

TRỒNG LẠI BÀN TAY, NGÓN TAY ĐÚT RỜI: CHỈ ĐỊNH VÀ KỸ THUẬT PHẪU THUẬT

Chế Đình Nghĩa*, Lê Văn Đoàn*,
Nguyễn Viết Ngọc*, Nguyễn Việt Nam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bàn về chỉ định và kỹ thuật trồng nối lại bàn tay, ngón tay qua các trường hợp đứt rời bàn tay, ngón tay tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 07/2015 đến 09/2018. **Đối tượng và phương pháp:** từ tháng 07/2015 đến tháng 12/2018 với 120 bệnh nhân bị đứt rời ngang cổ tay, đứt rời ngang giữa bàn tay, đứt rời ngón cái và đứt rời các ngón dài. Tuổi từ 3 đến 58, trung bình là $31,1 \pm 1,7$. 94% bệnh nhân trong độ tuổi lao động. **Kết quả:** 27/30 bệnh nhân đứt rời ngang mức cổ tay sống hoàn toàn. 02 trường hợp hoại tử một phần và 01 trường hợp hoại tử hoàn toàn. 26/30 bệnh nhân đứt rời ngang giữa bàn tay được trồng lại sống hoàn toàn, 2 trường hợp hoại tử một phần, 2 trường hợp hoại tử hoàn toàn. 28/30 bệnh nhân đứt rời ngón cái được trồng lại sống, 2 ngón bị hoại tử một phần. 60/67 ngón dài của 30 bệnh nhân đứt rời được trồng lại sống, 4 ngón dài bị hoại tử một phần và 3 ngón hoại tử hoàn toàn. 117 bệnh nhân đánh giá tổng thể chức năng bàn tay sau trồng nối, 75 bệnh nhân trở lại với công việc, 27 bệnh nhân thực hiện được các sinh hoạt hằng ngày. 15 bệnh nhân không thể sử dụng bàn tay sau trồng nối để tham gia vào các động tác sinh hoạt hằng ngày. Về kỹ thuật, thu ngắn xương và kết xương nhanh, vững chắc là cần thiết. **Kết luận:** Trồng lại bàn tay ngón tay cần có chỉ định chặt chẽ và có chiến lược phẫu thuật rõ ràng nhằm mục đích đạt đến kết quả tốt nhất về mặt chức năng. Chỉ định, chống chỉ định thì ngoài hai yếu tố mức độ và vùng tổn thương thì cần cần nhắc thêm yếu tố tuổi, giới, nghề nghiệp. Về kỹ thuật nên thu ngắn xương và kết xương nhanh vững chắc để tránh căng các mô mềm, thần kinh cũng như là cơ sở để cho bệnh nhân được tập vận động sớm ngay trong tuần thứ 2 sau mổ.

SUMMARY

HAND AND DIGITAL REPLANTATION: INDICATION AND TECHNICAL CONSIDERATIONS THROUGH REVIEW OF 120 REPLANTED CASES

Objective: discussing the indication and techniques of hand and finger replantation through 120 replanted cases at 108 Military Central Hospital. **Material and methods:** from July 2015 to september 2018, 120 cases which amputated at wrist, middle of the hand, thumb and fingers with age from 3 to 58, the average is $31,1 \pm 1,7$ years old. 94% of them are at working age. **Result:** 27/30 wrist level

replantation were alive, 2 cases were partial necrosis, 1 case were complete necrosis. 26/30 middle of metacarpal level replantation were alive, 2 cases were partial necrosis, 2 cases were complete necrosis. 28/30 thumbs replantation were alive, 2 cases were partial complete. 60 out of 67 long fingers in 30 patient were replanted alive, 4 cases were partial necrosis and 3 were complete necrosis. Hand function assessment was carried out in 117 patient, 75 cases returned to their work, 27 cases can use their replanted hand in their daily activities. 15 cases complained not to use their replanted hand. For surgical technique aspect, bone shortening and stable fixation is cornerstone that would facilitate for vessels and nerves anastomosis and early motion. **Conclusion:** The replantation of hand and fingers requires an appropriate indication and clear surgical strategy in order to archive the best function results. Indication and contraindication, in addition to the severity and zone injury, the factor of age, gender and occupation should be considered. Surgically, bone shortening and stable fixation should facilitate and prevent nerve and vessels tension as well as a basic for patient to be early motion in the second week after surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đứt rời bàn tay, ngón tay khá thường gặp trong lao động, sinh hoạt. Năm 1965, Komatsu S. và Tamai S. lần đầu tiên nối thành công ngón tay đứt rời bằng nối các mạch máu và thần kinh nhỏ nhờ kính hiển vi phẫu thuật và các dụng cụ, kim chỉ nhỏ. Hơn 40 năm qua, đã có nhiều tiến bộ về dụng cụ, kim chỉ cũng như nhiều phương pháp vi phẫu thuật được nghiên cứu và ứng dụng. Với yêu cầu điều trị ngày càng cao cả về chức năng và thẩm mỹ, vấn đề chỉ định cần có những thay đổi và kỹ thuật vi phẫu đòi hỏi phải thực hiện nối lại những mạch máu nhỏ từ 0,3mm đến 0,5mm. Từ yêu cầu thực tiễn, chúng tôi trình bày chỉ định và kỹ thuật mổ qua 120 ca phẫu thuật đứt rời bàn tay, ngón tay.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 120 bệnh nhân (BN) tổn thương đứt rời bàn ngón tay trong đó 30 BN đứt rời ngang cổ tay; 30 BN đứt rời ngang giữa bàn tay; 30 BN đứt rời ngón cái; 30 BN đứt rời các ngón dài, được phẫu thuật từ tháng 7/2015 tới tháng 09/2018 tại Bệnh viện TQĐ 108. Bệnh nhân tuổi từ 3 đến 58 (tuổi trung bình là $31,1 \pm 11,7$). 94,2% số bệnh nhân trong lứa tuổi lao động.

*Bệnh viện TQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Chế Đình Nghĩa

Email: nghiachedinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 6/9/2019

Ngày duyệt bài: 20/9/2019

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng. Bệnh

nhân được lập hồ sơ nghiên cứu theo mẫu thống nhất. Các thời điểm đánh giá kết quả như sau: trước mổ, sau mổ 6 tháng, 12 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kết quả trồng lại vết thương đứt rời ngang cổ tay theo cơ chế tổn thương

Tình trạng tổn thương	Kết quả			Cộng
	Bàn tay sống	hoại tử một phần	hoại tử	
Sắc gọn	18	0	0	18
Cưa cắt	1	0	0	2
Bầm dập	5	1	0	5
Xoắn nhỏ	3	1	1	5
Cộng	27	2	1	30

Bảng 2. Kết quả trồng lại vết thương đứt rời ngang giữa bàn tay theo cơ chế tổn thương

Tình trạng tổn thương	Kết quả			Cộng
	Bàn tay sống	hoại tử một phần	hoại tử	
Đứt sắc gọn	14	0	0	14
Cưa cắt	5	0	0	5
Bầm dập	5	0	1	6
Xoắn nhỏ	2	2	1	5
Cộng	26	2	2	30

Bảng 3. Kết quả trồng lại vết thương đứt rời ngón cái theo cơ chế tổn thương

Tình trạng tổn thương	Kết quả			Cộng
	Ngón tay sống	hoại tử một phần	hoại tử	
Đứt sắc gọn	5	0	0	5
Cưa cắt	7	0	0	7
Bầm dập	8	0	0	8
Xoắn nhỏ	8	2	0	10
Cộng	28	2	0	30

Bảng 4. Kết quả trồng lại vết thương đứt rời các ngón dài theo cơ chế tổn thương

Tình trạng tổn thương	Kết quả			Cộng
	Ngón tay sống	hoại tử một phần	hoại tử	
Đứt sắc gọn	19	0	0	19
Cưa cắt	17	1	1	19
Bầm dập	22	1	0	23
Xoắn nhỏ	2	2	2	6
Cộng	60	4	3	67

Bảng 5. Kết quả xa, biên độ vận động so với bên lành

Vị trí tổn thương	Biên độ vận động (ROM) so với bên lành				Cộng
	> 60%	40% - 60 %	30% - 40%	< 30 %	
Bàn tay	24	5	0	0	29
Giữa bàn tay	22	4	2	0	28
Ngón cái	18	8	2	2	30
Ngón dài	4	10	42	8	64
Cộng	68	27	46	10	151

Trong 120 BN, số đơn vị trồng lại là 157 đơn vị bàn tay, ngón tay. 120 BN đều được khám lại có số đơn vị bàn ngón tay sống là 151 đơn vị. Bảng 4 cho thấy, kết quả phục hồi biên độ vận động phụ thuộc khá lớn vào vùng tổn thương. Với tổn thương đứt rời ngang cổ tay và giữa bàn tay, kết quả chức năng khá tốt. Ngược lại những tổn thương ở ngón tay, đặc biệt là ngón dài thì chức năng kém hơn nhiều.

Bảng 6. Kết quả phục hồi cảm giác

Vị trí tổn thương	Cảm giác							Cộng
	S4	S3+	S3	S2+	S2	S1	S0	
Bàn tay	15	9	3	2	0	0	0	29
Giữa bàn tay	18	6	2	2	0	0	0	28

Ngón cái	12	8	5	4	1	0	0	30
Ngón dài	28	14	8	10	4	0	0	64
Cộng	73	37	18	18	5	0	0	151

Bảng 7. Kết quả bàn, ngón tay trồng lại tham gia lao động và sinh hoạt hàng ngày

Vị trí tổn thương	Công việc và sinh hoạt hàng ngày			Cộng
	Trở lại làm việc	Sinh hoạt hàng ngày	Tàn phế	
Bàn tay	26	3	0	29
Giữa bàn tay	22	4	2	28
Ngón cái	25	3	2	30
Ngón dài	2	17	11	30
Cộng	75	27	15	117

Để đánh giá chức năng bàn ngón tay trồng lại trong lao động và sinh hoạt, chúng tôi không đánh giá theo đơn vị trồng lại mà chúng tôi đánh giá chức năng tổng thể của cả bàn tay. Vì vậy, 120 BN được trồng lại bàn ngón tay, có 3 bàn ngón tay bị hoại tử đơn vị trồng nổi nên tổng số BN được đánh giá là 117 BN. Bảng 6 cho thấy có 75 bàn tay đạt chức năng tốt, trở lại được với công việc hằng ngày, có 15 bàn tay không thực hiện được các sinh hoạt hằng ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Những cân nhắc về chỉ định phẫu thuật trồng lại bàn, ngón tay đứt rời

Đối với đứt rời bàn tay là chỉ định tuyệt đối để phục hồi về chức năng và thẩm mỹ. Về mặt chức năng, trồng lại đứt rời ngang cổ tay và đứt rời giữa bàn tay mang lại chức năng rất khả quan. Kể cả trong trường hợp dập nát nhiều, trồng nổi lại thành công bàn tay luôn mang lại chức năng tốt hơn so với móm cụt ở cẳng tay.

Đối với ngón cái thì hầu hết các tác giả trên thế giới đều thống nhất là chỉ định trồng lại là tuyệt. Đối với tổn thương đứt rời xoắn vặn và bầm dập, nhiều tác giả vẫn chủ trương trồng lại. Khi đứt rời xoắn vặn ngón cái gây tổn thương mạch trên một đoạn dài thì nhiều tác giả ghép mạch để tái lập tuần hoàn [7]. Chúng tôi cũng thống nhất quan điểm với các tác giả trên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 1, 2, 3, 4 cho thấy tổn thương dập dập, xoắn vặn là cơ chế chủ yếu, do vậy cần chủ động đặt vấn đề ghép mạch với những tổn thương phức tạp.

Biemer.E [2], cho rằng đứt rời ngón cái ở dưới khớp liên đốt xa, hay tại vùng I, II thì chỉ định trồng lại ngón là tương đối. Nhưng cùng với sự phát triển của kỹ thuật vi phẫu thì chỉ định tại vùng này cần đường mở rộng. Chúng tôi thống nhất quan điểm trên, đứt rời ngón cái từ vùng II trở lên được chỉ định tuyệt đối. Đối với vùng I, nếu vết thương sắc gọn thì cần cân nhắc trồng lại.

- Đối với đứt rời các ngón dài, thì Biemer.E và Daniel cho rằng chỉ nối lại ngón II khi thiếu ngón

III và ngược lại. Beak S.M.và cộng sự[4] đã trồng lại cả chín hoặc mười ngón đứt rời của cả hai bàn tay đều mang lại kết quả phục hồi chức năng và thẩm mỹ tốt. Theo tác giả này khi đứt rời nhiều ngón nên trồng lại tất cả các ngón đứt rời. Chúng tôi cũng có cùng quan điểm với các tác giả trên: đối với tổn thương đứt rời nhiều ngón và không có tổn thương các khớp đặc biệt là khớp bàn ngón và khớp liên đốt gần thì phẫu thuật trồng lại ngón đứt rời. Khi tổn thương một ngón dài đơn thuần thì nên cân nhắc, đặc biệt là tổn thương khớp bàn ngón thì nên tạo hình móm cụt. Đối với đứt rời ngón IV, V chúng tôi cũng thống nhất quan điểm với tác giả chỉ nên trồng lại các ngón này khi có yêu cầu đặc biệt về nghề nghiệp và thẩm mỹ như: nhạc công, phụ nữ.

- Đối với đứt rời ngón của trẻ em, chúng tôi cũng gặp 3 trường hợp, 01 trường hợp đứt rời ngón cái và 2 trường hợp đứt rời một ngón dài, kết quả trồng nổi lại đều rất khả quan. Một số tác giả trên thế giới đã trồng lại chi thể đứt rời với độ tuổi rất nhỏ. Chúng tôi cũng thống nhất rằng chỉ định trồng lại ngón tay đứt rời với trẻ em là chỉ định tuyệt đối.

- Về chống chỉ định chúng tôi cũng thống nhất với hai tác giả Biemer.E và Daniel, nhưng như lập luận ở trên, với kỹ thuật vi phẫu phát triển đến siêu vi phẫu thuật thì chống chỉ định nối lại ngón đứt rời tại vùng I, II thì nên cân nhắc. Tuy nhiên theo quan điểm của chúng tôi, đối với ngón cái đứt rời II nên được xếp vào chỉ định tuyệt đối.

- Chống chỉ định:

+ Tính mạng bệnh nhân là mục đích hàng đầu trong việc cứu chữa bệnh nhân do đó phải tôn trọng một nguyên tắc không làm ảnh hưởng đến tình trạng bệnh nhân.

- Chống chỉ định tương đối khi nạn nhân bị bệnh tâm thần hoặc bệnh thần kinh, các nạn nhân tự hủy hoại thân thể.

+ Đối với đứt rời các ngón tay thì thời gian thiếu máu kéo dài hơn 12 giờ vẫn có chỉ định khâu nối lại. Theo nghiên cứu của chúng tôi,

phần lớn các trường hợp được nối lại với thời gian thiếu máu dưới 12 giờ. Vì vậy đối với chống chỉ định thiếu máu nóng lớn hơn 6 giờ, chỉ nên áp dụng với những chi thể lớn có nhiều cơ vân và không được bảo quản đúng qui cách.

4. 2. Kỹ thuật trồng lại bàn, ngón tay

4.2.1. Cắt lọc tổn thương: Phẫu thuật chi có thể thành công khi nối các tổ chức lành lặn với nhau. Chúng tôi luôn đánh giá và cố gắng cắt lọc thật chính xác đến mô lành. Đây là vấn đề rất quan trọng. Đối với các trường hợp mạch tổn thương bầm dập nhiều, chúng tôi thực hiện cắt lọc cho tới phần nội mạch lành trắng, bóng. Trong trường hợp mất đoạn chúng tôi chủ trương ghép mạch. Molski M.[7] cũng đưa ra nhận định, ghép động mạch và tĩnh mạch trong phẫu thuật trồng lại chi thể đứt rời xoắn vặn là kỹ thuật mang lại kết quả phẫu thuật tốt.

4.2.2. Thứ tự nối: Hiện có hai tác giả chủ trương nối lại các cấu trúc của phần chi đứt lìa theo thứ tự sau. Biemer E đề nghị thứ tự kết xương – khâu nối gân gấp – nối động mạch – nối thần kinh – nối gân duỗi – nối tĩnh mạch – đóng da. Pho R.W.H đề nghị kết xương – nối gân duỗi – nối gân gấp – nối thần kinh – nối động mạch – nối tĩnh mạch – đóng da. Thứ tự nối chi của Biemer E có ưu điểm là rút ngắn thời gian thiếu ôxy của phần chi đứt lìa. Thứ tự nối chi của Pho có ưu điểm là giảm mất máu trong quá trình phẫu thuật.

4.2.3. Kỹ thuật nối các thành phần

- *Kết xương:* Chúng tôi chủ trương kết xương đơn giản, nhanh chóng bằng cách xuyên 01 đinh kirschner nội tuỷ hoặc xuyên 2 đinh kirschner bắt chéo điều này phù hợp với kỹ thuật kết xương của nhiều tác giả. Các tác giả đều nhấn mạnh thu ngắn xương là yêu cầu cần thiết nhằm mục đích không làm căng các mối khâu nối từ đó tạo điều kiện thuận lợi cho tập phục hồi vận động sớm ngay trong tuần thứ 2 sau mổ.

- *Khâu gân:* Chúng tôi thực hiện khâu gân gấp các ngón kiểu Kessler - Tajima, hoặc Bunnel hoặc kiểu khâu Kleinert. Vấn đề này cũng đã được nhiều tác giả khuyến nghị. Nhưng chúng tôi chủ trương chỉ khâu gân gấp sâu, nhằm tránh dính gân và rút ngắn thời gian thiếu máu.

- *Nối động mạch:* Chuẩn bị hai đầu mạch trước khi khâu nối là rất quan trọng. Khi lớp ngoại mạc mạch máu chui vào lòng mạch do không được cắt bỏ hoặc theo lỗ xỏ kim thì sẽ gây nên cục nghẽn mạch tại vùng khâu nối. Vì vậy, các tác giả chủ trương cắt bỏ lớp ngoại mạc quanh đầu mạch với độ dài từ 3mm - 5mm. O' Brien [7] lại chủ trương chỉ lấy bỏ lớp tổ chức quanh lớp ngoại mạc. Tuy vậy, hiện nay hầu hết

các tác giả đều thống nhất cần phải cắt bỏ hết lớp ngoại mạc quanh đầu mạch trước khi khâu nối. Theo chúng tôi cắt bỏ lớp ngoại mạc cũng góp phần chống co thắt mạch. Về kỹ thuật khâu, chúng tôi chỉ áp dụng kỹ thuật khâu 2 mũi chuẩn, hoặc ba mũi chuẩn. Chúng tôi tiến hành khâu nối tận - tận. Sau cùng, chúng tôi thấy động tác xuyên kim chính xác, tránh những yếu tố có nguy cơ gây tắc mạch, khâu nối không có sức căng, mạch không bị xoắn vặn là những yếu tố chính đảm bảo mạch nối không bị tắc.

Chúng tôi thống nhất với Tamai S. nên khâu nối cả hai động mạch ngón. Còn trong trường hợp mất đoạn động mạch thì phải tiến hành ghép, tránh để mỗi nối bị căng. Tuy nhiên khi không nối được cả hai động mạch thì nên lựa chọn mạch ở bờ phát triển trội: Ưu tiên nối động mạch bờ trụ ngón I, II, III, bờ quay ngón IV, V.

- *Nối thần kinh:* Trong tất cả mọi trường hợp, chúng tôi đều nối đầy đủ tất cả các dây thần kinh của ngón đứt rời cho thấy đối với vùng gốc ngón, phục hồi cảm giác của ngón chi tốt khi nối cả hai dây thần kinh ngón, và vị trí đứt rời càng xa về phía đầu ngón thì kết quả phục hồi càng tốt. Về kỹ thuật, chúng tôi đều cắt hai đầu cụt thần kinh tới giới hạn lành, sau đó khâu nối kiểu bao ngoài - bao bó sợi thần kinh bằng chỉ nylon 9/0-10/0. Đây là kỹ thuật phổ biến được áp dụng, qua theo dõi kết quả, chúng tôi thấy sự phục hồi thần kinh cảm giác là tốt. Theo bảng 5 số bàn ngón tay đạt kết quả S3, S4 là 128/151 chiếm 84,7%.

