Worhunsky, Malcolm H. Squires et al (2016).** To Roux or not to Roux: a comparison between Roux-en-Y and Billroth II reconstruction following partial gastrectomy for gastric cancer. *Gastric Cancer*, 19, 994-1001.
2. **Đặng Vĩnh Dũng (2011).** Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp phục hồi lưu thông dạ dày-ruột theo Roux En Y & Billroth II trong phẫu thuật cắt đoạn dạ dày ung thư phần ba dưới, Luận án Tiến sĩ Y học, Chuyên ngành Ngoại tiêu hóa, Học viện Quân Y.
3. **International Agency for research on Cancer (2018).** Viet Nam fact sheets, World Health Organization, Access on May 2019.
4. **Đặng Văn Thời (2017).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, thương tổn và đánh giá kết quả lâu dài phẫu thuật triệt căn ung thư phần trên dạ dày, Luận án Tiến sĩ Y học, Chuyên ngành Ngoại tiêu hóa, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế.
5. **Karanicolas J.P., Graham D. and Strong E.V. (2013).** Quality of Life After Gastrectomy for Adenocarcinoma: A Prospective Cohort Study. *Ann Surg*, 1-15.
6. **GongDJ, Miao CF, Bao Q et al (2008).** Risk factor for operative morbidity and mortality in gastric cancer patients undergoing total gastrectomy. *World J Gastroenterol*, 14(42), 6560 – 6563.
7. **Nguyễn Văn Long, Võ Tấn Long, Nguyễn Minh Hải và cộng sự (2010).** Kết quả bước đầu kiểu nối Roux-En-Y trong cắt toàn bộ dạ dày do ung thư. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 14 (Phụ bản của số 1).
8. **Verreet PR (1998).** Stage –adapted radical principles in gastric cancer. *Praxis*, 87, 447-50.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI NHA BẰNG PHƯƠNG PHÁP SỬA SOẠN ỒNG TỦY VỚI TRÂM XOAY WAVEONE VÀ PROTAPER

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị tủy nhóm răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, bằng phương pháp sửa soạn ống tủy với trâm xoay WaveOne và Protaper. **Đối tượng và phương pháp:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu ở 79 bệnh nhân với 81 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục, tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Tiến hành gây tê, mở tủy, xác định chiều dài làm việc của ống tủy. Nhóm WO, gồm 41 răng được sửa soạn ống tủy bằng trâm xoay WaveOne và hàn kín hệ thống ống tủy bằng Thermafil. Nhóm PTU, gồm 40 răng được sửa soạn ống tủy bằng trâm xoay Protaper và hàn kín hệ thống ống tủy bằng gutta percha theo kỹ thuật lên ngang nguội. Đánh giá kết quả điều trị sau hàn ống tủy 1 tháng, 6 tháng và 12 tháng theo các tiêu chí của Bender và Seltzer (1966). Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm chứng. **Kết quả:** Nhóm WO, tỷ lệ điều trị thành công sau 1 tháng, 6 tháng và 12 tháng lần lượt là 92,7%; 92,7% và 95,2%. Nhóm PTU, tỷ lệ điều trị thành công sau 1 tháng, 6 tháng và

Nguyễn Thế Hạnh*, Nguyễn Minh Anh**

12 tháng lần lượt là 90,0%; 92,5% và 95,0%. **Kết luận:** Trâm xoay WaveOne giúp tạo hình ống tủy nhanh hơn, ít tai biến hơn Protaper. Cả 2 loại trâm xoay đều mang lại hiệu quả tạo hình ống tủy tốt và kết quả điều trị thành công cao, Sự khác biệt về kết quả điều trị giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Từ khóa: Răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, trâm xoay WaveOne, Protaper.

SUMMARY

RESULTS OF ENDODONTIC TREATMENT BY PREPARATION ROOT CANAL WITH WAVEONE AND PROTAPER ROTARY FILE

Aim: Evaluate the endodontic treatment of first upper premolar with canal preparation by WaveOne rotary file and by Protaper file. **Subject and method:** 79 patients in National Hospital of Odontology and Stomatology. With 81 first upper premolar which have irreversible pulpitis were researched. We anesthetized, opened pulp chamber and determined the working length. The WO group included 41 teeth with canals prepared by Waveone rotary file and thermafilled. The PTU group included 40 teeth with canals prepared by Protaper file and cool-filled by gutta-percha with horizontal compression. We evaluate the treatment after 1 month, 6 months and 12 months with criteria followed Bender and Seltzer (1966). Randomized Controlled Clinical Trials. **Results:** Percentages of successful treatment among

*Bệnh viện RHM Trung ương HN

**Viện Đào tạo RHM, Đại học Y HN

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hạnh

Email: thehanh1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/7/2019

Ngày phản biện: 14/8/2019

Ngày duyệt bài: 4/9/2019

the WO group after 1 month, 6 months and 12 months were 92.7%, 92.7% and 95.2%. For the PTU group, the results were 90%, 92.5% and 95%.

Conclusion: WaveOne rotary file shaped the canals faster with less complications compared to Protaper file. Both files gave good results in canal preparation and high rate of successful treatment ($p > 0,05$).

Keywords: 1st upper premolar, WaveOne, Protaper rotary file.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị nội nha (ĐTNN) là một giai đoạn quan trọng trong nha khoa bảo tồn, nhằm giữ lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho một răng bệnh lý. Trong đó, việc tạo hình ống tủy (OT) tốt đóng vai trò quan trọng để điều trị thành công, không chỉ nhờ loại bỏ các mô nhiễm trùng, mà đồng thời tạo hình dạng OT thuận lợi cho việc hàn kín OT theo không gian ba chiều [1].

Việc sử dụng Nickel-Titanium (Ni-Ti) trong sản xuất dụng cụ nội nha là một trong những tiến bộ quan trọng nhất trong lĩnh vực tạo hình ống tủy. Mặc dù có nhiều ưu điểm vượt trội so với trâm thép không gỉ trong khả năng tạo hình như hiệu quả cắt ngà tốt, giảm chuyển dịch chóp răng, rút ngắn thời gian làm việc và tạo ống tủy có độ thuận lý tưởng... Tuy nhiên, hệ thống trâm Ni-Ti vẫn tồn tại những hạn chế nhất định, trong đó tính an toàn là một trong những yếu tố đáng đề cập nhất. Những nghiên cứu gần đây cho thấy, tỉ lệ gãy file thép không gỉ trung bình khoảng 1% và tỉ lệ gãy trâm Ni-Ti Protaper dao động từ 2,4% - 2,6%[6]. Do vậy, các nhà lâm sàng và các hãng sản xuất luôn không ngừng cải tiến các vật liệu nhằm đưa ra các dụng cụ mang lại hiệu quả tối ưu trong ĐTNN.

Năm 2012, Dentsply - Maillefer đã đưa ra hệ thống trâm WaveOne, được làm bằng Ni-Ti theo công nghệ M-Wire, với khả năng chống chịu ăn mòn cao và độ trở kháng của vật liệu gấp 400% so với trâm Ni-Ti thông thường[7]. Đặc điểm nổi bật của hệ thống trâm WaveOne là sử dụng 1 trâm duy nhất, dùng 1 lần cho cả quá trình tạo hình ống tủy trong hầu hết các trường hợp [7]. Vì vậy, WaveOne khắc phục được rất nhiều nhược điểm của các hệ thống trâm xoay trước đó. Chuyển động đặc biệt của WaveOne với 2 động tác quay xuôi chiều kim đồng hồ và quay ngược chiều kim đồng hồ giúp tăng hiệu quả cắt tối ưu, tạo dạng ống tủy theo hình phễu liên tục, không những đảm bảo yêu cầu về mặt sinh học, mà còn tạo hình hoàn hảo cho việc trám bít ống tủy theo ba chiều trong không gian với gutta-percha [3]. Hơn nữa, sự đơn giản của WaveOne ở chỗ, 1 trâm dùng 1 lần đã giúp tiết kiệm thời gian tạo dạng tới 40% so với kỹ thuật truyền

thống phải sử dụng từ 3 - 6 trâm với chuyển động xoay liên tục. Sử dụng trâm 1 lần còn giảm nguy cơ gãy dụng cụ và lây nhiễm chéo trong điều trị nội nha, giúp cho bệnh nhân được an toàn hơn[7].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành khám và điều trị cho 79 bệnh nhân với 81 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục, tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Chụp Xquang cận chóp để đánh giá sơ bộ về tình trạng ống tủy. Tiến hành gây tê, mở tủy, xác định chiều dài làm việc của ống tủy. Chia làm 2 nhóm, nhóm WO, gồm 41 răng được sửa soạn ống tủy bằng trâm xoay WaveOne theo hướng dẫn của nhà sản xuất và hàn kín hệ thống ống tủy bằng Thermafil. Nhóm PTU, gồm 40 răng được sửa soạn ống tủy bằng trâm xoay Protaper theo hướng dẫn của nhà sản xuất và hàn kín hệ thống ống tủy bằng gutta percha theo kỹ thuật lên ngang nguội. Trong quá trình sửa soạn, sử dụng Glyde và bơm rửa ống tủy bằng NaOCl 3%. Đánh giá kết quả điều trị dựa vào các triệu chứng lâm sàng và phim Xquang, sau hàn ống tủy 1 tháng, 6 tháng và 12 tháng theo các tiêu chí của Bender và Seltzer [1].

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm chứng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả sau điều trị 1 tháng

Bảng 1. Kết quả sau điều trị 1 tháng

Kết quả	Nhóm WO		Nhóm PTU	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Thành công	38	92,7	36	90,0
Nghi ngờ	3	7,3	4	10,0
Thất bại	0	0	0	0

Bảng 1 cho thấy, kết quả điều trị thành công cao hơn kết quả nghi ngờ và thất bại. Kết quả điều trị thành công và nghi ngờ ở nhóm WO lần lượt là 92,7% và 7,3%. Tỷ lệ tương ứng của nhóm PTU lần lượt là 90,0% và 10,0%. Sự khác biệt về kết quả điều trị giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Kết quả sau hàn ống tủy 6 tháng

Bảng 2. Kết quả sau hàn ống tủy 6 tháng

Kết quả	Nhóm WO		Nhóm PTU	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Thành công	38	92,7	37	92,5
Nghi ngờ	2	4,9	3	7,5
Thất bại	1	2,4	0	0

Sau 6 tháng, kết quả điều trị thành công là cao nhất (nhóm WO chiếm tỷ lệ 92,7%; nhóm PTU chiếm 92,5%). Kết quả điều trị nghi ngờ chiếm 4,9% ở nhóm WO và 7,5% ở nhóm PTU. Kết quả điều trị thất bại chiếm tỷ lệ 2,4% ở nhóm WO và không có trường hợp nào ở nhóm PTU. Có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

3.3. Kết quả sau hàn ống tủy 12 tháng

Bảng 3. Kết quả sau hàn ống tủy 12 tháng

Kết quả	Nhóm WO		Nhóm PTU	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Thành công	39	95,2	38	95,0
Nghi ngờ	1	2,4	2	5,0
Thất bại	1	2,4	0	0

Nhóm WO, tỷ lệ thành công, nghi ngờ và thất bại lần lượt là 95,2%; 2,4% và 2,4%. Nhóm PTU, các tỷ lệ tương ứng là 95,0%; 5,0% và 0%. Sự khác biệt về kết quả điều trị giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Có nhiều ý kiến khác nhau về thời gian theo dõi sau điều trị. Kerekcs và Ingle cho rằng, thời gian theo dõi càng dài tỷ lệ thành công càng cao. Trong khi đó, Jokinen (1978) lại có quan điểm đối lập. Nghiên cứu của Washington (1985) cho thấy, 6- 24 tháng là thời gian theo dõi đủ tin cậy.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn khoảng thời gian từ 1- 12 tháng sau khi hàn ống tủy cho 81 răng để đánh giá theo tiêu chí của Bender và Seltzer [1]. Đây là một trong những tiêu chí được nhiều tác giả áp dụng nhất. Kết quả điều trị trên lâm sàng được chúng tôi đánh giá ở ba thời điểm. Sau 1 tháng, sau 6 tháng và sau 12 tháng với các tiêu chí thành công, thất bại và nghi ngờ.

Kết quả sau điều trị 1 tháng, tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm WO chiếm 92,7% và ở nhóm PTU chiếm 90%. Chúng tôi gặp 3 trường hợp ở nhóm WO và 4 trường hợp ở nhóm PTU có kết quả nghi ngờ. Đây là những trường hợp, sau điều trị bệnh nhân thấy có dấu hiệu đau âm ỉ, trên X-quang có 1 trường hợp chất hàn cách cuống 1mm, nhưng không thấy có hiện tượng tổn thương vùng cuống. Kết quả điều trị thất bại, chúng tôi không gặp trường hợp nào.

Ở thời điểm sau điều trị 6 tháng, nhóm WO thấy tỷ lệ thành công không có sự khác biệt so với thời điểm sau 1 tháng. Trong 3 trường hợp có kết quả nghi ngờ ở thời điểm sau điều trị 1 tháng, chúng tôi thấy 2 trường hợp bệnh nhân

vẫn thấy đau nhẹ khi ăn nhai, kiểm tra trên lâm sàng và X-quang không thấy các triệu chứng tổn thương vùng cuống. Tuy nhiên, 1 trường hợp có các triệu chứng tổn thương vùng cuống trên lâm sàng và X-quang, chúng tôi xếp vào nhóm kết quả điều trị thất bại. Bệnh nhân Nguyễn Xuân T., 30 tuổi, được chẩn đoán rằng 1.4 viêm tủy không hồi phục. Chúng tôi tiến hành tạo hình OT bằng trám WaveOne, sau đó hàn kín OT bằng Thermafil. Sau hàn OT, hình ảnh trên X-quang thấy chất hàn quá cuống < 1mm, chúng tôi đã tháo bỏ chất hàn cũ và điều trị lại cho bệnh nhân. Sau 1 tháng khám lại, bệnh nhân có cảm giác đau âm ỉ, nhưng không có tổn thương rõ rệt trên X-quang, chúng tôi xếp vào nhóm kết quả điều trị nghi ngờ. Tuy nhiên, sau 5 tháng, bệnh nhân có cảm giác đau tăng lên, khi khám thấy có sưng vùng ngách lợi tương ứng với vị trí răng tổn thương. Chụp X-quang cận chóp thấy hình ảnh tiêu xương nhẹ ở chóp chân răng và hình ảnh nội tiêu. Chúng tôi cho bệnh nhân sử dụng kháng sinh toàn thân và tiếp tục theo dõi 1 tháng/1 lần. Sau 8 tháng, các triệu chứng lâm sàng không giảm, không những thế hình ảnh tổn thương trên X-quang ngày càng lan rộng. Chúng tôi tiến hành phẫu thuật bóc lộ vùng cuống, thấy chân răng phía ngoài bị nứt dọc, do vậy chúng tôi đã tiến hành nhổ bỏ răng của bệnh nhân.

Nhóm PTU, sau điều trị 6 tháng, kết quả điều trị thành công (chiếm 92,5%) cao hơn ở thời điểm sau 1 tháng. Đó là do 1 trường hợp có kết quả nghi ngờ ở thời điểm sau điều trị 1 tháng đã hết triệu chứng, bệnh nhân ăn nhai bình thường, chúng tôi xếp vào nhóm điều trị thành công. 3 trường hợp vẫn còn các triệu chứng đau khi ăn nhai, chúng tôi tiếp tục theo dõi ở những thời điểm khám lại tiếp theo.

Ở thời điểm sau điều trị 12 tháng, chúng tôi thấy ở cả 2 nhóm đều có 1 trường hợp được xếp vào nhóm kết quả nghi ngờ ở thời điểm sau 6 tháng đã hết triệu chứng đau âm ỉ, kiểm tra trên lâm sàng và X-quang không thấy có tổn thương vùng chóp và vùng quanh răng. Chúng tôi đánh giá những trường hợp này là điều trị thành công. Do vậy, kết quả điều trị thành công của cả 2 nhóm đều cao hơn ở thời điểm sau điều trị 6 tháng (tỷ lệ điều trị thành công của nhóm WO là 95,2% và nhóm PTU là 95%). 1 trường hợp điều trị thất bại của nhóm tạo hình OT bằng trám WO như đã trình bày ở trên. Ngoài ra, 1 trường hợp ở nhóm WO và 2 trường hợp ở nhóm PTU vẫn thấy đau nhẹ khi ăn nhai, chúng tôi tiếp tục theo dõi tiếp.

Một số tác giả đưa ra kết quả điều trị như sau.

Bùi Thanh Tùng (2010), sau điều trị 3 tháng thấy 100% số răng đạt kết quả thành công. Tỷ lệ thành công sau điều trị 3- 9 tháng của Bùi Thị Thanh Tâm (2004) là 86,66%. Nguyễn Thị Phương Nga (2009), sau điều trị 6 tháng là 95,7%. Nguyễn Quốc Trung (2007), sau điều trị 9 tháng là 93,1%. Ørstavik và CS [5], đã đưa ra kết quả nghiên cứu của trường đại học Temple (Mỹ) về tỷ lệ thành công của điều trị nội nha sau 1 năm tại khám là 95,2%. Hession, một nhà nội nha ở Úc đã công bố tỷ lệ thành công sau 9 tháng là 98,7%. Jung và CS (2008), thu được kết quả tốt 100% sau điều trị 1 năm.

Việc so sánh kết quả điều trị của các nghiên cứu khác nhau là việc rất khó khăn. Nguyên nhân của kết quả khác nhau là do số lượng răng, hình dáng ống tủy, dụng cụ và kỹ thuật tạo hình, kích cỡ của file tạo hình cuối cùng, chất bơm rửa, thuốc đặt ống tủy, vật liệu và phương pháp hàn ống tủy cũng như việc phục hồi thân răng sau điều trị, vv...

Lipski [4], tiến hành nghiên cứu lâm sàng ở 87 bệnh nhân với 162 răng 1 chân được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục (70 răng), tủy hoại tử (54 răng) và viêm quanh cuống mạn tính (38 răng). Nhóm I gồm 84 răng, được hàn kín HTOT bằng kỹ thuật lên ngang nguội. Nhóm II gồm 78 răng, được hàn kín HTOT bằng Thermafil. Kết quả chụp phim X-quang sau hàn OT thấy, tỷ lệ chất hàn quá cuống ở nhóm II (30,8%) cao hơn đáng kể so với nhóm I (9,5%). Đánh giá kết quả ngay sau hàn OT cho thấy, không có sự khác biệt giữa cả hai kỹ thuật. Kết quả điều trị thành công sau một năm ở nhóm I là 94,2% và nhóm II là 90,2%. Sau hai năm, kết quả tương ứng là 93,7% và 90,0%. Tác giả đưa ra kết luận, việc sử dụng Thermafil để hàn OT ít tốn thời gian hơn so với kỹ thuật lên ngang nguội gutta, mặc dù kết quả điều trị không có sự khác biệt giữa 2 kỹ thuật, tuy nhiên Thermafil chưa phải là 1 vật liệu hàn OT lý tưởng.

Chu và Cs [2], đánh giá kết quả điều trị nội nha ở bệnh nhân được hàn kín OT bằng Thermafil và gutta-percha theo kỹ thuật lên ngang nguội. 71 răng từ 64 bệnh nhân đã được kiểm tra sau 3 năm, trong đó 34 răng được hàn OT bằng gutta percha theo kỹ thuật lên ngang nguội (nhóm LC) và 37 răng được hàn OT bằng Thermafil (nhóm TF). Bao gồm 22 răng cửa và răng nanh, 21 răng hàm nhỏ và 28 răng hàm lớn. Kết quả, thời gian điều trị 1 răng của nhóm LC trung bình là 98 phút, của nhóm TF là 78 phút ($p = 0,003$). Tỷ lệ bệnh nhân có triệu

chứng tổn thương vùng cuống trên lâm sàng và/ hoặc trên X-quang ở nhóm LC chiếm 21% và nhóm TF chiếm 19%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($P > 0,05$). Tác giả đưa ra kết luận, không có sự khác biệt đáng kể về kết quả điều trị lâm sàng khi sử dụng TF hoặc LC trong việc hàn các ống tủy.

Về lâu dài, một trong những tiêu chí thành công của điều trị nội nha là kéo dài kết quả điều trị và duy trì chức năng của răng. Carter và Cs (1983), chỉ ra rằng mô ngà của răng sau điều trị tủy có độ cứng và độ đàn hồi thấp hơn răng tủy sống, cùng với việc mất cấu trúc mô răng do sâu răng và mở tủy, chuẩn bị buồng tủy cho điều trị, làm cho hầu hết các răng thường bị nứt, gãy theo thời gian. Vì vậy các răng cần được làm phục hình bảo vệ sau ĐTNN. Aquilino và Cs (2002), cho rằng các răng có thân răng được phục hồi sau điều trị bằng chụp thì tỷ lệ tồn tại cao gấp 6 lần so với những răng không được bảo vệ bằng chụp răng.

V. KẾT LUẬN

Trâm xoay WaveOne giúp tạo hình ống tủy nhanh hơn, ít tai biến hơn Protaper. Cả 2 loại trâm xoay đều mang lại hiệu quả tạo hình ống tủy tốt và kết quả điều trị thành công cao. Sự khác biệt về kết quả điều trị giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bender I.B., Seltzer S., et al. (1966)**, Endodontic success—A reappraisal of criteria, Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, 22(6), pp.780-789.
2. **Chu C.H., Lo E.C.M., et al. (2005)**, Outcome of root canal treatment using Thermafil and cold lateral condensation filling techniques, International endodontic journal, 38(3), pp.179-185.
3. **Gutmann J.L., Saunders W.P., et al. (1993)**, An assessment of the plastic Thermafil obturation technique, International Endodontic Journal, 26(3), pp.173-178.
4. **Lipski M. (2000)**, Studies comparing the efficacy of root canal filling with gutta-percha lateral condensation and Thermafil obturators, Ann Acad Med Stetin, 46, pp.317-330.
5. **Ørstavik D., Qvist V., et al. (2004)**, A multivariate analysis of the outcome of endodontic treatment, European journal of oral sciences, 112(3), pp.224-230.
6. **Ruddle C.J. (2002)**, Nonsurgical endodontic retreatment, Pathways of the pulp, S. Cohen and R.C. Burns, Editors, Mosby: St. Louis, pp.875-929.
7. **Van der Vyver P.J. (2011)**, WaveOne Instruments: Clinical application guidelines, Endodontic Practice, Nov, pp.45-54.

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TRÊN PET/CT Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ

Bùi Anh Thắng*, Đỗ Quyết**, Phạm Ngọc Hoa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số hình ảnh PET/CT ở nhóm bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ so sánh với nhóm bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thực hiện trên 93 bệnh nhân gồm 32 bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ và 61 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. Tất cả các bệnh nhân được chụp PET/CT đánh giá các chỉ số SUV TB, SUV max, MTV và LTG ở khối u nguyên phát và hạch trung thất. **Kết quả:** Đặc điểm trên PET/CT trên khối u nguyên phát ở nhóm bệnh nhân UTPTBN: Trị số SUV TB trung bình là 4,62, SUV max trung bình là 8,57, MTV trung bình là 32,3 và LTG trung bình là 256,62. Đặc điểm trên PET/CT trên hạch trung thất ở nhóm bệnh nhân UTPTBN: Trị số SUV max trung bình là 4,49, SUV max trung bình là 7,84, MTV trung bình là 7,54 và LTG trung bình là 30,76. **Kết luận:** Đặc điểm trên PET/CT phụ thuộc nhiều vào kích thước khối u, chứ không phụ thuộc vào bản chất khối u.

Từ khóa: Ung thư phổi tế bào nhỏ, Hình ảnh PET/CT, Giá trị hấp thu PDF

SUMMARY

SURVEY OF SOME FEATURES ON PET/CT IN PATIENTS DIAGNOSED SMALL CELL LUNG CANCER

Objective: Evaluate some PET/CT images in small cell lung cancer patients compared with non-small cell lung cancer patients. **Subjects and methods:** The study carried out in 93 patients including 32 small cell lung cancer patients and 61 non-small cell lung cancer patients. All patients received PET/CT scan and survey on values of SUV mean, SUV max, MTV and LTG in primary tumors and mediastinal lymph nodes. **Results:** Characteristics on PET/CT on primary tumors in small cell lung cancer patients: Average SUV mean values are 4.62, SUV max 8.57, MTV is 32.3 and LTG is 256.62. Characteristics on PET/CT on mediastinal lymph nodes in small cell lung cancer patients: Average SUV mean value is 4.49, average SUV is 7.84, average MTV 7.54, and LTG is 30, 76. **Conclusion:** Characteristics on PET/CT depend on the size of the tumor, not on the kind of the tumor.

Keywords: Small cell lung cancer, PET/CT image, PDF absorption value

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi được chia làm 4 loại: Ung thư

biểu mô dạng biểu bì là loại điển hình trong ung thư phổi và cũng là loại hay gặp nhất (60 - 70%). Loại ung thư này phát triển chậm, di căn muộn, hay ở phế quản lớn và làm chít hẹp lòng phế quản. Ung thư tuyến chiếm tỉ lệ khoảng 25 %, loại này tiến triển lâm sàng thường lặng lẽ và hay có di căn sớm. Ung thư biểu mô tế bào lớn chiếm khoảng 10%. Ung thư tế bào không biệt hoá (ung thư phổi tế bào nhỏ) chiếm khoảng 20% [1]. UTPTBN có độc tính cao nhưng triệu chứng lâm sàng rất nghèo nàn. Nếu không điều trị, thời gian sống sót trung bình sau khi chẩn đoán là 1-3 tháng. Chụp PET/CT là phương pháp chẩn đoán hình ảnh kết hợp giữa chụp cắt lớp (Computed Tomography) với phương pháp dùng chất phóng xạ liều nhỏ để ghi các vùng có tổ độ chuyển hoá cao (Positron Emission Tomography). PET/CT có khả năng phát hiện các tổn thương và bệnh lý ở giai đoạn rất sớm ngay cả khi chưa phát hiện được bằng phương pháp chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ... Với tính năng như vậy, PET/CT đã được sử dụng như một phương tiện hữu ích trên thế giới trong chẩn đoán ung thư phổi tế bào nhỏ. Từ những lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "Khảo sát một số đặc điểm hình ảnh trên PET/CT ở bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Đối tượng nghiên cứu:** gồm 93 người bệnh bao gồm:

+ Nhóm nghiên cứu: 32 người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN), điều trị nội trú tại Trung tâm YHHN và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai

+ Nhóm chứng bệnh: 61 người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN), điều trị nội trú tại trung tâm YHHN, Bệnh viện Quân y 103

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2009 đến tháng 11/2018.

***Tiêu chuẩn chọn và loại trừ bệnh nhân nhóm nghiên cứu**

+ Tiêu chuẩn chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTPTBN bằng mô bệnh học
- Các bệnh nhân tuổi từ 18 trở lên
- Gồm cả giới nam và nữ
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Anh Thắng

Email: anhthangcdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/7/2019

Ngày phản biện khoa học: 24/8/2019

Ngày duyệt bài: 5/9/2010

- + **Tiêu chuẩn loại trừ**
- Bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ
 - Thời điểm nghiên cứu đang mắc bệnh lý cấp tính như: viêm, lao phổi...
 - Bệnh nhân mắc bệnh ngoại khoa
 - Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú
 - Dị ứng với thuốc F-18 FDG
 - Bệnh nhân có suy gan, suy thận nặng
 - Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- *Tiêu chuẩn chọn và loại trừ nhóm chứng bệnh**

- + **Tiêu chuẩn chọn**
- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát
 - Ung thư phổi không tế bào nhỏ
 - Từ 18 tuổi trở lên
 - Gồm cả nam và nữ
 - Đồng ý tham gia nghiên cứu
- + **Tiêu chuẩn loại trừ**
- Bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ
 - Thời điểm nghiên cứu đang mắc bệnh lý cấp tính như: viêm, lao phổi...
 - Bệnh nhân mắc bệnh ngoại khoa

- Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú
 - Dị ứng với thuốc F-18 FDG
 - Bệnh nhân có suy gan, suy thận nặng
 - Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- 2.2. Nội dung và phương pháp nghiên cứu**
- + Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, so sánh nhóm nghiên cứu với chứng bệnh
 - + Các nội dung và phương pháp nghiên cứu
 - Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh, làm các xét nghiệm huyết học, sinh hoá miễn dịch...
 - Tất cả các bệnh nhân được chụp PET/CT: Máy PET/CT Biograph True Point – Siemens – Đức. Thuốc phóng xạ F-18 FDG: dung dịch F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose). Liều dùng 0,15-0,20 mCi/Kg cân nặng (7-12mCi), tiêm tĩnh mạch.
 - Các chỉ tiêu đánh giá: Đặc điểm khối u nguyên phát, hạch trung thất. Các chỉ tiêu trên PET/CT gồm: SUV TB (giá trị hấp thu FDG chuẩn trung bình), SUV max (giá trị hấp thu FDG chuẩn cao nhất), MTV (thể tích chuyển hoá khối u) và LTG (chỉ số hấp thu toàn bộ)
 - + **Xử lý số liệu** theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi (n=93)

Nhóm tuổi	UTPTBN (n=32)		UTPKTBN (n=61)		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
≤ 50 tuổi	5	15,6	4	6,6	> 0,05
Từ 51 đến 60 tuổi	8	25	13	21,3	
Từ 61 đến 70 tuổi	15	46,9	33	54,1	
> 70 tuổi	4	12,5	11	18	
Trung bình	61,31 ± 9,5		64,33 ± 9,3		> 0,05

Tuổi nhóm nghiên cứu và nhóm chứng bệnh khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân theo các nhóm tuổi ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân UTPTBN là 61,31 tuổi

Bảng 3.2. Đặc điểm giới (n=93)

Giới	UTPTBN (n=32)		UTPKTBN (n=61)		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Nam	29	90,6	45	73,8	> 0,05
Nữ	3	9,4	16	26,2	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa tỷ lệ nam/nữ hai nhóm bệnh nhân UTPTBN và UTPKTBN, $p > 0,05$.

3.2. Đặc điểm một số chỉ số trên PET/CT

Bảng 3.3. So sánh theo đường kính khối u nguyên phát

Đường kính	UTPTBN (n=32)		UTPKTBN (n=61)		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
≤ 2 cm	3	9,4	0	0	> 0,05
> 2-3 cm	3	9,4	11	18	
> 3-5 cm	9	28,1	16	26,2	
> 5-7 cm	6	18,8	19	31,1	
> 7 cm	11	34,4	15	24,6	
Trung bình (cm)	5,2 (3,33 – 8,25)		5,5 (3,25 – 6,9)		> 0,05

Nhóm bệnh nhân UTPTBN có kích thước lớn nhất khối u trên PET/CT nhỏ hơn, tuy nhiên không

thấy khác biệt so với nhóm bệnh nhân UTPKTBN, $p > 0,05$.

Bảng 3.4. So sánh một số thông số PET/CT của khối u nguyên phát giữa 2 nhóm

Chỉ số	UTPTBN (n=32)	UTPKTBN (n=61)	p
SUV TB	4,62 (3,71 – 5,98)	7,1 (5,85 – 7,9)	< 0,001
SUV max	8,57 (6,28 – 14,52)	16,4 (13,15 – 22)	< 0,001
MTV	32,3 (7,49 – 107,57)	26,94 (8,7 – 45,14)	> 0,05
TLG	256,62 (35,93 – 585,23)	194,72 (58,45 – 335,21)	> 0,05

Ở bệnh nhân UTPTBN, chỉ số SUV trung bình và SUV max thấp hơn nhóm bệnh nhân UTPKTBN có ý nghĩa, $p < 0,001$. Ngược lại, chỉ số MTV và TLG không có sự khác biệt giữa 2 nhóm, $p > 0,05$.

Bảng 3.5. So sánh theo đường kính hạch trung thất

Đường kính	UTPTBN (n=23)		UTPKTBN (n=61)		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
≤ 2 cm	4	17,4	30	49,2	< 0,005
> 2 – 4 cm	12	52,2	28	45,9	
> 4 – 6 cm	3	13	3	4,9	
> 6 cm	4	17,4	0	0	
Trung bình (cm)	3,4 (2,5 – 5,5)		2,1 (1,7 – 2,75)		< 0,001

Ở nhóm bệnh nhân UTPTBN, đường kính hạch trung thất trung bình lớn hơn nhóm bệnh nhân UTPKTBN có ý nghĩa, $p < 0,001$. Tỷ lệ bệnh nhân có đường kính hạch trung thất lớn ở nhóm bệnh nhân UTPTBN cao hơn nhóm bệnh nhân UTPKTBN có ý nghĩa với $p < 0,01$.

Bảng 3.6. So sánh một số thông số PET/CT của hạch trung thất giữa 2 nhóm

Chỉ số	UTPTBN (n=23)	UTPKTBN (n=61)	p
SUV TB	4,49 (3,71 – 5,87)	5,1 (4 – 6,5)	> 0,05
SUV max	7,84 (5,72 – 10,1)	10,2 (7,35 – 14,55)	> 0,05
MTV	7,54 (5,19 – 28,07)	4,29 (2,62 – 8,07)	< 0,01
TLG	30,76 (19,53 – 145,68)	22,94 (10,98 – 52,12)	= 0,05

Ở bệnh nhân UTPTBN, chỉ số SUV trung bình và SUV max thấp hơn nhóm bệnh nhân UTPKTBN không có ý nghĩa, $p > 0,05$. Ngược lại, chỉ số MTV và TLG nhóm bệnh nhân UTPTBN lớn hơn nhóm bệnh nhân UTPKTBN có ý nghĩa, sự khác biệt giữa 2 nhóm với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, UTPTBN gặp ở tuổi cao với trung bình tuổi là 61,31 tuổi, trong đó từ 61 – 70 tuổi chiếm 1/2 tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Khi so sánh với tuổi ở nhóm bệnh nhân UTPKTBN, chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa, $p > 0,05$. Nhóm bệnh nhân UTPKTBN ở tuổi 61 đến 70 cũng chiếm khoảng 1/2 số bệnh nhân nghiên cứu. Như vậy, nếu dựa vào tuổi như một tiêu chí gợi ý cho chẩn đoán thể ung thư phổi thì không có ý nghĩa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [2,3]. Đặc điểm ở bệnh nhân UTPTBN cho thấy thường gặp ở người tuổi cao. Quá trình phát triển UTPTBN thường liên quan đến các yếu tố nguy cơ, hút thuốc lá được xem như liên quan nhiều nhất đến UTPTBN. Tuổi phát hiện UTPTBN thường không có sự khác biệt giữa các quốc gia, Koizumi T. và cộng sự cũng nhận thấy tuổi mắc UTPTBN tại Nhật bản thường quanh tuổi 70 [4].

Có sự chênh lệch lớn về giới mắc UTPTBN, trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy có tới 90,6% bệnh nhân là giới nam, và chỉ có 9,4% là

giới nữ. Tuy nhiên, ở nhóm bệnh nhân UTPKTBN tỷ lệ giới nữ chiếm cao hơn lên tới 26,2% còn giới nam chiếm 73,8%. Khi so sánh với các tác giả khác chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng [5,6]. Sự khác biệt về giới cho thấy các yếu tố nguy cơ mắc UTPTBN cũng như UTPKTBN thường gặp nhiều ở nam giới, trong đó hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Hút thuốc lá là nguyên nhân phổ biến gây ung thư phổi tế bào nhỏ và ung thư phổi không phải tế bào nhỏ. Hút thuốc lá thụ động cũng là nguyên nhân chính gây ung thư phổi. Những người tiếp xúc với khói thuốc lá có nguy cơ mắc bệnh tăng khoảng 30% [5,6]. Rõ ràng nam giới thường hút thuốc lá chủ động còn nữ giới hút thuốc lá bị động thường liên quan đến gia tăng mắc UTP ở nam giới.

4.2. Đặc điểm các chỉ số trên PET/CT. Chúng tôi đã tiến hành chụp PET/CT cho 32 bệnh nhân được chẩn đoán UTPTBN so sánh với đặc điểm trên PET/CT của 61 bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN để có thể rút ra một số đặc điểm khác biệt giữa 2 nhóm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Hai nhóm không có sự khác biệt về đường kính khối u nguyên phát.

Đường kính trung bình khối u nguyên phát ở BN UTPTBN là 5,2 cm khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân UTPKTBN là 5,5 cm, $p > 0,05$. Tuy nhiên hình ảnh trên PET/CT ở hai nhóm cho thấy: Ở bệnh nhân UTPTBN, chỉ số SUV trung bình và SUV max thấp hơn nhóm bệnh nhân UTPKTBN có ý nghĩa, $p < 0,001$. Ngược lại, chỉ số MTV và TLG không có sự khác biệt giữa 2 nhóm, $p > 0,05$.

Trong chụp PET/CT, việc sử dụng chất đánh dấu phóng xạ 2-deoxy-2- [18F] fluoro-D-glucose (FDG) cho hình ảnh ung thư chiếm phần lớn trong tất cả các quy trình hình ảnh PET/CT vì sự tích lũy FDG so với mô bình thường là một dấu hiệu hữu ích cho nhiều bệnh ung thư trong đó có UTP [7]. Ngoài việc phát hiện và đánh giá giai đoạn ung thư, hình ảnh PET/CT đang trở nên quan trọng bởi giá trị đánh giá phản ứng của bệnh nhân đối với trị liệu, đặc biệt khi sử dụng phương pháp điều trị mới. Những thay đổi trong tích lũy FDG đã được chứng minh mức độ đáp ứng điều trị của bệnh nhân, và sự hấp thụ FDG trong các khối u có liên quan đến hoạt động tăng sinh của mô ác tính và số lượng tế bào khối u. Giá trị hấp thụ được tiêu chuẩn hóa (SUV) thường được sử dụng như một thước đo tương đối của sự hấp thụ FDG, được sử dụng rộng rãi để đánh giá khối u trên PET/CT và được chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh sử dụng rộng rãi. Để xác định được SUV của khối u đầu tiên cần vẽ được vùng quan tâm trên mặt phẳng 2D (được gọi là ROI: region of interest), và thể tích quan tâm trong không gian 3D (được gọi là VOI: volum of interest). SUV là tỷ số mức độ tập trung FDG và hoạt độ phóng xạ tiêm vào cơ thể chia cho khối lượng cơ thể. Có 2 loại SUV là SUV mean (SUV TB) và SUV max. SUV TB là giá trị trung bình của tất cả các pixel trong vùng ROI hoặc các ô thể tích trong vùng VOI. SUV max là giá trị SUV cao nhất trong vùng ROI hoặc vùng VOI, đánh giá mức độ chuyển hóa của khối u. Với mỗi loại SUV có ưu nhược điểm khác nhau. Trong lâm sàng, SUV max được sử dụng thường xuyên hơn SUV TB vì ít phụ thuộc vào người đọc (người vẽ ROI/VOI) và có thể đo lặp lại nếu có nghi ngờ [7,8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cả SUV TB và SUV max ở bệnh nhân UTPTBN đều nhỏ hơn nhóm bệnh nhân UTPKTBN có ý nghĩa thống kê, điều này phù hợp với thực tế nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi. Khối u nguyên phát của nhóm bệnh nhân UTPKTBN có đường kính lớn hơn nhóm bệnh nhân UTPTBN.

Ngược lại, chúng tôi không thấy sự khác biệt của MTV và TLG giữa 2 nhóm UTPTBN và

UTPKTBN, mặc dù nhóm bệnh nhân UTPTBN có giá trị trung bình cao hơn. Cũng như SUV, thể tích chuyển hóa của khối u (Metabolic Tumor Volume: MTV) và glycosis tổng tổn thương (Total Lesion Glycosis: TLG) là 2 yếu tố được sử dụng để đánh giá tổn thương trên PET/CT. Thể tích chuyển hóa của khối u (MTV) là thể tích khối u tăng hấp thụ FDG. Có một số phương pháp xác định MTV bao gồm: dựa trên tỷ lệ % SUV max cố định; hoặc tỷ lệ % SUV max tuyệt đối; hoặc theo phương pháp phân chia gradient; phương pháp phân chia theo thích nghi. TLG là một chỉ số sinh học đánh giá được khối u cả về mức độ hấp thụ FDG và kích thước khối u. TLG có thể được tính toán dựa vào tích của MTV x SUV TB. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa có sự phù hợp giữa SUV TB và các chỉ số MTV và TLG, giải thích cho điều này bởi 2 nhóm bệnh nhân lấy ở 2 trung tâm khác nhau, do vậy thấy rõ việc ảnh hưởng của việc đọc kết quả từ các nhà chuyên môn của từng trung tâm khác nhau.

Chúng tôi cũng đã xác định một số thông số trên PET/CT của hạch trung thất, kết quả cho thấy: Ở nhóm bệnh nhân UTPTBN, đường kính hạch trung thất trung bình lớn hơn nhóm bệnh nhân UTPKTBN có ý nghĩa, $p < 0,001$. Tỷ lệ bệnh nhân có đường kính hạch trung thất lớn ở nhóm bệnh nhân UTPTBN cao hơn nhóm bệnh nhân UTPKTBN có ý nghĩa, $p < 0,01$. Ở bệnh nhân UTPTBN, chỉ số SUV trung bình và SUV max thấp hơn nhóm bệnh nhân UTPKTBN không có ý nghĩa, $p > 0,05$. Ngược lại, chỉ số MTV và TLG nhóm bệnh nhân UTPTBN lớn hơn nhóm bệnh nhân UTPKTBN có ý nghĩa, sự khác biệt giữa 2 nhóm, $p < 0,05$. Kết quả PET/CT trên hạch trung thất cho thấy rõ ảnh hưởng của người đọc trên kết quả này. Từ cơ sở khoa học chẩn đoán hình ảnh này, chúng tôi nhận thấy các hình ảnh trên PET/CT ở nhóm 61 bệnh nhân UTPKTBN cũng có giá trị cao trong chẩn đoán, việc có những đặc điểm PET/CT không khác biệt với nhóm 32 bệnh nhân UTPTBN là hoàn toàn thực tế có thể xảy ra.

V. KẾT LUẬN

- Có sự khác biệt về các chỉ số SUV TB, SUV max, MTV và LTG giữa 2 nhóm
- Đặc điểm trên PET/CT trên khối u nguyên phát ở nhóm bệnh nhân UTPTBN: Trị số SUV TB trung bình là 4,62, SUV max trung bình là 8,57, MTV trung bình là 32,3 và LTG trung bình là 256,62.
- Đặc điểm trên PET/CT trên hạch trung thất ở nhóm bệnh nhân UTPTBN: Trị số SUV TB trung bình là 4,49, SUV max trung bình là 7,84, MTV trung bình là 7,54 và LTG trung bình là 30,76.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sorensen M., M. Pijls-Johannesma, E. Felip, et al. (2010), Small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 21 Suppl 5, pp. v120-5.
2. Ferlay J., P. Autier, M. Boniol, et al. (2007), Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol*, 18(3), pp. 581-92.
3. Huber R.T., A (2012), Update on small cell lung cancer management. *Breathe*, 8(4), pp. 315-330.
4. Koizumi T., T. Fukushima, K. Hamanaka, et al. (2013), Surgical outcomes in patients with small cell lung cancer: comparative analysis of computed tomography-detected patients with others. *World J Surg Oncol*, 11, pp. 61.
5. Park M.R., Y.H. Park, J.W. Choi, et al. (2014), Progression-free survival: an important prognostic marker for long-term survival of small cell lung cancer. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*, 76(5), pp. 218-25.
6. Paesmans M., J.P. Sculier, J. Lecomte, et al. (2000), Prognostic factors for patients with small cell lung carcinoma: analysis of a series of 763 patients included in 4 consecutive prospective trials with a minimum follow-up of 5 years. *Cancer*, 89(3), pp. 523-33.
7. Dijkman B.G., O.C. Schuurbiers, D. Vriens, et al. (2010), The role of (18)F-FDG PET in the differentiation between lung metastases and synchronous second primary lung tumours. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*, 37(11), pp. 2037-47.
8. Said R.K., J; Rizk, S (2014), Prognostic value of FDG-PET scans at diagnosis in small cell lung cancer. *Journal of Biomedical Graphics and Computing*, 4(1), pp. 21-26.

SO SÁNH VI KẾ PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG MÒN CỔ RĂNG SỬ DỤNG FUJI II LC CAPSULE VÀ COMPOSITE

Đinh Văn Sơn*, Hà Anh Đức**, Tống Minh Sơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thử nghiệm được thực hiện nhằm đánh giá vi kế của phục hồi tổn thương mòn cổ răng sử dụng Fuji II LC và Composite. **Đối tượng và phương pháp:** Mười tổn thương loại V được tạo ở vùng cổ răng với thành cắn qua men, thành lợi qua xê măng; tổn thương được tạo ở mặt ngoài răng hàm nhỏ vĩnh viễn đã nhổ. Các răng được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm: nhóm I phục hồi bằng Fuji II LC Capsule (GC, Nhật Bản), nhóm II phục hồi bằng composite Filtek Z350XT (3M, Mỹ). Các mẫu răng được trải qua chu trình nhiệt, sau đó ngâm trong dung dịch xanh methylen 2% trong 12 giờ. Mức độ thâm nhập chất màu được đánh giá theo thang điểm từ 0 đến 3 dưới kính hiển vi soi nổi với độ phóng đại 30 lần. **Kết quả:** Nhóm điều trị bằng Fuji II LC có sự kín khít miềng trám tốt hơn nhóm điều trị bằng composite. **Kết luận:** Fuji II LC Capsule là vật liệu phục hồi tổn thương mòn cổ răng tốt do có sự kín khít miềng trám tốt, giảm vi kế.

Từ khóa: Composite, Fuji II LC, tổn thương loại V, vi kế.

SUMMARY

COMPARISON BETWEEN MICROLEAKAGE OF FUJI II LC AND COMPOSITE IN CLASS V RESTORATION: AN INVITRO STUDY

Objective: The purpose of this in vitro study was to compare the microleakage rate of class V composite and Fuji II LC restorations. **Materials and Methods:**

Ten class V cavity preparations with occlusal margins in enamel and gingival margins incementum were prepared on the buccal surfaces of 10 extracted human premolar teeth. The teeth were divided randomly into 2 groups: Group 1 was restored with Fuji II LC Capsule (GC, Japan) and group 2 with Filtek Z350XT composite (3M ESPE, USA). After treatment, the samples were thermocycled, stained with 2% methylene blue dye for 12 hours, and finally scored for microleakage. Dye penetration depths were measured using stereomicroscope at 30x magnification. **Results:** The result shows Fuji II LC group has significantly less microleakage than composite group. **Conclusion:** Fuji II LC Capsule could be an alternative in restoring class V cavity for clinicians due to better marginal seal.

Key words: Composite, Fuji II LC, class V cavity, microleakage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự liên kết tốt giữa bề mặt răng với phục hồi là yếu tố rất quan trọng để giảm thiểu vi kế. Liên kết kém có thể dẫn đến sự nhiễm màu đường viền miềng hàn, nhạy cảm sau điều trị, sự xâm nhập vi khuẩn, sâu răng thứ phát, nặng hơn có thể gây viêm tủy. Gần đây, sự phát triển của công nghệ và thiết bị trong việc tạo ra các vật liệu hàn răng giúp cải thiện chất lượng và tuổi thọ của miềng hàn.

Với mong muốn áp dụng vật liệu và kỹ thuật mới trong phục hồi tổn thương mòn cổ răng, mở rộng sự lựa chọn cho bác sỹ và bệnh nhân để đạt được những phục hồi có chất lượng cao đồng thời rút ngắn được thời gian điều trị, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm đánh giá in vitro vi kế khi phục hồi tổn thương mòn cổ

*Viện Đào tạo RHM - Đại học Y HN

**Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Sơn

Email: dinhsonrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 28/8/2019

Ngày duyệt bài: 9/9/2016

răng, sử dụng hai loại vật liệu là GC Fuji II LC Capsule (xi-măng thuỷ tinh cải tiến) và Filtek Z350 XT (composite).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- *Địa điểm nghiên cứu:* Viện 69 Bộ tư lệnh Lãng.

- *Thời gian nghiên cứu:* từ tháng 10/2018 đến tháng 12/2018.

2.2. Vật liệu

- GC Fuji II LC Capsule (xi-măng thuỷ tinh cải tiến) (GC)

- Filtek Z350 XT (Nano composite) (3M)

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Thực hiện nghiên cứu trên 10 răng hàm nhỏ vĩnh viễn của người đã nhổ, không có tổn thương sâu răng hay tổn thương mất chất khác, răng còn nguyên vẹn.

Các răng được làm sạch, ngâm trong nước muối sinh lý. Sau đó các mẫu răng được tạo lỗ hàn ở cổ răng phía mặt ngoài, sau đó chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm: Nhóm 1 (5 răng) được hàn phục hồi bằng GC Fuji II LC Capsule, nhóm 2 (5 răng) được hàn phục hồi bằng composite Filtek Z350 XT

Các mẫu răng sau khi hàn phục hồi được trải qua các chu trình nhiệt, làm tiêu bản, cắt dọc răng qua trung tâm mỗi hàn theo chiều gần- xa và đánh giá vi kế trên kính hiển vi soi nổi, như vậy chúng tôi có 10 mẫu răng được soi cho mỗi loại vật liệu hàn phục hồi.

Tạo lỗ hàn loại V. Lỗ hàn được tạo ở mặt ngoài răng, thành căn qua men răng, thành lợi qua xê măng, cách đường cổ răng 1 mm.

Độ rộng lỗ hàn 3mm, dài 4mm, sâu 2 mm.

Các thành gần, thành xa, thành căn, thành lợi vuông góc với thành trục. Thành trục song song với mặt ngoài vùng cổ răng

Hàn phục hồi bằng vật liệu GC Fuji II LC Capsule và Composite Filtek Z350

Kỹ thuật hàn GC Fuji II LC Capsule

Đặt dung dịch xử lý ngà thời gian 15 giây, rửa sạch, làm khô

Hoạt hoá và trộn nhộng Fuji II LC Capsule

Bơm Fuji II LC vào lỗ hàn, chiếu đèn 20s

Hoàn thiện và đánh bóng; Bôi cách ly mỗi hàn.

Kỹ thuật hàn composite. Xoi mòn men và ngà răng bằng acid photphohydric 37%, rửa sạch sau 20 giây và làm khô

Bôi keo kết dính để 30 giây, thổi khí nhẹ, chiếu đèn 20 giây

Đặt composite từng lớp ≤ 2 mm, chiếu đèn 40 giây từ nhiều phía đảm bảo trùng khớp hoàn toàn Hoàn thiện và đánh bóng

Chu trình nhiệt. Các mẫu đều trải qua 100 chu kỳ nhiệt, nhiệt độ thay đổi giữa 5°C và 55°C

Làm tiêu bản

Cách ly: Bịt kín phần chóp chân răng bằng sáp dính. Phủ một lớp sơn bóng chống thấm lên toàn bộ bề mặt răng, trừ một "cửa sổ" là bề mặt phục hồi và mở rộng ra 1mm xung quanh bờ phục hồi.

Nhuộm màu vi kế: Mẫu được ngâm trong dung dịch xanh methylene 2% trong 12 giờ. Sau đó mẫu được làm sạch, làm khô.

Mẫu được cắt qua trung tâm phục hồi theo mặt phẳng qua trục răng theo chiều gần xa bằng đĩa kim cương mỏng có nước làm mát.

Đánh giá vi kế. Mức độ thâm nhập chất màu được đánh giá dưới kính hiển vi soi nổi với độ phóng đại 30 lần, bởi hai quan sát viên độc lập, theo thang điểm:

0: không thấy chất màu ở thành căn hoặc thành lợi.

1: chất màu thâm nhập chưa quá một nửa chiều dài thành căn hoặc thành lợi.

2: chất màu thâm nhập quá một nửa chiều dài thành căn hoặc thành lợi.

3: chất màu thâm nhập toàn bộ thành căn hoặc thành lợi và lan tới thành trục.

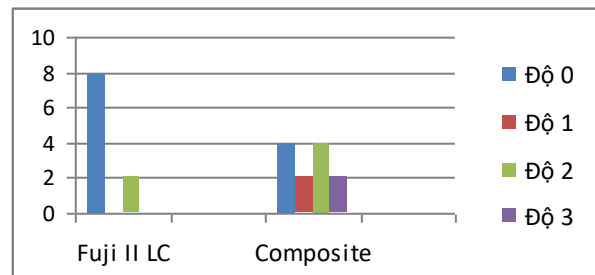
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Mức độ vi kế ở hai nhóm thử nghiệm

Mức độ Nhóm	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Tổng
Fuji II LC	6	0	2	2	10
Composite	2	2	2	4	10
Tổng	8	2	4	6	20

Nhóm I: 6 phục hồi không có thâm nhập chất màu, 2 phục hồi có chất màu thâm nhập quá một nửa chiều dài thành căn (độ 2) và 2 phục hồi có chất màu thâm nhập quá thành lợi đến thành trục (độ 3).

Nhóm II: 2 phục hồi không có thâm nhập chất màu, 2 phục hồi chất màu thâm nhập chưa quá một nửa chiều dài thành căn (độ 1), 2 phục hồi có chất màu thâm nhập quá nửa chiều dài thành căn (độ 2) và 4 phục hồi có chất màu đến thành trục (độ 3).



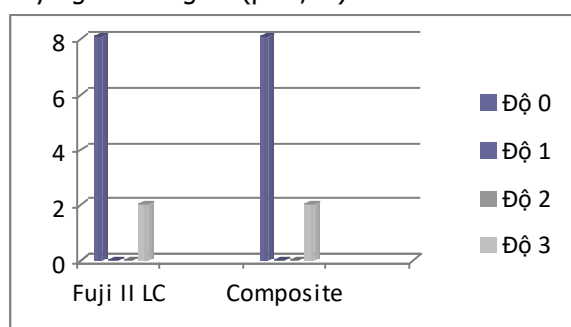
Biểu đồ 1: Mức độ vi kế ở thành căn
Sử dụng phép kiểm định Mann-Whitney cho

thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ thâm nhập chất màu trong hai nhóm thử nghiệm ($p < 0,05$).

Nhóm I: 8 phục hồi không có thâm nhập chất màu, 2 phục hồi có chất màu thâm nhập quá một nửa chiều dài thành căn (độ 2).

Nhóm II: 4 phục hồi không có thâm nhập chất màu, 2 phục hồi chất màu thâm nhập chưa quá một nửa chiều dài thành căn (độ 1), 2 phục hồi có chất màu thâm nhập quá nửa chiều dài thành căn (độ 2) và 2 phục hồi có chất màu thâm nhập hết chiều dài thành căn đến thành trực (độ 3).

Kiểm định cho thấy sự khác biệt về mức độ thâm nhập chất màu trong hai nhóm thử nghiệm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 2: Mức độ vi kế ở thành lợi

Nhóm I: 8 phục hồi không có thâm nhập chất màu, 2 phục hồi có chất màu thâm nhập hết chiều dài thành lợi đến thành trực (độ 3).

Nhóm II: 8 phục hồi không có thâm nhập chất màu, 2 phục hồi có chất màu thâm nhập hết chiều dài thành lợi đến thành trực (độ 3).

Kiểm định cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ thâm nhập chất màu trong hai nhóm thử nghiệm ($p > 0,05$).

Xi-măng thủy tinh cải tiến có tính thẩm mỹ được cải thiện trong khi vẫn giữ được những phẩm chất có lợi như giải phóng Fluor. Việc kết hợp thành phần nhựa tăng cường các tính chất vật lý như chống ăn mòn, khả năng đánh bóng và thẩm mỹ. Các tính chất cơ bản như vi kế ít và độ bền liên kết cao là yếu tố quan trọng cho sự thành công của bất kỳ vật liệu phục hồi nào. Kết quả thử nghiệm cho thấy phục hồi tổn thương mòn cổ răng bằng GC Fuji II LC Capsule có chất lượng tiếp hợp bờ tốt (60% phục hồi hoàn toàn không có vi kế), trong khi đó composite Filtek Z350 XT thể hiện vi kế ở những mức độ khác nhau: 20% độ 1, 20% độ 2, và 40% độ 3.

Xi măng thủy tinh cải tiến liên kết với ngà răng bằng 2 cơ chế kết dính: liên kết hoá học và liên kết vi cơ học [1]. Không giống như

composite, xi măng thủy tinh cải tiến liên kết hoá học với cấu trúc răng dựa trên sự trao đổi ion của các nhóm carboxylic trong axit polyalkenoic với canxi, là thành phần có trong cấu trúc cứng của răng [2]. Sau khi sử dụng dung dịch xử lý ngà, liên kết lưu vi cơ học được hình thành do sự xâm nhập của các đuôi hữu cơ trong xi măng thủy tinh cải tiến vào bề mặt men ngà răng bị khử khoáng 1 phần, do đó nó tạo thành một lớp lai giữa vật liệu hàn và răng. Như vậy hiệu quả kết dính của xi măng thủy tinh cải tiến nhờ 2 cơ chế kết dính.

Nghiên cứu của Cardoso chỉ ra rằng, sử dụng dung dịch xử lý ngà trên ngà răng bị cắt có vai trò quan trọng trong việc loại bỏ lớp mùn ngà và hình thành lớp lai. Ngoài việc tạo một liên kết chặt chẽ hơn của xi măng thủy tinh cải tiến với ngà răng bên dưới, việc loại bỏ lớp mùn ngà bằng axit cũng có thể làm tăng tính thẩm của ngà răng để cung cấp thêm lượng nước hỗ trợ trực tiếp cho sự thiết lập phản ứng axit-bazo. Sự co ngót trùng hợp của xi măng thủy tinh cải tiến được báo cáo tương tự như composite, vào khoảng 3% [3].

Nghiên cứu của William W. Brackett và cộng sự về vi kế trong hàn lỗ hàn loại V dùng Fuji II LC (GC) và Vitremer (3M) so sánh với Compomer Dyract (Dentsply) cho thấy kết quả hàn với 2 loại xi măng thủy tinh cải tiến không thấy có hở vi kế nặng trong đó với Compomer có 5/32 vị trí có hở vi kế nặng [4].

Behjatolmoluk Ajami và cộng sự (2007) nghiên cứu tình trạng hở vi kế khi sử dụng Fuji II LC và Compomer hàn tổn thương loại V. Kết quả cho thấy Fuji II LC ít hở vi kế hơn Compomer [5].

Amish Diwanji và cộng sự (2014) nghiên cứu về hở vi kế giữa 3 loại GIC: Fuji IX, Fuji II LC và Ketac Nano khi hàn tổn thương loại I và loại V trên 120 răng. Kết quả cho thấy Fuji IX hở vi kế lớn nhất, không có sự khác biệt về tình trạng hở vi kế giữa Fuji II LC và Ketac Nano [6].

Khoroushi (2012) nghiên cứu vi kế khi sử dụng composite và Fuji II LC khi phục hồi tổn thương mòn cổ răng, kết quả cho thấy Fuji II LC ít hở vi kế hơn composite cả ở thành căn và thành lợi của miềng hàn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [7].

Một trong các yếu tố chính ảnh hưởng chất lượng miềng hàn là độ khít sát giữa phục hồi và mô răng. Qua nhiều nghiên cứu khác nhau, các tác giả đi đến nhận định: Fuji II LC là vật liệu phục hồi tổn thương mòn cổ răng tỏ ra có hiệu quả hơn so với các vật liệu composite hay compomer.

IV. KẾT LUẬN

Trong giới hạn của thử nghiệm, có thể nhận định rằng sử dụng Fuji II LC Capsule cho chất lượng tiếp hợp bờ cao hơn so với sử dụng composite Filtek Z350 XT, Fuji II LC Capsule là một vật liệu phục hồi thích hợp đối với tổn thương mòn cổ răng.

Ý nghĩa ứng dụng: Ứng dụng Fuji II LC Capsule trong việc phục hồi tổn thương mòn cổ răng trong nha khoa là một giải pháp khả thi, đáp ứng được yêu cầu chức năng cũng như thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cardoso MV, Delmé KI, Mine A, et al (2010), "Towards a better understanding of the adhesion mechanism of resin-modified glass-ionomers by bonding to differently prepared dentin". J Dent, 38:921-9.
2. Mitra SB, Lee CY, Bui HT, Tantbirojn D, Rusin RP (2009), "Long-term adhesion and mechanism of bonding of a paste-liquid resin-modified glass-

ionomer". Dent Mater, 25:459-66.

3. Gerdolle DA, Mortier E, Droz D (2008), "Microleakage and polymerization shrinkage of various polymer restorative materials", J Dent Child, 75:125-33.
4. William W. Brackett, Timothy D. Gunnin, Russell O. Gilpatrick, et al (1998), "Microleakage of Glass V compomer and light-cured glass ionomer restorations", The Journal of Prosthetic Dentistry, 79: 261-263.
5. Behjatolmoluk A, Abbas M, Elham N (2007), "Microleakage of class V compomer and light-cured glass ionomer restoration in young premolar teeth", Journal of Mashhad Dental School, Mashhad University of Medical Sciences. 31: 25-28.
6. Amish D, Vineet D, Ruchi A (2014), "Comparative evaluation of microleakage of three restorative glass ionomer cement: An invitro study", Journal of Natural Science, Biology and Medicine, 5: 373-377.
7. Khoroushi M, Karvandi TM, Kamali B (2012), "Marginal microleakage of resin-modified glass-ionomer and composite resin restorations: effect of using etch-and-rinse and self-etch adhesives", Indian J Dent Res, 23(3):378-83.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG CHỚP XOAY TRÊN CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỐI CHIẾU VỚI NỘI SOI KHỚP VAI

Phan Đình Mừng*, Trần Đình Chiến**, Phạm Đăng Ninh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm tổn thương rách chóp xoay trên cộng hưởng từ, nội soi. **Đối tượng và phương pháp:** 114 BN (71 nam, 43 nữ) tuổi trung bình $53,38 \pm 9,27$ tuổi (từ 31 - 75 tuổi), chẩn đoán hình ảnh RCX trên phim chụp CHT, được PTNS khớp vai điều trị RCX, tại khoa CTCH - BVQY 175 từ tháng 05/2015 đến 11/2017. **Kết quả:** Đối chiếu hình ảnh RCX trên phim chụp CHT với PTNS khớp vai: RCX bán phần mặt hoạt dịch: phù hợp 63,64%. RCX bán phần mặt khớp: phù hợp: 56,52%. Tỷ lệ phù hợp cao nhất đối với RCX toàn phần: 81,04%. **Kết luận:** Hình ảnh trên phim chụp CHT chẩn đoán RCX có tính chính xác trong phát hiện RCX, nhất là đối với RCX toàn phần.

Từ khóa: Rách chóp xoay, cộng hưởng từ, nội soi khớp vai.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ROTATOR CUFF LESIONS ON MRI CORRELATION WITH ARTHROSCOPIC SHOULDER

Objective: Remark on the characteristics of rotator

cuff lesions on MRI correlation with arthroscopic shoulder. **Material and methods:** 114 patients (71 male and 43 female), the average age 53.38 ± 9.27 (from 31 to 75 ages) who had RCT based on MRI and were undergone arthroscopic shoulder in Orthopaedic Department, 175 Military Hospital from May 2015 to November, 2017. **Results:** Correlation between MRI and arthroscopy in detecting rotator cuff tear (RCT) in Bursal-sided partial-thickness of RCT: 63.64%. Articular-sided partial-thickness of RCT were: suitable rate: 56.52%. The highest in full-thickness of RCT: 81.04%. **Conclusion:** MRI has high value in diagnosis of RCT, especially in full-thickness of RCT.

Keywords: Rotator cuff tear, MRI, arthroscopic shoulder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rách chóp xoay là bệnh lý hay gặp ở khớp vai, gây đau đớn, ảnh hưởng đến sinh hoạt, lao động. Có nhiều phương pháp để chẩn đoán sớm RCX: Siêu âm, chụp CHT, nội soi khớp vai. Mỗi phương pháp đều có ưu nhược điểm riêng, có độ chính xác trong chẩn đoán và đánh giá các tổn thương khác nhau ở vùng vai. Theo Phan Châu Hà (2012) chụp CHT là phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn, có ưu điểm là quan sát được toàn bộ gân chóp xoay, phân biệt các bệnh lý của gân chóp xoay và các tổn thương khác với độ chính xác khá cao đến 81% [1].

Để góp phần chẩn đoán sớm, chính xác bệnh

*Bệnh viện Quân y 175

**Bệnh viện 103, HVQY

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đình Mừng

Email: baccipdmung@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 29/8/2019

Ngày duyệt bài: 10/9/2019

lý gân chóp xoay làm cơ sở để điều trị sớm có hiệu quả các tổn thương, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích nhận xét đặc điểm tổn thương rách chóp xoay trên cộng hưởng từ đối chiếu với nội soi khớp vai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 114 BN nghiên cứu: 71 nam 43 nữ. tuổi trung bình $53,38 \pm 9,27$ (tuổi từ 31 – 75 tuổi), được chẩn đoán rách chóp xoay và điều trị bằng PTNS tại khoa CTCH, Bệnh Viện 175 tại TP.HCM từ tháng 05/2015 đến tháng 11/2017.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 3.1: Tuổi, giới (n = 114)

Tuổi	Giới				Tổng cộng	Tỷ lệ % chung
	Nam		Nữ			
	Số Bn	Tỷ lệ %	Số Bn	Tỷ lệ %		
< 35	5	7,0	1	2,3	6	5,3
Từ 35 - < 45	10	14,1	4	9,3	14	12,3
Từ 45 - < 55	27	38,0	15	34,9	42	36,8
Từ 55- <65	22	31,0	21	48,8	43	37,7
Từ 65- 75	7	9,9	2	4,7	9	7,9
Tổng cộng	71	100	43	100	114	100
Tuổi trung bình X ± SD (Nhỏ nhất – Lớn nhất)	52,49 ± 10,02 (từ 31 – 75 tuổi)		54,84 ± 7,77 (từ 34 – 69 tuổi)		53,38 ± 9,27 (từ 31 – 75 tuổi)	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình $53,38 \pm 9,27$ (tuổi từ 31 – 75 tuổi), hay gặp ở nhóm tuổi từ 45 – 65 tuổi (cả nam và nữ), chiếm tỷ lệ cao. Tỷ lệ RCX nam/nữ xấp xỉ: 1,65/1.

3.2. Đặc điểm tổn thương chóp xoay trên phim CHT và nội soi khớp vai

Bảng 3.2: Hình ảnh RCX trên phim chụp CHT và nội soi khớp vai (n=114)

Hình ảnh RCX	Trên phim chụp CHT		Nội soi khớp vai	
	Số Bn	Tỷ lệ %	Số Bn	Tỷ lệ %
Rách bán phần mặt hoạt dịch	33	28,95	34	29,82
Rách bán phần mặt khớp	23	20,17	21	18,43
Rách hoàn toàn	58	50,88	59	51,75
Tổng cộng	114	100%	114	100

Nhận xét: Trên cả phim CHT và PTNS khớp vai, tỷ lệ RCX toàn phần chiếm đa số, trong khi đó tỷ lệ RCX bán phần mặt hoạt dịch và mặt khớp không khác nhau nhiều.

3.3. Nhận xét đặc điểm tổn thương RCX trên CHT, nội soi

Bảng 3.3: Tổn thương RCX bán phần mặt hoạt dịch trên CHT, nội soi

Rách bán phần mặt hoạt dịch n=33	Phù hợp với hình ảnh trong nội soi: 21 BN		63,64%
	Không phù hợp với nội soi 12BN	2 BN RCX bán phần mặt khớp	6,06 %
		10 BN rách toàn phần	30,3 %

Nhận xét: Có 33/114 BN rách CX bán phần mặt hoạt dịch, khi nội soi đúng là rách bán phần mặt hoạt dịch: 21/33 BN (63,64%). 2/33BN rách bán phần mặt khớp (6,06%), 10/33 BN rách toàn phần (30,30%).

Bảng 3.4: Tổn thương RCX bán phần mặt khớp trên CHT, nội soi

Rách bán phần mặt khớp n=23	Phù hợp với hình ảnh trong nội soi: 13 BN		56,52%
	Không phù hợp với nội soi 10 BN	8 BN rách bán phần mặt hoạt dịch	34,78%
		2 BN rách toàn phần	8,7%

Nhận xét: Có 23/114 BN rách CX bán phần mặt khớp, khi nội soi đúng là rách bán phần mặt khớp: 13/23 BN (56,52%). 8/23BN rách bán phần mặt hoạt dịch (34,78 %), 2/23 BN rách toàn phần (8,70%).

Bảng 3.5: Tổn thương RCX toàn phần trên CHT, nội soi

Rách toàn phần chóp xoay n=58	Phù hợp với hình ảnh trong nội soi: 47 BN		81,04%
	Không phù hợp với nội soi 11BN	6 BN rách bán phần mặt khớp	10,34 %
		5 BN rách bán phần hoạt dịch	8,62%

Nhận xét: Có 58/114 BN rách CX toàn phần, khi nội soi đúng là rách toàn phần toàn phần: 47/58 BN (81,04%). 6/58BN rách bán phần mặt khớp (10,34%), 5/58 BN rách bán phần mặt hoạt dịch (8,62%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đối tượng nghiên cứu:

4.1.1. Tuổi và giới. Nghiên cứu này tuổi trung bình của BN RCX là $53,38 \pm 9,27$ tuổi (bảng 3.1) (từ 31 đến 75 tuổi), nhóm tuổi từ 45 đến 65 chiếm tỷ lệ cao nhất cả nam và nữ (74,5%).

Nghiên cứu này có 71 nam và 43 nữ, tỷ lệ xấp xỉ 1,65/1; tác giả A. Lamber thì tỷ lệ nam/nữ là 1:4[3]. Sự khác nhau về tỷ lệ này theo các nghiên cứu có lẽ do sự khác nhau về dân số nghiên cứu và đặc điểm cơ mẫu khác nhau.

4.1.2. Đặc điểm tổn thương:

- Số BN được chẩn đoán RCX toàn phần trên phim chụp CHT là 58 BN (tỷ lệ 50,87%); chẩn đoán trong NS: 59BN (tỷ lệ 51,76%).

- Số BN được chẩn đoán RCX bán phần mặt hoạt dịch, trên phim chụp CHT là 33 BN (tỷ lệ 28,95%); chẩn đoán trong NS khớp vai: 34 BN

(tỷ lệ 29,82%),

- Số BN được chẩn đoán RCX bán phần mặt khớp trên phim chụp CHT là 23 BN (tỷ lệ 20,18%); chẩn đoán trong NS khớp vai: 21 BN (tỷ lệ 18,42%),

Sự khác biệt hình ảnh trên 2 phương thức chẩn đoán không khác nhau nhiều (bảng 3.2). Hơn nữa, trên CHT theo nghiên cứu này, tỷ lệ rách chóp xoay toàn phần cao hơn gần 1,5 lần rách chóp xoay bán phần mặt hoạt dịch hoặc mặt khớp (50,87% so với 28,95% RCX bán phần mặt hoạt dịch và 20,18% RCX bán phần mặt khớp)

Trong nghiên cứu chẩn đoán RCX cổ kiểm chứng bằng NS khớp vai của Waladt cho 275 BN, có 46,7% (92 BN) RCX toàn phần và 53,3 % (105BN) RCX bán phần[4]. Đặc điểm về tỷ lệ các loại rách này khác nhau theo các nghiên cứu có lẽ do sự khác nhau về dân số nghiên cứu và đặc điểm cơ mẫu khác nhau.

Bảng 4.1. Các nghiên cứu RCX trên phim chụp CHT

Hình ảnh tổn thương RCX trên CHT	Rách toàn phần	Rách bán phần mặt hoạt dịch	Rách bán phần mặt khớp	Tỷ lệ RCX trên CHT/nội soi khớp vai
Nghiên cứu của chúng tôi	58 (50,88%)	33 (28,85%)	23 (20,17%)	114/114 BN
Waladt	92(46,7%)	105(53,3%)		197/275 BN

4.2. Nhận xét đặc điểm tổn thương RCX trên cộng hưởng từ, nội soi

4.2.1. Với RCX bán phần mặt hoạt dịch.

Theo kết quả đối chiếu giữa hình ảnh chụp CHT với PTNS khớp vai (bảng 3.3): Có 33/ 114 BN rách CX bán phần mặt hoạt dịch, khi nội soi đúng là rách bán phần mặt hoạt dịch: 21/33 BN(63,64%). 2/33BN rách bán phần mặt khớp (6,06 %), 10/33 BN rách toàn phần (30,30%). Trong RCX bán phần mặt hoạt dịch khó đánh giá trong PTNS vì mô hoạt dịch viêm phì đại sẽ che phủ bề mặt CX. Theo Magee, CHT có độ nhạy cao hơn hẳn 84% do sử dụng máy CHT 3 Tesla làm tăng tỷ lệ trên nhiều và độ phân giải cao hơn [5].

4.2.2. Với RCX bán phần mặt khớp. Theo nghiên cứu cho kết quả đối chiếu giữa hình ảnh chụp CHT với PTNS khớp vai (Bảng 3.4), Có 23/114 BN rách CX bán phần mặt khớp, khi nội soi đúng là rách bán phần mặt khớp: 13/23 BN (56,52%). 8/23BN rách bán phần mặt hoạt dịch (34,78 %), 2/23 BN rách toàn phần (8,70%). RCX bán phần mặt khớp chẩn đoán trên mặt phẳng

đứng ngang (coronal) với xung T1FS và T2 FS. Xung T2W và T2FS có giá trị thấp hơn xung T1FS trong chẩn đoán RCX bán phần mặt khớp với RCX toàn phần do khó nhận biết viêm bao hoạt dịch hay dịch từ khoang khớp vai ngấm vào khoang MCV (khi có rách toàn phần).

4.2.3. Với RCX toàn phần. Theo kết quả nghiên cứu đối chiếu giữa hình ảnh RCX toàn phần trên phim chụp CHT với PTNS khớp vai (Bảng 3.5) cho giá trị chẩn đoán RCX toàn phần của chụp CHT có 58/114 BN rách CX toàn phần, khi nội soi đúng là rách toàn phần toàn phần: 47/58 BN(81,04%). 6/58BN rách bán phần mặt khớp (10,34%), 5/58 BN rách bán phần mặt hoạt dịch (8,62%). Chẩn đoán RCX toàn phần trên phim CHT có độ chính xác cao, tương đương các nghiên cứu của Phan Châu Hà: 97,8%. Waladt: 98%[1][4].

4.3. Nhận xét giá trị chẩn đoán RCX trên phim CHT. Nghiên cứu này cho thấy CHT có độ chính xác cao trong phát hiện RCX toàn phần trên phim chụp CHT, nhưng còn hạn chế trong

chẩn đoán RCX bán phần. Nghiên cứu của Lenza và cs về tương quan chẩn đoán RCX giữa CHT và nội soi. đã xác định CHT có giá trị chẩn đoán rất tốt với RCX toàn phần nhưng có độ nhạy kém đối với RCX bán phần[6]. Những kỹ thuật mới hơn đã được phát triển để làm tăng độ nhạy phát hiện tổn thương chóp xoay bán phần. Kỹ thuật xóa mỡ làm tăng độ tương phản tín hiệu dịch trên T2W được cho là phương tiện làm tăng khả năng chẩn đoán RCX bán phần. Quinn và cs báo cáo độ nhạy 82 %, độ đặc hiệu 99% trong 11 BN rách chóp xoay bán phần đối chiếu với nội soi khi dùng kỹ thuật xóa mỡ[7]. Ngoài ra, vấn đề đồng thuận giữa người đọc kết quả MRI và PTV cũng là những hạn chế hay gặp trong nghiên cứu của các tác giả Waldt, Kyung... sự đồng thuận này rất cao giữa người quan sát và PTV trong đánh giá RCX hoàn toàn nhưng chỉ ở mức trung bình trong đánh giá RCX bán phần.

V. KẾT LUẬN

Hình ảnh CHT khớp vai là phương tiện chẩn đoán có mức phù hợp cao giữa MRI và nội soi: cao nhất đối với RCX toàn phần: 81,04%; thấp hơn với RCX bán phần mặt hoạt dịch: 63,64%, thấp nhất với RCX bán phần mặt khớp: 56,52%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Châu Hà (2012), "Vai trò của cộng hưởng từ có chất tương phản nội khớp trong chẩn đoán rách chóp xoay," Luận văn thạc sĩ y học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
2. Muthami K.M., Onyambu C.K., Odhiambo A.O., Muriithi I.M. (2014): "Correlation of magnetic resonance imaging findings with arthroscopy in the evaluation of rotator cuff pathology," vol. 8, no. September, pp. 52–59.
3. Lambert A. (2009): "Rotator cuff tears: value of 3.0T MRI," J. Radiol., vol. 90, no. 5 Pt 1, pp. 583–588.
4. S. Waldt (2007): "Rotator cuff tears: Assessment with MR arthrography in 275 patients with arthroscopic correlation," Eur. Radiol., vol. 17, no. 2, pp. 491–498.
5. Magee T. and Williams D. (2006), "3.0-T MRI of the supraspinatus tendon," Am. J. Roentgenol., vol. 187, no. 4, pp. 881–886.
6. Lenza M., Buchbinder R., Takwoingi Y et al. (2013): "Magnetic resonance imaging, magnetic resonance arthrography and ultrasonography for assessing rotator cuff tears in people with shoulder pain for whom surgery is being considered," Cochrane Database Syst. Rev., no. 9, 2013.
7. Quinn F. and Demlow A. (1995), "Rotator Cuff Tendon with Fat-suppressed Arthroscopic Correlation Tears: Evaluation MR Imaging in 100 with Patients' PURPOSE," Musculoskelet. Radiol., vol. 195, pp. 497–501.

NGHIÊN CỨU TRÊN THỰC NGHIỆM HÌNH THÁI ỐNG TỦY CHỮ C Ở RĂNG HÀM LỚN THỨ HAI HÀM DƯỚI

Nguyễn Thế Hạnh*, Nguyễn Minh Anh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm hình thái ống tủy chữ C ở răng hàm lớn thứ hai hàm dưới (RHLT2HD) trên thực nghiệm. **Đối tượng và phương pháp:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu ở 32 RHLT2HD có chân dạng chữ C, được nhổ từ những bệnh nhân người Việt Nam. Các răng sau nhổ được làm sạch bên ngoài bằng cách ngâm trong dung dịch NaOCl 5,25% trong 24 giờ, sau đó cố định trong dung dịch formol 10%. Tiến hành khử khoáng, làm răng trong suốt, sau đó bơm mực Ấn Độ. Cắt các lát cắt ngang chân răng ở 5 vị trí dọc theo chiều dài chân răng. Quan sát và chụp ảnh các lát cắt dưới kính hiển vi điện tử quét. Hình thái ống tủy chữ C được phân loại theo phân loại của Fan và CS [3]. Nghiên cứu mô tả tiền lâm sàng. **Kết quả:** 93,7% các chân RHLT2HD

dạng chữ C có ống tủy chữ C, 6,3% còn lại, ống tủy có dạng tròn hoặc ô van. Hình thái ống tủy dạng C1 gặp nhiều nhất, chiếm 68,7%; hình thái ống tủy C2 chiếm 18,7%, dạng C3 và C4 đều chiếm tỷ lệ 6,3%. **Kết luận:** Hình thái OT chữ C ở RHLT2HD của người Việt có nhiều biến thể phức tạp, số lượng và hình dạng OT có thể thay đổi dọc theo chiều dài chân răng, điều này gây khó khăn cho quá trình điều trị.

Từ khóa: Răng hàm lớn thứ hai hàm dưới, hình thái ống tủy dạng chữ C

SUMMARY

RESEARCH ON EXPERIMENT C SHAPED ROOT MORPHOLOGICAL OF MANDIBULAR SECOND MOLAR

Objective: To evaluate the C shaped root canal morphological characteristics of mandibular second molar in invitro. **Subjects and method:** 32 mandibular second molars with C shaped root were collected by extracting from Vietnamese patients. The teeth after extraction procedure were put in NaOCl 5,25% for 24 hours for purifying purpose, then we preserved them with formol 10%. Mineralizing and clearing the teeth, then filling Indian ink inside. Do the cross section of the mandibular second molar's roots

*Bệnh viện RHM Trung ương HN

** Viện Đào tạo RHM, Đại học Y HN

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hạnh

Email: thehanh1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/7/2019

Ngày phản biện khoa học: 18/8/2019

Ngày duyệt bài: 5/9/2019

at 5 positions accross its length. Observe and photograph all the cross-section through the micro telescope. The complexion of the C shaped root were divided into groups by the Fan and partners's classification. Pre-clinical descriptive study. **Result:** 93,7% the roots of C-shaped mandibular second molar have C-shaped root canal, 6,3% have oval or round shape. The C1-type root canal were found mostly, with 68,7%, C2-type 18,7%, C3 and C4 are 6,3% each. **Conclusion:** The root canal shape of mandibular second molar in Vietnamese patient have complicated variations, with number and shape can be different accross the root length, which cause a lot of difficulties for treatment

Key words: Mandibular second molar, C shaped root canal morphological.

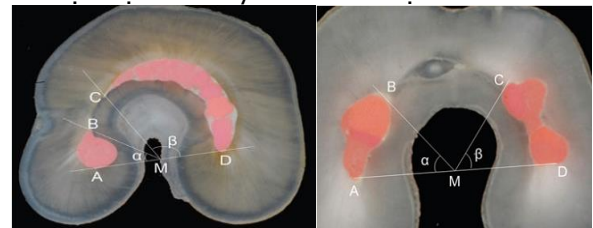
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hình thái chân răng dạng chữ C được Cooke và Cox (1979) mô tả lần đầu tiên vào năm 1979. Tuy nhiên, Weine và Cs (1998) cho rằng, một số các bác sĩ lâm sàng đã phát hiện thấy sự hiện diện của các chân răng cũng như ống tủy dạng chữ C ở RHLT2HD từ trước đó. Trong một nghiên cứu mô tả về giải phẫu chân răng của răng hàm lớn thứ hai, Manning (1990) báo cáo rằng, các chân răng dạng chữ C được ghi nhận lần đầu tiên vào năm 1908 và 1911, sau khi khảo sát các bộ xương của những người thuộc chủng tộc Neanderthal, đây là những người tiền sử của chủng tộc Mongoloid, bao gồm các quần thể người châu Á. Kết quả từ các nghiên cứu cho thấy, phần lớn các ống tủy dạng chữ C được tìm thấy ở RHLT2HD, ngoài ra cũng có các ghi nhận được thấy ở các răng hàm nhỏ thứ nhất, răng hàm lớn hàm trên và răng hàm lớn thứ ba hàm dưới [5]. Nhiều tác giả cho rằng, OT dạng chữ C là một biến dạng giải phẫu quan trọng, việc phát hiện sớm các cấu trúc dạng này giúp cho việc làm sạch, tạo hình và lấp đầy hệ OT chân các RHLT2HD [5]. Hình thái ống tủy ở các răng hàm lớn hàm dưới dạng chữ C được đặt tên theo các lát cắt ngang của chân răng [3], hoặc theo chiều dọc của ống tủy [2]. Không giống các răng khác, hình dạng buồng tủy của các răng có ống tủy dạng chữ C là một lỗ vào dạng dài mảnh hình cánh cung 180°, bắt đầu từ góc đường giữa lưỡi và vòng qua phía má và lưỡi để tận cùng ở phía xa của buồng tủy [1], [6]. Khi đi xuống dưới, hình thái ống tủy dạng chữ C biểu hiện những khác biệt rất lớn về giải phẫu [3], [4]. Melton và CS [6], cho rằng các ống tủy dạng chữ C ở RHLT2HD có thể khác nhau về số lượng và hình dạng dọc theo chiều dài của chân răng. Cho đến nay, đã có nhiều các nghiên cứu về hình thái chân và ống tủy dạng chữ C ở RHLT2HD được báo cáo, tuy nhiên, các nghiên cứu cho các kết

quả khác nhau về tỷ lệ chân răng dạng chữ C và tỷ lệ này có sự khác biệt giữa các vùng địa lý và dân tộc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành thu thập các RHLT2HD có chân dạng chữ C được nhổ từ những bệnh nhân người Việt Nam. Tổng cộng 32 răng đạt tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu. Các răng sau nhổ được làm sạch bên ngoài bằng cách ngâm trong dung dịch NaOCl 5,25% trong 24 giờ, sau đó cố định trong dung dịch formol 10%. Tiến hành khử khoáng, làm răng trong suốt, sau đó bơm mực Ấn Độ. Cắt các lát cắt ngang chân răng ở 5 vị trí dọc theo chiều dài chân răng. Lát cắt 1: cắt ngang qua chân răng, cách chóp răng 1mm, Lát cắt 2: cắt ngang qua 1/4 dưới chân răng, Lát cắt 3: cắt ngang giữa chân răng, Lát cắt 4: cắt ngang qua 1/4 trên chân răng, Lát cắt 5: cắt ngang qua cổ răng. Quan sát và chụp ảnh các lát cắt dưới kính hiển vi điện tử quét. Trên tổng số lát cắt ngang chân răng, dựa vào phân loại của Fan và Cs [3] để phân thành 4 loại: Loại 1 (C1): Các OT dạng chữ C liên tục. Loại 2 (C2): Lỗ vào OT có dạng dấu chấm phẩy, với góc α hoặc β lớn hơn 60°. Loại 3 (C3): Có hai hoặc ba OT đứng riêng rẽ và hai góc α hoặc β nhỏ hơn 60°. Loại 4 (C4): Chỉ có một mặt tròn hay ovan trên mặt cắt.



Hình 1. Hình ảnh đo góc loại C2, C3 theo Fan B

* Nguồn: Fan B., Cheung G.S., Fan M., Gutmann J.L., Bian Z. (2004) [3]

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiền lâm sàng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Hình dạng ống tủy ở răng có chân dạng chữ C

Dạng ống tủy	Số lượng	Tỷ lệ %
Cổ dạng chữ C	30	93,7
Dạng tròn hoặc ô van	2	6,3
Tổng	32	100

Trong tổng số 32 răng có chân dạng chữ C, tỷ lệ răng có ống tủy dạng chữ C cao hơn các dạng ống tủy khác. 30 răng có ống tủy dạng chữ C (chiếm tỷ lệ 93,7%) và 2 răng, ống tủy có dạng tròn hoặc ô van (chiếm tỷ lệ 6,3%).

Bảng 2. Phân loại hình thái ống tủy chữ

C theo Fan và CS

Dạng OT chữ C	Số lượng	Tỷ lệ %
C1	22	68,7
C2	6	18,7
C3	2	6,3
C4	2	6,3

Tổng cộng	32	100
-----------	----	-----

Kết quả nghiên cứu thấy, hình thái ống tủy dạng C1 gặp nhiều nhất, ít gặp nhất là hình thái ống tủy C3 và C4. Ống tủy dạng C1 chiếm 68,7%; dạng C2 chiếm 18,7%; dạng C3 và C4 đều chiếm tỷ lệ 6,3%.

**Hình 2. Hình thái ống tủy C1****Hình 3. Hình thái ống tủy C2****Hình 4. Hình thái ống tủy C3****Hình 5. Hình thái ống tủy C4****IV. BÀN LUẬN****4.1. Hình dạng ống tủy trên các lát cắt.**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy, trên các lát cắt ngang chân RHLT2HD dạng chữ C, mặt cắt ống tủy có hình thể rất đa dạng, có thể có dạng chữ C, dạng chấm phẩy, dạng tròn, dạng ô van hoặc các dạng khác. Thêm vào đó, hình dạng ống tủy cũng có sự khác biệt giữa các vị trí lát cắt, một ống tủy có thể có nhiều dạng hình thái khác nhau dọc theo chiều dài của chân răng. Khi quan sát tất cả các lát cắt của mỗi chân răng, chúng tôi thấy hầu hết (30/32 răng, chiếm tỷ lệ 93,7%) các chân răng có dạng ống tủy chữ C ở ít nhất 1 lát cắt nào đó dọc theo chân răng, những trường hợp này chúng tôi xếp vào dạng ống tủy chữ C. Ngoài ra, chúng tôi thấy 2 trường hợp (chiếm tỷ lệ 6,3%), mặc dù chân răng có dạng chữ C nhưng ống tủy lại có dạng tròn hoặc ô van chạy suốt theo chiều dài chân răng.

Một số tác giả khi nghiên cứu về hình thái chân và ống tủy dạng chữ C ở RHLT2HD cũng nhận thấy, hình thái ống tủy ở những răng này có rất nhiều dạng khác nhau [3], [6] và không phải tất cả các chân răng dạng chữ C đều có ống tủy dạng chữ C [3], [7], [8]. Trong một nghiên cứu trên thực nghiệm ở 581 RHLT2HD của người Trung Quốc, Yang và Cs [7] thấy 54 RHLT2HD (chiếm 31,5%) có chân dạng chữ C (mặt cắt

ngang của chân răng trông giống như chữ C), trong đó, 37 răng có miệng ống tủy dạng chữ C (chiếm 68,3% các răng có chân chữ C và chiếm 21,5% trong tổng số 581 răng được nghiên cứu). Fan và Cs [3], khi nghiên cứu ở 58 RHLT2HD 1 chân dạng chữ C được nhổ từ người Trung Quốc nhận thấy, 54 răng (chiếm 93,1%) có ống tủy dạng chữ C ở ít nhất một vị trí nào đó dọc theo chiều dài chân răng và 4 răng (chiếm 6,9%) có ống tủy dạng tròn hoặc ô van. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, hình dạng ống tủy có thể thay đổi dọc theo chiều dài của chân răng và các ống tủy phụ, ống tủy bên có thể được thấy ở bất kỳ vị trí nào của chân răng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu trên, tuy nhiên, lại có sự khác biệt với nghiên cứu của Lê Thị Hường [1]. Trong nghiên cứu của Lê Thị Hường, 25 RHLT2HD có chân dạng chữ C được thu thập ở chủng tộc người Việt, tác giả cũng tiến hành cắt các lát cắt ngang chân răng ở các vị trí khác nhau và ghi nhận hình thái ống tủy bằng trực quan. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 100% các chân chữ C có ống tủy dạng chữ C và tất cả các lát cắt miệng ống tủy đều có dạng chữ C. Tỷ lệ thường gặp ở người da trắng là 2,7% - 7,6%, tỷ lệ cao hơn gặp ở người Trung Á (từ 10,6% đến 19,1%) và tỷ lệ ống tủy chữ C gặp nhiều nhất là ở người Đông Bắc Á, chiếm tỷ lệ từ

20% đến 52% [7].

4.2. Phân loại hình thái ống tủy ở răng có chân dạng chữ C. Đã có nhiều cách phân loại ống tủy dạng chữ C được đề xuất, nhưng dường như chưa có tác giả nào đưa ra được 1 cách phân loại đầy đủ các biến thể giải phẫu của ống tủy dạng này. Năm 1990, Manning là người đầu tiên đưa ra cách phân loại hình thái ống tủy dạng chữ C, sau đó Melton và CS [6] đã đề xuất phân chia ống tủy dạng chữ C thành 3 loại. Tuy nhiên, Fernandes và CS [4] cho rằng, không có sự phân biệt rõ ràng giữa các loại trong phân loại của Melton. Hơn nữa, Melton và Manning chỉ đưa ra sự xuất hiện của ống tủy chữ C, mà không mô tả các hình thái chữ C có thể thay đổi dọc theo chiều dài chân răng [2], [3]. Các phân loại khác sau đó được công bố bởi Al-Fouzan (2002), Fan và CS [3], Gao và CS (2006), Min và CS (2006), vv... Tuy nhiên, vẫn còn nhiều các dạng hình thái ống tủy chữ C chưa được phân loại [4]. Năm 2004, Fan và CS [3] tiến hành nghiên cứu ở 58 RHLT2HD 1 chân dạng chữ C được nhổ từ người Trung Quốc. Chụp phim cắt lớp với các lát cắt cách nhau 0,5 mm để đánh giá số lượng và hình dạng ống tủy. Tác giả đã chia hình thái ống tủy làm 5 loại, gồm 3 loại hình thái ống tủy chữ C là C1, C2, C3, loại ống tủy có dạng tròn hoặc ô van gọi là C4 và loại C5 là chân răng đặc kín, không có ống tủy. Kết quả, đa số các răng (48/58 răng, chiếm 82,8%) có hình thái ống tủy loại C1, 4 răng (chiếm 6,9%) có hình thái ống tủy loại C2, 2 răng (chiếm 3,4%) có hình thái ống tủy loại C3 và 4 răng (chiếm 6,9%) có ống tủy dạng tròn hoặc ô van được tác giả xếp vào loại C4. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, hình dạng ống tủy có thể thay đổi dọc theo chiều dài của chân răng và các ống tủy phụ, ống tủy bên có thể được thấy ở bất kỳ vị trí nào của chân răng. Mặc dù phân loại của Fan và CS chưa thực sự là tối ưu, nhưng nó phản ánh khá đầy đủ các hình thái ống tủy ở các chân răng dạng chữ C và đây cũng là cách phân loại được nhiều tác giả áp dụng nhất cho đến nay. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng dựa vào phân loại của Fan và CS [3] để phân chia hình thái ống tủy ở răng có chân dạng chữ C. Kết quả của chúng tôi thấy, phần lớn các răng có hình thái ống tủy loại C1 và không có trường hợp nào có hình thái ống tủy loại C5. Trong số 32 RHLT2HD có chân dạng chữ C, hình thái ống tủy loại C1 chiếm 68,7%; loại C2 chiếm tỷ lệ 18,7%; hình thái ống tủy loại C3 chiếm 6,3% và 2 răng (chiếm 6,3%) chỉ có ống tủy dạng tròn hoặc ô van, được xếp vào loại C4.

Một số nghiên cứu dựa vào các phân loại khác đưa ra kết quả.

Trong một nghiên cứu trên thực nghiệm của Demirbuga và Cs (2013), tác giả cũng dựa vào phân loại của Fan và Cs [3] để phân loại các RHLT2HD có ống tủy dạng chữ C. Kết quả của nghiên cứu cho thấy, trong tổng số 38 RHLT2HD có ống tủy dạng chữ C, tỷ lệ hình thái ống tủy loại C1, C2, C3 và C4 lần lượt là 15,8% (6 răng), 39,5% (15 răng), 42,1% (16 răng) và 2,6% (1 răng). Với đặc điểm một ống tủy dạng C từ sàn buồng tủy đến lỗ chóp. Loại ống tủy dạng C hoàn toàn, chiếm tỷ lệ 28%. Với đặc điểm có một lỗ vào ở sàn buồng tủy dạng chữ C đi xuống tách ra thành 2 ống tủy riêng biệt và có 2 lỗ chóp. Loại ống tủy dạng bán C, chiếm tỷ lệ 20%. Với đặc điểm lỗ vào ống tủy có dạng dấu chấm phẩy (lát cắt ngang sàn buồng tủy) tách ra thành 2 ống tủy riêng biệt hình chữ C và có 2 lỗ chóp và loại ống tủy dạng C không hoàn toàn, chiếm tỷ lệ 12%. Với đặc điểm: Có hai đến 3 ống tủy đứng riêng rẽ, lỗ vào sàn buồng tủy dạng chữ C, xuống phía dưới chia thành 3 ống tủy riêng biệt, 1 ống tủy ở phía chân xa, 2 ống tủy chân gần, có 3 lỗ chóp. Trong một nghiên cứu ở người Trung Quốc, Yang và CS [7], nhận thấy 68,3% các chân RHLT2HD dạng chữ C có miệng ống tủy chữ C. Ở các răng có miệng ống tủy chữ C, 65,8% các răng có hình thái ống tủy chữ C thực sự, với 1 ống tủy dạng chữ C duy nhất chạy từ buồng tủy đến chóp răng, 34,2% các răng có miệng ống tủy chữ C còn lại có nhiều hơn 1 ống tủy với các hình thái ống tủy khác nhau. Chai và Thong [2], nghiên cứu ở 20 RHLT2HD có chân dạng chữ C. Các răng sau khi được làm trong suốt sẽ cắt các lát cắt ngang chân răng cách nhau 1mm. Hình thái ống tủy chữ C được đánh giá bằng máy phân tích hình ảnh và được chia làm 3 loại. Dạng ống tủy chữ C hoàn toàn chiếm tỷ lệ 27% (tất cả các lát cắt đều có dạng chữ C), dạng chữ C không hoàn toàn chiếm 64% (có ít nhất 1 lát cắt có dạng chữ C dọc theo chiều dài ống tủy) và 9% số răng không có ống tủy dạng chữ C. Jayasinghe và CS (2008), sử dụng phim chụp cắt lớp để đánh giá hình thái ống tủy ở RHLT2HD của người Hồng Kông, Trung Quốc. Nghiên cứu cho thấy, 62 răng trong tổng số 204 RHLT2HD được nghiên cứu có ống tủy dạng chữ C. Ở những răng có ống tủy dạng chữ C, hình thái ống tủy được chia làm 3 loại theo phân loại của Melton và CS [6]. Kết quả, 17/62 răng (27,4%) có ống tủy loại I (ống tủy dạng chữ C liên tục từ buồng tủy tới chóp răng), 28 răng (45,2%) có ống tủy loại II (ống tủy có dạng bán C) và 17 răng (27,4%) còn lại có ống tủy loại III (có từ 2 đến 3 ống tủy riêng rẽ).

Mặc dù, các nghiên cứu đưa ra các kết quả

khác nhau, nhưng các tác giả đều cho rằng, ống tủy dạng chữ C ở RHLT2HD có nhiều hình thái phức tạp, điều này gây khó khăn cho nha sĩ khi điều trị nội nha các răng này.

V. KẾT LUẬN

Hình thái OT chữ C ở RHLT2HD của người Việt có nhiều biến thể phức tạp, số lượng và hình dạng OT có thể thay đổi dọc theo chiều dài chân răng, điều này gây khó khăn cho quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Hường (2010), Nghiên cứu hình thái răng và hệ thống ống tủy răng số 5, số 7 đề xuất ứng dụng trong điều trị nội nha, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Bộ Quốc phòng, tr.19-102.
2. Chai W.L., Thong Y.L.(2004), Cross-sectional morphology and minimum canal wall widths in C-shaped roots of mandibular molars, J Endod, 30(7), pp.509-512.

3. Fan B., Cheung G.S., et al. (2004), C-shaped canal system in mandibular second molars: Part I- Anatomical features, J Endod, 30(12), pp.899- 903.
4. Fernandes M., de Ataíde I., et al. (2014), C-shaped root canal configuration: A review of literature. J Conserv Dent.17(4), pp.312-319.
5. Jafarzadeh H., Wu Y.N. (2007), The C-shaped root canal configuration: a review, J Endod. 33(5), pp.517-523.
6. Melton D.C., Krell K.V., et al. (1991), Anatomical and histological features of C-shaped canals in mandibular second molars, Journal of Endodontic, 17, pp.384-388.
7. Yang Z.P., Yang S.F., et al. (1988), C-shaped root canals in mandibular second molars in a Chinese population, Endodon Dent Traumatol, 4(4), pp.160-163.
8. Zheng Q., Zhang L., et al. (2011), C-shaped root canal system in mandibular second molars in a Chinese population evaluated by cone-beam computed tomography, International Endodontic Journal, 44, pp.857-862.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT SỎI TÚI MẬT Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Hiếu Học*, Lê Văn Duy*, Trần Quế Sơn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật điều trị sỏi túi mật ở người cao tuổi tại bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 58 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật điều trị sỏi túi mật tại khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2016 đến tháng 6/2017. **Kết quả:** Có 58 trường hợp phẫu thuật cắt túi mật gồm 21 nam và 37 nữ. Trung bình mỗi bệnh nhân mắc 1,1 bệnh mạn tính kèm theo. Mổ nội soi 45 trường hợp, trong đó có 4 trường hợp chuyển mổ mở và 13 trường hợp mổ mở ngay từ đầu. Sau mổ 1 trường hợp nặng xin về, biến chứng gồm 2 BN có dịch tồn dư (3,45%), 2 viêm phổi (3,45%) và cả 4 trường hợp đều điều trị nội thành công. Thời gian nằm viện trung bình là 5,5 ngày. Biến chứng sau mổ liên quan đến thời gian mổ ≥ 60 phút, chỉ số ASA, chỉ định mổ và tình trạng viêm túi mật. Tình trạng hoại tử túi mật liên quan đến giới nam, BN ≥ 70 tuổi, mắc bệnh đái tháo đường, BC $\geq 15000/\text{mm}^3$. Kết quả sớm và xa sau mổ tỉ lệ bệnh nhân đạt kết quả tốt lần lượt là 91,38% và 94,74%. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị sỏi túi mật ở người cao tuổi là an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Sỏi túi mật, người cao tuổi, phẫu thuật.

SUMMARY

RESULTS OF THE CHOLECYSTECTOMY IN

*Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Hiếu Học
Email: hieuhoc1305@gmail.com
Ngày nhận bài: 21/7/2019
Ngày phản biện khoa học: 12/8/2019
Ngày duyệt bài: 5/9/2019

ELDERLY AT THE BACH MAI HOSPITAL

Introduction: To evaluate the results of the cholecystectomy in elderly at the Bach Mai Hospital. **Material and Methods:** The retrospective study on 58 patients operated by cholecystectomy at the General Surgery Department – Bach Mai Hospital from 9/2016 – 6/2017. **Results:** There were 58 patients (21 males and 37 females). Rate of chronic diseases with the disease was 1,1/1 patient. Laparoscopic cholecystectomy was 45 cases including 4 cases versus open surgery and 13 cases of open cholecystectomy. There were 5 (8,62%) postoperative complications including 1 death, 2 residual fluid (3,45%), 2 pneumonia (3,45%) and all 4 cases were conservatively treated. The average hospital stay is 5.5 days. Postoperative complications related to operative time, ASA index, surgical indication and inflammation of gallbladder. The gallbladder necrosis related to male gender, to age over 70 years old, with diabetes, leukocytes over 15000/mm³. Early and far postoperative results were good of 91.38% and 94.74%, respectively. **Conclusion:** Surgical treatment of gallbladder stones in the elderly is safe and effective.

Keywords: gallbladder stones, elderly, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi túi mật là bệnh lý khá phổ biến trên thế giới đặc biệt ở các nước Âu-Mỹ, tỷ lệ sỏi túi mật ở Mỹ là 10%[1]. Ở Việt Nam bệnh lý sỏi chủ yếu ở đường mật và sỏi trong gan. Trong vài thập kỷ trở lại đây cùng với sự phát triển của siêu âm chẩn đoán, và sự thay đổi trong khẩu phần ăn (tăng chất béo, protein...), tỷ lệ sỏi túi mật cũng như các bệnh lý túi mật ở nước ta được chẩn

đoán và điều trị có chiều hướng tăng cao [2].

Sỏi túi mật có triệu chứng có chỉ định can thiệp ngoại khoa, có thể là mổ nội soi hay mổ mở, cấp cứu hay mổ phiên tùy thuộc vào diễn biến của bệnh, đặc điểm bệnh nhân, điều kiện của cơ sở y tế và trình độ của phẫu thuật viên.

Ngày nay, tuổi thọ của người già càng tăng lên, dân số ngày càng già hóa, đi kèm theo đó là các bệnh lý gặp ở lứa tuổi già ngày càng phổ biến. Sỏi túi mật cũng là bệnh lý hay gặp ở người già. Với những đặc điểm biến đổi về cơ thể, sinh lý, chức năng các cơ quan, cùng sự kết hợp của nhiều bệnh lý nội ngoại khoa khác nhau mà triệu chứng, tiên lượng, kết quả điều trị sỏi túi mật ở người già không giống như ở các lứa tuổi khác. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tính an toàn và kết quả điều trị phẫu thuật sỏi túi mật ở người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Chẩn đoán: sỏi túi mật dựa vào kết quả sau mổ
- Được điều trị bằng phẫu thuật: mổ mở, mổ nội soi.

- BN từ 60 tuổi trở lên

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Những trường hợp phẫu thuật chỉ lấy sỏi mà không cắt túi mật

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu theo phương pháp mô tả hồi cứu
- Chọn cỡ mẫu theo phương pháp thuận tiện.

2.2.2. Các biến số: Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh, tình trạng bệnh tật với chỉ số ASA, các bệnh lý phổi hợp về tim mạch, huyết áp, về hô hấp, đái tháo đường, xơ gan, tiền sử tai biến mạch não.... Các dữ liệu trong và sau mổ gồm tai biến, biến

chứng phẫu thuật và đánh giá kết quả gần, xa với các mức độ tốt, trung bình, kém.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 9/2016 đến tháng 6/2017, có 58 trường hợp phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu gồm 21 nam và 37 nữ.

- Tình trạng bệnh tật: ASA-2 chiếm 63,79%, ASA-1 chiếm 27,59%, ASA-3 chiếm 8,62%, không có bệnh nhân nào ASA-4, ASA-5.

- Bệnh lý phối hợp

Bảng 1: Các bệnh lý mạn tính kèm theo

	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cao huyết áp	26	38,24
Đái tháo đường	20	29,41
Suy tim	2	2,94
Nhồi máu cơ tim	1	1,47
COPD	1	1,47
Tai biến mạch não	1	1,47
Xơ gan	2	2,94
Khác	13	19,12
Tổng	68	100%

Trong 58 BN có 44 BN có các bệnh lý khác kèm theo (chiếm 75,86% tổng số bệnh nhân), trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là cao huyết áp (38,24%), Đái tháo đường (29,41%), trung bình mỗi bệnh nhân mắc 1,1 bệnh mạn tính.

- Kết quả điều trị.

Thời gian nằm viện trung bình là 5,51 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 14 ngày, BN chủ yếu ra viện trong tuần đầu chiếm 77,59%.

Bảng 2: Các biến chứng

Biến chứng	N	Tỉ lệ %
Không biến chứng	54	91,38
Viêm phổi	2	3,45
Tắc mạch	0	0
Dịch tồn dư sau mổ	2	3,45
Tử vong	1	1,72
Tổng số	58	100

Tỷ lệ biến chứng chung chiếm 8,62%.

Bảng 3: Mối liên quan giữa tình trạng viêm túi mật hoại tử và một số yếu tố

		Viêm túi mật hoại tử	Không viêm túi mật hoại tử	p
Biến chứng sau mổ	Có biến chứng	4	1	< 0,05
	Không	16	37	
Giới	Nam	12	9	<0,01
	Nữ	8	29	
Tuổi ≥ 70 tuổi	≥ 70 tuổi	15	13	<0,005
	<70 tuổi	5	25	
Tăng huyết áp (THA)	Có THA	10	16	>0,05
	Không THA	10	22	
Đái tháo đường (ĐTĐ)	Có ĐTĐ	12	9	< 0,01
	Không ĐTĐ	8	29	
Bạch cầu ≥ 15000/mm	≥ 15000/mm ³	11	2	<0,001
	< 15000/mm ³	9	36	

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy, viêm túi mật hoại tử liên quan đến giới nam, bệnh đái tháo đường, tuổi ≥ 70 tuổi và BC trước mổ $\geq 15000/\text{mm}^3$.

Bảng 4: Mối liên quan giữa biến chứng sau mổ và một số yếu tố

		Biến chứng	Không biến chứng	p
Chỉ định mổ	Mổ cấp cứu	5	19	< 0,05
	Mổ phiến	0	34	
Số bệnh kèm theo	Không có	0	14	>0,05
	1 bệnh kèm theo	2	19	
	2 bệnh kèm theo	3	19	
	3 bệnh kèm theo	0	0	
Thời gian mổ	≤ 60 p	1	35	<0,05
	>60 p	4	18	
Chỉ số ASA	ASA-1	0	16	<0,05
	ASA-2	2	35	
	ASA-3	3	2	
Viêm túi mật hoại tử	Có	4	16	< 0,05
	Không	1	37	

Biến chứng sau mổ liên quan đến chỉ định mổ (mổ cấp cứu tỷ lệ biến chứng cao hơn mổ phiến), thời gian mổ (≥ 60 p), chỉ số ASA và tình trạng viêm túi mật hoại tử.

Bảng 5: Kết quả sau mổ

Kết quả	Kết quả sớm	Kết quả xa
	N(%)	N(%)
Tốt	53 (91,38%)	54 (94,74)
Trung bình	4 (6,9%)	3 (5,26)
Kém	1 (1,72%)	0
Tổng	58	57

Hầu hết các trường hợp có kết quả tốt.

IV. BÀN LUẬN

Trong các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi trung bình 1 bệnh nhân mắc 1,1 bệnh lý mạn tính kèm theo. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả của 1 số tác giả trong nước như Lê Trung Hải đưa ra là 1,5 bệnh kèm theo [3], của Nguyễn Hồng Hiền là 1,7 [4]. Trong nghiên cứu chúng tôi cũng thấy có 44/58 (75,86%) có bệnh kết hợp. Bản thân người cao tuổi có sự suy giảm, rối loạn chức năng các cơ quan, nên 1 người cao tuổi kết hợp nhiều bệnh lý là điều tất yếu, theo nghiên cứu của Trần Văn Phơi và CS thấy có tỷ lệ cao hơn rõ rệt tỷ lệ mắc bệnh kết hợp ở BN cao tuổi so với nhóm tuổi < 60 tuổi [5]. Chính sự kết hợp này làm cơ thể kém chịu đựng hơn trong vô cảm, phẫu thuật, làm tăng nguy cơ tai biến tử vong, gây khó khăn trong chỉ định và phương pháp xử lý hợp lý. Vì vậy, việc thăm khám kỹ, toàn diện và điều trị bệnh lý kèm theo trước mổ và gây mê là vô cùng quan trọng để giảm thiểu các nguy cơ xảy ra.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ viêm túi mật hoại tử là khá cao 34,48%, cao hơn trong kết quả nghiên cứu của Hoàng Việt Dũng (5,9%) [6], của Nguyễn Văn Bằng (17,4%) [7], của Lê Trung Hải (viêm túi mật cấp và hoại tử chỉ chiếm 4,2%)

[3]. Chúng tôi cũng nhận thấy rằng tình trạng hoại tử của túi mật có liên quan đến giới nam, tuổi (≥ 70 tuổi), bệnh đái tháo đường, số lượng bạch cầu ($\geq 15000/\text{mm}^3$) ($p < 0,05$). Trong nghiên cứu của mình, Falor AE ngoài khẳng định mối quan hệ của viêm túi mật hoại tử với giới nam, lượng bạch cầu tăng cao trong máu ($>14000 \text{ mm}^3$), tác giả còn khẳng định vai trò của mạch > 90l/p [8].

Tỷ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi là 8,62 %, trong đó có 2 trường hợp viêm phổi (chiếm 3,45%), 2 trường hợp dịch tồn dư sau mổ (chiếm 3,45%), nặng về sau mổ 1 trường hợp (chiếm 1,72%). Tỷ lệ biến chứng trong mổ cấp cứu là 4/24 trường hợp (chiếm 16,67%) so với 1/34 trường hợp (2,94%) mổ phiến. Một trường hợp nặng về là bệnh nhân được mổ cấp cứu: BN nữ 86 tuổi, ASA-3, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường nhiều năm. Xét nghiệm trước mổ có bạch cầu tăng ($18.000/\text{mm}^3$) có đường máu là 17,1 mmol/l, huyết áp 150/90 mmHg, siêu âm có hình ảnh viêm túi mật do sỏi, được tiến hành mổ mở cắt túi, nuôi cấy vi khuẩn âm tính, GPB là viêm túi mật hoại tử. Sau mổ bệnh nhân diễn biến nặng, không rút được máy thở. Bệnh nhân người nhà xin về trong tình trạng viêm phổi bệnh viện, suy hô hấp, suy đa phủ tạng, tử vong sau mổ 7 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi tương đương của Hoàng Việt Dũng (7,6%) và cao hơn của Lê Trung Hải (3%) [3], [6]. So với các tác giả nước ngoài thì tỷ lệ biến chứng từ 3,9 đến 13,2% cho nhóm bệnh nhân cao tuổi Theo các tác giả thì tuổi càng cao thì tỷ lệ biến chứng càng cao và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân

trẻ tuổi. Chúng tôi nhận thấy rằng biến chứng sau mổ có mối liên quan đến thời gian mổ, chỉ số ASA, chỉ định mổ và tình trạng túi mật, không liên quan đến số lượng các bệnh lý kèm theo của bệnh nhân. Qua đây, theo chúng tôi số lượng bệnh kèm theo không quan trọng bằng mức độ nặng của bệnh vì vậy việc phát hiện và kiểm soát các bệnh lý kèm theo là một phần quan trọng trong điều trị. Việc xem xét mổ thông túi mật trong các trường nặng có thể được xem xét để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi là $5,51 \pm 3,07$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày, nhiều nhất là 16 ngày. Thời gian nằm viện dưới 1 tuần chiếm chủ yếu (77,59%), trên 2 tuần có 1 trường hợp (chiếm 1,72%). Nhìn chung kết quả cũng tương đương với kết quả của Hoàng Việt Dũng và Lê Trung Hải [3],[6].

Dựa vào các tiêu chuẩn đánh giá kết quả sớm sau mổ, nghiên cứu có kết quả tốt ở 91,38%, kết quả trung bình gặp ở 4 trường hợp (chiếm 6,9%), kết quả kém ở 1 trường hợp là bệnh nhân tử vong, xin về. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với kết quả điều trị của các tác giả trong và ngoài nước [3],[6].

Tổng số có 47 trường hợp được kiểm tra sau mổ với hình thức trả lời qua điện thoại, khám trực tiếp. Kết quả tốt đạt 94,74%, đó là những bệnh nhân sau mổ không còn các triệu chứng như trước mổ, ăn uống ngon miệng, sinh hoạt, lao động bình thường. Kết quả trung bình 5,26% đây là những bệnh nhân thỉnh thoảng còn cơn đau HSP, có thể có rối loạn tiêu hóa sau mổ (đầy

hơi, khó tiêu...), khả năng lao động bị ảnh hưởng ít.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý sỏi túi mật ở người già phức tạp và nặng do có phối hợp với các bệnh lý mạn tính, cho nên cần thăm khám kỹ để có phương pháp điều trị toàn diện phù hợp. Phẫu thuật cắt túi mật ở người cao tuổi vẫn đảm bảo được tính an toàn, tỉ lệ tai biến và biến chứng thấp, kết quả sau mổ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đình Hồi (2013)**, Viêm túi mật cấp, Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa, NXB y học, tr 141-144.
2. **Hà Văn Quyết, Susat Vôngphachăn (2008)**, Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong viêm tụy cấp, Ngoại khoa, **số 3, tập 58**, 8-12
3. **Lê Trung Hải (2010)**, Phẫu thuật nội soi cắt túi mật do sỏi túi mật đơn thuần ở người cao tuổi, tạp chí Y- dược quân sự, **số 3**, 132 - 139.
4. **Nguyễn Hồng Hiền (2002)** Nghiên cứu PTNS cắt TM ở người cao tuổi tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học. Học viện Quân Y.
5. **Trần Văn Phơi, Nguyễn Hoàng Bắc (2003)**, Phẫu thuật cắt túi mật nội soi ở người cao tuổi, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, **số 7**, 35 - 38.
6. **Hoàng Việt Dũng (2006)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm túi mật ở người cao tuổi, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Văn Bằng (2001)**, Đối chiếu lâm sàng, giải phẫu bệnh qua 233 cắt túi mật tại bệnh viện Hữu Nghị, Công trình nghiên cứu khoa học 1998- 2001, Nhà xuất bản Y học, 422-425.
8. **Falor AE, Zobel M, Kaji A, Neville A (2012)**, Admission variables predictive of gangrenous cholecystitis, Am Surg, **78(10)**, p. 1075 – 1078.

KÍCH THƯỚC ĐƯỜNG THỞ TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG CỦA BỆNH NHÂN ĐÃ PHẪU THUẬT ĐÓNG KÍN KHE HỞ MÔI VÀ VÒM MIỆNG MỘT BÊN

Nguyễn Thị Hồng Vân*, Nguyễn Đình Phúc*,
Nguyễn Thị Thu Phương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số kích thước đường thở vùng hầu của bệnh nhân khe hở môi và vòm miệng 1 bên tại bệnh viện Việt Nam CuBa Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân đã phẫu thuật đóng kín KHMVM 1 bên. 11 kích thước được ghi nhận ở hầu mũi, hầu miệng, hầu

thanh quản và từ xương móng. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm tuổi: 7-10 tuổi và 11-14 tuổi. **Kết quả:** Có 3 trên 11 kích thước có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ. Không có sự khác biệt về các kích thước đường thở vùng hầu giữa 2 nhóm tuổi. **Kết luận:** Nghiên cứu đưa ra những dữ liệu bước đầu về kích thước đường thở vùng hầu ở bệnh nhân KHMVM 1 bên. Cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và so sánh được các kích thước đường thở ở nhóm BN KHMVM với nhóm trẻ bình thường.

Từ khóa: Khe hở môi vòm miệng, đường thở vùng hầu, phim sọ nghiêng

SUMMARY

PHARYNGEAL AIRWAY DIMENSIONS IN

*Viện Đào tạo RHM, Đại học Y HN
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Vân
Email: bsvanortho@gmail.com
Ngày nhận bài: 8/8/2019
Ngày phản biện khoa học: 29/8/2019
Ngày duyệt bài: 10/9/2019

UNILATERAL CLEFT LIP AND PALATE PATIENTS

Objective: To exam the pharyngeal airway dimensions in unilateral cleft lip and palate subjects in Vietnam-Cuba Hospital. **Material and methods:** Digital cephalograms of 50 patients were used in this study. Eleven linear measurements of the nasopharynx, oropharynx, hypopharynx and hyoid bone were recorded. Patients were divided into 2 groups according to their age. The first group was from 7 to 10 year-old patients, the second group was from 11 to 14 year-old patients. **Results:** Significant differences were demonstrated for 3 out of the 11 parameters considered between genders: one in nasopharynx, one in oropharynx and the other in hyoid bone. No significant differences were found between 2 groups of age. **Conclusions:** The data provides preliminary details of upper airway assessment in individuals with unilateral cleft lip and palate. Further larger scale comparative studies are needed to assess similarities and differences between patients with UCLP and normal groups.

Keywords: Cleft lip and palate, pharyngeal airway, cephalometrics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi vòm miệng là dị tật bẩm sinh thường gặp nhất ở vùng hàm mặt [1]. Các bất thường về giải phẫu liên quan đến khe hở môi vòm miệng làm tăng nguy cơ gây nên các biến chứng ở đường thở [2]. Đường thở bình thường là một trong những yếu tố quan trọng để đạt được sự phát triển bình thường của các cấu trúc sọ mặt. Những rối loạn về cấu trúc sọ mặt và đường thở làm tăng nguy cơ dẫn đến các rối loạn thở khi ngủ, đặc biệt là hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA) với tỷ lệ ước tính từ 22 đến 65% [3]. Hơn thế nữa, mục tiêu điều trị toàn diện đối với bệnh nhân khe hở môi vòm miệng để phục hồi cả thẩm mỹ và chức năng

thường bao gồm cả chỉnh nha phẫu thuật, là một yếu tố có thể gây thiếu năng màn hầu hoặc làm giảm kích thước đường thở [4]. Vì vậy, đường thở của bệnh nhân khe hở môi vòm miệng là một lĩnh vực rất quan trọng cần được nghiên cứu nhiều hơn.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá kích thước đường thở của bệnh nhân khe hở môi vòm miệng, tuy nhiên ở Việt Nam cho đến nay chưa có nghiên cứu nào về kích thước đường thở trên phim sọ nghiêng ở nhóm bệnh nhân này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả kích thước đường thở trên phim sọ nghiêng của bệnh nhân khe hở môi và vòm miệng toàn bộ một bên đã phẫu thuật lứa tuổi 7 đến 14 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam CuBa Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1. Đối tượng nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu được tiến hành trên 50 bệnh nhân từ 7 đến 14 tuổi, được chẩn đoán bị dị tật bẩm sinh khe hở môi và vòm miệng toàn bộ 1 bên, đã phẫu thuật đóng kín khe hở môi và vòm miệng, không kèm theo các dị tật bẩm sinh khác vùng hàm mặt. Trẻ chưa từng được điều trị chỉnh nha và không mắc các bệnh nhiễm trùng cấp vùng họng và hàm mặt trong thời gian nghiên cứu.

1.2. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả cắt ngang trên 50 phim chụp tele từ xa nghiêng của các đối tượng nghiên cứu đáp ứng đầy đủ theo tiêu chuẩn lựa chọn. Phim của đối tượng nghiên cứu được đánh dấu các điểm mốc giải phẫu, đo các khoảng cách, góc và diện tích bằng phần mềm Autocad 2007. Các kích thước được đo bao gồm:

Bảng 2.1. Các kích thước đường thở và ký hiệu

(1)	Khoảng cách Ad2	Khoảng cách giữa PNS và thành sau hầu trên đường vuông góc với đường Ba-S
(2)	Khoảng cách Ad1	Khoảng cách giữa PNS và thành sau hầu trên đường nối từ PNS đến Ba
(3)	Độ dày vòm mềm	Khoảng cách trước sau ở vùng dày nhất của vòm miệng mềm
(4)	Chiều dài vòm mềm	Khoảng cách từ PNS đến đỉnh vòm mềm
(5)	Khoảng cách từ đỉnh vòm mềm đến thành sau hầu	PPW-P uvula: trên đường song song với mặt phẳng khẩu cái
(6)	Khoảng cách từ Go đến thành sau hầu	PPW-GoB: Khoảng cách từ Go đến thành sau hầu trên đường GoB
(7)	Tổng chiều dài đường thở	Eb-PNS: Độ dài đường thở theo chiều đứng dọc
(8)	Chiều dài lưỡi	Eb-TT: Khoảng cách từ gốc lưỡi đến đỉnh lưỡi
(9)	Chiều cao lưỡi	TgH: Độ dài đường kẻ từ trung điểm đoạn Eb-TT đến điểm cao nhất trên lưng lưỡi
(10)	Kích thước vùng hầu thanh quản	PPW-Eb: Khoảng cách từ Eb đến thành sau hầu trên đường song song với mặt phẳng khẩu cái

(11)	Khoảng cách từ xương móng đến hàm dưới	MP-H: Khoảng cách từ điểm trước nhất của thân xương móng đến mặt phẳng hàm dưới (Go-Me)
------	--	---

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Ở những bệnh nhân đang tuổi tăng trưởng, sự thay đổi kích thước mô mềm ở đường thở vẫn đang xảy ra, đặc biệt là ở tuổi dậy thì khi có sự ảnh hưởng của hormon, vì vậy chúng tôi chia đối tượng nghiên cứu thành 2 nhóm tuổi: 7-10 tuổi (trước dậy thì) và 11-14 tuổi (dậy thì).

Bảng 3.1. Kích thước đường thở của trẻ KHMVM giữa các nhóm tuổi

	7-10 tuổi	11-14 tuổi	p
Vùng hầu mũi: Khoảng cách Ad2 (mm)	13,42±3,80	14,78±3,97	0,114
Khoảng cách Ad1 (mm)	18,96±5,17	21,19±4,62	0,063
Vùng hầu miệng: Độ dày vòm mềm (mm)	6,52±1,40	6,40±1,36	0,380
Chiều dài vòm mềm (mm)	27,34±3,42	27,91±4,71	0,311
Khoảng cách từ đỉnh vòm mềm đến thành sau hầu (mm)	10,92±3,67	11,31±4,53	0,369
Khoảng cách từ Go đến thành sau hầu (mm)	7,54±2,86	7,70±3,76	0,432
Tổng chiều dài đường thở (mm)	51,44±5,34	52,59±5,56	0,232
Chiều dài lưỡi (mm)	56,56±5,38	58,83±4,45	0,060
Chiều cao lưỡi (mm)	25,36±2,91	25,02±3,19	0,351
Vùng hầu thanh quản và xương móng			
Kích thước vùng hầu thanh quản (mm)	15,21±3,72	15,99±2,88	0,213
Khoảng cách từ xương móng đến hàm dưới (mm)	11,49±4,46	10,54±5,83	0,257

Phân tích các kích thước đường thở trên phim sọ nghiêng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm tuổi ở cả vùng hầu mũi, hầu miệng, hầu thanh quản và xương móng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Halise [5] và Wermker [6] trên cùng nhóm đối tượng BN KHMVM, nhưng lại trái ngược với Avinash khi ông cho rằng đa số các kích thước đường thở lớn hơn ở nhóm tuổi cao hơn [7].

Bảng 3.2. Kích thước đường thở vùng hầu mũi của trẻ KHMVM

	Nam	Nữ	Tổng	P
Khoảng cách Ad2 (mm)	13,63±0,78	14,45±0,78	13,99±3,84	0,233
Khoảng cách Ad1 (mm)	18,62±0,93	21,54±1,02	19,90±5,02	0,02*

Các thông số ở vùng hầu mũi cho thấy xu hướng kích thước đường thở ở nữ có giá trị lớn hơn, mặc dù giá trị khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ có ở thông số PPW Ad1-PNS. Nghiên cứu của Bengisu trên 94 trẻ KHMVM 1 bên thấy rằng các kích thước ở vùng hầu mũi của trẻ nam lớn hơn so với trẻ nữ, nhưng khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [8].

Bảng 3.3. Kích thước đường thở vùng hầu miệng của trẻ KHMVM

	Nam	Nữ	Tổng	P
Độ dày vòm mềm (mm)	6,56±0,27	6,37±0,29	6,47±1,37	0,316
Chiều dài vòm mềm (mm)	27,56±0,80	27,61±0,80	27,58±3,98	0,518
Khoảng cách từ đỉnh vòm mềm đến thành sau hầu (mm)	10,66±0,56	11,63±1,09	11,09±4,02	0,203
Khoảng cách từ Go đến thành sau hầu (mm)	8,07±0,54	7,01±0,77	7,61±3,24	0,126
Tổng chiều dài đường thở (mm)	53,07±1,01	50,46±1,12	51,92±5,41	0,045*
Chiều dài lưỡi (mm)	58,07±0,95	56,82±1,11	57,52±5,09	0,197
Chiều cao lưỡi (mm)	25,47±0,37	24,89±0,85	25,22±3,00	0,746

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều dài vòm miệng mềm trung bình của nhóm nghiên cứu là 27,58±3,98mm, so sánh với nghiên cứu của Isil trên 45 trẻ KHMVM ở Thổ Nhĩ Kỳ có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Ahmad trên 100 trẻ KHMVM 5-12 tuổi đưa ra kết quả chiều dài vòm miệng trung bình là

29,46mm, so sánh với kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Độ dày vòm miệng mềm trung bình của nhóm nghiên cứu là 6,47±1,37mm, lớn hơn so với nghiên cứu của Ahmad nhưng lại nhỏ hơn so với báo cáo của Isil (tương ứng 4,4mm và 7,83mm).

Trong nghiên cứu này, các kích thước của

đường thở theo chiều trước sau được đánh giá từ thành sau hầu đến các mô cứng và mô mềm phía trước ở các mức khác nhau. Khoảng cách ngắn nhất giữa vòm mềm và thành sau hầu trung bình là 11,09mm, lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nghiên cứu của Ahmad là 9,45 mm. Kích thước nhỏ nhất quan sát thấy là từ GoB đến thành sau hầu, trong nghiên cứu này là $7,61 \pm 3,24$ mm. Giá trị này nhỏ hơn kích thước tương ứng trong nhóm BN KHMVM người Jordan ($11,12 \pm 3,8$ mm). Vùng hẹp nhất của đường thở trên có liên quan nhiều nhất đến lâm sàng vì độ dẫn khí của đường hô hấp được quyết định bởi phần hẹp nhất của nó. Trong các tài liệu đã xuất bản, các mức độ khác nhau và các điểm tham chiếu khác nhau đã được sử dụng để đánh giá chiều rộng nhỏ nhất của đường thở ở phía sau

lưỡi. Khoảng cách từ GoB đến thành sau hầu được gọi là PAS (khoảng cách đường thở phía sau) hoặc IAS (khoảng cách đường thở dưới). Mặc dù PPW-GoB có thể không tương ứng với chiều rộng nhỏ nhất thực sự của đường thở phụ thuộc vào cấu trúc giải phẫu hiện có, nhưng nó liên quan có ý nghĩa thống kê đến thể tích nhỏ nhất đo được phía sau nền lưỡi.

Nghiên cứu này mô tả không có sự khác biệt về giới tính có ý nghĩa thống kê trong đa số các kích thước đường thở được đo. Không có khác biệt về giới là một phát hiện thông thường trong các cuộc điều tra về hình thái vùng hầu ở thanh niên khỏe mạnh. Trẻ nam bị KHMVM 1 bên có xu hướng có mô mềm lớn hơn ở vùng hầu miệng (vòm mềm và lưỡi) so với trẻ nữ, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4. Kích thước đường thở vùng hầu thanh quản và xương móng của trẻ KHMVM

	Nam	Nữ	Tổng	P
Kích thước vùng hầu thanh quản (mm)	$16,05 \pm 0,72$	$14,88 \pm 0,58$	$15,54 \pm 3,38$	0,113
Khoảng cách từ xương móng đến hàm dưới (mm)	$12,24 \pm 0,95$	$9,63 \pm 1,01$	$11,09 \pm 5,04$	0,035*

(* $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê)

Ở vùng hầu thanh quản, giá trị trung bình đo được trong nghiên cứu này là 15,54 mm. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Isil là 16,11mm. Tổng chiều dài đường thở và khoảng cách từ xương móng đến mặt phẳng hàm dưới ở nam lớn hơn nữ có ý nghĩa thống kê, kết luận này cũng khá tương đồng với các nghiên cứu trên dân số bình thường, có thể do chỉ số khối cơ thể của nam thường lớn hơn nữ.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sử dụng phim sọ nghiêng trong việc đánh giá đường thở trên. Với nhiều ưu điểm như phương tiện sẵn có, liều tia thấp so với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại khác, phim sọ nghiêng đã chứng minh được vai trò và sự hữu dụng của nó khi phân tích đường thở.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 50 phim sọ nghiêng của bệnh nhân KHMVM 1 bên từ 7 đến 14 tuổi chúng tôi có kết luận như sau: Đa số các kích thước đường thở không có sự khác biệt giữa 2 giới (8/11 giá trị). Có 1 kích thước đường thở vùng hầu mũi (PPW Ad1-PNS) ở nữ lớn hơn nam có ý nghĩa thống kê. Tổng chiều dài đường thở và khoảng cách từ xương móng đến mặt phẳng hàm dưới ở nam lớn hơn nữ, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dixon M.J., Marazita M.L., Beaty T.H. et al (2011). Cleft lip and palate: synthesizing genetic and environmental influences. *Nat Rev Genet*, 12(3), 167-178.
2. Desalu I., Adeyemo W.L., Akintimoye M.O. et al (2010). Airway and respiratory complications in children undergoing cleft lip and palate repair. *Ghana Medical Journal*, 44(1), 16-20.
3. Mac Lean J.E., Hayward P., Fitzgerald D.A. et al (2009). Cleft lip and/or palate and breathing during sleep. *Sleep Med Rev*, 13(5), 345-354.
4. Karia H., Shrivastav S., Karia A.K. (2017). Three-dimensional evaluation of the airway spaces in patients with and without cleft lip and palate: A digital volume tomographic study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 152(3), 371-381.
5. Aydemir H., Toygar-Memikoglu U. (2014). Pharyngeal airway dimensions in cleft lip and palate patients compared with Class I subjects. *Turkish J Orthod*, 27, 46-50.
6. Wermker K., Jung S., Joos U. et al (2012). Nasopharyngeal development in patients with cleft lip and palate: a retrospective case-control study. *Int J Otolaryngol*. 2012: 458507.
7. Gohilot A., Pradhan T., Keluskar K.M. (2014). Cephalometric evaluation of adenoids, upper airway, maxilla, velum length, need ratio for determining velopharyngeal incompetency in subjects with unilateral cleft lip and palate. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.*, 32(4), 297-303.
8. Akarsu G.B., Karakaya J., Ozgur F. et al (2019). Upper airway features of unilateral cleft lip and palate patients in different growth stages. *Angle Orthod*. 89(4), 575-582.

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA LOÃNG XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ Ở BỆNH NHÂN TIỂU ĐƯỜNG

Đặng Thị Thu Hằng*, Trương Công Đạt*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa loãng xương và một số yếu tố ở bệnh nhân tiểu đường. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang chọn mẫu thuận tiện trên 268 bệnh nhân bị tiểu đường từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2018. **Kết quả:** Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu bị loãng xương và loãng xương nặng là 14,9%; bị giảm mật độ xương là 33,6%; có mật độ xương bình thường là 51,5%. Các yếu tố liên quan đến loãng xương ở người tiểu đường: Trên 60 tuổi (OR=4,67; 95% CI=1,78-12,92). Nữ giới (OR=8,85; 95% CI=3,67-22,03). Người có chỉ số BMI < 18,5 (OR=2,72; 95% CI=1,05-6,93). Có tiền sử dùng Corticoid (OR=2,71; 95% CI=1,13-6,43). Không luyện tập thể lực thường xuyên (OR=5,26; 95% CI=2,46-11). **Kết luận:** Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến loãng xương ở người tiểu đường. Trong đó, tuổi, giới, BMI, corticoid, luyện tập thể dục là những yếu tố chính.

SUMMARY

A SURVEY ON RELATIONSHIP BETWEEN OSTEOPOROSIS AND SOME FACTORS IN DIABETES

Objectives: To examine the relationship between osteoporosis and some factors in diabetics. **Subjects and methods:** Cross-sectional description of 268 patients with diabetes from January to October 2018. **Results:** The proportion of research subjects with osteoporosis and severe osteoporosis was 14.9%; decreased bone density of 33.6%; having a normal bone density of 51.5%. Factors related to osteoporosis in diabetics: Over the age of 60 (OR = 4.67; 95% CI = 1.78-12.92). Women (OR = 8.85; 95% CI = 3.67-22.03). BMI < 18.5 (OR = 2.72; 95% CI = 1.05-6.93). Patient used to corticoid (OR = 2.71; 95% CI = 1.13-6.43). Do not exercise regularly (OR = 5.26; 95% CI = 2.46-11). **Conclusion:** There are many factors that affect osteoporosis in diabetics. In particular, age, gender, BMI, corticosteroids, and exercise are the major influencing factors.

Keywords: Osteoporosis, Diabetes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương và hậu quả của loãng xương đã trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng ngày càng được nhiều tác giả trong và ngoài nước quan tâm. Đặc biệt loãng xương ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) thì càng tạo thành một vòng xoắn bệnh lý, làm cho bệnh nặng lên, ảnh hưởng

đến chất lượng cuộc sống, giảm khả năng lao động và có thể dẫn đến tàn tật suốt đời.

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa mật độ xương (MĐX) và đái tháo đường cũng như liên quan giữa MĐX với một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ở những bệnh nhân ĐTĐ, hầu hết cho thấy MĐX giảm ở bệnh nhân ĐTĐ, tuy nhiên mối quan hệ MĐX với các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ĐTĐ còn chưa thống nhất [1], [2]. Vì vậy chúng tôi triển khai đề tài với mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa loãng xương và một số yếu tố ở bệnh nhân tiểu đường

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng được lựa chọn vào nghiên cứu là những bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường type 2 đến khám và điều trị tại Khoa Nội tiết, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2018.

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng:
 - + Bệnh nhân được chẩn đoán là đái tháo đường type 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh đái tháo đường của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) 1999 - WHO/NCD/NCS/99.2.
 - + Bệnh nhân có thể đi lại được, đủ minh mẫn để trả lời các câu hỏi
 - + Bệnh nhân không mắc các bệnh cấp tính khác
 - + Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và ký vào giấy đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn loại trừ:
 - + Bệnh nhân có các chống chỉ định đo mật độ xương
 - + Các trường hợp không thu thập đủ số liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện
- 2.2.2. Thời gian nghiên cứu: 01/2018 đến tháng 10/2018
- 2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu
 $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy (với độ tin cậy 95%, $Z_{1-\alpha/2}=1,96$)

p: Tỷ lệ loãng xương trên bệnh nhân đái tháo đường type 2, chọn p= 37,7% theo một nghiên cứu trước đó [3].

d: Sai số mong muốn lấy d = 0,06 thay vào công thức ta tính được n = 251 (bệnh nhân)

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Thu Hằng

Email: thuhang7484@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

Trên thực tế 268 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu:

Phiếu điều tra được xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu và dự kiến các kết quả nghiên cứu (có sự tham khảo các đề tài nghiên cứu trước đó). Trong đó bao gồm thông tin về kết quả đo mật độ xương

2.4. Các thông số nghiên cứu

- Tuổi, giới, BMI
- Mật độ xương
- Tình trạng sử dụng corticoid
- Tình trạng tập thể lực
- Tiền sử rối loạn chuyển hóa

2.5 Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

2.5.1. Kỹ thuật phỏng vấn: Điều tra viên hỏi các câu hỏi theo thứ tự trong bộ phiếu điều tra, không gợi ý đáp án cho đối tượng nghiên cứu, đợi đối tượng nghiên cứu trả lời rồi khoanh vào các phương án trả lời trong bộ phiếu.

2.5.2. Xác định mật độ xương: Đo mật độ xương bằng kỹ thuật DEXA trên máy OSTEOSYS của Hàn Quốc.

2.6. Các chỉ số đánh giá kết quả trong nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh đái tháo đường của Tổ chức Y tế thế giới (WHO 1999 - WHO/NCD/NCS/99.2

Tiêu chuẩn	Nồng độ đường máu {mmol/l (mg/dl)}			
	Máu toàn phần		Huyết tương	
Thời gian	Tĩnh mạch	Mao mạch	Tĩnh mạch	Mao mạch
Đái tháo đường (DM)				
Khi đói (sau ăn 8 giờ)	≥6,1 (≥110)	≥6,1 (≥110)	≥7,0 (≥126)	≥7,0 (≥126)
Giờ thứ 2 sau nghiệm pháp tăng đường máu	≥10,0 (≥180)	≥11,1 (≥200)	≥11,1 (≥200)	≥12,2 (≥220)
Rối loạn dung nạp Glucose (IGT)				
Khi đói (nếu đo)	<6,1 (<110)	<6,1 (<110)	<7,0 (<126)	<7,0 (<126)
Giờ thứ 2 sau nghiệm pháp tăng đường máu	≥6,7 (≥120) và <10,0 (<180)	≥7,8 (≥140) và <11,1 (<200)	≥7,8 (≥140) và <11,1 (<200)	≥8,9 (≥160) và <12,2 (<220)
Rối loạn đường máu khi đói (IFG)				
Đường khi đói (sau ăn 8 giờ)	≥5,6 (≥100) và <6,1 (<110)	≥5,6 (≥100) và <6,1 (<110)	≥6,1 (≥110) và <7,0 (<126)	≥6,1 (≥110) và <7,0 (<126)
Giờ thứ 2 sau nghiệm pháp tăng đường máu	<6,7 (<120)	<7,8 (<140)	<7,8 (<140)	<8,9 (<160)

- Phân loại loãng xương theo tiêu chuẩn của WHO- 1994 như sau:

T score	Phân loại
≥ - 1	Bình thường
- 2,5 < T score < - 1	Giảm mật độ xương
T score ≤ -2,5	Loãng xương
T score < -2,5 và có gãy xương	Loãng xương nặng

- Tình trạng kiểm soát đường huyết: Tốt (HbA1c <6,5%); chấp nhận được (HbA1c = 6,5-7,5%); kém (HbA1c >7,5%).

2.7. Thu thập và xử lý số liệu. Số liệu sau khi thu thập được mã hóa và nhập liệu trên phần mềm EPIDATA 3.1 và xử lý trên SPSS 23.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ loãng xương của đối tượng nghiên cứu theo T-score (n=268)

Mức độ loãng xương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	138	51,5
Giảm mật độ xương	90	33,6
Loãng xương, loãng xương nặng	40	14,9

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu bị giảm mật độ xương chiếm 33,6%. Đối tượng nghiên cứu bị loãng xương và loãng xương nặng chiếm 14,9%.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa loãng xương với một số đặc điểm chung

Yếu tố	Loãng xương	Có		Không		OR (95% CI)
		SL	%	SL	%	
Nhóm tuổi						
> 60 tuổi		34	21,4	125	78,6	OR = 4,67 (1,78 - 12,92)
≤ 60 tuổi		6	5,5	103	94,5	
Giới						
Nữ		32	31,1	71	68,9	OR = 8,85 (3,67 - 22,03)
Nam		8	4,8	157	95,2	

BMI					OR = 2,72 (1,05 – 6,93)
< 18,5 (kg/m ²)	9	29,0	22	71,0	
≥ 18,5 (kg/m ²)	31	13,1	206	86,9	

Đối tượng nghiên cứu đái tháo đường ở nhóm tuổi trên 60 tuổi có nguy cơ bị loãng xương cao hơn gấp 4,67 lần so với những đối tượng nghiên cứu ở nhóm tuổi từ 60 trở xuống (95%CI = 1,78-12,92).

Nữ giới có nguy cơ bị loãng xương cao hơn gấp 8,85 lần so với nam giới (95%CI = 3,67-22,03).

Những đối tượng nghiên cứu có thể trạng gầy (BMI < 18,5 kg/m²) có nguy cơ bị loãng xương cao hơn gấp 2,72 lần so với những người có thể trạng bình thường hoặc thừa cân, béo phì.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa loãng xương với một số yếu tố nguy cơ

Yếu tố	Loãng xương		Có		Không		OR (95% CI)
	SL	%	SL	%	SL	%	
Đã dùng thuốc corticoid							OR = 2,71 (1,13 - 6,43)
Có	11	28,2	28	71,8			
Không	29	12,7	200	87,3			
Luyện tập thể lực							OR = 0,19 (0,09 – 0,41)
Có	18	8,9	185	91,1			
Không	22	33,8	43	66,2			

Kết quả bảng trên cho thấy những đối tượng nghiên cứu đái tháo đường đã từng sử dụng corticoid có nguy cơ bị loãng xương cao hơn gấp 2,71 lần so với những đối tượng nghiên cứu không sử dụng corticoid (95%CI = 1,13 – 6,43). Những đối tượng nghiên cứu đái tháo đường có luyện tập thể lực thường xuyên có nguy cơ bị loãng xương thấp hơn so với những đối tượng nghiên cứu không luyện tập thể lực (OR = 0,19; 95%CI = 0,09-0,41).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa loãng xương với một số yếu tố nguy cơ theo mô hình hồi quy đa biến

Biến độc lập	Nguy cơ bị loãng xương	
	OR	95%CI
Giới (Nữ)	17,66	5,67 - 55,03
Tuổi (> 60 tuổi)	9,36	2,86 - 30,67
Có luyện tập thể dục	0,11	0,42 - 0,29
Tiền sử rối loạn chuyển hóa lipid	0,18	0,07 - 0,50
BMI < 18,5	2,92	0,76 - 11,2
Tiền sử có điều trị corticoid	1,80	0,61 - 5,31
Thời gian mắc ĐTĐ > 5 năm	0,55	0,22 - 1,40
Tiền sử đái tháo đường	0,03	0,001 - 1,54

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố như nữ giới, tuổi trên 60 là các yếu tố nguy cơ của bệnh loãng xương còn có luyện tập thể dục, có tiền sử rối loạn chuyển hóa lipid là yếu tố bảo vệ của bệnh loãng xương. Trong mô hình hồi quy đa biến thì các yếu tố như BMI, tiền sử có điều trị corticoid, thời gian mắc đái tháo đường và có tiền sử đái tháo đường không phải là các yếu tố nguy cơ của bệnh loãng xương.

IV. BÀN LUẬN

Trên thế giới, tình trạng gãy xương do loãng xương đã trở thành gánh nặng chi phí cho dịch

vụ chăm sóc sức khỏe mà nó chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều bệnh khác như bệnh tim, đột quỵ và ung thư vú. Ở Châu Á, rất nhiều trường hợp loãng xương chưa được chẩn đoán và điều trị, ngay cả ở những người bệnh có nguy cơ cao nhất và đã thật sự bị gãy xương đặc biệt là người bệnh ở khu vực nông thôn. Nghiên cứu của chúng tôi thấy độ loãng xương theo T score tại cột sống thắt lưng thì đa số bệnh nhân bình thường (51,5%). Tỷ lệ bệnh nhân bị giảm mật độ xương chiếm 33,6%. Bệnh nhân bị loãng xương và loãng xương nặng chiếm 14,9%.

Nhiều kết quả nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam đã chỉ ra tuổi có mối tương quan nghịch với mật độ xương. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy những bệnh nhân đái tháo đường ở nhóm tuổi trên 60 tuổi có nguy cơ bị loãng xương cao hơn gấp 4,67 lần so với những bệnh nhân ở nhóm tuổi từ 60 trở xuống (95%CI = 1,78-12,92). Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu Nguyễn Thị Hoài Châu cho thấy nhóm đàn ông già (trên 65 tuổi) có tỷ lệ loãng xương là 26,72% và giảm mật độ xương là 37,07% cao hơn hẳn so với nhóm đàn ông trung niên có tỷ lệ tương ứng là 4,83% và 30,65%. [4].

Loãng xương ở nam giới thường phát triển muộn hơn so với nữ giới khoảng 10 năm. Tuy nhiên, loãng xương ở nam giới xảy ra nguy hiểm hơn do có tỷ lệ tử vong cao hơn khi xảy ra biến chứng gãy xương. Kết quả phân tích về giới của chúng tôi đã chỉ ra nữ giới có nguy cơ bị loãng xương cao hơn gấp 8,85 lần so với nam giới (95%CI = 3,67-22,03).

Một yếu tố quan trọng khác ảnh hưởng đến BMD và các kết quả gãy xương là chỉ số BMI, ngoài di truyền, chế độ ăn uống, chiều cao. Chỉ

số BMI thấp có liên quan đến giảm BMD, khả năng tăng loãng xương và nguy cơ gãy xương. Một phân tích gộp cho thấy BMI cũng là một yếu tố dự báo quan trọng của BMD trong đái tháo đường type 2. Thừa cân và béo phì được cho là yếu tố bảo vệ của BMD, tuy nhiên béo phì không bảo vệ chống lại gãy xương. Thực tế, kết quả từ nghiên cứu GLOW (nghiên cứu toàn cầu về loãng xương ở phụ nữ) cho thấy béo phì không bảo vệ chống lại gãy xương ở phụ nữ sau mãn kinh và có liên quan đến tăng nguy cơ gãy mắt cá chân và cẳng chân. Ngoài ra, các tương tác thú vị giữa chất béo và xương có thể đóng một vai trò trong sinh lý bệnh của giảm mật độ xương [4]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy những bệnh nhân có thể trạng gầy ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$) có nguy cơ bị loãng xương cao hơn gấp 2,72 lần so với những người có thể trạng bình thường hoặc thừa cân, béo phì. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Cui và cộng sự (2016) cho thấy những đối tượng nghiên cứu có $BMI < 18,5$ có tỷ lệ loãng xương cao hơn so với những đối tượng có $BMI \geq 18,5$ [56].

Kết quả bảng 3.3 cho thấy những bệnh nhân đái tháo đường đã từng sử dụng corticoid có nguy cơ bị loãng xương cao hơn gấp 2,71 lần so với những bệnh nhân không sử dụng corticoid ($95\%CI = 1,13 - 6,43$). Điều này phù hợp với y văn và các nghiên cứu tại Việt Nam. Theo tác giả Nguyễn Thị Khuê, mật độ xương giảm nhanh và nhiều trong những năm đầu sau khi dùng corticoid mà nguyên nhân một phần là do liều lượng cao khi bắt đầu liệu trình. Kết quả một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng cho thấy sử dụng prednison 7,5 mg/ngày có thể làm giảm mật độ xương. Corticoid làm tăng nguy cơ gãy xương bất kỳ lên 1,91 lần, nguy cơ gãy cổ xương đùi lên 2,01 lần, xẹp đốt sống lên 2,86 lần và gãy xương cẳng tay lên 1,13 lần [6].

Tìm hiểu mối liên quan giữa luyện tập với loãng xương kết quả cho thấy: những bệnh nhân đái tháo đường có luyện tập thể lực thường xuyên có nguy cơ bị loãng xương thấp hơn so với những bệnh nhân không luyện tập thể lực ($OR = 0,19$; $95\%CI = 0,09-0,41$).

Vận động thể lực là biện pháp làm gia tăng sức mạnh của cơ bắp và của hệ xương khớp. Điều này dễ nhận thấy hơn khi quan sát trường hợp bất động thì cơ bắp bị teo và hệ xương bị suy kiệt. Những người có một lối sống ít vận động hơn có nhiều khả năng bị gãy xương hông hơn những người thường xuyên vận động. Chẳng hạn, phụ nữ ngồi hơn chín giờ một ngày

thì có 50% khả năng bị gãy xương hông hơn những người ngồi ít hơn sáu giờ một ngày. Tập thể dục thường xuyên cũng đã được chứng minh để giúp bảo vệ chống lại loãng xương, gây xương liên quan đến loãng xương và cũng có thể giúp phục hồi chức năng ở tuổi trưởng thành. Một cuộc khảo sát mối liên quan giữa vận động thể lực và loãng xương ở phụ nữ mãn kinh tại Tiền Giang, kết quả cho thấy nhóm phụ nữ thường xuyên vận động có mật độ xương thấp là 19,6% trong khi nhóm không vận động chiếm tới 35,5% và vận động có mối liên quan đến loãng xương [7].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu bị loãng xương và loãng xương nặng là 14,9%; bị giảm mật độ xương là 33,6%; có mật độ xương bình thường là 51,5%.

- Các yếu tố liên quan đến loãng xương:
+ Trên 60 tuổi: $OR=4,67$; $95\% CI=1,78-12,92$
+ Nữ giới: $OR=8,85$; $95\% CI=3,67-22,03$
+ Người có chỉ số BMI $< 18,5$: $OR=2,72$; $95\% CI=1,05-6,93$
+ Có tiền sử dùng Corticoid: $OR=2,71$; $95\% CI=1,13-6,43$
+ Không luyện tập thể lực thường xuyên: $OR=5,26$; $95\% CI = 2,46 - 11,31$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gorman E., Chudyk A. M., Madden K. M., et al. (2011), Bone Health and type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review, *Physiother Can*, 63(1), pp. 8-20.
2. Hsu J.Y., Cheng C.Y., and Hsu C.Y. (2018), type 2 diabetes mellitus severity correlates with risk of hip fracture in patients with osteoporosis, *Neth J Med*, 76(2), pp. 65-71.
3. Lê Thanh Toàn, Vũ Đình Hùng, (2012), Nghiên cứu mật độ xương bằng phương pháp DEXA ở bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện Chợ Rẫy, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 16 (1), tr. 348-353.
4. Moreira C.A., Barreto F.C., and Dempster D.W. (2015), New insights on diabetes and bone metabolism, *J Bras Nefrol*, 37(4), pp. 490-5.
5. Cui R., Zhou L., Li Z., et al. (2016), Assessment risk of osteoporosis in Chinese people: relationship among body mass index, serum lipid profiles, blood glucose, and bone mineral density, *Clinical Interventions in Aging*, 11, pp. 887-895.
6. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Hoàng Hoa Sơn, Nguyễn Vĩnh Ngọc và cộng sự (2015), Khảo sát yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ Việt Nam từ 50 tuổi trở lên và nam giới từ 60 tuổi trở lên, *Tạp chí nghiên cứu y học*, 97 (5), tr. 91-98.
7. Lưu Ngọc Giang, Nguyễn Thị Trúc (2011), Khảo sát mối liên quan giữa vận động thể lực và loãng xương ở phụ nữ mãn kinh, *Tạp chí Y học thực hành*, số 1 (748), tr. 91-93.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Trần Thị Như Quỳnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu về triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học UTĐTT tại bệnh viện TWQĐ 108. **Đối tượng và phương pháp:** 97 bệnh nhân UTĐTT đã được nội soi, làm xét nghiệm mô bệnh học trong thời gian 01-11/2018. Nội soi đại trực tràng trên máy Olympus (hiệu CV 180-Nhật Bản). Mô bệnh học được thực hiện tại khoa Giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Tuổi hay mắc bệnh UTĐTT từ 50-70, với tuổi trung bình là: $63,7 \pm 10,3$ (34-86). Nam giới nhiều hơn nữ giới, với tỷ lệ nam/nữ: 2,1. Triệu chứng lâm sàng: Đau bụng, đi ngoài phân có máu, gầy sút cân, phân lỏng chiếm tỷ lệ nhiều nhất, tương ứng là: 76,3%, 64,9%, 57,7% và 30,9%. Hình ảnh nội soi: Khối u đại tràng gặp nhiều nhất ở trực tràng (40,3%), đại tràng Sigma (21,6%). Thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất: 93,8%. Đường kính trung bình của khối u là: $5,9 \pm 3,1$ (1,4-16,9 cm). Mô bệnh học: Ung thư biểu mô tuyến với mức biệt hóa cao, vừa và thấp chiếm tỷ lệ tương ứng: 4,2%, 91,8% và 4,2%. **Kết luận:** Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của UTĐTT rất điển hình. Cần phải có chiến lược sàng lọc để phát hiện sớm UTĐTT.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, ENDOSCOPIC IMAGES, HISTOPATHOLOGY OF COLORECTAL CANCER AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objectives: Research on clinical characteristics, endoscopic images and histopathology of colon cancer at hospital 108. **Subject and methods:** 97 patients with colon cancer were performed as endoscopy and histopathology during the period: January to November, 2018. Colonoscopy with Olympus machine (CV 180-Japan). Histopathology is performed at the Department of Pathology. **Results:** Age with colon cancer is 50-70 years old, with an average age of 63.7 ± 10.3 (34-86). Men are more likely than women, with a male/female ratio: 2.1. Clinical symptoms: Abdominal pain, bloody stools, weight loss, diarrhea accounted for 76.3%, 64.9%, 57.7% and 30.9% respectively. Endoscopic image: Most common colon tumor in rectal (40.3%), Sigma colon (21.6%). The polypoid form accounts for the highest percentage: 93.8%. The average diameter of the tumor is: 5.9 ± 3.1 (1.4-16.9cm). Histopathology: Adenocarcinoma with high, medium and low differentiation rate: 4.2%, 91.8% and 4.2%, respectively. **Conclusion:** Clinical and subclinical signs of colon cancer are very typical. Need a screening

strategy for early detection of colon cancer.

Từ khóa: Colorectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (colorectal cancer: CRC) là một trong sáu loại ung thư thường gặp trong các bệnh ung thư trên thế giới [1]. Thống kê trong năm 2018 cho biết ung thư đại trực tràng (UTĐTT) đứng hàng thứ ba trong các bệnh ung thư và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư trong các bệnh ung thư [1]. Chỉ tính riêng trong năm 2016, số người mới mắc UTĐTT 1.400.000 người và có khoảng 700.000 bệnh nhân bị chết vì UTĐTT [2]. Mặc dù đã có các chương trình khám sàng lọc và có nhiều phương thức điều trị mới, nhưng tần suất mắc UTĐTT vẫn tăng lên. Năm 1990, số người mắc UTĐTT là 783.000 người, nhưng đến năm 2012, số người mắc UTĐTT tăng lên 1.361.000 người. Gần đây, UTĐTT đã và đang có xu hướng tăng lên ở các nước thuộc khu vực châu Á Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam.

Tại Việt Nam, chưa có thống kê trên toàn quốc, nhưng các nghiên cứu tại các bệnh viện tuyến trung ương đã cho thấy UTĐTT đã có xu hướng tăng lên [5]. Việc nghiên cứu về đặc điểm nội soi, mô bệnh học của UTĐTT vẫn còn là vấn đề thời sự. Đề tài này thu thập các số liệu UTĐTT trong năm 2018 tại bệnh viện TWQĐ 108 với mục tiêu: *Tìm hiểu về triệu chứng lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học UTĐTT tại bệnh viện TWQĐ 108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 97 bệnh nhân UTĐTT đã được nội soi đại trực tràng lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học trong thời gian 01-11/2018 tại Bệnh viện TWQĐ 108.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân (BN) có rối loạn đông cầm máu, BN có bệnh lý nội khoa nặng hoặc BN không muốn tham gia hợp tác nghiên cứu.

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

2.1. Phương tiện nghiên cứu

- Mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Máy nội soi đại trực tràng CV180 hiệu Olympus (Nhật Bản), kim sinh thiết để lấy mẫu bệnh phẩm, dung dịch cố định bệnh phẩm và các thiết bị để chụp ảnh, lưu kết quả.

*Trường Đại học Y dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Như Quỳnh

Email: nhuquynhytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2019

Ngày duyệt bài: 9.9.2019

- Xét nghiệm mô bệnh học: Sử dụng kính hiển vi quang các hóa chất và thuốc nhuộm (Hematoxylin Eosin). Xét nghiệm MBH thực hiện tại khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện TWQĐ 108. Phân loại mô bệnh học dựa theo phân loại của WHO 2000.

2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Về lâm sàng: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng theo mẫu bệnh án thống nhất.
- Hình ảnh nội soi: mô tả vị trí, kích thước, hình thể tổn thương của khối u.

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo độ tuổi, giới tính

Phân bố theo nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 40	2	3,0	0	0	2	2,0
40 - 49	2	3,0	3	9,7	5	5,1
50 - 59	23	34,8	7	22,6	30	30,9
60 - 69	20	30,3	10	32,3	30	30,9
70- 79	15	22,7	10	32,3	25	25,8
≥ 80	4	6,1	1	3,2	5	5,1
Tổng	66	100%	31	100%	97	100%
Tuổi trung bình	63,7 ± 10,3 (34-86)					
Tỷ lệ nam/nữ	66/31 (2,1/1)					

Nhận xét: Tuổi hay mắc UTĐTT từ 50-70, với tuổi trung bình là: 63,7 ± 10,3 (34-86). Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ nam/nữ: 2,1/1.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng (n=97)

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Đau bụng	74	76,3
Phân có máu	63	64,9
Sút cân	56	57,7
Thiếu máu	4	4,1
Phân lỏng	30	30,9
Phân táo	20	20,6
Bán tắc ruột	16	15,6
Buồn nôn, nôn	7	7,2

Nhận xét: Triệu chứng đau bụng, đi ngoài

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh nội soi của khối u

Vị trí khối u	n	%	Hình thái tổn thương	n	%
Manh tràng	0	0,0	Thế loét	1	1,0
Đại tràng lên	8	8,2	Thế sùi	91	93,8
Đại tràng góc gan	1	11,3	Thế loét+ sùi	3	3,1
Đại tràng ngang	12	12,4	Thế thâm nhiễm	2	2,1
Đại tràng góc lách	2	2,1	Tổng	97	100%
Đại tràng xuống	4	4,2	Kích thước khối u	n	%
Đại tràng Sigma	21	21,6	< 5cm	41	42,3
Trực tràng	39	40,3	≥ 5cm	56	57,7
Tổng	97	100%	Kích thước trung bình	5,9±3,1 (1,4-16,9 cm)	

Nhận xét: Khối u đại tràng gặp nhiều nhất ở trực tràng (40,3%), đại tràng Sigma (21,6%). Thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất (93,8%). Đường kính trung bình của khối u là 5,9±3,1 (1,4-16,9 cm)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Tuổi của bệnh nhân UTĐTT đã được đề cập đến nhiều trong các tài liệu y văn trên thế giới. Thông thường,

- Mô bệnh học: đánh giá mức độ biệt hóa của khối u.

3. Xử lý số liệu: Tất cả số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2018 đến 11/2018, chúng tôi đã thu thập được 97 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Qua phân tích chúng tôi có một số kết quả sau:

phân có máu, gây sút cân, phân lỏng chiếm tỷ lệ nhiều nhất, tương ứng là: 76,3%, 64,9%, 57,7% và 30,9%. Các triệu chứng khác gặp ít hơn.

Bảng 3: Kết quả mô bệnh học

Mức độ biệt hóa	n	%
Biệt hóa cao	4	4,1
Biệt hóa vừa	89	91,8
Biệt hóa kém	4	4,1
Tổng	97	100

Nhận xét: UTĐTT biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (91,8%) và chủ yếu là UTBM tuyến (93,8%).

UTĐTT thường xuất hiện ở người trung niên và có xu hướng tăng dần theo người cao tuổi, đặc biệt ở các nước công nghiệp như Mỹ, Anh... Tuy nhiên, ngày nay UTĐTT có thể xuất hiện ở cả

bệnh nhân còn rất trẻ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (trình bày ở bảng 1) cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân UTĐTT là: $63,7 \pm 10,3$ (34-86 tuổi). Kết quả này tương tự kết quả của Võ Hồng Minh Công nghiên cứu tại hai bệnh viện (Bệnh viện TWQĐ 108 và bệnh viện Nhân Dân Gia Định) với $n = 117$ cho biết tuổi trung bình là: $63,68 \pm 13,37$ (28-89 tuổi) [5]. Một số kết quả nghiên cứu khác ở trong nước và ở các quốc gia châu Á khác cũng cho thấy phần lớn UTĐTT gặp ở tuổi trung niên. Nghiên cứu của Phạm Văn Nhiên tuổi trung bình là $54,16 \pm 1,0$; Bùi Chí Viết: $57,53 \pm 13,5$; Nguyễn Hữu Thọ: 54 ± 14 ; Mai Trọng Khoa 55,9. Nghiên cứu của Liu J và cs là: $56,3 \pm 12,6$; Varut L và cs là: $59,8 \pm 13,6$.

Yếu tố giới cũng có liên quan đến tỷ lệ mắc UTĐTT. Thống kê các nghiên cứu cho biết: UTĐTT có xu hướng tăng lên ở nam nhiều hơn so với nữ [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ là: 66/31 (2,1). Nghiên cứu tại Việt Nam cũng cho thấy phần lớn các nghiên cứu thấy rằng nam giới mắc UTĐTT nhiều hơn so với nữ. Nghiên cứu của Võ Hồng Minh Công [5] là: 1,6, Nguyễn Thị Hải Anh: 1,28 [3], Chu Văn Đức: 1,15 [6].

Chúng tôi đã tiến hành thăm khám lâm sàng bao gồm triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể với UTĐTT. Tuy nhiên, đối với bệnh nhân BN UTĐTT khi đã có các dấu hiệu thực thể rõ ràng như sờ thấy u, hoặc có hạch di căn thượng đòn... thì thường ở giai đoạn muộn. Do vậy, các dấu hiệu cơ năng mà ghi nhận được trong quá trình điều tra bệnh sẽ giúp cho người thầy thuốc định hướng cho chẩn đoán và điều trị. Kết quả bảng 2 cho thấy đau bụng, đi ngoài phân có máu, gầy sút cân, phân lỏng chiếm tỷ lệ nhiều nhất, tương ứng là: 76,3%, 64,9%, 57,7% và 30,9%. Các triệu chứng đại tiện có máu, đau bụng, phân nhầy máu là những triệu chứng rất quan trọng đối với bệnh nhân mắc UTĐTT. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Võ Hồng Minh Công [5] đau bụng 76,9%, đại tiện phân có máu 58,2%, phân nhầy mũi 32,5%, đại tiện lỏng 20,5% và đại tiện phân táo 18,8. Theo Phan Văn Hạnh thấy đau bụng 84,2%, phân nhầy máu 65,8%. Kết quả của Đinh Đức Anh 68,7% có đau bụng; 65,6% đi ngoài phân có máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có trên 50% UTĐTT ở vị trí hậu môn-trực tràng và đại tràng sigma. Các dấu hiệu này rất dễ nhầm lẫn ở bệnh nhân có bệnh trĩ kết hợp, do vậy khi một bệnh nhân có đi cầu ra máu đỏ tươi, cần khảo sát kỹ hơn và không nên chấp nhận chẩn đoán, cần tìm

nguyên nhân chảy máu tránh bỏ sót UTĐTT.

4.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi ung thư đại trực tràng

***Vị trí khối u.** Trong các năm gần đây, nhờ có thiết bị nội soi hiện đại, có nhiều chuyên gia tốt về nội soi ĐT, có nhiều năm kinh nghiệm cải thiện chất lượng hình ảnh, kết hợp MBH và sinh học phân tử, giúp chẩn đoán và điều trị sớm UTĐTT.

Vị trí UTĐTT có thể gặp bất kỳ vị trí nào của đại tràng. Tuy nhiên, có một tỷ lệ giao động 50-70% các khối u đại tràng gặp ở trực tràng+ đại tràng Sigma [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3) cho biết: Khối u đại tràng gặp nhiều nhất ở trực tràng (40,3%), đại tràng Sigma (21,6%). Kết quả này cũng phù hợp nghiên cứu của Võ Hồng Minh Công: Khối u ở trực tràng hậu môn: 32,5%, đại tràng Sigma: 25,6%. Nguyễn Văn Bằng cho biết khối u trực tràng: 33,3% [4].

***Hình ảnh đại thể và kích thước khối u.**

Hình ảnh đại thể của UTĐTT có 5 thể và theo y văn u dạng sùi chiếm tỷ lệ cao nhất tiếp theo là thể loét, thấp nhất thể thâm nhiễm [1]. Bảng 3 cho thấy thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất: 91/97 (93,8). Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trong nước và các tác giả cũng thấy rằng thể sùi và thể sùi loét chiếm tỉ lệ cao: Nguyễn Thị Hải Anh khi so sánh nội soi – sinh thiết và giải phẫu bệnh sau mổ 158 UTĐTT tác giả nhận thấy rằng u thể sùi chiếm 73,4%[3]. Nghiên cứu của Võ Hồng Minh Công [5] cho biết: thể sùi (56,4%), thể sùi + loét (29,1%), đây là hai thể gặp nhiều nhất, kể đến thể thâm nhiễm (9,4%), thể nhẵn (3,4%), thể loét (1,7%).

4.3. Đặc điểm mô bệnh học ung thư đại trực tràng.

Hình ảnh vi thể UTĐTT đóng vai trò quan trọng cho chiến lược điều trị tổng thể cho UTĐTT, bởi vì một bệnh nhân UTĐTT có thể nhận nhiều phương thức điều trị khác nhau như xạ trị, hóa chất và phẫu thuật. Việc xét nghiệm mô bệnh học cũng giúp tiên lượng mức độ của bệnh thông qua sự biệt hóa của tế bào ung thư biểu mô tuyến đại tràng.

Bảng 4 cho biết tỷ lệ biệt hóa cao, vừa, kém tương ứng là: 4,1%, 91,8%, 4,1%. Như vậy, chiếm đại đa số bệnh nhân UTĐTT có mức biệt hóa mức vừa (91,8%). Mức độ biệt hóa cũng phụ thuộc vào từng nghiên cứu khác nhau, nhưng biệt hóa vừa thường chiếm tỷ lệ cao nhất. Võ Hồng Minh Công [5] nghiên cứu trên 117 bệnh nhân UTĐTT cho biết phân bố tế bào như sau: biệt hóa cao (30,8%), biệt hóa vừa (49,6%), biệt hóa kém (3,4%), ung thư biểu mô tuyến nhầy (15,4%), số còn lại không biệt hóa

(0,9%). Cũng tương tự như vậy, nghiên cứu của Chu Văn Đức cho biết: Biệt hóa cao (16,3%), biệt hóa vừa (58,1%), biệt hóa kém (7,0%), ung thư biểu mô tuyến nhầy (16,3%), không biệt hóa (2,3%)[6]. Lê Quang Minh cũng cho biết: Biệt hóa cao, biệt hóa vừa, biệt hóa kém, ung thư biểu mô tuyến nhầy và ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm tỷ lệ tương ứng là: 21,8%, 68,2%, 5,5%, 3,6% và 0,9% [8].

Ngày nay, bên cạnh mô bệnh học, các xét nghiệm về hóa mô miễn dịch đóng vai trò quan trọng, sẽ giúp chẩn đoán chính xác và xác định nguồn gốc ung thư, từ đó định hướng điều trị sẽ có kết quả tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

- **Tuổi và giới:** Tuổi hay mắc UTĐTT từ 50-70, với tuổi trung bình là: $63,7 \pm 10,3$ (34-86). Nam giới nhiều hơn nữ giới, với tỷ lệ nam/nữ: 2,1.

- **Lâm sàng:** Đau bụng, đi ngoài phân có máu, gầy sút cân, phân lỏng chiếm tỷ lệ nhiều nhất, tương ứng là: 76,3%, 64,9%, 57,7% và 30,9%.