- *Khâu tĩnh mạch:* So với động mạch, khâu tĩnh mạch là khó hơn vì lòng mạch bị xẹp, thành tĩnh mạch mỏng hơn. Vì vậy, chúng tôi thường khâu mạch kiểu chia 3 của Cobbett. Chúng tôi cố gắng khâu hết tất cả các tĩnh mạch. Trường hợp xét thấy đủ, không cần khâu thêm thì thắt các đầu mạch còn lại. Matsuda M. và cộng sự [6] đánh giá kết quả trên 261 ngón trồng lại thì cho rằng vùng I tĩnh mạch có thể không cần khâu nối, vùng II nối một tĩnh mạch, vùng III nối hai tĩnh mạch, và số lượng tĩnh mạch nối tương quan mạnh với tỉ lệ ngón sống. Chúng tôi cũng theo quan điểm Chen Z.W. và cộng sự nên khâu nối tĩnh mạch sao cho tổng tiết diện cắt ngang của tĩnh mạch gấp đôi tiết diện động mạch được khâu nối.

- *Khâu da:* Chúng tôi thường rạch hình chữ Z hoặc hình chữ S đối với chi thể lớn, đối với ngón thì chúng tôi sử dụng hai đường rạch bên sườn ngón để bộc lộ các cấu trúc mạch, thần kinh ngón. Trường hợp có khuyết da, chúng tôi luôn ghép da mỏng để che phủ, bảo vệ tổ chức được

khâu nối, đặc biệt là các mạch máu, thần kinh, gân. Điều này phù hợp với các tác giả thế giới. Trong một số trường hợp phải sử dụng các vật tại chỗ để che phủ các phần khuyết da của ngón và dùng tĩnh mạch nông trong vật để nối dẫn lưu máu của phần được trồng lại. Kỹ thuật này rất có ý nghĩa trong những trường hợp khuyết da, tĩnh mạch dẫn lưu ngón.

V. KẾT LUẬN

Trồng lại bàn tay ngón tay cần có chỉ định chặt chẽ và có chiến lược phẫu thuật rõ ràng nhằm mục đích đạt đến kết quả tốt nhất về mặt chức năng. Chỉ định, chống chỉ định thì ngoài hai yếu tố mức độ và vùng tổn thương thì cần cân nhắc thêm yếu tố tuổi, giới, nghề nghiệp. Về kỹ thuật nên thu ngắn xương và kết xương nhanh vững chắc để tránh căng các mối nối mạch, thần kinh cũng như là cơ sở để cho bệnh nhân được tập vận động sớm ngay trong tuần thứ 2 sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Châu (1998)**, "Vi phẫu thuật mạch máu

thần kinh", Vi phẫu thuật mạch máu thần kinh, Hội Y Dược Học Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.

2. **Biemer, E. (1980)**, "Definitions and classifications in replantation surgery", Br J Plast Surg. 33(2), pp. 164-8.
3. **Wei, F. C., et al. (1988)**, "Three successful digital replantations in a patient after 84, 86, and 94 hours of cold ischemia time", Plast Reconstr Surg. 82(2), pp. 346-50.
4. **Baek, S. M. and Kim, S. S. (1992)**, "Ten-digit and nine-digit replantation (4 cases)", Br J Plast Surg. 45(6), pp. 407-12.
5. **Hahn, H. O. and Jung, S. G. (2006)**, "Results of replantation of amputated fingertips in 450 patients", J Reconstr Microsurg. 22(6), pp. 407-13.
6. **Matsuda, M., Chikamatsu, E., and Shimizu, Y. (1993)**, "Correlation between number of anastomosed vessels and survival rate in finger replantation", J Reconstr Microsurg. 9(1), pp. 1-4.
7. **Molski, M. (2007)**, "Replantation of fingers and hands after avulsion and crush injuries", J Plast Reconstr Aesthet Surg. 60(7), pp. 748-54.
8. **Saies, A. D., et al. (1994)**, "Results after replantation and revascularization in the upper extremity in children", J Bone Joint Surg Am. 76(12), pp. 1766-76.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ DỰ BÁO SINH NON CỦA GÓC CỔ TỬ CUNG ĐO TRÊN SIÊU ÂM QUÝ 2 Ở THAI PHỤ ĐƠN THAI CÓ TIỀN SỬ SINH NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Hoàng Trang*, Bùi Văn Hiếu*, Đới Tú Mai*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị dự báo sinh non của góc cổ tử cung đo trên siêu âm quý 2 ở sản phụ đơn thai có tiền sử sinh non tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu từ tháng 9/2018 đến tháng 5/2019 trên 93 thai phụ thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $29,3 \pm 5,3$ tuổi. Đa số bệnh nhân có BMI bình thường (64,5%). Tiền sử đẻ non 1 lần chiếm 81,7%, 2 lần chiếm 18,3%. Tỷ lệ đẻ non trước 37 tuần là 14%. Góc CTC có giá trị trong dự báo sinh non: ở ngưỡng góc $\geq 120^\circ$ có nguy cơ sinh non < 37 tuần cao gấp 4,36 lần nhóm có góc < 120° , với AUC = 0,67, $p < 0,05$ và có nguy cơ sinh non < 34 tuần cao gấp 9,5 lần với AUC = 0,652, $p < 0,05$. **Kết luận:** Góc cổ tử cung đo trên siêu âm quý 2 có giá trị trong dự báo sinh non, góc càng lớn thì nguy cơ sinh non càng cao.

Từ khóa: Sinh non, góc cổ tử cung

SUMMARY

STUDY ON THE VALUE OF PRETERM BIRTH PREDICTION OF TRANSVAGINAL ULTRASOUND CERVICAL ANGLE DURING THE SECOND TRIMESTER OF SINGLE PREGNANT WOMEN AND PRIOR SPONTANEOUS PRETERM BIRTH AT HAI PHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Aim: To initially determine the value of preterm birth prediction of transvaginal ultrasound cervical angle during the second trimester of single pregnant women and prior spontaneous preterm birth at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subject and method:** This prospective study is performed from September 2018 to May 2019. **Results:** The median pregnant women age at entry was $29,3 \pm 5,3$ years and the age group ≥ 40 years accounted for 40%. Most patients had normal BMI (64.5%). The rate of patients who had previous spontaneous preterm birth once accounted for 81.7% and twice was 18.3%. We found that about 14% woman gave birth before 37 weeks. Uterocervical angle is valuable in predicting preterm birth: pregnant women with a cervical angle $\geq 120^\circ$ were at risk of preterm birth

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoàng Trang

Email: minhngocydhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 5/9/2019

Ngày duyệt bài: 20/9/2019

<37 weeks was 4.36 times higher than group with angle <120 ° (AUC = 0,67, $p < 0,05$) and the risk of preterm birth <34 weeks was 9.5 times higher (AUC = 0,652, $p < 0,05$). **Conclusion:** Value of measuring uterocervical angle in the second trimester is valuable in predicting the risk of premature delivery. The wider the angle the higher the predicted risk of preterm birth.

Key word: Preterm birth, uterocervical angle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non là hiện tượng thai nhi bị tổng ra ngoài buồng tử cung trước 37 tuần nó để lại nhiều dư hậu xấu cho cả mẹ và thai nhi gây gánh nặng cho gia đình và xã hội. Do đó dự báo nguy cơ sinh non để điều trị dự phòng là rất cần thiết. Gần đây một số nghiên cứu trên thế giới cho rằng góc cổ tử cung có thể hữu ích trong tiên lượng sinh non. Theo Dziadosz (2016), góc CTC > 95° có liên quan đáng kể với sinh non < 37 tuần với độ nhạy 80% ($p < 0,001$, RR 4,3, độ đặc hiệu 53%, PPV 14%, NPV 95%). Sochacki - Wojcicka và cộng sự cho rằng các góc giữa thân tử cung và cổ tử cung có thể liên quan đến tuổi thai khi sinh. Trong nhiều thực nghiệm, siêu âm qua âm đạo ba tháng giữa cung cấp chiều dài cổ tử cung và góc cổ tử cung có giá trị dự báo nguy cơ sinh non. Hiện nay tại Việt Nam chưa có đề tài nào nghiên cứu về góc cổ tử cung để dự báo nguy cơ sinh non, nhất là trên các đối tượng có tiền sử sinh non. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Bước đầu xác định giá trị tiên lượng sinh non của góc cổ tử cung ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: Thai phụ đơn thai tuổi thai từ 12 tuần đến 25 tuần có tiền sử sinh non, khám

thai tại khoa Quản lý thai nghén & Chẩn đoán trước sinh bệnh viện Phụ Sản Hải phòng, được đo chiều dài cổ tử cung và góc cổ tử cung từ tháng 9/2018 đến tháng 4/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đơn thai, tuổi thai 12 - 25 tuần, có tiền sử sinh non tự nhiên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đa thai, mẹ mắc bệnh lý cần phải đình chỉ thai nghén sớm, bỏ theo dõi trong quá trình nghiên cứu và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc.

Lấy mẫu thuận tiện không xác suất tất cả những thai phụ thoải mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 9/2018 đến tháng 5/2019.

Biến số nghiên cứu: Số lần sinh, số lần sinh non, số lần sảy, nạo, hút, tiền sử bệnh lý phụ khoa, tuổi thai khi siêu âm, góc cổ tử cung, tuổi thai kết thúc thai kì.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu không can thiệp vào bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ kín bí mật và trung thực theo các quy định về nghiên cứu y sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 93 bệnh nhân có tiền sử đẻ non được đo chiều dài cổ tử cung, góc cổ tử cung chúng tôi thấy. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $29,3 \pm 5,3$ tuổi. Trong đó độ tuổi trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ 3,2%. Đa số bệnh nhân có BMI bình thường (64,5%). Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử đẻ non 1 lần 81,7%, 2 lần là 18,3%. Kết quả theo dõi tỷ lệ đẻ non 14% trước 37 tuần.

Bảng 3.1. Liên quan giữa tiền sử sinh non và tuổi kết thúc thai kì lần này

TS sinh non	Tuổi kết thúc thai kỳ lần này				Tổng		p
	< 37 tuần		≥ 37 tuần				
	n	%	n	%	n	%	0,005
≥ 2 lần	6	35,3	11	64,7	17	100	
1 lần	7	9,2	69	90,8	76	100	
Tổng	13	14	80	86	93	100	
OR 95% CI	5,38 (1,5- 19,0)						

Nhận xét: Nhóm thai phụ có tiền sử sinh non từ 2 lần trở lên có nguy cơ sinh non ở lần này cao gấp 5,38 lần so với nhóm chỉ có tiền sử sinh non 1 lần. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Giá trị tiên lượng góc cổ tử cung.

Bảng 3.2. Liên quan giữa góc cổ tử cung và sinh non < 37 tuần

Góc CTC (độ)	Sinh < 37 tuần		Sinh ≥ 37 tuần		Tổng		p
	N	%	n	%	N	%	
≥ 90	10	10,8	43	46,2	53	57,0	p = 0,118
< 90	3	3,2	37	39,8	40	43,0	
≥ 100	8	8,6	34	36,6	42	45,2	p = 0,201
< 100	5	5,4	46	49,5	51	54,8	

≥ 110	7	7,5	32	34,4	39	41,9	$p = 0,348$
< 110	6	6,5	48	51,6	54	58,1	
≥ 120	5	5,4	10	10,8	15	16,1	$p = 0,018$
< 120	8	8,6	70	75,3	78	83,9	
≥ 130	3	3,2	5	5,4	8	8,6	$p = 0,045$
< 130	10	10,8	75	80,6	85	91,4	

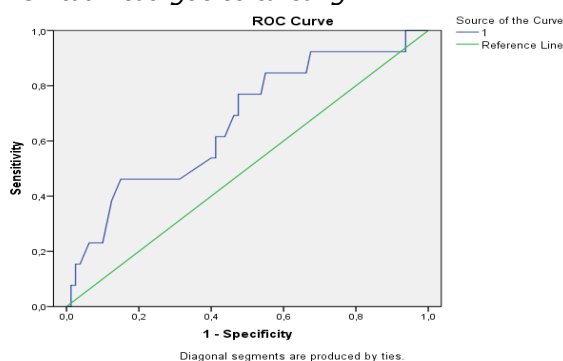
Nhận xét: Nhóm góc cổ tử cung $\geq 120^\circ$, $\geq 130^\circ$ đều có liên quan đến sinh non < 37 tuần. Với nhóm góc $< 120^\circ$ thì không còn sự liên hệ với sinh non < 37 tuần.

Bảng 3.3. Giá trị dự đoán ngưỡng góc CTC với sinh non < 37 tuần

Góc CTC	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Dương tính giả
$\geq 90^\circ$	0,77	0,46	0,54
$\geq 100^\circ$	0,62	0,58	0,42
$\geq 110^\circ$	0,54	0,6	0,4
$\geq 120^\circ$	0,38	0,86	0,14
$\geq 130^\circ$	0,23	0,94	0,4

Nhận xét: Điểm cut-off của góc cổ tử cung tiên lượng sinh non < 37 tuần là 120° với độ nhạy 38% và độ đặc hiệu 86%. Nhóm thai phụ có góc CTC $\geq 120^\circ$ sẽ có nguy cơ sinh non < 37 tuần cao gấp 4,36 lần nhóm thai phụ có góc CTC $< 120^\circ$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đường cong ROC về giá trị dự báo sinh non < 37 tuần của góc cổ tử cung



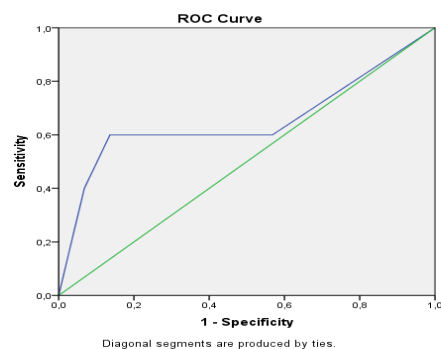
Hình 3.1. Đường cong ROC về giá trị dự báo sinh non < 37 tuần của góc cổ tử cung

Nhận xét: Diện tích đường cong ROC (AUC = 0,67) có giá trị trong việc dự báo sinh non < 37 tuần, mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Giá trị dự đoán ngưỡng góc CTC với sinh non < 34 tuần

Góc CTC	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Dương tính giả
$\geq 90^\circ$	0,6	0,43	0,57
$\geq 100^\circ$	0,6	0,57	0,43
$\geq 110^\circ$	0,6	0,59	0,41
$\geq 120^\circ$	0,6	0,86	0,14
$\geq 130^\circ$	0,4	0,93	0,07

Nhận xét: Điểm cut-off của góc cổ tử cung tiên lượng sinh non < 34 tuần là 120° với độ nhạy 60% và độ đặc hiệu 86%. Nhóm thai phụ có góc CTC $\geq 120^\circ$ sẽ có nguy cơ sinh non < 34 tuần cao gấp 9,5 lần nhóm thai phụ có góc CTC $< 120^\circ$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Hình 3.2. Đường cong ROC về giá trị dự báo sinh non < 34 tuần của góc cổ tử cung

Nhận xét: Diện tích đường cong ROC (AUC = 0,652) có giá trị trong việc dự báo sinh non < 34 tuần, mỗi liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ngưỡng góc CTC $\geq 120^\circ$ có giá trị tiên lượng sinh non < 37 tuần với độ nhạy 38%, độ đặc hiệu 86%; nhóm thai phụ có góc CTC $\geq 120^\circ$ có nguy cơ sinh non < 37 tuần cao gấp 4,36 lần nhóm thai phụ có góc CTC $< 120^\circ$. Ngưỡng góc CTC $\geq 120^\circ$ có giá trị tiên lượng sinh non < 34 tuần với độ nhạy 60%, độ đặc hiệu 86%; nhóm thai phụ có góc CTC $\geq 120^\circ$ có nguy cơ sinh non < 34 tuần cao gấp 9,5 lần nhóm thai phụ có góc CTC $< 120^\circ$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả các nghiên cứu trước. Theo Dziadosz năm 2016, một góc CTC $> 95^\circ$ có liên quan đáng kể với sinh non < 37 tuần với độ nhạy 80% ($p < 0,001$, RR 4,3, độ đặc hiệu 53%, PPV 14%, NPV 95%). Trong nhóm này, 484 thai phụ có góc CTC $> 95^\circ$ và 68 (14%) trường hợp

sinh < 37 tuần, trong khi 488 thai phụ có góc CTC < 95°, chỉ 16 (3,3%) trường hợp sinh < 37 tuần. Góc CTC > 105° dự đoán sinh non < 34 tuần với độ nhạy 81% và có ý nghĩa ($p < 0,001$, RR 7,2, độ đặc hiệu 65%, PPV 10%, NPV 99%). Trong số 366 thai phụ có góc CTC > 105°, 35 (9,6%) sinh < 34 tuần, trong khi 606 thai phụ có góc CTC < 105°, chỉ có 8 (1,3%) trường hợp sinh < 34 tuần.

Góc cổ tử cung trung bình trong quý thứ hai rộng hơn ở nhóm sinh non (105,16°) so với nhóm đối chứng (94,53°), $p = 0,015$. Hệ số tương quan là 0,821 (95% CI 0,74 - 0,97) cho độ biến thiên giữa các nhà quan sát bị che giấu, nó bao hàm sự phù hợp chính xác giữa các phép đo góc CTC. Góc CTC trung bình tăng từ quý 1 đến quý 2 (84,2° so với 94,5°; $p = 0,019$).

Trong số 259 thai phụ mang song thai, tuổi thai trung bình khi sinh là $34,83 \pm 3,48$ tuần. Đường cong ROC chứng minh dự đoán tối ưu về sinh non tự phát trước 32 tuần ở người có góc tử cung > 110° (độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 82%) [tỷ lệ chênh (OR), 15,7 (khoảng tin cậy 95% (CI), 7,2- 34,4)] so với chiều dài cổ tử cung < 20 mm (độ nhạy 53%, độ đặc hiệu 85%; $p < 0,001$, OR = 6,4 [95% CI, 2,3 - 17,8]) và tương tự, trước 28 tuần ở thai phụ có góc tử cung > 114° (OR 24,3 [95% CI, 6,7 - 88,5]) so với chiều dài cổ tử cung < 20 mm (OR 11,4 [95% CI, 3,5 - 36,7]).

Trong nghiên cứu của chúng tôi các đường cong ROC được tạo ra để đánh giá góc CTC và tuổi thai khi sinh. Khi thai phụ sinh < 37 tuần được so sánh với những người sinh ≥ 37 tuần, diện tích dưới đường cong là 0,769 ($p < 0,05$). Khi thai phụ sinh < 34 tuần được so sánh với những trường hợp sinh ≥ 34 tuần, diện tích dưới đường cong là 0,772 ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Góc CTC có giá trị trong dự báo sinh non: ở ngưỡng góc $\geq 120^\circ$ có nguy cơ sinh non < 37 tuần cao gấp 4,36 lần nhóm có góc < 120°, với AUC = 0,67, $p < 0,05$; Và có nguy cơ sinh non < 34 tuần cao gấp 9,5 lần với AUC = 0,652, $p < 0,05$.