- **Hình ảnh nội soi:** Khối u đại tràng gặp nhiều nhất ở trực tràng (40,3%), đại tràng Sigma (21,6%). Thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất: 93,8%. Đường kính trung bình của khối u là: $5,9 \pm 3,1$ (1,4-16,9cm).

- **Mô bệnh học:** Tỷ lệ biệt hóa cao, vừa và thấp chiếm tỷ lệ tương ứng: 4,2, 91,8% và 4,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arnold M, Sierra MS, Laversanne M et al** (2016). Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut*; 6(4): 683-691.
2. **Rafieemaneh H, Pakzad R, Abedi M, et al** (2016). Colorectal cancer in Iran Epidemiology and morphology trends. *EXCLI Journal*; 15: 738-744.
3. **Nguyễn Thị Hải Anh, Tô Quang Huy, Nguyễn Đại Bình, CS** (2010). Đối chiếu nội soi sinh thiết và giải phẫu bệnh sau mổ 158 ung thư đại trực tràng. *Y Học TP. Hồ Chí Minh, Chuyên Đề Ung Bướu*, tập 14, Phụ bản Số 4, tr 257-263.
4. **Nguyễn Văn Bằng, Trang Hiếu Hùng, Đoàn Phước Thi, CS** (2005). Nghiên cứu ung thư đại trực tràng qua 150 trường hợp (2001-2005). *Y học Hồ Chí Minh Chuyên đề ung thư tập 9 phụ bản số 4*, tr 224-226.
5. **Võ Hồng Minh Công** (2015) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học, biểu lộ protein p53, Ki67, Her-2/neu trong ung thư và polyp đại trực tràng lớn hơn hoặc bằng 10 mm. Luận án Tiến sĩ Y học, chuyên ngành Nội tiêu hóa, Học viện Quân y (2015).
6. **Chu Văn Đức** (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư đại tràng. *Y học thực hành*, 5(715), 20-25.
7. **Phan Văn Hạnh** (2005). Nhận xét tổn thương ung thư đại trực tràng qua nội soi ống mềm đối chiếu với lâm sàng và giải phẫu bệnh tại bệnh viện K từ 2000 đến 2004. *Y học Hồ Chí Minh chuyên đề ung thư tập 9 phụ bản số 4*, 245-251.
8. **Lê Quang Minh** (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và biến đổi biểu hiện gen bằng phương pháp microarray trong ung thư biểu mô đại trực tràng. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.

XÁC ĐỊNH TỶ LỆ TỪNG LOẠI VI KHUẨN PHÂN LẬP ĐƯỢC TỪ BỆNH NHI MẮC VIÊM ĐƯỜNG HÔ HẤP TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG NĂM 2017

Trần Quang Cảnh*, Nguyễn Thị Hồng Nhung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ từng loại vi khuẩn phân lập được từ bệnh nhi mắc viêm đường hô hấp tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2017. **Đối tượng nghiên cứu:** Chúng vi khuẩn phân lập từ bệnh phẩm dịch đường hô hấp của bệnh nhi mắc nhiễm trùng hô hấp tại Bệnh viện Nhi Hải Dương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ các chủng vi khuẩn gây viêm đường hô hấp phân lập được từ bệnh nhân nhi là *M.catarrhalis* (31%), *S.aureus* (30%), *S. pneumoniae* (17,4%), *H.influenzae* (5,4%), *Streptococcus spp* (6,1%) và một số trực khuẩn gram âm (10,1%). Hầu hết các chủng vi khuẩn phân lập

được chủ yếu tại khoa hô hấp, tai mũi họng, sơ sinh và hồi sức cấp cứu. *S.aureus* là căn nguyên hàng đầu phân lập được tại khoa sơ sinh và hồi sức cấp cứu. Đây là tác nhân chủ yếu gây bệnh cho nhóm trẻ dưới 2 tháng tuổi.

Từ khóa: vi khuẩn, kháng sinh.

SUMMARY

DETERMINING EACH TYPE OF BACTERIA ISOLATED FROM PEDIATRIC PATIENTS WITH RESPIRATORY INFECTION AT HAI DUONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2017

Objectives: To describe the rate of each type of bacteria isolated from pediatric patients with respiratory infections at Hai Duong Children's Hospital in 2017. **Subjects:** Bacterial strains isolated from pediatric respiratory tract specimens respiratory infection in Hai Duong Children's Hospital in 2017. **Method:** Descriptive cross-sectional study. **Research results:** The rate of each type of bacterial strains causing respiratory infections isolated from pediatric

**Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Cảnh
Email: canhhdtd@gmail.com
Ngày nhận bài: 15.7.2019
Ngày phản biện khoa học: 30.8.2019
Ngày duyệt bài: 10.9.2019

patients were *M. catarrhalis* (31%), *S. aureus* (30%), *S. pneumoniae* (17.4%), *H. influenzae* (5.4%), *Streptococcus* spp (6.1%) and some gram negative bacilli (10.1%). Most strains of bacteria are isolated from pediatric patients in the respiratory department, otorhinolaryngology department, neonatal department and intensive care unit. *S. aureus* is the leading cause of isolation in neonatal departments and intensive care unit. This was the main cause of disease for children under 2 months old.

Keywords: bacteria, antibiotics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính là một trong những bệnh phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao, đứng hàng đầu trong các nhiễm trùng ở trẻ em. Viêm đường hô hấp (trong đó chủ yếu là viêm phổi) gây tử vong nhiều trẻ em hơn bất kỳ căn bệnh nào. Hàng năm, trên thế giới có trên 2 triệu trẻ dưới 5 tuổi chết vì viêm phổi [1]. Công tác điều trị căn bệnh này ngày càng trở nên khó khăn do các căn nguyên gây bệnh có nhiều thay đổi, đặc biệt là sự kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây bệnh. Tại Hải Dương chưa có nhiều nghiên cứu nào theo dõi có hệ thống theo các năm và có sự phân tích, so sánh với các bệnh viện khác về các vi khuẩn gây nhiễm trùng hô hấp cho trẻ nhỏ. Xuất phát từ thực trạng trên, nghiên cứu "Xác định tỷ lệ từng loại vi khuẩn phân lập được từ bệnh nhi mắc viêm đường hô hấp tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2017" nhằm mục tiêu: Mô tả tỷ lệ từng loại vi khuẩn phân lập được từ bệnh nhi mắc viêm đường hô hấp tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các chủng vi khuẩn phân lập từ bệnh phẩm dịch đường hô hấp bệnh nhi mắc nhiễm trùng hô hấp tại Bệnh viện Nhi Hải Dương.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các chủng vi khuẩn gây bệnh được phân lập và định danh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Số lượng các chủng của từng loại vi khuẩn phân lập được trong các bệnh phẩm đường hô hấp năm 2017

Thời gian	σ	σ	σ	σ	σ	σ	σ	σ	σ	σ	Tổng
Tháng 1	40	20	0	51	2	2	3	2	6	5	131
Tháng 2	38	36	3	42	1	1	0	0	5	1	127
Tháng 3	65	51	14	41	2	1	1	3	4	4	186
Tháng 4	72	21	31	46	27	5	5	2	12	2	223
Tháng 5	42	12	6	44	19	6	2	2	11	3	147
Tháng 6	27	9	2	33	3	5	1	0	7	2	89
Tháng 7	28	9	3	36	2	4	0	4		3	89
Tháng 8	60	37	2	65	16	8	1	2	1	2	194
Tháng 9	61	50	1	89	18	5	5	2	5	6	242
Tháng 10	43	30	7	68	16	4	5	2		1	176

Thời gian từ tháng 01 năm 2017 đến hết tháng 12 năm 2017.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Không chọn các chủng vi khuẩn nghi ngờ bị tạp nhiễm.

+ Không chọn các chủng vi khuẩn được xác định không phải là căn nguyên gây bệnh nhiễm trùng hô hấp.

2.2. Vật liệu và thiết bị nghiên cứu

2.2.1. Vật liệu nghiên cứu

Các loại máy móc và dụng cụ cần thiết bao gồm: Máy định danh vitek, tủ ấm 37⁰, tủ lạnh thường, tủ CO₂, máy ly tâm, máy lắc, máy đo độ đục, ống nghiệm được sấy tiệt trùng để lấy bệnh phẩm.

Dụng cụ chuyên dùng của phòng xét nghiệm vi sinh: que cấy, giá để ống nghiệm, kính hiển vi, lam kính, đèn cồn, tấm bông.

2.2.2. Môi trường nuôi cấy, phân lập vi khuẩn. Thạch máu, thạch Chocolate, thạch Macconkey và canh thang BHI (Brain Heart Infusion)

2.2.3. Vật liệu và môi trường định danh vi khuẩn. Máy đo độ đục, thẻ (card) định danh vi khuẩn cho Máy định danh vitek.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4.2. Các bước nghiên cứu

- Thu thập mẫu: Mẫu từ bệnh nhân từ các khoa lâm sàng gửi tới.

- Nuôi cấy, phân lập và định danh vi khuẩn

- Tìm mối liên quan giữa các chủng vi khuẩn phân lập được với các loại bệnh phẩm và khoa phòng gửi xét nghiệm.

- Xử lý kết quả.

2.4.5. Nội dung nghiên cứu. Xác định tỷ lệ từng loại vi khuẩn thường gây viêm hô hấp tại Bệnh viện Nhi Hải Dương nhóm tuổi, theo khoa lâm sàng bệnh nhi điều trị và theo các tháng năm 2017.

Tháng 11	44	25	17	22	2	2	4	1		0	117
Tháng 12	48	20	13	16	4	4	0	4	3	2	114
Tổng	568	320	99	553	112	47	27	24	54	31	1835

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu đã thu thập 5.860 mẫu bệnh phẩm đường hô hấp (bao gồm dịch tỵ hầu, dịch ngoáy họng, dịch rửa phế quản, dịch màng phổi ...) của bệnh nhi được chẩn đoán là viêm đường hô hấp để tiến hành xét nghiệm vi khuẩn, kết quả thì thu được 1.835 (31,31%) chủng vi khuẩn. Trong đó, chủ yếu phân lập được các nhóm cầu khuẩn: *M.cattarhalis*, *S.aureus*, *S.pneumoniae*; Streptococcus spp; tiếp đến là một số trực khuẩn như: *H.influenzae*; *P.aeruginosa*; *Klebsiella*, *E.coli* và một số vi khuẩn khác ít gặp: *Acinetobacter*, *Aeromonas*; *Staphylococcus* spp (coagulase âm tính),



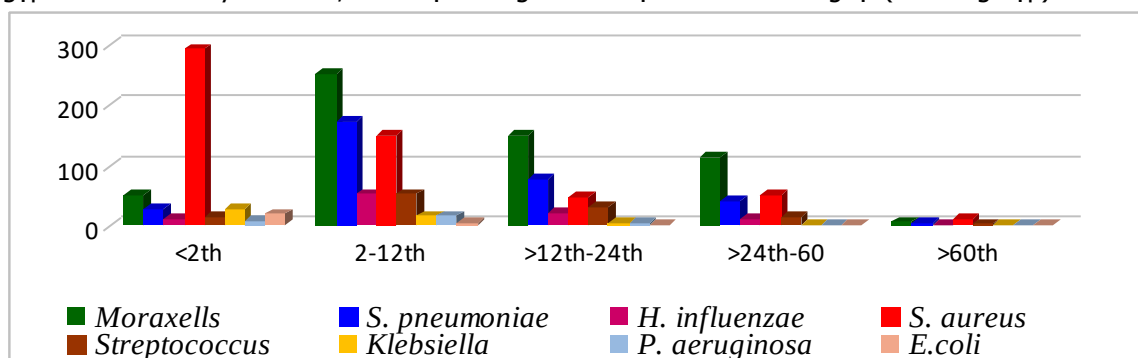
Biểu đồ 1. Tỷ lệ các loài vi khuẩn gây viêm đường hô hấp phân lập được

Nhận xét: Trong số các vi khuẩn gây viêm đường hô hấp phân lập được năm 2017 từ bệnh nhi thì số lượng nhiều nhất là *Moraxella cattarhalis* chiếm khoảng 31%, kế đến là *S.aureus* chiếm 30% và 17,4% là *S.pneumoniae*. Tỷ lệ gặp các vi khuẩn khác thấp hơn như Streptococcus spp (6,1%); *H.influenzae* (5,4%); *P.aeruginosa* (1,5%); *Klebsiella* (2,6%), *E.coli* (1,3%).

Bảng 2. Phân bố từng loại vi khuẩn gây viêm đường hô hấp theo khoa lâm sàng

Khoa	Đ	Đ	Đ	Đ	Đ	Đ	Đ	Đ	Đ	Đ	Tổng
Hô hấp	211	122	35	58	38	8	1	2			475
HSCC	119	66	19	178	25	23	11	18			459
Tai Mũi họng	108	42	16	38	18	4	3	0			229
Sơ sinh	58	38	15	238	15	11	9	3			387
Nội	23	22	6	9	6	0	2	0			68
Ngoại	1	1	0	4	0	0	0	1			7
Truyền nhiễm	31	16	5	21	6	1	0	0			80
Tiêu hóa	12	13	3	2	3	0	1	0			34
Phòng khám	5	0	0	5	1	0	0	0			11
Tổng	568	320	99	553	112	47	27	24			1.835

Nhận xét: Các vi khuẩn gây viêm đường hô hấp tập trung nhiều nhất tại khoa hô hấp với 475 trường hợp. Đứng thứ 2 là khoa hồi sức cấp cứu. Tiếp đó là khoa sơ sinh và Tai mũi họng. Các loài vi khuẩn này ít gặp hơn ở khoa truyền nhiễm, khoa nội nhưng ít xuất hiện nhất ở khoa ngoại (7 trường hợp).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các vi khuẩn gây viêm đường hô hấp theo nhóm tuổi

Nhận xét: Ở nhóm trẻ dưới 2 tháng tuổi có tỷ lệ nhiễm *S.aureus* cao nhất, trong khi đó *M.cattarhalis* lại là loài gây bệnh nhiều nhất ở nhóm trẻ 2-12 tháng tuổi, >12-24 tháng tuổi và >24-60 tháng tuổi. Nhóm trẻ trên 5 tuổi có tỷ lệ bị viêm đường hô hấp phải nhập viện là thấp hơn hẳn các nhóm tuổi nhỏ hơn, đồng thời không thấy loài vi khuẩn nào gây bệnh vượt trội.

IV. BÀN LUẬN

Trong năm 2017 có khoảng gần 6.000 mẫu bệnh phẩm hô hấp gửi về khoa vi sinh bệnh viện Nhi Hải Dương thì có 1.835 mẫu bệnh phẩm phân lập được vi khuẩn gây viêm đường hô hấp. Trong đó, nổi bật nhất là *M.catarrhalis* với 568 ca mắc (chiếm 31%), kế đến là *S.aureus* (chiếm 30%) với 553 ca mắc. Các căn nguyên *S.pneumoniae*, *Streptococcus spp* và *H. influenzae* cũng phân lập được với tỷ lệ lần lượt là 17,4%; 6,1% và 5,4%. Ít gặp hơn là nhóm trực khuẩn Gram âm gồm *P.aeruginosa* (1,5%), *K.pneumoniae* (2,6%) và *E.coli* (1,3%). Các loài vi khuẩn phân lập được cũng tương tự với nghiên cứu tại khoa Nhi Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ 10/2011 đến 03/2012. Nghiên cứu trên 129 bệnh nhân được chẩn đoán các loại bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp, kết quả thu được có 5 loài vi khuẩn thường gây nhiễm khuẩn hô hấp trên ở trẻ em là *M.catarrhalis* (49,4%), *Streptococcus spp* (31,8%), *H.influenzae* (5,7%), *S.aureus* (4,5%) [2]. Tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa, theo nghiên cứu từ 01/01/2012 đến 30/08/2012 trong 151 trường hợp viêm phổi thì căn nguyên phân lập được bao gồm các loài *M.catarrhalis*, *Streptococcus spp*, *H.influenzae* và *S.aureus*; nhưng nhiều nhất là *H.influenzae* (37,1%) sau đó là *Moraxella* (15,9%) [3]. Có thể thấy có sự tương đồng về các loài vi khuẩn gây viêm đường hô hấp, tuy nhiên tỷ lệ phân bố các loài này có sự khác nhau có thể do đặc thù của bệnh viện và khu vực sinh sống [4].

Trong nghiên cứu này cho thấy các loài vi khuẩn phân lập từ các bệnh phẩm hô hấp của bệnh nhi ở hầu hết các khoa lâm sàng nhưng tập trung chủ yếu tại khoa hô hấp, hồi sức cấp cứu, tai mũi họng và sơ sinh. Khoa hô hấp và tai mũi họng chủ yếu là bệnh nhân viêm đường hô hấp hoặc viêm họng mũi nên số vi khuẩn phân lập được tại hai khoa này là lớn nhất.

Tại khoa hô hấp và tai mũi họng phân lập được nhiều nhất là *M.catarrhalis*, *S.pneumoniae* do hai loài vi khuẩn này là các vi khuẩn thường trú trong đường hô hấp do đó đây là căn nguyên gặp nhiều trong viêm đường hô hấp là phù hợp. Trong khi đó, tại khoa hồi sức cấp cứu và khoa sơ sinh thì nổi lên lại là *S.aureus*. Theo nghiên cứu, tỷ lệ nhiễm khuẩn hô hấp tại bệnh viện Nhi Hải Dương chủ yếu tập trung vào lứa tuổi dưới 5. Điều này cũng giống như các nghiên cứu trước đó tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa (2012) [6] hay theo điều tra về nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính tại 2 xã của huyện Hiệp Hòa, tỉnh Bắc Giang

cũng chỉ ra lứa tuổi bị bệnh nhiều nhất là nhóm tuổi dưới 5 [7]. Các vi khuẩn Gram âm gây viêm đường hô hấp thì hầu như chỉ phân lập được ở những bệnh nhi dưới 12 tháng tuổi. Có thể lý giải cho điều này: đây là các vi khuẩn gây bệnh cơ hội do đó dễ dàng gây bệnh trên các đối tượng có sức đề kháng kém. Nhóm trẻ 2-12 tháng tuổi, >12-24 tháng và >24-60 tháng thì tỷ lệ mắc loài vi khuẩn cao nhất là *M.catarrhalis*, kế đến là *S.pneumoniae*, *S.aureus*, rồi mới tới các *Streptococcus* và *H.influenzae*. Riêng nhóm trẻ >60 tháng tuổi thì tỷ lệ mắc bệnh thấp hơn hẳn các nhóm tuổi khác do trẻ ở lứa tuổi này có sức đề kháng cao hơn hẳn thêm nữa tỷ lệ trẻ phải nhập viện ở nhóm tuổi này ít hơn nhiều so với trẻ nhỏ hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ từng loài vi khuẩn gây viêm đường hô hấp trên bệnh nhân nhi phân lập được là *M.catarrhalis* (31%), *S.aureus* (30%), *S.pneumoniae* (17,4%), *H.influenzae* (5,4%), *Streptococcus spp* (6,1%) và một số trực khuẩn gram âm (10,1%).

Các chủng vi khuẩn phân lập được chủ yếu tại khoa hô hấp, tai mũi họng, sơ sinh và hồi sức cấp cứu. *S.aureus* là căn nguyên hàng đầu phân lập được tại khoa sơ sinh và hồi sức cấp cứu và tác nhân chủ yếu gây bệnh cho nhóm trẻ dưới 2 tháng tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Hùng Vân; PT Bình; ĐM Phương và cs** (2012) "Tình hình đề kháng kháng sinh của *S. pneumoniae* và *H. influenzae* phân lập từ NKHH cấp" – Kết quả nghiên cứu đa trung tâm thực hiện tại Việt Nam (SOAR) 2010-2011. YHTH 85512, 2012. 6-11.
2. **Tống Thị Hiếu Tâm, Phạm Thị Thuận, Tăng Thị Minh Thu (2012)** "Tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường hô hấp trên trẻ em" Y Học TP. Hồ Chí Minh (Tập 16) Phụ bản của Số 2- 2012
3. **Nguyễn Minh Hải, Nguyễn Tiên** (2007), " Nghiên cứu căn nguyên vi khuẩn trong đờm và tính nhạy cảm kháng sinh của chúng trong đợt bùng phát của COPD", Tạp chí y học lâm sàng, 108.
4. **Vũ Văn Ngụ** (1987), Các tác nhân gây ra viêm cấp tính đường hô hấp dưới ở trẻ em dưới 5 tuổi, Nxb Y học, tr. 3-7.
5. **Nguyễn Thị Yến, Phạm Thu Nga, Lê Văn Tráng** (2014) "Kháng kháng sinh của *Haemophilus influenzae* và *Moraxella catarrhalis* gây viêm phổi ở trẻ em tại bệnh viện nhi Thanh Hóa năm 2012" Tạp chí Nghiên cứu Y học số 5 năm 2014.
6. **Hoàng Văn Thìn, Đàm Thị Tuyết (2017)** "Thực trạng nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ dưới 5 tuổi tại 2 xã huyện Hiệp Hòa, tỉnh Bắc Giang". Tạp chí Khoa học công nghệ số 111 số 2 năm 2017.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI BẰNG GÂN HAMSTRING TỰ THÂN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2017-2018

Vũ Văn Khoa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước (DCCT) khớp gối tại bệnh viện Việt Đức năm 2017-2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 395 bệnh nhân đứt DCCT được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT một bó bằng mảnh ghép gân Hamstring tự thân tại Bệnh viện Việt Đức từ 01/2017-02/2018. **Kết quả nghiên cứu:** tất cả các bệnh nhân đều có dấu hiệu Lachman và chuyển trục ở độ I, II, không có hạn chế vận động gấp gối, 9,8% hạn chế duỗi gối mức độ nhẹ, 11,8% có cảm giác tê ở vị trí lấy gân. Theo thang điểm IKDC, 94,1% bệnh nhân xếp loại A và B, 5,9% loại C, không có bệnh nhân nào xếp loại D. **Kết luận:** theo dõi sau phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT khớp gối bằng mảnh ghép gân Hamstring tự thân tại bệnh viện Việt Đức năm 2017-2018 cho kết quả tốt, không gặp tình trạng thoái hóa khớp gối.

Từ khóa: nội soi khớp gối, dây chằng chéo trước, ghép gân Hamstring tự thân.

SUMMARY

RESULT OF ARTHROSCOPIC RECONSTRUCTION OF THE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT WITH AUTOGRAFT HAMSTRING TENDON IN VIET DUC HOSPITAL 2017-2018

Objectives: evaluate the results in 2017-2018 after arthroscopic reconstruction of the anterior cruciate ligament (ACL) in Viet Duc University Hospital. **Subjects and Methods:** 395 patients who had ACL injuries were arthroscopically reconstructed with autograft Hamstring tendon. **Results:** according to scoring system of IKDC, 94,1% patients rated as A and B, 5,9% C and no D. **Conclusion:** The arthroscopic reconstruction of the ACL showed good and efficacious results without arthrosis.

Key Words: arthroscopy, ACL injuries, autograft Hamstring tendon.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương đứt dây chằng chéo trước (DCCT) là bệnh lý thường gặp. DCCT đóng vai trò quan trọng trong hoạt động của khớp gối, giữ cho mâm chày không bị trượt ra trước và không bị xoay quanh trục. DCCT khi bị tổn thương sẽ làm mất vững khớp gối, thay đổi lực tỷ đè nhất là khi khớp ở trạng thái vận động và chịu lực, lâu dài

sẽ dẫn đến tình trạng thoái hóa khớp. Do đó, phẫu thuật tái tạo DCCT là cần thiết để tránh các biến chứng trên, nhất là ở những bệnh nhân có nhu cầu hoạt động nhiều. Các phương pháp phẫu thuật hiện nay đều ứng dụng kỹ thuật nội soi với các vật liệu thay thế dây chằng chủ yếu là mảnh ghép tự thân và đồng loại, trong đó lựa chọn phổ biến cho đến nay vẫn là mảnh ghép tự thân như gân bánh chè, gân cơ bán gân, gân cơ thon. Các phương tiện cố định mảnh ghép cũng như kỹ thuật ngày càng được hoàn thiện để đạt được hiệu quả tốt nhất, hạn chế các biến chứng, di chứng.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT đã được triển khai trong khoảng mười năm gần đây. Năm 2000, Nguyễn Tiến Bình báo cáo kết quả nhân 21 trường hợp, sau đó đã có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật với nhiều phương pháp khác nhau. Tuy nhiên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT khớp gối bằng mảnh ghép gân Hamstring tự thân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 395 bệnh nhân, tuổi trung bình 29,5 (18-45 tuổi), được chẩn đoán đứt DCCT và được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT một bó bằng mảnh ghép gân Hamstring tự thân tại Bệnh viện Việt Đức từ 01/2017 – 02/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu tiến cứu và thống kê mô tả.

- Thăm khám bệnh nhân, thu thập số liệu, lựa chọn bệnh nhân thỏa mãn những tiêu chuẩn đặt ra, khám lại bệnh nhân sau phẫu thuật và đánh giá kết quả điều trị.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: tuổi, giới, nguyên nhân, cơ chế chấn thương...

+ Phương pháp tái tạo DCCT: vật liệu gân ghép, phương tiện cố định mảnh ghép.

+ Kết quả lâm sàng: cơ năng (đau, lỏng gối, kẹt khớp, khó ngồi xổm...), thực thể (Lachman, ngăn kéo trước, Pivot-shift...), tình trạng tại vị trí lấy gân ghép: bệnh nhân được hỏi tình trạng tê bì, rối loạn cảm giác tại vị trí lấy gân sau mổ 3 tháng, 6 tháng và đánh giá triệu chứng này theo

*Bệnh viện Việt Đức.

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khoa

Email: drvuvankhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

các mức độ A (không có), B (nhẹ), C (vừa), D (nặng) theo Pinczewski [2].

+ Đánh giá trên phim Xquang dựa trên mức độ hẹp khe khớp: độ A (bình thường), B (thay đổi tối thiểu, hẹp khe khớp chỉ vừa đủ để phát hiện được), C (thay đổi tối thiểu, hẹp khe khớp tới 50%), D (hẹp khe khớp trên 50%) và trên phim cộng hưởng từ: đánh giá tình trạng DCCT và các tổn thương phối hợp (nếu có).

- Đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm của Hiệp hội khớp gối quốc tế IKDC (International Knee Documentation Committee) 1993.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi khám lại và đánh giá được 395 trường hợp gồm 317 nam (80,2%) và 78 nữ (19,8%), nguyên nhân chủ yếu do chấn thương thể thao (42,9%), tai nạn giao thông (37,1%) và tai nạn sinh hoạt (20%). Thời điểm từ khi bị chấn thương đến khi phẫu thuật trung bình $12,1 \pm 1,17$ tháng (1 tháng-3 năm). Thời gian theo dõi sau phẫu thuật tái tạo DCCT trung bình $10,6 \pm 1,6$ tháng (6-17 tháng).

Nguồn gân ghép: gân cơ thon và bán gân 89 bệnh nhân (22,5%), gân bán gân đơn thuần 306 bệnh nhân (77,5%). Đường kính gân ghép: gân cơ thon và bán gân trung bình $7,5 \pm 0,63$ mm (6,5-8,5 mm), gân cơ bán gân đơn thuần $7,0 \pm 0,48$ mm (6,3-7,9 mm). Phương tiện cố định mảnh ghép: tất cả các trường hợp đều được cố định bằng treo gân theo kỹ thuật All-Inside.

Bảng 1. Kết quả đánh giá dấu hiệu Lachman và Pivot-shift (n=395)

Dấu hiệu	Lachman		Pivot-shift	
	n	%	N	%
Độ I	361	91,4	359	90,9
Độ II	34	8,6	36	9,1
Độ III	0	0	0	0
Độ IV	0	0	0	0
Tổng	395	100%	395	100%

Nhận xét: sau phẫu thuật tái tạo DCCT theo dõi trung bình 10,6 tháng, 91,4% có dấu hiệu Lachmann độ I, chỉ có 8,6% độ II, không có trường hợp nào độ III và IV. 90,9% dấu hiệu chuyển trục âm tính, 9,1% độ II, không gặp bệnh nhân nào ở độ III và IV.

Bảng 2. Đánh giá biên độ vận động khớp gối (n=395)

Biên độ vận động	N	%
Biên độ bình thường	364	92,1
Hạn chế gấp gối	0	0
Hạn chế duỗi gối	31	7,9
Tổng	395	100

Nhận xét: không có trường hợp nào hạn chế gấp gối, có 31 bệnh nhân hạn chế duỗi gối mức

độ nhẹ chiếm 7,9%.

Bảng 3. Mức độ biểu hiện rối loạn cảm giác tại vị trí lấy gân ghép sau mổ (n=395)

Mức độ	Sau mổ 3		Sau mổ 6 tháng	
	N	%	N	%
Độ A	321	81,3	391	99
Độ B	74	18,7	4	1
Độ C	0	0	0	0
Độ D	0	0	0	0
Tổng	395	100	395	100

Nhận xét: sau 3 tháng có 74 bệnh nhân có cảm giác tê ở vị trí lấy gân chiếm 18,7%. Nhưng sau 6 tháng các tổn thương thần kinh đã được phục hồi, chỉ còn 4 bệnh nhân (1%) còn rối loạn cảm giác, các bệnh nhân này cũng thấy đỡ hơn trước.

Bảng 4. Dấu hiệu hẹp khe khớp gối trên Xquang (n=395)

Mức độ	N	%
Mức độ A	372	94,2
Mức độ B	23	5,8
Mức độ C	0	0
Mức độ D	0	0
Tổng	395	100

Nhận xét: 48 bệnh nhân (94,2%) không thấy tình trạng hẹp khe khớp, 23 bệnh nhân (5,8%) có dấu hiệu hẹp khe khớp ở mức độ B.

Cộng hưởng từ khớp gối: chúng tôi chụp lại được 324/395 bệnh nhân, về hình thái DCCT tất cả đều còn liên tục, sức căng, bờ đều, không có tụ dịch ở dây chằng, không còn dịch khớp gối, không có các tổn thương khác như sụn chêm hay các dây chằng khác.

Bảng 5. Đánh giá chức năng khớp gối theo IKDC (n=395)

Phân độ	n	%
Độ A	263	66,6
Độ B	110	27,8
Độ C	22	5,6
Độ D	0	0
Tổng	395	100

Nhận xét: theo thang điểm IKDC có 94,4% bệnh nhân xếp loại A và B, 5,6% loại C, không có bệnh nhân nào xếp loại D.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả lâm sàng: sau phẫu thuật tái tạo DCCT, các dấu hiệu về lỏng gối là triệu chứng được quan tâm nhiều và ảnh hưởng đến độ vững chắc khi vận động của khớp gối. Khi khám lại có 361/395 bệnh nhân (91,4%) Lachman độ I và 34 bệnh nhân (8,6%) độ II, không có trường hợp nào độ III, IV. Đối với dấu hiệu chuyển trục Pivot-shift, tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ tốt và rất tốt chiếm 100%, trong đó có 359 bệnh nhân (90,9%) không có dấu hiệu chuyển trục, 36

bệnh nhân (9,1%) ở mức độ II.

Theo Pinczewski, tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu Lachman độ I đối với nhóm dùng gân Hamstring là 86%, gân bánh chè là 87%, dấu hiệu chuyển trực độ I tương ứng là 84% và 94% [2]. Keays theo dõi sau 6 năm cũng thấy tỷ lệ dấu hiệu chuyển trực âm tính cao ở cả hai nhóm gân, chỉ có 1 trường hợp trong nhóm dùng gân Hamstring có kết quả dương tính [3]. Suomalainen theo dõi sau 5 năm thấy dấu hiệu chuyển trực độ I, II chiếm 85% ở nhóm tái tạo bằng phương pháp hai bó, 90% ở nhóm tái tạo một bó sử dụng vít sinh học và 75% ở nhóm tái tạo một bó dùng vít kim loại [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng gặp dấu hiệu lỏng khớp mức độ nhẹ tương tự như các tác giả khác. Mức độ trượt của mâm chày so với lõi cầu đùi theo nghiên cứu của Keays là 2 mm, của Pinczewski là 1,8 mm [1,3]. Các tác giả cho rằng dù đi lệch nhẹ nhưng nghiệm pháp chuyển trực vẫn âm tính, tuy không thể hồi phục sự ổn định của khớp gối như tình trạng bình thường trước khi chấn thương nhưng mảnh ghép vẫn đảm bảo chức năng của khớp gối.

Chúng tôi không gặp trường hợp nào bị hạn chế gấp gối, có 31 bệnh nhân hạn chế duỗi gối dưới 10° (7,9%). Nghiên cứu của Anderson gặp 11/105 hạn chế duỗi gối $3-10^\circ$, 11/105 bệnh nhân hạn chế gấp gối từ $6-33^\circ$. Pinczewski thấy tỷ lệ hạn chế duỗi gối giữa hai thời điểm 2 và 5 năm sau phẫu thuật tăng lên ở nhóm tái tạo bằng gân bánh chè [1]. Theo chúng tôi, nguyên nhân của tình trạng hạn chế biên độ vận động khớp gối ở thời điểm sau phẫu thuật trên 6 tháng có thể là do bệnh nhân không tuân thủ đầy đủ các bài tập phục hồi chức năng từ ngay sau mổ.

Chúng tôi gặp 74 (18,7%) trường hợp bị tê tại vị trí lấy gân tại thời điểm sau mổ 3 tháng. Khi lấy gân cơ thon và gân cơ bán gân làm tổn thương các nhánh cảm giác của thần kinh hiển. Cảm giác tê bì 1/3 trên trong cẳng chân có thể gặp phải và lâu dần sẽ mất đi, đánh giá sau mổ 6 tháng chỉ còn 4 bệnh nhân (1%) còn tê bì nhẹ, nhưng đã đỡ hơn trước. Triệu chứng này tuy không ảnh hưởng đến vận động khớp gối nhưng thường gây tâm lý bất an cho người bệnh. Kinh nghiệm sau này của chúng tôi cho thấy để hạn chế những tổn thương tại vùng lấy gân cơ thon và gân cơ bán gân, phẫu thuật viên không nên bóc tách rộng phần mềm dưới da mà nên mở bao cơ may, bộc lộ trong bao cơ may để lấy gân.

Kết quả chẩn đoán hình ảnh: chúng tôi chụp X quang tư thế thẳng và nghiêng để đánh giá sự

thoái hóa của khớp gối biểu hiện qua mức độ hẹp khe khớp đùi-chày và đùi-bánh chè. Kết quả cho thấy 372 bệnh nhân (94,2%) khe khớp bình thường và 23 bệnh nhân (5,8%) hẹp khe khớp mức độ tối thiểu (mức độ B). Kết quả này cũng tương tự như tác giả Pinczewski [2]. Theo Anderson, tỷ lệ thoái hóa gối 5 năm đầu sau tái tạo DCCT bằng gân cơ thon và bán gân là 57%, trong đó 36% mức độ nhẹ và 19% mức độ vừa. Tỷ lệ thoái hóa của chúng tôi thấp hơn và chủ yếu ở mức độ nhẹ, có thể do mức độ vận động hoặc chơi thể thao của bệnh nhân trong nghiên cứu này không cao như của các tác giả nước ngoài. Chúng tôi cho chụp lại được cộng hưởng từ cho 324/395 bệnh nhân tại thời điểm 6 tháng-1 năm. Kết quả phim chụp đều cho thấy hình thái DCCT tốt: DCCT liên tục, căng, bờ rõ, không có dịch xung quanh, khớp gối không có dịch, không có dấu hiệu thoái hóa gối.

Kết quả đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm IKDC: kết quả cho thấy 94,4% bệnh nhân được đánh giá là bình thường hoặc gần bình thường (độ A và B). Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của Pinczewski với tỷ lệ độ A và B trong từng phần đánh giá cụ thể của thang điểm IKDC đều từ 88-98% và trong kết quả đánh giá chung là 83% [2]. Kết quả của Suomalainen cho thấy tỷ lệ độ A và B ở các nhóm tái tạo hai bó, một bó dùng vít sinh học, một bó dùng vít kim loại lần lượt là 80%, 76% và 62,5% [4]. Do điều kiện hạn chế nên chúng tôi mới chỉ dừng lại đánh giá theo dõi một thời gian ngắn (trung bình 10,6 tháng). Nghiên cứu của Kostogiannis đánh giá bằng thang điểm Lysholm sau 15 năm thấy tỷ lệ tốt và rất tốt vẫn chiếm tới 77,8%, tuy nhiên thấp hơn ở thời điểm 1 năm và 3 năm (tương ứng là 95,2% và 92,1%) [5]. Pinczewski theo dõi ở các thời điểm 2, 5, 7 và 10 năm sau phẫu thuật thấy mức độ tiến triển các triệu chứng sau 10 năm khá chậm, tỷ lệ độ A và B theo IKDC sau các thời điểm đó lần lượt là 100%, 100%, 98% và 97% [2]. Do đó, kết quả ở nghiên cứu này có thể đánh giá là tốt, tuy nhiên việc theo dõi vẫn cần tiếp tục lâu dài hơn để có thể đánh giá hiệu quả thực sự của phương pháp phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 395 trường hợp đứt DCCT khớp gối được phẫu thuật nội soi tái tạo bằng mảnh ghép gân Hamstring tự thân ở thời điểm theo dõi trung bình 10,6 tháng tại bệnh viện Việt Đức cho thấy, tất cả các bệnh nhân gối vững và dấu hiệu chuyển trực ở độ I, II, không có hạn chế vận động gấp gối, 7,9% bệnh nhân hạn chế duỗi gối mức độ nhẹ, 18,7% có cảm giác tê ở vị

trí lấy gân tại thời điểm sau mổ 3 tháng, nhưng hồi phục dần, chỉ còn 1% (04 bệnh nhân) vẫn còn tê nhẹ sau mổ 6 tháng. Tất cả các bệnh nhân đều không có biểu hiện thoái hóa khớp gối trên phim X quang. Theo thang điểm IKDC, 94,4% bệnh nhân xếp loại A và B, 5,6% loại C, không có bệnh nhân nào xếp loại D.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pinczewski LA (2002)**, "A 5-year comparison of patellar tendon versus four-strand Hamstring tendon autograft for arthroscopic reconstruction of the anterior cruciate ligament", The American journal of sports medicine, 30(4), 523-536.
2. **Pinczewski LA (2007)**, "A 10-year comparison of anterior cruciate ligament reconstructions with Hamstring tendon and patellar tendon autograft: a controlled, prospective trial", The American journal of sports medicine, 35(4), 564-574.
3. **Keays SL (2007)**, "A 6-year follow-up of the effect of graft site on strength, stability, range of motion, function, and joint degeneration after anterior cruciate ligament reconstruction: patellar tendon versus semitendinosus and gracilis tendon graft", The American journal of sports medicine, 35(5), 729-739.
4. **Suomalainen P (2012)**, "Double-bundle versus single-bundle anterior cruciate ligament reconstruction: a prospective randomized study with 5-year results", The American journal of sports medicine, 40(7), 1511-1518.
5. **Kostogiannis I (2007)**, "Activity level and subjective knee function 15 years after anterior cruciate ligament injury: a prospective, longitudinal study of nonreconstructed patients", American journal of sports medicine, 35(7), 1135-1143.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH MẮC BỆNH BETA THALASSEMIA Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2017 - 6/2018

Lê Quang Vũ¹, Phạm Thị Ngọc Nga², Nguyễn Văn Duy³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ở Việt Nam tỷ lệ mắc bệnh và mang gen bệnh Beta Thalassemia (β -Thal) cao tùy theo dân tộc và vùng miền. Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang, bệnh nhân β -Thal được phát hiện ngày càng nhiều, năm 2017 có khoảng 257.113 lượt bệnh nhân đã truyền máu. **Mục tiêu:** (1) Xác định tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh β -Thal và các thể bệnh β -Thal trong tổng số bệnh nhân thiếu máu tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang năm 2017 đến tháng 6/2018 bằng kỹ thuật điện di hemoglobin (Hb). (2) Tìm hiểu một số chỉ số huyết học ở các thể bệnh β -Thal. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 361 đối tượng là bệnh nhân có triệu chứng thiếu máu và dương tính với MCV và/hoặc MCH đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang, không phân biệt tuổi, giới tính, dân tộc. Tỷ lệ mắc bệnh và các thể bệnh β -Thal được xác định dựa trên kết quả điện di Hb tại bệnh viện. Các chỉ số huyết học được ghi nhận từ kết quả của xét nghiệm công thức máu 18 thông số. Các kiểu đột biến gen cần xác định lại thể bệnh được phát hiện bằng kỹ thuật giải trình tự gen β -Globin tại trung tâm Y – Sinh học phân tử, trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả và phát hiện chính:** Có 187/361 bệnh nhân (51,8%) thuộc 3 nhóm dân tộc Kinh,

Khmer và Hoa được chẩn đoán mắc bệnh β -Thal trong tổng số bệnh nhân được chỉ định điện di Hb. 05 thể bệnh được xác định, trong đó có 13,6% là thể β -Thal; 16,1% là thể phối hợp β -Thal/HbE và cao nhất là thể HbE là 23,1%. Nếu chỉ dựa vào kết quả điện di Hb, có 4 bệnh nhân kết luận thể bệnh sai. Và từ các chỉ số huyết học, ngoại trừ thể HbE dị hợp tử thiếu máu mức độ trung bình nhưng lại không cần truyền máu phụ thuộc, 04 thể bệnh còn lại có mức độ thiếu máu theo y văn và các nghiên cứu khác. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân mắc và mang gen bệnh β -Thal rất cao (51,8%), do vậy, tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang, việc chỉ định xét nghiệm tìm bệnh β -Thal trên bệnh nhân thiếu máu là cần thiết. Ngoài ra, việc tư vấn sàng lọc phát hiện các thể bệnh đặc biệt là thể dị hợp nên được thực hiện để phòng bệnh.

Từ khóa: Beta-Thalassemia, Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang, Thiếu máu di truyền.

SUMMARY

STUDYING THE SITUATION OF BETA THALASSEMIA IN KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL, 2017 - 6/2018

Background: In Vietnam, the rate of Beta Thalassemia disease and gene carrier is high, depending on ethnicity and region. At Kien Giang General Hospital, β -Thal patients were discovered more and more, in 2016, about 257,113 people came to blood transfusions. **Objectives:** (1) To determine the rate of β -Thal patients in the total number of anemia patients and types of β -Thal disease by electrophoresis hemoglobin (Hb) technique at Kien Giang General Hospital in 2017 6/2018. (2) Understanding some hematological indicators in types of β -Thal disease. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 361 patients in Kien Giang General Hospital, who were

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang

²Trường đại học Y Dược Cần Thơ

³Viện công nghệ sinh học và môi trường, trường đại học Nha Trang

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Vũ

Email: lequangvu2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2019

Ngày duyệt bài: 9.9.2019

regardless of age, gender, ethnicity and had symptoms of anemia associated with positive of MCV and/or MCH index. The rate of β -Thal patients and types of β -Thal disease were determined based on the results of Hb electrophoresis in the hospital. Hematological indicators are recorded from the results of the hematology analyzers. Types of mutations that need to be redefined were identified by the β -Globin sequencing technique at the Center for Biomedical Sciences molecule, University of Medicine and Pharmacy in Ho Chi Minh City. **Results:** There were 187/361 patients (51,8%) of the 3 ethnic groups of Kinh, Khmer and Hoa who were diagnosed with β -Thal among the patients assigned Hb electrophoresis. 05 disease types were identified of which β -Thal (13,6%), β -Thal/HbE (16,1%), and HbE (23,1%). Based on Hb electrophoresis results, 4 patients found the wrong type of disease. And based on hematological indicators, except for HbE heterozygous was intermedia anemia but without blood transfusion, the anemia level of the remaining four types of disease was similar to that of literature and other studies. **Conclusions:** The prevalence of β -Thal patients and gene carrier is very high (51.8%), therefore, at Kien Giang General Hospital, the appointment of testing for β -Thal disease in anemia patients is necessary. In addition, Screening counseling to detect gene carrier should be provided to prevent Thal-Thal disease.

Keywords: Beta-Thalassemia, Kien Giang General Hospital, genetic anemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Beta thalassemia là bệnh Hemoglobin di truyền lặn đơn gen theo kiểu Mendel phổ biến nhất trên thế giới, bệnh do đột biến trên gen globin gây ra [2], [4], [5]. Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ mắc bệnh và mang gen bệnh cao [2], [3]. Và theo báo cáo của Chi hội Tan máu bẩm sinh khu vực Tây Nam Bộ, năm 2015, Đồng bằng sông Cửu Long (ĐBSCL) có khoảng 2.105 người bị Thalassemia được các bệnh viện chẩn đoán.

Tại Kiên Giang (một tỉnh của ĐBSCL), số lượng người mắc bệnh β -Thal đang trong tình trạng báo động, có khoảng 257.113 lượt bệnh nhân đã truyền máu trong năm 2017 (số liệu từ phòng kế hoạch tổng hợp bệnh viện Đa khoa Kiên Giang, 2017). Tuy nhiên, ở Kiên Giang, việc nghiên cứu tìm hiểu tần suất phân bố bệnh, tỷ lệ mắc bệnh thalassemia và những hiểu biết của bệnh nhân về căn bệnh này có nhiều hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu:

(1) Xác định tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh β -Thal và các thể bệnh β -Thal trong tổng số bệnh nhân thiếu máu tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang tháng 1/2017 đến tháng 6/2018 bằng kỹ thuật điện di hemoglobin. (2) Tìm hiểu một số chỉ số huyết học ở các thể bệnh β -Thal.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là tất cả bệnh nhân không phân biệt giới tính, dân tộc và tuổi đến khám tại phòng khám Huyết học hoặc đang điều trị tại Khoa Nhi và Khoa Nội tổng quát của Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang có triệu chứng thiếu máu trên lâm sàng (da xanh xao; niêm mạc nhợt nhạt; mệt mỏi) và dương tính với chỉ số MCV và/hoặc MCH.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân đang bị mắc các bệnh cấp cứu, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc người giám hộ của bệnh nhân là trẻ em không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp nghiên cứu:

- **Cỡ mẫu:** Chọn tất cả các bệnh nhân thuộc đối tượng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 6/2018, có tổng 361 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

- Phương pháp nghiên cứu

+ Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh β -Thal và các thể bệnh β -Thal

Bệnh nhân mắc bệnh β -Thal sẽ được đánh giá kết quả dựa theo tác giả Nguyễn Khắc Hân Hoan, 2010: bệnh nhân β -Thal dị hợp tử khi HbA₁ giảm dưới 96% và tăng HbA₂ trên 3,5% hoặc có HbE [2].

Các thể bệnh gồm:

- Thể β -Thal dị hợp tử: khi nồng độ HbA₂ tăng trên 3,5% Hb toàn phần đơn thuần, có thể phối hợp HbF nhưng HbF không vượt quá 10% toàn phần, HbA₁ giảm nhẹ (90-95%).

- Thể β -Thal đồng hợp tử: khi nồng độ HbA₂ bình thường hoặc tăng một ít HbF tăng cao trên 10 – 100%, HbA₁ gần như không có.

- Thể dị hợp tử HbE khi có đủ 3 thành phần Hb: HbA₂, HbA₁, HbE, trong đó tổng HbE và HbA₂ chiếm tỷ lệ từ 12,6 – 30,3%.

- Thể đồng hợp tử HbE khi HbE chiếm trên 90% và HbE + HbA₂ chiếm tỷ lệ 100%, hoàn toàn không có sự hiện diện của HbA₁ trong kết quả điện di huyết sắc tố.

- Thể phối hợp β -Thal/HbE khi điện di có sự xuất hiện của HbF và HbE; HbE+HbA₂= 25-80%; HbF =6-50%; HbA = 5-60%.

Tỷ lệ mắc bệnh sẽ được tính dựa vào tỷ số bệnh nhân mắc bệnh β -Thal đọc được bằng điện di và tổng số bệnh nhân được chỉ định điện di Hb.

+ Một số chỉ số huyết học ở các thể bệnh β -Thal: được ghi nhận từ kết quả của xét nghiệm công thức máu 18 thông số. Các chỉ số khảo sát: số lượng hồng cầu (RBC), chỉ số HCT, MCV, MCH và Hb.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2017 đến 6/2018, có 361 bệnh nhân thuộc 3 nhóm dân tộc tham gia nghiên cứu: 127 dân tộc Kinh (127), 55 dân tộc Khmer và 5 dân tộc Hoa có triệu chứng thiếu máu, mang bất thường về chỉ số MCV/MCH tại khoa Nội, Nhi và phòng khám huyết học thực hiện điện di Hb.

3.1. Tỷ lệ bệnh nhân và các thể bệnh β -Thal

Bảng 1. Tỷ lệ mắc bệnh và các thể bệnh β -Thal

Thể bệnh	Số	Tỷ lệ
----------	----	-------

	lượng	(%)
Thể β -Thal đồng hợp tử	15	4,2%
Thể β -Thal dị hợp tử	34	9,4%
Thể phối hợp β -Thal/HbE	58	16,1%
Thể HbE đồng hợp	7	1,9%
Thể HbE dị hợp	73	20,2%
Tổng thể bệnh	187	51,8%
Tổng số	361	100%

Nhận xét: Có tổng 51,8% bệnh nhân mắc bệnh β -Thal và có 5 thể bệnh được xác định với tỷ lệ khác nhau, cao nhất là thể HbE 23,1%, thấp nhất là thể HbE đồng hợp (1,9%).

Bảng 2. Tỷ lệ lưu hành thể bệnh β -Thal của từng dân tộc

Thể bệnh/ Dân tộc	Kinh (n=127)	Khmer (n=57)	Hoa (n=3)	Tổng (n=187)
Thể β -Thal đồng hợp tử	12	2	1	15
Thể β -Thal dị hợp tử	29	4	1	34
Thể phối hợp β -Thal/HbE	47	10	1	58
Đồng hợp HbE	3	4	0	7
Dị hợp HbE	36	37	0	73

Nhận xét: 5 thể bệnh nghiên cứu phân bố đầy đủ ở nhóm dân tộc Kinh và Khmer, riêng dân tộc Hoa chỉ có 3 thể bệnh β -Thal đồng hợp tử, dị hợp và thể phối hợp β -Thal/HbE.

3.2. Một số chỉ số huyết học của các thể bệnh β -Thal.

Bảng 3. Đặc điểm huyết học của các thể bệnh β -Thal

Chỉ số huyết học	Thể bệnh	Số lượng	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
RBC	β đồng hợp	11	3,7	1,7	2,01	6,82
	HbE đồng hợp	7	5,1	1,2	3,43	6,8
	β -Thal/HbE	58	3,8	0,8	1,9	6,2
	β dị hợp tử	38	4,4	1,4	1,48	6,6
	HbE dị hợp tử	73	3,7	1,2	1,5	6,23
HGB	β đồng hợp	11	6,1	1,1	3,8	7,8
	HbE đồng hợp	7	10,1	1,4	8,6	13
	β -Thal/HbE	58	7,6	1,5	3,6	10,9
	β dị hợp tử	38	9,0	2,1	5,4	13,1
	HbE dị hợp tử	73	7,1	2,3	1,8	12,3
HCT	β đồng hợp	11	23,2	8,3	13,7	24,9
	HbE đồng hợp	7	32,6	6,2	25,1	42,4
	β -Thal/HbE	58	25,1	4,5	13,6	35
	β dị hợp tử	38	29,6	7,1	16,4	43,9
	HbE dị hợp tử	73	24,4	7,4	6,2	39,6
MCV	β đồng hợp	11	70,4	8,0	58,2	82,7
	HbE đồng hợp	7	64,3	5,7	55,8	73,2
	β -Thal/HbE	58	67,4	7,2	50,5	86,2
	β dị hợp tử	38	68,6	8,5	53,2	84,6
	HbE dị hợp tử	73	67,4	13,3	40,9	89,4
MCH	β đồng hợp	1	23	3,8	16	27,4
	HbE đồng hợp	7	19,3	2,6	16,4	22,8
	β -Thal/HbE	58	20,5	2,8	13,9	27,7
	β dị hợp tử	38	20,9	3,9	15	34,3
	HbE dị hợp tử	73	19,8	5,7	10	29,4

Nhận xét: - 11/15 bệnh nhân thể β -Thal đồng hợp biểu hiện thiếu máu khá nặng $Hb=6,1 \pm 1,1$ g/dL; $Hct = 23,2 \pm 8,3\%$; số lượng hồng cầu thấp $3,7 \pm 1,7 \times 10^{12}/L$.

- 4/15 bệnh nhân β -Thal đồng hợp lại không cần truyền máu. Kiểm tra chỉ số huyết học và kiểu đột biến, nghiên cứu ghi nhận 4 bệnh nhân trên thuộc thể β -Thal dị hợp.
- Số lượng trung bình hồng cầu (RBC), HCT, Hb ở mỗi thể bệnh là khác nhau.
- Giá trị MCV từ 64,3fL ở thể HbE đến 70,4fL ở thể β đồng hợp tử và MCH từ 19,3pg ở thể đồng hợp đến 20,9pg ở thể β dị hợp tử.

Bảng 4. Chỉ số huyết học, điện di Hb và kiểu đột biến của 4 bệnh nhân kết luận sai thể bệnh.

Dân tộc	Chỉ số huyết học					Chỉ số điện di Hb				Kiểu đột biến
	RBC	HGB	HCT	MCV	MCH	HbA	HbA2	HbF	HbE	
Hoa	6,54	10	36,7	56,2	15,3	82	4,9	13,1	0	Cd 41/42 -TTCT
Kinh	4,9	9,6	26,5	67,9	19,4	84,2	5,4	10,4	0	Cd 17 A>T
Kinh	6,52	10	38,3	58,7	15,3	84,2	5,1	10,7	0	Cd 41/42 -TTCT
Kinh	4,8	9,4	29,1	60,6	19,7	85,3	4,6	10,1	0	Cd 17 A>T

Nhận xét: - Có 3 bệnh nhân dân tộc kinh, 1 dân tộc Hoa, mỗi bệnh nhân chỉ mang 1 đột biến và có 2 kiểu đột biến là: Cd 41/42 -TTCT và Cd 17 A>T.

- Chỉ số huyết học thể hiện các bệnh nhân thiếu máu nhẹ của thể dị hợp tử Hb=9,4 -10 g/dL; HCT= 26,5 $\pm$ 36,7%; số lượng hồng cầu 4,8 – 6,54 $\times 10^{12}$ /L.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh β -Thal

Khi thu thập số liệu, trong số 361 bệnh nhân có triệu chứng thiếu máu, mang bất thường về chỉ số MCV/MCH thì có 187 bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh β -Thal dựa trên kết quả điện di Hb. Như vậy, kết quả nghiên cứu ghi nhận có đến 51,8% bệnh nhân mắc bệnh β -Thal trong tổng số bệnh nhân thiếu máu tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang năm 2017-6/2018 (Bảng 1). Kết quả này cho thấy hơn 50% bệnh nhân thiếu máu đến khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang là do bệnh di truyền β -Thal. Như vậy, chỉ định tìm bệnh β -Thal là cần thiết trên bệnh nhân có dấu hiệu thiếu máu.

Dựa vào kết quả điện di Hb, có tổng 5 thể bệnh được phân loại: 2 thể bệnh β -Thal; 2 thể bệnh HbE và 1 thể phối hợp β -Thal/HbE. Chiếm tỷ lệ cao nhất là HbE với 22,1% trong đó thể đồng hợp chỉ có 1,9% và thể dị hợp đến 20,2% (Bảng 1). Nghiên cứu chưa ghi nhận thể bệnh này trên dân tộc Hoa tham gia trong nghiên cứu ít. Ngược lại, tỷ lệ thể bệnh HbE rất cao ở dân tộc Khmer 41/57 chiếm 71,9% trong tổng số bệnh nhân Khmer chẩn đoán mắc bệnh, trong khi dân tộc Kinh, số lượng bệnh nhân đông nhất (127 bệnh nhân), có 39 bệnh nhân mang thể HbE chiếm 30,7% (Bảng 2).

Tỷ lệ HbE ở Khmer tìm gặp ở bệnh viện đa khoa Kiên Giang cao hơn ở dân Kinh vì ở Việt Nam nói chung và ở cả khu vực Đông Nam Á, theo nhiều nghiên cứu, HbE luôn là thể bệnh phổ biến nhất trong bệnh β -Thal, nhưng tỷ lệ khác nhau ở rất nhiều dân tộc. Nghiên cứu của Bowman J.E (1971) trên dân tộc Khmer miền trung Việt Nam, HbE chiếm 36,8%, Khmer tại

Thái lan chiếm 54% và một số dân tộc khác trong nước Việt Nam như Êđê chiếm 41%, Stiêng chiếm 55,9%, Vân Kiều chiếm 23%, Pako là 6,14%, nhưng dân tộc Kinh ở thành phố Hồ Chí Minh, HbE chỉ có 3,16% [3]. Và tỷ lệ của nghiên cứu cũng xấp xỉ trong ngưỡng tỷ lệ bệnh HbE của Campuchia (31,9-63%) của Fucharoen S (1997) [4]. Kết quả này có thể giải thích do người Khmer khu vực Nam bộ có cùng nguồn gốc với người Campuchia.

Trong các thể bệnh β -Thal, HbE luôn chiếm tỷ lệ cao nên đây cũng là lý do tại sao thể phối hợp β -Thal/HbE (16,1%) được gặp nhiều hơn các thể bệnh β -Thal còn lại (thể đồng hợp là 4,2%; thể dị hợp tử là 9,4%). Ngược lại với HbE, cả 3 nhóm dân tộc đều có bệnh nhân mang các thể bệnh này. Tỷ lệ bệnh nhân ở mỗi nhóm dân tộc khác nhau về số lượng, ít nhất là dân tộc Hoa, tiếp theo là Khmer và nhiều nhất là dân tộc Kinh.

Như vậy, khi thực hiện điện di trên 361 bệnh nhân có dấu hiệu thiếu máu, kết quả nghiên cứu ghi nhận có 187 bệnh nhân mắc bệnh β -Thal chiếm tỷ lệ 51,8%. Có tổng 5 thể bệnh được xác định và tỷ lệ các thể bệnh phân bố khác nhau ở các nhóm dân tộc.

4.2. Một số đặc điểm cận lâm sàng của các thể bệnh β -Thal.

- Thể bệnh β -Thal: có 2 thể được nghiên cứu ghi nhận là đồng hợp và dị hợp tử

Khi phân loại theo kết quả điện di Hb, có đến 15 bệnh nhân được xác định. Tuy nhiên, theo y văn và tất cả các nghiên cứu về bệnh β -Thal trước, bệnh nhân β -Thal đồng hợp sẽ biểu hiện lâm sàng thiếu máu từ trung bình đến nặng tùy theo kiểu đột biến và cần truyền máu định kỳ. Ngoài ra, các chỉ số cận lâm sàng của bệnh nhân này sẽ có số lượng Hb, hồng cầu giảm nặng và HCT thấp. Nhưng ở nghiên cứu này, có 11/15

bệnh nhân có kết quả lâm sàng và chỉ số huyết học phù hợp (Bảng 3) và 4/15 bệnh nhân chưa ghi nhận thiếu máu cần truyền máu trong đời sống.

Thực hiện kỹ thuật giải trình tự gen để tìm kiểu đột biến và kết hợp với chỉ số huyết học và triệu chứng thiếu máu trên lâm sàng, nghiên cứu ghi nhận cả 4 bệnh nhân đều là người trưởng thành: 3 dân tộc Kinh; 1 dân tộc Hoa tất cả chỉ mang triệu chứng thiếu máu nhẹ trên lâm sàng, chưa được chỉ định truyền máu lần nào trong cuộc sống và các chỉ số huyết học: hồng cầu, Hemoglobin, HCT và chỉ số MCV, MCH đều phù hợp với thể bệnh β -Thal dị hợp tử trong y văn. Kết quả giải trình tự gen, cả 4 bệnh nhân, mỗi bệnh nhân chỉ mang một đột biến. Có 2 kiểu đột biến được tìm gặp là Cd41/42 –TTCT và Cd17 A>T, đây là 2 đột biến gây bệnh β -Thal phổ biến nhất ở Việt Nam. Như vậy, nếu chỉ dựa vào kết quả điện di để kết luận thể bệnh sẽ có những trường hợp bị sai sót và xét nghiệm tìm kiểu đột biến sẽ là cơ sở vững chắc để kết luận thể bệnh giúp hỗ trợ điều trị bệnh nhân chính xác hơn. Nhưng nếu có sở y tế chỉ có thể thực hiện điện di Hb, thì việc cân nhắc xác định thể bệnh và truyền máu cho bệnh nhân thể đồng hợp nên kết hợp với thăm khám lâm sàng và chỉ số huyết học.

Có 34 bệnh nhân trong ở thể dị hợp tử được xác định bằng điện di và thêm 4 bệnh nhân dị hợp tử xác định dựa trên kiểu đột biến. Tất cả 38 bệnh nhân mang thể bệnh này tìm gặp dấu hiệu thiếu máu nhẹ, không cần truyền máu. Chỉ số huyết học của các bệnh nhân cũng thể hiện tình trạng thiếu máu nhẹ. Số trung bình của hồng cầu là $4,4 \pm 1,4 \times 10^{12}/L$, Hb là $9 \pm 2,1 d/L$, Hct là $29,6 \pm 7,1\%$ và hồng cầu vẫn có kích thước nhỏ nhược sắc với MCV là $68,6 \pm 8,5 fL$ và MCH là $20,9 \pm 3,9 pg$. Khác với thể đồng hợp tử, thể β -Thal dị hợp tử rất khó phát hiện khi gặp trong cộng đồng do kiểu hình bệnh nhân chỉ thiếu máu nhẹ và khó nhận biết được các dấu hiệu lâm sàng, hoặc phân biệt dấu hiệu đó với các bệnh lý thiếu máu di truyền khác hay thiếu máu do thiếu sắt nếu không sử dụng các chỉ số cận lâm sàng của huyết học và điện di. Và điều này có nghĩa sẽ tăng cơ hội cho bệnh nhân HbE thể phối hợp với β -Thal chào đời do ở 2 đối tượng không biết mình mắc bệnh này kết hôn với nhau.

- Thể phối hợp HbE/ β -Thal

Trong nghiên cứu, có đến 58 bệnh nhân mang thể phối hợp HbE/ β -Thal. Thể bệnh này do sự kết hợp của một alen mang HbE với alen còn lại mang đột biến gây bệnh β -Thal. Các bệnh nhân mang thể bệnh này đều có lâm sàng chung

là thiếu máu khá nặng, cần truyền máu, có lách to, một số có gan to và có gương mặt thalassemia (biến dạng xương). Số lượng hồng cầu trung bình nghiên cứu ghi nhận được từ các thể bệnh là $3,8 \pm 0,8 \times 10^{12}/L$, HCT là $25,1 \pm 4,5\%$, Hb là $7,6 \pm 1,5 g/dL$, MCV là $67,4 \pm 7,2 fL$, MCH là $20,5 \pm 2,8 pg$. Các chỉ số huyết học này cho thấy tất cả các bệnh nhân thể phối hợp HbE/ β -Thal đều thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc nặng và cần truyền máu để nâng hàm lượng Hb ở khoảng 9-10g/dL theo khuyến cáo của Liên đoàn Thalassemia thế giới nhằm duy trì cuộc sống bình thường cho bệnh nhân. Như vậy, so với thể đồng hợp tử và thể dị hợp tử kép, bệnh nhân thể phối hợp với HbE có chỉ số MCV và MCH thấp hơn. Kết quả này là do các hồng cầu được hình thành từ HbE đều có kích thước nhỏ và số lượng Hb trung bình trong một hồng cầu thấp. Nghiên cứu năm 1999, Bùi Văn Viên trên đối tượng là dân tộc Mường tỉnh Hòa Bình cũng cho kết quả tương tự (MCV là $66,6 \pm 7,4 fL$; MCH là $19,5 \pm 2,7 pg$) [1].

- *Thể bệnh HbE*: có 2 thể được nghiên cứu ghi nhận là đồng hợp và dị hợp tử

Có 7 bệnh nhân trong phả hệ có thể đồng hợp HbE, trong nghiên cứu này chỉ số Hb trung bình là $10,1 \pm 1,4 g/dL$, HCT và số lượng hồng cầu nằm trong chỉ số bình thường lần lượt là $32,6 \pm 6,2\%$ và $5,1 \pm 1,2 \times 10^{12}/L$ thể hiện mức độ thiếu máu nhẹ (Bảng 3). Tuy là dạng đồng hợp tử nhưng trên lâm sàng các bệnh nhân HbE này không ghi nhận được dấu hiệu thiếu máu nặng cần truyền máu như dạng β -Thal đồng hợp. Như vậy, đột biến khác nhau sẽ ảnh hưởng đến mức độ thiếu máu khác nhau của mỗi bệnh nhân thalassemia.

Tương tự như thể đồng hợp HbE, thể dị hợp tử HbE có thể xác định chính xác nhờ chỉ số MCV, MCH và điện di Hb. Kết quả nghiên cứu của đề tài chỉ ra rằng người mang thể bệnh dị hợp tử HbE vẫn có hồng cầu nhỏ nhược sắc: MCV là $67,4 \pm 13,3 fL$, MCH là $19,8 \pm 5,7 pg$ và chỉ số HbA giảm, HbE tăng lên rất rõ trong điện di Hb với $20,1 \pm 4,1\%$. Theo y văn nếu HbE đồng hợp tử chỉ mang biểu hiện kiểu hình thiếu máu rất nhẹ, thì người mang thể bệnh HbE dị hợp tử không tìm thấy bất kỳ dấu hiệu thiếu máu nào khi dựa vào lâm sàng hoặc chỉ số huyết học. Tuy nhiên trên 73 bệnh nhân dị hợp HbE, nếu xét chỉ số huyết học trung bình: hồng cầu là $3,7 \pm 1,2 \times 10^{12}/L$, Hb là $7,1 \pm 2,3 g/dL$ và HCT khá thấp là $24,4 \pm 7,4\%$ cho thấy bệnh nhân bị thiếu máu khá nặng và cần truyền máu. Kết quả này hoàn toàn khác với y văn.

Khi thực tế nhìn lại kết quả của từng bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận chỉ có 13/73 bệnh nhân có chỉ số huyết phù hợp với HbE dị hợp tử, 100% bệnh nhân này đều ferritine bình thường, tương tự như thể dị hợp β -Thal, các bệnh nhân thể dị hợp HbE này được phát hiện khi nhập viện vì các bệnh lý khác. 60 bệnh nhân còn lại nhập viện với tình trạng thiếu máu thiếu sắt nặng, có bệnh nhân chỉ số ferritine chỉ có 1,74 ng/mL. Như vậy, các thể bệnh dị hợp HbE trong nghiên cứu này toàn bộ đều được phát hiện thông qua các bệnh lý khác. Chúng tôi chưa ghi nhận được trường hợp bệnh nhân nào chủ động đến khám tầm soát bệnh Thalassemia.

Tóm lại, dựa vào chỉ số huyết học và điện di Hb thì chỉ có 2 thể bệnh β -Thal đồng hợp tử, phối hợp HbE/ β -Thal đều có kiểu hình thiếu máu và cần truyền máu phụ thuộc, các thể bệnh còn lại chỉ biểu hiện thiếu máu nhẹ đến trung bình nhưng không cần truyền máu.

V. KẾT LUẬN

Hơn 50% bệnh nhân thiếu máu đến khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang được chẩn đoán mắc bệnh thiếu máu di truyền β -Thal; tỷ lệ người mang gen bệnh cao 29,6%. Kết quả nghiên cứu là cơ sở cho thấy việc chỉ định xét nghiệm tìm bệnh β -Thal trên bệnh nhân thiếu

máu đến khám và điều trị tại bệnh viện là cần thiết. Bên cạnh đó, tư vấn sàng lọc phát hiện các thể bệnh đặc biệt là thể dị hợp là cần thiết để hạn chế chào đời các bé thể β -Thal đồng hợp và thể phối hợp β -Thal/HbE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Văn Viên 1999**, Một số lâm sàng, huyết học bệnh Hemoglobin E và tần suất người mang gen Hemoglobin E ở dân tộc Mường Hòa Bình, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Khắc Hân Hoan, PVT, Nguyễn Tấn Bình, Nguyễn Thị Hồng Nga, Huỳnh Nghĩa, Quách Thị Hoàng Oanh, 2010**, Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật sinh học phân tử vào sàng lọc và chẩn đoán trước sinh bệnh di truyền thalassemia, Đề tài khoa học công nghệ cấp thành phố.
3. **Bowman, JE, Carson, PE, Frischer, H, et al. 1971**, Hemoglobin and red cell enzyme variation in some populations of the Republic of Vietnam with comments on the malaria hypothesis, Am J Phys Anthropol, 34, 313-24.
4. **Fucharoen, S & Winichagoon, P. 1997**, Hemoglobinopathies in Southeast Asia: Molecular Biology and Clinical Medicine, Hemoglobin, 21, 299-319.
5. **Galanello, R & Origa, R 2010**, Beta-thalassemia, Orphanet journal of rare diseases, 5, 11.
6. **Sae-Ung, N, Srivorakun, H, Fucharoen, G, et al. 2012**, Phenotypic expression of hemoglobins A(2), E and F in various hemoglobin E related disorders, Blood Cells Mol Dis, 48, 11-6.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ Ở PHỤ NỮ ĐƯỢC KHÁM THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y VÀ BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH

Bùi Thị Minh Phượng*

TÓM TẮT

Cùng với sự phát triển của kinh tế xã hội, điều kiện kinh tế gia đình được nâng cao thì vấn đề chăm sóc cho phụ nữ mang thai càng được chú trọng. Vì vậy ngày nay tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ đang là vấn đề cần quan tâm. Nghiên cứu trên 120 phụ nữ mang thai từ tuần 24-32 đến khám thai tại bệnh viện phụ sản Thái Bình và bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Kết quả cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK của các thai phụ mang thai từ 24 – 32 tuần trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,2%. Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường gia tăng phụ thuộc nhiều yếu tố: thừa cân béo phì, có tiền sử đái tháo đường ở thể hệ thứ nhất, tiền sử sản khoa bất thường có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

*Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Minh Phượng

Email: minhphuongybt@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ

SUMMARY

STUDY ON THAI KONG STREET STATUS SITUATION IN WOMEN RECEIVED AT THAI BINH UNIVERSITY OF MEDICAL AND HOSPITAL HOSPITAL

Along with the socio-economic development, improved family economic conditions, the issue of caring for pregnant women is emphasized. So today the rate of gestational diabetes is a matter of concern. Research on 120 pregnant women from 24-32 weeks to antenatal care at Thai Binh Obstetrics Hospital and Thai Binh Medical University Hospital. Results showed that the rate of gestational diabetes in pregnant women from 24 to 32 weeks in our study was 9.2%. The incidence of diabetes increases depending on many factors: overweight and obesity, a history of diabetes in the first generation, abnormal history of obstetrics has statistical significance $p < 0.05$

Keywords: Gestational diabetes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh mang tính chất xã hội, trong những năm gần đây đang có xu hướng tăng lên rõ rệt, chiếm tỷ lệ khá cao tại các nước phát triển.

Cùng với sự gia tăng của đái tháo đường, đái tháo đường thai kỳ cũng không ngừng gia tăng. Cho tới nay đái tháo đường thai kỳ đang là một vấn đề đáng quan tâm của y tế cộng đồng vì tỷ lệ mắc bệnh cũng như các biến chứng của bệnh cho cả người mẹ và thai nhi. Theo Hiệp hội Đái tháo đường Mỹ tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ thay đổi từ 1%-14% các phụ nữ có thai [3]. Đái tháo đường thai kỳ thường xuất hiện vào khoảng tuần thứ 24 - 28 của thai kỳ, khi nhau thai bắt đầu sản xuất một lượng lớn các hormon gây kháng insulin.

Các nghiên cứu khác nhau trên thế giới đã khẳng định đái tháo đường thai kỳ để lại hậu quả nặng nề cho thai phụ và thai nhi trong quá trình mang thai, trong và sau khi sinh: Tiền sản giật, thai chết lưu, sảy thai, hội chứng suy hô hấp cấp, tử vong chu sinh, thai to gây khó đẻ.... Người mẹ bị đái tháo đường thai kỳ nguy cơ tăng huyết áp, đặc biệt nguy cơ mắc đái tháo đường typ 2 thực sự sau này [1]. Với những lý do trên, chúng tôi tiến hành: "*Nghiên cứu thực trạng đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ được khám thai tại bệnh viện Đại học Y và bệnh viện phụ sản Thái Bình*". Mục tiêu

1. Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở phụ nữ được khám thai tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình và bệnh viện phụ sản Thái Bình"

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường thai kỳ

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

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

- Đối tượng được chọn vào nghiên cứu là tất cả phụ nữ mang thai từ 24-32 tuần đến khám thai tại khoa Sản - Bệnh viện ĐHY Thái Bình và BV Phụ sản Thái Bình.

- Chọn những thai phụ có Glucose máu $\geq 5,3\text{mmol/l}$ trong nhóm trên.

***Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ.** Áp dụng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống với 75g glucose, với tiêu chuẩn chẩn đoán được thống nhất tại Hội thảo Quốc tế lần thứ 4 về ĐTĐ thai kỳ tại Mỹ (1998).

Bảng 2.1: Bảng tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ

Thời điểm lấy mẫu	Ngưỡng giá trị chẩn đoán
Lúc đói	5,3 mmol/L (95mg/dL)

Sau 1 giờ	10,0 mmol/L (180mg/dL)
Sau 2 giờ	8,6 mmol/L (155mg/dL)

Chẩn đoán đái tháo đường khi thai phụ có ít nhất 2 giá trị đường máu lớn hơn hoặc bằng các giá trị nêu trong bảng 2.1

*Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai phụ đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hoá đường (Basedow, Suy giáp, Cushing, suy gan, suy thận)

- Thai phụ đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến chuyển hoá đường: Corticoide, Salbutamol, thuốc chẹn β giao cảm.

- Thai phụ đang mắc bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn, lao phổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện ($n = 120$)

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

*Chỉ tiêu lâm sàng:

- Khám toàn thân: chiều cao (cm), cân nặng (kg).

*Chỉ tiêu cận lâm sàng:

- G_0 : test glucose mao mạch tại thời điểm lúc đói trước uống 75g glucose (mmol/l).

- G_1 : test glucose mao mạch tại thời điểm 1 giờ sau uống 75g glucose (mmol/l).

- G_2 : test glucose mao mạch tại thời điểm 2 giờ sau uống 75g glucose (mmol/l).

Hàm lượng lipid máu: cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL, LDL (mmol/l).

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

- Giữ bí mật thông tin của người bệnh, tôn trọng, thông cảm và chia sẻ với bệnh nhân.

- Động viên và tư vấn cho bệnh nhân, gia đình bệnh nhân, hướng dẫn cách tự theo dõi và kiểm soát bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số thông số sinh hoá trong nhóm đối tượng có glucose máu $\geq 5,3\text{ mmol/l}$

Bảng 3.1. Kết quả glucose máu của nghiệm pháp tăng đường máu trong nhóm đối tượng có glucose máu $\geq 5,3\text{ mmol/l}$

Glucose máu	Giá trị bệnh lý (mmol/l)	n (n = 24)	Tỷ lệ (%)
G_0	$\geq 5,3$	22	91,7
	$\geq 7,0$	2	8,3
G_1	$\geq 10,0$	7	29,1
G_2	$\geq 8,6$	2	8,3

Nhận xét: Trong số 24 thai phụ được làm test glucose lúc đói có 22 thai phụ có kết quả $G_0 \geq 5,3\text{ mmol/l}$, 2 thai phụ có $G_0 \geq 7\text{mmol/l}$

(8,3%) và được chẩn đoán ngay đái tháo đường. Trong số 22 thai phụ được làm nghiệm pháp tăng đường máu có 29,1% thai phụ có $G_1 \geq 10,0\text{mmol/l}$ và 8,3% có $G_2 \geq 8,6\text{ mmol/l}$.

Bảng 3.2. Tỷ lệ ĐTĐ thai kỳ

	n	Tỷ lệ (%)
ĐTĐ thai kỳ	11	9,2
Không ĐTĐ thai kỳ	109	90,8

3.2. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và tỷ lệ mắc ĐTĐ thai kỳ

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa ĐTĐ thai kỳ và tuổi mang thai

Nhóm tuổi	ĐTĐ thai kỳ		Không ĐTĐ thai kỳ		p
	n	%	n	%	
< 25	1	9,1	33	30,3	p < 0,05
25 - 29	4	36,4	55	50,4	
30 - 34	5	45,4	15	13,8	
≥ 35	1	9,1	6	5,5	
Tổng	11	100	109	100	
$\bar{X} \pm SD$	28,9 $\pm$ 3,5		24,9 $\pm$ 5,0		

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo nhóm tuổi. Trong đó tỷ lệ mắc bệnh gặp nhiều ở nhóm tuổi 30 - 34 là 45,4%. Trong nhóm thai phụ mang thai có tuổi ≥ 25 tuổi có 10 thai phụ bị đái tháo đường thai kỳ chiếm tỷ lệ 81,8% cao hơn 69,75% ở nhóm không bị đái tháo đường. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa ĐTĐTK và BMI trước khi mang thai

BMI	ĐTĐ thai kỳ		Không ĐTĐ thai kỳ		p
	n	%	n	%	
< 18,5	4	36,4	50	45,8	p < 0,05
18,5 - 22,9	4	36,4	58	53,2	
≥ 23	3	27,2	1	1,0	
Tổng	11	100	109	100	
$\bar{X} \pm SD$	19,5 $\pm$ 2,6		18,6 $\pm$ 1,7		

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm thai phụ thừa cân và béo phì có 3 thai phụ chiếm 27,2% cao hơn 1,0% ở nhóm không bị bệnh. So sánh tỷ lệ mắc bệnh giữa nhóm thai phụ thừa cân và béo phì với nhóm không thừa cân, béo phì thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa ĐTĐ thai kỳ với tiền sử sản khoa bất thường

Tiền sử sản khoa bất thường	ĐTĐ thai kỳ		Không ĐTĐ thai kỳ		p
	n	%	n	%	
Có	7	63,6	11	10,1	p < 0,05
Không	4	36,4	98	89,9	
Tổng	11	100,0	96	100,0	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ có tiền sử sản khoa bất thường (thai lưu, đẻ non) ở thai phụ mang thai làm tăng tỷ lệ mắc đái tháo đường với p < 0,05.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa ĐTĐ thai kỳ với tiền sử cân nặng con trong những lần đẻ trước

Cân nặng con	ĐTĐ thai kỳ		Không ĐTĐ thai kỳ		p
	n	%	n	%	
< 3600g	9	100	26	83,9	p > 0,05
$\geq 3600\text{g}$	0	0	5	16,1	
Tổng	9	100	31	100	

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm thai phụ có tiền sử đẻ con có cân nặng < 3600g (100%) cao hơn nhóm có tiền sử đẻ con có cân nặng $\geq 3600\text{g}$.

Bảng 3.6. Liên quan giữa tỷ lệ ĐTĐ TK và số lượng yếu tố nguy cơ

Số yếu tố nguy cơ	ĐTĐ thai kỳ		Không ĐTĐ thai kỳ		p
	n	%	n	%	
0	0	0	49	45,0	p < 0,05
1	3	27,3	39	35,7	

2	4	36,4	18	16,5
≥ 3	4	36,4	3	2,8
Tổng	11	100	109	100

Nhận xét. Tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo số yếu tố nguy cơ, sản phụ càng có nhiều yếu tố nguy cơ càng dễ mắc đái tháo đường thai kỳ. Trong nhóm thai phụ bị ĐTĐTK thì tỷ lệ ĐTĐTK tăng tỷ lệ thuận với số lượng yếu tố nguy cơ, còn nhóm không ĐTĐTK thì tỷ lệ bệnh giảm tỷ lệ nghịch với số lượng yếu tố nguy cơ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ. Tỷ lệ ĐTĐTK thay đổi tùy theo vùng, quốc gia và chủng tộc, điều kiện sống, tỷ lệ bệnh có thể đạt tới 14% [7].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong số 120 phụ nữ mang thai được làm nghiệm pháp dung nạp glucose, phát hiện tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ là 9,2% (theo tiêu chuẩn được thống nhất tại Hội nghị quốc tế lần thứ 4 về đái tháo đường thai kỳ, Mỹ - 1998).

Như vậy tỷ lệ ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả trong nước nghiên cứu các năm trước đó. So với các nghiên cứu tại Hà Nội cách đây hơn 2 năm thì tỷ lệ ĐTĐTK tăng lên 1,5 lần. So với các nghiên cứu ở 2 thành phố lớn là Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh cách đây hơn 10 năm thì tỷ lệ ĐTĐTK trong nghiên cứu của chúng tôi đã tăng lên gấp 2,5 lần. Điều này cho thấy cùng với sự phát triển của nền kinh tế, tỷ lệ ĐTĐ typ 2 nói chung và tỷ lệ ĐTĐTK nói riêng có chiều hướng gia tăng nhanh chóng ở Việt Nam. Vì vậy nghiên cứu xác định ngưỡng glucose máu lúc đói để sàng lọc ĐTĐTK áp dụng rộng rãi tại các phòng khám sản là việc làm hết sức cần thiết.

4.2. Môi liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ

4.2.1. Môi liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và tuổi mang thai

Khảo sát các yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK, về tuổi chúng tôi thấy phụ nữ càng lớn tuổi mang thai càng dễ bị ĐTĐTK. Tỷ lệ mắc ĐTĐTK theo các nhóm tuổi < 25; 25 - 29; 30 - 34 và trên 35 là: 9,1%; 36,4%; 45,4% và 9,1%. Tỷ lệ ĐTĐTK ở các nhóm tuổi tương ứng của tác giả Đoàn Hữu Hậu: 0%; 2%; 3,2%; 4,5% [6]; Ngô Thị Kim Phụng: 2%; 3%; 5%; 8% [3]. Tạ Văn Bình: 3%; 5,5%; 7%; 13%[3]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi và của các tác giả đều đi tới kết luận chung là tỷ lệ ĐTĐTK có xu hướng tăng dần theo tuổi.

4.2.2. Môi liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và BMI. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn đánh giá chỉ số khối cơ thể (BMI) theo khuyến cáo của tổ chức Y tế thế giới đề nghị cho khu vực Châu Á

- Thái Bình Dương tháng 2/2000. Trong đó BMI ≥ 23 được coi là thừa cân, béo phì.

Trong 11 thai phụ bị ĐTĐTK có 3 thai phụ có thừa cân và béo phì trước khi mang thai lần này chiếm tỷ lệ 27,2%. Kết quả này cao hơn kết quả của tác giả Tạ Văn Bình (12,0%) [1] nhưng lại thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Đỗ Trung Quân (28,6%) [3] và Vũ Bích Nga (25,8%) [4] và các tác giả cũng thấy tỷ lệ mắc bệnh giữa hai nhóm thừa cân, béo phì và nhóm không thừa cân, béo phì có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

4.2.3. Môi liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và tiền sử gia đình ĐTĐ thể hệ thứ nhất. Tỷ lệ mắc bệnh giữa nhóm có tiền sử gia đình (63,6%) và không có tiền sử gia đình đái tháo đường (36,4%) thấy tiền sử gia đình có người bị đái tháo đường làm tăng tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Chi cùng cộng sự cách đây 10 năm (57,2%) và nghiên cứu của Vũ Bích Nga cùng cộng sự cách đây 2 năm (37,8%)[4] thì tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy nếu sàng lọc ĐTĐTK ở những thai phụ có tiền sử gia đình ĐTĐ thể hệ thứ nhất thì cơ hội phát hiện bệnh cao hơn ở những thai phụ không có tiền sử. Như vậy tiền sử gia đình có ĐTĐ được xem như là một yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK

4.2.4. Môi liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và tiền sử bản thân

Tiền sử ĐTĐTK trong lần mang thai trước: trong nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp có tiền sử bị ĐTĐTK ở lần mang thai trước. Thai phụ này được phát hiện ĐTĐTK trong lần mang thai trước vì thai phụ đi khám thai do thai chết lưu, trong lần mang thai lần này thai phụ đến viện vì lý do mệt mỏi, sút cân và kết quả test glucose máu lúc đói là 17,4 mmol/l.

4.2.5. Môi liên quan giữa đái tháo đường thai kỳ và tiền sử sản khoa bất thường

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tiền sử sản khoa bất thường (thai lưu và đẻ non) ở đối tượng nghiên cứu làm tăng tỷ lệ mắc đái tháo đường. Trong đó thai lưu và đẻ non là bệnh lý sản khoa do nhiều nguyên nhân trong đó

đái tháo đường cũng góp phần vào.

4.2.6. Mối liên quan giữa tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và số lượng các yếu tố nguy cơ. Quan sát trên các thai phụ được chẩn đoán ĐTĐTK trong nghiên cứu, chúng tôi thấy có sự tăng tỷ lệ thuận của tỷ lệ ĐTĐTK và số lượng các yếu tố nguy cơ. Có nghĩa là thai phụ càng có nhiều yếu tố nguy cơ thì khả năng bị ĐTĐTK ngày càng tăng. Trong các nhóm: không có yếu tố nguy cơ; có 1 yếu tố nguy cơ; có 2 yếu tố nguy cơ và ≥ 3 yếu tố nguy cơ thì tỷ lệ tăng lần lượt là: 0%; 27,3%; 36,4% và 36,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu mô tả thực trạng ĐTĐTK và xác định một số yếu tố liên quan đến ĐTĐTK trên 120 thai phụ có tuổi thai từ 24 đến 32 tuần được khám thai tại khoa Sản - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình trong thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 7/2018.

1. Tỷ lệ ĐTĐTK của các thai phụ mang thai từ 24 – 32 tuần trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,2%.

2. Các yếu tố liên quan của đái tháo đường thai kỳ: Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường thai kỳ tăng dần theo độ tuổi, có mối liên quan giữa các yếu tố thừa cân béo phì, có tiền sử đái tháo đường ở thế

hệ thứ nhất, tiền sử sản khoa bất thường

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình, Nguyễn Đức Vy, Phạm Thị Lan (2004)**, Tìm hiểu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ quản lý thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp nhà nước KC. 10. 15.
2. **Bộ môn Nội - Trường Đại học Y Hà Nội (2007)**, "Bệnh đái tháo đường", Bài giảng Bệnh học Nội khoa, Tập 1, Nxb Y học, Tr. 303.
3. **Đỗ Trung Quân (2003)**, "Một số nhận xét về đái tháo đường thai nghén và các yếu tố nguy cơ", Nội san Nội khoa, Số 1/2003, Nxb Tổng hội Y được học Việt Nam, Tr. 18 – 22
4. **Vũ Bích Nga (2009)**, Nghiên cứu ngưỡng glucose máu lúc đói để sàng lọc đái tháo đường thai kỳ và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị, Luận án tiến sĩ Y học, Chuyên ngành Nội - Nội tiết, Trường Đại học Y Hà Nội
5. **Vũ Nhật Thăng (2006)**, "Sảy thai", Bài giảng Sản phụ khoa, Tập 1, Bộ môn Phụ sản, Trường Đại học Y Hà Nội, Nxb Y học, Tr. 112 – 116
6. **Tô Thị Minh Nguyệt, Ngô Thị Kim Phụng (2007)**, "Tỷ lệ đái tháo đường trong thai kỳ và các yếu tố liên quan ở những thai phụ nguy cơ cao tại Bệnh viện Từ Dũ", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 13, phụ bản số 1/2009, Tr. 66 – 7
7. **American Diabetes Association (2004)**, "Gestational diabetes mellitus", Diabetes Care, 27 (1), 88 - 90.

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM QUANH KHỚP VAI BẰNG ĐIỆN TRƯỜNG CAO ÁP

Trần Thái Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai và tìm hiểu tác dụng không mong muốn của liệu pháp điện trường cao áp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, so sánh trước và sau điều trị. Đối tượng nghiên cứu là 41 bệnh nhân. Liệu trình điều trị là 15 ngày. **Kết quả:** tốt 12.19%; khá 58.54% và không kết quả 29.27%. Trong quá trình điều trị không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng. **Kết luận:** Liệu pháp điện trường cao áp có tác dụng tốt và an toàn trong điều trị viêm quanh khớp vai.

Từ khóa: liệu pháp điện trường cao áp, viêm quanh khớp vai

SUMMARY

STUDY THE EFFECT OF HIGH VOLTAGE

* *Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hà
Email: phdtranthaiha@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.7.2019
Ngày phản biện khoa học: 27.8.2019
Ngày duyệt bài: 6.9.2019

ELECTRIC THERAPY ON TREATMENT FOR PERI – ARTHRITIS

Objective: To evaluate the effects of high voltage electric therapy on treatment for peri – arthritis. **Method:** Perspective clinical trial, comparisons of pre – post treatment. The study recruited who were 41 patients. The treatment term had lasted for 15 days. **Results:** Study group gains 12.19 % of good, 58.54% of enough and 29.27% of no effect. There was not any unexpected effect observed in this trial. **Conclusion:** High voltage electric therapy is safe method and has good effect on treatment for peri – arthritis.

Keyword: High voltage electric therapy, peri – arthritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (VQKV) là một bệnh gặp khá phổ biến ở nước ta với các biểu hiện lâm sàng chính là đau và hạn chế vận động khớp vai. Tổn thương của VQKV là tổn thương ở phần mềm quanh khớp mà chủ yếu là gân, cơ, dây chằng và bao khớp. Điều trị YHHT có nhiều phương pháp như: thuốc giảm đau chống viêm,

siêu âm trị liệu, điện trường cao áp...[1] [2]. Để đánh giá tác dụng điều trị của liệu pháp điện trường cao áp đối với bệnh VQKV, chúng tôi đã tiến hành đề tài với 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng của liệu pháp điện trường cao áp trong điều trị VQKV thể đơn thuần.*
2. *Khảo sát tác dụng không mong muốn của liệu pháp điện trường cao áp trên lâm sàng*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

Máy Bios - 9000 version 1.0; Hãng sản xuất: công ty ITO của Nhật Bản.

Điện nguồn: 220V, 50 Hz/60 Hz; Công suất tiêu thụ: 13.5 W

Điện áp ra: 3000V, 6000V, 9000V. Thời gian 30 phút, 1-2-4-8 giờ

2.2. Đối tượng nghiên cứu. 41 bệnh nhân được chẩn đoán xác định Viêm quanh khớp vai, điều trị tại Khoa Châm cứu dưỡng sinh Bệnh viện YHCT Trung ương..

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ. Chọn bệnh nhân được chẩn đoán là VQKV thể đơn thuần theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Boissier.MC 1992 [3]:

- Đau vai ở các mức độ khác nhau.
- Hạn chế vận động khớp vai với nhiều mức độ từ ít đến nhiều.

**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 loại trừ bệnh nhân

- Viêm quanh khớp vai thể giả liệt, hội chứng Sudeck, thể viêm gân do lắng đọng Canxi.
- Bệnh nhân VQKV có phối hợp các bệnh nặng như u phổi, thiếu năng vành, sau nhồi máu cơ tim...
- Bệnh nhân mang máy tập nhịp tim, van tim nhân tạo.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng mở, tuyển chọn ngẫu nhiên, so sánh kết quả trước và sau điều trị.

2.4. Tiến hành điều trị:

- Điều chỉnh máy Bios – 9000 ở chế độ điện áp ra 3000 V.
- Bệnh nhân ngồi trên ghế có thảm cách điện, kỹ thuật viên dùng đầu lần của máy Bios – 9000 lần trên vùng khớp vai đau của người bệnh.
- Liệu trình điều trị: ngày 1 lần, mỗi lần 30 phút, liệu trình 15 ngày liên tục.

2.5. Chỉ tiêu đánh giá kết quả trên lâm sàng:

- *Khỏi: - Bệnh nhân hết đau lúc bình thường cũng như lúc vận động khớp vai.
- Vận động khớp vai trở lại bình thường.
- *Đỡ: - Bệnh nhân hết đau lúc bình thường,

lúc vận động còn đau nhẹ.

- Vận động khớp vai còn hạn chế ít.

*Không kết quả:

- Bệnh nhân còn đau nhiều.
- Vận động khớp vai còn hạn chế nhiều.

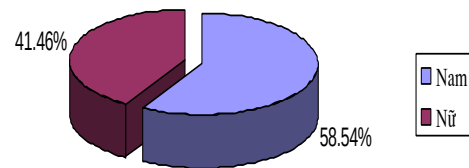
2.6. Xử lý số liệu: Số liệu thu được xử lý theo phương pháp toán thống kê dùng trong y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân VQKV:

3.1.1. Giới

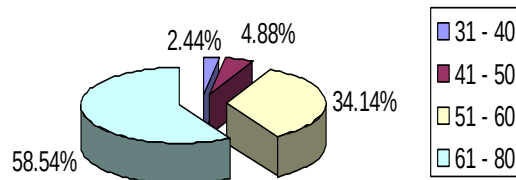
Biểu đồ 1 - Phân bố bệnh theo giới



Nhận xét: Trong số 41 bệnh nhân nghiên cứu thì số bệnh nhân nam (58.54 %) có tỷ lệ cao hơn số bệnh nhân nữ (41.46 %).

3.1.2. Tuổi

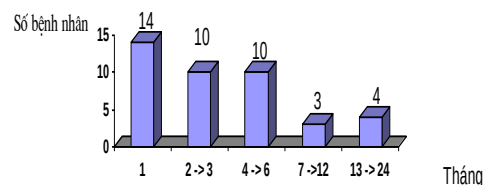
Biểu đồ 2 - Phân bố bệnh theo tuổi



Nhận xét: số bệnh nhân ở lứa tuổi 61-80 chiếm tỷ lệ cao nhất (58.54%), tiếp đó là nhóm tuổi 51-60 (34.14%). Nhóm tuổi 31 - 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất (2.44%).

3.1.3. Thời gian mắc bệnh

Biểu đồ 3 - Thời gian mắc bệnh



Nhận xét: Số bệnh nhân đến điều trị sớm trong

vòng tháng đầu chiếm tỷ lệ khá cao 34.14%; số bệnh nhân đến muộn vào thời điểm 13 - 24 tháng mắc bệnh chiếm tỷ lệ thấp 76%

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Hiệu quả điều trị với động tác vắt tay, chải đầu

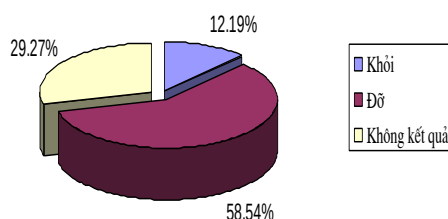
Bảng 2 - Động tác vắt tay, chải đầu

Số bệnh nhân Động tác	Trước điều trị		Sau điều trị	
	Đau	Không đau	Đau	Không đau
Vắt tay ra trước	23	18	11	30
Vắt tay ra sau	31	10	11	30
Chải đầu	21	20	8	33

Nhận xét: 12 trong số 23 bệnh nhân bị đau khi thực hiện động tác vắt tay ra trước đã thực hiện động tác này bình thường, chiếm tỷ lệ: $12/23 = 52,17\%$. 20 trong số 31 bệnh nhân bị đau khi thực hiện động tác vắt tay ra sau đã thực hiện động tác này bình thường, chiếm tỷ lệ: $20/31 = 64,52\%$. 13 trong số 21 bệnh nhân bị đau khi chải đầu đã thực hiện động tác này bình thường, chiếm tỷ lệ: $13/21 = 61,9\%$. (Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$)

3.2.3. Xếp loại hiệu quả điều trị

Biểu đồ 5 - Xếp loại hiệu quả điều trị



Nhận xét: Nhận thấy với 41 bệnh nhân nghiên cứu điều trị bệnh VQKV bằng liệu pháp điện trường cao áp thu được kết quả khỏi 12.19%, đỡ 58.54%, không kết quả 29.27%. (Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

3.3. Tác dụng không mong muốn khi sử dụng liệu pháp điện trường cao áp trong điều trị trên lâm sàng. Ở 41 bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi không thấy có bệnh nhân nào biểu hiện các dấu hiệu không mong muốn như: chóng mặt, dị cảm ở vùng da điều trị....

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Trong 41 bệnh nhân nghiên cứu, số bệnh nhân nam (58.54%) chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân nữ (41.46%). Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ở độ tuổi 61 - 80 chiếm tỷ lệ cao nhất 58.54%, tiếp đến là độ tuổi 51 - 60 (34.14%), số bệnh nhân ở lứa tuổi 31 - 40 chiếm tỷ lệ thấp (2.44%). VQKV

thực chất là bệnh thoái hóa dần các tổ chức phần mềm quanh khớp vai. Theo lý luận của YHCT, ở lứa tuổi > 50 đã có khí hư, huyết trệ, mạch xung nhâm bắt đầu suy giảm, kết hợp hàn thấp xâm phạm kinh mạch gây khí trệ, huyết ứ. Kinh mạch không lưu thông, "bất thông tắc thống", cân cơ không được nuôi dưỡng lại kết hợp với hàn ngưng, huyết ứ ảnh hưởng đến khí, khí trệ huyết ứ, cơ nhục không được nuôi dưỡng dẫn tới hạn chế vận động. Rõ ràng là quan niệm của YHCT và YHHĐ về VQKV là thống nhất.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân có thời gian mắc bệnh là trong khoảng 2 năm và số trường hợp mắc bệnh trong vòng 1 - 6 tháng chiếm tỷ lệ chủ yếu: tháng đầu (34.44%), 2 - 3 tháng (24.39%), 4 - 6 tháng (24.39%). Điều này có ý nghĩa quan trọng vì bệnh nhân càng đến điều trị sớm thì hiệu quả điều trị càng khả quan.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Động tác vắt tay. Trong số 41 bệnh nhân nhóm nghiên cứu, trước khi điều trị bằng máy Bios - 9000, tần suất xuất hiện triệu chứng đau lúc vắt tay ra trước là 23 và vắt tay ra sau là 31. Sau điều trị, có 12 bệnh nhân hết đau khi thực hiện động tác vắt tay ra trước chiếm tỷ lệ 52.17% và 20 bệnh nhân hết đau khi thực hiện động tác vắt tay ra sau chiếm tỷ lệ 64.52%. (Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

4.2.2. Động tác chải đầu. Không tự chải đầu được do đau là một dấu hiệu thường gặp ở bệnh nhân VQKV. Ở nghiên cứu của chúng tôi, trong số 41 bệnh nhân có 21 bệnh nhân không tự chải đầu được. Sau quá trình điều trị có 13 bệnh nhân đã trở lại hoạt động bình thường chiếm tỷ lệ 61.09%. (Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

4.2.3. Xếp loại hiệu quả điều trị chung. Xếp loại sau đợt điều trị cho 41 bệnh nhân bằng liệu pháp điện trường cao áp có 70.73% bệnh nhân khỏi và đỡ (trong đó tỷ lệ bệnh nhân đỡ là 58.54%, tỷ lệ bệnh nhân khỏi là 12.19%). Tỷ lệ bệnh nhân điều trị không có kết quả là 29.27%. (Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

4.3. Tác dụng không mong muốn khi sử dụng liệu pháp điện trường cao áp trong điều trị trên lâm sàng

Qua nghiên cứu theo dõi việc điều trị bệnh viêm quanh khớp vai bằng máy Bios - 9000 trên 41 bệnh nhân, chúng tôi không thấy có các tác dụng không mong muốn như chóng mặt, choáng, ngứa, dị cảm....

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu theo dõi điều trị 41 bệnh nhân

viêm quanh khớp vai bằng liệu pháp điện trường cao áp, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Liệu pháp điện trường cao áp có tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai với tỷ lệ 12.19% khỏi, 58.54% đỡ và 29.27% không kết quả.

2. Trên lâm sàng, liệu pháp điện trường cao áp không gây các tác dụng không mong muốn cho bệnh nhân.

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

ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM CẦU NỐI THÔNG ĐỘNG TĨNH MẠCH TỰ THÂN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ

Võ Duy Bằng**, Phạm Thị Diệu Hương*, Nguyễn Thanh Xuân*, Phạm Quốc Toàn*, Nguyễn Hồng Nguyên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm hình ảnh siêu âm cầu nối thông động tĩnh mạch ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 103 bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Thận và lọc máu, Bệnh viện Quân y 103. Đo các chỉ số về hình thái và huyết động cầu nối AVF bằng siêu âm 2D và siêu âm Doppler. **Kết quả:** Nghiên cứu 103 bệnh nhân, gồm 62 nam và 41 nữ với tuổi trung bình $53,25 \pm 14,81$ tuổi. Đường kính động mạch trung bình là $5,27 \pm 1,01$ mm, tĩnh mạch dẫn lưu đi là $8,26 \pm 2,75$ với độ dày trung bình của thành tĩnh mạch là $1,01 \pm 0,25$, đường kính miệng nối trung bình $4,71 \pm 1,04$. PSV: $329,60 \pm 97,88$ cm/giây, PDV: $185,64 \pm 61,16$ cm/giây, RI: $0,44 \pm 0,09$. Có 8 bệnh nhân (7,8%) có biến chứng hẹp, tắc AVF. Ở những bệnh nhân có đường kính miệng nối và đường kính tĩnh mạch, đường kính động mạch càng bé thì nguy cơ xảy ra các biến chứng về hẹp, tắc AVF càng tăng. Khi chỉ số RI $>0,57$ cần đánh giá toàn bộ AVF để phát hiện các biến chứng hẹp, tắc AVF. **Kết luận:** Siêu âm AVF là một biện pháp không xâm lấn có thể phát hiện chính xác các biến chứng của AVF. Giúp các bác sĩ phát hiện sớm và có định hướng xử trí các biến chứng đó.

Từ khóa: Cầu nối thông động tĩnh mạch, siêu âm, lọc máu chu kỳ

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF THE ARTERIOVENOUS FISTULA IN THE LAST STAGE CHRONIC KIDNEY FAILURE PATIENTS WITH

*Bệnh viện Quân y 103

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Bằng

Email: duybang444@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.6.2019

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2019

Ngày duyệt bài: 19.8.2019

HEMODIALYSIS BY ULTRASOUND

Objectives: Assessing the characteristics of the arteriovenous fistula in the last stage chronic kidney failure patients with hemodialysis by ultrasound.

Subjects and research method: A prospective study was conducted on 103 hemodialysis patients created the AV fistula at the Nephrology and Hemodialysis Department of the 103 Military Hospital. Measurement of morphodynamic and hemodynamic bridge AVF by 2D and Color Doppler ultrasound.

Results: There were 103 patients (62 males and 41 females). The mean age was $53,25 \pm 14,81$ years. Average diameter of brachial artery was $5,27 \pm 1,01$ mm. Average diameter of cephalic vein was $8,26 \pm 2,75$ mm. Average diameter of juxta-anastomotic orifice was $4,71 \pm 1,04$ mm.. Some hemodynamic indexes of fistular: PSV was $329,60 \pm 97,88$ cm/s, ESV was $185,64 \pm 61,16$ cm/s, RI was $0,44 \pm 0,09$. 8 cases (7,8%) had complications (stenosis or thrombosis).

Conclusions: Ultrasound of hemodialysis AVF can accurately diagnose complications in mature fistula and correlated well with angiographic findings.

Keywords: Arteriovenous fistula, ultrasound, hemodialysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông động tĩnh mạch tự thân AVF là sự lựa chọn hàng đầu khi lựa chọn đường vào mạch máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ. So với thông động tĩnh mạch bằng đoạn mạch nhân tạo (AVG) và catheter tĩnh mạch trung tâm, AVF có thời gian sử dụng lâu hơn và ít biến chứng hơn.

Năm 2006, NKF-KDOQI đã đưa ra hướng dẫn đề nghị khám lâm sàng ở tất cả các AVF trưởng thành hàng tháng cùng với đó sử dụng các biện pháp chẩn đoán hình ảnh để kiểm tra đánh giá chức năng cũng như phát hiện các biến chứng AVF [1]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm hình ảnh siêu âm cầu nối thông động tĩnh mạch ở bệnh nhân*

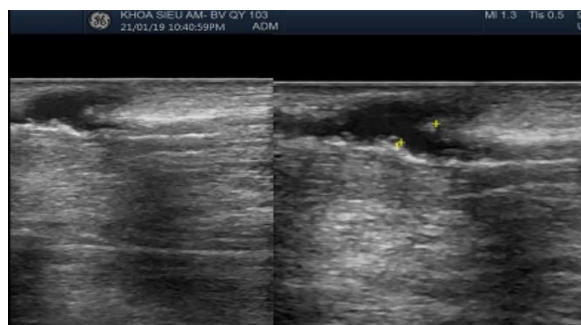
bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- 103 bệnh nhân BTMT giai đoạn cuối điều trị bằng thận nhân tạo chu kỳ có đường vào mạch máu là AVF tại khoa Thận – Lọc máu, Bệnh viện Quân y 103, từ Tháng 10 năm 2018 đến tháng 7

năm 2019.

- Siêu âm sử dụng đầu dò 7.5 MHz đánh giá AVF trên 2 mặt cắt dọc và cắt ngang. Đánh giá hình thái AVF bằng: đo đường kính động mạch, đường kính tĩnh mạch, độ dày thành tĩnh mạch, đường kính miệng nối. Đánh giá huyết động AVF tại miệng nối: đo vận tốc đỉnh tâm thu, vận tốc đỉnh tâm trương, chỉ số trở kháng.



Hình ảnh AVF trên siêu âm

- Đánh giá biến chứng: Hẹp tĩnh mạch có ý nghĩa được xác định đường kính tĩnh mạch $\leq 50\%$ đường kính bình thường liền kề [2].

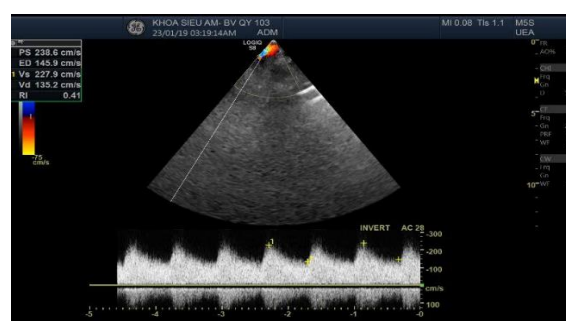
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân	Giá trị trung bình
Tuổi	53,25 $\pm$ 14.816
Thời gian lọc máu (tháng)	36,26 $\pm$ 37,403
Giới tính: Nam / nữ	62(60,2%) / 41(39,8%)

Chúng tôi nghiên cứu trên 103 bệnh nhân có độ tuổi từ 17 đến 84 với độ tuổi trung bình 53,25 $\pm$ 14.816 tuổi trong đó số bệnh nhân nam chiếm 60,2% số bệnh nhân nữ chiếm 39,8%. Thời gian lọc máu trung bình 36,26 $\pm$ 37,403 tháng. So với một số nghiên cứu trong nước kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng (2018) là 54,33 $\pm$ 15,7 tuổi, nam chiếm 57,14%, thời gian lọc máu



trung bình 44,19 $\pm$ 50,36 tháng [3]. So sánh với các nghiên cứu nước ngoài nghiên cứu chúng tôi có độ tuổi trung bình thấp hơn các nghiên cứu của Chong Ren (2018) nghiên cứu ở 89 bệnh nhân trong đó nam giới chiếm 50,56%, độ tuổi trung bình 62,77 $\pm$ 10,80 tuổi [4].

3.2. Đặc điểm hình thái và huyết động AVF trên siêu âm

Sau khi miệng nối động – tĩnh mạch được thiết lập, dòng máu áp lực cao của động mạch đổ trực tiếp sang tĩnh mạch sẽ làm thay đổi huyết động của tĩnh mạch trở về cả của cả động mạch đến. Cùng với sự gia tăng của khẩu kính cả động mạch và tĩnh mạch đó là sự gia tăng về lưu lượng dòng máu qua động mạch, miệng nối, tĩnh mạch trở về cũng được tăng lên rõ rệt.

Chúng tôi sử dụng siêu âm 2D để đánh giá hình thái của AVF thông qua các chỉ số: đường kính động mạch cách miệng nối 2 cm, đường kính tĩnh mạch cách miệng nối 2 cm, độ dày thành tĩnh mạch, đường kính miệng nối và tình trạng vữa xơ, vôi hóa lòng mạch.

Bảng 3.2. Đặc điểm hình thái AVF trên siêu âm

Chỉ số	Giá trị trung bình	Min - Max
Đường kính động mạch (mm)	5,27 $\pm$ 1,01	2,7 - 7,7
Đường kính tĩnh mạch (mm)	8,26 $\pm$ 2,75	3,4 - 15,3
Độ dày thành tĩnh mạch (mm)	1,01 $\pm$ 0,25	0,5 - 1,9
Đường kính miệng nối (mm)	4,71 $\pm$ 1,04	2,2 - 7,9

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 3.2 cho thấy: đường kính trung bình động mạch là 5,27 $\pm$ 1,01 mm, đường kính trung bình tĩnh mạch là 8,26 $\pm$ 2,75mm, độ dày trung bình thành tĩnh mạch là 1,01 $\pm$ 0,25 mm, đường kính trung bình miệng nối 4,71 $\pm$ 1,04 mm. Kết quả này của chúng tôi

cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Sanh Tùng (2010) tại thời điểm 2 năm sau phẫu thuật tạo AVF, đường kính trung bình động mạch là 4,6 $\pm$ 1,0mm, đường kính trung bình tĩnh mạch là 6,8 $\pm$ 1,5mm, đường kính trung bình miệng nối là 4,8 $\pm$ 1,4 mm [5]. So sánh với một số nghiên cứu

nước ngoài: Đường kính động mạch đo được ở bệnh nhân của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Chong Ren (2018) là $6,25 \pm 1,31$ mm [4], có sự khác nhau này do tính ngẫu nhiên của việc

chọn mẫu cũng như sự khác nhau về khu vực địa lý. Các chỉ số huyết động được đánh giá tại miệng nối như vận tốc đỉnh tâm thu, vận tốc cuối tâm trương, chỉ số sức cản.

Bảng 3.3. Đặc điểm huyết động AVF trên siêu âm

Chỉ số	Giá trị trung bình	Min - Max
Vận tốc đỉnh tâm thu PSV (cm/s)	$329,60 \pm 97,88$	43 - 555
Vận tốc cuối tâm trương EDV (cm/s)	$185,64 \pm 61,16$	13 - 352
Chỉ số trở kháng RI	$0,44 \pm 0,09$	0,3 - 0,7

Kết quả thu được như sau: PSV $329,60 \pm 97,88$ cm/s, EDV $185,64 \pm 61,16$ cm/s, RI $0,44 \pm 0,09$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả của Nguyễn Hồng Quân: PSV $208,65 \pm 74,42$ cm/s, EDV $135,23 \pm 56,68$ cm/s và RI $0,36 \pm 0,06$ [6]. Do vị trí đánh giá khác nhau của chúng tôi đánh giá tại miệng nối còn của Nguyễn Hồng Quân được đo cách miệng nối 5 cm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn nghiên cứu của Chong Ren (2018) PSV trung bình là $115,02 \pm 35,97$ cm/s; EDV trung bình là $52,33 \pm 19,17$ cm/s; RI trung bình $0,54 \pm 0,10$ [4].

3.3. Liên quan biến chứng hẹp, tắc AVF với một số chỉ số siêu âm

Một trong những biến chứng hay gặp ở bệnh nhân sau khi tạo AVF đó là hẹp lòng mạch hoặc huyết khối làm tắc hoàn toàn lòng mạch. Hẹp đường vào mạch máu thường do huyết khối hoặc sự tăng sinh nội mạc mạch máu làm giảm tốc độ dòng máu và có thể dẫn đến hiệu quả của cuộc lọc giảm. Những hướng dẫn gần đây của KDOKI khuyến cáo cần theo dõi và giám sát AVF thường xuyên. Hiện nay siêu âm Doppler là một công cụ phổ biến, không xâm lấn dùng để theo dõi và đánh giá AVF.

3.4. Liên quan biến chứng hẹp, tắc AVF với một số chỉ số hình thái

Đặc điểm	Không biến chứng (n = 95)	Có biến chứng (n = 8)	p
Đường kính động mạch	$5,33 \pm 0,97$	$4,63 \pm 1,37$	$< 0,05$
Đường kính tĩnh mạch	$8,40 \pm 2,75$	$6,61 \pm 2,29$	$< 0,05$
Độ dày thành tĩnh mạch	$1,02 \pm 0,24$	$0,93 \pm 0,30$	$> 0,05$
Đường kính miệng nối	$4,81 \pm 0,97$	$3,52 \pm 1,19$	$< 0,01$

Chúng tôi phân tích mối quan hệ giữa các biến chứng (hẹp, huyết khối) và các thông số siêu âm. Kết quả cho thấy có sự liên quan đáng kể giữa biến chứng hẹp huyết khối với đường kính động mạch, đường kính tĩnh mạch, đường kính miệng nối, vận tốc cuối tâm trương và chỉ số sức cản. Ngoài ra, chúng tôi nhận thấy rằng ở nhóm có biến chứng có đường kính động mạch, đường kính tĩnh mạch và đường kính miệng nối thấp hơn ở nhóm không có biến chứng với $p < 0,05$ và $p < 0,01$. Ở nhóm có biến chứng đường kính trung bình của động mạch, tĩnh mạch cách miệng nối 2 cm và tại miệng nối lần lượt là $4,63 \pm 1,37$ mm, $6,61 \pm 2,29$ mm, $3,52 \pm 1,19$ mm

so với nhóm không có biến chứng $5,33 \pm 0,97$ mm, $8,40 \pm 2,75$ mm, $4,81 \pm 0,97$ mm. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài như Chong Ren [4]. Do đó, có thể rút ra nhận xét đường kính miệng nối và đường kính tĩnh mạch, đường kính động mạch càng bé thì nguy cơ xảy ra các biến chứng về hẹp, tắc AVF càng tăng.

Chúng tôi tiến hành đo vận tốc đỉnh tâm thu, vận tốc cuối tâm trương và chỉ số sức cản tại miệng nối. So sánh giữa 2 nhóm có biến chứng và không có biến chứng, kết quả cho thấy có sự liên quan chặt chẽ giữa biến chứng hẹp, tắc với vận tốc cuối tâm trương và chỉ số trở kháng.

3.5. Liên quan biến chứng hẹp, tắc với một số chỉ số huyết động

Đặc điểm	Không biến chứng (n = 68)	Có biến chứng (n = 8)	p
Vận tốc đỉnh tâm thu (cm/s)	$335,44 \pm 94,72$	$280 \pm 116,69$	$> 0,05$
Vận tốc cuối tâm trương (cm/s)	$194,61 \pm 56,59$	$109,37 \pm 44,61$	$< 0,01$
Chỉ số trở kháng	$0,42 \pm 0,077$	$0,61 \pm 0,048$	$< 0,01$

Ở nhóm có biến chứng EDV $109,37 \pm 44,61$ cm/s thấp hơn ở nhóm không có biến chứng $194,61 \pm 56,59$ cm/s và chỉ số trở kháng ở nhóm có biến chứng RI $0,61 \pm 0,048$ cao hơn nhóm

không có biến chứng $0,42 \pm 0,07$. Không có sự liên quan giữa vận tốc đỉnh tâm thu với biến chứng hẹp, tắc. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Chong Ren.

Chong Ren cho rằng chỉ số trở kháng RI có thể dự đoán được tình trạng AVF ở các bệnh nhân có hẹp hoặc tắc AVF thì RI thường cao hơn ở những bệnh nhân không có biến chứng. Khi RI > 0,6 cần đánh giá lâm sàng và toàn trạng của bệnh nhân xem có hẹp ở vị trí nào đó hay không. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả khi RI > 0,57 AVF có thể bị hẹp, tắc với độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 91,18%. Kết quả này thấp hơn của Chong Ren do sự xuất hiện các tĩnh mạch phụ đi kèm. Sự xuất hiện này tạo ra một AVF thứ cấp dựa trên AVF ban đầu, và tại miệng nối vẫn có dòng máu đi qua đảm bảo cung cấp máu để chạy thận nhân tạo.

IV. KẾT LUẬN

- Đường kính động mạch trung bình là $5,27 \pm 1,01$ mm, tĩnh mạch dẫn lưu đi là $8,26 \pm 2,75$ với độ dày trung bình của thành tĩnh mạch là $1,01 \pm 0,25$, đường kính miệng nối trung bình $4,71 \pm 1,04$.

- Vận tốc đỉnh tâm thu và vận tốc đỉnh tâm trương đo tại miệng nối lần lượt là PSV: $329,60 \pm 97,88$ cm/ giây, PDV: $185,64 \pm 61,16$ cm/giây, với chỉ số trở kháng RI: $0,44 \pm 0,09$.

- Có 8 bệnh nhân (7,8%) có biến chứng hẹp, tắc AVF. Ở những bệnh nhân có đường kính

miệng nối và đường kính tĩnh mạch, đường kính động mạch càng bé thì nguy cơ xảy ra các biến chứng về hẹp, tắc AVF càng tăng.

- Khi chỉ số RI > 0,57 cần đánh giá toàn bộ AVF để phát hiện các biến chứng hẹp, tắc AVF.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B. B. e. a. J. W. Anatole Besarab (2006)** 2006 Updates Clinical Practice Guidelines and Recommendations. National Kidney Foundation, 227 - 350.
2. **N.-K. Third (2001)** Clinical practice guidelines for vascular access: update 2000. Am. J. Kidney. Dis., 37 (1), S137-S181.
3. **Nguyễn Văn Dũng (2018)** Nghiên cứu biến đổi nồng độ Beta 2 - Microglobulin huyết thanh sau cuộc lọc thận nhân tạo chu kỳ kết hợp lọc hấp phụ ở bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ, Học Viện Quân Y.
4. **C. Ren, J. Chen, Y. Wang, B. Huanget al. (2018)** Application of ultrasonography in monitoring the complications of autologous arteriovenous fistula in hemodialysis patients. Medicine, 97 (44).
5. **Nguyễn Sanh Tùng (2010)** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật tạo rò động - tĩnh mạch ở cẳng tay để chạy thận nhân tạo, Học Viện Quân Y.
6. **Nguyễn Hồng Quân (2012)** Nghiên cứu sự thay đổi hình thái, huyết động tĩnh mạch đầu sau tạo lỗ thông động - tĩnh mạch ở bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ, Học Viện Quân Y.

MỘT SỐ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG BIẾN CHỨNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA Ở BỆNH SCHONLEIN HENOCH Ở TRẺ EM

Nguyễn Thu Thảo¹, Nguyễn Thị Diệu Thúy²

đa nhân trung tính, tỷ số NLR, PLR có giá trị tiên lượng xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân HSP.

Từ khóa: Schonlein Henoch, xuất huyết tiêu hóa, trẻ em.

SUMMARY

RISK FACTORS FOR GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE IN CHILDREN WITH SCHONLEIN HENOCH

Schonlein Henoch (HSP) is one of the most common vasculitis diseases in children, with some severe complication such as gastrointestinal hemorrhage. This study aimed to find out some risk factors to predict gastrointestinal hemorrhage in children with HSP. Methods: This was a cross sectional study of 131 children with HSP treated at the Vietnam National Children Hospital between 7/2018 and 6/2019. Results: median age of patients was 6 years of age. The risk factors caused an increase in gastrointestinal hemorrhage in children with HSP included an increased blood neutrophils, increased neutrophils/lymphocytes ratio (NLR), increased lymphocyte/platelet ratio (PLR). With the cut-off value of NLR was 3.22 could be prognosis for

TÓM TẮT

Schonlein Henoch (HSP) là bệnh viêm mạch có tính chất dị ứng thường gặp ở trẻ em, bệnh hay có một số biến chứng nặng như xuất huyết tiêu hóa. Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố tiên lượng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa ở trẻ mắc HSP. Phương pháp: Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 131 bệnh nhi với chẩn đoán HSP điều trị tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 7/2018 đến tháng 6/2019. Kết quả: tuổi trung vị của trẻ là 6 tuổi. Các yếu tố làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa là bạch cầu đa nhân trung tính tăng, tỷ lệ bạch cầu trung tính/ bạch cầu lympho (NLR) tăng, tỷ lệ bạch cầu lympho/ tiểu cầu (PLR) tăng. Trong đó giá trị cut – off của NLR bằng 3,22 có giá trị tiên lượng xuất huyết tiêu hóa với độ nhạy 78,6 % và độ đặc hiệu 62,1%. Kết luận: Một số chỉ số trong máu như số lượng bạch cầu

¹Bệnh viện sản nhi Bắc Ninh

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Thảo

Email: Drnguyenthuthao@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2019

Ngày duyệt bài: 9.9.2019

gastrointestinal hemorrhage with the sensitivity of 78.6% and specificity of 62.1%. Conclusion: The high blood neutrophils, NLR, PLR can be predicted gastrointestinal hemorrhage in children with HSP.

Keywords: Schonlein Henoch, gastrointestinal hemorrhage, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Schonlein Henoch (HSP) là một trong những bệnh viêm mạch hệ thống với lắng đọng Immunoglobulin A (IgA) phổ biến nhất ở trẻ em [1]. Biểu hiện thường gặp của bệnh là ban xuất huyết nổi gồ trên mặt da, đau khớp, đau bụng, tổn thương thận, trong đó biểu hiện tiêu hóa đặc biệt là xuất huyết tiêu hóa thường diễn biến cấp tính, có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân [2]. Việc tìm ra dấu hiệu giúp chẩn đoán sớm và tiên lượng xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân HSP là rất quan trọng trong thực tiễn lâm sàng.

Các chỉ số của tình trạng viêm hệ thống đã được nghiên cứu có liên quan đến tiến triển, mức độ nặng của HSP là CRP, số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu, thể tích trung bình khối tiểu cầu,... [3]. Tỷ số bạch cầu trung tính/bạch cầu lympho (NLR) cũng là một chỉ số phản ánh tình trạng viêm hệ thống đã được nhận thấy có liên quan đến tiến triển của bệnh HSP [4]. Các chỉ số liên quan đến công thức máu cơ bản được xác định dễ dàng, nhanh, có chi phí thấp và được thực hiện ở hầu hết các cơ sở y tế. Mục tiêu của nghiên cứu này là nhận xét vai trò của một số yếu tố nguy cơ gây xuất huyết tiêu hóa ở trẻ bị HSP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Bệnh nhân được chẩn đoán HSP theo tiêu chuẩn của EULAR/ PRES/ PRINTO (Ankara 2010) [5]. Bệnh nhân HSP được chia thành 2 nhóm là nhóm có xuất huyết tiêu hóa và nhóm không có xuất huyết tiêu hóa.

2. Phương pháp

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7 năm 2018 đến tháng 6 năm 2019.

Địa điểm: Khoa Miễn Dịch – Dị ứng – Khớp, bệnh viện Nhi Trung ương.

Thiết kế nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa các chỉ số xét nghiệm và xuất huyết tiêu hóa

Công thức máu	XHTH (n=23)	Không XHTH (n=103)	OR (95% CI)	p
Huyết sắc tố (g/l)	118,57±16,69	124,83 ± 14,96	0,97 (0,95-1,00)	0,10
Bạch cầu	17,58±8,26	14,41 ± 5,52	1,07 (1,01 – 1,15)	0,03
Bạch cầu lympho (G/L)	2,83 ± 0,76	3,59 ± 1,46	0,58(0,39 – 0,88)	0,01
Bạch cầu đa nhân trung tính (G/L)	13,06±6,46	9,52 ± 4,94	1,11 (1,03 – 1,20)	0,01
Tiểu cầu	456,75±110,50	425,77 ± 123,39	1,00(0,99 – 1,00)	0,23

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

3. Cách thức tiến hành. Các bệnh nhân được chẩn đoán HSP được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng (Công thức máu ngoại vi, tổng phân tích nước tiểu, protein niệu, creatinin niệu). So sánh sự khác nhau giữa 2 nhóm HSP có xuất huyết tiêu hóa và không xuất huyết tiêu hóa để tìm ra một số yếu tố tiên lượng xuất huyết tiêu hóa.

4. Thu thập và xử lý số liệu: thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu thiết kế trước. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng phương pháp hồi quy logistic để tìm mối liên quan. Sử dụng đường cong ROC để xác định giá trị tiên lượng. Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

5. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích, yêu cầu của nghiên cứu và tự nguyện đồng ý tham gia. Các thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật. Tất cả các số liệu chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 131 bệnh nhân HSP đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu và được chia làm 2 nhóm, nhóm có xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là 28 bệnh nhân và nhóm không XHTH là 103 bệnh nhân.

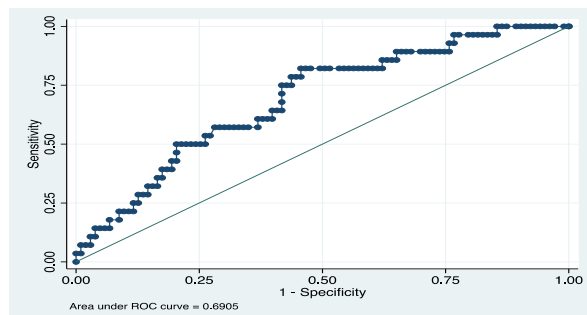
Bảng 3.1. Mối liên quan giữa đặc điểm ban xuất huyết với xuất huyết tiêu hóa.

Đặc điểm ban	Xuất huyết tiêu hóa (n = 28)	Không xuất huyết tiêu hóa (n = 103)	p
Thời điểm xuất hiện ban Trung vị (Min – Max)	1,5 (1-5)	1 (1-8)	0,55
Thời gian tồn tại ban Trung vị (Min – Max)	6 (3-14)	5,5 (3-15)	0,84

Nhận xét: Không có sự khác biệt về thời điểm xuất hiện ban và thời gian tồn tại ban giữa nhóm HSP có xuất huyết tiêu hóa và không xuất huyết tiêu hóa ($p > 0,05$).

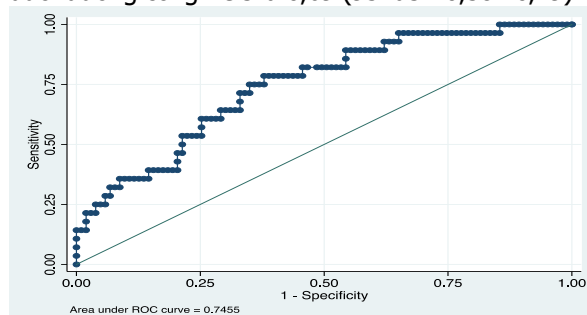
Thể tích trung bình tiểu cầu (MPV)	8,21± 1,22	8,55 ± 1,18	0,78(0,53 – 1,13)	0,20
Tỷ lệ bạch cầu trung tính/bạch cầu lympho (NLR)	4,84±2,31	2,99 ± 1,68	1,58(1,26 – 2,0)	<0,01
Tỷ lệ tiểu cầu/bạch cầu lympho (PLR)	172,27±61,84	138,28±67,43	1,01 (1,00–1,01)	0,02

Nhận xét: Số lượng bạch cầu máu cao, số lượng bạch cầu đa nhân trung tính cao, tăng tỷ lệ bạch cầu trung tính/bạch cầu lympho, tỷ lệ tiểu cầu/bạch cầu lympho ở nhóm HSP có xuất huyết tiêu hóa so với nhóm HSP không xuất huyết tiêu hóa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



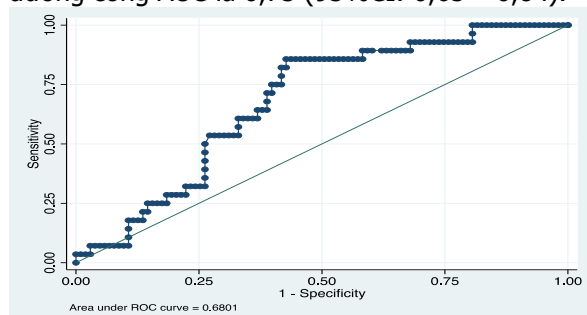
Biểu đồ 3. 1: Đường cong ROC của số lượng bạch cầu đa nhân trung tính tiên lượng XHTH ở bệnh nhân Schlein – Henoch.

Nhận xét: Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính là 9,78 G/l có giá trị tiên lượng XHTH với độ nhạy là 64,29% và độ đặc hiệu là 60,19%. Diện tích dưới đường cong AUC là 0,69 (95%CI: 0,58 – 0,79).



Biểu đồ 3. 2: Đường cong ROC của NLR tiên lượng xuất huyết tiêu hóa ở các bệnh nhân Schlein – Henoch

Nhận xét: Tỷ số NLR là 3,22 có giá trị tiên lượng XHTH ở bệnh nhân HSP với độ nhạy là 78,6% và độ đặc hiệu là 62,1%. Diện tích dưới đường cong AUC là 0,75 (95%CI: 0,65 – 0,84).



Biểu đồ 3.4: Đường cong ROC tỷ số PLR tiên

lượng XHTH ở bệnh nhân Schlein – Henoch.

Nhận xét: Tỷ số PLR là 133,4 có giá trị tiên lượng XHTH ở bệnh nhân HSP với độ nhạy là 75,0%, độ đặc hiệu là 60,2%. Diện tích dưới đường cong AUC là 0,68 (95%CI: 0,58–0,78).

IV. BÀN LUẬN

Xuất huyết tiêu hóa là một trong các biến chứng nặng và cấp tính trong HSP. Việc tìm ra yếu tố nào có thể tiên đoán được nguy cơ xuất huyết tiêu hóa trước một bệnh nhân HSP là rất cần thiết. Qua nghiên cứu 131 trẻ HSP với 28 bệnh nhân XHTH và 103 bệnh nhân không XHTH, chúng tôi đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được cho là có liên quan đến nguy cơ XHTH.

Các nghiên cứu trước đây nhận thấy rằng thời gian tồn tại ban xuất huyết càng kéo dài chứng tỏ bệnh vẫn đang hoạt động và nguy cơ tổn thương đường tiêu hóa sẽ càng cao. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa thời gian tồn tại ban cũng như thời điểm phát ban và XHTH ($p > 0,05$).

HSP là một bệnh viêm mạch hệ thống liên quan đến miễn dịch chủ yếu qua trung gian IgA, đặc biệt là do sản xuất quá nhiều các cytokine tiền viêm, như interleukin IL -1, IL-6 và yếu tố hoại tử u (TNF) - α , với hậu quả là viêm mạch nhỏ và tổn thương tế bào nội mô [1]. Ở trẻ em, Yang và cộng sự đã đưa ra một số chỉ số biểu hiện tình trạng viêm hệ thống như như số lượng bạch cầu, số lượng bạch cầu trung tính, số lượng tiểu cầu, NLR (tỷ số bạch cầu trung tính/ bạch cầu lympho), CRPhs, D-dimer, tốc độ máu lắng [6]. Các chỉ số này đều tăng trong bệnh HSP, đặc biệt ở bệnh nhân có biến chứng xuất huyết tiêu hóa.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số lượng bạch cầu tăng, số lượng bạch cầu trung tính tăng, NLR tăng, PLR tăng có ý nghĩa thống kê ở nhóm HSP có XHTH. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trước đây [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khi tỷ số NLR tăng thêm 1 lần thì nguy cơ XHTH ở bệnh nhân HSP tăng thêm 58%. Với đường cong ROC, tỷ số NLR là 3,22 có giá trị tiên lượng XHTH với độ nhạy là 78,6% và độ đặc hiệu là 62,1%. Nghiên cứu của Makay trên 63 trẻ HSP cho giá trị cut-off

của NLR là 2,82 có giá trị tiên lượng XHTH với độ nhạy là 81% và độ đặc hiệu là 76%[4]. Một nghiên cứu khác của Park thực hiện trên người trưởng thành mắc HSP cho thấy với giá trị cut – off là 3,9 có độ nhạy là 87,5% và độ đặc hiệu là 88,6% trong tiên lượng XHTH [7]. Sự khác biệt về giá trị cut – off có thể do đối tượng nghiên cứu khác nhau, độ tuổi, địa lý, chủng tộc, thời gian nghiên cứu khác nhau.

Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính cao cũng là một yếu tố tiên lượng XHTH. Phân tích đường cong ROC cho thấy diện tích dưới đường cong AUC bằng 0,69, với giá trị cut - off là 9,78G/l có giá trị tiên lượng XHTH với độ nhạy là 64,29% và độ đặc hiệu 60,19%.

Phân tích hồi quy logistic về mối liên quan giữa PLR với biểu hiện XHTH cho thấy diện tích dưới đường cong AUC bằng 0,68, với giá trị cut - off là 133,4 có giá trị tiên lượng XHTH trong HSP với độ nhạy là 75,0% và độ đặc hiệu là 60,2%.

Theo một số nghiên cứu cho thấy số lượng tiểu cầu tăng, thể tích trung bình tiểu cầu (MPV) giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm HSP có XHTH [4]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt về số lượng tiểu cầu, thể tích trung bình tiểu cầu ở nhóm HSP có XHTH và không XHTH.

V. KẾT LUẬN

Một số chỉ số xét nghiệm như số lượng bạch cầu, số lượng bạch cầu đa nhân trung tính, tỷ số

NLR, tỷ số PLR có giá trị tiên lượng XHTH ở trẻ mắc HSP. Trong đó, tỷ số NLR có giá trị tiên lượng tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trapani, S., et al. (2005).** Henoch Schonlein purpura in childhood: epidemiological and clinical analysis of 150 cases over a 5-year period and review of literature. *Semin Arthritis Rheum*, 35(3): 143-153.
2. **Barut K.S., et al. (2015).** Diagnostic approach and current treatment options in childhood vasculitis. *Turk Pediatri Ars*, 50(4):194-205.
3. **Hong, J. and H. R. Yang (2015).** "Laboratory markers indicating gastrointestinal involvement of henoch-schonlein purpura in children." *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*, 18(1): 39-47.
4. **Makay, B., et al. (2014).** The relationship of neutrophil-to-lymphocyte ratio with gastrointestinal bleeding in Henoch-Schonlein purpura. *Rheumatol Int*, 34(9): 1323-1327.
5. **Ozen S., Pistorio A., Iusan S. M., et al. (2010).** EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schonlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: Final classification criteria. *Ann Rheum Dis*, 69(5), 798-806
6. **Yang, Y. H., et al. (2005).** A nationwide survey on epidemiological characteristics of childhood Henoch-Schonlein purpura in Taiwan. *Rheumatology (Oxford)* 44(5): 618-622.
7. **Park, C. H., et al. (2016).** "The Optimal Cut-Off Value of Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio for Predicting Prognosis in Adult Patients with Henoch-Schönlein Purpura." *PLoS ONE*, 11(4).

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG SHOCK Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT DO NEISSERIA MENINGITIDIS Ở BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 VÀ BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Ngọc Anh¹, Trương Thị Minh Diệu¹,
Đỗ Tuấn Anh², Lê Văn Nam², Phạm Ngọc Thạch³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng shock ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *N.meningitidis*. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu kết hợp hồi cứu, mô tả cắt ngang 42 trường hợp nhiễm khuẩn huyết do *N.meningitidis* tại

Bệnh viện Quân Y 103 và Bệnh viện bệnh Nhiệt đới Trung Ương từ 01/2013 đến 6/2019. **Kết quả:** Về tuổi, giới, bệnh lý nền giữa 2 nhóm bệnh nhân có sốc và không có sốc là khác nhau không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$). Sốt khởi phát đột ngột, sốt liên tục trên 39°C có rét run, cùng với rối loạn ý thức, gan to và vàng da, niêm mạc giữa 2 nhóm có sốc và không có sốc khác nhau không có ý nghĩa thống kê (đều với $p > 0,05$). Tỷ lệ ban xuất huyết hoại tử xuất hiện trên da toàn thân và thời gian xuất hiện trong vòng 24 giờ đầu của bệnh trong nhóm sốc cao hơn hẳn nhóm không có sốc (p lần lượt là $< 0,01$ và $< 0,001$). Tăng nồng độ các marker viêm ($\text{PCT} > 10\text{ng/ml}$, $\text{CRP} > 100\text{mg/l}$) là tương đương giữa nhóm có sốc và không sốc ($p > 0,05$). Các chỉ số ở nhóm có sốc cao hơn nhóm không có sốc là: rối loạn đông máu (tiểu cầu < 150

¹Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Quân Y 103

³Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Anh

Email: ngocanhnguyen2221985@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2019

Ngày duyệt bài: 9.9.2019

G/l, PT<70%) và suy chức năng thận (Ure > 7,5 mmol/l, tăng Creatinin (nam >120, nữ >100 (μmol/l)), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là <0,05; <0,01; <0,05 và <0,001). **Kết luận:** Về lâm sàng, ban xuất huyết hoại tử xuất hiện trên toàn thân và thời gian xuất hiện trong vòng 24 giờ đầu của bệnh là yếu tố tiên lượng shock trên bệnh nhân NKH do N. meningitidis. Về cận lâm sàng, giảm tiểu cầu, PT% giảm và suy giảm chức năng thận là các yếu tố nguy cơ dẫn đến sốc nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân NKH do N. meningitidis.

Từ khóa: Neisseria meningitidis, shock, yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

PREDICTORS OF SHOCK IN SEPTIC SHOCK PATIENTS CAUSED BY N.MENINGITIDIS AT 103 MILITARY HOSPITAL AND NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Objective: To study predictive factor of shock in septic patients caused by N. meningitidis. **Method:** This was a descriptive cross-sectional study on forty-two patients diagnosed with sepsis caused by N. meningitidis at 103 Military Hospital and National Hospital of Tropical Diseases in the period from 01/2013 to 6/2019. **Results:** In term of Age, gender, background comorbidities, the differences between 2 groups of patients with shock and without shock was not statistically significant (with $p > 0.05$). Sudden onset fever, continuous fever over 39°C with chills, along with consciousness disorders, enlarged liver and jaundice between two groups of shock and no shock were not statistically significant ($p > 0.05$). The incidence of haemorrhagic rash appeared on the whole body and the presence of these symptoms within 24 hours from disease onset in the shock group was much higher than that in the group without shock ($p < 0.01$ and < 0.001). Increased level of inflammatory markers (PCT > 10 ng/ml, CRP > 100 mg/l) is equivalent between the shock and non-shock groups ($p > 0.05$). There were significant differences between 2 groups of patients in term of coagulation disorders (thrombocytopenia <150 G/l, PT <70%) and decreased renal function (Ure >7.5mmol/l, increased Creatinine (male >120, female >100 (μmol/l)) with $p < 0.05$, <0.01; <0.05 and <0.001 respectively). **Conclusion:** In term of clinical presentation: Haemorrhagic rash appeared on the whole body and the time of occurrence within the first 24 hours of the disease onset was predictor of shock in patients with sepsis caused by N. meningitidis. Considering laboratory characteristics: Thrombocytopenia, decreased PT% and impaired renal function.

Keywords: Neisseria meningitidis, septic shock, predictive factors of shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là một bệnh nặng có nhiều biến chứng và có tỉ lệ tử vong cao, trong đó nhiễm khuẩn huyết do cầu khuẩn màng não (N. meningitidis) là một trong những nguyên nhân gây bệnh nặng, tỷ lệ shock nhiễm khuẩn cũng như tỷ lệ tử vong cao. Vì vậy việc nghiên

cứ các yếu tố tiên lượng sốc ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do N. meningitidis là rất cần thiết, vừa có ý nghĩa khoa học và ý nghĩa thực tiễn trong lâm sàng.

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài: "*Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng shock ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do N.meningitidis.*" với mục tiêu: *Mô tả một số yếu tố có vai trò tiên lượng trong bệnh cảnh shock của nhiễm khuẩn huyết do N.meningitidis.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 42 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết do cầu khuẩn màng não nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 (21 bệnh nhân) và Bệnh viện bệnh Nhiệt đới trung ương (21 bệnh nhân) trong thời gian từ tháng 01/2013 đến tháng 6/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi
- Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết theo hội nghị quốc tế về nhiễm khuẩn huyết công bố năm 2003 [1]:
 - + Có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống: có ít nhất 2 trong số 4 tiêu chuẩn sau:
 - Nhiệt độ >38°C hoặc <36°C
 - Tần số tim > 90 lần/phút
 - Tần số thở >20 lần/phút hoặc PaCO₂ < 32mmHg
 - Bạch cầu >12000/mm³ hoặc < 4000/mm³, hoặc > 10% bạch cầu non.

Trong đó tiêu chuẩn phải có là bất thường về thân nhiệt hoặc số lượng máu ngoại vi.

- Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết do cầu khuẩn màng não theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nhiễm màng não cầu của Bộ Y tế năm 2012[2]

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân dưới 18 tuổi
- Bệnh nhân có kết quả nuôi cấy, PCR máu không phải do cầu khuẩn màng não
- Bệnh án không đầy đủ các thông tin, các xét nghiệm cần thiết cho nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: kết hợp hồi cứu và tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn đều được chọn vào nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Thông tin về bệnh nhân được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu

Các chỉ tiêu đánh giá:

- Các yếu tố tuổi, giới, bệnh lý nền
- Các yếu tố lâm sàng
- Các yếu tố cận lâm sàng.

Xử lý số liệu: - Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

- **Sử dụng các thuật toán:** tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, so sánh hai tỷ lệ, so sánh hai giá trị trung bình, test kiểm định χ^2 .

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tiên lượng theo một số đặc điểm chung ở bệnh nhân

Bảng 1. Liên quan giữa tuổi, giới, bệnh lý nền

Biểu hiện		Có shock		Không có shock		p
		(n=7)		(n=35)		
		n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	
Bệnh lý nền	Có	0	0.0%	1	2.9%	>0,05
	Không	7	100.0%	34	97.1%	
Giới tính nam	Nam	4	57.1%	28	80.0%	>0,05
	Nữ	3	42.9%	7	20.0%	
Tuổi trung bình		25,43±4,55		25,29±2,05		>0,05

Nhận xét: Về tuổi, giới, bệnh lý nền giữa 2 nhóm bệnh nhân có sốc và không có sốc là khác nhau không có ý nghĩa thống kê (đều với $p > 0,05$).

2. Tiên lượng theo một số triệu chứng lâm sàng

Bảng 2. Liên quan giữa một số triệu chứng lâm sàng của nhóm bệnh nhân có shock và nhóm không có shock

Triệu chứng			Có shock (n=7)		Không có shock (n=35)		p
			n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	
Sốt	Khởi phát từ từ		0	0,0%	12	34.3%	>0,05
	Khởi phát đột ngột		7	100,0%	23	65.7%	
	Liên tục		7	100.0%	34	97.1%	
	Rét run		4	57.1%	11	31.4%	
	Nhiệt độ >39°C		5	71.4%	12	34.3%	
Mạch >90 chu kỳ/phút			7	100.0%	16	45.7%	<0,05
Huyết áp <90/60 mmHg			7	100.0%	0	0.0%	-
Viêm phổi			7	100.0%	0	0.0%	-
Rối loạn ý thức			5	71.4%	19	54.3%	>0,05
Gan to			4	57.1%	11	31.4%	>0,05
Vàng da, niêm mạc			3	42.9%	8	22.9%	>0,05
Thiếu niệu, vô niệu			6	85.7%	0	0.0%	-
Ban xuất huyết hoại tử	Mật độ ban	Dày, toàn thân	7	100.0%	11	31.4%	<0,01
		Rải rác (chân, tay, ngực, bụng)	0	0.0%	10	28.6%	-
	Thời gian xuất hiện	≤ 24 giờ	7	100.0%	1	2.9%	<0,001
		>24 giờ	0	0.0%	20	57.1%	-

Nhận xét:

- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trong NKH do N. meningitidis bao gồm sốt khởi phát đột ngột, sốt liên tục trên 39°C có rét run, cùng với rối loạn ý thức, gan to và vàng da, niêm mạc giữa 2 nhóm có sốc và không có sốc khác nhau không có ý nghĩa thống kê (đều với $p > 0,05$).

- Các biểu hiện đặc trưng của sốc NKH là mạch nhanh (>90 chu kỳ/phút), huyết áp tụt (<90/60 mmHg), viêm phổi, thiếu niệu-vô niệu ở

nhóm có sốc đều chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm không có sốc.

- Tỷ lệ ban xuất huyết hoại tử xuất hiện trên toàn thân và thời gian xuất hiện trong vòng 24 giờ đầu của bệnh trong nhóm sốc cao hơn hẳn nhóm không có sốc (p lần lượt là <0,01 và <0,001); ngược lại, ban xuất huyết hoại tử xuất hiện sau 24 giờ đầu trong nhóm không có sốc lại cao hơn hẳn nhóm có sốc ($p < 0,01$).

3. Tiên lượng theo một số triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 3. Tiên lượng theo một số triệu chứng cận lâm sàng

Chỉ tiêu	Có Shock (n=7)		Không có shock (n=35)		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
BC < 4 G/l (n = 0)	0	0.0%	0	0.0%	-

Hb < 90 g/l (n = 1)	0	0.0%	1	2.9%	-
TC < 150 G/l (n = 25)	7	100.0%	18	51.4%	<0,05
PCT > 10 ng/ml (n = 29)	7	100.0%	22	62.9%	>0,05
CRP > 100 mg/l (n = 31)	5	71.4%	26	74.3%	>0,05
PT < 70% (n = 22)	7	100.0%	15	42.9%	<0,01
ALT ≥ 80 U/l (n = 1)	0	0.0%	1	2.9%	-
Ure > 7,5 mmol/l (n = 13)	5	71.4%	8	22.9%	<0,05
Tăng creatinin (n = 12) Nam > 120, nữ >100 (μmol/l)	6	85.7%	6	17.1%	<0,001

Nhận xét: - Tăng nồng độ các marker viêm (PCT > 10ng/ml, CRP > 100mg/l) là tương đương giữa nhóm có sốc và không sốc ($p > 0,05$)

- Cả 2 nhóm không có bệnh nhân nào có số lượng BC giảm < 4G/l.

- Các chỉ số ở nhóm có sốc cao hơn nhóm không có sốc là xuất huyết (giảm tiểu cầu < 150 G/l, PT < 70%) và giảm chức năng thận (Ure > 7,5mmol/l, tăng Creatinin (nam > 120, nữ > 100 (μmol/l))). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là <0,05; <0,01; <0,05 và <0,001).

IV. BÀN LUẬN

1. Tiên lượng theo một số đặc điểm chung ở bệnh nhân

Kết quả tại bảng 1 cho thấy về tuổi, giới, bệnh lý nền giữa 2 nhóm bệnh nhân có sốc và không có sốc là khác nhau không có ý nghĩa thống kê (đều với $p > 0,05$). Từ đó cho thấy các yếu tố này không liên quan đến sự xuất hiện sốc ở bệnh nhân NKH do N. meningitidis.

Về nhiễm khuẩn huyết nói chung, nghiên cứu của Kang Cheol In (2011) trên 2286 bệnh nhân NKH Gram âm cho thấy tỷ lệ nam giới và các bệnh lý nền như bệnh tim, thận mạn tính, đái tháo đường... trên nhóm bệnh nhân có sốc NKH đều cao hơn so với nhóm không sốc ($p \leq 0,001$) [3]. Nghiên cứu của Juan R. D. (2017) trên 1507 bệnh nhân NKH cũng cho thấy tuổi cao > 65 và nam giới là yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn huyết nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn huyết ($p < 0,001$) [4]. So sánh với nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có tuổi đời 18-65, chỉ có 1 bệnh nhân > 60 tuổi và 1 bệnh nhân có bệnh lý nền là xơ gan, do đó yếu tố tuổi và bệnh lý nền không chứng minh được ảnh hưởng đến nguy cơ sốc NKH của bệnh nhân; bên cạnh đó yếu tố giới trong nghiên cứu của chúng tôi không liên quan đến nguy cơ sốc trên bệnh nhân, có thể lý giải do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn rất nhiều so với các tác giả trên.

2. Tiên lượng theo một số triệu chứng lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng lâm sàng thường gặp trong NKH do N. meningitidis bao gồm sốt khởi phát đột ngột,

sốt liên tục trên 39°C có rét run, cùng với rối loạn ý thức, gan to và vàng da, niêm mạc là tương đương giữa 2 nhóm có sốc và không có sốc (đều với $p > 0,05$). Các biểu hiện đặc trưng của sốc NKH là mạch nhanh (>90 chu kỳ/phút), huyết áp tụt (<90/60 mmHg), viêm phổi, thiếu niệu-vô niệu ở nhóm có sốc đều chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm không có sốc.

Tỷ lệ ban xuất huyết hoại tử xuất hiện trên toàn thân và thời gian xuất hiện trong vòng 24 giờ đầu của bệnh trong nhóm sốc cao hơn hẳn nhóm không có sốc (p lần lượt là <0,01 và <0,001). Kết quả này cho thấy ban xuất huyết hoại tử xuất hiện sớm trong 24 giờ đầu và xuất hiện trên toàn thân là yếu tố cảnh báo sốc NKH do N. meningitidis. Kết quả này phù hợp với nhận định của Tsai J. (2013): ban xuất huyết trong NKH N. meningitidis xuất hiện ban đầu ở mặt sau đó lan xuống chân và có thể hoại tử nếu không được điều trị hiệu quả. Bệnh nhân càng nặng phân bố ban càng rộng [5]. Đồng thời, khi ban hoại tử trên diện rộng phải phẫu thuật cắt lọc cũng là yếu tố tiên lượng nặng cho bệnh nhân.

Nhiễm khuẩn huyết được định nghĩa là hội chứng đáp ứng viêm hệ thống cộng với nguồn lây nhiễm. Do đó, ban đầu bệnh nhân sẽ xuất hiện các triệu chứng sốt >38°C hoặc hạ thân nhiệt < 36°C; mạch nhanh > 90 chu kỳ/phút, nhịp thở nhanh > 20 lần/phút. Khi tiến triển nặng thành sốc NKH sẽ có thêm biểu hiện rối loạn ý thức, thiếu niệu-vô niệu, da xanh tái, tụt huyết áp [6].

Nghiên cứu của Juan R. D. (2017) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân sốt > 38°C ở nhóm có sốc và không sốc là tương đương ($p = 0,19$) [4]. Nghiên cứu của Võ Văn Hội và cộng sự (2018) trên 65 bệnh nhân NKH ghi nhận tỷ lệ xuất huyết ở nhóm có sốc (61,5%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không sốc (8,6%) ($p < 0,001$) [7]. Như vậy, kết quả của chúng tôi phù hợp với những nghiên cứu đã có về NKH và sốc NKH.

3. Tiên lượng theo một số triệu chứng cận lâm sàng. Kết quả tại bảng 3 cho thấy tăng nồng độ các marker viêm (PCT > 10 ng/ml, CRP > 100 mg/l) tương đương giữa nhóm có sốc và

không sốc ($p > 0,05$). Cả 2 nhóm không có bệnh nhân nào có số lượng BC giảm < 4 G/l. Các chỉ số ở nhóm có sốc cao hơn nhóm không có sốc là xuất huyết (giảm tiểu cầu < 150 G/l, $PT < 70\%$) và giảm chức năng thận (Ure $> 7,5$ mmol/l, tăng Creatinin (nam > 120 , nữ > 100 ($\mu\text{mol/l}$)). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là $< 0,05$; $< 0,01$; $< 0,05$ và $< 0,001$). Một số tác giả ở Việt Nam nghiên cứu về NKH do E. coli thấy tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn tăng cao ở nhóm bệnh nhân NKH có tăng Ure [8] và nhóm có giảm tiểu cầu < 100 G/l. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho kết luận tương tự với nghiên cứu của các tác giả khác về yếu tố nguy cơ dẫn đến sốc nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân là giảm tiểu cầu, $PT\%$ giảm và suy giảm chức năng thận.

V. KẾT LUẬN

- Về lâm sàng, ban xuất huyết hoại tử xuất hiện trên toàn thân và thời gian xuất hiện trong vòng 24 giờ đầu của bệnh là yếu tố tiên lượng shock trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *Neisseria meningitidis*.

- Về cận lâm sàng, tiểu cầu giảm, $PT\%$ giảm và suy giảm chức năng thận là các yếu tố nguy cơ dẫn đến sốc nhiễm khuẩn huyết trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *Neisseria meningitidis*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Levy M., Fink M. P., Marshall J. C., et al. (2001), "SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS international sepsis definitions conference", Crit Care Med, 2003.
2. Bộ Y tế (2012), Quyết định số 975/QĐ-BYT, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh do nhiễm não mô cầu", ngày 29 tháng 03 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. Kang C. I., Song J. H., et al. (2011). "Risk factors and pathogenic significance of severe sepsis and septic shock in 2286 patients with gram-negative bacteremia". Journal of Infection. 62(1): p. 26-33.
4. Ruiz-Mesa J. D., Marquez G. I., et al. (2017). "Factors associated with severe sepsis or septic shock in complicated pyelonephritis". Medicine. 96(43): p. e8371.
5. Tsai J., Maria A. N., Don G. (2013). "Skin rash in meningitis and meningoencephalitis". Neurology. 80(19): p. 1808-1811.
6. Bone et al. (1992). "The ACCP-SCCM Consensus Conference on Sepsis and Organ Failure". Chest. 101(6): p. 1481-1483.
7. Võ Văn Hội, Bùi Bình Bảo Sơn (2018). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số rối loạn đông máu ở bệnh nhi nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng". Tạp chí Y Dược học. 8(2): p. 97.
8. Nguyễn Văn Chính (2010). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan tiên lượng sốc ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *Escherichia coli* tại bệnh viện trung ương quân đội 108 (từ 1/2005 đến 12/2010)". Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Học viện Quân y.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH VÀ GIÁ TRỊ SINH THIẾT XUYÊN THÀNH CỦA TỔN THƯƠNG DẠNG U PHỔI ĐƠN ĐỘC TRÊN 10 MM

Phan Thị Chung¹, Phạm Hồng Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương dạng u phổi đơn độc trên phim cắt lớp vi tính và nhận xét giá trị của sinh thiết xuyên thành ngực. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang 68 bệnh nhân được sinh thiết xuyên thành ngực tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện K cơ sở Quân Sứ và bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 3/2018 đến tháng 5/2019. Các bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính, chẩn đoán tổn thương u phổi đơn độc và được sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính. **Kết quả:** Trong 68 bệnh nhân nghiên cứu, kết quả sinh thiết 56 bệnh nhân ung thư và 12 trường

hợp lành tính. Trong đó khối u đặc hoặc bán đặc, bờ thùy múi hay tua gai là những đặc điểm hay gặp ở nhóm ung thư. Tỷ lệ tai biến chung sinh thiết là 47,05%, chảy máu nhu mô là tai biến hay gặp nhất chiếm 36,8 %, tràn khí màng phổi ít gặp hơn và không có tai biến tử vong. Tỷ lệ tràn khí có liên quan đến góc màng phổi kim sinh thiết với $p = 0,001$. **Kết luận:** Việc mô tả đặc điểm hình ảnh khối u trên phim chụp CLVT giúp đánh giá tổn thương, STXTN là phương pháp an toàn có giá trị chẩn đoán cao.

Từ khóa: u phổi đơn độc, cắt lớp vi tính, sinh thiết xuyên thành ngực.

SUMMARY

EVALUATION OF SOLITARY PULMONARY TUMORAL LESION IN DIAMETER MORE THAN 10 MM DETECTED DURING COMPUTED TOMOGRAPHY EXAMINATION AND ROLE OF CT – GUIDED PERCUTANEOUS TRANSTHORACIC BIOPSY

Objectives: To evaluate some radiological characteristics of solitary tumoral lesions in the lung

¹Trường Đại học Y Hà Nội.

²Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Chung

Email: chungmu2011@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2019

Ngày duyệt bài: 10.9.2019

and evaluate the value of lung biopsy under CT. **Materials and methods:** Prospective and cross-sectional study on 68 patients who had solitary pulmonary tumoral lesion, the patients underwent transthoracic biopsy under the guidance of CT in Department of Diagnostic Imaging of K hospital and Saint Paul hospital from March 2018 to May 2019.

Results: In the 68 patients 56 had a biopsy diagnosis of lung cancer and 12 had benign lesions. That there was difference in size between the cancer group and non – cancer group. Lobulation and speculation contour capable of advanced cancer. The overall complications of the transthoracic biopsy was 47,05%. The incidence of parenchymal hemorrhage and pneumothorax was 36,8% and 10,3%. The incidence of pneumothorax was related to needle pleral angle ($p= 0,001$). **Conclusions:** CT-guided percutaneous transthoracic biopsy is safety method and has high diagnostic accuracy.

Keywords: solitary pulmonary tumoral lesions, radiological, transthoracic biopsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tổn thương dạng u ở phổi là những đám hoặc nốt mờ được phát hiện trên phim Xquang phổi hay trên phim cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực. Các tổn thương dạng u có thể xếp loại là nốt hay khối tùy theo kích thước của tổn thương. Những tổn thương có đường kính lớn hơn 3 cm được gọi là các khối ở phổi và thường có nguy cơ ác tính cao. U phổi có thể lành tính hay ác tính, nguyên phát tại phổi, hay di căn từ nơi khác đến phổi. Theo thống kê, số lượng bệnh nhân bị u phổi chiếm 15-50/100.000 trong cộng đồng dân số [1].

Có nhiều phương pháp để xác định bản chất các khối u phổi như: Chọc tế bào xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của phim chụp Xquang lồng ngực, màn huỳnh quang, nội soi phế quản, sinh thiết xuyên thành phế quản qua nội soi, sinh thiết xuyên thành ngực u phổi dưới hướng dẫn CLVT. Ở Việt Nam, kỹ thuật sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của CLVT từ năm 2001 [2]. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu

nào đánh giá kết quả sinh thiết của các tổn thương u phổi đơn độc chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương dạng u phổi đơn độc trên phim cắt lớp vi tính và nhận xét giá trị của sinh thiết xuyên thành ngực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng gồm các BN được chụp cắt lớp vi tính, chẩn đoán u phổi đơn độc và được sinh thiết xuyên thành ngực tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện K và bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 3/2018 đến tháng 5/2019. Tiêu chuẩn loại trừ: những u được xếp loại từ T3, N1, M1, bệnh suy giảm miễn dịch, bệnh tim mạch nặng, rối loạn chức năng gan thận, rối loạn đông máu. Tất cả bệnh nhân đều được chụp CT ngực trước khi sinh thiết.

Bệnh nhân được làm các công thức đông máu, điện tim trước khi làm thủ thuật. Bệnh nhân sinh thiết có thể nằm ngửa, nằm sấp hoặc ở tư thế khác tùy vị trí u và đường vào được chọn sinh thiết. Bệnh nhân được chụp CLVT qua khu vực có khối u, chọn lớp cắt tối ưu là lớp cắt có đường vào không vướng xương và đến tổn thương xương gần nhất, an toàn nhất. Sau đó sẽ tiến hành sinh thiết lấy bệnh phẩm. Sau khi sinh thiết xong nên chụp qua vùng thấp của lồng ngực để kiểm tra tình trạng tràn khí và chảy máu [3]. Sử dụng thuật toán so sánh trung bình và kiểm định tỷ lệ, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có 68 BN được sinh thiết xuyên thành ngực, gồm 45 bệnh nhân nam và 23 bệnh nhân nữ, có độ tuổi từ 39 đến 85 (tuổi trung bình: $60,54 \pm 9,44$). Kết quả sinh thiết 56 trường hợp ung thư và 12 trường hợp lành tính, trong đó ung thư biểu mô tuyến hay gặp nhất (60,3%).

Bảng 1. Đặc điểm tổn thương và tính chất lành – ác tính.

	Đặc điểm	Lành tính	Ác tính	p
Kích thước khối u	Nốt	9 (28,1%)	23 (71,9 %)	0,034 (Fisher's Exact test)
	Khối	3 (8,3%)	33 (91,7%)	
Vị trí khối u	Thùy trên	7 (14,9%)	40 (85,1%)	0,373 (χ^2)
	Thùy giữa, dưới	5 (23,8%)	16 (76,2%)	
Đặc điểm đường bờ	Bờ đều, nhẵn	8 (61,5%)	5 (38,5%)	0,001 (Fisher's Exact test)
	Bờ thùy múi, tua gai	4 (7,3%)	51 (92,7%)	
Đặc điểm vôi hóa	Không có vôi hóa	11 (18%)	50 (82,0%)	
	Vôi hóa trung tâm	1 (100%)	0 (%)	
	Vôi hóa lệch tâm	0 (%)	6 (100%)	
Đặc điểm tỉ trọng khối u	Đặc hoàn toàn	12 (18,5%)	53 (81,5%)	
	Bán đặc	0 (0%)	3 (100%)	

Kích thước tổn thương trung bình là $28,53 \pm 9,33$ mm. Trong số 68 tổn thương có 36 tổn thương là khối và 32 tổn thương là nốt. Sự khác biệt giữa nốt và khối về tính chất lành – ác tính có ý nghĩa thống kê với $p = 0,034$. Vị trí tổn thương: thùy trên phải, thùy giữa phải, thùy dưới phải, thùy trên trái, thùy dưới trái. Trong đó tổn thương hay gặp ở thùy trên và ở ngoại vi

hơn. Đặc điểm đường bờ thì bờ thùy múi, tua gai chiếm nhiều hơn, sự khác biệt về tính chất đường bờ giữa bờ đều nhẵn và bờ thùy múi, tua gai với tính chất lành, ác tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong số các tổn thương chỉ có 3 tổn thương dạng bán đặc, 6 tổn thương có vôi hóa dạng đám nhỏ, lệch tâm, tuy nhiên tất cả đều là tổn thương ác tính.

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến biến chứng tràn khí và chảy máu nhu mô.

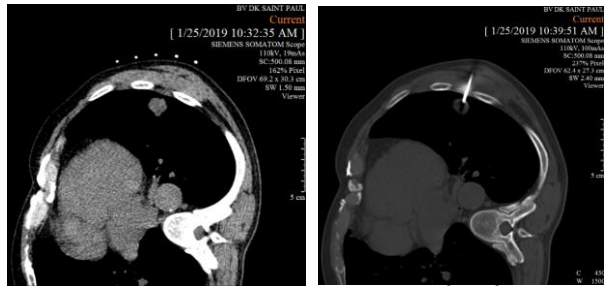
Đặc điểm	n	Tràn khí màng phổi (%)	p	Chảy máu nhu mô	p
Tuổi	< 60	29	6,9	34,5	0,109
	≥ 60	39	20,5	38,5	
Kích thước tổn thương	Nốt	32	9,4	53,1	0,724
	Khối	36	19,4	22,2	
Khoảng cách trong nhu mô	≤ 30	43	14%	37,2	
	30 - 50	23	17,4%	39,1	
	> 50	2	0	0	
Góc màng phổi kim sinh thiết	≤ 45°	12	50	16,7	0,101 (Fisher's Exact test)
	> 45°	56	7,1	41,1	

Biến chứng hay gặp nhất là chảy máu nhu mô, chiếm 25/68 (36,75%), tràn khí màng phổi chiếm 10/68 (14,7%), không có trường hợp nào tử vong. Trong đó, tỉ lệ cao chảy máu nhu mô hay gặp ở những bệnh nhân có tổn thương là nốt hơn, biến chứng tràn khí màng phổi hay gặp ở những bệnh nhân có góc màng phổi kim sinh thiết nhỏ hơn 45 độ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 68 bệnh nhân có độ tuổi từ 39-85, trong đó tỉ lệ nam nữ lần lượt là 66,2% và 33,8%. Kết quả giải phẫu bệnh sau sinh thiết có 56 trường hợp ác tính và 12 trường hợp lành tính. Trong các trường hợp ung thư hay gặp nhất (60,3%), kết quả này tương tự với Chunhua và cộng sự (2018) [4]. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là thùy trên hai bên, thùy trên phải hay gặp nhất chiếm 35,3%, thùy giữa ít gặp nhất. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gồm 32 tổn thương là nốt và 36 tổn thương là khối. So với kết quả mô bệnh học cuối cùng thấy kích thước tổn thương có liên quan đến độ lành hay ác có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$): kích thước khối có nguy cơ ác tính cao hơn, tương tự như kết quả của Đoàn Thị Phương Lan [5].

Bờ của u có thể phân chia thành bờ đều, không đều, bờ thùy múi và tua gai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương ác tính hay gặp ở nhóm bờ thùy múi, tua gai hơn (92,7%), sự khác biệt của đặc điểm đường bờ với độ lành ác tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, kết quả tương tự với nghiên cứu của Takashima [6].



Hình 1. Bệnh nhân nam 61 tuổi, tổn thương nốt đặc thùy trên phổi trái, kích thước 16x17 mm, bờ thùy múi, được sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CT, kết quả sinh thiết là ung thư biểu mô tuyến.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng hay gặp nhất trong sinh thiết là chảy máu nhu mô (36,75%), biến chứng tràn khí màng phổi là 14,7% và không có biến chứng ho máu hay tử vong. Những trường hợp chảy máu nhu mô thì triệu chứng đều cải thiện sau điều trị nội khoa. Trong nghiên cứu của Chunhua và cộng sự, tỉ lệ biến chứng phụ thuộc và khoảng cách kim sinh thiết đi trong nhu mô, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi thì không có ý nghĩa thống kê, có thể là do cỡ mẫu không đủ lớn.

Khi nghiên cứu yếu tố ảnh hưởng đến biến chứng chảy máu nhu mô thấy kích thước nốt tỉ lệ biến chứng cao hơn, kết quả này tương tự với Görgülü và cộng sự [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi còn nhận thấy góc màng phổi kim sinh thiết có liên quan đến biến chứng tràn khí màng phổi, nhóm có góc $\leq 45^\circ$ chiếm tỉ lệ cao hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Việc phát hiện các tổn thương đơn độc ở phổi ngày càng phổ biến và nhiều hơn nhờ vào chụp cắt lớp vi tính. Bên cạnh đó việc phân tích các đặc điểm tổn thương trên phim chụp giúp đánh giá sơ bộ tổn thương, đồng thời chỉ điểm cho sinh thiết. Sinh thiết xuyên thành ngực qua da là phương pháp hiệu quả và an toàn để chẩn đoán bản chất tổn thương đơn độc ở phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Tiến Dũng (2000)**. Ung thư phế quản, một số đặc điểm lâm sàng và vai trò chụp CLDT trong chẩn đoán.
2. **Tạ Bá Thắng, Phạm Trường Sơn và CS (2001)**. Hiệu quả của chọc hút kim nhỏ qua thành ngực cải tiến dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư phế quản. *Tạp Chí Học Quân Sự*, 41-45.
3. **Yamaura H., Inaba Y., Arai Y., et al. (2000)**.

Massive intrathoracic haemorrhage after CT-guided lung biopsy. *Br J Radiol*, **73**(874), 1105-1107.

4. **Xu C., Yuan Q., Chi C., et al. (2018)**. Computed tomography-guided percutaneous transthoracic needle biopsy for solitary pulmonary nodules in diameter less than 20 mm. *Medicine (Baltimore)*, **97**(14), e0154.
5. **Đoàn Thị Phương Lan (2014)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của sinh thiết cắt xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán các tổn thương dạng u ở phổi.
6. **Takashima S., Sone S., Li F., et al. (2003)**. Indeterminate solitary pulmonary nodules revealed at population-based CT screening of the lung: using first follow-up diagnostic CT to differentiate benign and malignant lesions. *AJR Am J Roentgenol*, **180**(5), 1255-1263.
7. **Görgülü F.F., Öksüzler F.Y., Arslan S.A., et al. (2017)**. Computed tomography-guided transthoracic biopsy: Factors influencing diagnostic and complication rates. *J Int Med Res*, **45**(2), 808-815.

ĐẶC ĐIỂM KHÁNG KHÁNG SINH CỦA MỘT SỐ VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN PHỔI BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2016-2017

Giang Hoài Nam*, Hoàng Năng Trọng**, Phạm Văn Trọng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm kháng kháng sinh của một số loài vi khuẩn gây nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2016-2017. **Phương pháp:** Sử dụng nghiên cứu mô tả trong phòng xét nghiệm để xác định đặc điểm kháng kháng sinh và gen kháng kháng sinh của một số chủng vi khuẩn gây NKPBV phân lập được. **Kết quả:** vi khuẩn *A.baumannii* kháng với hầu hết các kháng sinh nhóm β -lactam, Fluroquinolon, Glycopeptid với tỷ lệ đề kháng trên 70%; trong đó tỷ lệ kháng cao nhất với Cefamandol (100%) và còn rất nhạy cảm với Colistin, tỷ lệ kháng là 2,2%. *K.pneumoniae* kháng cao với cephalosporin và còn nhạy với aminoglycoside và colistin. Trong 67 chủng *A.baumannii* đề kháng kháng sinh, phát hiện 52 chủng *A. baumannii* mang gen OXA. Trong 53 chủng *K.pneumoniae* mang gen kháng kháng sinh, blaSHV có mặt ở 100% chủng mang gen, 46 chủng mang gen NDM1. **Kết luận:** Vi khuẩn *A.baumannii* và *K.pneumoniae* đã đề kháng với nhiều loại kháng sinh. *A.baumannii* đề kháng kháng sinh đa số có chứa gen OXA. *K.pneumoniae* đa kháng kháng sinh thường

mang gen SHV và NDM1.

Từ khóa: Kháng kháng sinh, vi khuẩn, nhiễm khuẩn phổi bệnh viện

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF SOME ANTIBIOTIC RESISTANT BACTERIA CAUSING HOSPITAL-ACQUIRED PNEUMONIA AT INTENSIVE CARE UNIT IN THAIBINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2016-2017

Objectives: Determine the characteristics of some antibiotic resistant bacteria causing hospital-acquired pneumonia in the Intensive Care Unit - Thai Binh Provincial General Hospital in 2016-2017.

Methods: A descriptive study in the laboratory was carried out to determine the antibiotic resistance characteristics and antibiotic resistance genes of some strains of isolated bacteria causing hospital-acquired pneumonia. **Results:** *A.baumannii* bacteria was resistant to most β -lactam, Fluroquinolon, Glycopeptid antibiotics with a resistance rate of over 70%; in which resistance rate is highest with Cefamandol (100%) and very sensitive to Colistin, resistance rate is 2.2%. *K.pneumoniae* is highly resistant to cephalosporin and is also sensitive to aminoglycoside and colistin. Among 67 strains of *A.baumannii* resistant to antibiotics, 52 strains of *A. baumannii* were detected with OXA gene. In 53 strains of *K.pneumoniae* carrying antibiotic-resistant genes and blaSHV presented in 100% of strains carrying genes, 46 strains carrying NDM1 gene. **Conclusion:**

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

**Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Giang Hoài Nam

Email: hoainambvdk@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2019

Ngày duyệt bài: 5.9.2019

A.baumannii and *K.pneumoniae* are resistant to many antibiotics. *A.baumannii* is resistant to most antibiotics containing OXA gene. Multi-antibiotic resistant *K.pneumoniae* often carries genes SHV and NDM1.

Keywords: Antibiotic resistance, bacteria, hospital-acquired pneumonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kể từ khi ra đời vào những năm 1940, kháng sinh đã giữ một vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe, từ vai trò điều trị các bệnh nhiễm trùng nặng cho đến sử dụng điều trị dự phòng các nhiễm trùng vết mổ, các nhiễm trùng ở bệnh nhân ung thư và ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Tuy nhiên, hiện nay, vấn đề điều trị các bệnh nhiễm trùng đang ngày càng trở nên khó khăn, tốn kém do vi khuẩn đề kháng kháng sinh. Ở châu Âu, mỗi năm ước tính có khoảng 25 nghìn ca tử vong do nhiễm trùng các vi khuẩn đa kháng [8]. Tại nước ta, trong khoảng 10 năm gần đây, các căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn phổi bệnh viện (NKPBV) thường gặp bao gồm nhóm vi khuẩn Gram (-) như *A.baumannii*, *P.aeruginosa*, *H.influenzae*, *Enterobacteriaceae* spp. và nhóm vi khuẩn Gram (+) như *S.aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* [5]. Hiện nay, các vi khuẩn này đã đề kháng nhiều loại kháng sinh. Đặc biệt là ở khoa Hồi sức tích cực, tình trạng này diễn ra nghiêm trọng, là thách thức lớn đối với các bác sĩ điều trị. Để quản lý tình trạng kháng kháng sinh cần có sự hiểu biết rất rõ về mầm bệnh gây ra NKPBV. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện đa

khoa tỉnh thái bình năm 2016-2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh phẩm của người bệnh được chẩn đoán NKPBV: Dịch phế quản/đờm để nuôi cấy, định danh vi khuẩn xác định căn nguyên NKPBV.

- Các chủng vi khuẩn phân lập được từ bệnh phẩm là dịch phế quản/đờm của người bệnh nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại Khoa HSTC - Chống độc:

+ Đưa vào nghiên cứu những chủng vi khuẩn phân lập, định danh lần đầu dương tính (+) để chẩn đoán NKPBV và phân tích đặc điểm kháng KS.

+ Loại khỏi nghiên cứu những chủng VK (+) những lần nuôi cấy sau (Bội nhiễm).

- Các chủng *A.baumannii*, *K.pneumoniae* đã kháng kháng sinh: Xác định gen kháng kháng sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trong phòng xét nghiệm

2.2.2 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

- Bệnh phẩm NB NKPBV gồm 103 chủng *A.baumannii* và 81 chủng *K.pneumoniae*

- Chủng VK xác định gen kháng KS: Chọn mẫu chủ đích là toàn bộ chủng VK *A.baumannii* (67 chủng) và *K.pneumoniae* (53 chủng) đã kháng kháng sinh

2.2.3 Thời gian và địa điểm tiến hành nghiên cứu

- Thời gian: Nghiên cứu được thực hiện từ 01/7/2016 đến 30/6/2019

- Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Acinetobacter baumannii* (n=103)

Kháng sinh	Ký hiệu	MIC (µg/ml)	Mức độ nhạy cảm với KS theo MIC		
			S (%)	I (%)	R (%)
Imipenem	IMP	2-8	42 (41,2)	1 (0,98)	59 (57,8)
Meropenem	MEM	2-8	14 (60,9)	0	9 (39,1)
Cefazolin	CZ	16-32	3 (3,3)	0	88 (96,7)
Cefamandol	CM	8-32	0	0	46 (100)
Cefuroxim	CXM	4-32	6 (8,11)	1 (1,4)	67 (90,5)
Ceftazidim	CAZ	8-32	19 (19,4)	2 (2,0)	77 (78,6)
Ceftriaxon	CRO	8-64	10 (10)	6 (6)	84 (84)
Cefotaxim	CTX	8-64	10 (9,9)	5 (4,9)	86 (85,2)
Cefoperazone	CFP	16-64	6 (6)	1 (1)	93 (93)
Cefepime	FEP	8-32	20 (19,8)	1 (2,0)	79 (78,2)
Ampicillin + Sulbactam	SAM	8-32	13 (17,6)	4 (5,4)	57 (77)
Cefoperazone + Sulbactam	SCF	0,8-32	28 (52,8)	3 (5,7)	22 (41,5)
Gentamycin	GM	4-16	8 (61,5)	0	5 (38,5)
Amikacin	AK	16-64	26 (27,7)	0	68 (72,3)
Ciprofloxacin	CIP	1-4	20 (19,6)	0	82 (80,4)

Cotrimoxazole	SXT	40-80	9 (47,4)	0	10(52,6)
Colistin	CO	2-4	44(97,8)	0	1 (2,2)

Kết quả bảng 3.1 cho thấy, vi khuẩn *A.baumannii* kháng với hầu hết các kháng sinh nhóm β -lactam, Fluroquinolon, Glycopeptid với tỷ lệ đề kháng trên 70%; trong đó tỷ lệ kháng cao nhất với Cefamandol (100%). Tuy nhiên, *A.baumannii* còn rất nhạy cảm với Colistin, tỷ lệ kháng là 2,2%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumonia* (n=81)

Kháng sinh	Ký hiệu	MIC (μ g/ml)	Mức độ nhạy cảm với KS theo MIC		
			S (%)	I (%)	R (%)
Imipenem	IMP	2-8	52(78.8)	0	14(21.2)
Meropenem	MEM	2-8	11(78.6)	0	3(21.4)
Cefazolin	CZ	16-32	12(16.4)	0	61(83.6)
Cefamandol	CM	8-32	7(17.5)	0	33(82.5)
Cefuroxim	CXM	4-32	10(18.9)	0	43(81.1)
Ceftazidim	CAZ	8-32	27(34.2)	1(1.3)	51(64.5)
Ceftriaxon	CRO	8-64	23(28.4)	0	58(71.6)
Cefotaxim	CTX	8-64	21(26.6)	2(2.5)	56(70.9)
Cefoperazone	CFP	16-64	20(25.6)	2(2.6)	56(71.8)
Cefepime	FEP	8-32	33(40.7)	0	48(59.3)
Amoxicillin+ acid clavulanic	AMC	8-32	12(24)	2(4)	36(72)
Ampicillin + Sulbactam	SAM	8-32	11(23.4)	2(4.3)	34(72.3)
Cefoperazone + Sulbactam	SCF	0,8-32	26(70.3)	1(2.7)	10(27)
Gentamycin	GM	4-16	3(75)	0	1(25)
Amikacin	AK	16-64	41(62.1)	1(1.5)	24(36.4)
Ciprofloxacin	CIP	1-4	34(51.5)	1(1.5)	31(47)
Levofloxacin	LVX	2-8	36(55.4)	1(1.5)	28(43.1)
Fosmycin	FOS	64-256	31(53.45)	2(3.45)	25(43.1)

Kết quả bảng 3.2 cho thấy, vi khuẩn *K.pneumoniae* kháng kháng sinh cao: kháng Cephalosporin thế hệ 1, 2 (từ 64,6% đến 83,6%), kháng Quinolon (43,2% và 47%). Tuy nhiên, *K.pneumoniae* còn nhạy cảm với Imipenem (kháng 21,2%); Meropenem (kháng 21,4%).

Bảng 3.3. Tỷ lệ mang gen kháng kháng sinh của *A.baumannii* (n=67)

Gen	Tỷ lệ mang gen kháng (n=67)	
	SL	(%)
Gen sinh B- lactamase nhóm A		
TEM	52	77,6
SHV	4	6,0
CTX-M	3	4,5
PER	2	3,0
KPC	2	3,0
Gen sinh B- lactamase nhóm B (Metallico-lactamase)		
VIM; IMP; SPM; SIM; GIM	0	0,0
NMD-1	17	25,4
Gen sinh B- lactamase nhóm D (OXAs)		
OXA23	45	67,2
OXA24	2	3,0
OXA51	45	67,2
OXA58	4	6,0
OXA 51+23	39	58,2
OXA 51+58	1	1,5

Kết quả bảng 3.3 cho thấy, trong số các vi khuẩn *A.baumannii* mang gen kháng kháng sinh,

ở nhóm gen sinh B- lactamase nhóm A, enzyme TEM chiếm đa số (77,6%), các nhóm enzyme sinh ESBL khác như SHV, CTX-M chiếm tỷ lệ khá thấp (từ 3% đến 6%). Nhóm gen sinh B- lactamase nhóm B (Metallico-lactamase), phổ biến là loại mang gen NDM1 (25,4%). Nhóm gen sinh B- lactamase nhóm D, chiếm tỷ lệ cao là enzyme OXA_23 và OXA-51 (67,2%), trong đó có 39 trường hợp mang cả 2 gen OXA_51+23.

Bảng 3.4. Tỷ lệ mang gen kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae* (n=53)

Gen	Tỷ lệ mang gen kháng (n=53)	
	SL	(%)
Gen sinh β- lactamase nhóm A		
TEM	50	94,3
SHV	53	100,0
CTX-M, PER	0	0,0
KPC	30	56,6
Gen sinh β- lactamase nhóm B		
NMD-1	46	86,8
VIM	7	13,2
IMP	24	45,3
SPM	26	49,1
SIM, GIM	0	0,0

Gen sinh β - lactamase nhóm D		
OXA	33	62,3

Kết quả bảng 3.4 cho thấy, trong số các vi khuẩn *K.pneumoniae* mang gen kháng kháng sinh, ở nhóm gen sinh B- lactamase nhóm A, enzyme SHV có mặt ở 100% chủng mang gen, đồng thời 94,3% vi khuẩn có mang gen TEM, và 56,6% chủng có chứa enzyme KPC. Không có chủng nào có enzyme PER hoặc CTX-M. Nhóm gen sinh B- lactamase nhóm B (Metallico-lactamase), phổ biến là loại mang gen NDM1 (86,8%). Trong nhóm gen sinh B- lactamase nhóm D, gen OXA chiếm 62,3%.

Bảng 3. 5. Mức độ kháng nhóm β -lactam của *A.baumannii* với gen OXA

Gen OXA		OXA 23		OXA 51	
Kháng KS theo MIC		SL	%	SL	%
Imipenem	I	-	-	-	-
	R(n=53)	35	66,0	40	75,5
	S(n=13)	9	69,2	5	38,5
Meropenem	I (n=0)	-	-	-	-
	R(n=39)	25	64,1	30	76,9
	S (n=8)	5	62,5	3	37,5
Cefepim	I (n=0)	-	-	-	-
	R(n=58)	37	63,8	42	72,4
	S(n=8)	7	87,5	3	37,5
Colistin	I (n=0)	-	-	-	-
	R (n=0)	-	-	-	-
	S(n=63)	43	68,3	43	68,3

Kết quả bảng 3.5 cho thấy, mức độ kháng với carbapenem của các chủng *A.baumannii* khá cao: với imipenem kháng với chủng mang gen OXA_23 là 66%, chủng mang gen OXA_51 là 75,5%. Tương tự với meropenem, kháng với gen OXA_23 là 64,1%, chủng mang gen OXA_51 là 76,9%. Mức độ kháng với cephalosporin với kháng sinh cefepim ở chủng mang gen OXA_23 là 63,8%, chủng mang gen OXA_51 là 72,4%. Tuy nhiên *A.baumannii* còn nhạy cảm 100% với kháng sinh colistin.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi phát hiện thấy vi sinh vật trong dịch phế quản là tiêu chuẩn bắt buộc kết hợp với các tiêu chuẩn lâm sàng và xét nghiệm khác để chẩn đoán NKPBV.

Vi khuẩn *A.baumannii* là một tác nhân gây nhiễm khuẩn quan trọng mới xuất hiện trong khoảng mấy thập kỷ gần đây. Khoảng 27% người khỏe mạnh mang vi khuẩn này trên da và có trong mũi họng. Gần đây, *A.baumannii* xuất hiện trong bệnh viện như một tác nhân quan trọng gây NKPBV do có xu hướng tích lũy các cơ chế kháng kháng sinh dẫn đến đề kháng với nhiều kháng sinh. Tại khoa HSTC, bệnh viện

Bạch Mai, Bùi Hồng Giang (2013) ghi nhận tỷ lệ tử vong ở nhóm được điều trị phác đồ kháng sinh phù hợp với căn nguyên gây bệnh *A.baumannii* là 11,1% trong khi tỷ lệ này ở nhóm có phác đồ không phù hợp lên đến 49,3% [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vi khuẩn *A.baumannii* đã kháng với hầu hết các kháng sinh nhóm β -lactam, Fluroquinolon, Glycopeptid với tỷ lệ đề kháng trên 70%; trong đó tỷ lệ kháng cao nhất với Cefamandol và Vancomycin (100%), chỉ có Meropenem có tỷ lệ đề kháng thấp là 39,1% (bảng 3.27). Tuy nhiên, dễ dàng nhận thấy tình trạng đa kháng hoặc thậm chí toàn kháng kháng sinh của *A. baumannii* là tình hình chung của hầu hết các bệnh viện trong nước và trên thế giới, không riêng khoa HSTC, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Tại Bệnh viện Nhân Dân Gia định, Trần Minh Giang (2011) từng ghi nhận tỷ lệ kháng Carbapenem, quinolon, Aminoglycosid lần lượt là 78%, 85%, 90% [3]. Colistin là kháng sinh ưu tiên để điều trị các trường hợp nhiễm khuẩn nặng do Vi khuẩn gram âm khi không còn lựa chọn kháng sinh khác. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh này trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp (2,2%).

Klebsiella pneumoniae là vi khuẩn Gram (-) thuộc nhóm vi khuẩn đường ruột (Enterobacteriaceae). *K.pneumoniae* không xuất hiện trên cơ thể người khỏe mạnh mà nó được biết đến như một loại vi khuẩn gây "nhiễm trùng cơ hội" xảy ra chủ yếu ở môi trường bệnh viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ các chủng *K.pneumoniae* kháng kháng sinh cao: trên 70% kháng Cephalosporin thế hệ 1-3, chỉ có Ceftazidim có tỷ lệ đề kháng thấp nhất trong nhóm tuy nhiên cũng đã bị kháng đến 64,6%; trên 70% kháng Amoxicillin+acid clavulanic (72%), Ampicillin+Sulbactam (72,3%) và Cotrimoxazole (71,4%); trên 40% kháng Quinolon (Levofloxacin: 43,1%, Ciprofloxacin: 47%). Tuy nhiên có tỷ lệ cao *K.pneumoniae* còn nhạy cảm với Colistin (93,3%); Imipenem (78,8%); Meropenem (78,6%), Cefoperazone+Sulbactam (73%) và khá cao với Amikacin (63,7%) (bảng 3.28). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Tiến Dũng (2014-2015) tại bệnh viện Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh: kháng thấp với Meropenem (21,5%), Amikacin 10%, Colistin (17%) và kháng tương đối cao với nhóm Cephalosporin (40% - 70%), Quinolon (50% - 60%) [1].

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả, trong số các vi khuẩn *A.baumannii* mang gen kháng kháng sinh, ở nhóm gen sinh B- lactamase nhóm

A, enzyme TEM chiếm đa số (77,6%), các nhóm enzyme sinh ESBL khác như SHV, CTX-M chiếm tỷ lệ khá thấp (từ 3% đến 6%) (bảng 3.34). Trong khi đó, khi nghiên cứu tỷ lệ mang gen đề kháng kháng sinh của K.pneumoniae cho thấy, trong nhóm A, enzyme SHV chiếm 100%, TEM (94,3%), KPC (56,6%). Một nghiên cứu tại bệnh viện ở Iran (2010) trên 62 chủng K.pneumoniae mang gen đề kháng kháng sinh cho kết quả thấp hơn chúng tôi 54% chủng mang TEM, 67,4% mang gen SHV, 46,5% mang gen CTX-MI và 29% CTX-M-III [6]

Phân tích 67 chủng A.baumannii mang gen đề kháng kháng sinh được chẩn đoán là NKPBV, bằng kỹ thuật PCR-Multiplex, chúng tôi đã phát hiện gen OXA ở 52 chủng A.baumannii. Trong đó 45 chủng A.baumannii có mang gen OXA₅₁ (67,2%); 45 cũng là số chủng mang gen OXA₂₃ (67,2%) và 39 chủng vừa mang gen OXA₅₁ và OXA₂₃ (58,2%). Kết quả trên là hoàn toàn phù hợp, gen OXA₅₁ chiếm tỷ lệ cao nhất vì đây là một gen nội tại kháng tự nhiên với carbapenem và chỉ nằm trên A.baumannii. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà và một số nghiên cứu khác [4]. Năm 2013, Tada và cộng sự công bố đã phát hiện A.baumannii có mang gen OXA₂₃ tại hai bệnh viện Bạch Mai và Chợ Rẫy [7]. Trong 67 chủng phân lập tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình chúng tôi tìm được 2 chủng có gen OXA₂₄. Hiện các nghiên cứu ở Việt Nam vẫn chưa tìm thấy chủng A.baumannii nào mang gen này.

V. KẾT LUẬN

- Vi khuẩn A.baumannii và K.pneumoniae đã

đề kháng với nhiều loại kháng sinh.

- A.baumannii đa kháng kháng sinh đa số có chứa gen OXA (52/67 chủng).

- K.pneumoniae đa kháng kháng sinh thường mang gen SHV(100%) và NDM1 (86,8%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Tiến Dũng (2015)**, Viêm Phổi Bệnh Viện: Đặc Điểm Vi Khuẩn Và Đề Kháng Kháng Sinh In Vitro Tại Bệnh Viện Đại Học Y Dược TPHCM. Hội Hô hấp Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Bùi Hồng Giang (2013)**, Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp, Đại học Y Hà Nội.
3. **Trần Minh Giang, Trần Văn Ngọc (2014)**, Khảo sát đặc điểm lâm sàng và vi sinh trên bệnh nhân viêm phổi thở máy tại khoa sản sóc đặc biệt Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, 18 (1), pp. 284-289.
4. **Nguyễn Thị Thanh Hà, Nguyễn Trọng Chính (2017)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do Acinetobacter Baumannii tại Miền Bắc - Trung- Nam Việt Nam. Tạp chí y dược học quân sự, 4, pp. 120-131.
5. **Bonell A., Azarrafy R., Huang V. T. L. et al (2019)**, A Systematic Review and Meta-analysis of Ventilator-associated Pneumonia in Adults in Asia: An Analysis of National Income Level on Incidence and Etiology. Clin Infect Dis, 68 (3), pp. 511-518.
6. **Feizabadi M. M., Delfani S., Raji N. et al (2010)**, Distribution of bla(TEM), bla(SHV), bla(CTX-M) genes among clinical isolates of Klebsiella pneumoniae at Labbafinejad Hospital, Tehran, Iran. Microb Drug Resist, 16 (1), pp. 49-53.
7. **Tada T., Miyoshi-Akiyama T., Kato Y. et al (2013)**, Emergence of 16S rRNA methylase-producing Acinetobacter baumannii and Pseudomonas aeruginosa isolates in hospitals in Vietnam. BMC Infect Dis, 13, pp. 251.
8. **CDDEP (2015)**, The state of the world's antibiotics.

NGHIÊN CỨU QUY TRÌNH CHIẾT XUẤT FLAVONOID TOÀN PHẦN VÀ HESPERIDIN TỪ VỎ QUÝT

Trần Thị Thu Huyền*, Chủ Văn Mến*

TÓM TẮT

Xây dựng quy trình chiết hesperidin và flavonoid toàn phần từ vỏ quýt. Qua khảo sát cho thấy, quá trình chiết hesperidin và flavonoid TP tốt nhất được thực hiện trong điều kiện sau: Nguyên liệu có kích thước 1-3mm, lý lệ dung môi/nguyên liệu là 4/1-6/1

(TT/KL), thời gian chiết: 2 giờ, nhiệt độ chiết: 30 - 40°C, pH môi trường kết tinh: 4,5. Chiết hesperidin ra khỏi hỗn hợp flavonoid toàn phần bằng 3 lần acetone và 1 lần ethyl acetat với tỷ lệ chất rắn/DM là 1/5 (KL/TT) và kết tinh lại hesperidin trong methanol.

Từ khóa: vỏ quýt, flavonoid toàn phần, hesperidin

SUMMARY

PREPARATION OF EXTRACTING TOTAL FLAVONOIDS AND HESPERIDIN FROM CITRUS PEEL

To establish the procedure of extracting hesperidin and total flavonoids from citrus peel. The results showed that: the best condition to extract hesperidin

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Chủ Văn Mến

Email: chuvanmen@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2019

Ngày duyệt bài: 5.9.2019

and total flavonoids including: the particle size was 1-3 milimetres, the solvent/ ratio of 4/1- 6/1 (volume/ mass) for 2 hours, temperature of 30-40°C, the crystalline environment of pH was 4.5. To extract hesperidin from the total flavonoids mixture by 3 times acetone and 1 time ethylacetate with the residue/ solvent was 1/5 (mass/volume) and recrystallize hesperidin in methanol

Keywords: Citrus peel, total flavonoid, hesperidin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, vỏ cam, quýt được coi nguồn nguyên liệu tiềm năng cho bào chế các sản phẩm chống oxy hóa, phòng ngừa một số bệnh tim mạch như xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, ung thư, chống viêm, chống các stress oxy hóa. Vỏ quýt chứa tinh dầu và các flavonoid. Tinh dầu quýt gồm α -pinen, β -pinen, camphen, myren, 3-carene, α -phellandren, β -phellandren, α -terpinen, β -terpinen, limonen và hydrocarbon thơm. Nhiều flavonoid đã được hiện trong quýt như hesperidin, neohesperidin, tangeretin: 5,6,7,8,4'-peta methoxy flavon, citromitin 5,6,7,8,3',4'-hexamethoxy flavanon, 5,0-desmethyl citromitin; nobiletin[1,2]. Các nghiên cứu cho thấy rằng, các flavone từ chi citrus có tác dụng bảo vệ tim mạch rất tốt [3], ngoài ra cis-coumarin có trong quýt có tác dụng chống viêm. Methylhesperidin có tác dụng ức chế loét dạ dày gây nên do thất môn vị trên chuột cống trắng; tiêm xoang bụng cho chuột cống trắng có tác dụng lợi mật rõ rệt. Để tận dụng nguồn phụ phẩm vỏ cam quýt và góp phần tạo ra nguồn nguyên liệu bào chế các phẩm chăm sóc, tăng cường sức khỏe cho người dân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu chiết xuất, phân lập Hesperidin và flavonoid toàn phần từ vỏ quýt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên liệu hóa chất, thiết bị. Thu mua các mẫu vỏ quýt trên các địa bàn khác nhau. Các mẫu vỏ quýt thu về được sơ chế ngay bằng cách loại tạp, rửa sạch, thái nhỏ, sấy khô. Mẫu được bọc kín 2 lần túi nilon để làm nguyên liệu cho quá trình nghiên cứu.

Hóa chất: Acid chlorogenic (ACG) chuẩn (>95%) của Sigma; các tá dược (TD) phun sấy (maltodextrin, aerosil) đạt tiêu chuẩn BP 2009; các hóa chất dung môi khác đạt tiêu chuẩn.

Thiết bị: Máy phun sấy cao tốc tăng sôi (LPG 5 - Trung Quốc), máy khuấy từ gia nhiệt (ARE - Velp - Italia), và các thiết bị, dụng cụ khác đạt tiêu chuẩn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Khảo sát phương pháp chiết xuất, phân lập flavonoid TP

Phương pháp ngâm kiệt: chiết flavonoid TP

trong bình ngâm kiệt bằng dung môi hữu cơ. Cô dịch chiết đến cao lỏng 1:1, điều chỉnh pH về môi trường acid (pH=4-5), để kết tinh trong 24h thu được tinh thể. Lọc, rửa, sấy được flavonoid TP. Sau đó phân lập hesperidin khỏi hỗn hợp flavonoid toàn phần dựa trên tính kém tan của nó trong các dung môi hữu cơ.

Phương pháp hồi lưu: Chiết flavonoid toàn phần trong dụng cụ hồi lưu bằng dung môi hữu cơ. Cô dịch chiết đến cao lỏng 1:1, điều chỉnh pH về môi trường acid (pH=4-5), để kết tinh trong 24h thu được tinh thể. Lọc, rửa, sấy được flavonoid TP. Sau đó phân lập hesperidin khỏi hỗn hợp flavonoid toàn phần dựa trên tính kém tan của nó trong các dung môi hữu cơ.

Phương pháp dùng dung môi nước - kiềm: Chiết flavonoid toàn phần từ vỏ quýt bằng nước ở pH 11-12. Dịch lọc thu được được điều chỉnh về môi trường axit để kết tủa các flavonoid.

2.2.2. Phương pháp phân lập hesperidin ra khỏi hỗn hợp flavonoid

Phân lập hesperidin khỏi hỗn hợp flavonoid toàn phần dựa trên tính kém tan của nó trong các dung môi hữu cơ.

2.2.3 Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến phương pháp chiết. Tiến hành khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình chiết xuất như phương pháp chiết, số lần chiết, dung môi, thời gian chiết, pH, kích thước tiểu phân được liệu, để thu được quy trình chiết có hiệu suất chiết hoạt chất cao nhất và kinh tế nhất.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả lựa chọn phương pháp chiết xuất flavonoid toàn phần từ vỏ quýt

Bảng 2. Kết quả chiết xuất Flavonoid toàn phần theo 3 phương pháp

Phương pháp chiết	Flavonoid TP (%)
Ngâm kiệt	1,42± 0,12
Hồi lưu	4,45± 0,22
Dung môi nước- kiềm	4,26± 0,11

Sử dụng 3 phương pháp trên cho thấy, phương pháp chiết Flavonoid toàn phần bằng phương pháp đun hồi lưu với dung môi ethanol 70% cho hiệu suất cao hơn so với chiết bằng dung môi nước - kiềm, nhưng điều kiện phải có thiết bị chuyên dụng, tốn nhiệt lượng và dung môi đắt tiền. Chiết bằng nước - kiềm cho hiệu suất thấp hơn, tuy nhiên quy trình chiết suất đơn giản, không đòi hỏi dung môi đắt tiền. Vì vậy tôi sử dụng phương pháp chiết bằng dung môi nước -kiềm để chiết xuất, phân lập flavonoid TP và hesperidin từ vỏ quýt.

3.2 Kết quả phân lập hesperidin ra khỏi

hỗn hợp flavonoid. Kết quả phân lập hesperidin ra khỏi hỗn hợp flavonoid và tinh chế hesperidin được trình bày tại bảng 2

Bảng 3. Hàm lượng hesperidin tinh chế/Flavonoid TP

Mẫu	1	2	3
KL flavonoid TP (g)	4	4	4
KL hesperidin tinh chế (g)	2,42	2,51	2,59
HL hesperidin tinh chế/Flavonoid TP (%)	60,5	62,8	64,8
X_{tb} ± SD	62,7±2,2		

Hesperidin tinh chế được có đặc điểm: Bột kết tinh không màu, tinh thể hình kim, nhiệt độ nóng chảy 258 - 262°C. Không tan trong nước nguội, tan ít trong nước nóng, trong ethanol nóng, tan nhiều trong pyridine, dimethylformamid. Không tan trong ether, chloroform. Cho phản ứng dương tính với các hợp chất flavanon. Như vậy, các tính chất trên phù hợp với tính chất của hesperidin.

3.3 Khảo sát các thông số ảnh hưởng đến quá trình tách chiết hesperidin và flavonoid toàn phần từ vỏ quýt

3.3.1 Ảnh hưởng của pH dung môi chiết đến hiệu suất tách chiết hesperidin

Quy trình thực nghiệm tách chiết flavonoid toàn phần và phân lập hesperidin từ vỏ quýt được tiến hành như mô tả trong phần phương pháp. pH được khảo sát trong khoảng 9- 13, các thông số khác bao gồm: Khối lượng nguyên liệu vỏ quýt khô: 100g; Kích thước nguyên liệu < 3mm; Tỷ lệ dung môi trên nguyên liệu là: 5/1 (TT/KL); Thời gian chiết: 2 giờ; Nhiệt độ chiết: 30°C

Bảng 4. Ảnh hưởng của pH đến hàm lượng hesperidin và flavonoid TP

pH	Flavonoid toàn phần (g)	Hesperidin (g)	HL hesperidin /flavonoid (%)
9	2,62	1,81	79,08
10	3,88	2,40	61,85
11	4,34	3,27	75,35
12	4,38	3,28	74,89
13	4,48	3,15	70,31

Từ kết quả thực nghiệm cho thấy quá trình chiết tốt nhất nên tiến hành ở pH trong khoảng 11 – 12. Ở pH thấp hơn hàm lượng flavonoid toàn phần cũng như hàm lượng hesperidin thu được thấp. Khi tiến hành chiết ở pH cao hơn mặc dù lượng flavonoid toàn phần cao hơn, nhưng hàm lượng hesperidin thu được giảm. Kết quả này có lẽ là do sự phân hủy của các phân tử flavonoid glycoside bởi phản ứng thủy phân một phần hoặc hoàn toàn nửa đường tạo ra dạng aglycone flavonoid. Như vậy, quá trình tách chiết tốt nhất thực hiện ở pH = 11-12.

3.3.2. Ảnh hưởng của tỷ lệ dung môi chiết. Ảnh hưởng của tỷ lệ dung môi chiết tới quá trình chiết hesperidin, được khảo sát trong khoảng từ 4/1 đến 8/1, các thông số khác được giữ nguyên:

Bảng 5. Ảnh hưởng của tỷ lệ dung môi đến hàm lượng hesperidin và flavonoid TP

Tỷ lệ dm/ nguyên liệu (TT/KL)	Flavonoid toàn phần (g)	Hesperidin (g)	HL hesperidin/ flavonoid (%)
3/1	3,92	2,22	56,63
4/1	4,23	3,21	75,89
5/1	4,50	3,18	70,67
6/1	4,54	3,17	69,82
7/1	4,48	2,95	65,85
8/1	4,46	2,94	65,92

Kết quả thực nghiệm cho thấy tỷ lệ dung môi so với nguyên liệu nên được duy trì vừa đủ để có thể khuấy trộn được hỗn hợp chiết một cách hiệu quả. Lượng dung môi sử dụng càng nhiều thì lượng hesperidin cũng như flavonoid TP sẽ càng giảm do sự hòa tan một lượng nhỏ các hoạt chất này trong nước. Từ các nghiên cứu thực nghiệm, chúng tôi thấy tỷ lệ này nên được khống chế trong khoảng từ 4/1 (TT/KL) đến 6/1 là đủ để khuấy trộn được hỗn hợp. Ở tỷ lệ dung môi/nguyên liệu nhỏ hơn 3/1 thì chưa đủ dung môi để có thể khuấy trộn hỗn hợp chiết vì vậy mà làm giảm khả năng phân tán, tương tác giữa các phân tử flavonoid với các ion kim loại kiềm để chuyển hóa chúng thành dạng tan nên hesperidin và flavonoid TP giảm.

Kết luận: tỷ lệ dung môi/nguyên liệu tốt nhất trong khoảng từ 4/1 đến 6/1 (TT/KL).

3.3.3. Ảnh hưởng của nhiệt độ. Để khảo sát ảnh hưởng của nhiệt độ tới HL hesperidin và flavonoid TP, chúng tôi tiến hành khảo sát trong khoảng nhiệt độ từ 20 đến 60°C, các thông số khác được giữ nguyên:

Bảng 6 Ảnh hưởng của nhiệt độ đến HL hesperidin và flavonoid TP

Nhiệt độ (°C)	Flavonoid toàn phần (g)	Hesperidin (g)	HL hesperidin /flavonoid TP (%)
20	4,22	2,71	64,22
30	4,43	3,21	72,46
40	4,46	3,23	72,42
50	4,11	2,32	56,45
60	3,77	1,95	51,72

Kết quả thực nghiệm cho thấy, quá trình chiết nên được tiến hành ở nhiệt độ từ 30 – 40°C. Khi tăng nhiệt độ cao hơn không chỉ HL hesperidin và flavonoid TP giảm mà còn rất khó lọc flavonoid toàn phần ra khỏi dung dịch sau khi

kết tinh có lẽ do nhiệt độ cao thúc đẩy quá trình hòa tan các hợp chất pectin vào nước. Hơn nữa, ở nhiệt độ cao trong môi trường kiềm (pH = 11-12) sẽ thúc đẩy quá trình thủy phân, phân hủy các hợp chất flavonoid không những làm giảm hiệu suất thu hồi hesperidin mà còn gây khó khăn cho quá trình tinh chế sản phẩm.

3.3.4 Ảnh hưởng của thời gian chiết

Các thí nghiệm khảo sát ảnh hưởng của thời gian chiết tới HL hesperidin và flavonoid TP được tiến hành với các thông số thời gian thay đổi từ 0,5 đến 3 giờ, các thông số khác giữ nguyên

Bảng 7. Ảnh hưởng của thời gian đến HL hesperidin và flavonoid TP

Thời gian (giờ)	Flavonoid toàn phần (g)	Hesperidin (g)	HL hesperidin / flavonoid TP (%)
0,5	2,51	1,84	73,31
1,0	2,92	2,13	72,94
1,5	3,41	2,25	65,98
2,0	4,42	3,24	73,30
2,5	4,41	3,12	70,75
3,0	4,33	3,09	71,36

Như vậy thời gian tiến hành quá trình chiết hesperidin tốt nhất là 2 giờ. Với thời gian dài hơn HL hesperidin và flavonoid TP có xu hướng giảm. Có lẽ do thời gian chiết càng dài thì các hợp chất khác (pectin, polymethoxylat...) có trong nguyên liệu tan càng nhiều vào dịch chiết và cản trở quá trình kết tinh thu hồi, tinh chế flavonoid toàn phần cũng như hesperidin làm cho HL những hoạt chất này có xu hướng giảm.

3.3.5 Ảnh hưởng của kích thước nguyên liệu. Để khảo sát ảnh hưởng của kích thước nguyên liệu (độ mịn của mẫu) chúng tôi sử dụng các phân đoạn nguyên liệu sau khi xay qua rây có kích thước 1mm, 3mm và 5mm, các thông số khác được giữ nguyên

Bảng 8. Ảnh hưởng của kích thước nguyên liệu đến HL hesperidin và flavonoid TP

Kích thước nguyên liệu (mm)	Flavonoid toàn phần (g)	Hesperidin (g)	HL hesperidin / flavonoid TP (%)
< 1,0	4,14	3,12	75,36
1 - 3	4,36	3,14	72,02
3 - 5	4,31	2,96	68,68
> 5	3,14	2,08	66,24

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy kích thước nguyên liệu càng nhỏ thì HL hesperidin/flavonoid TP càng cao. Tuy nhiên, nếu nguyên liệu được nghiền quá mịn thì sẽ gây ra hiện tượng bít vại lọc trong quá trình loại bỏ bã, gây khó khăn cho

quá trình tách loại bã làm tăng thời gian xử lý, tăng chi phí. Vì vậy, nguyên liệu tốt nhất là được nghiền nhỏ ở kích thước từ 1 đến 3mm.

3.3.6 Ảnh hưởng của pH môi trường kết tinh. Để khảo sát ảnh hưởng của pH môi trường kết tinh tới HL flavonoid toàn phần và hesperidin chúng tôi tiến hành chiết 1000g mẫu kích thước < 3mm với các thông số như sau: Tỷ lệ dung môi trên nguyên liệu là: 5/1 (TT/KL), Nhiệt độ chiết: 30°C, Thời gian chiết: 2 giờ, pH = 11-12. Dịch chiết thu được được chia thành nhiều phần mỗi phần 500ml. Điều chỉnh pH về giá trị mong muốn bằng HCl 10% và để kết tinh ở nhiệt độ phòng trong 24 giờ. Flavonoid toàn phần và Hesperidin được tách và tinh chế như đã mô tả ở trên. Kết quả thu được thể hiện ở Bảng 8

Bảng 9. Ảnh hưởng của pH môi trường kết tinh

pH	Flavonoid toàn phần (g)	Hesperidin (g)	HL hesperidin / flavonoid TP (%)
3,0	2,20	1,52	69,10
3,5	2,84	1,80	63,38
4,0	3,92	2,91	74,23
4,5	4,10	3,12	76,10
5,0	4,06	2,94	72,41
5,5	3,98	2,77	69,60
6,0	3,85	2,66	69,09
6,5	3,82	2,64	69,11

Như vậy ở pH = 4,5 cho HL flavonoid toàn phần cũng như HL hesperidin là cao nhất.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi đã xây dựng thành công quy trình chiết hesperidin và flavonoid toàn phần từ vỏ quýt. Qua khảo sát cho thấy, quá trình chiết Hesperidin và flavonoid TP tốt nhất được thực hiện trong điều kiện sau: Nguyên liệu có kích thước 1-3mm, tỷ lệ dung môi/nguyên liệu là 4/1-6/1 (TT/KL), thời gian chiết: 2 giờ, nhiệt độ chiết: 30-40°C, pH môi trường kết tinh: 4,5. Chiết Hesperidin ra khỏi hỗn hợp flavonoid toàn phần bằng 3 lần acetone và 1 lần ethyl acetat với tỷ lệ chất rắn/DM là 1/5 (KL/TT) và kết tinh lại Hesperidin trong Methanol

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tất Lợi.**, Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. 2011: NXB Thời Đại, Hà Nội.
2. **Đỗ Huy Bích và cộng sự.** Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam. 2004: NXB Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội.
3. **Chanet, A., et al.**, Citrus flavanones: what is their role in cardiovascular protection? J Agric Food Chem, 2012. **60**(36): p. 8809-22.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN NĂNG LỰC THỰC HÀNH CHĂM SÓC CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM TIỀN GIANG NĂM 2019

Trần Thị Thanh Diễm*, Nguyễn Thị Kim Ngân**, Tạ Văn Trâm*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khi xã hội phát triển, đời sống con người tốt hơn thì nhu cầu chăm sóc sức khỏe càng được quan tâm và chú trọng. Song hành cùng nhu cầu này thì vai trò điều dưỡng phải nâng lên nhất là năng lực thực hành chăm sóc vì nghề chăm sóc sức khỏe ngoài kiến thức thì thực hành là vô cùng quan trọng để giúp cho người bệnh được an toàn. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng năng lực thực hành chăm sóc của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang và một số yếu tố ảnh hưởng tới năng lực thực hành chăm sóc của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2019. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính với việc thu thập thông tin qua bảng kiểm quan sát điều dưỡng trực tiếp chăm sóc Người bệnh và phát vấn bộ câu hỏi tự điền với sự tham gia của 220 điều dưỡng được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang được thực hiện từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2019. **Kết quả:** Năng lực thực hành chăm sóc chung đạt là 70,9%; trong 8 tiêu chuẩn thì tiêu chuẩn đảm bảo chăm sóc liên tục đạt 94,1% và sự hiểu biết về tình trạng sức khỏe, bệnh tật của Người bệnh (77,3%); hai tiêu chuẩn còn thấp là thiết lập được mối quan hệ tốt và giao tiếp hiệu quả với người bệnh và gia đình người bệnh (37%). **Kết luận:** các yếu tố ảnh hưởng đến năng lực thực hành chăm sóc của điều dưỡng bao gồm: Các yếu tố tổ chức, quản lý như sự quan tâm của lãnh đạo, kiểm tra, giám sát, hỗ trợ, đào tạo, tập huấn, thi đua, khen thưởng, đồng viên; Các yếu tố môi trường: khối lượng công việc, cơ sở vật chất, trang thiết bị; yếu tố cá nhân: tuổi, giới, nhận thức với công việc, thu nhập, thâm niên công tác, trình độ chuyên môn...

Từ khóa: Năng lực, Điều dưỡng, Tiền Giang

SUMMARY

CURRENT SITUATION AND SOME AFFECTING FACTORS TO THE CAPACITY OF NURSING CARE PRACTICE OF THE CLINIC DEPARTMENTS AT TIEN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2019

Background: As society develops, people's lives become better, the need for health care is paid more attention. Along with this need, the nursing role must be raised, especially the capacity to practice care

because the healthcare profession beyond knowledge is extremely important to keep patients safe.

Objectives: To describe the current situation of capacity of nursing care practice in clinical departments of Tien Giang Central General Hospital and some factors affecting the practice capacity of nursing care in forestry departments ready for Tien Giang Central General Hospital in 2019. **Method:** Cross-sectional descriptive study, combining quantitative and qualitative with the collection of information through a nursing observation observation panel that directly cares for the Patient and questions the self-filled questionnaire with participation of 220 sanatoriums conducted at Tien Giang Central General Hospital from January to December 2019. **Results:** Capacity of general care practice reached 70.9%; Among the 8 standards, the standard ensures a continuous care of 94.1% and an understanding of the patient's health and disease status (77.3%); Two low standards are for establishing good relationships and effective communication with patients and their families (37%). **Conclusion:** Factors affecting nursing practice capacity include: Organizational and managerial factors such as leadership interest, testing, supervision, support, training, internships training, emulation, commendation and encouragement; Environmental factors: workload, facilities, equipment; personal factors: age, gender, job perceptions, income, seniority, qualifications

Keywords: Capacity, Nursing, TienGiang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng chăm sóc người bệnh (CSNB) là một trong những mối quan tâm hàng đầu của các cơ sở khám chữa bệnh. Điều dưỡng là người trực tiếp CSNB 24/24 giờ, do đó họ cần phải có năng lực thực hiện nhiệm vụ của mình. Năng lực thực hành chăm sóc (NLTHCS) là năng lực quan trọng nhất, cơ bản nhất của người điều dưỡng bởi vì năng lực thực hành ảnh hưởng đến chất lượng điều trị và an toàn của người bệnh⁽⁵⁾.

Nhằm tăng cường chất lượng nguồn nhân lực điều dưỡng làm cơ sở cho việc xây dựng chương trình đào tạo và sử dụng nhân lực điều dưỡng có hiệu quả, đáp ứng yêu cầu hội nhập của các nước trong khu vực, Bộ Y tế phối hợp với Hội Điều dưỡng Việt Nam đã xây dựng chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam gồm 3 lĩnh vực: NLTHCS, năng lực quản lý và phát triển nghề nghiệp, năng lực hành nghề theo pháp luật và đạo đức nghề nghiệp gồm 25 tiêu chuẩn và 110 tiêu chí, với sự hỗ trợ của Hội Điều dưỡng Canada và chuyên gia Điều dưỡng của Đại học

*Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

**Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trâm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2019

Ngày duyệt bài: 5.9.2019

Kỹ thuật Queensland – Úc⁽²⁾.

Tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang, từ trước đến nay chưa có đánh giá nào về năng lực thực hành của Điều dưỡng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới năng lực thực hành chăm sóc của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2019*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng công tác tại khoa lâm sàng.

Tiêu chí lựa chọn đối tượng: Điều dưỡng trực tiếp CSNB hiện đang công tác tại 17 khoa lâm sàng; có thời gian công tác tại Bệnh viện > 6 tháng; Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Điều dưỡng đang trong thời gian nghỉ ốm, nghỉ sinh, đi công tác/học tập; Điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng hành chính của khoa lâm sàng

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2019 đến tháng 8/2019

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang kết hợp định lượng và định tính.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu ước một tỉ lệ cho nghiên cứu cắt ngang mô tả với độ tin cậy 95%,

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết

α : độ tin cậy. Tương ứng với độ tin cậy 95%, ta có $Z_{1-\alpha/2}$ tương ứng là 1,96; p: ước tính tỉ lệ NLTHCS của điều dưỡng theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Thoảng là 76%[7].

d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn 0,06

Tính được cỡ mẫu tối thiểu là 195. Thực tế, nghiên cứu 220 điều dưỡng;

Nội dung nghiên cứu: Phương pháp quan sát được thực hiện với mục đích đánh giá thực trạng NLTHCS của điều dưỡng các khoa lâm sàng qua điều dưỡng trưởng khoa quan sát; NLTHCS của điều dưỡng được điều dưỡng trưởng đánh giá dựa trên 08 tiêu chuẩn.

Phương pháp phát vấn được thực hiện với mục đích tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến việc NLTHCS của điều dưỡng.

Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin yếu tố cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Thông tin		Tần số (n=220)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	34	15,5
	Nữ	186	84,5
Tuổi	≤30 tuổi	121	55,0
	>30 tuổi	99	45,0
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	71	32,3
	Đã kết hôn	149	67,7
Số con hiện có	Chưa có con	89	40,5
	Có 1 con trở lên	131	59,5
Thu nhập cá nhân (đồng/tháng)	< 5 triệu	104	47,3
	5 - 10 triệu	116	52,7
Địa chỉ	Thành thị	101	45,9
	Nông thôn	119	54,1

Với 220 điều dưỡng, nữ chiếm 84,5%, tuổi trung bình là 30 tuổi.

Về thu nhập, hơn 50% có thu nhập từ 5 đến 10 triệu (52,7%).

Bảng 2. Tỷ lệ nhận thức với công việc của đối tượng nghiên cứu

Nhận thức với công việc	Đồng ý		Không đồng ý	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Được làm việc trong một môi trường thuận lợi khi công tác ở Bệnh viện này	131	59,5	89	40,5
Có cơ hội làm việc độc lập khi công tác tại Bệnh viện này	137	62,3	83	37,7
Làm việc ở Bệnh viện này gặp nhiều khó khăn/thách thức do cơ sở vật chất chật hẹp	124	56,4	96	43,6
Làm việc ở Bệnh viện này gặp nhiều khó khăn/thách thức do thiếu trang thiết bị	113	51,4	107	48,6
Làm việc ở Bệnh viện này gặp nhiều khó khăn/thách thức do thiếu vật tư tiêu hao	103	46,8	117	53,2
Làm việc ở Bệnh viện này gặp nhiều khó khăn/thách thức do nhà xa	99	45,0	121	55,0
Yêu nghề và gắn bó với nghề điều dưỡng	178	80,9	42	19,1
Thương yêu và thông cảm với người bệnh	192	87,3	28	12,7
Cơ hội tìm kiếm công việc khác hoặc nơi khác tốt hơn	53	24,1	167	75,9

75,9% điều dưỡng không đồng ý tìm công việc khác. Cơ hội làm việc độc lập tại bệnh viện thấp 59,5% và 43,6% cho biết nơi làm việc chật hẹp.

2. Mô tả năng lực thực hành chăm sóc của điều dưỡng

Bảng 3. Tỷ lệ điều dưỡng đạt các tiêu chuẩn năng lực thực hành chăm sóc

Năng lực thực hành chăm sóc	Tần số (n)	Tỷ lệ đạt (%)	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
Sự hiểu biết về tình trạng sức khỏe, bệnh tật của người bệnh	170	77,3	0,77	0,42
Ra quyết định chăm sóc phù hợp với nhu cầu của người bệnh	170	77,3	0,77	0,42
Tạo sự an toàn, thoải mái và kín đáo cho người bệnh	134	60,9	0,61	0,48
Tiến hành các kỹ thuật chăm sóc đúng quy trình	152	69,1	0,69	0,46
Dùng thuốc đảm bảo an toàn hiệu quả	161	73,2	0,73	0,44
Đảm bảo chăm sóc liên tục	207	94,1	0,94	0,23
Thiết lập được mối quan hệ tốt với người bệnh, gia đình và đồng nghiệp	81	37,0	0,36	0,48
Giao tiếp hiệu quả với Người bệnh và gia đình người bệnh	81	37,0	0,36	0,48
Năng lực thực hành chăm sóc chung	156	70,9	0,70	0,45

IV. BÀN LUẬN

NLTHCS chung là 70,9%, tương đồng với kết quả Nguyễn Văn Tuấn khi chọn điểm cắt 70% thì đạt NLTHCS chung là 86,2%⁽⁶⁾, Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thoảng khi chọn điểm cắt là 80% điểm tổng các tiêu chí trong 8 tiêu chuẩn nghiên cứu là 76%⁽⁸⁾.

Trong 8 tiêu chuẩn thực hành chăm sóc, cho thấy chăm sóc liên tục đạt cao nhất 94,1%, cao hơn nghiên cứu Nguyễn Văn Thoảng đảm bảo chăm sóc liên tục đạt 89%⁽⁸⁾. Kết quả này cho thấy tiêu chuẩn của sự hiểu biết về tình trạng bệnh và ra quyết định chăm sóc phù hợp đạt 77,3%, tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Thoảng đạt 73%⁽⁸⁾, cao hơn kết quả nghiên cứu Nguyễn Thị Phương Nga đạt 59,4%⁽³⁾. Kết quả cho thấy điều dưỡng thực hiện chức năng độc lập ở mức khá, tiêu chuẩn dùng thuốc đảm bảo an toàn hiệu quả 73,2%, thấp hơn kết quả của Nguyễn Văn Thoảng đạt 93,0%⁽⁸⁾, tiêu chuẩn về thực hiện kỹ thuật chăm sóc đúng quy trình đạt 69,5%, thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nga đạt 88,1%⁽³⁾ và thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Thoảng đạt 91,0%⁽⁸⁾, kết quả cho thấy điều dưỡng thực hiện quy trình chăm sóc ở mức trung bình khá có thể do quá tải công việc, thiếu nhân lực, công việc hành chính quá nhiều, đưa bệnh nhân đi cận lâm sàng, ghi hồ sơ, đồng thời thiếu sự kiểm tra giám sát. Trong khi đó tiêu chuẩn thiết lập được mối quan hệ tốt với người bệnh, gia đình và đồng nghiệp và giao tiếp hiệu quả với người bệnh và gia đình người bệnh chỉ đạt tỷ lệ 37,0%, thấp hơn nghiên cứu Nguyễn Văn Thoảng đạt 54,0%⁽⁸⁾, nghiên cứu Nguyễn Thị Phương Nga đạt 58,7%⁽³⁾. Qua đây cho thấy

điều dưỡng cũng không có thời gian giao tiếp với người bệnh, đồng thời trong các trường đào tạo cũng chưa hướng dẫn cụ thể về tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe, chưa chú trọng đến kỹ năng mềm cho học sinh, sinh viên, bên cạnh đó điều dưỡng chưa được rèn luyện nhiều về kỹ năng giao tiếp.

V. KẾT LUẬN

Năng lực thực hành chăm sóc chung đạt là 70,9%, trong 8 tiêu chuẩn nghiên cứu thì tiêu chuẩn đảm bảo chăm sóc liên tục đạt 94,1%, sự hiểu biết về tình trạng sức khỏe, bệnh tật của các cá nhân, gia đình và cộng đồng, ra quyết định chăm sóc phù hợp với nhu cầu của các cá nhân, gia đình và cộng đồng 77,3%, trong đó có 2 tiêu chuẩn còn thấp: thiết lập được mối quan hệ tốt với người bệnh, gia đình và đồng nghiệp, giao tiếp hiệu quả với người bệnh và gia đình người bệnh 37,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), Quyết định số 1352 ngày 21 tháng 4 năm 2012 về việc phê duyệt "Chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam", chủ biên.
2. Hội Điều dưỡng Việt Nam (2012), "Chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam", Tạp chí Điều dưỡng. 1, tr. 28-30
3. Nguyễn Thị Phương Nga (2018), Tự đánh giá NLTHCS của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Ung bướu Hà Nội năm 2018, Luận văn thạc sĩ quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
4. Châu Hồng Ngọc (2013), Đánh giá năng lực và các yếu tố liên quan của điều dưỡng cao đẳng và điều dưỡng đại học đang công tác tại các cơ sở Y tế tại Việt Nam năm 2012, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. Ma Doãn Quý (2010), Thực trạng nhân lực và sự hài lòng của nhân viên y tế đối với công việc tại

- Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2010, Luận văn Thạc sỹ QL BV, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
- 6. Nguyễn Văn Tuấn (2014)**, Tự đánh giá NLTHCS của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh năm 2014, Luận văn Thạc sỹ QL BV, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
- 7. Nguyễn Thị Thủy Trâm (2014)**, Thực trạng hoạt động chăm sóc Người bệnh của điều dưỡng viện và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nguyễn

Đình Chiểu tỉnh Bến Tre năm 2014, Luận văn Thạc sỹ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

- 8. Nguyễn Văn Thoảng (2016)**, NLTHCS của Điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại ba khoa Nội, Ngoại và Cấp cứu tổng hợp Bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Lao Minh, tỉnh Bến Tre năm 2016, Luận văn Thạc sỹ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

NGHIÊN CỨU YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG LÊN HỒI PHỤC PHONG BẾ THẦN KINH CƠ KHI DÙNG THUỐC ROCURONIUM VỚI 2 CÁCH TIÊM NGẮT QUẲNG HOẶC TRUYỀN LIÊN TỤC TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG

Bùi Hạnh Tâm*, Nguyễn Hữu Tú**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm đánh giá yếu tố nguy cơ lên giãn cơ tồn dư với việc dùng thuốc rocuronium với 2 cách khác nhau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có nhóm chứng, mù đơn, tại khoa phẫu thuật, bệnh viện Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 03/2012 đến 03/2014. **Phương pháp nghiên cứu:** tiền cứu, mô tả. Xử lý số liệu sau khi chọn các biến số thỏa điều kiện vừa nêu trên vào mô hình hồi quy tuyến tính, các biến số gây nhiễu có giá trị p lớn nhất sẽ lần lượt được loại dần ra khỏi mô hình cho đến khi trong mô hình chỉ còn những biến số có giá trị p nhỏ hơn 0,1. **Kết quả:** + Tuổi > 60, thời gian bơm hơi ổ bụng, thể tích dịch truyền, thể tích máu mất là những yếu tố ảnh hưởng đến sự kéo dài thời gian hồi phục giãn cơ; + Thời gian gây mê là yếu tố ảnh hưởng làm chậm quá trình hồi phục giãn cơ tại mức TOF $\geq 0,7$. **Kết luận:** Tuổi và thời gian gây mê là yếu tố ảnh hưởng đến tồn dư giãn cơ

Từ khóa: giãn cơ tồn dư, rocuronium, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

RESEARCH FACTORS AFFECTING TO RECOVERY OF NEUROMUSCULAR WHEN USING INTERMITTENT OR CONTINUOUS ROCURONIUM INJECTION IN ENDOSCOPY ABDOMINAL SURGERY

The main objective of this prospective randomized and controlled trial was evaluate the recovery time of neuromuscular from stop neuromuscular to TOF 0,25, age, dosing group, sex, abdominal inflatable time, surgery time, anesthetic time, volume of infusion,

volume of blood lost. People aged 60 and older have an average time of reaching TOF0.9 longer than people under 60, with $p < 0.05$. The group of intermittent injections and late muscle relaxation groups had an average time longer to reach TOF0.9 in compared other group. The longer the average time it reaches TOF0.25, the longer the average time will reach TOF0.9. The longer the anesthesia time is, the longer the average time will reach TOF0.9. The time of abdominal inflection is not included in the confounding factors affecting the average time to reach TOF ≥ 0.9 . This means that the duration of abdominal resuscitation does not affect the time of natural recovery muscle relaxation at the TOF0.25 as well as the complete recovery of muscle relaxation after muscle relaxation at the TOF0.9. The result showed that: Age > 60, anesthetic time were 2 risk factor of residual neuromuscular.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn cơ tồn dư là một nguy cơ trong thời kỳ thoát mê, hồi tỉnh và hậu phẫu. Chúng tôi nghiên cứu các yếu tố nguy cơ lên giãn cơ tồn dư với việc dùng thuốc rocuronium truyền liên tục hoặc tiêm ngắt quãng với giải giãn cơ sớm tại TOF0,25 và giải giãn cơ muộn tại TOF: 0,4.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có nhóm chứng, mù đơn, tại khoa phẫu thuật, bệnh viện Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 03/2012 đến 03/2014. Bệnh nhân được phân vào 2 nhóm theo nguyên tắc ngẫu nhiên, mù đơn. 185 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm 92 và 93.

Bệnh nhân được gây mê thường quy, theo dõi và điều chỉnh độ giãn cơ bằng TOF, ghi nhận các thông số: thời gian đạt TOF0,25; nhóm dùng thuốc, giới tính, thời gian bơm hơi ổ bụng, thời gian mổ, thời gian gây mê, thể tích dịch truyền, thể tích máu mất.

*Bệnh viện Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh

**Bộ môn gây mê hồi sức Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hạnh Tâm

Email: buihanhtam@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 31.8.2019

Ngày duyệt bài: 10.9.2019

Hồi quy tuyến tính đa biến được sử dụng để so sánh thời gian trung bình đạt TOF ở thời điểm 0,9 ở 4 nhóm: truyền liên tục giải dẫn cơ sớm, truyền liên tục giải dẫn cơ muộn, tiêm ngắt

quãng giải giãn cơ sớm, tiêm ngắt quãng giải giãn cơ muộn được kiểm soát theo các biến số có khả năng gây nhiễu nêu trên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thời gian trung bình đạt TOF025 của nhóm liên tục so với nhóm ngắt quãng kiểm soát theo các biến số có khả năng gây nhiễu.

Thời gian đạt TOF0,25	Hệ số (KTC95%)	Giá trị p
Nhóm liên tục so với tiêm ngắt quãng	-1,59 (-4,93 – 1,74)	0,35
Nhóm tuổi ≥ 60 so với nhóm tuổi nhỏ hơn 60	4,79 (1,77 – 7,81)	0,002
Nam so với nữ	3,29 (0,42 – 6,15)	0,03
Thời gian bơm hơi ổ bụng tăng 1 phút	-0,02 (-0,16 – 0,12)	0,78
Thời gian mổ tăng 1 phút	0,15 (-0,02 – 0,32)	0,09
Thời gian gây mê tăng lên 1 phút	-0,09 (-0,23 – 0,05)	0,19
Thể tích dịch truyền tăng 1 ml	0,002 (-0,007 – 0,01)	0,62
Thể tích máu mất tăng 1 ml	0,003 (-0,009 – 0,01)	0,64

Bảng 2: Thời gian trung bình đạt TOF 09 của các nhóm so với nhóm 1A kiểm soát theo các biến số có khả năng gây nhiễu.

Thời gian đạt TOF0,9	Hệ số (KTC95%)	Giá trị p
Nhóm 1A	1	
Nhóm 1B	-4,95 (-10,01 – 0,12)	0,06
Nhóm 2A	5,11 (-0,22 – 10,44)	0,06
Nhóm 2B	2,41 (-3,05 – 7,87)	0,39
Nhóm tuổi ≥ 60 so với nhóm tuổi nhỏ hơn 60	11,56 (7,98 – 15,14)	<0,001
Nam so với nữ	-1,58 (-4,90 – 1,75)	0,35
Thời gian đạt TOFF0,25 tăng 1 phút	0,63 (0,43 – 0,82)	<0,001
Thời gian bơm hơi ổ bụng tăng 1 phút	0,07 (-0,09 – 0,22)	0,42
Thời gian mổ tăng 1 phút	-0,13 (-0,34 – 0,07)	0,19
Thời gian gây mê tăng lên 1 phút	0,16 (-0,01 – 0,33)	0,07
Thể tích dịch truyền tăng 1 ml	0,002 (-0,008 – 0,01)	0,67
Thể tích máu mất tăng 1 ml	-0,006 (-0,02 – 0,007)	0,35

Bảng 3: Thời gian trung bình đạt TOF025 của các nhóm truyền liên tục so với nhóm ngắt quãng kiểm soát theo các biến số có khả năng gây nhiễu.

Thời gian đạt TOF0,25	Hệ số (KTC95%)	Giá trị p
Nhóm liên tục so với tiêm ngắt quãng	-0,45 (-3,47 – 2,56)	0,77
Nhóm tuổi ≥ 60 so với nhóm tuổi nhỏ hơn 60	4,18 (1,37 – 6,99)	0,05
Nam so với nữ	2,84 (0,06 – 5,62)	0,04
Thời gian mổ tăng 1 phút	0,06 (-0,003 – 0,12)	0,06

Nhận xét: Kết quả từ mô hình hồi quy đa biến cho thấy: Nếu các biến số trong mô hình là hằng định thì:

- + Nhóm bệnh nhân tuổi > 60 có thời gian trung bình đạt TOF0, 25 dài hơn nhóm có tuổi < 60.
- + Nhóm bệnh nhân nam có thời gian trung bình đạt TOF 0,25 dài hơn nữ

Bảng 4: Thời gian trung bình đạt TOF09 của các nhóm so với nhóm 1A kiểm soát theo các biến số có khả năng gây nhiễu

Thời gian đạt TOF0,9	Hệ số (KTC95%)	Giá trị p
Nhóm 1A	1	
Nhóm 1B	-5,43 (-10,09-0,78)	0,02

Nhóm 2A	4,16 (-0,63-8,96)	0,09
Nhóm 2B	1,61 (-3,06-6,27)	0,50
Nhóm tuổi ≥ 60 so với nhóm tuổi nhỏ hơn 60	11,70 (8,35 – 15,06)	<0,05
Thời gian đạt TOF0,25 tăng 1 phút	0,62 (0,43 – 0,81)	<0,05
Thời gian gây mê tăng lên 1 phút	0,09 (0,02 – 0,15)	0,05

Nhận xét: Kết quả từ mô hình hồi quy đa biến cho thấy: Nếu các biến số trong mô hình là hằng định thì:

- Nhóm tiêm ngắt quãng và giải giãn cơ muộn có thời gian trung bình đạt TOF0,9 dài hơn so

với các nhóm.

- Người có tuổi từ 60 trở lên có thời gian trung bình đạt TOF0,9 dài hơn người dưới 60 tuổi, với $p < 0,05$.

- Thời gian trung bình đạt TOF0,25 càng dài thì thời gian trung bình đạt TOF0,9 càng dài.

- Thời gian gây mê càng dài thì thời gian trung bình đạt TOF0,9 càng dài.

IV. BÀN LUẬN

Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian trung bình đạt TOF 0,7 và TOF0,9 thì dùng phép hồi quy đa biến để biết được yếu tố thực sự ảnh hưởng đến phương pháp và đại lượng thời gian nêu trên sau khi loại bỏ các yếu tố nhiễu.

Mức tuổi 60 và phép thống kê hồi quy đa biến thấy tuổi > 60 tuổi là yếu tố làm kéo dài thời gian hồi phục về mức TOF 0,7 và TOF 0,9.

Nhóm tiêm ngắt quãng, giải giãn cơ muộn có thời gian trung bình đạt TOF > 0,9 dài hơn so với các nhóm.

V. KẾT LUẬN

Nhóm tiêm ngắt quãng và giải giãn cơ muộn có thời gian trung bình đạt TOF0,9 dài hơn so với các nhóm. Người có tuổi từ 60 trở lên có thời gian trung bình đạt TOF0,9 dài hơn người dưới 60 tuổi, với $p < 0,05$.

Thời gian trung bình đạt TOF0,25 càng dài thì thời gian trung bình đạt TOF0,9 càng dài.

Thời gian gây mê càng dài thì thời gian trung bình đạt TOF0,9 càng dài. Thời gian bơm hơi ổ bụng không nằm trong các yếu tố nhiễu ảnh hưởng đến thời gian trung bình đạt TOF $\geq 0,9$. Có nghĩa là thời gian bơm hơi ổ bụng không ảnh hưởng đến thời gian hồi phục giãn cơ tự nhiên tại mức TOF0,25 cũng như hồi phục giãn cơ hoàn toàn sau giải giãn cơ tại mức TOF0,9

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McCoy EP, Mirakhor RK, Maddineni VR, Loan PB, Connolly F (1994).** Administration of rocuronium (Org 9426) by continuous infusion and its reversibility with anticholinesterases. *Anaesthesia*, 49(11):940-5.
2. **Evans WJ.** Effects of exercise on body composition and functional capacity of the elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 50 Spec No:147-50.
3. **Kajiura A, Nagata O, Takizawa Y, Nakatomi T, Kodera S, Murayama T (2015).** A large individual variation in both the infusion rate and the blood concentration of rocuronium necessary for obtain adequate surgical muscle relaxation during total intravenous anesthesia with propofol and remifentanyl. *Journal of anesthesia*, 29(1):9-14.
4. **Bevan DR, Fiset P, Balendran P, Law-Min JC, Ratcliffe A, Donati F (1993).** Pharmacodynamic behaviour of rocuronium in the elderly. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, 40(2):127-32.
5. **Hemmerling TM, Le N (2007).** Brief review: Neuromuscular monitoring: an update for the clinician. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, 54(1):58-72.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U MÀNG NÃO CẠNH ĐƯỜNG GIỮA TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Dương Đại Hà*, Bùi Huy Mạnh*, Phạm Khánh Toàn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật u màng não cạnh đường giữa tại Bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 37 bệnh nhân u màng não cạnh đường giữa được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019. **Kết quả:** 37 bệnh nhân u màng não cạnh đường giữa được phẫu thuật sử dụng hệ thống kính vi phẫu và định vị thần kinh, trong đó 29 nữ và 8 nam, tuổi từ 29-74 tuổi (trung bình 55,9). Triệu chứng lâm sàng: đau đầu: 86%, thiếu hụt vận động: 40,5%, động kinh: 16,2%. Vị trí u so với xoang tĩnh mạch dọc trên:

1/3 trước: 30%, 1/3 giữa: 62%, 1/3 sau: 8%. Kích thước khối u: < 3cm: 32,4%, 3-6cm: 40,5%, >6cm: 27,1cm. Phẫu thuật lấy toàn bộ u đạt 81,1%, lấy một phần u: 18,9%. Mô bệnh học: grade I: 73%, grade II: 24,3%, grade III 2,7%. Tai biến – biến chứng: phù não: 16,2%, liệt vận động tạm thời: 13,5%, chảy máu: 8,1%. **Kết luận:** Tuổi trung bình của các bệnh nhân u màng não cạnh đường giữa là 55,9, u thường gặp có kích thước dưới 6cm và ở vị trí 1/3 giữa xoang tĩnh mạch dọc trên. Điều trị: lấy toàn bộ u đạt 81,1%. Mô bệnh học: u màng não grade I: 73%, grade II 24%. Biến chứng liệt vận động tạm thời sau mổ 13%.

Từ khóa: u màng não, cạnh đường giữa.

SUMMARY

SURGICAL RESULT OF PARASAGITTAL MENINGIOMAS AT VIETDUC HOSPITAL

Objective: Evaluating of surgical result of parasagittal meningiomas at VietDuc hospital. **Methods:** Retrospective study of 37 patients with parasagittal meningiomas operated from 06/2018 to

*Bệnh viện HN Việt Đức

**Bệnh viện 19.8

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Khánh Toàn

Email: pktoan87@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2019

Ngày duyệt bài: 9.9.2019

06/2019 at VietDuc hospital. **Results:** 37 patients were operated using microscope and neuro-navigation, including 29 women and 8 men, age range: 29-74 yr (mean 55,9). Clinical features: headache (86%), motor weak (40,5%), seizures (16,2%). Tumor location along the superior sagittal sinus was: 30% anterior, 62% middle and 8% posterior. Tumor sizes: below 3cm: 32,4%, from 3 to 6cm: 40,5%, over 6cm: 27,1%. Total tumor removal (Simpson grade 1 or 2) was achieved in 81,1%. Pathology: 73% grade I meningiomas, 24,3% grade II meningiomas. Complication: 16,2% brain edema, 13,5% transient paralysis. **Conclusions:** Mean age of parasagittal meningioma patients is 55,9, most of tumors were below 6cm and at the middle of superior sagittal sinus. Total tumor removal: 81,1%. Pathology: 73% grade I meningiomas, 24,3% grade II meningiomas. Complication: 16,2% brain edema, 13,5% transient paralysis.

Keywords: meningiomas, parasagittal meningiomas.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não là các khối u có nguồn gốc từ các tế bào màng nhện, đa số lành tính và phát triển chậm. U màng não cạnh đường giữa (Parasagittal meningioma) liên quan đến xoang tĩnh mạch dọc trên, màng não vòm sọ và liên đại não lân cận [1] [2]. Do các đặc điểm về liên quan giải phẫu nên u màng não cạnh đường giữa có triệu chứng lâm sàng rất thay đổi, phụ thuộc vào vị trí u trên xoang tĩnh mạch dọc trên và thường biểu hiện muộn khi kích thích u đã lớn gây chèn ép các cấu trúc xung quanh. Theo nhiều nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân mắc u màng não cạnh đường giữa vào khoảng 53 – 58 tuổi, bệnh thường gặp ở nữ nhiều hơn nam, triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau đầu, thiếu sót vận động và động kinh. Điều trị phẫu thuật cắt u giúp làm giảm các triệu chứng và tăng chất lượng cuộc sống ở đa số bệnh nhân. Tuy nhiên, việc lấy u triệt để luôn gặp rất nhiều khó khăn do khối u thường tăng sinh mạch máu, xâm lấn xoang tĩnh mạch dọc trên hoặc đè ép vào các vùng não chức năng quan trọng [3] [4] [5]. Việc phẫu thuật cũng đã có nhiều tiến bộ trong thời gian gần đây nhờ các phương tiện trợ giúp như kính vi phẫu, dao siêu âm, đặc biệt là máy định vị thần kinh (Neuronavigation) đã cho phép xác định chính xác vị trí, kích thước khối u từ đó chọn lựa đường vào tối ưu giúp cho việc cắt bỏ khối u dễ dàng và triệt để hơn, hạn chế các biến chứng phẫu thuật.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 37 bệnh nhân u màng não cạnh đường giữa đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức, có sử dụng hệ thống kính vi phẫu và định vị thần kinh, nhằm đánh giá triệu chứng lâm sàng và kết quả phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm 37 bệnh nhân được chẩn đoán là UMN cạnh đường giữa được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán trên lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh là UMN cạnh đường giữa.

Được phẫu thuật lấy u dưới hệ thống kính vi phẫu và định vị thần kinh tại Bệnh viện Việt Đức.

Kết quả giải phẫu bệnh là UMN (theo phân loại của WHO 2016). Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu. Địa điểm nghiên cứu Trung tâm phẫu thuật thần kinh Bệnh viện Việt Đức.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, điểm Karnofsky trước phẫu thuật.

- Đặc điểm hình ảnh: vị trí, kích thước UMN cạnh đường giữa.

- Kết quả phẫu thuật: lấy hết u theo phân loại Simpson, biến chứng sau phẫu thuật, kết quả phẫu thuật theo thang điểm Karnofsky.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm bệnh nhân. Từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019 có 37 bệnh nhân UMN cạnh đường giữa được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức. Tuổi của bệnh nhân từ 29 đến 74 tuổi, tuổi trung bình là $55,9 \pm 10,6$. Trong đó có 29 bệnh nhân nữ, 8 bệnh nhân nam, tỷ lệ nữ/nam là 2,7/1.

Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân được mô tả trong bảng 1:

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ (%)
1. Đau đầu	32	86,5
3. Thiếu hụt vận động	15	40,5
4. Cơ động kinh	6	16,2
5. Rối loạn tâm thần	6	16,2
6. Rối loạn thị giác	7	19

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Bảng 2: Vị trí UMN cạnh đường giữa trên phim cộng hưởng từ

Vị trí u	Bên phải	Bên trái	Hai bên	Tổng số BN
1/3 trước	3 (27,3%)	6 (54,5%)	2 (18,2%)	11 (100%)
1/3 giữa	9 (39,1%)	12 (52,2%)	2 (8,7%)	23 (100%)

1/3 sau	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0%)	3 (100%)
Tổng số	13	20	4	37 (100%)

Bảng 3: Thang điểm Karnofsky trước phẫu thuật

KPS	Số BN	Tỷ lệ (%)
I: 80-100	10	27,1
II: 60-70	14	37,8
III: 40-50	13	35,1
IV: 10-30	0	0
Tổng số	37	100

Bảng 4: Kích thước UMN cạnh đường giữa trên phim cộng hưởng từ

Kích thước u	Số BN	Tỷ lệ (%)
Dưới 3 cm	12	32,4
3-6 cm	15	40,5
Trên 6 cm	10	27,1
Tổng số	37	100
Đường kính TB	4,41 ± 1,98	

Kết quả phẫu thuật

Bảng 5: Kết quả phẫu thuật lấy u theo phân độ Simpson

	Simpson			Tổng
	I	II	III	
1/3 trước	2	6	3	11
1/3 giữa	6	14	3	23
1/3 sau	1	1	1	3
Tổng	9 (24,3%)	21 (56,8%)	7 (18,9%)	37 (100%)

Bảng 6: Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả mô bệnh học	Số BN	Tỷ lệ (%)
Thể xơ (Fibroblastic meningioma)	16	43,3
Thể chuyển tiếp hay (Transitional meningioma)	5	13,5
Thể biểu mô (Meningothelial meningioma)	4	10,8
Thể mạch máu (Angiomatous meningioma)	2	5,4
Thể không điển hình (Atypical meningioma)	9	24,3
Thể ác tính (Anaplastic, malignant meningioma)	1	2,7
Tổng	37	100

Bảng 7: Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	3	8,1
Phù não	6	16,2
Liệt vận động tạm thời	5	13,5
Động kinh	2	5,4

Bảng 8: Chỉ số Karnofsky của bệnh nhân sau phẫu thuật

Kết quả PT	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
KPS I (80-100)	23	62,2
KPS II (60-70)	11	29,7
KPS III (40-50)	3	8,1
KPS IV (10-30)	0	0
Tổng	37	100

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân. Trong 37 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi thấp nhất là 29, cao nhất là 74, tuổi trung bình là 55,9. Tỷ lệ nữ/nam là 2,7/1. Tỷ lệ này không khác biệt nhiều so với các nghiên cứu về đặc điểm bệnh nhân UMN nói chung và UMN cạnh đường giữa nói riêng. Tỷ lệ nữ cao hơn nam cũng được một số nghiên cứu giải thích là do ảnh hưởng của các nội tiết tố sinh dục nữ [6].

Triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng lâm sàng của UMN phụ thuộc vào vùng chức năng mà nó đè ép. Các UMN cạnh đường giữa ở 1/3 trước xoang tĩnh mạch dọc trên thường gây ra các triệu chứng như đau đầu, rối loạn tâm thần; các u ở 1/3 giữa thường biểu hiện các cơn động kinh hoặc các thiếu hụt vận động; còn các UMN cạnh đường giữa đoạn 1/3 sau xoang tĩnh mạch dọc trên lại thường gây ra rối loạn thị giác [5] [7].

Trong nghiên cứu này, triệu chứng lâm sàng thường gặp là: đau đầu (86,5%), thiếu hụt vận động (40,5%), động kinh (16,2%), rối loạn thị giác (19%) và rối loạn tâm thần (16,2%). Theo Nguyễn Trọng Yên [8], UMN cạnh đường giữa thường có các triệu chứng như đau đầu (81,1%), hội chứng tháp (63,6%), động kinh (55,4%), rối loạn tâm thần (24,3%), rối loạn thị giác (23%). Theo chúng tôi, tỷ lệ các triệu chứng thường gặp khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do kích thước u và phân bố vị trí u so với xoang tĩnh mạch dọc trên.

Thang điểm Karnofsky trước phẫu thuật cho thấy đa số các bệnh nhân thuộc nhóm II và III, không có bệnh nhân nào thuộc nhóm IV. So với các nghiên cứu của các tác giả trước đây, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm Karnofsky cao hơn và kích thước u nhỏ hơn, thể hiện xu hướng đi khám và phát hiện bệnh sớm hơn.

Vị trí – kích thước u. Phân loại vị trí u so với xoang tĩnh mạch dọc trên được Olivecrona sử dụng đầu tiên, theo đó xoang tĩnh mạch dọc trên được chia thành 3 đoạn 1/3 trước – giữa – sau. Các nghiên cứu hiện nay đều cho thấy UMN cạnh đường giữa đoạn 1/3 giữa là hay gặp nhất. Theo các nghiên cứu của Nguyễn Văn Sơn và của Raza tỷ lệ này lần lượt là 45% và 62% [3]. Theo

nghiên cứu này, UMN cạnh đường giữa gặp nhiều nhất ở đoạn 1/3 giữa, chiếm tỷ lệ 62%.

Kích thước u trung bình trong nghiên cứu này là $4,41 \pm 1,98\text{cm}$, các khối u trên 6cm chỉ chiếm 27,1%. Kết quả này khác biệt với các báo cáo trong nước trước đây. Nguyễn Trọng Yên báo cáo kích thước u trung bình là $5,9 \pm 1,58\text{cm}$, với 68,9% trường hợp u lớn trên 5cm [8]. Nguyễn Văn Sơn báo cáo chỉ có 10% trường hợp kích thước u dưới 3cm. Như vậy, theo nghiên cứu này của chúng tôi, bệnh nhân có xu hướng được phát hiện bệnh sớm hơn từ khi u còn nhỏ.

Kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ lấy u theo Simpson I, II và III lần lượt là 24,3%, 56,8% và 18,9%. Không có trường hợp nào lấy u theo Simpson IV. Như vậy, khả năng lấy hết u (Simpson I và II) là 81,1%. Tỷ lệ này cũng gần tương đương với các tác giả Raza[3] và Nguyễn Văn Sơn. Theo Caroli, DiMeco: nhóm PT mức độ Simpson III tập trung chủ yếu ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 sau, u xâm lấn xoang tĩnh mạch dọc trên trên một diện rộng, xoang tĩnh mạch dọc trên vẫn còn lưu thông, tuần hoàn bên tĩnh mạch hạn chế. Đối với các khối u vị trí 1/3 trước, có thể cho phép cắt bỏ triệt để khối u cùng với xoang tĩnh mạch dọc trên (Simpson I). Phẫu thuật triệt để u mức Simpson I cũng có thể được tiến hành cho các khối u vị trí 1/3 giữa hoặc sau nếu u không xâm lấn vào xoang tĩnh mạch dọc trên hoặc u xâm lấn gây tắc hoàn toàn xoang, đồng thời có tuần hoàn bên tĩnh mạch tốt.

Bản chất lành tính của UMN đã được xác định trong y văn. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ UMN lành tính là 73%, trong đó chủ yếu là UMN thể xơ. Các nghiên cứu với thời gian dài trên thế giới cũng chỉ ra tỷ lệ UMN lành tính là từ 80% đến 90% [4]. So với các nghiên cứu trước đây của các tác giả trong nước, tỷ lệ UMN grade I trong nghiên cứu này thấp hơn, tỷ lệ UMN grade II cao hơn đáng kể, chiếm 24,3%. Điều này một phần thể hiện nhiều tiến bộ trong các kỹ thuật chẩn đoán mô bệnh học, mặt khác cũng yêu cầu một nghiên cứu hệ thống hơn để đánh giá lại vấn đề dịch tễ này.

Biến chứng sau phẫu thuật được các tác giả ghi nhận nhiều nhất là phù não và chảy máu. Dimeco gặp biến chứng phù não ở 8,3%, chảy máu sau phẫu thuật là 1,85%. Tỷ lệ phù não và chảy máu sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 16,2% và 8,1%, tuy nhiên số bệnh này đều không có chỉ định phẫu thuật lại và đã được điều trị nội khoa ổn định. Liệt vận động tạm thời gặp ở 5 bệnh nhân, chiếm 13,5%, trong đó 2 bệnh nhân có liệt từ trước phẫu

thuật, sau điều trị có tiến triển tốt nhưng không hết hoàn toàn. Còn lại 03 bệnh nhân xuất hiện liệt đối bên sau phẫu thuật, sau điều trị và theo dõi các bệnh nhân đều hồi phục hoàn toàn.

Đánh giá theo thang điểm Karnofsky cho thấy sau phẫu thuật đa số các bệnh nhân đều hồi phục tốt. Tỷ lệ BN có điểm Karnofsky thuộc nhóm I là 62,2% , tăng so với trước phẫu thuật, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm II và nhóm III của Karnofsky lần lượt là 29,7% và 8,1%. Không có bệnh nhân nào thuộc nhóm IV.

V. KẾT LUẬN

U màng não cạnh đường giữa thường gặp ở độ tuổi trung bình là 55,9. Triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân đến khám chủ yếu là đau đầu, thiếu hụt vận động, động kinh, rối loạn thị giác. Các khối u chủ yếu dưới 6cm, thường nằm ở đoạn 1/3 giữa xoang tĩnh mạch dọc trên. Phẫu thuật lấy u với sự hỗ trợ của kính vi phẫu và hệ thống định vị thần kinh cho kết quả tốt, khả năng lấy hết u cao và ít biến chứng. Kết quả mô bệnh học cho thấy tỷ lệ UMN grade I và grade II lần lượt là 73% và 24,3%. Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm I và nhóm II của Karnofsky lần lượt là 62,2% và 29,7%. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nhỏ và thời gian ngắn nên nghiên cứu này vẫn còn nhiều hạn chế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **R. Almeyty, G. F. Haddad và O. Al-Mefty (2017).** Meningiomas. Youmans & Winn Neurological Surgery 7th, Elsevier, Philadelphia, 2, 1107-1132.
2. **J. E. Alvernía và M. P. Sindou (2008).** Parasagittal Meningiomas. Meningiomas: Diagnosis, Treatment, and Outcome Springer, London 301-309.
3. **S. M. Raza, G. L. Gallia, H. Brem và cộng sự (2010).** Perioperative and long-term outcomes from the management of parasagittal meningiomas invading the superior sagittal sinus. Neurosurgery, 67 (4), 885-893; discussion 893.
4. **J. Pettersson-Segerlind, A. Orrego, S. Lonn và cộng sự (2011).** Long-term 25-year follow-up of surgically treated parasagittal meningiomas. World Neurosurg, 76 (6), 564-571.
5. **J. C. Lynch, H. Schiavini, C. Bomfim và cộng sự (2013).** Microsurgical resection for parasagittal meningiomas with preservation of the parasagittal sinus and excellent neurovascular control. Arq Neuropsiquiatr, 71 (5), 301-306.
6. **G. M. Anic, M. H. Madden, L. B. Nabors và cộng sự (2014).** Reproductive factors and risk of primary brain tumors in women. J Neurooncol, 118 (2), 297-304.
7. **J. A. Escibano Mesa, E. Alonso Morillejo, T. Parron Carreno và cộng sự (2018).** Risk of Recurrence in Operated Parasagittal Meningiomas: A Logistic Binary Regression Model. World Neurosurg, 110, e112-e118.
8. **N. T. Yên (2013).** Nghiên cứu chẩn đoán, điều trị vi phẫu thuật u màng não lành tính cạnh đường giữa. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y,

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Trần Thị Như Quỳnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học polyp đại trực tràng tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 105 BN nội soi đại trực tràng phát hiện có polyp, được chỉ định cắt polyp qua nội soi và làm xét nghiệm mô bệnh học tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 1/2017 - 12/2018. **Kết quả:** Polyp đại trực tràng gặp chủ yếu ở nam (65,7%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1. Độ tuổi mắc bệnh từ 41- 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (40,9%). Hình ảnh nội soi: Polyp vùng trực tràng chiếm tỉ lệ cao nhất 50,6%. Chủ yếu là polyp đơn độc (78,1%). Đa phần là polyp có cuống (49,5%); thường có kích thước < 10mm (61%) và có mặt nhẵn (56,2%). Kết quả mô bệnh học: polyp u tuyến chiếm tỷ lệ 64,8% và nhóm non- neoplastic chiếm 35,2% trong đó polyp tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất (45,7%). **Kết luận:** Cần tầm soát và điều trị sớm polyp đại trực tràng để phòng ngừa polyp ung thư hóa.

Từ khóa: nội soi đại trực tràng, polyp đại trực tràng, mô bệnh học

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL FEATURES, ENDOSCOPIC IMAGES, COLORECTAL POLYP HISTOLOGY AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Commenting on endoscopic imaging features, colorectal polyp histopathology at Thai Binh Medical University Hospital. **Subject and method:** Including 105 patients with colorectal colonoscopy detected polyps, designated polypectomy through endoscopy and histopathological examination at Thai Binh Medical University Hospital from January 2017 to December 2018. **Result:** Colorectal polyps mainly occur in men (65.7%). The male to female ratio is 1.9 / 1. The age of illness from 41-60 years old accounted for the highest proportion (40.9%). Endoscopic images: Polyps in the rectum area account for the highest rate of 50.6%. Mostly solitary polyps (78.1%). Most are peduncle polyps (49.5%); usually <10mm (61%) in size and smooth surface (56.2%). Histopathological images: adenoma polyps accounted for 64.8% and non-neoplastic group accounted for 35.2% of which the tubular polyps accounted for the highest proportion (45.7%). **Conclusion:** Early colorectal polyps should be screened and treated to prevent cancerous polyps.

Keywords: colonoscopy, colorectal polyps, histopathology

*Trường Đại học Y dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Như Quỳnh

Email: nhuquynhytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2019

Ngày duyệt bài: 30.8.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (PLĐTT) là sự tăng sản quá mức của niêm mạc đại tràng tạo nên khối u lồi vào lòng đại tràng. Đây là một bệnh lý có tỷ lệ tương đối cao trong nhóm bệnh ở đường tiêu hóa dưới và có những biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe con người. Theo thống kê tại Mỹ, polyp đại trực tràng chiếm khoảng 15 - 20% ở người trưởng thành khoẻ mạnh và riêng ở người trên 60 tuổi tỉ lệ này chiếm khoảng 10%. Nhiều nghiên cứu cho thấy sự liên hệ giữa polyp và ung thư trực tràng. Polyp tuyến chiếm 96,5% polyp đại trực tràng và phần lớn ung thư đại trực tràng là adenocarcinoma. Ung thư đại trực tràng là nguyên nhân gây tử vong thứ 2 trong các trường hợp tử vong do ung thư. Bên cạnh đó, polyp đại trực tràng còn gây ra những ảnh hưởng bất lợi đến chất lượng cuộc sống, gây ra những triệu chứng như: đau bụng, đi ngoài ra máu, thay đổi thói quen đại tiện và tính chất phân,... Ung thư đại trực tràng hoàn toàn có thể phòng ngừa nếu phát hiện sớm các polyp tiền ung thư và loại bỏ sớm trước khi các polyp ung thư hóa [1], [2], [3], [5].

Tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, kỹ thuật nội soi đại trực tràng và cắt polyp đại trực tràng qua nội soi mới được triển khai từ năm 2016. Mặc dù, bước đầu đã mang lại được những kết quả đáng kể giúp giảm được chi phí khám chữa bệnh, hạn chế tỷ lệ chuyển dạng thành UTĐTT cho bệnh nhân. Tuy nhiên, vẫn còn những hạn chế nhất định do chưa có thật đầy đủ các trang thiết bị và hiện nay cũng chưa có nghiên cứu về bệnh polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu: "*Nhận xét đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học polyp đại trực tràng tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 105 BN có polyp đại trực tràng, được cắt qua nội soi và làm xét nghiệm mô bệnh học tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ 1/2017 – 12/2018.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có rối loạn đông cầm máu. BN có các bệnh kèm theo có triệu chứng đi ngoài ra máu (viêm loét đại trực tràng chảy máu, ung thư đại trực tràng, lỵ). BN có bệnh tim mạch, hô hấp nặng hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện

2.1. Phương tiện nghiên cứu:

- Mẫu bệnh án nghiên cứu
- Máy nội soi đại trực tràng CV170 và bộ cắt đốt hiệu Olympus (Nhật Bản), thông lọng điện (snare), dung dịch cố định bệnh phẩm và các thiết bị để chụp ảnh, lưu kết quả.

- Xét nghiệm mô bệnh học: Dung dịch cố định bệnh phẩm (Formol 10%), dung dịch HE (Hematoxylin Eosin), kính hiển vi quang học. Phân loại mô bệnh học (MBH) dựa theo phân loại của WHO 2000.

2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm của BN nghiên cứu: tuổi, giới.
- Đặc điểm hình ảnh nội soi của polyp: vị trí, số lượng, kích thước, hình thể bề mặt polyp, tính chất cuống polyp.

- Đặc điểm mô bệnh học của polyp: Polyp viêm, polyp tăng sản, polyp tuyến.

3. Xử lý số liệu: Tất cả số liệu được và phân tích xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018 chúng tôi đã chọn được 105 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Qua nội soi 105 BN thấy có tất cả 139 polyp. Phân tích số liệu thu thập được, chúng tôi có một số kết quả sau:

3.1. Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới

Đặc điểm về tuổi và giới		Số bệnh nhân	%
Nhóm tuổi	< 15	6	5,7
	15 - 40	19	18,2
	41- 60	43	40,9
	> 60	37	35,2
	Tổng	105	100
Giới	Nam	69	65,7
	Nữ	36	34,3
	Tổng	105	100
Tỷ lệ nam/nữ		1,9/1	

Nhận xét: Polyp ĐTT gặp chủ yếu ở nam (65,7%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1. Độ tuổi mắc bệnh từ 41- 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (40,9%), tuổi nhỏ nhất là 8 tuổi, lớn nhất là 78 tuổi.

Tuổi trong nghiên cứu này tương tự tác giả Nguyễn Thúy Oanh, Quách Trọng Đức, Bồ Kim Phương: 53. Cho thấy bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng đa số bệnh đều ở lứa tuổi trung niên. Điều này phù hợp với các nghiên cứu chung.

3.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi của polyp

Bảng 2. Đặc điểm về vị trí của polyp

Đặc điểm vị trí của polyp	n	%
Trực tràng	53	50,6

Đại tràng Sigma	23	21,9
Đại tràng xuống	5	4,8
Đại tràng góc lách	2	1,9
Đại tràng ngang	3	2,8
Đại tràng góc gan	8	7,6
Đại tràng lên	6	5,7
Manh tràng	2	1,9
Nhiều vị trí	3	2,8
Tổng	139	100

Nhận xét: Polyp thường gặp ở đại tràng trái trong đó vị trí gặp polyp nhiều nhất là ở trực tràng chiếm 50,6%; tiếp đó là polyp ở đại tràng Sigma chiếm 21,9%. Các vị trí khác gặp polyp với tỷ lệ thấp hơn. Sự khác biệt về tỷ lệ polyp theo vị trí có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Số lượng, hình dạng, kích thước, bề mặt của polyp

Số lượng, hình dạng, kích thước, bề mặt của polyp		n	%
Số lượng polyp trên một bệnh nhân	1 polyp	82	78,1
	2 polyp	16	15,2
	≥ 3 polyp	7	6,7
	Tổng	105	100
Hình dạng polyp	Polyp có cuống	52	49,5
	Polyp nửa cuống	30	28,6
	Polyp không cuống	23	21,9
	Tổng	105	100
Kích thước polyp	<10 mm	64	61,0
	10- 20 mm	39	37,1
	> 20 mm	2	1,9
	Tổng	105	100
Bề mặt polyp	Nhẵn	59	56,2
	Sần sùi	42	40,0
	Viêm, loét, chảy máu	4	3,8
	Tổng	105	100

Nhận xét: - Số bệnh nhân có 1 polyp chiếm tỷ lệ cao nhất (78,1%); bệnh nhân có 2 polyp chiếm 15,2% và số BN ≥ 3 polyp chiếm 6,7% . Tỷ lệ BN polyp đơn độc cao hơn BN đa polyp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ polyp có cuống, nửa cuống và không cuống lần lượt là 49,5%; 28,6% và 21,9%. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm về hình dạng polyp ($p > 0,05$).

- Polyp có kích thước chủ yếu là < 10mm (chiếm 61,0%); polyp có kích thước từ 10 – 20mm là 37,1% và polyp có kích thước > 20mm gặp rất ít (1,9%).

- Phần lớn polyp có bề mặt nhẵn (chiếm 56,2%); tỷ lệ polyp có bề mặt sần sùi là 40% và polyp có bề mặt viêm, chảy máu là 3,8%.

3.1.3. Đặc điểm mô bệnh học của polyp

Bảng 4. Các type mô bệnh học của polyp

Type mô bệnh học	n	%
------------------	---	---

Polyp tuyến ống	48	45,7
Polyp tuyến ống – nhung mao	13	12,4
Polyp tuyến nhung mao	7	6,7
Polyp viêm	4	3,8
Polyp tăng sản	33	31,4
Tổng	105	100

Nhận xét: Trong số 105 BN có kết quả mô bệnh học thì nhóm polyp u tuyến chiếm tỷ lệ 64,8% và nhóm non - neoplastic chiếm 35,2%. Trong đó polyp tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất (45,7%); polyp tăng sản có tỷ lệ 31,4%, và polyp viêm có tỷ lệ thấp nhất (3,8%). Nhóm polyp u tuyến chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm non-neoplastic polyp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi, giới.

Nghiên cứu trên 105 BN nội soi có PLĐTT được làm xét nghiệm MBH tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018 chúng tôi thấy PLĐTT gặp chủ yếu ở nam (65,7%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1. Tỷ lệ này tương tự của Nguyễn Thị Thu Thủy, Dương Hồng Thái (1,9/1) nhưng thấp hơn của tác giả Quách Trọng Đức, Nguyễn Thúy Oanh và Bồ Kim Phương đều cho tỷ lệ là 2,6/1 [8], [2], [4]. Có thể do phụ nữ ngại khám đặc biệt là bệnh vùng kín, cần có thêm nghiên cứu mang tính chất cộng đồng để xác định chính xác hơn tỷ lệ này.

Độ tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu từ 41- 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (40,9%), BN nhỏ tuổi nhất là 8 tuổi, lớn tuổi nhất là 78 tuổi. Kết quả cho thấy bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng đa số bệnh đều ở lứa tuổi trung niên. Tuổi trong nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác Nguyễn Thúy Oanh, Quách Trọng Đức, Bồ Kim Phương [2], [4].

4.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi của polyp

***Vị trí của polyp:** Nghiên cứu của chúng tôi thấy polyp thường gặp ở đại tràng trái trong đó vị trí gặp polyp nhiều nhất là ở trực tràng chiếm 50,6%; tiếp đó là polyp ở đại tràng Sigma chiếm 21,9%. Các vị trí khác gặp polyp với tỷ lệ thấp hơn. Sự khác biệt về tỷ lệ polyp theo vị trí có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So với một số nghiên cứu khác thì tỷ lệ polyp ở trực tràng của chúng tôi thấp hơn (có thể do cỡ mẫu của chúng tôi bé hơn) như nghiên cứu của Eberl (64%), Jose và Haish (60,66%), Nguyễn Duy Thắng (70,7%), Bồ Kim Phương (65,4%)[6], [4].

***Số lượng polyp trên một bệnh nhân:** Số BN có 1 polyp chiếm tỷ lệ cao nhất (78,1%); bệnh nhân có 2 polyp chiếm 15,2% và số BN ≥ 3 polyp chiếm 6,7%. Tỷ lệ BN polyp đơn độc cao hơn BN đa polyp có ý nghĩa thống kê với

$p < 0,05$. Chúng tôi phát hiện 139 polyp trên tổng số 105 bệnh nhân, trung bình có 1,32 polyp/1 BN. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Thắng [6] thì tỷ lệ này là 1,69, của tác giả Trịnh Tuấn Dũng là 1,65, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu khác có thể là do mẫu nghiên cứu còn nhỏ.

***Hình dáng polyp:** Tỷ lệ polyp có cuống, nửa cuống và không cuống lần lượt là 49,5%; 28,6% và 21,9%. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm về hình dạng polyp ($p > 0,05$). Polyp đại trực tràng có cuống chiếm tỉ lệ cao nhất là phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Thủy, Dương Hồng Thái, tác giả Nguyễn Sào Trung, Quách Trọng Đức, Nguyễn Thúy Oanh, Bồ Kim Phương [8], [7], [2], [4].

***Kích thước của polyp:** Polyp có kích thước chủ yếu là $< 10\text{mm}$ (chiếm 61,0%); polyp có kích thước từ 10 – 20mm là 37,1% và polyp có kích thước $> 20\text{mm}$ gặp rất ít (1,9%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Bồ Kim Phương, polyp $< 10\text{mm}$ chiếm 47,4%, 10-20mm là 33,3%, và polyp $> 20\text{mm}$ chiếm 19,3% [4]. Tác giả Nguyễn Duy Thắng polyp có kích thước $< 10\text{mm}$, 10-20mm, $> 20\text{mm}$ lần lượt là 50,4%, 34,6%, 15% [4]. Như vậy kích thước polyp gần không khác biệt ở các nghiên cứu.

***Bề mặt của polyp:** Khi quan sát polyp qua nội soi chúng tôi thấy phần lớn polyp có bề mặt nhẵn (chiếm 56,2%); tỷ lệ polyp có bề mặt sần sùi là 40%; chỉ có 3,8% polyp có bề mặt viêm, chảy máu.

4.3. Đặc điểm mô bệnh học của polyp.

Phân loại polyp theo hình thái, tính chất mô bệnh học, mức độ loạn sản là cơ sở để đánh giá mức độ nguy hiểm của polyp cũng như quyết định phương pháp điều trị, theo dõi và tiên lượng bệnh. Nhiều công trình nghiên cứu đã khẳng định rằng: loại polyp u tuyến có khả năng ung thư hóa cao hơn loại non- neoplastic, vì vậy việc phân loại MBH, liên quan giữa kết quả MBH với số lượng, hình dạng, kích thước polyp là công việc cần thiết trong điều trị, theo dõi, tiên lượng cũng như nghiên cứu.

Trong số 105 BN có kết quả mô bệnh học thì nhóm polyp u tuyến chiếm tỷ lệ 64,8% và nhóm non- neoplastic chiếm 35,2%. Trong đó polyp tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất (45,7%); polyp tăng sản có tỷ lệ 31,4%, và polyp viêm có tỷ lệ thấp nhất (3,8%). Nhóm polyp u tuyến chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm non- neoplastic polyp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Thắng thì tỷ lệ polyp tuyến là 54,9%; tỷ lệ polyp

tuyến ống chiếm cao nhất [4]. Kết quả nghiên cứu của Võ Hồng Minh Công và Bồ Kim Phương cũng cho kết quả tương tự [4]. Như vậy, việc tầm soát và điều trị sớm polyp đại trực tràng thật sự có ý nghĩa quan trọng trong việc phòng ngừa polyp ung thư hóa.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 105 BN nội soi có PLDTT được làm xét nghiệm MBH tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018 chúng tôi thấy:

- Polyp đại trực tràng gặp chủ yếu ở nam (65,7%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1.

- Độ tuổi mắc bệnh từ 41- 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (40,9%).

- Hình ảnh nội soi: Polyp vùng trực tràng chiếm tỉ lệ cao nhất 50,6%. Chủ yếu là polyp đơn độc (78,1%). Đa phần là polyp có cuống (49,5%); thường có kích thước < 10mm (61%) và có mặt nhẵn (56,2%).

- Hình ảnh mô bệnh học: polyp u tuyến chiếm tỷ lệ 64,8% và nhóm non- neoplastic chiếm 35,2% trong đó polyp tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất (45,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Đức Anh** (2000), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng hình ảnh nội soi mô bệnh học của polyp trực tràng- đại tràng sigma và kết quả cắt bỏ bằng điện

nhật cao tần, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.

2. **Quách Trọng Đức, Trần Kiều Miên, Nguyễn Thuý Oanh (2007)**, "Nghiên cứu phân bố polyp tuyến đại trực tràng theo vị trí và kích thước polyp", Y Học TP. Hồ Chí Minh * Vol. 11 - No 4 - 2007 tr.242 - 247.

3. **Tống Văn Lược** (2002), Nghiên cứu kết quả cắt polyp đại trực tràng bằng thông lộng điện theo hình ảnh nội soi mềm và xét nghiệm mô bệnh học, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà nội.

4. **La Văn Phương, Bồ Kim Phương (2001)**, "Nhân xét qua 170 ca nội soi đại tràng tại BVĐK Cần Thơ từ tháng 3/2000 đến tháng 12/2000", Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, hội nghị khoa học tiêu hoá toàn quốc lần 7 - 2001, tr. 58 - 62.

5. **Nguyễn Văn Rót, Lê Văn Thiệu, Nguyễn Đăng Tuấn (2008)** "Polyp đại trực tràng, một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và kết quả điều trị", Tạp chí Y học Việt Nam, số 2 năm 2009: tr. 102-106.

6. **Nguyễn Sào Trung (2006)**, "Đặc điểm giải phẫu bệnh - nội soi của polyp đại trực tràng", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh - tập 10 - số 4.

7. **Nguyễn Thu Thủy, Dương Hồng Thái (2018)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị của polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Quân y 121", Hội nghị khoa học mở rộng Bệnh viện quân y 121.

8. **Nguyễn Duy Thắng (2018)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Nông Nghiệp", Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 17 phụ bản số 3 - 2013.

9. **Harold Ellis** (1997), Giải phẫu học lâm sàng, NXB Y học, Hà nội, Tr:103- 113.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ NỘI SINH VÀ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TỤY

Trần Văn Thuận^{1,2}, Bùi Thị Oanh¹, Trần T. Thanh Hương^{1,2},
Nguyễn Tiến Quang^{1,2}, Lê Ngọc Quỳnh¹, Trần Phương Thảo¹,
Lê Văn Quảng^{1,2}, Trịnh Hồng Sơn^{2,3}, Nguyễn Công Hoàng⁴, Đào Văn Tú^{1,2}

TÓM TẮT

Ung thư tụy là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới, và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 7 do ung thư ở nam giới. Bài tổng quan này nhằm cung cấp và cập nhật một số yếu tố nguy cơ nội sinh của ung thư biểu mô tuyến tụy; làm cơ sở bằng chứng khoa học và phương pháp cho các nghiên cứu sau này về lĩnh vực ung thư biểu mô tuyến tụy, cũng như là cơ sở trong việc xây dựng các chiến

lược dự phòng bệnh, đặc biệt là ở các quốc gia đang trong giai đoạn thay đổi cơ cấu kinh tế - xã hội.

Từ khóa: yếu tố nguy cơ, dịch tễ, yếu tố nội sinh, ung thư biểu mô tuyến tụy

SUMMARY

ENDOGENOUS RISK FACTORS AND PANCREATIC CANCER

One of the most common malignancies in the world is pancreatic cancer and it is the seventh leading cause of death in men worldwide. The aim of this paper to provide and update the knowledge for readers about epidemiology of endogenous risk factors and pancreatic cancer, that is basis scientific evidence for the future this cancer research, and also to successfully implement pancreatic cancer control programs, particularly in transitioning countries.

Key words: risk factor, epidemiology, endogenous factor, pancreatic cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Việt Đức

⁴Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Thuận

Email: drthuan1970@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2019

Ngày duyệt bài: 29.8.2019

Ung thư tụy là một bệnh ung thư có tiên lượng xấu, hiệu quả điều trị có nhiều hạn chế. Do không được phát hiện sớm, phần lớn các trường hợp ung thư tụy đều được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển. Theo báo cáo GLOBOCAN 2018, Trên thế giới, ung thư tụy xếp hạng 7 trong các nguyên nhân gây tử vong, số ca mới mắc mỗi năm là 458.918 ca trong đó có 432.242 ca tử vong do loại ung thư này. Tại Hoa Kỳ, tỷ suất mắc mới ung thư tụy ở nam giới xếp thứ 9 và ở nữ giới xếp thứ 10, trong khi tỷ lệ tử vong đứng thứ 4 đối với cả hai giới. Ung thư tụy có tỷ lệ sống sau 5 năm thấp nhất (5-6%) và kỳ vọng sống ngắn nhất (6 tháng) khi so sánh với các bệnh ung thư khác. Ngoài ra, trong khi các bệnh ung thư khác tỷ suất mắc mới và tỷ lệ tử vong đều giảm, tỷ suất mắc mới ung thư tụy lại tăng 1.5% mỗi năm, còn tỷ lệ tử vong không cải thiện đáng kể trong suốt 4 thập niên vừa qua [1].

Các phương pháp điều trị ung thư biểu mô tuyến tụy đến nay vẫn còn nhiều hạn chế, hiệu quả điều trị ung thư tụy thấp, tỉ lệ bệnh nhân tử vong do ung thư tụy cao, đây là một trong 7 loại ung thư gây tử vong hàng đầu, tại Việt Nam mỗi năm có khoảng 965 ca mới mắc ung thư tụy trong đó có khoảng 899 ca tử vong do loại ung thư này [1]. Do đó, có thể thấy, nhu cầu cấp thiết để giải quyết những khó khăn trong điều trị ung thư tụy là phải nghiên cứu xác định rõ các yếu tố nguy cơ ung thư tụy, đặc biệt là ung thư biểu mô tuyến tụy. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành tổng quan hệ thống các yếu tố nguy cơ nội sinh của ung thư biểu mô tuyến tụy đã được nghiên cứu và phát hiện thông qua các bài báo khoa học đã được đăng tải cho đến nay. Qua đó đề xuất chiến lược dự phòng, cũng như xác định nhóm nguy cơ để khuyến cáo khám sàng lọc ung thư, như vậy vừa đảm bảo vấn đề kinh tế y tế, tránh sàng lọc tràn lan, cả những đối tượng nguy cơ thấp gây lãng phí.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Tổng quan hệ thống tài liệu.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2019 đến tháng 8/2019.

Đối tượng nghiên cứu. Các tài liệu, bài báo khoa học trong nước và quốc tế có liên quan yếu tố nguy cơ nội sinh và ung thư tụy. được xuất bản từ năm 2014 đến nay.

Phương pháp nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu tiến hành một tổng quan toàn diện theo hướng dẫn của PRISMA. Các bài báo lựa chọn đã được xuất bản trên PubMed sử dụng các từ khóa và thuật ngữ MeSH bao gồm: "Pancreatic

cancer", "pancreatic neoplasms", "risk factors", "endogenous factor", "epidemiology" giới hạn ở các bài báo tiếng anh và tiến hành trên người. Sau khi loại trừ các bài tổng quan, tổng quan hệ thống và phân tích meta, chúng tôi kiểm tra tiêu đề cũng như phần tóm tắt bài báo và lấy thông tin phù hợp từ phần nội dung hoàn chỉnh của các bài báo liên quan. Chúng tôi cũng tiến hành rà soát thêm những bài báo được trích dẫn như tài liệu tham khảo từ các bài báo tìm được.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bài báo, nghiên cứu được tăng tải là những bài báo toàn văn, thuộc nghiên cứu dịch tễ học có các nội dung liên quan đến mục tiêu của bài tổng quan.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, là các bài báo tổng quan, phân tích tổng hợp hoặc không truy cập được nội dung đầy đủ.

Chỉ tiêu nghiên cứu. Bảng tổng hợp tóm tắt các nghiên cứu, xác định các yếu tố nguy cơ nội sinh và cơ chế tương quan giữa các yếu tố và bệnh ung thư biểu mô tuyến tụy.

Phân tích số liệu. Nhóm nghiên cứu sẽ trình bày các kết quả bằng việc tổng hợp tóm tắt các nghiên cứu và tổng quan tỉ suất nguy cơ giữa các yếu tố nội sinh và bệnh ung thư biểu mô tuyến tụy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các bài báo thu thập được trong nghiên cứu. Từ nguồn tìm kiếm ban đầu với 2439 bài báo, 54 bài báo đã được lựa chọn để đưa vào tổng quan hệ thống. Biểu đồ 1 trình bày sơ đồ của tìm kiếm tài liệu và lựa chọn nghiên cứu.

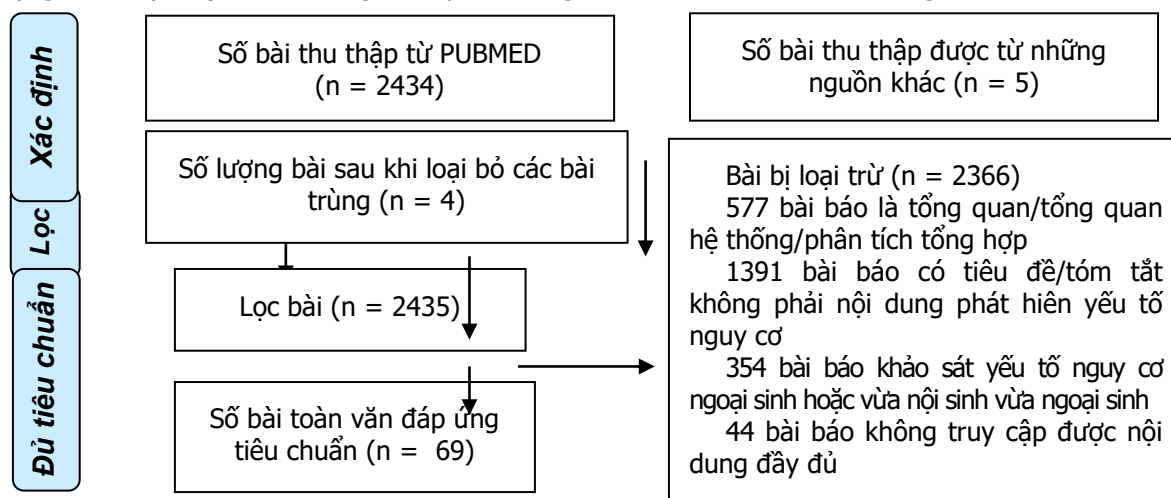
Kết quả cho thấy chủng tộc, tuổi, tình trạng đái tháo đường, dị ứng, nhóm máu ABO, tiền sử ung thư gia đình và đột biến gen là các yếu tố nguy cơ nội sinh của ung thư biểu mô tuyến tụy.

Tuổi. Nguy cơ mắc ung thư tụy tăng theo tuổi, với 80% trường hợp được chẩn đoán ở độ tuổi 60-80. Chỉ có khoảng <10% bệnh nhân mắc ung thư tụy dưới 50 tuổi. Ở độ tuổi dưới 25, ung thư tụy là một tình trạng hiếm gặp. Tại Mỹ, 81,4% tổng số bệnh nhân được chẩn đoán mắc ung thư tụy trên 60 tuổi. Trong 6 thập kỷ qua, cứ 100.000 người Mỹ ở độ tuổi 20-29 mới có 0,1 người mắc ung thư tụy, tuy nhiên, ở độ tuổi trên 80, con số này lên đến 87,2/100.000 người. Những người ở độ tuổi trên 70 có nguy cơ mắc ung thư tụy cao gấp 4 lần so với những người dưới 50 tuổi [2].

Chủng tộc. Chủng tộc cũng có liên quan đến ung thư tụy. Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc ung thư tụy giữa các chủng tộc. Tại Mỹ, tỷ lệ mắc chuẩn

theo tuổi trên 100.000 dân của ung thư tụy (ASR, Age-Standardized incidence Rates) ở người Mỹ gốc Phi (8,78) cao hơn người Mỹ da trắng

(5,89), người gốc Nam Mỹ (5,09) và người gốc Á (4,75). Nhìn chung, người da đen có nguy cơ cao hơn rõ rệt so với các chủng tộc khác [1].



Nhóm máu ABO. Nguy cơ ung thư tụy được chứng minh có liên quan đến các nhóm máu khác nhau [3]. Nhìn chung, nguy cơ ung thư tụy sẽ tăng ở nhóm không có alen O. Nghiên cứu của Wolpin và cộng sự cho thấy so với nhóm máu O, nguy cơ ung thư tụy ở những người có nhóm máu A, B, AB cao hơn có ý nghĩa thống kê, với OR lần lượt là 1,38 (95% [CI]; 1,18-1,62), 1,47 (95% CI; 1,07-2,02) và 1,53 (95% CI; 1,21-1,92). Các tác giả cũng cho rằng mối liên hệ giữa alen A với ung thư tụy chủ yếu là do enzym glycosyltransferase A1 có hoạt tính cao hơn enzym glycosyltransferase A2. Nghiên cứu của Rizzato và cộng sự cũng cho thấy nhóm máu A có nguy cơ ung thư tụy cao hơn so với nhóm máu O (OR 1,24; 95% CI 1,04-1,48). Tuy nhiên, nhóm máu B và AB không làm tăng nguy cơ ung thư tụy. Nghiên cứu cũng tiến hành đánh giá ảnh hưởng của đa hình di truyền chức năng ở locus gen ABO đến nguy cơ ung thư tụy và thấy rằng alen nhỏ của 3 đa hình nucleotid đơn (rs8176741, rs8176746 và rs8176747) làm giảm nguy cơ ung thư tụy trong khi rs505922 làm tăng nguy cơ ung thư tụy. Trong đó, rs505922 đặc trưng cho alen O, alen A và alen B được phân biệt bởi mất đoạn C796A (rs8176746) và G803C (rs8176747).

Đái tháo đường. Mối liên hệ giữa đái tháo đường và nguy cơ ung thư tụy đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Gupta và cộng sự, tỷ lệ ung thư tụy ở bệnh nhân đái tháo đường mới khởi phát cao gấp 2,2 lần so với người không mắc đái tháo đường (95% CI, 1,84 -2,56) và cao nhất trong 2 năm đầu kể từ khi chẩn đoán đái tháo đường. Tỷ lệ mắc ung

thư tụy giảm đáng kể ở những năm theo dõi sau đó ($p < 0,0008$). Mới đây nhất, trong một nghiên cứu trên quần thể 2.186.196 người Israel trong 11 năm, tỷ số nguy cơ (HR) mắc ung thư tụy của bệnh nhân đái tháo đường trong năm đầu được chẩn đoán lên đến 15,2 (95% CI 13,6-17,1) ở nữ và 13,9 (95% CI 12,4-15,6) ở nam, trong năm thứ 2, tỷ lệ này là 5,4 (4,4-6,6) ở nữ và 3,5 (2,1-4,4) ở nam và trong 9 năm còn lại là 2,9 (95% CI 2,5-3,4) and 3,3 (2,9-3,7) [4]. Bên cạnh đó, đái tháo đường thai kỳ cũng được ghi nhận làm tăng nguy cơ ung thư tụy trên quần thể nghiên cứu ở phụ nữ Israel. Trong nghiên cứu ở Cộng hòa Séc, tỷ lệ ung thư tụy ở bệnh nhân đái tháo đường ở nữ cao hơn nam có ý nghĩa thống kê (25% so với 43,9%; $\chi^2=7,070$, $p=0,008$), trong khi tỷ lệ này ở nhóm không mắc đái tháo đường là tương đương (22,1% so với 17,2%; $\chi^2=0,484$, $p=0,487$).

Dị ứng. Dị ứng được chứng minh làm giảm nguy cơ ung thư tụy. Trong số những người dị ứng thuốc, có 2/3 tổng số người dị ứng với kháng sinh và 1/4 số người dị ứng với thuốc giảm đau. Tuy nhiên, nghiên cứu lại không thấy mối liên hệ giữa nguy cơ ung thư tụy với sốt cỏ khô. Dị ứng với động vật (không bao gồm chó) cũng cho thấy làm giảm mạnh nguy cơ ung thư tụy (OR = 0,43; 95% CI 0,23-0,80). Sốt cỏ khô cũng được ghi nhận giảm đáng kể nguy cơ ung thư tụy trong nghiên cứu của Cotterchio và cộng sự (AOR = 0,68; 95% CI: 0,52-0,89), và mức giảm này còn lớn hơn đối với những người có xét nghiệm chích da dương tính với dị nguyên sốt cỏ khô (AOR = 0,43; 95% CI: 0,26-0,72). Kết quả tương tự cũng được ghi nhận ở người xét

nghiệm kích da dương tính với dị nguyên bụi/mốc (AOR = 0,49, KTC 95%: 0,31-0,78) và dị ứng động vật (AOR = 0,68, KTC 95%: 0,46-0,99). Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê nào được phát hiện giữa nguy cơ ung thư tuyến tụy và các loại dị ứng: côn trùng, thực phẩm, thuốc, hóa chất/kim loại và viêm da/viêm da dị ứng và hen phế quản. Dị ứng với sốt cỏ khô, động vật và bụi mốc cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đó [2].

Tiền sử ung thư gia đình và đột biến gen. Các yếu tố di truyền đóng vai trò quan trọng trong ung thư tụy. Ở những người có tiền sử gia đình ung thư tụy, nguy cơ ung thư tụy cao hơn gấp 1,68-30 lần so với những người không có tiền sử gia đình ung thư tụy [5]. Nhiều nghiên cứu đã được tiến hành để tìm hiểu mối quan hệ giữa tiền sử gia đình ung thư tụy và đột biến gen. Cho đến nay, chúng ta đã xác định được một số đột biến gene gây ra ung thư tụy có tính chất gia đình, ví dụ BRCA2, PALB2, CDKN2A, STK11, ATM, MLH1, TP53,... và có thể là BRCA1. Tuy vậy, những gene này chỉ đóng vai trò 4-15% trong tổng số các ca ung thư tụy [6].

IV. BÀN LUẬN

Khác biệt giữa các chủng tộc có thể do ảnh hưởng của các yếu tố ngoại sinh như chế độ ăn, uống rượu, hút thuốc và tình trạng thiếu vitamin D. Tuy nhiên, các nghiên cứu trên quần thể ghi nhận rằng sự khác biệt về nguy cơ ung thư tụy giữa các chủng tộc không thể giải thích hoàn toàn dựa trên các yếu tố nguy cơ. Nghiên cứu của Arnold và cộng sự cho thấy ảnh hưởng của việc đang hút thuốc đến nguy cơ ung thư tụy giữa người da đen và da trắng là tương đương, mặc dù người da đen hút thuốc ít hơn và thời gian hút thuốc ngắn hơn. Tác động liều-đáp ứng cũng chỉ thấy ở nhóm người da trắng. Kết quả này ủng hộ phát hiện sự khác biệt về độc tính và chuyển hóa của thuốc lá giữa các chủng tộc. Nghiên cứu của Pernick và cộng sự cho thấy người da đen mắc ung thư tụy có đột biến KRAS cao hơn. Đây cũng là một trong hai loại đột biến thường gặp nhất của người hút thuốc lá, tạo thành do sản phẩm trung gian chuyển hóa của các chất sinh ung thư trong thuốc lá gắn với nucleotid của phân tử ADN, gây lỗi trong quá trình nhân lên của ADN. Nghiên cứu so sánh đột biến gen ung thư và mức độ biểu hiện miễn dịch chỉ dấu sinh học giữa bệnh nhân ung thư tụy ở Nhật Bản, Trung Quốc và phương Tây cũng cho thấy bệnh nhân Châu Á có mức độ biểu hiện KRAS và p53 khác với bệnh nhân phương Tây [7].

Đến nay, cơ chế tăng nguy cơ ung thư tụy ở người mắc đái tháo đường còn chưa rõ. Tuy nhiên, sự thay đổi về chuyển hóa, nội tiết tố và miễn dịch ở bệnh nhân đái tháo đường đã được xác định có ảnh hưởng đến sự phát triển của khối u. Kháng insulin, tăng insulin máu còn bù cũng như tăng nồng độ các yếu tố tăng trưởng giống insulin (insulin-like growth factors - IGFs) là những giả thuyết thường gặp nhất về cơ chế liên hệ giữa đái tháo đường type 2 và ung thư tụy. Dữ liệu từ các nghiên cứu trên động vật cho thấy chu trình tế bào đảo tụy liên quan đến tình trạng kháng insulin đóng vai trò quan trọng trong bệnh sinh ung thư tuyến tụy. Ví dụ, ở chuột lang, sự kích thích tăng sinh tế bào đảo làm tăng sinh ung thư tụy. Ngược lại, việc phá hủy các tế bào đảo bằng streptozotocin hoặc alloxan làm ức chế ung thư tuyến tụy [8].

Ngày càng nhiều bằng chứng cho thấy tình trạng viêm đóng vai trò quan trọng trong sự hình thành ung thư tụy. Nguồn dinh dưỡng đa lượng và béo phì có thể kích hoạt các con đường truyền tín hiệu viêm. Glucose và chất béo có thể gây viêm bằng cách tăng stress oxy hóa và các yếu tố phiên mã kích hoạt. Bên cạnh đó, các mô mỡ hoạt động như các cơ quan nội tiết để điều chỉnh sự giải phóng các axit béo, hormon và các cytokin tiền viêm như yếu tố hoại tử khối u, interleukin-6 và resistin. Một số adipocytokine là các phân tử quan trọng liên quan đến miễn dịch bẩm sinh, viêm, chết theo chu trình, trao đổi chất và phát triển. Mức độ cao của các cytokin tiền viêm thúc đẩy sinh mạch, tiến triển khối u và di căn. Ngoài ra, sự thay đổi về nồng độ hoặc chức năng của một số phân tử ở người béo phì và/hoặc đái tháo đường như leptin, IGF-1, và thụ thể PPAR γ cũng gây ung thư tụy do làm suy giảm chức năng miễn dịch [8].

Theo hiểu biết của chúng tôi, chưa có cơ chế sinh học về việc dị ứng có thể làm giảm nguy cơ ung thư tụy được chấp nhận. Tình trạng dị ứng thường liên quan đến nồng độ IgE đặc hiệu với chất gây dị ứng cao hơn. Các kháng thể IgE này được cho là có thể nhận ra các kháng nguyên khối u do mô hình epitope phân tử quyết định liệu dị nguyên có thể tổng hợp/gắn IgE không. Tế bào khối u hay có thể biểu hiện mẫu epitope tương tự, và do đó cũng có thể kích hoạt các phản ứng IgE. Kháng thể IgE đã được chứng minh là tăng trong các trường hợp ung thư tuyến tụy và có độc tính tế bào chống lại các tế bào ung thư tuyến tụy. Các tế bào có thụ thể IgE được cho là có thể hoạt động như các tế bào hiệu ứng phụ thuộc kháng thể trong phản ứng

miễn dịch kháng u; các tế bào này có liên quan đến viêm dị ứng, và cũng được tuyển dụng vào môi trường vi mô khối u. Các bạch cầu ái toan kích thích giải phóng các cytotoxin tiêu diệt các tế bào khối u. Giả thiết cho rằng bạch cầu ái toan ở người bị dị ứng có thể hiệu quả hơn trong việc gây chết tế bào khối u so với những người không bị dị ứng.

V. KẾT LUẬN

Tổng quan hệ thống này cho thấy chủng tộc, tuổi, tình trạng đái tháo đường, dị ứng, nhóm máu ABO, tiền sử gia đình và đột biến gen là các yếu tố nguy cơ nội sinh của ung thư biểu mô tuyến tụy. Tuy cơ chế ảnh hưởng của các yếu tố đến nguy cơ ung thư tụy chưa được nghiên cứu đầy đủ, song việc xác định các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là yếu tố di truyền đóng vai trò quan trọng trong sàng lọc phát hiện ung thư tụy và cần được nghiên cứu thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram, R. L. Siegel, L. A. Torre, and A. Jemal**, "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries," *CA. Cancer J. Clin.*, vol. 68, no. 6, pp. 394–424, Nov. 2018.

2. **M. Ilic and I. Ilic**, "Epidemiology of pancreatic cancer," *World J. Gastroenterol.*, vol. 22, no. 44, pp. 9694–9705, Nov. 2016.
3. **X. Li, H. Xu, and P. Gao**, "ABO Blood Group and Diabetes Mellitus Influence the Risk for Pancreatic Cancer in a Population from China," *Med. Sci. Monit. Int. Med. J. Exp. Clin. Res.*, vol. 24, pp. 9392–9398, Dec. 2018.
4. **R. Dankner, L. S. Freedman, H. C. Gerstein, J. Roth, and L. Keinan-Boker**, "Newly diagnosed type 2 diabetes may serve as a potential marker for pancreatic cancer," *Diabetes Metab. Res. Rev.*, vol. 34, no. 6, p. e3018, 2018.
5. **G. Fehrer et al.**, "The association of family history of cancer and medical history with pancreatic cancer risk," *Pancreas*, vol. 43, no. 5, pp. 812–814, Jul. 2014.
6. **K. Shindo et al.**, "Deleterious Germline Mutations in Patients With Apparently Sporadic Pancreatic Adenocarcinoma," *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.*, vol. 35, no. 30, pp. 3382–3390, Oct. 2017.
7. **K. Lee et al.**, "Germline BRCA mutations in Asian patients with pancreatic adenocarcinoma: a prospective study evaluating risk category for genetic testing," *Invest. New Drugs*, vol. 36, no. 1, pp. 163–169, Feb. 2018.
8. **R. Dankner, L. S. Freedman, H. C. Gerstein, J. Roth, and L. Keinan-Boker**, "Newly diagnosed type 2 diabetes may serve as a potential marker for pancreatic cancer," *Diabetes Metab. Res. Rev.*, vol. 34, no. 6, p. e3018, Sep. 2018.

TUẦN THỦ CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG CỦA BỆNH NHÂN SAU NHỔ RĂNG SỐ 8 MỘC LỆCH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM – CU BA

Vũ Thị Định^{1,2}, Nguyễn Hải Anh^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ tuân thủ với các lời tư vấn chăm sóc răng miệng của bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ răng số 8 mọc lệch tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến hành trên 305 bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ răng 8 mọc lệch. **Kết quả:** tỷ lệ tuân thủ tốt, trung bình, và kém trong ngày đầu tiên sau nhổ răng 8 lần lượt là 71%, 27%, và 2%. Trong đó, trên 70% bệnh nhân tuân thủ tất cả các nội dung cần thực hiện. Trong những ngày sau nhổ răng, tỷ lệ tuân thủ cao, trung bình, và kém lần lượt là 78%, 19%, và 3%. Tất cả các nội dung tư vấn đều được thực hiện bởi trên 80% bệnh nhân. **Kết luận:** tỷ lệ tuân thủ của bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ răng 8 mọc lệch là tương đối cao,

tuy nhiên cần có các giải pháp can thiệp về giáo dục người bệnh nhằm nâng cao hơn tỷ lệ tuân thủ.

Từ khóa: tuần thủ, tư vấn, chăm sóc răng miệng, răng khôn(R số 8)

SUMMARY

DESCRIBE PERCENTAGE OF FOLLOWING THE POSTOPERATIVE INSTRUCTIONS AMONG PATIENTS AFTER SURGICAL EXTRACTION OF IMPACTED THIRD MOLARS AT VIETNAM-CUBA FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: To describe percentage of compliance of postoperative instructions among patients following surgical extraction of impacted third molars at Vietnam-Cuba friendship hospital. **Methods:** An observational study was carried out in 305 patients following surgical extraction of impacted third molars. **Results:** The percentage of high, medium and low compliance of instructions on the immediately after surgery was 71%, 27%, and 2%, respectively. In which, over 70% of patients have compliance with all things to do. This figure for on days after surgery was 78%, 19%, and 3%, respectively. Over 80% of patients have compliance with all things to do.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba - Hà Nội

²Đại học Thăng Long

³Trung tâm hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Định

Email: vudinh76790344@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2019

Ngày duyệt bài: 29.8.2019

Conclusion: The percentage of compliance of postoperative instructions among patients following surgical extraction of impacted third molars was high. However, more interventions on patient education is needed in order to scale up the compliance.

Keywords: compliance, instructions, oral care, third molar.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng số 8 mọc lệch là vấn đề thường gặp phải vào tuổi trưởng thành. Chỉ định phẫu thuật nhổ răng số 8 thường được đưa ra nhằm bảo vệ cho các răng còn lại và bảo vệ sức khỏe cho người bệnh. Biến chứng sau nhổ răng số 8 là một vấn đề đáng quan tâm và phụ thuộc nhiều yếu tố [1]. Tuy nhiên, sự thành công của một ca phẫu thuật nhổ răng số 8 không chỉ phụ thuộc vào phía nhân viên y tế, mà người bệnh cũng đóng vai trò quan trọng trong đó [2]. Việc tuân thủ chặt chẽ với các lời khuyên, tư vấn của nha sĩ cũng như điều dưỡng viên là yếu tố then chốt. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng, việc tuân thủ với các hướng dẫn, tư vấn của nhân viên y tế sau khi phẫu thuật nhổ răng số 8 sẽ giúp bệnh nhân giảm thiểu mức độ đau, giảm tỷ lệ biến chứng và tăng sự hài lòng người bệnh [3], [4]. Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội là đơn vị đi đầu trong công tác chăm sóc, giáo dục người bệnh, đặc biệt với người bệnh sau phẫu thuật nhổ răng số 8 mọc lệch. Sau khi bệnh nhân nhổ răng 8 mọc lệch tại Bệnh viện, điều dưỡng viên sẽ giáo dục, tư vấn cho người bệnh về các biện pháp chăm sóc sau nhổ răng (như cần bông, chườm đá, chăm sóc răng miệng những ngày tiếp theo, chế độ dinh dưỡng...). Tuy nhiên, liệu bệnh nhân có tuân thủ theo các hướng dẫn đó hay không vẫn chưa được đánh giá. Đồng thời, nhu cầu của bệnh nhân đối với các kiến thức về chăm sóc răng miệng sau nhổ răng 8 chưa được nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu thực trạng tuân thủ với các lời khuyên, tư vấn về chăm sóc răng miệng của bệnh nhân sau khi nhổ răng 8 mọc lệch tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 2/2019 đến tháng 6/2019 tại Khoa Răng Miệng – Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội.

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ răng số 8 mọc lệch đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Bệnh nhân được chẩn đoán và có chỉ định phẫu thuật nhổ răng số 8 mọc lệch; (2) Bệnh nhân nhổ răng số 8 lần đầu hoặc đã từng nhổ răng số 8 lần tiếp theo. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có các rối loạn trí nhớ,

tâm thần; (2) Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu; (3) Bệnh nhân không liên lạc được qua điện thoại trong quá trình theo dõi sau phẫu thuật.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu định lượng, sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng cho một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (khoảng tin cậy 95%)

α : Mức ý nghĩa thống kê (0,05); ϵ : 0,0625 (khoảng sai lệch tương đối giữa tỉ lệ thu được từ mẫu nghiên cứu với tỉ lệ thực của quần thể).

p: 80% là tỉ lệ giả định bệnh nhân tuân thủ các lời khuyên/tư vấn về chăm sóc răng miệng.

Thay vào công thức ta có cỡ mẫu là 246 bệnh nhân. Dự trừ đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu, mất thông tin, cỡ mẫu được làm tròn là 300 bệnh nhân. Trên thực tế, chúng tôi đã phỏng vấn 305 bệnh nhân.

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống dựa vào danh sách bệnh nhân được nhổ răng số 8 mọc lệch tại thời điểm nghiên cứu và bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.6. Quy trình thu thập thông tin. Bệnh nhân sau khi hoàn tất thủ thuật nhổ răng số 8 mọc lệch, trước khi ra về sẽ được hướng dẫn, tư vấn về các biện pháp chăm sóc răng miệng ngay sau khi được phẫu thuật nhổ răng khôn. Điều tra viên tiến hành gọi điện cho bệnh nhân để hỏi lại về thực trạng tuân thủ theo cách hướng dẫn của bác sĩ và điều dưỡng, tư vấn giáo dục sức khỏe chăm sóc răng miệng sau nhổ. Điều tra viên sẽ gọi điện cho bệnh nhân trong ngày (sau khoảng 2-3 giờ đầu) sau khi về, sau 1 ngày, và sau 3 ngày để hỏi bệnh nhân về thực trạng tuân thủ theo cách hướng dẫn tư vấn chăm sóc răng miệng sau phẫu thuật nhổ răng số 8. Các thông tin chung của bệnh nhân sẽ được lấy từ hồ sơ bệnh án.

2.7. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Các nhóm biến số chính bao gồm:

(1) Thông tin chung và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

(2) Thực trạng tuân thủ hướng dẫn, tư vấn về chăm sóc răng miệng của bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ răng số 8

- Các việc cần làm và tránh làm trong ngày đầu nhổ răng

- Các việc cần làm và tránh làm trong các ngày tiếp theo

- Các lưu ý về chế độ ăn và dinh dưỡng sau ngày nhổ răng.

- Các lưu ý về sử dụng thuốc kê đơn của bác sĩ

- Phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm cần đi khám lại

2.8. Đánh giá kết quả. Việc tuân thủ theo các tư vấn chăm sóc răng miệng sẽ được đánh giá theo từng nhóm: trong ngày nhổ răng và những ngày sau nhổ răng. Có 7 nội dung cần tuân thủ trong ngày nhổ răng, tương ứng với 7 điểm (mỗi nội dung tuân thủ được 1 điểm). Với các nội dung có nhiều yêu cầu, việc tuân thủ đầy đủ hết các yêu cầu đó mới được tính 1 điểm. Việc có hay không tuân thủ với từng nội dung sẽ được trình bày dưới dạng mô tả. Đồng thời, kết quả tuân thủ chung của ngày nhổ răng sẽ được phân thành các mức độ dựa theo các mức chia của Bloom trong các nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành và được chuẩn hoá bởi Ahmed N và cộng sự năm 2008 [5]. Theo đó:

- Tuân thủ cao (≥ 6 điểm)
- Tuân thủ trung bình (từ 3 – 5 điểm)
- Tuân thủ kém (< 3 điểm).

Tương tự, có 6 nội dung cần tuân thủ trong những ngày sau. Tuân thủ cao tương ứng mức ≥ 5 điểm, tuân thủ trung bình (3 – 4 điểm) và tuân thủ kém ≤ 2 điểm.

2.9. Xử lý, phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch sau đó được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Số liệu sau đó sẽ được xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata 15.0.

2.10. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Ban giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba Hà Nội. Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu đã được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $28,6 \pm 7,0$ (tuổi). Nữ giới chiếm đa số trong đối tượng nghiên cứu với 176 người (57,7%), số nam giới tham gia nghiên cứu là 129 người (42,3%).

Bảng 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nơi sống	Thành thị	242	79,3
	Nông thôn	63	20,7
Trình độ học vấn	THCS trở xuống	3	1,0
	THPT	42	13,8
	TC-CD-ĐH	240	78,7
	Sau ĐH	20	6,6
Công việc	Làm ruộng	1	0,3
	CBCNV	170	55,8

	Buôn bán/dịch vụ	64	21,0
	Nghỉ hưu	1	0,3
	Nghề khác	69	22,6
Chỉ số BMI	$< 18,5$	32	10,5
	18,5 - 22,9	215	70,5
	23 - 24,9	39	12,8
	≥ 25	19	6,2
Hút thuốc lá	Chưa bao giờ	246	80,7
	Đã từng	36	11,8
	Hiện đang hút	23	7,5
Uống rượu bia	Không bao giờ	154	50,5
	Thỉnh thoảng (dưới 1 lần/ tuần)	102	33,3
	Tương đối (từ 3 lần/ tuần)	48	15,7
	Thường xuyên (5-6 lần/ tuần)	1	0,3

Bảng 1 cho thấy đa số bệnh nhân sống ở khu vực thành thị (79,3%), trình độ học vấn Trung cấp – Đại học – Cao đẳng chiếm tỷ lệ lớn nhất 240 người (78,7%). Những người làm CBCNV chiếm quá nửa số người tham gia nghiên cứu (55,8%). Hơn 80% đối tượng nghiên cứu chưa bao giờ hút thuốc và hơn một nửa trong số họ (50,5%) chưa từng uống rượu.

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử nhổ răng số 8 mọc lệch

Đặc điểm	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử nhổ răng 8		
Chưa từng	256	83,9
Đã từng nhổ	49	16,1
Thời gian nhổ tính đến hiện tại		
< 6 tháng	15	30,6
≥ 6 tháng	34	69,4

Bảng 2 cho thấy đối tượng chưa từng nhổ răng 8 chiếm phần lớn 256 người (83,9%). Trong số những người dẫn hồ, hơn hai phần ba đã nhổ cách thời điểm lần này trên 6 tháng.

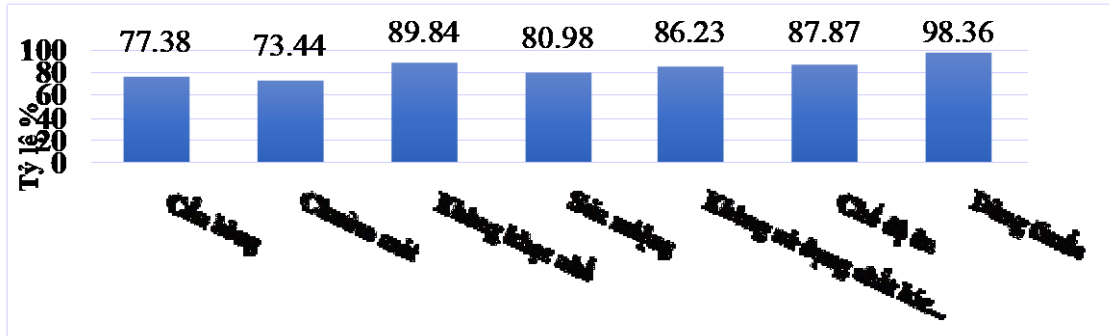
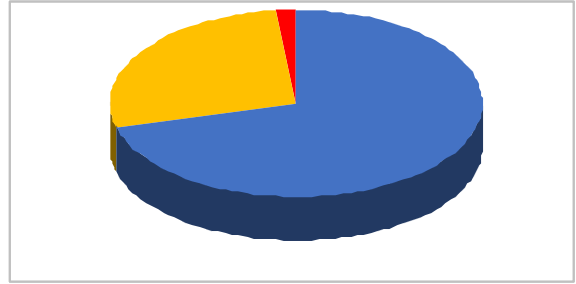
Bảng 3. Đặc điểm vị trí răng 8 mọc lệch và thời gian phẫu thuật

Đặc điểm	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí răng số 8 mọc lệch lần này		
Hàm Trên bên Phải	73	23,9
Hàm Trên bên Trái	97	31,8
Hàm Dưới bên Phải	204	66,9
Hàm Dưới bên Trái	178	58,4
Thời gian phẫu thuật (phút)		
Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn $37,3 \pm 14,0$		

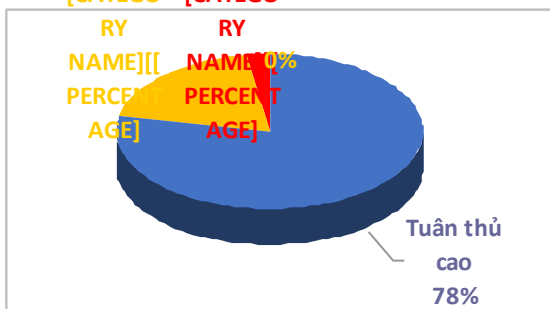
Bảng 3 cho thấy rằng hàm dưới mọc lệch phổ biến hơn răng hàm trên và thời gian phẫu thuật trung bình kéo dài $37,3 \pm 14,0$ phút. Thực trạng tuân thủ các nội dung tư vấn chăm sóc răng miệng sau phẫu thuật nhổ răng 8 mọc lệch

Biểu đồ 1. Tỷ lệ tuân thủ chung đối với tư vấn chăm sóc răng miệng trong ngày đầu tiên sau phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 1 cho thấy đa số bệnh nhân tuân thủ những tư vấn chăm sóc răng miệng trong ngày đầu tiên sau phẫu thuật (71%). Chỉ có 2% bệnh nhân thực hiện tuân thủ kém.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ tuân thủ theo từng nội dung tư vấn trong ngày đầu tiên

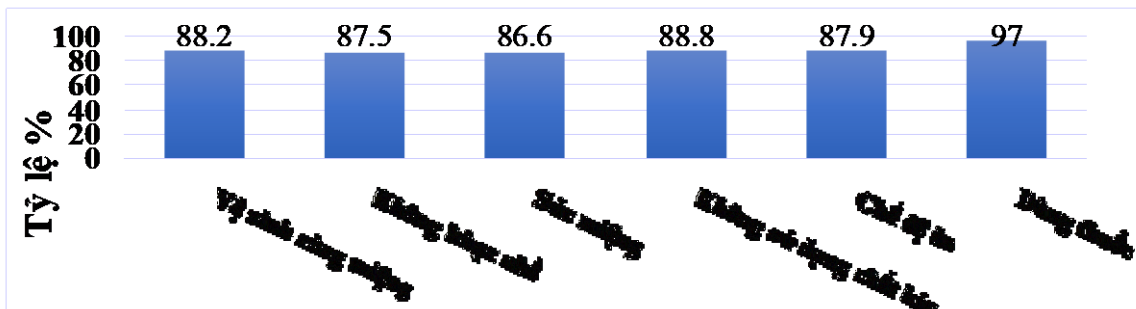


Biểu đồ 3. Tỷ lệ tuân thủ tư vấn chăm sóc răng miệng những ngày sau phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 2 cho thấy tất cả nội dung tư vấn đều được thực hiện bởi trên 70% bệnh nhân, trong đó việc dùng thuốc có tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ cao nhất (98,4%) còn tuân thủ chườm mát là thấp nhất, có 73,4% đối tượng thực hiện.

Biểu đồ 3 cho thấy đa số bệnh nhân tuân thủ những tư vấn chăm sóc răng miệng trong những ngày sau phẫu thuật (78%). Tuy nhiên còn 3% bệnh nhân thực hiện tuân thủ kém.

Biểu đồ 4 cho thấy tất cả nội dung tư vấn đều được thực hiện bởi trên 80% bệnh nhân, trong đó việc dùng thuốc có tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ cao nhất (97%) còn tuân thủ súc miệng là thấp nhất, có 86,6% đối tượng thực hiện.



Biểu đồ 4. Tỷ lệ tuân thủ theo từng nội dung tư vấn trong những ngày sau

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $28,6 \pm 7,0$ (tuổi). Nữ giới

chiếm đa số trong đối tượng nghiên cứu (57,7%), tỷ lệ nam giới là 42,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của Hoàng Việt Hải khi cho thấy đa số bệnh nhân trong nhóm 19-39

tuổi [6]. Ngược lại, tác giả Phạm Cao Phong báo cáo độ tuổi trung bình của bệnh nhân nhổ răng số 8 tại Bệnh viện Thanh Nhàn đa số là >40 tuổi [7]. Lứa tuổi là một trong những yếu tố quyết định chỉ định, tiên lượng và phẫu thuật. Những người trẻ tuổi có sức khoẻ tốt, xương ổ răng và răng chưa cốt hoá, răng chưa được khoáng hoá đầy đủ, do vậy việc mổ xương, chia cắt răng và bẫy răng được thực hiện dễ dàng hơn.

Hơn 80% đối tượng nghiên cứu chưa bao giờ hút thuốc và hơn một nửa trong số họ (50,5%) chưa từng uống rượu. Việc hút thuốc lá và sử dụng rượu bia là những yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ với chăm sóc răng miệng sau nhổ răng, nhất là các nội dung như cần bông, súc miệng... Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có hút thuốc và uống rượu bia là thấp.

Tỷ lệ đối tượng chưa từng nhổ răng 8 chiếm phần lớn với 83,9%. Trong số những người đã nhổ, hơn hai phần ba đã nhổ cách thời điểm lần này trên 6 tháng. Nhìn chung những người đã nhổ răng số 8 sẽ có khả năng tuân thủ cao hơn so với những người chưa nhổ răng lần nào. Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy rằng hàm dưới mọc lệch phổ biến hơn răng hàm trên và thời gian phẫu thuật trung bình kéo dài $37,3 \pm 14,0$ phút. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Phạm Cao Phong (2014) [7].

Thực trạng tuân thủ các nội dung tư vấn chăm sóc răng miệng. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm tìm hiểu thực trạng tuân thủ với các tư vấn chăm sóc răng miệng của bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ răng số 8 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cu Ba. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân tuân thủ những tư vấn chăm sóc răng miệng trong ngày đầu tiên sau phẫu thuật với 71%. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ trung bình là 27% và chỉ có 2% bệnh nhân thực hiện tuân thủ kém. Xét theo tỷ lệ tuân thủ theo từng nội dung, đa số các bệnh nhân đều tuân thủ với các nội dung cần thực hiện, với trên 70% bệnh nhân tuân thủ tất cả các nội dung. Trong đó, việc dùng thuốc có tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ cao nhất với 98,4% còn tuân thủ chườm mát là thấp nhất, có 73,4% đối tượng thực hiện. Như vậy, có thể thấy tỷ lệ tuân thủ của bệnh nhân ngay trong ngày nhổ răng là tương đối tốt. Tuy nhiên, có hai nội dung có tỷ lệ tuân thủ hơi thấp hơn đó là tuân thủ về cần bông và chườm mát. Trên thực tế, đây là hai nội dung bệnh nhân hay băn khoăn và lúng túng thực hiện. Trong quá trình khảo sát chúng tôi nhận thấy có một tỷ lệ nhất định bệnh nhân không tuân thủ về việc kiểm tra

và thay bông sau mỗi 2 giờ đến khi cầm máu hẳn. Đồng thời, cũng có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân không đáp ứng điều kiện chườm đá trong 4 – 6 giờ.

Trong những ngày sau nhổ răng, đa số bệnh nhân tuân thủ những tư vấn chăm sóc răng miệng trong với tỷ lệ tuân thủ tốt đạt 78%. Tất cả các nội dung tư vấn đều được thực hiện bởi trên 80% bệnh nhân, trong đó việc dùng thuốc có tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ cao nhất (97%) còn tuân thủ súc miệng là thấp nhất, có 86,6 % đối tượng thực hiện. Một tỷ lệ bệnh nhân còn chưa hiểu rõ về việc súc miệng, và thậm chí súc miệng bằng nước muối sinh lý. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự so với báo cáo của Alvira-González và cộng sự (2015) với tỷ lệ tuân thủ với các nội dung như tuân thủ dùng thuốc, chế độ ăn uống, không súc miệng mạnh,... đều đạt từ 80% trở lên [4]. Tác giả cũng chỉ ra rằng, các yếu tố như tuổi, giới, mức độ văn hoá xã hội... đều không có liên quan đến việc tuân thủ của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ với các lời tư vấn về chăm sóc răng miệng của bệnh nhân sau phẫu thuật nhổ răng số 8 mọc lệch là tương đối cao. Tuy nhiên, cần có những giải pháp về truyền thông giáo dục cho người bệnh để nâng cao tỷ lệ tuân thủ, đặc biệt một số nội dung như tuân thủ cần bông, chườm mát, súc miệng sau khi nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bouloux, G. F., Steed, M. B., và Perciaccante, V. J (2007). Complications of third molar surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin*, 19(1), 117–128.
2. Amena Alazzawi., Mohammed Ghazi., và Maia Jikia (2018). Complications During and After Extraction of Third Molar. *Cauc J Health Sci Public Health*, 2(June 2018).
3. Matijevic M., Uzarevic Z., Gvozdic V., và cộng sự. (2013). The influence of surgical experience, type of instructions given to patients and patient sex on postoperative pain intensity following lower wisdom tooth surgery. *Acta Clin Croat*, 52(1), 23–28.
4. Alvira-Gonzalez J., và Gay-Escoda C (2015). Compliance of postoperative instructions following the surgical extraction of impacted lower third molars: a randomized clinical trial. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 20(2), e224-230.
5. Ahmed, N., và Taneepanichskul, S (2008). Knowledge, attitude and practices of dengue fever prevention among people in Males', Maldives. *J Health Res*, 22, 33–37.
6. Hoàng Việt Hải (2016). Đặc điểm răng mọc ngầm và các biến chứng thường gặp. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, số 100(2), trang 65-71.
7. Phạm Cao Phong (2014). Những biến chứng hay gặp khôn hàm dưới mọc lệch ngầm. *Tạp chí Y học thực hành*, số 4/2014 (914), trang 59-60.

TẦM QUAN TRỌNG CỦA SAI SỐ TOÀN BỘ CHO PHÉP TRONG ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM DỰA TRÊN THANG SIGMA

Nguyễn Thị Phương Thúy*, Hoàng Mạnh Cường**,
Nguyễn Thị Bình Minh**, Nguyễn Thị Thu Hà*

TÓM TẮT

Six Sigma cung cấp một khung định lượng để đánh giá hiệu năng phương pháp trong các phòng xét nghiệm lâm sàng. Tuy nhiên, việc lựa chọn tiêu chuẩn sai số toàn bộ cho phép từ các nguồn tham khảo khác nhau có ảnh hưởng rất lớn đến hiệu năng của phương pháp xét nghiệm. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá chất lượng của một số xét nghiệm hóa sinh theo thang Sigma dựa trên tiêu chuẩn chất lượng nguồn Biến thiên sinh học và Hướng dẫn chương trình ngoại kiểm của CLIA, Hoa Kỳ. Khi sử dụng sai số toàn bộ cho phép (TEa) theo biến thiên sinh học có 9/18 xét nghiệm có giá trị Sigma nhỏ hơn 3. Trong khi đó, chỉ có 5/18 xét nghiệm có giá trị Sigma nhỏ hơn 3 khi sử dụng TEa theo CLIA. Việc lựa chọn TEa theo các nguồn khác nhau ảnh hưởng đến giá trị sigma của phương pháp xét nghiệm. Phòng xét nghiệm cần lựa chọn TEa để có thể đạt được và duy trì được hiệu năng phương pháp ở mức chấp nhận được, đồng thời chất lượng xét nghiệm đáp ứng với yêu cầu thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Six Sigma, Sai số toàn bộ cho phép (TEa), hiệu năng phương pháp, Biến thiên sinh học, CLIA.

SUMMARY

THE IMPORTANCE OF THE ALLOWABLE TOTAL ERROR IN ANALYTICAL QUALITY ASSESSMENT USING SIGMA METRICS

Six Sigma provides a quantitative framework for evaluating method performance in clinical laboratories. However, the selection of the total allowable error (TEa) from different sources greatly affects the test method performance. This study was carried out with the objective of assessing the quality of some biochemical tests based on Sigma scale with the TEa sources from Biological variation and CLIA, US. When using the TEa according to the biological variation, there were 9/18 tests that are less than 3 Sigma values. Meanwhile, only 2/18 tests have Sigma values less than 3 when using TEa from CLIA. The selection of TEa according to different sources affects the sigma value of the test method. The laboratory needs to select TEa to achieve and maintain acceptable method performance, and to assure the quality of test results to meet clinical practice requirements.

Key words: Six Sigma, Total allowable error (TEa), method performance, Biological variation, CLIA

*Trường đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện E Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Thúy

Email: nguyennphuongthuy.1508@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2019

Ngày duyệt bài: 4.9.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thực tế 60- 70% các quyết định trên lâm sàng dựa trên các kết quả xét nghiệm, do đó việc cung cấp các kết quả xét nghiệm không đúng sẽ dẫn đến chẩn đoán, điều trị bệnh không chính xác, có thể gây ra những hậu quả vô cùng nghiêm trọng và không thể khắc phục [1]. Chính vì vậy các phòng xét nghiệm cần phải thường xuyên đánh giá chất lượng kỹ thuật của xét nghiệm để đảm bảo các kết quả xét nghiệm có độ tin cậy cao. Six Sigma khởi xướng từ những năm 80 bởi Motorola, là một chiến lược quản lý nhằm cải thiện chất lượng đầu ra của quy trình bằng cách xác định và loại bỏ các nguyên nhân gây ra lỗi và giảm thiểu sự thay đổi [2],[3]. Six Sigma cung cấp một khung định lượng để đánh giá hiệu năng phương pháp trong các phòng xét nghiệm lâm sàng cho phép sử dụng phối hợp thông tin về độ chính xác và xác thực trong quá trình kiểm tra chất lượng xét nghiệm. Giá trị sigma cho biết tần suất các sai sót có khả năng xảy ra, giá trị sigma càng cao thì càng ít khả năng xuất hiện các sai sót.

Tại Việt Nam việc áp dụng thang Sigma trong đánh giá chất lượng xét nghiệm đã được báo cáo trong những năm gần đây. Tuy nhiên, để tính toán giá trị Sigma cần lựa chọn tiêu chuẩn sai số toàn bộ cho phép. Việc sử dụng các tiêu chuẩn khác nhau sẽ ảnh hưởng rất lớn đến việc đánh giá hiệu năng của phương pháp xét nghiệm. Làm thế nào để có thể lựa chọn tiêu chuẩn sai số toàn bộ cho phép một cách phù hợp với thực hành phòng xét nghiệm? Đây chính là một thách thức mà các phòng xét nghiệm phải đối mặt khi áp dụng sigma trong quản lý chất lượng xét nghiệm. Hiện có rất nhiều nguồn tiêu chuẩn tham khảo, trong đó 2 nguồn hay được sử dụng là theo Biến thiên sinh học (Biological variation) và Hướng dẫn chương trình ngoại kiểm (Proficiency Testing Guidelines) của CLIA Hoa Kỳ. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: "Đánh giá chất lượng của một số xét nghiệm hóa sinh theo thang Sigma dựa trên tiêu chuẩn chất lượng nguồn Biến thiên sinh học và Hướng dẫn chương trình ngoại kiểm của CLIA Hoa Kỳ."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chất liệu nghiên cứu và trang thiết bị sử

dụng. Mẫu chứng đông khô thương mại (chứng huyết thanh mức 1, mức 2) của Randox. Vật liệu ngoại kiểm chất lượng xét nghiệm hoá sinh thường quy Riquas của Randox. Hoá chất thuốc thử (chất chuẩn, thuốc thử) của hãng Beckman Coulter để thực hiện các xét nghiệm trên mẫu vật liệu kiểm tra chất lượng (mẫu chứng) và mẫu ngoại kiểm. Máy xét nghiệm hoá sinh tự động Cobas C501 của Roche.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu thực nghiệm trong phòng xét nghiệm

Mẫu nghiên cứu

+ Cỡ mẫu tính CV: toàn bộ dữ liệu nội kiểm trong 2 tháng

+ Cỡ mẫu tính Bias: kết quả ngoại kiểm của 2 tháng

Nghiên cứu lựa chọn các xét nghiệm hóa sinh thường quy được thực hiện trên hệ thống máy xét nghiệm Hóa sinh tự động. Các xét nghiệm được lựa chọn là: Urê, Creatinin, Glucose, Protein toàn phần, Albumin, Cholesterol, Na⁺, K⁺, Cl⁻, Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp, AST, ALT, GGT, LDH, CK, Triglycerid, Acid uric.

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10 và tháng 11 năm 2018 tại Khoa sinh hoá Bệnh viện E.

Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu

- Đánh giá độ chụm (precision): đánh giá dựa

trên hệ số biến thiên (CV) thu được qua nội kiểm trong 2 tháng.

- Đánh giá độ xác thực (accuracy):

+ Bias (%) từng tháng = (kết quả PXN - trung bình của các PXN sử dụng cùng phương pháp và thiết bị) x 100/ trung bình của các PXN sử dụng cùng phương pháp và thiết bị. Bias sử dụng là trung bình của bias kết quả ngoại kiểm của 2 tháng.

- Tính toán giá trị Sigma cho các phương pháp xét nghiệm dựa trên Sai số toàn bộ cho phép TEa (%), CV (%) và Bias (%).

$$TEa - Bias$$

$$Sigma = \frac{CV}{CV}$$

TEa được lấy từ hai nguồn: Biến thiên sinh học (Biological Variation) ở cấp độ mong muốn từ trang web: <https://www.westgard.com/biodatabase1.htm> và theo hướng dẫn của CLIA Hoa Kỳ từ trang web: <http://www.westgard.com/clia.htm>.

- **Phân tích và xử lý số liệu.** Số liệu được xử lý và tính toán bằng phần mềm Excel

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện vì mục đích khoa học. Vật liệu sử dụng là các mẫu QC và mẫu ngoại kiểm, không phải là các mẫu bệnh phẩm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Giá trị Sigma của các xét nghiệm trên máy C501 với TEa theo nguồn biến thiên sinh học

Xét nghiệm	TEa (%)	Bias (%)	QC mức 1		QC mức 2	
			CV (%)	Sigma	CV (%)	Sigma
Glucose (mmol/L)	6.96%	3.49%	1.20%	2.89	1.20%	2.89
Urê (mmol/L)	15.50%	3.13%	1.90%	6.51	2.00%	6.18
Creatinin (μmol/L)	8.87%	3.25%	1.60%	3.52	1.39%	4.04
Acid uric (μmol/L)	11.97%	0.86%	2.82%	3.94	2.47%	4.50
AST (U/L)	16.99%	3.58%	4.63%	2.90	4.02%	3.33
ALT (U/L)	27.48%	8.41%	2.78%	6.86	2.09%	9.13
GGT (U/L)	22.11%	6.71%	1.08%	14.25	1.19%	12.98
Bilirubin toàn phần (μmol/L)	26.94%	0.88%	2.75%	9.48	2.55%	10.22
Bilirubin trực tiếp (μmol/L)	44.50%	6.53%	2.19%	17.36	2.86%	13.28
Protein toàn phần (g/L)	3.63%	0.90%	1.25%	2.19	1.25%	2.19
Albumin (g/L)	4.07%	2.37%	2.57%	0.66	1.37%	1.24
Cholesterol (mmol/L)	9.01%	2.36%	3.10%	2.14	1.97%	3.37
Triglycerid (U/L)	25.99%	4.65%	2.80%	7.62	2.43%	8.79
HDL-C (mmol/L)	11.63%	13.74%	1.23%	-1.72	1.03%	-2.06
CK (U/L)	30.30%	3.31%	1.69%	16.01	1.23%	21.94
Natri (mmol/L)	0.73%	1.06%	2.85%	-0.12	1.63%	-0.20
Kali (mmol/L)	5.61%	0.95%	2.43%	1.92	1.87%	2.50
Clo (mmol/L)	1.50%	2.62%	2.23%	-0.50	1.38%	-0.82

Nhận xét: Còn nhiều xét nghiệm có giá trị Sigma nhỏ hơn 3 như Glucose, Protein toàn phần, Albumin, HDL-C, Natri, Kali, Clo ở cả 2 mức nồng độ và AST, Cholesterol ở mức QC 1 (9/18 xét nghiệm). Trong đó, có 3 xét nghiệm có giá trị Sigma âm: HDL-C, Natri, Clo.

Bảng 2. Giá trị Sigma của các xét nghiệm trên máy C501 với TEa theo CLIA

Xét nghiệm	TEa(%)	Bias (%)	QC mức 1		QC mức 2	
			CV (%)	Sigma	CV (%)	Sigma
Glucose (mmol/L)	10.00%	3.49%	1.20%	5.42	1.20%	5.42
Urê (mmol/L)	9.00%	3.13%	1.90%	3.09	2.00%	2.93
Creatinin (μmol/L)	15.00%	3.25%	1.60%	7.36	1.39%	8.43
Acid uric (μmol/L)	17.00%	0.86%	2.82%	5.72	2.47%	6.54
AST (U/L)	20.00%	3.58%	4.63%	3.55	4.02%	4.08
ALT (U/L)	20.00%	8.41%	2.78%	4.17	2.09%	5.55
GGT (U/L)	30.00%	6.71%	1.08%	21.56	1.19%	19.57
Bilirubin toàn phần (μmol/L)	20.00%	0.88%	2.75%	6.96	2.55%	7.50
Bilirubin trực tiếp (μmol/L)	20.00%	6.53%	2.19%	6.15	2.86%	4.71
Protein toàn phần (g/L)	10.00%	0.90%	1.25%	7.30	1.25%	7.28
Albumin (g/L)	10.00%	2.37%	2.57%	2.97	1.37%	5.57
Cholesterol (mmol/L)	10.00%	2.36%	3.10%	2.46	1.97%	3.87
Triglycerid (U/L)	25.00%	4.65%	2.80%	7.27	2.43%	8.38
HDL-C (mmol /L)	30.00%	13.74%	1.23%	13.27	1.03%	15.86
CK (U/L)	30.00%	3.31%	1.69%	15.83	1.23%	21.69
Natri (mmol/L)	4%	1.06%	2.85%	1.03	1.63%	1.8
Kali (mmol/L)	12%	0.95%	2.43%	4.55	1.87%	5.91
Clo (mmol/L)	5.00%	2.62%	2.23%	1.06	1.38%	1.73

Nhận xét: Số lượng xét nghiệm có giá trị Sigma < 3 khi sử dụng tổng sai số cho phép theo CLIA cũng giảm hẳn, chỉ còn 5/18 xét nghiệm: Ure, Albumin, Cholesterol, Natri, Clo. Không còn Sigma âm. Các xét nghiệm có giá trị Sigma thay đổi, trở lên ≥ 3 khi sử dụng TEa theo CLIA là: Glucose, AST, Protein toàn phần và Kali ở cả 2 mức QC.

IV. BÀN LUẬN

Kiểm soát chất lượng là nền tảng để đảm bảo tính chính xác và xác thực của quá trình phân tích, bao gồm hai chương trình cơ bản –ngoại kiểm (EQC) và nội kiểm (IQC) [5]. Chương trình ngoại kiểm được triển khai định kì hàng tháng, trong khi nội kiểm giúp đảm bảo giám sát liên tục hệ thống phân tích hàng ngày. Six Sigma cung cấp một khung định lượng hơn để đánh giá hiệu năng quá trình và tạo cơ sở khoa học để thiết kế một chiến lược QC phù hợp. Trong năm 2000 và 2001 tương ứng, Nevalainen et al. và Westgard là những người đầu tiên đánh giá hiệu suất của phòng thí nghiệm theo thang điểm Six Sigma [6,7]. Giá trị Sigma có thể được tính toán với tổng sai số cho phép (TEa%) đã biết, độ xác thực (Bias%) và độ chính xác (CV%) [7]. Nghiên cứu này được thực hiện trong phòng thí nghiệm hóa học lâm sàng của Bệnh viện E với mục tiêu Đánh giá chất lượng của một số xét nghiệm hóa sinh theo thang Sigma dựa trên tiêu chuẩn chất lượng nguồn Biến thiên sinh học và Hướng dẫn chương trình ngoại kiểm của CLIA Hoa Kỳ.

Kết quả từ bảng 1 thể hiện giá trị sigma của các xét nghiệm trên máy xét nghiệm hóa sinh C501. Các xét nghiệm có Sigma < 3 bao gồm các xét nghiệm Protein, Albumin, HDL-C, Natri, Kali, Clo, ở cả hai mức nồng độ, trong đó còn nhiều kết quả âm. Sở dĩ một số xét nghiệm có

giá trị sigma thấp như vậy do thống kê trong bảng này sử dụng tiêu chuẩn TEa dựa trên biến thiên sinh học. Theo kết quả bảng 2, nhận thấy khi sử dụng TEa theo hướng dẫn của CLIA có ít kết quả có Sigma < 3 hơn và không còn giá trị Sigma âm. Kết quả nghiên cứu này khá tương đồng với nghiên cứu của Koen Hens và cộng sự năm 2014 [4]. Điều đó chứng tỏ biến thiên sinh học của một số chất phân tích là rất nhỏ, do đó tiêu chuẩn hiệu năng phương pháp dựa trên biến thiên sinh học có thể là quá ngặt nghèo và khó có thể đạt được cho một số xét nghiệm. Nếu phòng xét nghiệm chỉ lấy tiêu chuẩn kiểm soát theo Biến thiên sinh học làm mục tiêu chất lượng thì sẽ vừa tổn kém nguồn nhân lực và vật lực cho kiểm tra chất lượng, trong khi hiệu năng chưa chắc đã đạt được, chẳng hạn như các xét nghiệm có biến thiên sinh học nhỏ như điện giải, Protein,... Có thể lấy ví dụ với xét nghiệm Glucose QC mức 1, Sigma tính theo biến thiên sinh học (TEa là 6,96%) là $\sigma = 2,89$, hiệu năng phương pháp là không chấp nhận được, nhưng khi tính theo CLIA với TEa là 10% thì $\sigma = 5,42$, đạt hiệu năng tốt. Koen Hens và cộng sự gợi ý có thể lựa chọn TEa từ nhiều nguồn khác nhau và phòng xét nghiệm có thể dựa trên kinh nghiệm thực tiễn về thực hành và chuyên môn để lựa chọn TEa cho phù hợp [4]. Theo kết quả nghiên cứu này, khi sử dụng TEa theo tiêu chuẩn

CLIA Hoa Kỳ thì các xét nghiệm: Albumin, HDL-C, Kali, Glucose, AST, Protein toàn phần, HDL-C và Kali hiệu năng đạt từ mức chấp nhận trở lên. Thực tế thực hành lâm sàng cũng cho thấy các xét nghiệm này cũng đáp ứng yêu cầu về chất lượng trong chẩn trị bệnh tại bệnh viện. Như vậy, lựa chọn TEa phù hợp với điều kiện thực tại phòng xét nghiệm, giúp duy trì hiệu năng phương pháp ở mức chấp nhận được, đảm bảo chất lượng xét nghiệm đáp ứng các yêu cầu lâm sàng là việc mà mỗi phòng xét nghiệm phải cân nhắc để đưa ra quyết định thích hợp.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu thu được, chúng tôi rút ra kết luận sau: việc lựa chọn TEa theo các nguồn khác nhau ảnh hưởng đến giá trị sigma của phương pháp xét nghiệm. Phòng xét nghiệm cần lựa chọn TEa để có thể đạt được và duy trì được hiệu năng phương pháp ở mức chấp nhận được và đáp ứng với yêu cầu thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Forsman R.W. (1996). Why is the laboratory an afterthought for managed care organizations?. Clin Chem, **42**(5), 813–816.
2. Adiga U.S., Preethika A., và Swathi K. (2015). Sigma metrics in clinical chemistry laboratory – A guide to quality control. **8**, 7.
3. Deachen Angmo, Dr. Suman Kant, và PEC University of technology (2015). Six Sigma Implementation in Healthcare Industry: Past, Present and Future. Int J Eng Res, **V4**(06), IJERTV4IS060950.
4. Hens K., Berth M., Armbruster D. và cộng sự. (2014). Sigma metrics used to assess analytical quality of clinical chemistry assays: importance of the allowable total error (TEa) target. Clin Chem Lab Med CCLM, **52**(7).
5. Nanda S.K. và Ray L. (2013). Quantitative application of sigma metrics in medical biochemistry. J Clin Diagn Res JCDR, **7**(12), 2689–2691.
6. Nevalainen D., Berte L., Kraft C. và cộng sự. (2000). Evaluating laboratory performance on quality indicators with the six sigma scale. Arch Pathol Lab Med, **124**(4), 516–519.
7. Westgard J.O. và Burnett R.W. (1990). Precision requirements for cost-effective operation of analytical processes. Clin Chem, **36**(9), 1629–1632.