- Khi kết hợp siêu âm đo góc cổ tử cung và chiều dài cổ tử cung có giá trị lớn hơn trong dự báo sinh non < 37 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. C. Knight và các cộng sự. (2018), "Uterocervical Angle Measurement Improves Prediction of Preterm Birth in Twin Gestation", Am J Perinatol. 35(7), tr. 648-654.
2. A. Sepulveda-Martinez và các cộng sự. (2017), "Second-Trimester Anterior Cervical Angle in a Low-Risk Population as a Marker for Spontaneous Preterm Delivery", Fetal Diagn Ther. 41(3), tr. 220-225.
3. T. J. Rafael, V. Berghella và Z. Alfirevic (2014), "Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in multiple pregnancy", Cochrane Database Syst Rev(9), tr. Cd009166.
4. G. Pagani và các cộng sự. (2016), "Cervical length at mid-gestation in screening for preterm birth in twin pregnancy", Ultrasound Obstet Gynecol. 48(1), tr. 56-60.
5. B. M. Kazemier và các cộng sự. (2014), "Impact of obstetric history on the risk of spontaneous preterm birth in singleton and multiple pregnancies: a systematic review", Bjog. 121(10), tr. 1197-208; discussion 1209.
6. L. M. Kindinger và các cộng sự. (2016), "The effect of gestational age and cervical length measurements in the prediction of spontaneous preterm birth in twin pregnancies: an individual patient level meta-analysis", Bjog. 123(6), tr. 877-84.
7. A. Farras Llobet và các cộng sự. (2018), "The uterocervical angle and its relationship with preterm birth", J Matern Fetal Neonatal Med. 31(14), tr. 1881-1884.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI NGOÀI NHÓM RĂNG HÀM NHỎ CÓ CHÂN CONG

Lê Thị Mai Loan*, Nguyễn Thế Hạnh**, Nguyễn Đình Thành***

TÓM TẮT

*Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc

**Bệnh viện RHM Trung ương HN

*** Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Mai Loan

Email: bsthanhrhmvp@gmail.com

Ngày nhận bài: 6/8/2019

Ngày phản biện: 5/9/2019

Ngày duyệt bài: 17/9/2019

Mục tiêu: Đánh giá trên thực nghiệm về đặc điểm hình thái ngoài của nhóm răng hàm nhỏ có chân cong.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 27 răng hàm nhỏ một chân và có ống tủy cong $\geq 25^\circ$ theo phân loại của Schneider [1], đã được nhổ tại Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung ương từ 7/2018 đến 5/2019. Các răng được xác định vị trí ngay sau nhổ. Cố định răng trong dung dịch formol 10%, rồi làm sạch bằng dung dịch NaOCl 5% trong 3h. Chụp phim Xquang cận chóp răng theo tư thế thẳng và nghiêng 90 độ so với tư thế thẳng, dùng phần mềm photoshop xác định độ cong của ống

tùy theo Schneider, ghi nhận độ cong và vị trí cong của ống tủy. Đo chiều dài thân chân răng. Các số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê, với độ tin cậy > 95%. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiền lâm sàng. **Kết quả:** Chiều dài toàn bộ răng của RHNT1HT là $20,05 \pm 2,12\text{mm}$; của RHNT1HD là $20,10 \pm 1,43\text{mm}$. RHNT2HT là $21,33 \pm 2,04\text{mm}$; RHNT2HD là $21,33 \pm 1,25\text{mm}$. Sự khác biệt về kích thước giữa các răng hàm nhỏ không có ý nghĩa thống kê. Vị trí cong hay gặp nhất là ở 1/3 chóp răng, chiếm 74%. **Kết luận:** Những kích thước về hình thể ngoài và vị trí cong của nhóm răng hàm nhỏ ngoài các giá trị về giải phẫu còn có giá trị cho các bác sỹ lâm sàng tham khảo trong quá trình điều trị nội nha cũng như phục hình và tiểu phẫu.

Từ khóa: Giải phẫu hình thái răng, răng hàm nhỏ có chân cong.

SUMMARY

COMMENT MORPHOLOGICAL PREMOLARS WITH CURVED ROOT CANALS

Objectives: Evaluates on experimentally the external morphological characteristics of the premolars with curved root canals. **Subjects and methods:** We conducted research on 27 premolars had one root and had a root canal $\geq 25^\circ$ according to Schneider's classification [1], was extracted at the Hospital of Ondoto Stomatology, from 7/2018 to 5/2019. The teeth are positioned immediately after the extraction. Fix teeth in 10% formol solution, then clean with 5% NaOCl solution for 3 hours. Take X-ray film close to the tip of the tooth in a straight and tilted position 90 degrees against the straight posture, use photoshop software to determine the curvature of the canal according to Schneider, noting the curvature and curved position of the canal. We measured the entire length of the tooth (from crown to apex). The data are processed using statistical algorithms, with reliability > 95%. Research Methodology: Descriptive, preclinical (Invitro). **Results:** Dimension of RHNT1HT whole tooth length: $20.05 \pm 2.12\text{mm}$; Size of RHNT1HD whole tooth length: $20.10 \pm 1.43\text{mm}$. Dimensions of RHNT2HT whole tooth length: $21.33 \pm 2.04\text{mm}$; Size of RHNT2HD whole tooth length: $21.33 \pm 1.25\text{mm}$. Size of RHNT1HT with RHNT2HD and RHNT2HT with RHNT2HD have no statistically significant difference. The most common bend position is in 1/3 of the apex accounting for 74%. **Conclusion:** The physical dimensions outside the premolars and the curved position beyond the anatomical values are also valuable for clinicians to consult during the endodontic treatment as well as the prosthesis and surgery.

Key word: Dental anatomy, premolar with curved root canals

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng hàm nhỏ là nhóm răng chuyển tiếp về hình thể và chức năng từ nhóm răng cửa sang nhóm răng hàm lớn. Khi mất các răng hàm lớn phía sau, các răng hàm nhỏ sẽ thay thế chức năng ăn nhai. Nhiều nghiên cứu về hình thái răng và ống tủy đã chỉ ra rằng, răng hàm nhỏ là một trong những nhóm răng có đặc điểm giải

phẫu chân răng và hình thái OT phức tạp, khó nhận biết đầy đủ trên phim X quang thông thường. Trong đó, tỷ lệ răng có OT cong chiếm khá lớn, đặc biệt là cong ở 1/3 chóp. Do vậy, việc tạo hình những OT có hình dạng này còn có nhiều khó khăn trên lâm sàng. Theo Ingle [2], RHN là một trong những nhóm răng có tỉ lệ điều trị thất bại cao do hạn chế trong việc tiếp cận đến toàn bộ các OT. Mặc dù đã có nhiều các nghiên cứu về hình thái răng và OT nhóm răng hàm nhỏ, các nghiên cứu cho ra các kết quả khác nhau, tuy nhiên vẫn còn rất ít nghiên cứu về hình thái của nhóm răng hàm nhỏ có chân cong. Nghiên cứu hình thái nhóm răng hàm nhỏ có chân cong không chỉ có ý nghĩa về mặt giải phẫu mà còn giúp cho bác sĩ thực hành tham khảo hỗ trợ trong điều trị nội nha, nhổ răng, phục hình răng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 27 răng hàm nhỏ một chân và có ống tủy cong $\geq 25^\circ$ theo phân loại của Schneider [1], đã được nhổ tại Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương từ 7/2018 đến 5/2019. Các răng được xác định vị trí ngay sau nhổ. Cố định trong dung dịch formol 10% rồi làm sạch trong dung dịch NaOCl 5% trong 3h, lựa chọn những răng đã đóng kín cuống và không có tổn thương tổ chức cứng. Dùng thước kẹp Thụy Sĩ GMP để xác định chiều dài thân răng, chân răng và chia chân răng ra 3 phần: 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới. Chụp phim Xquang cận chóp răng theo tư thế thẳng và nghiêng 90 độ so với tư thế thẳng, dùng phần mềm photoshop xác định độ cong của ống tủy theo Schneider, ghi nhận độ cong và vị trí cong của ống tủy. Các số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê, với độ tin cậy > 95%.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kích thước dài toàn bộ răng nghiên cứu:

Bảng 1. Kích thước dài của răng hàm nhỏ có chân cong

Kích thước (mm)	Dài thân	Dài chân	Dài răng
RHNT1HT	$7,5 \pm 1,06$	$12,5 \pm 0,71$	$20,05 \pm 2,12$
RHNT2HT	$8,12 \pm 1,60$	$13,67 \pm 1,21$	$21,33 \pm 2,04$
RHNT1HD	$8,55 \pm 0,96$	$14,15 \pm 0,75$	$22,10 \pm 1,43$
RHNT2HD	$8,00 \pm 0,56$	$14,06 \pm 1,01$	$21,33 \pm 1,25$

Nhận xét: Theo nghiên cứu của chúng tôi, kích thước dài của nhóm RHN có chân cong lần lượt là: RHNT1HT: chiều dài thân răng: $7,5 \pm 1,06\text{mm}$, chiều dài chân răng:

12,5±0,71mm, chiều dài toàn bộ răng: 20,05±2,12 mm; RHNT1HD: chiều dài thân răng: 8,55±0,96 mm, chiều dài chân răng: 14,15±0,75 mm, chiều dài toàn bộ răng: 20,10±1,43 mm; RHNT2HT: chiều dài thân răng: 8,12±1,60 mm, chiều dài chân răng: 13,67±1,21 mm, chiều dài toàn bộ răng: 21,33±2,04mm; RHNT2HD: chiều dài thân răng: 8,00±0,56mm, chiều dài chân răng: 14,06±1,01mm, chiều dài toàn bộ răng: 21,33±1,25mm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước dài thân răng, chân răng và của toàn bộ răng giữa RHNT1 và RHNT2, cũng như giữa RHN hàm trên và RHN hàm dưới.

3.2. Vị trí cong của ống tủy

*Phân bố vị trí cong của ống tủy

*Phân bố vị trí cong của ống tủy theo vị trí của răng

Bảng 2. Phân bố vị trí cong của ống tủy theo vị trí của răng

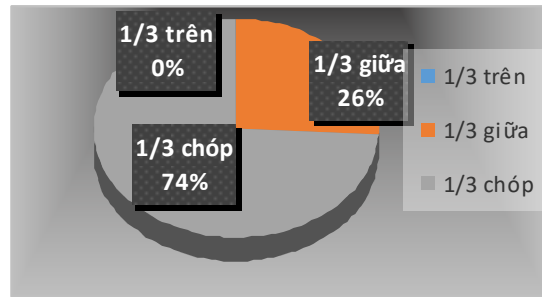
Vị trí cong	1/3 trên		1/3 giữa		1/3 chóp	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
RHNT1HT	0	0	0	0	2	100
RHNT2HT	0	0	1	16,67	5	83,33
RHNT1HD	0	0	4	40	6	60
RHNT2HD	0	0	2	22,22	7	77,78

Nhận xét: Kết quả ở bảng trên thấy, vị trí cong hay gặp nhất là ở 1/3 chóp chân răng. Chiếm 100% ở RHNT1HT, 83,33% ở RHNT2HT và 77,78% ở RHNT2HD. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kích thước dài toàn bộ răng nghiên cứu:

Theo nghiên cứu của chúng tôi, kích thước của RHNT1HT lần lượt: Chiều dài thân răng: 7,5±1,06mm, chiều dài chân răng: 12,5±0,71mm, chiều dài toàn bộ răng: 20,05±2,12mm; Kích thước của RHNT1HD lần lượt là: chiều dài thân răng: 8,55±0,96mm, chiều dài chân răng: 14,15±0,75mm, chiều dài toàn bộ răng: 20,10±1,43mm. Và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước của RHNT1HT và RHNT1HD. Mặc dù đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là nhóm răng một chân, có độ cong ống tủy lớn và rất lớn. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu hình thái RHNT1 của Lê Hưng[3]. Trong nghiên cứu của Lê Hưng, các kích thước ở nhóm RHNT1HT lần lượt là, chiều dài thân răng: 7,3±0,6mm, chiều dài chân răng: 14,6±1,9mm, chiều dài toàn bộ răng: 20,08±1,3mm; ở nhóm RHNT1HD: chiều dài thân răng: 6,8±0,9mm, chiều dài chân răng: 14,5±1,5, chiều dài toàn bộ răng: 20,7±1,9mm. Nghiên cứu của chúng tôi và của Lê Hưng đều thấy kích thước dài của RHNT1HT ngắn hơn báo cáo của Major [4]. Theo Major, các kích thước chiều dài thân răng, chiều dài chân răng và chiều dài toàn bộ răng ở



Biểu đồ 1. Vị trí cong của ống tủy

Nhận xét: Kết quả ở biểu đồ 1 cho thấy, ống tủy cong hay gặp nhất là ở vị trí 1/3 chóp, chiếm 74%. Ống tủy cong ở 1/3 giữa là 26% và chúng tôi không gặp trường hợp nào có ống tủy cong ở 1/3 trên.

RHNT1HT lần lượt là 8,5mm, 14,0mm và 22,5mm. Điều này được giải thích là do sự khác biệt về chủng tộc giữa người châu Á và người châu Âu.

Ở nhóm RHNT2. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy, các kích thước của RHNT2HT lần lượt là, chiều dài thân răng: 8,12±1,60mm, chiều dài chân răng: 13,67±1,21mm, chiều dài toàn bộ răng: 21,33±2,04mm; Kích thước của RHNT2HD lần lượt là: chiều dài thân răng: 8,00±0,56mm, chiều dài chân răng: 14,06±1,01mm, chiều dài toàn bộ răng: 21,33±1,25mm và sự khác biệt kích thước RHNT2HT và RHNT2HD không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này khá tương đồng với tác giả Lê Thị Hường [5], khi nghiên cứu về RHNT2. Trong nghiên cứu của Lê Thị Hường, các kích thước của RHNT2HT lần lượt là, chiều dài thân răng: 6,8±0,82mm, chiều dài chân răng: 16,63±0,52mm, chiều dài toàn bộ răng: 23,43±0,82mm; Kích thước của RHNT2HD lần lượt là: Chiều dài thân răng: 6,6±0,7mm, chiều dài chân răng: 14,17±0,95mm, chiều dài toàn bộ răng: 20,77±1,35mm. Khi sử dụng thuật toán thống kê, Lê Thị Hường[5] thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước RHNT2HT và RHNT2HD. Điều này khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do

ngghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên số lượng răng nhỏ và tiêu chuẩn lựa chọn là răng 1 chân có độ cong lớn.

4.2. Vị trí cong của ống tủy. Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, vị trí cong hay gặp nhất là ở 1/3 chóp chân răng, chiếm 74%, ống tủy cong ở 1/3 giữa chiếm 26% và chúng tôi không gặp trường hợp nào có ống tủy cong ở 1/3 trên. Vị trí cong ở 1/3 chóp chân răng gặp ở 100% RHNT1HT, 83,33% RHN2HT, 77,78% RHNT2HD.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Theo Ingle [6], RHNT1HT có tỷ lệ điều trị thất bại cao thứ hai trong tất cả các răng của hai hàm. OT của răng này thường cong ở vị trí 1/3 chóp về phía hàm ếch, rất khó phát hiện được trên phim XQuang thường quy.

Nhiều tác giả đã chứng minh rằng, RHN không những có hình thái HTOT phức tạp mà hình thể cũng rất đa dạng, trong đó, OT cong chiếm tỷ lệ khá lớn [7]. Theo Major và Cs [4], trên 50% số OT của RHN có hình thể cong và OT có thể cong về bất kỳ hướng nào. Tác giả cũng đưa ra tỷ lệ và hướng cong của ống tủy nhóm răng hàm nhỏ như sau: RHNT1HT: răng có một ống tủy cong chiếm 55%, trong đó cong về phía gần: 37%, phía ngoài: 15%, phía trong: 3,0%; RHNT1HD: tỷ lệ ống tủy cong chiếm 60%, trong đó, cong phía xa: 40,0%, phía gần: 0%, phía ngoài: 10,0%, phía trong: 3,0%, cong hình lưỡi lê: 7,0%; RHNT2HT: tỷ lệ OT cong xa: 27%, cong gần: 1,6%, cong ngoài: 12,7%, cong trong: 40%, cong hình lưỡi lê 20,6%; RHNT2HD: tỷ lệ OT cong 60%, bao gồm cong phía gần 0%, cong

phía xa: 40%, cong phía ngoài: 10,0%, cong phía trong: 3%, cong hình lưỡi lê: 7,0%.

Theo Lê Thị Hường [5], về hình dạng chân RHNT2 thường có sự phức tạp về hướng cong và chân răng cong thường hay gặp ở RHNT2HT. Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp một trường hợp chân răng cong 2 chiều tại 1/3 chóp và điểm giữa 1/3 trên và 1/3 giữa.

V. KẾT LUẬN

Những kích thước về hình thể ngoài và vị trí cong của nhóm răng hàm nhỏ ngoài các giá trị về giải phẫu còn có giá trị cho các bác sỹ lâm sàng tham khảo trong quá trình điều trị nội nha cũng như phục hình và tiểu phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schneider S.W. (1971)**, A comparison of canal preparations in straight and curved root canals, Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 32(2), pp. 271-275.
2. **Ingle J.I., Bakland L.K. (2002)**, Endodontic cavity preparation, Endodontics, Vol 1, pp. 473-497
3. **Lê Hưng (2003)**, Nghiên cứu hình thái hệ thống ống tủy răng số 4, số 6 ứng dụng trong điều trị nội nha, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, tr.25-56.
4. **Major M., Nelson S. (2009)**, Wheeler's Dental Anatomy, Physiology and Occlusion: 9th Edition, W.B. Saunders Company.
5. **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, tr.34-67.
6. **Ingle, JI, Glick, DH. (1976)**, Endodontic success and failure, in: Ingle JI (Ed.) Endodontics. 2nd ed. Lea & Febiger, Philadelphia; 54-77.
7. **Parashos P., Messer H.H. (2006)**, Rotary NiTi instrument fracture and its consequences, J Endod, 32(11), pp.1031-1043.

HIỆU QUẢ CỦA TESTOSTERON DẠNG GEL TRÊN CÁC BỆNH NHÂN THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM GIẢM DỰ TRỮ BUỒNG TRỨNG

Nguyễn Việt Hà¹, Hồ Sỹ Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả của điều trị testosterone dạng gel cho bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm. **Đối tượng:** 102 bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm tại BVPSTW từ tháng 11/2016 đến tháng 9/2017. **Phương pháp nghiên**

cứu: thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng. 102 bệnh nhân chia làm 2 nhóm: nhóm testosterone có 51 bệnh nhân bôi 12,5mg Androgel 1% hằng ngày trong 21 ngày trước khi kích thích buồng trứng và nhóm chứng có 51 bệnh nhân không điều trị gì. **Kết quả:** (i) Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 2 nhóm bệnh nhân không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (ii) Nhóm sử dụng testosterone bôi da trước kích thích buồng trứng có tăng số noãn chọc hút ($4,75 \pm 2,35$ so với $3,66 \pm 1,80$), tăng số noãn trưởng thành ($3,88 \pm 2,32$ so với $2,98 \pm 1,79$) và tăng số phôi thu được ($3,46 \pm 1,86$ so với $2,50 \pm 1,64$) so với nhóm chứng với $p < 0,05$. Tỷ lệ thai lâm sàng ở nhóm testosterone (23,81%) cao hơn nhóm chứng (11,63%) ($p > 0,05$). **Kết luận:** Có thể sử dụng testosterone dạng gel bôi da 21 ngày trước khi kích thích buồng trứng với liều

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hà

Email: nvha1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/9/2019

Ngày duyệt bài: 23/9/2019

12,5mg/ngày ở bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng giúp cải thiện số noãn thu được, số noãn trưởng thành, số phôi thu được tuy nhiên tỷ lệ thai lâm sàng chưa được cải thiện.