BIẾN ĐỔI GIẢI PHẪU CUỐNG SỐNG CỘT SỐNG NGỰC VÀ THẮT LƯNG Ở BỆNH NHÂN VEO CỘT SỐNG VÔ CĂN TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH

Đậu Lê Thủy^{1,2}, Nguyễn Duy Hùng^{2,3}, Nguyễn Hoàng Long³, Vũ Hải Thanh³, Lê Thanh Dũng³, Nguyễn Duy Huế^{2,3}

TÓM TẮT

Mục đích: Sự hiểu biết về biến đổi giải phẫu của cuống sống rất quan trọng trong phẫu thuật chỉnh hình veo cột sống bằng cầu hình toàn vít qua cuống sống. Nghiên cứu này có mục đích chỉ ra các đặc điểm khác biệt về hình thái cuống sống ngực và thắt lưng trên bệnh nhân veo cột sống vô căn độ tuổi thanh thiếu niên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên nhóm 30 bệnh nhân (27 nữ, 3 nam, tuổi trung bình 14,2 tuổi) được chẩn đoán veo cột sống vô căn. Tất cả các bệnh nhân được chụp CLVT 64 dãy cột sống ngực và thắt lưng. Các số đo bao gồm chiều rộng trong và chiều rộng ngoài cuống sống, góc cuống sống trên mặt phẳng ngang, chiều dài dây cung cho mỗi bên cuống sống cột sống ngực và thắt lưng được thu thập. Kiểm định T-test ghép cặp được sử dụng để xác định sự khác biệt giữa bên lồi và

bên lõm của cuống sống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết quả:** 3840 số đo được thực hiện trên 960 cuống sống của 30 bệnh nhân. Chiều rộng ngoài và trong của cuống sống bên lõm nhỏ hơn bên lồi ở tất cả các mức đốt sống cột sống ngực. Góc cuống bên lõm lớn hơn bên lồi trừ đốt sống L4. Chiều dài dây cung lớn hơn ở bên lõm so với bên lồi với sai khác có ý nghĩa thống kê ở các đốt sống ngực T4 – T9 trừ đốt sống T6 và đốt sống thắt lưng từ L1-L4. **Kết luận:** Giải phẫu cuống sống ở các bệnh nhân veo cột sống có nhiều biến thể và đòi hỏi sự đánh giá cẩn trọng trước mổ bằng cắt lớp vi tính. Cuống sống bên lõm mỏng hơn, dài hơn và hướng vào trục đốt sống hơn, đặc biệt là ở đỉnh của đường cong veo, do đó nên lựa chọn những vít có đường kính nhỏ hơn và dài hơn cho bên lõm so với bên lồi đối với những đốt sống xung quanh đỉnh veo. Cần nhắc phương pháp bắt vít ngoài cuống đối với những cuống sống quá mỏng bên phía lõm của đường cong cột sống.

Từ khóa: veo cột sống vô căn tuổi thanh thiếu niên, cuống sống, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

ANATOMIC VARIANCE OF THORACIC AND LUMBAR PEDICLE IN ADOLESCENT IDIOPATHIC SCOLIOSIS: A COMPUTED TOMOGRAPHIC STUDY

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đậu Lê Thủy

Email: msthuyhu13@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 31.8.2019

Ngày duyệt bài: 11.9.2019

Purpose: The knowledge of the anatomic difference of pedicle is crucial for spinal fusion using pedicle screw in patients with adolescent idiopathic scoliosis. The purpose of this study was to point out the discriminating features of thoracolumbar pedicle morphometry in this patient group. **Materials and methods:** From October 2011 to April 2019, 30 patients with adolescent idiopathic scoliosis (27 females, 3 males, mean age 14.2 years) were included in this study. All patients underwent thoracolumbar 64-section multidetector CT scan. The measurements including inner and outer cortical pedicle width, pedicle length, transverse pedicle angle, the depth to anterior cortex on both the concave and the convex side were collected. The paired sample T-test was used to determine the difference between the concave and the convex side, with statistical significance at $p < 0.05$. **Results:** 3840 measurements were performed from 960 pedicles of 30 patients. The inner and outer cortical pedicle widths of the concave side were smaller than those of the convex side at all levels. The transverse pedicle angle of the concave side was greater than those of the convex side except at L4. The depth to the anterior cortex was greater on the concave side as compared to the convex side at all levels. **Conclusion:** Thoracic and lumbar pedicle anatomy of patients with adolescent idiopathic scoliosis showed the high individual variation that required a careful preoperative evaluation by CT scan. The pedicle of the concave side was thinner, longer and located more laterally than those of the convex side, particularly at the apex of scoliotic curve. Therefore, the smaller in diameter and greater in length of the screw should be chosen for the vertebrae of the concave side at this area. The in-out-in technique should be considered for the thinnest pedicles on the concave side.

Keywords: adolescent idiopathic scoliosis, pedicle, CT scan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Veo cột sống là bệnh biến dạng cột sống trong không gian ba chiều trong đó biến dạng cong sang bên trong mặt phẳng trán có góc Cobb trên 10° . Ngày nay phẫu thuật là phương pháp điều trị đem lại hiệu quả cao và được áp dụng ngày càng rộng rãi. Phẫu thuật đường sau với cấu hình toàn vít qua cuống sống được chứng minh là phương pháp đem lại hiệu quả nắn chỉnh tốt nhất cho đến hiện tại⁽¹⁾.

Để đạt được hiệu quả điều trị tốt thì phẫu thuật viên cần nắm rõ các biến thể của cuống sống ngực và thắt lưng ở bệnh nhân veo cột sống, từ đó lựa chọn kích thước vít và hướng bắt vít phù hợp cho từng cuống sống và tầng đốt sống để tránh các biến chứng lên thần kinh, mạch máu và các tạng xung quanh cột sống.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về giải phẫu cuống sống trên bệnh nhân veo cột sống vô căn và đưa đến một số kết luận chung như cuống sống bên lõm thì mỏng hơn và có chiều

sâu đến bờ trước đốt sống lớn hơn so với bên lồi, tuy nhiên vẫn tồn tại nhiều điểm mâu thuẫn và có sự biến thiên đáng kể về các số đo trung bình giữa các nghiên cứu⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về biến thể giải phẫu cuống sống ngực và thắt lưng ở bệnh nhân veo cột sống vô căn trước phẫu thuật, do đó nghiên cứu này có mục đích chỉ ra các đặc điểm khác biệt về hình thái cuống sống ngực và thắt lưng trên bệnh nhân veo cột sống vô căn độ tuổi thanh thiếu niên trên một nhóm bệnh nhân người Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

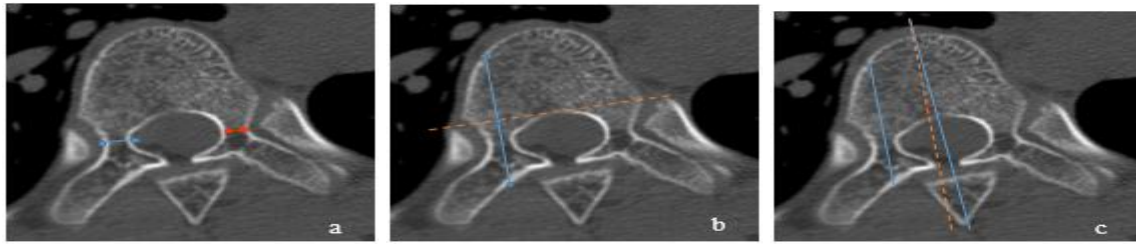
Chúng tôi tiến hành hồi cứu 30 trường hợp bệnh nhân veo cột sống vô căn độ tuổi thanh thiếu niên được phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức từ năm 2011 đến 2019. Các thông tin cơ bản bao gồm tuổi và giới. Góc Cobb và đốt sống đỉnh của các đường cong veo được xác định trên phim chụp Xquang tư thế thẳng sau – trước. Tất cả các bệnh nhân đều được chụp cắt lớp vi tính 64 dãy trước phẫu thuật từ đốt sống C7 đến đốt sống S1 với lát cắt 3mm và tái tạo 0,625mm. Dựng hình cuống sống đa mặt phẳng theo trục cuống sống trong từng mặt phẳng cho mỗi bên cuống sống các đốt sống từ T1 đến L4. Dựa theo nhu cầu của phẫu thuật, các số đo thu thập trong mặt phẳng ngang bao gồm:

- Chiều rộng trong và chiều rộng ngoài cuống sống: khoảng cách nhỏ nhất của cuống sống trong mặt phẳng ngang, với chiều rộng trong không bao gồm vỏ xương và chiều rộng ngoài bao gồm vỏ xương của cuống sống.
- Chiều dài dây cung: Khoảng cách giữa giao điểm của trục cuống sống với bờ trước thân đốt sống và bờ sau cuống sống.
- Góc cuống sống: Góc tạo bởi trục cuống sống và trục đốt sống. Trong đó trục đốt sống xác định bởi đường phân giác của góc tạo bởi 2 mảnh sống hoặc 2 dây chằng vàng ở ngang mức.

Quá trình đo đạc được thực hiện trên phần mềm CARESTREAM Vue PACS (Canada), với độ chính xác đến 0,01mm đối với công cụ đo chiều dài và $0,01^\circ$ đối với công cụ đo góc.

Sử dụng phép kiểm trung bình T-test ghép cặp để xác định sự có sự khác biệt các số đo của cuống sống bên lồi và bên lõm của đường cong khi giá trị $p < 0,05$.

- a. Chiều rộng ngoài cuống sống (bên phải)
Chiều rộng trong cuống sống (bên trái)
- b. Chiều dài dây cung cuống sống.
- c. Góc cuống sống.



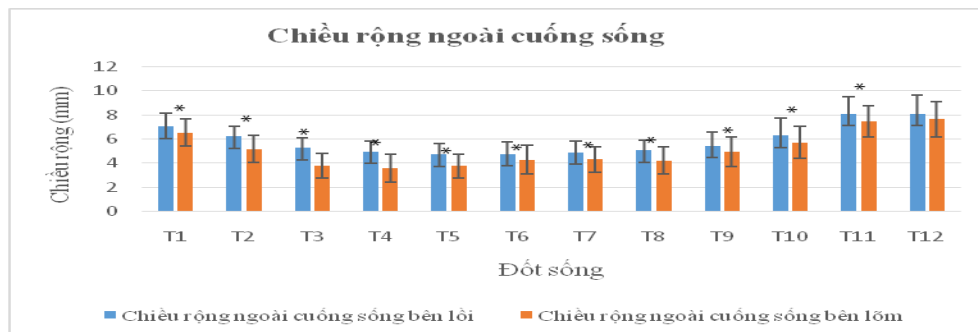
Hình 1 : Minh họa cách đo các kích thước cột sống

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 27 bệnh nhân nữ, 3 bệnh nhân nam, độ tuổi trung bình trước phẫu thuật là 14,2 tuổi (từ 10 đến 18 tuổi). Góc Cobb trung bình trước phẫu thuật là 57,6° (từ 42,5° đến 88,8°). Ở cột sống ngực, đốt sống đỉnh vẹo phân bố chủ yếu từ T7 tới T10 trong đó đốt sống đỉnh vẹo nằm ở đốt sống T8-T9 có 20 bệnh nhân chiếm 66,7% tổng số bệnh nhân. Trong đường cong thắt lưng đốt sống đỉnh vẹo chủ yếu tại L2 chiếm 77,8%. Theo phân loại Lenke có 20 bệnh nhân Lenke type 1, 2 bệnh nhân Lenke type 2, 3 bệnh nhân Lenke type 3, 2 bệnh nhân Lenke type 5, 3 bệnh nhân Lenke type 6. Các bệnh nhân có đường cong ngực hoặc ngực – thắt lưng vẹo phải trừ 2 trường hợp có đường cong ngực vẹo trái.

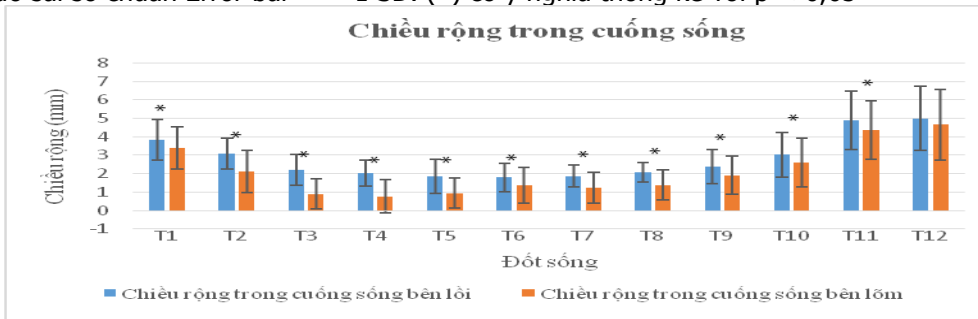
1. Chiều rộng cuống sống: Chiều rộng trong và chiều rộng ngoài cuống sống bên lồi lớn

hơn ở bên lõm ở tất cả các mức đốt sống ngực, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với các đốt sống từ T1 đến T11. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ở các đốt sống thắt lưng. Giá trị trung bình nhỏ nhất chiều rộng ngoài cuống sống ở bên lõm của đường cong tại các đốt sống T3, T4, T5 với các giá trị tương ứng là T3 : $3,77 \pm 1,05\text{mm}$, T4: $3,6 \pm 1,16\text{mm}$, T5: $3,77 \pm 0,99\text{mm}$ và ở bên lồi của đường cong tại đốt sống T4, T5, T6, T7 với các giá trị lần lượt là T4: $4,98 \pm 0,86\text{mm}$, T5: $4,72 \pm 0,91\text{mm}$, T6: $4,76 \pm 1,01\text{mm}$, T7: $4,91 \pm 0,96\text{mm}$. Giá trị trung bình lớn nhất của chiều rộng ngoài cuống sống đều nằm ở mức đốt sống L4 cho cả hai bên với bên lõm là $9,6 \pm 1,86\text{mm}$ và bên lồi là $9,95 \pm 2,01\text{mm}$. Chiều rộng trong và ngoài cuống sống có xu hướng giảm dần từ đốt sống T1 đến T4 sau đó tăng dần đến T12.



Biểu đồ 1. Chiều rộng ngoài cuống sống

Biểu đồ sai số chuẩn Error bar = ± 1 SD. (*) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$



Biểu đồ 2: Chiều rộng trong cuống sống

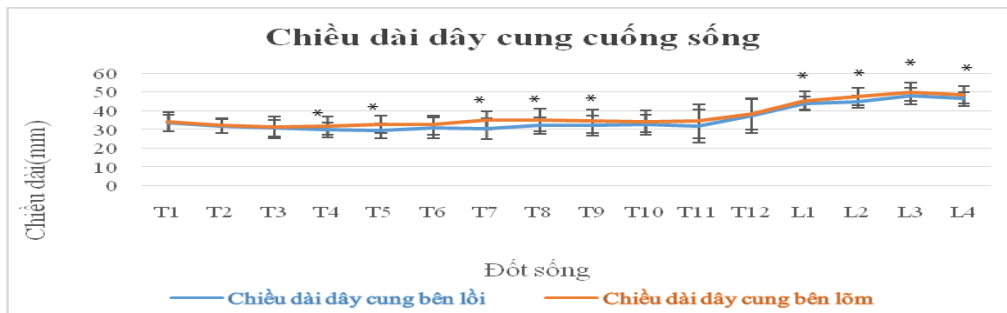
Biểu đồ sai số chuẩn Error bar = ± 1 SD. (*) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Có 49 cuống sống có chiều rộng trong là 0mm hay không có xương xấp, trong đó có 45 cuống nằm ở phía bên lõm của đường cong chiếm 91,8%, 38 cuống nằm trong khoảng từ T3 đến T6 ở cả bên lồi và bên lõm đường cong chiếm 77,6% tổng số cuống sống không có xương xấp.

2. Chiều dài dây cung. Chiều dài dây cung tương đương chiều sâu của cuống sống đến mặt trước thân đốt sống, có xu hướng giảm dần từ T1 đến T4-T5 và tăng dần đến đốt sống T12.

Chiều dài trung bình dây cung ngắn nhất tại T5 là 29,3mm và lớn nhất ở L3 là 50,1mm. 10,3% đốt sống ngực từ T2-T12 có chiều dài dây cung cuống sống bên lồi nhỏ hơn 25mm. 6,7% đốt sống thắt lưng có chiều dài dây cung cuống sống bên lồi nằm trong khoảng từ 35 đến dưới 40mm so với bên lõm là 4,2%.

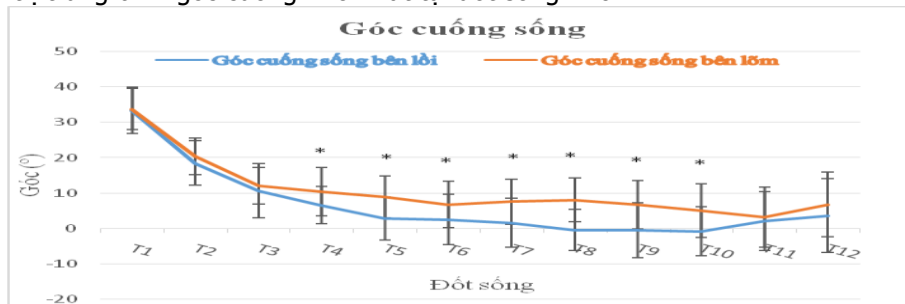
Chiều dài dây cung của cuống sống bên lõm lớn hơn ở bên lồi ở tất cả các mức đốt sống, trong đó sự sai khác có ý nghĩa thống kê ở các đốt sống T4, T5, T7, T8, T9 và ở cột sống thắt lưng.



Biểu đồ 3. Chiều dài dây cung cuống sống

Biểu đồ sai số chuẩn Error bar = ± 1 SD. (*) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

3. Góc cuống sống. Góc cuống sống ở cả bên lồi và bên lõm của đường cong đều có xu hướng giảm dần từ T1 đến T11 và tăng dần ở cột sống thắt lưng. Góc cuống sống trung bình bên lõm của đường cong thì lớn hơn bên lồi và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các mức đốt sống ngực từ T4 đến T10 và tại đốt sống thắt lưng L2. Xuất hiện các giá trị âm của góc cuống sống từ T5 đến T12 trong đó giá trị trung bình góc cuống nhỏ nhất tại đốt sống T10.



Biểu đồ 4. Góc cuống sống

Biểu đồ sai số chuẩn Error bar = ± 1 SD. (*) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Các nghiên cứu lâm sàng trên thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng đã chứng minh tính ưu việt của phẫu thuật chỉnh vẹo sử dụng vít cuống sống so với các phương pháp phẫu thuật trước đây. Đặc điểm giải phẫu quan trọng nhất liên quan đến lựa chọn kích thước vít cuống là chiều rộng của cuống sống trong mặt phẳng ngang. Những nghiên cứu trước đây sử dụng nhiều phương pháp đo đường kính cuống sống khác nhau trong đó điểm khác biệt cơ bản là cách lựa chọn mặt phẳng đo và xác định các mốc đo. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng

phương pháp đo tương tự tác giả Davis⁽⁴⁾ đến gần với giải phẫu thực sự của cuống sống hơn, thay vì một số cách đo dựa vào hướng bắt vít dự kiến hoặc lấy mặt phẳng đo chung cho một tầng đốt sống đi qua hai cuống sống. Ngoài ra chúng tôi nhận thấy ở các đường cong phục hồi tại cột sống ngực cao hoặc cột sống thắt lưng có hiện tượng xoay đốt sống tương tự như đường cong vẹo thực sự, do đó chúng tôi cũng tính là một đường cong và phân loại cuống sống thành bên lồi và bên lõm đường cong. Suk chứng minh rằng ở bệnh nhân độ tuổi thanh thiếu niên do đặc điểm xương đang phát triển mà cuống sống

có thể chịu được vít có đường kính lớn hơn chiều rộng cuống sống ngoài đến 1,15 lần⁽¹⁾. Dù vậy ở những cuống sống không có phần xương xốp thì không thể thực hiện bắt vít trong cuống được. Những cuống sống quá nhỏ với đường kính dưới 3mm khi tính cả độ giãn nở đến 1,15 lần theo nghiên cứu của Suk cũng không thể chịu được vít đường kính 3,5mm. Trong những trường hợp cuống quá nhỏ này phẫu thuật viên sẽ lựa chọn phương pháp bắt vít ngoài cuống theo kỹ thuật in-out-in hoặc không bắt vít.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng cuống sống bên lõi lớn hơn đáng kể so với bên lõm của đường cong vẹo từ đốt sống T1 đến đốt sống T11, tương tự như trong một số báo cáo trước đây⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾. Cuống sống từ đốt sống T3 đến đốt sống T9 có chiều rộng ngoài trung bình nhỏ nhất $3,6 \pm 1,16\text{mm}$, lớn nhất $5,44 \pm 1,17\text{mm}$. Trong khoảng T3-T9 cuống sống có thể chịu được vít đường kính 3,5mm tuy nhiên cần thận trọng với những cuống nằm trong khoảng T3-T6 là khoảng tồn tại những cuống sống không có phần xương xốp bên trong, đặc biệt ở bên lõm của đường cong từ T3-T5 có những cuống rất nhỏ với đường kính dưới 3mm. Điều này liên quan đến một thực tế là ở người bình thường cuống sống của các đốt sống từ T3-T6 là những cuống nhỏ nhất ở cột sống ngực⁽⁵⁾. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự nghiên cứu của Hu và cộng sự thấy rằng những cuống nhỏ nhất nằm ở mức T4-T5, tuy nhiên trong nghiên cứu của Hu những cuống này nằm ở bên lõi của đường cong, điều này có thể được giải thích do sự xác định bên lõi của đường cong tại cột sống ngực cao trong nghiên cứu của Hu⁽³⁾ chính là bên lõm của đường cong hồi phục trong nghiên cứu của chúng tôi.

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng đề xuất sử dụng vít đường kính 4mm cho các đốt sống đoạn ngực cao (T1,T2) và vít đường kính 4,5mm cho các đốt sống đoạn ngực thấp (từ T10-T12), tương tự kết quả của Davis⁽⁴⁾.

Kích thước quan trọng thứ hai là chiều dài dây cung cuống sống, tương ứng với chiều dài tối đa của vít mà không làm tổn thương bờ trước thân đốt sống. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Liljenqvist khi thấy rằng chiều dài dây cung ngắn nhất và dài nhất lần lượt quan sát được ở đốt sống T5 và đốt sống L3 với kích thước 29,3mm và 50mm so với của tác giả này là 37mm và 50mm⁽²⁾, trong khi nghiên cứu của Hu thấy rằng chiều dài dây cung ngắn nhất tại T1 là 32,4mm và tăng dần đến 54,3mm tại L3⁽³⁾. Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy rằng ở bên lõi của đường cong ngực trong khoảng T2-T12 có 10,3% số đốt sống không bắt

được vít dài từ 25mm, ở bên lõi đường cong cột sống thắt lưng có 6,7% số đốt sống không bắt được vít dài từ 40mm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chiều dài dây cung lớn hơn ở bên lõm so với bên lõi ở tất cả các mức đốt sống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại các đốt sống đỉnh vẹo và xung quanh đỉnh. Điều này cũng được ghi nhận bởi tác giả khác⁽⁴⁾ và được giải thích rằng do thân đốt sống bị biến dạng xoay về phía bên lõm của đường cong⁽²⁾.

Giải thuyết biến dạng do nội xoay bên trong thân đốt sống cũng đồng thời giải thích kết quả góc cuống sống bên lõm lớn hơn bên lõi của đường cong⁽²⁾. Trong nghiên cứu của chúng tôi điều này thể hiện ở tất cả các tầng đốt sống với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại các đốt sống ngực từ T4 đến T10 và tại đốt sống thắt lưng L2 là những đốt sống đỉnh vẹo và xung quanh đỉnh vẹo. Điều này tương đồng với kết quả của Davis và cộng sự⁽⁴⁾, tuy nhiên Liljenqvist không thấy sự khác biệt đáng kể giữa góc cuống bên lõi và bên lõm của đường cong ngoại trừ tại T8 và T12, góc cuống bên lõi lại lớn hơn bên lõm⁽²⁾. Điều này có thể được giải thích do cách xác định mặt phẳng đo và điểm bắt đầu của cuống sống của Liljenqvist khác với nghiên cứu của chúng tôi và Davis. Sự biến thiên góc cuống sống ở bệnh nhân vẹo cột sống vô căn cũng tương tự như ở người bình thường là giảm dần từ T1 về 0° hoặc giá trị âm tại T11-T12⁽⁵⁾ và tăng dần ở cột sống thắt lưng tương tự như nghiên cứu của Liljenqvist và Hu⁽²⁾⁽³⁾. Giá trị âm của góc cuống sống thể hiện sự xoay ngoài của cuống sống so với trục đốt sống về mặt giải phẫu, trên thực tế không sử dụng làm hướng bắt vít vì vít cuống sống luôn phải hướng vào trong thân đốt sống. Trong những trường hợp xuất hiện góc cuống sống âm, một vít có đường kính nhỏ hơn đường kính giải phẫu hoặc kỹ thuật bắt vít ngoài cuống nên được cân nhắc.

V. KẾT LUẬN

Giải phẫu cuống sống ở các bệnh nhân vẹo cột sống có nhiều biến thể và đòi hỏi sự đánh giá cẩn trọng trước mổ bằng cắt lớp vi tính. Cuống sống bên lõm mỏng hơn, dài hơn và hướng vào trục đốt sống hơn, đặc biệt là ở đỉnh của đường cong vẹo, do đó nên lựa chọn những vít có đường kính nhỏ hơn và dài hơn cho bên lõm so với bên lõi đối với những đốt sống xung quanh đỉnh vẹo. Cần nhắc phương pháp bắt vít ngoài cuống đối với những cuống sống quá mỏng bên phía lõm của đường cong cột sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Suk S.I., Lee C.K., Kim W.J. et al. (1995). Segmental pedicle screw fixation in the treatment

- of thoracic idiopathic scoliosis. *Spine*, **20**(12), 1399–1405.
2. **Liljenqvist U.R., Link T.M., Halm H.F. (2000).** Morphometric analysis of thoracic and lumbar vertebrae in idiopathic scoliosis. *Spine*, **25**(10), 1247–1253.
 3. **Hu X., Siemionow K.B., Lieberman I.H. (2014).** Thoracic and lumbar vertebrae morphology in Lenke type 1 female adolescent idiopathic scoliosis patients. *Int J Spine Surg*, **8**, 30.
 4. **Davis C.M., Grant C.A., Percy M.J. et al. (2017).** Is There Asymmetry Between the Concave and Convex Pedicles in Adolescent Idiopathic Scoliosis? A CT Investigation. *Clin Orthop Relat Res*, **475**(3), 884–893.
 5. **Zheng C., Huang Q., Hu Y. et al. (2009).** Computed tomographic morphometry of thoracic pedicles: safety pedicle parameter measurement of the Chinese immature thoracic spine. *Int Orthop*, **33**(6), 1663–1668.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ARV DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV Ở CẶP VỢ/CHỒNG CÓ MỘT NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS TẠI ĐIỆN BIÊN VÀ CẦN THƠ

Đoàn Văn Việt*, Nguyễn Thanh Long**, Nguyễn Văn Hưng***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị ARV dự phòng lây nhiễm HIV ở cặp vợ/chồng có một người nhiễm HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú ở Điện Biên và Cần Thơ (2013-2019). **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang và can thiệp cộng đồng. **Kết quả:** Đối với người nhiễm HIV/AIDS: Sau điều trị, giá trị trung vị của CD4 đều tăng lên rõ rệt ở các thời điểm 6, 12 và 60 tháng (457; 445 và 503 tế bào/μl), so với trước can thiệp (374 tế bào/μl). Hiệu quả làm tăng tế bào CD4 sau can thiệp 6, 12 và 60 tháng (+27,6%; +25,0% và +47,2%). Hiệu quả làm giảm nguy cơ nhiễm trùng cơ hội sau 6, 12 và 60 tháng (-16,2%; -9,8% và -29,8%). Tổng mức nguy cơ (tổng các trường hợp có tải lượng vi rút HIV từ 200 copy trở lên) giảm rõ rệt ở các thời điểm 3, 12 và 60 tháng điều trị. Hiệu quả làm giảm tải lượng vi rút HIV sau 3, 12 và 60 tháng điều trị (-75,1%; -87,1% và -98,3%). Ước lượng xác suất lây nhiễm HIV tích lũy từ người nhiễm HIV cho vợ hoặc chồng của họ theo thời gian sau 3, 6, 12 và 60 tháng (1,65%; 1,69%; 1,68%; 3,28%). **Kết luận:** Đối với người nhiễm HIV/AIDS: Tăng tế bào CD4 lên rõ rệt, tổng mức nguy cơ nhiễm trùng cơ hội giảm. Hiệu quả giảm nguy cơ nhiễm trùng cơ hội và giảm tải lượng vi rút HIV ở các thời điểm sau điều trị. Xác suất lây nhiễm HIV tích lũy từ người nhiễm HIV cho vợ hoặc chồng (1,65 – 3,28%).

Từ khóa: Hiệu quả, điều trị ARV, dự phòng, lây nhiễm HIV, cặp vợ/chồng.

SUMMARY

THE EFFECT OF ARV TREATMENT FOR HIV PREVENTION IN A COUPLE WITH AN HIV/AIDS-INFECTED PERSON IN DIEN BIEN AND CAN THO

*Trung tâm Y tế quận Hoàn Kiếm - Sở Y tế Hà Nội.

**Ban tuyên giáo Trung ương.

***Học viện quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Văn Việt

Email: drviet67@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2019

Ngày duyệt bài: 30.8.2019

Objective: To evaluate the effectiveness of ARV treatment for the prevention of HIV transmission in serodifferent couples at outpatient clinics in Dien Bien and Can Tho (2013-2019). **Method:** Descriptive cross-sectional study and public ARV treatment interventions for HIV-infected people and assess the effectiveness of this intervention. **Results:** For people with HIV/AIDS: After treatment, the median value of CD4 was increased markedly at 6, 12 and 60 months (457, 445 and 503 cells/μl respectively), compared with pre-intervention (374 cells/μl). The effect of increasing CD4 cells after intervention 6, 12 and 60 months (+27.6%; +25.0% and +47.2% respectively). The effect of reducing the risk of opportunistic infections after 6, 12 and 60 months of treatment was -16.2%, -9.8% and 29.8% respectively. The total risk level (total cases with HIV viral load from 200 copies or more) was significantly reduced at 3, 12 and 60 months of treatment. The effect of reducing HIV viral load after 3, 12 and 60 months of treatment (-75.1%, -86.7% and -98.3%). Estimating the probability of HIV infection accumulated from HIV-infected people for their spouse after 3, 6, 12 and 60 months (1.65%, 1.69%, 1.68%, 3.28%). **Conclusion:** With HIV/AIDS-infected people: There was a marked increase in CD4 cells, the total risk of opportunistic infections decreased. The effect of reducing the risk of opportunistic infections and reducing HIV viral load at the post-treatment. The probability of HIV infection accumulating from HIV-infected people for spouse was about (1.65% - 3.28%).

Keywords: Effect, ARV treatment, prevention, HIV infection, spouses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thập kỷ qua, một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc điều trị HIV không những cải thiện đáng kể sức khỏe, chất lượng sống và tuổi thọ của người có HIV mà còn có vai trò dự phòng lây truyền HIV qua đường tình dục, điều này làm thay đổi cục diện phòng chống HIV [1],[2],[3],[4]. Năm 2011, kết quả nghiên cứu 052 (HPTN) cho thấy khi áp dụng điều trị ARV sớm, tỷ lệ lây truyền HIV qua đường tình dục giảm 96,4%[1]. Năm 2016, kết quả nghiên cứu

PARTNER thực hiện trên 1.166 cặp dị nhiễm HIV tại 14 nước châu Âu (từ 2010 – 2014) ở các cặp quan hệ tình dục khác giới và đồng tính nam không sử dụng bao cao su hoặc không sử dụng thuốc dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP). Khi bạn tình nhiễm có tải lượng HIV <200 copy/ml máu, cho thấy không có trường hợp nào lây HIV từ bạn tình của họ [5]. Một nghiên cứu khác thực hiện trên 358 cặp dị nhiễm HIV ở Úc, Brazil và Thái Lan từ năm 2012, trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới, kết quả không có trường hợp nào bị lây nhiễm HIV từ bạn tình nhiễm HIV khi họ có tải lượng HIV <200 copy/ml mặc dù họ không dùng bao cao su hay PrEP [6].

Việt Nam đã thành công trong mở rộng các can thiệp dự phòng và giảm tác hại HIV tập trung vào các nhóm nguy cơ cao (người nghiện chích ma túy, nam quan hệ tình dục đồng giới và phụ nữ bán dâm). Thời gian gần đây, bạn tình của người nghiện chích ma túy được coi là quần thể có nguy cơ cao mới. Việc gia tăng các trường hợp phụ nữ nhiễm HIV mới được báo cáo đã phản ánh sự lây truyền HIV từ nam giới có hành vi nguy cơ cao sang bạn tình [7]. Tuy nhiên, chưa có các nghiên cứu sâu và đầy đủ về hiệu quả điều trị ARV trong dự phòng lây nhiễm HIV ở các cặp vợ/chồng có một người nhiễm HIV. Mục tiêu nghiên cứu: *"Đánh giá hiệu quả điều trị ARV dự phòng lây nhiễm HIV ở cặp vợ/chồng có một người nhiễm HIV/AIDS được quản lý tại phòng khám ngoại trú ở Điện Biên và Cần Thơ (2013 - 2019)"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu. Các cặp vợ/chồng có một người nhiễm HIV tự nguyện được tư vấn, xét nghiệm HIV và điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú ở Điện Biên, Cần Thơ. Thời gian nghiên cứu từ 2013 đến 2019.

2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang, can thiệp cộng đồng (đánh giá so sánh trước – sau).

- *Cỡ mẫu và chọn mẫu:* Chọn 134 cặp vợ/chồng có một người nhiễm HIV đã tham gia nghiên cứu ở giai đoạn 1 (Điện Biên: 98 cặp, Cần Thơ: 36 cặp).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Hiệu quả điều trị ARV cho người nhiễm HIV/AIDS

Bảng 1: Mức độ tuân thủ điều trị bằng ARV ở người nhiễm HIV/AIDS tại các thời điểm 3, 6, 12 và 60 tháng (tính chung 2 tỉnh)

Mức tuân thủ điều trị	T3(n=117)		T6(n=101)		T12(n=104)		T60(n=57)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Dưới 90%	-		-		-		-	
Tuân thủ 90%	2	1,7	2	2,0	-	-	2	3,5

- *Các hoạt động can thiệp:* Các cặp vợ/chồng được tư vấn xét nghiệm tự nguyện; Hướng dẫn quy trình điều trị ARV và tuân thủ điều trị; Giám sát tuân thủ điều trị ARV; Theo dõi, chăm sóc, hỗ trợ người bệnh. (Quy trình điều trị ARV thực hiện theo hướng dẫn quốc gia).

- Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu:

+ Phỏng vấn trực tiếp các cặp vợ/chồng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi chuẩn bị trước.

+ Xét nghiệm máu: Đối với người nhiễm HIV: định lượng tế bào CD4, xét nghiệm tải lượng vi rút HIV. Xét nghiệm HIV ở mỗi thời điểm đánh giá cho vợ hoặc chồng HIV âm tính. Các thời điểm lấy mẫu máu xét nghiệm: Trước can thiệp (T0), sau điều trị/theo dõi: 3 tháng (T3), 6 tháng (T6), 12 tháng (T12), 60 tháng (T60). Xác định nhiễm HIV dựa vào hướng dẫn quốc gia, mẫu máu được xét nghiệm bằng Test nhanh, sau đó được khẳng định lại bằng Test EIA và Test Murex HIV Ag/Ab. Xét nghiệm định lượng tế bào CD4 được thực hiện tại phòng xét nghiệm của hai tỉnh (Điện Biên, Cần Thơ). Xét nghiệm tải lượng vi rút được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai và Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh.

- *Các chỉ số đánh giá:* Phân mức tế bào CD4/ μ l ở các thời điểm T0, T6, T12, T60 theo các mức độ nguy cơ và tổng mức nguy cơ. Các chỉ tiêu về số lượng tế bào CD4: Min; Max; Median; SD; SE; Trung bình (95%CI). Phân mức tải lượng vi rút (copy/ml) ở các thời điểm: T0, T3, T12, T60 theo hướng dẫn quốc gia; Hiệu quả làm giảm tải lượng vi rút so với T0. Hiệu quả giảm tải lượng vi rút so với T0. Ước lượng xác suất lây nhiễm HIV ở vợ hoặc chồng HIV âm tính theo thời gian (T3, T6 và T60).

- *Xử lý và phân tích số liệu:* Số liệu được nhập vào máy tính với phần mềm Epi Data 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 11.5. Sử dụng các Test thống kê để so sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ.

- *Đạo đức nghiên cứu:* Nghiên cứu được thông qua tại Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế Công cộng. Bản đồng ý tham gia tư vấn xét nghiệm HIV được xây dựng theo hướng dẫn quốc gia. Bản đồng ý tham gia điều trị ARV được cả 2 vợ/chồng dị nhiễm HIV chấp thuận.

Tuần thủ 100%	115	98,3	99	98,0	104	100,0	55	96,5
Cộng	117	100,0	101	100,0	104	100,0	57	100,0

Sau can thiệp 3 tháng (T3), 6 tháng (T6), 12 tháng (T12) và 60 tháng (T60), gần 100% đối tượng nhiễm HIV tuân thủ điều trị tốt.

Bảng 2: Phân mức tế bào CD4 trên đối tượng HIV/AIDS(+) trước và sau can thiệp 6, 12 và 60 tháng (tính chung 2 tỉnh)

Phân mức CD4/ μ l	T0 (n=133) (0)		T6 (n=115) (1)		T12 (n=105) (2)		T60 (n=61)(3)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Nguy hiểm (< 100)	28	21,1	9	7,8	4	3,8	-	-
(McNemar test, p)	$p_{(0-1)} < 0,05$;		$p_{(0-2)} < 0,05$					
Nguy cơ rất cao (100 - < 350)	35	26,3	36	31,3	31	29,5	3	20,0
(McNemar test, p)	$p_{(0-1)} > 0,05$;		$p_{(0-2)} > 0,05$;		$p_{(0-3)} > 0,05$			
Nguy cơ cao (350 - < 500)	24	18,0	18	15,7	27	25,7	4	26,7
(McNemar test, p)	$p_{(0-1)} > 0,05$;		$p_{(0-2)} < 0,05$;		$p_{(0-3)} < 0,05$			
Không hoặc ít nguy cơ (≥ 500)	46	34,6	52	45,2	43	41,0	8	53,3
(McNemar test, p)	$p_{(0-1)} < 0,05$;		$p_{(0-2)} > 0,05$;		$p_{(0-3)} < 0,05$			
Cộng	133	100,0	115	100,0	105	100,0	15	100,0
Tổng mức nguy cơ (< 500)	87	65,4	63	54,8	62	59,0	7	46,7
Hiệu quả làm giảm nguy cơ so với trước can thiệp (T0)			- 15,6%		- 9,1%		- 28,1%	

Hiệu quả giảm nguy cơ nhiễm trùng cơ hội sau can thiệp (T6, T12 và T60), tương ứng (-15,6%; -9,1% và -28,1%).

Bảng 3: Số tế bào CD4 trên đối tượng HIV/AIDS(+) trước và sau can thiệp 6, 12 và 60 tháng (tính chung 2 tỉnh)

Chỉ tiêu	T0 (n=134) (0)	T6 (n=115) (1)	T12 (n=105) (2)	T60 (n=15) (3)
Min	1	31	26	146
Max	1.308	1.672	1.316	1.051
Median	374	457	445	503
SD	277,1	322,5	268,4	270,8
SE	24,1	30,1	26,2	69,9
Trung bình	384,9	491,1	481,2	566,4
(95%CI của trung bình)	(337,4-432,5)	(432,1-550,1)	(429,8-532,6)	(416,4-716,4)
(Wilcoxon test, p)	p(0-1) <0,05; p(0-2) <0,05; p(0-3) <0,05			
Hiệu quả làm tăng CD4 so với T0		+ 27,6%	+ 25,0%	+ 47,2%

Hiệu quả tăng tế bào CD4 sau can thiệp: T6 (+27,6%), T12 (+25,0%) và T60 (+47,2%).

Bảng 4: Phân mức tải lượng vi rút HIV trước và sau can thiệp 3; 12 và 60 tháng (tính chung 2 tỉnh)

Phân mức tải lượng vi rút HIV (copy/ml)	T0 (n=127) (0)		T3 (n=118) (1)		T12 (n=106) (2)		T60 (n=61)(3)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Không phát hiện, rất tốt (<20)	4	3,1	53	44,9	82	77,4	56	91,8
(McNemar test, p)	$p_{(0-1)} < 0,05$;		$p_{(0-2)} < 0,05$;		$p_{(0-3)} < 0,05$			
Tốt (20 - <200)	2	1,6	37	31,4	11	10,4	4	6,6
(McNemar test, p)	$p_{(0-1)} < 0,05$;		$p_{(0-2)} < 0,05$;		$p_{(0-3)} > 0,05$			
Nguy cơ cao (200 - <1000)	4	3,1	23	19,5	7	6,6	0	-
Nguy cơ rất cao (1000 - <100.000)	66	52,0	4	3,4	5	4,7	1	1,6
(McNemar test, p)	$p_{(0-1)} < 0,05$;		$p_{(0-2)} < 0,05$;		$p_{(0-3)} < 0,05$			
Rất nguy hiểm (≥ 100.000)	51	40,2	1	0,8	1	0,9	0	-
(McNemar test, p)	$p_{(0-1)} < 0,05$;		$p_{(0-2)} < 0,05$		$p_{(0-3)} < 0,05$			
Cộng	127	100,0	118	100,0	106	100,0	61	100,0
Mức tốt (<200)	6	4,7	90	76,3	93	87,7	60	98,4

Mức nguy cơ (≥ 200)	121	95,3	28	23,7	13	12,3	1	1,6
(McNemar test, p)	$p_{(0-1)} < 0,05$;		$p_{(0-2)} < 0,05$;		$p_{(0-3)} < 0,05$			
Hiệu quả làm giảm mức nguy cơ so với T0			- 75,1%		- 86,7%		- 98,3%	

Hiệu quả giảm tải lượng vi rút HIV ở các thời điểm T3 (-75,1%); T12 (-86,7%); T60 (-98,3%).

Bảng 5: Tải lượng vi rút HIV trước và sau can thiệp 3; 12 và 60 tháng (tính chung 2 tỉnh)

Chỉ tiêu	T0 (n = 123)(0)	T3 (n = 65)(1)	T12 (n = 24)(2)	T60 (n = 5)(3)
Min	50	22	26	23
Max	5.850.000	133.000	150.000	1.063
Median	67.700	124	371	41
SD	840.707,4	20.295,1	30.834,1	456,1
SE	76.825,2	2.517,3	6.293,9	203,9
Trung bình	355.037,9	3.824,6	8.023,8	248,6
(Wilcoxon test, p).	p(0-1) <0,05; p(0-2) <0,05; p(0-3) <0,05			
Hiệu quả làm giảm tải lượng vi rút so với T0		- 98,9%	- 97,7%	- 99,9%

Hiệu quả giảm tải lượng vi rút HIV ở các thời điểm T3 (-98,9%); T12 (-97,7%) và T60 (-99,9%).

2. Hiệu quả dự phòng lây nhiễm cho vợ hoặc chồng của người nhiễm HIV

Bảng 6: Xác suất lây nhiễm HIV cho vợ/chồng theo thời gian ở các thời điểm 3, 6, 12 và 60 tháng sau can thiệp (tính chung 2 tỉnh)

Chỉ số	T3 (n=121)	T6 (n=118)	T12(n=119)	T60(n=61)
Số lây nhiễm HIV tích lũy	2	2	2	2
Số vợ/chồng của người nhiễm HIV theo dõi được	121	118	119	61
Xác suất lây nhiễm HIV tích lũy cho vợ/chồng của người nhiễm HIV (%)	1,65	1,69	1,68	3,28

Sau 3 tháng can thiệp (T3), số bị lây nhiễm HIV là 02 trường hợp. Thời điểm T6, T12 và T60 không có thêm trường hợp mới bị lây nhiễm HIV.

IV. BÀN LUẬN

- Về tế bào CD4: Trước khi can thiệp, tỷ lệ đối tượng nhiễm HIV có CD4 < 350 tế bào/ μ l là 47%. Đây được xem là những đối tượng có đủ tiêu chuẩn điều trị ARV (theo Hướng dẫn Quốc gia). Số đối tượng còn lại, 17,9% có CD4 350 - < 500 tế bào/ μ l và 35,1% có CD4 ≥ 500 / μ l. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này tất cả các đối tượng đều được điều trị ARV mà không phụ thuộc số lượng tế bào CD4. Sau điều trị 6 (T6), 12 (T12) và 60 (T60) tháng, tỷ lệ đối tượng có tế bào CD4 < 350 / μ l đều giảm xuống rõ rệt ở các thời điểm tương ứng là 39,1%; 33,3% và 20%. Hiệu quả tăng tế bào CD4 sau can thiệp (T6: +27,6%; T12: +25% và T60: +47,2%). Như vậy, sức đề kháng của người nhiễm HIV sau điều trị đã tăng lên rõ rệt.

- Về tải lượng vi rút: Trước can thiệp (T0), tỷ lệ đối tượng có mức tải lượng vi rút < 200 copy/ml là 4,7%. Sau can thiệp (T3, T12 và T60), tỷ lệ có mức tải lượng vi rút < 200 copy/ml đã tăng lên rất cao và có ý nghĩa thống kê so với trước can thiệp; ($p < 0,05$). Giá trị trung vị giảm rất mạnh, từ 67.700 copy/ml ở thời điểm T0, đến thời điểm T3, T12 và T60, giá trị này chỉ còn lần lượt: 124, 371 và 41 copy/ml. Giá trị trung bình

cộng tải lượng vi rút sau can thiệp cũng giảm rất mạnh ở các thời điểm T3, T12 và T60 so với T0 là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Như vậy, giá trị trung vị và giá trị trung bình về tải lượng vi rút thực sự giảm mạnh gần sát với mức < 200 copy/ml là sau 60 tháng điều trị. Hiệu quả giảm tải lượng vi rút ở các thời điểm T3; T12; T60 so với T0 đạt được rất cao (-98,9%; -97,7%; -99,9%).

Các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy điều trị ARV sớm có thể đạt mức tải lượng HIV < 200 copy/ml giúp dự phòng lây nhiễm HIV trong quan hệ tình dục khác giới hay đồng giới không dùng bao cao su hay PrEP. Khi người bệnh tuân thủ điều trị sẽ đạt và duy trì tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện (< 20 copy/ml) sẽ thực sự không có nguy cơ lây truyền HIV sang bạn tình HIV âm tính [1], [5], [6].

Trong thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên HPTN 052 cho thấy 60% các trường hợp lây nhiễm liên quan đến HIV có tải lượng vi rút HIV ban đầu lớn hơn 10.000 copy/ml. Điều này cho thấy mối liên quan mật thiết giữa việc lây nhiễm HIV và tải lượng vi rút HIV và cứ mỗi đơn vị tăng trong log (10) tải lượng vi rút, nguy cơ lây truyền HIV tăng gấp 1,96 lần (95% CI 1.17-3.27) trong các cặp

bạn tình dục nhiễm [1]. WHO đã định nghĩa: "Phương pháp dự phòng HIV bằng cách điều trị ARV cho người nhiễm HIV nhằm làm giảm nguy cơ lây nhiễm và không phụ thuộc vào số tế bào CD4". Tuy nhiên, việc điều trị ARV sớm cho người nhiễm HIV với mục đích dự phòng sẽ gây tốn kém hơn, đòi hỏi nhiều cải thiện trong điều hành và tổ chức triển khai việc điều trị ARV suốt đời cho một quần thể lớn hơn.

- Về hiệu quả dự phòng lây nhiễm HIV: Duy nhất chỉ có 2 trường hợp phát hiện có HIV dương tính ở thời điểm sau 3 tháng can thiệp (T3). Ở các thời điểm không có thêm trường hợp nào bị lây nhiễm. Như vậy, ước lượng xác suất lây nhiễm HIV tích lũy từ người nhiễm HIV sang vợ hoặc chồng âm tính với HIV thời gian: T3 (1,65%); T6 (1,69%); T12 (1,68%) và T60 (3,28%). Cả hai trường hợp nhiễm HIV này, chúng tôi không thể xác định được chắc chắn thời điểm nhiễm HIV là khi nào. Tuy nhiên, tại thời điểm bắt đầu can thiệp kết quả xét nghiệm HIV âm tính, nhưng có thể đối tượng đang ở giai đoạn "cửa sổ".

V. KẾT LUẬN

Sau điều trị ARV cho người HIV dương tính, giá trị trung vị của CD4 đều tăng lên rõ rệt ở các thời điểm 6, 12 và 60 tháng. Hiệu quả tăng tế bào CD4 sau can thiệp 6, 12 và 60 tháng (+27,6%; +25,0% và +47,2%). Hiệu quả giảm nguy cơ nhiễm trùng cơ hội sau 6, 12 và 60 tháng điều trị (-15,6%; -9,1% và -28,1%). Hiệu quả giảm tải lượng vi rút HIV sau 3, 12 và 60

tháng điều trị (-75,1%; -86,7% và -98,3%). Ước lượng xác suất lây nhiễm HIV tích lũy từ người HIV dương tính cho vợ hoặc chồng HIV âm tính thời gian: sau 3, 6, 12 và 60 tháng (1,65%; 1,69%; 1,68%; 3,28%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cohen MS, Chen YQ, Mc Cauley M, et al (2011). Prevention of HIV-1 Infection with eartiretovirat therapy. N Engl J Med; 365: 493-505.
2. Farnham PG, Holtgrave DR, Gopalappa C, Hutchinson AB, Sansom SL (2013). Lifetime costs and quality-adjusted life years saved from HIV prevention in the test and trat era. J Acquir Immune Defic Syndr; 64(2):e15-8.
3. Farnham PG, Gopalappa C, Sansom SL, et al (2013). Updates of Lifetime costs of care and quality-of-life estimates for HIV-Infected persons in the United States: Late versus are. JAcquir Immune Defic Syndr; 64:183-9.
4. Apond R, Bunnell R, Ekwaru JP, et al (2011). Sexual behavior and HIV transmission risk of Ugandan adults taking antiretroviral therapy 3 year follow-up, AIDS; 25: 1317-27.
5. Rodger AJ, Cam biano V, Bruun T, et al (2016). Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in sarodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. JAMA; 316(2): 1`71-81.
6. Rodger AJ (2018). Risk of HIV transmission through condomless sex MSM couples with suppressive ART: The PARTINER2 Study extended results in gay men. Presented at the 22nd international AIDS Conference; July 23-27; Amsterdam, the Netherlands.
7. Cục phòng chống HIV/AIDS Việt Nam (2014), Báo cáo kết quả giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi trong các nhóm nguy cơ cao ở Việt Nam năm 2013.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN BỘ TRÊN BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP HÁNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC 2017-2018

Vũ Văn Khoa*, Nguyễn Văn nam*

TÓM TẮT

Từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 04 năm 2018, tại khoa chấn thương chỉnh hình 2-Bệnh viện Việt Đức đã phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo toàn phần không xi măng cho 416 bệnh nhân với 452 khớp (có 36 bệnh nhân được thay hai khớp). Theo dõi được 411 bệnh nhân, với 447 khớp. Thời gian theo dõi trung bình là 11,8 tháng (tối thiểu 4 tháng, tối đa 20 tháng. Nam 402 trường hợp (96,6%). Tuổi trung bình

54,7 (từ 32 tuổi đến 69 tuổi). Kết quả thu được trong nghiên cứu phân loại theo thang điểm Harris, có 182/447 khớp (40,72%) đạt kết quả rất tốt, 215/447 khớp (48,1%) đạt kết quả tốt, 24/447 khớp (5,37%) đạt kết quả khá, 20/447 (4,47%) khớp đạt kết quả trung bình, 6/447 khớp (1,34%) xấu. Biến chứng đã gặp bao gồm: 4 trường hợp nhiễm trùng khớp háng sau mổ, phải mổ tháo bỏ khớp háng nhân tạo, nạo viêm, ghép cimente kháng sinh; 5 trường hợp trật khớp sau mổ, phải nắn lại bó bột chậu lưng chân 4 tuần; 2 trường hợp lỏng chuôi sau mổ, bệnh nhân đau nhiều khi đi lại, phải mổ lại thay chuôi. Thay khớp háng toàn phần không xi măng là phương pháp điều trị có hiệu quả tốt với những bệnh nhân thoái hóa khớp háng.

Từ khóa: thoái hóa khớp háng, thay khớp háng toàn bộ không cimente

*Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khoa

Email: drvuvankhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2019

Ngày duyệt bài: 4.9.2019

SUMMARY**THE RESULT OF TOTAL HIP REPLACEMENT FOR OSTEOARTHRITIS PATIENTS IN VIETDUC HOSPITAL IN 2017-2018**

411 patients with 447 hips osteoarthritic were treated with cementless total hip replacement from January 2017 to April 2018 in the Traumatology and Orthopedics institute 2, Viet Duc Hospital. Male 402 cases (96,6%). Average age 54,7 (from 32 to 69 years old). Results follow-up time average 11,8 months. The results were evaluated according to the Harris hip score. Excelent result is 182/447 (40,72%), good 215/447 (48,1%), rather good 24/447 (5,37%), moderate 20/447 (4,47%) and poor 6/447 (1,34%). The postoperation complications are: there were 4 infections, loosening of the femoral component were 2 patient were surgery again. Cementless total hip arthroplasty mostly improves hip joint fuction in the patients with severe osteoarthritic hips.

Key word: Hip Osteoarthritis, total hip replacement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp háng là bệnh lý phổ biến, bệnh nhân thường chịu đau đớn kéo dài và hạn chế tầm hoạt động của khớp. Khi khớp bị tổn thương nặng, biến dạng chỏm xương đùi và ổ cối nhiều, hẹp khe khớp, có chỉ định mổ thay khớp. Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần chỉ định trong trường hợp thoái hóa khớp háng và chất lượng xương còn tốt. Tại bệnh viện Việt Đức, thay khớp háng đã được ứng dụng từ lâu, việc đánh giá kết quả sau phẫu thuật có một số tác giả đề cập; song, nhóm tác giả đã nghiên cứu, đánh giá trên một số lượng lớn bệnh nhân được ứng dụng, theo dõi trong thời gian đủ dài để đưa ra những đánh giá một cách khách quan hơn về kết quả điều trị và những yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: từ tháng 01/2017 đến tháng 04/2018 trên 411 bệnh nhân (447 khớp háng) bị thoái hóa khớp háng được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng và theo dõi định kỳ tại khoa chấn thương chỉnh hình 2 và khoa khám xương- bệnh viện Việt Đức.

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu và thống kê mô tả.

Đánh giá vị trí khớp háng nhân tạo sau mổ theo phương pháp của Betty J Manaster.

Đánh giá chức năng khớp háng trước và sau phẫu thuật theo thang điểm của Harris với tổng số điểm là 100, dựa trên các tiêu chuẩn: đau (tối đa 44 điểm), dáng đi (11 điểm), dùng dụng cụ hỗ trợ (11 điểm), khoảng cách đi được (11 điểm), khả năng ngồi (4 điểm), khả năng tham gia giao thông công cộng (1 điểm), khả năng lên cầu thang (4 điểm), khả năng đi giày tất (4

điểm), biến dạng khớp (4 điểm), biên độ vận động khớp (5 điểm).

Kết quả phân thành 5 loại:

- + 90 – 100 điểm : rất tốt.
- + 80 – 89 điểm : tốt.
- + 70 – 79 điểm : khá.
- + 60 – 69 điểm : trung bình.
- + < 60 điểm : xấu.

Quy trình phẫu thuật: sau khi vô cảm, bệnh nhân được nằm ngửa, rạch da và bóc lộ khớp háng theo đường Gibson modified. Tiến hành đánh trật khớp háng, bóc lộ và cắt ngang cổ xương đùi trên mẫu chuyển bé 1-1,5 cm, lấy bỏ chỏm. Roa ổ cối theo các cỡ đảm bảo qua hết lớp sụn cho đến phần xương xốp ổ cối, lắp ổ cối nhân tạo và lớp lót. Roa, ráp ống tủy xương đùi, lắp stem không xi măng, lắp chỏm xương đùi, nắn chỉnh khớp vào ổ cối. Kiểm tra độ vững và chiều dài chi, đảm bảo kích thước khớp nhân tạo phù hợp với bệnh nhân. Cầm máu, bơm rửa, dẫn lưu vết mổ. Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Phục hồi chức năng sau mổ: Sau phẫu thuật, tất cả các bệnh nhân đều được chụp XQ khớp háng 2 bên để đánh giá phục hồi giải phẫu của khớp. Ngày thứ 2 sau phẫu thuật, bệnh nhân được hướng dẫn ngồi dậy tập thở, bắt đầu tập vận động tại giường. Ngày thứ 3 rút dẫn lưu, tập đi trên khung.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

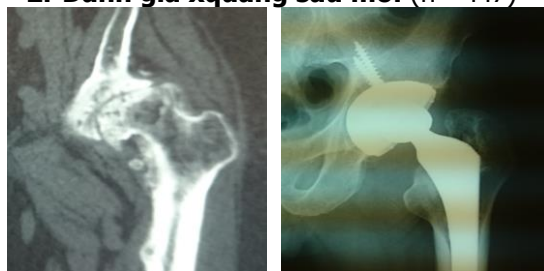
1. Đặc điểm bệnh nhân: Tổng số 411 bệnh nhân với 447 khớp. Nam chiếm 96,6%.

Tuổi trung bình: 54,7 ± 9,21.

Bên khớp háng bị tổn thương được thay: Phải 213/447 khớp (47,65%) Trái 234/447 khớp (52,35%). Thay cả hai bên 36/411 bệnh nhân (8,76%)

Thời gian nằm viện trung bình = 6,79 ± 3,52.

2. Đánh giá xquang sau mổ: (n= 447)



Xquang khớp háng trước và sau mổ thay khớp

Vị trí khớp nhân tạo	Ổ cối		Cán chỏm		
	Đúng vị trí	Không đúng	Đúng vị trí	Varus	valrus
Số lượng	443	4	445	1	1
Tỷ lệ %	99,1	0,9	99,56	0,22	0,22

3. Đánh giá chức năng khớp háng theo thang điểm của Harris:

Chúng tôi đánh giá 447 khớp theo dõi được. Kết quả cụ thể như sau:

Mức độ đau: Có 412 bệnh nhân không thấy đau; 19 bệnh nhân cảm thấy đau nhẹ, không thường xuyên, không ảnh hưởng đến sinh hoạt; 13 bệnh nhân thấy đau mức độ trung bình, dùng thuốc giảm đau thấy đỡ; 03 bệnh nhân đau nhiều, đau liên tục cả ngày và đêm, dùng thuốc giảm đau không đỡ, hạn chế hoạt động nhiều nhưng vẫn có thể đi lại được bằng nạng.

Dáng đi khập khiễng: Có 11 bệnh nhân đi khập khiễng, trong đó có 06 bệnh nhân đi khập khiễng do chiều dài hai chân không bằng nhau, 05 bệnh nhân do đau.

Dụng cụ hỗ trợ: có 03 bệnh nhân đi lại khó khăn phải dùng nạng hoặc khung tập đi hỗ trợ.

Đi cầu thang: có 419 bệnh nhân có thể lên xuống cầu thang bình thường, 13 bệnh nhân lên xuống cầu thang nhưng phải vị thành cầu thang, 9 bệnh nhân lên xuống cầu thang rất khó khăn phải dùng cả nạng hỗ trợ, 06 bệnh nhân không lên xuống cầu thang được.

Biên độ vận động khớp: Tất cả đều cải thiện so với trước mổ, vận động thụ động đều trong giới hạn cho phép.

Đánh giá kết quả chung dựa trên thang điểm Harris như sau:

Kết quả (n=447)	Trước mổ		Sau mổ	
	SL	%	SL	%
Rất tốt	0	0	182	40,72
Tốt	0	0	215	48,1
Khá	67	15,00	24	5,37
Trung bình	87	19,46	20	4,47
Xấu	293	65,54	6	1,34

4. Các biến chứng:

Tai biến trong mổ: shock ngưng tim: 0 ca; tổn thương mạch máu tần kinh lớn: 0 ca; Thủng đáy ổ cối: 0 ca; gãy xương đùi: 0 ca.

Các biến chứng sớm: huyết khối tĩnh mạch: 0 ca; nhiễm khuẩn nông (vết mổ): 0 ca; nhiễm khuẩn sâu: 4 ca, trật khớp sau mổ 05 ca.

Lỏng chuôi khớp háng: 02 trường hợp

Chiều dài chi: có 402 trường hợp chiều dài chân tương đương, 04 trường hợp chân bên phẫu thuật ngắn hơn bên lành 1-1,5cm; 05 trường hợp chi bên phẫu thuật dài hơn chân lành 1cm.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân: Tuổi trung bình là $54,7 \pm 9,21$, nhỏ nhất là 32 tuổi, lớn nhất là 69 tuổi, trong đó nam giới chiếm 96,6% các trường hợp. Nguyên nhân chủ yếu do thoái hóa khớp tiên

phát, có 32 (7,16%) trường hợp thoái hóa do gãy liên mấu chuyển hoặc cổ xương đùi được điều trị bằng các phương pháp khác nhau trước đó. Có 36 trường hợp thoái hóa cả hai bên (8,05%). Thời gian nằm viện trung bình = $6,79 \pm 3,52$ ngày. Có 29 bệnh nhân (6,49%) có các bệnh lý kèm theo như tăng huyết áp, đái tháo đường.

Kết quả phục hồi chức năng khớp háng:

Đánh giá kết quả chung dựa trên thang điểm Harris rất tốt và tốt của bệnh nhân trước mổ là 0%, sau mổ là 88,82%. Xấu trước mổ là 65,54%, sau mổ là 1,34% đây là kết quả tốt, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh, giúp người bệnh tái hòa nhập sinh hoạt cộng đồng. Năm 2000, Đỗ Hữu Thắng và cộng sự [5] thông báo kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần cho 120 bệnh nhân (133 khớp), 93,2% cho kết quả rất tốt và tốt, 3,4% cho kết quả trung bình và 2,5% cho kết quả xấu, kết quả sau mổ của chúng tôi tương tự như của tác giả trên ($p < 0,05$). Năm 2006, Lưu Hồng Hải và cs [6] thông báo kết quả phẫu thuật thay khớp háng cho 628 trường hợp, trong đó khớp bán phần là 160, khớp toàn phần là 468 trường hợp. Khớp toàn phần theo dõi 353 trường hợp. Kết quả cụ thể: rất tốt và tốt 200/353 (56,66%), vừa 129/353 (36,54%), xấu 14/353 (3,97%). So sánh với tác giả trên, kết quả điều trị sau mổ của chúng tôi tốt hơn ($p < 0,05$). Tuy nhiên các tác giả trên không chỉ ra được thang điểm khớp háng trước mổ nên không đánh giá được sự cải thiện trong sinh hoạt của bệnh nhân trước và sau mổ rõ như nhóm nghiên cứu của chúng tôi.

Các biến chứng: Trong số các bệnh nhân theo dõi được, có 4 trường hợp nhiễm trùng, viêm rò khớp háng sau mổ, điều trị kháng sinh không khỏi, bệnh nhân đau nhiều, sau 4-6 tháng, chúng tôi phải mổ lại tháo bỏ khớp háng nhân tạo, nạo viêm, tạo hình khớp háng bằng cimente kháng sinh, sau 1 năm ổn định, hiện tại đã có 2 bệnh nhân quay lại tháo cimente, thay lại khớp háng mới, ổn định, 2 bệnh nhân còn lại chưa muốn mổ lại. Có 5 bệnh trật khớp háng sau mổ, trong đó 2 bệnh nhân trật khớp khi thay đổi tư thế trong khi nằm viện, 3 bệnh nhân trật khớp khi trượt chân ngã khi đã xuất viện trong giai đoạn tập đi, các bệnh nhân này đều được gây mê, nắn bó bột chậu lưng chân, để bột 4 tuần sau đó cho tập phục hồi chức năng muộn. Kết quả theo dõi sau mổ các bệnh nhân này có 1 đạt tốt, 4 đạt khá.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân lỏng chuôi khớp do kích thước chuôi bé, tiêu xương, sau 1 năm theo dõi, bệnh nhân đau nhiều, ngắn chi, phải mổ lại thay chuôi.

Thông thường tiêu xương ổ cối hoặc ống tủy xương đùi là nguyên nhân chính gây lỏng khớp (do vùng này chịu lực tỷ nén cao), ngoài ra cũng có thể do nhiễm trùng hoặc sai sót về kỹ thuật. Theo Đỗ Hữu Thăng và cộng sự [5] phẫu thuật thay khớp háng toàn phần có xi măng cho 120 bệnh nhân với 133 khớp, tổng số có 12 khớp phát hiện lỏng trên XQ, trong đó có 7 trường hợp có dấu hiệu lâm sàng, còn 5 trường hợp khác không có dấu hiệu lâm sàng. Tác giả cũng đề cập các trường hợp mổ thay lại khớp do lỏng khớp phần lớn xảy ra ở phụ nữ và tập trung ở nhóm bệnh thoái hóa khớp háng, điều này có thể liên quan đến chất lượng xương (loãng xương). Cũng trong năm 2000, Ngô Bảo Khang [8] đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần cho 80 trường hợp, toàn phần cho 33 trường hợp: biến chứng lỏng khớp 4/113 trường hợp.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không cimente cho 416 bệnh nhân thoái hóa khớp háng với 452 khớp, theo dõi được 411 bệnh nhân với 447 khớp, chúng tôi nhận thấy thay khớp háng toàn phần không xi măng là phương pháp điều trị mang lại kết quả tốt cho bệnh nhân thoái hóa khớp háng, cải thiện rõ rệt chức năng khớp háng, giảm bớt đau đớn và được đa số các bệnh nhân thấy hài lòng. Tuy nhiên có một số biến chứng trong nhóm nghiên cứu cần được khắc phục, có cả nguyên nhân chủ quan và khách quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ashraf A. Ragab, M.D., Matthew J. Kraay, MD. And Victor Goldberg, MD., Cleveland, Ohio (1999) "Clinical and Radiographic Outcomes of Total Hip Arthroplasty with Insertion of an Anatomically Designed Femoral Component without Cement for the Treatment of Primary Osteoarthritis. A Study with a Minimum of Six Years of Follow-up", [http:// www. ejbs. org](http://www.ejbs.org) Darin
2. Bettyj Manaster, MD, PhD (1996), "Total Hip Arthroplasty: Radiographic Evaluation", Radiographics U. Medline
3. Daniel J. Berry, MD1, Marius von Knoch, MD1, Cathy D. Schleck, BS1 and W. Scott Harmsen, MS1 (2004) "The Cumulative Long-Term Risk of Dislocation After Primary Charnley Total Hip Arthroplasty", [http:// www. ejbs. org](http://www.ejbs.org)
4. David C. Markel, MD, Daniel B. Hoard, MD(2001), "Cemented Total Hip Arthroplasty With Boneloc Bone Cement", [http:// www. Medscape.com](http://www.Medscape.com).
5. Đỗ Hữu Thăng và cs. (2004), Đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần có xi măng khoa Chi dưới – Bệnh viện chấn thương chỉnh hình, Hội chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh 2007.
6. Lưu Hồng Hải và cs. (2006), "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng từ 12/1991 đến 02/2006 tại Bệnh Viện TƯQĐ 108", Tạp chí Y dược lâm sàng 108 số đặc biệt Hội nghị thường niên Hội chấn thương chỉnh hình Việt Nam lần thứ năm, tr. 98-102.
7. Maximilian Soong, "Dislocation after Total Hip Arthroplasty", J Am Acad Orthop Surg 2004, 12: 314-320.
8. Ngô Bảo Khang (2000), "Thay khớp háng nhân tạo toàn phần và bán phần", Chuyên đề chấn thương chỉnh hình, Y học Việt Nam 10/2000, tr.2.
9. Walooob Samranveldhya, "Indication and choice for cemented or cementless prosthesis", Hội chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh, Hội thường niên 2004.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN CAO TUỔI MẮC UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Trần Quang Trịnh¹, Phạm Đức Huân^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư đại trực tràng.
Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 45 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên mắc ung thư đại trực tràng được chỉ định phẫu thuật nội soi tại

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 12/2017 đến 5/2019. Kết quả: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới, có tuổi trung bình là $68,96 \pm 8,16$ tuổi, phổ biến trong nhóm 60 – 69 tuổi. Hầu hết bệnh nhân phát hiện bệnh sớm trong 6 tháng đổ lại. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm đại tiện ra máu (62,2%); kích thích trực tràng (37,8%), sút cân (28,9%), da niêm mạc nhợt (22,2%), trướng bụng (20%), dịch ổ bụng (13,3%), thay đổi khuôn mặt (4,4%), sờ thấy u (4,4%) và hạch ngoại vi (2,2%). 26,7% số trường hợp có CEA trên 5 mg/l, 13% có CA19-9 trên 37 U/mL. Theo phân loại TMN, hầu hết bệnh nhân ung thư giai đoạn I (62,2%). Chỉ có 1/45 bệnh nhân ung thư giai đoạn II ở độ IIa, tỷ lệ ung thư giai đoạn III ở các mức IIIa, IIIb và IIIc lần lượt là 2,2%; 15,6% và 17,8%. **Kết luận:** Bệnh nhân UTĐTT chủ yếu là nam giới và người già. Bệnh nhân cao tuổi có UTĐTT được chỉ định phẫu

¹Bệnh viện đa khoa huyện Mê Linh, TP. Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Trịnh

Email: Dr.trinh.bvmelinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

thuật nội soi trong nghiên cứu là người phát hiện bệnh sớm trong 6 tháng trở lại, có các triệu chứng lâm sàng thường gặp như đại tiện ra máu, thay đổi khuôn phân, sút cân. Hầu hết bệnh nhân ở giai đoạn III theo chẩn đoán TNM.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng, phẫu thuật nội soi, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF ELDERLY PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER

Objective: Describe clinical and subclinical characteristics of elderly patients with colorectal cancer. **Methods:** The cross-sectional study was performed on 45 patients aged 60 and older with colorectal cancer who were assigned to laparoscopic surgery at Hanoi Medical University Hospital from December 2017 to May 2019. **Results:** The study subjects were mainly men, with an average age of 68.96 ± 8.16 years old, common among 60-69 years old group. **Conclusion:** Surgery provided the best help for restoration of the neural system, especially non-complete paralyzed patients. Fixing backbone via front and back neck proved to bring little risk for complications. Most patients find the disease early in 6 months. Common clinical symptoms include bloody stools (62.2%); rectal stimulation (37.8%), weight loss (28.9), pale skin mucosa (22.2%), abdominal distention (20%), abdominal fluid (13.3%), change in shape feces (4.4%), palpable tumors (4.4%) and peripheral lymph nodes (2.2%). 26.7% of cases had CEA above 5 mg/l, 13% had CA19-9 above 37 U/mL. According to the TMN classification, most patients with stage I cancer (62.2%). Only 1/45 of stage II cancer patients are at stage IIa, the rate of stage III cancers at levels IIIa, IIIb and IIIc are 2.2%; 15.6% and 17.8%.

Keywords: Colorectal cancer, laparoscopic surgery, clinical features, subclinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật. Đây là trường hợp ác tính phổ biến thứ ba và là nguyên nhân thứ tư gây tử vong do ung thư, chiếm khoảng gần 1.400.000 trường hợp mắc mới và khoảng 700.000 ca tử vong trên toàn thế giới [1]. Trong những thập kỷ gần đây, tỷ lệ UTĐTT đã gia tăng đáng kể; đặc biệt, số ca bệnh UTĐTT mới được chẩn đoán đã tăng từ 783.000 năm 1990 lên 1.361.000 vào năm 2012 [2]. Ở Việt nam, theo số liệu công bố của Tổ chức nghiên cứu ung thư Quốc tế mỗi năm có khoảng 7367 bệnh nhân mắc mới, 4131 bệnh nhân chết do căn bệnh UTĐTT. Tỷ lệ mắc và chết do UTĐTT đứng vị trí thứ 4 ở nam, đứng vị trí thứ 6 ở nữ [3]. Nguy cơ mắc ung thư trực tràng tăng theo độ tuổi, theo các báo cáo, có 75% bệnh nhân ung thư trực tràng (UTTT) và 80% bệnh nhân ung thư đại tràng từ 60 tuổi trở lên [4]. Như vậy, có thể thấy người cao tuổi là

nhóm đối tượng có nguy cơ cao mắc UTĐTT. Để cung cấp các bằng chứng cũng như cái nhìn bao quát về bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân UTĐTT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Có 45 bệnh nhân là người cao tuổi có UTĐTT được chỉ định phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian 12/2017 – 5/2019 được chọn vào nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

Nội dung nghiên cứu. Các nội dung thu thập trong nghiên cứu bao gồm các thông tin chung, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân:

- **Thông tin chung về bệnh nhân:** Tuổi, giới
- **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân**

+ Thời gian mắc bệnh

+ Dấu hiệu toàn thân: Gầy sút, da xanh, bụng chướng, kém ăn, nổi hạch,...

+ Triệu chứng cơ năng: Thay đổi thói quen đại tiện, đại tiện có máu, đại tiện có nhầy, biến đổi khuôn phân, đại tiện nhiều lần, đại tiện phân táo, đại tiện phân lỏng, đau hạ vị và tăng sinh môn,...

+ Nội soi: vị trí u, tính chất u, kích thước u, ...

+ CEA: âm tính (<5), dương tính thấp (5-10), dương tính (>10).

+ Giải phẫu bệnh: đại thể (thể sùi, loét, thâm nhiễm); vi thể: (ung thư biểu mô tuyến/ tuyến tiết nhầy/ tế bào nhầy/ tế bào nhỏ/ tế bào vảy/ không biệt hóa); độ biệt hóa: Biệt hóa thấp/vừa/cao

+ Chẩn đoán theo TNM

Phân tích và xử lý số liệu. Tất cả các thông tin của bệnh nhân về nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được thu thập, đánh giá và phân tích. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý, phân tích bằng phần mềm Stata 14.0.

Đạo đức nghiên cứu. Việc sử dụng số liệu được sự đồng ý của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, đảm bảo chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và không gây bất kỳ ảnh hưởng bất lợi nào tới đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

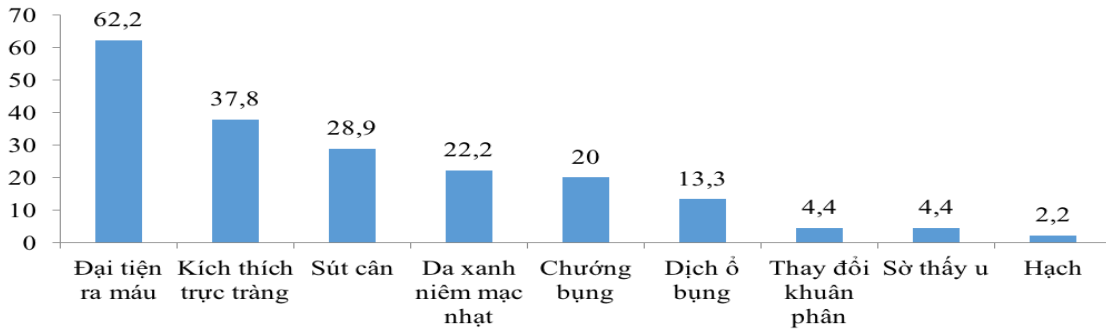
Đặc điểm chung: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $68,96 \pm 8,16$ tuổi, cao nhất là 92 tuổi. Đa số bệnh nhân là nam giới, chiếm 62,2%.

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	n	%
<1 tháng	32	71,1
1 tháng – 6 tháng	9	20,0
>6 tháng	4	8,9
Tổng	45	100

Hầu hết bệnh nhân phát hiện bệnh trong 6 tháng trở lại, tỷ lệ phát hiện lâu hơn chiếm 8,9%. Đa số bệnh nhân phát hiện bệnh trong vòng 1 tháng từ khi có triệu chứng đầu tiên (71,1%). Trung bình một bệnh nhân đã phát hiện bệnh $8,47 \pm 14,99$ tuần sau khi có triệu chứng, người sớm nhất mới 1 tuần và lâu nhất là 52 tuần.

**Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng**

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân UTĐTT trong nghiên cứu bao gồm: đại tiện ra máu (62,2%); kích thích trực tràng (37,8%), có dịch ổ bụng (13,3%), có thay đổi khuẩn phân và sờ thấy u (4,4%). Ngoài ra bệnh nhân cũng gặp các triệu chứng toàn thân như sút cân (28,9%); da xanh, niêm mạc nhợt (22,2%), trướng bụng (20%), có dịch ổ bụng (13,3%) và 2,2% bệnh nhân có sờ thấy hạch ngoại vi.

Đặc điểm cận lâm sàng**Bảng 2: Xét nghiệm chỉ thị ung thư**

Kết quả xét nghiệm	n	%
CEA (mg/lít): <5	33	73,3
5-10	5	11,1
>10	7	15,6
Ca19-9 (U/ml): ≤37	39	86,7
>37	6	13,3
Tổng	45	100

Hơn ¼ số bệnh nhân có CEA từ 5mg/L trở lên. Trong đó tỷ lệ CEA trên 10 mg/L chiếm 15,6%, tỷ lệ CEA 5-10mg/L là 11,1% trong nghiên cứu. Đa số bệnh nhân có Ca19-9 dưới 37U/ml (86,7%). Tỷ lệ bệnh nhân có lượng Ca19-9 trên 37 U/l chiếm 13,3%.

Bảng 3. Đặc điểm khối u qua nội soi

Đặc điểm	n	%
Kích thước khối u		
2/4 chu vi	3	6,7
3/4 chu vi	25	55,6
4/4 chu vi	17	37,8
Vị trí khối u so với rìa hậu môn		
< 6 cm	6	13,3
6 – 10 cm	9	20,0
11 – 20 cm	8	17,8

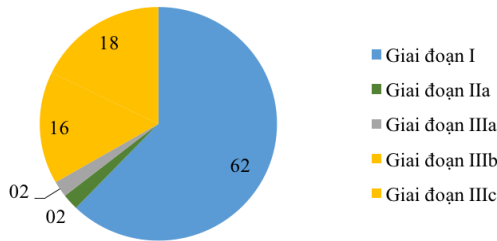
>20 cm	22	48,9
Tổng	45	100

Tất cả bệnh nhân có kích thước khối u trên một nửa chu vi lòng đại trực tràng. Tỷ lệ có khối u chiếm ¾ lòng đại trực tràng phổ biến nhất là 55,6%. Tỷ lệ có kích thước choán hết chi vi đại trực tràng là 37,8%. Khoảng cách khối u đại trực tràng tới rìa hậu môn trung bình là $18,76 \pm 10,77$ cm, trong đó khối u thấp nhất chỉ cách rìa hậu môn 2 cm và xa nhất là 35 cm. Tỷ lệ khối u cách rìa hậu môn trên 20cm chiếm gần một nửa trong nghiên cứu (48,9%).

Bảng 4. Nhận xét đặc điểm u sau phẫu thuật

Đặc điểm	n	%
Hình ảnh đại thể: Thể sùi		
Thể loét	4	8,9
Loét sùi	16	35,6
Thâm nhiễm	2	4,4
Hình ảnh vi thể		
Ung thư biểu mô tuyến	42	93,3
Ung thư biểu mô tuyến nhày	3	6,7
Độ biệt hóa		
Thấp	8	18,2
Vừa	35	79,5
Không biệt hóa	1	2,3
Tổng	45	100

Thể sùi là phổ biến nhất với tỷ lệ 51,1%. 35,6% số trường hợp ở thể loét sùi; 8,9% số bệnh nhân ở thể loét. 2/45 bệnh nhân chiếm 4,4% trong nghiên cứu là thể thâm nhiễm. Hầu hết bệnh nhân có ung thư biểu mô tuyến chiếm 93,3%. Tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến nhày trong nghiên cứu là 6,7%. Đa số bệnh nhân có khối u biệt hóa vừa (79,5%), tỷ lệ biệt hóa thấp và không biệt hóa là 18,2% và 2,3%.



Biểu đồ 2: Đánh giá xác định giai đoạn bệnh sau phẫu thuật

Theo phân loại TMN, hầu hết bệnh nhân ung thư giai đoạn I (62,2%). Chỉ có 1/45 bệnh nhân ung thư giai đoạn II ở độ IIa, tỷ lệ ung thư giai đoạn III ở các mức IIIa, IIIb và IIIc lần lượt là 2,2%; 15,6% và 17,8%. Không có bệnh nhân ung thư giai đoạn IV trong nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Đối với các bệnh ung thư nói chung và UTĐTT nói riêng, việc chẩn đoán được bệnh sớm có ý nghĩa rất quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh. UTĐTT ở nước ta thường được chẩn đoán chậm do bệnh nhân ít quan tâm đến các triệu chứng đầu tiên trong khi bệnh lại tiến triển một cách âm thầm, tâm lý sợ đi khám bệnh, tự điều trị bằng đông y hay do các bác sỹ ở tuyến y tế cơ sở chẩn đoán nhầm với các bệnh khác như trĩ, lỵ. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu bắt đầu có triệu chứng và phát hiện bệnh trong 6 tháng trở lại, tỷ lệ phát hiện lâu hơn chiếm 8,9%. Đa số bệnh nhân phát hiện bệnh trong vòng 1 tháng từ khi có triệu chứng đầu tiên (71,1%). Trung bình một bệnh nhân đã phát hiện bệnh $8,47 \pm 14,99$ tuần sau khi có triệu chứng. So với các nghiên cứu trước tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán trước 6 tháng ở nghiên cứu của chúng tôi tăng hơn, điều này có thể giải thích rằng các thầy thuốc ở tuyến trước ngày càng có ý thức hơn trong việc thăm khám khi đứng trước một bệnh nhân đến viện với lý do đại tiện phân nhày máu; mặt khác chứng tỏ người bệnh ngày càng quan tâm nhiều hơn đến sức khỏe của bản thân. Tuy nhiên, vẫn còn những bệnh nhân đến viện và được chẩn đoán muộn sau 1 năm. Điều này có thể lý giải do bệnh UTĐTT là bệnh tiến triển âm thầm, bệnh nhân còn ít quan tâm đến các triệu chứng khi bệnh mới ở giai đoạn khởi phát. Thứ hai là điều kiện kinh tế còn khó khăn và sự hiểu biết không đầy đủ về bệnh UTĐTT nên dân ta vẫn có thói quen tự tìm cách điều trị khi bệnh chưa ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe và khả năng lao động.

Gây sút là một trong số các triệu chứng hay gặp ở bệnh nhân. Theo Phạm Ngọc Dũng, trong 66 bệnh nhân nghiên cứu có đến 63,6% bệnh nhân gây sút [5], các kết quả tương tự cũng đã được Vũ Đức Long (59%) báo cáo trước đó [6]. UTĐTT di căn chủ yếu theo hai đường là đường máu và đường bạch huyết. Di căn theo đường bạch huyết thường là di căn hạch vùng, di căn hạch ngoại vi ít gặp. Khi tiến hành nghiên cứu chúng tôi thấy có 2 bệnh nhân (2,2%) có sờ thấy hạch ngoại vi. Ngoài gây sút và hạch ngoại vi, nghiên cứu còn gặp các triệu chứng khi khám toàn thân ở bệnh nhân UTĐTT như da xanh, niêm mạc nhợt (22,2%), trướng bụng (20%), có dịch ổ bụng (13,3%). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 62,2% số trường hợp bệnh nhân có triệu chứng này, phổ biến nhất trong các triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân UTĐTT. Đây là triệu chứng thường gặp của UTĐTT, có giá trị chẩn đoán với độ đặc hiệu cao. Đây cũng là triệu chứng chính khiến bệnh nhân đến khám bệnh. Thay đổi khuôn mặt là gặp ở 4,4% số đối tượng nghiên cứu. Theo Phạm Ngọc Dũng, tỷ lệ đi ngoại phân dẹt ở bệnh nhân UTĐTT là 87,8% [5].

Đặc điểm cận lâm sàng: CEA là một glycoprotein phức tạp được sản xuất 90% từ UTĐTT, nên được coi là một xét nghiệm góp phần chẩn đoán, tiên lượng và theo dõi điều trị UTĐTT. CEA có thể đo được trong huyết thanh, tuy nhiên, trong giai đoạn đầu của ung thư đại tràng, nồng độ CEA thấp nên độ nhạy của nó không cao trong chẩn đoán sàng lọc ung thư đại tràng. Trong nghiên cứu này, hơn ¼ số bệnh nhân có CEA từ 5mg/L trở lên. Trong đó tỷ lệ CEA trên 10 mg/L chiếm 15,6%. Như vậy, phần đông bệnh nhân của chúng tôi có tiên lượng dựa vào CEA là tốt. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Trần Anh Cường, tỷ lệ bệnh nhân có CEA dưới 5mg/l chiếm 71,7%, từ 5-10mg/l là 20% và trên 10g/l là 8,3% [7]. Bên cạnh dấu ấn CEA, CA19-9 cũng là xét nghiệm thường được sử dụng trong chẩn đoán UTĐTT [8]. CA 19-9 là một chất chỉ điểm khối u được sử dụng trong chẩn đoán, đánh giá phản ứng của bệnh nhân với điều trị và giám sát các bệnh nhân ung thư. Một số tác giả đã cho rằng CA19-9 tăng đáng kể đối với các ung thư muôn và di căn phát triển. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có CA19-9 dưới 37U/ml (86,7%). Tỷ lệ bệnh nhân có lượng CA19-9 trên 37 U/l chiếm 13,3%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tất cả bệnh nhân có kích thước khối u trên một nửa chu vi lòng đại trực tràng. Tỷ lệ có khối u chiếm ¾ lòng đại trực tràng phổ biến nhất là 55,6%. Tỷ lệ có kích thước choán hết chi vi đại trực tràng là

37,8. Những bệnh nhân có khối u chiếm toàn bộ lòng trực tràng thường là những khối u to do đó sẽ có ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật bởi khối u làm hẹp phẫu trường gây khó khăn trong thao tác. Điều này thể hiện một tỷ lệ lớn bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị muộn. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với Vũ Đức Long với tỷ lệ 26,9% [6], và Phạm Ngọc Dũng với tỷ lệ 15,2% [5].

Xác định vị trí của khối u trực tràng là một việc làm hết sức cần thiết đối với các phẫu thuật viên để đưa ra phương pháp phẫu thuật phù hợp. Chúng ta có thể xác định vị trí của khối u dựa vào thăm trực tràng bằng tay hay soi trực tràng bằng ống soi. Kết quả nghiên cứu trên hình ảnh nội soi cho thấy, khoảng cách khối u đại trực tràng tới rìa hậu môn trung bình là $18,76 \pm 10,77$ cm, trong đó khối u thấp nhất chỉ cách rìa hậu môn 2 cm và xa nhất là 35 cm. Tỷ lệ khối u cách rìa hậu môn trên 20cm chiếm gần một nửa trong nghiên cứu (48,9%). Tỷ lệ có khối u cách hậu môn 6cm, 6-10cm và 11-20 cm lần lượt là 13,3%; 20% và 17,8%.

Đối với UTĐTT, các thể u thường gặp là thể loét thâm nhiễm, thể u sùi và thể thâm nhiễm cứng, trong đó thể loét thâm nhiễm là thường gặp nhất và thể ít được gặp nhất là thể thâm nhiễm cứng. Kết quả của chúng tôi cũng không nằm ngoài nhận định này, thể sùi là phổ biến nhất với tỷ lệ 51,1%. 35,6% số trường hợp ở thể loét sùi; 8,9% số bệnh nhân ở thể loét. 2/45 bệnh nhân chiếm 4,4% trong nghiên cứu là thể thâm nhiễm. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Phạm Ngọc Dũng [5].

Trong UTĐTT tất cả đều là biểu mô trụ, phát sinh từ khe hốc Lieberkuhn, người ta phân thành 2 loại là ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô tuyến tiết nhầy. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có ung thư biểu mô tuyến chiếm 93,3%. Kết quả này phù hợp với tác giả Phạm Ngọc Dũng [5]; Trần Anh Cường [7].

Mức độ biệt hóa tế bào u đóng vai trò quan trọng đối với tiên lượng của bệnh nhân. Những khối u mức độ biệt hóa tế bào kém sẽ có tiên lượng xấu hơn nhiều so với các khối u có mức độ biệt hóa cao và trung bình. Các khối u có mức độ biệt hóa tế bào kém thì nguy cơ di căn hạch lớn hơn so với các khối u có mức độ biệt hóa cao và trung bình. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có khối u biệt hóa vừa (79,5%), tỷ lệ biệt hóa thấp và không biệt hóa là 18,2% và 2,3%. Kết quả này phù hợp so với các báo cáo của Phạm Ngọc Dũng [5] và Vũ Đức Long [6].

Giai đoạn bệnh có vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh. Nó quyết định thời gian sống thêm của bệnh nhân. Có rất nhiều cách phân chia giai đoạn bệnh khác nhau đã được áp dụng nhằm đánh giá sự tiến triển của bệnh và để tiên lượng. Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành phân chia theo TNM. Kết quả cho thấy, hầu hết bệnh nhân ung thư giai đoạn I (62,2%). Chỉ có 1/45 bệnh nhân ung thư giai đoạn II ở độ IIa, tỷ lệ ung thư giai đoạn III ở các mức IIIa, IIIb và IIIc lần lượt là 2,2%; 15,6% và 17,8%. Không có bệnh nhân ung thư giai đoạn IV trong nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu của các tác giả nước ngoài nhận thấy bệnh nhân được chẩn đoán sớm ở giai đoạn I, II có tiên lượng tốt hơn nhiều so với bệnh nhân ở giai đoạn III và IV.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân UTĐTT chủ yếu là nam giới và người già. Bệnh nhân cao tuổi có UTĐTT được chỉ định phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu là người phát hiện bệnh sớm trong 6 tháng trở lại, có các triệu chứng lâm sàng thường gặp như đại tiện ra máu, thay đổi khuôn phân, sút cân,... Hầu hết bệnh nhân ở giai đoạn III theo chẩn đoán TNM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **MS Sierra M Arnold, M Laversanne, I Soerjomataram, A Jemal, F Bray (2017)**, "Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality", *Gut*, **66**(4), tr. 683-691.
2. **R. Pakzad H. Rafiemanesh, M. Abedi, Y. Kor, J. Moludi, F. Towhidi, H. Salehiniya. (2016)**, "Colorectal cancer in Iran: Epidemiology and morphology trends", *EXCLI Journal*, **15**, tr. 738-744.
3. **WHO (2010)**, GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide, IARC news, chủ biên.
4. **Ernst J. Kuipers, William M. Grady, David Lieberman và các cộng sự. (2015)**, "COLORECTAL CANCER", *Nature reviews. Disease primers*, **1**, tr. 15065-15065.
5. **Phạm Ngọc Dũng (2007)**, Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng trong điều trị ung thư trực tràng tại bệnh viện Việt Đức, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Vũ Đức Long (2001)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Trần Anh Cường (2005)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư biểu mô tuyến trực tràng giai đoạn Dukes C, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Lu-Ning Zhang, Pu-Yun OuYang, Wei-Wei Xiao và các cộng sự. (2015)**, "Elevated CA19-9 as the Most Significant Prognostic Factor in Locally Advanced Rectal Cancer Following Neoadjuvant Chemoradiotherapy", *Medicine*, **94**(45), tr. e1793 - e1793.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ BỆNH LÝ TAI MŨI HỌNG LIÊN QUAN TỚI HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ KHI NGỦ

Bùi Bằng Giang¹, Phạm Thị Bích Đào¹,
Nguyễn Thị Hằng², Vũ Thị Phương Thảo²

TÓM TẮT

Ngủ là một trong những hoạt động sinh lý của con người. Trong những năm cuối thế kỷ 19, các tác giả mới mô tả được rõ ràng rối loạn giấc ngủ của hội chứng ngừng thở khi ngủ. Ngưng thở khi ngủ có nhiều nguyên nhân, bất kỳ một nguyên nhân nào làm hẹp đường hô hấp trên sẽ gây chứng ngừng thở khi ngủ, ngủ không ngon giấc. Hậu quả làm não không được nghỉ ngơi hoàn toàn sau một ngày hoạt động, khiến bệnh nhân trở nên mệt mỏi, không tập trung, hay ngủ gật. Đề tài Mô tả các bệnh lý tai mũi họng liên quan với hội chứng ngừng thở khi ngủ tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương thực hiện trên 31 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ngừng thở khi ngủ. Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang từng trường hợp. Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: 55,61 ± 12,04. Nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ: 4/1. Thời gian. Bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể trên 23 chiếm tỷ lệ cao: 68,75% (21/31 bệnh nhân). Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh trong khoảng thời gian 1–5 năm đi khám là cao nhất: 58,06% (18/31 bệnh nhân). Điểm trung bình SSS cao: 7,0 ± 1,67, cao nhất là 9, thấp nhất là 3. Các bệnh lý tai mũi họng liên quan với hội chứng ngừng thở khi ngủ bao gồm bệnh lý mũi xoang: bệnh nhân bị lệch vách ngăn 35,5%, quá phát cuốn dưới 19,4%, viêm mũi dị ứng 6,5%; Bệnh lý họng miệng thấy có quá phát VA 3,2%, amidan quá phát độ III và IV 41,9%, lưỡi to, dày, bị tụt ra sau 6,5%.

Từ khóa: hội chứng ngừng thở khi ngủ, chỉ số ngừng thở giảm thở

SUMMARY

STUDY SOME ENT DISEASES RELATED TO SLEEP APNEA SYNDROME

To describe ear, nose and throat diseases related to sleep apnea syndrome in National Geriatric Hospital. 31 patients were diagnosed with sleep apnea syndrome in the National Geriatric Hospital and had Otolaryngology. Use the method described cross-case by case. **Results:** The average age of the research team: 42.16 ± 13.0. Men meet more than women, male/female ratio: 4/1. Patients with body mass index above 23 account for a high proportion: 68.75% (21/31 patients). The proportion of patients infected during the period of 1-5 years of visiting doctors is the highest: 58.06% (18/31 patients). The average SSS score was high: 7.0 ± 1.67, the highest was 9, the

lowest was 3. ENT diseases related to sleep apnea syndrome including sinus nose disease: patients with nasal septum deviation 64.5%, hypertrophy inferior turbinate 31.4%, allergic rhinitis 6.5%; Pathopharyngeal disease saw that adenoid hypertrophy 3.2%, Tonsillar hypertrophy grade grade III and IV was 48.4%, a large, thick tongue was dropped after 6.5%.

Key words: Obstructive Sleep Apnoea (OSA), Apnea Hypopnea Index (AHI).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngủ là một trong những hoạt động sinh lý của con người. Những quan tâm về mặt y học đối với giấc ngủ đã được nhắc đến trong y văn từ 1000 năm trước Công Nguyên. Tuy nhiên đến thế kỷ 19 y học nhân loại mới thực sự bước vào nghiên cứu về giấc ngủ và đến những năm cuối thế kỷ 19, các tác giả mới mô tả được rõ ràng rối loạn giấc ngủ của hội chứng ngừng thở khi ngủ [1]. Hội chứng này là nguyên nhân gây ra các suy giảm về tập trung, nhận thức và chất lượng cuộc sống cũng như chất lượng lao động của con người. Ngưng thở khi ngủ có nhiều nguyên nhân: có thể là do cấu tạo bất thường của xương hàm hay do yếu tố thần kinh hoặc các bệnh lý của chuyên khoa Tai Mũi Họng [2][3]. Bất kỳ một nguyên nhân nào làm hẹp đường hô hấp trên sẽ gây cản trở đường hô hấp làm cho lượng oxy vào phổi giảm đồng nghĩa với việc gây thiếu oxy não. Khi đó não sẽ phát ra tín hiệu làm giãn nở khoang họng và khí quản, khi đó hô hấp sẽ trở lại bình thường [3]. Nếu những rối loạn này diễn ra liên tục sẽ gây chứng ngừng thở khi ngủ, ngủ không ngon giấc. Hậu quả làm não không được nghỉ ngơi hoàn toàn sau một ngày hoạt động, khiến bệnh nhân trở nên mệt mỏi, không tập trung, hay ngủ gật... [4][5]. Bệnh nhân ngừng thở khi ngủ có thể đến khám ở rất nhiều chuyên khoa khác nhau như thần kinh, lão khoa, tai mũi họng, hô hấp, răng hàm mặt... Dù bệnh nhân đến khám ở bất kỳ chuyên khoa nào, cũng phải được hội chẩn với chuyên khoa Tai Mũi Họng để tìm nguyên nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn: 31 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ngừng thở khi ngủ tại bệnh viện Lão khoa Trung Ương và có bệnh lý Tai Mũi Họng được tiến hành từ tháng 06 năm 2018 đến tháng 08 năm 2019.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội,

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Bằng Giang

Email: giangthuylinh.ent@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2019

Ngày duyệt bài: 10.9.2019

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ngưng thở khi ngủ theo tiêu chuẩn của Hiệp Hội Giấc Ngủ Hoa Kỳ.

- Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Khám Tai mũi họng: Mô tả tình trạng bệnh lý Tai Mũi Họng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không đáp ứng các tiêu chuẩn trên hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2 Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, từng ca

Phương tiện nghiên cứu: Máy ghi giấc ngủ đa ký được sử dụng là máy Sapphire PSG không dây của hãng CleveMed – Mỹ, máy nội soi Tai Mũi Họng ống mềm Karl – Storz của Đức



Máy ghi giấc ngủ đa ký Máy nội soi Tai Mũi Họng ống mềm

Cỡ mẫu. Chọn mẫu thuận tiện

Thiết kế nghiên cứu

Xây dựng các chỉ số nghiên cứu

Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: hỏi bệnh: Đối tượng để hỏi bao gồm bệnh nhân và bắt buộc phải có cả người ngủ cùng hoặc người chứng kiến bệnh nhân ngủ. Bệnh nhân được hỏi theo bảng câu hỏi ngủ ngáy. Bao gồm: Câu hỏi hướng tới mức độ ngủ ngáy (thang điểm SSS), triệu chứng ban ngày và triệu chứng ban đêm. Các câu hỏi về yếu tố nguy cơ, lối sống. Các câu hỏi về thói quen khò khè. Tiền sử bệnh tật của bệnh nhân: đặc biệt các bệnh liên quan đến tim mạch, huyết áp cao, rối loạn chuyển hóa như đái tháo đường, tăng lipid máu...

Bước 2: khám lâm sàng: Đo vòng cổ. Đo chỉ số BMI. Khám nội khoa

Bước 3: khám nội soi Tai Mũi Họng

Bước 4: ghi giấc ngủ đa ký

2.3 Phương pháp xử lý số liệu. Nhập, quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20

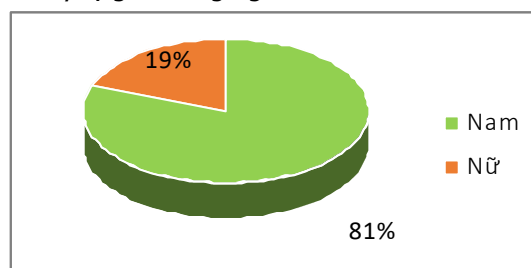
2.4 Đạo đức nghiên cứu. Thực hiện đúng đạo đức nghiên cứu trong các nghiên cứu y sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: $55,61 \pm 12,04$. Tuổi cao nhất: 80 tuổi, tuổi nhỏ tuổi nhất: 23 tuổi.

- Tỷ lệ giới trong nghiên cứu:



Biểu đồ 1. Tỷ lệ giới trong nghiên cứu

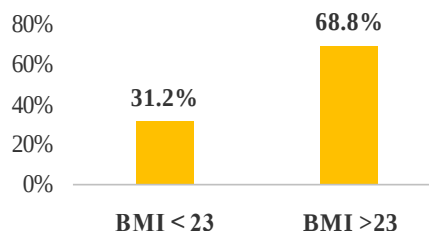
Nhận xét: Nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ ~4/1.

- Thời gian mắc bệnh:

Bảng 10. Thời gian mắc bệnh của nhóm nghiên cứu

Thời gian mắc bệnh	Số lượng (người)	Tỷ lệ %
<1 năm	1	3,2
1 – 5 năm	18	58,1
> 5 năm	12	28,7
Tổng	31	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh trong khoảng thời gian 1 – 5 năm đi khám là cao nhất: 58,06% (18/31 bệnh nhân).



Biểu đồ 2. BMI của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể trên 23 chiếm tỷ lệ cao: 68,75% (21/31 bệnh nhân).

3.2 Giấc ngủ đa ký của bệnh nhân ngưng thở khi ngủ

- Hiệu quả giấc ngủ đạt trung bình $85,79 \pm 9,95\%$.

- Điểm SSS trung bình: $7,00 \pm 1,67$.

- Số lần ngừng hoặc giảm thở trong một giờ

Bảng 11. Số lần ngừng hoặc giảm thở trong một giờ

Số lần ngừng hoặc giảm thở /1h	Số lượng (người)	Tỷ lệ %
0 – 4 lần	6	19,35

≥ 5 lần	25	80,65
Tổng	31	100

Nhận xét: Có 25/31 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 80,65% có chỉ số ngừng /giảm thở ≥ 5 lần trong 01 giờ.

3.3 Một số bệnh lý tai mũi họng liên quan đến hội chứng ngừng thở khi ngủ

Bảng 12. một số bệnh lý tai mũi họng liên quan đến hội chứng ngừng thở khi ngủ

	Số lượng (người)	Tỷ lệ %
Bệnh lý mũi xoang		
Lệch vách ngăn mũi	11	35,5
Quá phát cuốn dưới	6	19,4
Viêm mũi dị ứng	2	6,5
Bệnh lý họng miệng		
VA quá phát	1	3,2
Amydan quá phát độ III và IV	13	41,9
Lưỡi to, dày, bị tụt ra sau	2	6,5

Nhận xét:- Trong các bệnh lý mũi xoang bệnh nhân lệch vách ngăn 35,5%, quá phát cuốn dưới 19,4%, viêm mũi dị ứng 6,5%.

- Bệnh lý họng miệng thấy có quá phát VA 3,2%, amydan quá phát độ III và IV 41,9%, Lưỡi to, dày, bị tụt ra sau 6,5%.

IV. BÀN LUẬN

Về tuổi của nhóm nghiên cứu: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: 55,61 ± 12,04. Tuổi cao nhất: 80 tuổi, tuổi nhỏ tuổi nhất: 23 tuổi. Ngừng thở khi ngủ cũng như các rối loạn giấc ngủ khác thường tăng dần lên theo tuổi [6]. Tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc càng cao. Theo Luc G.T. Morris và cộng sự [7] bệnh nhân ngừng thở khi ngủ có tuổi trung bình ngừng thở khi ngủ là 47,5. Ngừng thở khi ngủ tăng lên theo tuổi vì khi tuổi cao, kiểm soát hệ thống hô hấp bị suy giảm, lớp mỡ quanh họng tăng lên, phản xạ vùng họng giảm, trương lực cơ màn họng, lưỡi gà, trụ Amidan giảm, khả năng thích ứng của phổi giảm. Đây là những yếu tố thuận lợi dẫn đến bệnh [8].

Tỷ lệ nam/nữ trong nhóm nghiên cứu là 4/1, kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới trong đó có nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Bích Huyền [9].

Về chỉ số khối cơ thể (BMI): Trong nhóm nghiên cứu bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể trên 23 chiếm tỷ lệ cao: 68,75% (21/31 bệnh nhân). Béo phì là yếu tố nguy cơ chính, đặc biệt béo ở phần trên cơ thể. Béo phì làm tăng mức độ nặng của bệnh do sự tập trung mỡ ở một số vùng đặc biệt, quanh khu vực đường hô hấp trên làm hẹp khẩu kính đường hô hấp trên dễ dẫn đến nguy cơ ngáy và ngừng thở [6].

Lượng bệnh nhân đến khám trong khoảng thời gian 1–5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (56,25%). Điều này cho thấy, ngừng thở khi ngủ chưa thực sự được người bệnh quan tâm, chỉ đến khi triệu chứng bệnh ngày càng nặng lên, ngáy quá to làm người ngủ cùng bị ảnh hưởng, bắt đầu có dấu hiệu của ngừng thở khi ngủ, người ngủ cùng chứng kiến rất hoảng sợ phải lay bệnh nhân dậy hoặc đến khi bệnh nhân cảm thấy: buồn ngủ ngày quá nhiều, giảm tập trung, trí nhớ, giảm năng suất làm việc... ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống mới đi khám.

Hiệu quả giấc ngủ đạt trung bình 85,79 ± 9,95%. Hiệu quả giấc ngủ càng cao chứng tỏ chất lượng giấc ngủ càng tốt. Tuổi càng cao thì hiệu quả giấc ngủ càng giảm. Theo Kohler, M. [6], về mặt sinh lý, có sự thay đổi nhịp thức ngủ khi tuổi càng cao. Nhịp sinh học đã ảnh hưởng đến nhiệt độ cơ thể và bài tiết hormon dẫn đến người già thường thức dậy sớm hơn so với người trẻ. Hiệu quả giấc ngủ hay thời gian ngủ thực sự khi nằm trên giường giảm đi theo tuổi, do ngưỡng thức giấc bị hạ thấp đi và số lần thức dậy trong đêm tăng lên ở người cao tuổi.

Theo Luc G.T và cộng sự [7] điểm trung bình SSS là 4,9 ± 2,5. Trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm trung bình SSS cao hơn nhiều: 7,00 ± 1,48. Kết quả này có thể do: cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ (n=32) và ở Việt Nam, bệnh nhân chỉ đến khám khi mức độ bệnh đã nặng.

Có 25/31 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 80,65% có chỉ số ngừng /giảm thở ≥ 5 lần trong 01 giờ. Từ kết quả trên cho thấy, bệnh nhân coi triệu chứng ngừng thở khi ngủ là bình thường và hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn còn chưa được biết và quan tâm đến nhiều, nên đa phần bệnh nhân để bệnh tới mức độ nặng ảnh hưởng đến sức khỏe, gia đình và công việc mới đi khám.

Một số bệnh lý tai mũi họng liên quan đến hội chứng ngừng thở khi ngủ: Trong các bệnh lý mũi xoang, thường hay gặp bệnh nhân lệch vách ngăn 35,5%, quá phát cuốn dưới 19,4%, viêm mũi dị ứng 6,5%. Bệnh lý họng miệng thấy có quá phát VA 3,2%, amydan quá phát độ III và IV 41,9%, Lưỡi to, dày, bị tụt ra sau 6,5%. Kết quả này thấp hơn so với kết quả của tác giả Dreher A và cộng sự.

V. KẾT LUẬN

Cần nâng cao công tác tuyên truyền, giáo dục để người dân hiểu rõ hơn về mức độ và tầm quan trọng của bệnh ngừng thở khi ngủ. Bệnh nhân ngừng thở khi ngủ có BMI ≥ 23 và điểm SSS từ 8 – 9 và/hoặc cơn ngừng thở được chứng kiến, buồn ngủ ban ngày nhiều, bác sỹ nên đưa

ra chỉ định đo giấc ngủ đồ đa ký. Cần thực hiện thêm nhiều nghiên cứu chuyên sâu về mối liên quan giữa Tai Mũi Họng với bệnh ngừng thở khi ngủ giúp chẩn đoán và điều trị bệnh tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Phổi Pháp Việt (2010).** Bệnh lý về giấc ngủ. Sách chuyên đề. Hội nghị khoa học Bệnh viện Bạch Mai.
2. **Nguyễn Hữu Khôi. (2006).** Viêm họng Amidan và VA. Nhà xuất bản Y học.
3. **Moreau, E.L.a.R. (2009).** Snoring: Causes, diagnosis and treatment. Otolaryngology research advances series.
4. **Savage C.R, S.D.L. (2007),** Snoring: a critical analysis of current treatment modalities. Curr Opin Otorlaryngol Head Neck Surg, 15(3), 177-179.
5. **Danny J.E, A.M. (2008).** Pathophysiology and Adult Obstructive Sleep Apnea. Proceedings of the American Thoracic Society, 5, 144-153.
6. **Kohler, M. (2009).** Risk Factors and Treatment for Obstructive Sleep Apnea amongst Obese Children and Adults. Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology, 9, 4-9.
7. **Luc G. T.Moris, A.K. (2008).** Rapid MSK stratification for OSA, based on snoring severity and body mass index. Otolaryngology Head and Neck Surgery, 615-618.
8. **Ishii, G.A., Ishman S.Letal (2011).** The Nasal Obstruction Symptom Evaluation Survey as a Screening Tool for Obstructive Sleep Apnea. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 137(2), 119-123.
9. **Nguyễn Xuân Bích Huyền.v.c. (2009).** Nhận xét ban đầu về hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Thời sự Y học, 41, 3-5.

HÀM LƯỢNG HÀN THE TRONG MỘT SỐ THỰC PHẨM CHẾ BIẾN SẴN TẠI CÁC CƠ SỞ KINH DOANH THỨC ĂN ĐƯỜNG PHỐ Ở MỘT SỐ HUYỆN CỦA TỈNH HÀ GIANG NĂM 2018

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hàn the là chất rất độc hại vì vậy không được phép sử dụng trong chế biến thực phẩm. Tuy nhiên, hàn the có một số tính năng như: bảo quản thực phẩm, tạo độ giòn, dai cho thực phẩm... nên nhiều cơ sở sản xuất, chế biến thực phẩm vẫn sử dụng. Tại tỉnh Hà Giang nghiên cứu về sử dụng hàn the trong chế biến thực phẩm còn ít, trong khi đó công tác đảm bảo an toàn thực phẩm trong quản lý và sử dụng phụ gia thực phẩm còn nhiều hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định hàm lượng hàn the trong một số thực phẩm chế biến sẵn tại các cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố ở một số huyện của tỉnh Hà Giang năm 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang trên 90 mẫu thực phẩm chế biến sẵn (giò lợn, chả lợn, bún) tại địa điểm nghiên cứu. Kỹ thuật đã tiến hành là định tính và bán định lượng hàn the (Natri borat) theo Quyết định 3390/2000/QĐ-BYT ban hành "Thường quy kỹ thuật định tính và bán định lượng Natri Borat và Acid Boric trong thực phẩm" của Bộ trưởng Bộ Y tế. **Kết quả nghiên cứu:** Số mẫu thực phẩm xét nghiệm dương tính với hàn the ở cả 3 huyện là khá cao, Đồng Văn 40,0% cao hơn 2 huyện còn lại Mèo Vạc 36,7%, Quản Bạ 30,0%. Hàm lượng hàn the trung bình ở các mẫu thực phẩm giò lợn tại huyện Đồng Văn ($0,25 \pm 0,26$) cao hơn huyện Quản Bạ ($0,16 \pm 0,21$) và huyện Mèo Vạc ($0,15 \pm 0,20$), tuy

Lêo Tiến Công¹, Trương Thị Thùy Dương²

nhien $p > 0,05$. Hàm lượng hàn the trong mẫu chả lợn ($0,097 \pm 0,15$), và mẫu bún ($0,085 \pm 0,13$) tại huyện Đồng Văn cao hơn huyện Mèo Vạc ($0,14 \pm 0,18$ và $0,083 \pm 0,13$) và huyện Quản Bạ ($0,097 \pm 0,15$ và $0,075 \pm 0,12$), tuy nhiên $p > 0,05$.

Từ khóa: Hàn the, mẫu thực phẩm, huyện Quản Bạ, Đồng Văn, Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang.

SUMMARY

CONCENTRATION OF BORATE SALT IN READY-TO-EAT FOODS AT STREET FOOD BUSINESS ESTABLISHMENTS IN SOME DISTRICTS OF HA GIANG PROVINCE IN 2018

Background: Borate salt is very toxic so it is not allowed to be used in food processing. However, borate salt has some features such as food preservation, creating crispness, toughness for food ... so many food processing and production facilities still use. In Ha Giang province, the research on the use of borax in food processing is still limited, while the work of ensuring food safety in managing and using food additives is still limited. **Objectives:** Determine concentration of borate salt in some processed foods at street food business establishments in some districts of Ha Giang province in 2018. **Research subjects and methods:** The study was conducted according to the descriptive method, designed to cross-sectional on 90 samples of pre-processed food (pork rolls, pork rolls, vermicelli) at the study site. Technical was conducted qualitative and semi-quantitative borate salt by Decision 3390/2000/Decision-Minister of Health: "technical conventional regulations qualitative and semi-quantitative borate salt or boric acid" by the Minister of Health. **Results:** The number of samples tested positive for borate salt in all 3 districts was quite high, Dong Van 40.0% was

¹Trung tâm y tế huyện Quản Bạ, tỉnh Hà Giang

²Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lêo Tiến Công

Email: tiencong.ttytquanba@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 31.8.2019

Ngày duyệt bài: 11.9.2019

higher than 2 districts of Meo Vac 36.7%, Quan Ba 30.0%. The average borax concentration in pig meat samples in Dong Van district (0.25 ± 0.26) is higher than Quan Ba district (0.16 ± 0.21) and Meo Vac district (0.15 ± 0.20), however $p > 0.05$. The concentration of borax in the sample of pork rolls (0.097 ± 0.15) and the noodle sample (0.085 ± 0.13) in Dong Van district was higher than that of Meo Vac (0.14 ± 0.18 and 0.083 ± 0.13). and Quan Ba district (0.097 ± 0.15 and 0.075 ± 0.12), however $p > 0.05$.

Key words: Borate salt, sample foods, district Quan Ba, Dong Van, Meo Vac, Ha Giang province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàn the là một hóa chất không mùi vị, khi cho vào thực phẩm chỉ nhằm đánh lừa vị giác, tăng tính hấp dẫn của thức ăn, nhưng lại vô cùng độc hại. Hàn the gây ngộ độc cả cấp và mãn tính. Khi ăn vào, hàn the chỉ đào thải ra ngoài cơ thể khoảng 70-80%, còn lại vẫn tích tụ trong các cơ quan nội tạng, nếu sử dụng dài ngày hàn the gây rối loạn chức năng và chuyển hóa thành một số bệnh như huyết áp, tim mạch, tiểu đường... Về lâu dài, hàn the chuyển hóa trong cơ thể còn làm tiền đề phát sinh bệnh trầm cảm, tổn thương thận, rối loạn các loại chức năng và có nguy cơ gây ung thư.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hùng Long và cộng sự (2016) về thực trạng an toàn thực phẩm tại cơ sở kinh doanh giò chả ở một số chợ quận Hai Bà Trưng và huyện Thanh Trì, Hà Nội cho thấy có 46,2 % mẫu giò có hàn the và 58,8% mẫu chả dương tính với hàn the.

Nhiều thông tin cảnh báo tác hại của hàn the, nâng cao ý thức người kinh doanh, sản xuất cũng như người tiêu dùng nên đã có chuyển biến tích cực nhưng nhìn chung, đến nay vẫn chưa chấm dứt được việc sử dụng hàn the trong nhiều sản phẩm, nhất là giò chả, bún, phở, bánh đúc...

Tại tỉnh Hà Giang nghiên cứu về sử dụng hàn the trong chế biến thực phẩm chưa có nhiều, trong khi đó công tác đảm bảo an toàn thực phẩm trong quản lý và sử dụng phụ gia thực phẩm còn nhiều hạn chế. Từ vấn đề nêu trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Hàm lượng hàn the trong một số thực phẩm chế biến sẵn tại các cơ sở thức ăn đường phố ở một số huyện của tỉnh Hà Giang"

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng hàn the trong một số thực phẩm chế biến sẵn tại các cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố ở một số huyện của tỉnh Hà Giang năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Thực phẩm chế biến sẵn: Giò lợn, chả lợn, bún.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 06/2018 đến tháng 2/2019.

- Địa điểm nghiên cứu: Các cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố tại huyện Quản Bạ, huyện Đồng Văn và huyện Mèo Vạc, tỉnh Hà Giang.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang.

3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

* Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả, cỡ mẫu xét nghiệm:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{s^2}{(\bar{X} - E)^2}$$

Chúng tôi tính được $n = 90$ mẫu

***Phương pháp chọn mẫu:** Mỗi huyện nghiên cứu chọn chủ đích 10 cơ sở kinh doanh thực phẩm thường xuyên kinh doanh giò lợn, chả lợn và bún, mỗi cơ sở chọn 3 mẫu thực phẩm (giò lợn, chả lợn và bún) theo phương pháp ngẫu nhiên đơn. Như vậy mỗi huyện chọn được 30 mẫu xét nghiệm bán định lượng hàn the (10 mẫu giò lợn, 10 mẫu chả lợn và 10 mẫu bún). Tổng số mẫu xét nghiệm bán định lượng hàn the là 90.

4. Chỉ số nghiên cứu

- Tỷ lệ thực phẩm chế biến sẵn dương tính với hàn the.

- Hàm lượng hàn the trong 100g thực phẩm chế biến sẵn.

5. Kỹ thuật tiến hành

***Kỹ thuật lấy mẫu:** - Lấy mẫu một số thực phẩm tại một số cơ sở của 3 huyện theo phương pháp ngẫu nhiên, đột xuất, không báo trước.

- Việc lấy mẫu, bảo quản và vận chuyển mẫu thực phẩm xét nghiệm đảm bảo nguyên tắc và kỹ thuật quy định của FAO hiện đang áp dụng tại Viện Kiểm nghiệm an toàn thực phẩm Quốc gia.

***Kỹ thuật phân tích:** Kỹ thuật định tính và bán định lượng bằng phương pháp giấy nghệ thực hiện theo Quyết định 3390/2000/QĐ-BYT ban hành "Thường quy kỹ thuật định tính và bán định lượng Natri Borat và Acid Boric trong thực phẩm" của Bộ trưởng Bộ Y tế [3]. Kỹ thuật xét nghiệm được tiến hành tại phòng xét nghiệm Bộ môn Dinh dưỡng an toàn thực phẩm, đại học y dược Thái Nguyên.

6. Xử lý số liệu. Số liệu được làm sạch, mã hóa, nhập trên phần mềm Epi data 3.1 và được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Thông tin chung của thực phẩm được nghiên cứu

Địa điểm	Huyện Quản Bạ (SL=30)	Huyện Đồng Văn	Huyện Mèo Vạc (SL=30)
Mẫu thực			

phẩm		(SL=30)	
Giò lợn	10	10	10
Chả lợn	10	10	10
Bún	10	10	10

Tổng số	30	30	30
Nhận xét: 03 loại thực phẩm được lấy mẫu tiến hành xét nghiệm là giò lợn, chả lợn và bún. Mỗi loại thực phẩm lấy 10 mẫu tại mỗi huyện.			

Bảng 3.2. Kết quả nghiên cứu định tính hàn the trong thực phẩm

Mẫu thực phẩm	Địa điểm lấy mẫu	Huyện Quản Bạ (SL= 30)		Huyện Đồng Văn (SL= 30)		Huyện Mèo Vạc(SL = 30)		p1,2	p2,3	p1,3
		Dương tính (1)		Dương tính(2)		Dương tính(3)				
		SL	%	SL	%	SL	%			
	Giò lợn	4	40,0	5	50,0	4	40,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Chả lợn	3	30,0	4	40,0	4	40,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Bún	3	30,0	3	30,0	3	30,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	Tổng số	9	30,0	12	40,0	11	36,7	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Nhận xét: Số mẫu thực phẩm xét nghiệm dương tính với hàn the ở cả 3 huyện là khá cao, Đồng văn 40,0% cao hơn 2 huyện còn lại Mèo Vạc 36,7%, Quản Bạ 30,0%, tuy nhiên khác biệt chênh lệch không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3. Hàm lượng hàn the trong từng loại thực phẩm ở ở một số cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố tại huyện Quản Bạ

Mẫu thực phẩm	Hàm lượng	Dương tính				Âm tính	
		$\leq 0,5(\text{mg}\%)$		$> 0,5 - 1(\text{mg}\%)$		SL	%
		SL	%	SL	%		
Giò lợn		3	30,0	1	10,0	6	60,0
Chả lợn		3	30,0	0	0,0	7	70,0
Bún		3	30,0	0	0,0	7	70,0
Tổng số		9	30,0	1	3,3	20	66,7

Nhận xét: Tỷ lệ mẫu thực phẩm dương tính với hàn the ở huyện Quản Bạ chiếm 33,3% so với tổng số mẫu xét nghiệm trong đó hàm lượng hàn the ở giới hạn $> 0,5 - 1(\text{mg}\%)$ chiếm 3,3% còn lại là ở giới hạn $\leq 0,5(\text{mg}\%)$ chiếm 30,0%.

Bảng 3.4. Hàm lượng hàn the trong từng loại thực phẩm ở ở một số cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố tại huyện Đồng Văn

Mẫu thực phẩm	Hàm lượng	Dương tính				Âm tính	
		$\leq 0,5(\text{mg}\%)$		$> 0,5 - 1(\text{mg}\%)$		SL	%
		SL	%	SL	%		
Giò lợn		2	20,0	3	30,0	5	50,0
Chả lợn		4	40,0	0	0,0	6	60,0
Bún		3	30,0	0	0,0	7	0,0
Tổng số		9	30,0	3	10,0	18	60,0

Nhận xét: Tỷ lệ mẫu thực phẩm dương tính với hàn the ở huyện Đồng Văn chiếm 40,0 % so với tổng số mẫu xét nghiệm trong đó hàm lượng hàn the ở giới hạn $> 0,5 - 1(\text{mg}\%)$ chiếm tỷ lệ 10,0% và ở giới hạn $\leq 0,5(\text{mg}\%)$ chiếm 30,0%.

Bảng 3.5. Hàm lượng hàn the trong từng loại thực phẩm ở ở một số cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố tại huyện Mèo Vạc

Mẫu thực phẩm	Hàm lượng	Dương tính				Âm tính	
		$\leq 0,5(\text{mg}\%)$		$> 0,5 - 1(\text{mg}\%)$		SL	%
		SL	%	SL	%		
Giò lợn		4	40,0	0	0,0	6	60,0
Chả lợn		4	40,0	0	0,0	6	60,0
Bún		3	30,0	0	0,0	7	70,0
Tổng số		11	36,7	0	0,0	19	63,3

Nhận xét: Tỷ lệ mẫu thực phẩm dương tính với hàn the ở huyện Mèo Vạc chiếm 36,7 % và 100% mẫu thực phẩm có hàm lượng hàn the ở giới hạn $\leq 0,5(\text{mg}\%)$ chiếm 36,7% tổng số mẫu thực phẩm xét nghiệm.

Bảng 3.6. Hàm lượng hàn the trung bình trong thực phẩm ở một số cơ sở kinh doanh thức ăn đường phố tại 3 huyện (mg%)

Chợ	Huyện	Huyện	Huyện	p1,2	p2,3	p1,3
-----	-------	-------	-------	------	------	------

Loại thực phẩm	Quản Bạ (SL= 30)(1)	Đồng Văn (SL= 30)(2)	Mèo Vạc (SL= 30)(3)			
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$			
Giò lợn	0,16 ± 0,21	0,25 ± 0,26	0,15 ± 0,20	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Chả lợn	0,097 ± 0,15	0,15 ± 0,20	0,14 ± 0,18	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Bún	0,075 ± 0,12	0,085 ± 0,13	0,083 ± 0,13	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Nhận xét: Hàm lượng hàn the trung bình ở các mẫu thực phẩm giò lợn tại huyện Đồng Văn là cao nhất ($0,25 \pm 0,26$) tiếp đến là huyện Quản Bạ ($0,16 \pm 0,21$), thấp nhất là huyện Mèo Vạc ($0,15 \pm 0,20$), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các huyện với $p > 0,05$.

Hàm lượng hàn the trong mẫu chả lợn ($0,097 \pm 0,15$), và mẫu bún ($0,085 \pm 0,13$), tại huyện Đồng Văn là cao nhất, tiếp đến huyện Mèo Vạc ($0,14 \pm 0,18$ và $0,083 \pm 0,13$), thấp nhất là huyện Quản Bạ ($0,097 \pm 0,15$ và $0,075 \pm 0,12$), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 3 huyện với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Số mẫu thực phẩm xét nghiệm dương tính với hàn the ở cả 3 huyện là khá cao, Đồng Văn 40% cao hơn 2 huyện còn lại Mèo Vạc 36,7%, Quản Bạ 30%. Hàm lượng hàn the $>0,5 - 1(\text{mg}\%)$ ở huyện Quản Bạ chiếm tỷ lệ 3,3%, hàm lượng hàn the $> 0,5-1(\text{mg}\%)$ ở huyện Đồng Văn chiếm tỷ lệ 10%, hàm lượng hàn the $\leq 0,5 (\text{mg}\%)$ ở huyện Mèo Vạc chiếm tỷ lệ 36,7%, không phát hiện mẫu thực phẩm nào $> 0,5 - 1\text{mg}\%$. Hàm lượng hàn the trung bình ở các mẫu thực phẩm giò lợn tại huyện đồng Văn là cao nhất $0,25 \pm 0,26$, tiếp đến các mẫu giò lợn tại huyện Quản Bạ $0,16 \pm 0,21$, thấp nhất là các mẫu thực phẩm Bún tại huyện Quản Bạ $0,075 \pm 0,12$. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Trương Thị Thùy Dương và cộng sự về hàm lượng hàn the trong một số thực phẩm chế biến sẵn ở 2 chợ trung tâm thành phố Thái Nguyên năm 2016, tỷ lệ các mẫu thực phẩm dương tính với hàn the ở chợ Đồng Quang cao là 52,7% cao hơn ở chợ Thái (47,3); Hàm lượng hàn the trong mẫu thực phẩm ở mức $\geq 0,5 \text{ mg}\%$ tại chợ Đồng Quang cao hơn (26,9%) chợ Thái (20,7%) [3]. Gần tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Khánh Linh (2016) về nghiên cứu thực trạng sử dụng hàn the trong một số thực phẩm lưu thông ở chợ tại thành phố Nam Định, kết quả dương tính với hàn the là 35,5% [4], thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hùng Long và cộng sự (2016) về thực trạng an toàn thực phẩm tại cơ sở kinh doanh giò chả ở một số chợ quận Hai Bà Trưng và huyện Thanh Trì, Hà Nội cho kết quả có 46,2 % mẫu giò có hàn the

và 58,8% mẫu chả dương tính với hàn the [5]. Kết quả này cho thấy nghiên cứu ở các nơi, các thời điểm khác nhau ở nước ta đều có ghi nhận chung về việc mất an toàn trong sử dụng hàn the ở mức đáng lo ngại. Cũng cần phải nói thêm rằng sự tích lũy gây độc của hàn the đã được minh chứng nên dù ít vẫn có thể gây nguy hại cho sức khỏe.

Hàn the không có trong danh mục các chất được Bộ Y tế cho phép dùng chế biến thực phẩm do tính độc hại của nó [2]. Mặc dù đã có nhiều thông tin cảnh báo tác hại của hàn the, ý thức người kinh doanh, sản xuất cũng như người tiêu dùng đã có sự chuyển biến tích cực, nhưng nhìn chung đến nay vẫn chưa chấm dứt được việc sử dụng hàn the trong các thực phẩm chế biến sẵn. Việc quản lý và cấm sử dụng vẫn còn gặp rất nhiều khó khăn, hàn the vẫn được bày bán công khai tại các chợ, việc mua bán quá dễ dàng, giá thành lại rẻ. Các hộ gia đình sản xuất với quy mô nhỏ lẻ nên việc xử lý vi phạm còn gặp nhiều khó khăn. Chính vì vậy, việc quản lý, giám sát không sử dụng hàn the trong thực phẩm đang là vấn đề khó khăn, cần có thời gian nhất định để thực hiện.

V. KẾT LUẬN

Số mẫu thực phẩm xét nghiệm dương tính với hàn the ở cả 3 huyện là khá cao, Đồng Văn 40,0% cao hơn 2 huyện còn lại Mèo Vạc 36,7%, Quản Bạ 30,0%.

Hàm lượng hàn the trung bình ở các mẫu thực phẩm giò lợn tại huyện Đồng Văn ($0,25 \pm 0,26$) cao hơn huyện Quản Bạ ($0,16 \pm 0,21$) và huyện Mèo Vạc ($0,15 \pm 0,20$), tuy nhiên $p > 0,05$.

Hàm lượng hàn the trong mẫu chả lợn ($0,097 \pm 0,15$), và mẫu bún ($0,085 \pm 0,13$), tại huyện Đồng Văn là cao hơn huyện Mèo Vạc ($0,14 \pm 0,18$ và $0,083 \pm 0,13$) và huyện Quản Bạ ($0,097 \pm 0,15$ và $0,075 \pm 0,12$), tuy nhiên $p > 0,05$.

KHUYẾN NGHỊ

Nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của người chế biến, buôn bán cũng như người tiêu dùng về tác hại của hàn the nhằm hạn chế tối đa việc sử dụng hàn the trong chế biến và bảo quản thực phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2000), Quyết định số 3390/2000/QĐ-BYT, ngày 28/9/2000 ban hành "Thường quy kỹ thuật

- định tính và bán định lượng natri borat và acid boric trong thực phẩm”.
- 2. Bộ Y tế** (2001), Quyết định số 3742/2001/QĐ-BYT ngày 31/8/2001 ban hành Quy định danh mục các chất phụ gia được phép sử dụng trong thực phẩm.
- 3. Trương Thị Thùy Dương và cộng sự** (2016), Hàm lượng hàn the trong một số thực phẩm chế biến sẵn ở 2 chợ trung tâm thành phố Thái Nguyên năm 2016, Tạp chí Y học thực hành (1032), số 1/2017, tr. 51-53.
- 4. Trần Thị Khánh Linh** (2016), Nghiên cứu thực trạng sử dụng Hàn the trong một số thực phẩm lưu thông ở chợ tại thành phố Nam Định đầu năm 2016, Hội nghị khoa học ATTP lần thứ VII - 2016, Tạp chí DD&TP 12, số 6 (1) - 2016, tr.213.
- 5. Nguyễn Hùng Long và cộng sự** (2016), Thực trạng an toàn thực phẩm tại cơ sở kinh doanh giò chả ở một số chợ quận Hai Bà Trưng và huyện Thanh Trì, Hà Nội năm 2016, Tạp chí Y học dự phòng tập 27 số 3 2017 tr. 36.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI BẰNG MẢNH GHÉP GÂN CƠ BÁN GÂN VÀ GÂN CƠ THON QUA NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Nguyễn Thế Điệp*, Bùi Thị Minh Phượng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện trên 37 bệnh nhân có độ tuổi từ 21 - 52 được chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước khớp gối. **Mục tiêu:** 1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và hình thái tổn thương dây chằng chéo trước khớp gối qua nội soi. 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng mảnh ghép gân cơ bán gân và gân cơ thon. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu, cắt ngang không có nhóm chứng. **Kết quả:** Rất tốt: 29/35 chiếm 82,9%, tốt 11,4%, trung bình: 01 trường hợp, kém: 01 trường hợp.

Từ khóa: Dây chằng chéo trước khớp gối, phẫu thuật nội soi khớp gối.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULTS OF SURGICAL ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION USING HAMSTRING GRAFT AT THAI BINH MEDICINE HOSPITAL

This study was performed on 37 patients aged 21 - 52 who were diagnosed with a tear anterior cruciate ligament. **Target:** 1. Remark the clinical characteristics and morphology of ACL ligament. 2. Assessing the results of endoscopic surgery to using Hamstring tendons for anterior cruciate ligament reconstruction. **Methods:** Descriptive, cross-sectional description without control group. **Results:** Excellent at: 82.9%, good 11.4%, average: 01 case, poor: 01 case.

Keywords: Knee ACL, knee arthroscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đứt dây chằng chéo trước khớp gối là một tổn thương thường gặp trong sinh hoạt, lao động, thể dục thể thao và tai nạn giao thông. Khi dây chằng chéo bị đứt khớp gối sẽ mất đi sự

vững chắc theo chiều trước sau, quan hệ giữa xương đùi và xương chày bị lỏng lẻo.

Ngày nay, phẫu thuật nội soi khớp gối tái tạo dây chằng chéo trước được xem là phẫu thuật lựa chọn mang lại kết quả phục hồi chức năng nhanh hơn, tốt hơn so với các phẫu thuật mở khớp kinh điển.... Nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, tại bệnh viện trường đại học y Thái Bình trong những năm trở lại đây đã triển khai ứng dụng kỹ thuật nội soi khớp gối điều trị đứt dây chằng chéo trước khớp gối và bước đầu nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật. Nghiên cứu thực hiện với 2 mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và hình thái tổn thương dây chằng chéo trước khớp gối qua nội soi.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng mảnh ghép gân cơ bán gân và gân cơ thon.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 37 bệnh nhân được chẩn đoán đứt dây chằng chéo trước (DCCT) khớp gối đã được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon tại khoa chấn thương bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ năm 2012-2015. Tuổi: từ 21-52 tuổi.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả các bệnh nhân, không phân biệt giới, được chẩn đoán xác định đứt dây chằng chéo trước khớp gối do các nguyên nhân khác nhau.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Đứt DCCT có các tổn thương phối hợp như vỡ mâm chày, gãy xương đùi, xương chày, xương bánh chè.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu kết hợp theo dõi dọc.

*Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Minh Phượng

Email: diepnguyenthe@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2019

Ngày duyệt bài: 9.9.2019

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới (n = 37)

Tuổi	Giới		Tỷ lệ %
	Nam	Nữ	
21 - 31	17	2	51,4
32 - 42	9	5	37,8
43 - 52	3	1	10,8
Tổng	29	8	100

+ Đứt dây chằng chéo trước gặp ở lứa tuổi 21-52 tuổi, trong đó tuổi thường gặp: 21-31 chiếm 51,4%, trung bình 35,7 tuổi.

+ Giới: Nam gặp nhiều hơn nữ.

3.2. Nguyên nhân chấn thương

- Tai nạn thể thao: 21/37 chiếm 56,8%.
- Tai nạn sinh hoạt: 11/37 chiếm 29,7%.
- Tai nạn giao thông: 5/37 chiếm 13,5%.

3.3. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng (n=37)

Triệu chứng lâm sàng	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Đau	21	56,7
Lỏng gối khi đi lại	35	94,6
Kẹt khớp	5	13,5
D/h ngăn kéo trước (+)	33	89,2
D/h Lachmann (+)	37	100
D/h Pivotshift (+)	25	67,6

35 BN có biểu hiện lỏng gối khi đi lại hoặc trong các hoạt động thể thao. Dấu hiệu Lachmann dương tính từ mức độ 0 đến độ III chiếm tỷ lệ 100%. Dấu hiệu ngăn kéo trước: 33 BN chiếm 89,2%; dấu hiệu Pivotshift: 25 BN chiếm 67,6%; đây là 2 dấu hiệu có giá trị chẩn đoán nhưng dương tính không cao khi khám do còn sự chống lại của trương lực cơ. Ngoài ra còn gặp các triệu chứng khác đi kèm như lỏng gối, kẹt khớp...

3.4. Hình thái tổn thương dây chằng chéo trước

- Đứt DCCT tại điểm bám ở lõi cầu đùi: 27 trường hợp chiếm 72,9%
- Đứt DCCT ở phần thân dây chằng: 8 trường hợp chiếm 21,6%
- Đứt DCCT tại điểm bám ở mâm chày: 2 trường hợp chiếm

3.5. Tổn thương phối hợp

- Rách sụn chêm: 17 BN, được tiến hành cắt sụn chêm cùng trong phẫu thuật.
- Đứt dây chằng bên trong: 1 BN, chỉ tái tạo DCCT, không tái tạo dây chằng bên trong.

3.6. Kết quả lâm sàng

- *Sau 3 tháng: kiểm tra 37 BN thấy
- 100% hết đau gối khi đi lại.

- Có 2 BN còn tồn tại các triệu chứng như: ngăn kéo trước, Lachmann, Pivotshift dương tính. Đây là 2 BN bị dị ứng vít và nhiễm trùng khớp gối sau phẫu thuật.

- 1 BN tầm vận động gấp gối < 120°, duỗi khớp gối 5° - 10° BN này bị nhiễm khuẩn khớp gối sau phẫu thuật, do đó bị dính khớp gối, tầm vận động hạn chế.

*Sau 6 tháng: kiểm tra được 29 BN

- Tất cả BN không có biểu hiện đau khớp gối khi đi lại.

- 01 BN có dấu hiệu Lachmann (+), đây là BN bị dị ứng vít, đã tháo vít vào tháng thứ 4 sau mổ.

- 1 BN tầm vận động gấp gối < 120°, duỗi khớp gối hạn chế.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng.

- Tuổi: thấp nhất 21 tuổi, cao nhất là 52 tuổi, tuổi trung bình 35,7 tuổi.
- Giới: Nam gặp nhiều hơn nữ với tỷ lệ 3/1.
- Lỏng gối khi đi lại chiếm 94,6%, dấu hiệu Lachmann (+) với các mức độ khác nhau chiếm 100%; dấu hiệu Pivotshift chiếm 67,6%, dấu hiệu ngăn kéo trước: 89,2%; triệu chứng đau: 56,7%; kẹt khớp chiếm: 13,5%

- Vị trí đứt dây chằng chéo trước khớp gối:

- + Đứt DCCT tại điểm bám ở lõi cầu đùi: 27 trường hợp chiếm 72,9%.
- + Đứt DCCT ở phần thân dây chằng: 8 trường hợp chiếm 21,6%.
- + Đứt DCCT tại điểm bám ở mâm chày: 2 trường hợp chiếm.

2. Kết quả điều trị.

Tại thời điểm tháng thứ 6 sau phẫu thuật đánh giá theo thang điểm Lysholm:

- Có 27/29 BN đạt kết quả tốt và rất tốt sau phẫu thuật chiếm 93,1%.
- 1/8 BN đạt kết quả trung bình.
- 1/8 BN đạt kết quả kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Bình (2003), "Kết quả bước đầu ứng dụng kỹ thuật nội soi trong chẩn đoán và điều trị những thương tổn ở khớp gối tại bệnh viện trung ương quân đội 108", Tạp chí y học Việt Nam, 292(10):71-77.
2. Nguyễn Tiến Bình (2003), "Đánh giá kết quả tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng gân bánh chè với kỹ thuật nội soi", Tạp chí y dược Việt Nam, 292(10):53 - 59.
3. Nguyễn Tiến Bình (2000), "Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT khớp gối nhân 21 trường hợp", Tạp chí thông tin y dược, (12):211 - 214.
4. Nguyễn Tiến Bình (2002), "Tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng gân bánh chè với kỹ thuật nội soi, nhân 36 trường hợp", Tạp chí thông tin y dược, (1):31 - 34.

5. Nguyễn Tiến Bình (2000), "Tạo hình một thì đồng thời cả 2 dây chằng chéo trước và sau khớp gối", Tạp san ngoại khoa, (2):32 - 35.
6. Kiapour A. M., Murray M. M., (2014). Basic science of anterior cruciate ligament injury and repair. Bone Joint Res,3(2):20-31
7. Struwer J., Ziring E., Frangen T.M., (2013). Clinical outcome and prevalence of osteoarthritis after isolated anterior cruciate ligament reconstruction using hamstring graft: follow-up after two and ten years. International Orthopaedics (SICOT), 37:271-277.

THỰC TRẠNG KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN HUYẾT Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG

Trần Quang Cảnh*, Đặng Thị Thùy Dương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết ở bệnh nhi tại bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2018 - 2019. **Đối tượng nghiên cứu:** Các chủng vi khuẩn được phân lập từ bệnh phẩm máu của bệnh nhi được chẩn đoán là nhiễm khuẩn huyết, trong thời gian nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Hải Dương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Burkholderia cepacia đã kháng tất cả các loại kháng sinh được thử nghiệm, tỷ lệ kháng cao nhất với Cephalosporin thế hệ 2 trên 80%. Tỷ lệ vi khuẩn kháng trên 10 loại kháng sinh chiếm 18,75%. Tất cả các chủng Stenotrophomonas maltophilia phân lập được đã kháng với 6 trong số 8 kháng sinh được thử nghiệm với tỷ lệ từ 60% (gồm Trimethoprim/sulfamethoxazol, Gentamycin, Amikacin, Erythromycin, Cefepime, Ciprofloxacin) và đề kháng với tỷ lệ thấp hơn Vancomycin (40%), Levofloxacin (39%). Streptococcus pneumoniae đề kháng kháng sinh Erythromycin (100%), Amikacin (100%), Trimethoprim/sulfamethoxazol (57,1%) và Ampicillin (33,3%); tuy nhiên chưa có chủng nào kháng Ceftriaxone, Vancomycin và Levofloxacin. Tất cả các chủng Staphylococcus aureus phân lập được trong nghiên cứu đã kháng kháng sinh Erythromycin.

Từ khóa: kháng kháng sinh, nhiễm khuẩn huyết, trẻ em, Hải Dương

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF ANTIBIOTIC RESISTANCE OF BACTERIA CAUSED SEPTICEMIA IN CHILDREN AT HAI DUONG CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: Describe the current situation of antibiotic resistance of bacteria causing septicemia in pediatric patients at Hai Duong Children's Hospital in 2018 - 2019. **Population:** Bacteria strains isolated from blood samples of pediatric patients diagnosed as sepsis, during the study period in Hai Duong Children's Hospital. **Method:** Descriptive cross-sectional study.

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính:

Email: canhhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 31.8.2019

Ngày duyệt bài: 10.9.2019

Research results: Burkholderia cepacia has been resistant to all antibiotics tested, the highest rate of resistance to Cephalosporin (2nd generation) was over 80%. The rate of bacteria resistant to 10 antibiotics accounts for 18.75%. All strains of Stenotrophomonas maltophilia isolated were resistant to 6 of 8 antibiotics tested at a rate of 60% (including Trimethoprim/sulfamethoxazol, Gentamycin, Amikacin, Erythromycin, Cefepime, Ciprofloxacin) and resistance to Vancomycin (40%), Levofloxacin (39%). Streptococcus pneumoniae resistant to Erythromycin (100%), Amikacin (100%), Trimethoprim/sulfamethoxazole (57.1%) and Ampicillin (33.3%); however, no strains are resistant to Ceftriaxone, Vancomycin and Levofloxacin. All strains of Staphylococcus aureus isolated were resistant to Erythromycin.

Keywords: antibiotic resistance, sepsis, children, Hai Duong

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết là tình trạng nhiễm trùng nghiêm trọng, vi sinh vật gây bệnh không còn khu trú tại một cơ quan tổn thương ban đầu mà theo đường máu lan đi khắp cơ thể. Hiện tại phương pháp chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết tại hầu hết các bệnh viện trong nước kể cả tại bệnh viện Nhi trung ương chủ yếu dựa vào cấy máu truyền thống. Cấy máu là phương pháp phổ biến và được coi là tiêu chuẩn vàng "gold standard" trong chẩn đoán và xác định các căn nguyên gây bệnh nhiễm khuẩn huyết. Thuốc kháng sinh được coi là một giải pháp cho loài người trong điều trị các bệnh do nhiễm vi khuẩn. Nhờ có thuốc kháng sinh mà chúng ta có thể kiểm soát được nhiều dịch bệnh. Tuy nhiên, hiện nay con người đang sử dụng kháng sinh chưa thật hợp lý, chính điều này đang dẫn nhanh tới tình trạng kháng thuốc của vi khuẩn. Kháng kháng sinh là hiện tượng xảy ra khi mầm bệnh hay vi khuẩn không bị tiêu diệt bởi thuốc kháng sinh. Chúng không những tồn tại mà còn sinh sản ra những thế hệ vi khuẩn mới, cũng có đặc tính kháng thuốc và hóa chất điều trị nhiễm trùng. Theo thống kê của "Chương trình đánh giá kháng kháng sinh" được tài trợ bởi chính phủ Anh, hàng

năm trên thế giới có 700.000 ca tử vong bởi vi khuẩn kháng thuốc. Ước tính con số sẽ tăng lên đến 10 triệu người vào năm 2050 [1]. Vì vậy, đề tài "*Thực trạng kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết ở bệnh nhi tại bệnh viện Nhi Hải Dương*" được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả thực trạng kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết ở bệnh nhi tại bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2018 - 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Các chủng vi khuẩn được phân lập từ bệnh phẩm máu của bệnh nhân nhi được chẩn đoán là nhiễm khuẩn huyết, trong thời gian nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Hải Dương.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Vi khuẩn phân lập từ những bệnh nhi mắc nhiễm khuẩn huyết được định danh và xác định mức độ nhạy cảm với kháng sinh bằng kỹ thuật kháng sinh đồ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Kết quả xét nghiệm không phù hợp, thiếu thông tin cá nhân hoặc thông tin xét nghiệm.
- Không có kết quả nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ hoặc kết quả không đầy đủ.

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Vi sinh,

đến hết ngày 01/05/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang (Trong đó, hồi cứu trong các trường hợp có chỉ định cấy máu từ 01/05/2018 - 28/02/2019 và tiến cứu các trường hợp có chỉ định cấy máu từ 01/03/2019).

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Thu thập các mẫu cấy máu nằm trong tiêu chuẩn được gửi đến phòng xét nghiệm Bệnh viện Nhi Hải Dương từ 01/05/2018 đến 01/5/2019. Mỗi mẫu sẽ tiến hành đồng bộ các kỹ thuật: cấy máu tìm vi khuẩn, định danh vi khuẩn gây bệnh, xác định tính vi khuẩn kháng thuốc định tính. Thời gian thu nhận kết quả từ 5-7 ngày từ khi nhận mẫu bệnh phẩm.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu. Lập mẫu phiếu thu thập số liệu về các chủng vi khuẩn phân lập từ máu tại khoa Vi sinh bệnh viện Nhi Hải Dương gồm các thông tin về kết quả định danh và mức độ nhạy cảm với kháng sinh.

2.2.4. Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê Y Sinh học qua phần mềm SPSS 20.0.

2.2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của Ban giám hiệu trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, trưởng khoa Vi sinh bệnh viện Nhi Hải Dương và các phòng ban liên quan. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nghiên cứu, mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân đều được bảo mật.

bệnh viện Nhi Hải Dương từ ngày 01/05/2018

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả kháng sinh đồ của vi khuẩn gram âm gây nhiễm trùng huyết

Bảng 3.1. Kết quả kháng sinh đồ của toàn bộ vi khuẩn gram âm

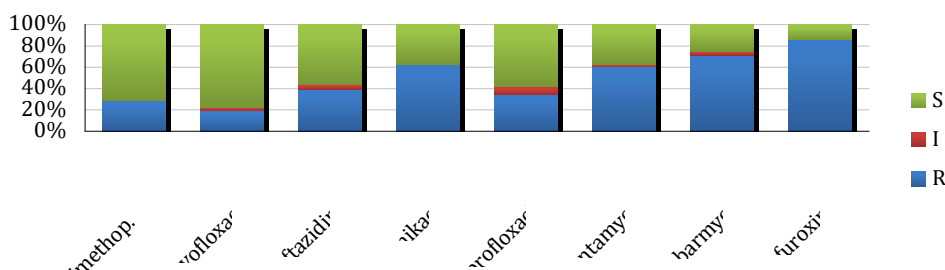
Kháng sinh	Độ nhạy cảm	Số chủng vi khuẩn thử kháng sinh đồ	Kháng (R)		Trung gian (I)		Nhạy cảm (S)	
			n	%	n	%	n	%
Ciprofloxacin		42	14	33,4	15	35,7	13	30,9
Levofloxacin		35	8	22,8	1	2,8	26	74,4
Trimethoprim/sulfamethoxazole		32	14	43,8	3	9,4	15	46,8
Amikacin		32	20	62,5	0	0	12	37,5
Gentamicin		31	25	80,6	1	3,2	5	16,2
Ceftriaxone		28	20	71,4	3	10,7	5	17,9
Ampicillin		28	28	100	0	0	0	0

Vi khuẩn Gram âm có tỷ lệ kháng cao đối với tất cả các loại kháng sinh được thử nghiệm. Cụ thể, các vi khuẩn này kháng 100% với Ampicillin, trên 60% với Gentamycin (80,6%) Ceftriaxone (71,4%), Amikacin (62,5%). Đối với kháng sinh nhóm Quinolon các chủng vi khuẩn Gram âm phân lập được còn nhạy cảm với Levofloxacin (74,4%). Chỉ còn 46,8% các chủng vi khuẩn

nhạy cảm với kháng sinh Trimethoprim/sulfamethoxazol. Kết quả này phù hợp với kết quả của các nghiên cứu được thống kê trong báo cáo của GARP Việt Nam 2010 [2]. Các vi khuẩn Gram âm đa số là kháng kháng sinh: hơn 25% số chủng phân lập tại một bệnh viện Thành phố Hồ Chí Minh kháng với kháng sinh cephalosporin thế hệ 3, theo nghiên cứu năm 2000-2001. Theo

báo cáo của một nghiên cứu khác năm 2009 cho thấy, 42% các chủng vi khuẩn Gram âm kháng với ceftazidime, 63% kháng với gentamycin và 74% kháng với acid nalidixic tại cả bệnh viện và trong cộng đồng [2]. Tỷ lệ kháng thuốc ở vi khuẩn Gram âm tăng cao có thể giải thích do sự

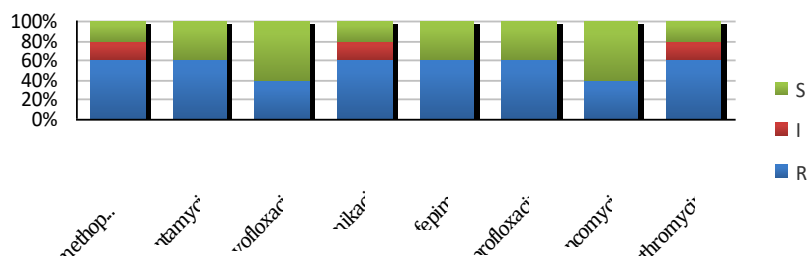
gia tăng các chủng sinh ESBL (Extended-spectrum beta-lactamase) là các vi khuẩn có thể kháng lại hầu hết các kháng sinh nhóm beta-lactam trừ một số kháng sinh thế hệ mới như Imipenem, Meronem...



Biểu đồ 3.1. Kết quả kháng sinh đồ của vi khuẩn *Burkholderia cepacia*

Trong nghiên cứu này *Burkholderia cepacia* là vi khuẩn gây bệnh nhiễm khuẩn huyết hàng đầu trong nhóm vi khuẩn Gram âm (51%). Nhận thấy 100% các chủng đã kháng kháng sinh, tỷ lệ kháng nhiều nhất với các kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 2 (Cefuroxime > 80%), kháng sinh nhóm Aminoglycosid (Tobramycin 71,4%, Amikacin, Gentamycin >60%). Các kháng sinh nhóm Quinolon còn tác dụng với vi khuẩn có Levofloxacin (nhạy cảm 80,5%), Ciprofloxacin (65,9%) và Trimethoprim /sulfamethoxazol (70,8%). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Minh Giao,

B.cepacia kháng với nhiều loại kháng sinh thông thường và một số loại kháng sinh thế hệ mới như: Ertapenem (100%), Ticarcillin (79,5%), Ticarcillin + a.clavulanic (61,5%), Cephalosporin thế hệ 1,2 và một số kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 như cefotaxim, ceftazidim, ceftriaxon, hầu hết các chủng vi khuẩn này kháng với kháng sinh nhóm aminoglycosid với tỷ lệ trên 60% [3]. Không những tỷ lệ kháng thuốc của *B.cepacia* cao mà còn xuất hiện những chủng đa kháng thuốc, kháng lại hầu hết các kháng sinh thông thường cũng là vấn đề đáng lo ngại.



Biểu đồ 3.2. Kết quả kháng sinh đồ của vi khuẩn *Stenotrophomonas maltophilia*

So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Nghi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận tỷ lệ kháng kháng sinh của *S.maltophilia* đối với Gentamycin (35,0%), Amikacin (20,0%), Ciprofloxacin (10,0%) và Cefepime (31,3%) [4]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ kháng kháng sinh của *S.maltophilia* cao hơn rất nhiều. Tất cả các chủng phân lập được đã kháng với 6/8 kháng sinh được thử nghiệm với tỷ lệ từ 60% (gồm Trimethoprim/sulfamethoxazol, Gentamycin, Amikacin, Erythromycin, Cefepime, Ciprofloxacin). Kháng với tỷ lệ thấp hơn

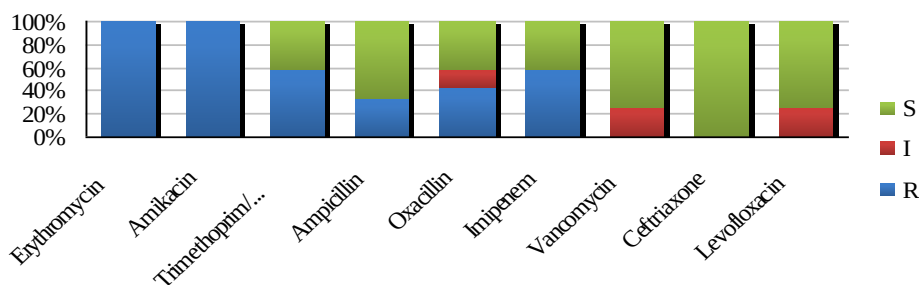
Vancomycin (40%), Levofloxacin (39%). *S.maltophilia* là một tác nhân gây bệnh mới nổi trên toàn thế giới, tỷ lệ mắc không cao như *B.cepacia* nhưng tất cả các chủng phân lập được đều đã kháng từ 5 loại kháng sinh trở lên, kháng trên 10 loại kháng sinh chiếm 20%, kháng từ 7-8 loại kháng sinh chiếm 40%. Tỷ lệ kháng thuốc tăng cao qua từng năm có thể là hậu quả của việc lạm dụng thuốc kháng sinh, làm giảm tác dụng chữa bệnh của thuốc, đồng thời tạo điều kiện cho vi khuẩn hình thành các gen kháng thuốc.

3.2. Kết quả kháng sinh đồ của vi khuẩn gram dương gây nhiễm trùng huyết

Bảng 3.2. Kết quả kháng sinh đồ của vi khuẩn Gram dương

Kháng sinh	Số chủng vi khuẩn thử kháng sinh đồ	Kháng (R)		Trung gian (I)		Nhạy cảm (S)	
		n	%	n	%	n	%
Levofloxacin	12	0	0	1	8,3	11	91,7
Ciprofloxacin	8	0	0	0	0	8	100
Vancomycin	13	3	23,1	1	7,6	9	69,3
Rifampicin	8	1	12,5	0	0	7	87,5
Gentamycin	11	2	18,2	2	18,2	7	63,6
Erythromycin	13	12	92,4	0	0	1	7,6
Oxacillin	16	9	56,3	2	12,5	5	31,2
Trimethoprim/sulfamethoxazole	17	9	52,9	3	17,6	5	29,5

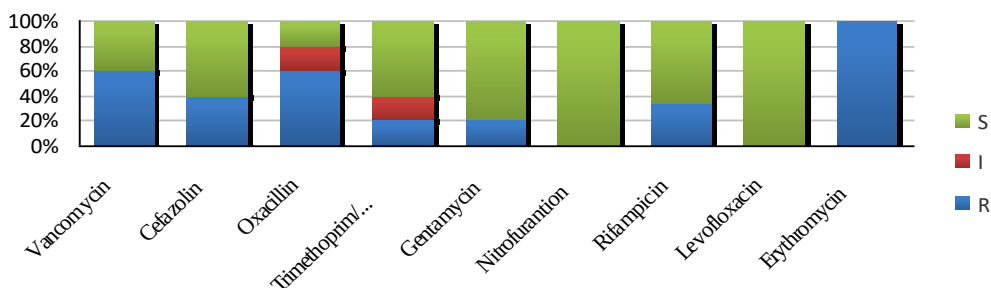
So với vi khuẩn Gram âm, trong nghiên cứu này vi khuẩn Gram dương vẫn còn nhạy cảm với nhiều loại kháng sinh ở mức độ cao. Tỷ lệ nhạy cảm với các kháng sinh nhóm Quinolon trên 90% (Ciprofloxacin 100%, Levofloxacin 91,7%). Tuy nhiên kháng sinh nhóm Macrolid có hoạt tính chủ yếu trên vi khuẩn Gram dương thì lại có tỷ lệ kháng rất cao Erythromycin (92,4%).



Biểu đồ 3.3. Kết quả kháng sinh đồ của Streptococcus pneumoniae

Theo nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh tại Bệnh viện Nhi Đồng II, thành phố Hồ Chí Minh cho thấy S.pneumoniae đề kháng cao với những kháng sinh như Penicillin G, Erythromycin, Trimethoprim/sulfamethoxazol (lần lượt 50%, 94,1%, 93,7%). Tuy nhiên vẫn còn nhạy cảm tốt với Vancomycin (99%), Ofloxacin (83,1%), Levofloxacin (98,5%) [5]. Nghiên cứu của Cao Minh Nga cho thấy từ 20 chủng S.pneumoniae phân lập được thì tỷ lệ kháng kháng sinh là: Gentamycin (90%), Trimethoprim/

sulfamethoxazol (90%), Erythromycin (85%), Vancomycin (75%) và 45% kháng Penicilin, đồng thời chưa có chủng nào đề kháng Ampicillin, Ceftriaxone nhưng tỷ lệ trung gian cao [6]. Trong nghiên cứu này cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ đề kháng cao với kháng sinh Erythromycin (100%), Amikacin (100%), Trimethoprim/ sulfamethoxazol (57,1%). Chưa có chủng nào kháng Ceftriaxone, Vancomycin và Levofloxacin. Tuy nhiên đã xuất hiện các chủng kháng Ampicillin (33,3%).



Biểu đồ 3.4. Kết quả kháng sinh đồ của Staphylococcus aureus

Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết do *Staphylococcus aureus* trong nghiên cứu là 6,7 %. Từ biểu đồ 3.4 cho thấy tất cả các chủng phân lập được trong nghiên cứu đã kháng 100% với kháng sinh Erythromycin, tỷ lệ này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu An (65%); Vancomycin là kháng sinh cuối cùng điều trị các chủng *S.aureus* kháng thuốc. Nhưng trong nghiên cứu này tỷ lệ kháng với kháng sinh này là 60%, cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu

của Nguyễn Hữu An (0,7%) và A.E.Nadia (2,1%). Trong nghiên cứu này *S.aureus* còn nhạy cảm hoàn toàn với Levofloxacin và Nitrofurantion. Ngoài ra các kháng sinh còn tác dụng tốt có Gentamycin (nhạy cảm 80%), Rifampicin (66,7%). Tuy nhiên, số lượng chủng *S.aureus* phân lập được khá ít (05 chủng), do vậy kết quả thu được vẫn còn hạn chế và thực sự chưa có nhiều ý nghĩa để so sánh với các nghiên cứu khác.

Bảng 3.3. Mức độ đa kháng của chủng vi khuẩn

Số loại kháng sinh	B. cepacia	S.maltophilia	S.aureus	S.pneumoniae
1-2 loại	6,25	0	0	42,8
3-4 loại	12,5	0	40,0	14,4
5-6 loại	18,75	20,0	40,0	42,8
7-8 loại	18,75	40,0	0	0
9-10 loại	25	20,0	20,0	0
Trên 10 loại	18,75	20,0	0	0

Hầu hết các loại vi khuẩn phân lập được đều có đề kháng ít nhất một loại kháng sinh. Trong số các chủng vi khuẩn *Burkholderia cepacia* có mức độ đề kháng với nhiều loại kháng sinh nhất, có đến 25% các chủng đề kháng với 9-10 loại kháng sinh.

Bảng 3.4. Kết quả các chủng vi khuẩn đề kháng đối với từng loại kháng sinh

Nhóm	Tên kháng sinh	R%
Penicillin	Ampicillin (AMP)	91,9
	Oxacillin (OXA)	56,3
Cephalosporin	Cefazolin (CEZ)	85,7
	Cefuroxime (CXM)	57,1
	Ceftazidime (CAZ)	41,6
	Ceftriazone (CRO)	72,2
	Cefuroxime (CXM)	57,1
	Cefepime (FEP)	62,9
	Levofloxacin (LEV)	15,4
	Ciprofloxacin (CIP)	34,0
Quinolon	Moxifloxacin (MOX)	12,5
	Amikacin (AK)	64,3
	Gentamicin (CN)	58,0
Aminosid	Tobramycin (TOB)	68,7
	Nitrofurantoin (NIT)	67,6
	Vancomycin (VAN)	38,1
	Rifampicin (RIF)	12,5
Nhóm kháng sinh kết hợp	Ampicillin/Sulbactam (SAM)	92,8
	Piperacillin/Tazobactam	89,4
	Trimethoprim/Sulfamethoxazole (SXT)	29,8

Kết quả cho thấy tất cả các kháng sinh thử nghiệm đều đã bị kháng bởi một trong các loại vi khuẩn gây nhiễm trùng huyết. Trong đó, kháng sinh nhóm Beta-lactam (gồm phân nhóm Penicillin và phân nhóm Cephalosporin) đã bị các vi khuẩn đề kháng rất cao (từ 41,6 - 91,9%), tiếp đó là nhóm Aminosid (từ 58,0 - 68,7%), kháng sinh nhóm Quinolon (từ 12,5 - 34,0%).

IV. KẾT LUẬN

- *Burkholderia cepacia* đã kháng tất cả các loại kháng sinh được thử nghiệm, tỷ lệ kháng cao nhất với Cephalosporin thế hệ 2 trên 80%. Tỷ lệ vi khuẩn kháng trên 10 loại kháng sinh chiếm 18,75%.

- Tất cả các chủng *Stenotrophomonas maltophilia* phân lập được đã kháng với 6/8 kháng sinh được thử nghiệm với tỷ lệ từ 60% (gồm Trimethoprim/ sulfamethoxazol, Gentamycin, Amikacin, Erythromycin, Cefepime, Ciprofloxacin), kháng kháng sinh Vancomycin (40%), Levofloxacin (39%).

- *Streptococcus pneumoniae* tỷ lệ đề kháng cao với kháng sinh Erythromycin (100%), Amikacin (100%), Trimethoprim/sulfamethoxazol (57,1%). Chưa có chủng nào kháng Ceftriazone, Vancomycin và Levofloxacin. Tuy nhiên đã xuất hiện các chủng kháng Ampicillin (33,3%).

- Tất cả các chủng *Staphylococcus aureus* phân lập được trong nghiên cứu đã kháng 100% với kháng sinh Erythromycin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jason P. et al. (2011), "Management of severe sepsis in patients admitted to Asian intensive care units: prospective cohort study", *British Medical Journal*, pp 342-345.
2. Nguyễn Văn Kính (2010), "Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh tại Việt Nam", GARP Việt Nam, <http://www.cddep.org/sites/cddep.org>.
3. Trần Minh Giao (2009) "Khảo sát đặc điểm nhiễm *Burkholderia cepacia* tại Bệnh viện Nhân

- dân Gia Định”, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. Số 13, tr112-119.
4. **Nguyễn Vĩnh Nghi (2017)**, “ Khảo sát tình hình kháng kháng sinh của các dòng vi khuẩn thường gặp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận”. Luận văn Thạc sĩ Y học.
 5. **Trần Thị Ngọc Anh (2008)**, “Sức đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2007”, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. Số 2, tr12.
 6. **Richard K.Root, M.(2009)**. Principles of internal medicine. 2, 118-127.
 7. **A.E.Nadia, SH. Baiu**, Nossal carriage of Staphylococcus in health care workers in Benghazi hospital, Science and Education Publishing From Scientific Research to Knowledge, 2 110-112 (2014).

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP BẮM HUYỆT

Trần Thái Hà¹

TÓM TẮT

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là một bệnh lý rất thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. **Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng và tìm hiểu tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. **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 một tháng. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu đạt kết quả 16.7% rất tốt, 43.3% tốt, 40% trung bình. Trong quá trình điều trị không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng. **Kết luận:** điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt có tác dụng tốt và an toàn trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

Từ khóa: điện châm, xoa bóp, thoát vị đĩa đệm, thắt lưng

SUMMARY

ASSESSING THE EFFECT OF THE COMBINING METHODS OF ELECTRO – ACUPUNCTURE AND TRADITIONAL MASSAGE IN THE TREATMENT OF HERNIATED LUMBAR DISC

Herniated lumbar disc is very common disease in the world as well as in Vietnam. **Objective:** To evaluate the effects of the combining electro – acupuncture and traditional massage on treatment for herniated lumbar disc, evaluate the side effect of these methods. **Method:** Perspective clinical trial, comparisons of pre – post treatment. The study recruited who were 30 patients. The treatment term had lasted for 30 days. **Results:** Study group gains 16.7% of very good, 43.3% of good, 40% of moderate. There was not any unexpected effect observed in this trial. **Conclusion:** The combining electro – acupuncture, traditional massage is safe method and has good effect on treatment for herniated lumbar disc.

¹Bệnh viện YHCT Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hà

Email: phdtranthaiha@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2019

Ngày duyệt bài: 4.9.2019

Keyword: electro – acupuncture, traditional massage, herniated lumbar disc

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là một bệnh lý rất thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam, chủ yếu xảy ra ở lứa tuổi 20 – 50 [1], [2]. Theo YHCT, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng có những đặc điểm thuộc phạm vi “chứng tỳ” với các bệnh danh: yếu thống, yếu cước thống... YHCT có rất nhiều phương pháp không dùng thuốc để điều trị rất có hiệu quả.[3]. Để góp phần vào lĩnh vực điều trị thoát vị đĩa đệm bằng phương pháp không dùng thuốc của YHCT, nghiên cứu tiến hành nhằm hai mục tiêu sau:

1. *Đánh giá tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt.*

2. *Tìm hiểu tác dụng không mong muốn của phương pháp điện châm, kết hợp xoa bóp bấm huyệt trên lâm sàng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, điều trị nội trú tại khoa Châm cứu – Vật lý trị liệu Bệnh viện YHCT Bộ Công an.

1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT

- Tuổi từ 20 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.
- Lâm sàng: biểu hiện ít nhất bằng 1 triệu chứng của hội chứng cột sống và 1 triệu chứng của hội chứng rễ thần kinh.

- Chụp CT. Scan hoặc MRI cột sống thắt lưng thấy có hình ảnh thoát vị đĩa đệm cột sống các mức độ: phình, lồi đĩa đệm, thoát vị đĩa đệm.

1.2. Tiêu chuẩn phân loại bệnh nhân theo YHCT. Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh danh là yếu thống-yếu cước thống phân làm hai thể: thể can thận hư và thể huyết ứ.

1.3 Tiêu chuẩn loại trừ

- TVĐĐ có kèm theo nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân.

- TVĐĐ đĩa đệm tự do (trên phim CT.Scan hoặc MRI CSTL).

- Bệnh nhân không tự nguyện tham gia nghiên cứu, không tuân thủ nguyên tắc điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 30 bệnh nhân, chọn theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện.

2.2. Phương pháp điều trị

Nhóm nghiên cứu: 30 bệnh nhân điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt.

*Liệu trình 15 phút/ lần x 1 lần/ngày x 30 ngày/ đợt điều trị.

2.3. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị

- Tình trạng đau của thắt lưng và thần kinh hông to.

- Đo độ giãn của CSTL (theo NP Schober).

- Đánh giá mức độ giảm chèn ép rễ thần kinh hông (NP Lasègue).

- Tâm vận động của CSTL (gấp, duỗi, nghiêng bên lành, nghiêng bên bệnh, xoay bên lành, xoay bên bệnh).

- Các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày.

Thang điểm đánh giá kết quả:

- Rất tốt = 4 điểm; - Trung bình = 2 điểm

- Tốt = 3 điểm; - Không kết quả = 1 điểm

Đánh giá hiệu quả điều trị chung

Theo B.Amor, tiêu chuẩn xếp loại dựa vào tổng số điểm của các chỉ tiêu trên: [4]

- Rất tốt: 36÷40 điểm; -Trung bình: 20÷29 điểm

- Tốt: 30÷35 điểm; -Không kết quả: <20 điểm

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được phân tích xử lý trên máy tính theo chương trình SPSS 11.5 của Tổ chức Y tế thế giới.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Sự cải thiện góc độ Lasègue sau 30 ngày điều trị

Mức độ	Nhóm	Nhóm nghiên cứu			
		TĐT1		SĐT1	
		n	(%)	n	(%)
Rất tốt		0	0	8	26,7
Tốt		3	10	10	33,3
Trung bình		8	26,7	11	36,7
Không KQ		19	63,3	1	3,3
		P_1 (TĐT1/SĐT1)			
		< 0,01			

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị, sự cải thiện góc độ Lasègue của các bn là rất rõ rệt ($p < 0.01$).