Keyword: Giảm dự trữ buồng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm, testosterone

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF TRANSDERMAL TESTOSTERONE PRE-TREATMENT FOR WOMAN WITH POOR OVARIAN RESERVE IN CONTROLLED OVARIAN STIMULATION AND IVF OUTCOME

Objective: To evaluate the effectiveness of testosterone pre-treatment for women with poor ovarian reserve (POR) undergoing IVF/Intracytoplasmic sperm injection (ICSI). **Methods:** The study included 102 patients were randomly divided into 2 groups: (i) Testosterone (T) group included 51 patients, prescribed to apply 12.5mg Androgel 1% transdermal daily for 21 days prior to ovarian stimulation, and (ii) Control group included 51 patients without using any treatment. **Results:** (i) No significant difference between two group about clinical and laboratories characteristics. (ii) The improvement in terms of the number of oocytes retrieved, the number of mature oocytes and the number of embryos was demonstrated in testosterone pre-treatment group ($4,75 \pm 2,35$ vs $3,66 \pm 1,80$; $3,88 \pm 2,32$ vs $2,98 \pm 1,79$; $3,46 \pm 1,86$ vs $2,50 \pm 1,64$; respectively). Clinical pregnancy rate was improved (23,81% vs 11,63%) without significant difference. **Conclusions:** Applying transdermal testosterone 21 days prior to controlled ovarian stimulation at 12.5mg per day in the patients with poor ovarian reserve improve the number of oocytes retrieved, the number of mature oocyte and the number of embryo with significant differences; however, the rate of mature oocytes and clinical pregnancy were not improved.

Keywords: Testosterone, IVF, poor ovarian reserve

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thụ tinh trong ống nghiệm là phương pháp điều trị vô sinh tích cực phát triển nhanh chóng trong những thập kỷ gần đây. Khâu đầu tiên và quan trọng của thụ tinh trong ống nghiệm là kích thích buồng trứng (KTBT) giúp cải thiện kết quả thụ tinh trong ống nghiệm. Do đó, giảm dự trữ buồng trứng luôn luôn là thách thức đối với các nhà lâm sàng, vì nó làm giảm tỷ lệ có thai và tăng chi phí điều trị.

Dự trữ buồng trứng là thuật ngữ dùng để đánh giá khả năng của buồng trứng tạo ra nang noãn và chất lượng của nang noãn. Giảm dự trữ buồng trứng thường gặp ở những phụ nữ trên 35 tuổi và trên một số bệnh nhân vô sinh. Đánh giá dự trữ buồng trứng dựa vào tuổi của phụ nữ, xét nghiệm hormon hướng sinh dục chu kỳ kinh, AMH, siêu âm số lượng nang thứ cấp (AFC)

và một số thăm dò khác. Trong sự phát triển nang noãn, testosterone là tiền chất của estrogen, được tạo ra nhờ enzym vòng thơm xúc tác dưới sự kích thích của FSH. Ở mức độ phân tử, testosterone còn có tác dụng làm tăng tác dụng của FSH, kích thích phát triển nang noãn [1].

Các biện pháp điều trị bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng còn ít hiệu quả. Trong đó, sử dụng testosterone dưới dạng gel bôi ngoài da đã được một số nghiên cứu chứng minh làm tăng số noãn thu được, tăng tỷ lệ có thai lâm sàng và tăng tỷ lệ trẻ sơ sinh sống ở các phụ nữ đáp ứng kém với kích thích buồng trứng[2], [3], [4], đồng thời sử dụng testosterone an toàn và không có tác dụng phụ đáng kể ở liều điều trị [5]. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu về sử dụng testosterone ở bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *So sánh kết quả thụ tinh trong ống nghiệm giữa hai nhóm bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng có và không sử dụng testosterone dạng gel.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 102 bệnh nhân được lựa chọn và chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu và nhóm chứng. Mỗi nhóm có 51 người.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau và đồng ý tham gia nghiên cứu: (1) Có ít nhất một chu kỳ kích thích buồng trứng chọc hút < 3 noãn, (2) Số lượng nang thứ cấp ≤ 7 nang và AMH < 1,5ng/ml.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Các trường hợp xin noãn; bệnh lý tuyến giáp; suy giảm chức năng gan, thận; bất thường cơ quan sinh dục.

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 11/2016 đến tháng 9/2017 tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản quốc gia -BV Phụ sản Trung Ương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh.

2.2.2. Cỡ mẫu: Tính theo công thức

$$n = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) \cdot (z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Với $\mu_1 \pm \sigma_1 = 5,4 \pm 1,9$ là số noãn chọc hút ở nhóm dùng testosterone; $\mu_2 \pm \sigma_2 = 3,8 \pm 1,4$ là số noãn chọc hút ở nhóm chứng trong nghiên cứu của Kim C.H [3]. $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ tương ứng với độ tin cậy 95%; $Z_{1-\beta} = 1,64$ tương ứng với độ mạnh 95% thì $n = 28,19$ là số bệnh nhân tối thiểu mỗi nhóm. Nghiên cứu của chúng tôi có 51 bệnh nhân ở mỗi nhóm, tổng số là 102 bệnh nhân.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu:

- Tuổi, BMI, thời gian vô sinh
- Dự trữ buồng trứng (FSH, LH, E₂, AMH và Testosteron), AFC.
- Kết quả kích thích buồng trứng: liều FSH khởi đầu, tổng liều FSH, số ngày dùng FSH, nồng độ E₂, độ dày niêm mạc tử cung, số lượng noãn chọc hút, số noãn M II, hủy chu kỳ
- Số lượng phôi, số lượng phôi chuyển, số phôi đông, tỷ lệ thai lâm sàng

2.2.4. Phương tiện nghiên cứu

- Thuốc testosterone dạng gel (biệt dược Androgel) hàm lượng 50mg mỗi gói của hãng Besin Healthcare

- Phiếu thu thập số liệu nghiên cứu

2.2.5. Các bước tiến hành

- Nhóm nghiên cứu (nhóm 1): 51 bệnh nhân được sử dụng Androgel bôi vào da bụng vùng quanh rốn 12,5mg mỗi ngày trong 3 tuần. Mỗi lần bệnh nhân lấy ¼ gói bôi vào da bụng vùng quanh rốn bằng cách hút gel vào bơm tiêm sau đó bơm ¼ lượng thuốc ra sử dụng và chờ cho thuốc khô hết sau 3-5 phút. Các bệnh nhân nhóm 1 được kích thích buồng trứng khi có kinh sau khi đã sử dụng đủ testosterone trong 3 tuần. Được định lượng testosterone trước và sau khi dùng thuốc 3 tuần.

- Nhóm chứng (nhóm 2): 51 bệnh nhân không sử dụng thuốc Androgel bôi vào da bụng hàng ngày. Bệnh nhân sẽ được kích thích buồng trứng ngay khi có kinh.

- Cả 2 nhóm bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng phác đồ Antagonist với FSH tái tổ hợp (biệt dược: Gonal-F hoặc Puregon).

- Theo dõi kích thước và số lượng nang noãn vào ngày 2, ngày 6 của chu kỳ kinh nguyệt sau đó theo hẹn dựa trên kết quả siêu âm nang noãn

và nồng độ E₂ huyết thanh. Tiêm antagonist từ ngày thứ 7 của chu kỳ.

- Tiêm hCG khi có ít nhất 1 nang đường kính ≥ 18 mm. Siêu âm niêm mạc tử cung, kích thước các nang noãn và xét nghiệm E₂, progesteron huyết thanh vào ngày tiêm hCG.

- Chọc hút noãn sau khi tiêm hCG 36 giờ và tiến hành thụ tinh trong ống nghiệm có bơm tinh trùng vào bào tương noãn.

- Chuyển phôi tươi ngày 3.

- Các bệnh nhân của cả 2 nhóm đều được theo dõi đến sau khi chuyển phôi 2 tuần bằng xét nghiệm định lượng β -hCG máu. Nếu β -hCG máu (+) sẽ siêu âm đầu dò âm đạo sau chuyển phôi 28 ngày.

2.2.6. Kỹ thuật thu thập số liệu. Thu thập số liệu bằng phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn, lấy thông tin bằng phỏng vấn và kết quả xét nghiệm trong hồ sơ bệnh án.

2.2.7. Phân tích và xử lý số liệu. Các số liệu được thu thập và xử lý trên chương trình SPSS 21.0. Tính các tỷ lệ, các giá trị trung bình được biểu diễn dưới dạng $X \pm SD$. So sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ bằng test khi bình phương. $P < 0,05$ biểu thị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Phụ sản Trung ương (Giấy chứng nhận số 100/CN-PSTW) ngày 16/02/2017.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	p
Tuổi (năm)	36,31 $\pm$ 4,28	36,18 $\pm$ 4,38	>0,05
Nhóm tuổi	≤ 25	0 (0%)	>0,05
	26 – 30	9 (17,6%)	
	31 – 35	14 (27,5%)	
	> 35	28 (56,9%)	
BMI	20,99 $\pm$ 1,89	21,41 $\pm$ 2,19	> 0,05
Thời gian vô sinh (năm)	6,71 $\pm$ 5,54	6,27 $\pm$ 4,36	> 0,05

Nhận xét: Tuổi trung bình, chỉ số khối cơ thể (BMI) và thời gian vô sinh của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tương tự như nhau, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	p
Nồng độ FSH (IU/l)	8,64 $\pm$ 3,23	8,16 $\pm$ 2,65	> 0,05
Nồng độ LH (IU/l)	3,80 $\pm$ 2,19	4,22 $\pm$ 1,79	> 0,05
Nồng độ E ₂ (pg/ml)	42,71 $\pm$ 21,16	35,44 $\pm$ 17,16	> 0,05
Nồng độ AMH (ng/ml)	0,93 $\pm$ 0,45	0,88 $\pm$ 0,36	> 0,05
AFC (nang)	5,14 $\pm$ 1,96	4,71 $\pm$ 1,87	> 0,05

Nhận xét: 2 nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu không có sự khác biệt về đặc điểm cận lâm sàng. Các kết quả xét nghiệm cho thấy nồng độ FSH, LH và E2 trong giới hạn bình thường. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

3.2. So sánh kết quả thụ tinh trong ống nghiệm giữa hai nhóm có và không sử dụng testosterone dạng gel

3.2.1. Kết quả kích thích buồng trứng

Bảng 3. Kết quả kích thích buồng trứng

	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	p
Liều FSH khởi đầu (IU)	364,22 ± 65,62	357,35 ± 43,96	> 0,05
Số ngày dùng FSH (ngày)	9,31 ± 1,22	8,98 ± 0,90	> 0,05
Tổng liều FSH (IU)	3419,61 ± 767,94	3218,14 ± 558,79	> 0,05
Nồng độ E2 ngày tiêm hCG (pg/ml)	2353,44 ± 1278,60	2104,04 ± 1232,14	> 0,05
Độ dày NMTC ngày chuyển phôi (mm)	10,19 ± 2,08	10,34 ± 2,21	> 0,05
Số noãn chọc hút (nang)	4,75 ± 2,35	3,66 ± 1,80	< 0,05
Số noãn trưởng thành (nang)	3,88 ± 2,32	2,98 ± 1,79	< 0,05
Tỷ lệ hủy chu kỳ	3 (5,88%)	2 (3,92%)	> 0,05

Nhận xét: Liều khởi đầu FSH, số ngày sử dụng FSH và tổng liều FSH là tương đương nhau ở 2 nhóm bệnh nhân. Nồng độ E2 ngày tiêm hCG và độ dày niêm mạc tử cung ngày chuyển phôi ở nhóm bệnh nhân có sử dụng testosterone không có sự khác biệt với nhóm chứng với

$p > 0,05$. Ở nhóm có sử dụng testosterone trước khi kích thích buồng trứng có số noãn chọc hút và số noãn trưởng thành cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ hủy chu kỳ ở 2 nhóm cũng không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

3.2.2. Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm

Bảng 4. Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm

	Nhóm nghiên cứu	Nhóm chứng	p
Tổng số phôi	3,46 ± 1,86	2,50 ± 1,64	< 0,05
Số phôi chuyển	2,31 ± 1,29	2,10 ± 1,37	> 0,05
Tỷ lệ thai lâm sàng	14 (27,45%)	8 (15,68%)	> 0,05
Tỷ lệ có phôi đông lạnh sau chuyển phôi tươi	10/42 (23,81%)	5/43 (11,63%)	> 0,05

Nhận xét: Ở nhóm có sử dụng testosterone, số phôi thu được, số phôi đông lạnh cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ lâm sàng ở nhóm có sử dụng testosterone cao hơn ở nhóm chứng (27,45% so với 15,68%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong 42 bệnh nhân ở nhóm dùng testosterone có chuyển phôi tươi, có 10 bệnh nhân còn phôi đông lạnh, chiếm 23,81% cao hơn so với ở nhóm chứng (11,63%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của testosterone dạng gel bôi da đến kết quả thụ tinh trong ống nghiệm của bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng, vì thế đặc điểm của đối tượng nghiên cứu được ưu tiên lựa chọn là những đặc điểm có liên quan đến dự trữ buồng trứng, bao gồm tuổi của bệnh nhân, BMI, thời gian vô sinh, nồng độ AMH, số nang thứ cấp AFC, nồng độ FSH, LH, E2. Hai nhóm bệnh nhân được chọn một cách ngẫu nhiên nên đã đảm bảo được tính đồng nhất giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng về đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm trước khi tiến hành can thiệp, với $p > 0,05$.

Kết quả kích thích buồng trứng được đánh giá dựa trên các biến số: liều FSH khởi đầu, tổng liều FSH, số ngày dùng FSH, số noãn chọc hút, số noãn trưởng thành, độ dày niêm mạc tử cung ngày chuyển phôi và tỷ lệ hủy chu kỳ. Kết quả cho thấy số noãn chọc hút và số noãn trưởng thành ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (bảng 3). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với một số nghiên cứu của tác giả Balasch J và cộng sự (2006) tiến hành trên các bệnh nhân có đáp ứng kém với KTBT nhưng nồng độ FSH cơ bản bình thường với 25 bệnh nhân được dùng testosterone qua da với liều 25µg/kg/ngày 5 ngày trước khi dùng FSH. Kết quả cho thấy tỷ lệ hủy chu kỳ là 20%, tỷ lệ thai lâm sàng 30% trên tổng số chu kỳ có chọc hút noãn và chuyển phôi. Tác giả kết luận: sử dụng testosterone qua da có thể cải thiện kết quả có thai ở bệnh nhân đáp ứng kém với KTBT [6]. Tác giả Kim C.H và cộng sự (2011) nghiên cứu trên 110 bệnh nhân đáp ứng kém với KTBT chia làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu dùng testosterone dạng gel và nhóm chứng không dùng thuốc. Kết quả là nhóm nghiên cứu có số noãn chọc hút, số noãn trưởng

thành cao hơn nhóm chứng ($p < 0,05$) [3]. Nghiên cứu của Đoàn Thị Hằng (2017) cho thấy số noãn chọc hút ở bệnh nhân dùng testosterone là $4,5 \pm 1,6$, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân không dùng testosterone trước khi kích thích buồng trứng ($p < 0,05$) [7]. Trong các nghiên cứu dùng DHEA trên bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng, tác giả Xu B. và cộng sự [8] cho thấy nhóm nghiên cứu có số noãn chọc hút là $4,48 \pm 2,46$ và số noãn trưởng thành là $3,75 \pm 2,22$, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm chứng ($p > 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Vlahos N. cũng cho kết quả tương tự. Hai nghiên cứu trên cho thấy DHEA chưa có tác dụng cải thiện kết quả KTBT trên bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng.

Kết quả thụ tinh trong ống nghiệm của chúng tôi thấy số phôi thu được ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với ở nhóm chứng ($p < 0,05$) và có sự cải thiện trong tỷ lệ thai lâm sàng và tỷ lệ có phôi đông lạnh sau chuyển phôi tươi nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (bảng 4). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Hằng năm 2017: số phôi thu được ở nhóm dùng testosterone là $3,8 \pm 1,6$ và ở nhóm chứng là $2,5 \pm 1,1$ với $p < 0,05$ [7]. Nghiên cứu của tác giả Kim C. H. và cộng sự cũng cho thấy cải thiện số phôi thu được ở bệnh nhân có dùng testosterone so với nhóm chứng với kết quả lần lượt là $4,3 \pm 1,7$ và $3,0 \pm 1,2$ [3]. Tỷ lệ thai lâm sàng trong nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Hằng và Kim C. H. ở nhóm dùng testosterone đều cao hơn nhóm chứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [3], [7]. Nguyên nhân của sự khác nhau này có thể là do tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau. Tác giả Đoàn Thị Hằng chọn ngưỡng AMH $\leq 1,26$ ng/mL thấp hơn so với chúng tôi và tác giả Kim C. H. chọn các bệnh nhân có chu kỳ kích thích buồng trứng trước đó chọc hút ≤ 3 noãn nên sự khác biệt về tỷ lệ thai lâm sàng giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng rõ rệt hơn.

So sánh với các nghiên cứu sử dụng DHEA với các bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng, tỷ lệ thai lâm sàng có sự khác biệt lớn. Nghiên cứu của tác giả Xu B. và cộng sự cho thấy tỷ lệ có thai lâm sàng ở nhóm dùng DHEA là 30,4%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là 18,7% [8]. Tuy nhiên nghiên cứu của tác giả Kara M. và cộng sự cho thấy tỷ lệ thai lâm sàng ở nhóm nghiên cứu là 32% và nhóm chứng là 33% với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tác giả Vlahos N. và cộng sự nghiên cứu thấy tỷ lệ thai lâm sàng rất thấp: ở nhóm dùng DHEA là

2,1% còn nhóm chứng là 7,1%. Như vậy việc sử dụng testosterone cho bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng cho kết quả thai lâm sàng được cải thiện rõ ràng hơn là DHEA.

V. KẾT LUẬN

- Sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Sử dụng testosterone dạng gel bôi ngoài da 21 ngày trước khi kích thích buồng trứng với liều 12,5mg/ngày ở các bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng làm tăng số lượng noãn chọc hút ($4,75 \pm 2,35$ so với $3,66 \pm 1,80$) và số lượng noãn trưởng thành ($3,88 \pm 2,32$ so với $2,98 \pm 1,79$) cũng như số phôi thu được ($3,46 \pm 1,86$ so với $2,50 \pm 1,64$) ở nhóm nghiên cứu nhưng không cải thiện tỷ lệ noãn trưởng thành (81,57% so với 81,42%) và tỷ lệ thai lâm sàng (27,45% so với 15,68%) ở nhóm nghiên cứu một cách có ý nghĩa thống kê.

KIẾN NGHỊ

- Với kết quả ban đầu có thể sử dụng testosterone dạng gel bôi ngoài da trước khi kích thích buồng trứng cho các bệnh nhân giảm dự trữ buồng trứng vì nghiên cứu sơ bộ trên 102 bệnh nhân cho thấy nhóm bệnh nhân dùng testosterone có số noãn và số phôi cao hơn so với nhóm chứng.

- Cần có thêm nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá tỷ lệ có thai cộng dồn ở đối tượng nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Weil S., Vendola K., Zhou J., et al. (1999). Androgen and Follicle-Stimulating Hormone Interactions in Primate Ovarian Follicle Development. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. **84**(8), 2951-2956.
2. Fabregues F., Penarrubia J., Creus M., et al. (2009). Transdermal testosterone may improve ovarian response to gonadotrophins in low-responder IVF patients: a randomized, clinical trial. *Hum Reprod*. **24**(2), 349-59.
3. Kim C.H., Howles C.M., Lee H.A. (2011). The effect of transdermal testosterone gel pretreatment on controlled ovarian stimulation and IVF outcome in low responders. *Fertil Steril*. **95**(2), 679-83.
4. Kim C.-H., Ahn J.-W., Moon J.-W., et al. (2014). Ovarian Features after 2 Weeks, 3 Weeks and 4 Weeks Transdermal Testosterone Gel Treatment and Their Associated Effect on IVF Outcomes in Poor Responders. *Development and Reproduction*. **18**(3), 145-152.
5. Goldstat R., Briganti E., Tran J., et al. (2003). Transdermal testosterone therapy improves well-being, mood, and sexual function in premenopausal women. *Menopause*. **10**(5), 390-8.

6. Balasch J., Fabregues F., Penarrubia J., et al. (2006). Pretreatment with transdermal testosterone may improve ovarian response to gonadotrophins in poor-responder IVF patients with normal basal concentrations of FSH. *Hum Reprod.* **21**(7), 1884-93.
7. Đoàn Thị Hằng, Nguyễn Thị Mai, Quàn Hoàng Lâm (2017). Hiệu quả sử dụng androgel

bôi da trên bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm có đáp ứng buồng trứng kém. *Tạp chí y - dược học quân sự số 4 - 2017.* 69 - 75.

8. Xu B., Li Z., Yue J., et al. (2014). Effect of Dehydroepiandrosterone Administration in Patients with Poor Ovarian Response According to the Bologna Criteria. *PLoS ONE.* **9**(6), e99858.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI DÂN XÃ BIÊN GIỚI QUẢNG TRỰC, HUYỆN TUY ĐỨC, TỈNH ĐẮK NÔNG NĂM 2019

Nguyễn Văn Chuyên¹, Nguyễn Thúy Quỳnh²,
Nguyễn Văn Ba¹, Võ Trí Toại³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình hình ốm đau, sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân biên giới xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2019 và phân tích một số yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phỏng vấn 100 hộ gia đình và 378 người theo bộ phiếu phỏng vấn tại xã Quảng Trục. **Kết quả:** Tỷ lệ người ốm trong vòng 4 tuần trước điều tra là khá cao (31,48%). Tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh là 65,55%, sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại TTYT huyện (39,74%) và TYT xã (43,59%); không sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh là 34,45%. Kết quả nghiên cứu tìm thấy một số yếu tố liên quan sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân gồm: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, trình độ học vấn, mức độ ốm đau, khoảng cách từ nơi ở đến CSYT, phương tiện đi lại, cơ sở hạ tầng của cơ sở y tế, chi phí KCB, thủ tục KCB và có thái độ phục vụ của NVYT. **Kết luận:** Tình trạng người ốm không sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại xã biên giới Quảng Trục tương đối cao. Cần thực hiện các giải pháp tăng cường khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho TYT xã Quảng Trục.

Từ khóa: Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh, xã Quảng Trục.

SUMMARY

SITUATION OF USING MEDICAL SERVICES OF PEOPLE IN QUANG TRUC COMMUNE, TUY DUC DISTRICT, DAK NONG PROVINCE IN 2019

Objective: Describe the situation of illness and using medical services of people in Quang Truc commune, Tuy Duc district, Dak Nong province in 2019 and analyze some factors related to the use of

examination services, Healing. **Subject and method:** Cross - sectional descriptive with 100 families and 378 people in Quang Truc commune. **Results:** The rate of sick people within 4 weeks before the survey is quite high (31.48%). The rate of using health care services is 65.55%, using medical examination and treatment services at district health centers (39.74%) and commune health stations (43.59%); not using medical examination and treatment service is 34.45%. The study results found some factors related to the use of health care services of people, including: age, educational level, degree of illness, distance from place of residence to health facilities, vehicles, infrastructure of health facilities, medical examination and treatment costs, service attitude of medical staff. **Conclusion:** The situation of sick people not using medical examination and treatment services in Quang Truc commune is relatively high. Measures should be taken to improve access to health services and improve the quality of medical examination and treatment for Quang Truc commune health stations.

Key words: Using medical services, Quang Truc commune

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngành Y tế nước ta hiện nay không đơn thuần chỉ là các cơ sở khám chữa bệnh (CSKCB) nhà nước mà còn nhiều thành phần, rất đa dạng về hình thức và nhiều loại hình cung cấp các dịch vụ khám chữa bệnh (KCB).

Tìm hiểu về tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân đã có những nghiên cứu, báo cáo đã được tiến hành như kết quả báo cáo của điều tra cho thấy tỷ lệ các đợt ốm không điều trị của cả nước, phần lớn là hộ dân tộc thiểu số đến 22% cao hơn so với dân tộc kinh (3,4%), lý do không điều trị là do ở xa cơ sở y tế, địa hình khó khăn đi lại hoặc không có tiền trong việc chi phí KCB [5]. Tuy nhiên những báo cáo nghiên cứu này chỉ tiến hành điều tra tình hình chung trong cả nước chưa tiến hành nghiên cứu cụ thể ở những đối tượng người dân là khu vực biên giới, những vùng sinh thái đặc biệt khó

¹Học viện Quân y

²Đại học Y tế công cộng

³Trung tâm Y tế Phù Mỹ, Bình Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chuyên

Email: nguyenvanchuyenk40@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/9/2019

Ngày duyệt bài: 21/9/2019

khăn như xã Quảng Trục. Nơi đây người dân có đặc tính di dân biến động (Người dân di cư một mặt sẽ bị "nhiễm" bệnh của vùng mới tới và mặt khác lại "mang" theo đến vùng mới những bệnh cũ của mình) và chịu tác động thời tiết khắc nghiệt do sự biến đổi khí hậu, nên rất dễ mắc các bệnh, đặc biệt là bệnh truyền nhiễm, bên cạnh đó người dân khu vực này có trình độ dân trí chưa cao, địa hình đi lại phức tạp hiểm trở, phương tiện giao thông khó khăn cho nên không cơ hội được sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh hiện đại, trong khi đó những người dân ở thành thị, nông thôn lại có cuộc sống đầy đủ hơn, thuận lợi hơn trong việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh đầy đủ và có chất lượng. Do đó cần đề cập nghiên cứu để có chiến lược, chính sách đặc biệt quan tâm nhiều hơn đối với người dân xã Quảng Trục. Do vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu "Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân biên giới xã biên giới Quảng Trục-huyện Tuy Đức-tỉnh Đắk Nông năm 2019" với 2 mục tiêu sau:

1. *Mô tả tình hình ốm đau và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân biên giới xã biên giới Quảng Trục-huyện Tuy Đức-tỉnh Đắk Nông năm 2019.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân biên giới xã Quảng Trục-huyện Tuy Đức-tỉnh Đắk Nông năm 2019.*

Đề tài này được tiến hành trên cơ sở của đề tài cấp Quốc gia có mã số TN16/T03, thuộc chương trình Khoa học và công nghệ (KH&CN) phục vụ phát triển kinh tế- xã hội (PT-XH) Tây Nguyên trong liên kết vùng và hội nhập quốc tế giai đoạn 2016-2020 có mã số KHCN-TN/16-20.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC): Chủ hộ gia đình (HGD) hoặc người nắm vững nhất những thông tin về tình hình ốm đau và sử dụng dịch vụ y tế của những người ốm đau trong gia đình tại các thôn biên giới xã Quảng Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

-Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 03/2019 - 7/2019.

-Địa điểm nghiên cứu tại 5 thôn (Bon) xã biên giới Quảng Trục - huyện Tuy Đức - Đắk Nông.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính.

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

$Z_{(1-\alpha/2)}$: độ tin cậy 95% ($Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$), $p=0,265$ (Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắng năm 2017[4] trong khi đó tỷ lệ sử dụng dịch vụ là 26,5%).

$n= 299$ người (làm tròn 300). Căn cứ quy mô HGD tại xã Quảng Trục là 3,5 người/hộ (Dân số 9.189 người, số hộ 2.649 hộ). Cỡ mẫu cần điều tra là $300/3,5 = 86$ hộ, để tránh sai số công thêm 10% số hộ, số hộ gia đình là 94 hộ (làm tròn 100 hộ). Vậy tổng số hộ cần điều tra là: 100 hộ gia đình

2.4. Phương pháp chọn mẫu: Theo phương pháp ngẫu nhiên phân tầng

Bước 1: Lập danh sách HGD theo thành phần dân tộc của 5 thôn biên giới cần điều tra.

Bước 2: Tính hộ gia đình cần điều tra theo tỷ lệ thành phần dân tộc.

Theo thống kê tỷ lệ dân tộc Kinh chiếm 56,44%; dân tộc M'Nông chiếm 28,66%; dân tộc thiểu số khác 14,9% [1] nên ta có tỷ lệ phần trăm theo cỡ mẫu điều tra cho từng thành phần dân tộc như sau: số hộ dân tộc Kinh 56 hộ, số hộ dân tộc M'Nông 29 hộ, số hộ dân tộc thiểu số khác 15 hộ. Tổng hộ điều tra 100 hộ.

Bước 3: - Lập danh sách và đánh số thứ tự toàn bộ các hộ gia đình theo thành phần dân tộc trong 5 thôn đã được chọn vào nghiên cứu.

- Tính khoảng cách k cho từng thành phần dân tộc $k = \text{tổng số hộ theo thành phần dân tộc/số mẫu được nghiên cứu (100 hộ)}$.

- Chọn một số ngẫu nhiên n_1 từ bảng ngẫu nhiên với điều kiện $0 < n_1 < k$ tương ứng với hộ gia đình được chọn.

- Chọn người dân tiếp theo bằng cách cộng khoảng cách k cho đến khi lấy đủ số mẫu thì dừng.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

***Công cụ thu thập số liệu.** Thu thập số liệu được tiến hành dựa trên bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn dựa trên mục tiêu nghiên cứu

*Quy trình thu thập số liệu

Bước 1: Tuyển và tập huấn điều tra viên (ĐTV). ĐTV là cán bộ y tế tại TYTX hiểu biết và thông thạo về tiếng dân tộc của địa phương và học viên tham gia nghiên cứu để tập huấn về phương pháp điều tra và thực hành điều tra thử trước khi triển khai thu thập thông tin.

Bước 2: Thu thập số liệu.

- ĐTV liên hệ người dẫn đường (thường là cán bộ y tế thôn bản của các Bon) trình bày mục đích và quy trình làm việc.

- ĐTV tiếp cận với các HGD được lựa chọn và chọn chủ hộ (Đối với người Kinh, Tày là người chồng là chủ hộ, người M'Nông là người vợ là

chủ hộ do mang tính mẫu hệ) là người nắm rõ nhất thông tin về ĐTNCT trong hộ, có thể là một hoặc cùng lúc nhiều người theo sự hướng dẫn của cán bộ y tế thôn bản.

- ĐTV tiến hành chào hỏi, giới thiệu về nội dung và xin sự đồng ý tham gia nghiên cứu của đối tượng. Thời gian trung bình cho thu thập số liệu là khoảng 30 phút đối với mỗi phiếu điều tra hộ gia đình.

- Kết thúc mỗi buổi phỏng vấn điều tra, thu thập số liệu, ĐTV kiểm tra thông tin trên phiếu đã phỏng vấn để xác định lỗi và sửa lỗi trước khi

nộp phiếu cho giám sát viên (GSV)

Bước 3: Giám sát điều tra viên trong quá trình điều tra

2.6. Phương pháp phân tích số liệu

- Mã hóa thông tin trước khi nhập liệu bằng Epidata và xử lý bằng SPSS để thực hiện các phân tích số liệu.

- Phân tích số liệu:

+ Thống kê mô tả: Mô tả tần số và tỷ lệ.

+ Thống kê phân tích: Kiểm định các mối tương quan được sử dụng là (χ^2), OR (CI95%), p để phiên giải và nhận định kết quả nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng ốm đau và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân xã biên giới Quảng Trục

3.1.1. Tình hình ốm đau trong 4 tuần trước điều tra

Bảng 3.1. Tình hình ốm đau trong vòng 4 tuần trước điều tra của người dân xã Quảng Trục

Chỉ số nghiên cứu		Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
Tỷ lệ người ốm (n=378)	Không mắc bệnh	119	38,48
	Có mắc bệnh	259	68,52
Tỷ lệ HGD có người mắc bệnh (n=100)	Số hộ có người ốm trong vòng 4 tuần	73	73
	Số hộ không có người ốm trong vòng 4 tuần	27	27
Số người mắc bệnh trong hộ gia đình (n=73)	1 người	39	53,42
	2 người	26	35,62
	≥ 3 người	8	10,96
Mức độ ốm (n=119)	Nhẹ	40	33,61
	Vừa	37	31,00
	Nặng	29	24,37
	Không biết	13	10,92

Tiến hành điều tra ở 100 HGD với tổng số đối tượng điều tra là 378 người trong đó người mắc bệnh 119/378 người chiếm 38,48% và tỷ lệ người không mắc bệnh là 259/378 người chiếm 68,52%.

Trong tổng số 100 HGD được chọn nghiên cứu thì trong khi đó đã tới 73/100 hộ gia đình có người ốm trong vòng 4 tuần chiếm tỷ lệ 73%. Cao gấp đôi với hộ gia đình không có người ốm đau.

Trong 73 hộ gia đình có người ốm trong vòng 4 tuần thì hộ gia đình có ít nhất 1 người ốm chiếm 53,42% cao nhất, lần lượt đến có 2 người ốm (35,62%), ≥ 3 người chiếm tỷ lệ thấp nhất là 10,96%.

Trong 119 người ốm đau trong khi đó ốm đau ở mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất là 33,61%, mức độ vừa chiếm tỷ lệ 31,09%, mức nặng chiếm 24,37% và không biết đánh giá được mức độ bệnh chiếm 10,91%.

3.1.2. Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người ốm đau trong 4 tuần qua

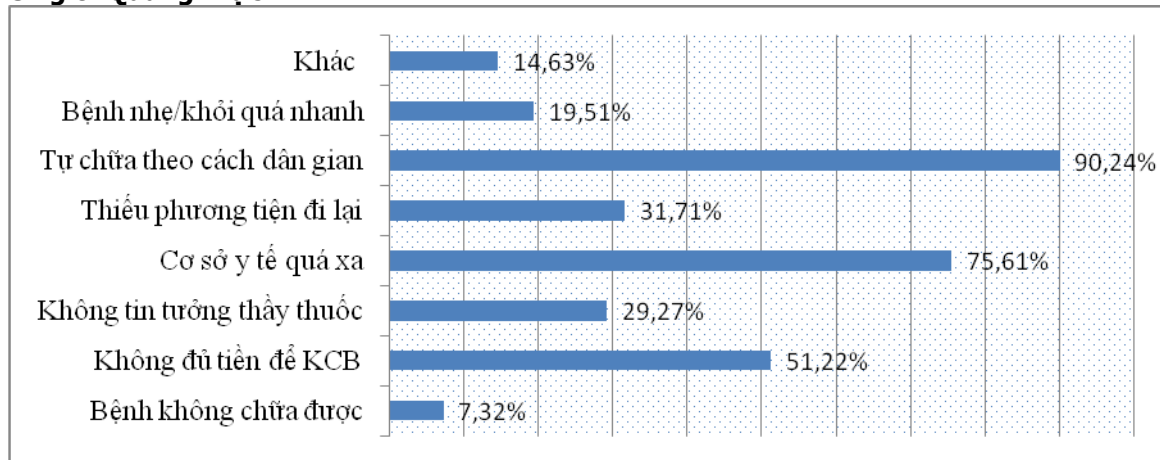
Bảng 3.2. Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người ốm đau trong

lần gần đây nhất

Cơ sở y tế	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tự điều trị	1	1,28
Hiệu thuốc	3	3,85
Thầy thuốc tư	1	1,28
Làng Y	5	6,41
Trạm Y tế xã	34	43,59
Trung tâm Y tế huyện	31	39,74
Bệnh viện tuyến trên	2	2,56
Khác	1	1,28
Tổng cộng	78	100

Trong 119 đối tượng mắc bệnh ốm đau gần đây nhất có 78/119 người ốm đau có sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh chiếm tỷ lệ 65,55% cao hơn số người không sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh khi bị ốm đau là 41/119 người ốm đau có tỷ lệ 34,45%. Khi bị ốm đau người dân chủ yếu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh là TYT xã (43,59%) và TTYT huyện (39,74%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ người dân đến làng y khi bị ốm chiếm 6,41% và 1,28% tự điều trị tại nhà.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân xã biên giới Quảng Trục



Biểu đồ 3.1. Lý do mà người dân không sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh khi bị ốm đau gần đây nhất

Các lý do đề cập nhiều nhất không sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh đó là tự chữa theo cách dân gian (90,24%).

Bảng 3.3. Phân tích một số yếu tố cá nhân liên quan đến sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân xã biên giới Quảng Trục

Yếu tố xét mối liên quan		SDDVKCB		Tổng n (%)	OR (CI 95%)	p
		Không n (%)	Có n(%)			
Giới tính	Nam	27 (41,54)	38 (58,46)	65 (54,62)	2,03 (0,93 – 4,44)	> 0,05
	Nữ	14 (25,93)	40 (74,07)	54 (45,38)		
Dân tộc	Dân tộc khác	32b(85,48%)	25 (14,52%)	57 (48,90)	7,54 (3,13–18,16)	< 0,05
	Dân tộc Kinh	9 (14,52)	53 (85,48)	62 (52,10)		
Trình độ học vấn	Học vấn ≤ cấp III	32 (42,11)	44 (57,89)	76 (63,87)	2,75 (1,16–6,52)	< 0,05
	Trên cấp III	19 (20,93)	34 (79,07)	43 (36,13)		
Thành phần kinh tế hộ gia đình	Nghèo, trung bình	37 (47,44)	41 (52,56)	78 (65,55)	8,35 (2,71–25,67)	< 0,05
	Giàu	4 (9,76)	37 (90,24)	41 (34,45)		
Mức độ ốm đau	Ốm nhẹ, vừa	35 (41,67)	49 (58,33)	84 (70,59)	3,45 (1,30 – 9,20)	< 0,05
	Ốm nặng	6 (17,14)	29 (82,86)	35 (29,41)		
Khoảng cách đi lại	Nhà cách trạm y tế >30 km	25 (48,08)	27 (51,92)	52 (43,70)	2,95 (1,35 – 6,45)	< 0,05
	Nhà cách trạm y tế ≤30 km	16 (23,88)	51 (76,12)	67 (56,30)		
Phương tiện đi lại của người dân	Đi bộ, xe đạp	30 (37,04)	51 (62,96)	81 (68,07)	2,58 (1,05 – 6,32)	< 0,05
	Xe máy	11 (28,95)	27 (71,05)	38 (31,93)		

Tìm thấy mối liên quan giữa giới tính và mức độ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân. Nữ giới hay sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh khi ốm đau cao hơn 2,03 lần nam giới (OR = 2,03), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Có mối liên quan giữa TPĐT với mức độ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại CSYT của người dân. Những người dân tộc kinh tại Quảng Trục

hay sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ốm đau cao hơn các dân tộc khác 7,54 lần (OR = 7,54), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Có mối liên quan giữa trình độ học vấn và mức độ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại CSYT của người dân. Những người có trình độ học vấn trên cấp III hay sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh khi ốm cao gấp 2,75 lần những người có

trình độ dưới cấp III (OR = 2,75), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Có mối liên quan việc mức độ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại CSYT và thành phần kinh tế hộ gia đình của người dân. Người giàu khi bị ốm hay sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh cao hơn 8,35 lần người nghèo và trung bình (OR = 8,35), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Có mối liên quan giữa mức độ ốm đau và mức độ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân. Những người có mức độ nặng hay sử

dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại CSYT cao gấp 3,45 lần những người ốm nhẹ và vừa (OR = 3,45), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Có mối liên quan giữa khoảng cách và mức độ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân. Những người có nhà cách TYT ≤ 30 km hay sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại TYT cao gấp 2,95 lần những người có nhà cách TYT > 30 km (OR = 2,95), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Phân tích một số yếu tố của cơ sở y tế liên quan đến sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân xã biên giới Quang Trục

Yếu tố xét mối liên quan		SDDVKCB		Tổng n (%)	OR (CI 95%)	P
		Không n (%)	Có n (%)			
Cơ sở hạ tầng của cơ sở y tế	Bình thường hoặc xuống cấp	34 (48,57)	36 (51,43)	70 (58,82)	5,67 (2,24 – 14,32)	< 0,05
	Tốt, sạch đẹp	7 (14,29)	42 (85,71)	49 (41,18)		
Chi phí KCB	Đắt, bình thường	32 (44,44)	40 (55,56)	72 (60,50)	3,38 (1,43 – 8,00)	< 0,05
	Rẻ	9 (19,15)	38 (80,85)	47 (39,50)		
Thủ tục KCB	Phức tạp	25 (41,67)	35 (58,33)	60 (50,42)	1,92 (0,89-4,15)	< 0,05
	Đơn giản	16 (27,12)	43 (72,88)	59 (49,58)		
Thái độ phục vụ của NVYT	Không tốt	24 (42,11)	33 (57,89)	57 (47,90)	3,03 (1,47 – 7,40)	< 0,05
	Tốt, chu đáo	17 (27,42)	45 (72,58)	62 (52,10)		