Bảng 2. Sự cải thiện độ giãn CSTL sau 30 ngày điều trị

Mức độ	Nhóm	Nhóm nghiên cứu			
		TĐT1		SĐT1	
		n	(%)	n	(%)
Rất tốt		0	0	6	20
Tốt		2	6,7	8	26,7
Trung bình		4	13,3	11	36,7
Không KQ		24	80	5	16,6
		P_1 (TĐT1/SĐT1)			
		< 0,01			

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị, độ giãn CSTL của nhóm nghiên cứu được cải thiện rõ rệt so với trước điều trị ($p < 0,01$). Mức độ rất tốt chiếm tỷ lệ 20% và tốt chiếm tỷ lệ 26,7%..

Bảng 3. Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 30 ngày điều trị

Mức độ	Nhóm	Nhóm chứng			
		TĐT1		SĐT1	
		n	(%)	n	(%)
Rất tốt		0	0	9	30
Tốt		9	30	19	63,3
Trung bình		10	33,3	2	6,7
Không KQ		11	36,7	0	0
		P_1 (TĐT1/ SĐT1)			
		< 0,01			

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị, các chức năng sinh hoạt hàng ngày ở nhóm nghiên cứu tăng lên rõ rệt so với trước điều trị ($p < 0,01$). Tỷ lệ tốt đạt 63,3% và rất tốt đạt 30%.

Bảng 4. Kết quả điều trị chung sau 30 ngày điều trị

Kết quả	Nhóm chứng	
	N	Tỷ lệ %
Rất tốt	5	16.7

Tốt	13	43.3
Trung bình	12	40
Tổng số	30	100

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu đạt kết quả: 16.7% rất tốt, 43.3% tốt, 40% trung bình,

không kết quả 0%.

Tác dụng không mong muốn: Qua theo dõi điều trị 30 ngày cho 30 bệnh nhân nghiên cứu không thấy có trường hợp nào bị các tai biến như: mẩn ngứa, ban đỏ, apxe, chảy máu, nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn, nôn...

IV. BÀN LUẬN

1. Sự cải thiện góc độ Lasegue sau điều trị. Điện châm và xoa bóp bấm huyệt 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, điều chỉnh di lệch điện khớp đốt sống, từ đó giải phóng chèn ép rễ thần kinh và giảm các triệu chứng của kích thích rễ. Sau 30 ngày điều trị, sự cải thiện góc độ Lasegue của nhóm NC là rất rõ rệt ($p < 0,01$).

2. Sự cải thiện về chức năng vận động CSTL sau điều trị. Tác dụng của điện châm xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giảm đau tại chỗ rất hiệu quả, làm giãn cơ, giải phóng chèn ép rễ, nắn chỉnh sự di lệch của đốt sống và khớp đốt sống góp phần làm duỗi đốt sống, các khoang đốt sống được mở rộng, áp lực khoang gian đốt sống sẽ giảm, tổ chức đĩa đệm thoát vị có khả năng trở về vị trí cũ, do đó mà khôi phục lại tầm vận động CSTL và độ giãn CSTL. Sau 30 ngày điều trị, độ giãn CSTL của nhóm NC được cải thiện rõ rệt so với trước điều trị ($p < 0,01$).

3. Sự cải thiện về các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày. Sau 30 ngày điều trị, các chức năng sinh hoạt hàng ngày ở nhóm

NC tăng lên rõ rệt so với trước điều trị ($p < 0,01$). Như vậy chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện rất rõ rệt ở nhóm nghiên cứu.

4. Đánh giá kết quả điều trị. Sau 30 ngày điều trị chúng tôi thấy nhóm nghiên cứu có sự cải thiện rõ rệt về kết quả điều trị chung, đạt kết quả: 16.7% rất tốt, 43.3% tốt, 40% trung bình và 0% không kết quả.

5. Tác dụng không mong muốn. Kết quả cho thấy không có trường hợp nào bị các tai biến đã chứng minh cho tính an toàn của phương pháp điều trị.

V. KẾT LUẬN

1. Hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm thắt lưng của phương pháp điện châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt đạt: 16.7% rất tốt, 43.3% tốt, 40% trung bình và 0% không kết quả.

2. Trong quá trình điều trị, phương pháp này không có các tác dụng không mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Kiều Hoa (2001), Nghiên cứu hiệu quả phục hồi vận động ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng - cùng bằng máy Eltrac 471, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Hồ Hữu Lương (2001), Đau thắt lưng và TVĐĐ, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2002), Bài giảng YHCT tập II, Nhà xuất bản Y học, tr 155 – 157, 166 – 168, 491 - 493.
4. B.Amor, M.Rvel, M.Dougados (1985), Traitment des conflits discogradiculaires par injection intradiscale daprotinine, Medecine et armees, pp 751 - 754.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CẦU NỐI THÔNG ĐỘNG TĨNH MẠCH TỰ THÂN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ

Võ Duy Bằng*, Phạm Quốc Toàn**, Nguyễn Văn khoa**, Nguyễn Thanh Xuân**, Nguyễn Hồng Nguyên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm cầu nối thông động tĩnh mạch ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 103 bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ tại khoa Thận và lọc máu, Bệnh viện Quân y 103.

*Học viện quân y

**Bệnh viện quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Bằng

Email: duybang444@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2019

Ngày duyệt bài: 9.9.2019

Khám lâm sàng thông qua các biện pháp: nhìn, sờ, nghe, các test kiểm tra độ cao cánh tay, test tăng xung mạch. **Kết quả:** Nghiên cứu 103 bệnh nhân, gồm 62 nam và 41 nữ với tuổi trung bình $53,25 \pm 14,81$ tuổi. Thời gian đặt AVF trung bình $32,34 \pm 30,72$ tháng, thời gian lọc máu trung bình $36,26 \pm 37,40$ tháng. Tỷ lệ đặt AVF ở tay trái là 85,43% và tay phải là 14,57 %; 92,2 % đặt ở cẳng tay và 7,8 % đặt ở khủy tay. 9,7 % số bệnh nhân có biến chứng hẹp, tắc AVF được phát hiện thông qua khám lâm sàng. **Kết luận:** Khám lâm sàng AVF là một biện pháp chính xác, dễ thực hiện có thể phát hiện các biến chứng của AVF. Là phương tiện định hướng cho các phương pháp chẩn đoán hình ảnh.

Từ khóa: Thận nhân tạo, nối thông động tĩnh mạch

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF THE ARTERIOVENOUS FISTULA IN THE LAST STAGE CHRONIC KIDNEY FAILURE PATIENTS WITH HEMODIALYSIS

Objectives: Research the characteristics of the arteriovenous fistula in the last stage chronic kidney failure patients. **Subjects and research method:** A prospective study was conducted on 103 hemodialysis patients created the AV fistula at the Nephrology and Hemodialysis Department of the 103 Military Hospital. Used physical examination: look, listen, palpation, arm elevation test, augmentation test. **Results:** There were 103 patients (62 males and 41 females). The mean age was $53,25 \pm 14,81$ years, the mean time create AVF: $32,34 \pm 30,72$ months. There were 85,43% cases of left AVF; 14,57% cases of right AVF. 92,2% AVFs were located in the forearm and 7,8% were located in the upper arm. 89 patients used AVF for the first time. 10 cases (9,7 %) had complications (stenosis or thrombosis). **Conclusions:** This study confirmed that physical examination of hemodialysis AVF can accurately diagnose complications in mature fistula and correlated well with angiographic findings.

Keywords: Hemodialysis, arteriovenous fistula.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông động tĩnh mạch tự thân (AVF) là sự lựa chọn hàng đầu khi lựa chọn đường vào mạch máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ. So với thông động tĩnh mạch bằng đoạn mạch nhân tạo (AVG) và Catheter tĩnh mạch trung tâm. AVF có thời gian

sử dụng dài hơn và ít biến chứng hơn.

Việc đảm bảo đủ lưu lượng máu cho quá trình lọc máu là một yếu tố quyết định đến hiệu quả của một cuộc lọc. Do đó, cầu nối AVF cần được khám và đánh giá thường xuyên, nhằm phát hiện sớm các biến chứng và đưa ra các biện pháp điều trị cụ thể. Năm 2006, NKF-KDOQI đã đưa ra hướng dẫn đề nghị khám lâm sàng ở tất cả các AVF trưởng thành hàng tháng.

Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về việc khám lâm sàng cầu nối AVF. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu:

Nghiên cứu một số đặc điểm cầu nối thông động tĩnh mạch ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- 103 bệnh nhân BTMT giai đoạn cuối điều trị bằng thận nhân tạo chu kỳ có đường vào mạch máu là AVF tại khoa Thận – Lọc máu, Bệnh viện Quân y 103, từ Tháng 10 năm 2018 đến tháng 7 năm 2018.

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả, cắt ngang
- Khám lâm sàng AVF thông qua các biện pháp: Nhìn: quan sát vùng có vị trí AVF, cánh tay, vai, vú, cổ, mặt. Các vùng sưng tấy; Sờ: Sờ mạch, cảm nhận độ rung miu trên đường AVF; Nghe: Đánh giá chất lượng tiếng thổi đường vào mạch máu; Test tăng xung mạch: đánh giá đoạn dòng vào; Test độ cao cánh tay: đánh giá dòng ra.

***Đánh giá kết quả sau khám lâm sàng**

Bảng 1. Chẩn đoán các biến chứng AVF thông qua khám lâm sàng

Triệu chứng	Hẹp dòng vào	Hẹp tĩnh mạch	Huyết khối
Mạch nảy	Yếu, mất	Mạnh	Mạnh
Rung miu	Không có	Mất liên tục	Không có hoặc mất liên tục
Tiếng thổi	Yếu, không có	Mất liên tục	Không có hoặc mất liên tục
Test độ cao cánh tay	Không áp dụng	Tĩnh mạch xẹp chậm	Tĩnh mạch xẹp chậm hoặc không xẹp
Test tăng xung mạch	Không tăng xung	Tăng xung	Tăng xung

Kết quả chung: mất chức năng AVF: bao gồm hẹp dòng vào hoặc hẹp tĩnh mạch hoặc huyết khối

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân	Giá trị trung bình
Tuổi	$53,25 \pm 14,816$
Thời gian lọc máu (tháng)	$36,26 \pm 37,403$
Giới tính: Nam / nữ	62(60,2%) / 41(39,8%)

Chúng tôi nghiên cứu trên 103 bệnh nhân có độ tuổi từ 17 đến 84 với độ tuổi trung bình $53,25 \pm 14,816$ tuổi trong đó số bệnh nhân nam chiếm

60,2% số bệnh nhân nữ chiếm 39,8%. Thời gian lọc máu trung bình $36,26 \pm 37,403$ tháng. So với một số nghiên cứu trong nước kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng (2018) là $54,33 \pm 15,7$ tuổi, nam chiếm 57,14%, thời gian lọc máu trung bình $44,19 \pm 50,36$ tháng. So sánh với các nghiên cứu nước ngoài nghiên cứu chúng tôi có độ tuổi trung bình thấp hơn các nghiên cứu của Luis Coentrao (2011) nghiên cứu ở 177 bệnh nhân với độ tuổi trung bình 64 ± 13 tuổi, Vahid Ebrahim (2019) là 60 ± 16 tuổi.

Bảng 3.2. Đặc điểm về thời gian và vị trí đặt cầu nối AVF

Thông số	Giá trị
Thời gian trung bình đặt AVF (tháng)	32,34 ± 30,72
Số lần đặt AVF	1 lần 89 BN (86,4%), 2 lần 11BN (10,7%), 3 lần 3 BN (2,9%)
Tay đặt : Trái (%) / Phải (%)	88 (85,44%) / 15 (14,56%)
Vị trí đặt: Cánh tay/ Khuỷu tay	95 (92,2%) / 8(7,8%)

Cầu nối AVF có thể đặt ở nhiều vị trí giải phẫu khác nhau: cổ tay, dưới khuỷu, trên khuỷu, chi dưới và có thể đặt ở bất kỳ tay nào. Theo khuyến cáo của các nhà phẫu thuật và hội thận học, lọc máu quốc tế: AVF nên làm ở tay không thuận, chỉ chọn tay thuận khi tay không thuận có vấn đề về mạch máu hoặc đã được đặt AVF từ trước đó. Nghiên cứu của Thái Minh Sâm (2011) trên 2360 bệnh nhân tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy 85,84% AVF đặt vùng cổ tay, 11,13% đặt ở khuỷu tay 1,44% chuyển vị trí. Nghiên cứu của

Chong Ren (2018) có 83,1% AVF đặt ở tay trái, 16,9% AVF đặt ở tay phải. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên tỉ lệ đặt AVF ở tay trái là 85,43% và tay phải là 14,57%, 92,2 % đặt ở cánh tay và 7,8% đặt ở khuỷu tay. Ở một khía cạnh khác trong 103 bệnh nhân có 86,4 % bệnh nhân đặt AVF lần đầu tiên, 10,7% lần thứ 2 và 2,9% lần thứ 3. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Chong Ren (2018) với 69,7 % bệnh nhân đặt AVF lần đầu.

Bảng 3.3. Kết quả khám lâm sàng AVF

Thông số	Kết quả (n,%)
Mạch nẫy: Bình thường/bất thường	99 (96,1%) / 4 (3,9%)
Rung miu: Bình thường/bất thường	94 (91,3%) / 9 (8,7%)
Tiếng thổi: Bình thường/ bất thường	93 (90,3%) / 10 (9,7%)
Test tăng xung mạch: Tăng xung/ không tăng xung	103(100%) / 0 (0%)
Test độ cao cánh tay: Đàn hồi/ không đàn hồi	83(80,6%) / 20 (19,4%)

Khám lâm sàng là một biện pháp đơn giản dễ thực hiện thông qua nhìn, sờ, nghe, kiểm tra xung mạch, kiểm tra độ đàn hồi của mạch máu khi nâng cánh tay lên cao. Đầu tiên, chúng ta đánh giá tổng quan về vị trí đặt cũng như các vùng xung quanh (cánh tay, cổ, ngực) phát hiện các bất thường như phù nề, các vết loét nhiễm khuẩn hay sự xuất hiện của các tĩnh mạch nổi dưới da. Ở nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận 1 trường hợp nào bất thường về các tình trạng trên.

Tiếp theo, sờ để đánh giá độ nẫy của mạch và tính chất rung miu. Bình thường khi đặt ngón tay dọc theo tĩnh mạch AVF ta có thể cảm nhận được mạch nẫy đều. Các trường hợp bất thường như sờ không cảm nhận được mạch nẫy hoặc mạch nẫy yếu khi đó sẽ có bất thường như hẹp, tắc động mạch hoặc tĩnh mạch. Cũng như cảm nhận mạch đập đánh giá rung miu ở đoạn AVF rất quan trọng. Rung miu bình thường cảm nhận được dọc theo AVF và giảm dần khi đi xa miệng nối. Rung miu bình thường là rung miu liên tục cả 2 thì tâm thu và tâm trương. Rung miu bất thường là rung miu yếu hoặc mất đi tính liên tục. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: rung miu bình thường chiếm 91,3% và có 8,7% rung miu bất thường mất liên tục tại một vị trí trên AVF.

Tiếng thổi bình thường là tiếng thổi liên tục cả 2 thì tâm thu và tâm trương, có tính chất

trầm, rõ ở miệng nối và giảm dần khi đi xa miệng nối. Khi hẹp, tắc động mạch đến tiếng thổi yếu hoặc không có, khi hẹp, tắc tĩnh mạch tiếng thổi mất liên tục hoặc thay đổi về tính chất. Khi đó tại vị trí hẹp có thể nghe tiếng thổi đột nhiên mạnh lên bất thường âm sắc cao hơn sau đó giảm nhanh khi qua vị trí hẹp. Trong 103 bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi phát hiện có 10 bệnh nhân (9,7%) có tiếng thổi bất thường.

Khi kiểm tra tăng xung mạch chúng tôi nhận thấy 100% mạch AVF đều tăng xung. Tức là không có biểu hiện của hẹp hoặc tắc động mạch đến.

Để thực hiện kiểm tra có bất thường ở tĩnh mạch đi hay không. Chúng tôi đánh giá thông qua sự đàn hồi của mạch máu bằng việc nâng cao cánh tay đặt AVF và theo dõi sự xẹp đi của mạch máu. Bình thường khi nâng cao cánh tay mạch máu sẽ xẹp đi rất nhanh. Khi có bất thường (hẹp, tắc tĩnh mạch, suy tim...) mạch máu xẹp đi chậm hoặc không xẹp. Khi thực hiện test độ cao cánh tay có 83 (80,6%) bệnh nhân có tình trạng mạch đàn hồi tốt và 20 (19,4%) bệnh nhân có tình trạng mạch đàn hồi kém hoặc không đàn hồi.

Bảng 3.4. Tỉ lệ bệnh nhân có mất chức năng AVF (n = 103)

Đặc điểm	Số bệnh nhân-n	Tỉ lệ %
Bình thường	93	90,3
Mất chức năng AVF	10	9,7

Một trong những biến chứng hay gặp ở bệnh nhân sau khi tạo AVF đó là hẹp lòng mạch hoặc huyết khối làm tắc hoàn toàn lòng mạch. Hẹp đường vào mạch máu thường do huyết khối hoặc sự tăng sinh nội mạc mạch máu làm giảm tốc độ dòng máu và có thể dẫn đến hiệu quả của cuộc lọc giảm. Một trong những phương pháp đơn giản để phát hiện các biến chứng hẹp, tắc AVF đó là sử dụng phương pháp khám lâm sàng. Nghiên cứu của Mishler và cộng sự khi so sánh kết quả khám lâm sàng AVF ở 59 bệnh nhân với tiêu chuẩn vàng chụp mạch máu cản quang cho thấy độ chính xác của khám lâm sàng trong chẩn đoán hẹp mạch máu là 91%. Nghiên cứu của Arif Asif và cộng sự năm 2007 Kết quả cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của khám lâm sàng trong chẩn đoán hẹp tĩnh mạch ra là 92% và 86%.

Kết quả khám lâm sàng AVF chúng tôi phát hiện có 10 bệnh nhân (9,7 %) có biểu hiện của hẹp hoặc tắc tĩnh mạch ra thông qua khám lâm sàng với các triệu chứng mất liên tục rung miu và tiếng thổi, khi thực hiện nâng cánh tay đặt AVF lên cao mạch máu đàn hồi kém. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Choi JR (2006) tại Hàn Quốc tỉ lệ hẹp tĩnh mạch là 8,8%

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cầu nối AVF ở 103 bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thận nhân tạo chu kỳ, chúng tôi rút ra một số nhận xét:

- Tỉ lệ đặt AVF ở tay trái là 85,43% và tay phải là 14,57 %; 92,2% đặt ở cẳng tay và 7,8% đặt ở khuỷu tay.

- Tỉ lệ bệnh nhân có bất thường tại AVF thông qua các kỹ thuật khám lâm sàng là khác nhau, trong đó 9,7% số bệnh nhân mất chức năng AVF được phát hiện thông qua khám lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. W. Anatole Besarab, Bryan Becker et al (2006) 2006 Updates Clinical Practice Guidelines and Recommendations. National Kidney Foundation, 227 - 350.
2. L. Salman, G. Beathard (2013) Interventional nephrology: Physical examination as a tool for surveillance for the hemodialysis arteriovenous access. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 8 (7), 1220-1227.
3. A. Magbri, J.-Y. S. Lee, E. El-Magbri, M. El-Magbri et al. (2016) The Sensitivity and Specificity of Clinical Examination of the Hemodialysis Arterial-Venous Fistula (AVF) as Compared to Angiography. Global Journal of Medical Research,
4. L. Coentrão, B. Faria, M. Pestana (2011) Physical examination of dysfunctional arteriovenous fistulae by non-interventionalists: a skill worth teaching. Nephrology Dialysis Transplantation, 27 (5), 1993-1996.
5. Thái Minh Sâm, Dương Quang Vũ (2011) Phẫu thuật tạo dò động tĩnh mạch để chạy thận nhân tạo tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2008 đến 5/2010. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 14 (4), 561-566.
6. R. Mishler, D. Schon, B. Hubert, A. Nissenson (2000) Development and usefulness of a physical examination toll to diagnose vascular access dysfunction. J Am Soc Nephrol, 11, 190A.
7. A. Asif, C. Leon, L. C. Orozco-Vargas, G. Krishnamurthy et al. (2007) Accuracy of physical examination in the detection of arteriovenous fistula stenosis. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 2 (6), 1191-1194.

NGHIÊN CỨU MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG CỦA BỆNH Ở TRẺ EM MẮC LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG BẰNG THANG ĐIỂM SLEDAI

Nguyễn Thị Thu Hà¹, Nguyễn Thị Diệu Thúy²

TÓM TẮT

Lupus ban đỏ hệ thống là bệnh tự miễn có tổn thương đa cơ quan. Có nhiều phương pháp khác nhau để đánh giá mức độ tiến triển của bệnh. Thang điểm SLEDAI là thang điểm giúp đánh giá tổn thương nhiều cơ quan khác nhau, có thể áp dụng trên đối tượng trẻ em. **Mục tiêu:** Mô tả mức độ hoạt động bệnh ở trẻ bị

Lupus nhập viện bằng thang điểm SLEDAI. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 44 bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống điều trị tại bệnh viện Nhi trung ương từ 01/07/2018 đến 30/06/2019.

Kết quả: Tuổi trung bình mắc bệnh là $11,66 \pm 2,85$ tuổi. Giá trị trung bình SLEDAI là $15,16 \pm 6,038$. Điểm SLEDAI ở nhóm bệnh nhân có tổn thương thận $17,23 \pm 5,783$ cao hơn nhóm bệnh nhân không tổn thương thận $10,23 \pm 3,113$ ($p < 0,01$). Trong nhóm bệnh nhân có tổn thương thận, chủ yếu bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh cao và rất cao (61,3% và 25,8%) còn trong nhóm bệnh nhân không có tổn thương thận thì chủ yếu bệnh nhân lại có mức độ hoạt động bệnh vừa và cao (46,15% và 46,15%). **Kết luận:** Chỉ số SLEDAI giúp đánh giá mức độ hoạt động ở bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống. Lupus có tổn thương

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: hadimk7@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

thận thường có mức độ hoạt động cao.

Từ khóa: lupus ban đỏ hệ thống, trẻ em, thang điểm SELENA – SLEDAI.

SUMMARY

STUDY OF THE DISEASE ACTIVITIES IN CHILDREN WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS USING SLEDAI INDEX

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is the archetypal autoimmune disease given its complex clinical and molecular manifestations. There are many methods to assess the disease activity. SLEDAI is developed to determine SLE disease activity, especially in children. **Objective:** To describe the SLE disease activity in hospitalized children by SLEDAI index. **Methods:** This was a cross-sectional descriptive study on 44 patients with SLE treated at the Vietnam National Children's Hospital from 1st July, 2018 to 30th June 2019. **Results:** The mean age was 11.66 ± 2.85 years old. The average value of SLEDAI was 15.16 ± 6.038 . SLEDAI index of SLE with kidney damage was 17.23 ± 5.783 in comparison with 10.23 ± 3.113 of SLE without kidney damage ($p < 0.01$). In SLE with kidney damage, there were many patients with high and very high disease activity index (61.3% and 25.8%, respectively), whereas in SLE patients without kidney damage, there were moderate and high disease activity index (46.15% and 46.15%, respectively). **Conclusion:** SLEDAI index is useful for assess SLE disease activity. SLE with kidney damage suffers from high SLEDAI index.

Keywords: systemic lupus erythematosus, children, SELENA SLEDAI score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus - SLE) là một bệnh viêm hệ thống, có cơ chế tự miễn, gây tổn thương nhiều hệ cơ quan trong cơ thể (da niêm mạc, thần kinh, tim mạch, hô hấp, thận, huyết học...), trong đó tổn thương thận là một trong các biểu hiện nghiêm trọng nhất và là yếu tố tiên lượng hàng đầu ở bệnh nhân SLE. Tổn thương thận chiếm một tỉ lệ khá cao đặc biệt là ở trẻ em, theo một số tác giả thì tỉ lệ dao động từ 35-75%. Bệnh diễn biến mạn tính với sự xuất hiện những đợt tiến triển xen kẽ các đợt lui bệnh [1].

Trước một bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống, ngoài thăm khám, đánh giá triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, còn cần thiết phải đánh giá mức độ hoạt động của bệnh, việc này có vai trò quan trọng trong chăm sóc bệnh nhân, để đưa ra phác đồ điều trị và theo dõi bệnh phù hợp [1],[2]. Hiện nay, có nhiều thang điểm được sử dụng trong đánh giá mức độ hoạt động bệnh. Mỗi thang điểm đều có những ưu nhược điểm riêng, tuy nhiên thang điểm SLEDAI được sử dụng phổ biến vì độ nhạy cao và dễ áp dụng trên lâm sàng, thời gian đánh giá ngắn nên phù

hợp để đánh giá tiên lượng sớm cho bệnh nhân.

Trong những năm gần đây, ở Việt Nam, đã có những nghiên cứu đánh giá mức độ hoạt động của bệnh Lupus ban đỏ hệ thống trên những nhóm bệnh nhân khác nhau và sử dụng các thang điểm khác nhau, tuy nhiên các nghiên cứu riêng cho nhóm bệnh nhân trẻ em còn rất hạn chế. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu mức độ hoạt động của bệnh ở trẻ em bị lupus ban đỏ hệ thống bằng thang điểm SLEDAI" nhằm mục tiêu mô tả mức độ hoạt động bệnh ở trẻ bị Lupus nhập viện bằng thang điểm SLEDAI.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu: 01/07/2018 – 30/06/2019.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Thận lọc máu và khoa Miễn dịch dị ứng bệnh viện Nhi Trung Ương.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em < 18 tuổi nhập viện điều trị nội trú, được chẩn đoán xác định bệnh lupus ban đỏ hệ thống theo ACR 1997 hoặc SLICC 2012.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân và gia đình từ chối tham gia nghiên cứu; bệnh nhân vào viện lần thứ hai trong thời gian nghiên cứu hoặc bệnh nhân vào viện truyền Solumedrol theo hẹn.

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

2.5. Mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện

2.6. Các bước tiến hành:

Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được tiến hành thăm khám lâm sàng và khai thác tiền sử bệnh.

- Xét nghiệm: Công thức máu, sinh hóa máu: ure, creatinin, protein, albumin, điện giải đồ, xét nghiệm bổ thể (C3, C4), tế bào niệu, protein niệu, creatinin niệu, tính mức lọc cầu thận. Các xét nghiệm kháng thể kháng nhân và kháng thể kháng ds-DNA.

- Đánh giá mức độ hoạt động của bệnh bằng chỉ số SELENA – SLEDAI trong thời gian bệnh nhân nằm viện qua thăm khám các hệ cơ quan và xét nghiệm [2]. Điểm được chia làm 4 mức độ: Hoạt động nhẹ (SLEDAI ≤ 5); hoạt động trung bình (SLEDAI 6 – 10); hoạt động cao (SLEDAI 11 – 19); hoạt động rất cao (SLEDAI ≥ 20).

- So sánh chỉ số SLEDAI giữa 2 nhóm bệnh nhân có tổn thương thận và không tổn thương thận.

2.7. Quản lý, phân tích số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên

cứu. Trong thời gian nghiên cứu, có 44 bệnh nhân Lupus đủ tiêu chuẩn nghiên cứu gồm 39 bệnh nhân nữ (chiếm 88,6%) và 5 bệnh nhân nam (chiếm 11,4%), tỷ lệ nữ/nam = 7,8/1.

Tuổi trung bình mắc bệnh là: $11,66 \pm 2,85$ tuổi. Nhỏ nhất là 4 tuổi và lớn nhất là 16,5 tuổi. Trong đó tuổi gặp nhiều nhất là trên 10 tuổi, chiếm tỷ lệ 75%.

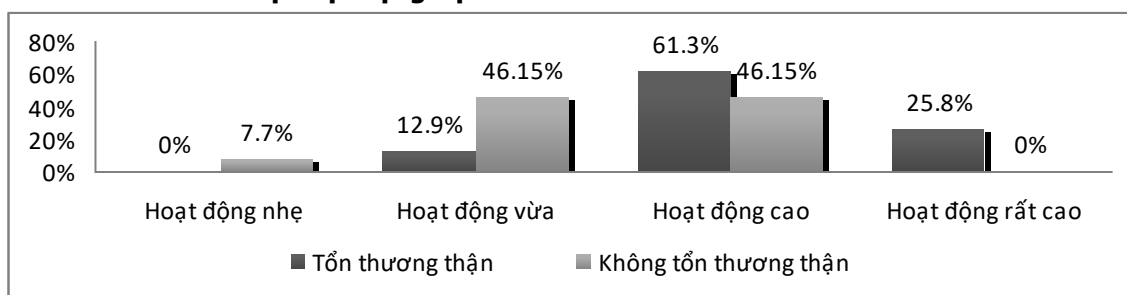
3.2. Chỉ số SLEDAI của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1: Chỉ số SLEDAI của nhóm nghiên cứu

SLEDAI	Giá trị trung bình	p
Nhóm tổn thương thận	$17,23 \pm 5,783$	0,001
Nhóm không tổn thương thận	$10,23 \pm 3,113$	
Tổng	$15,16 \pm 6,038$	

Nhận xét: Giá trị trung bình của chỉ số SLEDAI là $15,16 \pm 6,038$. Điểm SLEDAI ở nhóm bệnh nhân có tổn thương thận cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có tổn thương thận, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

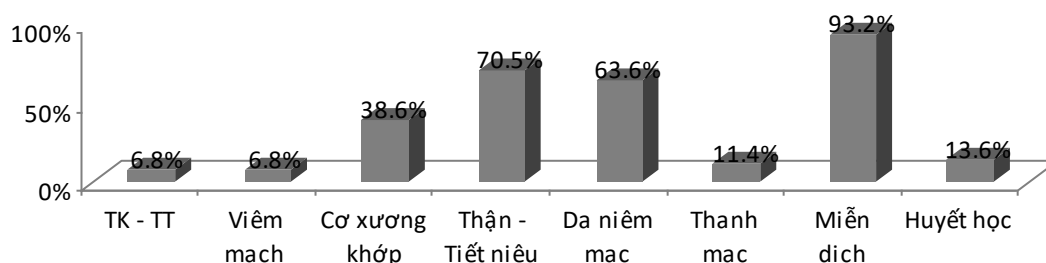
3.3. Phân bố mức độ hoạt động bệnh theo chỉ số SLEDAI



Biểu đồ 3.1: Phân bố mức độ hoạt động bệnh theo chỉ số SLEDAI

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân có tổn thương thận, chủ yếu bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh cao và rất cao (tương ứng 61,3% và 25,8%). Còn trong nhóm bệnh nhân không có tổn thương thận thì chủ yếu bệnh nhân lại có mức độ hoạt động bệnh ở mức vừa và cao (tương ứng 46,15% và 46,15%).

3.4. Đặc điểm lâm sàng tổn thương các cơ quan theo thang điểm Sledai



Biểu đồ 3.2: Đặc điểm lâm sàng tổn thương các cơ quan theo SLEDAI

Nhận xét: Các cơ quan bị tổn thương, biểu hiện triệu chứng rất đa dạng. Miễn dịch, thận và da niêm mạc là những cơ quan có nhiều tổn thương nhất, tỷ lệ lần lượt là 93,2%, 70,5% và 63,6%.

Bảng 3.2: Điểm SLEDAI của các hệ cơ quan giữa 2 nhóm bệnh nhân

Hệ cơ quan theo SLEDAI	Điểm SLEDAI ($\bar{X} \pm SD$)		p
	Tổn thương thận (n = 31)	Không tổn thương thận (n = 13)	
Tâm thần kinh	$1,03 \pm 3,42$	0	$> 0,05$
Viêm mạch	$0,26 \pm 1,437$	$1,23 \pm 3,004$	$> 0,05$
Cơ xương khớp	$1,29 \pm 1,901$	$2,15 \pm 2,075$	$> 0,05$
Thận tiết niệu	$8,39 \pm 3,323$	0	
Da niêm mạc	$2,19 \pm 1,662$	$2,62 \pm 1,71$	$> 0,05$
Thanh mạc	$0,39 \pm 0,955$	0	$> 0,05$
Miễn dịch	$3,61 \pm 0,803$	$3,23 \pm 1,536$	$> 0,05$
Huyết học	$0,16 \pm 0,374$	$0,08 \pm 0,277$	$> 0,05$

Nhận xét: Trong các hệ cơ quan thì thận tiết niệu có điểm SLEDAI trung bình cao nhất $8,39 \pm 3,323$, sau đó đến miễn dịch và da niêm mạc. Điểm SLEDAI trung bình ở các cơ quan còn lại của nhóm bệnh nhân có tổn thương thận so với nhóm không có tổn thương thận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 44 trẻ bị lupus ban đỏ hệ thống (trong đó có 31 trẻ viêm thận lupus và 13 trẻ không có tổn thương thận) chúng tôi thấy tuổi mắc bệnh trung bình là $11,66 \pm 2,85$ tuổi, nhỏ nhất là 4 tuổi và lớn nhất là 16,5 tuổi, đặc biệt tuổi mắc bệnh chủ yếu là trên 10 tuổi chiếm tới 75%. Các nghiên cứu khác cho kết quả tương tự. Nghiên cứu của Ahmadzadeh với tuổi mắc bệnh là $10,2 \pm 4,8$ tuổi, nghiên cứu của Wong là $11,9 \pm 2,8$ tuổi, các tác giả này cũng có ghi nhận 90% mắc bệnh trên 10 tuổi và rất ít gặp ở lứa tuổi nhỏ dưới 6 tuổi [4],[5].

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả giá trị trung bình của chỉ số SLEDAI là $15,16 \pm 6,038$. Giá trị nhỏ nhất là 5, giá trị lớn nhất là 32. Điểm Sledai ở nhóm bệnh nhân có tổn thương thận cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có tổn thương thận, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả này của chúng tôi tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Thu Hương ($15,94 \pm 0,791$) [6], nhưng lại thấp hơn của Nguyễn Văn Toàn (20,6), Narayanan (18,8) và cao hơn kết quả của Phạm Minh Trãi (11,51), Mok và cộng sự (11,7). Chỉ số cao trong nghiên cứu này thể hiện các bệnh nhân được đánh giá đang trong giai đoạn bệnh nặng và tiến triển. Sự khác nhau về giá trị trung bình SLEDAI ở các nghiên cứu là do sự lựa chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau, với những nghiên cứu bệnh nhân lupus có tổn thương thận thường có điểm SLEDAI cao hơn ...

Về phân bố mức độ hoạt động bệnh: Trong nhóm bệnh nhân có tổn thương thận, chủ yếu bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh cao và rất cao (tương ứng 61,3% và 25,8%). Còn trong nhóm bệnh nhân không có tổn thương thận thì chủ yếu bệnh nhân lại có mức độ hoạt động bệnh vừa và cao (tương ứng 46,15% và 46,15%). Điều này chứng tỏ các bệnh nhân lupus có tổn thương thận trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần có tổn thương nặng, cần phải được điều trị kịp thời và tích cực.

Về các cơ quan hệ thống tổn thương, thang điểm SLEDAI đánh giá mức độ hoạt động bệnh dựa trên biểu hiện triệu chứng trên 9 hệ thống cơ quan: Tâm thần kinh, mạch, cơ xương khớp, thận tiết niệu, da niêm mạc, thanh mạc, hệ miễn

dịch, huyết học và triệu chứng toàn thân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, miễn dịch, thận và da niêm mạc là những cơ quan có tổn thương nhiều nhất, tỷ lệ lần lượt là 93,2%, 70,5% và 63,6%

Ngoài ra, khi đánh giá điểm SLEDAI riêng biệt trên từng hệ cơ quan, nghiên cứu chỉ ra điểm SLEDAI trên thận là cao nhất: $8,39 \pm 3,323$, cao hơn hệ cơ quan khác như miễn dịch (có tổn thương thận: $3,61 \pm 0,803$, không tổn thương thận: $3,23 \pm 1,536$), da niêm mạc (tổn thương thận: $2,19 \pm 1,662$, không tổn thương thận: $2,62 \pm 1,71$), thấp nhất là tổn thương thanh mạc, huyết học, viêm mạch. Điều này có thể lý giải vì theo thang điểm SLEDAI thì tổn thương thận được đánh giá với số điểm khá cao $4 \times 4 = 16$ điểm. Trong khi đó các tổn thương khác cũng hay gặp như miễn dịch (93,2%) thì điểm trong thang điểm SLEDAI chỉ chiếm $2 \times 2 = 4$ điểm, da niêm mạc (63,6%) chiếm $2 \times 3 = 6$ điểm. Tổn thương hệ thần kinh chiếm tới $7 \times 8 = 56$ điểm trong thang điểm SLEDAI nhưng lại ít gặp trên lâm sàng (6,8%) nên điểm SLEDAI trung bình trên hệ thần kinh trong nghiên cứu này là $1,03 \pm 3,42$, thấp hơn nhiều so với tổn thương thận. Điểm SLEDAI trung bình ở các cơ quan (trừ thận tiết niệu) của nhóm bệnh nhân có tổn thương thận so với nhóm không có tổn thương thận không có sự khác biệt. Điều này khẳng định tổn thương đa dạng của lupus trên nhiều cơ quan khi bệnh đang ở giai đoạn tiến triển. Ngoài ra, trên thực hành lâm sàng thang điểm SLEDAI ngoài việc đánh giá mức độ hoạt tính của bệnh còn giúp theo dõi đáp ứng điều trị và tái phát bệnh.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm SLEDAI giúp đánh giá độ hoạt động của bệnh. Bệnh nhân Lupus có tổn thương thận thường có điểm SLEDAI cao hơn bệnh nhân Lupus không có tổn thương thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gladman DD, Urowitz MB, Kagal A, Hallett D (2000). "Accurately describing changes in disease activity in systemic lupus erythematosus". The journal of Rheumatology, 27(2): 377-379.
2. Griffiths B (2005). "Assessment of patients with systemic lupus erythematosus and the use of lupus disease activity indices". Best Practice & Research Clinical Rheumatology; 19:685-708.
3. Chagas Medeiros MM, Bezerra MC, Braga FN et al (2016), "Clinical and immunological aspects and outcome of a Brazilian cohort of 414 patients with systemic lupus erythematosus comparison between childhood-onset, adult-onset, and late-onset SLE". Lupus, 25(4), 355.
4. Ahmadzadeh A, Derakhshan A (2008). "A Clinico-pathological study of lupus nephritis in children". Saudi J Kidney Dis Transpl, vol 19 (5): 756-760.

5. Wong SN, Tse KC, Lee TL. et al (2006). "Lupus nephritis in Chinese children-a territory-wide cohort study in Hong Kong". *Pediatric Nephrology*, Vol. 21 (8): 1104-1112.
6. Nguyễn Thị Thu Hương (2010). "Đánh giá hoạt động bệnh Lupus ban đỏ theo chỉ số SLEDAI và so

sánh với một số chỉ số khác", Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

7. Nguyễn Thị Thu Hồng (2000), "Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của viêm thận trong lupus ban đỏ hệ thống ở trẻ em". Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỨC ĐỘ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA NEISSERIA MENINGITIDIS Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT

Nguyễn Ngọc Anh¹, Trương Thị Minh Diệu¹,
Đỗ Tuấn Anh², Lê Văn Nam², Phạm Ngọc Thạch³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ kháng kháng sinh của *N.meningitidis* ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu kết hợp hồi cứu, mô tả cắt ngang 42 trường hợp nhiễm khuẩn huyết do *N.meningitidis* tại Bệnh viện Quân Y 103 và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 01/2013 đến 6/2019. **Kết quả:** Khởi phát sốt đột ngột chiếm đa số 71,4%; sốt liên tục 97,6%; sốt nóng là 11/42 BN (26,2%), sốt có gai rét 16/42 (38,1%), sốt rét run 15/42 (35,7%). Có 66,7% bệnh nhân có ban xuất huyết hoại tử hình sao trên da. Gặp 16,7% sốc nhiễm khuẩn và tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân này là 42,9%. Với dịch não tủy: 94,3% áp lực tăng; 88,9% màu trắng đục; bạch cầu > 1.000 tb/mm³ chiếm 83,8% và phần lớn có bạch cầu đa nhân trung tính tăng ≥ 70%; Protein tăng, Glucose giảm và Natri tăng. Có 80,0% các chủng vi khuẩn đề kháng Chloramphenicol; thấy *N. meningitidis* type B còn nhạy cảm với Ceftriaxon (88,9%); Rifampicin (80%) và Ciprofloxacin (28,6% nhạy cảm và 57,1% trung gian). **Kết luận:** Bệnh nhân chủ yếu khởi phát sốt đột ngột, sốt liên tục, sốt nóng và 66,7% bệnh nhân có ban xuất huyết hoại tử hình sao trên da. dịch não tủy: 94,3% áp lực tăng; 88,9% màu trắng đục; bạch cầu > 1.000 tb/mm³ chiếm 83,8%; Protein tăng, Glucose giảm và Natri tăng. Có 80,0% các chủng vi khuẩn đề kháng Chloramphenicol; thấy *N. meningitidis* type B còn nhạy cảm với Ceftriaxon (88,9%); Rifampicin (80%) và Ciprofloxacin (28,6% nhạy cảm và 57,1% trung gian).

Từ khóa: *Neisseria meningitidis*, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, tính kháng kháng sinh.

SUMMARY

CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS AND PATTERN OF ANTIBIOTICS RESISTANCE IN

SEPTIC PATIENTS CAUSED BY *N. MENINGITIDIS* HOSPITALIZED AT 103 MILITARY HOSPITAL AND NATIONAL HOSPITAL OF TROPICAL DISEASES

Objective: To study clinical, laboratory characteristics and pattern of antibiotics resistance in septic patients caused by *N. meningitidis*. **Method:** This was a descriptive, cross-sectional study on forty-two patients diagnosed with sepsis caused by *N. meningitidis* at Hospital 103 and National Hospital of Tropical Diseases in the period from 01/2013 to 6/2019. **Results:** Sudden onset of fever was presented in 71.4% of patient; continuous fever 97.6%; hot fever was 11/42 patients (26.2%), chills 15/42 (35.7%); 66.7% of patients had sign of haemorrhagic rash. Septic shock rate was 16.7%. Mortality rate in patients with septic shock was 42.9%. The increasing CSF pressure was presented in 94.3% patients with 88.9% purulent CSF. Number of cells > 1000/mm³ accounted for 83.8% patients with the majority of patients had increased neutrophile ≥ 70%, increased CSF protein, decreased CSF glucose and increased CSF sodium. The resistant rate was highest with Chloramphenicol at 80%. Ceftriaxon had the best sensitivity at 88.9% followed by Rifampicin 80%, and ciprofloxacin 28.6% (with 57.1% intermittent sensitivity). **Conclusion:** Patients primarily develop sudden onset fever, continuous fever and sign of haemorrhagic rash. CSF findings: increased pressure, purulent color, cells count > 1000/mm³, increased protein, decreased glucose and increased sodium. The isolated *N. meningitidis* strains were sensitive to Ceftriaxone 88.9% and Rifampicin 80% followed by ciprofloxacin 28.6% (with 57.1% intermittent sensitivity).

Keywords: *Neisseria meningitidis*, clinical characteristics, paraclinical characteristics, antibiotic resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là bệnh toàn thân nặng, có nhiều biến chứng và có tỉ lệ tử vong cao, trong đó nhiễm khuẩn huyết do cầu khuẩn màng não (*N.meningitidis*) là một bệnh phức tạp và dễ gây thành dịch lớn. Vì vậy việc nghiên cứu bệnh nhiễm khuẩn huyết do *N.Meningitidis* giúp cho các bác sĩ lâm sàng phát hiện sớm, điều trị

¹Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Quân Y 103

³Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Anh

Email: ngocanhnguyen2221985@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2019

Ngày duyệt bài: 30.8.2019

kịp thời góp phần làm giảm tỉ lệ tử vong. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ đề kháng kháng sinh của *N.meningitidis* ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Quân Y 103 và Bệnh viện bệnh Nhiệt đới Trung Ương" với hai mục tiêu sau:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhiễm khuẩn huyết do *N.meningitidis*.
- Đánh giá mức độ kháng kháng sinh của các chủng *N.meningitidis* phân lập được.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 42 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết do cầu khuẩn màng não điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện bệnh Nhiệt đới trung ương trong thời gian từ 01/2013 - 6/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi
- Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết theo hội nghị quốc tế về nhiễm khuẩn huyết công bố năm 2001 [1]
- + Có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống: có ít nhất 2 trong số 4 tiêu chuẩn sau:
 - Nhiệt độ $>38^{\circ}\text{C}$ hoặc $<36^{\circ}\text{C}$
 - Tần số tim > 90 lần/phút
 - Tần số thở >20 lần/phút hoặc $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$
 - Bạch cầu $>12000/\text{mm}^3$ hoặc $< 4000/\text{mm}^3$, hoặc $> 10\%$ bạch cầu non.

Trong đó tiêu chuẩn phải có là bất thường về thân nhiệt hoặc số lượng bạch cầu máu ngoại vi.

- Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết do cầu khuẩn màng não theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nhiễm màng não cầu của Bộ Y tế năm 2012 [2].

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân dưới 18 tuổi
- Bệnh nhân có kết quả nuôi cấy, xét nghiệm PCR máu không phải do cầu khuẩn màng não.
- Bệnh án không đầy đủ các thông tin, các xét nghiệm cần thiết cho nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: kết hợp hồi cứu và tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn đều được chọn vào nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Thông tin về bệnh nhân được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu

Các chỉ tiêu đánh giá: bao gồm các chỉ tiêu theo dõi về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng kháng sinh:

- Lâm sàng: đặc điểm sốt, đặc điểm tổn thương da, niêm mạc, thời gian nằm viện, tỷ lệ shock, tỷ lệ tử vong.
- Cận lâm sàng: công thức máu, sinh hóa máu, sinh hóa dịch não tủy, cấy máu, PCR máu, PCR dịch não tủy.
- Tính kháng kháng sinh: Kháng sinh đồ được thực hiện tự trên hệ thống máy định danh Vitek 2 – BIOMÉRIEUX hoặc thực hiện bằng kỹ thuật kháng sinh đồ định tính (Kirby - Bauer)[3]

Xử lý số liệu: - Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

- Sử dụng các thuật toán: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, so sánh hai tỷ lệ, so sánh hai giá trị trung bình, test kiểm định χ^2 .

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm sốt ở bệnh nhân NKH do *N.Meningitidis*

Triệu chứng		n	%
Khởi phát sốt	Đột ngột	30	71,4%
	Từ từ	12	28,6%
Kiểu sốt	Dao động	1	2,4
	Liên tục	41	97,6
Tính chất sốt	Sốt nóng	11	26,2
	Gai rét	16	38,1
	Rét run	15	35,7
Không sốt		0	0
Giá trị thân nhiệt trung bình (min - max)		38,98 $\pm$ 0,65 (38-40,5)	

Nhận xét: Một số đặc điểm sốt thường gặp nhất là: khởi phát sốt đột ngột là 30/42 BN (71,4%); sốt liên tục là 41/42 BN (97,6%); sốt nóng là 11/42 BN (26,2%), sốt có gai rét 16/42(38,1%), sốt rét run 15/42(35,7%)

Bảng 2. Biểu hiện trên da và niêm mạc (n=42)

Biểu hiện trên da và niêm mạc	n	%
Da tái, nổi vân tím	1	2,4
Ban xuất huyết hoại tử hình sao	28	66,7
Xuất huyết niêm mạc	1	2,4
Xuất huyết phủ tạng	0	0
Không có tổn thương	14	33,3

Nhận xét: Có 28 bệnh nhân có ban xuất huyết hoại tử, chiếm 66,7% và không thấy tổn thương trên da là 33,3%.

Bảng 3. Sốc nhiễm khuẩn trong nhiễm khuẩn huyết do *N. meningitidis* (n=42)

Biểu hiện		n	%
Sốc nhiễm khuẩn	Có sốc	7/42	16.7%
	Không sốc	35/42	83.3%

Tỷ lệ tử vong nhóm sốc nhiễm khuẩn (n=7)	3/7	42,9%
Thời gian xuất hiện sốc nhiễm khuẩn (ngày)	1-3 ngày	4/7
	4-7 ngày	3/7
	>7 ngày	0/7
	Số ngày trung bình	3.29±1.11

Nhận xét: Sốc nhiễm khuẩn chiếm 16,7%. Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có sốc nhiễm khuẩn 42,9%. Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện sốc trong tuần đầu là 100%.

2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Bảng rối loạn công thức dịch não tủy

Các biểu hiện		Số BN	Tỉ lệ %
Màu sắc (n=36)	Trong	3	8,3%
	Đục	32	88,9%
	Vàng đục	1	2,8%
	Hồng	0	0,0%
Áp lực (n=35)	Bình thường (8-12) mmHg	2	5,7%
	Tăng nhẹ	1	2,9%
	Tăng mạnh	32	91,4%
Tế bào/mm ³ (n=37)	<500	4	10,8%
	500-1000	2	5,4%
	>1000	31	83,8%
	Trung bình	16765.32 ± 49234.42	
Đa nhân trung tính (n=37)	>70%	34	91,9%
	<1	5	11,9%
	1-3	22	52,4%
	>3	10	23,8%
Protein (n=37)	Trung bình	3.04 ± 2.56	
	Tăng (>130)	26	70,3%
	Bình thường (120-130)	10	27,0%
	Giảm vừa (100-<120)	1	2,7%
Na ⁺ (mmol/l) (n=37)	Giảm nặng<100	0	0,0%
	Không giảm	9	25,0%
	Giảm nhẹ(1-2,8)	10	27,8%
	Giảm vừa (0,1-1)	10	27,8%
Glucose(mmol/l) (n=36)	Giảm nặng(vết)	7	19,4%
	Am tính	2	11,1%

Nhận xét: Áp lực tăng gặp ở 94,3% trong tổng số bệnh nhân, DNT màu trắng đục chiếm 88,9%. Đa số bệnh nhân NKH có viêm màng não do N. meningitidis có BC trong DNT tăng > 1.000 tb/mm³ chiếm 83,8%. BC đa nhân trung tính tăng ≥ 70% gặp ở hầu hết các trường hợp 91,9%. Protein trong DNT tăng ở mức >1-3 g/l chiếm 52,4%. Phần lớn các trường hợp có Glucose DNT giảm và Natri DNT tăng.

3. Tính kháng kháng sinh của N.Meningitidis type B theo kháng sinh đồ

Bảng 3.5: Xác định chủng Neisseria meningitidis, nhóm huyết thanh B

Kháng sinh	Nhạy cảm (S)		Trung gian (I)		Kháng (R)	
	n	%	n	%	n	%
Ampicillin (n=6)	1	16,7%	4	66,6%	1	16,7%
Ciprofloxacin (n=7)	2	28,6%	4	57,1%	1	14,3%
Ceftriaxone(n=9)	8	88,9%	0	0,0%	1	11,1%
Rifampicin(n=5)	4	80,0%	1	16,7%	1	20,0%
Benzyl Penicillin(n=4)	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%
Chloramphenicol(n=6)	1	20,0%	0	0,0%	4	80,0%

Nhận xét: Có 80,0% các chủng N. meningitidis type B kháng với Chloramphenicol; 25,0% với Benzyl Penicillin. Tỷ lệ nhạy cảm cao với Ceftriaxone (88,9%) và Rifampicin (80,0%).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng

- Đặc điểm sốt ở bệnh nhân NKH do N.

meningitidis: Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có sự chênh lệch rõ rệt về tỷ lệ giữa khởi phát sốt đột ngột (71,4%) và khởi phát

sốt từ từ (28,6%). 100% các bệnh nhân đều có sốt, không có trường hợp nào không sốt hoặc bị hạ thân nhiệt. Kết quả ghi nhận được kiểu sốt liên tục chiếm đa số với tỷ lệ 97,6%. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Trang trên 107 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết Gram âm cho thấy đa số bệnh nhân khởi phát sốt từ từ 55,8%, 100% BN cao tuổi có sốt, tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện rét run 59,8%, bệnh nhân có gai rét 18,7%, trong đó sốt cao 67,3%, sốt dao động 69,2% [6]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi về triệu chứng khởi phát sốt đột ngột là cao hơn, kết quả tỷ lệ sốt là tương đương và tỷ lệ sốt dao động là thấp hơn có ý nghĩa thống kê (đều với $p < 0,05$).

Điều này có thể lý giải do đối tượng nghiên cứu của tác giả trên chủ yếu là nhóm tuổi trên 60 tuổi, có nhiều bệnh lý mạn tính, còn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân trẻ (độ tuổi trung bình $25,98 \pm 12,06$) nên phản ứng với các nhiễm trùng cấp tính thường mạnh, đột ngột và rõ rệt hơn.

- Biểu hiện trên da và niêm mạc: Nghiên cứu của Aponso D. (2001) cho kết quả 65% bệnh nhân NKH N.meningitidis có ban xuất huyết hoại tử [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28 bệnh nhân có ban xuất huyết hoại tử, chiếm tỷ lệ 66,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có ban xuất huyết hoại tử hình sao cao nhất (66,7%). Như vậy, tỷ lệ bệnh nhân NKH có ban xuất huyết trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao, tương đồng với Aponso D. ($p > 0,05$).

- Sốc nhiễm khuẩn trong nhiễm khuẩn huyết do N. meningitidis: Qua phân tích 42 bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi nhận thấy 16,7% có biểu hiện sốc nhiễm khuẩn, tỷ lệ tử vong trong nhóm có sốc là 42,9%. Nguyễn Thị Ngọc Trang (2015) thấy tỷ lệ sốc trong NKH Gram âm là 21/107 BN (19,6%) [6]. Như vậy tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn ở bệnh nhân NKH do N. meningitidis trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn của tác giả trên.

Theo Vũ Hoài Nam (2014), thời gian xuất hiện sốc trung bình ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết E. coli là 6,42 ngày [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều xuất hiện sốc trong tuần đầu của bệnh, thời gian xuất hiện sốc trung bình là 3,29 ngày sau khi khởi phát bệnh. Như vậy về thời gian xuất hiện sốc theo nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các tác giả trên.

4.2 Đặc điểm cận lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, áp lực DNT tăng gấp ở 94,3% tổng số bệnh nhân, DNT đục cao nhất chiếm 88,9%. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có > 1.000 tế bào/mm³ dịch não tủy

(83,8%). BC đa nhân trung tính tăng $\geq 70\%$ gặp ở hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu (91,9%). Protein trong DNT là $3,04 \pm 2,56$ g/l, 75% BN có glucose trong DNT giảm. Natri trong DNT chủ yếu tăng (chiếm 70,3%). Nghiên cứu của Hoàng Thị Thía (2016) trên 91 bệnh nhân nhiễm S.suis cho kết quả áp lực DNT tăng chiếm 75,8%, DNT đục chiếm 86,8%, BC đa nhân trung tính $> 70\%$ chiếm 86,4. Protein trong DNT là $2,23 \pm 1,32$ g/l, 78,9% BN có Glucose giảm [8].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận xét của tác giả trên và phù hợp đặc trưng của viêm màng não mủ (DNT đục, áp lực tăng, lượng tế bào tăng cao và BC đa nhân trung tính chiếm ưu thế, Protein tăng cao, glucose giảm thấp, đôi khi chỉ còn dạng vết).

4.3 Tính kháng kháng sinh của N. meningitidis type B theo kháng sinh đồ

Nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả chủng N. meningitidis nhóm huyết thanh B giảm nhạy cảm với kháng sinh nhóm β -lactam. Kháng sinh còn nhạy cảm với N.meningitidis nhóm huyết thanh B bao gồm Ceftriaxone (nhạy 88,9%) và Rifampicin (nhạy 80,0%).

Nghiên cứu của Vũ Thị Xuân Thu (2015) trên 56 chủng N.meningitidis nhóm huyết thanh B cho kết quả nhóm huyết thanh B đã có biểu hiện kém nhạy cảm với Ampicillin (trung gian chiếm 87% các chủng phân lập được). Benzyl Penicillin: nhóm huyết thanh B trung gian 52,2%. Với Ciprofloxacin, Rifamicin và Ceftriaxon: 100% còn nhạy cảm. Thử nghiệm MIC đối với Chloramphenicol: nhạy cảm 43,5% và kháng 56,5%. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ trung gian Penicillin, tỷ lệ trung gian với Ampicillin, tỷ lệ kháng với Ciprofloxacin, Rifamicin, Ceftriaxone tương đương với nghiên cứu của Vũ Thị Xuân Thu (đều với $p > 0,05$) nhưng tỷ lệ kháng với Chloramphenicol là cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Đa số bệnh nhân khởi phát sốt đột ngột và 100% bệnh nhân có sốt.
- 66,7% bệnh nhân có ban xuất huyết hoại tử trên da.
- Sốc nhiễm khuẩn chiếm 16,7% trong đó 100% bệnh nhân xuất hiện sốc trong tuần đầu.
- Dịch não tủy: áp lực tăng (94,3%); màu trắng đục (88,9%); phần lớn có bạch cầu > 1.000 tb/mm³, Neutrophile $\geq 70\%$; Protein tăng, Glucose giảm và Natri tăng.
- Neisseria meningitidis type B đề kháng tỷ lệ cao 80,0% với Chloramphenicol.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Levy M., Fink M. P., Marshall J. C., et al. (2001), "SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS international sepsis definitions conference", Crit Care Med, 2003.
2. Bộ Y tế (2012), Quyết định số 975/QĐ-BYT, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh do nhiễm não mô cầu", ngày 29 tháng 03 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế. (2017) "Hướng dẫn thực hành kỹ thuật xét nghiệm vi sinh lâm sàng", Kỹ thuật kháng sinh đồ, tr. 197-242.
4. Phạm Thị Ngọc Thảo (2010). "Đặc điểm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết điều trị tại khoa hồi sức bệnh viện Chợ Rẫy". Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 14(2): p. 48-52.
5. Aponso D., Bullen C. (2001). "Presenting features of meningococcal disease, public health messages and media publicity: are they consistent?". N Z Med J. 114(1127): p. 83-5.
6. Nguyễn Thị Ngọc Trang (2015). "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn huyết gram âm ở người cao tuổi tại bệnh viện Hữu Nghị". Luận văn Thạc sĩ, Học viện Quân Y.
7. Bộ Y tế (2012). "Hướng dẫn phòng ngừa Nhiễm khuẩn huyết trên người bệnh đặt catheter trong lòng mạch". Quyết định số: 3671/QĐ-BYT, ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế.
8. Hoàng Thị Thía (2016). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhiễm khuẩn do streptococ".

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ DÀI HẠN ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY V BẰNG TIÊM CỒN TUYỆT ĐỐI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP MẠCH SỐ HÓA XÓA NỀN

Nguyễn Văn Nghĩa¹, Phạm Hồng Đức², Bùi Văn Giang³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả dài hạn điều trị đau dây V bằng tiêm cồn tuyệt đối. **Đối tượng và phương pháp:** 71 bệnh nhân được chẩn đoán đau V theo tiêu chuẩn IHS [1] từ 05/2016 tới 05/2018 và được điều trị bằng phương pháp tiêm phong bế hạch Gasser bằng cồn tuyệt đối. Các bệnh nhân được theo dõi và đánh giá thời gian giảm đau. So sánh hiệu quả giảm đau ở 2 nhóm bệnh nhân có hoặc không can thiệp trước đó. **Kết quả:** 71 bệnh nhân đau dây V được tiêm phong bế bằng cồn tuyệt đối. 59 bệnh nhân trong tổng số 71 bệnh nhân chỉ cần tiêm 1 lần trong suốt thời gian nghiên cứu. 11 bệnh nhân cần tiêm lại lần 2 và 1 bệnh nhân cần tiêm lại lần 3. 70 bệnh nhân (98,5%) bệnh nhân giảm đau gần như hoàn toàn ngay sau can thiệp. Theo phân tích Kaplan-Meier, tỉ lệ bệnh nhân còn duy trì tác dụng giảm đau sau can thiệp sau 1,2,3 năm lần lượt là 90% %, 76 % và 30%. Thời gian giảm đau trung bình của nhóm bệnh nhân can thiệp 1 lần và can thiệp nhiều lần là 29,8 và 28,3 tháng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian giảm đau giữa 2 nhóm bệnh nhân can thiệp 1 lần và can thiệp nhiều lần. Tác dụng phụ chủ yếu bệnh nhân gặp phải là tê mặt, các tác dụng này giảm dần và gần như mất hoàn toàn sau 1 năm. **Kết luận:** Điều trị đau dây V bằng tiêm cồn tuyệt đối có tác dụng giảm đau kéo dài. Thời gian giảm đau của bệnh nhân tiêm 1 lần và nhiều lần không có sự khác biệt.

Từ khóa: Đau dây V; tiêm phong bế; cồn tuyệt đối.

SUMMARY

EVALUATION OF LONG-TERM EFFECTIVENESS ON PAIN OF TRIGEMINAL NERVE BLOCK WITH ALCOHOL UNDER GUIDED – FLUOROSCOPY FOR TRIGEMINAL NEURALGIA

Purpose: To evaluate the long term outcome of the Tnb with alcohol in the treatment of medically intractable TN. **Material and method:** 71 patients were diagnosed with TN from May 2016 to May 2018, treated by Tnb with alcohol under a fluoroscope. Pain relief duration were analyzed. Outcomes were compared between patients with and without a previous Tnb with alcohol. **Result:** 71 patients were treated by Tnb with alcohol, 59/71 cases only require 1 time block during the study period, 11 cases need second block and only 1 patient need 3rd block. Seventy out of the 71 patients experienced immediate complete pain relief (98,5%) at the first Tnb. According to the Kaplan-Meier analysis, the probabilities of remaining pain relief for 1, 2, and 3 years after the procedures were 90%, 76%, and 30%, respectively. There was no significant difference in the probability of pain relief duration between patients with and without previous Tnb with alcohol. All the complications recovered spontaneously within 12 months. **Conclusion:** Tnb with alcohol for the pain management of TN can provide considerably long lasting pain relief. Repeated Tnb with alcohol has pain relief duration as long as the first block.

Keywords: trigeminal neuralgia; trigeminal nerve block; alcohol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau dây thần kinh số V (Trigeminal Neuralgia) là bệnh lí thường gặp. Đau có tính chất cơn đột ngột, thường một bên, đau dữ dội, ngắn, hay tái phát từng đợt, thuộc vùng chi phối cảm giác của dây thần kinh số V. Đau dây V nguyên phát

¹Trường đại học y Hà Nội.

²Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn.

³Trung tâm chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện K.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Nghĩa

Email: drnghiahmu93@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2019

Ngày duyệt bài: 5.9.2019

(idiopathic) chiếm 90%. Đau dây V thứ phát: do khối u, dị dạng mạch chiếm 10%[2].

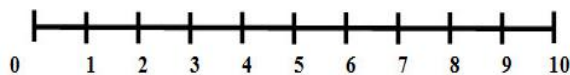
Có 2 phương pháp điều trị chính gồm: điều trị đau dây V bằng thuốc, luôn được lựa chọn đầu tiên, khi điều trị nội khoa không kiểm soát được cơn đau hoặc bệnh nhân có tác dụng phụ thì phải điều trị bằng các phương pháp ngoại khoa. Các phương pháp ngoại khoa như: phẫu thuật giải ép vi mạch, diệt hạch dây V bằng sóng cao tần, tia xạ, tiêm cồn [3].

Điều trị đau dây V bằng tiêm cồn tuyệt đối chưa được áp dụng rộng rãi như các phương pháp phẫu thuật do được cho là có thời gian giảm đau ngắn. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả giảm đau dài hạn của phương pháp này. Vậy tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Đánh giá kết quả dài hạn điều trị đau dây V bằng tiêm cồn tuyệt đối và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả giảm đau".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- 71 bệnh nhân được chẩn đoán đau dây V và được điều trị bằng phương pháp tiêm cồn tuyệt đối tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ tháng 5/2016 tới tháng 5/ 2018. Các bệnh nhân được lựa chọn thỏa mãn các tiêu chuẩn: (1) chẩn đoán xác định đau dây V theo tiêu chuẩn IHS (2) MRI sọ não loại trừ đau thứ phát do u, dị dạng mạch (3) Điều trị bằng tiêm cồn tuyệt đối, theo dõi ≥ 1 năm. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) đau dây V thứ phát do u, dị dạng mạch (2) thời gian theo dõi < 1 năm.

- Đau: sử dụng thang điểm VAS (Visual Analogue Scales, 0 – 10 điểm) đánh giá mức độ đau mặt, chia làm 2 nhóm hết đau và còn đau, với BN còn đau khi điểm VAS > 3 điểm.



Hình 1. Thang điểm đánh giá mức độ đau VAS

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 71 bệnh nhân tham gia nghiên cứu tỉ lệ 45 nữ và 26 nam, độ tuổi từ 30 – 86 tuổi ($65,5 \pm 11,6$). Thời gian từ khi khởi phát cơn đau đầu tiên đến khi điều trị trung bình $\sim 57,8$ tháng. Trong số 71 bệnh nhân, có 32 bệnh nhân (45%) có tần suất đau gần như liên tục. Mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS $\sim 9,3/10$ (0 là không đau, 10 mức độ đau nhất).

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân.

Đặc điểm	Giá trị
Tổng số bệnh nhân	71

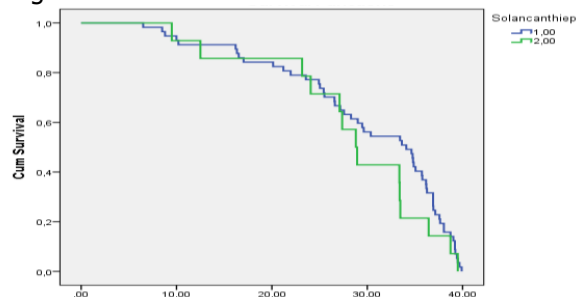
Giới (Nam : Nữ)	26:45 (1:1,7)
Tuổi	$65,5 \pm 11,6$
Thời gian từ khi khởi phát	$57,8 \pm 4,2$
Tần suất cơn đau	32 bệnh nhân (45%) đau liên tục
Mức độ đau VAS	$9,3 \pm 0,6$

Trong tổng số 71 bệnh nhân, 59 bệnh nhân chỉ cần tiêm 1 lần trong suốt thời gian nghiên cứu. 11 bệnh nhân cần tiêm lại lần 2 và 1 bệnh nhân cần tiêm lại lần 3. 70 bệnh nhân (98,5%) bệnh nhân giảm đau gần như hoàn toàn ngay sau can thiệp.

Bảng 2. Hiệu quả giảm đau.

Số lần can thiệp		Số lượng	Thời gian giảm đau trung bình	P (kiểm định Kaplan-Meier)
Can thiệp 1 lần		59	29,8 ± 1,2	0,35
Can thiệp nhiều lần	2	11	28,3 ± 2,4	
	3	1		

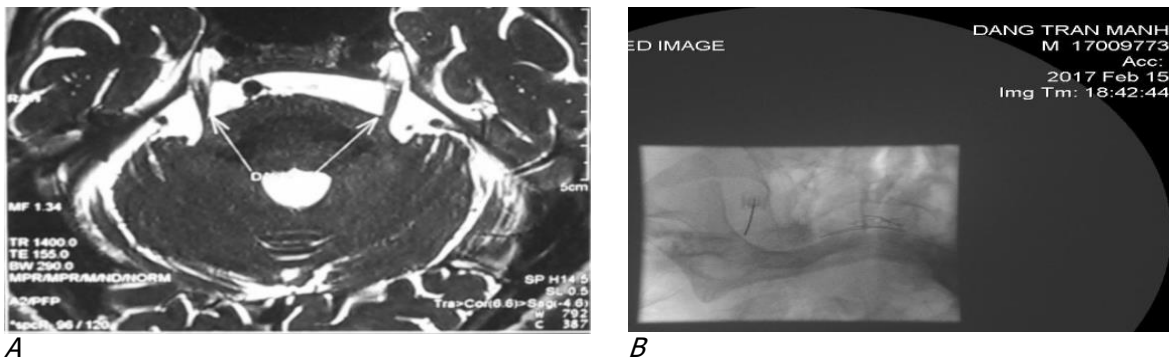
Theo phân tích Kaplan-Meier, tỉ lệ bệnh nhân còn duy trì tác dụng giảm đau sau can thiệp sau 1,2,3 năm lần lượt là 90%, 76% và 30%. Thời gian giảm đau trung bình của nhóm bệnh nhân can thiệp 1 lần và can thiệp nhiều lần là 29,8 và 28,3 tháng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian giảm đau giữa 2 nhóm bệnh nhân can thiệp 1 lần và can thiệp nhiều lần ($p = 0,35$). Tác dụng phụ chủ yếu bệnh nhân gặp phải là tê mặt, các tác dụng này giảm dần và gần như mất hoàn toàn sau 1 năm.



Biểu đồ 1. Tỉ lệ bệnh nhân còn duy trì hiệu quả giảm đau ở 2 nhóm bệnh nhân can thiệp 1 lần và nhiều lần (thời gian theo tháng).

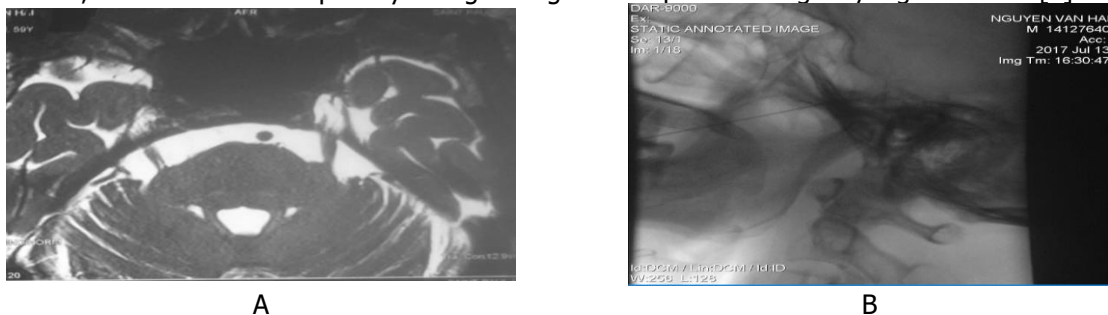
IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên các BN có độ tuổi từ 30 – 86, tuổi trung bình $65,5 \pm 11,6$ tuổi, trong đó tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 36,6% và 63,4%. Khoảng thời gian từ khi khởi phát đau đến khi được can thiệp rất dao động (5 tháng – 20 năm), trung bình $\sim 57,8$ tháng, không có sự khác biệt về hiệu quả giảm đau giữa các bệnh nhân này ($p \sim 0,32$). Điều này chứng tỏ việc điều trị sớm không đem lại hiệu quả giảm đau dài hơn.



Hình 2. A: Cộng hưởng từ sọ não xung SPACE cho thấy hình ảnh dây V hai bên. B: Bệnh nhân được can thiệp dưới hướng dẫn của DSA. (Đặng Trần M, nam, 66 tuổi, đau dây V vùng V2 + V3 bên phải).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điều trị thành công được định nghĩa là bệnh nhân mất cơn đau hoàn toàn và không cần dùng thuốc. Đau tái phát khi bệnh nhân xuất hiện cơn đau trở lại và cần dùng thuốc hoặc can thiệp lại. Dựa vào định nghĩa này, gần như đa số (98,5%) bệnh nhân đạt hiệu quả giảm đau ngay sau can thiệp, và tỉ lệ duy trì hiệu quả giảm đau sau can thiệp 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 90%, 76% và 30%. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Kyung Ream Han[4]



Hình 3. A: Cộng hưởng từ sọ não xung SPACE cho thấy hình ảnh dây V hai bên. B: Bệnh nhân được can thiệp dưới hướng dẫn của DSA. (Nguyễn Văn H, nam, 59 tuổi, đau dây V bên phải).

Trong tổng số 71 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 59 bệnh nhân (83%) chỉ cần can thiệp 1 lần trong suốt thời gian nghiên cứu, 11 bệnh nhân cần can thiệp lại lần và 1 trường hợp bệnh nhân cần can thiệp lần 3. Theo phân tích Kaplan thì thời gian giảm đau trung bình của 2 nhóm bệnh nhân can thiệp 1 lần và nhiều lần là $29,8 \pm 1,2$ và $28,3 \pm 2,4$ tháng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm này về thời gian giảm đau ($p = 0,35$)[5].

Các tác dụng phụ hay gặp là tê mặt thoáng qua ngay sau can thiệp gặp 58 trường hợp (81,7%), rối loạn trương lực cơ cắn gặp trong 37 ca (52,1%), các tác dụng phụ thường cải thiện sau 12 tháng theo dõi. Nhóm bệnh nhân can thiệp 1 lần có 58 trường hợp (82%) có tác dụng phụ, không có sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng của nhóm can thiệp nhiều lần so với 1 lần ($p \sim 0,23$, Fisher exact test) [4].

V. KẾT LUẬN

Điều trị đau dây V bằng tiêm cồn tuyệt đối có tác dụng giảm đau kéo dài ($29,8 \pm 1,3$ tháng).

Thời gian giảm đau của bệnh nhân tiêm 1 lần và nhiều lần không có sự khác biệt ($p = 0,35$). Tác dụng phụ chủ yếu gặp phải là tê mặt ở các mức độ khác nhau, các bệnh nhân này hồi phục sau 1 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) (2013).** The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia, **33**(9), 629–808.
2. **Love S. and Coakham H.B. (2001).** Trigeminal neuralgia Pathology and pathogenesis. Brain, **124**(12), 2347–2360.
3. **Nurmikko T.J. and Eldridge P.R. (2001).** Trigeminal neuralgia—pathophysiology, diagnosis and current treatment. Br J Anaesth, **87**(1), 117–132.
4. **Han K.R., Chae Y.J., Lee J.D., et al. (2017).** Trigeminal nerve block with alcohol for medically intractable classic trigeminal neuralgia: long-term clinical effectiveness on pain. Int J Med Sci, **14**(1), 29–36.
5. **Han K.R. and Kim C. (2010).** The Long-Term Outcome of Mandibular Nerve Block with Alcohol for the Treatment of Trigeminal Neuralgia. Anesth Analg, **111**(2), 550.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY NHIỄM KHUẨN PHỔI BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2016-2017

Giang Hoài Nam*, Hoàng Năng Trọng**, Phạm Văn Trọng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ mới mắc và một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2016-2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 844 người bệnh với đủ tiêu chuẩn nghiên cứu nhập khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, trong đó gồm 514 nam và 330 nữ, độ tuổi trung bình là 65 ± 17 . **Kết quả:** Tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện là 31%, hay gặp nhất ở nhóm tuổi trên 60 chiếm 38%. Bệnh hô hấp (43,1%), Chấn thương (36,5%), Thần kinh (28,3%), Tim mạch (22,6%) là những bệnh lý nền làm tăng nguy cơ mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện. Tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện ở người bệnh có thời gian thở máy trên 15 ngày là 87,9%, ở người bệnh có thời gian điều trị tại khoa Hồi sức trên 15 ngày là 68,3%. Có sự khác nhau về tỷ lệ mới mắc NKPBV và số thủ thuật can thiệp ($p < 0,001$). **Kết luận:** Tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện là 31%. Sử dụng nhiều thủ thuật can thiệp, thời gian thở máy và thời gian điều trị tại khoa Hồi sức kéo dài là các yếu tố làm tăng tình trạng nhiễm khuẩn phổi bệnh viện.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn phổi bệnh viện, Hồi sức tích cực

SUMMARY

CURRENT SITUATION AND SOME RISK FACTORS CAUSING HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2016-2017

Objectives: To determine the incidence and some risk factors causing hospital acquired pneumonia (HAP) in the Intensive Care Unit- Thai Binh Provincial General Hospital in 2016-2017. **Methods:** Descriptive cross-sectioned study on 844 patients with eligible research criteria to admit the intensive care unit - Thai Binh General Hospital, including 514 male and 330 female, the average age is 65 ± 17 . **Results:** The incidence of hospital-acquired pneumonia is 31% and the most infected group is the age group of over 60 accounting for 38%. Respiratory diseases (43.1%), injuries (36.5%), Neurological diseases (28.3%), Cardiovascular diseases (22.6%) are background pathologies that increase the risk of hospital-acquired

pneumonia. The incidence of hospital-acquired pneumonia in patients with mechanical ventilation time of over 15 days was 87.9% and that in patients who had time for treatment in the Intensive Care Unit for over 15 days was 68.3%. There are differences in the incidence of HAP and the number of intervention procedures ($p < 0.001$). **Conclusion:** The incidence of HAP is 31%. Using multiple intervention procedures, prolonged mechanical ventilation time and duration of treatment in Intensive Care Unit are factors that increase HAP.

Keywords: Hospital-acquired pneumonia, Intensive Care Unit

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn phổi bệnh viện là loại nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế, thường gặp tại khoa Hồi sức tích cực và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong số các loại nhiễm khuẩn bệnh viện. Tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện thay đổi tùy theo mỗi bệnh viện. Tại Mỹ, tỉ lệ khoảng 5-10 ca/1000 người bệnh nhập viện [5]. Nhiễm khuẩn phổi bệnh viện làm gia tăng số ngày nằm viện, trung bình tăng thêm 7- 9 ngày và tăng chi phí điều trị khoảng 10.000 - 40.000 USD mỗi người bệnh [5]. Tại Việt Nam, kết quả điều tra toàn quốc năm 2006 - 2007 một số bệnh viện khu vực miền bắc Việt Nam cho thấy NKPBV chiếm tỉ lệ cao nhất trong số các NKBV, chiếm 55,4% và gặp chủ yếu tại các khoa Hồi sức tích cực [1]. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình với quy mô 1.200 giường bệnh nội trú, bệnh nhân luôn quá tải trên 130%. Nhiễm khuẩn tại bệnh viện luôn hiện hữu nhưng chưa được giám sát thường xuyên, nhất là khoa Hồi sức tích cực-Chống độc. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng và một số yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2016-2017".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Người bệnh nằm điều trị trên 48 giờ tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình không mắc và hoặc không có dấu hiệu ủ bệnh nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại thời điểm nhập viện và đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán NKPBV của Bộ y tế.

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

**Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Giang Hoài Nam

Email: hoainambvdk@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2019

Ngày duyệt bài: 31.8.2019

+ Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh nhập khoa HSTC dưới 48 giờ
 - Người bệnh nhập viện ≥ 48 giờ, có biểu hiện hoặc dấu hiệu ủ bệnh NKPBV tại thời điểm nhập viện/nhập khoa HSTC

- NB được chẩn đoán NKPBV chuyển từ khoa lâm sàng khác đến khoa HSTC.

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán NKPBV: Chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế (Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả qua điều tra cắt ngang

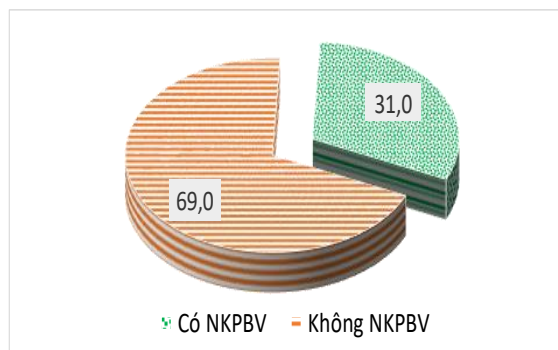
2.2.2 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho việc xác định một tỷ lệ. Thực tế nghiên cứu trên 844 người bệnh.

- Chọn mẫu: Mẫu thuận tiện

2.2.3 Thời gian và địa điểm tiến hành nghiên cứu

- Thời gian: Nghiên cứu được thực hiện từ 01/7/2016 đến 30/6/2019

- Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 3. 1. Tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện (n=844)

Biểu đồ 3.1 cho thấy trong 844 người bệnh đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, có 262 đối tượng mới mắc NKPBV chiếm tỷ lệ 31%.

Bảng 3.6. Tỷ lệ mới mắc NKPBV theo nhóm tuổi, giới tính

Đặc điểm	Nhóm BN	Có NKPBV		Không NKPBV		P
		n	%	n	%	
Nhóm tuổi:	≤ 30	4	7,5	49	92.5	<0,001
	31-40	3	12,5	21	87.5	
	41-50	12	16,7	60	83.3	
	51-60	30	22,4	104	77.6	
	>60	213	38,0	348	62	
Giới tính:	Nam	195	37,9	319	62.1	<0,001
	Nữ	67	20,3	263	79.7	

Kết quả bảng 3.1 cho thấy, tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tăng dần theo nhóm tuổi, nhóm tuổi trên 60 có tỷ lệ mới mắc cao nhất (38%), thấp nhất ở nhóm dưới 30 tuổi (7,5%). Tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện ở nam nhiều hơn nữ (37,9% so với 20,3%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.7. Tỷ lệ mới mắc NKPBV theo nhóm bệnh lý khi nhập viện

Bệnh nền	Nhóm BN	Có NKPBV		Không NKPBV	
		n	%	n	%
Thần kinh		49	28,3	124	71.7
Tim mạch		7	22,6	24	77.4
Tiêu hóa, tiết niệu		8	19,5	33	80.5
Hô hấp		155	43,1	205	56.9
Nội tiết		1	14,3	6	85.7
Chấn thương, ngoại		19	36,5	33	63.5
Ngộ độc		2	4,4	43	95.6
Nhiễm khuẩn huyết		0	0,0	6	100
Khác		21	16,3	108	83.7

Bảng 3.2 cho thấy nhóm bệnh lý có tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện cao bao gồm: bệnh hô hấp (43,1%); Chấn thương, Ngoại (36,5%); Thần kinh (28,3%); bệnh Tim mạch (22,6%).

Bảng 3.8. Tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện theo số thủ thuật can thiệp

Số thủ thuật	Nhóm BN	Có NKPBV		Không NKPBV		P
		n	%	n	%	
Từ 1 đến 3		10	3,6	271	96.4	<0,01
Từ 4 đến 6		90	28,1	230	71.9	
≥ 7		162	66,5	81	33.5	

Theo bảng 3.3, tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện ở người bệnh sử dụng từ 7 đến 10 thủ thuật can thiệp (66,9%) cao hơn so với sử dụng từ 4 đến 6 thủ thuật can thiệp (28,1%) và sử dụng từ 1 đến 3 thủ thuật can thiệp (3,5%). Có sự khác nhau về tỷ lệ mới mắc NKPBV và số thủ thuật can thiệp và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.9. Tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện theo thời gian thở máy

Nhóm NB Ngày thở máy	Tổng NB	Có NKPBV		Không NKPBV		p
		n	%	n	%	
Không thở máy	400	15	3,8	385	96,2	<0,01
Từ 1 đến 5 ngày	155	37	23,9	117	76,1	
Từ 6 đến 10	119	70	58,8	49	41,2	
Từ 11 đến 15	71	53	74,6	18	25,4	
Trên 15 ngày	99	87	87,9	12	12,1	

Số liệu từ bảng 3.4 cho thấy, tỷ lệ mới mắc NKPBV ở người bệnh không có thở máy và có thở máy lần lượt là 3,8% và 55,6%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện giữa nhóm có và không có thở máy ($p < 0,001$). Trong nhóm người bệnh có thở máy, tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tăng dần theo thời gian thở máy. Nhóm thở máy 1-5 ngày có tỷ lệ NKPBV là 23,9% và tỷ lệ này tăng lên đến 87,9% ở nhóm thở máy trên 15 ngày ($p < 0,001$).

Bảng 3.10. Tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện theo số ngày thở Oxy

Nhóm BN Ngày thở oxy	Tổng NB	Có NKPBV		Không NKPBV		p
		n	%	n	%	
Từ 1 đến 5 ngày	338	97	28,7	241	71,3	> 0,05
Từ 6 đến 10	138	33	23,9	105	76,1	
Từ 11 đến 15	50	12	24,0	38	76	
Trên 15 ngày	21	4	19,0	17	81	

Kết quả bảng 3.5 cho thấy, tỷ lệ NKPBV ở người bệnh thở oxy từ 1 đến 5 ngày có tỷ lệ NKPBV cao hơn so với các mốc thời gian còn lại, tuy nhiên không có sự khác biệt về tỷ lệ NKPBV và số ngày thở oxy ($p > 0,05$).

Bảng 3.11. Tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện theo thời gian nằm khoa HSTC

Tỷ lệ mới mắc Số ngày nằm viện	Tổng số BN (n=844)	Số NKPBV (n=262)	Tỷ lệ (%)	p
5 ngày trở xuống	194	12	6,2	<0,001
Từ 6 đến 10	290	48	16,6	
Từ 11 đến 15	171	73	42,7	
Trên 15 ngày	189	129	68,3	

Số liệu bảng 3.6 cho thấy, số ngày nằm viện càng nhiều thì tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện càng cao và gặp nhiều nhất ở người bệnh nằm viện trên 15 ngày (68,3%), tiếp theo là nằm viện từ 11 đến 15 ngày (42,7%), từ 6 đến 10 ngày (16,6%) và gặp ít nhất ở người bệnh nằm viện từ 5 ngày trở xuống (6,2%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn phổi bệnh viện và số ngày nằm viện ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong tổng số 844 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào trong nghiên cứu, có 262 bệnh nhân bị nhiễm khuẩn phổi bệnh viện và 582 bệnh nhân không bị mắc NKPBV, như vậy tỷ lệ mắc là 31%. Kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu khác, nghiên cứu của Trương Anh Thư (2012) với tỷ lệ NKPBV là 18,9% [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng, Nguyễn Gia Bình năm 2006-2007 tỷ lệ mới mắc là 21,3% [4]. Tại Bệnh viện Chợ Rẫy 24,3% bệnh nhân điều trị tại đơn vị

HSTC mắc NKPBV. Các nghiên cứu ngoài nước cũng cho những kết quả khác nhau. Tại Mỹ, nghiên cứu với số liệu tổng hợp từ 61 đơn vị ICU trong thời gian từ 2001 đến 2005 cho thấy tỷ lệ NKPBV 21% [8]. Tỷ lệ NKPBV trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác, sự khác biệt này có lẽ do đối tượng nghiên cứu, mục tiêu nghiên cứu, địa điểm và thời gian thực hiện nghiên cứu khác nhau. Bên cạnh đó, có thể do thiếu thốn về cơ sở vật chất, sự quá tải bệnh nhân và nhất là việc tuân thủ các biện pháp phòng ngừa NKPBV của nhân viên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình có thể chưa thực sự tốt.

Kết quả trong nghiên cứu cũng cho thấy NKPBV xảy ra chủ yếu ở nhóm tuổi trên 60 (38%); ở nam (37,9%) nhiều hơn nữ (20,3%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) (bảng 3.1). Phần lớn NKPBV xảy ra trên người bệnh có bệnh nền là các bệnh hô hấp (43,1%); Chấn thương, Ngoại (36,5%); Thần kinh (28,3%); bệnh Tim mạch (22,6%) (bảng

3.3). Tuổi cao, đi kèm với các bệnh mãn tính như COPD, huyết áp, tim mạch, đái tháo đường... các bệnh lý này thường dẫn đến suy giảm sức đề kháng của cơ thể và là yếu tố nguy cơ chính dễ mắc NKPBV. Khi nghiên cứu ở đối tượng trẻ em, Lê Kiến Ngải cũng ghi nhận tỷ lệ NKPBV cao ở trẻ có bệnh nền là hô hấp (32,4%), tim mạch (27,5%) [2]. Đây là những bệnh lý có lượng người bệnh phải điều trị nội trú cao tại bệnh viện và cũng là nhóm bệnh thường xuyên phải thông khí hỗ trợ bằng máy thở khi bệnh chuyển nặng. Thông thường vi khuẩn gây bệnh xâm nhập vào cơ thể cần phải có điều kiện thuận lợi để chúng có thể vượt qua hàng rào bảo vệ của cơ thể, khi cơ thể người bệnh có mắc các bệnh lý mãn tính thường dẫn đến cơ thể bị suy giảm sức đề kháng của hệ miễn dịch vì vậy là cơ hội rất tốt cho vi khuẩn gây bệnh xâm nhập và cư trú gây ra các hội chứng bệnh lý về đường hô hấp.

Người bệnh càng sử dụng nhiều loại thủ thuật can thiệp thì tỷ lệ nhiễm khuẩn phổi bệnh viện xuất hiện càng cao và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), cụ thể ở người bệnh sử dụng từ 7 đến 10 thủ thuật can thiệp tỷ lệ NKPBV là 66,5% cao hơn so với sử dụng từ 4 đến 6 thủ thuật can thiệp (28,1%). Phần lớn các vi khuẩn tồn tại ở môi trường bệnh viện có độc lực rất cao, các vi khuẩn này tồn tại trong môi trường bằng cách bám dính trên bề mặt các dụng cụ y khoa, trên tường, bàn ghế và lan truyền thông qua các hạt nước trong không khí trong thời gian dài, qua đó chúng xâm nhập vào cơ thể qua các vết thương, vết mổ, các thủ thuật xâm lấn khác và gây ra nhiều loại nhiễm trùng nguy hiểm ở các cơ quan nội tạng khác nhau, trong đó nhiễm khuẩn phổi là một loại nhiễm trùng bệnh viện phổ biến với tỷ lệ mắc và tử vong rất lớn, làm tăng gánh nặng với xã hội. Việc kiểm soát nhiễm khuẩn tại môi trường bệnh viện, đặc biệt là tại các khu vực người bệnh đang được chăm sóc đặc biệt như hồi sức cấp cứu, chống độc cần phải được giám sát chặt chẽ để tránh lây nhiễm cho các đối tượng này. Cần hạn chế tối đa và loại bỏ sớm nhất có thể các thủ thuật can thiệp trên người bệnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả NKPBV chiếm tỷ lệ cao ở những người bệnh có thời gian nằm viện trên 15 ngày (bảng 3.6). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm khuẩn phổi bệnh viện và số ngày nằm viện ($p < 0,001$). Nghiên cứu của Trần Thị Hà Phương và cộng sự thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 2014 ghi nhận bệnh nhân mắc NKBV có thời gian nằm viện trung bình là 17 ngày, không có bệnh nhân nào nằm viện dưới 6

ngày [3]. Một nghiên cứu ở Nhật Bản cũng cho kết quả tương tự, thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân mắc viêm phổi thở máy là 15,2 ngày và dài hơn đáng kể so với bệnh nhân không nhiễm trùng bệnh viện (6,8 ngày) [7].

Về tỷ lệ mới mắc NKPBV theo thời gian thở máy, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả, tỷ lệ NKPBV cao nhất ở nhóm có thời gian thở máy trên 15 ngày (87,9%), sau đó đến nhóm từ 11-15 ngày (74,6%) ($p < 0,001$) (bảng 3.4). Thời gian thở máy càng dài, tỷ lệ NKPBV càng cao hay có thể nói cách khác là thời gian thở máy kéo dài hơn ở nhóm bệnh nhân bị NKPBV. Sự hiện diện càng lâu của ống nội khí quản, làm tăng sự phát triển của màng sinh học trên bề mặt ống, tạo môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển, đồng thời người bệnh phải nằm lâu, khiến cho dịch tiết ứ đọng, sự tồn tại của ống cũng làm giảm phản xạ ho, khiến cho tình trạng nhiễm khuẩn càng trở nên nặng nề.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mới mắc nhiễm khuẩn phổi bệnh viện là 31%. Sử dụng nhiều thủ thuật can thiệp, thời gian thở máy và thời gian điều trị tại khoa Hồi sức kéo dài là các yếu tố làm tăng tình trạng nhiễm khuẩn phổi bệnh viện ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Giang, Trương Anh Thư, Nguyễn Việt Hùng (2008)**, Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh, Hòa Bình và Điện Biên năm 2005. Tạp chí y học lâm sàng, Số chuyên đề, pp. 46-50.
2. **Lê Kiến Ngải (2016)**, Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, yếu tố nguy cơ và một số tác nhân vi khuẩn của viêm phổi thở máy trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương.
3. **Trần Thị Hà Phương (2014)**, Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai 2014. pp.
4. **Trương Anh Thư (2012)**, Đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai năm 2008-2009, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương.
5. **American Thoracic Society Documents (2005)**, Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med, 171 (4), pp. 388-416.
6. **Rozaidi S. W., Sukro J., Dan A. (2001)**, The incidence of nosocomial infection in the Intensive Care Unit, Hospital Universiti Kebangsaan Malaysia: ICU-acquired nosocomial infection surveillance program 1998-1999. Med J Malaysia, 56 (2), pp. 207-22.
7. **Suka M., Yoshida K., Uno H. et al (2007)**, Incidence and outcomes of ventilator-associated pneumonia in Japanese intensive care units: the Japanese nosocomial infection surveillance system. Infect Control Hosp Epidemiol, 28 (3), pp. 307-13.
8. **ANDREW .P (2010)**, Rising Threat of Infections Unfazed by Antibiotics.

TỈ LỆ CÁC ĐẶC ĐIỂM ĐỘT BIẾN GEN JAG1 VÀ NOTCH2 CỦA TRẺ MẮC HỘI CHỨNG ALAGILLE TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Tạ Văn Trầm*, Nguyễn Anh Tuấn**, Nguyễn Việt Trường**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc chẩn đoán sớm ALGS là rất quan trọng vì bệnh thường biểu hiện đa dạng, triệu chứng tương tự với các bệnh lý khác đặc biệt là teo đường mật. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ các đặc điểm đột biến gen JAG1 và NOTCH2 của trẻ mắc hội chứng Alagille. **Phương pháp:** Mô tả hàng loạt ca được thực hiện trên 32 bệnh nhi mắc hội chứng Alagille được điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng 1 từ 02/2015 đến 12/2018. **Kết quả:** Qua nghiên cứu 32 trẻ mắc hội chứng Alagille tại Bệnh viện Nhi đồng 1, từ 02/2015 đến 12/2018, ghi nhận các kết quả sau: Tỉ lệ phát hiện đột biến gen JAG1 là 75%; không có trường hợp nào được phát hiện có đột biến gen NOTCH2. Tỉ lệ kiểu đột biến vô nghĩa là 33%, sai nghĩa là 29%, lệch khung là 21%, cắt nối là 13%, mất đoạn nhỏ là 4%. Đột biến phân bố trên hầu hết các exon. Tỉ lệ tầm soát đột biến JAG1 thân nhân bệnh nhân có đột biến là 23,5%. **Kết luận:** Có thể chẩn đoán sớm trẻ mắc hội chứng Alagille dựa vào có gen đột biến gây bệnh JAG1 hoặc NOTCH2.

Từ khóa: hội chứng Alagille, đột biến gen, JAG1, NOTCH2.

SUMMARY

RATIO OF JAG1 AND NOTCH2 GENE MUTATION CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH ALAGILLE SYNDROME AT THE CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: The early diagnosis of ALGS is very important because the disease is often a variable expression, the symptoms are similar to other pathologies especially the biliary tract atrophy. **Objective:** Determination of the ratio of JAG1 và NOTCH2 gene mutation characteristics of children with Alagille syndrome. **Methods:** Batch description of the cases is performed on 32 pediatric patients with Alagille syndrome treated at 1 Pediatric Hospital from 02/2015 to 12/2018. **Results:** Through the study of 32 children with Alagille syndrome at 1 Pediatric Hospital, from 02/2015 to 12/2018, noted the following results: JAG1 gene mutation detection rate is 75%; No instances are detected that have NOTCH2 gene mutations. The meaningless mutation rate is 33%, false means 29%, and the split frame is 21%, cutting connector is 13%, the loss of the small segment is 4%. Mutations distributed on most exons. Surge screening ratio JAG1 patient relatives with

mutations of 23.5%. **Conclusion:** Possible to early diagnosis of Alagille syndrome can be diagnosed on the basis of JAG1 or NOTCH2 mutations

Keywords: Alagille syndrome, gene mutation, JAG1, NOTCH2.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Alagille (ALGS) là một rối loạn tính trội nhiễm sắc thể thường, ảnh hưởng nhiều hệ thống cơ quan khác nhau, chủ yếu bao gồm gan, tim, mắt, cột sống và khuôn mặt. Bệnh rất hiếm gặp, tỷ lệ mắc bệnh là 1:70.000 trẻ sơ sinh. Bệnh được Daniel Alagille mô tả đầy đủ nhất các biểu hiện lâm sàng vào năm 1975⁽¹⁾. Từ đó, tác giả đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh bao gồm thiếu sản đường mật trong gan kết hợp biểu hiện ít nhất ba triệu chứng lâm sàng chính. Năm 1997, đột biến gen JAGGED1 (JAG1) thuộc nhiễm sắc thể 20 đã được phát hiện là nguyên nhân chính gây ra ALGS⁽⁷⁾ và năm 2006, tỷ lệ nhỏ đột biến gen NOTCH2 (< 1%) cũng được phát hiện là nguyên nhân thứ hai gây bệnh. Từ đó, tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh được thay đổi, chẩn đoán xác định ALGS bao gồm gen đột biến gây bệnh JAG1 hoặc NOTCH2 và một biểu hiện lâm sàng chính.

Việc chẩn đoán sớm ALGS là rất quan trọng vì bệnh thường biểu hiện đa dạng, triệu chứng tương tự với các bệnh lý khác đặc biệt là teo đường mật, nhất là giai đoạn sơ sinh. Hậu quả là trẻ thường bị chẩn đoán nhầm và phải chịu các can thiệp không cần thiết, gây ảnh hưởng nặng nề đến tiên lượng của bệnh như phẫu thuật Kasai. Điều trị chủ yếu là điều trị nâng đỡ, điều trị triệu chứng cùng với chế độ dinh dưỡng hợp lý cho thấy có cải thiện chất lượng cuộc sống đáng kể. Tiên lượng bệnh chủ yếu dựa vào bệnh lý gan và tim. Trong khi các tổn thương tim thường gây tử vong sớm thì các bệnh lý gan góp phần quyết định tử vong muộn.

Tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi đồng 1, hiện chẩn đoán ALGS chủ yếu dựa vào lâm sàng, thường chẩn đoán nhầm với teo đường mật làm ảnh hưởng chất lượng cuộc sống bệnh nhân và do không theo dõi bệnh nhân đầy đủ nên chưa tiên lượng được biểu hiện bệnh gan về sau. Từ những thách thức đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ các đặc điểm đột biến gen JAG1 và NOTCH2 của trẻ mắc ALGS, góp phần chẩn đoán xác định và chẩn đoán sớm

*Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

**Bệnh viện Nhi đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trầm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2019

Ngày duyệt bài: 31.8.2019

ALGS để có kế hoạch chăm sóc, theo dõi sớm hơn nhằm cải thiện tích cực chất lượng cuộc sống cho trẻ ALGS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi mắc hội chứng Alagille được điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng 1 từ 02/2015 đến 12/2018.

2.3. Tiêu chí chọn bệnh

Tiêu chí chọn vào

- Bệnh nhi dưới 16 tuổi
- Có biểu hiện ít nhất ba trong năm triệu chứng lâm sàng chính của hội chứng Alagille bao gồm (1) bất thường gan, (2) bất thường tim, (3) bất thường cột sống, (4) bất thường mắt và (5) bất thường khuôn mặt.

- Hoặc có đột biến gây bệnh gen JAG1 hoặc NOTCH2 cộng với một triệu chứng lâm sàng chính.

- Thân nhân (cha, mẹ, anh chị em ruột) của bệnh nhân có gen đột biến gây bệnh JAG1 hoặc NOTCH2 đồng ý tầm soát di truyền.

Tiêu chí loại trừ

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Không thu thập đủ số liệu cho nghiên cứu.
- Bệnh nhân đã được chẩn đoán hội chứng Alagille trước đó.

2.4. Cỡ mẫu: Lấy trọn tất cả các mẫu đủ tiêu chuẩn chọn vào và không có tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 2/2015 đến tháng 12/2018.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng Stata 13.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 2/2015 đến tháng 12/2018, chúng tôi đã chọn lọc được 32 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là ALGS. Tất cả 32 trường hợp này đều được tiến hành phân tích đột biến gen JAG1 và NOTCH2. Kết quả có 24 trường hợp (75%) được phát hiện có đột biến gen gây bệnh JAG1; không có trường hợp nào được phát hiện có đột biến gen NOTCH2.

Bảng 1. Đặc điểm đột biến gen ở trẻ ALGS (N=24)

Bệnh nhân	Gen đột biến	Vị trí Exon	Đột biến *	Protein ảnh hưởng	Miền ảnh hưởng**	Nguồn gốc	Kiểu đột biến
1.	JAG1	Ex2	c.110T>C	p.L37S	NL	KXĐ	SN
2.	JAG1	Ex2	c.247C>T	p.Q83X	NL	Mới	VN
3.	JAG1	Ex4	c.550C>T	p.R184C	DSL	KXĐ	SN
4.	JAG1	Ex4	c.550C>T	p.R184C	DSL	Mới	SN
5.	JAG1	Ex4	c.550C>T	p.R184C	DSL	KXĐ	SN
6.	JAG1	Ex4	c.590delA	p.197fs	DSL	Mới	LK
7.	JAG1	Ex4	c.551G>A	p.R184H	DSL	Mới	SN
8.	JAG1	Ex4	c.551G>A	p.R184H	DSL	KXĐ	SN
9.	JAG1	Ex6	c.839G>A	p.W280X	KXĐ	Mới	VN
10.	JAG1	Ex8	IVS8-12C>T	r. spl?	EGF	Mới	CN
11.	JAG1	Ex8	c.1022-1023delTC	p.L342X	EGF	Mới	VN
12.	JAG1	Ex9	c.1156G>A	p.G386R	EGF	Mới	SN
13.	JAG1	Ex10	c.1326G>A	p.W442X	EGF	KXĐ	VN
14.	JAG1	Ex10	c.1349-1G>T	r. spl?	EGF	Cha	CN
15.	JAG1	Ex12	c.1456-1457insA	p.R486fsX490	EGF	Cha	LK
16.	JAG1	Ex15	c.1914T>A	p.C638X	EGF	Mới	VN
17.	JAG1	Ex16	c.2074-2079del	p.D692-C693del	EGF	Cha	MĐ
18.	JAG1	Ex18	c.2271-2272insGG	p.T758fsX820	EGF	Mới	LK
19.	JAG1	Ex18	c.2274-2275delAT	p.759fs	EGF	KXĐ	LK
20.	JAG1	Ex20	c.2419G>T	p.E807X	EGF	Mới	VN
21.	JAG1	Ex20	c.2422-2423insG	p.C808fsX8	EGF	Mới	LK
22.	JAG1	Ex21	c.2473C>T	p.Q825X	EGF	KXĐ	VN
23.	JAG1	Ex23	c.2916+1G>A	r. spl?	KXĐ	Mới	CN
24.	JAG1	Ex24	c3031G>T	p.E1011X	KXĐ	Mẹ	VN

*: dựa theo GenBank RefSeq: NM_000214.1

** : dựa theo GenBank RefSeq: NP_000205.1

SN: sai nghĩa, VN: vô nghĩa, LK: lệch khung, CN: cắt nối, MD: mất đoạn

NL: Notch ligand, DSL: Delta serrate ligand,

KXĐ: không xác định, EGF: epidermal growth factor, r.spl?: đột biến vị trí cắt nối

C: Cysteine, D: Aspartate, E: Glutamate, H: Histidine, L: Leucine,

Q: Glutamine, R: Arginine, S: Serine, T:

Threonine, W: Trytophan

Đặc điểm đột biến gen trẻ ALGS trong mẫu nghiên cứu, toàn bộ là đột biến gen JAG1 với nhiều kiểu đột biến khác nhau, ở nhiều vị trí khác nhau, làm ảnh hưởng nhiều protein và miễn ảnh hưởng. Đa số là đột biến mới.

Bảng 2. Các kiểu đột biến gen JAG1 ở trẻ ALGS (N=24)

Kiểu đột biến	n	Tỉ lệ %
Sai nghĩa	7	29,0

Bảng 3. Vị trí đột biến gen JAG1 (N=24)

Vị trí	Kiểu đột biến					Tổng cộng
	Sai nghĩa	Vô nghĩa	Lệch khung	Cắt nối	Mất đoạn nhỏ	
exon 2	1	1	0	0	0	2
exon 4	5	0	1	0	0	6
exon 6	0	1	0	0	0	1
exon 8	0	1	0	1	0	2
exon 9	1	0	0	0	0	1
exon 10	0	1	0	1	0	2
exon 12	0	0	1	0	0	1
exon 15	0	1	0	0	0	1
exon 16	0	0	0	0	1	1
exon 18	0	0	2	0	0	2
exon 20	0	1	1	0	0	2
exon 21	0	1	0	0	0	1
exon 23	0	0	0	1	0	1
exon 24	0	1	0	0	0	1

Đột biến phân bố hầu hết trên các exon gen JAG1. Trong đó, đột biến vị trí exon 4 thường gặp nhất (6 trường hợp).

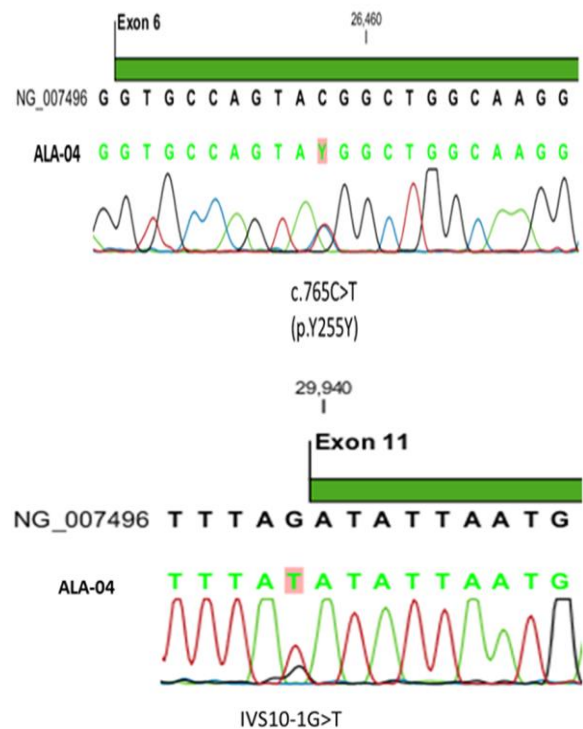
Bảng 4. Đặc điểm tính đa hình nucleotide đơn

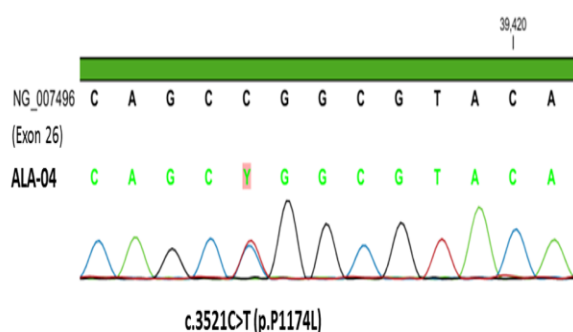
Tính đa hình nucleotide đơn	Vị trí
IVS1-85C>T	Vùng tiếp nối exon 1
IVS2 +85C>T	Vùng tiếp nối exon 2
c.247C>T (p.Q83X) (rs1051415)	Exon 2
IVS3-15T>C	Vùng tiếp nối exon 3
c.526G>A (p.V176I)	Exon 4
IVS11+11T>G	Vùng tiếp nối exon 11
IVS12+68T>G	Vùng tiếp nối exon 12
IVS12 -136T>A	Vùng tiếp nối exon 12
IVS19+80T>A	Vùng tiếp nối exon 19
g.32770-32771insA	Exon 22
c.2612C>G(p.P871R) (rs35761929)	Intron 23
p.P1174L	Exon 26

Tính đa hình nucleotide đơn rất đa dạng, có thể xảy ra ở nhiều vị trí khác nhau như exon, intron hay vùng tiếp nối.

Vô nghĩa	8	33,0
Lệch khung	5	21,0
Cắt nối	3	14,0
Mất đoạn nhỏ	1	4,0

Các kiểu đột biến gen JAG1 được phát hiện bao gồm đột biến vô nghĩa, đột biến sai nghĩa, đột biến lệch khung, đột biến cắt nối và đột biến mất đoạn nhỏ. Trong đó, kiểu đột biến vô nghĩa thường gặp nhất (33%).





Hình. Tính đa hình nucleotide đơn trên một bệnh nhân Alagille

Bảng 5. Tần suất phát hiện đột biến gen JAG1 ở thân nhân bệnh nhân ALGS (N=17)

Thân nhân (n=26)	Tần số	Tỉ lệ %
Cha (n=9)	3	17,6
Mẹ (n=15)	1	5,9
Anh chị em ruột (n=2)	0	0
Tổng cộng	4	23,5

Có 26 thân nhân từ 17 bệnh nhân ALGS có đột biến gây bệnh gen JAG1 đồng ý tham gia tầm soát đột biến gen JAG1. Kết quả, tỉ lệ phát hiện đột biến JAG1 rất thấp, 4 trường hợp (3 trường hợp từ cha và 1 trường hợp từ mẹ).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ đột biến gen JAG1. Phân tích di truyền 32 trường hợp hội chứng Alagille, chúng tôi tìm thấy 24 đột biến gây bệnh JAG1 (75%) và không thấy đột biến NOTCH2 nào. Trong đó, tỉ lệ phát hiện đột biến gen JAG1 trên nhóm bệnh nhân có biểu hiện 3 triệu chứng lâm sàng chính, 4 triệu chứng lâm sàng chính, 5 triệu chứng lâm sàng chính lần lượt là 5/8 (63%), 15/17 (88,2%), 4/7 (57,2%). Kết quả này cho thấy tần suất triệu chứng lâm sàng không ảnh hưởng tỉ lệ phát hiện đột biến gen JAG1. Tỉ lệ đột biến gen JAG1 trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các tác giả Li L (76,9%)⁽⁷⁾, Jurkiewicz D (74,3%)⁽⁴⁾, Cho JM (74%)⁽²⁾, cao hơn tác giả Crosnier C (63%)⁽³⁾, Krantz ID (69%)⁽⁵⁾ và thấp hơn tác giả Lin HC (86%)⁽⁸⁾. Nhìn chung, tỉ lệ phát hiện đột biến gen JAG1 của chúng tôi và các tác giả thực tế không cao như mong đợi so với y văn (>90%)⁽⁷⁾. Mặc dù đã tiến hành khảo sát đột biến gen NOTCH2 từ 8 trường hợp không có đột biến gen JAG1 bằng phương pháp giải trình tự gen thế hệ mới, chúng tôi không phát hiện được trường hợp nào đột biến gen NOTCH2 do tỉ lệ đột biến gen NOTCH2 rất thấp (<1%) và cỡ mẫu nghiên cứu chúng tôi còn nhỏ. Một tỉ lệ nhỏ bệnh nhân biểu hiện đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ALGS nhưng không có đột biến JAG1 hay

NOTCH2. Đặc điểm đột biến mẫu nghiên cứu là đặc điểm đột biến của 24 đột biến gen JAG1. Dựa vào ngân hàng gen NCBI, cho thấy với nhiều kiểu đột biến khác nhau trên nhiều vị trí khác nhau làm ảnh hưởng nhiều protein khác nhau. Kết quả là các vùng protein ảnh hưởng bao gồm NL (Notch ligand), DSL (Delta serrate ligand), EGF (Epidermal growth factor) và vùng không xác định. Các đột biến này thường là đột biến mới xảy ra, một số ít thừa hưởng di truyền từ cha hoặc mẹ, số còn lại không rõ do chưa tầm soát từ cha mẹ bệnh nhân ALGS (do thân nhân không đồng ý tham gia tầm soát di truyền).

4.2. Các kiểu đột biến gen JAG1. Kết quả phân tích di truyền học, có 5 kiểu đột biến, bao gồm 7 đột biến sai nghĩa (29%), 8 đột biến vô nghĩa (33%), 3 đột biến cắt nối (13%), 5 đột biến lệch khung (21%) và một trường hợp mất đoạn nhỏ (4%) (p.del D692-C693 - Ex16). Các dạng đột biến này cũng tương tự với các báo cáo trước đây. Hầu hết các nghiên cứu cho thấy đột biến lệch khung thường gặp nhất, khác với nghiên cứu chúng tôi thường gặp nhất là đột biến vô nghĩa. Điều này quan trọng vì đột biến vô nghĩa thường ảnh hưởng nhiều đến cấu trúc protein liên quan so với đột biến lệch khung. Bên cạnh đó, chúng tôi còn phát hiện 1 trường hợp mất đoạn nhỏ (4%) và không có trường hợp mất đoạn lớn (nghiên cứu chưa khảo sát được). Tần suất này thấp hơn tác giả Li L (7,1%)⁽⁷⁾, Jurkiewicz D (30,7%)⁽⁴⁾, Lin HC (16,7%)⁽⁸⁾. Trong khi đó tác giả Cho JM⁽²⁾, Krantz ID⁽⁵⁾, Crosnier C⁽³⁾ không phát hiện trường hợp nào mất đoạn. Giải thích cho sự khác biệt trên có thể do sự khác biệt về kỹ thuật phân tích di truyền, khác biệt cỡ mẫu hoặc khác biệt chủng tộc, so với các nghiên cứu khác, tỉ lệ phát hiện đột biến (75%) của chúng tôi là tương đối cao. Tỉ lệ đột biến vô nghĩa của nghiên cứu chúng tôi là nhiều nhất 33%, trong khi các nghiên cứu khác là đột biến lệch khung. Đột biến sai nghĩa (29%) cao hơn các nghiên cứu khác là 13%.

4.3. Phân bố vị trí đột biến gen JAG1. Về vị trí đột biến, chúng tôi nhận thấy exon 4 (6 trường hợp) thường bị ảnh hưởng hơn so với các exon khác như exon 2, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 24 nhưng nhìn chung là tất cả các exon đều có thể bị ảnh hưởng. Kết quả này cũng tương tự với các tác giả Li L (2015)⁽⁷⁾, Jurkiewicz D (2014)⁽⁴⁾, Cho JM (2014)⁽²⁾, Lin HC (2012)⁽⁸⁾, Crosnier C (1999)⁽³⁾, Krantz ID (1998)⁽⁵⁾. Theo y văn, không có vị trí đặc biệt nào của gen mà là toàn bộ các vùng vị trí mã hóa đều có thể liên quan. Điều này cho thấy, đột biến có thể xảy

ra trên bất kỳ vị trí nào trên gen JAG1, không có sự tập trung ở một vài exon đặc biệt.

4.4. Đặc điểm tính đa hình nucleotide đơn. Khi giải trình tự trực tiếp gen JAG1, có một số biến đổi cấu trúc gen được ghi nhận nhưng những cấu trúc này được xem là bình thường vì nó gặp ở người khỏe mạnh và sản phẩm protein tổng hợp của nó không bị ảnh hưởng chức năng. Đặc điểm những thay đổi cấu trúc này được gọi là đa kiểu hình nucleotide đơn. Chúng tôi phát hiện được 12 kiểu đa kiểu hình gen ở các trẻ ALGS này, chủ yếu tập trung trên các exon 1,2, 3, 4, 11, 12, 19, 22, 26 và một trường hợp ở intron 23. Điều này góp phần làm nên tính đa dạng của kiểu gen JAG1 ở trẻ em ALGS Việt Nam.

4.5. Tần suất phát hiện đột biến gen JAG1 ở thân nhân bệnh nhân ALGS. Chúng tôi tiến hành tầm soát 26 thân nhân bệnh nhân (9 cha, 15 mẹ, 2 anh em ruột), không có biểu hiện lâm sàng bất thường, không ghi nhận bệnh sử có bất thường gan, tim, mắt, cột sống, thận, khuôn mặt từ 17 trẻ ALGS đã xác định có đột biến gây bệnh JAG1. Kết quả, có 4 trường hợp được phát hiện có gen đột biến JAG1 (3 cha, 1 mẹ) bao gồm các đột biến IVS10-1G>T (đột biến cắt nối), c.1456-1457insA- Ex12 (đột biến lệch khung), c3031G>T (p.E1011X) - Ex24 (đột biến vô nghĩa), p.del D692-C693 - Ex16 (đột biến mất đoạn nhỏ) và không có trường hợp anh em ruột nào được phát hiện. Kết quả này cho thấy không có trường hợp đột biến sai nghĩa được phát hiện khi tầm soát di truyền từ thân nhân bệnh nhân có đột biến gen JAG1 đã được phát hiện. Phải chăng, chỉ có đột biến vô nghĩa, cắt nối, lệch khung và mất đoạn là có khả năng di truyền và đột biến sai nghĩa thường là đột biến mới xảy ra. Tuy nhiên, do cỡ mẫu phân tích nhỏ nên chúng tôi chưa thể kết luận vấn đề này. Điều này cần lưu ý khi có điều kiện thực hiện với cỡ mẫu lớn hơn. Tần suất phát hiện đột biến gen JAG1 ở thân nhân bệnh nhân là 23,5%. Theo y văn, khoảng 30%-50% cá thể có gen gây bệnh di truyền và 50% - 70% có gen gây bệnh mới. Thể khám có thể xảy ra với tần suất 8%^{(3),(5)}. Việc tầm soát đột biến sẽ giúp phát hiện bệnh ở các cá thể không có biểu hiện lâm sàng. Từ đó, sẽ góp phần theo dõi các bất thường tìm ẩn của ALGS cũng như giúp tham vấn di truyền. Cha mẹ có con mắc bệnh do gen gây bệnh mới thì nguy cơ xảy ra bệnh cho các đứa con tiếp theo là rất thấp nhưng cao hơn so với dân số chung do khả năng thể khám⁽⁶⁾. Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có đột biến gen JAG1, thường gặp nhất là đột biến vô nghĩa, xảy ra

trên nhiều exon khác nhau làm ảnh hưởng nhiều vùng protein khác nhau. Đặc điểm tính đa hình nucleotide đơn gen JAG1 rất đa dạng. Đa đa số đột biến gen là mới xảy ra, chỉ số ít là di truyền từ bố hoặc mẹ. Phần lớn thân nhân bệnh nhân không đồng ý tham gia tầm soát di truyền sau khi đã được thông tin đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 trẻ mắc hội chứng Alagille tại bệnh viện Nhi đồng 1, từ tháng 02/2015 đến tháng 12/2018, chúng tôi rút ra các kết luận như sau:

- Tỷ lệ phát hiện đột biến gen JAG1 là 75%. Tỷ lệ kiểu đột biến vô nghĩa là 33%, sai nghĩa là 29%, lệch khung là 21%, cắt nối là 13%, mất đoạn nhỏ là 4%. Đột biến phân bố trên hầu hết các exon. Tỷ lệ tầm soát đột biến JAG1 thân nhân bệnh nhân có đột biến là 23,5%.
- Không có trường hợp nào được phát hiện có đột biến gen NOTCH2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alagille D, Odievre M, Gautier M, et al (1975), "Hepatic ductular hypoplasia associated with characteristic facies, vertebral malformations, retarded physical, mental, and sexual development, and cardiac murmur", The Journal of pediatrics, 86 (1), 63-71
2. Cho JM, Oh SH, Kim HJ, et al (2015), "Clinical features, outcomes, and genetic analysis in Korean children with Alagille syndrome", Pediatrics international, 57 (4), 552-7.
3. Crosnier C, Driancourt C, Raynaud N, et al (1999), "Mutations in JAGGED1 gene are predominantly sporadic in Alagille syndrome", Gastroenterology, 115 (5), 1141-8.
4. Jurkiewicz D, Gliwicz D, Ciara E, et al (2014), "Spectrum of JAG1 gene mutations in Polish patients with Alagille syndrome", Journal of applied genetics, 55 (3), 329-336.
5. Krantz ID, Colliton RP, Genin A, et al (1998), "Spectrum and frequency of Jagged1 (JAG1) mutations in Alagille syndrome patients and their families", American journal of human genetics, 62 (6), 1361-9.
6. Laufer-Cahana A, Krantz ID, Bason LD, et al (2002), "Alagille syndrome inherited from a phenotypically normal mother with a mosaic 20p microdeletion", American journal of medical genetics 112 (2), 190-3.
7. Li L, Dong J, Wang X, et al (2015), "JAG1 Mutation Spectrum and Origin in Chinese Children with Clinical Features of Alagille Syndrome", PLoS ONE 10 (6), e0130355.
8. Lin HC, Le Hoang P, Hutchinson A, et al (2012), "Alagille syndrome in a Vietnamese cohort: mutation analysis and assessment of facial features", American journal of human genetics, 158A (5), 1005-13.

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN CỦA PHÁC ĐỒ HOÁ TRỊ 4AC – 4 P LIỀU DÀY TRONG ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ VÚ

Phạm Tuấn Anh*, Trần Văn Thuận*,
Lê Thanh Đức*, Nguyễn Tiến Quang*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Hoá trị bổ trợ đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm, vì đây là giai đoạn bệnh có thể chữa khỏi. Phác đồ liều dày (chu kỳ 2 tuần) được chứng minh hiệu quả, an toàn và được áp dụng rộng rãi ở nhiều trung tâm trên thế giới. Tuy nhiên chưa có tác giả nào quan tâm nghiên cứu đánh giá độc tính của phác đồ hoá trị liều dày trên quần thể bệnh nhân Việt Nam. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu. 140 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú, điều trị hóa chất liều dày tại bệnh viện K trong khoảng thời gian từ tháng 10/2016 đến tháng 8/2019. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 3-4 là 8.6%. Tỷ lệ hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ 3-4 là 18.6%. Tỷ lệ sốt hạ bạch cầu độ 5.6%. Số chu kỳ hạ tiểu cầu ít gặp, chỉ chiếm 9.9%. Hạ huyết sắc tố gặp trong 33.9% số các chu kỳ nhưng chỉ hạ huyết sắc tố độ 1,2. Nôn và buồn nôn hay gặp hơn các chu kỳ điều trị bằng doxorubicin và cyclophosphamide. Độc tính thần kinh ngoại vi, đau cơ chủ yếu gặp ở các chu kỳ điều trị paclitaxel. **Kết luận:** Phác đồ liều dày trong điều trị bổ trợ ung thư vú an toàn và có thể áp dụng rộng rãi.

Từ khoá: Phác đồ liều dày, điều trị bổ trợ ung thư vú

SUMMARY

SAFETY OF 4 AC – 4 P DOSE DENSE REGIMEN IN ADJUVANT CHEMOTHERAPY OF BREAST CANCER

Background: Adjuvant chemotherapy plays very important role in treatment of early stage breast cancer, because it is curable. Dose dense regimen (every 2 weeks) has been proven to be safe and effective and applied in many cancer center in the world. However in Viet Nam there is no study on safety of dose dense chemotherapy regimen. **Study method:** Descriptive & prospective study. We enroll 140 patients with breast cancer treated with dose dense chemotherapy in National Cancer Hospital as known as K Hospital from October 2016 to August 2019. **Study results:** The rate of grade 3-4 leukopenia and neutropenia are 8.6% and 18.6% respectively. Febrile neutropenia is 5.6%. Thrombocytopenia is rare and reported as 9.9%. Anemia accounts for 33.9% of whole chemo cycles but is grade 1-2 only. The most common side effect during 4 AC is nausea and vomiting, while they are peripheral neuropathy and myalgia & arthralgia during 4 T. **Conclusion:** 4 AC – 4 T dose dense

regimen in adjuvant chemotherapy of breast cancer is safe and should be applied widely.

Keywords: dose dense regimen, adjuvant chemotherapy, breast cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh thường gặp nhất ở phụ nữ trên thế giới cũng như tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng trong những năm trở lại đây tuy nhiên thời gian sống, chất lượng sống của bệnh nhân ngày được cải thiện nhờ có các phương pháp sàng lọc phát hiện sớm, nhiều phương pháp điều trị mới có hiệu quả được áp dụng [1], [2].

Hoá trị bổ trợ đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm, vì đây là giai đoạn bệnh có thể chữa khỏi. Mục đích của hoá trị bổ trợ là nhằm trừ diệt các vi di căn còn lại sau phẫu thuật. Các tiến bộ mới nhất về hoá trị các khối u đặc, bên cạnh việc phát minh tìm ra các thuốc mới, là thành công của các nghiên cứu theo hướng tăng tần suất giữa các chu kỳ của các phác đồ hiện hành. Phác đồ liều dày được chứng minh hiệu quả, an toàn và được áp dụng rộng rãi ở nhiều trung tâm trên thế giới [3]. Theo hướng dẫn của mạng lưới ung thư quốc gia Hoa Kỳ NCCN phiên bản mới nhất, phác đồ AC – T dose dense được xếp vào phác đồ ưu tiên với mức bằng chứng mạnh và tin cậy, được chứng minh bằng các phân tích tổng hợp và thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng chất lượng cao, cho kết quả nhất quán.

Tại Việt Nam chưa có tác giả nào quan tâm nghiên cứu đánh giá hiệu quả cũng như độc tính của phác đồ hoá trị liều dày trên quần thể bệnh nhân Việt Nam. Do vậy công trình nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu tìm hiểu đặc điểm bệnh nhân và đánh giá tính an toàn của phác đồ hoá trị 4 AC – 4 P liều dày trong điều trị bổ trợ ung thư vú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 140 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú, điều trị hóa chất liều dày tại bệnh viện K trong khoảng thời gian từ tháng 10/2016 đến tháng 8/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nữ ở độ tuổi 18-60.
- Mới chẩn đoán ung thư vú, mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến vú xâm nhập.

*Bệnh viện K Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2019

Ngày duyệt bài: 5.9.2019

- Đã được phẫu thuật (cắt tuyến vú triệt căn biến đổi hoặc phẫu thuật bảo tồn)
- Có chỉ định hóa trị bổ trợ.
- Bệnh nhân chưa từng được hóa trị trước đó.
- Chỉ số toàn trạng, các chỉ số xét nghiệm trong giới hạn bình thường.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân vi phạm một trong những tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên.

2. Phương pháp nghiên cứu:

*Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện K từ tháng 10/2016 đến tháng 8/2019.

*Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng không đối chứng

*Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện

*Quy trình nghiên cứu, các biến số và chỉ số trong nghiên cứu: Bệnh nhân sau phẫu thuật ổn định, đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được tiến hành:

- Khám lâm sàng: thu thập các thông tin hành chính liên quan, đặc điểm bệnh.
- Xét nghiệm đánh giá chức năng hệ tạo huyết, gan, thận, tim mạch trước điều trị.

- Điều trị:

- 4 đợt hóa chất AC: Chu kỳ 14 ngày
Doxorubicin 60mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1
Cyclophosphamide 600mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1

- 4 đợt Paclitaxel (T): Paclitaxel 175mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1 chu kỳ 14 ngày.

- Thuốc dự phòng hạ bạch cầu GCSF sẽ được sử dụng vào ngày thứ hai, 24 giờ sau hóa trị mỗi chu kỳ.

- Khám lâm sàng và đánh giá độc tính của hóa chất trước mỗi đợt điều trị.

- Đánh giá tổng thể bao gồm khám lâm sàng, siêu âm ổ bụng, chụp Xquang phổi, chỉ điểm u CA 15.3 sau 4, 8 đợt hóa chất. Làm các xét nghiệm khác khi có chỉ định.

- Xạ trị và điều trị nội tiết khi có chỉ định.

***Phân tích và xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0 để phân tích số liệu.

3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:

Đảm bảo đầy đủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh.

- Lợi ích của nghiên cứu: Phác đồ liều dày đã được thử nghiệm và ứng dụng lâm sàng rộng rãi ở nhiều trung tâm lớn trên thế giới. Kết quả cho thấy dung nạp tốt.

- Tính tự nguyện: Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Bệnh nhân đồng ý tham gia sẽ có cam kết trước khi thực hiện nghiên cứu.

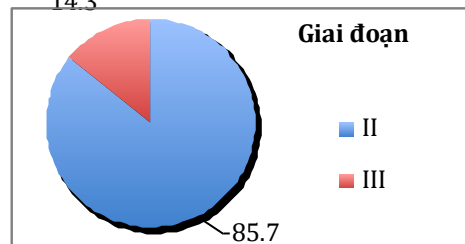
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân:

Bảng 1: Tuổi

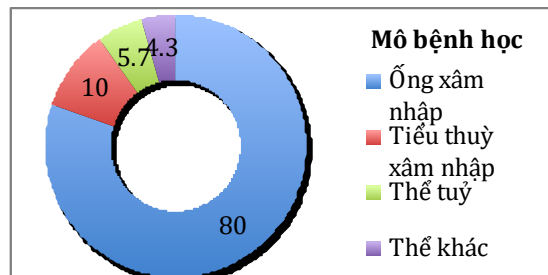
Tuổi	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
<41	20	14,3
41-50	52	37,1
51-60	60	42,9
Tổng	140	100

Nhận xét: Tuổi thấp nhất: 27, tuổi cao nhất: 60, tuổi trung bình 49,1.



Hình 1 : Giai đoạn bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn II là 85,7% (120 bệnh nhân) và giai đoạn III là 14,3% (20 bệnh nhân).



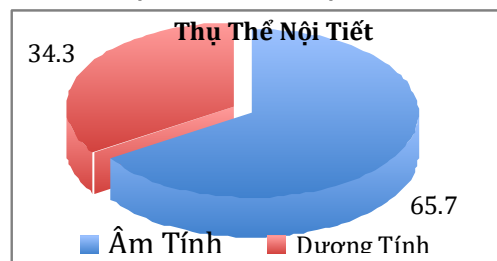
Hình 2: Loại mô bệnh học

Nhận xét: Thể mô học ồng xâm nhập chiếm 80% (112 bệnh nhân) và thể tiểu thùy xâm nhập là 14 bệnh nhân (10%). Thể tủy chiếm 5,7% và các thể khác là 4,3%.

Bảng 2: Độ mô học

Độ mô học	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
I	2	1,4
II	110	78,6
III	28	20
Tổng	140	100

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân độ mô học 2 chiếm 78,6% (110 bệnh nhân).



Hình 3: Tình trạng thụ thể nội tiết

Nhận xét: Tỷ lệ thụ thể nội tiết âm tính

chiếm 65.7% và dương tính là 34.3%

Bảng 3: Phân nhóm sinh học phân tử

Thể	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Luminal A	2	1.4
Luminal B	39	27.9

Her 2	63	45
Basal – Like	36	25.7
Tổng	140	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhóm Her 2 dương tính cao, chiếm 45%

2. Đánh giá tính an toàn của phác đồ

Bảng 4: Độc tính trên hệ tạo huyết/tổng số bệnh nhân

Độ	Hạ BC n (%)	Hạ BCĐNTT n (%)	Hạ BC có sốt n (%)	Hạ tiểu cầu n (%)	Hạ Hb n (%)
0	28 (20)	56(40)	132(94,3)	130(92,9)	76(54,2)
1	84(60)	22(15,7)	0 (0)	6(4,3)	40(28,6)
2	16 (11,4)	36(25,7)	0 (0)	4(2,8)	24(17,2)
3	8(5,7)	18(12,9)	5(3,6)	0(0)	0(0)
4	4(2,9)	8(5,7)	3(2)	0(0)	0(0)
Tổng số	140	140	140	140	140

(BC: Bạch cầu, BCĐNTT: Bạch cầu đa nhân trung tính, Hb: Hemoglobin)

Nhận xét: Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 3-4 là 8.6%. Tỷ lệ hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ 3-4 là 18.6%. Tỷ lệ sốt hạ bạch cầu độ 5.6%.

Bảng 5: Độc tính trên hệ tạo huyết/tổng số chu kỳ điều trị

Độ	Hạ BC N (%)	Hạ BCĐNTT N (%)	Hạ BC có sốt N (%)	Hạ tiểu cầu N (%)	Hạ Hb N (%)
0	218 (19,5)	452(40,4)	1064(95)	1009(90.1)	740(66.1)
1	674(60,2)	250(22,3)	0 (0)	80(7.1)	242(21,6)
2	164 (14,6)	278 (24,8)	0 (0)	31(2,8)	138(12,3)
3	50(4,5)	118(10,5)	42(3,8)	0(0)	0(0)
4	14(1,2)	22(2)	14(1,2)	0(0)	0(0)
Tổng số chu kỳ	1120	1120	1120	1120	1120

Nhận xét: Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 3-4 là 5.7%. Tỷ lệ hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ 3-4 là 12.5%. Tỷ lệ sốt hạ bạch cầu có sốt 5%.

Bảng 6: Độc tính ngoài hệ tạo huyết/tổng số bệnh nhân

Độ	Nôn, buồn nôn n (%)	Viêm miệng n (%)	Tiêu chảy n (%)	Mệt mỏi n (%)	Đau cơ n (%)	RLTKngoại vi n (%)	Tăng men gan n (%)	Độc tính thân n (%)
0	14(10)	94(67,1)	96(68,6)	14(10)	14(10)	30(21,4)	88(62,9)	136(97,1)
1	72(51,4)	42(30)	32(22,9)	126 (90)	106(75,7)	98(70)	43(30,7)	2(1,4)
2	54(38,6)	4(2,9)	12(8,6)	0(0)	20(14,3)	12(8,6)	7(5)	2(1,4)
3	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(1,4)	0(0)
4	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
Tổng số	140	140	140	140	140	140	140	140

Nhận xét: - Nôn và buồn nôn hay gặp hơn các chu kỳ điều trị bằng doxorubicin.

- Tỷ lệ rối loạn thần kinh ngoại vi, đau cơ chủ yếu gặp ở các chu kỳ điều trị paclitaxel

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân

- Giai đoạn bệnh: giai đoạn bệnh sau mổ bao gồm 120 bệnh nhân giai đoạn II (85.7%) và giai đoạn III là 20 bệnh nhân (14.3%).

- Loại mô học: Thể mô học ống xâm nhập chiếm 80% (112 bệnh nhân) và thể tiểu thùy xâm nhập là 14 bệnh nhân (10%). Thể tuỷ chiếm 5.7% và các thể khác là 4.3%. Nhìn chung về tỷ lệ phân bố loại mô học không có sự khác biệt so với các nghiên cứu trong và ngoài nước trong quần thể bệnh nhân ung thư vú nói chung. Kết quả nghiên cứu của T.V. Tờ, phân bố loại mô học trên 2.207 bệnh nhân UTV thì tỷ lệ

UTBM thể ống xâm nhập chiếm 79%, thể tiểu thùy xâm nhập 2,9%; thể nhầy 2,3%; UTBM thành phần nội ống trội 6,9% và một số loại hiếm gặp khác [4].

- Độ mô học: Hầu hết bệnh nhân độ mô học 2 chiếm 78.6% (110 bệnh nhân). Theo T.V. Tờ, phân bố độ mô học trên 1.744 bệnh nhân UTV thể ống xâm nhập như sau: Độ 1 (12,5%), độ 2 (71,4%), độ 3 (16,4%) [4].

- Thụ thể nội tiết: Tỷ lệ thụ thể nội tiết âm tính chiếm 65.7% và dương tính là 34.3%. Theo T.V. Tờ nghiên cứu trên 2.207 trường hợp UTV, tỷ lệ bệnh nhân có TTNT dương tính (ER hoặc PR dương tính) là 63,3%; TTNT âm tính là

36,6%. Bệnh nhân UTV có TTNT âm tính liên quan đến tiên lượng xấu[4]

- Phân nhóm sinh học phân tử: chỉ có 2 bệnh nhân thuộc nhóm Luminal A do bệnh nhân phân nhóm này hầu như không có chỉ định hoá trị bổ trợ trừ trường hợp khối u kích thước lớn và có di căn hạch. Nhóm Her2 dương tính nhiều nhất với 63 bệnh nhân là phân nhóm liên quan đến tiên lượng xấu, có chỉ định hoá trị bổ trợ chắc chắn.

2. Độc tính của phác đồ

Độc tính hệ tạo huyết. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều hoàn thành 8 chu kỳ hoá chất, không bệnh nhân nào phải ngừng điều trị do độc tính không hồi phục hay phải giảm liều. Độc tính trên hệ tạo huyết là độc tính đáng quan tâm nhất khi bệnh nhân điều trị phác đồ liều dày, Các độc tính khác trong phác đồ gặp với tỷ lệ thấp và không có tác dụng phụ nghiêm trọng.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong tổng số 1120 chu kỳ hoá trị thực hiện trên 140 bệnh nhân, có tổng số 118 chu kỳ bệnh nhân có hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ 4, chiếm 10.5%. Số bệnh nhân hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ 4 là 8/140 bệnh nhân, chiếm 5.7%. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 3-4 là 8.6% trên 140 bệnh nhân và 5.7% trên tổng số chu kỳ điều trị. Trong tổng số 1120 chu kỳ hoá trị thực hiện, có tổng số 56 chu kỳ bệnh nhân có sốt hạ bạch cầu độ, chiếm 5%. Số bệnh nhân hạ bạch cầu có sốt là 8/140 bệnh nhân, chiếm 5.7%.

Theo nghiên cứu của Johnston và cộng sự trên 157 đối tượng ung thư vú giai đoạn II, III hoá trị bổ trợ liều dày dùng pegfilgrastim dự phòng liều cố định 6mg. Trên toàn bộ số chu kỳ hoá trị, tỷ lệ hạ bạch cầu độ 4 là 5%, tỷ lệ hạ bạch cầu có sốt là 3% [5], kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Theo Citron ML và cộng sự tỷ lệ hạ bạch cầu độ 4 là 6%, tỷ lệ hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ 4 là 9% tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [6].

Số chu kỳ hạ tiểu cầu ít gặp, chỉ chiếm 9.9%, trong đó không có trường hợp nào hạ độ 3,4. Hạ huyết sắc tố gặp trong 33.9% số các chu kỳ nhưng chỉ hạ huyết sắc tố độ 1,2. Tỷ lệ này của chúng tôi tương đương với kết quả của tác giả quốc tế khi nghiên cứu cùng phác đồ hóa chất 4AC-4T trên bệnh nhân UTV giai đoạn II, III [6], [7], [8].

Độc tính ngoài hệ tạo huyết. Độc tính ngoài hệ tạo huyết chủ yếu được ghi nhận như độc tính gan, thận, nôn, buồn nôn, rối loạn tiêu hóa, rối loạn thần kinh ngoại vi. Nôn, buồn nôn

viêm miệng thường gặp hơn khi điều trị phác đồ AC, độc tính tiêu chảy ít gặp và có thể xảy ra khi điều trị với AC hoặc paclitaxel. Phù ngoại vi, đau cơ, rối loạn thần kinh ngoại vi bắt đầu xuất hiện nhiều hơn ở các chu kỳ điều trị với paclitaxel. Cảm giác tê bì đầu ngón tay, chân thường gặp nhưng ở mức độ nhẹ, nặng hơn ở các chu kỳ sau, thường tạo cho bệnh nhân cảm giác không thoải mái tuy nhiên không hạn chế vận động. Nhận định này cũng phù hợp với kết luận của các tác giả quốc tế. Độc tính trên thận ít gặp chỉ có 4 bệnh nhân độ 1,2, thường hồi phục khi bệnh nhân được điều trị với bù dịch, lợi tiểu. Không có trường hợp nào tăng men gan độ 3,4. Tăng men gan độ 1,2 tương ứng có 43 và 9 bệnh nhân. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu liều dày trên thế giới [6], [7]

IV. KẾT LUẬN

Phác đồ 4 AC – 4 P liều dày trong điều trị bổ trợ bệnh nhân ung thư vú an toàn, các độc tính thường ở mức độ 1,2 và có thể kiểm soát được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ferlay J et al (2010).** Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*; 127: 2893-2917
2. **Bùi Diệu và CS (2008).** Tình hình mắc ung thư ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2005-2008. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*; số 3-2011: 39-46
3. **Venturini M, Del Mastro L, Aitini E, et al (2005).** Dose-dense adjuvant chemotherapy in early breast cancer patients: results from a randomized trial. *J Natl Cancer Inst*; 97:1724-33.
4. **Tạ Văn Tờ.** Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú. *Luận án Tiến sĩ Y học*, 2004.
5. **Johnston E, Crawford J, Blackwell S, et al:** Randomized, dose-escalation study of SD/01 compared with daily filgrastim in patients receiving chemotherapy. *J Clin Oncol* 18:2522-2528, 2000.
6. **Roskos LK, Lum P, Lockbaum P, et al:** Pharmacokinetic/pharmacodynamic modeling of pegfilgrastim in healthy subjects. *J Clin Pharmacol* 46:747-757, 2006.
7. **Citron ML, Berry DA, Cirincione C, et al (2003).** Randomized trial of dose-dense versus conventionally scheduled and sequential versus concurrent combination chemotherapy as postoperative adjuvant treatment of node-positive primary breast cancer: first report of intergroup trial C9741 / Cancer and Leukemia Group B Trial 9741. *J Clin Oncol*; 21:1431-9.
8. **Hudis C, Citron M, Berry D, et al (2005).** Five-year follow-up of INT C9741: dose dense (DD) chemotherapy (CRx) is safe and effective. *Breast Cancer Res Treat*; 94(20 suppl):Abstract-41.
9. **Kummel S, Krockner J, Kohls A, et al (2006).** Randomized trial: survival benefit and safety of adjuvant dose-dense chemotherapy for node-positive breast cancer. *Br J Cancer*; 94:1237-44.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SỚM SAU ĐẶT STENT ĐƯỜNG MẬT QUA DA ĐIỀU TRỊ TẮC MẬT DO U

Uông Thị Bích Liên¹, Phạm Hồng Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả sớm sau đặt Stent đường mật qua da tại bệnh viện Saint Paul. **Đối tượng và phương pháp:** gồm 23 bệnh nhân được chẩn đoán tắc mật do u có chỉ định đặt Stent đường mật qua da tại bệnh viện Saint Paul từ T10/2016 đến T9/2019, nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp với hồi cứu. **Kết quả:** 23 bệnh nhân có độ tuổi trung bình 74,35 +/- 10,92, nhóm tuổi ≥ 80 chiếm 43%. Triệu chứng hay gặp: vàng da (100%), đau bụng (73,9%). Lượng Bilirubin TP trung bình tăng cao gấp ~ 12 lần so giá trị bình thường. Sau đặt Stent, tất cả các triệu chứng lâm sàng đều thuyên giảm, triệu chứng ngứa, phân bạc màu, rối loạn tiêu hóa khỏi hoàn toàn. 73,9% trường hợp có Bilirubin huyết thanh giảm từ 10 -15% trong 2- 5 ngày sau đặt Stent. Trong 03 ca có biến chứng (viêm tụy cấp: 01, viêm đường mật; 02) thì có 01 viêm đường mật tiến triển thành shock nhiễm trùng. Thời gian trung bình nằm viện sau đặt Stent là 4,61 +/- 1,97 ngày. **Kết luận:** Đặt Stent đường mật qua da mang lại hiệu quả sớm trong giải quyết tình trạng tắc mật với thời gian trung bình nằm viện ngắn.

Từ khóa: Tắc mật ác tính, stent đường mật qua da.

SUMMARY

EVALUATE THE EARLY EFFECT OF PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC BILIARY STENTING FOR MALIGNANT BILIARY OBSTRUCTION

Objectives: To give some clinical and paraclinical characteristics of malignant biliary obstruction and to evaluate the early effect of percutaneous transhepatic biliary stenting at Saint Paul hospital. **Patients and Methods:** 23 patients with malignant biliary obstruction who underwent percutaneous transhepatic metal stent insertion at Saint Paul hospital, from October 2016 to September 2019. The method is retrospectively, cross-sectional descriptive study. **Results:** Mean age of patient was 74,35 +/- 10,92, the age group > 80 accounts for a high percentage (43%). Common symptoms: jaundice (100%), abdominal pain (73,9%). The serum total bilirubin was 12 times higher than normal. After stenting, all clinical symptoms were improved. 73.9% of cases show a decrease from 10 - 15% of serum total bilirubin after 2- 5 days. There are 03 cases with complications (Acute pancreatitis: 01, Cholangitis: 02), 01 case with cholangitis gets worse in clinical and develops septic shock. The average

hospitalization time after stenting is 4,61 +/- 1,97 days.

Conclusions: Percutaneous metal biliary Stenting has an early effect in resolving biliary obstruction with a short average hospitalization. Correct indication and take precautions to prevent complications after percutaneous transhepatic biliary stenting.

Keywords: Malignant biliary obstruction, percutaneous transhepatic biliary stenting.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc mật do u bao gồm các nguyên nhân gây tắc mật ác tính như ung thư đường mật, ung thư túi mật, ung thư biểu mô tuyến tụy, u bóng vater, di căn hạch vùng rốn gan gây chèn ép đường mật [1]. Phẫu thuật triệt căn là phương pháp điều trị triệt để. Song, với những bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật thì tái lập lưu thông đường mật là mục tiêu hàng đầu nhằm giảm nhẹ các triệu chứng của tắc nghẽn đường mật và phòng ngừa các biến chứng liên quan đến tiến triển của bệnh. Dẫn lưu đường mật qua da, đặt Stent đường mật qua nội soi hoặc qua da là ba phương pháp được áp dụng để giải quyết tình trạng tắc mật, mỗi phương pháp có ưu và nhược điểm riêng [2]. Rối loạn điện giải do mất mật, rò rỉ mật, nhiễm trùng và đau tại nơi đặt ống sonde là những nhược điểm của dẫn lưu đường mật qua da. Đặt Stent đường mật qua nội soi có ưu thế đối với các trường hợp tắc mật thấp, tuy nhiên với tắc mật cao, hai bên, nhiều vị trí hoặc tiền sử phẫu thuật đường tiêu hóa trên sẽ là khó khăn cho phương pháp này. Stent đường mật qua da là phương pháp được áp dụng nhằm khắc phục nhược điểm của hai phương pháp trên. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá hiệu quả sớm sau đặt stent đường mật qua da trong điều trị triệu chứng tắc mật do u.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 23 bệnh nhân được chẩn đoán tắc mật do u có chỉ định đặt Stent đường mật qua da tại bệnh viện Saint Paul từ T10/2016 đến T9/2019.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kỹ thuật: Bệnh nhân được nằm trên bàn chụp DSA (Shimadzu), đặt đường truyền tĩnh mạch và tiền mê. Định vị vùng chọc bằng siêu âm (máy Aloka F37 của Hitachi với đầu dò 3.5 Hz), thường tìm đường mật gần gần gần dò và gần rốn gan. Sát khuẩn, trải khăn vô

¹Trường Đại học y Hà Nội.

²Bệnh viện đa khoa Saint Paul.

Chịu trách nhiệm chính: Uông Thị Bích Liên

Email: hoangen2016@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

khuẩn. Dưới hướng dẫn của siêu âm, chọc kim Angiocath vào đường mật (từ 16- 22 Gauge), khi kim vào đường mật sẽ thấy dịch mật chảy ra, rút lòng kim và luồn dây dẫn vào đường mật và đẩy sâu ống kim vào đường mật. Rút dây dẫn, chụp đường mật bằng thuốc cản quang (Xenetic) tại bàn, để đánh giá tình trạng tắc nghẽn đường mật. Dùng bộ nong Alwino và sonde Vertebral 6F-16F nong. Luồn dây dẫn guidewire Terumo theo ống thông (catheter) qua đoạn hẹp tới tận tá tràng D3. Rút ống thông, luồn và đặt stent đoạn hẹp, chọn loại stent sao cho đủ dài và đủ lớn để làm thông hoàn toàn đoạn hẹp. Chụp kiểm tra lại đường mật sau thủ thuật. Theo dõi bệnh nhân trong 24h sau can thiệp. Cho uống kháng sinh dự phòng trước hoặc sau thủ thuật.

Đánh giá kết quả: Cải thiện triệu chứng lâm sàng và chỉ số Bilirubin (TP, TT), chỉ số SGOT, SGPT sau 2 – 5 ngày can thiệp đặt Stent. Các biến chứng sớm liên quan đến thủ thuật.

Xử lý số liệu: xử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung bình: 74,35 +/- 10,92, hay gặp nhất: ≥ 80 tuổi (43%). Tỷ lệ nam / nữ là 1,1. Nguyên nhân hay gặp nhất là ung thư đường mật 16/23 (69,6%) (Bảng 1).

Bảng 1: Các nguyên nhân gây tắc mật

Nguyên nhân tắc mật	n	Tỷ lệ %
Ung thư đường mật	16	69,6%
Ung thư túi mật	1	4,3 %
Ung thư biểu mô đầu tụy	5	21,7 %
Ung thư vùng bóng Vater	1	4,3 %
Tổng	23	100 %

Sau can thiệp, thời gian trung bình nằm viện sau đặt Stent: 4,61 +/- 1,97 ngày. Tất cả các triệu chứng lâm sàng đều thuyên giảm với tỷ lệ cao. Triệu chứng ngứa, phân bạc màu và RLTH, chán ăn khỏi hoàn toàn trong tất cả các trường hợp (Bảng 2). 17/23 (73,9 %) có Bilirubin toàn phần giảm >10 -15%. Có sự khác biệt về trung bình giữa lượng Bilirubin (TP, TT), SGOT, SGPT trước và sau đặt Stent (Bảng 3). Các biến chứng bao gồm viêm tụy cấp (4,3%), nhiễm trùng đường mật (8,7%). Trong số 03 ca có biến chứng thì có 01 ca nhiễm trùng đường mật tiến triển thành shock nhiễm trùng.

Bảng 2: Thay đổi các đặc điểm lâm sàng tắc mật trước và sau đặt stent

Triệu chứng lâm sàng	Trước can thiệp(n,%)	Sau can thiệp(n,%)
Vàng da, vàng mắt	23 (100%)	18 (78,3%)
Đau bụng	17 (73,9 %)	15 (88,2%)
Sốt	05 (21,7 %)	04 (80,0%)

Ngứa	02 (08,7%)	02 (100%)
Nước tiểu sẫm màu	06 (26,1%)	05 (83,3%)
Phân bạc màu	04 (17,4%)	04 (100%)
RLTH, chán ăn	03 (13,0%)	03 (100%)
Gầy sút cân	03 (13,0%)	

Bảng 3: Thay đổi các chỉ số xét nghiệm trước và sau đặt Stent

Xét nghiệm	Trước can thiệp	Sau can thiệp	p
Bilirubin TP (umol/l)	256,7 +/- 131,1	175,7 +/- 126,5	< 0.05 (Wilcoxon test)
Bilirubin TT (umol/l)	143,4 +/- 68,8	90 +/- 55	
SGOT (UI/L)	167,6 +/- 118,1	100,6 +/- 55,6	
SGPT (UI/L)	161,9 +/- 160,3	88 +/- 66,3	

IV. BÀN LUẬN

Tình trạng tắc mật kéo dài gây ra hậu quả nghiêm trọng như xơ hóa khoảng cửa gây xơ gan mật, cuối cùng dẫn đến suy gan, suy dinh dưỡng, suy thận, rối loạn đông máu, viêm đường mật và tử vong. Stent đường mật qua da là một trong các giải pháp giúp tái lập lưu thông đường mật nhằm hạn chế những tác hại do tắc mật gây ra. Trong nghiên cứu về đánh giá hiệu quả sớm sau đặt stent đường mật qua da, chúng tôi có 23 bệnh nhân với độ tuổi trung bình 74,35 +/- 10,92, nhóm tuổi hay gặp nhất là ≥ 80 tuổi chiếm 43%, tỷ lệ nam/ nữ = 1,1, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Pranculis và cộng sự [3]. Ung thư đường mật chiếm tỷ lệ cao nhất (69,6%), đứng thứ hai là ung thư biểu mô đầu tụy (21,7%), các nguyên nhân ít gặp hơn bao gồm ung thư túi mật xâm lấn, u vùng bóng Vater (4,3%), kết quả này cũng hoàn toàn phù hợp với y văn và nghiên cứu của một số tác giả [4],[5],[6].

Tắc mật do ung thư, bệnh nhân thường đến viện ở giai đoạn muộn, do đó các triệu chứng của tắc mật biểu hiện rõ ràng và hay gặp nhất là: vàng da vàng mắt gặp trong 100% các trường hợp, đau bụng gặp trong 73,9% trường hợp, các triệu chứng ít gặp hơn là nước tiểu sẫm màu, sốt, ngứa, phân bạc màu, rối loạn tiêu hóa, chán ăn và gầy sút cân. Các đặc điểm lâm sàng của tắc mật trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác[5]. Chỉ số Bilirubin huyết thanh tăng cao gặp trong tất cả số bệnh nhân, với mức bilirubin (TP, TT) trung bình tăng cao lần lượt là 12,2 lần và 42,2 lần so với giá trị bình thường. Như vậy, tình trạng tắc mật biểu hiện rất rõ rệt về lâm sàng và xét nghiệm. Chỉ số men gan (SGOT, SGPT) trung

bình cũng tăng cao gấp 4 lần so với giá trị bình thường; Tỷ lệ prothrombin máu trung bình trước đặt Stent trong giới hạn bình thường, chứng tỏ có tình trạng suy giảm chức năng gan, song chức năng đông máu vẫn còn được bảo toàn.

Tất cả bệnh nhân đều được đặt Stent đường mật qua da, theo dõi trong suốt quá trình nằm viện, được đánh giá tình trạng tắc mật thông qua các triệu chứng lâm sàng trước khi ra viện, chỉ số bilirubin trong 2 – 5 ngày sau đặt Stent và tình trạng cải thiện chức năng gan thông qua chỉ số men gan SGOT, SGPT trước khi ra viện. Kết quả cho thấy: 100% các trường hợp ngứa, phân bạc màu, RLTH chán ăn đã hết hoàn toàn triệu chứng; Các triệu chứng khác như vàng da vàng mắt, đau bụng, nước tiểu sẫm màu, sốt đều được cải thiện với tỷ lệ cao từ 78,3% - 88,2%. 05 bệnh nhân (21,7%) có triệu chứng lâm sàng không thuyên giảm đều có hàm lượng bilirubin huyết thanh thay đổi không đáng kể, tỷ lệ này tăng cao hơn so với nghiên cứu của Ghanaati H và cộng sự [6], nguyên nhân do 02 bệnh nhân liên quan đến biến chứng sớm sau đặt Stent, 03 bệnh nhân có hàm lượng bilirubin trước khi đặt Stent tăng cao hoặc gia đình xin xuất viện sớm (từ ngày thứ 2 – 4 sau đặt Stent) và không theo dõi được do mất liên lạc. Kết quả trên cũng gần tương đồng với tỷ lệ bilirubin toàn phần giảm $\geq 10\%$ - 15% trong 2 – 5 ngày sau đặt Stent là 17/23 ca (73,9%). Các giá trị trung bình của bilirubin (TP, TT), men gan (SGOT, SGPT) đều có sự khác biệt trước và sau điều trị với độ tin cậy 99% ($p < 0,05$). Như vậy, tình trạng tắc mật sau đặt Stent đường mật qua da được cải thiện rõ rệt.

Tỷ lệ biến chứng sớm của nghiên cứu sau đặt Stent đường mật qua da là 13%, tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Pranculis A cùng cộng sự [3] (14%), thấp hơn so với kết quả của Nguyễn Tiến Thịnh [5] và Dambrauska [7]. Biến chứng gồm 01 ca viêm tụy cấp (4,3%), 02 ca nhiễm trùng đường mật (8,7%). Trong đó, 01 ca nhiễm trùng đường mật tiến triển thành shock nhiễm trùng.

Trường hợp 1: Bệnh nhân nam, 75 tuổi, tiền sử điều trị đau thắt ngực đã 2 năm, vào viện với hội chứng tắc mật rõ: vàng da, đau bụng, sốt, bilirubin TP = 536,9 $\mu\text{mol/l}$, CEA, CA199 tăng cao, MRI ổ bụng có hình ảnh u đường mật gây giãn đường mật trong gan. CTScanner ngực có tổn thương đồng đặc kèm dày màng phổi do viêm. Bệnh nhân được đặt Stent đường mật qua da.

Sau đặt Stent ngày thứ 1, xuất hiện sốt (t° dao động $37^\circ 6 - 38^\circ 5$), số lượng bạch cầu và CRP tăng, Amylase = 1036U/l, Bilirubin TP = 283 $\mu\text{mol/l}$ (giảm 52% so với trước đặt Stent),

CTScanner có hình ảnh viêm tụy cấp (Balthazar D). Bệnh nhân được tiến hành đặt sonde dạ dày và điều trị viêm tụy cấp theo đúng phác đồ. Song do bệnh nhân thể trạng suy kiệt, kèm viêm phổi phổi hợp, gia đình có nguyện vọng xin về vào ngày thứ tư sau đặt Stent.



Hình 1: a: trước đặt Stent b: Sau đặt Stent

Trường hợp 2: Bệnh nhân nữ 71 tuổi, chẩn đoán tắc mật do u đầu tụy, tiền sử mổ cắt dạ dày do ung thư cách 3 năm, được chỉ định đặt Stent đường mật qua da. Sau đặt Stent ngày thứ xuất hiện sốt $37^\circ 8$ thành cơn, mạch 100/p, HA dao động 150/ 80 – 180/110 mmHg, CRP tăng cao, Bilirubin TP = 231,6 $\mu\text{mol/l}$ (tăng nhẹ so với trước đặt Stent 215,2 $\mu\text{mol/l}$). Bệnh nhân được điều trị nhiễm trùng đường mật tích cực song thể trạng suy kiệt, tình trạng tắc mật không thuyên giảm sau đặt Stent, tiên lượng nặng, gia đình có nguyện vọng xin về.

Trường hợp 3: Bệnh nhân nam 88 tuổi, vào viện với chẩn đoán tắc mật do u ngã ba đường mật gây giãn đường mật trong và ngoài gan, tổn thương thứ phát tại gan, hạch rốn gan, có chỉ định đặt Stent đường mật qua da.



Hình 2: a: trước đặt Stent b: sau đặt Stent

Sau đặt Stent 24 – 48h, Bilirubin TP = 57,5 $\mu\text{mol/l}$ (giảm 8,3% so với trước đặt Stent), bệnh nhân xuất hiện sốt $37^\circ 5$, số lượng bạch cầu và CRP tăng, thở nhanh nông, mạch khó bắt, HA = 50/30 mmHg, nổi vân tím, sau đó xuất hiện vô tâm thu, được tiến hành cấp cứu ngừng tuần hoàn và mạch đã có trở lại, tuy nhiên, tiên lượng nặng nên gia đình xin ra viện.

V. KẾT LUẬN

Đặt Stent đường mật qua da là phương pháp giúp tái lập lưu thông đường mật đem lại hiệu

quả cao trong cải thiện triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm và giảm tổn thương tế bào gan do tắc mật gây nên. Tắc mật do u thường ở giai đoạn muộn, xảy ra ở người cao tuổi có nhiều bệnh phối hợp kèm theo, do đó khi xuất hiện các biến chứng sau đặt Stent như viêm tụy cấp, viêm đường mật thường nặng nề. Do đó, cần lựa chọn bệnh nhân đúng chỉ định và thực hiện đúng các biện pháp phòng ngừa nhằm ngăn ngừa các biến chứng khi đặt Stent đường mật qua da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu F., Zhang C.Q., Wang G.C., et al. (2009). Percutaneous Biliary Stent Placement in Palliation of Malignant Bile Duct Obstruction. *Gastroenterol Res*, **2**(5), 289–294.
2. Chandrashekhara S., Gamanagatti S., Singh A., et al. (2016). Current Status of Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage in Palliation of Malignant Obstructive Jaundice: A Review. *Indian J Palliat Care*, **22**(4), 378–387.
3. Pranculis A., Kievišas M., Kievišienė L., et al. (2017). Percutaneous Transhepatic Biliary Stenting with Uncovered Self-Expandable Metallic Stents in Patients with Malignant Biliary Obstruction – Efficacy and Survival Analysis. *Pol J Radiol*, **82**, 431–440.
4. Dumonceau J.-M., Tringali A., Papanikolaou I.S., et al. (2018). Endoscopic biliary stenting: indications, choice of stents, and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline - Updated October 2017. *Endoscopy*, **50**(9), 910–930.
5. Nguyễn Tiến T. Kết quả bước đầu đặt stent đường mật qua da trong điều trị hẹp tắc đường mật do ung thư. *Tạp Chí Học Việt Nam*, 260–264.
6. Ghanaati H., Firouznia K., Vaziri Bozorg S.M., et al. (2010). Nintinol Self-Expandable Metallic Stenting in Management of Malignant Obstructive Jaundice: A Case Series. *Hepat Mon*, **10**(1), 57–61.
7. Dambrauskas Z., Paskauskas S., Lizdenis P., et al. (2008). Percutaneous transhepatic biliary stenting: the first experience and results of the Hospital of Kaunas University of Medicine. *Med Kaunas Lith*, **44**(12), 969–976.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG GIẢM BÉO, HẠ MỠ MÁU CỦA VIÊN NANG KARDI Q10 TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

Nguyễn Văn Chuyên*, Nguyễn Văn Ba*, Chủ Văn Mến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm béo, hạ mỡ máu của viên nang Kardi Q10 trên mô hình động vật thực nghiệm. **Đối tượng và phương pháp:** chuột nhắt trắng chủng Swiss, cả hai giống, khỏe mạnh, trọng lượng 18 - 22g, phương pháp đánh giá sử dụng mô hình chuột nhắt trắng được nuôi béo phì. **Kết quả:** Khi cho chuột được nuôi đến béo phì uống chế phẩm ở mức liều 500mg/kg thể trọng liên tục trong 2 tuần thì trọng lượng cơ thể chuột và các chỉ số sinh hóa máu như cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-cholesterol đều giảm, riêng chỉ số HDL-cholesterol máu tăng. **Kết luận:** Chế phẩm có tác dụng giảm béo, hạ mỡ máu trên mô hình chuột thực nghiệm.

Từ khóa: Kardi Q10, giảm béo, hạ mỡ máu.

SUMMARY

HYPOLIPIDEMIC EFFECTS OF KARDI Q10 CAPSULE IN EXPERIMENT

Objectives: To evaluate the lose weight and low cholesterol of Kardi Q10 capsule on experimental animal model. **Material and method:** Adult Swiss mice (18- 22 gram) were used in this experiment, the mice were fed to obesity was used for this method. **Results:** Obesity

Swiss mice were orally continuously administrated in 2 weeks at 500 mg/kg of Kardi Q10, the body weight of mice and hematological indices such as triglycerides, LDL- cholesterol were reduced, meanwhile HDL- Cholesterol was increased. **Conclusion:** Kardi Q10 showed good lose weight and treatment of dyslipidemia on experimental animal model.

Key words: Kardi Q10, anti- obesity, hypolipidemic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất hiện tại Nhật Bản từ năm 2005, tỏi đen được biết đến với tác dụng phòng và chữa nhiều loại bệnh, trong đó nổi bật là đặc tính chống oxy hóa, lão hóa. Các hoạt chất trong tỏi đen có tác dụng chống đông máu, ngăn không cho các tiểu cầu đóng thành cục, giảm chứng cao huyết áp, thiếu máu não và tim mạch. Lá sen (Folium Nelumbinis) có tác dụng an thần, chống co thắt cơ trơn, ức chế loạn nhịp tim. Gần đây, các nghiên cứu khoa học đã chứng minh lá sen có tác dụng chống béo phì, hạ lipid máu [5,6], đồng thời làm tăng khả năng giải phóng glycerol từ các tế bào mô mỡ. Coenzyme Q 10 là chất hòa tan trong lipid (chất béo) và được tìm thấy trong hầu như tất cả các màng tế bào, cũng như lipoprotein. Các nghiên cứu ở chuột thiếu apolipoprotein, mô hình động vật của xơ vữa động mạch, thấy rằng coenzyme Q10 bổ sung ức chế đáng kể sự hình thành các tổn thương xơ

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Chủ Văn Mến

Email: chuvanmen@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

vừa động mạch. Từ 3 thành phần trên, Học viện Quân Y đã nghiên cứu bào chế được viên nang Kardi Q10. Trong nghiên cứu này, tôi tiến hành đánh giá tác dụng giảm béo, hạ lipid máu của viên nang Kardi Q10 đã bào chế được trên mô hình động vật thực nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, vật liệu nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Chế phẩm nghiên cứu: viên nang Kardi Q10 do Học viện Quân Y bào chế, đạt tiêu chuẩn cơ sở.
- Động vật thí nghiệm: chuột nhắt trắng thuần chủng Swiss khỏe mạnh, trọng lượng 18-22 g, đạt tiêu chuẩn thí nghiệm.

2.1.2. Thiết bị

- Các kit xác định hàm lượng lipid máu và glucose máu của hãng Sigma.
- Các kit xét nghiệm huyết học của hãng Sysmex.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tiến hành theo phương pháp của Nguyễn Thị Thúy Quỳnh và cộng sự[3]: đánh giá tác dụng giảm cân và hạ lipid máu của chế phẩm trên động vật được nuôi béo phì.

Chuột nhắt trắng được chia thành 4 lô, mỗi lô 12 con, lô 1 nuôi ăn thức ăn thường, các lô còn lại được nuôi ăn bằng thức ăn có hàm lượng cholesterol và lipid cao (thành phần thức ăn nuôi chuột béo phì: thức ăn thường, casein, cholesterol

lòng đỏ trứng, mỡ lợn và các vitamin, chất khoáng). Sau 42 ngày nuôi, những chuột tăng cân đến mức độ béo phì được tiến hành cho uống thuốc. Các lô thí nghiệm được chia như sau:

- Lô 1 (lô đối chứng âm): chuột bình thường, không dùng thuốc, chỉ uống nước.
- Lô 2 (lô đối chứng dương): chuột béo phì, không dùng thuốc, chỉ uống nước.
- Lô 3 (lô dùng thuốc đối chiếu Kardi Q10): chuột béo phì, uống thuốc Kardi Q10 liều 500mg/kg TLCT/ngày.
- Lô 4 (lô dùng thuốc merformin): chuột béo phì, uống thuốc merformin liều 500mg/kg TLCT/ngày.

Sau 2 tuần cho chuột uống thuốc, tiến hành lấy máu chuột trong các lô thí nghiệm và phân tích chỉ số lipid.[2,3,5,6]

Xử lý số liệu: theo thuật toán thống kê dùng trong y - sinh học, sử dụng phần mềm Microsoft Excel 2010 và phần mềm Epi.info 6.0 [4].

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả đánh giá các chỉ số sinh hóa máu. Tiến hành đánh giá tỷ lệ thay đổi các chỉ tiêu cholesterol và triglycerid máu chuột có hàm lượng cholesterol và lipid cao (lô 2) so với chuột ăn thức ăn bình thường (lô 1).

Kết quả đánh giá các chỉ số sinh hóa máu chuột sau 42 ngày nuôi được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Chỉ số sinh hóa lipid máu chuột sau 42 ngày nuôi

Chỉ số sinh hóa máu chuột	Lô chuột ăn thức ăn bình thường (lô 1)	Lô chuột ăn thức ăn có hàm lượng có hàm lượng lipid cao (lô 2)	Tỷ lệ % thay đổi của lô 2 so với lô 1
Cholesterol (mM/l)	3,4 ± 0,4	5,7 ± 0,6	67,65
Triglycerid (mM/l)	0,7 ± 0,2	1,3 ± 0,4	85,71
p	P1-j<0,05		

Trong đó: i, j = 1,2,3. Kết quả bảng trên cho thấy, ở các lô chuột ăn thức ăn có hàm lượng lipid cao đều có chỉ số lipid máu cao hơn hẳn lô chuột ăn thức ăn thường. Cụ thể, hàm lượng cholesterol và triglycerid ở lô chuột được nuôi béo phì tăng lần lượt là 67,65% và 85,71% so với các chỉ số này của lô chuột ăn thức ăn thường.