Có mối liên quan giữa phương tiện đi lại và mức độ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân. Những người có phương tiện đi lại là xe máy hay sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại TYTX cao gấp 2,58 lần những người đi bộ hay sử dụng xe đạp để đi lại (OR = 2,58), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Có mối liên quan giữa mức độ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh với cơ sở hạ tầng của nơi KCB. Mức độ thường xuyên sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân có cơ sở hạ tầng được đánh giá tốt, sạch đẹp cao gấp 5,67 lần những cơ sở có cơ sở hạ tầng xuống cấp (OR = 5,67), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Có mối liên quan giữa chi phí khám chữa bệnh và mức độ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân. Mức độ thường xuyên sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh cao gấp 3,88 lần ở nhóm đánh giá chi phí khám chữa bệnh của cơ sở y tế rẻ (OR = 3,88), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Có mối liên quan giữa thủ tục hành chính với lựa chọn KCB của người dân. Mức độ thường xuyên lựa chọn dịch vụ khám chữa bệnh khi bị ốm của người dân tại các cơ sở y tế có thủ tục hành chính đơn giản cao gấp 1,92 so với các cơ sở y tế có thủ tục hành chính KCB phức tạp (OR = 1,92), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy, có mối liên quan giữa mức độ sử dụng dịch vụ khám chữa

bệnh tại CSYT với thái độ phục vụ của NVYT. Mức độ thường xuyên sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh khi bị ốm của người dân tại các cơ sở y tế có nhân viên y tế có thái độ tốt, chu đáo cao gấp 3,03 so với các cơ sở y tế có nhân viên y tế có thái độ không tốt (OR = 3,03), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng ốm đau và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân các thôn biên giới xã Quang Trục, huyện Tuy Đức, tỉnh Đắk Nông năm 2019

4.1.1. Tình hình ốm đau trong 4 tuần qua. Nghiên cứu được tiến hành điều tra 100 hộ gia đình với tổng số đối tượng điều tra có 378 người có 119 người ốm trong 4 tuần trước điều tra có tỷ lệ 38,48% và tỷ lệ người không mắc bệnh là 68,52%. Tỷ lệ mắc bệnh này cao hay thấp phụ thuộc vào tình hình dịch bệnh xảy ra trong vòng 4 tuần trước điều tra của địa phương. Tuy nhiên vào tháng 7 là thời điểm điều tra mà tình hình ốm đau trong vòng 4 tuần trước điều tra (tháng 6) là tháng nóng nắng và cần chú ý vào báo cáo về bệnh truyền nhiễm theo thông tư 48 của TYTX Quang Trục thì vào thời điểm này tình hình dịch bệnh của địa phương ổn định. Trong 100 hộ điều tra thì tỷ lệ hộ gia đình có người ốm chiếm tỷ lệ rất cao là 73%, hộ không có người ốm chiếm 27%, có nghĩa là cứ 10 hộ

đã có 7 hộ có người ốm trong vòng 4 tuần. Tỷ lệ nam và nữ có tỷ lệ mắc bệnh trong vòng 4 tuần trước điều tra nam (54,62%) so với hơn nữ (45,38%). Đối với thành phần dân tộc mắc bệnh có tỷ lệ thuận với thành phần dân tộc chung của đối tượng điều tra. Tỷ lệ mắc bệnh chủ yếu tập trung ở cộng đồng dân tộc kinh (52,10%) là cao nhất đây cũng là thành phần chủ yếu của các đối tượng được điều tra, dân tộc M'ông (31,09%) và cuối cùng là các dân tộc thiểu số khác (16,81%). Nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là nhóm tuổi dưới 6 tuổi (24,37%) và nhóm trên 60 tuổi (22,69%), còn nhóm 7-18 tuổi (20,17%), nhóm 40-49 tuổi (14,29%).

Tỷ lệ phân bố lần lượt là nhóm bệnh hô hấp xảy ra cao nhất chiếm 39,76%, bệnh tiêu hóa 19,28%. Bệnh viêm phế quản mãn là bệnh cao nhất (29,03%), tiếp theo là bệnh xương khớp và dạ dày chiếm 12,9% còn các nhóm bệnh khác như Gan mật, đại tràng, thần kinh, nội tiết,... chiếm tỷ lệ dưới 10%. Nhóm bệnh xương khớp và dạ dày chiếm tỷ lệ cao (7,36% và 10,08%). Tỷ lệ phải điều trị thấp hơn là các bệnh thận, tiết niệu và ngoài da (6,40% và 5,81%). Các bệnh khác có tỷ lệ phải điều trị thấp hơn, ví dụ các bệnh tim mạch, bệnh gan mật (từ 0,58 đến 2,33%)[2].

4.1.2. Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người ốm trong vòng 4 tuần trước điều tra. Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân biên giới cũng khá cao chiếm tỷ lệ 65,55% tỷ lệ này cao hơn so với Ngô Văn Toàn điều tra tại 1 huyện miền núi phía Bắc thì tỷ lệ này chỉ chiếm 30% [8]. Không sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại CSYT chiếm tỷ lệ 34,45% trong khi đó Nguyễn Đình Dự (2007) và Nguyễn Khánh Phương (2011) lần lượt chỉ là 3,5% và 2,2%. Đa số người dân sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh cao là do dân khu vực này bảo phủ bảo hiểm y tế toàn dân nên người dân có bảo hiểm sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh không bị tốn kém và không ảnh hưởng đến tài chính gia đình.

Đối với nữ giới có sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh khi bị ốm đau cao hơn nam giới (51,28% > 48,72%). Mặc dù tỷ lệ ốm đau của giới nam cao hơn giới nữ (nam giới 54,62%, nữ giới 45,38%) điều này cho thấy nữ giới có sự quan tâm về sức khỏe hơn, bên cạnh đó nữ giới có tâm lý nhạy cảm, lo lắng về bệnh và thời gian rảnh rỗi (vì nam giới khu vực biên giới này chủ yếu đi làm rẫy xa nhà) nên có điều kiện về thời gian hơn khi ốm đau sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh.

Về thành phần dân tộc có sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh thì cộng đồng dân tộc người

kinh cao nhất (52,10%) so với các thành phần dân tộc khác như M'ông chiếm 31,09%, dân tộc thiểu số khác (Nùng, Tày, Thái, Cao Lan...) chiếm 16,81%. Kết quả này thấp hơn với kết quả thống kê của Bộ Y tế năm 2013, tỷ lệ ốm các hộ dân tộc thiểu số có sử dụng dịch vụ KCB chiếm 78%, không sử dụng dịch vụ KCB 22%, đối với dân tộc kinh có sử dụng dịch vụ KCB chiếm 96,6% và không sử dụng dịch vụ KCB chiếm tỷ lệ 3,4% [7]. Với tỷ lệ này thì việc người kinh có sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh cao hơn so với các thành phần dân tộc khác do nhiều nguyên nhân, trong đó như: Trình độ dân trí, sự nhận thức của người kinh cao hơn, đối tượng điều tra thì cộng đồng người kinh cũng chiếm tỷ lệ cao, điều kiện kinh tế của người kinh cũng cao hơn so với các thành phần dân tộc khác.... cho nên có điều kiện cho việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh khi ốm đau là điều tất nhiên.

Sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại CSYT: TYTX và TTYT huyện là những lựa chọn khá cao của dịch vụ KCB người dân khi ốm đau lần lượt chiếm tỷ lệ 43,59% và 39,74%. Đối với bệnh viện tuyến trên chỉ chiếm 2,51%. So với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Dự điều tra tại huyện Vị Xuyên, tỉnh Hà Giang cho thấy tỷ lệ người bệnh khám chữa bệnh tại TYT xã là 53,5%, cao hơn nghiên cứu này (43,59%), bệnh viện tuyến huyện 23,2% thấp hơn (39,74%) và bệnh viện tuyến trên 14,5% cao hơn 2,51% [3]. Cũng theo kết quả một nghiên cứu khác tại huyện Như Xuân, tỉnh Thanh Hóa thì tỷ lệ người ốm trong vòng 4 tuần trước thời điểm điều tra sử dụng KCB tại TYT xã (52,9%), BV huyện (24,8%), BV tuyến trên (11,4%) [6] các lựa chọn sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh điều cao hơn so với kết quả điều tra. So sánh với những kết quả nghiên cứu trên người dân khu vực biên giới này việc lựa chọn đối với bệnh viện tuyến trên rất thấp còn đối với TYT xã và bệnh viện tuyến huyện có có lệ đối. Việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại CSYT cũng có nhiều lý do lựa chọn khi bị ốm đau, tuy nhiên qua thảo luận nhóm cũng đưa ra việc lựa chọn TYT để khám chữa bệnh là do khoảng cách từ nơi ở đến TYT gần, tới TYT xin thuốc nhanh và nhà có bảo hiểm nhà nước cấp.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại CSYT của người dân biên giới khi bị ốm đau. Nghiên cứu đã tìm ra các mối liên quan về: Giới tính, thành phần dân tộc, trình độ học vấn, thành phần kinh tế, mức độ ốm đau, khoảng cách, phương tiện đi lại, cơ sở hạ tầng, chi phí khám chữa

bệnh, thủ tục KCB và thái độ phục vụ của nhân viên y tế với việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người ốm trong vòng 4 tuần trước điều tra.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người ốm trong vòng 4 tuần trước điều tra là khá cao (31,48%), trong đó: ốm nhẹ 33,6%, ốm vừa 31,09%, ốm nặng 24,37%. Tỷ lệ sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh là 65,55%, sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại TTYT huyện (39,74%) và TYT xã (43,59%); không sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh là 34,45%.

Kết quả nghiên cứu tìm thấy một số yếu tố liên quan sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân gồm: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, trình độ học vấn, mức độ ốm đau, khoảng cách từ nơi ở đến CSYT, phương tiện đi lại, cơ sở hạ tầng của cơ sở y tế, chi phí KCB, thủ tục KCB và có thái độ phục vụ của NVYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UBND xã Quảng Trục (2017)**, "Báo cáo về kinh tế, văn hóa, xã hội, quốc phòng, an ninh năm 2017 và kế hoạch năm 2018".

2. **Nguyễn Minh Hưng (2019)**, Nghiên cứu một số đặc điểm cơ cấu bệnh, khả năng đáp ứng hoạt động chăm sóc sức khỏe của các trạm y tế xã biên giới Tây Nguyên và giải pháp can thiệp, Luận án Tiến sĩ.
3. **Nguyễn Đình Dự (2007)**, "Mô tả sự tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế của người dân huyện Vĩ Xuyên tỉnh Hà Giang năm 2007", Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường đại học y tế công cộng Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Thắng (2017)**, "Thực trạng và yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt trong sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở một số tỉnh thuộc các vùng kinh tế xã hội Việt Nam năm 2015", Luận án tiến sĩ Y tế Công cộng, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương.
5. **Bộ Y tế (2003)**, "Báo cáo kết quả Điều tra y tế quốc gia năm 2001-2002", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Trần Đăng Khoa (2013)**, "Thực trạng và kết quả một số giải pháp can thiệp tăng cường tiếp cận, sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh y tế công lập tại huyện Như Xuân, tỉnh Thanh Hóa năm 2009-2011", Luận án Tiến sĩ Y tế Công cộng, Trường đại học Y tế Công cộng.
7. **Bộ Y tế & Tổng cục Thống kê (2013)**, "Báo cáo kết quả Điều tra y tế quốc gia năm 2001-2002", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. **Ngo V. T. & et al (2002)**, "Public health services use in a mountainous area, Vietnam: implications for health policy", Scand J Public Health, số 30, tr. 86-93.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH BẰNG PHẪU THUẬT CẮT GIẢM THỂ TÍCH PHỔI

Lê Minh Phong*, Nguyễn Trường Giang*
Tạ Bá Thắng*, Tống Đức Minh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) bằng phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi. **Đối tượng và phương pháp:** Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc. Đối tượng: 31 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định BPTNMT có khí phế thũng (KPT) nặng được điều trị tại khoa Ngoại Lồng ngực, bệnh viện Quân y 103 từ năm 2013 đến 2018. **Kết quả:** Điểm CAT giảm có ý nghĩa tại thời điểm sau phẫu thuật 1, 3 và 6 tháng so với trước điều trị ($19,00 \pm 6,06$), lần lượt là $17,03 \pm 5,82$; $14,71 \pm 5,20$; $13,13 \pm 4,52$ điểm. Giảm điểm mMRC ở thời điểm 1, 3 và 6 tháng ($1,84 \pm 1,21$; $1,39 \pm 0,88$; $0,81 \pm 0,75$) đáng kể so với trước điều trị ($2,35 \pm 0,98$). Tăng quãng đường đi bộ 6 phút từ $293,90 \pm 70,79$ (m) trước điều trị lên $356,48 \pm 66,41$ (m) sau phẫu thuật 6 tháng. Giảm điểm KPT từ $2,67 \pm 0,83$ điểm, trước điều trị còn $1,61 \pm 0,54$ điểm, sau phẫu thuật 1 tháng. Cải thiện rõ rệt các thông số hô hấp

sau phẫu thuật so với trước điều trị. VC tăng từ $87,90 \pm 21,91\%$ SLT lên $98,42 \pm 10,27\%$ SLT sau 6 tháng phẫu thuật. FVC tăng từ $85,77 \pm 20,00\%$ SLT lên $97,90 \pm 10,47\%$ SLT sau 6 tháng phẫu thuật. FEV1 tăng từ $52,00 \pm 18,71\%$ SLT lên $63,84 \pm 16,50\%$ SLT sau 6 tháng phẫu thuật. **Kết luận:** Điểm CAT, mMRC giảm và quãng đường đi bộ 6 phút tăng có ý nghĩa tại thời điểm sau phẫu thuật 1, 3 và 6 tháng so với trước điều trị. Giảm điểm KPT sau phẫu thuật 1 tháng, giảm tỷ lệ khí phế thũng mức độ nặng (độ 3) và rất nặng (độ 4). Cải thiện rõ rệt các thông số hô hấp như VC, FVC và FEV1 sau phẫu thuật so với trước điều trị.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi (LVRS).

SUMMARY

THE RESULT OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE UNDERGOING LUNG VOLUME REDUCTION SURGERY

Objective: Evaluating the results of treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) undergoing lung volume reduction surgery. **Object and method:** Method: Prospective research, vertical monitoring. Objects: 31 patients, who were exactly diagnosed with chronic obstructive pulmonary

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Phong

Email: drminhphong@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 23/8/2019

Ngày duyệt bài: 19/9/2019

disease with severe emphysema, treated in the Department of Thoracic Surgery, 103 Military Hospital from 2013 to 2018. **Results:** CAT scores were significantly reduced at the time after surgery 1, 3 and 6 months compared to before treatment (19.00 ± 6.06), 17.03 ± 5.82 ; 14.71 ± 5.20 ; 13.13 ± 4.52 points respectively. Reduced mMRC score at 1, 3 and 6 months (1.84 ± 1.21 ; 1.39 ± 0.88 ; 0.81 ± 0.75) significantly compared to before treatment (2.35 ± 0.98). Increased the 6-minute walking distance from 293.90 ± 70.79 (m) before treatment to 356.48 ± 66.41 (m) after 6 months of surgery. Reducing emphysema score from 2.67 ± 0.83 points (before treatment) to 1.61 ± 0.54 points, 1 month after surgery. Having a significantly improvement of respiratory parameters after surgery compared to before treatment. VC increased from $87.90 \pm 21.91\%$ predicted to $98.42 \pm 10.27\%$ predicted after 6 months of surgery. FVC grew from $85.77 \pm 20.00\%$ predicted to $97.90 \pm 10.47\%$ predicted after 6 months of surgery. FEV1 went up from $52.00 \pm 18.71\%$ predicted to $63.84 \pm 16.50\%$ predicted after 6 months of surgery. **Conclusion:** CAT, mMRC and 6-minute walking distance were significantly increased at the time after surgery 1, 3 and 6 months compared to before treatment. Reduced KPT score after 1 month surgery and having a reduction of the rate of severe emphysema (degree 3) and very severe emphysema (degree 4). Respiratory parameters increased significantly, such as VC, FVC and FEV1 after surgery compared to before treatment.

Key words: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), lung volume reduction surgery (LVRS).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một vấn đề sức khỏe toàn cầu với tỷ lệ tử vong cao. Theo báo cáo của GOLD (2019), cho thấy COPD hiện đang đứng thứ 4 trong số các nguyên nhân gây tử vong trên toàn thế giới, ước tính đến năm 2020 sẽ xếp thứ 3 trong số các nguyên nhân này. Riêng năm 2012, đã có trên 3 triệu người chết do COPD, chiếm 6% tổng số ca tử vong trên toàn cầu.

Điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chủ yếu vẫn là nội khoa bao gồm: từ bỏ thuốc lá, thở oxy hỗ trợ, thuốc giãn phế quản và tập phục hồi chức năng hô hấp. Bên cạnh đó thực hiện điều trị giảm thể tích phổi ở bệnh nhân BPTNMT có khí phế thũng nặng mang lại hiệu quả tốt. Nguyên lý của điều trị giảm thể tích phổi là làm giảm sự không tương xứng giữa lồng ngực và thể tích phổi. Từ đó giúp cho bệnh nhân cải thiện dòng khí lưu thông, hoạt động tương ứng giữa cơ hô hấp và phần nhu mô phổi còn lại, dẫn đến cải thiện triệu chứng, giảm số đợt bùng phát và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân BPTNMT. Trong đó, phẫu thuật cắt giảm

thể tích phổi là 1 trong 2 nhóm phương pháp chủ yếu điều trị giảm thể tích phổi. Phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi (Lung Volume Reduction Surgery) là phương pháp phẫu thuật tiến hành cắt bỏ phần phổi khí phế thũng, làm tăng độ đàn hồi cho phần phổi ít tổn thương, nhằm cải thiện chức năng, giảm các triệu chứng khó thở, tăng khả năng vận động của các bệnh nhân. Tuy được đánh giá là phương pháp thực hiện có hiệu quả trong điều trị giảm thể tích phổi, nhưng tại Việt Nam, những nghiên cứu và thực hiện phương pháp này còn chưa nhiều, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Đánh giá kết quả điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bằng phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 31 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định BPTNMT có khí phế thũng (KPT) nặng được điều trị tại khoa Ngoại Lồng ngực, bệnh viện Quân y 103 từ năm 2013 đến 2018.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Ngoại Lồng ngực, bệnh viện Quân y 103 từ năm 2013 đến 2018.

2.3. Thời gian nghiên cứu: 2013 – 2018.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc.

2.5. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

2.5.1. Phương pháp chọn mẫu

- Chọn mẫu nghiên cứu: Từ 31 BN BPTNMT có KPT nặng có chỉ định phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi. Các BN và người nhà tự nguyện ký đơn tham gia nghiên cứu, cấp phiếu hẹn và lưu số điện thoại của gia đình và BN để liên lạc trong quá trình nghiên cứu.

2.5.2. Nội dung và các chỉ số nghiên cứu:

- Đánh giá thay đổi lâm sàng sau phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi và so sánh với trước phẫu thuật: Thay đổi điểm CAT, khoảng cách đi bộ 6 phút và điểm mMRC.

- Đánh giá sự thay đổi hình ảnh KPT theo điểm và mức độ KPT trên phim cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực.

- Đánh giá sự thay đổi CNHH sau phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi và so sánh với trước phẫu thuật: Thay đổi các thông số thông khí phổi: VC, FEV1, và FVC.

2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Thay đổi CAT, mMRC, Test 6 phút sau 1 tháng phẫu thuật

Chỉ tiêu	Trước điều trị	Sau 1 tháng	p
CAT ($\bar{X} \pm SD$)	19,00 $\pm$ 6,06	17,03 $\pm$ 5,82	<0,001
Thay đổi so với trước điều trị		- 1,97 $\pm$ 1,56	
mMRC ($\bar{X} \pm SD$)	2,35 $\pm$ 0,98	1,84 $\pm$ 1,21	<0,05
Thay đổi so với trước điều trị		- 0,52 $\pm$ 1,26	
Quãng đường đi bộ trong 6 phút ($\bar{X} \pm SD$)(mét)	293,90 $\pm$ 70,79	314,00 $\pm$ 72,24	<0,001
Thay đổi so với trước điều trị		20,10 $\pm$ 39,84	

Nhận xét: Có sự giảm có ý nghĩa thống kê về các thông số CAT, mMRC và quãng đường đi bộ 6 phút giữa sau 1 tháng điều trị bằng phẫu thuật giảm thể tích phổi với trước điều trị.

Bảng 3.2. Thay đổi CAT, mMRC, Test 6 phút sau phẫu thuật

Chỉ tiêu	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng	p
CAT ($\bar{X} \pm SD$)	17,03 $\pm$ 5,82	14,71 $\pm$ 5,20	13,13 $\pm$ 4,52	p1-3<0,001
Thay đổi		- 2,32 $\pm$ 1,25	- 3,90 $\pm$ 1,68	p1-6<0,001
mMRC ($\bar{X} \pm SD$)	1,84 $\pm$ 1,21	1,39 $\pm$ 0,88	0,81 $\pm$ 0,75	p1-3<0,05
Thay đổi		- 0,45 $\pm$ 0,99	- 1,03 $\pm$ 1,14	p1-6<0,05
Quãng đường đi bộ trong 6 phút ($\bar{X} \pm SD$)(mét)	314,00 $\pm$ 72,24	330,74 $\pm$ 67,84	356,48 $\pm$ 66,41	p1-3<0,001
Thay đổi		16,74 $\pm$ 17,53	42,48 $\pm$ 20,92	p1-6<0,001

Nhận xét: Giảm điểm CAT, mMRC và tăng quãng đường đi bộ trong 6 phút ở thời điểm sau 3 và sau 6 tháng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng.

Bảng 3.3. Thay đổi điểm và mức độ khí phế thũng sau phẫu thuật 1 tháng so với trước điều trị

Đặc điểm KPT	Trước điều trị	Sau 1 tháng	p
Điểm KPT ($\bar{X} \pm SD$)	2,67 $\pm$ 0,83	1,61 $\pm$ 0,54	<0,001
Thay đổi so với trước điều trị		- 1,06 $\pm$ 0,44	
Độ 2	5 (16,13)	20 (64,52)	<0,001
Độ 3	12 (38,71)	11 (35,48)	
Độ 4	14 (45,16)	0 (0,00)	

Nhận xét: Điểm KPT sau phẫu thuật 1 tháng đã giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị, p<0,001. Sự thay đổi về độ khí phế thũng giữa trước điều trị và sau 1 tháng cũng có ý nghĩa thống kê. Độ 4 đã không còn trường hợp nào sau 1 tháng phẫu thuật.

Bảng 3.4. Thay đổi các thông số thông khí phổi sau 1 tháng phẫu thuật

Thông số ($\bar{X} \pm SD$) (%SLT)	Trước điều trị	Sau 1 tháng	p
VC	87,90 $\pm$ 21,91	93,35 $\pm$ 19,15	<0,001
Thay đổi so với trước điều trị		5,45 $\pm$ 14,85	
FVC	85,77 $\pm$ 20,00	88,55 $\pm$ 15,95	<0,01
Thay đổi so với trước điều trị		2,77 $\pm$ 17,10	
FEV1	52,00 $\pm$ 18,71	56,94 $\pm$ 18,94	<0,001
Thay đổi so với trước điều trị		4,94 $\pm$ 14,49	

Nhận xét: Tại thời điểm theo dõi 1 tháng các thông số chức năng hô hấp đã cho thấy có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê; VC, tăng từ 87,90 $\pm$ 21,91 %SLT trước điều trị lên 93,35 $\pm$ 19,15 %SLT sau 1 tháng; FVC, tăng từ 85,77 $\pm$ 20,00 %SLT trước điều trị lên 88,55 $\pm$ 15,95 %SLT sau 1 tháng; FEV1, tăng từ 52,00 $\pm$ 18,71 %SLT trước điều trị lên 56,94 $\pm$ 18,94 %SLT sau 1 tháng.

Bảng 3.5. Thay đổi các thông số thông khí phổi sau phẫu thuật

Thông số ($\bar{X} \pm SD$) (%SLT)	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng	p
VC	93,35 $\pm$ 19,15	97,23 $\pm$ 20,06	98,42 $\pm$ 10,27	p1-3<0,001
Thay đổi		3,87 $\pm$ 10,99	5,06 $\pm$ 12,57	p1-6<0,001
FVC	88,55 $\pm$ 15,95	94,90 $\pm$ 16,58	97,90 $\pm$ 10,47	p1-3<0,001
Thay đổi		6,35 $\pm$ 9,14	9,35 $\pm$ 8,96	p1-6<0,05
FEV1	56,94 $\pm$ 18,94	60,42 $\pm$ 17,36	63,84 $\pm$ 16,50	p1-3<0,001
Thay đổi		3,48 $\pm$ 9,81	6,90 $\pm$ 9,78	p1-6<0,001

Nhận xét: Ở nhóm phẫu thuật, sự cải thiện VC, FVC, FEV1 so với trước mổ ở thời điểm 3 và 6 tháng là đáng kể (p < 0,05) so với thời điểm 1 tháng.

IV. BÀN LUẬN

- Kết quả sau 1, 3, 6 tháng về các thông số, điểm CAT đã thấy giảm rõ so với trước phẫu thuật (bảng 3.1 và 3.2), kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Weder, W. và CS (2009) về phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi ở BN khí phế thũng đồng nhất nhận thấy có sự cải thiện mức độ khó thở, điểm mMRC và quãng đường đi bộ trong 6 phút. Ciccone, A. M. và CS (2003) đánh giá kết quả dài hạn phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi hai bên trên 250 bệnh nhân thời gian theo dõi trung bình 4,8 năm, ngắn nhất là 18 tháng, cho kết quả chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe cải thiện đáng kể sau phẫu thuật. Mức độ khó thở và quãng đường đi bộ trong 6 phút cải thiện rõ rệt ở tất cả các thời điểm theo dõi 6 tháng, 1 năm, 3 năm và 5 năm [2]. Thử nghiệm lâm sàng NETT (2011) pha II, nhận thấy sự cải thiện đáng kể triệu chứng lâm sàng, điểm mMRC và quãng đường đi bộ trong 6 phút tại thời điểm 1 tháng, 3 tháng. Trong đó, sự cải thiện ở nhóm khí phế thũng không đồng nhất là rõ rệt hơn cả [4]. Tương tự kết quả nghiên cứu của McKenna, R. J., Jr. và CS (2004) trên 511 BN phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi (152 BN phẫu thuật nội soi hỗ trợ và 359 BN phẫu thuật qua đường mở ngực dọc giữa xương ức) nhận thấy sự cải thiện triệu chứng lâm sàng, chất lượng cuộc sống và quãng đường đi bộ trong 6 phút là rõ rệt ở cả 2 nhóm tại thời điểm 12 tháng, 24 tháng sau phẫu thuật.

- Điểm khí phế thũng có xu hướng giảm sau phẫu thuật ngay tại thời điểm 1 tháng so với trước điều trị (lần lượt là $2,67 \pm 0,83$ và $1,61 \pm 0,54$) (bảng 3.3). Mức độ khí phế thũng trước can thiệp chủ yếu độ 3 và độ 4 (38,71% độ 3 và 45,16 độ 4); tại thời điểm 1 tháng chủ yếu BN ở mức độ 2 (64,52%), không còn BN ở độ 4, độ 3 chỉ còn 35,48%. Nghiên cứu của Stoller, J. K. và CS (2007) nhận thấy độ khí phế thũng giảm ở tương ứng các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng theo dõi sau phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi ở cả nhóm khí phế thũng và nhóm thiếu hụt $\alpha 1$ -antitrypsin [5]. So với kết quả nội soi đặt van phế quản 1 chiều giảm thể tích phổi ở BN BPTNMT của Đào Ngọc Bằng (2019) thì ngay sau đặt van phế quản 1 tháng thì có sự thay đổi rõ trên CLVT, tuy nhiên sự thay đổi này giảm ở các thời điểm theo dõi về sau [1].

- Tại thời điểm theo dõi 1, 3 và 6 tháng, các chỉ số VC, FVC, FEV1 tăng có ý nghĩa so với trước điều trị ($p < 0,05$) (bảng 3.4 và 3.5). Như vậy, phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi chúng

minh cải thiện đáng kể chức năng thông khí của phổi. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. Tác giả Benditt, J. O. và CS (1997), nghiên cứu trên 47 BN cắt giảm thể tích phổi nhận thấy tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật chỉ số FEV1 và FVC tăng có ý nghĩa so với trước phẫu thuật (chỉ số FEV1 trung bình 1,2 lít so với 0,78 lít; chỉ số FVC trung bình 3,60 lít so với 3,12 lít; $p < 0,05$) [6]. Nghiên cứu của Caviezel, C. và CS (2018) phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi ở bệnh nhân có tăng áp phổi trên siêu âm tim qua thức quản theo dõi tại thời điểm 3 tháng thấy sự cải thiện chức năng hô hấp ở cả 2 nhóm với tăng 22% ở nhóm áp phổi trên 35 mmHg và tăng 21% ở nhóm áp phổi dưới 35 mmHg Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [3]. Nghiên cứu của Ciccone, A. M. và CS (2003) đánh giá kết quả xa của phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi 2 bên bằng đường mở ngực dọc giữa xương ức trên 250 BN BPTNMT cho kết quả chỉ số FEV1 trung tại các thời điểm 6 tháng, 1 năm, 3 năm, 5 năm lần lượt là 1.1 ± 0.5 lít, 1.0 ± 0.5 lít, 0.9 ± 0.5 lít, 0.8 ± 0.5 lít tương ứng với mức tăng chỉ số FEV1 là 39%, 38%, 34% và 30% ($p < 0,05$) [2]. Kết quả nghiên cứu của Clark, S. J. và CS (2014), trên 138 BN phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi nhận thấy chỉ số FEV1 và FEC tăng sau phẫu thuật tương ứng 31,4% và 17,3% [8]. Tổng kết kinh nghiệm 10 năm phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi của Ginsburg, M. E. và CS (2015) chỉ ra tại thời điểm theo dõi 1 năm và 5 năm cải thiện chỉ số FEV1 lần lượt 69% và 36% bệnh nhân. Dự đoán mức tăng chỉ số FEV tại các thời điểm 1 năm, 2 năm, 5 năm lần lượt là 11,1%; 8,7% và 11,1% với xác suất tin cậy 95% [7]. Tác giả còn kết luận phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi với lựa chọn bệnh nhân phù hợp là tiêu chuẩn của điều trị BN BPTNMT.

V. KẾT LUẬN

- Điểm CAT giảm có ý nghĩa tại thời điểm sau phẫu thuật 1, 3 và 6 tháng so với trước điều trị ($19,00 \pm 6,06$), lần lượt là $17,03 \pm 5,82$; $14,71 \pm 5,20$; $13,13 \pm 4,52$ điểm.

- Giảm điểm mMRC ở thời điểm 1, 3 và 6 tháng ($1,84 \pm 1,21$; $1,39 \pm 0,88$; $0,81 \pm 0,75$) đáng kể so với trước điều trị ($2,35 \pm 0,98$).

- Tăng quãng đường đi bộ 6 phút từ $293,90 \pm 70,79$ (m) trước điều trị lên $356,48 \pm 66,41$ (m) sau phẫu thuật 6 tháng.

- Giảm điểm KPT từ $2,67 \pm 0,83$ điểm, trước điều trị còn $1,61 \pm 0,54$ điểm, sau phẫu thuật 1 tháng.

- Cải thiện rõ rệt các thông số hô hấp sau phẫu thuật so với trước điều trị. VC tăng từ $87,90 \pm 21,91$ %SLT lên $98,42 \pm 10,27$ %SLT

sau 6 tháng phẫu thuật. FVC tăng từ $85,77 \pm 20,00$ %SLT lên $97,90 \pm 10,47$ %SLT sau 6 tháng phẫu thuật. FEV1 tăng từ $52,00 \pm 18,71$ %SLT lên $63,84 \pm 16,50$ %SLT sau 6 tháng phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Ngọc Bằng** (2019), Nghiên cứu hiệu quả điều trị giảm thể tích phổi qua nội soi phế quản bằng van một chiều ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
2. **Anna Maria Ciccone et al** (2003), Long-term outcome of bilateral lung volume reduction in 250 consecutive patients with emphysema, J Thorac Cardiovasc Surg, 125(pp. 513 - 525).
3. **Claudio Caviezel et al** (2018), Lung volume reduction surgery in selected patients with emphysema and pulmonary hypertension, European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 0, pp. 1 - 7.
4. **Gerard J. Criner et al** (2011), The National Emphysema Treatment Trial (NETT) Part II: Lessons Learned about Lung Volume Reduction Surgery, Am J Respir Crit Care Med, 184, pp. 881-893.
5. **James K. Stoller et al** (2007), Lung Volume Reduction Surgery in Patients With Emphysema and α -1 Antitrypsin Deficiency, Ann Thorac Surg, 83, pp. 241 - 251.
6. **Joshua O. Benditt et al** (1997), Lung Volume Reduction Surgery Improves Maximal O₂ Consumption, Maximal Minute Ventilation, O₂ Pulse, and Dead Space-to-Tidal Volume Ratio during Leg Cycle Ergometry, Am j respir crit care med, 156, pp. 561-566.
7. **Mark E. Ginsburg et al** (2015), The safety, efficacy, and durability of lung-volume reduction surgery: A 10-year experience, The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, pp. 1-8.
8. **Samuel J Clark et al** (2014), Surgical approaches for lung volume reduction in emphysema, Clinical Medicine, 14(2), pp. 122 - 127

ỨNG DỤNG XÉT NGHIỆM ĐỊNH LƯỢNG NỌC RẮN NAJA ATRA TRONG HUYẾT THANH BẰNG KỸ THUẬT ELISA ĐỂ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG Ở BỆNH NHÂN BỊ RẮN HỔ MANG CẢN

Vũ Đức Long*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tương quan giữa mức độ nặng với nồng độ nọc rắn hổ mang trong huyết thanh bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Có 76 bệnh nhân bị rắn hổ mang bành cấn và có mang đầy đủ thông tin về rắn đủ điều kiện nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2015, phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả. **Kết quả và kết luận:** tỷ lệ giới: nam chiếm tỷ lệ 85,5%, nữ chiếm tỷ lệ 14,5%. Tuổi trung bình bị rắn cắn: 43.49 ± 14.6 , thấp nhất 15, cao nhất 86. Bệnh nhân được phân làm 02 nhóm: nhóm đến sớm trước 12h sau khi bị rắn cắn và nhóm đến muộn sau 12 h sau khi bị rắn cắn. Kỹ thuật cho phép chúng ta phát hiện được nồng độ từ 0.1ng/ml. Nồng độ cao nhất đo được là 1792.3ng/ml. Chúng tôi cũng nhận thấy rằng với những bệnh nhân đến sớm trước 12h không có mối tương quan giữa nồng độ nọc rắn trong huyết thanh với mức độ nặng lâm sàng của bệnh nhân. Với những bệnh nhân đến sau 12h thì có mối tương quan giữa nồng độ nọc rắn trong huyết thanh với mức độ nặng lâm sàng của bệnh nhân.

Từ khóa: Nồng độ nọc rắn hổ mang, huyết thanh bệnh nhân, kỹ thuật ELISA.

SUMMARY

EVALUATE THE CORRELATION BETWEEN THE SEVERITY WITH COBRA VENOM LEVELS IN PATIENT SERUM

Objectives: Evaluate the correlation between the severity with cobra venom levels in patient serum. **Subjects and methods:** There were 76 patients who were bitten by cobras and had full information about snakes eligible for research at Bach Mai Hospital from January 2013 to December 2015. Descriptive method. **Result and conclusion:** Gender ratio: male accounts for 85.5%, female makes up 14.5%. Average age of snakebites: 43.49 ± 14.6 , lowest 15, highest 86. Patients were divided into 2 groups: the group came early before 12 hours after being bitten and the group arrived late after 12 hours after being bitten. The technique allows us to detect concentrations from 0.1ng / ml. The highest concentration measured was 1792.3ng / ml. We also found that for patients who arrived earlier than 12 o'clock there was no correlation between serum venom concentration and clinical severity. For patients arriving after 12 hours, there is a correlation between serum venom concentration and clinical severity of the patient.

Keywords: Cobra venom concentration, patient serum, ELISA technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rắn cắn là một tai nạn nguy hiểm có tính chất nghề nghiệp cho người lao động. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới mỗi năm trên thế giới

*Bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Long

Email: thaibatapchimtud@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 5/9/2019

Ngày duyệt bài: 20/9/2019

có khoảng 3-4 triệu người bị rắn độc cắn. Ở Ấn Độ mỗi năm có 15.000 người chết vì rắn. Ở Mỹ mỗi năm có khoảng 6 nghìn đến 8 nghìn người bị rắn độc cắn [1]. Ở Việt Nam ước tính có khoảng 30 nghìn nạn nhân bị rắn độc cắn mỗi năm [2]. Chẩn đoán rắn hổ mang cắn ở Việt Nam cũng như các nước đang phát triển gặp nhiều khó khăn và việc chẩn đoán dựa chủ yếu vào lâm sàng.

Có nhiều phương pháp đã áp dụng để giúp việc chẩn đoán và định lượng nồng độ nọc độc rắn hổ mang bành cắn được đưa ra, tuy nhiên miễn dịch huỳnh quang gián tiếp cụ thể là xét nghiệm miễn dịch gắn Enzym (ELISA) đã khắc phục được nhược điểm trên [3], giúp cho việc chẩn đoán chính xác, nhanh chóng và định lượng giá trị cụ thể nồng độ nọc rắn trong huyết thanh.

Việc chẩn đoán mức độ nặng từ trước đến nay chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng. Trên thế giới vẫn chỉ có phân độ nặng cho rắn lục mà chưa có phân độ của rắn hổ, điều này làm cho việc đánh giá mức độ nặng và theo dõi cũng như điều trị gặp nhiều khó khăn. Ngoài ra vai trò của các yếu tố phối nhiễm: trọng lượng rắn, tuổi, giới, cách sơ cứu ảnh hưởng thế nào cũng chưa được nghiên cứu đầy đủ.

Vậy định lượng nồng độ nọc rắn trong huyết thanh có tương quan với mức độ nặng trên lâm sàng hay không, có giúp việc theo dõi diễn biến cũng như trong việc điều trị hay không là vấn đề cần nghiên cứu. Vì vậy, tôi chọn đề tài nghiên cứu là: *"Ứng dụng xét nghiệm định lượng nọc rắn Naja atra trong huyết thanh bằng kỹ thuật elisa để đánh giá mức độ nặng ở bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn"* với 2 mục tiêu nghiên cứu:

1. *Đánh giá tương quan giữa mức độ nặng với nồng độ nọc rắn hổ mang trong huyết thanh bệnh nhân.*

2. *Nhận xét liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với nồng độ nọc rắn hổ mang trong huyết thanh bệnh nhân.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 76 bệnh nhân bị rắn hổ mang bành cắn và có mang đầy đủ thông tin về rắn vào trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2015

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân được chọn khi có đủ 3 tiêu chuẩn sau:

- + Bị rắn hổ mang bành cắn.
- + Có biểu hiện lâm sàng rắn hổ mang cắn: có móc độc và/hoặc sưng đau nề và hoại tử vùng bị cắn
- + Mang được rắn hoặc ảnh rắn cắn đến.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân chẩn đoán xác định là rắn hổ mang bành cắn đã được

dùng huyết thanh kháng nọc.