3.2. Kết quả đánh giá ảnh hưởng của thuốc tới trọng lượng cơ thể chuột. Kết quả đánh giá ảnh hưởng của thuốc đến trọng lượng cơ thể chuột được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Thay đổi trọng lượng cơ thể chuột sau khi dùng thuốc (n=6):

Lô chuột	TLCT chuột sau điều trị (g)	TL 1 (%)	TL 2 (%)
Lô 1	29,8	(-)	34,07
Lô 2	45,2	51,68	(-)

Lô 3	41,2	38,26	8,85
Lô 4	37,6	26,17	16,81
p	P1-i<0,05; p2-j<0,05; p3-4<0,05		

Trong đó: i = 2,3,4; j = 1,3,4. TL1: tỷ lệ phần trăm biến đổi so với lô 1; TL2: tỷ lệ phần trăm biến đổi so với lô 2.

Kết quả bảng trên cho thấy, sau 2 tuần cho chuột uống thuốc, trọng lượng cơ thể của chuột ở các lô 3 và 4 đã giảm lần lượt là 8,85% và 16,81% so với lô 2, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tỷ lệ giảm trọng lượng cơ thể chuột ở lô 3 thấp hơn so với ở lô 4 khoảng 2,38 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tuy nhiên, sau 2 tuần dùng thuốc, trọng lượng cơ thể của chuột ở 2 lô 3 và 4 vẫn cao hơn so với chuột ở lô 1 lần lượt là 38,26% và 26,17%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.3. Kết quả đánh giá ảnh hưởng của Kardi Q10 đến chỉ số sinh hóa máu chuột

Tiến hành đánh giá tỷ lệ thay đổi một số chỉ tiêu hóa sinh trong máu chuột sau khi dùng

thuốc, so sánh sự biến đổi của các chỉ số này với nhóm chuột ăn thức ăn có hàm lượng cholesterol và lipid cao (lô 2) và với lô chuột ăn thức ăn bình thường (lô 1).

Bảng 4. Ảnh hưởng của Kardi Q10 tới chỉ số cholesterol và triglycerid của chuột (n=6)

Lô chuột	Cholesterol			Triglycerid		
	(mm/l)	TL 1 (%)	TL 2(%)	(mm/l)	TL 1 (%)	TL 2(%)
Lô 1	3,45 ± 0,4	(-)	39,79	0,76 ± 0,2	(-)	51,61
Lô 2	5,73 ± 0,5	66,09	(-)	1,55 ± 0,5	106,67	(-)
Lô 3	5,28 ± 0,6	53,04	7,85	1,17 ± 0,3	56,01	24,52
Lô 4	4,42 ± 0,4	28,11	22,86	0,89 ± 0,4	18,67	42,58
p	P1-i<0,05; p2-j<0,05; p3-4<0,05					

Trong đó: i = 2,3,4; j = 1,3,4; TL1: tỷ lệ phần trăm biến đổi so với lô 1; TL2: tỷ lệ phần trăm biến đổi so với lô 2.

Kết quả bảng trên cho thấy, sau 2 tuần cho chuột uống thuốc, hàm lượng cholesterol toàn phần máu của chuột ở các lô 3 và 4 đã giảm lần lượt là 7,85% và 22,86% so với lô 2, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Hàm lượng cholesterol toàn phần máu của chuột ở lô 3 thấp hơn so với ở lô 4 khoảng 2,92 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tuy nhiên, sau 2 tuần dùng thuốc, hàm lượng cholesterol toàn phần máu của chuột ở 2 lô 3 và 4 vẫn cao hơn so với chuột ở lô 1 lần lượt là 53,04% và

28,11%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Kết quả bảng trên cho thấy, sau 2 tuần cho chuột uống thuốc, hàm lượng triglycerid máu chuột ở các lô 3 và 4 đã giảm lần lượt là 24,52% và 42,58% so với lô 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tỷ lệ giảm hàm lượng triglycerid của chuột ở lô 3 thấp hơn so với ở lô 4 khoảng 1,74 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tuy nhiên, sau 2 tuần dùng thuốc, hàm lượng triglycerid máu của chuột ở 2 lô 3 và 4 vẫn cao hơn so với chuột ở lô 1 lần lượt là 56,01 và 18,67%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 5. Ảnh hưởng của Kardi Q10 tới chỉ số LDL- C và HDL- C của chuột (n=6)

Lô chuột	LDL- C			HDL- C		
	(mm/l)	TL 1 (%)	TL 2(%)	(mm/l)	TL 1 (%)	TL 2(%)
Lô 1	1,59 ± 0,25	(-)	42,81	2,80 ± 0,31	(-)	30,84
Lô 2	2,78 ± 0,38	74,84	(-)	2,14 ± 0,24	23,57	(-)
Lô 3	1,85 ± 0,41	16,35	33,45	2,47 ± 0,26	11,79	15,42
Lô 4	1,74 ± 0,43	9,43	37,41	2,53 ± 0,23	9,64	18,22
p	P1-i<0,05; p2-j<0,05; p3-4<0,05					

Trong đó: i = 2,3,4; j = 1,3,4; TL1: tỷ lệ phần trăm biến đổi so với lô 1; TL2: tỷ lệ phần trăm biến đổi so với lô 2.

Kết quả bảng trên cho thấy, sau 2 tuần cho chuột uống thuốc, hàm lượng LDL-cholesterol máu chuột ở các lô 3 và 4 đã giảm lần lượt là 33,45% và 37,41% so với lô 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Sự khác biệt về tỷ lệ giảm hàm lượng LDL-cholesterol máu của chuột giữa 2 lô 3 và 4 là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Tuy nhiên, sau 2 tuần dùng thuốc, hàm lượng LDL-cholesterol máu của chuột ở 2 lô 3 và 4 vẫn cao hơn so với chuột ở lô 1 lần lượt là 16,35 và 9,43%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Ngược lại, hàm lượng HDL-cholesterol máu chuột ở các lô 3 và 4 đã tăng lần lượt là 15,42% và 18,22% so với lô 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Sự khác biệt về tỷ lệ tăng hàm lượng HDL-cholesterol máu của chuột giữa

2 lô 3 và 4 là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Tuy nhiên, sau 2 tuần dùng thuốc, hàm lượng HDL-cholesterol máu của chuột ở 2 lô 3 và 4 vẫn thấp hơn so với chuột ở lô 1 lần lượt là 11,79% và 9,64%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. KẾT LUẬN

Viên nang Kardi Q10 có tác dụng giảm cân, hạ lipid và đường máu trên mô hình chuột được nuôi béo phì. Khi cho chuột được nuôi đến béo phì uống chế phẩm ở mức liều 500mg/kg thể trọng liên tục trong 2 tuần thì trọng lượng cơ thể chuột và các chỉ số sinh hóa máu như cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-cholesterol đều giảm, riêng chỉ số HDL-cholesterol máu tăng.

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”.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Huy Bích và CS.** Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam. Nhà xuất bản Khoa học Kỹ thuật. 2004, 2, tr.721-726.
2. **Bộ Y tế.** Quy chế đánh giá tính an toàn và hiệu lực thuốc cổ truyền. Quyết định 371/BYT-QĐ ngày 12/3/1996.
3. **Nguyễn Thị Thúy Quỳnh, Đỗ Ngọc Liên, Nguyễn Quang Huy, Nguyễn Khắc Tạo.** Tác dụng giảm trọng lượng và lipid máu từ một số

- phân đoạn dịch chiết quả sơn tra lên chuột béo phì thực nghiệm. Tạp chí Dược học. 2010, 8, tr.37-41.
4. **Nguyễn Xuân Phách và CS.** Toán thống kê và tin học ứng dụng trong sinh - y - dược. Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân. 1995, tr.146-149.
 5. **Du H, You JS, Zhao X, Park JY, Kim SH, Chang KJ.** Antiobesity and hypolipidemic effects of lotus leaf hot water extract with taurine supplementation in rats fed a high fat diet. Journal of Biomedical Science. 2010, 17 (Suppl 1), p.42.
 6. **Ono Y, Hattori E, Fukaya Y, Imai S, Ohizumi Y.** Anti-obesity effect of nelumbonucifera leaves extract in mice and rats. Journal of Ethnopharmacology. 2006, 106, pp.238-244.

ĐÁNH GIÁ THỜI GIAN HỒI PHỤC GIÃN CƠ KHI SỬ DỤNG THUỐC ROCURONIUM BẰNG HAI PHƯƠNG PHÁP TIÊM NGẮT QUẢNG, TRUYỀN LIÊN TỤC TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG

Bùi Hạnh Tâm*, Nguyễn Hữu Tú**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá thời gian hồi phục giãn cơ tự nhiên và hồi phục có giải giãn của thuốc rocuronium với 2 cách dùng thuốc khác nhau là tiêm ngắt quãng và truyền liên tục trong phẫu thuật nội soi ổ bụng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có nhóm chứng, mù đơn, tại khoa phẫu thuật, bệnh viện Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 03/2012 đến 03/2014. **Kết quả:** Kết quả cho thấy: thời gian trung bình đạt TOF_{0,7} và TOF_{0,9} thời gian hồi phục giãn cơ rút ngắn lại một cách có ý nghĩa so với giải giãn cơ sớm với liều cao hơn tương ứng 8,5 phút và 7,1 phút. Như vậy, cần 37,5 phút đến 43,8 phút để hết giãn cơ tồn dư tính từ khi TOF_{0,25}. Nhóm tiêm ngắt quãng, giải giãn cơ muộn với liều neostigmine thấp hơn có thời gian hồi phục về TOF_{0,9} là ngắn nhất là 38 phút. **Kết luận:** Với 2 phương pháp dùng thuốc khác nhau truyền liên tục hay tiêm ngắt quãng, dưới sự hướng dẫn của máy Tof-watch thì thời gian trung bình hồi phục tự nhiên về mức TOF 0,25 là tương đương. Đây là mốc có thể bắt đầu xem xét giải giãn cơ bằng thuốc neostigmin. Hồi phục phong bế thần kinh cơ sau giải giãn cơ bằng neostigmin: Dùng thuốc giãn cơ rocuronium bằng phương pháp tiêm ngắt quãng và giải giãn cơ muộn tại TOF 0,4 với liều neostigmine 30mcg/kg làm rút ngắn thời gian hồi phục giãn cơ về mức TOF_{0,7}; TOF_{0,9}. Sự khác biệt chỉ thực sự có ý nghĩa thống kê với thời gian trung bình hồi phục về mức TOF $\geq 0,7$; $p < 0,001$.

Từ khóa: giãn cơ tồn dư, hồi phục giãn cơ, rocuronium, phẫu thuật nội soi ổ bụng

SUMMARY

EVALUATE THE RECOVERY TIME OF NEUROMUSCULAR BLOCK WHEN USING CONTINUOUS OR INTERMITTENT ROCURONIUM INJECTION IN ENDOSCOPY ABDOMINAL SURGERY

The main objective of this prospective randomized and controlled trial was evaluate the recovery time of neuromuscular from stop neuromuscular to TOF 0,25; TOF 0,4; TOF 0,7; TOF 0,9. The result showed that: With 2 different methods of drug administration, continuous or intermittent injection, under the guidance of the Tof-watch machine, the average natural recovery time of the TOF 0.25 is equivalent. This is a landmark that can start considering muscle relaxation with neostigmin. Restoration of neuromuscular blockade after muscle relaxation with neostigmin: Using rocuronium muscle relaxants by intermittent injection and late muscle relaxation at TOF 0.4 at a neostigmine dose of 30mcg / kg, shortening the recovery time of muscle relaxation at TOF_{0,7}; TOF_{0,9}. The difference is only statistically significant with the average recovery time of TOF 0.7; $p < 0.001$.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu về sự hồi phục giãn cơ của hai phương pháp dùng thuốc rocuronium với các mốc hồi phục: TOF 0,25; TOF 0,4; TOF_{0,7}; TOF 0,9 dựa trên các chỉ số về thời gian tính từ lúc ngưng thuốc giãn cơ đến khi TOF đạt các giá trị tương ứng của mỗi nhóm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được phân vào 2 nhóm theo nguyên tắc ngẫu nhiên, mù đơn. 185 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu được phân ngẫu

*Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hạnh Tâm

Email: buihanhtam@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2019

Ngày duyệt bài: 10.9.2019

nhiên vào 2 nhóm 92 và 93. Tiếp đến bốc thăm để phân chia bệnh vào hai nhóm 1A, 1B tương ứng số bệnh nhân: 44 và 48 ở nhóm tiêm ngắt quãng và chia hai nhóm 2A, 2B tương ứng 43 và 50 bệnh nhân ở nhóm truyền liên tục. Ở đó nhóm A nói chung là giải giãn cơ sớm tại TOF 0,25; nhóm B là giải giãn cơ muộn tại TOF 0,4. Sử dụng thuốc giãn cơ dưới sự hướng dẫn của máy TOF Watch đo ở cơ khép ngón cái đảm bảo giãn cơ đủ sâu. Liều giải giãn cơ nhóm A: Neostigmin 50 mcg/kg, Atropin 25mcg/kg. Liều giải giãn cơ nhóm B: Neostigmin 30 mcg/kg, Atropin 15mcg/kg. Theo dõi tiếp tục chỉ số TOF mỗi 5 phút từ thời điểm can thiệp giải giãn cơ cho các nhóm đến khi hết giãn cơ tồn dư tại TOF $\geq$ 0,9. Các thông số đánh giá bao gồm: thời gian hồi phục giãn cơ từ khi ngưng thuốc cho đến các mốc TOF 0,25; TOF 0,4; TOF 0,7; TOF 0,9.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thời gian hồi phục giãn cơ sau giải giãn cơ tính từ mốc hồi phục giãn cơ tự nhiên tại TOF 0,25 với nhóm giải giãn cơ sớm

Thời gian phục hồi giãn cơ ở nhóm A	m $\pm$ sd	GTNN - GTLN
TOF 0,25 – TOF0,4	14,6 $\pm$ 8,6	-10,0 - 35,0
TOF 0,4 – TOF0,7	21,9 $\pm$ 11,7	0,0 - 55,0
TOF 0,7 – TOF0,9	8,6 $\pm$ 5,3	-15,0 - 25,0

Nhận xét: Cần trung bình 14,6 phút; 36,5 phút và 45,1 phút để đạt được TOF 0,4; TOF 0,7; TOF 0,9 từ khi dùng thuốc giải giãn cơ giai đoạn sớm tại TOF 0,25.

Bảng 2: Thời gian hồi phục giãn cơ sau giải giãn cơ tính từ mốc hồi phục giãn cơ tự nhiên tại TOF 0,25 với nhóm giải giãn cơ muộn:

Thời gian phục hồi giãn cơ ở nhóm B	m $\pm$ sd	GTNN - GTLN
TOF 0,25 – TOF0,4	11,6 $\pm$ 8,3	-10,0-45,0
TOF 0,4 – TOF0,7	16,4 $\pm$ 8,8	-5,0 - 35,0
TOF 0,7 – TOF0,9*	10,0 (5,0-10,0)	0,0 - 25,0

*trung vị (khoảng tứ vị)

Nhận xét: Cần trung bình: 11,6 phút; 28 phút; 38 phút từ khi đủ tiêu chuẩn giải giãn cơ (TOF0,25) để đạt được mức TOF 0,4; TOF 0,7; TOF 0,9 nếu giải giãn cơ muộn.

Bảng 3: Thời gian hồi phục giãn cơ sau giải giãn cơ tính từ mốc hồi phục giãn cơ tự nhiên tại TOF 0,25 với nhóm tiêm ngắt quãng

Thời gian phục hồi giãn cơ ở nhóm tiêm ngắt quãng	m $\pm$ sd	GTNN - GTLN
TOF 0,25 – TOF0,4	12,3 $\pm$ 6,1	-5,0 – 30,0
TOF 0,4 – TOF0,7	15,9 $\pm$	-5,0 –

	10,5	45,0
TOF 0,7 – TOF0,9	9,3 $\pm$ 5,6	-15,0 – 25,0

Nhận xét: Với nhóm tiêm thuốc ngắt quãng, cần 12,3 phút ; 28,2 phút ; 37,5 phút để đạt mức TOF 0,4; TOF0,7; TOF0,9.

Bảng 4: Thời gian hồi phục giãn cơ sau giải giãn cơ tính từ mốc hồi phục giãn cơ tự nhiên tại TOF 0,25 với nhóm truyền liên tục

Thời gian phục hồi giãn cơ ở nhóm truyền liên tục	m $\pm$ sd	GTNN - GTLN
TOF 0,25 – TOF0,4	13,8 $\pm$ 10,3	-10,0 – 45,0
TOF 0,4 – TOF0,7*	20,0 (15,0-30,0)	10,0 – 55,0
TOF 0,7 – TOF0,9*	10,0 (5,0-10,0)	0,0 – 20,0

*trung vị (khoảng tứ vị)

Nhận xét: Với nhóm tiêm thuốc ngắt quãng, cần 13,8 phút; 33,8 phút; 43,8 phút để đạt mức TOF 0,4; TOF0,7; TOF0,9.

Như vậy, từ 3 bảng trên, cần từ 37,5 đến 43,8 phút để đạt được mức TOF 0,9 tính từ khi giải giãn cơ với cách giải giãn cơ sớm hoặc muộn hay dùng thuốc giãn cơ liên tục hoặc tiêm ngắt quãng.

Nhóm tiêm ngắt quãng, giải giãn cơ muộn, thời gian hồi phục về mốc TOF 0,9 là ngắn nhất, chỉ cần 38 phút.

IV. BÀN LUẬN

Với nghiên cứu này, khoảng thời gian tính từ thời điểm ngưng thuốc cho đến mốc hồi phục tự nhiên đến TOF 0,25 chung cho cả nghiên cứu là 50,2 phút, cho nhóm truyền liên tục và nhóm tiêm ngắt quãng là 50,4 phút; 49,9 phút. Như vậy, với khoảng thời gian này thông thường thì đã có sự hồi phục chức năng thần kinh cơ hoàn toàn. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này cho thấy TOF mới đạt đến mức 0,25. Nghiên cứu chọn thời gian trung bình đạt TOF0,7; TOF0,9 và các yếu tố liên quan sau giải giãn cơ để xác định các yếu tố nguy cơ cho giãn cơ tồn dư sau mổ với giải giãn cơ muộn hơn tại TOF 0,4 với liều thuốc neostigmine thấp hơn: 30mcg/kg và giải giãn cơ sớm ở mốc TOF0,25 với liều thuốc giải giãn cơ cao hơn: 50mcg/kg.

V. KẾT LUẬN

Với phẫu thuật nội soi ổ bụng kéo dài, dùng thuốc giãn cơ với hai cách khác nhau dựa trên hướng dẫn của máy theo dõi giãn cơ TOF Watch trong và sau mổ với 185 bệnh nhân, chúng tôi rút ra kết luận sau:

Với 2 phương pháp dùng thuốc khác nhau truyền liên tục hay tiêm ngắt quãng, dưới sự hướng dẫn của máy Tofwatch thì thời gian trung

bình hồi phục tự nhiên về mốc TOF 0,25 là tương đương. Đây là mốc có thể bắt đầu xem xét giải giãn cơ bằng thuốc neostigmin.

Hồi phục phong bế thần kinh cơ sau giải giãn cơ bằng neostigmin. Dùng thuốc giãn cơ rocuronium bằng phương pháp tiêm ngắt quãng và giải giãn cơ muộn tại TOF 0,4 với liều neostigmine 30mcg/kg làm rút ngắn thời gian hồi phục giãn cơ về mốc TOF0,7; TOF0,9. Sự khác biệt chỉ thực sự có ý nghĩa thống kê với thời gian trung bình hồi phục về mốc TOF $\geq 0,7$; $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thu, Đào Văn Phan (2000).** Thuốc sử dụng trong gây mê. Nhà xuất bản Y học, 0tr.236-268.
2. **Shorten GD, Merk H, Sieber T (1995).** Perioperative train-of-four monitoring and residual

curarization. Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie, 42(8): 711-5.

3. **Fuchs-Buder T, Schreiber JU, Meistelman C (2009).** Monitoring neuromuscular block: an update. Anaesthesia, 64 Suppl 1:82-9.
4. **Brull SJ, Murphy GS (2010).** Residual neuromuscular block: lessons unlearned. Part II: methods to reduce the risk of residual weakness. Anesthesia and analgesia, 111(1):129-40.
5. **Viby-Mogensen J, JBC, Ording H. et al(1979)** . Residual curarization in the recovery room. Anesthesiology, 50, pp. 539-41.
6. **Shanks CA, Fragen RJ, Ling D (1993).** Continuous intravenous infusion of rocuronium (ORG 9426) in patients receiving balanced, enflurane, or isoflurane anesthesia. Anesthesiology, 78(4): 649-51.

THỰC TRẠNG THAM GIA VÀ SỬ DỤNG BẢO HIỂM Y TẾ CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG PHI CHÍNH THỨC TẠI TỈNH HÀ NAM NĂM 2018

Ngô Trí Tuấn¹, Nguyễn Thị Thu Hà¹, Phạm Văn Quyết²,
Đoàn Ngọc Thủy Tiên¹, Trịnh Thị Hồng Nhung¹, Đào Trung Nguyên³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng tham gia và sử dụng bảo hiểm y tế của người lao động phi chính thức tại Hà Nam năm 2018 và xác định một số yếu tố liên quan đến tham gia bảo hiểm y tế của nhóm đối tượng này. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 1200 người lao động trong khu vực phi chính thức tại 3 huyện tỉnh Hà Nam năm 2018. **Kết quả:** Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế của nhóm đối tượng nghiên cứu là 75,6%, trong đó đa số đối tượng có sử dụng bảo hiểm y tế khi khám chữa bệnh (>85%). Những người có độ tuổi trên 50 có tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế cao hơn so với nhóm từ 18-34 tuổi, đối tượng có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên cao hơn so với nhóm chưa qua đào tạo, đối tượng có nghề nghiệp như nội trợ, hưu trí cao hơn so với nhóm đối tượng làm nông dân, và đối tượng có trình trạng ốm đau có tỷ lệ tham gia BHYT cao hơn so với nhóm khỏe mạnh, ($p < 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế của người lao động trong khu vực phi chính thức tại Hà Nam năm 2018 là 75,6% (905/1200), tỷ lệ đối tượng sử dụng bảo hiểm y tế khi khám chữa bệnh trên 85%. Những yếu tố liên

quan có ý nghĩa thống kê đến việc tham gia bảo hiểm y tế của đối tượng nghiên cứu bao gồm độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và có tình trạng ốm đau thường xuyên ($p < 0,05$).

Từ khóa: Người lao động, phi chính thức, bảo hiểm y tế, Hà Nam.

SUMMARY

PREVALENCE OF THE PARTICIPATION IN PRIVATE HEALTH INSURANCE AND ITS USAGE AMONG INFORMAL SECTOR WORKERS IN HA NAM PROVINCE, 2018

Objective: The study aims to characterize the prevalence of the participation and usage of private health insurance among informal workers in Ha Nam province in 2018, and to explore several its factors.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 1200 informal workers in three districts located in Ha Nam province. **Results:** 75,6% of the workers were participating in private health insurance, in which most of them had taken use of health insurance in medical examination and treatment (>85%). The proportion of the participation in health insurance was significantly higher among informal workers aged 50 years and older, experienced upper secondary and tertiary education, with the occupations as housework/retirement, and had accompanying diseases compared to others ($p < 0,05$). **Conclusions:** The proportion of the participation of informal workers in private health insurance here was 75.6%, while at least 85% workers had used health insurance in medical examination and treatment. Age, education, occupation, and accompanying diseases were significantly associated factors with the participation of

¹Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.

²Viện sức khỏe nghề nghiệp và môi trường

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Trí Tuấn

Email: ngotrituan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2019

Ngày duyệt bài: 30.8.2019

informal workers in private health insurance ($p < 0.05$).

Keywords: Informal worker; Informal sector worker; Health insurance; Ha Nam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo hiểm y tế (BHYT) là cơ chế chia sẻ về gánh nặng tài chính khi ốm đau, bệnh tật. BHYT làm giảm gánh nặng cho ngân sách nhà nước, hỗ trợ ngân sách nhằm cải thiện và nâng cao chất lượng phục vụ của ngành y tế [1]. Hiện nay, trên thế giới, có rất nhiều nghiên cứu đề cập đến tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế của các nhóm đối tượng trong xã hội, trong đó, nhóm đối tượng lao động trong khu vực phi chính thức được đặc biệt quan tâm. Nghiên cứu tại Vũ Hán, Trung Quốc cho thấy rằng tỷ lệ tham gia BHYT của nhóm đối tượng lao động trong khu vực phi chính thức là 35% [2] hay nghiên cứu tại Bangladesh cho thấy tỷ lệ tham gia BHYT của nhóm đối tượng này là 56,2% [3].

Tại Việt Nam, luật Bảo hiểm xã hội (BHXH) sửa đổi năm 2014 giúp đưa bảo hiểm y tế đến toàn dân cũng đã thêm đối tượng bảo hiểm là người lao động phi chính thức và gia đình của họ. Theo báo cáo của World Bank năm 2014, khoảng 60% người lao động tầng lớp này ở Việt Nam đã được mua BHYT [4]. Tuy nhiên, một nghiên cứu tại Long Biên, Hà Nội lại chỉ ra tỷ lệ người lao động phi chính thức có BHYT là 21,2%, tỷ lệ dự định mua BHYT là 77,7% và 70,3% chủ hộ gia đình sẵn sàng mua BHYT cho các thành viên trong gia đình [1]. Một số yếu tố ảnh hưởng đến việc mua thẻ bảo hiểm của đối tượng là không đủ tiền, thấy không cần thiết và không thấy tin tưởng khi đi khám bệnh bằng BHYT. Nghiên cứu thử nghiệm trên 3000 hộ gia đình tại 20 xã tại Việt Nam cho kết quả rằng việc phát tờ rơi cung cấp thông tin về bảo hiểm cùng với việc trợ cấp 25% phí bảo hiểm hàng năm cho lao động phi chính thức không có tác động tích cực lên việc đăng ký bảo hiểm y tế tự nguyện [5]. Xuất phát từ thực trạng trên, rất cần các nghiên cứu cung cấp các bằng chứng góp phần đưa ra những chủ trương chính sách phù hợp nhằm tăng tỷ lệ bao phủ BHYT ở khu vực lao động phi chính thức. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm hai mục tiêu: "Mô tả tỷ lệ tham gia và sử dụng BHYT của người lao động phi chính thức tại tỉnh Hà Nam năm 2018" và "Xác định một số yếu tố liên quan đến tham gia BHYT của người lao động phi chính thức tại tỉnh Hà Nam năm 2018".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người lao động phi chính thức bao gồm các đối tượng

tham gia vào quá trình sản xuất hàng hóa hoặc dịch vụ. Những đối tượng này có xu hướng hoạt động với mức độ tổ chức thấp, với ít hoặc không có sự khác biệt giữa người lao động và nhà đầu tư vốn, và thường trên quy mô nhỏ, không có sự thỏa thuận bằng hợp đồng cùng với bảo lãnh chính thức [6].

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 3 huyện Kim Bảng, Duy Tiên và Bình Lục, tỉnh Hà Nam.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ 05/2018 đến 12/2018

2.4. Phương pháp nghiên cứu:

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

Cỡ mẫu: Tính theo công thức cho nghiên cứu mô tả cắt ngang

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là giá trị của hệ số giới hạn tin cậy ứng với $\alpha = 0,05$ – độ tin cậy ước lượng là 95%.

p = 0,065 là tỷ lệ NLĐ phi chính thức có thể BHYT của nghiên cứu trước [1]

d = 0,025 là sai số tuyệt đối.

Từ công thức tính cỡ mẫu là 374/ 1 huyện. Lấy 10% đối tượng từ chối phỏng vấn và làm tròn thu được cỡ mẫu nghiên cứu 400. Nghiên cứu thực hiện tại 3 huyện do vậy tổng số đối tượng nghiên cứu là 1200.

Chọn mẫu: Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn. Chọn chủ đích 3 huyện trên toàn tỉnh. Trong mỗi huyện chọn ngẫu nhiên 2 xã. Ở mỗi xã lập danh sách các hộ gia đình, sau đó, chọn ngẫu nhiên hộ gia đình đầu tiên, tiến hành chọn tất cả đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn. Tiếp tục chọn hộ gia đình tiếp theo phương pháp nhà liền nhà cho đến khi cỡ mẫu đủ.

2.4.3. Kỹ thuật thu thập thông tin: Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi có sẵn.

2.4.4. 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 3.2 sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm Stata 12. Các số liệu được trình bày dưới dạng biểu đồ và bảng biểu.

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

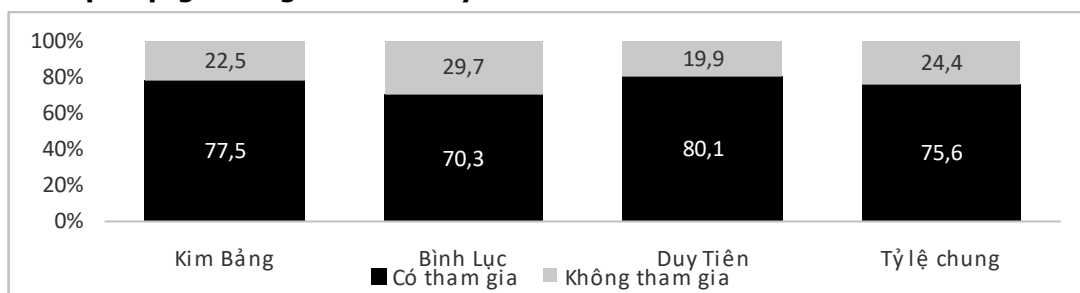
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tổng số đối tượng nghiên cứu là

1200, trong đó, nam giới chiếm 46,9%, còn lại là nữ giới. Tuổi trung bình của các đối tượng là $48,4 \pm 13,4$, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm tuổi từ 40 đến 49 là 29,4%; thấp nhất là nhóm tuổi trên 70 tuổi với 4,6%. Phần lớn trình độ học vấn là tiểu học chiếm 55,6%, tỷ lệ đối tượng chưa qua đào tạo là 2,8%; đối tượng có

trình độ đại học hoặc sau đại học chỉ chiếm tỷ lệ 1,8% thấp nhất trong các nhóm đối tượng khác. Về tình trạng hôn nhân của đối tượng nghiên cứu, nhóm đã kết hôn có tỷ lệ cao nhất với 90,1%. Có 84% đối tượng nghiên cứu có điều kiện kinh tế gia đình ở mức đủ sống; 10% đối tượng có mức sống nghèo và cận nghèo.

3.2. Thực trạng tham gia bảo hiểm y tế



Hình 1: Thực trạng tham gia bảo hiểm y tế của đối tượng tại 3 huyện tỉnh Hà Nam

Kết quả hình 1 tỷ lệ đối tượng tham gia bảo hiểm y tế ở 3 huyện Kim Bảng, Bình Lục và Duy Tiên lần lượt là 77,5%, 70,3%, 80,1% ($p < 0,05$). Tỷ lệ tham gia bảo hiểm của nhóm đối tượng nghiên cứu là 75,6%.

3.3. Thực trạng ốm đau và sử dụng bảo hiểm y tế

Bảng 2: Thực trạng ốm đau và sử dụng bảo hiểm y tế của đối tượng nghiên cứu

Phân loại tình trạng bệnh	Có sử dụng BHYT		Không sử dụng BHYT		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Tăng huyết áp	107	97,3	3	2,7	110	100
Bướu cổ	20	90,9	2	9,1	22	100
Hen xuyên, hen phế quản	57	96,6	2	3,4	59	100
Đái tháo đường	29	100	0	0	29	100
Lao phổi	3	100	0	0	3	100
Ung thư	6	85,7	1	14,3	7	100
Tim mạch	36	97,3	1	2,7	37	100
Viêm loét dạ dày tá tràng	170	88,5	22	11,5	192	100
Viêm khớp mạn	97	89,0	12	11,0	109	100

Trong số đối tượng nghiên cứu số lượng mắc các bệnh viêm loét dạ dày tá tràng và tăng huyết áp chiếm số lượng cao nhất. Tỷ lệ sử dụng bảo hiểm y tế khi khám chữa bệnh của đối tượng đều trên 85%, trong số đó những đối tượng bị những bệnh đái tháo đường, lao phổi tỷ lệ sử dụng bảo hiểm y tế là 100%.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế

Bảng 3: Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố liên quan		BHYT (%)	Đơn biến		Đa biến	
			OR*	95%CI	OR**	95%CI
Giới	Nam	415 (45,9)	1		1	
	Nữ	490 (54,1)	0,8	0,64 – 1,08	0,8	0,62 – 1,10
Nhóm tuổi	18 – 34 tuổi	138 (15,3)	1		1	
	35 – 49 tuổi	290 (32,0)	0,9	0,67 – 1,43	1,1	0,68 – 1,57
	≥ 50 tuổi	477 (52,7)	1,6	1,10 – 2,31	1,6	1,06 – 2,44
Trình độ học vấn	Chưa được đào tạo	21 (2,3)	1		1	
	Dưới THCS	604 (66,7)	1,7	0,79 – 3,41	2	0,92 – 4,44
	THPT trở lên	280 (31,0)	2,3	1,05 – 4,79	2,6	1,13 – 5,95
Mức sống gia đình	Nghèo	35 (3,8)	1		1	
	Cận nghèo	56 (6,2)	0,9	0,38 – 1,98	0,7	0,31 – 1,77
	Bình thường	814 (90,0)	1,1	0,55 – 2,11	0,9	0,48 – 2,01

Nghề nghiệp	Nông dân	602 (66,5)	1			
	Buôn bán	108 (11,9)	0,7	0,50 – 1,04	0,8	0,55 – 1,24
	Nội trợ, hưu trí	195 (21,6)	2,4	1,54 – 3,58	2,5	1,60 – 3,90
Ốm đau	Không	329 (36,3)	1		1	
	Có	576 (63,7)	3,5	2,66 – 4,65	3,3	2,49 – 4,41

*OR (Odds ratio) : Phân tích đơn biến

** OR (Odds ratio) : Phân tích đa biến

Những người có độ tuổi trên 50 có tỷ lệ tham gia BHYT cao hơn so với nhóm từ 18-34 tuổi, (OR* = 1,6; 95%CI: 1,10 – 2,31 và OR** = 1,6; 95%CI: 1,06 – 2,44). Tỷ lệ tham gia BHYT ở đối tượng có trình độ học vấn từ THPT trở lên cao hơn so với nhóm chưa qua đào tạo, (OR* = 2,3; 95%CI: 1,05 – 4,79 và OR** = 2,6; 95%CI: 1,13 – 5,95). Tỷ lệ đối tượng có nghề nghiệp như nội trợ, hưu trí tham gia BHYT cao hơn so với nhóm đối tượng làm nông dân, (OR* = 2,4; 95% CI: 1,54 – 3,58 và OR** = 2,5; 95%CI: 1,60 – 3,90). Những đối tượng có tình trạng ốm đau có tỷ lệ tham gia BHYT cao hơn so với nhóm khỏe mạnh, (OR* = 3,5; 95%CI: 2,66 – 4,65 và OR** = 3,3; 95%CI: 2,49 – 4,41).

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt Nam BHYT đang là một chính sách an sinh xã hội quan trọng, là chiến lược chung cho phát triển kinh tế, xã hội. Những năm gần đây, đối tượng người lao động trong khu vực phi chính thức được nhà nước quan tâm và có nhiều chính sách hỗ trợ trong việc tham gia BHYT [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tham gia BHYT của đối tượng trên địa bàn 3 huyện của tỉnh Hà Nam là 75,6%, tỷ lệ này cao hơn vượt trội so với nghiên cứu của Bùi Thị Tố Quyên thực hiện tại Long Biên năm 2015 với 21,2% [1]. Kết quả này cũng cao hơn so với nghiên cứu tại Bangladesh cho thấy tỷ lệ tham gia BHYT của nhóm đối tượng này là 56,2% [3]. Nguyên nhân là do những năm gần đây nhà nước ta đã có những chính sách phù hợp khuyến khích sự tham gia và sử dụng BHYT của người lao động trong khu vực này, việc thực hiện chính sách cũng như tuyên truyền đến người lao động tương đối tốt do vậy người dân hiểu về lợi ích của BHYT từ đó tỷ lệ tham gia nhiều hơn. Tỷ lệ sử dụng bảo hiểm y tế khi đi khám bệnh của đối tượng trong nghiên cứu đạt mức cao trên 85%, một số bệnh như đái tháo đường hay lao phổi tỷ lệ này đạt 100%. Điều này cũng cho thấy rằng BHYT hiện nay được sử dụng rất có ý nghĩa với việc chi trả cho chi phí khám chữa bệnh của đối tượng do vậy số lượng đối tượng tham gia BHYT ngày càng tăng lên.

Khi tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến

tham gia bảo hiểm y tế của đối tượng, tỷ lệ nam giới có xu hướng tham gia BHYT ít hơn so với nữ giới, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Zhang X và cộng sự tại Vũ Hán, Trung Quốc [2]. Việc nam giới tham gia BHYT ít hơn cũng giải thích được nguyên nhân do sức khỏe lao động tốt hơn so với nữ giới, ngoài ra trong độ tuổi lao động nữ giới thường phải đi khám bệnh do lý do sinh đẻ nên đối mặt với nhiều nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe bản thân. Những người có độ tuổi trên 50 có tỷ lệ tham gia BHYT cao hơn so với nhóm từ 18-34 tuổi, (OR* = 1,6; 95%CI: 1,10 – 2,31 và OR** = 1,6; 95%CI: 1,06 – 2,44), kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Tú Quyên khi những người trong độ tuổi từ 50 trở lên có xu hướng có thể BHYT cao hơn nhiều so với nhóm dưới 50 tuổi [1]. Tỷ lệ tham gia BHYT ở đối tượng có trình độ học vấn từ THPT trở lên cao hơn so với nhóm chưa qua đào tạo, (OR* = 2,3; 95%CI: 1,05 – 4,79 VÀ OR** = 2,6; 95%CI: 1,13 – 5,95), điều này cũng cho thấy không chỉ cho đối tượng tiếp cận được với BHYT, mà phải thay đổi được nhận thức để hiểu được tầm quan trọng và lợi ích khi tham gia BHYT từ đó số lượng người tham gia BHYT sẽ tăng cao. Việc làm và thu nhập của người lao động trong khu vực phi chính thức còn thấp và bấp bênh, đây cũng là một trong những nguyên nhân chính cản trở đến khả năng tham gia BHYT của nhóm đối tượng này [8]. Trong nghiên cứu tại 3 huyện của tỉnh Hà Nam, những người lao động có việc làm như nội trợ tại gia đình, hưu trí có tỷ lệ tham gia BHYT cao hơn so với nhóm làm nông dân (OR* = 2,4; 95%CI: 1,54 – 3,58 và OR** = 2,5; 95%CI: 1,60 – 3,90). Có thể thấy rằng người lao động trong khu vực này thường là những người có trình độ học vấn thấp, nhận thức xã hội còn hạn chế, lao động phần lớn chưa qua đào tạo việc làm không ổn định và có thu nhập thấp. Làm việc thường xuyên trong môi trường không an toàn lao động, độc hại tuy vậy tỷ lệ tham gia BHYT còn thấp có thể thấy rằng kinh tế có yếu tố quan trọng dẫn đến khả năng tham gia hoặc không tham gia đến BHYT của người lao động trong khu vực này. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu tại Long Biên khi những đối tượng có trình độ học vấn thấp và việc làm thiếu ổn định sẽ có xu hướng tham gia BHYT thấp hơn nhóm đối tượng khác [1]. BHYT

là một biện pháp chia sẻ nguy cơ, tránh rủi ro, những tổn thất lớn ngoài sự chịu đựng của mỗi cá nhân. Nguyên tắc tham gia BHYT là chia sẻ gánh nặng kinh tế giữa người khỏe mạnh và người ốm đau phải sử dụng BHYT, tuy vậy cũng có những người chỉ tham gia BHYT khi tình trạng sức khỏe mình gặp phải vấn đề. Trong nghiên cứu này cũng cho thấy những người bị ốm đau thì có tỷ lệ tham gia BHYT cao hơn so với nhóm khỏe mạnh ($OR^* = 3,5$; 95%CI: 2,66 – 4,65 và $OR^{**} = 3,3$; 95% CI: 2,49 – 4,41). Có tới 63,7% người lao động trong khu vực phi chính thức tham gia BHYT vì cảm thấy bản thân có sức khỏe không tốt, thường xuyên đi khám bệnh nên cần phải mua bảo hiểm nhằm giảm tối thiểu kinh phí khám chữa bệnh. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Bùi Thị Tú Quyên tại Long Biên[1] và nghiên cứu của Nguyễn Khánh Phương tại Hải Dương và Bắc Giang.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tham gia BHYT của người lao động trong khu vực phi chính thức ở 3 huyện của tỉnh Hà Nam là 75,6%, tỷ lệ đối tượng sử dụng bảo hiểm y tế khi khám chữa bệnh trên 85%.

Những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến việc tham gia BHYT của đối tượng nghiên cứu bao gồm độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp và có tình trạng ốm đau thường xuyên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Tú Quyên và Nguyễn Thị Kim Ngân (2016)**. Thực trạng bao phủ bảo hiểm y tế và một số yếu tố liên quan ở người lao động phi chính thức quận Long Biên, Hà Nội. Tạp chí Y tế Công cộng, 42, 49–50.
2. **Bärnighausen T., Liu Y., Zhang X., et al. (2007)**. Willingness to pay for social health insurance among informal sector workers in Wuhan, China: a contingent valuation study. BMC Health Serv Res, 7, 114.
3. **Ahmed S., Hoque M.E., Sarker A.R., et al. (2016)**. Willingness-to-Pay for Community-Based Health Insurance among Informal Workers in Urban Bangladesh. PLoS ONE, 11(2).
4. **Bitran, R (2014)**. Universal Health Coverage and the Challenge of Informal Employment: Lessons from Developing Countries. Worldbank Health, Nutrition, and Population (HNP). Discussion Paper.
5. **Wagstaff A., Nguyen H.T.H., Dao H., et al. (2016)**. Encouraging Health Insurance for the Informal Sector: A Cluster Randomized Experiment in Vietnam. Health Econ, 25(6), 663–674.
6. **International Labour Organization (1993)**. Resolutions concerning Statistics of Employment in the Informal Sector Adopted. Paper presented at the The 15th International Conference of Labour Statisticians.
7. **Bộ Y Tế (2013)**. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013, Hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân.
8. **Politi M.C., Kaphingst K.A., Kreuter M., et al. (2014)**. Knowledge of health insurance terminology and details among the uninsured. Med Care Res Rev MCRR, 71(1), 85–98.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ LẤY HUYẾT KHỐI ĐỘNG MẠCH LỚN TUẦN HOÀN NÃO TRƯỚC TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CẤP KÈM ĐẶT STENT ĐỘNG MẠCH CẢNH NGOÀI SỌ CÙNG BÊN

Ngô Văn Ngàn¹, Vũ Đăng Lưu^{2,3}, Nguyễn Quang Anh^{2,3},
Trần Anh Tuấn³, Lê Hoàng Kiên³, Nguyễn Tất Thiện³,
Nguyễn Thị Thu Trang³, Nguyễn Duy Hùng^{2,4}

TÓM TẮT

Mục đích: Điều trị nội mạch lấy huyết khối trên bệnh nhân nhồi máu động mạch lớn tuần hoàn não trước kèm hẹp tắc động mạch cảnh đoạn ngoài sọ cùng bên là một thách thức, khó khăn lớn khi tiếp cận

huyết khối. Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả lấy huyết khối cơ học trên nhóm các bệnh nhân này tại bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 21 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu do tắc động mạch lớn vòng tuần hoàn não trước có hẹp tắc hai vị trí được điều trị đặt stent động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ kết hợp lấy huyết khối cơ học đoạn nội sọ. Các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh, kết quả, biến chứng sau can thiệp và đánh giá hiệu quả phục hồi lâm sàng sau 3 tháng được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $70,9 \pm 10,7$ tuổi với nam giới chiếm 90,5%. Thang điểm NIHSS và ASPECTS lần lượt là $12,6 \pm 3,2$ và $7,8 \pm 1,1$. Tỷ lệ tắc mạch bên phải chiếm 52,4%. Tổn thương nội sọ bao gồm tắc đoạn tận động mạch cảnh trong (47,6%), động mạch não giữa M1 (42,9%), M2 (9,5%). Trong 21 trường hợp can thiệp đặt stent

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

⁴Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Ngàn

Email: ngongan67@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2019

Ngày duyệt bài: 4.9.2019

mạch cảnh đoạn ngoài sọ, ghi nhận không có bệnh nhân nào tắc lại sau can thiệp. Mức độ tái thông mạch nội sọ tốt (TICI 2b-3) chiếm 85,7%, chỉ có 1 trường hợp (4,8%) xuất huyết chuyển dạng có triệu chứng sau can thiệp. Sau điều trị 3 tháng, tỷ lệ phục hồi lâm sàng tốt (mRS ≤ 2) chiếm 47,6%. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điều trị đặt stent động mạch cảnh đoạn ngoài sọ kết hợp lấy huyết khối cơ học nội sọ giai đoạn cấp có hiệu quả tốt với mức độ tái thông và khả năng hồi phục lâm sàng cao trong các trường hợp đột quỵ nhồi máu não do hẹp tắc hai vị trí tại vòng tuần hoàn phía trước. Tỷ lệ chảy máu nội sọ có triệu chứng thấp.

Từ khóa: hẹp tắc cấp hai vị trí, nhồi máu não cấp, lấy huyết khối cơ học.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTIC AND RESULTS OF ENDOVASCULAR TREATMENT IN ACUTE TANDEM ISCHEMIC STROKE

Background and purpose: Tandem occlusion lesion, a major challenge for thromboectomy in a cute anterior circulation strokes is poorly represented in randomized trials. This study demonstrates the finding of thromboectomy in tandem occlusion at Bạch Mai Hospital. **Methods:** This study was an analysis of 21 patients with acute tandem ischemic strokes who received endovascular treatment. Data of clinical parameters, imaging and angiographic results, periprocedural complication and results after 3 months were collected and analyzed. **Result:** The mean age of patients was 70.9 ± 10.7 years, and males accounted for 90,5%. The NIHSS and ASPECTS baseline were 12.6 ± 3.2 and 7.8 ± 1.1 , respectively, with occlusive side was 52.4% on the right. In total, extracranial ICA stenosis lesion was discovered in combination with T-ICA (47.6%), M1 (42.9%), M2 (9.5%). There were 21 carotid stent deployment in acute stage but no re-occlusion was recorded. The good revascularization (TICI 2b-3) was achieved in 85.7% patient, while symptomatic hemorrhage was seen 1 case (4.8%). 3 months after treatment, patients with favorable clinical outcome (mRS ≤ 2) accounted for 47.6%. **Conclusion:** our study determined a promising outcome with reasonable good recanalization and clinical recovery for endovascular thromboectomy in tandem ischemic stroke.

Keywords: Tandem occlusion; acute ischemic stroke; thromboectomy; endovascular treatment; .

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ cấp do tắc hai vị trí được định nghĩa là tổn thương hẹp tắc mạn tính động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ (có thể hình thành huyết khối mới tại chỗ hoặc không) kết hợp huyết khối tắc mạch cấp đoạn nội sọ (thường gặp đoạn tận động mạch cảnh trong hoặc não giữa đoạn M1) [1]. Đây được coi là yếu tố tiên lượng kém trong điều trị thiếu máu não cấp tính. Can thiệp nội mạch, sau các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng, đã chứng minh được vai trò trong tái thông với các trường hợp tắc mạch máu lớn nội

sọ [2]. Tuy nhiên, với các tổn thương kết hợp hẹp tắc động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ, chiến lược điều trị vẫn còn nhiều tranh cãi, đặc biệt trong các trường hợp cần đặt stent giai đoạn cấp với đoạn gốc động mạch cảnh trong. Sau đây chúng tôi chia sẻ kinh nghiệm ban đầu về điều trị nhóm bệnh nhân đột quỵ cấp do tắc mạch lớn nội sọ tuần hoàn não trước kèm hẹp tắc mạn tính động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ cùng bên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

a. Tiêu chuẩn lựa chọn: Dựa trên khuyến cáo của Hội Tim mạch và Đột quỵ Hoa Kỳ (AHA/ASA) năm 2018 bao gồm: (1) Tuổi ≥ 18 ; (2) có bằng chứng tắc cấp đoạn nội sọ động mạch lớn tuần hoàn não trước kết hợp hẹp tắc mạn tính động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ cùng bên trên phim chụp, (3) thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng khởi phát đến kết thúc can thiệp trong vòng 6 giờ, (4) điểm NIHSS ≥ 6 , (5) điểm mRS trước đột quỵ ≤ 2 , (6) gia đình đồng ý thực hiện thủ thuật.

b. Quy trình can thiệp nội mạch: Bệnh nhân được sử dụng kết hợp thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch (nếu không có chống chỉ định trong vòng 4,5 giờ đầu sau khởi phát) và gây mê nội khí quản. Can thiệp được tiến hành trên máy Allura một bình diện của hãng Phillips. Đặt Sheath 8F vào động mạch đùi chung, sử dụng 2500 đơn vị Heparin, sau đó đưa guiding catheter (Neuron Max 088, Stryker hoặc Corail 8F, Balt) lên đoạn tận động mạch cảnh chung. Tiến hành chụp xác định vị trí hẹp tắc ngoài sọ. Đối với các trường hợp hẹp khít $\geq 90\%$ chúng tôi tiến hành đặt stent (Wallstent, Boston hoặc Protégé, Medtronic) động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ. 1000 đơn vị Heparin qua mỗi đường động và tĩnh mạch được sử dụng thêm tại thời điểm này. Nong bóng (Sterling, Medtronic) có thể thực hiện kết hợp trước hoặc sau khi đặt stent. Sau đó, đưa guiding catheter qua vị trí stent mạch cảnh và chụp kiểm tra đánh giá vị trí huyết khối nội sọ. Can thiệp lấy huyết khối cơ học bằng phương pháp hút đơn thuần (Sofia, Microvention/ACE, Penumbra), sử dụng stent (Solitaire 2, FR/Trevo Provue) hoặc kết hợp (phương pháp Solumbra) tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể. Sau can thiệp, bệnh nhân được tiếp tục hồi sức tại khoa cấp cứu. Trong vòng 18-24h tiếp theo, bệnh nhân được theo dõi sát lâm sàng, không dùng thêm chống đông và chụp CT/MRI kiểm tra lại. Nếu không có xuất huyết sẽ sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu

cầu kép (75mg Plavix và 100mg Aspergic) đường uống trong vòng 3 tháng; trường hợp có xuất huyết nhỏ (HI 1, 2) có thể dùng chống ngưng tập tiểu cầu đơn dòng. Ngược lại, nếu xuất huyết nhu mô (PH 1, 2) sẽ không được dùng chống đông cho đến lần đánh giá hình ảnh tiếp theo.

c. Tiêu chuẩn đánh giá: Mức độ tái thông tốt khi thang điểm TICI $\geq 2b$. Các xuất huyết chuyển dạng được đánh giá theo phân loại theo Heidelberg. Mức độ hồi phục lâm sàng sớm khi điểm NIHSS giảm ≥ 4 hoặc NIHSS = 0,1 trong 24h sau can thiệp. Khả năng hồi phục lâm sàng tốt khi mRS ≤ 2 sau 90 ngày.

2. Phương pháp. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc nhóm các bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu não cấp do tổn thương tắc hai vị trí, sau đó được điều trị đặt stent động mạch cảnh cấp đoạn ngoài sọ và lấy huyết khối cơ học đoạn nội sọ trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2019 tại Trung tâm điện quang Bệnh viện Bạch Mai.

3. Phân tích số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20, các thuật toán được áp dụng để tính tỷ lệ, giá trị trung bình, phương sai và độ lệch chuẩn. Việc kiểm định kết quả can thiệp bằng test Fisher-test, khi-bình phương, và t-student test.

4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ tất cả các tiêu chuẩn về đạo đức trong nghiên cứu, bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu, các thông tin được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

21 bệnh nhân nghiên cứu bao gồm 19 bệnh nhân nam (90,5%) và 2 bệnh nhân nữ (9,5%); tuổi trung bình là 70,9, chủ yếu trên 70 tuổi. Tổn thương bên phải chiếm 52,4%. Trong các trường hợp huyết khối nội sọ, tắc đoạn tận động mạch cảnh trong chiếm 47,6%, động mạch não giữa M1 42,9% và M2 là 9,5%. Thang điểm NIHSS và ASPECTS tại thời điểm vào viện lần lượt là 12,6

$\pm 3,2$ và $7,8 \pm 1,1$. Thời gian từ khi khởi phát tới khi vào viện trung bình là $229,3 \pm 245,7$ phút, thời gian tái thông trung bình $60,1 \pm 23,3$ phút. Thuốc tiêu sợi huyết (rtPA) đường tĩnh mạch (TM) được sử dụng kết hợp trong 52,4% trường hợp. Bảng 1 liệt kê các đặc điểm về lâm sàng, hình ảnh, phương pháp điều trị của nhóm nghiên cứu trong khi bảng 2 đưa ra so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác trên thế giới.

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu.

Tuổi (năm)	70,9 $\pm$ 10,7
Giới, nam (%)	90,5%
NIHSS nhập viện	12,6 $\pm$ 3,2
ASPECT nhập viện	7,8 $\pm$ 1,1
Bên tắc, phải (%)	52,4%
Vị trí tắc	
Đoạn tận động mạch cảnh trong	10 (47,6%)
Động mạch não giữa M1	9 (42,9%)
Động mạch não giữa M2	2 (9,5%)
Thời gian trung bình nhập viện (phút)	229,3 $\pm$ 245,7
Kết hợp tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch	52,4%
Phương pháp lấy huyết khối	
Sử dụng stent	12 (57,1%)
Hút đơn thuần	5 (23,8%)
Solubra	4 (19,1%)

Kỹ thuật đặt stent mạch cảnh ngoài sọ trên 21 bệnh nhân đều được thực hiện thành công trong đó Wallstent (Boston) được sử dụng nhiều nhất (52,1%). Kích thước stent được chọn chủ yếu là cỡ 7/30 trong khi Đường kính bóng nong lựa chọn phần lớn là 6mm (52,4%). Mức độ tái thông mạch tốt (TICI 2b-3) ngay sau can thiệp chiếm tỷ lệ 85,7%, trong đó hút huyết khối đơn thuần 23,8%, sử dụng stent đơn thuần 57,1% và phương pháp kết hợp (Solubra) được thực hiện 4 lần (19,1%).

Bảng 2. So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác.

Nghiên cứu	N	Tuổi	Nam (%)	rtPA TM (%)	NIHSS vào viện	Khởi phát $\rightarrow$ vào viện (phút)	Vị trí tắc ĐM nội sọ		
							Cảnh trong	M1	M2
Chúng tôi, 2019	21	70	90	52	13	229	48	43	9
Ranggel-Catstilla, 2017	45	64	27	15	14	139	18	20	7
Mpotsaris, 2017	63	66	44	39	19	212	19	35	9
Lockau, 2015	37	63	27	20	17	-	15	19	3
Grigoryan, 2016	100	64	64	40	17	438	32	53	9

Sau can thiệp 24 giờ, điểm NIHSS giảm từ 4 điểm trở lên chiếm tỷ lệ 57,1%. Tỷ lệ chảy máu não trong nghiên cứu là 23,8% tuy nhiên chỉ có 1 ca chảy máu não có triệu chứng (4,8%). Sau 90 ngày mức độ hồi phục lâm sàng tốt (mRS 0-2) chiếm tỷ lệ 47,6%. Chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào tái tắc stent mạch cảnh ngoài sọ và không có bệnh nhân tử vong.

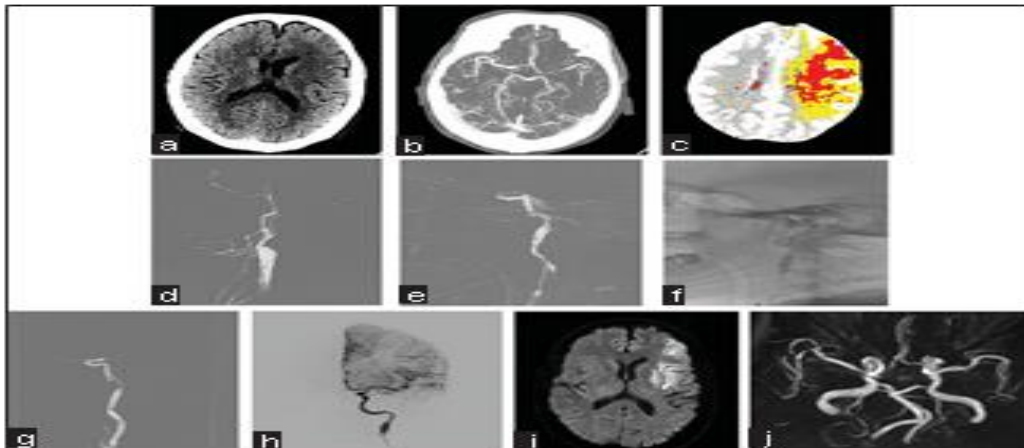
Bảng 3. So sánh hiệu quả can thiệp của chúng tôi với các tác giả khác

	Chúng tôi (N= 21)	Rangel- Catstilla (N=45)	Mpotsaris N=63	Lockau N=37
Tái thông tốt TICI 2b-3 (%)	18 (85,7)	39 (87)	55 (87)	27 (73)
Thời gian tái thông (phút)	60,1	81	118	55,6
ASPECT sau 24h	6,3	6,2	-	6,7
mRS≤2 sau 3 tháng (%)	10 (47,6)	22 (49)	29 (46)	17 (45,9)
Chảy máu triệu chứng (%)	1 (4,8)	2 (4,4)	3 (5)	2 (5,4)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 19/21 bệnh nhân là nam giới chiếm (90,5%), kết quả này tương đương với nghiên cứu Rodrigues (11/12 bệnh nhân nam) [3]. Điều này có thể giải thích do nam giới có lối sống và sử dụng các chất có hại cho cơ thể như rượu bia, thuốc lá, ít vận động... là các yếu tố nguy cơ dẫn đến xơ vữa mạch cảnh. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 70,9 tương đương với kết quả của Mpotsaris (69), thấp hơn các nghiên cứu của Mai Duy Tôn (60,9), Vũ Đăng Lưu (56,6) [4] [5] [6]. Thời gian trung bình từ khi khởi phát triệu chứng tới khi chụp MSCT trong nghiên cứu là

161,7 ± 98,6 phút. Tỷ lệ tắc động mạch cảnh trong là 47,6%, động mạch não giữa đoạn M1 là 38,1%, đoạn M2 là 9,5%, động mạch não trước 4,8% kết quả này tương đương của Lockau khi tỷ lệ tắc động mạch cảnh trong nội sọ chiếm đa số [7]. Điểm NIHSS trung bình tại thời điểm vào viện là 12,6 ± 3,2 và sau can thiệp 24 giờ là 9,7 ± 4,0, sự giảm này có ý nghĩa thống kê chứng tỏ hiệu quả điều trị tốt, ghi nhận có sự hồi phục chức năng thần kinh. Ngoài ra, 12/21 trường hợp có điểm NIHSS giảm ≥ 4 điểm (mức giảm có ý nghĩa), chiếm tỷ lệ 57,1%. 9/21 trường hợp có điểm NIHSS không giảm trên 4 điểm hoặc tăng lên (42,9%).

**Hình 1. Minh họa ca lâm sàng.**

Bệnh nhân nam 59T, đột quỵ giờ thứ 3, được điều trị đặt stent mạch cảnh đoạn ngoài sọ và lấy huyết khối đoạn trong sọ. Điểm NIHSS nhập viện 20. Hình (a,b,c) nhồi máu cấp trên CT do tắc động mạch cảnh trong và não giữa M1 trái với ASPECT 7 điểm – Thể tích lõi/ vùng nguy cơ = 54/116 ml. Hình (d,e) tắc mạch hai vị trí được khẳng định trên DSA, Hình (f) stent mạch cảnh trái và (g,h) tái thông TICI 3 động mạch não giữa M1 trái sau hút huyết khối đơn thuần, Hình (i,j) chụp MRI theo dõi sau 24h trên TOF 3D tái thông hoàn toàn. Mức độ hồi phục lâm sàng sau 90 ngày mRS = 2.

Theo Mazighi M, thời gian đạt tái thông mạch máu càng ngắn thì tỷ lệ đạt kết quả hồi phục

lâm sàng tốt (mRS 0-2) càng cao [8]. Thời gian tái thông trung bình của nghiên cứu chúng tôi là 60,1 phút, kết quả này tương đương với Lockau (58 phút), tốt hơn nghiên cứu của Rangel-Catstilla (71 phút). Tỷ lệ tái thông tốt (TICI 2b-3) của nhóm nghiên cứu là 85,6%, trong đó tái thông hoàn toàn (TICI 3) là 38,1%, kết quả cao hơn của Lockau (73%), Yang D (78,3%) nhưng thấp hơn của Rangel-Catstilla (87%), Grigoryan (88%)[7]. Kết quả bệnh nhân hồi phục lâm sàng tốt (mRS 0-2) là (47,6%) tương đương nghiên cứu của Mpotsaris (46%), cao hơn Grigoryan (41%)[4]. Điều này cho thấy đặt stent mạch cảnh đoạn ngoài sọ kết hợp can thiệp lấy huyết khối nội sọ giai đoạn cấp là một kỹ thuật khả thi,

có nhiều triển vọng. Ngoài ra, thời gian thực hiện thủ thuật đảm bảo tái lập tưới máu não trong giới hạn cho phép, dòng chảy được duy trì ổn định cả tuần hoàn trong và ngoài sọ (do đặt stent) dẫn đến hồi phục lâm sàng khả quan, giảm nguy cơ nhồi máu tái diễn do tái hẹp tắc hoặc hình thành huyết khối mới tại tổn thương ngoài sọ.

Chảy máu não có triệu chứng là biến chứng được lo ngại nhất sau điều trị, đặc biệt là trong nghiên cứu, có sử dụng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch và tăng liều chống đông khi can thiệp đặt stent mạch cảnh giai đoạn cấp. Nghiên cứu của chúng tôi có 5/21 trường hợp chảy máu não, chiếm tỷ lệ 23,8% tuy nhiên chỉ 1/5 trường hợp (4,8%) là xuất huyết có triệu chứng. Bệnh nhân này cũng có kết quả hồi phục lâm sàng không tốt (mRS=4) sau 90 ngày. Tỷ lệ chảy máu não có triệu chứng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Mpotsaris (4,8%) [4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điều trị kết hợp lấy huyết khối cơ học nội sọ với đặt stent động mạch cảnh đoạn ngoài sọ có hiệu quả tốt với mức độ tái thông và khả năng hồi phục lâm sàng cao trong các trường hợp đột quỵ nhồi máu não vòng tuần hoàn phía trước. Tỷ lệ chảy máu não nội sọ có triệu chứng sau điều trị thấp và không có trường hợp nào phát hiện tái hẹp tắc sau đặt stent mạch cảnh giai đoạn cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim Y.S., Garami Z., Mikulik R., et al. (2005). Early recanalization rates and clinical outcomes in patients with tandem internal carotid artery/middle cerebral artery occlusion and isolated middle cerebral artery occlusion. *Stroke*, **36**(4), 869–871.
2. Goyal M., Menon B.K., van Zwam W.H., et al. (2016). Endovascular thrombectomy after large-vessel ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from five randomised trials. *Lancet*, **387**(10029), 1723–1731.
3. Rodrigues M., Cunha A., Figueiredo S., et al. (2018). Emergent carotid artery stenting in atherosclerotic disease of the internal carotid artery with tandem intracranial occlusion. *J Neurol Sci*, **387**, 196–198.
4. Mpotsaris A., Kabbasch C., Borggrefe J., et al. (2017). Stenting of the cervical internal carotid artery in acute stroke management: The Karolinska experience. *Interv Neuroradiol*, **23**(2), 159–165.
5. Mai Duy Tôn (2012). Đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong vòng 3 giờ đầu bằng thuốc điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch Alteplase liều thấp. Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
6. Vũ Đăng Lưu, Nguyễn Quang Anh (2015). Kết quả của phương pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học stent Solitaire trong điều trị nhồi máu não tối cấp. *Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học*, **2**, 33–40.
7. Lockau H., Liebig T., Henning T., et al. (2015). Mechanical thrombectomy in tandem occlusion: procedural considerations and clinical results. *Neuroradiology*, **57**(6), 589–598.
8. Mazighi M., Spiotta A., Alawieh A., et al. (2019). Effect of extracranial lesion severity on outcome of endovascular thrombectomy in patients with anterior circulation tandem occlusion: analysis of the TITAN registry. *J Neurointerv Surg*.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG ĐAU THẮT LƯNG CỦA BỘ ĐỘI TĂNG, THIẾT GIÁP TẠI TRƯỜNG TRUNG CẤP KỸ THUẬT TĂNG THIẾT GIÁP

Trần Ngọc Tiến¹, Phạm Hữu Sơn², Nguyễn Văn Bằng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng đau thắt lưng (ĐTL) ở bộ đội làm việc trên xe tăng, thiết giáp phải tiếp xúc với rung toàn thân trong tư thế bắt buộc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nhóm chủ cứu (78 quân nhân thường xuyên trực tiếp lao động trên các loại xe tăng, thiết giáp); nhóm đối chứng (59 quân nhân lao động tại các vị trí khác). Nghiên cứu mô tả

cắt ngang, có so sánh. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ ĐTL trong 12 tháng ở nhóm chủ cứu (84,6%), cao gấp 8 lần so với nhóm đối chứng ($p < 0,001$). Tỷ lệ ĐTL bán cấp và mãn tính (> 3 tháng/năm) ở nhóm chủ cứu (48,5%) cao hơn nhóm đối chứng 20,8% ($p < 0,05$). Tỷ lệ ĐTL từ 1 - 7 tuần/đợt, > 7 tuần/đợt ở nhóm chủ cứu cao hơn so với nhóm đối chứng. Tần số ĐTL ở nhóm chủ cứu ở mức 3: trên 5 đợt/năm (27,3%) và mức 4: đau liên tục (24,2%) cao hơn nhóm đối chứng. Mức độ ĐTL ở nhóm chủ cứu: mức 2, mức 3, mức 4 đều cao hơn nhóm đối chứng. ĐTL phải nghỉ việc ở nhóm chủ cứu (81,8%) cao hơn nhóm đối chứng (54,2%) với $p < 0,05$ và $OR = 3,8$. Thời điểm xuất hiện ĐTL của nhóm chủ cứu chủ yếu là trong lúc làm việc (77,3%) và sau ngày làm việc (75,6%) cao hơn so với nhóm đối chứng với $p < 0,05$. Ở nhóm chủ cứu, tỷ lệ có dấu hiệu Lasegue (+) (28,8%), điểm đau Valleix (+) (12,1%) cao hơn nhóm đối chứng. Độ giãn CSTL ở nhóm chủ cứu (3,21cm) nhỏ hơn nhóm đối

¹Viện Y học dự phòng Quân đội - Cục Quân y

²Bệnh chủng Tăng, Thiết giáp

³Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bằng

Email: bangnvbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

chứng (3,9cm) với $p < 0,001$. Điểm trung bình chỉ số khuyết tật Oswestry Disability Index (ODI) do ĐTL gây ra: ở nhóm chủ cứu (33,7) cao hơn nhóm đối chứng (23,2) với $p < 0,001$. Ở nhóm chủ cứu, hình ảnh phim X.Quang bất thường (84,4%) cao hơn nhóm đối chứng (59,5%) ($p < 0,01$), hình ảnh có thoái hóa đốt sống ở nhóm chủ cứu (79,7%) cao hơn nhóm đối chứng (54,8%) ($p < 0,05$). Hình ảnh lún, xẹp đốt sống chỉ gặp ở nhóm chủ cứu. **Kết luận:** Ở nhóm chủ cứu, ĐTL chiếm tỷ lệ 84,6%; ĐTL bán cấp và mãn tính 48,5%; tần số ĐTL chủ yếu ở mức 2, mức 3 và mức 4; mức độ ĐTL ở mức 2, mức 3, một số ở mức 4; ĐTL phải nghỉ việc chiếm 81,8 %. Thời điểm xuất hiện ĐTL của nhóm chủ cứu chủ yếu là trong lúc làm việc và sau ngày làm việc. Hình ảnh phim X-quang bất thường 84,4%; có thoái hóa đốt sống (79,7%); lún, xẹp đốt sống (4,7%) cao hơn nhóm chứng.

Từ khóa: đau thắt lưng, bộ đội tăng thiết giáp.

SUMMARY

SITUATION LOW BACK PAIN AMONG MILITARY ARMoured VEHICLE DRIVERS IN TECHNICAL SECONDARY SCHOOL FOR ARMoured VEHICLES

Objects: Describing the situation of low back pain (LBP) in soldiers working on tanks, armored must be exposed with whole body vibration in obligatory posture. **Subjects and methods:** the target group (78 soldiers who regularly work on tanks and armored vehicles); control group (59 soldiers working in other positions). Descriptive cross-sectional study, comparison. **Results:** The rate of LBP in the last 12 months in the target group (84,6%), is 8 times higher than the control group ($p < 0,001$). The rate of subacute and chronic LBP (> 3 months / year) in the target group (48,5%) is higher than the control group 20,8% ($p < 0,05$). The rate of LBP is 1 - 7 weeks / time, > 7 weeks / time in the target group is higher than in the control group. The frequency of LBP in the target group, at level 3: above 5 times/ year (27,3%) and level 4: continuous pain (24,2%) is higher than the control group. The level of LBP in the target group: level 2, level 3, level 4 are higher than the control group. LBP had to quit work in the target group (81.8%) is higher than the control group (54.2%) with $p < 0.05$ and OR = 3.8. The time of appearance of LBP of the target group is mainly when working (77.3%) and after working day (75.6%) are higher than the control group with $p < 0.05$. In the target group, the rate of signs Lasegue (+) (28.8%), signs Valleix (+) (12.1%) is higher than the control group. The elongation of lumbar spine in the target group (3.21cm) is lower than the control group (3.9cm) with $p < 0.001$. Average score of Oswestry Disability Index (ODI): in the target group (33.7) is higher the control group (23.2) with $p < 0.001$. In the target group, the abnormal X-ray image (84.4%), higher than the control group (59.5%) ($p < 0.01$); degenerative vertebral image (79.7%) is higher than the control group (54.8%) ($p < 0.05$); subsidence and collapse vertebral only in the target group. **Conclusions:** In the target group: the rate of LBP is (84.6%), the rate of subacute and chronic LBP is 48.5%; the frequency of LBP is at level 2, level 3 and

level 4; The level of LBP is at level 2, level 3, some is in level 4; LBP must quit work is 81.8%. The time appear of LBP in the target group is during working and after working days. X-ray image is abnormal 84.4%; with degenerative vertebral (79.7%); subsidence vertebral and collapse vertebral (4.7%) are higher than the control group..

Key words: low back pain, military armoured vehicle drivers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ề kíp làm việc trên tăng, xe thiết giáp gồm: trường xe, lái xe, nạp đạn, pháo thủ và chiến đấu viên; cụ thể từng loại xe thì có các ê kíp khác nhau. Qua thực tiễn khám sức khỏe định kỳ cho bộ đội tăng thiết giáp, thấy rằng tình trạng đau cột sống thắt lưng (CSTL) do yếu tố rung xóc và tư thế lao động bắt buộc trong không gian chật hẹp khiến bộ đội phải dùng thuốc, thậm chí phải nằm viện điều trị xảy ra thường xuyên. Trên thế giới và trong nước đã có nghiên cứu cho thấy tình trạng đau thắt lưng (ĐTL) ở người lao động do tiếp xúc nghề nghiệp với yếu tố rung trong tư thế làm việc bắt buộc như lái xe quân sự, lái xe nặng, lái xe tải, lái trục thẳng, lái xe bus...[1],[2]. Ở Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá tình trạng ĐTL của bộ đội TTG. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả thực trạng đau thắt lưng ở bộ đội làm việc trên xe tăng, thiết giáp tại Trường Trung cấp Kỹ thuật Tăng Thiết giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhóm chủ cứu: Chọn toàn bộ 78 quân nhân thường xuyên trực tiếp lao động trên các loại xe tăng, thiết giáp (lái xe, trường xe, pháo thủ, nạp đạn). Nhóm đối chứng: 59 quân nhân lao động tại các vị trí khác (thợ sửa chữa, chính trị, hậu cần, quân y, doanh trại) hàng ngày không trực tiếp làm việc trên xe tăng, thiết giáp.

- Địa điểm: Trường Trung cấp Tăng Thiết giáp (tỉnh Vĩnh Phúc).

- Thời gian: từ tháng 12 năm 2017 đến tháng 8 năm 2019.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, có so sánh.

2.2. Thu thập số liệu về đau thắt lưng

*Đánh giá các đặc điểm của ĐTL theo phương pháp Meyer.J.P sử dụng bộ câu hỏi của Ủy ban nghiên cứu ĐTL quốc tế (Low back pain initiative, WHO/NCD [3]).

- Mức độ đau chia làm 5 mức:

+ Đau nhẹ (cảm giác tức, mỏi, chưa ảnh hưởng đến sinh hoạt cá nhân).

+ Đau vừa (đau mỗi nhức vùng thắt lưng, đi lại hạn chế).

+ Rất đau (đau khó chịu vùng thắt lưng, đi lại sinh hoạt bị hạn chế, cần người khác giúp đỡ).

+ Đau bất động (đau không dám thay đổi tư thế, kiểu đau thần kinh tọa - lan xuống gối).

+ Đau dữ dội (nằm yên vẫn đau nhức).

- Thời gian ĐTL tính theo số tuần/đợt: Mức 1: dưới 1 tuần/đợt; mức 2: 1-7 tuần/đợt; mức 3: Trên 7 tuần/ đợt.

- Tần số ĐTL: Mức 1: 1 đợt/1năm; Mức 2: 1 - 5 đợt/1 năm; Mức 3: trên 5 đợt/1năm; Mức 4: Đau liên tục.

- Thời gian nghỉ việc do ĐTL: Mức 1: dưới 7 ngày; Mức 2: 7 -14 ngày; Mức 3: 15 - 30 ngày;

Mức 4: trên 30 ngày.

- Điều kiện xuất hiện ĐTL: Trong lúc làm việc, sau ngày làm việc, sau mang vác nặng, vận động bất thường cột sống, thay đổi thời tiết.

*Đánh giá mức độ thực hiện các chức năng trong sinh hoạt: Câu hỏi Oswestry Disability[4].

*Dấu hiệu thực thể (khám tại thời điểm điều tra)

- Các nghiệm pháp, dấu hiệu: nghiệm pháp Schober (độ giãn CSTL), dấu hiệu Lasègue, điểm đau Valleix.

- Cận lâm sàng: Chụp phim X quang CSTL tư thế thẳng và nghiêng.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

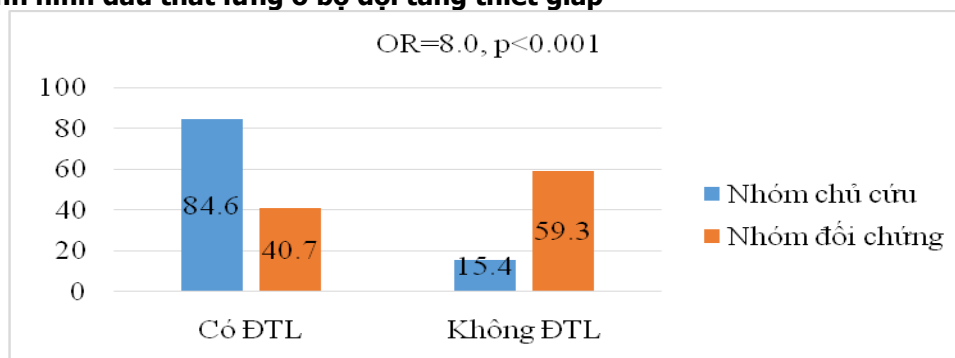
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi đời, tuổi nghề của 2 nhóm nghiên cứu

Chỉ số		Nhóm chủ cứu (n=78)	Nhóm chứng (n=59)	p
Tuổi đời	$\bar{X} \pm SD$	38,1 $\pm$ 5,2	37,8 $\pm$ 5,5	>0,05
Tuổi nghề	$\bar{X} \pm SD$	18,7 $\pm$ 4,9	18,8 $\pm$ 5,3	>0,05

Bảng 1 cho thấy: Tuổi đời, tuổi nghề của nhóm chủ cứu và nhóm đối chứng khác biệt không có ý nghĩa ($p>0,05$).

3.2. Tình hình đau thắt lưng ở bộ đội tăng thiết giáp



Hình 1. So sánh tỷ lệ đau thắt lưng ở 2 nhóm nghiên cứu

Hình 1 cho thấy: Tỷ lệ ĐTL trong 12 tháng ở nhóm chủ cứu (84,6%) cao hơn nhóm đối chứng (40,7%) với $p<0,05$, nguy cơ ĐTL cao gấp 8,0 lần nhóm chứng. Nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Rozali A và cộng sự (2009) nghiên cứu về ĐTL liên quan đến rung động toàn thân giữa những người điều khiển xe bọc thép quân sự ở Malaysia (ĐTL 81,7%)[1]; cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Toán và cộng sự (2004) về ĐTL của công nhân lái xe tải, xe máy thi công trên 20 tấn (72,2% và nguy cơ $OR=5,7$) [5]. Nghiên cứu của Bongers và cộng sự (1990) tìm hiểu về ĐTL và rung toàn thân ở các nam phi công, thấy ĐTL gấp 9 lần nhóm chứng.

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ đau thắt lưng theo nhóm tuổi đời

Nhóm tuổi đời	Nhóm chủ cứu (78)			Nhóm đối chứng(59)			p
	n	Có ĐTL		n	Có ĐTL		
		SL	%		SL	%	
≤ 30	5	2	40	5	0	0	-
31- 40	39	33	84,6	29	9	31,0	<0,05
≥41	34	31	91,2	25	15	60,0	<0,05
Tổng	78	66	84.6	59	24	40.7	

Kết quả bảng 2 cho thấy: Tỷ lệ ĐTL tăng dần theo lứa tuổi đời; tỷ lệ ĐTL ở nhóm tuổi từ 31 đến 40 và trên 41 đều lớn hơn nhóm chứng với $p<0,05$.

Bảng 3. Thời gian có triệu chứng đau thắt lưng ở bộ đội

Thời gian mắc	Nhóm	Nhóm chủ cứu	Nhóm đối chứng	Tổng số	p
		n = 66	n = 24	n = 90	
≤ 3 tháng (cấp tính)	SL	34	19	53	< 0,05
	%	51,5	79,2	58,9	
> 3 tháng (bán cấp, mãn tính)	SL	32	5	37	
	%	48,5	20,8	41,1	

Bảng 3 cho thấy: Ở nhóm chủ cứu tỷ lệ ĐTL cấp tính với bán cấp và mãn tính xấp xỉ nhau. (51,5% và 48,5%). Nhưng ở nhóm đối chứng, chủ yếu là những cơn ĐTL cấp tính (79,2%), khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. ĐTL mãn tính ở nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của Frymoyer (5%)[6].

Bảng 4. Thời gian mỗi đợt đau thắt lưng trên bộ đội

Thời gian ĐTL/đợt đau	Nhóm chủ cứu		Nhóm chứng		Tổng số		p
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	
Dưới 1 tuần	28	42,4	17	70,8	45	50	>0,05
1 tuần – 7 tuần	21	31,8	7	29,2	28	31,1	>0,05
> 7 tuần	17	25,8	0	0	17	18,9	-
Tổng số ĐTL	66	100	24	100	90	100	

Từ bảng 4 cho thấy: ĐTL của các quân nhân chủ yếu là đau dưới 1 tuần/ đợt (42,4% ở nhóm chủ cứu và 70,8 % ở nhóm đối chứng. Và tỷ lệ ĐTL từ 1 – 7 tuần/đợt, >7 tuần/ đợt ở nhóm chủ cứu cao hơn so với nhóm đối chứng. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Toán và cộng sự [5] thì tỷ lệ ĐTL dưới 1 tuần/ đợt là 71,9%, từ 1-7 tuần/ đợt là 18,5% và trên 7 tuần/đợt là 9,6%.

Bảng 5. Tần số đau thắt lưng (đợt/năm) trên bộ đội.

Tần số ĐTL (đợt đau/năm)	Nhóm chủ cứu		Nhóm đối chứng		Tổng số	
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
Mức 1: 1 đợt/năm	3	4,5	3	12,5	6	6,7
Mức 2: 2-5 đợt/năm	29	43,9	16	66,7	45	50
Mức 3: trên 5 đợt/năm	18	27,3	5	20,8	23	25,6
Mức 4: Đau liên tục	16	24,2	0	0	16	17,8
Tổng số	66	100	24	100	90	100

Ở nhóm chủ cứu tần số xuất hiện ĐTL ở mức 2: 2-5 đợt/năm (43,9 %) thấp hơn nhóm chứng (66,7%); mức 3: trên 5 đợt/năm chiếm 27,3% và mức 4 đau liên tục chiếm 24,2% cao hơn nhóm chứng. Kết quả này có có phần cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Toán và cộng sự [5], tần số ĐTL mức 3:15,4%, mức 4: 20,4%.

Bảng 6. Mức độ đau thắt lưng ở bộ đội tăng thiết giáp

Mức độ ĐTL	Nhóm chủ cứu (66)		Nhóm đối chứng (24)		Tổng số (90)		P
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	
Mức 1	7	10,6	13	54,2	20	22,2	< 0,05
Mức 2	40	60,6	10	41,7	50	55,6	< 0,05
Mức 3	16	24,2	1	4,2	17	18,9	-
Mức 4	3	4,5	0	0	3	3,3	-
Mức 5	0	0	0	0	0	0	-
Tổng số	66	100	24	100	90	100	

Bảng 6 cho thấy: Ở nhóm chủ cứu: đau mức độ 1 (10,6%) thấp hơn nhóm chứng (54,2%) với $p < 0,05$; đau mức độ 2 (60,6%), mức độ 3 (24,2%), mức độ 4 (4,5%) đều cao hơn nhóm chứng. Kết quả này có sự khác biệt với với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Toán và cộng sự [5], ĐTL chủ yếu ở mức 1(53,5%) và mức 2(34,6%).

Bảng 7. Thời gian nghỉ việc do đau thắt lưng trong 1 năm

Mức độ nghỉ	Nhóm	Nhóm chủ cứu(66)		Nhóm đối chứng(24)		OR	p
		SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)		
- Không nghỉ		12	18,2	11	45,8	3,8 (1,4-10,5)	<0,05
- Có nghỉ		54	81,8	13	54,2		
+Mức 1: dưới 7 ngày		23/54	42,6	10/13	76,9	-	-
+Mức 2: 7-14 ngày		21/54	38,9	3/13	23,1	-	-

+Mức 3: 15-30 ngày	6/54	11,1	0	0	-	-
+Mức 4: trên 30 ngày	4/54	7,4	0	0	-	-

Từ bảng 7 cho thấy: ĐTL phải nghỉ việc ở nhóm chủ cứu (81,8%) cao hơn nhóm chứng (54,2%) với $p < 0,05$, nguy cơ nghỉ việc cao gấp 3,8 lần nhóm chứng, chủ yếu họ nghỉ việc mức 1 và mức 2. Nghỉ việc mức 3, mức 4 chỉ có ở nhóm chủ cứu. Kết quả này cao hơn nghiên cứu Nguyễn Thị Toán và cộng sự [5], ĐTL phải nghỉ việc chỉ là 20,4%.

Bảng 8. Thời điểm xuất hiện đau thắt lưng ở quân nhân

Thời điểm xuất hiện	Nhóm chủ cứu(66)		Nhóm đối chứng(24)		OR	p
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)		
Trong lúc làm việc	51	77,3	9	37,5	5,7	$< 0,05$
Sau ngày làm việc	50	75,6	9	37,5	5,2	$< 0,05$
Sau mang vác nặng	40	60,6	16	66,7	-	$> 0,05$
Vận động bất thường CSTL	31	46,9	7	29,2	-	$> 0,05$
Thay đổi thời tiết	29	43,9	6	25	-	$> 0,05$

Bảng 8 cho thấy: Thời điểm xuất hiện ĐTL ở nhóm chủ cứu chủ yếu trong lúc làm việc (77,3%), sau ngày làm việc (75,6%) cao hơn ở nhóm đối chứng với $p < 0,05$, có nguy cơ bị ĐTL trong lúc làm việc và sau ngày làm việc gấp lần lượt 5,7 và 5,2 lần quân nhân thuộc nhóm chứng. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Toán(ĐTL trong lúc làm việc 21,9%). So với nghiên cứu ở công nhân may, tỷ lệ ĐTL xuất hiện trong ca lao động và sau ca làm việc là 98% [7].

Bảng 9. Dấu hiệu Lasegue, điểm đau Valleix ở 2 nhóm có đau thắt lưng

Dấu hiệu	Nhóm chủ cứu (66)		Nhóm đối chứng (24)	
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
Dấu hiệu Lasegue (+)	19	28,8	4	16,7
Điểm đau Valleix (+)	8	12,1	2	8,3

Từ bảng 9 cho thấy: Tại thời điểm nghiên cứu: Lasegue (+) (nhóm chủ cứu có 19 trường hợp (28,8%)), điểm đau Valleix (+) (nhóm chủ cứu có 8 trường hợp (12,1%) cao hơn ở nhóm chứng). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Toán và cộng sự [5] Lasegue (+) là 6,5%, Valleix (+) là 4,2%.

Bảng 10. Tác động của đau thắt lưng tới khả năng thực hiện các chức năng trong sinh hoạt theo thang điểm Oswestry disability index (OID)

Chỉ số		Nhóm chủ cứu (n=66)	Nhóm chứng (n=24)	p
Điểm OID	$\bar{X} \pm SD$	33,7 $\pm$ 11,8	23,2 $\pm$ 8,8	$< 0,001$
	Min	12	6	
	Max	72	44	

Bảng 10 cho thấy: Điểm đánh giá chỉ số khuyết tật (ODI) do ĐTL gây ra ở nhóm chủ cứu (33,7) cao hơn ở nhóm đối chứng (23,2) với $p < 0,001$. Điểm trung bình của 2 nhóm nghiên cứu đều ở mức từ 21 – 40. Theo đánh giá của Hội đồng quốc gia về nghiên cứu loãng xương của Mỹ thì những người thuộc nhóm này thuộc mức khuyết tật vừa phải, họ thường gặp các vấn đề đau CSTL trong các hoạt động liên quan đến ngồi, nâng và đứng, ảnh hưởng phần nào đến du lịch, đời sống xã hội, và lâu dài có thể dẫn đến phải nghỉ việc[8].

3.3. Xét nghiệm cận lâm sàng: Chúng tôi chụp X- Quang cột sống thắt lưng thẳng, nghiêng cho 64 đối tượng thuộc nhóm chủ cứu và 42 đối tượng thuộc nhóm đối chứng.

Bảng 11. Tuổi đời, tuổi nghề của 2 nhóm chụp phim X-Quang

Chỉ số		Nhóm chủ cứu (n=64)	Nhóm chứng (n=42)	p
Tuổi đời (năm)	$\bar{X} \pm SD$	38,2 $\pm$ 5,4	37,0 $\pm$ 5,7	$> 0,05$
Tuổi nghề (năm)	$\bar{X} \pm SD$	18,6 $\pm$ 5,1	17,9 $\pm$ 5,4	$> 0,05$

Nhận xét: Tuổi đời, tuổi nghề 2 nhóm nghiên cứu không có khác biệt ($p > 0,05$).

Bảng 12. So sánh hình ảnh tổn thương trên phim X-quang cột sống thắt lưng của 2 nhóm nghiên cứu

Kết quả phim X-Quang	Nhóm chủ cứu (64)		Nhóm đối chứng (42)		p
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	
* Bình thường	10	15,6	17	40,5	$< 0,01$
* Bất thường	54	84,4	25	59,5	
+Có thoái hóa đốt sống	51	79,7	23	54,8	$< 0,05$

-Thoái hóa 1 đốt sống	19	29,7	6	14,3	-
-Thoái hóa 2 đốt	23	35,9	10	23,8	-
-Thoái hóa 3 đốt	9	14,1	5	11,9	-
-Thoái hóa 4 đốt	0	0	2	4,8	-
+Biến dạng CSTL	7	10,9	4	9,5	-
+Lún xẹp đốt sống	3	4,7	0	0	-
+Cứng hóa	7	10,9	6	14,3	-
+Gai đôi, hở eo	11	17,2	10	23,8	-

Bảng 12 cho thấy: Ở nhóm chủ cứu, hình ảnh phim bất thường (84,4%) cao hơn nhóm đối chứng (59,5%) với $p < 0,01$; có thoái hóa đốt sống ở nhóm chủ cứu (79,7%) cao hơn nhóm đối chứng (54,8%) với $p < 0,05$. Trong đó: tỷ lệ thoái hóa số lượng 1 đốt, 2 đốt, 3 đốt ở nhóm chủ cứu đều lớn hơn nhóm đối chứng. Hình ảnh lún, xẹp đốt sống chỉ gặp ở nhóm chủ cứu. Hình ảnh bất thường có tỷ lệ thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Toán và cộng sự (92,8%), nhưng hình ảnh thoái hóa tương đồng (79,5%)[6].

V. KẾT LUẬN

ĐTL chiếm một tỉ lệ cao ở nhóm chủ cứu: 84,6%. Tỷ lệ ĐTL bán cấp và mãn tính ở nhóm chủ cứu là 48,5%. Tần số ĐTL ở nhóm chủ cứu chủ yếu ở mức 2: 2-5 đợt/năm, mức 3: trên 5 đợt/năm và mức 4: đau liên tục. Mức độ ĐTL ở nhóm chủ cứu mức 2, mức 3, một số ở mức 4. ĐTL phải nghỉ việc ở nhóm chủ cứu 81,8 %. Thời điểm xuất hiện ĐTL của nhóm chủ cứu chủ yếu là trong lúc làm việc và sau ngày làm việc. Hình ảnh phim X-quang bất thường 84,4%; có thoái hóa đốt sống (79,7%); lún, xẹp đốt sống(4,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rozali, A., et al. (2009). "Low back pain and association with whole body vibration among military armoured vehicle drivers in Malaysia." Med J Malaysia 64(3): 197-204.
2. Awang Lukman, K., and Jeffree, M. S. (2019). Lower back pain and its association with whole-body vibration and manual materials handling among commercial drivers in Sabah. 25, 8-16.
3. Low back pain initiative (1999), "Outcome measures (questionnaires) in multiple language", WHO/NCD/NCM/CRA, pp.97-197.
4. Fairbank, J. C., and Pynsent, P. B. (2000). The Oswestry Disability Index. Spine (Phila Pa 1976) 25, 2940-52; discussion 2952.
5. Nguyễn Thị Toán và cs (2004). "Nghiên cứu bệnh rung toàn thân tần số thấp để bổ sung vào danh mục bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm," Đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ, Viện Y học và vệ sinh môi trường. tr-60.
6. Frymoyer, J. W. (1988). Back pain and sciatica. N Engl J Med 318, 291-300.
7. Nguyễn Thu Hà (1999), "Tình hình đau thắt lưng của công nhân làm việc tư thế gò bó tại công ty May 10", Tập san Y học lao động và vệ sinh môi trường"(13), tr. 27-37.
8. <https://www.ncor.org.uk/wp-content/uploads/2012/12/Oswestry-Disability-questionnairev2.pdf>

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC CÁC TỔN THƯƠNG PHỔI TRÊN MẢNH SINH THIẾT XUYÊN THÀNH NGỰC DƯỚI SỰ HƯỚNG DẪN CỦA CT SCANNER TẠI THÁI BÌNH

Đặng Thị Thu Hằng*, Nguyễn Thị Thanh Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm mô bệnh học các tổn thương phổi trên mảnh sinh thiết xuyên thành ngực dưới sự hướng dẫn của CT Scanner. **Phương pháp:** Các mẫu bệnh phẩm được chuyển đức, cắt nhuộm HE thường quy, đọc và phân loại các tổn thương phổi theo Bảng phân loại của WHO (2015). **Kết quả:** Nam chiếm tỷ lệ 77,0%. Có 9/76 bệnh nhân

được phẫu thuật cắt bỏ u, đối chiếu mô bệnh học sinh thiết trước và sau mổ thấy phù hợp hoàn toàn. Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao ở nữ giới (89,5%). U thần kinh nội tiết hay gặp ở thùy trên (66,6%), ung thư biểu mô vảy phổ biến hơn ở thùy dưới. Tình trạng xâm lấn phổ biến trong typ ung thư biểu mô tuyến (78,0%) và vảy (65,0%), không có sự khác biệt trong typ u thần kinh nội tiết. **Kết luận:** Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của CT scanner trong chẩn đoán các bệnh lý của phổi là kỹ thuật có nhiều lợi ích thiết thực cho người bệnh.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL STUDY OF LUNG LESIONS WAS CONDUCTED ON CHEST BIOPSY

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Thu Hằng

Email: thuhang7484@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2019

Ngày duyệt bài: 9.9.2019

SPECIMENS UNDER THE GUIDANCE OF CT SCANNER AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: The study is aimed to assess the characteristics of lung lesions on CT scanner. **Objects and methods:** Cross sectional descriptive, prospective study on 87 patients with lung lesions, computer scanned at the image diagnostic department of Thai Binh General Hospital. **Results:** Right lung lesions accounted for 70.1%, left lung lesions = 2.34/1. The lesions size ranged from 3-7cm, accounting for 58.7%. On-site invasive procedures accounted for 72.4% of cases, mainly of pleural effusion. Patients without lymph nodes accounted for 70.1%. **Conclusion:** CT scan is a technique that helps to identify tumor characteristics, which helps patients to be diagnosed and treated early.

Key words: lung tumors, lung tumor scans.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tổn thương dạng u trong lồng ngực thường gặp là u phổi. Theo thống kê, số lượng bệnh nhân bị u phổi dao động từ 15-50/100.000 dân [3]. Trong đó các khối u lành tính ít gặp, chỉ chiếm khoảng 2% và thường biểu hiện lâm sàng là dạng nốt phổi đơn độc. Đa số các khối u phổi là ung thư phổi, đây là loại ung thư phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nhiều nước trên thế giới. Về mô bệnh học, ung thư phổi được chia làm hai nhóm lớn: ung thư biểu mô tế bào nhỏ và ung thư biểu mô không tế bào nhỏ. Kết quả chẩn đoán mô bệnh học rất quan trọng vì ung thư biểu mô tế bào nhỏ đáp ứng rất tốt với hóa trị và xạ trị, hiếm khi được điều trị bằng phẫu thuật đơn thuần. Ngược lại, phẫu thuật trong ung thư biểu mô không tế bào nhỏ ở giai đoạn sớm cho kết quả tốt hơn các phương pháp điều trị khác. Hiện nay, có rất nhiều cách lấy mẫu tổn thương phổi làm xét nghiệm chẩn đoán mô bệnh học, mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm riêng. Nhìn chung việc lựa chọn một phương pháp lấy mẫu đúng đắn, nhẹ nhàng, mang lại hiệu quả cao luôn là ưu tiên hàng đầu của các thầy thuốc lâm sàng. Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của CT scanner trong chẩn đoán các bệnh lý của phổi đã đáp ứng được điều đó, đây là kỹ thuật lấy mẫu còn tương đối mới tại Việt Nam, đã và đang được triển khai ở Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. Do vậy, với mong muốn có thêm kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm mô bệnh học các tổn thương phổi trên mảnh sinh thiết xuyên thành ngực dưới sự hướng dẫn của CT Scanner*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 87 bệnh nhân có tổn thương phổi được tiến hành sinh thiết kim xuyên thành ngực lấy bệnh phẩm để làm xét nghiệm mô bệnh học.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

+ Bệnh nhân được xác định có khối tổn thương phổi dựa vào hình ảnh X quang, CT Scanner.

+ Bệnh nhân có chỉ định thực hiện sinh thiết xuyên thành ngực và chấp nhận tiến hành thủ thuật.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Các bệnh nhân có chống chỉ định của kỹ thuật lấy mẫu bằng kim sinh thiết xuyên thành ngực.

+ Các bệnh nhân đã được chẩn đoán ung thư.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7/2017-6/2018

1.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Chẩn đoán hình ảnh và khoa Giải phẫu bệnh BV đa khoa tỉnh Thái Bình.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của kỹ thuật với mục tiêu là chẩn đoán bản chất mô u trên cơ sở kết quả của giải phẫu bệnh lý, đặc biệt là xác định chính xác bệnh lý ung thư, tránh bỏ sót tổn thương ác tính. Vì thế chúng tôi chọn tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu. Số bệnh nhân trong nghiên cứu là 87.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

2.3.1. Thu thập thông tin

- Thu thập các thông tin: tuổi, giới

- Cận lâm sàng:

+ Chụp CT Scanner để xác định tổn thương.

+ Sinh thiết xuyên thành ngực dưới định vị của chụp CT Scanner. Mẫu bệnh phẩm sẽ được cố định trong dung dịch Formol 10% và gửi xuống khoa Giải phẫu bệnh để làm xét nghiệm mô bệnh học.

+ Cố định, chuyển đúc, cắt nhuộm tiêu bản theo quy trình. Đọc kết quả dưới kính hiển vi với độ phóng đại 40, 100, 400 lần. Kết quả sẽ được phân loại theo WHO (2015) và ghi vào Phiếu thu thập số liệu theo mẫu quy định.

2.3.2. Kỹ thuật làm tiêu bản mô bệnh học thường quy

- **Kỹ thuật phẫu tích bệnh phẩm sinh thiết: cố định và chuyển đúc toàn bộ.**

- Kỹ thuật phẫu tích bệnh phẩm sau mổ: bóc lộ khối u, đo đường kính lớn nhất của u, số lượng mẫu bệnh phẩm được lấy tùy theo kích thước của u. Với bệnh phẩm hạch: sau khi cố định, hạch cứng có thể bóc bỏ mô mỡ xung quanh, chuyển đúc toàn bộ thường quy.

- Kỹ thuật làm tiêu bản:

- + Bệnh phẩm được cố định bằng dung dịch Formol 10% /12 giờ.
- + Chuyển bệnh phẩm theo chu trình kỹ thuật thường quy qua các chặng hóa chất.
- + Đúc nền.
- + Cắt mảnh hàng loạt trên máy Microtom với độ dày 3µm.
- + Nhuộm tiêu bản bằng phương pháp Hematoxylin- Eosin thường quy.
- + Đọc tiêu bản: các tiêu bản được phân tích dưới kính hiển vi với độ phóng đại 40, 100, 400 lần. Xác định tổn thương và phân loại mô bệnh học theo WHO 2015. Các tiêu bản cắt nhuộm xấu hoặc mờ nhạt được cắt nhuộm lại.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi \ MBH	Không ung thư		Ung thư		Tổng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
< 40	0	0	1	1,3	1	1,2
40 - 59	2	18,2	15	19,7	17	19,5
60 - 79	6	54,6	54	71,1	60	69,0
≥ 80	3	27,2	6	7,9	9	10,3
Tổng số	11	100,0	76	100,0	87	100,0
P	P> 0,05		P< 0,05			

Ghi chú: mô bệnh học (MBH)

Nhận xét: - Nhóm tuổi có tỷ lệ tổn thương phổi cao nhất là từ 60 – 79 (chiếm 69,0%). Độ tuổi < 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất. Độ tuổi trung bình là: 66,06.

- Trong nhóm ung thư đa số các bệnh nhân đều ở độ tuổi > 40 (chiếm 98,8%), có 1 bệnh nhân 26 tuổi, tuổi trung bình của các bệnh nhân mắc ung thư là 65,3. Sự khác biệt về tỉ lệ mắc bệnh giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 2. Kết quả mô bệnh học sinh thiết xuyên thành ngực

Mô bệnh học sinh thiết		Số BN		Tỷ lệ %	
Không ung thư	U xơ lành tính	1	11	12,6	
	Viêm (mạn, viêm lao)	10			
Ung thư	UTBM tuyến lepidic	10	76	13,2	87,4
	UTBM tuyến nang	8		10,5	
	UTBM tuyến nhú	1		1,3	
	UTBM tuyến đặc	30		39,5	
	UTBM tuyến nhầy	1		1,3	
	UTBM vảy	20		26,4	
	UTBM tế bào nhỏ (TKNT)	6		7,8	
	Tổng số			87	

Ghi chú: ung thư biểu mô (UTBM), thần kinh nội tiết (TKNT)

Nhận xét: Bảng trên cho thấy đa số các tổn thương dạng u ở phổi đều là ung thư (87,4%), trong đó phổ biến nhất là UTBM tuyến (65,8%), tiếp đến là UTBM vảy (26,4%), 6 trường hợp u TKNT đều là UTBM tế bào nhỏ (7,8%), các tổn thương lành tính (u xơ, viêm) chiếm tỷ lệ rất thấp (12,6%). Trong số 76 trường hợp ung thư chỉ có 9 bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ mô u và làm sinh thiết mô bệnh học sau mổ. Đối chiếu kết quả mô bệnh học sau mổ với mô bệnh học sinh thiết chúng tôi thấy hoàn toàn phù hợp.

Bảng 3. Phân bố typ mô bệnh học ung thư phổi theo giới tính

Typ MBH \ Giới	Nam		Nữ		Tổng
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
UTBM tuyến	33	57,9	17	89,5	50
UTBM vảy	18	31,6	2	10,5	20

U TKNT	6	10,5	0	0	6
Tổng	57	100,0	19	100,0	76

Ghi chú: mô bệnh học (MBH)

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy UTBM tuyến chiếm tỷ lệ rất cao ở nhóm bệnh nhân nữ giới (89,5%), trong khi đó 6 bệnh nhân có chẩn đoán u TKNT đều là nam giới. Tỷ lệ nam/nữ trong UTBM tuyến là: 1,94/1; trong UTBM vảy: 2/1.

Bảng 4. Phân bố typ mô bệnh học ung thư phổi theo vị trí u nguyên phát

Vị trí u	Typ MBH	UTBM tuyến		UTBM vảy		U TKNT		Tổng
		Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Thùy trên		24	48,0	10	50,0	4	66,6	22
Thùy giữa		13	26,0	2	10,0	1	16,7	16
Thùy dưới		13	26,0	8	40,0	1	16,7	17
Tổng		50	100,0	20	100,0	6	100,0	76

Nhận xét: U TKNT hay gặp nhất ở thùy trên (66,6%), còn UTBM vảy phổ biến hơn ở thùy dưới. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

Bảng 5. Phân bố typ mô bệnh học ung thư phổi theo tình trạng xâm lấn

Typ MBH Xâm lấn	UTBM tuyến		UTBM vảy		U TKNT		Tổng
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Không	11	22,0	7	35,0	3	50,0	21
Có	39	78,0	13	65,0	3	50,0	55
Tổng	50	100,0	20	100,0	6	100,0	76

Nhận xét: Bảng trên cho thấy tình trạng xâm lấn rất phổ biến trong typ UTBM tuyến (78,0%) và vảy (65,0%), không có sự khác biệt giữa tình trạng xâm lấn và không xâm lấn trong typ u TKNT.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 87 bệnh nhân có tổn thương dạng u ở phổi, chúng tôi nhận thấy: nhóm tuổi có tỷ lệ tổn thương phổi cao nhất là từ 60-79 (chiếm 69,0%). Độ tuổi < 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là: 66,06. Nếu tính riêng cho nhóm ung thư thì đa số các bệnh nhân đều ở độ tuổi > 40 (chiếm 98,8%), trong đó nhóm tuổi 60-79 chiếm tỷ lệ cao nhất (71,1%), các nhóm tuổi khác chiếm tỷ lệ thấp, có 1 bệnh nhân 26 tuổi, tuổi trung bình của các bệnh nhân ung thư phổi là 65,3. Các kết quả này gần tương tự như nghiên cứu của một số tác giả trong nước.

Kết quả mô bệnh học sinh thiết (bảng 2) cho thấy các tổn thương phổi thường là ung thư (chiếm 87,4%), các tổn thương lành tính (u xơ, viêm) chiếm tỷ lệ rất thấp (12,6%). Trong số 11 bệnh nhân có chẩn đoán là không ung thư thì có 1 trường hợp là u xơ lành tính, 2 trường hợp là viêm lao, còn lại 8 trường hợp được chẩn đoán là mô phổi lành viêm mạn tính. Với 8 bệnh nhân này chúng tôi đã cho tiến hành kiểm tra sinh thiết xuyên thành ngực lần 2 nhưng kết quả vẫn không khác biệt. Trong nhóm ung thư thì loại phổ biến nhất là UTBM tuyến (65,8%), sau đó UTBM vảy (26,4%), các u tế bào nhỏ (TKNT) chiếm tỷ lệ rất thấp (7,8%). Tỷ lệ các typ mô bệnh học ung thư trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung có sự khác biệt so với tác giả khác. Nghiên cứu của Đồng Đức Hưng cho thấy UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (44,8%), tiếp

đến UTBM vảy (11,2%), UTBM tế bào lớn (5,6%), UTBM tế bào nhỏ (4,0%)[5]. Tỷ lệ UTBM tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả khác vì hầu hết bệnh nhân có tổn thương phổi ở ngoại vi, đây là vị trí thường gặp của UTBM tuyến. Đặc biệt trong nghiên cứu này chúng tôi đã sử dụng hệ thống phân loại mới nhất của WHO 2015 về các khối u phổi. So với phân loại năm 2004, phân loại 2015 có nhiều thay đổi lớn đối với các typ ung thư phổi phổ biến. Các tiêu chí mới cho việc chẩn đoán ung thư phổi dựa trên các mẫu sinh thiết nhỏ và tế bào học được đề xuất. Đây là phân loại đầu tiên của WHO cung cấp các tiêu chuẩn và thuật ngữ chuẩn cho chẩn đoán ung thư phổi trên các mẫu sinh thiết nhỏ (soi phế quản, kim hoặc sinh thiết lõi) và tế bào học.

Trong số các ung thư thì UTBM tuyến đặc chiếm tỷ lệ cao nhất (39,5%), sau đó đến UTBM tuyến lepidic (13,2%), UTBM tuyến nang (10,5%). Tỷ lệ UTBM tuyến đặc trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, qua quan sát trên các tiêu bản mô bệnh học chúng tôi nhận thấy hình thái của typ này gần giống UTBM vảy. UTBM tuyến đặc sẽ thấy có các tế bào chứa mucin trong bào tương. Sự biểu hiện của TTF-1 và /hoặc Napsin-A là không chỉ để chẩn đoán UTBM tuyến đặc, mà còn để phân biệt nó với UTBM tế bào vảy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tế bào nhỏ chiếm tỷ lệ rất thấp (7,8%). Kết quả này cũng tương đương với các tác giả khác. Với ưu

thể tập trung ở vị trí trung tâm vùng rốn phổi, ung thư phổi tế bào nhỏ đôi khi phát hiện được qua soi phế quản và sinh thiết làm mô bệnh học hay xét nghiệm tế bào học trong đờm, nhưng đôi khi cũng rất khó chẩn đoán vì u không có khuynh hướng gây tắc nghẽn hay chồi sùi vào lòng phế quản nên không thấy khi soi phế quản.

Trong số 76 trường hợp ung thư chỉ có 9 bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ mô u và làm sinh thiết mô bệnh học sau mổ. Đối chiếu kết quả mô bệnh học sau mổ với mô bệnh học sinh thiết chúng tôi thấy hoàn toàn phù hợp. Sở dĩ số bệnh nhân được phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ thấp vì hầu hết bệnh nhân đã cao tuổi, già yếu có tình trạng nội khoa nặng không cho phép phẫu thuật hay có tổn thương di căn không thể phẫu thuật. Hơn nữa, phần lớn các bệnh nhân đều có chẩn đoán là UTBM tuyến, theo y văn thì đây là typ đáp ứng rất tốt với hóa trị, việc phẫu thuật cắt bỏ u là không cần thiết.

Về mối liên quan giữa các typ mô bệnh học của ung thư phổi với giới tính, kết quả trong bảng 3 cho thấy UTBM tuyến gặp ở nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ là 1,94/1 (33/17), thấp hơn nghiên cứu của một số tác giả khác như Phạm Nguyên Cường (2014) với tỷ lệ nam/nữ là 3,2/1 [1], Tô Thị Kiều Dung (2004) tại BV Lao và bệnh phổi TW trên 235 bệnh nhân ung thư phổi với tỷ lệ nam/nữ là 5,5/1 [2]. Nghiên cứu của tác giả Ngô Thế Quân (2005) cho thấy tỷ lệ ung thư phổi giữa nam và nữ có sự chênh lệch khá lớn trong cùng 1 nhóm như: tỷ lệ nam nhiều hơn nữ là 2,5 lần (255/100) trong UTBM tuyến, và 13 lần (339/26) trong UTBM vảy [8]. Điều này cho thấy sự chênh lệch trong UTBM tuyến giữa 2 giới ngày càng giảm. Giải thích điều này, các kết quả trong và ngoài nước đều cho rằng nam giới có tỷ lệ hút thuốc lá cao gấp nhiều lần so với nữ giới nên tỷ lệ ung thư phổi cũng gặp ở nam nhiều hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, UTBM tuyến là typ phổ biến nhất ở cả 2 nhóm bệnh nhân nam và nữ giới (57,9% và 89,5%), sau đó là UTBM vảy (31,6% và 10,5%). Hiện tượng này thường được giải thích là do sự khác biệt tỷ lệ hút thuốc lá giữa nam và nữ giới. Tuy nhiên, cách giải thích này cũng chưa đầy đủ. Một giả thuyết được nêu lên nhưng chưa được chứng minh là estrogen có thể ảnh hưởng đến cơ cấu typ mô bệnh học của ung thư phổi.

Nghiên cứu về mối liên quan giữa các typ mô bệnh học và vị trí u nguyên phát trong bảng 4 cho thấy UTBM tuyến và u TKNT gặp phổ biến ở thùy trên (48% và 66,6%), trong khi UTBM vảy gặp

nhiều ở cả thùy trên và dưới (50% và 40%). Bảng 5 cho thấy các UTBM tuyến và vảy thường xâm lấn nhiều hơn so với các u TKNT (78% và 65% so với 50%). Kết quả nghiên cứu này có sự khác biệt với một số tác giả như Nguyễn Hữu Lân [6], Phạm Văn Linh [7]. UTBM vảy thường xuất phát từ gần phế quản gốc, ngược lại UTBM tuyến thường ở ngoại vi phổi. Ung thư phổi tế bào nhỏ có tiên lượng xấu vì thường di căn sớm, đặc biệt 80% ung thư phổi tế bào nhỏ cho di căn não.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân nam giới chiếm tỷ lệ 77,0%.
- Có 9/76 bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ u, đối chiếu mô bệnh học sinh thiết và mô bệnh học sau mổ thấy phù hợp hoàn toàn.
- Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nhân nữ giới (89,5%).
- U thần kinh nội tiết hay gặp nhất ở thùy trên (66,6%), còn ung thư biểu mô vảy phổ biến hơn ở thùy dưới.
- Tình trạng xâm lấn rất phổ biến trong typ ung thư biểu mô tuyến (78,0%) và vảy (65,0%), không có sự khác biệt giữa tình trạng xâm lấn và không xâm lấn trong typ u thần kinh nội tiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Nguyên Cường (2014)**, Nghiên cứu phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô phổi theo WHO 2004 và IASLC/ATS/ERS 2011 có sử dụng dấu ấn hóa mô miễn dịch, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Tô Thị Kiều Dung và CS (2004)**, "Điều trị UTPQ bằng phẫu thuật tại BV Lao và Bệnh phổi TW trong 2 năm 2003 – 2004", Y học TPHCM – tập 8 – phụ bản của số 4, 233.
3. **Nguyễn Bá Đức (2006)**, Tình hình ung thư ở Việt Nam giai đoạn 2001 – 2004 qua ghi nhận ung thư tại năm tỉnh thành ở Việt Nam, Tạp chí y học thực hành, 541(7-19).
4. **Hà Mạnh Hùng (2015)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số dấu ấn hóa mô miễn dịch trong ung thư phổi tế bào nhỏ, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Đồng Đức Hưng (2014)**, Nghiên cứu phương pháp xuyên thành ngực trong chẩn đoán tổn thương phổi, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
6. **Nguyễn Hữu Lân và CS (2013)**, Carcinôm thần kinh - nội tiết tế bào lớn: nghiên cứu lâm sàng - bệnh lý 31 trường hợp, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 17, Phụ bản của Số 3, tr 160 – 166.
7. **Phạm Văn Linh (2010)**, "Nghiên cứu ứng dụng dao gamma trong điều trị ung thư phổi tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược – Đại học Huế", Tạp chí khoa học, Đại học Huế, Số 63, 2010, tr 210 – 214.
8. **Ngô Thế Quân và CS (2005)**, "Phân loại mô bệnh học ung thư phế quản theo phân loại của tổ chức y tế thế giới – 1999", Tạp chí Y học - chuyên đề GPB – TB bệnh học.
9. **Journal of Thoracic Oncology Volume 10**, Number 9, September 2015.

NHẬN XÉT CHẨN ĐOÁN VÀ THÁI ĐỘ XỬ TRÍ BỆNH RAU TIỀN ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH NĂM 2018

Nguyễn Trung Kiên*

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồ sơ bệnh án của các sản phụ có tuổi thai từ 28 tuần trở lên, được chẩn đoán là rau tiền đạo qua lâm sàng và siêu âm, đã được điều trị tại bệnh viện Phụ Sản Thái Bình trong năm 2018. Nhằm mục đích nhận xét về chẩn đoán và thái độ xử trí bệnh lý rau tiền đạo với hai mục tiêu là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét thái độ xử trí và các biến chứng của bệnh Rau tiền đạo. Kết quả nghiên cứu trong năm 2018 có tổng số 347 sản phụ được chẩn đoán là rau tiền đạo, trong đó có 110 sản phụ có sẹo mổ đẻ cũ, chiếm tỉ lệ là 31,7%, tỷ lệ rau tiền đạo có rau cài răng lược là 19, chiếm 5,5%. Triệu chứng chảy máu xuất hiện ở 70% các trường hợp, tuổi thai trung bình khi xuất hiện ra máu là $33,56 \pm 3,62$ tuần. Chẩn đoán đúng của siêu âm phát hiện ra RTĐ là 98%, trong đó loại RTĐTT, RTĐBT và RTĐBM siêu âm có độ chính xác 100%. Thời gian trung bình nằm điều trị nội khoa là $26,74 \pm 21,04$ ngày. Tỷ lệ mổ đẻ bệnh nhân bị RTĐ là 95,1% trong đó mổ chủ động chiếm 57,9% và mổ cấp cứu chiếm 37,2%. Tỷ lệ phải truyền máu là 25,4%, trong đó số trường hợp RTĐTT phải truyền trên 2 đơn vị máu chiếm tỷ lệ 85,8%. Tỷ lệ bảo tồn được tử cung là 92,7%, tỷ lệ phải cắt TCBP là 7,3%. Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh là $2676 \pm 601,4g$; sơ sinh có cân nặng dưới 2500g chiếm 30,9%; tỷ lệ tử vong sơ sinh là 2,6%.

Từ khóa: rau tiền đạo, rau cài răng lược, rau dâm xuyên, rau bám chặt

SUMMARY

COMMENTS ON THE DIAGNOSIS AND ATTITUDE OF TREATING PLACENTA PREVIA IN THAIBINH OBSTETRICS HOSPITAL IN 2018

We studied the medical records of pregnant women from 28 weeks' gestation or older, who were diagnosed with placenta previa through clinical examination and ultrasound, have been treated at Thaibinh Obstetrics hospital in 2018, in order to give comments on the diagnosis and attitude of treating placenta previa with two objectives: to describe the clinical and subclinical characteristics of patients with placenta previa and to comment on the management attitude and complications of the placenta previa disease. The research results in 2018 showed that there were the total of 347 women diagnosed with placenta previa, 110 women of which had previous caesarean scar, accounting for 31,7%, the proportion of women with placenta previa accrete was 19 out of

347 women, accounting for 5,5%. Bleeding symptoms appeared in 70% of cases, the average gestational age of bleeding is $33,56 \pm 3,62$ weeks. The right diagnosis of ultrasound to detect placenta previa is 98%, of which complete placenta previa, partial placenta previa, marginal placenta previa were detected accurately 100% by ultrasound. The median duration of medical treatment was $26,74 \pm 21,04$ days. The rate of caesarean section of patients with placenta previa was 95,1% of which proactive surgery accounted for 57,9% and emergency surgery accounted for 37,2%. The rate of patients with blood transfusion is 25,4%, of which the number of those with complete placenta previa to be transfused of 2 blood units accounts for 85,8%. The rate of patients with uterus conserving surgery is 92,7%; the rate of patients with a partial hysterectomy surgery is 7.3%. The average weight of newborns is $2676 \pm 601,4g$; newborns weighing less than 2500g account for 30,9%; the infant mortality rate is 2,6%.

Key words: placenta previa, increta, percreta, accrete, ultrasound

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

RTĐ là bệnh cấp cứu sản khoa thường gặp. Tỷ lệ RTĐ trước đây khoảng 0,5%, gần đây có xu hướng tăng lên. Nguyên nhân gây ra RTĐ hiện chưa được hiểu biết đầy đủ nhưng một số yếu tố liên quan đến RTĐ đã được xác định là: mẹ lớn tuổi, mổ lấy thai, tiền sử nạo hút thai, đẻ nhiều lần, mang thai nhiều lần, mẹ hút thuốc. RTĐ gây nhiều biến chứng, tỷ lệ tử vong cho mẹ và con cao. Chẩn đoán RTĐ ngày nay không còn khó đối với các bác sỹ sản khoa song thái độ xử trí không phải khi nào cũng giống nhau vì tùy thuộc vào kinh nghiệm của từng người thầy thuốc, vào tuổi thai, tình trạng mẹ và các dấu hiệu lâm sàng. Việc chỉ định MLT rộng rãi, nên bệnh nhân có sẹo MLT ngày càng nhiều, đồng nghĩa với bệnh nhân có RTĐ trên SMĐC ngày càng tăng lên. Các nhà sản khoa đứng trước một sản phụ RTĐ có SMĐC thường rất ái ngại. Vì vậy một câu hỏi đặt ra là đứng trước một bệnh nhân RTĐ có SMĐC ta nên có thái độ xử trí như thế nào để nhằm tránh những biến chứng cho mẹ và con. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "Nhận xét chẩn đoán, thái độ xử trí bệnh rau tiền đạo tại bệnh viện Phụ sản Thái Bình năm 2018" với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh RTĐ
2. Nhận xét thái độ xử trí và các biến chứng của bệnh RTĐ

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên

Email: trungkiendhytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồ sơ bệnh án của các sản phụ có tuổi thai từ 28 tuần trở lên, được chẩn đoán là RTĐ và được điều trị tại BVPSTB trong năm 2018. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tỷ lệ rau tiền đạo ở thai phụ có sọc mô đẻ cũ

Bảng 3.1. Tỷ lệ RTĐ và RTĐ có sọc mô đẻ cũ

RTĐ	Năm	n	%
RTĐ không có SMĐC		218	62,8
RTĐ/SMĐC		110	31,7
RCRL/ RTĐ		19	5,5
Tổng số		347	100

Trong năm 2018 có tổng số 347 sản phụ RTĐ được chẩn đoán và điều trị, trong đó có 110 sản phụ có SMĐC, chiếm tỉ lệ là 31,7%. Tỷ lệ RCRL/RTĐ chiếm 5,5%.

Bảng 3.2. Tiền sử sản khoa và RTĐ

Số lần	Nạo, hút, sảy		Đẻ non		Mổ lấy thai		Số con	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	136	39,1	318	91,6	237	68,3	194	55,9
1	95	27,3	19	5,5	94	27,1	123	35,4
2	76	21,8	8	2,3	14	4,0	24	6,9
≥ 3	40	11,8	2	0,6	2	0,6	6	1,8
Tổng số	347	100	347	100	110	100	347	100

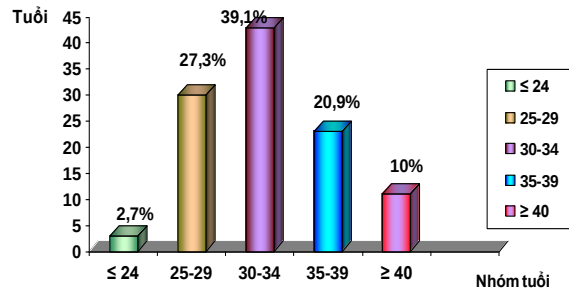
Kết quả ở bảng 3.2. thì tỷ lệ sản phụ bị RTĐ có tiền sử nạo hút thai chiếm 60,9%, không có tiền sử nạo hút thai chiếm 39,1%. Trong đó tiền sử hút thai ≥ 3 lần chiếm 11,8%, trong đó có một bệnh nhân có tới 8 lần hút thai. Theo Nguyễn Hồng Phương [7] tỷ lệ sản phụ bị RTĐ có tiền sử nạo hút thai là 56%, Nguyễn Thị Phương Chi [1] tỷ lệ này là 59%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ xuất hiện triệu chứng lâm sàng của RTĐ

Loại rau	Dấu hiệu	RTĐTT		RTĐBT		RTĐBM		RTĐBT		Tổng số	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Chảy máu	Không đau bụng	111	62,5	32	50	38	81,25	27	44,4	208	60
	Đau bụng	9	5,4	9	15	3	6,25	13	22,2	34	10
Không có dấu hiệu		57	32,1	22	35	6	12,5	20	33,2	105	30
Tổng		177	50,9	63	18,2	47	14,5	60	16,4	347	100

Đặc trưng nhất trong RTĐ là chảy máu mà không kèm theo đau bụng, thường không đau bụng tới tận cuối quý 2 của quá trình thai nghén. Ra máu vẫn là triệu chứng chính điển hình nhất để chẩn đoán RTĐ. Trong 347 trường hợp RTĐ có 243 trường hợp ra máu âm đạo chiếm 70%. Dấu hiệu ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ cao nhất ở RTĐBM (87,5%). Trong 347 bệnh nhân vào viện thì 60% bệnh nhân có dấu hiệu ra máu nhưng không kèm đau bụng, số bệnh nhân không đau

3.2. Lâm sàng và cận lâm sàng của RTĐ có sọc mô đẻ cũ



Biểu đồ 3.1. Phân bố các nhóm tuổi trong RTĐ

Biểu đồ 3.1 cho thấy lứa tuổi của mẹ bị RTĐ chiếm tỷ lệ cao nhất là 30-34 tuổi (39,1%), lứa tuổi ít gặp nhất là ≤ 24 tuổi (2,7%), lứa tuổi trên 40 chỉ có 10%. Điều này hoàn toàn hợp lý vì phù hợp với lứa tuổi sinh đẻ của người phụ nữ và kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả của Vương Tiến Hoà [3] và Phạm Thị Phương Lan [5].

Sản phụ có SMĐC 2 lần là 12,7% (14/110), có ≥ 3 lần mổ là 1,8%. Trong 110 sản phụ bị RTĐ có SMĐC chúng tôi thấy có 7 sản phụ có RBC, 12 sản phụ có RCRL và 5 sản phụ có RDX. Có 318 sản phụ không có tiền sử đẻ non, chiếm 91,6%. Tỷ lệ mổ đẻ một lần là 85,5%, có 2 sản phụ đã mổ đẻ 3 lần chiếm tỷ lệ 1,8%. Tỷ lệ sản phụ mang thai lần đầu bị RTĐ là 55,9%.

bụng trong RTĐBM chiếm tỷ lệ cao nhất lên tới 81,25%, 10% có dấu hiệu ra máu kèm đau bụng, còn lại 30% là bệnh nhân không có dấu hiệu, được phát hiện qua khám thai và siêu âm.

Kết quả của chúng tôi gần giống với nghiên cứu của Lê Thị Thanh Huyền [4], trong 100 bệnh nhân RTĐ thì có 87% không đau bụng mà trong đó triệu chứng không đau bụng ở RTĐBM chiếm 100%, chỉ có 13% có dấu hiệu đau bụng.

Bảng 3.4. Triệu chứng ra máu tái phát và loại RTĐ

Loại RTĐ Lần ra máu	RTĐTT		RTĐBTT		RTĐBM		RTĐBT		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Không	57	32,2	22	35,0	5	12,4	20	33,3	104	30
1 lần	57	32,2	25	40,0	21	43,8	17	27,8	120	34,5
≥ 2 lần	63	35,6	16	25,0	21	43,8	23	38,9	123	35,5
Tổng số	177	50,9	63	18,2	47	14,5	60	16,4	347	100

Dấu hiệu ra máu trong RTĐ thường tái đi tái lại nhiều lần, theo kết quả bảng 3.4, dấu hiệu ra máu một lần chiếm 34,5%, ra máu trên 1 lần chiếm 35,5%. Trong các loại RTĐ, tỷ lệ ra máu tái phát ≥ 2 lần ở RTĐBM chiếm tỷ lệ cao nhất 43,8%, ra máu nhiều nhất là 5 lần, ở RTĐBTT có

tỷ lệ ra máu ≥ 2 lần ít nhất 25%.

Như vậy, chảy máu là dấu hiệu xuất hiện sớm nhất và hay tái phát nhiều lần. chảy máu vừa là dấu hiệu lâm sàng chỉ điểm đầu tiên quan trọng nhất để hướng tới chẩn đoán RTĐ, nó cũng vừa là triệu chứng vừa là biến chứng của RTĐ.

Bảng 3.5. Phân bố giữa tuổi thai lúc vào viện và dấu hiệu ra máu

Bảng 5.1.1. Phân bố giữa tuổi thai lúc vào viện và dấu hiệu ra máu								
Dấu hiệu \ Tuổi thai	28 – 32		33 - 37		> 37		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ra máu	94	85,7	120	69,1	29	45	243	70
Không	16	14,3	53	30,9	35	55	104	30
Tổng số	110	31,8	173	50	64	18,2	347	100
Thời gian vào viện trung bình: 34,19 ± 3,57 tuần								
Thời gian ra máu trung bình: 33,56 ± 3,62 tuần								

Qua kết quả bảng 3.5, thời điểm ra máu trung bình là 33,56 ± 3,62 tuần, thời điểm ra máu 28-32 tuần chiếm 85,7%, Tuổi thai > 37 tuần không có dấu hiệu ra máu chiếm tỷ lệ 55%. Tuổi thai nhập viện trung bình 34,19 ± 3,57 tuần, đây cũng là thời điểm bệnh nhân vào nhập viện và được siêu âm. Tuổi thai thấp nhất lúc

vào viện là 24 tuần, RTĐTT, bệnh nhân được giữ thai đến 38 tuần. Có 11 trường hợp thai trên 37 tuần vào viện không có dấu hiệu lâm sàng chiếm tỷ lệ 55% (11/20). Những bệnh nhân được phát hiện muộn thường không có triệu chứng ra máu hoặc đau bụng nên không đi khám thai và đi siêu âm hoặc không phát hiện ra RTĐ.

Bảng 3.6. Siêu âm chẩn đoán RTĐ

Loại RTĐ Chẩn đoán	RTĐTT		RTĐBTT		RTĐBM		RTĐBT		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Đúng	177	100	63	100	47	100	53	89	340	98
Sai	0	0	0	0	0	0	7	11	7	2
Tổng số	177	50,9	63	18,2	47	14,5	60	16,4	347	100

Kết quả bảng 3.6 trong 347 thai phụ bị RTĐ có 340 sản phụ siêu âm xác định RTĐ, có 7 thai phụ siêu âm rau bám đáy, nhưng sau mổ được chẩn đoán là RTĐBT. Tỷ lệ chẩn đoán đúng RTĐ bằng siêu âm là 98%, trong đó RTĐTT, RTĐBTT và RTĐBM chẩn đoán đúng 100%, còn RTĐBT siêu âm chẩn đoán đúng là 89%.

Trong 19 sản phụ được siêu âm và chẩn đoán RCRL, sau mổ có 8 bệnh nhân được chẩn đoán đúng, theo kết quả giải phẫu bệnh và kết quả của phẫu thuật có 19 sản phụ có loại RCRL trong đó RCRL 11 sản phụ, rau dâm xuyên 3 sản phụ và rau bám chặt 5 sản phụ. Tỷ lệ chẩn đoán đúng của siêu âm phát hiện RCRL là 89%.

3.3. Thái độ xử trí và các biến chứng của rau tiền đạo

Bảng 3.7. Thuốc điều trị giảm co trong điều trị nội khoa RTĐ

Thuốc giảm co		n	Tuổi thai			n
			28 - 32	33 - 37	> 37	
Đơn thuần	Papaverin	12	4	8	0	41
	Salbutamol	17	8	9	0	
	Nospa	12	8	4	0	
Kết hợp	Papaverin + Salbutamol	54	24	30	0	92
	Nospa + Papaverin	25	10	15	0	
	Salbutamol + Nospa	13	6	7	0	
	Cả ba loại thuốc	88	46	42	0	
Không sử dụng thuốc		126	20	40	66	126
Tổng số:		347	126	155	66	347

Theo kết quả bảng 3.7, trong 347 thai phụ bị RTĐ vào viện có 63,6% (221/347) thai phụ được sử dụng thuốc giảm co, trong đó có 81,14% (92/221) phải phối hợp 2 loại thuốc trở lên. Có 36,4% không sử dụng thuốc giảm co, trong đó có 50% (66/126) sản phụ thai > 37 tuần.

Bảng 3.8. Phân bố tuổi thai lúc vào và lúc mổ

Tuổi thai	28 - 32		33 - 37		> 37		P
	n	%	n	%	n	%	
Lúc vào	126	36,3	155	44,7	66	19	0,001
Lúc mổ	29	7,3	104	33,6	197	59,1	
Tỷ lệ giữ thai	97	77,1	51	48,6	148	61,5	
Trung bình	Tuổi thai lúc vào: 34,19 ± 3,57 tuần Tuổi thai lúc mổ: 37,08 ± 2,15 tuần						0,001

Với RTĐ có SMĐC thì việc đình chỉ thai nghén không nhất thiết phải chờ đến thai đủ tháng mà còn phụ thuộc vào nhiều nguyên nhân như sản phụ có tiền sử sản khoa nặng nề, RCRL, ước lượng thai có thể nuôi được và tùy vào đánh giá của bác sỹ. Theo kết quả bảng 3.8 thì thời gian kéo dài thuốc giảm co giữ được thai nhi trung bình 26,74 ± 21,04 ngày, có 1 thai phụ nằm viện lâu nhất là 96 ngày. Thời gian nằm viện > 35 ngày với RTĐTT chiếm tỷ lệ nhiều nhất 57,6%.

Bảng 3.9. Chỉ định mổ lấy thai trong RTĐ

Chỉ định mổ	n	%
Mổ cấp cứu	129	37,2
Mổ chủ động	201	57,9
Đẻ thường	17	4,9
Tổng	347	100

Bảng 3.9, trong 347 thai phụ bị RTĐ tỷ lệ MLT chiếm 92,7%. Tỷ lệ mổ cấp cứu chiếm 37,2% trong đó mổ vì nguyên nhân chảy máu nhiều là 27,5%. Mổ chủ động chiếm 57,9%, các trường hợp mổ chủ động là những trường hợp chỉ định mổ khi thai đủ tháng và chưa có dấu hiệu chuyển dạ hoặc có tiền sử sản khoa nặng nề, vết mổ đẻ cũ 2 lần, nghi ngờ RCRL. Như vậy, tỷ lệ MLT ngày càng tăng lên do chỉ định ngày càng rộng rãi hơn vì tiến bộ của gây mê hồi sức và kỹ thuật phẫu thuật. Và với nhận thức hiện nay nhiều sản phụ chọn phương pháp MLT dù cho họ có bị RTĐ ở bất kỳ hình thức nào.

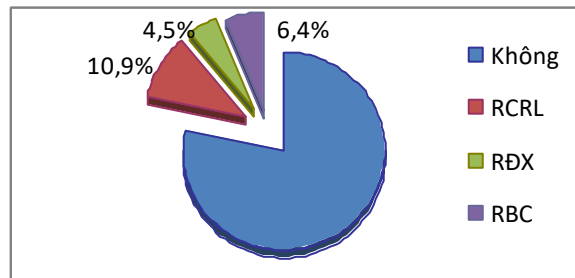
Tỷ lệ MLT chủ động của chúng tôi cao hơn của Nguyễn Hồng Phương [7] 1,6 lần, cao hơn của Lê Thị Mai Phương [1] (37,7%) 1,7 lần, theo Nguyễn Hồng Phương [7] là 51,5% cao hơn rất nhiều so với kết quả của chúng tôi, có thể nhờ việc quản lý thai nghén đầy đủ và tuyên truyền tư vấn tốt giúp người bệnh nâng cao nhận thức, hợp tác tốt với cán bộ y tế.

Bảng 3.10. Các phương pháp cầm máu trong mổ RTĐ

Phương pháp cầm máu		n	%
Không can thiệp		124	37,6
Khâu mũi chữ X tại diện rau bám		61	18,4
Thắt động	Đơn thuần	36	11,0

mạch tử cung	Khâu mũi chữ X	85	25,7
Cắt tử cung	Đơn thuần	24	7,3
bán phần thấp	Thắt động mạch hạ vị	0	0
Tổng số		330	100

Trong MLT vì RTĐ ngoài việc lấy thai thì vấn đề nan giải nhất là cầm máu diện rau bám. Ở bảng 3.10, 124 thai phụ không phải can thiệp gì chiếm 37,6%, thắt ĐMTC đơn thuần 11,0% hoặc kèm với khâu mũi chữ X chiếm 25,7%. Trong 347 bệnh nhân, có 24 bệnh nhân phải cắt TCBPT chiếm 7,3%.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ các loại RCRL

Trong 347 bệnh nhân bị RTĐ tỷ lệ RCRL chiếm 5,5% (19/347), RBC là 6,4%, trong đó có 3 ca phải cắt TCBPT để cầm máu, một ca vừa cắt TCBPT. RDX chiếm 4,5% và bệnh nhân không có rau bám bất thường chiếm 94,5%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cân nặng trung bình của trẻ là 2676 ± 601,4g. Trong đó trẻ có cân nặng < 2500g là 30,9%. Kết quả của chúng tôi cũng gần giống với Phạm Thị Phương Lan [5], cân nặng trung bình của trẻ có mẹ bị RTĐ là 2769,5 ± 618,4g và tỷ lệ trẻ có cân nặng < 2500g là 21,7%. Cũng theo tác giả này thì khi phân tích 164 bệnh nhân bị RTĐ thấy rằng tỷ lệ thai kém phát triển là 18,9%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9/347 trẻ tử vong, chiếm tỷ lệ 2,6%, nguyên nhân do suy hô hấp và non yếu.

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thai phụ bị RTĐ có SMĐC 31,7% và tỷ lệ RCRL ở thai phụ RTĐ là 5,5%.

- Triệu chứng chảy máu xuất hiện ở 70% các trường hợp

- Tuổi thai trung bình khi xuất hiện ra máu là $33,56 \pm 3,62$ tuần.
- Siêu âm phát hiện ra RTĐ là 98%, trong đó loại RTĐTT, RTĐBT và RTĐBM siêu âm có độ chính xác 100%.
- Thời gian trung bình nằm điều trị nội khoa là $26,74 \pm 21,04$ ngày.
- Tỷ lệ mổ đẻ bệnh nhân bị RTĐ là 95,1% trong đó mổ chủ động chiếm 57,9% và mổ cấp cứu chiếm 37,2%.
- Tỷ lệ phải truyền máu là 25,4%, trong đó số trường hợp RTĐTT phải truyền trên 2 đơn vị máu chiếm tỷ lệ 85,8%.
- Tỷ lệ bảo tồn được tử cung là 92,7%, tỷ lệ phải cắt TCBP là 7,3%.
- Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh là $2676 \pm 601,4$ g; sơ sinh có cân nặng dưới 2500g chiếm 30,9%.
- Tỷ lệ tử vong sơ sinh là 2,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Phương Chi (2004), Nhận xét lâm sàng, cận lâm sàng, xử trí RTĐ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2003. Khóa luận tốt nghiệp

- bác sỹ y khoa khoá 1999 – 2004. Đại học Y Hà Nội.
2. Trần Hán Chúc (1999), "Rau Tiên Đạo", Bài giảng sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, tr. 197-205.
3. Vương Tiên Hoà (2003), "Xử trí rau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong hai năm 2001-2002", Tạp chí Phụ sản, số 3-4, tập 3, tr 15-19.
4. Lê Thị Thanh Huyền (2004), Bệnh cảnh lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến RTĐ tại BVPSƯ năm 2004. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.32.
5. Phạm Thị Phương Lan (2007), Biến chứng của rau tiền đạo ở những sản phụ có sẹo mổ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2002 – 12/2006. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Lê Thị Mai Phương (2003), Bệnh cảnh lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến rau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 2001 – 2002, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa khoá 1997 – 2003, Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Hồng Phương (2000), Nghiên cứu tình hình RTĐ và các yếu tố liên quan tại viện BVBMSTSS trong 3 năm 1997-2000, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.
8. Baron F and Hill W.C (1988), "Placenta previa, Placenta abruptio", Clinical Obstets Gynecol. September, 41(3), p.527-532.

ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG CỦA THUỐC AN THẦN KINH TRÊN BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Thị Hồng*, Khiếu Hữu Thanh*

Từ khóa: thuốc an thần kinh, tâm thần phân liệt, hệ ngoại tháp.

TÓM TẮT

Nghiên cứu ảnh hưởng của thuốc an thần kinh trên bệnh nhân tâm thần phân liệt lên hệ ngoại tháp tại bệnh viện tâm thần tỉnh Thái Bình cho kết quả: Hoạt chất được sử dụng nhiều nhất là Haloperidol 29,27%, hoạt chất Olanzapine 18,29%, hoạt chất Chlorpromazin 15,85%, hoạt chất Clozapine 14,53%. Tỷ lệ căng trương lực cơ cấp cao nhất là Halopridol 8,33%, nhóm Chlopromazin 7,69%, các nhóm khác không thấy có triệu chứng tăng trương lực cơ cấp. Tỷ lệ bệnh nhân bị bồn chồn bất an nhiều nhất là hoạt chất Risperdal 25%, hoạt chất Chlopromazin 23,08%, tiếp sau hoạt chất Haloperidol 20,83% và Levomepromazin 20%. Hoạt chất Haloperidol có hội chứng Parkinson cao nhất 33,3%, tiếp đến hoạt chất Risperdal 25% và hoạt chất Aminazin 23,08%. Nhóm an thần kinh cũ có tác dụng không mong muốn cao hơn so với nhóm an thần kinh mới: đặc biệt tác dụng phụ làm tăng trương lực cơ cấp 2,84 lần và hội chứng parkinson cao gấp 2,86 lần so với nhóm an thần kinh mới.

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng

Email: nguyenthihongytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2019

Ngày duyệt bài: 9.9.20019

SUMMARY

ASSESS THE EFFECT OF NEUROLEPTICS ON PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN THE MENTAL HOSPITAL IN THAI BINH PROVINCE

Study on the effect of neuroleptics on extrapyramidal system at mental hospital in Thai Binh province shows: The most active ingredient is Haloperidol 29.27%, Olanzapine active ingredient 18, 29%, active ingredient Chlorpromazin 15.85%, active ingredient Clozapine 14.53%. The highest rate of muscle tone strain was Halopridol 8.33%, Chlopromazin group 7.69%, other groups did not show symptoms of acute muscle tone increase. The percentage of patients with restlessness is the most active Risperdal 25%, Chlopromazin active 23.08%, followed by Haloperidol 20.83% and Levomepromazin 20%. The active ingredient Haloperidol has the highest Parkinson's syndrome 33.3%, followed by the active ingredient Risperdal 25% and the active ingredient Aminazin 23.08%. The old neuroleptic group had higher unwanted effects than the new neuroleptic group: in particular side effects increased the level of muscle tone by 2.84 times and the parkinson's syndrome was 2.86 times higher than the group of the neuroleptics new nerve.

Key words: neuroleptics, schizophrenia, extrapyramidal system.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An thần kinh là nhóm thuốc trụ cột để điều trị các bệnh lý loạn thần và cũng được sử dụng rộng rãi trong các rối loạn tâm thần khác. Chính các thuốc an thần kinh đã tạo bước ngoặt, làm thay đổi bộ mặt của ngành tâm thần học. Tuy nhiên, các thuốc an thần kinh bên cạnh các lợi ích điều trị vẫn có nhiều tác dụng phụ khác nhau trong đó đặc biệt là hội chứng ngoại tháp, tim mạch và các rối loạn chuyển hóa. Từ khoảng những năm 50, các thuốc chống loạn thần dần dần được phát hiện và được sử dụng trong điều trị, cũng là lúc các tác dụng phụ ngoại tháp do thuốc cũng được ghi nhận. Đến khoảng những năm 80, các thuốc chống loạn thần không điển hình được phát hiện và ứng dụng lâm sàng nhằm làm giảm các tác dụng không mong muốn này, với mục đích làm giảm phiền toái cho bệnh nhân và nâng cao sự tuân thủ điều trị. Tuy nhiên, gần đây, các tác dụng ngoại tháp cũng được ghi nhận ở các thuốc chống loạn thần không điển hình này. Do đó, nghiên cứu nhằm khảo sát các tác dụng không mong muốn do thuốc chống loạn thần thế hệ mới (bao gồm clozapine, olanzapine, risperidone) để nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân tâm thần. Bài báo này đề cập đến ảnh hưởng của thuốc an thần kinh đối với hệ ngoại tháp trên bệnh nhân tâm thần phân liệt được điều trị nội trú tại bệnh viện Tâm thần tỉnh Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là tâm thần phân liệt điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Thái Bình trong năm 2018.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Tâm thần tỉnh Thái Bình.

Thời gian nghiên cứu: 2/2019 - 5/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn tâm thần phân liệt, thuộc mục F20 theo ICD-10.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không nhận vào nhóm nghiên cứu các đối tượng sau: các trường hợp đa trị liệu với nhiều thuốc chống loạn thần (từ 2 loại thuốc trở lên; bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa nặng kèm theo như: Parkinson, viêm gan, suy thận...; bệnh nhân không có người nhà cung cấp bệnh sử, tiền sử; bệnh nhân không hợp tác trong quá trình nghiên cứu làm xét nghiệm

Cỡ mẫu: toàn bộ bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị nội trú trong năm 2018 sau khi loại trừ là 82 bệnh nhân

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố tuổi của bệnh nhân tâm thần phân liệt

Lứa tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≤20T	8	9,76%
21-30	29	35,37%
31-40	25	30,49%
>40	19	23,17%
Tổng	82	100%

Bảng 3.2. Tiền sử của bệnh nhân

Tiền sử gia đình bị bệnh tâm thần	Số bệnh nhân	Tỷ lệ%
Bố, mẹ	17	20,7%
Anh chị em ruột	9	11,0%
Ông bà nội, ngoại	5	6,1%
Cô, dì, chú, bác	3	3,7%
Không có tiền sử gia đình	48	58,5%
Tổng	82	100%

Nhận xét: trong 82 bệnh nhân TTPL thuộc nhóm nghiên cứu có 34 bệnh nhân có liên quan đến tiền sử gia đình mắc bệnh rối loạn tâm thần. Trong đó bố, mẹ 20,7%; anh chị em ruột 11,0%; ông (bà) nội ngoại 6,1%; cô, dì, chú, bác 3,7%.

Bảng 3.3. Thời gian mắc bệnh tâm thần phân liệt của bệnh nhân

Thời gian bị bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 1 năm	8	9,76%
2-5 năm	25	30,49%
6-10 năm	27	32,93%
>10 năm	22	26,83%
Tổng	82	100%

Nhận xét: Thời gian bị bệnh của bệnh nhân tâm thần phân liệt trong nhóm nghiên cứu 6-10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 32,93%, trên 10 năm là 26,83%, 2-5 năm là 30,49%, nhóm mới mắc bệnh chiếm 9,76%.

Bảng 3.4. Tuổi khởi phát của bệnh nhân

Tuổi khởi phát	Số bệnh nhân	Tỷ lệ%
<20 tuổi	17	20,73%
21- 30 tuổi	42	51,22%
31-40 tuổi	13	15,85%
>40 tuổi	10	12,20%
Tổng	82	100%

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy tuổi khởi phát bệnh chủ yếu gặp ở lứa tuổi từ 20-30 chiếm 51,22%, khởi phát muộn sau tuổi 40 gặp 12,2%.

Bảng 3.5. Các loại hoang tưởng trên bệnh nhân tâm thần phân liệt

Hoang tưởng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ%
Liên hệ	23	28,05%
Bị chi phối	57	69,51%
Bị hại	34	41,46%

Kỳ quái	14	17,07%
Ghen tuông	12	14,63%
Tự cao	9	10,98%
Phát minh	4	4,88%
Tự buộc tội	3	3,66%

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu hoang tưởng thường gặp thuộc nhóm hoang tưởng bị kiểm tra chỉ phổi 69,51% đến nhóm hoang tưởng bị hại 41,46% và nhóm hoang tưởng liên hệ 28,05%, thấp nhất là nhóm hoang tưởng phát minh và buộc tội.

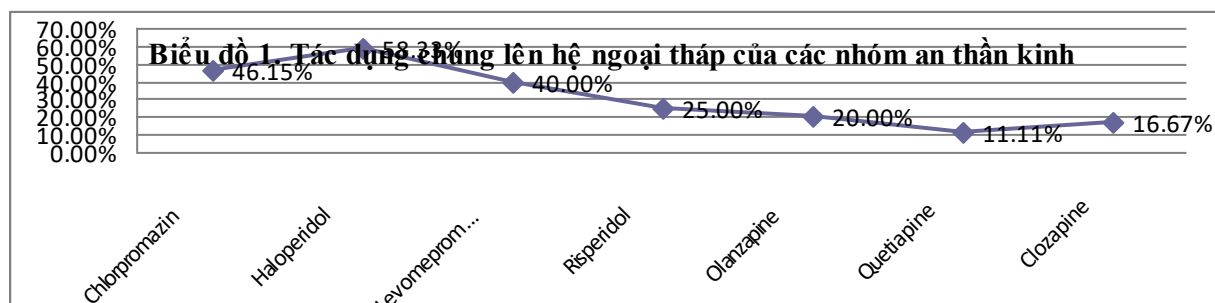
2. Ảnh hưởng của thuốc an thần kinh lên hệ ngoại tháp trên bệnh nhân tâm thần phân liệt. Danh mục các thuốc an thần kinh được sử dụng tại bệnh viện Tâm thần tỉnh Thái Bình cho các bệnh nhân được thể hiện ở bảng sau:

Bảng 3.5. Các hoạt chất an thần kinh

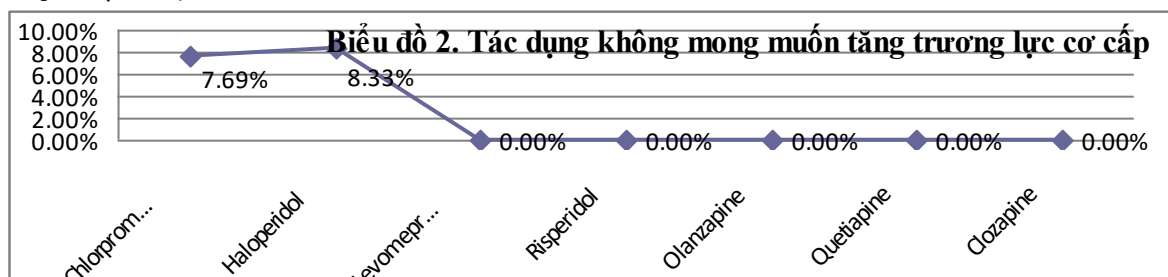
được sử dụng cho bệnh nhân tâm thần phân liệt

Hoạt chất an thần kinh	Số lượng thuốc	Tỷ lệ%
Chlorpromazin	13	15,85%
Haloperidol	24	29,27%
Levomepromazin	5	6,10%
Risperidon	4	4,88%
Olanzapine	15	18,29%
Quetiapine	9	10,98%
Clozapine	12	14,63%
Tổng	82	100%

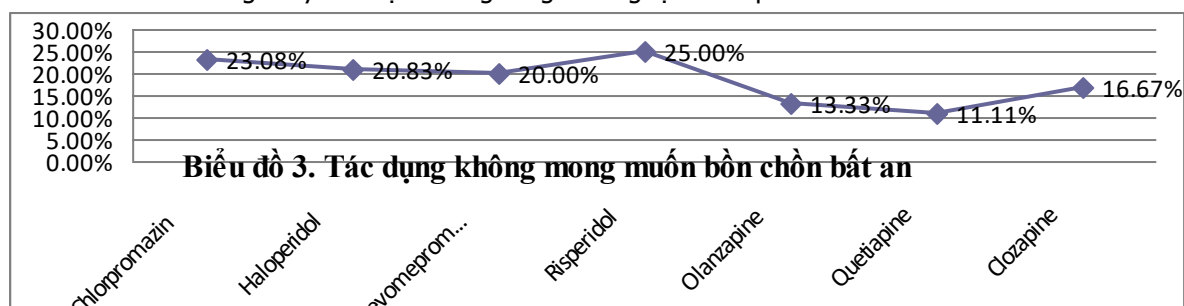
Nhận xét: Hoạt chất được sử dụng nhiều nhất là Haloperidol 24 thuốc (chiếm 29,27%), hoạt chất Olanzapine 18,29 hoạt chất 15,85%, hoạt chất 14,53%, thấp nhất là hoạt chất Risperidon có 4 thuốc, chiếm 4,88% tổng số thuốc.



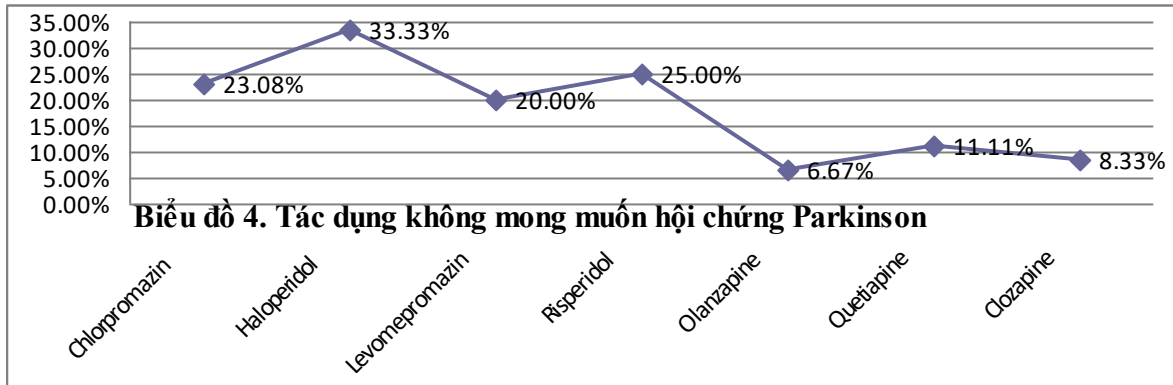
Tác dụng không mong muốn chung tăng lên hệ ngoại tháp cao nhất trên hoạt chất Haloperidol 58,33%, tiếp đến nhóm Chlorpromazin 46,15 %, nhóm Levomepromazin 40%, nhóm thấp nhất là Quetiapine 11,11%.



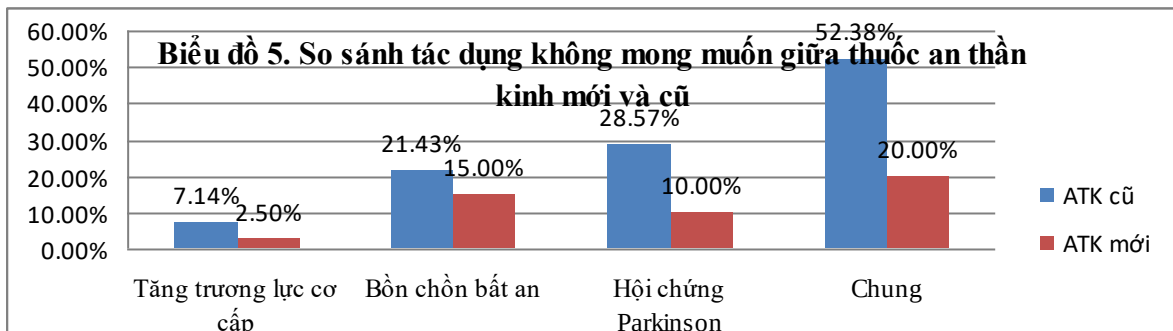
Nhận xét: Tỷ lệ căng trương lực cơ cấp cao nhất là Haloperidol 8,33%, nhóm Chlorpromazin 7,69% các nhóm khác không thấy có triệu chứng tăng trương lực cơ cấp.



Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bị bồn chồn bất an nhiều nhất là Risperidon 25%, đến Chlorpromazin 23,08%, tiếp sau là Haloperidol 20,83% và Levomepromazin 20%



Nhận xét: hoạt chất Haloperidol có hội chứng Parkinson cao nhất 33,3%, sau đó là Risperdal 25% và Aminazin 23,08%



Nhận xét: Từ biểu đồ trên ta thấy thuốc an thần kinh cũ có tác dụng không mong muốn cao hơn so với thuốc an thần kinh mới: đặc biệt nhóm tăng trương lực cơ cấp 2,84 lần và nhóm hội chứng parkinson cao gấp 2,86 lần so với thuốc an thần kinh mới

IV. KẾT LUẬN

Hoạt chất được sử dụng nhiều nhất tại bệnh viện Tâm thần tỉnh Thái Bình là Haloperidol 29,27%, hoạt chất Olanzapine 18,29%, hoạt chất Chlorpromazin 15,85%, hoạt chất Clozapine 14,53%.

Tỷ lệ căng trương lực cơ cấp cao nhất là Haloperidol 8,33%, hoạt chất Chlorpromazin 7,69%, các hoạt chất khác không thấy có triệu chứng tăng trương lực cơ cấp. Tỷ lệ bệnh nhân bị bồn chồn bất an nhiều nhất gặp ở hoạt chất Risperdal 25%, sau đó là Chlorpromazin 23,08%, Haloperidol 20,83% và Levomepromazin 20%. Hoạt chất Haloperidol có hội chứng Parkinson cao nhất 33,3%, tiếp đến là hoạt chất Risperdal 25% và hoạt chất Aminazin 23,08%

Nhóm an thần kinh cũ có tác dụng không mong muốn cao hơn so với nhóm an thần kinh mới: đặc biệt tác dụng phụ làm tăng trương lực cơ cấp 2,84 lần và hội chứng parkinson cao gấp 2,86 lần so với nhóm an thần kinh mới.

V. KIẾN NGHỊ

Bệnh viện Tâm thần Thái Bình tăng cường

chất lượng Hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong việc xây dựng phác đồ điều trị và xây dựng kế hoạch sử dụng thuốc tại bệnh viện; tăng cường công tác theo dõi, phát hiện, xử lý kịp thời và báo cáo các phản ứng không mong muốn trong quá trình sử dụng thuốc của các bệnh nhân điều trị tại bệnh viện;

Hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện xem xét việc lựa chọn một số thuốc generic thuộc nhóm tiêu chuẩn kỹ thuật cao (Nhóm 1, Nhóm 2, Nhóm 4) để đảm bảo hiệu quả điều trị cho người bệnh.

Các bác sỹ trong quá trình điều trị cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của việc dùng thuốc vì các bệnh nhân tại bệnh viện là những người phải sử dụng thuốc dài ngày, đặc biệt đối với các tác dụng phụ gây ra hội chứng parkinson.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bình An, Trần viết Nghị (2001)**, "Bệnh tâm thần phân liệt", Bài giảng bệnh học tâm thần phần nội sinh, Bộ môn tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 5-26.
2. **Anne DROUET (1997)**- Lâm Xuân Điền và cộng sự biên dịch, "Hoang tưởng mạn tính", Tâm thần học, Les Laboratoires Servier, tr 99-100.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH THOÁI HÓA GIÁC MẠC DÀI BĂNG

Ninh Thị Loan*, Lê Xuân Cung**, Hoàng Thị Phúc***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng của bệnh thoái hóa giác mạc dài băng trên những bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Mắt Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 35 bệnh nhân (41 mắt) được chẩn đoán mắc bệnh giác mạc dài băng đến từ tháng 6/2018 đến tháng 9/2019. **Kết quả:** 34 mắt (82.9%) có kèm theo bệnh mạn tính tại mắt. Hầu hết các mắt đều có triệu chứng kích thích cộm chói, chảy nước mắt và nhìn mờ. 23 mắt (56,1) có vị trí thoái hóa ở trung tâm giác mạc, 100% mắt có canxi lắng đọng chỉ đến lớp biểu mô. Trong 41 mắt được nghiên cứu có 33 mắt đồng tử bị dính méo, một mắt thể thủy tinh còn trong, 31 mắt thể thủy tinh đục, 4 mắt đã được mổ lấy thể thủy tinh đục đặt thể thủy tinh nhân tạo, 5 mắt đã được mổ lấy thể thủy tinh đơn thuần. Mặc dù tất cả các mắt đều ở giai đoạn ổn định nhưng vẫn có 6 mắt có tua giác mạc cũ. **Kết luận:** Bệnh thoái hóa giác mạc dài băng là một bệnh thứ phát sau các bệnh mắt khác, mặc dù ở trong giai đoạn ổn định nhưng bệnh vẫn gây các triệu chứng kích thích cộm chói, chảy nước mắt và làm giảm hoặc thậm chí gây mất thị lực. Việc đánh giá tình trạng và mức độ tổn thương của bệnh cũng như bệnh nguyên sẽ giúp ta có phương hướng điều trị, theo dõi cũng như tiên lượng được bệnh.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF GASTROINTESTINAL DISEASES

Objective: Assess clinical characteristics of band keratopathy in the patients who have been examined in Vietnam National Institute of Ophthalmology. **Method:** This research was conducted on 35 patients (41 eyes) with band keratopathy, who were examined from June 2018 to September 2019. **Results:** 34 eyes (82.9%) were related to chronic eye diseases. Almost eyes had usual symptoms: photophobia, tearing and decreased visual acuity. There were 23 eyes, which have band keratopathy in the center of the cornea. All eyes had calcium depositions in sub-epithelium. There were 33 eyes with posterior pupil adhesion, one eye had transparent lens, 31 eyes had cataract, in which there were 4 eyes had cataract surgery combined with IOL implantation and 5 eyes had cataract surgery without IOL implantation. There were 6 eyes which had old corneal precipitates. **Conclusion:** Band keratopathy is a secondary condition after some eyes disease. Which causes pain, photophobia, tearing and

decreased visual acuity. It is important to assess the severity and causative eye diseases, by which we will have a prompt treatment, following and prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý giác mạc dài băng (band keratopathy) được Dixon mô tả lần đầu tiên vào năm 1848 [1,3], đây là một bệnh mạn tính thường thứ phát sau các bệnh mắt mạn tính khác hoặc bệnh lý toàn thân. Tiến triển từ từ biểu hiện bằng tổn thương màu xám hoặc trắng đục ở lớp nông của giác mạc. Bệnh đặc trưng bởi lắng đọng của muối canxi trên màng đáy biểu mô, màng Bowman và nhu mô trước. Sự tích tụ canxi có thể phá vỡ bề mặt giác mạc mắt dẫn đến bề mặt giác mạc gồ ghề, bong tróc làm bệnh nhân thấy kích thích, chói cộm, chảy nước mắt và sợ ánh sáng. Khi tổn thương lan rộng đến trực thị giác sẽ làm giảm, mất thị lực [3]. Bệnh thường thứ phát sau các bệnh tại mắt như viêm màng bồ đào, viêm giác mạc mạn tính, sau mổ bong võng mạc có bơm dầu silicon nội nhãn,...và một số bệnh toàn thân như tăng canxi máu, suy thận,[1,3,9]. Ở nước ta cho đến nay chưa có nghiên cứu nào nghiên cứu chi tiết về bệnh. Do vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu tìm hiểu về đặc điểm lâm sàng, mức độ nặng của bệnh, bệnh nguyên qua đó giúp định hướng phương pháp điều trị, theo dõi và tiên lượng bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 35 bệnh nhân (41 mắt) được chẩn đoán bệnh thoái hóa giác mạc dài băng được khám và theo dõi tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 6/2018 đến tháng 9/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Triệu chứng cơ năng: kích thích, cộm chói, chảy nước mắt, giảm thị lực
- Tổn thương thực thể tại mắt
 - + Giác mạc: Có các mảng lắng đọng canxi màu trắng xám vị trí ở vùng rìa hoặc trung tâm hay toàn bộ giác mạc, sâu đến lớp biểu mô, màng Bowman, trên lớp nhu mô giác mạc, hay gặp nhất vùng ngang qua giác mạc khe mi.
 - + Tổn thương kèm theo: có thể có viêm màng bồ đào, viêm giác mạc mạn tính, dầu silicon sau mổ BVM, các bệnh toàn thân mạn tính....

2.1.1 Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc bệnh toàn thân nặng, không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tuân thủ thời gian điều trị và theo dõi.

*Trung tâm giám định y khoa giao thông vận tải

**Bệnh viện Mắt Trung Ương

***Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Thị Loan

Email: ninhloan123@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu không đối chứng. Số liệu được xử lý bằng phần mềm xử lý số liệu SPSS.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này được thực hiện với mục đích khoa học và sức khỏe của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính

Giới tính Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)
< 18 tuổi	10	66.7%	10	50%	20	57.1%
18 – 60 tuổi	3	20%	5	25%	8	22.9%
> 60 tuổi	2	13.3%	5	25%	7	20%
Tổng	15	100%	20	100%	35	100%

Như vậy, trong 35 bệnh nhân (41 mắt) nghiên cứu có 15 nam, 20 nữ. Nhóm bệnh nhân < 18 tuổi chiếm 57.1%, nhóm 18 – 60 tuổi và > 60 tuổi chiếm lần lượt 22.9% và 20%.

Bảng 3.2. Phân bố yếu tố nguy cơ và tiền sử bệnh liên quan

Tiền sử	n	Tỉ lệ (%)	P = 0.00
Bệnh mạn tính tại mắt	34	82.9	
Bệnh toàn thân, hệ thống	0	0	
Bệnh mạn tính tại mắt và bệnh toàn thân, hệ thống	5	12.2	
Nguyên nhân khác	2	4.9	
Tổng	41	100	

Kết quả ở bảng trên cho thấy có tới 82.9% số mắt có liên quan tới bệnh mạn tính tại mắt, 12.2% số mắt có liên quan tới bệnh mạn tính và bệnh toàn thân. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P = 0.00).

Bảng 3.3. Tình trạng thị lực

Thị lực	Mắt Phải		Mắt trái		Tổng	
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)
< 20/200	15	75.0	14	66.7	29	70.7
20/200 - < 20/30	4	20.0	5	23.8	9	22.0
20/30 - < 20/25	1	5.0	2	9.5	3	7.3
≥ 20/20	0	0	0	0	0	0
Tổng:	20	100	21	100	41	100

Như vậy, phần lớn mắt trong nghiên cứu có thị lực kém với thị lực < 20/200 chiếm tới 70.7%.

Bảng 3.4. Triệu chứng cơ năng trước điều trị

Triệu chứng cơ năng	Có		Không		Tổng		P
	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)	
Kích thích, cộm chói	40	97.6	1	2.4	41	100	P = 0.00
Chảy nước mắt	38	92.7	3	7.3	41	100	P = 0.00
Giảm, mất thị lực	41	100	0	0.0	41	100	P = 0.00

Như vậy hầu hết các mắt có triệu chứng cơ năng, trong đó kích thích, cộm chói là 97.6%, chảy nước mắt là 92.7%, giảm, mất thị lực là 100%. Các tỷ lệ này đều có ý nghĩa thống kê (P = 0.00)

Bảng 3.5. Đặc điểm triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể		n	Tỉ lệ (%)	P = 0.008
Vị trí dải băng	Vùng rìa	10	24.4	
	Trung tâm	23	56.1	
	Toàn bộ giác mạc	8	19.5	
Tình trạng tiền phòng	Sâu, Sạch	35	85.4	P = 0.00
	Nông	0	0.0	
	Tủa, xuất tiết	6	14.6	
Độ sâu dải băng	Dưới biểu mô	41	100	
Tình trạng đồng tử	Méo, dính	33	80.5	P = 0.00
	Bình thường	8	19.5	
Tình trạng thủy tinh thể	Trong	1	2.4	P = 0.00

	Đục	31	75.6	
	IOL	4	9.8	
	Đã lấy TTT	5	12.2	

Kết quả ở bảng trên cho thấy, hầu hết các mắt bị bệnh có vị trí dài bằng ở trung tâm giác mạc (56.1%), độ sâu dài bằng dưới biểu mô (100%), tiền phòng sâu, sạch (85.4%), đồng tử méo dính (80.5%), thủy tinh thể đục (75.6%).

Bảng 3.6. Liên quan giữa thị lực và vị trí dài bằng giác mạc

Vị trí dài bằng	Thị lực vào viện				Tổng		P
	< ĐNT 3m		≥ ĐNT 3m				
	n	%	n	%	n	%	
Rìa giác mạc	1	3.6	9	69.2	10	24.4	P = 0.00
Trung tâm giác mạc	20	71.4	3	23.1	23	56.1	
Toàn bộ giác mạc	7	25	1	7.7	8	19.5	
Tổng	28	100	13	100	41	100	

Như vậy, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thị lực và vị trí dài bằng.

Bảng 3.7. Liên quan giữa thị lực và đục giác mạc

Đang 3.7: Liên quan giữa thị lực và đục giác mạc

Đục giác mạc	Thị lực vào viện				Tổng		P
	< ĐNT 3m		≥ ĐNT 3m				
	n	%	n	%	n	%	
Có đục giác mạc	16	57.1	2	18.2	18	43.9	P = 0.012
Không đục	12	42.9	11	84.6	23	56.1	
Tổng	28	100	13	100	41	100	

Kết quả ở bảng trên cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thị lực và tổn thương đục giác mạc.

IV. BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng nhóm đối tượng nghiên cứu. Trong 35 bệnh nhân (41 mắt) nghiên cứu có 20 nữ (chiếm 57.1%), 20 bệnh nhân dưới 18 tuổi (57.1%) (bảng 3.1). Tỷ lệ mắt có tiền sử viêm mạn tính là 82.9%, tỷ lệ mắt vừa có tiền sử viêm mạn tính, vừa mắc bệnh toàn thân hệ thống là 12.2% (bảng 3.2). Điều này là hoàn toàn phù hợp vì bệnh mạn tính tại mắt là một trong những tác nhân chính dẫn tới bệnh lý giác mạc dài bằng, trong đó ở nghiên cứu của chúng tôi hay gặp nhất là viêm màng bồ đào mạn tính ở trẻ em dưới 18 tuổi [1,2,3]. Hầu hết các mắt trong nghiên cứu có thị lực thấp (70.7% mắt có thị lực < 20/200), kết quả này tương đương với kết quả của Heloisa Nascimento và CS với tỷ lệ mắt có thị lực < 20/200 trước điều trị là 61.5% [5]. Các triệu chứng cơ năng xuất hiện ở hầu hết mắt nghiên cứu. Điều này là dễ hiểu vì ở bệnh giác mạc dài bằng, phức hợp muối canxi lắng đọng trên bề mặt giác mạc dẫn tới các triệu chứng kích thích, cộm trối, chảy nước mắt, giảm mất thị lực. Vị trí thoái hóa giác mạc ở vùng rìa, trung tâm và toàn bộ giác mạc lần lượt là 10, 23 và 8 mắt. Tất cả các mắt có độ sâu lắng đọng canxi chỉ đến lớp biểu mô (bảng 3.5), lớp Bowman của giác mạc và màng canxi có màu trắng đục.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thị lực vào viện và vị trí dài bằng giác mạc và giữa thị lực vào viện với tình trạng đục giác mạc (bảng 3.6 và 3.7). Ở nhóm có thị lực vào viện < ĐNT 3m, giác mạc thường đục (57.1%) và vị trí dài bằng thường nằm ở trung tâm giác mạc (71.4%). Ở nhóm có thị lực vào viện ≥ ĐNT 3m, giác mạc thường không đục (84.6%) và vị trí dài bằng chủ yếu là ở rìa giác mạc (69.2%). Điều này có thể được giải thích là do tình trạng thị lực giảm theo tỷ lệ tương ứng với mức độ lắng đọng canxi trên bề mặt giác mạc [6], do đó ở những bệnh nhân có thị lực thấp hơn, giác mạc thường đục hơn và vị trí dài bằng thường nằm ở trung tâm giác mạc.

3.2. Đặc điểm của các bệnh lý liên quan.

Trong nghiên cứu chúng tôi phát hiện 02 trường hợp nào có bệnh lý toàn thân kèm theo liên quan đến tình trạng thoái hóa dài bằng trên giác mạc, nó tương tự nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy bệnh thoái hóa giác mạc dài bằng có liên quan đến một số bệnh lý toàn thân như tăng canxi huyết, suy thận,... nhưng với tỷ lệ thấp và thường gặp ở những mẫu nghiên cứu lớn [6,7]. Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều liên quan đến các bệnh lý tại mắt trước đó, nhiều nhất là bệnh viêm màng bồ đào với 80,5% các trường hợp có đồng tử dính méo (di chứng của bệnh viêm màng bồ đào), còn lại là

các trường hợp sau mổ can thiệp nội nhãn đầu silicon, có kèm đục thể thủy tinh. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả khác khi cho thấy hầu hết bệnh thoái hóa giác mạc dài bằng xuất hiện thứ phát sau một bệnh mắt tiến triển mãn tính [1,2,3,4].

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý giác mạc dài bằng là một hình thái thoái hóa giác mạc, đặc trưng bởi lắng đọng canxi, gây kích thích, cộm chói chảy nước mắt và làm giảm, mất thị lực của mắt. Bệnh thường gặp thứ phát sau một bệnh lý mãn tính khác ở mắt, việc đánh giá mức độ tổn thương và bệnh lý liên quan rất quan trọng giúp tiên lượng, điều trị và theo dõi bệnh để có thể giúp bệnh nhân hồi phục và ổn định chức năng mắt lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oconnor GR. Calcific band keratopathy. Trans Am Ophthalmol Soc (1972); **70**: 58-81.
2. Wood, Thomas O. et al. American Journal of

- Ophthalmology, Volume **80**, Issue 3, 553.
3. AAI-Hity, K Ramaesh, and D Lockington. (2018) EDTA chelation for Symptomatic band keratopathy: results and recurrence. Eye (London, England), (2018) **26**–31.
4. Trần Hải Yến, Nguyễn Thị Diệu Thơ, Lê Minh Tuấn (2009). Đánh giá phương pháp gọt giác mạc giải bằng Laser trong điều trị bệnh lý giác mạc giải bằng. Y học thành phố Hồ Chí Minh, **13**, 16 –21.
5. Heloisa Nascimento, Mariana Kaori Yasuta, Maria Carolina Markezan, et al (2015). Uveitic band keratopathy: child and adult. Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection, **5**, 35.
6. Jhanji V, Rapuano CJ, Vajpayee RB. (2011) Corneal calcific band keratopathy. Current opinion in ophthalmology, **22**(4), 283-9
7. Shih-Feng, Jan RL, Chang C, and associates. Risk of Band Keratopathy in Patients with End-Stage Renal Disease. Scirep: (2016); **6**; 28675
8. Najjar D.M, Cohen E.J, Rapuano C.J, Laibson P.R. DTA chelation for calcific band keratopathy: results and long-term follow-up. Am J Ophthalmol (2004); **137**:1056–1064

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ TĂNG HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Phạm Tuấn Dương*, Vũ Bích Nga**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét thực trạng kiểm soát rối loạn lipid máu và Tăng huyết áp ở BN ĐTĐ typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện 19-8. Rối loạn chuyển hóa lipid máu và THA thường gặp ở người bệnh ĐTĐ typ 2. Nghiên cứu 800 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 từ 30 đến 80 tuổi (tuổi trung bình $63,1 \pm 8,02$) điều trị ngoại trú tại bệnh viện 19-8 từ tháng 11 năm 2018 đến tháng 6 năm 2019 có tỉ lệ rối loạn lipid máu là 84,4% (theo tiêu chuẩn của Hội nội tiết và Đái tháo đường Việt Nam 2018). Người ĐTĐ có tỉ lệ tăng Cholesterol là 42%, TG là 60,6%; giảm HDL -C là 51,2%; LDL -C là 48,1%, tăng Non HDL-C là 56,6%. Tỉ lệ Tăng huyết áp là 43,1% (theo tiêu chuẩn Hội tim mạch học Việt Nam 2015).

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF CONTROL OF LIPID BLOOD DIAGNOSIS AND INCREASING BLOOD PRESSURE IN DISEASE DISEASES

*Bệnh viện 198.

**Viện đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa, Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Dương

Email: duongbs198@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2019

Ngày duyệt bài: 10.9.2019

TYP 2 IN HOSPITAL 19-8

Objectives of the study: To comment on the current situation of control of dyslipidemia and hypertension in patients with type 2 diabetes in outpatient treatment at hospital 19-8. Disorders of blood lipid metabolism and hypertension are common in diabetic patients type 2. Study 800 type 2 diabetes patients from 30 to 80 years (mean age 63.1 ± 8.02) outpatient treatment in hospitals 19 -8 from November 2018 to June 2019 has a rate of dyslipidemia of 84.6% (according to Vietnam Endocrine and Diabetes Association standards 2018). Diabetes has 42% increase in Cholesterol, 60.6% in TG; reduction of HDL-C is 51.2%; LDL -C is 48.1%; Non HDL-C 56.6%. The rate of hypertension is 43.1% (according to the Vietnam Association of Cardiovascular Association 2015).

Từ khóa: Rối loạn lipid máu (Dyslipidemia). Tăng Huyết áp (Hypertension).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý rối loạn chuyển hóa có diễn biến phức tạp, với tốc độ phát triển rất nhanh, bệnh được xem là đại dịch ở các nước đang phát triển. Tổn thương tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu đối với bệnh nhân ĐTĐ [5].

Các yếu tố nguy cơ đi kèm ở BN ĐTĐ typ 2 thường là tăng huyết áp (THA), thừa cân và béo phì, rối loạn lipid (RLLP) máu [5].

Bệnh viện 19-8 Bộ Công an là bệnh viện hạng 1 của ngành công an, nằm phía tây Hà Nội, trên địa bàn Quận Cầu Giấy hiện quản lý khoảng 1500 bệnh nhân ĐTD. Để nâng cao chất lượng khám và điều trị bệnh ngoại trú; để góp phần giảm thiểu biến chứng bệnh ĐTD và để có số liệu thống kê về chương trình quản lý đái tháo đường của bệnh viện chúng tôi tiến hành đề tài: "Thực trạng kiểm soát rối loạn lipid máu và tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại bệnh viện 19-8" nhằm mục tiêu: Nhận xét thực trạng kiểm soát rối loạn lipid máu và Tăng huyết áp ở BN ĐTD typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện 19-8.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tại khoa nội tiết bệnh viện 19-8 trong 9 tháng từ 10/2018 đến tháng 6 năm 2019.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 800 bệnh nhân ĐTD typ 2 đang điều trị ngoại trú tại khoa nội tiết- bệnh viện 19-8.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN ĐTD typ 1.
- ĐTD typ 1 và ĐTD typ 2 có thai.
- ĐTD phối hợp bệnh lý có loạn chuyển hóa lipid máu thứ phát: Hội chứng thận hư, basedow, suy giáp hoặc đang dùng thuốc: corticoid, chẹn beta.
- BN có ĐTD thứ phát: Hội chứng Cushing, HC Conn, u tủy thượng thận.
- BN không có nguyện vọng tham gia.
- Bệnh nhân biến chứng tim mạch nặng không đi khám được thường xuyên.
- Bệnh nhân ĐTD typ 2 tới khám vì biến chứng cấp tính khác: Viêm phổi- tăng áp lực thẩm thấu,

nhễm trùng bàn chân, viêm đường tiết niệu, bệnh lý ngoại khoa phải phẫu thuật. v.v...

- Bệnh nhân không có đủ các xét nghiệm cần cho nghiên cứu.

- Bệnh nhân trên 80 tuổi và dưới 30 tuổi

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp điều tra mô tả cắt ngang

Những bệnh nhân (BN) có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được chọn vào nghiên cứu. Quy trình thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, bao gồm: Hỏi bệnh; khám lâm sàng; xét nghiệm.

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá được sử dụng trong nghiên cứu.

Phân loại rối loạn lipid máu theo tiêu chuẩn của Hội nội tiết – Đái tháo đường Việt Nam 2018[5]

Thành phần lipid máu (mmol/)	Bình thường	Có rối loạn
CT	< 5,2	≥ 5,2
TG	< 1,7	≥ 1,7
HDL-C	> 1,0 với nam > 1,3 với nữ	≤ 1,0 với nam ≤ 1,3 với nữ
LDL-C	< 3,1	≥ 3,1
Non – HDL – C	< 3,4	≥ 3,4

Phân độ tăng huyết áp theo Hội tim mạch học Việt Nam năm 2015[2]

Chỉ số	HA tâm thu (mmHg)	HA tâm trương (mmHg)
Bình thường	<120	và <80
Tiền tăng HA	120- 139	Và/hoặc 80- 89
Tăng HA	Độ I Độ II Độ III	Và/hoặc 90- 99 Và/hoặc 100- 109 ≥ 110

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thực trạng rối loạn lipid máu

Bảng 1. Giá trị trung bình của các chỉ số lipid máu, huyết áp nhóm nghiên cứu

$\bar{X} \pm SD$	Nam		Nữ		Chung		P
	n	$\bar{X} \pm SD$	N	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Cholesterol toàn phần (mmol/l)	421	4,85 ± 1,39	379	5,25 ± 1,79	800	5,04 ± 1,61	0,001
Triglycerid (mmol/l)	409	2,73 ± 2,67	391	2,58 ± 2,02	800	2,66 ± 2,38	0,353
LDL-C (mmol/l)	415	2,99 ± 1,32	385	3,18 ± 2,04	800	3,08 ± 1,71	0,125
HDL-C (mmol/l)	448	1,24 ± 0,75	352	1,26 ± 0,77	800	1,25 ± 0,76	0,630
Non HDL-C	407	3,62 ± 1,48	393	3,98 ± 1,86	800	3,79 ± 1,68	0,004

Giá trị trung bình của cholesterol máu ở đối tượng nghiên cứu là: 5,04±1,61 mmol/l; triglycerid là 2,66±2,38mmol/l; HDL-C là 1,25±0,76mmol/l; LDL-C: 3,08 ± 1,71mmol/l; Non HDL-C là 3,79±1,68mmol/l. Kết quả của chúng tôi tương tự như Nguyễn Văn Tuyển (2017) [7], Cholesterol toàn phần: 5,03 ± 0,83 mmol/l, Triglycerid: 2,71 ± 1,84 mmol/l, LDL – C: 2,76 ± 0,49 mmol/l, HDL-C: 1,10 ± 0,29 mmol/l và tương tự như Hoàng Trung Vinh (2007) [8] cholesterol trung bình 5,22±1,37 mmol/l, triglyceride trung bình 2,25±1,53 mmol/l, HDL-C trung bình 1,18 ± 0,34 mmol/l và LDL-C là 3,05 ± 1,06 mmol/l.

Bảng 2. Tỷ lệ rối loạn lipid theo thành phần lipid

Thành phần lipid máu (mmol/l)	Bình thường		Có rối loạn	
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Total cholesterol	444	55,5	336	45,5
Triglyceride	315	39,4	485	60,6
HDL-C	390	48,8	410	51,2
LDL-C	415	51,9	385	48,1
Non-HDL-C	347	43,4	453	56,6

Nghiên cứu của chúng tôi, BN ĐTĐ tít 2 có RLLP máu chiếm 84,4%, tỷ lệ tăng TG cao nhất là 60,6%, tăng TC là 45,5%; giảm HDL-C 51,2%, tăng LDL-C là 48,1%. Tăng Non HDL-C là 56,6%. Kiểu rối loạn này cũng thấy trong nghiên cứu của tác giả khác. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuyền (2017)[7] tăng triglycerid chiếm tỷ lệ cao nhất 82,3%, tăng Cholesterol máu là 40,9%, giảm HDL-C là 45,7%, tăng LDL-C có 43,3%.

Bảng 3. Phân bố theo số lượng các thành phần lipid máu bị rối loạn.

Số thành phần lipid máu bị rối loạn	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
0	125	15,6
1	188	23,5
2	223	27,9
3	195	24,4
4	69	8,6
Tổng	800	100,0

3.2. Thực trạng tỷ lệ tăng huyết áp

Bảng 4. Giá trị trung bình HA của nhóm nghiên cứu.

X ± SD	Nam		Nữ		Chung		p
	N	X ± SD	n	X ± SD	n	X ± SD	
Huyết áp tâm thu (mmHg)	403	133,74 ± 17,08	397	132,21 ± 15,83	800	132,99 ± 16,48	0,194
Huyết áp tâm trương (mmHg)	403	79,84 ± 8,92	397	77,71 ± 9,58	800	78,79 ± 9,30	0,001

- Giá trị trung bình HA tâm thu là 132,99±16,48 mmHg; tâm trương là 78,79±9,30 mmHg. Kết quả chúng Tôi tương đương Nguyễn Văn Tuyền (2017) [7]HATT trung bình 133.3 ± 17.6 mmHg, HATT trung bình 80.6 ± 10.4 mmHg. HA trung bình của BN trong nhóm chúng tôi cao hơn 1 số tác giả khác là do đa số BN đi khám bệnh không uống thuốc vào buổi sáng ngày hôm đi khám.

Bảng 5. Bảng giá trị trung bình của HA tâm thu và HA tâm trương của một số tác giả[1], [4].

Tác giả (Năm)	HATT trung bình (mmHg)	HATT trung bình (mmHg)
Trần Thị Thanh	127,84 ±	78,79 ± 6,52

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, phân loại RLLP theo số các chỉ số lipid máu: Không có RLLP máu là 15,6%, có 1 chỉ số bị rối loạn chiếm 23,5%, 2 chỉ số bị rối loạn chiếm 27,9%, 3 chỉ số bị rối loạn chiếm 24,4%, cả 4 chỉ số bị rối loạn có 8,6%.

- Theo Nguyễn Thị Thúy Hằng (2010) [6], nghiên cứu 200 BN ĐTĐ tít 2 cho thấy: không bị RLLP máu chiếm 14%, có 1 thành phần bị rối loạn chiếm 20%, 2 thành phần bị rối loạn chiếm 34,7%, 3 thành phần 27,5%, cả 4 chỉ số bị rối loạn có 4,0%. Theo Nguyễn Văn Tuyền(2017) [7] không có RLLP máu là 24,8%, có 1 chỉ số bị rối loạn chiếm 26,2%, 2 chỉ số bị rối loạn chiếm 19,7%, 3 chỉ số bị rối loạn chiếm 12,8%, cả 4 chỉ số bị rối loạn có 16,5%.

- BN trong nghiên cứu của chúng tôi kiểm soát các thành phần Lipid kém có lẽ do BN ăn nhiều chất bột, nam giới uống nhiều rượu, số bệnh nhân không tuân thủ điều trị cao và hạn chế từ bảo hiểm trong việc kiểm tra, theo dõi các chỉ số lipid và hạn chế của thuốc điều trị RLCH lipid.

Huyền (2011)	11,42	
Tạ Văn Bình (2006)	123,1 ± 14,7	77,8 ± 8,4

Bảng 6. Phân độ THA theo hội tim mạch học Việt Nam 2015

Phân độ THA	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Bình thường (<120 và <80)	88	11,0
Tiền THA	367	45,9
THA độ 1	265	33,1
THA độ 2	71	8,9
THA độ 3	9	1,1
Tổng số	800	100,0

Nghiên cứu chúng tôi có 43,1% Bn bị THA thấp hơn Nguyễn Văn Tuyền (2017) [7] có THA là 55,1% (120/218 BN) và Nguyễn Thị Thanh Hương [3] tỷ lệ THA là 62,2%. Sự khác biệt do ý

thức điều trị cũng như số lượng bệnh nhân lớn trong nghiên cứu chúng tôi.

Bảng 7. Kiểm soát huyết áp ở các BN ĐTĐ

Kiểm soát HA	SốBN (n)	Tỷ lệ (%)
HA <140/90 mmHg	455	56,9
HA ≥ 140/90 mmHg	345	43,1

Kiểm soát huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường bao gồm cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương đã được chứng minh bởi nhiều nghiên cứu trong việc làm giảm các biến chứng mạch máu lớn, biến chứng mạch máu nhỏ và tỷ lệ tử vong chung. Các thử nghiệm lâm sàng đã cho thấy giảm 9-11 mmHg huyết áp tâm thu và giảm 2-9 mmHg huyết áp tâm trương sẽ làm giảm 34-69% biến cố tim mạch, 26-46% biến chứng mạch máu nhỏ trong thời gian 2-5 năm.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 800 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 từ 30 đến 80 tuổi (tuổi trung bình 63,1 ± 8,02) điều trị ngoại trú tại bệnh viện 19-8 từ tháng 11 năm 2018 đến tháng 6 năm 2019 chúng tôi xin rút ra kết luận sau:

1/ Tỷ lệ rối loạn lipid máu là 84,6%. Người ĐTĐ có tỉ lệ tăng Cholesterol là 42%, TG là 60,6%; giảm HDL -C là 51,2%; tăng LDL -C là 48,1 %; tăng Non HDL-C là 56,6%.

2/Tỷ lệ tăng huyết áp là 43,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ta Văn Bình (2006).** Dịch tễ học bệnh đái tháo đường ở Việt Nam các phương pháp điều trị và biện pháp dự phòng, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, 255-265.
2. **Hội Tim Mạch Việt Nam (2015).** Khuyến cáo chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp.
3. **Nguyễn Thị Thanh Hương (2007).** Nghiên cứu tỷ lệ tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Trần Thị Thanh Huyền (2011).** Nhận xét tình hình kiểm soát đường huyết và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện lão khoa trung ương. Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Hội nội tiết – Đái tháo đường Việt Nam(2018).** Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường, 9-40; 51-72; 198- 220; 439-502.
6. **Nguyễn Thị Thúy Hằng (2010).** Nghiên cứu RLLP máu và tình hình kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Xanh - pôn. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội
7. **Nguyễn Văn Tuyền (2017).** Thực trạng kiểm soát đường huyết và các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Gang thép, 38-42.
8. **Hoàng Trung Vinh (2007).** Nghiên cứu tình trạng kiểm soát đa yếu tố ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Báo cáo toàn văn đề tài khoa học, Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3, tr 339- 344.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thế Đường*, Nguyễn Đại Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày, vét hạch D2 tại Bệnh Viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 83 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được chẩn đoán và phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày vét hạch D2 tại Bệnh Viện K từ 01/2017 đến 01/2019. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 55,1 ± 10,2 (27-78 tuổi); BMI trung bình 20,8 ± 1,98; 12 trường hợp (14,4%) u ở niêm mạc (T1a); 14 (16,9 %) trường hợp u xâm lấn hạ niêm mạc; 42 (50,7%) u xâm lấn lớp cơ (T2); 5 (6%) trường hợp xâm lấn lớp dưới thanh mạc (T3), và 10 (12%) trường hợp xâm lấn thanh mạc (T4a). Số hạch trung bình nạo được là

15,31 ± 3,98 hạch (7-29). 100% trường hợp diện cắt âm tính, có 1 trường hợp chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là 153,37 ± 21,97 phút (100-220 phút); thời gian trung tiện trung bình là 2,7 ± 0,8 ngày (1- 4 ngày); thời gian nằm viện trung bình là 9,7 ± 3,2 ngày (6-31 ngày). Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ chiếm 7,2% trong đó có 1 trường hợp rò tiêu hóa, 2 trường hợp rò dưỡng chấp và 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, không có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày vét hạch D2 có thể thực hiện an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày. Bệnh nhân có thời gian hồi phục và nằm viện được rút ngắn.

Từ khóa: ung thư dạ dày, vét hạch D2, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

SHORT – TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC-ASSISTED DISTAL GASTRECTOMY FOR CANCER AT VIET NAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Evaluate short – term outcomes of laparoscopy-assisted distal gastrectomy (LADG) with D2 lymph node dissection for gastric cancer at Viet

*Trường Đại học Y Hà nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thế Đường
Email: leduong.oncologist@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.7.2019
Ngày phản biện khoa học: 28.8.2019
Ngày duyệt bài: 4.9.2019

Nam National Cancer Hospital. **Population and methods:** This is a prospective and descriptive study. For this study, 83 patients with gastric adenocarcinoma underwent LADG at Viet Nam National Cancer Hospital from 1/2017 to 1/2019. **Results:** Mean age was 55.1 ± 10.2 (youngest patient was only 27 and the oldest was 78). Mean BMI was $20.8 \pm 1.98 \text{ kg/m}^2$. 14.4% patients were T1a, 16.9% patients were T1b, 50.7% patients were T2, 6% patients were T3, and 12% patients were T4a in terms of depth of invasion. Number of harvested lymph nodes in average was 15.31 ± 3.98 (range 7 – 29). 100% proximal resection margins were negative. There was 1 case transferring to open surgery. Mean operative time was 153.37 ± 21.97 (range 100 – 220) minutes. Mean time to first flatus was 2.66 ± 0.79 (range 1 – 4) days. Mean postoperative hospital stay was 9.7 ± 3.2 (range 6 – 31) days. Early postoperative complication rates were 7.2% including 1 case of gastroenteric fistula, 2 cases of chylous fistula, 3 cases of wound infection and none of death. **Conclusion:** Distal gastrectomy with D2 lymph node dissection shows safety and effective for gastric cancer with less times of postoperation and recovery.

Keywords: gastric cancer, D2 lymph node dissection, laparoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong các loại ung thư phổ biến trên thế giới, với hơn 90% là ung thư biểu mô. Trong các nước thuộc khu vực Đông Nam Á thì Việt Nam là nước có tỷ lệ mắc thuộc hàng cao. Cho tới nay, phương pháp điều trị bằng phẫu thuật vẫn là lựa chọn hàng đầu khi khối u vẫn còn khả năng cắt bỏ. Các biện pháp khác như hóa chất, miễn dịch, xạ trị... chỉ được coi là những phương pháp điều trị hỗ trợ tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và giai đoạn bệnh.

Gần đây, có nhiều nghiên cứu so sánh giữa phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi (PTNS) hỗ trợ điều trị ung thư dạ dày cho kết quả tương đương về mặt ung thư học [1] [2]. Tại Bệnh viện K đã bước đầu đưa PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày, vét hạch D2 vào thường quy trong điều trị UTDD và đã thu được những kết quả khả quan. Trên cơ sở thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tính khả thi, an toàn và khả năng điều trị triệt căn ung thư bằng phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày vét hạch D2 tại bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến của dạ dày được điều trị PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày, vét hạch D2 tại Bệnh Viện K từ 01/2017 đến 01/2019.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu: Theo công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{P(1-P)}{d^2}}$$

Cỡ mẫu tối thiểu là 61 bệnh nhân với $P = 2,6\%$ (theo Ryu KW)[3]. Trong nghiên cứu này chúng tôi thực hiện trên 83 bệnh nhân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến dạ dày có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày vét hạch D2, đánh giá giai đoạn trước mổ khu trú chưa xâm lấn ra ngoài. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, và có đầy đủ thông tin bệnh án. Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn lâm sàng và bệnh học theo hiệp hội ung thư thế giới (UICC) và hiệp hội ung thư Hoa Kỳ (AJCC) phiên bản 7 [4].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng kèm theo, Cắt lại Ung thư dạ dày do tái phát, phẫu thuật nội soi mang tính chất thăm dò chuyển mổ mở.

Thu thập vào xử lý số liệu: Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất, thông tin thu được từ hồ sơ bệnh án. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS20.0

Kỹ thuật: Bệnh nhân nằm ngửa đầu cao, dạng 2 chân. Chúng tôi sử dụng 5 trocars bao gồm 1 trocar 10 mm dưới rốn cho camera, 2 trocars 10 mm tại vị trí mạn sườn phải và trái, 2 trocars 5 mm tại vị trí hạ sườn phải và trái. Chúng tôi thực hiện nạo vét hạch D2 bằng PTNS theo hướng dẫn Hội Ung Thư Nhật Bản (JGCA) phiên bản 4 [5]. Mở bụng đường trắng giữa trên rốn 4-5cm, cắt tá tràng dưới môn vị khoảng 1-2 cm bằng máy cắt thẳng, cắt dạ dày gần toàn bộ trên u từ 5-6cm, nối vị tràng thực hiện ngoài ổ bụng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi trung bình là $55,1 \pm 10,2$, thấp nhất là 27 cao nhất là 78 tuổi

Tỷ lệ mắc bệnh Nam là 55,4%; Nữ là 44,6%

Chỉ số BMI trung bình $20,8 \pm 1,98$; thấp nhất là 16,7 cao nhất là 28,1

Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp

Triệu chứng	N	%
Đau bụng thượng vị	65	78,3
Sút cân	30	36,1
Nuốt nghẹn	0	0
Nôn – Buồn nôn	15	18,1
Nôn máu + phân đen	2	2,4

Nhận xét: Đau bụng thượng vị là triệu chứng thường gặp nhất 65 BN (78,3%), chán ăn sút cân gặp 30 BN (36,1%), nôn máu + đại tiện phân đen 2 BN (2,4%) nhập viện trong tình trạng cấp cứu.

Bảng 2. Hình ảnh tổn thương qua nội soi

Đặc điểm	N	%
Tính chất tổn thương		
Loét	58	69,9
Loét thâm nhiễm	4	4,8
Loét chảy máu	2	2,4
Sùi	19	22,9
Thâm nhiễm cứng	0	0
Kích thước u		
< 1 cm	6	7,2
1 cm – 3 cm	65	78,3
3 cm – 5 cm	10	12,1
5 cm – 10 cm	2	2,4
Vị trí tổn thương		
Môn vị	3	3,6
Hang vị	54	65,1
Bờ cong nhỏ	22	26,5
Bờ cong lớn	3	3,6
Thân vị	1	1,2

Nhận xét: Qua hình ảnh nội soi dạ dày, gặp chủ yếu ở hình ảnh loét 58BN (69,9%), hình ảnh loét thâm nhiễm và thâm nhiễm cứng ít gặp hơn. Đặc biệt gặp 02BN (2,4%) có loét chảy máu ở mức độ Forrest 2. Các trường hợp được PTNS có kích thước u nhỏ, chủ yếu trong khoảng 1 – 3 cm (78,3%) và có 2 trường hợp nào u trên 5 cm. Vị trí tổn thương dạ dày chủ yếu gặp ở vùng hang vị (65,1%) và bờ cong nhỏ (26,5%). Có một trường hợp u vị trí thân vị tuy nhiên kích thước u < 1 cm nên vẫn có chỉ định cắt gần toàn bộ dạ dày.

Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3. Phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa sau cắt dạ dày

Phương pháp nối	N	%
Finsterer	49	59,0
Pean	25	30,1
Roux en Y	9	10,9
Khác	0	0
Tổng	83	100

Nhận xét: Phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa chủ yếu theo kiểu Billroth II chiếm 69,9%. Kiểu Billroth I chiếm 30,1%.

Bảng 4. Kết quả nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi

Hạch	TB	Độ dao động
Hạch lấy được	15,31	7-29
Hạch di căn	1,2	0-12

Bảng 5. Đặc điểm vi thể ung thư dạ dày

Đặc điểm		n	%
Hình ảnh Vi thể	Tuyến ống	48	57,8
	Tuyến nhầy	2	2,4
	TB nhân	19	22,9
	Tuyến nhú	14	16,9
	Tổng	83	100

Nhận xét: Ung thư biểu mô tuyến ống gặp

nhiều nhất 48BN (57,8%), ung thư biểu mô tuyến nhầy ít nhất chiếm 2,4%

Bảng 6. Độ xâm lấn khối u sau mổ

T	N	%
T1a	12	14,4
T1b	14	16,9
T2	42	50,7
T3	5	6
T4a	10	12
T4b	0	0
Tổng	83	100

Nhận xét: Mức độ xâm lấn của khối u chiếm phần lớn ở T2 (50,7%), không có trường hợp nào u xâm lấn T4b.

Bảng 7. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Giá trị
Thời gian phẫu thuật	153,37 ± 21,97 (100-220) phút
Thời gian trung tiện	2,7 ± 0,8 (1-4) ngày
Thời gian nằm viện	9,7 ± 3,2 (6-31) ngày

Bảng 8. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Xi bục mồm tá tràng, miệng nổi	1	1,2
Nhiễm trùng vết mổ	3	3,6
Rò đường chấp sau mổ	2	2,4
Tử vong sau mổ	0	0
Tổng	6	7,2

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 6/83 = 7,2%, trong đó 1 BN xi miệng nổi đại tràng do trong mổ làm tổn thương mạch đại tràng giữa phải cắt đoạn đại tràng kèm theo, được mổ lại diễn biến sau mổ ổn định, ra viện sau 31 ngày hậu phẫu. 2 BN bị rò đường chấp sau mổ do vết hạch hệ thống, được lưu dẫn lưu muộn điều trị nội khoa diễn biến ổn định. 3 BN (5%) có nhiễm trùng vết mổ.

IV. BÀN LUẬN

Trong bệnh lý ung thư nói chung và đặc biệt là trong ung thư dạ dày (UTDD) nói riêng, đặc điểm tuổi và giới của bệnh nhân (BN) được xem là các yếu tố tiên lượng bệnh và liên quan đến tỉ lệ mắc bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi với số liệu 83 BN, gồm 46 nam và 37 nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 55,1 ± 10,2 thấp nhất là 27 tuổi, cao nhất là 78 tuổi. Trước đây tuổi cao là một yếu tố làm các phẫu thuật viên phải cân nhắc không chỉ trong mổ nội soi UTDD mà còn trong PTNS nói chung, vì thời gian mổ kéo dài. Tuy nhiên khi trình độ PTNS và gây mê hồi sức phát triển, PTNS cắt dạ dày có thể thực hiện an toàn đối với các bệnh nhân già, giúp rút ngắn thời gian phục hồi sau mổ và tránh được

các biến chứng toàn thân do ít đau hơn.

Trong tổng số 83 BN nghiên cứu, đau bụng thượng vị là dấu hiệu thường gặp nhất (65/83 bệnh nhân, chiếm 78,3%), đau không liên quan đến ăn uống, đau âm ỉ cả ngày và đêm, bệnh nhân thường dùng thuốc giảm đau thông thường không kết quả mới đi khám bệnh, nội soi dạ dày và được phát hiện bệnh.

100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được nội soi dạ dày và sinh thiết trước mổ. Thăm rõ nội soi và sinh thiết trước mổ đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán xác định bệnh cũng như vị trí khối u. Thể phổ biến nhất của UTDD qua hình ảnh nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi là thể loét chiếm tới 58 trường hợp (69,9%), tiếp đến là thể sùi chiếm 22,9%, loét thâm nhiễm có 4 trường hợp (4,8%). Có 02 bệnh nhân có loét chảy máu ở mức độ Forrest 2 phải điều trị nội khoa trước phẫu thuật. Vị trí tổn thương chủ yếu ở vùng hang vị (65,1%) và bờ cong nhỏ (26,5%), phù hợp với dịch tể của ung thư dạ dày và chỉ định phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày. Về kích thước tổn thương trong nhóm BN nghiên cứu chủ yếu trong nhóm 1cm – 3 cm (78,3%), cho thấy lựa chọn BN thuận lợi cho PTNS.

Đánh giá thể trạng chung của bệnh nhân nhóm nghiên cứu có BMI trung bình là $20,8 \pm 1,98 \text{ kg/m}^2$, trong đó nhóm BMI từ 18 – 23 kg/m^2 chiếm 80,7%, nhóm BMI > 23 kg/m^2 chiếm 8,4%. Phân tích thể trạng của bệnh nhân so với thời gian phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy chỉ số BMI làm kéo dài thời gian phẫu thuật do gặp nhiều khó khăn trong phẫu tích, vết hạch ($p < 0,05$). Kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Ke Chen [7].

Về phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa sau cắt dạ dày có 49 BN (59,0%) được nối lưu thông tiêu hóa kiểu Finsterer, 25 BN (30,1%) được nối lưu thông tiêu hóa kiểu Pean, 9 BN (10,9%) được nối lưu thông tiêu hóa kiểu Roux en Y. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trong nước về phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa. Cách tái lập lưu thông tiêu hóa của Billroth I sinh lý hơn chúng tôi thường áp dụng với bệnh nhân giai đoạn sớm, với những bệnh nhân ung thư ở giai đoạn muộn hơn chúng tôi nối theo phương pháp Billroth II, Đỗ Văn Tráng (2012) cũng có nhận xét tương tự.

Thời gian trung tiện lần đầu sau mổ là $2,7 \pm 0,8$ ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $9,7 \pm 3,2$ ngày, thấp nhất 6 ngày và cao nhất 31 ngày (BN này có tổn thương mạch đại tràng giữa phải cắt đoạn đại tràng kèm theo, điều trị sau 31 ngày ổn định

ra viện). Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả như Đỗ Văn Tráng, Đỗ Trường Sơn. Nhìn chung số ngày nằm viện sau mổ của các nghiên cứu về PTNS thấp hơn so với mổ mở, do BN ít đau hơn, khả năng vận động sớm hơn nên ít có các biến chứng sau mổ về hô hấp, tiết niệu. BN có thể xuất viện sớm hơn so với mổ mở.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số hạch trung bình nạo vét được là $15,31 \pm 3,9$ hạch với số hạch di căn trung bình là $1,2 \pm 2,2$ hạch. Không có tai biến biến chứng nào lớn liên quan đến nạo vét hạch. Nạo vét hạch trong mổ ung thư nói chung và ung thư dạ dày nói riêng đóng vai trò rất quan trọng nhằm đảm bảo tính triệt căn trong điều trị ung thư. Đây là vấn đề được tranh luận nhiều khi khởi phát mổ ung thư dạ dày bằng PTNS, cho đến nay đã được giải đáp khi hầu như tất cả các nghiên cứu đều chỉ ra số lượng hạch nạo vét được tương đương với mổ mở [1][2]. Nhiều tác giả còn cho rằng với dao mổ siêu âm và độ phóng đại của tổ chức trên màn hình, việc nhận diện và phẫu tích hạch có khi còn thuận lợi hơn mổ mở. Như vậy việc nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa chứng minh tính an toàn và hiệu quả của nạo vét hạch trong mổ cắt dạ dày nội soi. Ngoài khả năng nạo vét hạch thì thời gian mổ trung bình của một ca PTNS cắt dạ dày do ung thư là vấn đề được nhiều phẫu thuật viên quan tâm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình là $153,37 \pm 21,97$ phút, tương đương với nghiên cứu của Đỗ Văn Tráng, Phạm Đức Huân. Thời gian mổ của chúng tôi ngắn hơn với các nghiên cứu mổ mở cắt dạ dày nạo hạch D2 của Trịnh Hồng Sơn (228,3 phút) [6] có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn sớm hơn. Như vậy có thể thấy thời gian mổ giữa 2 nhóm mổ mở và mổ nội soi không khác biệt nhiều, những lo ngại về thời gian mổ của nhóm nội soi so với mổ mở đã được giải đáp.

Về biến chứng sớm sau mổ chúng tôi gặp 6 BN (7,2%). Bao gồm: 1 BN xì miệng nối đại tràng do trong mổ làm tổn thương mạch đại tràng giữa phải cắt đoạn đại tràng kèm theo, được mổ lại diễn biến sau mổ ổn định, ra viện sau 31 ngày hậu phẫu. 2 BN bị rò đường chấp sau mổ do vết hạch hệ thống, được lưu dẫn lưu muộn điều trị nội khoa diễn biến ổn định. 3 BN (5%) có nhiễm trùng vết mổ, cả 2 BN có tiền sử đái tháo đường phối hợp do đường huyết cao gây nhiễm trùng vết mổ và 1 BN béo phì được điều trị ổn định bằng thay bằng và ổn định đường huyết. T. B. gặp 7% biến chứng sau mổ khi nghiên cứu 302 BN, bao gồm: Xì mồm tá

tràng, rò miệng nổi, viêm tụy cấp, rò bạch huyết, Kitano 9,7%. Như vậy tỉ lệ biến chứng của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu cầu tác giả khác.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày vết hạch D2 là một phẫu thuật lớn, đòi hỏi cơ sở gây mê hồi sức tốt, phẫu thuật viên có kinh nghiệm. PTNS có thể thực hiện an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Park YK, Yoon HM, Kim YW, et al; COACT group (2018), Laparoscopy-assisted versus open D2 distalgastrectomy for advanced gastric cancer: results from a randomized phase II multicenter clinical trial (COACT 1001). Ann Surg Oncol, 267(4):638-645.
2. Katai H, Mizusawa J, Katayama H, et al (2017), Short-term surgical outcomes from a phase III study of laparoscopy-assisted versus open distalgastrectomy with nodal dissection for clinical stage IA/IB gastric cancer: Japan Clinical Oncology

- Group Study JCOG0912. Gastric Cancer, 20(4):699-708.
3. Ryu KW, Kim YW, Lee JH, Nam BH (2008), Surgical complications and the risk factors of laparoscopy-assisted distal gastrectomy in early gastric cancer. Ann Surg Oncol, 15:1625-1631
4. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A, eds. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer; 2010.
5. Japanese Gastric Cancer Association (2017), Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver 4). Gastric Cancer, 20(1):1-19.
6. Trịnh Hồng Sơn, (2001), Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày, Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
7. Ke Chen, Yu Pan, et al (2017), Laparoscopic gastrectomy in obese gastric cancer patients: a comparative study with non-obese patients and evaluation of difference in laparoscopic methods. BMC Gastroenterol, 17: 78.
8. Kyu Chul Kang et al (2009), Comparison Between Billroth I and Billroth II Reconstruction after Laparoscopic Assisted Distal Gastrectomy (LADG), 9th Asia Pacific Congress of Endoscopic Surgery, abstract, pp: 76-77

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KHÁNG CLOPIDOGREL Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO

Đỗ Đức Thuần*, Phạm Đình Đài*, Trần Văn Khoa**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố nguy cơ liên quan tới kháng clopidogrel ở bệnh nhân nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, có phân tích tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 6 năm 2017 đến tháng 8 năm 2018: 248 BN NMN được điều trị clopidogrel 75mg/ngày, đo độ ngưng tập tiểu cầu bằng phương pháp đo độ truyền quang (LTA) với ADP (adenosine diphosphate) 5 µg/l sau 7 ngày điều trị, kháng clopidogrel được xác định khi độ ngưng tập tiểu cầu trên 50%. **Kết quả:** Ở độ tuổi 70-79, tỷ lệ kháng clopidogrel ở giới nam cao hơn giới nữ, $p < 0,05$. Nhóm kháng clopidogrel có BMI là $23,32 \pm 3,19 \text{ kg/m}^2$, tỷ lệ đái tháo đường là 43,02%, albumin huyết thanh $39,93 \pm 3,28 \text{ g/l}$, CRP huyết thanh có trung vị là 3,36 (0,21;100)mg/l, ở nhóm không kháng clopidogrel: BMI là $21,51 \pm 2,50 \text{ kg/m}^2$, tỷ lệ đái tháo đường là 27,16%, albumin huyết thanh $40,81 \pm 3,12 \text{ g/l}$, CRP huyết thanh có trung vị là 1,8 (0,17;100)mg/l, đều khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Ở độ tuổi 70-79, tỷ lệ kháng clopidogrel ở giới nam cao hơn giới nữ,

BMI, đái tháo đường, albumin huyết thanh thấp, CRP tăng là yếu tố liên quan tới kháng clopidogrel ở bệnh nhân nhồi máu não.

Từ khóa: kháng clopidogrel, nhồi máu não

SUMMARY

RESEARCH SOME RISK FACTORS RELATE TO CLOPIDOGREL IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS

Objectives: determine some risk factors relate to clopidogrel resistance in ischemic stroke patients.

Subjects and Methods: A prospective, cross-sectional analysis at the Department of Stroke, 103 Hospital from June 2017 to august 2018: 248 patients with cerebral infarction, taking 75mg clopidogrel daily, Platelet aggregation was measured using light transmittance aggregometry (LTA) with ADP (adenosine diphosphate) 5µg/l after 7 days, clopidogrel resistance was defined as more than 50%.

Results: At the age of 70-79, the rate of copidogrel resistance in men is higher than women with statistical significance with $p < 0.05$. In clopidogrel-resistant group, BMI was $23.32 \pm 3.19 \text{ kg/m}^2$, the rate of diabetes was 43.02%, serum albumin $39.93 \pm 3.28 \text{ g/l}$, serum CRP was median 3.36 (min 0.21; max 100)mg/l, in the group without clopidogrel resistance: BMI was $21.51 \pm 2.50 \text{ kg/m}^2$, the rate of diabetes was 27.16%, serum albumin $40.81 \pm 3.12 \text{ g/l}$, serum CRP with median of 1.8 (min 0.17; max 100)mg/l, all significant differences with $p < 0.05$. **Conclusion:** At the age of 70-79, the rate of copidogrel resistance in men is higher than women, BMI, diabetes, and low

*Bệnh viện Quân y 103

**Học Viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuần

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2019

Ngày duyệt bài: 9.9.2019

serum albumin, increased CRP is a factor associated with clopidogrel resistance in ischemic stroke patients

Key word: clopidogrel resistance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não (ĐQN) là bệnh có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong cao và có mức độ di chứng tàn phế nặng nề nhất trong các bệnh lý nội khoa. Đột quỵ não máu não thường gặp nhất là huyết khối động mạch, trong đó tiểu cầu đóng vai trò trung tâm trong việc hình thành cục huyết khối ban đầu, gây đột quỵ não máu não. Lợi ích của clopidogrel (là thuốc chống kết tập tiểu cầu) được công nhận rộng rãi trong điều trị và dự phòng nhồi máu não, nhưng có những bệnh nhân vẫn bị nhồi máu não tái phát khi đang được điều trị với clopidogrel. Điều này cho thấy tác dụng chống ngưng tập tiểu cầu của clopidogrel là không giống nhau ở các bệnh nhân. Có nhiều nghiên cứu trên thế giới cho rằng có một số yếu tố ảnh hưởng tới tính đáp ứng của clopidogrel, gây kháng clopidogrel với tỷ lệ từ 4% đến 30%[1]. Để nâng cao hiệu quả sử dụng clopidogrel trong điều trị, dự phòng ĐQN chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Xác định một số yếu tố nguy cơ liên quan tới kháng của clopidogrel ở bệnh nhân nhồi máu não.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 248 Bệnh nhân (BN) NMN điều trị tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Quân y 103 Hà Nội, Việt Nam từ tháng 6/2017 đến tháng 3/2018.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các BN đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ não theo định nghĩa Tổ chức Y tế Thế giới 1989; có hình ảnh NMN trên phim chụp cắt lớp vi tính 8 lớp cắt hoặc cộng hưởng từ có từ lực 1,5 tesla; được dùng clopidogrel 75mg/ngày và ≥ 7 ngày điều trị; các BN được điều trị NMN theo liệu trình không thay đổi trong 7 ngày nghiên cứu. Với thuốc bảo vệ tế bào thần kinh các BN có chung phác đồ: Cerebrolysin 20 ml tiêm tĩnh mạch chậm, Piracetam 8g tiêm mạch chậm, Choline alfoscerate 2g tiêm bắp.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Dị ứng với clopidogrel; bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông hoặc các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu khác clopidogrel trước thời điểm nghiên cứu trong vòng 2 tuần và trong thời điểm nghiên cứu; bệnh nhân dùng thuốc tiêu huyết khối để điều trị NMN trong giai đoạn cấp; bệnh nhân được nong hoặc bóc tách nội mạc động mạch cảnh; có rối loạn nước và điện giải nặng; có rối loạn ý thức và đột quỵ NMN có vùng chi phối lớn hơn 1/3 vùng chi phối của động mạch não giữa

trên hình ảnh CT hoặc MRI sọ não; có hình ảnh chảy máu não trên CT hoặc MRI; Hemoglobin $< 80\text{g/l}$ hoặc trên 160g/l ; tiểu cầu $< 100\text{ G/l}$ hoặc $> 450\text{ G/l}$; có các bệnh nền như: nhồi máu cơ tim, rung nhĩ, suy tim độ 3 và 4 (theo New York Heart Association), viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, phẫu thuật tim hay có dị tật bẩm sinh của tim mạch; viêm gan, xơ gan, ung thư gan; có mức lọc cầu thận $< 30\text{ml/phút/1,73m}^2$ da hoặc đang lọc máu chu kỳ hoặc đang mắc các bệnh khác với tính chất nặng hoặc người đại diện pháp lý không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: theo phương pháp tiền cứu, mô tả cắt ngang, có phân tích.

- Xét nghiệm độ ngưng tập tiểu cầu (ĐNTTC): Sử dụng phương pháp đo ĐNTTC bằng phương pháp đo độ truyền quang học (LTA) với ADP 5 $\mu\text{g/l}$ để đánh giá ĐNTTC. Mẫu máu lấy lúc đói với áp lực âm tính trong hệ thống chân không có chất chống đông bằng natri citrat 3,2%. Mẫu bảo quản ở nhiệt độ $18^\circ\text{C} - 25^\circ\text{C}$, xét nghiệm thực hiện trong vòng 1 giờ sau lấy mẫu, bằng máy Chrono - Log 530 VS của Mỹ tại Khoa Huyết học Bệnh viện Quân y 103.

- Tiêu chuẩn kháng clopidogrel: BN dùng clopidogrel 75mg/ngày, ít nhất 7 ngày, có ĐNTTC được xác định bằng phương pháp LTA với ADP 5 $\mu\text{g/l}$ trên 50%.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm chung, 248 BN NMN có tuổi trung bình $67,21 \pm 11,04$ tuổi. Giới nam chiếm tỷ lệ 57,26%, giới nữ chiếm 42,74%. Thời gian bị bệnh trung bình $2,23 \pm 1,98$ ngày, được dùng clopidogrel 75mg/ngày ≥ 7 ngày, trung bình $8,34 \pm 0,80$ ngày.

Bảng 1. ở độ tuổi 70-79, tỷ lệ kháng clopidogrel ở giới nam là 47,4 % cao hơn ở giới nữ (16,7%), sự khác biệt về tỷ lệ kháng clopidogrel ở độ tuổi 70-79 ở hai nhóm giới nam nữ khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở tuổi trên 60, nội tiết ở giới nữ đã ổn định, ở giới nam tỷ lệ sử dụng các thuốc điều trị các bệnh đồng diễn nhiều hơn giới nữ, trong đó phần lớn là những thuốc chuyển hóa qua enzym CYP.

Bảng 1. Tỷ lệ kháng clopidogrel ở các nhóm tuổi theo giới

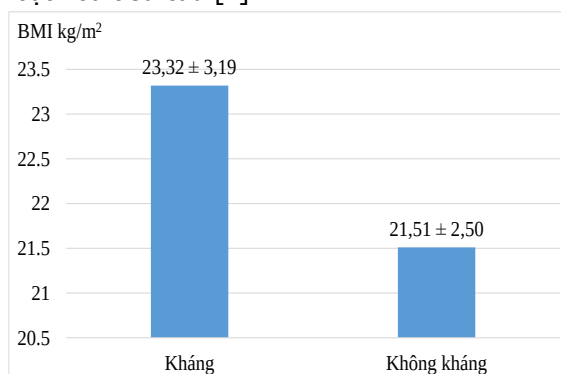
Tỷ lệ kháng clopidogrel ở nhóm tuổi	Giới		p
	Nam n = 142 Tỷ lệ % (n)	Nữ n = 106 Tỷ lệ % (n)	
<40 tuổi (n=3)	0,00 (0)	0,00 (0)	
40- 49 tuổi (n=9)	50,0 (1)	28,57 (2)	>0,05
50-59 tuổi (n=50)	20,59(7)	37,50 (6)	>0,05

60-69 tuổi (n=82)	42,0(21)	34,38(11)	>0,05
70-79 tuổi(n=59)	50,0(17)	16,0 (4)	< 0,05
≥ 80 tuổi (n=45)	36,84(7)	38,46(10)	>0,05

Cabrera M.A.S và cộng sự thấy ở bệnh nhân (BN) cao tuổi sử dụng nhiều các thuốc chuyển hóa qua hệ thống enzyme CYP nên có nguy cơ cao gây ra các tương tác thuốc [2], từ đó làm giảm hiệu quả của các thuốc kết hợp.

Trung bình BMI ở nhóm kháng clopidogrel là $23,32 \pm 3,19$ kg/m², ở nhóm không kháng clopidogrel $21,51 \pm 2,50$ kg/m², khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu (NC) của Yi X và cộng sự năm 2016, trên 535 BN NMN người Trung Quốc, BMI trung bình ở nhóm kháng và không kháng tương đương với NC của chúng tôi: BMI ở nhóm không kháng là $23,93 \pm 3,6$ kg/m², nhóm kháng clopidogrel $24,06 \pm 3,2$

kg/m² [3]. Davi và cộng sự cho rằng yếu tố viêm ở bệnh nhân béo phì làm tăng oxy hóa lipid và hoạt hóa tiểu cầu [4].



Biểu đồ 1. Trung bình BMI ở nhóm kháng và không kháng clopidogrel

Bảng 2. Ảnh hưởng của nghiện rượu, hút thuốc lá, các bệnh đồng diễn tới kháng clopidogrel

Uống rượu, hút thuốc và bệnh đồng diễn	Kháng n = 86 Tỷ lệ % (n)	Không kháng n = 162 Tỷ lệ % (n)	OR (95%CI)	p
Đang hút thuốc lá	23,26 (20)	21,61 (35)	1,10 (0,59-2,05)	> 0,05
Nghiện rượu	11,63 (10)	6,79 (11)	1,81 (0,73-4,44)	> 0,05
Đái tháo đường	43,02 (37)	27,16 (44)	2,03 (1,17-3,51)	< 0,05
Tăng huyết áp	90,70 (78)	82,10 (133)	2,13 (0,93-4,88)	> 0,05
Gút	6,98 (6)	4,32 (7)	1,66 (0,54-5,11)	> 0,05

Từ bảng 2. thấy tỷ lệ BN đái tháo đường ở nhóm kháng clopidogrel là 43,02%, cao hơn tỷ lệ BN đái tháo đường ở nhóm BN không kháng clopidogrel ở (27,16%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, OR: 2,03 (95% CI:1,17-3,51). Nguyên nhân đái tháo đường ảnh hưởng tới tính đáp ứng của clopidogrel được cho là: (1)

giảm hấp thu tiền chất clopidogrel ở dạ dày ruột; (2) tăng thủy phân tiền chất clopidogrel thành chất không có hoạt tính; (3) giảm hoạt động enzyme CYP có chức năng chuyển hóa clopidogrel từ tiền chất thành chất có hoạt tính; (4) tăng thủy phân clopidogrel có hoạt tính làm mất tác dụng dược lý của clopidogrel [5]

Bảng 3. Ảnh hưởng các chỉ số sinh hóa với kháng clopidogrel

Chỉ số sinh hóa máu	Kháng n = 86 ($\bar{X} \pm SD$)	Không kháng n = 162 ($\bar{X} \pm SD$)	p
Albumin (g/l)	39,93 ± 3,28	40,81 ± 3,12	< 0,05
Protein (g/l)	73,95 ± 6,56	74,03 ± 5,71	> 0,05
Creatinin (umol/l)	89,07 ± 23,14	83,83 ± 17,05	> 0,05
Homocysteine (umol/l)	11,56 ± 13,27	10,10 ± 4,63	> 0,05
CRP (trung vị, nhỏ nhất, lớn nhất) (mg/l)	3,36 (0,21;100)	1,8 (0,17;100)	< 0,05

Từ bảng 3, Từ bảng 3.28, thấy albumin huyết thanh trung bình ở nhóm kháng clopidogrel là $39,93 \pm 3,28$ g/l, ở nhóm không kháng clopidogrel là $40,81 \pm 3,12$ g/l cao hơn ở nhóm kháng clopidogrel, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong NC của Su, J. và cộng sự năm 2014 trên đối tượng đặt giá đỡ động mạch vành, thấy albumin huyết thanh ở nhóm kháng clopidogrel là $37,73 \pm 5,03$ g/l, ở nhóm không kháng clopidogrel là $39,95 \pm 5,02$ g/l, khác biệt

có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [6]. Như vậy ở BN có chỉ định dùng clopidogrel, albumin huyết thanh ở ngưỡng thấp thì có nguy cơ kháng clopidogrel. Giải thích cho lý do giảm đáp ứng của clopidogrel ở BN có albumin thấp, Paar và cộng sự NC thấy ở người có albumin thấp có tăng bao phủ bề mặt của tiểu cầu, làm tăng nguy cơ đông máu [7]

Từ bảng 3. CRP huyết thanh ở nhóm kháng clopidogrel có trung vị là 3,36 (0,21;100) mg/l, ở

nhóm không kháng clopidogrel là 1,8 (0,17;100) mg/l, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong NC của Su, Jun-Feng, và cộng sự năm 2015, thấy hs-CRP huyết thanh ở nhóm kháng clopidogrel có trung vị 4,12 (2,12;11,97) mg/l, cao hơn ở nhóm không kháng clopidogrel với trung vị hs-CRP huyết thanh 0,95 (0,5;6,25)mg/l, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [8]. CRP được cho là có ảnh hưởng đến tác động của tiểu cầu do: theo Shih Lauren và cộng sự, CRP làm tăng bám dính của tiểu cầu với tế bào nội mô.

V. KẾT LUẬN

Giới: Ở độ tuổi 70-79, tỷ lệ kháng clopidogrel ở giới nam cao hơn giới nữ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

BMI liên quan tới kháng clopidogrel, nhóm kháng clopidogrel có BMI là $23,32 \pm 3,19 \text{ kg/m}^2$, ở nhóm không kháng clopidogrel là $21,51 \pm 2,50 \text{ kg/m}^2$, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đái tháo đường làm tăng tính kháng của clopidogrel, tỷ lệ BN đái tháo đường ở nhóm kháng clopidogrel là 43,02%, tỷ lệ BN đái tháo đường ở nhóm BN không kháng clopidogrel là 27,16%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy đái tháo đường làm tăng khả năng kháng clopidogrel với OR: 2,03 (95% CI: 1,17-3,51; $p < 0,05$).

Albumin huyết thanh thấp làm tăng nguy cơ kháng clopidogrel. Albumin huyết thanh trung bình ở nhóm kháng clopidogrel là $39,93 \pm 3,28 \text{ g/l}$, ở nhóm không kháng clopidogrel là $40,81 \pm 3,12 \text{ g/l}$, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

CRP huyết thanh cũng được xác định là yếu

tố gây tăng nguy cơ kháng clopidogrel CRP huyết thanh ở nhóm kháng clopidogrel có trung vị là 3,36 (0,21;100)mg/l, ở nhóm không kháng clopidogrel là 1,8 (0,17;100)mg/l, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyen T.A., Diodati J.G., Pharand C. (2005)**, "Resistance to clopidogrel: a review of the evidence", J Am Coll Cardiol, 45(8), pp. 1157-64.
2. **Cabrera M.A.S., Dip R.M., Furlan M.O. et al (2009)**, "Use of drugs that act on the cytochrome P450 system in the elderly", Clinics (Sao Paulo, Brazil), 64(4), pp. 273-278.
3. **Yi X., Lin J., Zhou Q. et al (2016)**, "Clopidogrel Resistance Increases Rate of Recurrent Stroke and Other Vascular Events in Chinese Population", J Stroke Cerebrovasc Dis, 25(5), pp. 1222-1228.
4. **Davi G., Guagnano M.T., Ciabattini G. et al (2002)**, "Platelet activation in obese women: role of inflammation and oxidant stress", Jama, 288(16), pp. 2008-14.
5. **Angiolillo D.J., Jakubowski J.A., Ferreiro J.L. et al (2014)**, "Impaired responsiveness to the platelet P2Y12 receptor antagonist clopidogrel in patients with type 2 diabetes and coronary artery disease", J Am Coll Cardiol, 64(10), pp. 1005-14.
6. **Su J., Li X., Yu Q. et al (2014)**, "Association of P2Y12 gene promoter DNA methylation with the risk of clopidogrel resistance in coronary artery disease patients", Biomed Res Int, 2014, pp. 450814.
7. **Paar M., Rossmann C., Nussold C. et al (2017)**, "Anticoagulant action of low, physiologic, and high albumin levels in whole blood", PloS one, 12(8), pp. e0182997-e0182997.
8. **Su J.-F., Hu X.-H., Li C.-Y. (2015)**, "Risk factors for clopidogrel resistance in patients with ischemic cerebral infarction and the correlation with ABCB1 gene rs1045642 polymorphism", Experimental and Therapeutic Medicine, 9(1), pp. 267-271.

KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Trần Đình Dũng*, Nguyễn Quang Nghĩa*, Ninh Việt Khải*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sớm bằng phẫu thuật cắt gan ở nhóm bệnh nhân cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 119 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan, có độ tuổi từ

60 trở lên, được phẫu thuật cắt gan từ 01/2013 đến 12/2017 tại bệnh viện Việt Đức. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là 65,7; tỷ lệ nam/nữ là 7,3/1; tỷ lệ nhiễm viêm gan B là 79%; 35,3% bệnh nhân có AFP > 200ng/ml; kích thước u trên CLVT từ 1,1-16cm. Cắt gan hạ phân thùy (28,5%); phương pháp cắt gan theo Tôn Thất Tùng (84%); 58% bệnh nhân có cấp cổng gan trong mổ và 37% bệnh nhân được dẫn lưu đường mật; 68,9% trường hợp không có biến chứng trong và sau mổ; biến chứng tràn dịch màng phổi thường gặp nhất, chiếm 27,7%; 99,2% bệnh nhân ra viện với kết quả tốt, số ngày nằm viện trung bình là 15,3. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan ở bệnh nhân cao tuổi là phẫu thuật an toàn.

*Trung tâm ghép tạng, Bệnh viện HN Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Dũng

Email: drdungtran.hbpt@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

Từ khóa: cắt gan, ung thư biểu mô tế bào gan, bệnh nhân cao tuổi.

SUMMARY

RESULTS OF LIVER RESECTION FOR HCC IN ELDERLY PATIENTS AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: Description clinical, paraclinical characteristics and short-term outcomes after hepatectomy in elderly patients. **Patients and method:** A descriptive, retrospective study in 119 patients diagnosis of hepatocellular carcinoma, age more than 60, undergoing hepatectomy in Viet Duc hospital from 01/2013 – 12/2017. **Results:** The mean age was 65,7; male/ female ratio was 7,3/1; patients who had positive HBsAg was 79%; 35,3% patients with AFP > 200 ng/ml; tumor size on CT was from 1,1 to 16cm. Segmentectomy (28,5%); hepatectomy by Ton That Tung' technique (84%); 58% patients undergoing hepatic pedicle clamping and 37% patients undergoing biliary tract drainage; 68,9% patients with no complication peri- and postoperative; pleural effusion was the most commonly complication (27,7%); 99,2% patients discharged from hospital with good result; average length of stay in hospitals was 15,3 days. **Conclusion:** Hepatectomy for hepatocellular carcinoma in elderly patients is safe.

Keywords: hepatectomy, hepatocellular carcinoma, elderly patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) có tỷ lệ mắc đứng hàng thứ tư trong số các bệnh lý ung thư và xếp thứ ba trong số các nguyên nhân gây tử vong do ung thư. Gần đây, tỷ lệ HCC ở nhóm bệnh nhân cao tuổi ngày càng tăng, tuổi trung bình chẩn đoán HCC từ 63-65 [1]. Hiện nay, ba phương pháp được coi là điều trị triệt căn bao gồm: cắt gan, ghép gan và đốt sóng cao tần, trong đó, cắt gan là phương pháp điều trị được hầu hết các nghiên cứu công nhận với kết quả xa tốt, tỷ lệ sống sau 5 năm đạt 40% [2]. Tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức, số lượng bệnh nhân HCC cao tuổi được điều trị bằng cắt gan đã tăng lên rõ rệt trong những năm gần đây. Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sớm sau phẫu thuật cắt gan điều trị HCC ở bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân

Bảng 3: Đặc điểm trên xét nghiệm (N = 119)

	Chỉ số	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình
Huyết học	TC (150 – 450 G/l)	66,0	563,0	225,1 ± 80,7
	PT (70 – 140 %)	58,3	123,1	89,1 ± 16,1
Sinh hóa	GOT (< 37 U/l)	17,0	248,0	52,2 ± 34,5
	GPT (< 40 U/l)	10,0	240,9	48,6 ± 3,8
	Bilirubin total (<19 umol/l)	2,3	75,5	15,0 ± 10,9
	Albumin (35 – 45 g/l)	21,0	47,0	39,7 ± 4,4

HCC, độ tuổi từ 60 trở lên, được điều trị bằng cắt gan, có giải phẫu bệnh khẳng định HCC.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn kể trên trong giai đoạn 2013 - 2017 tại bệnh viện Việt Đức.

2.1. Một số chỉ tiêu sử dụng trong nghiên cứu:

- Phân loại ASA [3]: (I): Khỏe mạnh; (II): Bệnh lý toàn thân mức độ nhẹ, không ảnh hưởng sinh hoạt hàng ngày; (III) Bệnh lý toàn thân mức độ nặng, giới hạn hoạt động nhưng không gây tàn phế; (IV) Nguy cơ tử vong trong vòng 24h.

- Tử vong sau mổ được tính trong vòng 30 ngày sau mổ. Các biến chứng sau mổ theo phân loại của Dindo 2004 [4] trong đó biến chứng suy gan sau mổ: theo tiêu chuẩn Beaujon 2005 "50-50" [5]: bilirubin > 50μmol/l; tỷ lệ prothrombin < 50% vào ngày thứ 5 sau mổ.

- Kết quả gần theo phân loại của Clavien-Dindo [4]: Tốt: không có biến chứng hoặc có các biến chứng ở mức độ nhẹ, không cần xử trí; Trung bình: có biến chứng, cần xử trí nội khoa; Xấu: có biến chứng, cần mổ lại hoặc can thiệp của chẩn đoán hình ảnh.

2.2. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 (Statistical Program for Social Sciences).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 5 năm từ 2013 - 2017, có 119 bệnh nhân HCC được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức có độ tuổi từ 60 trở lên. Tuổi trung bình $65,7 \pm 4,2$, nam giới chiếm 88%. Các bệnh nội khoa phối hợp gồm: đái tháo đường (13,4%); tăng huyết áp (36,1%); hen/COPD (1,7%). Có 36,1% đã từng điều trị viêm gan virus B; nghiện rượu 17,6%.

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	N = 119	Tỷ lệ (%)
60 – 70	105	88,3
71 – 80	13	10,9
> 80	1	0,8

Bảng 2: Phân loại ASA

Độ ASA	N = 119	Tỷ lệ (%)
I	11	9,2
II	88	73,9
III	20	16,9

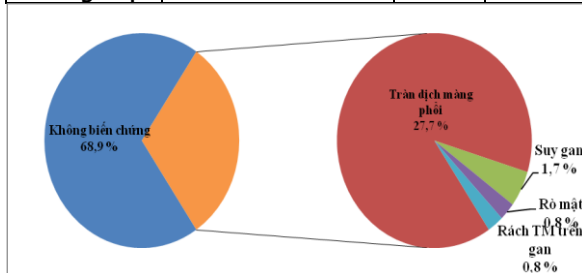
Miễn dịch	HBsAg (+)	94/119 (79,0 %)
	HCV (+)	4/119 (3,4%)

α FP trung bình $7005,3 \pm 34851,9$ ng/ml; trên 200ng/ml chiếm 34,5%. Các đặc điểm hình ảnh của HCC trên CLVT: số lượng u là 1 (84%); kích thước $5,6 \pm 3,2$ cm; giàu mạch 71,4%; rửa thuốc 85,7%; dấu hiệu gan xơ 53,8%.

Đường mổ sử dụng gồm: trắng 31,9%; dưới sườn 25,2%; chữ J 31,9% và Mercedes 4,2%.

Bảng 4: Đặc điểm về phẫu thuật

Đặc điểm về phẫu thuật		N = 119	Tỷ lệ (%)
Cách thức phẫu thuật	Cắt gan (P)	15	15,1
	Cắt gan (T)	9	7,6
	Cắt thùy (T)	24	20,2
	Cắt phân thùy sau	24	20,2
	Cắt hạ phân thùy	37	28,5
	Cắt gan trung tâm	10	8,4
Phương pháp cắt gan	Tôn Thất Tùng	100	84,0
	Takasaki	12	10,1
	Bismuth	5	4,2
	Lortat – Jacob	2	1,7
Cặp cuống gan trong mổ		69	58,0
Dẫn lưu đường mật		44	37,0



Biểu đồ 1: Biểu chứng trong và sau mổ

Số ngày nằm viện trung bình $15,3 \pm 9,1$; tốt đạt 99,2%; trung bình 0,8%; tử vong 0%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Nam giới chiếm đa số trong nghiên cứu (88%) do các lý do: yếu tố hormon, tỷ lệ uống rượu ở nam cao hơn nữ và gen tổng hợp trong xơ gan lại nhiều ở nam giới. Tuổi trung bình các bệnh nhân trong nghiên cứu là 65,7. Ở châu Âu và Bắc Mỹ, tuổi trung bình chẩn đoán HCC từ 63-65 và lên đến 75 ở nhóm bệnh nhân nguy cơ thấp [6]. Xu hướng này được giải thích bởi sự gia tăng tỷ lệ bệnh nhân xơ gan không do nhiễm trùng và sự phát triển của vắc-xin viêm gan B, C. Hai yếu tố trên làm chậm quá trình diễn biến đến HCC, cùng với sự gia tăng tuổi thọ trung bình góp phần làm số lượng bệnh nhân HCC cao tuổi ngày càng tăng. Bệnh nhân cao tuổi thường mắc

kèm theo các bệnh lý nội khoa như: đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh lý hô hấp mạn tính... Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân được đánh giá chung thể trạng toàn thân bằng thang điểm ASA. Theo Daabiss M. và CS, tỷ lệ tai biến và tử vong sau mổ liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của ASA [7].

Chỉ định cắt gan điều trị HCC dựa chủ yếu vào nồng độ bilirubin trong máu: khi nồng độ bilirubin toàn phần $< 17\text{mmol/L}$ mới được phép thực hiện cắt gan lớn [8]. Trong nghiên cứu này, giá trị bilirubin trung bình là 15umol/l . α FP là chất chỉ điểm khối u quan trọng nhất trong HCC. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán α FP của Hội nghị cứu bệnh lý gan châu Âu năm 2000 mà nghiên cứu này đã áp dụng: khẳng định α FP khi có 2 biện pháp chẩn đoán hình ảnh phát hiện khối u giàu mạch hoặc 1 biện pháp chẩn đoán hình ảnh + α FP $> 400\text{ng/ml}$ [9]. Thực tế trong nghiên cứu này số bệnh nhân có giá trị α FP trên ngưỡng 400ng/ml chỉ có 26,1%. Nếu kết hợp với 31,9% bệnh nhân có tiền sử đã được điều trị HCC thì cũng chỉ có thể dựa vào tiêu chuẩn α FP trong khoảng 1/2 các trường hợp để chẩn đoán HCC. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Phạm Văn Linh (2004).

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định HCC, ngoài ra còn góp phần vào việc lựa chọn, chỉ định phương pháp điều trị thích hợp. Trong trường hợp điển hình (khối u giàu mạch) thì kết quả của CLVT là đủ để khẳng định chẩn đoán HCC với hình ảnh ngấm thuốc nhanh thì động mạch và thải thuốc nhanh thì tĩnh mạch mang tính đặc hiệu cao cho HCC. Trong nghiên cứu này dấu hiệu tăng sinh mạch chiếm 71,4%, rửa thuốc chiếm 85,7%.

2. Điều trị phẫu thuật và kết quả sớm:

Trên các bệnh nhân nghiên cứu, đường mổ thường được sử dụng là đường trắng giữa (31,9%; cắt hạ phân thùy (28,5%). Phẫu thuật cắt gan lớn (cắt từ 3 hạ phân thùy gan) chiếm gần 1/4 tổng số cắt gan. Phương pháp cắt gan được sử dụng trong nghiên cứu chủ yếu là phương pháp cắt gan Tôn Thất Tùng (84%) với nguyên lý kiểm soát mạch máu trong nhu mô gan. Phương tiện cắt gan có thể bằng pincer, dao Harmonic Scalpel hoặc CUSA. Trong mổ có thể áp dụng phương pháp cặp cuống gan ngắt quãng giúp giảm chảy máu, thuận lợi cho cắt gan. Tỷ lệ cặp cuống gan trong nghiên cứu là 58%. Để kiểm soát rò mật trong mổ cũng như theo dõi chức năng gan sau mổ, dẫn lưu đường

mật được nhiều tác giả trên thế giới khuyến cáo. Trong nghiên cứu này có 37% số trường hợp được dẫn lưu đường mật.

Thời gian nằm viện trung bình là 15,3 ngày; không có trường hợp nào tử vong; tỷ lệ biến chứng là 31,1%. Có 37 trường hợp gặp biến chứng sau mổ với các biến chứng chính: tràn dịch màng phổi (27,7%); 2 trường hợp suy gan sau mổ (1,7%); 1 trường hợp rò mật (0,8%) và 1 trường hợp rách TM trên gan, phải chuyển từ mổ nội soi thành mổ mở (0,8%). Ngoài ảnh hưởng của tuổi lên chức năng gan, bệnh nhân cao tuổi thường mắc các bệnh lý phối hợp bệnh lý nội khoa đi kèm: hô hấp, tim mạch, đái tháo đường, suy thận. Các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được đánh giá cẩn thận bilan toàn thân và chức năng các cơ quan trước mổ (chức năng gan, thận, siêu âm tim, đo chức năng hô hấp), phần lớn các bệnh nhân có điểm ASA II (73,9%) với các bệnh lý phối hợp đã được kiểm soát. Tỷ lệ suy gan sau mổ giảm xuống 1,7%; không có trường hợp nào tử vong cho thấy sự cải thiện đáng kể về kết quả sớm sau phẫu thuật cắt gan ở đối tượng người cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát ở người lớn tuổi (> 60 tuổi) chủ yếu trên nền gan xơ do viêm gan B, chẩn đoán dựa vào nồng độ α FP và dấu hiệu rửa thuốc trên phim cắt lớp vi tính. Phẫu thuật cắt gan trên đối tượng bệnh nhân cao tuổi là an toàn với tỷ lệ suy

gan sau mổ 1,7% và không có trường hợp nào tử vong. Thời gian nằm viện trung bình là 15,3 ngày. Tuy nhiên, cần phải lựa chọn bệnh nhân trước mổ kỹ càng, đánh giá bilan toàn thân để phân loại theo ASA và kiểm soát các bệnh lý nội khoa kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **El-Serag HB (2012).** Epidemiology of viral hepatitis and hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology*, 142, 1264-1273.
2. **Kim R. D, Reed R. I, Fujita S et al (2007).** Consensus and Controversy in the Management of Hepatocellular Carcinoma. *J Am Coll Surg*, 205(1), 108-123.
3. **Doyle D. J, Garmon E.H (2019).** American Society of Anesthesiologists Classification (ASA Class). StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
4. **Dindo D., Demartines N., Clavien P.A. (2004).** Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*, 240(2), 205-213.
5. **Balzan S., Belghiti J., Farges O. et al. (2005).** The "50-50 criteria" on postoperative day 5: an accurate predictor of liver failure and death after hepatectomy. *Ann Surg*, 242(6), 824-828, discussion 828-829.
6. **EASL-EORTC (2012).** Clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma. *Journal of Hepatology*, 56, 908-943.
7. **Daabiss M. (2011).** American Society of Anesthesiologists physical status classification, *Indian J Anaesth*, 55 (2), 111-5.
8. **Marin-Hargreaves, G., Azoulay D., Bismuth H. (2003).** Hepatocellular carcinoma: surgical indications and results. *Crit Rev Oncol Hematol*, 47,13-27.

KẾT QUẢ THỰC HIỆN HỢP ĐỒNG SỬ DỤNG THUỐC TRÚNG THẦU TẠI CÁC BỆNH VIỆN THUỘC SỞ Y TẾ TP HỒ CHÍ MINH

TÓM TẮT

Nghiên cứu cho thấy, trong năm 2016, tỷ lệ sử dụng thuốc ở các bệnh viện thuộc Sở y tế TP HCM đạt 76,83% về giá trị sử dụng. Trong đó, tỷ lệ về giá trị sử dụng của gói Biệt dược là 79,28%, cao hơn so với gói Generic (74,55%). Ở gói Biệt dược, Bệnh viện hạng 1 có tỷ lệ giá trị sử dụng (80,47%) cao hơn so với bệnh viện hạng 2 (75,40%) và hạng 3 (70,72%). Trong khi đó ở gói Generic, xét về giá trị sử dụng thì

Nguyễn Thị Hồng¹, Trương Minh Quang²

tỷ lệ sử dụng ở các bệnh viện hạng 1 (79,90%) lớn hơn hạng 2 (79,03%) và hạng 3 (69,28%).

Từ khóa: Sử dụng thuốc, thuốc trúng thầu, hợp đồng.

SUMMARY

RESULTS OF IMPLEMENTING CONTRACT FOR USE OF BIDDING DRUGS IN HOSPITALS IN HEALTH DEPARTMENT OF HO CHI MINH CITY

The study showed that in 2016, the rate of drug use in hospitals under the HCMC Department of Health reached 76.83% of the use value. In particular, the percentage of value of the brand-name package is 79.28%, higher than the Generic package (74.55%). In the brand-name package, Grade 1 hospital has a higher utilization rate (80.47%) than that of Grade 2 hospitals (75.40%) and Grade 3 (70.72%). Meanwhile, in the Generic package, in terms of usage value, the rate of

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng

Email: nguyenthihongytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

use in Grade 1 hospitals (79.90%) is greater than that of Grade 2 (79.03%) and Grade 3 (69.28%).

Keywords: Using drugs, winning medicine, contracts.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống văn bản pháp quy về hoạt động đấu thầu ngày càng được hoàn thiện và nâng cao từ đó tạo bộ khung đầy đủ cho hoạt động đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế. Năm 2014, Chính phủ đã ban hành Nghị định 63 quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Đấu thầu về lựa chọn nhà thầu, đến năm 2016 Bộ Y tế ban hành các thông tư hướng dẫn về hoạt động đấu thầu thuốc. Sau khi Thông tư số 01 về hướng dẫn đấu thầu mua thuốc trong các cơ sở y tế và Luật đấu thầu số 43 có hiệu lực, các cơ sở y tế trong cả nước đã áp dụng hình thức mua sắm thuốc tập trung và thu được nhiều kết quả tốt trong việc đấu thầu: mua thuốc chất lượng với giá hợp lí. Điều này giúp đơn giản hóa công tác đấu thầu, tiết kiệm chi phí và thời gian cho các cơ sở y tế trong công tác mua sắm thuốc.

Năm 2016 là năm cuối cùng Sở Y tế TP HCM tiến hành đấu thầu tập trung thuốc tại Trung tâm mua sắm. Đến năm 2017, Trung tâm mua sắm thuốc giải thể theo quyết định của Ủy Ban

Nhân Dân TP HCM. Do đó, nghiên cứu được thực hiện với mục đích khảo sát kết quả thực hiện hợp đồng tại một số bệnh viện thuộc Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: là kết quả đấu thầu thuốc tại Sở Y tế TP HCM năm 2016, bao gồm: Báo cáo sử dụng thuốc sau khi có kết quả lựa chọn nhà thầu năm 2016 của 58 cơ sở y tế trực thuộc SYT TP HCM.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2018 đến tháng 10/2018.

Địa điểm nghiên cứu: Sở Y tế TP HCM.

Phương pháp mô tả hồi cứu: Mô tả báo cáo sử dụng thuốc sau khi có kết quả lựa chọn nhà thầu tại Sở Y tế TP HCM năm 2016, bao gồm các chỉ tiêu: tên thuốc, tên hoạt chất, hàm lượng, đơn giá trúng thầu, số lượng sử dụng, nhóm thầu, gói thầu, nguồn gốc xuất xứ, nhà sản xuất, công ty trúng thầu.

Các số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý trên phần mềm Microsoft Excel 2010, Microsoft Word 2010, phần mềm báo cáo số lượng thuốc sử dụng hàng tháng.

Biến số nghiên cứu:

Biến số nghiên cứu	Định nghĩa	Phân loại biến	Cách thu thập
Giá trị sử dụng	Tổng giá trị thuốc bệnh viện sử dụng trong Báo cáo sử dụng thuốc sau khi có kết quả lựa chọn nhà thầu năm 2016	Biến dạng số	Báo cáo sử dụng thuốc sau khi có kết quả lựa chọn nhà thầu năm 2016
Tỷ lệ giá trị sử dụng/ Giá trị phân bổ	Bảng tỷ số giữa giá trị sử dụng thuốc so với giá trị thuốc phân bổ	Biến dạng số	Báo cáo sử dụng thuốc sau khi có kết quả lựa chọn nhà thầu năm 2016
Số lượng sử dụng	Tổng số lượng thuốc bệnh viện sử dụng trong Báo cáo sử dụng thuốc sau khi có kết quả lựa chọn nhà thầu năm 2016	Biến dạng số	Báo cáo sử dụng thuốc sau khi có kết quả lựa chọn nhà thầu năm 2016
Số lượng phân bổ	Tổng số lượng thuốc bệnh viện sử dụng trong Báo cáo sử dụng thuốc sau khi có kết quả lựa chọn nhà thầu năm 2016	Biến dạng số	Báo cáo sử dụng thuốc sau khi có kết quả lựa chọn nhà thầu năm 2016
Tỷ lệ số lượng sử dụng/Số lượng phân bổ	Bảng tỷ số giữa giá trị sử dụng thuốc so với giá trị thuốc phân bổ	Biến dạng số	Báo cáo sử dụng thuốc sau khi có kết quả lựa chọn nhà thầu năm 2016
Hạng bệnh viện	Bệnh viện Hạng 1, 2, 3 theo công bố trên Trang thông tin điện tử chính thức của SYT TP HCM	Biến phân loại	Kết quả xếp hạng bệnh viện năm 2016
Tổng số bệnh viện	Tổng số các bệnh viện trong cùng một phân nhóm nghiên cứu	Biến dạng số	Dữ liệu về bệnh viện của Sở Y tế
Loại bệnh viện	Bệnh viện đa khoa hay chuyên khoa trực thuộc SYT TP HCM	Biến phân loại	Dữ liệu về bệnh viện của Sở Y tế
Bệnh viện	Bệnh viện trực thuộc SYT TP HCM được phân bổ thuốc trúng thầu tại SYT TP HCM 2016	Biến phân loại	Danh mục thuốc trúng thầu của SYT TP HCM năm 2016

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tỷ lệ sử dụng thuốc trúng thầu

Phân tích tỷ lệ sử dụng thuốc theo gói thầu của các bệnh viện thuộc Sở Y tế TP HCM, đề tài tổng hợp và trình bày kết quả như bảng sau.

Bảng 3.1. Tỷ lệ sử dụng thuốc theo gói thầu

Gói thầu	Giá trị phân bổ (tỷ đồng)	Giá trị sử dụng (tỷ đồng)	Tỷ lệ (%)
Biệt dược	3.723	2.948	79,28
Generic	3.819	2.974	74,55
Tổng cộng	7.542	5.922	76,83

Tỷ lệ sử dụng thuốc ở các bệnh viện thuộc SYT TP HCM đạt 76,83% về giá trị sử dụng. Trong đó, giá trị sử dụng của gói Biệt dược (79,28%) cao hơn so với gói Generic (74,55%). Điều này chứng tỏ dự trù số lượng của các bệnh viện tương đối sát với thực tế. Trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh có hơn 100 Bệnh viện.

Bảng 3.2. Tỷ lệ sử dụng thuốc theo Hạng bệnh viện ở gói Biệt dược

Hạng bệnh viện	Tổng số bệnh viện	Giá trị phân bổ (tỷ đồng)	Giá trị sử dụng (tỷ đồng)	Tỷ lệ (%)
Hạng 1	25	3.025	2.434,2	80,47
Hạng 2	13	433	326,5	75,40
Hạng 3	16	265	187,4	70,72
Tổng cộng	54	3.723	2.948,2	79,19

Các bệnh viện Hạng 1 có tỷ lệ giá trị sử dụng (80,47%) cao hơn so với bệnh viện Hạng 2 (75,40%) và Hạng 3 (70,72%). Điều này là dễ hiểu khi đa số các bệnh viện Hạng 1 thuộc SYT TP HCM đều là những bệnh viện bệnh viện chuyên khoa hoặc đa khoa tuyến cuối đa số chữa trị cho những bệnh nhân có bệnh lý nặng nên tỷ lệ sử dụng thuốc Biệt dược gốc và thuốc chuyên khoa đặc trị cao hơn những bệnh viện tuyến sau, dẫn đến giá trị sử dụng thuốc cao. Ngược lại, các bệnh viện tuyến dưới đa số tiếp

Nhiều bệnh viện của thành phố là những bệnh viện đầu ngành thực hiện nhiệm vụ chỉ đạo tuyến cho 28 địa phương phía Nam như Bệnh viện Ung Bướu, Bệnh viện Nhi đồng 1, Bệnh viện Nhi đồng 2, Bệnh viện Từ Dũ, Bệnh viện Nhân dân 115, Bệnh viện Nhân dân Gia Định,... Các bệnh viện của thành phố không chỉ khám chữa bệnh cho người dân trên địa bàn mà còn khám chữa bệnh cho người dân cả nước và cả người nước ngoài, được người bệnh tin tưởng. Thành phố cũng là nơi tiếp nhận nhiều bệnh nhân bệnh nặng chuyển viện từ các tỉnh thành trong khu vực phía Nam. Do đó, các bệnh viện thành phố rất cần thuốc Biệt dược gốc để điều trị các bệnh lý nặng, dẫn đến tỷ lệ sử dụng thuốc ở gói thầu thuốc Biệt dược gốc cao hơn gói thầu thuốc Generic.

3.2. Tỷ lệ sử dụng thuốc trúng thầu theo Hạng bệnh viện

Gói Biệt dược

nhận những bệnh nhân đăng ký thẻ khám BHYT ban đầu nên số lượng bệnh nhân đông. Điều này làm cho số lượng thuốc sử dụng cao. Tuy nhiên đây là những bệnh nhân đa số không mang bệnh lý nghiêm trọng. Bên cạnh đó, do trình độ chuyên môn kỹ thuật theo phân hạng bệnh viện không bằng bệnh viện tuyến trên, nên những trường hợp bệnh lý nặng thì các bệnh viện này sẽ chuyển bệnh nhân lên các bệnh viện tuyến trên.

Gói Generic

Bảng 3.3. Tỷ lệ sử dụng thuốc theo Hạng bệnh viện ở gói Generic

Hạng bệnh viện	Tổng số bệnh viện	Giá trị phân bổ (tỷ đồng)	Giá trị sử dụng (tỷ đồng)	Tỷ lệ (%)
Hạng 1	26	2.371,7	1.895,1	79,90
Hạng 2	12	783	618,8	79,03
Hạng 3	18	664	460	69,28
Không xếp hạng	2	0,3	0,1	33,52
Tổng cộng	58	3.819	2.974,0	77,87

Xét về giá trị sử dụng thì tỷ lệ sử dụng ở các bệnh viện Hạng 1 (79,90%) > Hạng 2 (79,03%) > Hạng 3 (69,28%). Bệnh viện hạng 1 đa số là các bệnh viện chuyên khoa và đa khoa tuyến cuối, bệnh viện hạng 2 là các bệnh viện đa khoa lớn còn bệnh viện hạng 3 là các bệnh viện đa khoa quy mô nhỏ hơn bệnh viện hạng 2 nên tỷ

lệ sử dụng thuốc và giá trị sử dụng ở các bệnh viện hạng 2 là cao nhất.

3.4. Một số thuốc có tỷ lệ sử dụng cao hơn số lượng dự trù. Khảo sát một số thuốc có số lượng sử dụng vượt số lượng phân bổ tại một số bệnh viện trực thuộc Sở Y tế TP HCM, đề tài thu được kết quả như bảng sau.

Bảng 3.4. Một số thuốc có tỷ lệ sử dụng vượt quá dự trù

Bệnh viện	Hoạt chất	Tên thuốc	Số lượng phân bổ	Số lượng sử dụng	Tỷ lệ sử dụng (%)
BV Quận Bình Thạnh	Isosorbid (dinitrat hoặc mononitrat)	DONOX 30 MG	150.000	529.956	353
BV Quận Bình Thạnh	Losartan + Hydrocloro thiazid	LOSTAD HCT 50/12,5MG	140.000	259.950	186
BV Chấn thương Chỉnh Hình	Ticarcilin + Acid clavulanic	VITICATAT	600	1.100	183
Bệnh viện Quận 4	Amoxicilin + Acid clavulanic	AUGMENTIN 500MG/62.5MG	2.600	4.656	179
Viện Tim	Colchicin	COLCHICIN	2.200	3.700	168
BV Quận Bình Thạnh	Albendazol	SAVI ALBENDAZOL 200	3.000	4.900	163
Viện Tim	Vildagliptin + Metformin	GALVUS MET 50MG/1000MG	45.456	74.100	163
BV Quận Thủ Đức	Oxaliplatin	ELOXATIN	50	73	146
BV Quận Bình Thạnh	Amitriptylin	AMITRIPTYLIN 25MG	90.000	130.000	144
BV Quận Bình Thạnh	N-Acetylcystein	AECYSMUX	340.000	440.000	129
BV Bệnh Nhiệt Đới	Midazolam	PACIFLAM	43.000	55.000	128
Bệnh viện Trưng Vương	Diosmin + Hesperidin	HESMIN	1.200.000	1.522.960	127

Một số loại thuốc có tỷ lệ sử dụng vượt ngưỡng phân bổ như DONOX 30 MG (hoạt chất: Isosorbid (dinitrat hoặc mononitrat) và LOSTAD HCT 50/12,5MG (hoạt chất: Losartan + Hydroclorothiazid) tại Bệnh viện Quận Bình Thạnh có tỷ lệ sử dụng lên đến 353% và 186% so với số lượng phân bổ. Thuốc VITICATAT (hoạt chất: Ticarcilin + Acid clavulanic) tại Bệnh viện Chấn thương Chỉnh Hình có tỷ lệ sử dụng vượt số lượng phân bổ 183%. Viện Tim TP HCM có tỷ lệ sử dụng COLCHICIN (hoạt chất: Colchicin) và GALVUS MET 50MG/1000MG (hoạt chất: Vildagliptin + Metformin) vượt số lượng phân bổ với 168% và 163%. Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới có tỷ lệ sử dụng PACIFLAM (hoạt chất: Midazolam) vượt ngưỡng số lượng phân bổ lên 128%.

So sánh tỷ lệ sử dụng của các thuốc cùng hoạt chất nhưng khác nhóm kỹ thuật, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ sử dụng của các thuốc này thấp hơn rất nhiều. Lý do của các bệnh viện đưa ra là các công ty không có thuốc để cung ứng hoặc cung ứng không ổn định dẫn đến việc các bệnh viện chỉ tập trung sử dụng thuốc trúng thầu của một nhóm kỹ thuật dẫn đến tỷ lệ sử dụng rất cao. Bên cạnh đó, chính sách chăm sóc khách hàng và thói quen sử dụng thuốc của bác sĩ điều trị cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng thuốc trúng thầu.

3.5. Một số thuốc có tỷ lệ sử dụng thấp hơn số lượng dự trù. Khảo sát một số thuốc có số lượng sử dụng thấp so với lượng phân bổ tại một số bệnh viện trực thuộc Sở Y tế TP HCM, đề tài thu được kết quả như bảng sau

Bảng 3.5. Một số thuốc có tỷ lệ sử dụng thấp so với dự trù

Bệnh viện	Hoạt chất	Tên thuốc	Số lượng phân bổ	Số lượng sử dụng	Tỷ lệ sử dụng (%)
Viện Tim	Rosuva statin	SUROTADINA	148.473	28.000	18,86
BV Quận Tân Bình	Furosemid	VINZIX	240	50	20,83
Bệnh viện Quận 4	Lisinopril	ZESTRIL	1.000	224	22,40
BV Phạm Ngọc Thạch	Cefixim	CEFIXIM 400	288.000	65.520	22,75
BV Quận Tân Phú	Nước oxy già	NƯỚC OXY GIÀ 10 THỂ TÍCH	5.800	1.500	25,86
BV Bình Dân	Acid Ursodesoxycholic	PMS-URSODIOL C 250MG	20.000	5.970	29,85
BV Nhi Đồng 1	Amoxicilin	AMOXYCILIN 250MG	14.800	5.000	33,78
BV Quận 2	Diocetahedral	GRAFORT 3g	16.139	6.100	37,80

	smectit				
BV An Bình	Polystyren	KALIMATE (CALCIUM POLYSTYRENE SULFONATE 5 GAM)	15.800	6.000	37,97
Bệnh viện Da Liễu	Desonid	LOCATOP 0,1%	2.000	787	39,35
Bệnh viện Ung Bướu	Etoposid	ETOPOSID "EBEWE"	12.000	4.965	41,38
BV Trưng Vương	Ceftazidim	TV-ZIDIM 1G	38.500	16.200	42,08
BV Đa khoa Khu vực Hóc Môn	Sorbitol	SORBITOL	100.000	43.400	43,40
BV Đa khoa Khu vực Thủ Đức	Nhũ dịch lipid	LIPOVENOES 10% PLR	1.900	900	47,37

Một số thuốc có tỷ lệ sử dụng thấp so với số lượng phân bổ. SUROTADINA (hoạt chất: Rosuvastatin) tại Viện Tim TP HCM chỉ đạt tỷ lệ sử dụng 18,86% so với số lượng phân bổ. Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch có tỷ lệ sử dụng thuốc CEFIXIM 400 (hoạt chất: Cefixim) chỉ đạt 22,75% số lượng phân bổ. Bệnh viện Nhi Đồng 1 có tỷ lệ sử dụng thuốc AMOXYCILIN 250MG (hoạt chất: Amoxicilin) chỉ đạt 33,78% số lượng phân bổ. Thuốc KALIMATE (CALCIUM POLYSTYRENE SULFONATE 5 GAM) tại Bệnh viện An Bình đạt tỷ lệ sử dụng 37,97%. Bệnh viện Đa khoa Khu vực Hóc Môn đạt tỷ lệ sử dụng SORBITOL là 43,40% so với số lượng phân bổ. Lý do của các bệnh viện đưa ra là các công ty không có thuốc để cung ứng hoặc cung ứng không ổn định dẫn đến việc các bệnh viện sử dụng thuốc của các phân nhóm kỹ thuật khác hoặc thuốc có cùng tác dụng được lý trong điều trị.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sử dụng thuốc ở các bệnh viện thuộc SYT TP HCM đạt 76,83% về giá trị sử dụng.

Trong đó, tỷ lệ giá trị sử dụng của gói Biệt dược (79,28%) cao hơn so với gói Generic (74,55%). Các bệnh viện Hạng 1 có tỷ lệ sử dụng về số lượng và giá trị cao hơn so với các bệnh viện Hạng 2, Hạng 3. Các bệnh viện đa khoa có xu hướng sử dụng số lượng thuốc nhiều hơn nhưng tỷ lệ giá trị sử dụng của bệnh viện đa khoa và chuyên khoa khá xấp xỉ nhau. Một số loại thuốc có tỷ lệ sử dụng vượt quá số lượng phân bổ cho bệnh viện. Tuy nhiên, cũng có nhiều loại thuốc các bệnh viện đạt tỷ lệ sử dụng khá thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chính Phủ (2014), "Nghị định số 63/2014/NĐ-CP qui định chi tiết thi hành một số điều của luật đấu thầu về lựa chọn nhà thầu".
2. Quốc hội nước cộng hòa XHCN Việt Nam (2016), "Luật Dược số 105/2016/QH11".
3. Quốc hội nước cộng hòa XHCN Việt Nam (2013), "Luật đấu thầu số 43/2013/QH13".
4. Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh, "https://vi.wikipedia.org/wiki/Thành_phố_Hồ_Chí_Minh#Tổ_chức_hành_chính_và_chính_quyền".

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG TRONG ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU SAU ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH NĂM 2017 VÀ 2018

Nguyễn Trung Kiên*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chảy máu sau đẻ là tai biến hàng đầu trong 5 tai biến sản khoa. Chảy máu sau đẻ không chỉ gặp trong các cuộc đẻ khó mà ngay sau những cuộc đẻ bình thường cũng có thể xảy ra. Có rất nhiều nguyên nhân gây ra chảy máu sau đẻ, nếu phát hiện sớm các nguyên nhân và có hướng xử trí đúng,

kịp thời thì sẽ hạ thấp tỷ lệ tử vong mẹ. Khi chảy máu sau đẻ không kiểm soát được bằng thuốc, bằng các thủ thuật thì vấn đề phẫu thuật được đặt ra. Có nhiều phương pháp điều trị khác nhau nhằm bảo tồn tử cung được tiến hành. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp thắt động mạch tử cung trong điều trị chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ năm 2017 đến 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hồ sơ bệnh án của 155 bệnh nhân được chỉ định thắt động mạch tử cung để điều trị chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ 01/01/2017 đến 31/12/2018. Các số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công của thắt động mạch tử cung là 88,4%. Tỷ lệ bảo tồn thành

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên
Email: trungkiendhytb@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.7.2019
Ngày phản biện khoa học: 29.8.2019
Ngày duyệt bài: 4.9.2019

công ở sản phụ đẻ lần 1 chiếm 94,9%, đẻ lần 2 là 87,7%. Tỷ lệ mổ lần 1 bảo tồn thành công chiếm 88,5%, mổ lần 2 thành công 82,6%. Tỷ lệ bảo tồn thành công đối với rau tiền đạo trung là 89,3%, rau tiền đạo không trung tâm là 95,8%. Tỷ lệ truyền máu trong thắt động mạch tử cung là 38 trường hợp chiếm 24,5%. Tỷ lệ thắt động mạch tử cung 1 bên thành công 100% và thắt 2 bên thành công là 86,4%. Tỷ lệ tai biến gồm tụ máu và chảy máu là 3,2%. **Kết luận:** Tiến hành thắt động mạch tử cung để điều trị chảy máu sau đẻ cho 155 bệnh nhân, tỷ lệ thành công của phương pháp là 88,4%. Tỷ lệ thắt động mạch tử cung 1 bên thành công 100% và thắt 2 bên thành công là 86,4%. Tỷ lệ tai biến gồm tụ máu và chảy máu là 3,2%.

Từ khóa: chảy máu sau đẻ, thắt động mạch tử cung

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF APPLYING UTERINE ARTERY LIGATION FOR TREATMENT OF POSTPARTUM HEMORRHAGE AT THAI BINH HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2017 AND 2018

Background: Postpartum hemorrhage is the most common in 5 obstetric complications. Postpartum hemorrhage is not only encountered in difficult deliveries but soon after normal births. There are many causes of postpartum haemorrhage, if the causes are early detected and properly managed, the maternal mortality rate will be lowered. When postpartum hemorrhage is not controlled by medicine or by procedures, surgery is considered. There are many different treatments for uterine preservation. This study was conducted to evaluate the effectiveness of the uterine artery ligation in treating postpartum hemorrhage at Thai Binh Hospital of Obstetrics and Gynecology from 2017 to 2018.

Subjects and research methods: A retrospective, descriptive study of medical records of 155 patients who were assigned to uterine artery ligation to treat postpartum hemorrhage at Thai Binh Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 1, 2017 to December 31, 2018. The data was processed with SPSS 16.0 software. **Results:** The success rate of uterine artery ligation was 88.4%. The rate of successful uterine preservation in women with the first birth accounted for 94.9%, the second birth was 87.7%. The rate of successful surgery the first time accounted for 88.5%, the second time 82.6%. The rate of successfully preserving central placenta praevia was 89.3%, non-central placenta was 95.8%. The rate of blood transfusion in uterine artery ligation was 38 cases accounting for 24.5%. The successful rate of one-sided artery ligation was 100% and bilateral artery ligation was 86.4%. The rate of complications including hematoma and hemorrhage was 3.2%.

Conclusion: Conducting uterine artery ligation to treat postpartum hemorrhage for 155 patients, the success rate of the method was 88.4%. The success rate of one-sided uterine ligation was 100% and bilateral ligation was 86.4%. The rate of complications including hematoma and hemorrhage was 3.2%.

Key words: postpartum hemorrhage, uterine artery ligation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ là tai biến hàng đầu trong 5 tai biến sản khoa. Chảy máu sau đẻ không chỉ gặp trong các cuộc đẻ khó mà ngay sau những cuộc đẻ bình thường cũng có thể xảy ra. Ở Việt Nam tử vong do CMSĐ chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nguyên nhân gây tử vong mẹ. Có rất nhiều nguyên nhân gây ra chảy máu sau đẻ như đỡ tử cung, chấn thương đường sinh dục sau đẻ, sót rau, rau cài răng lược, rau bám chặt, rau bị cầm tù, rau tiền đạo, lộn tử cung... Nếu phát hiện sớm các nguyên nhân và có hướng xử trí đúng, kịp thời thì sẽ hạ thấp tỷ lệ tử vong mẹ.

Khi chảy máu sau đẻ không kiểm soát được bằng thuốc, bằng các thủ thuật thì vấn đề phẫu thuật được đặt ra. Trong phẫu thuật cầm máu do chảy máu sau đẻ thì cắt tử cung vẫn chiếm 1 tỷ lệ lớn, nhưng cũng có nhiều phương pháp điều trị khác nhau nhằm bảo tồn tử cung được tiến hành. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp thắt động mạch tử cung trong điều trị chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ năm 2017 đến 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng:** Nghiên cứu 155 bệnh nhân được thắt động mạch tử cung để điều trị chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ 01/01/2017 đến 31/12/2018.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả cắt ngang, dữ liệu nghiên cứu được lấy từ hồ sơ bệnh án. Kết quả nghiên cứu được thống kê tính toán trên phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số chỉ định cần tiến hành để thắt động mạch tử cung trong điều trị chảy máu sau đẻ

Bảng 3.1: Một số chỉ định cần thắt động mạch tử cung trong sản khoa

Nguyên nhân chảy máu sau đẻ	Thắt động mạch tử cung	
	n	%
Đỡ tử cung	51	32,9
Rau tiền đạo	80	51,7
Rau bong non	1	0,6
Rau bám chặt	18	11,6
Rau cài răng lược	2	1,3
Thai chết lưu	3	1,9
Tổng	155	100.0

Nhận xét: Trong 155 trường hợp được tiến hành thắt ĐMTCT: Rau tiền đạo chiếm tỷ lệ cao nhất với 80 trường hợp chiếm 51,7%; Đỡ tử cung có 51 trường hợp chiếm 32,9%; Rau bám chặt chiếm 11,6% với 18 trường hợp; Rau cài

răng lược có 2 trường hợp chiếm 1,3%; Có 1 trường hợp nào là rau bong non chiếm 0,6%.

3.2. Tỷ lệ thành công của thắt động mạch tử cung

Bảng 3.2. Tỷ lệ thành công của thắt ĐMTC

Kết quả	n	%
Cầm máu ngay	116	74,9
Giảm chảy máu - cần can thiệp khác không cắt TC	12	7,7
Không giảm chảy máu - cần can thiệp khác không cắt TC	9	5,8
Không giảm chảy máu-Cắt tử cung	18	11,6
Tổng số	155	100

Bảng 3.2 chúng ta thấy rằng hiệu quả của phương pháp thắt ĐMTC được tính bằng tổng các trường hợp sau thắt ĐMTC cầm máu ngay, các trường hợp giảm chảy máu cần kết hợp thêm các phương pháp khác mà không phải cắt tử cung. Trong 155 trường hợp thắt ĐMTC thì có 116 trường hợp cầm máu ngay sau thắt ĐMTC chiếm 74,9%. 12 trường hợp giảm chảy máu – cần can thiệp khác không cắt tử cung chiếm 7,7%. Có 9 trường hợp không giảm chảy máu- cần can thiệp khác không cắt, đây là 9 trường hợp khâu thêm mũi B-Lynch, chiếm 5,8%. Có 18/155 trường hợp (chiếm tỷ lệ 11,6%) sau khi thắt nhưng không giảm chảy máu, phải tiến hành cắt tử cung.

Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thành công của phương pháp thắt động mạch tử cung bảo tồn tử cung là 137/155 trường hợp, chiếm 88,4%. Kết quả này cao hơn của Trần Chân Hà [2] nghiên cứu trong 5 năm 1996-2000 (83,5%), nhưng thấp hơn nghiên cứu của O Leary [3] (93,5%), Hà Thị Thanh Loan [5] (90,9%).

Bảng 3.3. Tỷ lệ thành công của thắt ĐMTC theo nguyên nhân

Nguyên nhân	Thành công		Thất bại		Tổng
	n	%	n	%	
Đờ tử cung	42	82,4	9	17,6	51
Rau tiền đạo	73	91,2	7	8,8	80
Rau bong non	1	100	0	0	1
Rau bám chặt	17	94,4	1	5,6	18
Rau cài răng lược	2	100	0	0	2
Thai chết lưu	2	66,7	1	33,3	3
Tổng	137	88,4	18	11,6	155

Nhận xét: Tỷ lệ thắt ĐMTC trong rau tiền đạo thành công có 73/80 trường hợp chiếm 91,2%, Theo nghiên cứu Trần Chân Hà [2] 175 trường hợp được thắt ĐMTC do rau tiền đạo, thành công 148 chiếm 84,6% thất bại 27 trường hợp chiếm tỷ lệ 15,4%.

Ở những trường hợp đờ liệt tử cung thì tỷ lệ thành công có 42/51 trường hợp chiếm 82,4%. Như vậy so sánh kết quả thắt ĐMTC trong đờ tử

cung, tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Trần Chân Hà [2] tại Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh trong 5 năm 1996 - 2000 có 41 trường hợp đờ tử cung được chỉ định thắt ĐMTC thành công 31 trường hợp chiếm 75,7%, thất bại 10 trường hợp chiếm tỷ lệ 24,3%. Nhưng thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của O Leary JA [3], 135 trường hợp đờ tử cung được thắt ĐMTC. Trong đó thành công 134 chiếm tỷ lệ 99,25%, thất bại 1 trường hợp chiếm 0,65%. Đồng thời cũng thấy rằng tại bệnh viện Phụ Sản Thái Bình thắt ĐMTC được áp dụng ngày càng nhiều hơn để cầm máu trong đờ tử cung. Kết quả bảng 3.3 cũng cho thấy rau bám chặt có 18 trường hợp, tỷ lệ thắt ĐMTC thành công là 17 trường hợp chiếm 94,4%, thất bại 1 trường hợp chiếm 5,6%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ thành công của thắt ĐMTC theo tuổi sản phụ

Tuổi	Thành công		Thất bại		Tổng
	n	%	n	%	
< 20	3	100	0	0	3
20-24	21	95,5	1	4,5	22
25-29	49	84,5	9	15,5	58
30-34	37	92,5	3	7,5	40
35-39	20	87	3	13	23
≥ 40	7	77,8	2	22,2	9
Tổng	137	88,4	18	11,6	155

Nhận xét: Tất cả trường hợp CMSĐ ở mọi độ tuổi sinh đẻ đều thực hiện thắt ĐMTC. Dưới 20 tuổi có 3 trường hợp thành công 100%. Trên 40 tuổi có 9 trường hợp thành công 7 chiếm 88,4%, thất bại 2 chiếm 22,2%. Sản phụ thấp tuổi nhất là 17 tuổi, cao nhất là 46 tuổi.

Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng tuổi sản phụ càng cao thì nguy cơ CMSĐ càng tăng vì thường những sản phụ nhiều tuổi liên quan đến số lần đẻ, số lần nạo hút thai, tiền sử sản khoa nặng nề, tiền sản giật... là những yếu tố ảnh hưởng đến sự co hồi tử cung, rau bám chặt, rau cài răng lược, đẻ khó...[3].

Bảng 3.5. Ảnh hưởng của số lần đẻ đến kết quả thắt ĐMTC

Số lần đẻ	Thành công		Thất bại		Tổng
	n	%	n	%	
Lần 1	56	94,9	3	5,1	59
Lần 2	64	87,7	9	12,3	73
Lần 3	17	73,9	6	26,1	23
> 3 lần	56	94,9	3	5,1	59
Tổng	137	88,4	18	11,6	155

Nhận xét: - Tỷ lệ thành công của thắt ĐMTC ở nhóm đẻ lần 1 cao nhất 94,9%.

- Tỷ lệ thành công thấp nhất ở nhóm đẻ trên 3 lần chiếm 73,9%.

- Nguy cơ CMSĐ tăng lên theo số lần đẻ, tỷ lệ thành công của thắt ĐMTC giảm đi khi số lần đẻ tăng lên.

Bảng 3.6. Ảnh hưởng vết mổ đẻ cũ đến kết quả thắt ĐMTC

Số lần mổ đẻ cũ	Thành công		Thất bại		Tổng
	n	%	n	%	
0	95	89,6	11	10,4	106
1	23	88,5	3	11,5	26
2	19	82,6	4	17,4	23
Tổng	137	88,4	18	11,6	155

Nhận xét: - Tỷ lệ thành công của nhóm không có vết mổ đẻ cũ là 89,6%.

- Tỷ lệ thành công của nhóm có vết mổ đẻ cũ 1 lần là 88,5%.

- Tỷ lệ thành công của nhóm có vết mổ đẻ cũ 2 lần là 82,6%.

Bảng 3.7. Ảnh hưởng của các thể lâm sàng rau tiền đạo đến kết quả thắt ĐMTC

Phân loại rau tiền đạo	Thành công		Thất bại		Tổng
	n	%	n	%	
Rau tiền đạo trung tâm	50	89,3	6	10,7	56
Rau tiền đạo không trung tâm	23	95,8	1	4,2	24
Tổng	73	91,3	7	8,7	80

Nhận xét: - Tỷ lệ thành công của nhóm rau tiền đạo trung tâm là 89,3%.

- Tỷ lệ thành công của nhóm rau tiền đạo không trung tâm là 95,8%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Trần Chân Hà [2] với tỷ lệ thành công của nhóm rau tiền đạo trung tâm là 69,8%, của nhóm rau tiền đạo không trung tâm là 95,4%. Nhưng tương đương với kết quả nghiên cứu của Hà Thị Thanh Loan [5] khi tỷ lệ thành công của nhóm rau tiền đạo trung tâm là 85,5%, của nhóm rau tiền đạo không trung tâm là 96,4%.

Theo kết quả nghiên cứu của Trần Chân Hà [2] thành công ở nhóm RTĐ không trung tâm cũng cao hơn thành công nhóm RTĐ trung tâm. Nguy cơ thất bại của thắt ĐMTC ở nhóm RTĐ trung tâm cao gấp 7,26 lần ở nhóm RTĐ không trung tâm.

Bảng 3.8. Tỷ lệ các trường hợp truyền máu trong thắt ĐMTC

Tỷ lệ truyền máu	Thành công		Thất bại		Tổng
	n	%	n	%	
Truyền máu	28	73,7	10	26,3	38
Không truyền máu	109	93,2	8	6,8	117
Tổng	137	88,4	18	11,6	155

Nhận xét: Truyền dịch, truyền máu là một khâu quan trọng trong quá trình hồi sức trong CMSĐ. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Vy tỷ lệ truyền máu trong CMSĐ là 80,5% [1].

Bảng 3.8 cho thấy trong 155 trường hợp có 18 trường hợp phải truyền máu, 117 trường hợp còn lại không phải truyền máu; 38 trường hợp truyền máu trong đó thành công 28 chiếm 73,7%, 10 trường hợp thất bại chiếm 26,3%.

Trường hợp phải truyền máu cao nhất 8 đơn vị nhưng vẫn thất bại phải tiến hành cắt tử cung bán phần. Sản phụ này đẻ con lần thứ 3, chảy máu do chờ tử cung.

Bảng 3.9 Tỷ lệ các trường hợp cần truyền cao phân tử trong thắt ĐMTC

Tỷ lệ truyền cao phân tử	Thành công		Thất bại		Tổng
	n	%	n	%	
Truyền cao phân tử	29	78,4	8	21,6	37
Không truyền cao phân tử	108	91,5	10	8,5	118
Tổng	137	88,4	18	11,6	155

Nhận xét: - Tỷ lệ thành công của các trường hợp không phải truyền cao phân tử là 91,5 %.

- Tỷ lệ thành công của các trường hợp phải truyền cao phân tử là 78,4 %.

Theo nghiên cứu của Trần Chân Hà trong 5 năm 2000-2004 có 230 trường hợp được chỉ định thắt ĐMTC có đến 83 trường hợp phải truyền dịch cao phân tử để nâng huyết áp, thành công 52 chiếm 62,7% [2].

Bảng 3.10. Tai biến, biến chứng của thắt động mạch tử cung sau phẫu thuật

Tai biến, biến chứng	n	%
Không tai biến	150	96,8
Tụ máu, mổ lại do chảy máu	5	3,2
Tổng	155	100

Nhận xét: - Tỷ lệ không xảy ra biến chứng gì là 96,8%.

- Có 5 trường hợp tụ máu, chảy máu phải mổ lại cắt tử cung chiếm 3,2%.

Nghiên cứu của Trần Chân Hà trong 5 năm 2000- 2004 có 230 trường hợp được thực hiện thắt ĐMTC có 1 trường hợp tai biến thắt vào niệu quản. Trường hợp này phát hiện sau mổ 8 ngày vì đau hố thận, được phẫu thuật mổ lại thắt thắt vào niệu quản trái [2].

IV. KẾT LUẬN

4.1. Các chỉ định thắt động mạch tử cung

- Rau tiền đạo chiếm tỷ lệ cao nhất với 80 trường hợp chiếm 51,7%

- Đờ liệt tử cung có 51 trường hợp chiếm 32,9%

- Rau bám chặt chiếm 11,6% với 18 trường hợp

- Rau cài răng lược có 2 trường hợp chiếm 1,3%

- Có 1 trường hợp nào là rau bong non chiếm 0,6%

4.2. Tỷ lệ thành công của thắt động mạch tử cung

- Tỷ lệ thành công của thắt ĐMTC là 88,4%

- Tỷ lệ thành công theo nguyên nhân chảy máu: do vỡ liệt tử cung 82,4%; rau tiền đạo 91,2%; rau bám chặt 84,4%; rau cài răng lược 100%.
- Tỷ lệ bảo tồn thành công đối với rau tiền đạo trung là 89,3%, của rau tiền đạo không trung tâm là 95,8%.
- Tỷ lệ truyền máu trong thắt ĐMTTC là 38 trường hợp chiếm 24,5%
- Kỹ thuật thắt động mạch tử cung: tỷ lệ thắt ĐMTTC 1 bên thành công 100% và thắt 2 bên thành công là 86,4%
- Tai biến và biến chứng gồm có tụ máu và chảy máu là 3,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Vy** (2002), "Tình hình chảy máu sau đẻ tại Viện Bảo vệ Bà mẹ Trẻ sơ sinh trong 6 năm (1996-2001)", Tạp chí thông tin Y dược, tr. 36-39.
2. **Trần Chân Hà** (2001), Nghiên cứu tình hình chảy máu sau đẻ tại Viện Bảo vệ Bà mẹ Trẻ sơ sinh trong 5 năm (1996-2000), Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **O'Leary J. L. , O'Leary J. A.** (1974), "Uterine artery ligation for control of post cesarean section hemorrhage", Obstet Gynecol, 43, pp. 849.
4. **Bộ môn Phụ Sản trường Đại học Y Hà Nội** (2004), Chảy máu trong thời kỳ sổ rau. Bài giảng Sản Phụ Khoa, nhà xuất bản Y học, 1, 135- 142.
5. **Hà Thị Thanh Loan** (2014), Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp thắt động mạch tử cung trong sản khoa tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2013-2014, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG CỦA VIÊM MÀNG NÃO DO PHẾ CẦU Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2015 - 2017

Trần Văn Toàn*, Nguyễn Văn Lâm*, Phạm Nhật An*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của viêm màng não do phế cầu ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2015 – 2017. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 94 bệnh nhi được chẩn đoán VMNNK do phế cầu tại bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 1/2015 đến hết tháng 12/ 2017. **Kết quả:** Lứa tuổi mắc nhiều nhất là 1 – 12 tháng (66%), nam nhiều hơn nữ (1.85/1), hay gặp mùa Đông Xuân, chủ yếu ở vùng nông thôn (71,3%), tỷ lệ không tiêm phòng cao (96,8%). Các triệu chứng thường gặp: sốt: 100% (sốt cao: 79,8%), rối loạn ý thức: 73,4%, nôn: 70,2%, co giật: 57,5%. Xét nghiệm: Máu: 70,2% tăng BC máu, CRP > 100mg/L: 75,5%; DNT: đục (83%), BC ≥ 1000BC/mm³(28,7%), BCTT > 70% (72,8%), protein ≥ 1g/l (81,9%), glucose ≤ 2 mmol/l (57,6%). Chụp MRI sọ não: 66% phát hiện hình ảnh bất thường: tụ dịch DMC, tăng lượng dịch khoang dưới nhện, giãn não thất. **Kết luận:** Viêm màng não do phế cầu gặp nhiều ở trẻ từ 1- 12 tháng, các triệu chứng của bệnh hay gặp là: sốt, nôn, co giật, rối loạn ý thức. BC máu tăng cao, CRP tăng cao, DNT đục, MRI sọ não bất thường 66%

Từ khóa: viêm màng não do phế cầu, trẻ em

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGY CHARACTERISTICS OF PNEUMOCOCCAL MENINGITIS IN CHILDREN IN VIETNAM

*Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lâm

Email: nguyenvanlam73@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2019

Ngày duyệt bài: 9.9.2019

NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL DURING 2015-2017

Objective: To describe the clinical epidemiology characteristics of pneumococcal meningitis in children in Vietnam National Children's Hospital during 2015-2017. **Subject and method:** 94 patients diagnosed pneumococcal meningitis at Vietnam National Children's Hospital during the period from January 2015 to December 2017. Prospective, crosssectional descriptive study. **Result:** The most common ages of pneumococcal meningitis between 1-12 months old (66%), boys more than girls (1.85/1), mainly in the countryside (71.3%), the unvaccinated rate is high (97%). The frequent symptoms: fever 100% (high fever: 79.8%), disorders of consciousness: 74.4%, vomiting: 70.2%, convulsion: 57.5%. Paraclinical tests: leucocytosis 70.2%, CRP > 100mg/L: 75.5%; CSF: cloudy (83%), pleocytosis ≥ 1000 BC/mm³ (28.7%), neutrophils > 70% (72.8%), protein ≥ 1g/l (81.9%), glucose ≤ 2 mmol/l (57.6%). Brain MRI: 66% with abnormal images: subdural effusion, increased fluid volume of the subarachnoid space, ventricular dilatation... **Conclusion:** Pneumococcal meningitis is common in children from 1 to 12 months, common symptoms are: fever, vomiting, convulsion, consciousness disorder. Leucocytosis, CRP is high, CSF: cloudy, Brain MRI: 66% with abnormal images

Keywords: pneumococcal meningitis, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng não do phế cầu là tình trạng bệnh lý gây nên do phế cầu xâm nhập vào màng não với bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu là hội chứng nhiễm trùng và hội chứng màng não [1]. Bệnh thường xảy ra tiên phát ở trẻ nhỏ nhưng ở trẻ lớn hơn thường thứ phát sau viêm phổi, viêm tai giữa cấp hoặc mãn tính hoặc sau chấn thương

[2]. Việc chẩn đoán xác định bệnh phải dựa vào kết quả chọc dịch não tủy, xét nghiệm tìm được vi khuẩn phế cầu qua soi hay nuôi cấy hoặc tìm thấy kháng nguyên đặc hiệu hoặc cùng các biến đổi sinh hóa, tế bào có xu hướng sinh mủ [1].

Viêm màng não do phế cầu chiếm tỷ lệ khá cao trong các viêm màng não mủ nói chung. Bệnh diễn biến phức tạp, điều trị khó khăn, tỷ lệ tử vong cao, di chứng nặng nề về trí tuệ, tinh thần, vận động và là gánh nặng cho gia đình và xã hội [2]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của viêm màng não do phế cầu ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương năm 2015 – 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Tất cả các hồ sơ bệnh nhi trên 1 tháng tuổi được chẩn đoán VMNNK do phế cầu tại bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 1/2015 đến hết tháng 12/ 2017.

- Tiêu chuẩn xác định chẩn đoán

Lâm sàng: có hội chứng nhiễm khuẩn và hội chứng màng não

DNT: soi trực tiếp, nuôi cấy DNT hoặc PCR DNT có phế cầu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Trường hợp bệnh được chẩn đoán VMNNK nhưng không xác định được VK trong DNT hoặc xác định được VK do căn nguyên khác

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện: có 94 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

2.2.3. Xử lý số liệu. Số liệu sau khi thu thập đã được mã hóa theo mẫu, nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

2.2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng y đức bệnh viện Nhi Trung Ương và Trường Đại học Y Hà Nội thông qua và chấp nhận

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Tuổi: Hay gặp ở lứa tuổi từ 1-12 tháng (66%), tiếp theo là 12 – 24 tháng (13,8%), 2 tuổi – 5 tuổi (10,6%) , 5 – 15 tuổi (9,6%)

3.2. Giới: Nam/Nữ = 61/34 = 1,85

3.3. Địa dư: Nông Thôn/Thành Thị (%) = 71,3 / 28,7

3.4. Tỷ lệ tiêm phòng

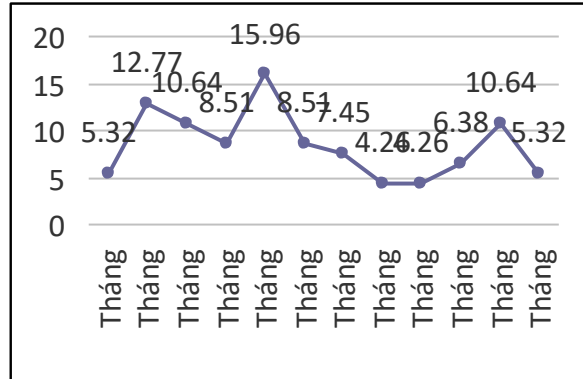
Bảng 1: Tỷ lệ tiêm phòng vắc xin phế cầu

Tiền sử tiêm vaccine phế cầu	n	%
Có tiêm	1	1,06

Không tiêm	91	96,81
Không nhớ	2	2,13
Tổng	94	100

96,8% không tiêm phòng vắc xin phế cầu

3.5. Phân bố bệnh nhân vào viện theo tháng trong năm



Biểu đồ 1: Phân bố trẻ mắc bệnh theo tháng trong năm (%)

Trẻ mắc bệnh rải rác quanh năm (nhiều: từ tháng 2 - tháng 5 và tháng 11).

3.6. Các triệu chứng lâm sàng thời kỳ khởi phát

Bảng 2: Các triệu chứng lâm sàng thời kỳ khởi phát

Triệu chứng khởi bệnh (94 bệnh nhân)	n	%
Sốt	94	100
Ho, chảy mũi (hội chứng cúm)	16	17,02
Nôn	66	70,21
Đau đầu/quấy khóc	26	27,66
Bỏ bú/bỏ ăn	13	13,83
Co giật	54	57,45
Iả lỏng	28	29,79
Táo bón	4	4,26
Rối loạn ý thức	69	73,4

Sốt (100%); rối loạn ý thức (73,4%); nôn (70,2%); co giật (57,5%)

3.7. Đặc điểm cận lâm sàng

Số lượng Hb (g/L): TB $\pm$ SD: 9,6 $\pm$ 1,6; (5 - 15) (Hb < 90 g/l (99%))

Số lượng Bạch cầu (G/L): TB $\pm$ SD: 16,7 $\pm$ 9,6; (2,13 -47,1) (BC > 10 G/L (70,2%))

Tỷ lệ Bạch cầu đa nhân trung tính(%): TB $\pm$ SD: 67,4 $\pm$ 17,6; (23,5 -94,4); CRP (mg/L): TB $\pm$ SD: 149,8 $\pm$ 80,9; (1,73 -368,66); (CRP trên 10 mg/L (96,8%), CRP >100 mg/L (75,5%))

Bảng 3: Đánh giá đặc điểm dịch não tủy

Đánh giá đặc điểm dịch não tủy (n=94 bệnh nhân)	n	%
Màu sắc		
Đục	78	83,0
Trong	16	17,0

Bạch cầu		
<200 BC/mm ³	15	16,0
200-500 BC/mm ³	48	51,1
500-1000 BC/mm ³	4	4,3
≥ 1000 BC/mm ³ và dày đặc	27	28,7
Bạch cầu đa nhân trung tính		
<50%	5	6,2
50-70%	17	21,0
>70%	59	72,8
Protein		
<1 g/l	17	18,1
≥ 1g/l	77	81,9
Glucose		
TB ± SD; (Min-max) 1,5 ±1,5; (0 -5,71)		
Vết	10	10,9
≤2 mmol/l	43	46,7
>2 mmol/l	39	42,4
Cấy vi khuẩn		
Dương tính	47	50,0
Âm tính	47	50,0
PCR		
Dương tính	87	92,6
Âm tính	7	7,5

DNT đa phần đều có màu đục (83%). Protein ≥1g/l (82%). Glucose giảm dạng vết hoặc ≤ 2mmol/l (57,6%)

Bảng 4: Hình ảnh tổn thương trên phim MRI sọ não

Hình ảnh tổn thương trên phim MRI	n	%
Giãn não thất	4	4,55
Tụ dịch dưới màng cứng	14	15,91
Tăng lượng dịch khoang dưới nhện	10	11,36
Giãn não thất + Tụ dịch	17	18,09
Các tổn thương khác (tăng ngấm thuốc, viêm tai/viêm xoang...)	13	13,83
Không có hình ảnh bất thường	30	34,09
Không chụp	6	6,38

Có đến 66% hình ảnh chụp MRI sọ não phát hiện được các dấu hiệu bất thường.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ mắc bệnh tập trung chủ yếu ở lứa tuổi từ 1 - 12 tháng tuổi, chiếm tỷ lệ 66%. (Trong đó có 2 ca nhỏ nhất là 71 ngày và 84 ngày tuổi). Kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Somchit Kannhavong (2008) năm 2004- 2007 lứa tuổi từ 1-12 tháng (77,8%) [5] và của Lê Thạch, tỷ lệ trẻ em dưới 12 tháng tuổi (82,3%) [6]

Về giới tính: nam mắc nhiều hơn nữ với tỷ lệ 1,85/1. Tương tự, nhiều tài liệu trong nước và nước ngoài cũng đã công bố trẻ nam có tỷ lệ mắc cao hơn trẻ nữ [5, 7,8]. Trẻ mắc bệnh rải rác quanh năm nhưng tập trung nhiều nhất vào các

tháng hai đến tháng 5 và tháng 11. Nghiên cứu của Đào Thị Nguyệt cũng chỉ rõ tỷ lệ mắc bệnh cao hơn vào mùa xuân (các tháng 12,1,2,3,4) [7]. Nghiên cứu của Savadogo Mamoudou và cộng sự trong 15 năm thì thấy tỷ lệ mắc cao hơn vào khoảng thời gian từ tháng 1 đến tháng 4 hàng năm [4], cũng tương tự như nhận xét của một số tác giả khác [5].

Ở nghiên cứu này chúng tôi cũng phát hiện 100% trường hợp khởi phát bệnh có sốt; các triệu chứng khác như nôn, co giật và rối loạn ý thức là các triệu chứng phổ biến [5].

Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện thủ thuật chọc dịch não tủy và làm xét nghiệm dịch não tủy, trong đó có đến 83% bệnh nhân có dịch não tủy đục. Có tới 17% dịch não tủy trong, có thể do các trường hợp này đã được điều trị kháng sinh từ tuyến dưới dẫn tới "viêm màng não mất đầu", còn theo Bùi Vũ Huy DNT trong chiếm 9,9% các trường hợp [9].

Về tế bào bạch cầu trong dịch não tủy, thì có tới 16% trường hợp có BC < 200 /mm³; 51,1% có BC từ 200-500/mm³ và chỉ có 29% có BC ≥ 1000 /mm³. Điều này khác biệt với nghiên cứu của Đào Thị Nguyệt, trong đó BC > 1000/ mm³ chiếm tỷ lệ cao nhất 46,6%, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính; < 100 tế bào/mm³ là 17,2%; 100 – 500/mm³ chiếm 27,6% [7]. Kết quả của chúng tôi cũng khác biệt nhẹ so với một số nghiên cứu trước đó như Bùi Vũ Huy [9] tế bào > 1000/mm³ chiếm 71,9% và một số tác giả khác [6], [5]. Protein trong dịch não tủy > 1g/l chiếm tỷ lệ cao lên tới 82%, điều này cũng phù hợp với kết quả của Bùi Vũ Huy protein > 1g/l chiếm 71,9% và nhận xét của một số tác giả [9],[5].

Đường trong DNT < 2 mmol/l, đôi khi chỉ còn dạng vết chiếm tỷ lệ 57,6%; và có tới 42,4% có đường > 2mmol/l. Kết quả này thấp hơn một chút so với nghiên cứu của Bùi Vũ Huy đường < 2,2mmol/l chiếm 81,2% [9] và một số tác giả khác [6], [5], [3],[7].

Trong nghiên cứu chúng tôi thì kỹ thuật PCR dương tính đến 92,6% các trường hợp; soi và cấy dương tính 50% các trường hợp.

Số lượng bạch cầu máu tăng chiếm 70,2% chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính (tăng trên 75% trong 41,5% các trường hợp). Theo Bùi Vũ Huy [9] bạch cầu máu tăng trong 70,6% các trường hợp và chủ yếu là tăng bạch cầu đa nhân trung tính. Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi còn đánh giá được mức độ thiếu máu, biểu hiện bằng Hb máu ngoại biên. Trong nghiên cứu chúng tôi cũng đánh giá nồng độ Hb, Hb giảm dưới 90g/L chiếm tới 99%. Kết quả này cao hơn

một số nghiên cứu như Bùi Vũ Huy [9] Hb giảm chiếm 36,8% và theo Phạm Nhật An [1] ở trẻ nhỏ thường có biểu hiện thiếu máu. Tiểu cầu đa số là bình thường (51,1%), có một số trường hợp tăng tiểu cầu chiếm 37,2%.

CRP máu theo nghiên cứu của chúng tôi tăng ≥ 10 mmol/l trong 96,8% các trường hợp, với giá trị trung bình là $149,8 \pm 80,9$

V. KẾT LUẬN

Viêm màng não do phế cầu gặp nhiều ở trẻ từ 1-12 tháng, các triệu chứng của bệnh hay gặp là: sốt (100%), nôn (70,2%), co giật (57,5%), rối loạn ý thức (73,4%). BC máu tăng (TB $\pm$ SD (G/L): $16,7 \pm 9,6$; (2,13 -47,1); CRP tăng (TB $\pm$ SD (mg/L): $149,8 \pm 80,9$; (1,73 -368,66); DNT đục (83%); MRI sọ não bất thường (66%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Nhật An (2013)**, "Viêm màng não mủ", Bài giảng Nhi khoa, Nhà xuất bản y học tr. trang 278-284.
2. **G. Campagne, J. P. Chippaux, S. Djibo và các cộng sự. (1999)**. "[Epidemiology and control of bacterial meningitis in children less than 1 year in Niamey (Niger)]", Bull Soc Pathol Exot, **92(2)**, tr. 118-22.

3. **Phạm Nhật An Vũ Thị Việt (2000)**, Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ tử vong do viêm màng não mủ nhiễm khuẩn trẻ em từ 1 tháng đến 15 tuổi tại viện nhi trung ương trong 2 năm từ 1997-1999, Luận văn bác sỹ chuyên khoa 2, trường ĐH Y Hà Nội năm 2000.
4. **Mamoudou S. (2016)**. "Epidemiological and Evolutionary Aspects of Streptococcus pneumoniae Meningitis in Burkina Faso", J Neuroinfect Dis 2016, 7:1.
5. **Somchit Kannhavong (2008)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và diễn biến của viêm màng não do phế cầu ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 01/2004 đến 07/2007, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Lê Thạch (1986)**, Viêm màng não mủ do phế cầu, lâm sàng, tiền lượng và điều trị, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện 1986, Đại học Y Hà Nội.
7. **Đào Thị Nguyệt (2013)**, Một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh Viêm màng não do phế cầu ở trẻ em tại khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi Trung Ương từ năm 2010 đến 2012, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội.
8. **E. Alhan, N. Bozdemir, B. Yuksel và các cộng sự. (1995)**. "Epidemiology of meningococcal infections in children in mid-southern part of Turkey", Eur J Epidemiol, 11(4), tr. 393-6.
9. **Bùi Vũ Huy. (2010)**. "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm màng não do phế cầu ở trẻ em", Tạp chí y học dự phòng, Tập XX Số 7 (115), tr. 45-55.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH LAO MÀNG NÃO Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TW

Nguyễn Thị Loan*, Vũ Thị Minh Phượng*, Nguyễn Văn Lâm*

TÓM TẮT

Lao màng não ở trẻ em là thể lao nặng, có thể gây biến chứng nặng, tử vong. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lao màng não ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định lao màng não tại BV Nhi TW từ tháng 8/2015 đến hết tháng 7/2018. **Kết quả:** có 47 bệnh nhân lao màng não trong 3 năm từ tháng 8/2015 đến tháng 7/2018, tuổi mắc bệnh chủ yếu dưới 5 tuổi (83,0%), tỷ lệ nam/nữ là 1,7:1; được tiêm vaccine BCG (80,9%), tiếp xúc với nguồn lây lao (74,5%). Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện trung bình là 27,6 ngày. Triệu chứng thường gặp nhất là sốt (97,9%), gây sút cân (68,1%); co giật, tăng trương lực cơ (59,6%), cổ cứng (53,2%), rối loạn ý thức (61,7%), liệt thần kinh khu trú (42,5%), liệt thần kinh sọ (19,1%). Số lượng tế bào DNT trung bình <

100 BC/ml, protein trung bình $2,5 \pm 1,1$ g/l; Natri máu giảm chiếm (89,4%). Tỷ lệ nuôi cấy và PCR lao dương tính trong DNT là (65,9%). Tổn thương trên MRI sọ não (89,6%), giãn não thất (75,9%). **Kết luận:** Lao màng não ở trẻ em thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi. Triệu chứng nổi bật là sốt, rối loạn ý thức, tăng trương lực cơ, cổ cứng. Hạ Natri máu cũng là đặc điểm có ý nghĩa gợi ý chẩn đoán. Hình ảnh MRI sọ não hay gặp là tăng đậm thuốc màng não và giãn não thất.

Từ khóa: lao màng não, lao trẻ em, lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORIES CHARACTERISTICS OF TUBERCULOUS MENINGITIS IN CHILDREN IN VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Tuberculous meningitis (TBM) in children is a severe form of tuberculosis, which can cause serious complications and death. The study was conducted to describe clinical and laboratories characteristics of children with meningeal tuberculosis in Vietnam National Children's Hospital (Vietnam NCH). **Methods:** A cross-sectional descriptive study of all patients who were diagnosed with TBM at Vietnam NCH. **Results:** There were 47 patients with meningeal tuberculosis in 3 years from August 2015 to July 2018, age of mainly under 5 years old (83.0%), male / female

*Bệnh viện Nhi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lâm

Email: nguyenvanlam73@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

ratio is 1.7: 1; BCG vaccination (80.9%), exposed to TB (74.5%). The average time from symptom to hospitalization was 27.6 days. The most common symptoms were fever (97.9%), weight loss (68.1%); convulsions, hypertonia (59.6%), stiff neck (53.2%), consciousness disorders (61.7%), focal neurological signs (42.5%), cranial nerve paralysis (19.1%). The average number of CSF cells were of less than 100 per ml, the average of CSF protein concentration was of $2.5 \pm 1.1\text{g/l}$. Hyponatremia was in 89.4% of the patients. Positive TB culture and positive PCR result from CSF were 65.9%. Abnormalities on cerebral MRI were 89.6%, including ventricular dilatation (75.9%). Conclusion: Meningeal TB in children is common in children under 5 years old. Prominent symptoms are fever, consciousness disorder, hypertonia, stiff neck. Hyponatremia is also a useful clue to diagnosis. Common findings on MRI are abnormal meningeal enhancement, ventricular dilatation.

Keywords: M.Tuberculous meningitis, Children M.Tuberculous meningitis, clinically meningeal tuberculosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao màng não là bệnh nhiễm trùng thần kinh trung ương do trực khuẩn Mycobacterium Tuberculosis gây ra, là một trong những thể lao nặng nhất, tiên lượng xấu, tỷ lệ tử vong và di chứng thần kinh cao. Năm 2016, thế giới có 10,4 triệu người mắc bệnh lao và 1,7 triệu người chết vì bệnh. Theo WHO năm 2017, Việt Nam đứng thứ 16 trong số 30 nước có gánh nặng bệnh lao cao nhất thế giới và xếp thứ 13 về lao kháng đa thuốc. Trong năm 2017, Việt Nam có thêm 126.000 người mắc lao mới và có 13.000 người chết do lao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân điều trị tại khoa truyền nhiễm bệnh viện Nhi Trung ương được chẩn đoán xác định lao màng não theo hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao của Bộ Y tế năm 2015.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán lao màng não nhưng có bệnh lý mạn tính (đái đường, suy thận mạn...).

1.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

* **Chọn mẫu:** thuận tiện

2.3. Phân tích số liệu: số liệu sau khi thu thập được nhập liệu, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0. Thống kê mô tả được áp dụng với biến định lượng sử dụng trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, với biến định tính tần số, tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 3 năm từ tháng 01/08/2015 đến 31/07/2018 chúng tôi có 47 bệnh nhân được

chẩn đoán lao màng não đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm lâm sàng lao màng não:

- Tỷ lệ nam/ nữ = 1,7/1; nam giới (64%)
- Tuổi: Bệnh thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, chiếm tỷ lệ 83%; tuổi trung bình $34,2 \pm 40,3$ tháng (2-156 tháng); tuổi trung vị 17 tháng.
- Bệnh nhân có tiền sử tiếp xúc nguồn lây chiếm 74,5%.
- 19,1 % bệnh nhân không được tiêm phòng vaccine lao.

- Đa số bệnh nhân nhập viện trong tình trạng muộn, thời gian từ khi có triệu chứng lâm sàng đến khi nhập viện thường trên 2 tuần (63,8%). Thời gian nhập viện trung bình là $27,6 \pm 4,1$ ngày.

Bảng 3.1. Các triệu chứng cơ năng và toàn thân của bệnh nhân

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n = 47)	Tỷ lệ (%)
Nhiệt độ	< 37,5°C	1
	37,5°C - 38°C	4
	38,1°C - 39°C	18
	≥ 39,1°C	24
Tính chất	Sốt về chiều	15
	Sốt kéo dài	20
Gầy sút cân		32
Mệt mỏi, kém ăn		43
Ra mồ hôi trộm		28
Hạch ngoại biên		9
Đau đầu, quấy khóc		40
Buồn nôn, nôn		35
Rối loạn tiêu hóa		8
Ho		23

Nhận xét: Các biểu hiện toàn thân hay gặp là sốt cao trên 39 độ (51,1%), sốt về chiều tối (32%), sốt kéo dài (42,5%), gầy sút cân (68,1%), mệt mỏi kém ăn (91,5%). Đau đầu, quấy khóc và nôn, buồn nôn là các triệu chứng cơ năng thường gặp.

Bảng 3.2. Các triệu chứng thực thể của bệnh nhân

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n = 47)	Tỷ lệ (%)
Các dấu hiệu màng não		
Cổ cứng	25	53,2
Kernig	29	61,7
Vạch màng não	31	65,9
Tăng cảm giác đau	2	4,2
Sợ ánh sáng	1	2,1
Các dấu hiệu tổn thương não		
Co giật	28	59,6
Tăng trương lực cơ	25	53,2
Tĩnh táo	18	38,3

Tri giác	Li bì	20	42,6
	Hôn mê	9	19,1
Rối loạn cơ tròn		18	38,3
Biểu hiện liệt	Liệt nửa người phải	3	6,4
	Liệt nửa người trái	7	14,9
	Liệt 2 chân	3	6,4
	Liệt thần kinh sọ	9	19,1

Nhận xét: Triệu chứng thực thể hay gặp là các dấu hiệu màng não: cổ cứng (53,2%), dấu hiệu Kernig (61,7%), vạch màng não (65,9%), co giật (59,6), tăng trương lực cơ (53,2%), rối loạn ý thức từ li bì đến hôn mê (61,7%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng lao màng não

Bảng 3.3. Màu sắc và áp lực dịch não tủy

Chỉ số		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Màu sắc (n = 47)	Trong	20	42,6
	Vàng chanh	16	34,1
	Vàng đục	11	23,4
Áp lực (n = 47)	Tăng	45	95,7
	Bình thường	2	4,3

Nhận xét: màu sắc dịch não tủy chủ yếu màu vàng 57,5%; áp lực dịch não tủy tăng (95,7%)

Bảng 3.4. Xét nghiệm sinh hóa dịch não tủy

Chỉ số		Số bệnh nhân (n = 47)	Tỷ lệ (%)
Protein (g/l)	0,5-1	8	17,1
	> 1-3	25	53,2
	>3	14	29,7
	X ± SD	2,5 ± 1,1	
Đường (mmol/l)	Giảm (< 2,2 mmol/l)	33	70,2
	Bình thường	14	29,3
	X ± SD	1,8 ± 1,3	
Muối Clo (mmol/l)	Giảm (<120mmol/l)	31	66
	Bình thường	16	34
	X ± SD	107,6 ± 2,7	

Nhận xét: 53,2% bệnh nhân có lượng protein tăng từ 1-3g/l. Glucose trong dịch não tủy giảm (70,2%). Nồng độ muối clo giảm gặp (66%).

Bảng 3.5. Số lượng tế bào và thành phần tế bào trong dịch não tủy

Chỉ số		Số bệnh nhân (n=47)	Tỷ lệ (%)
Tế bào (tế bào/ml) (n = 47)	≤ 100	31	66
	> 100	16	34
	X ± SD	92 ± 132	

Thành phần tế bào (n = 43)	Lymp > 50%	35	81,4
	Neut >50%	8	18,6

Nhận xét: Tế bào trong dịch não tủy tăng chủ yếu dưới 100 tế bào/ml là 31/47 trường hợp, chiếm 66%. Trong đó chủ yếu là lympho chiếm 81,4%.

Bảng 3.6. Kết quả điện giải đồ

Chỉ số		Số lượng (n = 47)	Tỷ lệ (%)
Natri (mmol/l)	Bình thường	5	10,6
	Giảm (< 135 mmol/l)	42	89,4
	Tăng (> 145 mmol/l)	0	0
	X ± SD	127,7 ± 7,1	
Kali (mmol/l)	Bình thường (3,5 - 5 mmol/l)	27	57,4
	Giảm (< 3,5mmol/l)	20	42,6
	X ± SD	3,6 ± 0,6	
Clo (mmol/l)	Bình thường	13	27,7
	Giảm (< 98 mmol/l)	34	72,3
	Tăng (> 106 mmol/l)	0	0
	X ± SD	93,9 ± 6,7	

Nhận xét: Natri máu giảm ở 42/47 trường hợp chiếm 89,4%. Clo máu giảm trong 34/47 trường hợp, chiếm 72,3%.

Bảng 3.7. Kết quả xét nghiệm tìm vi khuẩn lao bằng các phương pháp nuôi cấy, PCR dịch não tủy

Kết quả	Nuôi cấy n = 47		PCR n = 44	
	n	%	n	%
Dương tính	31	65,9%	29	65,9%
Âm tính	16	34,1%	15	34,1%
Tổng cộng	47	100%	44	100%

Nhận xét: Kết quả xét nghiệm nuôi cấy kết quả dương tính là 65,9%. Trong 44 bệnh nhân được làm xét nghiệm PCR có kết quả dương tính là 65,9%. Chỉ có 6 bệnh nhân được làm xét nghiệm GeneXpert thì dương tính 5 bệnh nhân (83,4%).

Bảng 3.8. Kết quả chụp X quang phổi

X quang phổi		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kết quả (n = 42)	Có tổn thương	20	47,6
	Bình thường	22	52,4
Loại tổn thương	Tổn thương kẽ	4	9,6
	Nốt	2	4,8
	Lao kê	6	14,3
	Tràn dịch màng	1	2,4

	phổi		
	Hạch trung thất	5	11,9
	Đông đặc/ Xẹp phổi	6	14,3

Nhận xét: 42 bệnh nhân được chụp X quang phổi, tổn thương trên phim X quang (47,6%), đông đặc/ xẹp phổi (14,3%), lao kê chiếm (14,3%), hạch trung thất gặp (11,9%).

Bảng 3.9. Kết quả chụp MRI sọ não

		N=29	Tỷ lệ %
Kết quả	Bình thường	3	10,3
	Có tổn thương	26	89,6
Hình ảnh tổn thương	Tăng ngấm thuốc màng não	26	89,6
	Nhồi máu não	10	34,5
	Củ lao ở não	3	10,3
	Giãn não thất	22	75,9

Nhận xét: Trong số 29 bệnh nhân được chụp phim MRI sọ não có 89,6% bệnh nhân có tổn thương trên phim, giãn não thất gặp 75,9%, tổn thương nhồi máu não gặp 34,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng: Lứa tuổi hay gặp là trẻ dưới 5 tuổi chiếm 83%, trong đó nhóm tuổi ≤ 1 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (42,6%). Tuổi trung vị là 17 tháng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Anil V. Israni (2016) thấy 76,6% bệnh nhân lao màng não dưới 5 tuổi[1]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Bằng trên 133 trẻ mắc lao màng não thì 67% là trẻ dưới 5 tuổi, tuổi trung bình là 32,5 tháng[2].

Trong nghiên cứu này có 74,5% bệnh nhân có tiếp xúc nguồn lây và 19,1% bệnh nhân không được tiêm phòng vaccine BCG. Theo nghiên cứu của Anil V. Israni thấy có (49%) trẻ có tiếp xúc với nguồn lây, và có (55,3%) trẻ có sẹo BCG[1]. Tiền sử tiếp xúc với nguồn lây rất có giá trị trong chẩn đoán lao trẻ em nói chung và lao màng não nói riêng. Tuy nhiên trên thực tế nhiều bậc cha mẹ cũng không rõ là trẻ có tiếp xúc hay không và việc khai thác tiền sử qua lời kể của cha mẹ cũng chỉ có ý nghĩa khi họ khẳng định hoặc kiểm tra những người sống quanh trẻ.

Thời gian trung bình từ khi bệnh nhân có triệu chứng đến khi nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là $27,6 \pm 4,1$ ngày. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Hy Lạp thì thời gian trung bình nhập viện là 11 ngày (4-60 ngày)[3]. Còn nghiên cứu của Güneş A thì thấy thời gian nhập viện trung bình là $23,9 \pm 14,1$ [4].

Lâm sàng: Sốt là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 100% các trường hợp, trong đó chủ yếu là sốt cao liên tục (51,1%), sốt kéo dài

(42,5%) và sốt về chiều (32%). Ra mồ hôi trộm (59,6%), gầy sút cân (68,1%), mệt mỏi kém ăn (91,5%). Các triệu chứng thực thể khác như cổ cứng (53,2%), dấu hiệu Kernig (61,7%), liệt thần kinh khu trú (42,5%), liệt thần kinh sọ (19,1%), tăng trương lực cơ (53,2%), rối loạn cơ tròn (38,3%), rối loạn ý thức (61,7%). Kết quả này tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Đức Bằng sốt 99%, gầy sút cân 60%, cổ cứng 75% [2]. Trong các nghiên cứu khác cũng cho thấy lao màng não thường không có triệu chứng đặc hiệu sớm, thường chỉ là mệt mỏi, ăn kém, sốt không rõ ràng. Các triệu chứng sẽ trở nên rõ hơn sau thời gian dài. Đó là một khó khăn cho chẩn đoán.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Đánh giá dịch não tủy cho thấy dịch não tủy màu vàng chanh (34,1%), protein trung bình trong dịch não tủy là $2,5 \pm 1,1$ g/l; Nồng độ đường giảm (70,2%), nồng độ muối giảm (66%). Tế bào dịch não tủy tăng 92 ± 132 tế bào/ml, trong đó số lượng tế bào dưới 100 chiếm 66% và chủ yếu là lympho (81,4%). Kết quả này phù hợp với tác giả Đỗ Thiện Hải dịch não tủy vàng chiếm (23,33%), lượng protein tăng kéo dài (86,67%) [5]; Theo Harsimran Kaur (2015) nhận xét protein dịch não tủy tăng trên 1g là (85,45%), trung bình là 1,7g; tế bào trung bình là 303 tế bào/ml; đường trong dịch não tủy giảm (94,5%)[6].

Các xét nghiệm sinh học tìm sự hiện diện của vi khuẩn lao: Kỹ thuật PCR và nuôi cấy vi khuẩn dương tính trong 65,9%. Theo nghiên cứu của Miftode EG thì tỷ lệ nuôi cấy xác định được vi khuẩn lao trong dịch não tủy là 31% [7]. Nghiên cứu của chúng tôi có 29 bệnh nhân được chụp MRI thì tỷ lệ gặp tổn thương trên phim chiếm (89,6%), (75,9%) bệnh nhân có giãn não thất từ mức độ nhẹ đến nặng, nhồi máu não gặp (34,5%). Theo nghiên cứu của Dekker thì bệnh nhân giãn não thất (78%), hoại tử khu trú vùng não (33%), các nốt u lao ở não (72%) [8].

V. KẾT LUẬN

Lâm sàng: nhóm tuổi hay gặp dưới 5 tuổi (83,0%), tuổi trung vị là 17 tháng, trẻ nam gặp nhiều hơn nữ (64%). Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện trung bình là $27,6 \pm 4,1$ ngày. Các biểu hiện lâm sàng hay gặp là sốt (97,9%), mệt mỏi, ăn kém (91,5%), đau đầu, quấy khóc (85,1%), gầy sút cân (68,1%), cổ cứng (53,2%), rối loạn ý thức từ li bì đến hôn mê (61,7%), co giật (59,6%) và liệt thần kinh khu trú (42,5%).

Cận lâm sàng: Dịch não tủy: màu vàng (57,5%), áp lực tăng (95,7%). Nồng độ protein trung bình $2,54 \pm 1,089$ g/l (tăng trên 1g là 82,9%),

đường giảm (70,2%). Số lượng tế bào trung bình là 92 ± 132 tế bào. Kết quả nuôi cấy (+) là 65,9% và PCR (+) là 65,9%. Xét nghiệm máu: 89,4% có nồng độ natri trong máu giảm, 72,3% có nồng độ Clo giảm. Chụp MRI sọ não 89,6% có bất thường, trong đó 89,6% có tăng ngấm thuốc và dày màng não, giãn não thất gấp 75,9%, nhồi máu não gấp 34,5%. Vị trí tổn thương hay gặp trên MRI là tổn thương hạch nền 44,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. V. Israni, D. A. Dave, A. Mandal et al (2016), "Tubercular meningitis in children: Clinical, pathological, and radiological profile and factors associated with mortality", Journal of neurosciences in rural practice, **7** (3), 400.
2. Nguyen Duc Bang, Maxine Caws, Thai Thanh Truc (2016), "Clinical presentations, diagnosis, mortality and prognostic markers of tuberculous meningitis in Vietnamese children: a prospective descriptive study", BMC Infectious Diseases, **16** (573).
3. E. Mihailidou, M. Goutaki, A. Nanou et al (2012), "Tuberculous meningitis in Greek children", Scandinavian journal of infectious diseases, **44** (5), 337-343.
4. A. Güneş, Ü. Uluca, F. Aktar et al (2015), "Clinical, radiological and laboratory findings in 185 children with tuberculous meningitis at a single centre and relationship with the stage of the disease", Italian journal of pediatrics, **41** (1), 75.
5. Đỗ Thiện Hải, Phạm Nhật An (2013), "Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng trẻ mắc Lao Màng Não Tại Bệnh viện Nhi trung ương", Y học Việt Nam, tháng 10 (2).
6. H. Kaur, K. Sharma, M. Modi et al (2015), "Prospective analysis of 55 cases of tuberculous meningitis (TBM) in North India", Journal of clinical and diagnostic research: JCDR, **9** (1), DC15.
7. E. G. Miftode, O. S. Dorneanu, D. A. Leca et al (2015), "Tuberculous meningitis in children and adults: a 10-year retrospective comparative analysis", PLoS One, **10** (7), e0133477.
8. G. Dekker, S. Andronikou, R. van Toorn et al (2011), "MRI findings in children with tuberculous meningitis: a comparison of HIV-infected and non-infected patients", Child's Nervous System, **27** (11), 1943-1949.

THỰC TRẠNG ĐỘNG LỰC LÀM VIỆC CỦA ĐIỀU DƯỠNG LÂM SÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM TIỀN GIANG NĂM 2019

Tạ Công Đạt*, Bùi Thị Thu Hà**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động lực làm việc của Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao năng suất, hiệu quả làm việc và có ảnh hưởng quyết định đến chất lượng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bệnh viện. **Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng động lực làm việc của điều dưỡng lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Qua đánh giá thực trạng động lực làm việc của 400 điều dưỡng lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang cho thấy điểm trung bình động lực làm việc của điều dưỡng nhìn chung ở mức còn thấp 3,56 (64,75%). Trong 6 yếu tố, yếu tố có điểm trung bình cao nhất là yếu tố ý thức trách nhiệm với công việc đạt 3,76 điểm (64,75%) và thấp nhất là yếu tố quá tải với công việc đạt 3,37 điểm (27%). Tiêu mục có điểm trung bình cao nhất là tiêu mục luôn có mặt ở cơ quan đúng giờ đạt 4,06 điểm (77,75%) và thấp nhất là tiêu mục không cảm thấy lo lắng nếu vắng mặt ở cơ quan đạt 2,89 điểm (31,75%). **Kết luận:** cần tăng cường thêm các giải pháp để nâng cao động lực làm việc của điều dưỡng. **Từ khóa:** động lực làm việc, điều dưỡng

SUMMARY

THE SITUATION OF WORKING MOTIVATION OF CLINICAL NURSES AT TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2019

Background: Working motivation of nurses plays a key role in improving productivity and efficiency as well as importantly influencing on quality of healthcare services at hospitals. **Objective:** To evaluate the status of clinical nurses's working motivation at Tien Giang General hospital in 2019. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** The results of evaluation on 400 clinical nurses showed that the average score of their working motivation was low at 3.56 (64.75%). The highest average score was responsibility at 3.76 (64.75%) and working overload was the lowest score at 3.37 (27%) among 6 assessed factors. In obedience of working hours, the highest average score was arriving the medical offices on time with 4.06 (77.75 %), in contrast, feeling unworried to absent at offices was the lowest average score with 2.89 (31.75%). **Conclusion:** Establishing the solutions to improve the working motivation of nurses are extremely necessary.

Keywords: nurse, working motivation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động lực làm việc của viên chức, người lao động có ý nghĩa rất lớn đối với hiệu quả hoạt động của tổ chức. Môi trường làm việc tại bệnh viện cũng không ngoại lệ⁽²⁾. Dịch vụ chăm sóc của điều dưỡng trực tiếp tác động vào chất

*Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang

**Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Công Đạt

Email: congdatcdtg@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2019

Ngày duyệt bài: 10.9.2019

lượng điều trị, giảm tỷ lệ mắc bệnh, giảm biến chứng và tử vong cho bệnh nhân. Tuy nhiên, ngành Điều dưỡng của Việt Nam vẫn còn một số bất cập cần giải quyết như: chưa được đầu tư thoả đáng cả về số lượng và chất lượng, mức thu nhập của người điều dưỡng chưa cao, chưa nhìn nhận đúng vai trò của người điều dưỡng⁽²⁾. Để người điều dưỡng có thể phát huy hết khả năng, năng lực, thực hiện đúng chức năng và nhiệm vụ của mình thì việc tìm hiểu các yếu tố tạo động lực cho họ làm việc và xây dựng chính sách tạo động lực làm việc phù hợp cho điều dưỡng là rất cần thiết^{(4),(5)}. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm: *Đánh giá thực trạng động lực làm việc của điều dưỡng lâm sàng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- **Đối tượng:** Điều dưỡng lâm sàng đang công tác tại các khoa thuộc Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang.

- **Tiêu chí lựa chọn:** Điều dưỡng có thời gian làm việc tại bệnh viện từ 1 năm trở lên, đồng ý tham gia và có mặt trong thời gian nghiên cứu.

- **Tiêu chí loại trừ:** Điều dưỡng không có mặt: nghỉ thai sản, nghỉ ốm, nghỉ phép, đi học, công tác hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian: Từ tháng 02 năm 2019 đến tháng 07 năm 2019.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỉ lệ

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

Trong đó: p là tỷ lệ Điều dưỡng có động lực làm việc (chọn p = 0,55) dựa theo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2017)⁽¹⁾; α: mức ý nghĩa thống kê 0,05; d: sai số chấp nhận được

(d = 0,05) ⇒ n = 380. Dự phòng 5% Điều dưỡng không tham gia hoặc sai sót thiếu số liệu,

Như vậy N = 380 + 380 x 5% = 399.

2.5. Thu thập số liệu. Đánh giá mức độ của các yếu tố động lực làm việc dựa trên thang điểm Likert 5 mức độ: Rất không đồng ý (1 điểm); không đồng ý (2 điểm); bình thường (3 điểm); đồng ý (4 điểm); rất đồng ý (5 điểm). Kết quả cho điểm theo từng tiểu mục: Đạt 1–3 điểm: chưa có động lực; Đạt 4–5 điểm: có động lực.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 400 Điều dưỡng đang công tác tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang, chúng tôi thu được kết quả như sau.

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng: Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=400)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính: Nam	71	17,75
Nữ	329	82,85
Tuổi (tuổi trung bình = 32,98 ± 8,77)		
≤ 30 tuổi	202	50,50
31 - 40 tuổi	133	33,25
41 - 50 tuổi	43	10,75
≥ 51 tuổi	22	05,50
Trình độ chuyên môn		
Đại học, sau đại học	72	18,00
Cao đẳng	218	54,50
Trung cấp	110	27,50
Thâm niên công tác (thâm niên công tác trung bình = 10,20 ± 8,26)		
< 5 năm	146	36,50
Từ 5 – 10 năm	100	25,00
Trên 10 năm	154	38,50
Chức vụ		
Điều dưỡng trưởng	34	08,50
Nhân viên điều dưỡng	366	91,50

3.2. Thực trạng động lực làm việc của Điều dưỡng

3.2.1. Yếu tố động lực chung

Bảng: Điểm trung bình yếu tố động lực chung (n=400)

Nội dung	Mức độ đồng ý, n (%)					ĐTB	ĐLC
	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Bình thường	Đồng ý	Rất đồng ý		
Cảm thấy có động lực để làm việc chăm chỉ	03 (0,75)	12 (3,00)	186 (46,50)	172 (43,00)	27 (6,75)	3,52	0,70
Làm việc để đảm bảo cuộc sống lâu dài	03 (0,75)	08 (2,00)	69 (17,25)	240 (60,00)	80 (20,00)	3,97	0,72
Làm việc chỉ để được lĩnh lương vào cuối tháng	06 (1,50)	08 (2,00)	154 (38,50)	178 (44,50)	19 (4,75)	3,40	0,80
Yếu tố động lực chung						3,63	0,53

3.2.2. Yếu tố sự quá tải công việc

Bảng: Điểm trung bình yếu tố sự quá tải công việc (n=400)

Nội dung	Mức độ đồng ý, n (%)					ĐTB	ĐLC
	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Bình thường	Đồng ý	Rất đồng ý		
Cảm thấy mệt mỏi vào cuối mỗi ngày làm việc	0 (0,00)	30 (7,50)	180 (45,00)	142 (35,50)	48 (12,00)	3,52	0,80
Khi tỉnh dậy vào buổi sáng cảm thấy uể oải với một ngày làm việc mới	05 (1,25)	60 (15,00)	213 (53,25)	87 (21,75)	35 (8,75)	3,22	0,85
Yếu tố quá tải công việc						3,37	0,74

3.2.3. Yếu tố mối quan hệ nơi làm việc**Bảng: Điểm trung bình về yếu tố mối quan hệ nơi làm việc (n=400)**

Nội dung	Mức độ đồng ý, n (%)					ĐTB	ĐLC
	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Bình thường	Đồng ý	Rất đồng ý		
Hài lòng với đồng nghiệp ở khoa phòng/cơ quan	03 (0,75)	14 (3,50)	119 (29,75)	220 (55,00)	44 (11,00)	3,72	0,73
Hài lòng với người phụ trách của mình	08 (2,00)	07 (1,75)	130 (32,50)	205 (51,25)	50 (12,50)	3,71	0,78
Cảm thấy bản thân có sự cam kết cao với bệnh viện	03 (0,75)	11 (2,75)	182 (45,50)	187 (46,75)	17 (4,25)	3,51	0,66
Yếu tố mối quan hệ nơi làm việc						3,65	0,59

3.2.4. Yếu tố hài lòng với công việc**Bảng: Điểm trung bình về yếu tố hài lòng với công việc (n=400)**

Nội dung	Mức độ đồng ý, n (%)					ĐTB	ĐLC
	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Bình thường	Đồng ý	Rất đồng ý		
Rất hài lòng với công việc của mình.	03 (0,75)	19 (4,75)	165 (41,25)	186 (46,50)	27 (6,75)	3,54	0,73
Hài lòng với cơ hội được sử dụng khả năng của mình trong công việc	0 (0,00)	12 (3,00)	162 (40,50)	204 (51,00)	22 (5,50)	3,59	0,64
Hài lòng vì hoàn thành được việc có ý nghĩa trong công việc hàng ngày.	0 (0,00)	02 (0,50)	103 (25,75)	251 (62,71)	44 (11,00)	3,84	0,60
Bệnh viện đã khích lệ để tôi làm việc tốt nhất.	04 (1,00)	25 (6,25)	184 (46,00)	171 (42,75)	16 (4,00)	3,43	0,72
Mục tiêu chung của bệnh viện và mục tiêu cá nhân rất tương đồng	03 (0,75)	34 (8,50)	186 (46,50)	160 (40,00)	17 (4,25)	3,39	0,73
Vui vì được làm cho bệnh viện hơn là những cơ sở khác	02 (0,50)	10 (2,50)	174 (43,50)	177 (44,25)	37 (9,25)	3,59	0,71
Tự hào vì được làm việc ở bệnh viện này	01 (0,25)	07 (1,75)	165 (41,25)	173 (43,25)	54 (13,50)	3,68	0,73
Yếu tố hài lòng với công việc						3,58	0,55

3.2.5. Yếu tố sự tuân thủ giờ làm việc**Bảng: Điểm trung bình về yếu tố sự tuân thủ giờ làm việc (n=400)**

Nội dung	Mức độ đồng ý, n (%)					ĐTB	ĐLC
	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Bình thường	Đồng ý	Rất đồng ý		
Không phải là vấn đề khi thỉnh thoảng đi làm muộn (mã hóa ngược)	05 (1,25)	71 (17,75)	120 (30,00)	167 (41,75)	37 (9,25)	3,23	1,21
Không cảm thấy lo lắng nếu vắng mặt ở cơ quan (mã hóa ngược)	09 (2,25)	94 (23,50)	170 (42,50)	102 (25,50)	25 (6,25)	2,89	1,21
Luôn có mặt tại cơ quan đúng giờ	0 (0,00)	0 (0,00)	65 (16,25)	247 (61,75)	88 (22,00)	4,06	0,62
Yếu tố sự tuân thủ giờ làm việc						3,39	0,74

3.2.6. Yếu tố ý thức trách nhiệm với công việc**Bảng: Điểm trung bình yếu tố ý thức trách nhiệm với công việc (n=400)**

Nội dung	Mức độ đồng ý, n (%)					ĐTB	ĐLC
	Rất không đồng ý	Không đồng ý	Bình thường	Đồng ý	Rất đồng ý		
Có thể tin tưởng và dựa vào đồng nghiệp	0 (0,00)	01 (0,25)	112 (28,00)	250 (62,50)	37 (9,25)	3,81	0,59
Luôn hoàn thành nhiệm vụ một cách hiệu quả và chuẩn xác.	01 (0,25)	01 (0,25)	132 (33,00)	230 (57,50)	36 (9,00)	3,75	0,63
Là một nhân viên chăm chỉ và siêng năng	0 (0,00)	01 (0,25)	148 (37,00)	221 (55,25)	50 (12,50)	3,70	0,61
Làm những việc cần làm mà không chờ cấp trên phải nhắc nhở hay ra lệnh	02 (0,50)	08 (2,00)	105 (26,25)	241 (60,25)	44 (11,00)	3,79	0,68
Yếu tố ý thức trách nhiệm với công việc						3,76	0,51

3.2.7. Động lực làm việc chung của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2019**Bảng: Động lực làm việc chung của Điều dưỡng**

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Có động lực	232	58,00
Chưa có động lực	168	42,00
Tổng	400	100,00

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ chiếm 82,25% nam giới chỉ chiếm 17,75%. Tuổi trung bình 33,29 tuổi (trẻ nhất 22 tuổi, lớn nhất 59 tuổi); trong đó dưới 40 chiếm 84%, tuổi < 30 là 50,50%, nhóm 31- 40 tuổi là 33,50%, nhóm 41- 50 tuổi là 10,75% và chỉ có 5,50% có độ tuổi >51. Điều này cho thấy bệnh viện đang sở hữu một lực lượng điều dưỡng trẻ, năng động, nhiệt tình và họ sẽ có nhiều điều kiện, thời gian để học tập nâng cao trình độ giúp mang lại hiệu quả chăm sóc người bệnh tốt hơn. Trung bình thâm niên công tác là 10,20 cho thấy kinh nghiệm trong công việc của họ là tương đối tốt kết hợp với kết quả trình độ chuyên môn của điều dưỡng chủ yếu là từ cao đẳng trở lên chiếm 72,50%, do vậy họ có thể có điều kiện và thời gian trải nghiệm để nâng cao trình độ chuyên môn. Về chức vụ, điều dưỡng trưởng chiếm 8,50% còn lại đa số là nhân viên (91,50%).

4.2. Thực trạng động lực làm việc của Điều dưỡng

4.2.1. Yếu tố động lực chung. Điểm trung của các nội dung thuộc nhóm yếu tố động lực chung tương đối thấp, cao nhất là 3,97 điểm, thấp nhất là 3,40 điểm. Có 61,25% điều dưỡng cho rằng mình có động lực với yếu tố động lực chung. Nghiên cứu của tác giả Keovathanak Khim (2016) cũng chỉ ra rằng để động viên nhân

viên làm việc ngoài khuyến khích tài chính còn có các yếu tố phi tài chính như đào tạo, sự công nhận của cộng đồng và hệ thống chính sách⁽⁶⁾. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm trung bình của điều dưỡng lâm sàng đối với từng tiểu mục đạt thấp (từ 3,4 - 3,99), tỷ lệ điều dưỡng lâm sàng có động lực làm việc theo từng tiểu mục từ 49,75% - 80%. Đây là một vấn đề mà đòi hỏi Ban Giám đốc bệnh viện cần phải có những giải pháp phù hợp để tăng động lực làm việc của Điều dưỡng đến mức cao nhất có thể.

4.2.2. Yếu tố quá tải công việc. Qua nghiên cứu của chúng tôi thấy 47,5% điều dưỡng cho rằng họ cảm thấy mệt mỏi vào cuối mỗi ngày làm việc và 30,5% điều dưỡng cho rằng việc khi tinh dậy vào buổi sáng cảm thấy uể oải với một ngày làm việc mới. Đa số họ không xem yếu tố quá tải công việc là yếu tố tạo động lực. Điểm trung bình của điều dưỡng đối với yếu tố quá tải công việc tương đối thấp (3,37). Điểm trung bình của các tiểu mục thuộc yếu tố quá tải công việc.

4.2.3. Yếu tố môi quan hệ nơi làm việc. Điểm trung của các tiểu mục thuộc nhóm yếu tố môi quan hệ nơi làm việc tương đối thấp, cao nhất là 3,72 điểm, thấp nhất là 3,51 điểm. Có 63,25% điều dưỡng cho rằng mình có động lực với yếu tố môi quan hệ nơi làm việc. Yếu tố này có ảnh hưởng rất lớn đến động lực làm việc của điều dưỡng, cần tạo ra quan hệ tốt đẹp trong lao động, tạo ra cho điều dưỡng tâm lý thoải mái, mọi người gần bó giúp đỡ nhau, từ đó họ sẽ gần bó với bệnh viện hơn. Vấn đề hài lòng với đồng nghiệp ở khoa phòng/cơ quan" đạt 3,72 điểm, tỷ lệ điều dưỡng có động lực làm việc đạt 66%. Việc điều dưỡng hài lòng với đồng nghiệp sẽ đem lại kết quả công việc tốt và là nhân tố gắn kết điều dưỡng với bệnh viện. Điểm đánh giá trung bình của điều dưỡng về tiểu mục này thấp hơn kết quả

của tác giả Mbindyo và cộng sự (3,83)⁽⁷⁾ và cao hơn của tác giả Huỳnh Phạm Nguyệt Châu (3,69)⁽³⁾. Kết quả nghiên cứu này có sự khác biệt so với hai nghiên cứu trên có thể là do sự khác nhau về đặc điểm và đối tượng nghiên cứu.

4.2.4. Yếu tố hài lòng với công việc. Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ hơn 50% điều dưỡng có động lực làm việc với yếu tố hài lòng với công việc, điều dưỡng có động lực làm việc chung với yếu tố hài lòng với công việc đạt tỷ lệ tương đối thấp chỉ đạt là 53,25%, còn lại 46,75% điều dưỡng chưa có động lực làm việc với yếu tố này. Điểm trung bình đạt từ 3,39 đến 3,68. Kết quả hài lòng với công việc, có 53,9% điều dưỡng có động lực với tiểu mục này và có 46,75% điều dưỡng chưa có động lực với tiểu mục này. Điểm trung bình của tiểu mục này đạt 3,54 điểm, cao hơn kết quả của tác giả Mbindyo và cộng sự (3,42)⁽⁷⁾ và thấp hơn kết quả của tác giả Huỳnh Phạm Nguyệt Châu (4,24)⁽³⁾. Kết quả nghiên cứu này có sự khác biệt so với hai nghiên cứu trên có thể là do sự khác nhau về tính chất công việc.

Việc hài lòng với cơ hội được sử dụng khả năng của mình trong công việc, đều có điểm trung bình <4. Tại bệnh viện, tiểu mục điều dưỡng hài lòng với cơ hội được sử dụng khả năng của mình trong công việc chiếm 56,5% trên mức trung bình, điều đó cho thấy khi điều dưỡng ở đây chưa hài lòng lắm với cơ hội được sử dụng khả năng của mình.

4.2.5. Yếu tố sự tuân thủ giờ làm việc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại Bệnh viện đa số điều dưỡng thực hiện chính xác về giờ làm việc do tính chất đặc thù của ngành, ban lãnh đạo bệnh viện đã tạo điều kiện để nhân viên linh hoạt về thời gian và có sự thoải mái tinh thần trong công việc, điều dưỡng thực hiện xong công việc thì có thể được nghỉ về sớm hơn thời gian quy định nhưng phải đảm bảo không ảnh hưởng đến công tác chuyên môn. Tuy nhiên cũng còn một số trường hợp nhân viên không thể đáp ứng được chính xác về mặt giờ giấc. Đây là một vấn đề mà đòi hỏi Ban Giám đốc bệnh viện cần phải có những giải pháp phù hợp để khắc phục.

4.2.6. Yếu tố ý thức trách nhiệm với công việc. Kết quả có 64,75% điều dưỡng cho rằng yếu tố ý thức trách nhiệm với công việc đã tạo động lực cho họ. Điểm trung bình của điều dưỡng với yếu tố ý thức trách nhiệm với công việc đạt 3,76. Yếu tố ý thức trách nhiệm với công việc được đo lường với 4 tiểu mục: có thể tin tưởng và dựa vào đồng nghiệp, luôn hoàn thành công việc một cách hiệu quả và chuẩn

xác, cho rằng mình là nhân viên chăm chỉ và siêng năng, làm những việc cần làm mà không cần cấp trên nhắc nhở hay ra lệnh. Điểm trung bình của các yếu tố này lần lượt là: 3,81; 3,75; 3,70; 3,79, cho thấy yếu tố này có tác động tích cực đến động lực làm việc chung của nhân viên điều dưỡng.

4.2.7. Động lực làm việc chung của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2019. Tỷ lệ điều dưỡng có động lực làm việc chung là chưa cao lắm. Chỉ có 58% Điều dưỡng lâm sàng trả lời có động lực làm việc và có đến 42% Điều dưỡng lâm sàng chưa có động lực làm việc.

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá thực trạng động lực làm việc của điều dưỡng Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang cho thấy điểm trung bình động lực làm việc của điều dưỡng nhìn chung ở mức còn thấp 3,56 (64,75%). Trong 6 yếu tố, yếu tố có điểm trung bình cao nhất là yếu tố ý thức trách nhiệm với công việc đạt 3,76 điểm (64,75%) và thấp nhất là yếu tố quá tải với công việc đạt 3,37 điểm (27%). Tiểu mục có điểm trung bình cao nhất là tiểu mục luôn có mặt ở cơ quan đúng giờ đạt 4,06 điểm (77,75%) và thấp nhất là tiểu mục không cảm thấy lo lắng nếu vắng mặt ở cơ quan đạt 2,89 điểm (31,75%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Bình (2017), Động lực làm việc của điều dưỡng lâm sàng và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Ba Tri, tỉnh Bến Tre năm 2017, Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng.
2. Bộ Y tế (2016), Báo cáo Cục quản lý khám chữa bệnh năm 2016, Hà Nội.
3. Huỳnh Phạm Nguyệt Châu (2017), Động lực làm việc và một số yếu tố liên quan của điều dưỡng khối Hồi sức – Cấp cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2017, Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
4. Nguyễn Đình Hoàng (2017), Động lực làm việc của nhân viên y tế và một số giải pháp cải thiện tại Trung tâm Y tế huyện Phù Mỹ - Bình Định năm 2017, Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng.
5. Nguyễn Thị Kim Huệ (2016), Tạo động lực lao động cho điều dưỡng viên tại bệnh viện Nhi Trung Ương, Luận văn Thạc sĩ Quản trị nhân lực, Trường Đại học Lao động – Xã hội, Hà Nội.
6. Khim, K. (2016), "Are health workers motivated by income? Job motivation of Cambodian primary health workers implementing performance-based financing", Glob Health Action. 9.
7. Mbindyo, P. M., et al. (2009), "Developing a tool to measure health worker motivation in district hospitals in Kenya", Hum Resour Health. 7, p. 40 - 47.

ĐỐI CHIẾU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ THÍNH LỰC Ở BỆNH NHÂN VIÊM TAI GIỮA MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Khiếu Hữu Thanh*, Nguyễn Thị Hồng*

Keywords: audiometry; chronic otitis media; clinical characteritis

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đối chiếu đặc điểm lâm sàng và thính lực đơn âm tại ngưỡng ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 38 bệnh nhân bị viêm tai giữa mạn tính tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2018. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $47,5 \pm 10,6$ tuổi. Màng nhĩ có lỗ thủng hình tròn hay gấp nhất là 40%. Tỷ lệ lỗ thủng ở vị trí trung tâm là 33%, kích thước trung bình là 66%. Tỷ lệ màng nhĩ vôi hóa là 29%. Hay gặp nghe kém dẫn truyền và nghe kém hỗn hợp với cùng tỷ lệ 42%. Nghe kém mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ cao nhất 43%. Tỷ lệ nghe kém nhẹ gặp nhiều nhất với lỗ thủng trung bình với tỷ lệ 46%. Với lỗ thủng lớn, tỷ lệ nghe kém mức độ nhẹ và nặng gặp nhiều nhất đều là 43%. **Kết luận:** Viêm tai giữa mạn tính gặp nghe kém dẫn truyền và nghe kém hỗn hợp với cùng tỷ lệ 42%. Mức độ nghe kém không phụ thuộc đơn thuần vào các yếu tố vị trí, kích thước lỗ thủng hay vôi hóa màng nhĩ.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, thính lực, viêm tai giữa mạn tính

SUMMARY

THE CORRELATION BETWEEN CLINICAL AND PURE TONE AUDIOMETRY CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH CHRONIC OTITIS MEDIA AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: To finding the relationship between clinical and pure tone audiometry characteritis in patients with chronic otitis media at Thai Binh General Hospital. **Patients and Methods:** 38 patients with chronic otitis media in Thai Binh General Hospital in 2018. **Results:** The average age was 47.5 ± 10.6 years. The round shaped tympanic membrane perforation was most common at 40%. The rate of perforation in the central position is 33%, the medium size is 66%. The proportion of calcified eardrum is 29%. Conductive or mixed hearing loss is common with the same rate of 42%. Mild hearing loss was accounting for the highest rate of 43%. The rate of mild hearing loss is most common with the medium perforation with the rate of 46%. With a large perforation, the most common type of severe hearing loss is 43%. **Conclusion:** Chronic otitis media is associated with conductive and mixed hearing loss at the same rate of 42%. The degree of hearing loss does not depend solely on location factors, perforation size or calcification of the eardrum.

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Khiếu Hữu Thanh

Email: khieuthanh@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2019

Ngày duyệt bài: 30.8.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính là quá trình viêm niêm mạc tai giữa với tình trạng chảy tai qua lỗ thủng màng nhĩ kéo dài trên 3 tháng. Bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra, thường gặp nhất là do nhiễm khuẩn, có thể gặp do chấn thương. Nếu không được điều trị tốt, bệnh có thể để lại di chứng suy giảm chức năng nghe, ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp, học tập và lao động hoặc gây ra những biến chứng nguy hiểm đe dọa đến tính mạng người bệnh. Nội soi tai mũi họng ra đời giúp mô tả chi tiết về các đặc điểm tổn thương màng nhĩ trong viêm tai giữa mạn tính. Tuy nhiên, để đánh giá chức năng nghe để tiên lượng và điều trị bệnh, cần thực hiện đo thính lực đơn âm tại ngưỡng cho người bệnh. Để tìm hiểu mối liên quan giữa những tổn thương này, giúp nâng cao hiệu quả chẩn đoán và chuẩn bị cho phẫu thuật và nhĩ tại Thái Bình, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đối chiếu đặc điểm lâm sàng và thính lực đơn âm tại ngưỡng ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 38 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa mạn tính từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 10 năm 2018 tại khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Chảy tai kéo dài trên 3 tháng
+ Màng nhĩ có lỗ thủng: chẩn đoán qua nội soi tai

+ Có kết quả đo thính lực đồ

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tai
+ Bệnh nhân có tiền sử chấn thương xương thái dương

+ Bệnh nhân có tiền sử hoặc đang mắc các bệnh về tâm thần

+ Bệnh nhân đang sử dụng chất kích thích như rượu, bia, ma túy ...

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2 Các chỉ số nghiên cứu:

- **Đặc điểm chung:** tuổi, giới, lý do vào viện
 - **Hỏi bệnh:** đánh giá các triệu chứng cơ năng: chảy mủ tai, thời gian và tần suất chảy tai, nghe kém, ù tai, đau tai.

- **Nội soi tai:** Đánh giá hình dạng màng nhĩ: tròn, elip, hạt đậu; vị trí màng nhĩ: trung tâm, trước trên, sau trên, trước dưới, sau dưới, thủng rộng; kích thước so với diện tích màng căng: nhỏ: $<1/4$, trung bình từ $1/4-1/2$, lớn $>1/2$; vôi hóa màng nhĩ.

- **Kết quả thính lực đồ:** Mức độ nghe kém theo trung bình ngưỡng nghe đường khí (phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới WHO) [1]: Bình thường: 0-25 dB, nhẹ: 26-40 dB, trung bình 41-60 dB, nặng: 61-80 dB, rất nặng >80 dB. Loại nghe kém: dẫn truyền, tiếp nhận và hỗn hợp.

2.2.3. Cách thức tiến hành nghiên cứu:

- Khai thác các thông tin của bệnh nhân
- Nội soi đánh giá tình trạng màng nhĩ
- Đo thính lực bằng đơn âm tại ngưỡng
- Đối chiếu đặc điểm lâm sàng và thính lực đơn âm
- Nhập, quản lý dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng, thính lực của bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính

Đặc điểm chung: - Độ tuổi trung bình là $47,5 \pm 10,6$ tuổi. Bệnh nhân có tuổi cao nhất là 81 tuổi, thấp nhất là 17 tuổi. Độ tuổi gặp nhiều nhất là 36-60 tuổi chiếm 16/38 trường hợp với tỷ lệ 42%.

- Tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu bằng nhau là 50%.

Thời gian bị bệnh: Các bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu đều có tiền sử chảy mủ tai. Thời gian chảy mủ tai dưới 1 năm chiếm tỷ lệ 13%, từ 1 đến 5 năm: 32%, trên 5 năm: 53%.

Triệu chứng cơ năng: Bệnh nhân viêm tai giữa đến khám với những lý do chiếm tỷ lệ nhiều nhất là chảy tai (76%), nghe kém (60,5%) và ù tai (58%). Bệnh nhân chảy tai từng đợt chiếm tỷ lệ cao nhất (84%).

Hình thái tổn thương màng nhĩ: Trong các hình dạng tổn thương màng nhĩ, màng nhĩ có lỗ thủng hình tròn chiếm tỷ lệ cao nhất (40%). Màng nhĩ có lỗ thủng hình hạt đậu chiếm tỷ lệ thấp nhất (10%). Màng nhĩ có lỗ thủng ở vị trí trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất (33%). Màng nhĩ có lỗ thủng ở vị trí sau trên chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5%. Về kích thước lỗ thủng, chúng tôi thấy lỗ thủng rộng ($\geq 1/2$ diện tích màng căng), lỗ thủng trung bình (từ $1/4 - 1/2$ diện tích) và thủng nhỏ ($\leq 1/4$ diện tích) tương ứng là 17%; 66% và 17%. Tỷ lệ màng nhĩ vôi hóa là 29%. (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm lỗ thủng màng nhĩ

Đặc điểm	n	%
Vị trí lỗ thủng (N=42)		
Toàn bộ	7	17
Trung tâm	14	33
Trước trên	4	10
Trước dưới	11	25
Sau trên	2	5
Sau dưới	4	10
Kích thước (N=42)		
Nhỏ	7	17
Trung bình	28	66
Lớn	7	17
Vôi hóa (N=42)		
	12	29

Đặc điểm thính lực đồ: Các tai tổn thương được đo thính lực đơn âm. Có 16 bệnh nhân nghe kém dẫn truyền và 16 bệnh nhân nghe kém hỗn hợp, chiếm tỷ lệ 42%. Có 6 bệnh nhân nghe kém tiếp nhận, chiếm tỷ lệ thấp nhất – 16%. Có 36 bệnh nhân nghe kém chiếm tỷ lệ 79% trong đó 18 bệnh nhân nghe kém mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ cao nhất 43%. Nghe kém mức độ trung bình và nặng lần lượt là 26% và 13% (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm thính lực đồ

Đặc điểm	n	%
Loại nghe kém (N=42)		
Dẫn truyền	16	42
Tiếp nhận	6	16
Hỗn hợp	16	42
Mức độ nghe kém (N=42)		
Bình thường	8	21
Nhẹ	18	43
Trung bình	11	26
Nặng	5	13

3.2 Đối chiếu đặc điểm lỗ thủng và thính lực đồ: Qua đối chiếu kích thước lỗ thủng và mức độ nghe kém, chúng tôi thấy, với lỗ thủng nhỏ, tỷ lệ nghe kém mức độ trung bình gặp cao nhất với tỷ lệ, 43%. Tỷ lệ nghe kém nhẹ gặp nhiều nhất với lỗ thủng trung bình với tỷ lệ 46%. Với lỗ thủng lớn, tỷ lệ nghe kém mức độ nhẹ và nặng gặp nhiều nhất đều là 43% (bảng 3). Có 8/14 bệnh nhân có lỗ thủng màng nhĩ ở vị trí trung tâm nghe kém mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ 57%. 3/7 bệnh nhân có lỗ thủng màng nhĩ toàn bộ gặp nghe kém mức độ nặng với tỷ lệ 43%.

Bảng 3: So sánh giữa kích thước lỗ thủng và mức độ nghe kém

Kích thước lỗ thủng \ Mức độ nghe kém	Nhỏ n (%)	Trung bình n (%)	Lớn n (%)
Bình thường	2 (29)	6 (21)	0 (0)
Nhẹ	2 (29)	13 (46)	3 (43)

Trung bình	3 (43)	7 (25)	1 (14)
Nặng	0 (0)	2 (7)	3 (43)
Tổng	7 (100)	28 (100)	7 (100)

Đối chiếu tình trạng vôi hóa màng nhĩ với mức độ nghe kém, chúng tôi thấy không có sự khác biệt về mức độ nghe kém với tình trạng vôi hóa. Tỷ lệ nghe kém nhẹ gặp nhiều nhất ở cả nhóm vôi hóa màng nhĩ và không vôi hóa với tỷ lệ 50% và 40% (Bảng 4)

Bảng 4: So sánh giữa màng nhĩ có vôi hóa và mức độ nghe kém

Kích thước lỗ thủng Mức độ nghe kém	Vôi hóa n (%)	Không n (%)
Bình thường	2 (17)	6 (20)
Nhẹ	6 (50)	12 (40)
Trung bình	2 (17)	9 (30)
Nặng	2 (16)	3 (10)
Tổng	12 (100)	30 (100)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, thính lực của bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính

Đặc điểm chung: Viêm tai giữa mạn có thể gặp ở mọi lứa tuổi, thường là do hậu quả của viêm tai giữa cấp không được điều trị đúng. Nhóm bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm từ 36 đến 60 tuổi. Như vậy, viêm tai giữa mạn tính chủ yếu gặp ở lứa tuổi trung niên. Đây là nhóm tuổi có sức khỏe, cũng như sức chịu đựng tốt, sức lao động cao nhất nên tình trạng bệnh tật chưa ảnh hưởng nhiều đến công việc và cuộc sống của bệnh nhân, nhưng khi những triệu chứng trở lên rõ rệt (nhất là trong đợt cấp), ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng cuộc sống và công việc sẽ thúc đẩy bệnh nhân đi khám bệnh và điều trị.

Tỷ lệ nữ và nam trong nghiên cứu lần lượt là 50% và 50%. Phù hợp với bệnh học viêm tai giữa mạn tính vì bệnh học không có đề cập đến ảnh hưởng của giới tính. Tác giả Cao Minh Thành lại thấy tỷ lệ nữ/nam là 2,5/1 [2].

Thời gian bị bệnh: Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy đa số bệnh nhân mắc bệnh từ 5 năm trở lên (53%). Nhóm bị bệnh từ 1 đến 5 năm chiếm 32% và thấp nhất là nhóm có tuổi bệnh dưới 1 năm. Thông thường, bệnh nhân bắt đầu viêm tai từ nhỏ, nhưng chỉ đến khi trưởng thành, khi những phiền phức như chảy mủ tai, nghe kém tăng dần... thực sự ảnh hưởng đến cuộc sống, họ mới chịu đến bệnh viện điều trị. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Thị Thanh Bình và Trần Thu Hằng, bệnh nhân bị viêm tai chỉ đến viện sau khi bị bệnh từ 5 năm trở lên [3], [4].

Triệu chứng cơ năng: Trên một bệnh nhân VTGM có thể gặp tất cả các triệu chứng: chảy

mủ tai, nghe kém, ù tai, đau tai, chóng mặt nhưng thường là không đầy đủ.

Hai triệu chứng đứng hàng đầu ở các bệnh nhân là chảy mủ tai (76%) và nghe kém (60,5%). Thứ ba là ù tai (58%) và tiếp theo là chóng mặt (21%).

Chảy mủ tai trong VTGMT thường xuất hiện thành từng đợt, xen giữa là những thời kỳ ổn định. Tần suất chảy mủ tai và khoảng thời gian ổn định dài hay ngắn tùy thuộc vào từng bệnh nhân. Tính chất mủ cũng rất khác nhau, có thể loãng, nhầy hoặc đặc nhưng chủ yếu là chảy dịch nhầy và loãng, rất ít khi thấy mủ tai đặc.

Nghe kém thường là triệu chứng đưa bệnh nhân đến viện. Mức độ nghe kém ở từng bệnh nhân lại khác nhau tùy thuộc vào thời gian bị bệnh và mức độ tổn thương màng nhĩ. Vậy tại sao bệnh nhân lại không đến điều trị sớm? Theo Phùng Văn Anh, có ba lý do: Thứ nhất, nghe kém hoàn toàn là cảm giác chủ quan của người bệnh. Thứ hai, tính mức thiếu hụt sức nghe của Fowler – Sabin theo công thức $F = [(\% \text{ tai khá} \times 1) + (\% \text{ tai kém} \times 7)]/8$ thì mất sức nghe hoàn toàn một tai, phần trăm thiếu hụt sức nghe chung chỉ là 12%. Với mức thiếu hụt sức nghe này ít khi ảnh hưởng đến giao tiếp trong cuộc sống của đại đa số người dân lao động chân tay, đặc biệt là với những người chỉ bị bệnh một tai, còn tai kia hoàn toàn bình thường. Thứ ba là do điều kiện kinh tế và trình độ nhận thức về bệnh tật còn hạn chế [5].

Triệu chứng ù tai ít gặp hơn hai triệu chứng trên. Thường gặp là ù tai tiếng trầm, ù từng lúc và nghe rõ về đêm. Âm sắc của tiếng ù thường gặp là nghe như tiếng cối xay lúa.

Chỉ một số ít bệnh nhân có thêm triệu chứng chóng mặt hay đứng hơn là cảm giác rối loạn thăng bằng khi thay đổi tư thế. Biểu hiện của chóng mặt không phải liên tục, không thành cơn mà bệnh nhân thỉnh thoảng mới có cảm giác bồng bềnh như đi trên thuyền và thoáng qua rất nhanh. Theo các tác giả khác thì chóng mặt nhẹ khi thay đổi tư thế thường gặp ở bệnh nhân VTGM, cơ chế không rõ ràng.

Hình thái tổn thương màng nhĩ

Về vị trí lỗ thủng: Lỗ thủng màng nhĩ có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào của màng nhĩ nhưng có đặc điểm chung là chỉ ở phần màng căng. Vị trí lỗ thủng ở màng căng hay màng trùng được xem như một đặc trưng gợi ý hai thể bệnh: VTGM không nguy hiểm và VTGM nguy hiểm. Theo kết quả nghiên cứu này, lỗ thủng toàn bộ màng nhĩ chiếm tỷ lệ 17%. Lỗ thủng góc trước dưới 25% và lỗ thủng trung tâm chiếm 33. Tỷ lệ này thấp

hơn tác giả Cao Minh Thành với lỗ thủng trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất 32%, lỗ thủng toàn bộ màng căng đứng thứ hai với 23% và thủng góc trước dưới là 15,5% [2]. Tỷ lệ này khác biệt so với của Trần Thị Thu Hằng [4] cũng thấy lỗ thủng toàn bộ màng căng đứng hàng đầu: 74,56% và 50%.

Về kích thước lỗ thủng, chúng tôi thấy lỗ thủng rộng ($\geq 1/2$ diện tích màng căng), lỗ thủng trung bình (từ $1/4 - 1/2$ diện tích màng căng) và thủng nhỏ ($< 1/4$ diện tích màng căng) tương ứng là 17%; 66% và 17%. Kết quả này tương tự của của Lê Trần Quang Minh (2008) nghiên cứu 28 bệnh nhân, thủng $< 25\%$ là 3,5%; 25 - 50% là 60,8%; 75-100% là 28,6% [6]. Kích thước lỗ thủng có thể liên quan đến thời gian bị bệnh vì tất cả các lỗ thủng do viêm tai giữa cấp tạo thành đều có kích thước rất nhỏ. VTGM thường là hậu quả của viêm tai giữa cấp, luôn xen kẽ các đợt chảy mủ và các đợt ổn định. Chính trong những đợt viêm này, màng nhĩ tiếp tục bị phá hủy do độc tố vi khuẩn và do thiếu dưỡng bờ lỗ thủng dẫn đến lỗ thủng ngày càng rộng ra, phần màng nhĩ lành quanh lỗ thủng ngày càng thu hẹp lại. Lỗ thủng càng lớn thì tỷ lệ phẫu thuật thành công càng giảm.

Đặc điểm thính lực đồ: Phân loại nghe kém trên thính lực đồ: Theo kết quả phân tích thính lực đồ đơn âm, đại đa số bệnh nhân có biểu hiện nghe kém dẫn truyền, tỷ lệ này chiếm tới 42%. Nghe kém hỗn hợp 42%. Tổn thương trong VTGM thường gặp nghe kém dẫn truyền do sóng âm không truyền trực tiếp vào tai trong qua hệ thống màng nhĩ - xương con. Khi biểu hiện là một nghe kém hỗn hợp thì không những hệ thống truyền âm bị gián đoạn, mà chức năng của tai trong cũng bị ảnh hưởng.

Mức độ nghe kém qua thính lực đồ: Có 36 bệnh nhân nghe kém chiếm tỷ lệ 79% trong đó 18 bệnh nhân nghe kém mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ cao nhất 43%. Nghe kém mức độ trung bình và nặng lần lượt là 26% và 13% (Bảng 2).

4.2 Đối chiếu đặc điểm lỗ thủng và thính lực đồ: Qua đối chiếu kích thước lỗ thủng và mức độ nghe kém, chúng tôi thấy, với lỗ thủng nhỏ, tỷ lệ nghe kém mức độ trung bình gặp cao nhất với tỷ lệ, 43%. Tỷ lệ nghe kém nhẹ gặp nhiều nhất với lỗ thủng trung bình với tỷ lệ 46%. Với lỗ thủng lớn, tỷ lệ nghe kém mức độ nhẹ và nặng gặp nhiều nhất đều là 43% (bảng 3). Chúng tôi không so sánh vị trí lỗ thủng với mức độ nghe kém do cỡ mẫu còn nhỏ.

Đối chiếu tình trạng vôi hóa màng nhĩ với

mức độ nghe kém, chúng tôi thấy không có sự khác biệt về mức độ nghe kém với tình trạng vôi hóa. Tỷ lệ nghe kém nhẹ gặp nhiều nhất ở cả nhóm vôi hóa màng nhĩ và không vôi hóa với tỷ lệ 50% và 40% (Bảng 4)

Có thể thấy, mức độ nghe kém không đơn thuần phụ thuộc vào kích thước, vị trí hay tình trạng vôi hóa lỗ thủng. Cần xác định được phối hợp các đặc điểm này cùng mức độ tổn thương xương con, để xác định mức độ nghe kém phối hợp. Các trường hợp lỗ thủng nhỏ nghe kém mức độ nặng thường là các nghe kém hỗn hợp, ở vị trí góc sau dưới. Khi lỗ thủng rộng hoặc góc sau dưới, hiện tượng sóng âm đi đồng pha tới cửa sổ tròn và cửa sổ bầu dục làm tình trạng nghe kém nặng nề hơn.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình là $47,5 \pm 10,6$ tuổi. Màng nhĩ có lỗ thủng hình tròn hay gặp nhất là 40%.

Tỷ lệ lỗ thủng ở vị trí trung tâm là 33%, kích thước trung bình là 66%. Tỷ lệ màng nhĩ vôi hóa là 29%. Hay gặp nghe kém dẫn truyền và nghe kém hỗn hợp với cùng tỷ lệ 42%. Nghe kém mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ cao nhất 43%.

Mức độ nghe kém không phụ thuộc đơn thuần vào các yếu tố vị trí, kích thước lỗ thủng hay vôi hóa màng nhĩ. Tỷ lệ nghe kém nhẹ gặp nhiều nhất với lỗ thủng trung bình với tỷ lệ 46%. Với lỗ thủng lớn, tỷ lệ nghe kém mức độ nhẹ và nặng gặp nhiều nhất đều là 43%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Berth Danermark, Alarcos Cieza, et al (2010), "International classification of functioning, disability, and health core sets for hearing loss: A discussion paper and invitation", International Journal of Audiology, 49:4, 256-262, DOI: 10.3109/14992020903410110
2. Cao Minh Thành (2012), "Đánh giá kết quả nội soi phục hồi lại màng nhĩ trong chấn thương rách màng nhĩ đơn thuần", Tạp chí Y học Việt Nam tháng 7 số 1, tr.42-45.
3. Hoàng Thị Thanh Bình (2003), "Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật và nhĩ ở trẻ em tại bệnh viện Tai mũi họng Trung ương từ 1/2000 - 5/2003", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội.
4. Trần Thị Thu Hằng (2000), "Đánh giá hiệu quả sức nghe sau phẫu thuật phục hồi chức năng tại viện Tai mũi họng", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội.
5. Phùng Thị Văn Anh (2012), "Đánh giá hiệu quả sức nghe sau phẫu thuật nội soi và nhĩ", Luận văn tốt nghiệp cao học, trường Đại học Y Hà Nội.
6. Lê Trần Quang Minh, Lê Thị Hoa Tiên (2009), "Phẫu thuật chỉnh hình màng nhĩ đơn thuần qua nội soi", Tạp chí Tai Mũi Họng, (1), tr. 7-11.

MÔ HÌNH TIỀN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Tôn Thanh Trà¹, Phạm Thị Ngọc Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi nhằm xác định các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chấn thương điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy, từ đó, xây dựng mô hình hồi quy logistic tiên lượng tử vong cho từng bệnh nhân khi vào khoa Cấp cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu những bệnh nhân chấn thương vào khoa Cấp cứu, bệnh viện Chợ Rẫy từ ngày 01/10/2018 đến 31/5/2019. Bệnh nhân được thu thập các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm vào khoa Cấp cứu và theo dõi đến ngày thứ 30 hoặc khi xuất viện để xác định kết cục điều trị. Kết quả có 1500 bệnh nhân được đưa vào phân tích, tuổi trung bình là 40,1±17,5 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 2,8/1, tỷ lệ tai nạn giao thông là 63,5%. Tỷ lệ tử vong trong bệnh viện là 6,3%. Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy điểm Glasgow, ISS và kết quả aPTT là các yếu tố tiên lượng tử vong với mô hình tiên lượng là $P = e^G / (1 + e^G)$, $G = \text{Hằng số } (-8,84) - 0,27 \times (\text{điểm Glasgow}) + 3,63 \times (\text{số giây aPTT}) + 0,39 \times (\text{điểm ISS})$. Kết luận mô hình tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chấn thương điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy bao gồm các biến số điểm Glasgow khi nhập viện, chỉ số mức độ nặng của chấn thương ISS và kết quả xét nghiệm aPTT.

Từ khóa: bệnh nhân chấn thương, mô hình tiên lượng, bệnh viện Chợ Rẫy

SUMMARY

THE PROGNOSTIC MODEL FOR MORTALITY PREDICTION IN TRAUMA PATIENTS TREATED AT CHO RAY HOSPITAL: A PROSPECTIVE COHORT STUDY

The aim of this study was identify the prognostic factors for mortality in trauma patients. A prospective cohort study was done at Cho Ray hospital from October 1, 2018 to May 31, 2019. The clinical data and investigations were collected at admission time. Patients were followed up to the 30th day from admission or discharge. Multivariate logistic regression was done to identify the risk factors and make up the prognostic model. The results showed that 1500 patients enrolled. The mean age was 40.1±17.5, male to female was 2.8/1, traffic accident rate was 63.5%. The in-hospital mortality was 6.3%. The multivariate logistic regression showed that Glasgow coma score, ISS and aPTT were the independent factors for mortality prediction. The prognostic model was: $P = e^G / (1 + e^G)$, $G = \text{Constant } (-8.84) - 0.27 \times (\text{Glasgow}) + 3.63 \times (\text{aPTT}) + 0.39 \times (\text{ISS})$.

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Tôn Thanh Trà

Email: tonthantra@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2019

Ngày duyệt bài: 10.9.2019

$e^G / (1 + e^G)$, $G = \text{Constant } (-8.84) - 0.27 \times (\text{Glasgow}) + 3.63 \times (\text{aPTT}) + 0.39 \times (\text{ISS})$. Conclusion the prognostic model for mortality in trauma patients treated at Cho Ray hospital was included Glasgow coma score, ISS and aPTT.

Key words: trauma patients, prognostic model, Cho Ray hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương, đặc biệt là tai nạn giao thông là nguyên nhân tử vong phổ biến ở các nước đang phát triển như Việt Nam. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong cấp cứu trước viện, cấp cứu trong bệnh viện và hồi sức chấn thương cũng như vật lý trị liệu, tâm lý trị liệu sau chấn thương nhưng hậu quả y tế, kinh tế xã hội do chấn thương để lại còn rất nặng nề. Nhiều nghiên cứu trên thế giới được thực hiện nhằm tìm ra các yếu tố nguy cơ tử vong và xây dựng mô hình tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chấn thương [3], [5]. Tuy nhiên do đặc điểm chấn thương ở Việt Nam chủ yếu là do tai nạn giao thông bằng xe gắn máy. Vì vậy, các yếu tố tiên lượng tử vong và mô hình tiên lượng có thể khác các nghiên cứu khác. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chấn thương điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy và xây dựng mô hình tiên lượng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bệnh nhân chấn thương vào khoa Cấp cứu, bệnh viện Chợ Rẫy từ ngày 01/10/2018 đến 31/05/2019.

Thiết kế nghiên cứu: Đoàn hệ tiến cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ có thai trên 3 tháng, bệnh nhân có bệnh lý mạn tính nặng kèm theo như Xơ gan child C, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, ung thư di căn hoặc bệnh nhân hay thân nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

Số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0. Dùng phương pháp phân tích hồi quy đa biến để xác định các yếu tố nguy cơ tử vong. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Xây dựng mô hình tiên lượng dựa vào phương trình hồi quy đa biến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 01/10/2018 đến 31/05/2019, có 1500 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu

là 40,1±17,5 tuổi, tỷ lệ nam/ nữ là 2,8/1. Tỷ lệ tử vong trong bệnh viện là 6,3%.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Tuổi		
< 30 tuổi	532	35,5
30 – 49	527	35,1
50 – 60	223	14,9
≥ 60	218	14,5
Giới		
Nam	1107	73,8
Nữ	393	26,2
Nghề nghiệp		
Lao động phổ thông	662	44,1
Nông dân	271	18,1
Công nhân	247	16,5
Buôn bán	146	9,7
Cán bộ viên chức	52	3,5
Học viên, sinh viên	120	8,0
Khác	2	0,1
Thời điểm vào viện		
6 giờ 00 đến 14 giờ 00	485	32,3
14 giờ 00 đến < 21 giờ 00	548	36,5

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ %
21 giờ 00 đến < 6 giờ 00	467	31,1
Chấn thương sọ não		
Có	872	58,1
Không	628	41,9
Tình trạng vết thương		
Vết thương hở	266	17,7
Vết thương kín	1234	82,3
Nguyên nhân chấn thương		
Tai nạn giao thông	952	63,5
Tai nạn lao động	105	7,0
Tai nạn sinh hoạt	216	14,4
Đã thương	86	5,7
Khác	141	9,4

Nhận xét: Bệnh nhân chấn thương chủ yếu là những người trẻ, tuổi trung bình là , tỷ lệ < 60 tuổi chiếm đa số. Trong đó, tỷ lệ nam/ nữ là 2,8/1. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn giao thông bằng xe gắn máy chiếm 63,5%. Thời điểm tai nạn nhập viện phân bố đều trong ngày trong đó cao nhất là thời điểm từ 14 giờ đến 21 giờ chiếm 36,5%.

Bảng 2. Đặc điểm kết quả xét nghiệm máu

Các thông số	Giá trị	Giá trị tham chiếu
pH*	7,39 [7,31-7,46]	7,35 – 7,45
PaO ₂ * mmHg	96,5[73,1-198]	85 -100
PaCO ₂ * mmHg	35,8 [30,3-42,6]	35 - 45
HCO ₃ (mmol/L)	21,68 ± 5,70	22 – 26
Lactat* (mg/dL)	3,25 [1,84-10,41]	4,5 – 20,0
Đường huyết* (mg/dL)	112 [95-139]	70 – 110
Creatinin* (mg/dL)	0,78 [0,65-0,93]	0,7 – 1,5
Na ⁺ * (mmol/L)	138[135-140]	135 – 150
K ⁺ * (mmol/L)	3,6 [3,3-3,8]	3,5 – 5,5
Ca ²⁺ (mmol/L)	1,73 ± 0,46	1,0 – 1,5
PT *(giây)	13,3 [12,5-14,3]	10 – 13
APTT *(giây)	29,3 [27,2-31,55]	26 – 37
INR*	1,04 [1-1,12]	1 – 1,2
Hb* (g/L)	129 [115-140]	120 – 170
Bạch cầu* (G/L)	12,60 [9,50-16,40]	4 – 11
Tiểu cầu* (G/L)	226 [186-274]	200,00 – 400,00
Fibrinogen* (g/L)	2,9[2,25-3,86]	2 - 4

(*) biểu được trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ vị)

Chỉ có số lượng bạch cầu máu tăng, các chỉ số khác trong giới hạn bình thường

Bảng 3: Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố tiên lượng tử vong trong bệnh viện

Yếu tố	Đơn vị	OR (95% KTC)	p
Giới	Nam so với nữ	1,10 (0,36 – 3,31)	0,865
Tuổi	1 tuổi lớn hơn	1,02 (0,98 – 1,06)	0,226
Chấn thương sọ não	Có	0,93 (0,31 – 2,74)	0,905
Glasgow	1 điểm lớn hơn	0,75 (0,58 – 0,98)	0,036*
Fibrinogen	< 2g/L	1,19 (0,41 – 3,43)	0,743

Yếu tố	Đơn vị	OR (95% KTC)	p
INR	≥ 1.5	0,08 (0,01 – 1,90)	0,120
aPTT	≥ 45	37,96 (1,25 – 115,00)	0,037*
SI	≥ 1.3	0,56 (0,02 – 15,37)	0,735
GAP	1 điểm lớn hơn	1,09 (0,50 – 2,35)	0,820
MGAP	1 điểm lớn hơn	1,13 (0,84 – 1,53)	0,391
ISS	1 điểm lớn hơn	1,47 (1,35 – 1,60)	0,000*
RTS	1 điểm lớn hơn	1,05 (0,77 – 1,43)	0,742

(*) có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$

Nhận xét: Mỗi điểm Glasgow tăng lên, nguy cơ tử vong của bệnh nhân giảm 25%, Cứ mỗi điểm ISS lớn hơn, nguy cơ tử vong của bệnh nhân tăng lên 47%. Tương tự, cứ mỗi giây aPTT tăng trên 45 làm nguy cơ tử vong của bệnh nhân tăng lên gấp 37,96 lần

Bảng 4: Mô hình tiên lượng tử vong.

Yếu tố	Hệ số	p
Glasgow	-0,27	0,036
aPTT	3,63	0,037
ISS	0,39	0,000
Hằng số	-8,84	0,000

Mô hình tiên lượng tử vong trong bệnh viện ở bệnh nhân chấn thương:

$P = e^G / (1 + e^G)$ Trong đó: $G =$ Hằng số (-8,84) – 0,27 x (điểm Glasgow) + 3,63 x (số giây aPTT) + 0,39 x (điểm ISS). Như vậy, mô hình tiên lượng tử vong phụ thuộc vào điểm Glasgow khi nhập viện, điểm ISS và kết quả aPTT

IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi nhằm xác định các yếu tố tiên lượng tử vong trong bệnh viện ở bệnh nhân chấn thương điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 1500 bệnh nhân chấn thương. Kết quả nghiên cứu cho thấy, các yếu tố điểm Glasgow khi nhập viện, chỉ số mức độ nặng ISS và kết quả xét nghiệm đông máu aPTT có giá trị độc lập tiên lượng tử vong. Kết quả cũng tương tự với nghiên cứu của chúng tôi năm 2018 trên 406 bệnh nhân sốc chấn thương cho thấy mô hình tiên lượng bao gồm các yếu tố: Tuổi, huyết áp tâm thu, điểm Glasgow khi nhập viện, trị số aPTT...[2]. Tuy nhiên, mô hình tiên lượng này không bao gồm yếu tố tuổi có lẽ phần lớn bệnh nhân ở tuổi < 60. Tương tự kết quả nghiên cứu của Lê Bảo Huy và cộng sự năm 2017 trên 670 bệnh nhân chấn thương tại bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy điểm Glasgow khi nhập viện và điểm ISS là hai yếu tố tiên lượng độc lập tử vong [1]. Nghiên cứu của Pablo và cộng sự trên bệnh nhân sốc chấn thương năm 2012 cho thấy điểm Glasgow, tuổi và huyết áp tâm thu khi nhập viện cùng với mức thu nhập quốc dân là những yếu tố tiên lượng tử vong[4]. Nhưng đây là nghiên cứu đa trung tâm,

còn nghiên cứu của chúng tôi đơn trung tâm nên không thể xét thu nhập quốc dân vào mô hình tiên lượng. Nghiên cứu của Strad S và cộng sự năm 2018 cho thấy các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chấn thương bao gồm điểm BE, lactat máu, điểm Glasgow khi nhập viện và điểm ISS [6]. Tuy nhiên, các kết quả xét nghiệm BE và lactate không phải cơ sở y tế nào cũng thực hiện được và nếu có cũng cần nhiều thời gian vì vậy sẽ khó áp dụng trên lâm sàng tại Việt Nam. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ lactate máu trong giới hạn bình thường trong nhóm nghiên cứu (bảng 2). Điểm Glasgow khi nhập viện có thể dao động tùy theo người đánh giá hoặc bị ảnh hưởng khi bệnh nhân dùng chất kích thích hay rượu bia. Vì vậy, kết quả mô hình có thể thay đổi. Chỉ số ISS khó xác định tại thời điểm ban đầu khi vào cấp cứu mà cần phải có kết quả CT Scan thậm chí một số trường hợp cần phải có kết quả phẫu thuật. Mặt khác, cùng một chỉ số ISS giống nhau nhưng mức độ tổn thương có thể khác nhau. Vì vậy, có thể gây khó khăn trong thực hành lâm sàng. Ngoài ra, mô hình tiên lượng được xây dựng theo phương trình phân tích hồi quy đa biến nên cần phải được xây dựng trên các thiết bị điện tử thông minh, giúp tiện ích cho người sử dụng.

Giới hạn của nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại một cơ sở y tế tuyến trung ương ở Việt Nam nơi thường xuyên tiếp nhận những bệnh nhân nặng với tỷ lệ tử vong cao nhưng cũng là nơi có các trang thiết bị, nhân lực và quy trình tiếp nhận và điều trị bệnh nhân chấn thương tốt hàng đầu Việt Nam. Vì vậy, cần thẩm định mức độ chính xác của mô hình khi áp dụng tại các cơ sở y tế khác. Mặt khác, mô hình tiên lượng chỉ là thêm một công cụ cho các bác sĩ lâm sàng vì vậy không thay thế được kinh nghiệm lâm sàng và các vấn đề đạo đức trong thực hành lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Mô hình tiên lượng tử vong trong bệnh viện ở bệnh nhân chấn thương điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy bao gồm các yếu tố: Điểm Glasgow khi nhập viện, chỉ số mức độ nặng chấn thương (ISS) và giá trị xét nghiệm aPTT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Bảo Huy, Lê Công Thuỳên, Hoàng Văn Quang, Trịnh Trần Quang, Võ Ngọc Thông (2017), "Nhận xét đặc điểm bệnh nhân chấn thương nhập viện tại bệnh viện Thống Nhất". Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế 7(2), tr. 116-121
2. Tôn Thanh Trà (2018), "Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân sốc chấn thương". Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh
3. Ageron XF, Ageron GA, Steyerberg E, Bouzat P, Roberts I (2019), "Prognostic model for traumatic death due to bleeding: cross-sectional international study". BMJ Open, 2019(9).
4. Perel P, Merino PD, Shakur H, Clayton T, Lecky F, Bouamra O, et al. (2012), "Predicting early death in patients with traumatic bleeding: development and validation of prognostic model". BMJ 2012(345), pp. 1-12
5. Rau SC, Wu CS, Chuang FJ, Huang YC, Liu TH, Chien CP, et al. (2019), "Machine Learning Models of Survival Prediction in Trauma Patients". J. Clin. Med. , 8(799), pp. 1-13.
6. Strnad M, Lesjak BV, Vujanovi V, Pelcl T, Dmari KM (2019), "Predictors of Mortality and Prehospital Monitoring Limitations in Blunt Trauma Patients". BioMed Research International, 2015(1), pp. 1-7.

ĐẶC ĐIỂM VỀ HÌNH ẢNH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NÚT MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG GAN

Bùi Khắc Tuấn¹, Phạm Hồng Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh và đánh giá hiệu quả của can thiệp nội mạch điều trị chấn thương gan (CTG). **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, hồi cứu, mô tả cắt ngang các bệnh nhân (BN) nội trú từ tháng 3/2015 đến tháng 8/2019 có chảy máu hoạt động của ĐM gan sau chấn thương đòi hỏi can thiệp nút mạch đã được thực hiện tại bệnh viện đa khoa Saint Paul. Tất cả các BN đã được chứng minh có chảy máu liên tục bằng lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh cấp cứu. **Kết quả:** 14 BN chấn thương gan đã được chụp mạch và can thiệp nút mạch với tỷ lệ thành công 100 %. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $38,4 \pm 20,5$ tuổi. Thời gian nằm viện trung bình là $10,5 \pm 1,6$ ngày. Tất cả các bệnh nhân cho thấy sự cải thiện đáng kể về mặt lâm sàng, can thiệp nội mạch kịp thời dẫn đến không có tỷ lệ liên quan đến tử vong. **Kết luận:** Can thiệp nút mạch là phương pháp an toàn, hiệu quả đối với kiểm soát chảy máu trong chấn thương gan.

SUMMARY

THE RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATES THE EFFICACY OF ARTERIAL EMBOLIZATION FOR HEPATIC TRAUMAS

Objectives: To study some radiological characteristics and evaluates the efficacy of arterial

embolization for blunt hepatic traumas. **Methods:** Prospective, retrospective and cross-sectional study of inpatients from March 2015 to August 2019 requiring transarterial embolization for active hepatic vascular bleeding posttrauma was done in Saint Paul General Hospital. All patients had evidence of ongoing hemorrhage as proved by clinical, laboratory and radiological findings in emergency settings. **Results:** 14 hepatic injury patients received angiography and endovascular intervention with success rates as 100%. The mean age of case series was $38,4 \pm 20,5$ years. The mean length of hospital stay was $10,5 \pm 1,6$ days. All patients showed significant clinical improvement with prompt endovascular management resulting in no procedure related mortality. **Conclusion:** Angiographic embolization (AE) is a safe and effective method for controlling hemorrhage in blunt liver traumas.

Keywords: embolization, liver trauma., hepatic arterial pseudoaneurysm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gan là một trong những cơ quan thường xuyên bị tổn thương nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong chấn thương bụng kín. Đặc biệt là ở những BN có biến chứng mạch máu, đây là biến chứng nặng, có thể dẫn đến tử vong nếu không được xử trí kịp thời. Trong vài thập kỷ trở lại đây, trên thế giới cũng như Việt Nam can thiệp mạch trở thành sự lựa chọn hàng đầu trong những trường hợp CTG với tổn thương ĐM có huyết động ổn định với tỷ lệ thành công từ 85 đến 100%[1],[2] tỷ lệ tử vong, biến chứng và số lượng máu phải truyền giảm nếu so với can thiệp mổ mở. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại bệnh viện đa khoa Saint Paul nhằm

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Saint Paul

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Khắc Tuấn

Email: bacsituan88@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2019

Ngày duyệt bài: 10.9.2019

mục tiêu mô tả đặc điểm hình ảnh và đánh giá kết quả nút mạch điều trị CTG.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: BN chấn thương gan có tổn thương ĐM trên CLVT hoặc trên chụp mạch có huyết động ổn định ngay từ đầu hoặc sau hồi sức và được nút mạch tại bệnh viện Saint Paul từ 3/2015 đến 8/2019.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thu thập thông tin theo mẫu hồ sơ bệnh án dựa trên các đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả sau điều trị.

Quy trình kỹ thuật: Bệnh nhân được chụp mạch số hóa xóa nền bằng máy Speed Heart của hãng Shimadzu. Sử dụng bộ dẫn đường Sheath vào ĐM đùi phải hoặc trái. Luồn catheter 5F vào động mạch thân tạng chụp đánh giá tổng thể ĐM gan chung, ĐM gan riêng, phát hiện nhánh nghi ngờ tổn thương. Dùng microcatheter 2.7F luồn chọn lọc để xác định rõ hơn các nhánh ĐM nhỏ có thoát thuốc đồng thời tiến hành nút chọn lọc hoặc siêu chọn lọc bằng các vật liệu nút mạch như hạt PVA, hỗn hợp Histoacryl + Lipiodol với tỷ lệ 1: 4, coil. Sau nút, chụp đánh giá nút mạch thành công khi tổn thương được loại bỏ hoàn toàn, ngược lại thất bại khi không loại bỏ hoàn toàn được các tổn thương, kiểm tra sự toàn vẹn của ĐM túi mật, ĐM vị tá tràng. Sau đó BN được bất động chi bên chọc 6-8h kể từ lúc băng ép, theo dõi sát tình trạng toàn thân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi gồm có 14 BN với tuổi trung bình từ $38,4 \pm 20,5$ tuổi. BN trẻ tuổi nhất là 12 tuổi, BN nhiều tuổi nhất là 80 tuổi. 11 BN nam, 3 BN nữ.

Tai nạn giao thông là nguyên nhân gây CTG thường gặp nhất chiếm 64,3%. 8 BN (57,14%) có tổn thương phối hợp kèm theo, còn lại 6 BN (42,86%) không có tổn thương phối hợp.

Các BN của chúng tôi đều là chấn thương gan kín, được phân độ chấn thương gan theo AAST sửa đổi năm 2018. Theo đó trong nghiên cứu có 3 BN (21,4%) độ III, 8 BN (57,2%) độ IV, 3 BN (21,4 %) độ V, không có BN nào độ I, II. Loại tổn thương ĐM trên phim chụp mạch hay gặp nhất là chảy máu hoạt động với 12 BN (85,8 %), hay gặp tổn thương ĐM gan phải nhất với 10 BN (71,5%). 12 BN (85,8%) có giải phẫu ĐM gan bình thường, chỉ 2 (14,3%) BN có biến thể giải phẫu ĐM gan.

Bảng 1: Đặc điểm hình ảnh trên CLVT và chụp mạch

Đặc điểm hình ảnh trên CLVT	Số BN (Tỷ lệ %)
-----------------------------	-----------------

và chụp mạch		lệ %)
Phân độ AAST (sửa đổi 2018)	Độ III	3 (21,4%)
	Độ IV	8 (57,3%)
	Độ V	3 (21,3%)
Tổn thương ĐM trên chụp mạch	Chảy máu hoạt động	12 (85,8%)
	Giả phình	1 (7,1%)
	Chảy máu HĐ + giả phình	1 (7,1%)
Vị trí tổn thương	Nhánh phải	10(71,5%)
	Nhánh trái	2 (14,3%)
	Cả hai nhánh	1 (7,1%)
	Nhánh biến thể GP	1 (7,1%)
Bất thường giải phẫu	Có bất thường	2 (14,3%)
	Không bất thường	12(85,7%)

Vật liệu nút mạch thường được sử dụng nhất là Histoacryl với 10 BN (71,5 %), 2 BN sử dụng hạt PVA, còn lại 2 BN sử dụng kết hợp giữa Spongell với Histoacryl hoặc PVA, không có BN nào sử dụng coil.

Bảng 2: Các loại vật liệu nút mạch

Loại vật liệu nút mạch	Số BN (tỷ lệ %) n = 14
Histoacryl	10 (71,5%)
PVA	2 (14,3%)
Coil , Spongell	0 (0%)
Histoacryl + Spongell	1 (7,1%)
PVA + Spongell	1 (7,1%)

14/14 số BN sau nút mạch đã loại bỏ được tổn thương, không có BN nào phải nút mạch lại lần hai hoặc phẫu thuật cầm máu. Có 11 BN cần truyền máu và 3 BN không phải truyền máu, chế phẩm máu thường sử dụng là khối hồng cầu (KHC) và huyết tương tươi đông lạnh (HTTĐL). Trong đó số đơn vị KHC được truyền trung bình trong cả quá trình điều trị cho một BN là 3.9 ± 3.3 đơn vị, số đơn vị HTTĐL trung bình được truyền là 4.9 ± 5.9 đơn vị. Số ngày nằm viện trung bình của 14 BN là $16,4 \pm 1$ ngày, trong đó BN nằm viện ngắn nhất là 8 ngày, BN nằm viện lâu nhất là 40 ngày. Diễn biến, biến chứng sớm thường gặp nhất là đau vùng gan với 14 (100%) BN, 2 (14,3%) BN có sốt, không có BN nào có viêm túi mật cấp, 1 trường hợp nặng có rò mật sau chấn thương có chỉ định mổ cắt gan trái theo phương pháp Tôn Thất Tùng.

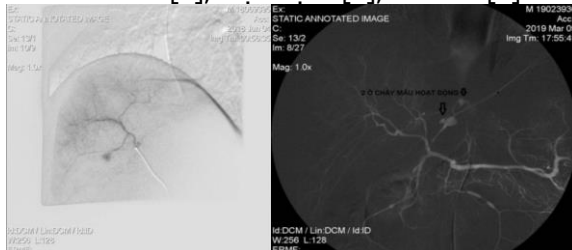
IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung. Nghiên cứu của chúng tôi có 14 BN, trong đó độ tuổi trung bình là $38,4 \pm 20,5$ tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất trong khoảng từ 16 - 45 tuổi chiếm 64,3%. Đây là nhóm tuổi lao động và tham gia giao thông chính trong xã hội. Tỷ lệ nam: nữ trong nhóm nghiên cứu là 3 : 1 (78,6%: 21,3). Độ tuổi trung bình và tỷ lệ giải

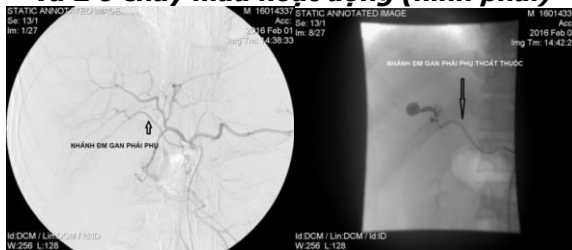
tính trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Letoublon [3], H. Xu [4].

Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm đa số (64,3%) tương tự như nghiên cứu của Phạm Minh Thông (61,5%) [5]. Nguyên nhân của điều này có thể được giải thích là do tai nạn giao thông thường gây ra các tổn thương nặng hơn, tỷ lệ gặp các biến chứng mạch máu cao hơn so với các nguyên nhân khác như tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt.

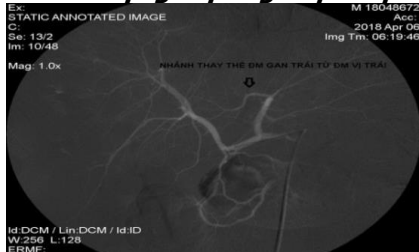
Đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh chấn thương gan. Trong 14 BN của chúng tôi thì chấn thương gan độ IV là thường gặp nhất, tổn thương chảy máu hoạt động là loại tổn thương ĐM thường gặp nhất, và thường bị tổn thương ở nhánh ĐM gan phải, điều này được giải thích là do thể tích của gan phải lớn hơn gan trái, do vậy nguy cơ tổn thương ĐM gan phải lớn hơn so với gan trái. Các kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Wahl [1], Mậu Đình [6], Monnin [7].



Hình 1: Chụp mạch ổ giả phình (hình trái) và 2 ổ chảy máu hoạt động (hình phải)



Hình 2: Tổn thương thoát thuốc từ nhánh biến thể động mạch gan phải phải



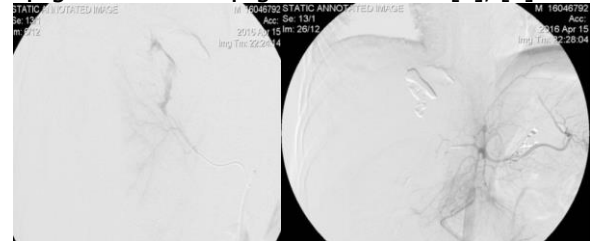
Hình 3: Biến thể giải phẫu ĐM gan trái được thay thế bằng nhánh từ ĐM vị trái

Đa phần số BN của chúng tôi có giải phẫu ĐM gan bình thường trên phim chụp mạch và chỉ có 2 BN có bất thường về giải phẫu ĐM gan. BN Nguyễn Vũ T MSBA 16014337 có hình ảnh biến

thể giải phẫu động mạch gan riêng rẽ tách ra động mạch gan phải và trái, có 1 nhánh động mạch gan phải phụ xuất phát từ động mạch thân tạng có hình ảnh thoát thuốc trên phim chụp mạch. BN Lê Trung Q MSBA 18048672 có biến thể giải phẫu ĐM gan trái được thay thế bằng một nhánh từ ĐM vị trái.

Vật liệu nút mạch. Vật liệu được chúng tôi sử dụng nhiều nhất là hỗn hợp Histoacryl - Lipiodol với tỷ lệ 1: 3, 1: 4 với 10 BN chiếm 71,5%. Khác với trước đây thường sử dụng Spongell là loại vật liệu nút mạch tạm thời, có nguy cơ chảy máu tái phát, chúng tôi đồng quan điểm với đa số tác giả trong nước cũng như trên thế giới hiện nay là sử dụng các loại vật liệu nút mạch vĩnh viễn. Trong đó Histoacryl là loại vật liệu ít độc, có tác dụng tắc mạch vĩnh viễn, đặc biệt nó rất phù hợp với điều kiện kinh tế của người Việt Nam. Hạn chế của loại vật liệu này là sự di chuyển không mong muốn gây tắc cả các mạch máu khác không bị tổn thương. Trên thế giới, Coil là loại vật liệu được ưa thích sử dụng hơn [2], cũng là loại vật liệu tốt nhất để nút mạch. Tuy nhiên giá thành của nó lại cao vì vậy không có BN nào chúng tôi sử dụng loại vật liệu này.

Kết quả gây tắc mạch. Tất cả các BN trong tổng số 14 BN của chúng tôi đã can thiệp nút mạch thành công, loại bỏ được các tổn thương và không có BN nào phải nút mạch lần 2 hoặc phẫu thuật để cầm máu. Tỷ lệ này phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới với tỷ lệ nút mạch thành công rất cao dao động từ 85 - 100 % [1], [2].



Hình 4: Tổn thương chảy máu hoạt động trước và sau can thiệp nút tắc hoàn toàn

Tổng lượng máu truyền: Số đơn vị KHC và HTTĐL trung bình cần truyền trong cả quá trình điều trị cho một bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 3.9 ± 3.3 đơn vị và 4.9 ± 5.9 đơn vị. Có 3 bệnh nhân không cần truyền máu. Số lượng máu trung bình cần truyền cho BN được can thiệp sớm trong vòng 24h ít hơn so với những BN can thiệp sau 24h, điều này cũng được đưa ra trong nghiên cứu của Wahl [1], Mohr [2]. Số lượng máu trung bình cần truyền cho BN chỉ có tổn thương gan đơn thuần cũng ít hơn so với BN có tổn thương phối hợp [6]. Tuy

nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu trên đều không có ý nghĩa thống kê do cỡ mẫu không đủ lớn.

Bảng 3. Số lượng máu truyền trung bình

	Số lượng máu truyền trung bình (đơn vị)		Số ngày nằm viện trung bình
	KHC	HTTĐL	
Can thiệp sớm trong 24h	3,9 ± 2,5	2,9 ± 2,5	16,7 ± 1,0
Can thiệp sau 24h	4,0 ± 4,1	7,0 ± 7,7	16,1 ± 1,1
Không có tổn thương phổi hợp	1,5 ± 1,2	1,3 ± 1,5	10,5 ± 1,6
Có tổn thương phổi hợp	5,8 ± 3,2	7,6 ± 6,6	20,9 ± 1,2
Cả quá trình điều trị	3.9 ± 3.3	4.9 ± 5.9	16,4 ± 1

Số ngày nằm viện: Số ngày nằm viện trung bình là 16,4 ± 1 ngày. Thời gian nằm viện của các BN trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với nghiên cứu của Mohan (9,62 ± 7,83 ngày) [8], điều này là số BN của chúng tôi có nhiều tổn thương phổi hợp và nặng nề hơn. Những BN có tổn thương phổi hợp có số ngày nằm viện trung bình dài hơn so với những BN không có tổn thương phổi hợp. Số ngày nằm viện trung bình của những BN can thiệp sớm trong vòng 24h và những BN can thiệp sau 24h lại không có sự khác biệt.

Các biến chứng sớm sau nút mạch: Tất cả 14 BN của chúng tôi đều có biến chứng nhẹ như đau bụng vùng gan sau can thiệp, nguyên nhân của biến chứng này là do thiếu máu cục bộ nhu mô gan sau can thiệp, thường giảm đau sau khoảng 4 ngày. Có 2 BN chiếm 14,3 % có sốt, không có BN nào tụ máu hay đau ở vị trí chọc ĐM đùi, các biến chứng này thường hết sau 1 tuần.

Các biến chứng nặng như có 3 BN tăng áp lực trong ổ bụng đã được chọc dẫn lưu dịch dưới hướng dẫn siêu âm có tỷ lệ 21,4 %. Chỉ có 1 bệnh nhân có biến chứng rò dịch mật sau chấn thương là BN Trương Văn V MSBA 19023936. BN bị đa chấn thương sau tai nạn giao thông, chấn thương gan độ V có thoát thuốc thì ĐM, được can thiệp nút ĐM gan cầm máu, sau can thiệp tình trạng ổn định. Sau 7 ngày BN có biểu hiện bụng chướng nhiều, siêu âm thấy nhiều dịch ổ bụng, đã được dẫn lưu dịch ổ bụng qua da dưới hướng dẫn của siêu âm. Ngày thứ 15 nằm viện thấy dịch dẫn lưu qua sonde màu xanh đen, BN được chỉ định chụp MRI đường mật, sau đó được chẩn đoán rò mật sau chấn thương gan có chỉ định mổ mổ, cắt gan trái theo phương pháp Tôn Thất Tùng. Nhu mô gan được cấp máu 70 % từ tĩnh mạch cửa, còn đường mật hầu như chỉ được

cấp máu từ hệ ĐM gan, vì vậy khi nút tắc các nhánh ĐM gan có thể dẫn đến hoại tử thành đường mật, gây biến chứng viêm xơ hóa đường mật hoặc rò rỉ mật.

Với các biến chứng muộn như xơ hóa đường mật, trong điều kiện ở nước ta thì hầu như không có điều kiện để thăm khám, các BN thường không chấp nhận sinh thiết gan khi tình trạng của họ bình thường.

V. KẾT LUẬN

Vài thập kỷ trở lại đây, không chỉ trên thế giới mà tại Việt Nam, điều trị chấn thương gan bằng can thiệp nút mạch đã dần được xem là phương pháp điều trị an toàn, ít xâm phạm, hiệu quả với tỷ lệ thành công rất cao. Nó không chỉ giúp kiểm soát các tổn thương ĐM gan, mà còn giúp giảm tỷ lệ biến chứng, số lượng máu phải truyền và tỷ lệ tử vong một cách đáng kể so với phương pháp điều trị phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành công là 100 %, chỉ có 1 BN có biến chứng rò mật sau chấn thương gan nặng. Số lượng máu truyền trung bình trong cả quá trình điều trị (KHC: 3.9 ± 3.3 đơn vị, HTTĐL: 4.9 ± 5.9 đơn vị) và số ngày nằm viện trung bình (16,4 ± 1 ngày) giảm so với mổ mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wahl W.L., Ahrns K.S., Brandt M.-M. và cộng sự. (2002).** The Need for Early Angiographic Embolization in Blunt Liver Injuries: The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care, **52(6)**, 1097–1101.
2. **Mohr A.M., Lavery R.F., Barone A. và cộng sự. (2003).** Angiographic Embolization for Liver Injuries: Low Mortality, High Morbidity. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, **55(6)**, 1077.
3. **Letoublon C., Morra I., Chen Y. và cộng sự. (2011).** Hepatic Arterial Embolization in the Management of Blunt Hepatic Trauma: Indications and Complications. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, **70(5)**, 1032.
4. **Xu H., Jie L., Kejian S. và cộng sự. (2017).** Selective Angiographic Embolization of Blunt Hepatic Trauma Reduces Failure Rate of Nonoperative Therapy and Incidence of Post-Traumatic Complications. Med Sci Monit, **23**, 5522 – 5533.
5. **Phạm Minh Thông (1999)** "Nghiên cứu giá trị của siêu âm trong chẩn đoán vỡ gan, vỡ lách do chấn thương". luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Mậu Đình N., Duy Huệ N., Long H. và cộng sự. (2017).** Kết quả điều trị chấn thương gan bằng can thiệp nội mạch tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam, **0(2B)**, 8.
7. **Monnin V., Sengel C., Thony F. và cộng sự. (2008).** Place of Arterial Embolization in Severe Blunt Hepatic Trauma: A Multidisciplinary Approach. Cardiovasc Intervent Radiol, **31(5)**, 875 – 882.
8. **Mohan B., Bhoday H.S., Aslam N. và cộng sự. (2013).** Hepatic vascular injury: Clinical profile, endovascular management and outcomes. Indian Heart Journal, **65(1)**, 59–65.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG HỖ TRỢ BỆNH NHÂN NGHÈO TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ 2009 ĐẾN 2018

Nguyễn Lâm Tùng Bảo*, Lê Minh Hiền**, Nguyễn Văn Khôi**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi nhằm mô tả kết quả hoạt động hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân nghèo trong 10 năm (2009-2018) tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Chúng tôi tiến hành nghiên cứu** hàng loạt trường hợp bệnh nhân được hỗ trợ tài chính từ năm 2009 đến 2018. Số liệu bệnh nhân nghèo, số tiền và hiện vật quyên góp được lưu trữ tại phòng Công tác xã hội. Số liệu bệnh nhân được thu thập từ hệ thống lưu trữ thông tin của bệnh viện Chợ Rẫy. Dùng T test để so sánh trung bình và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. **Kết quả** trong mỗi năm có trung bình 2.066 ± 610 bệnh nhân được hỗ trợ tài chính. Số nhà hảo tâm tăng dần từ năm 2009 đến 2018 ($p=0,004$). Số tiền hỗ trợ trung bình mỗi năm là $8.469.673,6 \pm 3.638.107$ đồng và tăng từ năm 2009 đến 2018 ($p < 0,05$). **Kết luận:** Qua nghiên cứu 10 năm hoạt động hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân nghèo tại bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi nhận thấy số tiền quyên góp được để hỗ trợ bệnh nhân trung bình mỗi năm tăng với số tiền hỗ trợ cho mỗi bệnh nhân ngày càng tăng, số nhà hảo tâm tăng ($p < 0,05$). Trong khi đó, số bệnh nhân trung bình cần hỗ trợ mỗi năm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,162$).

Từ khóa: bệnh nhân nghèo, hỗ trợ tài chính, 10 năm hoạt động

SUMMARY

FINANCIAL ASSISTANCE TO POOR PATIENTS AT CHO RAY HOSPITAL: A TEN -YEAR STUDY

The aim of this study was describe the results of financial assistance for poor patients treated at Cho Ray hospital, Ho Chi Minh City. **A case resies study** was done at Cho Ray hospital from 2009 to 2018. The money and gifts data were collected from Social Work Department. The number of patients was collected from Hospital Information System. T test was done to identify the significant difference with $p < 0.05$. **The results** showed that the number of patients supported was 2066 ± 610 per year and the average of money was $8,469,673.6 \pm 3,638.107$ per year. **In conclusions:** The money collected was increased and the average money for each patients was also increased ($p < 0.05$) but the number of patients need to financial support per year was not increased during 10 year period study.

*Simon Fraser University, Vancouver, Canada

**Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyen Lam Tung Bao

Email: bao.baonguyen.nguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.8.2019

Ngày duyệt bài: 11.9.2019

Key words: poor patient, financial support, 10 year activity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc sức khỏe là nhu cầu tất yếu của người dân[5]. Tuy nhiên, trong xu hướng phát triển chung của xã hội và sự phát triển kinh tế của đất nước trong thời gian qua, khả năng chi trả dịch vụ y tế của người dân không giống nhau. Trong khi đó, bảo hiểm y tế chưa thể bao phủ toàn dân. Đến năm 2018, tỷ lệ bảo hiểm y tế ở Việt Nam đạt 81,4%[4]. Chính vì thế, một bộ phận người dân không có khả năng chi trả viện phí khi phải nằm viện. Từ năm 2009, Đơn vị Y xã hội tại bệnh viện Chợ Rẫy được thành lập. Tuy nhiên kết quả hoạt động hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân như thế nào là vấn đề chưa được nghiên cứu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả kết quả hoạt động hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân nghèo tại bệnh viện Chợ Rẫy trong 10 năm từ 2009 đến 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiến hành nghiên cứu hàng loạt ca. Các bệnh nhân được hỗ trợ tài chính tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 2009 đến 2018. Số tiền, quà và suất ăn quyên góp được từ các mạnh thường quân được ghi nhận từ sổ liệu thống kê của phòng Công tác xã hội. Số lượng bệnh nhân được thu thập từ hệ thống quản lý thông tin của bệnh viện. Dùng phép kiểm T test để so sánh các trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thu thập số liệu 10 năm hoạt động công tác y xã hội tại bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi có được một số kết quả sau

Bảng 1: Số tiền quyên góp từ 2009 - 2018

Năm	Số tiền quyên góp	p
2009	4.945.504.350	0,041
2010	5.807.913.416	
2011	7.155.905.851	
2012	5.612.908.906	
2013	5.954.957.709	
2014	7.231.501.313	
2015	7.832.771.542	
2016	10.937.768.172	
2017	14.612.601.122	

2018	14.604.903.274	
Trung bình / năm	8.469.673.6 ± 3.638.107 đồng	

Nhận xét: Số tiền quyên góp được tăng dần đặc biệt từ năm 2016 đến 2018 với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,041$)

Bảng 2: Số bệnh nhân được hỗ trợ từ 2009 -2018

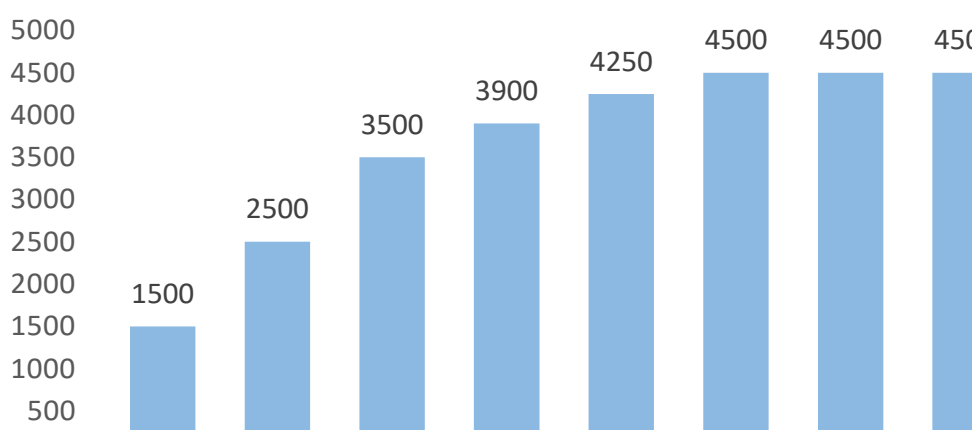
Năm	Số bệnh nhân được hỗ trợ	p
2009	1879	0,162
2010	1656	
2011	1645	
2012	2746	
2013	3547	
2014	1977	
2015	1827	
2016	1771	
2017	1672	
2018	1942	
Trung bình/ năm	2.066 ± 610	

Số lượt bệnh nhân được hỗ trợ tài chính trung bình mỗi năm thay đổi không có ý nghĩa thống kê từ năm 2009 đến 2018 ($p = 0,162$)

Bảng 3: Số nhà hảo tâm đóng góp từ 2009 -2018

Năm	Số nhà hảo tâm	p
2009	208	p = 0,004
2010	204	
2011	198	
2012	248	
2013	255	
2014	275	
2015	410	
2016	521	
2017	725	
2018	1,027	
Tổng cộng	4,071	

Nhận xét: Số nhà hảo tâm đóng góp cho quỹ hỗ trợ bệnh nhân nghèo tăng dần từ năm 2009 đến năm 2018 ($p = 0,004$). Đặc biệt, số nhà hảo tâm tăng đột biến trong năm 2017 (725 người) và 2018 là 1027 người.



Biểu đồ 1: Kết quả vận động, trao tặng suất ăn miễn phí cho thân nhân người bệnh

Nhận xét: Số suất ăn miễn phí được cung cấp tăng dần và ổn định 4.500 suất mỗi ngày từ năm 2014 đến 2018.

IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả hoạt động hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân nghèo tại bệnh viện Chợ Rẫy trong 10 năm từ 2009 đến 2018. Chúng tôi tiến hành thu thập dữ liệu lưu trữ từ phòng Công tác xã hội về số lượng bệnh nhân được hỗ trợ, số mạnh thường quy hỗ trợ, số tiền hỗ trợ và số lượng suất ăn miễn phí phục vụ thân nhân bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng mạnh thường quân ngày càng tăng, số tiền hỗ trợ ngày càng tăng ($p < 0,05$) và số bệnh nhân được hỗ

trợ trung bình mỗi năm không thay đổi từ 2009 đến 2018 ($p = 0,162$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số nhà hảo tâm đóng góp tiền và hiện vật ngày càng tăng. Nghiên cứu năm 2011 của The Asia Foundation cho thấy tỷ lệ làm từ thiện của các hộ dân nông thôn ở Việt Nam là 73% và thành thị là 51% với số tiền đóng góp trung bình mỗi năm là 800.000 đồng/ hộ dân [1]. Do bệnh viện Chợ Rẫy đóng trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh nơi có mức thu nhập bình quân đầu người cao nhất cả nước với nhiều doanh nghiệp vì vậy

khả năng quyên góp từ thiện của họ cũng nhiều hơn. Mặt khác, Chợ Rẫy là bệnh viện công, hoạt động phục vụ sức khỏe nhân dân và xã hội nên thu hút được sự hỗ trợ của nhiều tổ chức, cá nhân. Mặc dù phải tự chủ tài chính nhưng hoạt động của bệnh viện vẫn không vì mục tiêu lợi nhuận đơn thuần mà sứ mệnh chính của bệnh viện Chợ Rẫy vẫn là phục vụ sức khỏe của nhân dân. Nhờ vậy, bệnh viện đã thu hút nhiều mạnh thường quân hỗ trợ tiền, quà và nhiều suất ăn miễn phí cho người bệnh và thân nhân người bệnh.

Sau hơn 10 năm đi vào hoạt động hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân nghèo tại bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện đã tạo được tiếng vang kêu gọi lòng hảo tâm của các tổ chức, cá nhân trong xã hội. Ngoài ra, nhờ hỗ trợ của các cơ quan truyền thông đã tạo điều kiện thuận lợi cho hoạt động quyên góp của bệnh viện. Bên cạnh đó, quy chế thu chi minh bạch của bệnh viện, đảm bảo số tiền, hiện vật quyên góp được đến tận tay người bệnh là một nguồn động lực để các nhà hảo tâm yên tâm ủng hộ cho bệnh nhân nghèo.

Bên cạnh số nhà hảo tâm và số tiền, hiện vật quyên góp ngày càng tăng, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy số lượng bệnh nhân cần hỗ trợ tài chính trong 10 năm qua không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p = 0,162$). Trong khi số lượng bệnh nhân đến khám, điều trị nội

trú, cấp cứu và phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy ngày càng tăng, đặc biệt từ năm 2016 đến năm 2018 (bảng 4). Cùng với đó, giá viện phí được điều chỉnh theo hướng dần dần tính đúng, tính đủ nghĩa là chi phí điều trị của bệnh nhân ngày càng tăng nhưng số bệnh nhân cần hỗ trợ tài chính không có sự thay đổi đáng kể. Lý giải cho nguyên nhân này có lẽ do thu nhập của người dân tăng lên theo mức thu nhập bình quân tăng trên cả nước, tỷ lệ hộ nghèo ở nước ta giảm đi một cách đáng kể trong thời gian qua. Mặt khác, một yếu tố quan trọng nữa là tỷ lệ bảo hiểm y tế ở nước ta tăng lên đáng kể trong thời gian qua và đạt tỷ lệ 81,4% trong năm 2018. Nhờ sự chi trả của bảo hiểm y tế từ 80% chi phí điều trị trở lên đã làm giảm đáng kể gánh nặng tài chính cho bệnh nhân. Vì vậy mà số bệnh nhân cần hỗ trợ tài chính không thay đổi có ý nghĩa thống kê trong khoảng thời gian 10 năm nghiên cứu. Điều này cho thấy chính sách đúng đắn của Việt Nam khi triển khai y tế toàn dân.

Với xu hướng tự chủ tài ngày càng rộng rãi của các bệnh viện công, không nhiều bệnh viện quan tâm đến việc hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân nghèo. Điều này dẫn đến khả năng tiếp cận hệ thống y khoa của người bệnh nghèo trở nên khó khăn vì vậy hoạt động hỗ trợ tài chính cho đối tượng này càng trở nên ý nghĩa.

Bảng 4: Số bệnh nhân nội trú, ngoại trú, cấp cứu và phẫu thuật tại bệnh viện trong 5 năm từ 2014 đến 2018

Năm	2014	2015	2016	2017	2018
Số bệnh nhân ngoại trú	1.215.772	1.248.004	1.401.038	1.526.894	1.575.584
Số bệnh nhân nội trú	118.940	123.075	125.969	135.195	138.833
Số bệnh nhân cấp cứu	93.964	94.998	107.187	112.785	114.975
Số bệnh nhân phẫu thuật	39.156	40.732	42.890	45.466	45.878

Nguồn: Hệ thống quản lý thông tin- bệnh viện Chợ Rẫy

Trong xu hướng đó, ngoài việc bao phủ bảo hiểm y tế nhà nước cho toàn dân, một số nước còn có các loại hình bảo hiểm y tế tư nhân hoặc hỗ trợ tài chính dưới hình thức khác cho người nghèo. Ở Trung Quốc, chính phủ vừa có chương trình bảo hiểm y tế vừa có chương trình hỗ trợ tài chính trong các trường hợp điều trị nội trú [2]. Một số quốc gia khác lại có các chương trình hỗ trợ tài chính cho một số bệnh đặc biệt như lao, tâm thần, bệnh thận mạn, tăng huyết áp... Nhờ vậy đã giúp được các bệnh nhân nghèo có thể tiếp cận được với hệ thống y tế công.

Y học ngày nay có nhiều tiến bộ vượt bậc. Cùng với đó, các chi phí y tế ngày càng cao và trở thành gánh nặng kinh tế cho nhiều người dân ngay cả ở các nước phát triển. Nghiên cứu của Wong YS và cộng sự năm 2018 tại Hong Kong

trên 2233 người dân cho thấy tỷ lệ người dân không có khả năng tiếp cận dịch vụ y tế do không đủ khả năng chi trả tài chính là 8,4% [3]. Vì vậy, hoạt động hỗ trợ tài chính cho người bệnh có thu nhập thấp vẫn rất cần thiết kể cả ở các quốc gia có nền kinh tế, y tế phát triển. Hiện nay, nhiều quốc gia trên thế giới hình thành tổ chức công tác xã hội. Đến năm 2009, đã có 90 quốc gia là thành viên của hiệp hội Cán bộ xã hội quốc tế (International Federation of Social Workers) trong đó có Việt Nam. Tại Mỹ, lần đầu tiên hoạt động công tác xã hội được đưa vào bệnh viện năm 1905 tại thành phố Boston. Hiện nay, hầu hết các bệnh viện ở Mỹ đều có phòng Công tác xã hội và đây là điều kiện để bệnh viện được công nhận là hội viên của Hội các bệnh viện ở Mỹ.

Tại Việt Nam, bệnh viện Chợ Rẫy là cơ sở y tế đầu tiên tổ chức hoạt động hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân nghèo từ tháng 10 năm 2008. Đến nay, Bộ Y tế đã có Thông tư 43/2015/TT-BYT, ngày 26/11/2015 quy định tất cả các bệnh viện phải có bộ phận Y xã hội. Ngoài việc tìm kiếm các nhà hảo tâm tài trợ tài chính cho những bệnh nhân nghèo, bộ phận Y xã hội trong bệnh viện còn hỗ trợ bệnh nhân trong công tác hướng dẫn, tìm kiếm thông tin và hỗ trợ người bệnh, thân nhân người bệnh trong quá trình khám chữa bệnh. Hiệu quả mô hình hoạt động y xã hội tại bệnh viện Chợ Rẫy là bài học kinh nghiệm có thể chia sẻ cho các cơ sở y tế khác có quy mô và hình thức tương tự bệnh viện Chợ Rẫy.

Gới hạn của nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy nơi có bề dày lịch sử phát triển gần 120 năm và là một bệnh viện công, tuyến cuối đóng trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh. Vì vậy, mô hình này có thể áp dụng tại các cơ sở y tế công nhưng hiệu quả như thế nào cần tiếp tục nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu hoạt động hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân nghèo tại bệnh viện Chợ Rẫy trong 10 năm từ 2009 đến 2018 cho thấy số lượng mạnh thường quân và số tiền quyên góp

trung bình tăng dần hàng năm. Trong khi đó, số lượng bệnh nhân cần hỗ trợ tài chính không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong các năm.

KIẾN NGHỊ:

Mô hình hoạt động hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân nghèo cần được nhân rộng cho các cơ sở y tế khác nhau để giúp bệnh nhân nghèo vượt qua khó khăn về tài chính do phải chi trả viện phí khi nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The Asia Foundation (2011)**, "Đóng góp từ thiện tại Việt nam ". Trung tâm Nghiên cứu Châu Á – Thái Bình Dương Hà Nội & Quỹ Châu Á, , tr. 3-9.
2. **Wong YS, Chung YR, Chan D, Chung KD, Li J, Mak D, et al. (2018)**, "What are the financial barriers to medical care among the poor, the sick and the disabled in the Special Administrative Region of China?". PLoS ONE 13(11).
3. **Wong YS, Chung YR, Chan D, Chung GK, Li J, Mak D, et al. (2018)**, "What are the financial barriers to medical care among the poor, the sick and the disabled in the Special Administrative Region of China?". PLoS ONE, 13(11).
4. **OECD (2013)**, "Structural policy challenges for Southeast Asia Countries ". Southeast Asian Economic Outlook 2013 with perspectives on China and India pp. 6-16.
5. **WHO (2015)**, "Viet Nam: WHO statistical profile". Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners, pp.1-15.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH NHÓM BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ KIỂU HANGMAN

Hoàng Hữu Đức*, Đinh Ngọc Sơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh nhóm bệnh nhân chấn thương cột sống cổ kiểu Hangman. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả, số liệu hồi cứu trên 40 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ kiểu Hangman điều trị tại khoa phẫu thuật cột sống Bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** theo phân độ của Levine và Edwards: phân độ IIa chiếm cao nhất (60,0%), phân độ I 15,0%; phân độ II 12,5%; và phân độ III là 12,5%. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chấn thương chủ yếu (47,5%); triệu chứng cơ năng điển hình nhất là đau cổ (95,0%). Tỷ lệ bệnh nhân không có tổn thương tuỷ là 92,5%. Tỷ lệ bệnh nhân chấn thương cổ được cố định cổ trước khi nhập viện là 52,5%. Đa số bệnh nhân được chỉ định điều trị

phẫu thuật (85,0%), trong đó, chủ yếu bệnh nhân được phẫu thuật bằng đường sau (80%). Sau điều trị các bệnh nhân đều hồi phục tốt, đánh giá theo thang điểm Krankel. **Kết luận:** Chấn thương dạng Hangman rất dễ bị bỏ qua do triệu chứng lâm sàng không rõ ràng. Việc chỉ định chẩn đoán hình ảnh trong chấn đoán chấn thương cột sống cổ dạng Hangman là rất cần thiết.

Từ khóa: Triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, chấn thương cột sống cổ kiểu Hangman,

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOLOGICAL MANIFESTATION OF PATIENTS DIAGNOSED WITH HANGMAN'S FRACTURE

Objective: To describe clinical and radiological manifestation of patients diagnosed with Hangman's fracture. **Method:** observational retrospective study was done in 40 patients diagnosed with Hangman's fracture and being treated in Viet Duc Hospital. **Results:** According to Levine and Edwards's classification: Type IIa accounts for the largest portion

*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hữu Đức

Email: hoanghuuduc256@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2019

Ngày duyệt bài: 10.9.2019

(60.0%), followed by type II and type III (12.5%). Traffic accident is the main reason for injury (47,5%), patients' typical symptom is neck pain (97.4%). Hangman's fracture patients without non-spinal cord injury was 92.5%. Percentage of patients got immobilization of cervical before admitting to hospital was 52.5%. The majority of patients are indicated to surgery (85%), in which, anterior cervical fixation was being done in most of the case (80%). Treatment outcome was relatively good according to Frankel's classification. **Conclusion:** Hangman fractures are often being ignored as symptoms are not always apparent. Imaging is necessary for patients with Hangman fractures

Keywords: clinical symptoms, imaging, Hangman's fracture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống là một thương tổn nghiêm trọng đối với hệ vận động của cơ thể do xương cột sống là phần xương trụ của của cơ thể và liên quan mật thiết đến chức năng của tủy sống, trong đó chấn thương cột sống cổ cao lại nguy hiểm hơn các phần khác của tủy sống do tỷ lệ tử vong cao và các thương tật vĩnh viễn. Trong các chấn thương của cột sống cổ cao có một kiểu chấn thương rất điển hình được nhiều tác giả trên thế giới nhắc tới đó là chấn thương cột sống cổ kiểu Hangman.

Chẩn đoán thương tổn cột sống cổ, đặc biệt là chấn thương kiểu Hangman trước đây thường khó khăn, một số chết trước khi đến viện, còn lại ít có biểu hiện lâm sàng nên dễ bỏ sót thương tổn mất vững làm di lệch thứ phát, gây tử vong hoặc di chứng rất khó hồi phục sau này. Ngày nay, nhờ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại, chẩn đoán chấn thương cột sống cổ cao thường không khó khăn, điều quan trọng là thầy thuốc lâm sàng phải biết và nghĩ tới nó mỗi khi có triệu chứng lâm sàng gợi ý, tránh bỏ sót [1]. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của nhóm bệnh nhân chấn thương cột sống cổ kiểu Hangman tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các trường hợp được chẩn đoán là gãy cột sống cổ kiểu Hangman.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Tất cả các trường hợp được chẩn đoán là gãy cột sống cổ kiểu Hangman và được điều trị phẫu thuật tại khoa phẫu thuật cột sống Bệnh Viện Việt Đức.

+ Hồ sơ bệnh án được ghi chép đầy đủ chẩn đoán, diễn biến và có kết quả chẩn đoán hình ảnh phim X-quang, phim CT – scan hoặc phim MRI.

+ Không phân biệt giới, tuổi của bệnh nhân

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Không lựa chọn những bệnh nhân có tổn thương phối hợp ở các vị trí khác như: chấn thương sọ não nặng, gãy cột sống cổ ở những vị trí khác, đa chấn thương làm sai lệch kết quả nghiên cứu.

+ Bệnh nhân có bệnh mãn tính đi kèm.

+ Bệnh nhân từ chối tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, thu thập số liệu hồi cứu.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.3.1. Địa điểm nghiên cứu. Tại khoa phẫu thuật cột sống của Bệnh Viện Việt Đức.

2.3.2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2015 đến ngày 31 tháng 12 năm 2019.

2.4. Các nội dung nghiên cứu:

- Các đặc điểm lâm sàng của người bệnh: triệu chứng cơ năng, cảm giác và mức độ liệt tủy theo Frankel

- Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh dựa trên kết quả của Xquang, CT, MRI

2.5. Xử lý & phân tích số liệu: Số liệu sau khi nhập sẽ được làm sạch. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Các thông tin thu thập là hồi cứu từ bệnh án, không có can thiệp hay tác động gì lên người bệnh. Các thông tin thu thập từ bệnh án được bảo mật hoàn toàn và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân chấn thương cột sống cổ kiểu Hangman.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n=40)	Tỷ lệ (%)
Cơ năng		
Đau cổ	38	95,0
Cứng cổ	2	5,0
Nuốt vướng	1	2,5
Khàn tiếng	0	0
Đau rên	1	2,5
Cảm giác		
Bình thường	37	92,50
Rối loạn	3	7,5
Mất hoàn toàn	0	0
Phân độ Frankel		
Frankel A	0	0
Frankel B	1	2,50
Frankel C	2	5,00
Frankel D	2	5,00
Frankel E	35	87,50

Kết quả từ bảng 1 cho thấy trong số 40 người bệnh nhập viện điều trị có 95,0% có biểu hiện đau cổ trên lâm sàng. Khám lâm sàng thì đa phần bệnh nhân có cảm giác bình thường 92,50% và theo phân độ Frankel thì phân độ Frankel E chiếm 87,5%.

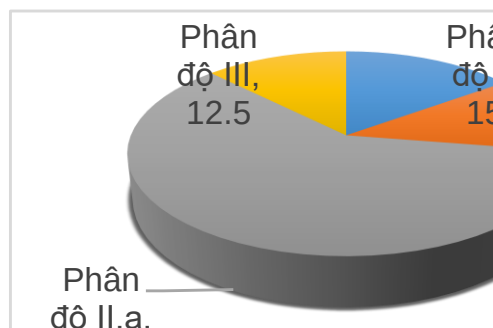
2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh nhóm người bệnh chấn thương cột sống cổ kiểu Hangman

Bảng 2: Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh của đối tượng nghiên cứu

Chẩn đoán hình ảnh	Số lượng	Tỷ lệ
X quang (n=40)		
Gãy cuống C2 di lệch < 3mm	6	15,0
Gãy cuống C2 di lệch > 3mm	29	72,5
Không trật khớp C2-C3		
Gãy cuống C2 di lệch > 3mm	5	12,5
Trật khớp C2-C3		
Chụp các lớp vi tính (n=40)		
Trật đốt	5	12,5
Gãy cuống C2	40	100,0
Máu tụ	3	7,5
Chụp cộng hưởng từ (n=18)		
Lún xẹp	2	11,1
Gãy trật khớp	3	16,7
Thoát vị đĩa đệm	2	11,1

Nhận xét: Tất cả người bệnh đều được tiến hành triển khai chẩn đoán bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: X-quang; Chụp các lớp vi tính; cộng hưởng từ. Đối với phim X-quang qui ước nhận thấy có trật khớp C2 – C3 của 5 trường hợp chiếm 12,5%. Trên phim CT phát hiện 100% các người bệnh có gãy cuống C2. Phim cộng hưởng từ có 2/18 trường hợp được chụp phim MRI có thoát vị đĩa đệm chiếm 11,1%.

3. Chẩn đoán chấn thương cột sống cổ theo phân loại Hangman. Tỷ lệ lớn các bệnh nhân nhập viện điều trị đều thuộc phân độ IIa chiếm 60% tổng số bệnh nhân. Các bệnh nhân thuộc phân độ I chiếm 15% đều thuộc diện chỉ định điều trị bảo t (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Chẩn đoán chấn thương cột sống cổ theo phân loại Hangman

IV. BÀN LUẬN

Các người bệnh được đưa đến viện điều sau một sự kiện tai nạn với đa số các người bệnh có biểu hiện cơ năng chính là đau cổ chiếm 95,0%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hiếu là 93,5% và của Lý Huy Sơn là 97,7% [1, 2]. Các triệu chứng khác đều ít gặp hơn do vậy lý do chính khiến người bệnh nhập viện đó là triệu chứng đau cổ.

Khám cảm giác: Trong nghiên cứu chúng tôi thấy đa phần các người bệnh đều cảm giác bình thường chiếm 92,5% theo Nguyễn Trọng Hiếu thì trong là 71%[1]. Ngoài ra, phân loại của Frankel thì Frankel E chiếm 87,50% theo Lý Huy Sơn thì tỷ lệ này thấp hơn một chút 72,7% [2]. Đối với gãy kiểu Hangman trong quá trình chấn thương đốt sống tách nhau ra và gãy cuống của C2 dẫn tới ống sống sẽ mở rộng ra và thay vào thu hẹp vào, hệ quả là các triệu chứng về thần kinh rất mờ nhạt [4]. Trong nghiên cứu của Fevzi Yilmaz có chú ý chỉ ra rằng 33% kiểu gãy Hangman không điển hình có gây tổn thương thần kinh [8].

Ngày nay, ngành chẩn đoán hình ảnh đã phát triển mạnh mẽ. Là một công cụ hữu hiệu để cung cấp những bằng chứng kịp thời cho các bác sĩ lâm sàng ra các quyết định chính xác phục vụ cho việc chẩn đoán bệnh và điều trị bệnh.

Một trong những lựa chọn hàng đầu và cũng như là dễ áp dụng nhất đó là phương pháp chụp X-quang thẳng nghiêng. Phim X-quang cho phép phát hiện ra các tổn thương mất vững của xương. Theo mức phân loại chấn thương cột sống cổ của Hangman theo Levine và Edwards đó là gãy cuống C2 và sự di lệch tại vị trí gãy di lệch 3mm trên phim nghiêng. Chúng tôi phát hiện ra có 72,5% trường hợp có di lệch >3mm và 12,5% kèm theo trật của C2 – C3. Do tính chất chấn thương cổ là một chấn thương nguy hiểm nếu không được chẩn đoán cẩn thận, nên các bác sĩ thần kinh sẽ thường phối hợp X-quang cùng với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác như CT hoặc MRI. Điều này đúng theo Lin JT vì phim X-quang vẫn có khả năng khoảng 40% âm tính giả, theo Manzar Hussain thì phim X-quang có độ nhạy 52% phát hiện các tổn thương cấp tính thương kém hơn độ nhạy của CT 98%. Do vậy, trong phát hiện và đánh giá các chấn thương của cột sống trong thực tế lâm sàng các bác sĩ sẽ thận trọng chỉ định phối hợp các phương pháp chẩn đoán khác nhau để đánh giá tổn thương của xương, tổ chức phần mềm và tủy sống [3,9]. Trong nghiên cứu này, 100% các người bệnh đều được chụp phim CT có kết luận tất cả người bệnh đều gãy cuống của C2. Khi

thấy biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh không tương xứng, các bác sĩ lâm sàng phải hết sức thận trọng vì rất có thể âm tính giả, theo Cusmano thì có 28% chấn thương không thể hiện trên phim X-quang và phim CT [7]

Trong chẩn đoán các bệnh chấn thương do tai nạn thì tối ưu nhất là chẩn đoán bằng công hưởng từ, nhưng do điều kiện chung của người bệnh trong mẫu nghiên cứu là rất khó chỉ trả cho việc chụp phim MRI, trong 18 trường hợp được chụp MRI thì chúng tôi phát hiện có 2 (11,1%) bị lún xẹp đốt sống.

Dựa vào dữ liệu chẩn đoán lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh chúng tôi thu được tỉ lệ phân loại theo Levine và Edwards: độ I 15%, độ II 12,5%, độ IIa 60% và độ III 12,5%. Trên cùng phân loại này thì theo nghiên cứu của Rafid Al-Mahfoudh lại chỉ ra rằng độ I 53,2%, độ II 41,5; độ IIa 4,9% và không có độ II [5]. Điểm cần bản của sự chênh lệch này trong nghiên cứu tác giả đã thu thập cả những trường hợp không điển hình vào mẫu nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ người bệnh chấn thương cột sống cổ kiểu Hangman có biểu hiện lâm sàng cơ năng chủ yếu là đau cổ, các triệu chứng khác đều mơ hồ không rõ ràng trên lâm sàng. Tỉ lệ chấn thương Hangman độ IIa chiếm tỉ lệ nhiều nhất. Đối với những người

bệnh độ IIa trở lên sẽ có chỉ định điều trị phẫu thuật và người bệnh độ I thì sẽ được chỉ định điều trị bảo tồn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trọng Hiếu (2012)**, Nghiên cứu điều trị chấn thương cột sống cổ C1 - C2 bằng phẫu thuật lối sau, 2012, Học viện Quân y.
2. **Lý Huy Sơn (2018)**, Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị phẫu thuật gãy cuống đốt sống cổ c2 do chấn thương, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Lin JT và các cộng sự (2003)**, "Evaluation of occult cervical spine fractures on radiographs and CT". 10(3), tr. 128-34.
4. **Philipp Schleicher và các cộng sự. (2015)**, "Traumatic Spondylolisthesis of the Axis Vertebra in Adults". 5(4), tr. 346-358.
5. **Rafid Al-Mahfoudh và các cộng sự. (2016)**, "Management of Typical and Atypical Hangman's Fractures", Global Spine J(6), tr. 248-256.
6. **Spence KF, Decker S và Sell KW (1970)**, "Bursting atlantal fracture associated with rupture of the transverse ligament", J Bone Joint Surg Am. 52, tr.3.
7. **Cusmano F, Ferrozzi F và Bassi S (1999)**, "Upper cervical spine fracture: sources of misdiagnosis". 98(4), tr. 2230-5.
8. **Fevzi Yilmaz, Sami Akbulut và Ozkan Kose (2010)**, "An unusual presentation of an atypical hangman's fracture", J Emerg Trauma Shock. 3(3), tr. 292-293.
9. **Manzar Hussain và Gohar Javed (2011)**, "Diagnostic Accuracy of Clinical Examination in Cervical Spine Injuries in Awake and Alert Blunt Trauma Patients", Asian Spine Journal 1(5), tr. 10-14.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG TAI ĐỐI BÊN Ở BỆNH NHÂN VIÊM TAI GIỮA MẠN NGUY HIỂM

Nguyễn Khắc Trường*, Lê Nhất Oai*, Đoàn Thị Hồng Hoa**

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu mô tả từng ca ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn nguy hiểm nhằm mục so sánh bệnh lý tai một với tai đối bên để có cách nhìn khái quát về thực trạng bệnh lý tai. Nghiên cứu tiến hành trên 40 bệnh nhân tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tai đối bên bất thường chiếm 57,5%, túi co kéo với các mức độ khác nhau chiếm 19/40 ca (47,5%) trong đó có 5/40 ca (12,5%) là viêm tai nguy hiểm, 14/40 ca (35%) túi co kéo có thể có ứ dịch. Tai đối bên có PTA trung bình là

24,66 ± 19,25 dB và AGB 11,78 ± 8,88 dB. Phim chụp cắt lớp thấy xương chũm thông bao chiếm 20/40 ca (50%), thể xốp là 7/40(17,5%) ca, còn đặc ngà là 13/40 (32,5%), tổn thương xương con thường thấy ở ngành xuống xương đe 7/40 ca (17,5%). Tai đối bên bất thường phần lớn liên quan đến tình trạng túi co kéo, cho thấy xu hướng tiến triển không thuận lợi của viêm tai giữa mạn tính và suy giảm chức năng nghe của tai đối bên trong tương lai.

Từ khóa: Viêm tai giữa mạn tính nguy hiểm, tai đối bên, túi co kéo, nghe kém

SUMMARY

EVALUATION OF THE CONTRALATERAL EAR IN PATIENTS WITH UNSAFE CHRONIC OTITIS MEDIA

A prospective and descriptive study each case in patients with unsafe chronic otitis media to the aim of comparing between the ear will surgery and the cotralateral ear to get an overview of the current

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Khoa Y dược, Đại học Quốc gia Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài An

Email: dhhoa63@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 10.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2019

Ngày duyệt bài: 12.9.2019

situation of ear disease. This study was performed with 40 patients at the National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam. The result shows that the contralateral ear was found to be abnormal in 57,5%, retraction pocket had variation degrees about 19/40 (47,5%) and in this group 5/40 (12,5%) had a unsafe chronic otitis media, 14/40 (35%) had a retraction pocket. The average of PTA was $24,66 \pm 19,25$ dB and the average of ABG was $11,78 \pm 8,88$ dB in the contralateral ear. Computed tomographic scans show that the good mastoid pneumatization was about 20/40 (50%), moderate pneumatization was at 7/40 (17,5%) and poor pneumatization was about 13/40 (32,5%). The most common ossicular erosion often viewed at the long process of the incus with rate 7/40 (17,5%). Most abnormal contralateral ear was relative with condition retraction pocket see that the contralateral ear shows unmistakable predilection towards developing chronic otitis media in the future.

Keywords: Unsafe chronic otitis media, Contralateral ear, Retraction pocket, Hearing loss

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính là quá trình viêm mạn, hoạt động của lớp bao phủ tai giữa có thể có chảy mủ, thủng nhĩ hoặc không [1]. Đây là một bệnh lý rất thường gặp chiếm khoảng 3-5% dân số. Gần đây, các nhà Tai học thống nhất chia VTG mạn thành 2 loại: viêm tai nguy hiểm và viêm tai không nguy hiểm. Viêm tai giữa mạn tính cùng với sự có mặt của biểu bì trong các khoang của tai giữa được coi là VTG nguy hiểm vì 2 lý do : biểu bì trong tai giữa, trong khi nó phải là một quá trình làm sẹo, thì nó tiến triển thành bệnh tự duy trì không thể phục hồi, mặt khác biểu bì này bắt nguồn từ lớp ngoài của màng nhĩ, tiếp xúc với xương sẽ làm tiêu hủy xương do hiện tượng tái hấp thụ enzyme xương. Do vậy, các xương con bị phá hủy, các thành xương bị ăn mòn cho đến khi lộ trần màng não, dây mắt, mê nhĩ, đó là nguy cơ biến chứng nguy hiểm như viêm màng não mủ, áp xe não mà trước đây dễ gây tử vong.

Viêm tai giữa nguy hiểm này bao gồm VTG mạn có cholesteatome và túi co kéo độ IV (không kiểm soát được đáy túi). Cơ chế bệnh sinh của VTG mạn có cholesteatome đến nay chưa rõ ràng còn nhiều bàn cãi nhưng giả thuyết về túi co kéo gây cholesteatome đã được chấp nhận nhiều nhất. Nguyên nhân chủ yếu của túi co kéo liên quan đến rối loạn áp lực tai giữa đặc biệt là rối loạn chức năng vòi. Để đánh giá tình trạng hoạt động của vòi nhĩ trước mổ đặc biệt ở trẻ em, phương pháp tốt nhất là đánh giá tình trạng tai đối bên. Theo các nghiên cứu trước đây, viêm tai giữa mạn tính hiếm khi đơn độc ở một tai, các yếu tố gây viêm tai này cũng có thể ảnh hưởng đến tai đối bên. Đặc biệt trong viêm

tai giữa nguy hiểm có cholesteatome có đến 83,3% có tai đối bên là bất thường. Điều này được lý giải, bởi cả 2 tai đều có một cống dẫn lưu dịch chung là vòm họng. Vì vậy, kiểm tra tai đối bên có thể định hướng được phần nào nguyên nhân và tiến triển của bệnh từ đó đề ra những phương pháp điều trị sớm và phù hợp cho bệnh nhân [2], [3]. Các nghiên cứu về tình trạng tai đối bên ở bệnh nhân VTG mạn nguy hiểm còn ít được đề cập đến. Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài: *đánh giá tình trạng tai đối bên ở bệnh nhân viêm tai giữa nguy hiểm với mục tiêu so sánh bệnh lý tai mổ với tai đối bên để có cách nhìn khái quát về thực trạng bệnh lý tai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu mô tả từng ca VTG mạn nguy hiểm có chỉ định phẫu thuật tại khoa Tai – Tai thần kinh của bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ tháng tháng 8/2018 đến tháng 5/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- VTG mạn có cholesteatome hay túi co kéo độ IV
- Có hỏi bệnh khai thác bệnh sử rõ ràng
- Khám lâm sàng : nội soi Tai Mũi Họng, đo thính lực, chụp cắt lớp
- Biên bản đánh giá tình trạng tai mổ

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn trên
- Các cholesteatome bẩm sinh hay sau mổ, hay sau chấn thương
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

Các dữ liệu nghiên cứu bao gồm : yếu tố dịch tễ (tuổi, giới), thời gian mắc bệnh, triệu chứng cơ năng, thực thể, thính lực đồ, kết quả chẩn đoán hình ảnh và đánh giá thực trạng 2 tai. Số liệu thu thập được xử lý theo các thuật toán thống kê của chương trình phần mềm SPSS 16.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 40 trường hợp VTG nguy hiểm đã được tiến hành phẫu thuật với lứa tuổi trung bình $42,35 \pm 16,95$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 6 tuổi, lớn nhất 75 tuổi. Nam 21/40 ca (52,5%), nữ 19/40 ca (47,5%). Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất khiến bệnh nhân đến viện để điều trị là nghe kém chiếm 36/40 ca (90%), ngoài ra chảy tai là 26/40 ca (65%), ù tai là 25/40 ca (62,5%), ngoài ra còn có đau tai 22/40 (55%) và chóng mặt 5/40 (12,5%). Trong đó chảy mủ thối liên tục điển hình của cholesteatome chiếm 12/40 ca (30%). Nội soi tai thấy tổn thương màng chũm chiếm tỷ lệ cao nhất là 31/40 (77,5%), màng căng 1/40 ca (2,5%) và tổn thương cả màng chũm và màng căng phối hợp là 8/40 ca (20%). Ngưỡng nghe trung bình tai mổ là $47,03 \pm 23,9$

dB và ABG trung bình là $28,03 \pm 12,64$ dB. Trên phim chụp cắt lớp, xương chũm đặc ngà chiếm 38/40 ca (95%) và 2 ca thể xốp (5%), tổn thương mờ xương chũm chiếm 100% ca, khuyết tường thượng nhĩ và mờ chiếm 36/40 ca (90%). Xương con bị ăn mòn hay gãy nhất là xương đe chiếm 32/40 ca (80%), nó có thể kết hợp với tiêu xương bàn đạp hay chỏm búa. Ngoài ra khối cholesteatome làm ăn mòn các thành xương gây bộc lộ màng não 7/40 ca (17,5%), rò ống bán khuyên bên là 4/40 ca (10%) và lộ trần dây VII (3 ca).

Tai đối bên bình thường với màng nhĩ nguyên vẹn chỉ có 17/40 ca (42,5%), túi co kéo với các mức độ khác nhau chiếm 19/40 ca (47,5%) trong đó có 5/40 ca (12,5%) là viêm tai nguy hiểm, 13/40 ca (32,5%) túi co kéo, 1 ca túi co kéo kèm ứ dịch (2,5%), ngoài ra có 2/40 ca (5%) đã phẫu thuật tai ổn định trong đó 1 ca phẫu thuật tiết căn và 1 ca phẫu thuật chức năng, còn lại là VTG thủng nhĩ và xơ nhĩ cùng có 1/40 ca (2,5%).

Bảng 1: đánh giá tình trạng tai bên đối diện

Tai đối diện	n	%
Bình thường	17	42.5
VTG thủng nhĩ	1	2.5
Túi co kéo	13	32.5
Túi co kéo+ ứ dịch	1	2.5
Viêm tai nguy hiểm	5	12,5
Xơ nhĩ	1	2,5
Đã phẫu thuật	2	5
N	40	100

Trong 19 trường hợp túi co kéo tai bên đối diện có các mức độ khác nhau, từ độ I đến độ IV và phần lớn túi co kéo xuất hiện ở phần màng chũm.

Bảng 2: phân độ túi co kéo tai bên đối diện

Phân độ túi co kéo	Tai đối diện	
	Số tai	%
Độ I	3	15,8
Độ II	5	26,3
Độ III	6	31,6
Độ IV	5	26,3
N	19	100

Tình trạng nghe kém bên tai đối bên có PTA trung bình là $24,66 \pm 19,25$ dB và AGB $11,78 \pm 8,88$ dB. Nghiên cứu trên phim chụp cắt lớp thấy xương chũm thông bào chiếm 20/40 ca (50%), còn đặc ngà là 13/40 (32,5%), thể xốp là 7/40 ca (17,5%). tổn thương xương con thường thấy ở ngành xuống xương đe 7/40 ca (17,5%).

IV. BÀN LUẬN

Bất thường tai đối bên đã được nhắc đến trong một vài báo cáo nhưng rất ít tác giả mô tả chi tiết tình trạng tai đối bên này. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng bất kỳ bệnh lý ở tai đối bên

có thể ảnh hưởng đến kết quả học tập của trẻ. Ngoài ra, họ cũng nhấn mạnh rằng tình trạng tai đối bên rất quan trọng cho sự thành công của tạo hình tai giữa, nó được coi là một trong những yếu tố nguy cơ trong và sau mổ (3).

Kinh nghiệm cho thấy, phân tích tình trạng 2 tai đặc biệt là tai bên đối diện trước khi phẫu thuật là rất quan trọng, giúp cho nhà phẫu thuật viên có cách nhìn toàn diện về bệnh lý cholesteatome mắc phải mà cơ chế bệnh sinh còn nhiều điểm bàn cãi, lựa chọn tai phẫu thuật trước, dự kiến tiên lượng diễn biến bệnh để đưa ra giải pháp phẫu thuật theo kỹ thuật kín hay hở. Nghiên cứu 40 ca VTG mạn nguy hiểm, chúng tôi nhận thấy tai bên đối diện có biểu hiện bệnh lý là 23/40 ca (57,5%), tương tự như nghiên cứu của Omer Bayur là 53,4% trên 70 ca cholesteatome và thấp hơn của Ghathe (4) là 84% trên 100 ca viêm tai có cholesteatome. Bệnh lý thường gặp nhất là túi co kéo với các mức độ khác nhau chiếm 19/40 ca (47,5%) trong đó có 5 ca (12,5%) túi co kéo độ IV hay cholesteatome. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Adhikari (5) là 33,6% ca có túi co kéo và ứ dịch trên 269 ca cholesteatome một bên. Ngoài ra, chúng tôi phân tích tình trạng xương chũm trên phim chụp cắt lớp, chúng tôi nhận thấy xương chũm kém thông bào và đặc ngà chiếm 100% tai bên phẫu thuật và tai bên đối diện là 50%. Điều này thể hiện VTG mạn cholesteatome thường liên quan đến rối loạn thông khí tai giữa mà trong đó có rối loạn chức năng vòi. Đó là lý thuyết hình thành cholesteatome mắc phải được chấp nhận nhiều nhất hiện nay. Phẫu thuật giải quyết rối loạn thông khí đồng thời kiểm soát các tế bào biểu bì xâm lấn vào tai giữa là thách thức đối với các nhà phẫu thuật, họ nên lựa chọn và thực hiện kỹ thuật kín hay hở. Trên hình ảnh cắt lớp, VTG có cholesteatome này cũng thể hiện đây là viêm tai nguy hiểm với tỉ lệ bộc lộ màng não là 7/40 ca (17,5%), rò ống bán khuyên là 4/40 ca (10%) và dây VII lộ trần là 3 ca đồng thời xương con thường bị phá hủy bởi cholesteatome đặc biệt là xương đe chiếm đến 36/40 ca (80%) do túi co kéo thường đè vào và gây tiêu hủy dần ngành xuống. Đánh giá tình trạng nghe kém 2 tai cũng có nhiều điểm thú vị, ngưỡng nghe trung bình bình PTA là 47,03 dB và tai đối bên là 24,66 dB thể hiện tình trạng nghe kém này có thể ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh. Ngoài ra phân tích kỹ từng trường hợp đặc biệt nếu bệnh nhân bị VTG nguy hiểm cả 2 tai, phẫu thuật viên nên tiến hành ca có nghe kém hơn hoặc nếu VTG nguy hiểm xảy ra trên người có tai duy nhất có thể có 2 tình huống xảy ra. Nếu tai

đôi bên bị điếc đặc không do viêm tai thì về mặt lý thuyết, tai cholesteatome bên mổ nên tiến hành phẫu thuật tiết căn để tránh mổ nhiều lần, giảm nguy cơ nghe kém do phẫu thuật gây ra. Nhưng nếu tai đôi bên điếc đặc đã mổ tiết căn xương chũm, phẫu thuật viên nên cân nhắc và thận trọng có thể làm kỹ thuật kín vì trong tương lai, nếu bệnh nhân bị điếc nặng nên có thể tính đến cấy ốc tai điện tử, và lúc đó hốc mổ kín giúp cho lưu giữ máy dễ dàng hơn so với hốc mổ hở.

Tóm lại, để tiến hành phẫu thuật ngoài việc phân tích kỹ bệnh tích 2 tai, mức độ xâm lấn cholesteatome trên phim chụp cắt lớp đồng thời đánh giá tính chất của cholesteatome, việc lựa chọn kỹ thuật kín hay hở còn tùy thuộc vào trạng thái bị (kính hiển vi và nội soi) giúp cho kiểm soát hết biểu bì trong tai giữa và kinh nghiệm của phẫu thuật viên để giúp cho bệnh nhân tránh tái phát sau này.

V. KẾT LUẬN

Trong VTG nguy hiểm tình trạng tai đôi bên bất thường chiếm 57,5%, phần lớn liên quan đến tình trạng túi có kéo, cho thấy xu hướng không thể nhầm lẫn với việc phát triển viêm tai giữa mạn tính, suy giảm chức năng nghe của tai đôi bên trong tương lai. Chính vì vậy, chẩn đoán

trước mổ liên quan chặt chẽ với tình trạng tai đôi bên và đánh giá bệnh tích trong phẫu thuật để quyết định làm kỹ thuật kín hay hở. Đồng thời phải tiến hành theo dõi và thăm khám định kỳ tình trạng tai đôi bên để có hướng xử trí sớm tránh nguy cơ tạo cholesteatome sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2004), "Chronic suppurative otitis media Burden of Illness and Management Options", World Health Organisation, Geneva, Switzerland, tr. 9-24.
2. Mubeena Shireen Aziz Kutty, Mohammed N. A (2017), "Status of contralateral ear in unilateral chronic otitis media", International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery, 3(1), tr. 135-139.
3. MD Sady Selaimen da Costa, PhD; Leticia Petersen Schmidt Rosito, MD, MS; Cristina Dornelles, MS; Neil Sperling, PhD (2008), "The contralateral ear in otitis media with effusion", ARCH OTOLARYNGOL HEAD NECK SURGERY, 134 (NO.3), tr. 290-293.
4. Girija Ghate, Raphella Khan, Sabreena Mukhtar (2018). Analysis of clinical status of contralateral ear in case of unilateral squamous chronic otitis media. International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery, 4(5), tr 1198-1201.
5. Adhikari P, Khanal S., Bhatta R (2004) Status of contralateral ear in patient with acquired cholesteatoma. Rev Laryngol Oto Rhinol., 125 (1) tr 17-22

KÍCH THƯỚC ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN TRÊN PHIM CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN CÓ SỎI ỐNG MẬT CHỦ

Nguyễn Minh Toàn*, Nguyễn Văn Huy*, Trần Quốc Hòa*,
Trịnh Quốc Đạt**, Nguyễn Thái Bình**, Nguyễn Thị Thu Vinh**.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Để điều trị sỏi mật, các phương pháp can thiệp tán sỏi qua nội soi đường mật, tán sỏi mật qua da là các phương pháp hiện đại, ít xâm lấn, hạn chế can thiệp lại và mổ lại, nhưng đòi hỏi bác sĩ phải nắm vững giải phẫu đường mật trong gan để tránh các tai biến xảy ra khi can thiệp. Các bệnh lý sỏi mật có thể gây giãn hoặc xơ hóa, chít hẹp đường mật, nhưng có quá ít nghiên cứu về kích thước đường mật trong gan khi có bệnh lý để bác sĩ lựa chọn dụng cụ, đường vào và phương hướng can thiệp thích hợp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kích thước đường mật trong gan trên phim cộng hưởng từ ở bệnh nhân có sỏi ống mật chủ

(OMC). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 112 phim MRI của các BN có sỏi OMC ở bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2017 đến tháng 12/2018. **Kết quả:** Độ dài đường mật phân thủy (PT) bên trung bình $22,04 \pm 6,46$ mm, PT giữa $16,59 \pm 6,97$ mm, PT trước $17,91 \pm 6,11$ mm, PT sau $18,49 \pm 5,56$ mm. Độ dài ống gan trái (OGT) trung bình $21,16 \pm 6,07$ mm, ống gan phải (OGP) $12,07 \pm 4,98$ mm. Đường kính đường mật PT bên $8,03 \pm 2,08$ mm, PT giữa $8,13 \pm 1,89$ mm, PT trước $7,97 \pm 1,57$ mm, PT sau $8,07 \pm 1,55$ mm. Đường kính OGT $10,65 \pm 2,37$ mm, OGP $11,01 \pm 2,99$ mm. Góc tách đường mật giữa PT bên và PT giữa trung bình là $76,53^\circ$, PT trước và sau là $72,55^\circ$, OGT và OGP là $132,51^\circ$. Góc tách giữa đường mật PT bên và OGT trung bình là $160,37^\circ$, PT giữa và OGT là $108,39^\circ$, PT trước và OGP là $134,29^\circ$, PT sau và OGP là $133,34^\circ$. **Kết luận:** Độ dài đường mật PT bên trung bình $22,04$ mm, PT trước, giữa, sau trung bình 17 mm. Góc tách đường mật giữa PT trước với PT sau, PT giữa với PT bên thường là góc nhọn, góc tách đường mật giữa OGP và OGT thường là góc tù. Kích thước đường mật trong gan ảnh hưởng nhiều đến các can thiệp hoặc phẫu thuật của bác sĩ trên lâm sàng.

*Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Toàn

Email: minhthoanams@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.9.2019

Ngày duyệt bài: 11.9.2019

Từ khóa: kích thước đường mật phân thùy, cộng hưởng từ ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ.

SUMMARY

DIMENTION OF BILE DUCTS IN MAGNETIC RESONANCE IMAGING WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS PATIENTS

Background: To treat gallstones, people can break gallstones with lase by endoscopic, percutaneous or ultrasound what are modern, no invading, rarely surgery again... but the doctor must know about anatomy of bile ducts to avoid symptoms after intervention. Gallstones can do bile ducts expansion or fibrosis, stenosis, so the doctor need more reseaching about dimention of bile ducts to choose fit tool, entrance, direction. Because of that insistence, we measure dimention of bile ducts in MRI with choledocholithiasis patients. **Results:** Researching 112 patient have choledocholithiasis in Ha Noi medical university hospital from 1/2017 to 12/2018, we descry that the left lateral division (LLD) long is average $22,04 \pm 6,46$ mm, left medial division (LMD) long is average $16,59 \pm 6,97$ mm, right medial division (RMD) is $17,91 \pm 6,11$ mm and right later division (RLD) is $18,49 \pm 5,56$ mm. Left hepatic duct (LHD) long is average $21,16 \pm 6,07$ mm, right hepatic duct (RHD) long is average $12,07 \pm 4,98$ mm. LLD diameter is average $8,03 \pm 2,08$ mm, LMD diameter is $8,13 \pm 1,89$ mm, RMD diameter is $7,97 \pm 1,57$ mm, RLD diameter is $8,07 \pm 1,55$ mm. Diameter of LHD is average $10,65 \pm 2,37$ mm, of RHD is average $11,01 \pm 2,99$ mm. The corner which between LLD and LMD is $76,53$ degree, RMD and RLD is average $72,55$ degree, LHD and RHD is $132,51$ degree. The corner which between LLD and LHD is average $160,37$ degree, LMD and LHD is average $108,39$ degree, RMD and RHD is average $134,29$ degree, RLD and RHD is average $133,34$ degree. **Conclusion:** the left lateral division long is average $22,04$ mm; LMD long, RMD long and RLD long is average 17 mm. The corner which between LLD and LMD is < 90 degree, and the corner between RMD and RLD is, too. The corner which between LHD and RHD is > 90 degree.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Do tầm quan trọng của gan đối với cơ thể nên từ hơn 4000 năm trước con người đã bắt đầu quan tâm đến cấu tạo giải phẫu của gan [1]. Trong vài năm trở lại đây, các phương pháp can thiệp tán sỏi qua nội soi đường mật, tán sỏi mật qua da đã bắt đầu được áp dụng ở nước ta. Đây là các phương pháp hiện đại, ít xâm lấn, hạn chế can thiệp lại và mổ lại, nhưng đòi hỏi bác sĩ phải nắm vững giải phẫu đường mật trong gan để lựa chọn dụng cụ, đường vào và phương hướng can thiệp thích hợp nhằm tránh các tai biến [2].

Các bệnh lý sỏi mật có thể gây giãn hoặc xơ hóa, chít hẹp đường mật, nhưng có quá ít nghiên cứu về kích thước đường mật trong gan khi có bệnh lý. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kích thước đường mật trong gan trên

phim cộng hưởng từ ở bệnh nhân có sỏi ống mật chủ (OMC).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 112 phim MRI của các BN có sỏi OMC ở bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2017 đến tháng 12/2018.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Thực hiện nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Mô tả về độ dài, đường kính và góc tách của:

- Các ống mật phân thùy.
- Ống gan phải và ống gan trái.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Độ dài đường mật trong gan

Bảng 1: Độ dài đường mật trong gan

Đường mật trong gan	Chiều dài trung bình (mm)	Lớn nhất (mm)	Nhỏ nhất (mm)
ống mật PTB	$22,04 \pm 6,46$	41,74	13,81
ống mật PTG	$16,59 \pm 4,97$	32,85	8,39
ống mật PTT	$17,91 \pm 6,11$	35,16	6,15
ống mật PTS	$18,49 \pm 5,56$	38,27	7,4
ống gan T	$21,16 \pm 6,07$	45,28	8,53
ống gan P	$12,07 \pm 4,98$	21,13	5,13

Nhận xét:

- Ống mật PT bên dài trung bình $22,04 \pm 6,46$ mm, lớn nhất 41,74mm, nhỏ nhất 13,81mm.
- Ống mật PT giữa, trước và sau dài trung bình 17mm, chiều dài lớn nhất 38,27mm, nhỏ nhất 6,15mm.
- Ống mật gan T dài trung bình $21,16 \pm 6,07$ mm, dài nhất 45,28mm, ngắn nhất 8,53mm.
- Ống mật gan P dài trung bình $12,07 \pm 4,98$ mm, dài nhất 21,13mm, ngắn nhất 5,13mm.

3.2 Đường kính đường mật trong gan

Bảng 2: Đường kính đường mật trong gan

Đường mật trong gan	Đường kính trung bình (mm)	Lớn nhất (mm)	Nhỏ nhất (mm)
ống mật PTB	$8,03 \pm 2,08$	19,82	4,44
ống mật PTG	$8,13 \pm 1,89$	18,37	4,32
ống mật PTT	$7,97 \pm 1,57$	17,55	3,65
ống mật PTS	$8,07 \pm 1,55$	18,34	4,59
ống gan T	$10,65 \pm 2,37$	24,47	5,84
ống gan P	$11,01 \pm 2,99$	28,57	6,02

Nhận xét: - Đường kính các đường mật phân thùy trung bình 8mm, lớn nhất gần 20mm, nhỏ nhất 3,65mm.

- Đường kính đường mật gan T trung bình 10,65mm, lớn nhất 24,47mm, nhỏ nhất 5,84mm.
- Đường kính đường mật gan P trung bình 11,01mm, lớn nhất 28,57mm, nhỏ nhất 6,02mm.

3.3 Góc tách đường mật trong gan

Bảng 3: Góc tách đường mật trong gan

Đường mật trong gan	Góc tách trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
ống mật PTB và PTG	76,53 ± 16,95	130,93	33,81
ống mật PTT và PTS	72,84 ± 21,66	112,15	32,27
ống mật gan T và gan P	132,5 ± 17,84	161,51	73,07
ống mật PTB và OGT	160,37 ± 14,39	179,03	118,09
ống mật PTG và OGT	108,39 ± 22,72	157,31	71,93
ống mật PT trước và OGP	134,29 ± 13,75	164,82	100,89
ống mật PT sau và OGP	133,34 ± 13,81	167,93	98,69

Nhận xét: - Góc giữa ống mật PT bên và PT giữa trung bình 76,53 ± 16,95 độ, lớn nhất 130,93 độ, nhỏ nhất 33,81 độ, góc giữa ống mật PT trước và PT sau trung bình 72,84 ± 21,66 độ, lớn nhất 112,15 độ, nhỏ nhất 32,27 độ.

- Góc giữa ống mật gan T và gan P trung bình 132,5 ± 17,84 độ, lớn nhất 161,51 độ, nhỏ nhất 73,07 độ.

- Góc giữa ống mật PT bên và ống gan trái là 160,37 độ, PT giữa và ống gan trái là 108,39 độ, PT trước và ống gan phải là 134,29 độ, PT sau và ống gan phải là 133,34 độ.

IV. BÀN LUẬN

Khi can thiệp tán sỏi đường mật, hoặc các phẫu thuật lấy sỏi trong gan, độ dài, đường kính và góc tách của đường mật trong gan sẽ ảnh hưởng đến việc đưa dụng cụ lấy sỏi theo đường nào, vào được đến mức ống mật nào, lấy được hết sỏi hay không, do đó kích thước của đường mật trong gan là vô cùng quan trọng [2], [3], [4]. Trên phim MRI, ta có thể quan sát được đường mật ở mức độ HPT, nhưng khi chỉnh độ sáng để quan sát đường mật cấp thấp hơn sẽ xuất hiện hiện tượng nhiễu ảnh do các đường mật này số lượng nhiều kèm vị trí kết hợp với nhau không đồng nhất. Các nghiên cứu trước đây chủ yếu đo các chỉ số của đường mật ngoài gan, rất ít khi đo các chỉ số về đường mật trong gan do đặc điểm này. Nghiên cứu được thực hiện trên 112 phim MRI của các BN có sỏi OMC ở bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2017 đến tháng 12/2018, 100% phim đều quan sát được đầy đủ ống mật mức phân thùy trở lên.

4.1 Độ dài đường mật trong gan

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, ống mật PT trước dài 17,91 ± 6,11mm, lớn nhất 35,16mm, nhỏ nhất 6,15 mm, ống mật PT sau dài 18,49 ± 5,56mm, lớn nhất 38,27 ± 7,4 mm, ống mật PT giữa dài trung bình 16,59 ± 4,97 mm, chiều dài lớn nhất 32,85mm, nhỏ nhất 8,39mm, ống mật PT bên dài trung bình 22,04 ± 6,46mm, lớn nhất 41,74mm, nhỏ nhất 13,81mm. Chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về độ dài giữa ống mật PT bên so với các ống mật PT trước, sau, giữa, tuy

nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Ống mật gan P dài trung bình 12,07 ± 4,98 mm, dài nhất 21,13mm, ngắn nhất 5,13mm. Lê Xuân Mừng khi nội soi đường mật thấy chiều dài ống gan phải trung bình 8 đến 11 mm [6]. Trịnh Hồng Sơn đã ước chừng độ dài ống mật gan P trung bình 9mm[7], còn theo Nguyễn Tiến Quyết là 10 mm [8]. Như vậy độ dài đường mật gan P trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn so với các nghiên cứu khác.

- Ống mật gan T dài trung bình 21,16 ± 6,07mm, dài nhất 45,28mm, ngắn nhất 8,53mm. Kết quả này lớn hơn so với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (17mm) [7], uy nhiên nhỏ hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Quyết (ống gan trái dài 30 đến 40 mm, dài nhất 40 mm, ngắn nhất 28mm) [8]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, đường mật gan T dài hơn so với đường mật gan P, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở đa số các nghiên cứu khác cũng thu được kết quả đường mật gan T dài hơn so với đường mật gan P.

4.2 Đường kính đường mật trong gan

- Đường kính trung bình của đường mật PT bên là 8,03mm; PT giữa là 8,13mm; PT trước là 7,97mm; PT sau là 8,07mm. Như vậy đường kính đường mật ở các phân thùy gan là tương đối bằng nhau. Trước nghiên cứu này có rất ít nghiên cứu về đường kính đường mật trong gan trong các trường hợp bệnh lý. Tác giả Trịnh Hồng Sơn khi nội soi đường mật trong mổ điều trị sỏi mật trong gan, thấy rằng có thể đưa ống soi (đường kính 5mm) vào đến các ống mật ở mức phân thùy và hạ phân thùy [7], như vậy đường kính đường mật PT khi có sỏi OMC thường lớn hơn 5mm.

- Đường kính trung bình của ống gan trái là 10,65 ± 2,37mm, lớn nhất 24,47mm, nhỏ nhất 5,84 mm. Đường kính trung bình của ống mật gan phải là 11,01 ± 2,99mm, lớn nhất 28,57mm, nhỏ nhất 6,02 mm. Tất cả các BN trong nghiên cứu này đều có đường kính ống gan trái lớn hơn đường kính ống mật PT giữa và PT bên, đường kính ống gan phải lớn hơn đường kính ống mật PT trước và PT sau. Điều này phù hợp với giải phẫu đường mật

bình thường, do phần lớn BN có ống mật PT trước và PT sau hợp lại tạo ống gan phải; và PT giữa cùng PT bên hợp lại tạo ống gan trái.

4.3 Góc tách đường mật trong gan

- Góc tách của đường mật trong gan ảnh hưởng rất lớn đến quá trình phẫu thuật hoặc can thiệp thủ thuật. Theo nghiên cứu của Chung Hoàng Phương và Trần Minh Hiền, việc đưa dụng cụ can thiệp đường mật qua các góc < 90 độ là vô cùng khó khăn.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, góc giữa ống mật PT bên và PT giữa trung bình 76,53 độ; góc giữa ống mật PT trước và PT sau trung bình 72,84 độ; góc giữa ống mật gan T và gan P trung bình 132,5 độ. Nguyễn Tiến Quyết khi nghiên cứu trên 36 tiêu bản ăn mòn của gan người lớn, đã thấy ống mật PT trước tạo với PT sau 1 góc < 90 độ với tất cả các tiêu bản [8]. Chúng tôi chỉ ghi nhận được 2 trong 112 bệnh nhân có góc giữa PT trước và PT sau > 90 độ, còn đa số BN có góc giữa 2 ống mật PT trước và sau < 90 độ giống nghiên cứu của Nguyễn Tiến Quyết. Đa số BN trong nghiên cứu này có góc tách đường mật giữa PT trước với PT sau, PT giữa với PT bên thường là góc nhọn, góc tách đường mật giữa OGP và OGT thường là góc tù.

- Góc giữa ống mật PT bên và ống gan trái là 160,37 độ, PT giữa và ống gan trái là 108,39 độ, PT trước và ống gan phải là 134,29 độ, PT sau và ống gan phải là 133,34 độ. Nguyễn Tiến Quyết cũng ghi nhận góc giữa ống mật PT bên và ống gan trái gần 180 độ [8].

V. KẾT LUẬN

Độ dài đường mật PT bên trung bình 22,04mm, PT trước, giữa, sau trung bình 17mm. Đường kính đường mật PT thường nhỏ hơn đường kính ống gan phải và ống gan trái. Góc tách đường mật giữa PT trước với PT sau, PT giữa với PT bên thường là góc nhọn, góc tách đường mật giữa OGP và OGT thường là góc tù.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quang Quyền và Trần Công Khánh (2012)**, Giảm yếu giải phẫu người, Nhà xuất bản Y học, thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Oeurn Pich (2013)**, Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp nội soi tán sỏi đường mật trong gan, Luận văn thạc sĩ y học, chuyên ngành Ngoại khoa, trường Đại học Y Hà Nội, 33-64.
3. **Nguyễn Ngọc Bích, Trần Mạnh Tùng, Ngô Văn Đăng và cộng sự (2010)**, Kết quả phẫu thuật nội soi lấy sỏi và khâu ngay ống mật chủ tại bệnh viện Bạch Mai. Ngoại khoa. số đặc biệt 4 - 5- 6, tr 38-44.
4. **Nguyễn Ngọc Bích, Trần Mạnh Hùng (2011)**, Phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật chính tại Khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai. tạp chí Y dược học quân sự. số 36, tr 56-61.
5. **Trịnh Văn Minh (2005)**, giải phẫu ngực - bụng. Giải phẫu người. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, (2), tr 344 - 399.
6. **Lê Xuân Mừng (2013)**, Đánh giá kết quả điều trị sỏi đường mật chính ngoài gan từ 2008 đến 2012 tại bệnh viện Việt Đức. luận văn thạc sĩ y học. đại học Y Hà Nội.
7. **Trịnh Hồng Sơn (2004)**, Những biến đổi giải phẫu đường mật ứng dụng phẫu thuật, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. **Nguyễn Tiến Quyết (2007)**, Giải phẫu đường mật chính: ứng dụng trong mổ nhu mô gan và nội soi đường mật trong mổ. tạp chí y học Việt Nam. bệnh viện Việt Đức, tháng 8/2007, số 2, 14-18.

XỬ TRÍ SẢN KHOA THAI PHỤ MẮC BỆNH LUPUS TẠI KHOA PHỤ- SẢN, BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2018

**Phạm Thị Vạn Xuân*, Phạm Bá Nha*,
Nguyễn Thị Thu Hà*, Nguyễn Văn Đoàn***

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thai phụ mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLE), tuổi thai ≥ 22 tuần. 2. Mô tả kết quả điều trị sản khoa của các thai phụ mắc SLE, tuổi thai ≥ 22 tuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu trên 29 phụ nữ được chẩn đoán có thai ≥ 22 tuần, có bệnh SLE điều trị nội trú và đẻ

**Trường Đại học Y Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Vạn Xuân

Email: xuan2010vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.8.2019

Ngày duyệt bài: 10.9.2019

tại Khoa Phụ- Sản, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình của ĐTNC là $27,1 \pm 4,7$. Lâm sàng: Thời gian mắc bệnh trung bình là $3,8 \pm 2,6$ năm. SLE chẩn đoán khi mang thai là 16%, da và khớp là cơ quan tổn thương thường gặp nhất. Cận lâm sàng: nồng độ Hemoglobin và albumin trong máu thấp hơn so với giá trị trung bình của quần thể, protein niệu >0,5g/l chiếm tỉ lệ 79,16% ĐTNC. Các biến chứng mẹ là 13,9%. Tỉ lệ mổ lấy thai là 79,94%. Tỉ lệ sơ sinh non tháng, sơ sinh chậm phát triển trong tử cung, thai lưu lần lượt là 55,2%, 61,53%, 10,3%. Tuổi thai trung bình là $34,9 \pm 3,3$ tuần. Trọng lượng trung bình sơ sinh là 2042 ± 775 gr. Tỉ lệ sơ sinh có chỉ số Apgar ≥7 ở phút đầu tiên là 69,0%.

Từ khóa: Bệnh lupus và thai nghén

SUMMARY**THE RESULT ON OBSTETRIC MANAGEMENT OF PREGNANCIES WITH LUPUS DISEASE AT OB&GYN DEPT, BACH MAI HOSPITAL, 2018**

Objective: 1. Clinical and subclinical characteristics of pregnancies with lupus disease, fetus age ≥ 22 weeks. 2. Obstetrics management for pregnancies with lupus disease, fetus age ≥ 22 weeks. **Subject and methods:** Retrospective, convenient sampling on 29 pregnancies with lupus, fetus age ≥ 22 weeks, treated at OB & GYN dept, Bach Mai Hospital. **Results and conclusion:** The average of pregnancies was $27,1 \pm 4,7$ (age). Common clinical features: An average disease duration $3,8 \pm 2,6$ (year). 16% patients were newly diagnosed during pregnancy. Subclinical features: Hemoglobin concentration and blood albumin is lower than the average of population, urinary protein $>0,5g/l$ is 79,16%. Complications of patients were 13,9%. The rate of C-section was 79,94%. The ratio premature neonatal, intrauterine growth restriction neonatal, stillbirth were 55,2%, 61,53%, 10,3%. The mean gestational age $34,9 \pm 3,3$ weeks. Average weight of term gestation: 2042 ± 775 gr. Apgar score >7 in first minute rate is 69,0%.

Key words: Lupus disease and pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh SLE và thai nghén có mối liên quan mật thiết với nhau. Nữ mắc bệnh nhiều nhất trong độ tuổi sinh sản[1]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra tình trạng thai nghén làm khởi phát hoặc làm nặng thêm bệnh SLE và bệnh SLE gây ảnh hưởng đến quá trình mang thai và sinh đẻ[1],[2].

Khi có thai cơ thể người phụ nữ có những thay đổi về giải phẫu, sinh lý, nội tiết gây khó khăn không ít cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh SLE. Ngược lại bệnh SLE ở thai phụ nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời sẽ gây ảnh hưởng lớn đến tình trạng sức khỏe của cả thai nhi và sản phụ, để lại những hậu quả nặng nề [1],[2].

Sự phát triển của y học cùng với khoa học kỹ thuật đã làm rõ hơn cơ chế bệnh sinh cũng như việc chẩn đoán và điều trị SLE. Việc quản lý thai phụ mắc SLE đã được cải thiện đáng kể, mang thai không còn là chống chỉ định tuyệt đối với phụ nữ mắc SLE. Tuy nhiên, phụ nữ mang thai mắc SLE vẫn được coi là "thai nghén nguy cơ cao"[1],[2]. **Mục tiêu nghiên cứu:**

- Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các sản phụ mắc SLE có tuổi thai ≥ 22 tuần.
- Mô tả kết quả điều trị sản khoa của các sản phụ mắc SLE có tuổi thai ≥ 22 tuần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ hồ sơ bệnh án của các sản phụ được chẩn đoán SLE,

có tuổi thai ≥ 22 tuần đã được điều trị nội trú và đẻ tại Khoa Phụ-Sản, Bệnh viện Bạch Mai từ 1.1.2018 đến hết 31.12.2018.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Hồ sơ được chọn vào nghiên cứu khi có đủ 2 tiêu chuẩn sau:

+ Được chẩn đoán xác định SLE theo tiêu chuẩn hội thập học Mỹ (ACR) 1997.

+ Được chẩn đoán có thai ≥ 22 tuần, điều trị sản khoa và đẻ tại Khoa Phụ - Sản, Bệnh viện Bạch Mai.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những hồ sơ bệnh án không có đủ 2 tiêu chuẩn lựa chọn trên, hoặc có các bệnh nội khoa trước đó có thể ảnh hưởng đến thai nghén như: tim mạch, basedow, gan mật....

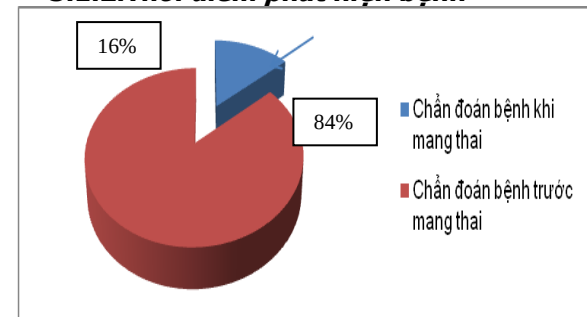
2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ĐTNC****3.1.1. Tuổi của ĐTNC****Bảng 1. Tuổi của ĐTNC**

Phân loại tuổi	Số lượng (n)	Tỉ lệ(%)
21-30	24	82,8
31- 40	4	13,8
>40	1	3,4
Tuổi trung bình	$27,1 \pm 4,7$	100

Tuổi trung bình của ĐTNC là $27,1 \pm 4,7$ tuổi.

3.1.2. Thời điểm phát hiện bệnh**Biểu đồ 1. Thời điểm phát hiện bệnh**

SLE khởi phát xảy ra ở 16% bệnh nhân trong thai kỳ.

3.1.2 Thời gian mắc bệnh:**Bảng 2. Thời gian mắc SLE của ĐTNC**

Thời gian được chẩn đoán	Số lượng (n=28)	Tỉ lệ (%)
≤ 1 năm	5	17,8
>1 năm đến dưới 5 năm	15	53,6
≥ 5 năm	8	28,6
Tổng	28	100
Thời gian mắc bệnh trung bình	$3,8 \pm 2,6$	

Thời gian mắc bệnh trung bình của ĐTNC là $3,8 \pm 2,6$ năm

3.1.4. Các triệu chứng lâm sàng của ĐTNC

Bảng 3. Các triệu chứng lâm sàng của ĐTNC

Triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ(%)
Ban đỏ hình cánh bướm ở mặt	24	82,8
Xạm da do nắng	21	72,4
Viêm đa khớp	19	65,5

Tỉ lệ thai phụ có biểu hiện ban đỏ hình cánh bướm là 82,8%, xạm da do nắng là 72,4% và viêm đa khớp là 65,5%.

3.1.5. Các triệu chứng cận lâm sàng của ĐTNC**Bảng 4. Một giá trị huyết học và sinh hóa của ĐTNC**

Các chỉ số	Giá trị trung bình
Hemoglobin(n=29)	105,4±17,8
Albumin (n=22)	27.9±4.6
Protein niệu (n=24)	4.6±3.9

Giá trị trung bình của Hemoglobin, Albumin thấp hơn giá trị bình thường. Giá trị trung bình của Protein niệu cao hơn giá trị bình thường.

3.2. Mô tả kết quả xử trí sản khoa của ĐTNC**3.2.1 Phương pháp kết thúc thai kì của ĐTNC****Bảng 5. Phương pháp kết thúc thai kì**

Phương pháp sản khoa	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đẻ đường âm đạo	6	20,06
Mổ lấy thai	23	79,94
Tổng	29	100

Tỉ lệ mổ lấy thai chiếm 79,94%.

3.2.2. Các biến chứng về phía mẹ**Bảng 6. Các biến chứng về phía mẹ**

Loại biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nhiễm khuẩn hậu sản	2/29	6,89
Sản giật	1/29	3,45
Tăng huyết áp	1/29	3,45
Tổng	4/29	13,79

13,79% thai phụ có biến chứng trong quá trình mang thai và hậu sản, trong đó nhiễm khuẩn hậu sản chiếm 50% các loại biến chứng.

3.2.3 Tình trạng thai khi sinh**Bảng 7. Tình trạng thai lúc sinh ra**

Tình trạng thai	Số lượng	Tỉ lệ
Thai lưu	3	10,3
Sơ sinh non tháng	16	55,2
Sơ sinh đủ tháng	10	34,5
Tổng	29	100
Tuổi thai trung bình (n=26)	34.9±3.3	

Sơ sinh đủ tháng chiếm 34,5 %, sơ sinh non tháng chiếm 55,2%.

3.2.4. Trọng lượng sơ sinh:**Bảng 8. Trọng lượng sơ sinh**

Tuổi thai (tuần)	Trọng lượng sơ sinh		Trọng lượng trung bình (g)
	Bình thường	Chậm phát triển trong TC	

≥37	5	5	2560±583
<37	6	10	1719±712
Tổng (n=26)	11	15	2042±775
Tỉ lệ	42,3%	57,7%	

Trọng lượng sơ sinh trung bình là 2042±775gr. Tỉ lệ sơ sinh chậm phát triển trong tử cung là 61,53%

3.2.5. Chỉ số Apgar: Tỉ lệ sơ sinh có chỉ số Apgar ≥ 7 ở phút đầu tiên là 69,0%, chủ yếu là các thai có tuổi thai từ 34 tuần.

IV. BÀN LUẬN**4.1.Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ĐTNC**

Tuổi trung bình của ĐTNC là 27,1 ± 4,7 tuổi. Tuổi cao nhất là 44, thấp nhất là 23, phần lớn là nhóm tuổi hoạt động sinh sản mạnh 20-30 tuổi (82,8%). Kết quả trên tương đối phù hợp với nghiên cứu của Trần Hoài Linh (26,84 ± 4,33)[2].

Thời gian mắc bệnh trung bình là 3,8 ± 2,6 năm, kết quả này tương tự như kết quả của Trần Hoài Linh (3,89 ± 3,89). Thời điểm phát hiện bệnh SLE trong lần mang thai này chiếm 16% bệnh nhân, cao hơn so với nghiên cứu của Trần Hoài Linh (10,2%). Sự khác nhau này do ĐTNC trong nghiên cứu của chúng tôi có thể có những triệu chứng ban đầu không rõ rệt, khó chẩn đoán xác định từ trước khi mang thai. Nghiên cứu của Naseri tại Brazil, tỉ lệ thai phụ được chẩn đoán lupus lần đầu là 39,2%(27/69)[3]. Sự khác nhau về chủng tộc và điều kiện địa lý cũng là những yếu tố dẫn đến tỉ lệ khác nhau về bệnh lupus.

Các triệu chứng lâm sàng của ĐTNC Ban đỏ hình cánh bướm, nhạy cảm ánh sáng và viêm đa khớp chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 82,8%, 72,4% và 65,5%. Nghiên cứu của Trần Hoài Linh cũng cho kết quả da và khớp là cơ quan có biểu hiện lâm sàng cao nhất so với các cơ quan khác (lần lượt 50%. 22,7% và 18%) nhưng tỉ lệ thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Có thể các thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi khi vào viện có biểu hiện lâm sàng rõ, dễ phát hiện hơn nên được ghi lại trong vào hồ sơ.

Các triệu chứng cận lâm sàng của ĐTNC. Giá trị trung bình của Hemoglobin là 105,4±17,8g/l thấp hơn so với giá trị trung bình của quần thể. Theo Tổ Chức Y Tế Thế Giới, thiếu máu ở phụ nữ mang thai khi nồng độ Hemoglobin < 110g/l [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ thai phụ có Hemoglobin <110g/l là 58,62% (17/29) gần bằng tỉ lệ thiếu máu trong nghiên cứu của Trần Hoài Linh là 60,23%. So với tỉ lệ thiếu máu của thai phụ nói chung là

36,5% (tổng điều tra dinh dưỡng 2010) thì cao hơn rất nhiều[5], điều này cũng là một minh chứng cho thấy ảnh hưởng không có lợi của bệnh SLE lên mức độ thiếu máu của phụ nữ mang thai. Nồng độ albumin trung bình là 27.9 ± 4.6 , thấp hơn so với mức bình thường ($30-50\text{g/l}$) [6]. Nguyên nhân là do albumin đào thải nhiều qua nước tiểu ở những thai phụ mắc SLE có tổn thương thận, phần nữa do chức năng sản xuất albumin của gan giảm do bệnh SLE.

Protein niệu trung bình là $4.6 \pm 3.9\text{g/l}$, tỉ lệ có protein niệu $> 500\text{mg/l}$ là 79,16% (19/24 ĐTNC được làm xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu). Trần Hoài Linh có 26 bệnh nhân được định lượng protein niệu 24 giờ thì 100% kết quả $> 0.5\text{g/24h}$. Có sự khác biệt như vậy vì ĐTNC của chúng tôi lấy từ tuổi thai từ 22 tuần, còn ĐTNC của Trần Hoài Linh bao gồm các thai phụ mắc lupus trong cả 3 tháng đầu thai kỳ. Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ thai phụ ổn định trong 3 tháng cuối cao hơn so với nghiên cứu của Trần Hoài Linh (sơ sinh đủ tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là 34,5%, Trần Hoài Linh là 15,91%). Trong nghiên cứu của Võ Tam và cộng sự, tỉ lệ bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống (không mang thai) có protein niệu $> 500\text{mg/24}$ giờ là 69,1%[7]. Tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi 5% và cũng cho thấy thai nghén đã làm cho bệnh lupus nặng lên.

4.2. Kết quả xử trí sản khoa

Phương pháp kết thúc thai kì. Tỉ lệ sinh mổ chiếm 79,94% chủ yếu do tình trạng bệnh mẹ nặng lên, thấp hơn 5% so với Trần Hoài Linh (83,9%). Tỉ lệ bệnh nặng lên khá cao trong nghiên cứu của Trần Hoài Linh (11,36% đình chỉ thai điều trị bệnh mẹ và 3 % tử vong) vì vậy cần đình chỉ thai để điều trị bệnh mẹ, phải chăng đó là lý do làm cho tỉ lệ mổ lấy thai của Trần Hoài Linh cao hơn. Tỉ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Naseri (75%). nhưng Naseri có 3% tử vong mẹ. Nên chăng việc kết thúc thai kỳ sớm bằng mổ lấy thai tuy có tăng tỉ lệ mổ lấy thai nhưng hạn chế phần nào tình trạng bệnh mẹ nặng lên, tránh được tử vong mẹ?

Các biến chứng sản khoa về phía mẹ. Tỉ lệ biến chứng chung là 13,79%, trong đó nhiễm khuẩn là 6,89%, vỡ tử cung là 3,45%, sản giật là 3,45%, không có tử vong mẹ. Trần Hoài Linh, tỉ lệ tử vong mẹ gặp 3,41%. Có thể cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn so với các nghiên cứu khác, nên tỉ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt. Chúng tôi gặp 2 ĐTNC có thiếu máu, nồng độ albumin trong máu rất thấp bị nhiễm

khẩn vết mổ. Chúng tôi gặp 1 ĐTNC được chẩn đoán thai lưu 33 tuần, vỡ tử cung do nút sẹo mổ cũ khi chưa có dấu hiệu chuyển dạ. 1 ĐTNC khác có biến chứng sản giật- dễ nhầm lẫn với các triệu chứng về thần kinh của bệnh lupus. ĐTNC chỉ theo dõi nội khoa tại bệnh viện Bạch Mai đã được mổ lấy thai cấp cứu. Sự phối hợp các chuyên khoa đã kịp thời đã cứu sống được 2 thai phụ rất nặng, tránh được tử vong mẹ.

Tình trạng sơ sinh: Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 34.9 ± 3.3 tuần, thấp hơn một chút so với nghiên cứu của Trần Hoài Linh (35.72 ± 2.96). Gần đây, khoa Nhi, bệnh viện Bạch Mai đã có những thành công cao trong việc chăm sóc và điều trị sơ sinh non tháng. Vì vậy hầu hết các thai phụ mắc bệnh lupus có tuổi thai < 34 tuần chọn sinh tại bệnh viện Bạch Mai dẫn đến tăng số lượng sơ sinh non tháng. Sơ sinh non tháng có tỉ lệ thai chậm phát triển trong tử cung cao hơn so với sơ sinh đủ tháng; sơ sinh chậm phát triển trong tử cung chiếm tỉ lệ 61,53% cao hơn so với nghiên cứu của Trần Hoài Linh (48,3%). Sự khác biệt này là do tuổi thai trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Hoài Linh. Sự tiến bộ về nhi khoa trong chăm sóc sơ sinh non tháng, chậm phát triển trong tử cung cũng giúp cho việc các bác sĩ đưa ra quyết định dừng thai nghén ở những tuổi thai nhỏ hơn.

Tỉ lệ thai lưu trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,3%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Hoài Linh (18,18%). Lý do của sự khác nhau này là do ĐTNC của Trần Hoài Linh bao gồm cả thai phụ trong 3 tháng đầu thai kỳ. Thai lưu phần lớn xảy ra trong 3 tháng đầu thai kỳ nên nghiên cứu của Trần Hoài Linh có tỉ lệ cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Trọng lượng sơ sinh trung bình là $2042 \pm 775\text{g}$ được tính khi sinh từ 23 tuần đến đủ tháng. Sơ sinh trên 50% là non tháng và chậm phát triển trong tử cung nên trọng lượng trung bình của sơ sinh $< 2500\text{g}$. Chỉ số Apgar ≥ 7 ở phút đầu tiên là 69,0%, chủ yếu là các thai có tuổi thai từ 34 tuần, là khi phổi thai nhi đã trưởng thành. Việc điều trị thuốc giúp phổi thai nhi trưởng thành tốt trong bào thai cũng giúp cho các thai có tuổi thai từ 34 tuần có Apgar ≥ 7 .

V. KẾT LUẬN

5.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thai phụ mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLE), tuổi thai ≥ 22 tuần

Tổng số 29 bệnh nhân, tuổi trung bình của ĐTNC là 27.1 ± 4.7 tuổi. Thời gian mắc bệnh trung bình là 3.8 ± 2.6 năm. SLE được chẩn đoán khi

mang thai là 16%, da và khớp là cơ quan tổn thương thường gặp nhất. Cận lâm sàng: nồng độ Hemoglobin và albumin trong máu thấp hơn so với giá trị trung bình của quần thể, protein niệu >0,5g/l chiếm tỉ lệ 79,16% ĐTNC.

5.2. Kết quả điều trị sản khoa thai phụ mắc SLE, tuổi thai ≥ 22 tuần

- Tình trạng sinh đẻ: Tỉ lệ mổ lấy thai là 79,94%. Các biến chứng mẹ là 13,9% bao gồm nhiễm khuẩn hậu sản, sản giật và vỡ tử cung

- Thai nhi: Tỉ lệ sơ sinh đủ tháng, sơ sinh chậm phát triển trong tử cung, thai lưu lần lượt là 34,5%, 57,7%, 10,3%, Tuổi thai trung bình là $34,9 \pm 3,3$ tuần. Trọng lượng trung bình thai là 2042 ± 775 gr. Tỉ lệ sơ sinh có chỉ số Apgar ≥ 7 ở phút đầu tiên là 69,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. S. K. Nahal, C. Selmi, M. E. Gershwin (2018). Safety issues and recommendations for successful

pregnancy outcome in systemic lupus erythematosus. J. Autoimmun, 93, 16–23.

2. Trần Hoài Linh, Nguyễn Văn Đoàn (2015). Tình trạng thai sản trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống. Tạp Chí Nghiên Cứu Học, 98 (6), 37–44.
3. E. P. Naseri, F. G. Surita, A. Borovac-Pinheiro et al (2018). Systemic Lupus Erythematosus and Pregnancy: A Single-Center Observational Study of 69 Pregnancies. Rev. Bras. Ginecol. E Obstet. 40(10), 587–592.
4. A. F. Goddard, M. W. James, A. S. McIntyre, et al (2011). Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. Gut, 60(10), 1309–1316.
5. Viện Dinh Dưỡng- Bộ Y Tế, Quỹ nhi đồng liên hiệp quốc (2012). Báo cáo tóm tắt tổng điều tra dinh dưỡng năm 2009-2010. Viện Dinh Dưỡng Quốc Gia.
6. R. E. Wang, L. Tian, and Y.-H. Chang (2012). A Homogeneous Fluorescent Sensor for Human Serum Albumin. J. Pharm. Biomed. Anal. 63, 165–169.
7. Võ Tam, Hoàng Thị Phương, Nguyễn Thị Lộc (2016). Tỉ lệ biểu hiện lâm sàng bệnh lupus ban đỏ hệ thống chẩn đoán theo tiêu chuẩn SLICC 2012. Tạp Chí Y Dược Học, 6(2), 142- 148.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO CÓ RỐI LOẠN NUỐT

Nguyễn Thị Thu Hiền*, Đào Thị Thu Hoài**

của rối loạn nuốt.

Từ khóa: nhồi máu não/rối loạn nuốt/tình trạng sức khỏe/tình trạng dinh dưỡng/mức độ nặng của đột quỵ

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa mức độ nặng của đột quỵ, mức độ rối loạn nuốt, tình trạng dinh dưỡng với tình trạng sức khỏe của người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt (ISPD). **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 115 người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt điều trị nội trú tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai. Dữ liệu được thu thập theo bệnh án nghiên cứu cùng với kết quả thăm khám và sàng lọc lâm sàng trên người bệnh.

Kết quả: Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là $66 \pm 10,4$ (60,87% là nam giới), trong đó, NIHSS từ 5-14 điểm chiếm 51,3%, rối loạn nuốt nhẹ chiếm 66,09% và 88,70% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng. Nhìn chung, người bệnh có tình trạng sức khỏe kém, với các chỉ số về sức khỏe thể chất và tinh thần tương ứng là $35,12 \pm 7,25$ và $37,27 \pm 12,45$. Các yếu tố nghiên cứu đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng sức khỏe của người bệnh. **Kết luận và khuyến nghị:** để góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe của người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt trong các đơn vị đột quỵ, điều dưỡng cần sàng lọc và phát hiện sớm các dấu hiệu

SUMMARY

FACTORS RELATED TO HEALTH STATUS AMONG ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH DYSPHAGIA

Purpose: To examine the relationships between severity of stroke, levels of dysphagia, nutritional status and health status among ischemic stroke patients with dysphagia (ISPD). **Design:** Descriptive correlational research. **Methods:** This study was conducted among 115 ISPD who were admitted to the Neurology Department, Bach Mai hospital, Hanoi, Vietnam. Data were collected using the patients' hospital record and interviews. NIHSS, GUSS, NRS-2002 scale and SF-12v2 were used. Spearman's rho was employed to test the relationship among all variables. **Main findings:** Of these patients (mean age $66 \pm 10,4$; 60.87% men), 51.30% suffered from moderate stroke, 66.09% had slight dysphagia, and 88.70% were nutritionally at-risk. The average scores of Physical Component Summary (PCS) were 35.12 ± 7.25 and Mental Component Summary (MCS) was 37.27 ± 12.45 . Severity of stroke and the levels of dysphagia were negatively correlated with physical health ($r = -0.45$, $p < 0.01$; $r = -0.312$, $p < 0.01$ respectively) and mental health ($r = -0.54$, $p < 0.01$; $r = -0.711$, $p < 0.01$ respectively) whereas nutritional status was positively correlated with both physical and mental health ($r = 0.42$, $p < 0.01$; $r = 0.23$, $p < 0.05$).

*Bệnh viện Bạch Mai

**Trung tâm dinh dưỡng lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: nursethuhien@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2019

Ngày duyệt bài: 6.9.2019

respectively). **Conclusion and recommendations:** Severity of stroke, levels of dysphagia and nutritional status effect on physical health and mental health. In order to improve their health status, nurses should assess and detect the patients' dysphagia symptoms and nutritional status among patients with ischemic stroke as soon as possible. Nutritional program should be developed and implemented.

Key words: ischemic stroke / dysphagia / health status / nutritional status / stroke severity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo năm 2016 của tổ chức Đột quỵ Thế giới (WSO), hiện có tới 17 triệu trường hợp đột quỵ mỗi năm với khoảng 6 triệu trường hợp tử vong và 5 triệu người sống sót với các di chứng gây tàn tật trong thời gian dài, thậm chí vĩnh viễn [8]. Rối loạn nuốt là triệu chứng thường gặp sau Đột quỵ não được ghi nhận với các tỉ lệ khác nhau từ 19% đến 81% [4]. Một nghiên cứu tại Việt Nam năm 2011 cho thấy tỉ lệ này là 81% [6]. Mức độ nặng của đột quỵ càng gia tăng thì tình trạng sức khỏe của người bệnh càng giảm. Cùng với sự khiếm khuyết về sức khỏe thể chất, người bệnh phải đối đầu với những vấn đề khác như sống phụ thuộc, thất nghiệp... Tình trạng dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện sức khỏe cho người bệnh, bởi vì thông qua đó người ta có thể ước tính được chế độ ăn phù hợp cho người bệnh đồng thời có chiến lược quản lý rối loạn nuốt tốt hơn. Trong thực hành lâm sàng, chưa có nghiên cứu nào đề cập đến các yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe của người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt tại Việt Nam nói chung và tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai nói riêng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả tình trạng sức khỏe của người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai.*

2. *Xác định mối liên quan giữa mức độ nặng của đột quỵ, mức độ rối loạn nuốt, tình trạng dinh dưỡng với tình trạng sức khỏe của người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 115 người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt nhập viện điều trị tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai từ 01 tháng 01 năm 2018 đến 31 tháng 12 năm 2018.

2.1.1. *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Bảng 1: Đặc điểm của các yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe của người bệnh

Đặc điểm	Số lượng (n=115)	Tỉ lệ (%)
Mức độ nặng của đột quỵ theo thang điểm NIHSS		
Bình thường (0)	1	0,87

1) Tất cả người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán là nhồi máu não có rối loạn nuốt

2) Hiểu tiếng Việt

3) Điều trị nội trú tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai từ 1 tuần trở lên

4) Tình nguyện tham gia nghiên cứu

2.1.2. *Tiêu chuẩn loại trừ:*

1) Người bệnh có glasgow <13 điểm, tình trạng bệnh không ổn định như: ý thức sững sờ, huyết áp > 180/105 mmHg hoặc huyết áp tâm thu < 100 mmHg hoặc huyết áp trung bình < 70mmHg.

2) Người bệnh có đặt ống NKQ/MKQ hoặc thở máy.

3) Người bệnh nhồi máu cơ tim, thất ngôn Wernicke, sa sút trí tuệ.

4) Người bệnh không có răng (móm).

5) Tiền sử có bệnh lý gây rối loạn nuốt

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu cho nghiên cứu tính theo công thức:

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

Trong đó: p = 0,4853 theo nghiên cứu trước $\varepsilon = 0.19$ là sai số mong muốn. Thay vào công thức tính, mẫu cần thiết là n = 113 trường hợp.

Cỡ mẫu trong nghiên cứu này là 115 BN

Tổng thời gian thu thập dữ liệu cho mỗi người bệnh là 30-35 phút.

Xử lý số liệu: Nhập dữ liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng các thuật toán thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả tần suất, tỉ lệ phần trăm, các giá trị trung bình và độ lệch chuẩn của các dữ liệu liên quan đến đặc điểm lâm sàng của người bệnh và các biến số nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các thông tin chung của người bệnh trong nghiên cứu: Trong số 115 người bệnh, nam giới là 70 (chiếm 60,87%) và nữ giới là 45 (chiếm 39,13%). Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là $66 \pm 10,4$ (thấp nhất là 40 tuổi và cao nhất là 88 tuổi). Số ngày điều trị trung bình là 10,97 (SD $\pm 4,1$), ít nhất là 7 ngày và nhiều nhất là 28 ngày. Nhiều người bệnh có các bệnh lý khác kèm theo, trong đó tiền sử tăng huyết áp chiếm 56,52%.

Các biến số nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n=115)	Tỉ lệ (%)
Nhẹ (1-4)	28	24,35
Trung bình (5-14)	59	51,30
Nặng (15-20)	24	20,87
Rất nặng(>20)	3	2,61
Minimum: 0	Maximum: 21	Mean $\pm$ SD: 9,68 $\pm$ 5,99
Tình trạng dinh dưỡng (NRS)		
bình thường (<3 điểm)	13	11,30
có nguy cơ SDD (≥ 3 điểm)	102	88,70
Minimum: 0	Maximum: 7	Mean $\pm$ SD: 3,7 $\pm$ 1,7
Mức độ rối loạn nuốt (GUSS)		
Nặng	12	10,43
Trung bình	27	23,48
Nhẹ	76	66,09
Minimum: 2	Maximum: 19	Mean $\pm$ SD: 16,23 $\pm$ 4,24

Nhận xét: 66,09% người bệnh có rối loạn nuốt nhẹ, điểm NIHSS từ 5-14 chiếm 51,3% (tương ứng với độ nặng của đột quỵ ở mức trung bình) và 88,7% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng.

Bảng 2: Tình trạng sức khỏe của người bệnh (n = 115)

Tình trạng sức khỏe	Mean	SD
Hạn chế hoạt động thể chất (leo cầu thang, một số việc nhà) (PF)	31,1	7,85
Anh hưởng của SK thể chất đ/v công việc hoặc 1 số hoạt động thường ngày (RP)	31,4	9,61
NB tự cảm nhận về SK tổng thể của bản thân (GH)	30,5	6,73
Đau (BP)	45,6	8,24
NB tự cảm nhận về sự sung sức của bản thân (VT)	44,8	10,2
Hạn chế các hoạt động xã hội (SF)	28,9	9,80
Anh hưởng của cảm xúc đ/v công việc hoặc 1 số hoạt động thường ngày (RE)	30,5	14,31
Tinh thần (MH)	40,2	12,25
Tình trạng sức khỏe thể chất (PCS)	35,12	7,25
Tình trạng sức khỏe tinh thần (MCS)	37,27	12,45

Nhận xét: Tình trạng sức khỏe của người bệnh trong nghiên cứu bao gồm sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần. Kết quả cho thấy điểm trung bình về sức khỏe thể chất là 35,12 (SD $\pm$ 7,25) và sức khỏe tinh thần là 37,27 (SD $\pm$ 12,45) (bảng 2).

Mối liên quan giữa các yếu tố nghiên cứu với tình trạng sức khỏe của người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt.

Mức độ nặng của đột quỵ, mức độ rối loạn nuốt và tình trạng dinh dưỡng có mối liên quan với tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần của người bệnh với các chỉ số tương ứng lần lượt là ($r = -0,452$ & $-0,542$, $p < 0,01$); ($r = -0,312$ & $r = -0,711$, $p < 0,01$); ($r = 0,424$, $p < 0,01$, và $r = 0,225$, $p < 0,05$); (bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, người bệnh trong nghiên cứu có tình trạng sức khỏe kém, xét về cả 2 khía cạnh là sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần với điểm trung bình của mỗi loại là 35,12 (SD $\pm$ 7,25) và 37,27 (SD $\pm$ 12,45). Điều này có thể giải thích là do tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 66, trong đó có 68,7% người bệnh ở độ tuổi trên 60.

Mức độ nặng của đột quỵ có mối liên quan với tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần của

người bệnh ($r = -0,452$ & $-0,542$, $p < 0,01$), đột quỵ càng nặng thì tình trạng sức khỏe càng kém. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có điểm NIHSS trung bình là 9,68 (SD $\pm$ 5,99). Thực tế cho thấy, người bệnh nhồi máu não có kèm theo rối loạn nuốt thường có điểm NIHSS cao hơn nhóm không có rối loạn nuốt, và tiên lượng thường xấu hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả trong nghiên cứu của Gajurel và cộng sự tại Nepal, trong đó, tất cả người bệnh có điểm NIHSS trung bình là $14,16 \pm 7,96$ thì có tình trạng sức khỏe xấu hơn nhiều so với những người bệnh có điểm NIHSS trung bình là $4,6 \pm 2,2$ ($p < 0,001$). Đồng thời, tất cả những trường hợp có điểm NIHSS từ 15 điểm trở lên đều không có tiên lượng tốt [2]. Một nghiên cứu khác tại Tây Ban Nha cho thấy, trong số 131 người bệnh nhồi máu não có tuổi trung bình là 70, điểm NIHSS trung bình tại thời điểm nhập viện là $7,37 \pm 6,2$, thì tình trạng sức khỏe của người bệnh sau 6 tháng là kém, với điểm trung bình của sức khỏe thể chất và tinh

thần là $39,46 \pm 9,3$ và $34,86 \pm 10,1$ [3].

Tình trạng dinh dưỡng có mối liên quan với tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần của người bệnh ($r = 0,424$, $p < 0,01$ và $r = 0,225$, $p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu cho thấy 88,7% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng, cần tư vấn bởi chuyên viên dinh dưỡng lâm sàng để có chế độ ăn phù hợp với tình trạng bệnh. Nghiên cứu của Poels và cộng sự tại Hà Lan đã báo cáo về tỉ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh đột quỵ não tại thời điểm nhập viện là 73% ($n = 50/69$ CI: 61 – 82%) [7]. Thông qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng việc thiết lập đội chăm sóc có đầy đủ các thành viên bao gồm: bác sỹ và điều dưỡng chuyên khoa, chuyên viên vật lý trị liệu, dược sỹ và chuyên viên dinh dưỡng lâm sàng là cần thiết để quản lý và tư vấn chế độ dinh dưỡng phù hợp cho người bệnh.

Mức độ rối loạn nuốt có mối liên quan với tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần của người bệnh ($r = -0,312$, $p < 0,01$ và $r = -0,711$, $p < 0,01$). Hơn 66,09 % người bệnh có rối loạn nuốt nhẹ. Tỉ lệ rối loạn nuốt trung bình và nặng tương ứng là 23,48% và 10,43%. Nghiên cứu của Al-Khaled và cộng sự năm 2016 đã khuyến cáo rằng người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt sẽ có nguy cơ tàn phế trong 3 tháng đầu sau đột quỵ cao hơn những trường hợp không bị rối loạn nuốt (74% so với 25%; $p < 0,001$ (OR 2,3; 95% CL 1,8-3,0), và kéo dài thời gian nằm viện là tất yếu ở những người bệnh này [1]. Có thể nói rằng người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt thường có ảnh hưởng không tốt đến tiên lượng.

Tóm lại, người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt thường gặp nhiều nguy cơ không mong muốn về tình trạng sức khỏe (cả thể chất và tinh thần). Hầu hết các hoạt động thường ngày của người bệnh (hoạt động cá nhân và hoạt động xã hội) đều bị hạn chế ở các mức độ khác nhau tùy thuộc vào tình trạng bệnh của mỗi người. Điều này khiến cho người bệnh luôn cảm thấy lo lắng, sợ hãi dẫn đến các tổn thương về sức khỏe tinh thần. Do vậy, cần có chiến lược và kế hoạch tối ưu để quản lý tốt các vấn đề liên quan đến rối loạn nuốt, tình trạng dinh dưỡng cũng như tình trạng nặng của đột quỵ để góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe của người bệnh.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, mức độ nặng của đột quỵ, tình trạng dinh dưỡng và mức độ rối loạn nuốt đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng sức khỏe của người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt. Nghiên cứu này đã cung cấp những kiến thức

hữu ích làm nền tảng cho những nghiên cứu khác trong tương lai và/hoặc góp phần xây dựng các chương trình chăm sóc phù hợp cho người bệnh rối loạn nuốt tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai. Dựa trên kết quả nghiên cứu, chúng tôi xin đưa ra một số khuyến nghị như sau:

- Điều dưỡng/nhóm chăm sóc đột quỵ cần có kế hoạch sàng lọc và phát hiện sớm các dấu hiệu của rối loạn nuốt cũng như tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tại thời điểm nhập viện để tư vấn chế độ ăn phù hợp, góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe của người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt.

- Cần có các hướng dẫn thực hành lâm sàng để cải thiện tình trạng sức khỏe của người bệnh nhồi máu não có rối loạn nuốt và tiến hành các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng về vấn đề này

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Khaled, M., Matthis, C., Binder, A., Mudter, J., Schattschneider, J., Pulkowski, U., et al. (2016). Dysphagia in Patients with Acute Ischemic Stroke: Early Dysphagia Screening May Reduce Stroke-Related Pneumonia and Improve Stroke Outcomes. *Cerebrovasc Dis*, 42, 81–89. doi: 10.1159/000445299
2. Gajurel, B. P., Dhungana, K., Parajuli, P., Karn, R., Rajbhandari, R., Kafli, D., & Oli, K. K. (2014). The National Institute of Health Stroke Scale Score and Outcome in a cute Ischemic Stroke. *Journal of Medicine*, 36(3), 9-13.
3. Lopez-Espuela, F., Zamorano, J. D., Ramí rez-Moreno, J. M., Jimenez-Caballero, P. E., Portilla-Cuenca, J. C., Lavado-García, J. M., & Casado-Naranjo, I. (2015). Determinants of Quality of Life in Stroke Survivors After 6 Months, from a Comprehensive Stroke Unit: A Longitudinal Study. *Biological Research for Nursing*, 17(5), 461-468. doi: 10.1177/1099800414553658
4. Mourão, A. M., Lemos, S. M. A., Almeida, E. O., Vicente, L. C. C., & Teixeira, A. L. (2016). Frequency and factors associated with dysphagia in stroke. *CoDAS*, 28(1), 66-70. doi: 10.1590/2317-1782/20162015072
5. Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, et al. (2015). Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 131, e29-e322. doi: 10.1161/CIR.0000000000000152
6. Phan Nhựt Trí (2011), “Nghiên cứu rối loạn nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch não cấp tại Bệnh Viện Cà Mau năm 2010”, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học y Hà Nội.
7. Poels, B. J. J., Brinkman-Zijlker, H. G., Dijkstra, P. U., & Postema, K. (2006). Malnutrition, eating difficulties and feeding dependence in a stroke rehabilitation centre. *Disability and Rehabilitation*, 28(10), 637-643.
8. Thrift AG, Thayabaranathan T, Howard G, Howard VJ, Rothwell PM, Feigin VL, et al. Global stroke statistics. *Int J Stroke*. 2016;0(0):1–20.