2.2. Phương pháp tiến hành nghiên cứu:

- Tất cả các bệnh nhân vào viện có bằng chứng bị rắn hổ mang cắn sẽ được lấy máu

Xét nghiệm định lượng nồng độ nọc độc trong huyết thanh bằng phương pháp ELISA, đồng thời được thăm khám đánh giá mức độ nặng trên lâm sàng, được lấy máu kiểm tra các xét nghiệm về yếu tố viêm nhiễm, phá hủy cơ.

- Các bệnh nhân sẽ được đánh giá mỗi tương quan giữa nồng độ nọc độc trong huyết thanh với mức độ nặng trên lâm sàng được đánh giá theo phân loại theo các mức độ nặng lâm sàng dựa theo bảng phân loại của Trung Tâm Chống Độc Bệnh Viện Bạch Mai, cũng như với các chỉ số xét nghiệm máu khác.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Tuổi và giới.

**Tuổi:* Hầu hết BN bị rắn hổ cắn đều trong độ tuổi lao động, trong nghiên cứu của chúng tôi trên 76 BN thì ở nhóm tuổi 20-60 tuổi là 85,5%. Tuổi trung bình của các BN bị rắn hổ cắn trong nghiên cứu là 43.49 ± 14.6 tuổi, nhỏ nhất là 15 tuổi, cao nhất là 86 tuổi. Theo nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn (2008) [4], nghiên cứu ở 380 BN bị rắn hổ cắn trong thời gian (1999-2004) thấy 59,8% BN độ tuổi 20-60, tuổi trung bình là 33 tuổi.

**Giới:* BN bị rắn hổ cắn trong nghiên cứu thì nam giới chiếm tỷ lệ cao (85,5%). Điều này cũng giống với nhận xét của nhiều tác giả trong nước như của Bế Hồng Thu (1994) [5], có 75% là nam giới bị rắn độc cắn, Nguyễn Kim Sơn (2008) [4], có 84,2% BN bị rắn hổ cắn.

3.2. Loại rắn. Các cá thể rắn được xác định là rắn hổ mang bành và có 3 loài là Naja Atra chiếm 80,3%, Naja kouthia chiếm 18,4% và có 1 trường hợp bị cắn bởi rắn Naja siamensis chiếm 1,3%.

Đặc điểm rắn cắn này cũng phù hợp đặc điểm phân bố của rắn hổ mang, các bệnh nhân bị cắn đều ở các tỉnh phía Bắc, và địa bàn phân bố chủ yếu là rắn Naja atra.

3.3 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Các tác giả Trung quốc đã có nghiên cứu công bố vào năm 2014 [6] trên 292 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm là nhóm vào viện trước 12h sau khi bị cắn và nhóm vào viện sau 12h sau khi bị cắn, các tác giả đã chỉ ra rằng có sự khác biệt về cả tiêu chí lâm sàng, cận lâm sàng và quá trình điều trị giữa 2 nhóm.

Các tác giả Đài Loan thấy có sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân là nhóm vào viện trước 12h sau khi bị cắn và vào viện sau 12h sau khi bị cắn [7]. Vì vậy, chúng tôi đã chia ra 2 nhóm là

nhóm vào trước 12h và nhóm vào sau 12h sau khi bị cắn để phân tích tương quan giữa các triệu

chứng lâm sàng và cận lâm sàng với nồng độ nọc rắn trong huyết thanh của từng nhóm trên.

3.3.1 Nhóm bệnh nhân vào viện trước 12h.

Bảng 3.1. Nồng độ nọc rắn của BN vào viện trước 12h

Mức độ nặng LS	n	Trung vị (ng/ml)	Min	Max	p
Không T/C	9	0.2	0.1	3.25	< 0.05
Nhẹ	23	15.2	0.15	634.5	
Trung bình	26	236.1	0.61	1792.3	
Nặng	3	14	3.9	123.5	
Tổng	61	24.2	0.1	1792.3	

Trong nghiên cứu có 61 bệnh nhân đến viện sớm tức là trong vòng 12h kể từ sau khi bị rắn cắn. Các bệnh nhân này vào viện trong tình trạng lâm sàng đầy đủ các triệu chứng và mức độ từ không có triệu chứng đến mức độ nặng theo phân loại hiện nay của TTCD. Cụ thể, có 9 bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng gì (vết cắn khô), có 23 bệnh nhân có triệu chứng mức độ nhẹ, có 26 bệnh nhân ở mức độ trung bình và 3 trường hợp mức độ nặng. Nhóm nghiên cứu cũng ghi nhận được 1 trường hợp trong số 61 trường hợp đến sớm có biểu hiện toàn thân nặng, có shock. Kết quả cho thấy rằng, trong nhóm bệnh nhân không có triệu chứng thì có 8/9 trường hợp nồng độ nọc rắn trong huyết thanh ở mức nhỏ hơn 1ng/ml. Và với nhóm biểu hiện nhẹ thì có 15/23 trường hợp nồng độ ở trong mức từ 1-24ng/ml. Kết quả này khá tương đồng với kết quả mà các tác giả Đài Loan đã công bố [8]. Trong nghiên cứu của các tác giả Đài Loan có tổng cộng 27 bệnh nhân đến sớm (trước 12h) thì ghi nhận 9 trường hợp có mức độ lâm sàng nhẹ thì nồng độ các bệnh nhân này từ 0-24ng/ml.

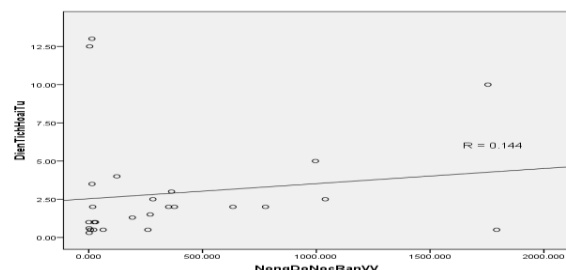
Với nhóm có mức độ lâm sàng trung bình thì chúng tôi thấy có đến 21/26 bệnh nhân nồng độ nọc rắn trong huyết thanh ở trong khoảng 28-1792ng/ml. Và có 3 bệnh nhân nặng với các triệu chứng lan xa ngoài đoạn chi và có 1 bệnh nhân bị shock, nồng độ của 3 bệnh nhân biểu hiện lâm sàng nặng chỉ ở trong khoảng 3-123.5ng/ml. Tiến hành so sánh với kết quả của các tác giả Đài Loan công bố trước đó thì họ có 10 bệnh nhân trong tổng số 27 bệnh nhân được xếp mức độ lâm sàng trung bình và nặng (có các biểu hiện ra ngoài đoạn chi bị cắn hoặc có các dấu hiệu toàn thân như sụp mi, tê liệt) nồng độ nọc rắn trong huyết thanh của 10 bệnh nhân này trong khoảng 228-1270ng/ml. Sở dĩ, có sự khác biệt này cũng có thể do số lượng bệnh nhân của nghiên cứu tại Đài Loan ít hơn nhiều so với số bệnh nhân của chúng tôi nghiên cứu, vì vậy khoảng nồng độ của chúng tôi trải rộng hơn.

Qua các kết quả thu được chúng tôi nhận thấy rằng nồng độ nọc rắn trong huyết thanh ở các bệnh nhân đến trước 12h có xu hướng tăng lên theo mức độ nặng lâm sàng tuy nhiên xu hướng tăng theo mức độ lâm sàng này là không rõ ràng.

Bảng 3.2. Diện tích hoại tử và nồng độ nọc rắn nhóm đến trước 12h

Số liệu	n (người)	Trung vị (ng/ml)	Min (ng/ml)	Max (ng/ml)	p
Mức độ hoại tử Nhẹ	10	23.1	0.61	1792.3	0.006
Trung bình	14	357.3	14.6	1754.1	
Nặng	2	9	3.947	14.04	
Tổng	26	157.6	0.61	1792.3	

Kết quả ở bảng 3.2 chỉ ra dấu hiệu hoại tử tại chỗ trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm bệnh nhân đến sớm gặp 26/61 trường hợp có hoại tử, chiếm 42.6%. Nhỏ nhất là 0,3cm², lớn nhất là 13 cm². Theo Nguyễn Kim Sơn (2008) [4] hoại tử do rắn hổ mang bành cắn là 100%, diện tích hoại tử trung bình là 186 ± 19 cm². Diện tích hoại tử của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với các báo cáo trên vì đây là các bệnh nhân đến sớm.



Biểu đồ 3.1. Tương quan nồng độ nọc rắn và diện tích hoại tử

Sự tương quan giữa nồng độ nọc rắn trong huyết thanh với diện tích hoại tử của bệnh nhân đến sớm, chúng tôi cũng thấy không có mối liên quan với hệ số tương quan $R = 0.144$.

Trong nhóm 61 BN vào trước 12h sau khi bị rắn độc cắn phần lớn có biểu hiện sưng tấy tại chỗ và lan xa với tỷ lệ 43/61 chiếm 70.5%, dấu hiệu này là dấu hiệu thường gặp khi BN bị rắn hổ cắn. Tùy theo mức độ nhiễm nọc độc của bệnh nhân bị rắn cắn, nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Sơn(2008) [4] về tỷ lệ sưng nề.

Về sự tương quan giữa nồng độ nọc rắn trong huyết thanh và mức độ sưng nề tại chỗ (qua vết cắn so với bên đối diện, đo bằng cm) ở các bệnh nhân đến sớm là không có sự tương quan với hệ số $R = 0.049$.

Theo các giả thuyết sinh lý bệnh thì tổn thương do rắn hổ mang bành cắn chủ yếu là tổn thương các tổ chức phần mềm và các yếu tố nhiễm trùng do rắn cắn đưa vào. Các dấu hiệu sưng nề hoại tử lan xa là do sự phá hủy tổ chức phần mềm, vì vậy các chỉ số cận lâm sàng liên quan chủ yếu gồm các yếu tố tổn thương phần mềm: CK, Creatinin. Và các yếu tố nhiễm trùng: Bạch cầu, Procalcitonin.

Các số liệu thu thập tại thời điểm bệnh nhân vào viện chưa được dùng huyết thanh kháng nọc

gồm có: nồng độ nọc rắn trong huyết thanh, chỉ số bạch cầu, procalcitonin, CK và Creatinin.

Trong số 61 bệnh nhân đến sớm có 43 bệnh nhân có kết quả CK cao hơn mức bình thường (nam 38-174U/L và nữ 26-140U/L) chiếm 66.2%, con số này cũng tương đồng với sự sưng nề và lan xa. Và khi xét mối tương quan với nồng độ nọc rắn trong huyết thanh cũng không thấy sự tương quan giữa chỉ số CK trong huyết thanh tại thời điểm vào viện với chỉ số nồng độ nọc rắn trong huyết thanh lúc vào viện. Hệ số tương quan $R = 0.052$.

Khi xét mối tương quan giữa nồng độ Creatinin huyết thanh và nồng độ nọc rắn trong huyết thanh thì kết quả không ngoài dự đoán của nhóm nghiên cứu là không có sự tương quan giữa 2 chỉ số trên, và hệ số tương quan $R = 0.128$.

Khi xét mối tương quan của các chỉ số nhiễm trùng với nồng độ nọc rắn trong huyết thanh cũng không thấy được sự tương quan giữa chỉ số bạch cầu và chỉ số Procalcitonin so với nồng độ nọc rắn, và hệ số tương quan lần lượt là $R = 0.283$ và $R = 0.039$. Kết quả này hợp lý về cơ sở sinh lý bệnh do quá trình gây nhiễm trùng cần có thời gian và đặc biệt gây tăng các chỉ số bạch cầu và procalcitonin. Trong khi đó các bệnh nhân nhóm này là các bệnh nhân vào viện sớm sau khi bị rắn cắn.

3.3.2 Nhóm vào viện muộn (vào viện sau 12h sau khi bị rắn cắn)

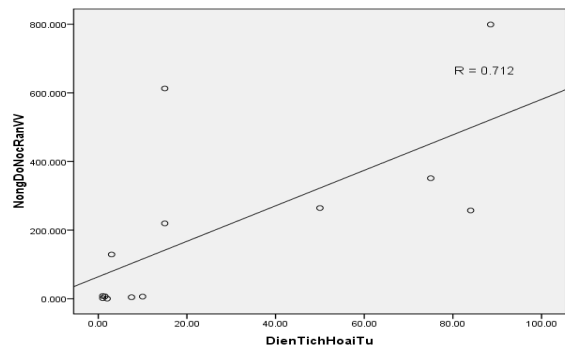
Bảng 3.3. Nồng độ nọc rắn của BN vào viện sau 12h sau khi bị rắn cắn

Mức độ nặng LS	n	Trung vị (ng/ml)	Min (ng/ml)	Max (ng/ml)	p
Không T/C	0				0.003
Nhẹ	4	1.6	0.97	7.95	
Trung bình	5	6.15	0.124	128.8	
Nặng	6	307.7	219	799	
Tổng	15	7.95	0.124	799	

Trong nghiên cứu có 15 bệnh nhân vào sau 12h sau khi bị rắn cắn, bệnh nhân vào viện muộn nhất là 32h. Các tổn thương của bệnh nhân đến muộn có xu hướng nặng và nghiêm trọng hơn các bệnh nhân đến sớm. Không có bệnh nhân nào không biểu hiện triệu chứng. Có 4 bệnh nhân ở mức độ lâm sàng nhẹ, 5 bệnh nhân ở mức độ trung bình và có tới 6 bệnh nhân có mức độ lâm sàng nặng. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nặng ở nhóm vào muộn cao hơn nhóm đến sớm một cách rõ ràng. Kết quả này cũng tương đồng với báo cáo của các tác giả Trung Quốc [6] khi tiến hành nghiên cứu trên 292 bệnh nhân bị rắn hổ mang bành cắn.

Nồng độ nọc rắn trong huyết thanh của nhóm bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng ở mức độ nhẹ trong khoảng 0.974-7.19 ng/ml, ở mức độ trung bình trong khoảng 0.124-128ng/ml, và mức độ

nặng là 219-799ng/ml. Chúng tôi nhận thấy rằng nồng độ nọc rắn trong huyết thanh của bệnh nhân vào muộn có xu hướng tăng cùng với xu hướng nặng lên ở trên lâm sàng.



Biểu đồ 3.2. Tương quan nồng độ nọc rắn và diện tích hoại tử

Xét mối tương quan giữa triệu chứng hoại tử và nồng độ nọc rắn trong huyết thanh chúng tôi thấy có sự tương quan tuyến tính tăng dần của nồng độ nọc rắn trong huyết thanh và độ sưng nề qua vết cắn ở bệnh nhân vào muộn, với hệ số tương quan $R = 0.713$ và theo phương trình $Y = 0.095X + 6.733$ với Y là diện tích hoại tử (cm^2), X là nồng độ nọc rắn (ng/ml).

Xét mối tương quan giữa triệu chứng sưng nề và nồng độ nọc rắn trong huyết thanh chúng tôi thấy có sự tương quan tuyến tính tăng dần mức độ trung bình của nồng độ nọc rắn trong huyết thanh và độ sưng nề qua vết cắn ở bệnh nhân

vào muộn, với hệ số tương quan $R = 0.428$ và theo phương trình $Y = 0.002X + 2.39$ với Y là mức độ sưng nề (cm), X là nồng độ nọc rắn (ng/ml).

Xét mối tương quan giữa triệu chứng sưng nề và nồng độ nọc rắn trong huyết thanh chúng tôi thấy có sự tương quan tuyến tính tăng dần mức độ trung bình của nồng độ nọc rắn trong huyết thanh và độ sưng nề qua vết cắn ở bệnh nhân vào muộn, với hệ số tương quan $R = 0.488$ và theo phương trình $Y = 0.043X + 33.473$ với Y là mức độ lan xa (cm), X là nồng độ nọc rắn (ng/ml).

Bảng 3.4. Tương quan giữa các xét nghiệm với nồng độ nọc rắn BN đến sau 12h.

Xét nghiệm	n	Trung vị	Trung bình	Min	Max	Hệ số tương quan với nồng độ nọc rắn (R)
CK (U/L)	15	1978	6124±10788	120	42100	0.355
Creatinin($\mu\text{mol/l}$)	15	95	113.4 ± 91	52	433	0.195
Bạch cầu(G/L)	15	10.7	11.3 ± 4.9	6.1	24.6	0.305
Procalcitonin	14	0.32	22.8 ± 41.5	0.02	100	0.254

Nồng độ nọc rắn trong huyết thanh có tương quan thấp với nồng độ CK và số lượng bạch cầu ở bệnh nhân đến muộn. Hệ số tương quan lần lượt là 0.355 và 0.305

Nồng độ nọc rắn không có tương quan với nồng độ Creatinin và nồng độ Procalcitonin trong huyết thanh với hệ số tương quan lần lượt là 0.195 và 0.254.

3.4. Liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với nồng độ nọc rắn. Các bệnh nhân trong nghiên cứu có tổng số 62 bệnh nhân bị rắn tự nhiên cắn, các trường hợp này có nồng độ nọc độc trung bình trong huyết thanh khi vào viện là 232.05 ± 210.3 (ng/ml). Và có 14 trường hợp bị rắn nuôi nhốt cắn là các trường hợp nuôi rắn, có nồng độ trung bình lúc vào viện là 240.45 ± 218.7 (ng/ml). Nhóm nghiên cứu thấy rằng có sự khác nhau giữa nồng độ nọc độc trung bình trong huyết thanh lúc vào viện của hai nhóm là nhóm bị rắn tự nhiên cắn và nhóm bị rắn nuôi nhốt cắn và kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p = 0.038$ (< 0.05).

Nồng độ nọc rắn giữa các vị trí cắn không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P = 0.58 > 0.05$. Lý giải cho kết quả này do sự không đồng đều về cỡ mẫu khi mà đối tượng bị cắn chủ yếu ở chi trên. Bên cạnh đó khi bệnh nhân bị cắn ở các vị trí nguy hiểm như đầu mặt cổ, những nơi nguy cơ ảnh hưởng đến sự thông thoáng đường thở dù nồng độ cao hay thấp sẽ rất nguy hiểm hơn ở những nơi khác. Chính vì lẽ đó sự khác biệt về nồng độ trong huyết thanh theo vị trí cắn cũng ít có giá trị thực tiễn trên lâm sàng.

IV. KẾT LUẬN

1. Tương quan giữa mức độ nặng lâm sàng và nồng độ nọc rắn.

- Với bệnh nhân đến trước 12h không có mối tương quan giữa nồng độ nọc rắn và mức độ nặng cũng như triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm CK, Creatinin, Bạch cầu và Procalcitonin.

- Với nhóm đến sau 12h có sự tương quan giữa nồng độ nọc rắn với mức độ nặng và các triệu chứng lâm sàng: lan xa ($R = 0.488$), sưng nề ($R = 0.428$), hoại tử ($R = 0.71$). Cận lâm sàng: CK máu có mối tương quan thấp với nồng độ nọc rắn trong huyết thanh. $R = 0.355$.

- Nồng độ nọc rắn có tương quan với điều trị HTKN. $R = 0.459$

2. Các yếu tố nguy cơ:

- Tuổi, vị trí cắn, trọng lượng rắn và các biện pháp sơ cứu không có liên quan với nồng độ nọc rắn.

- Nguồn gốc rắn (tự nhiên và nuôi nhốt) có liên quan với nồng độ nọc rắn. $P = 0.038$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- World Health Organization (2010).** Guidelines for the production, control and regulation of snake antivenom immunoglobulins. 2010.
- Trịnh Kim Anh, Trịnh Xuân Kiêm (1998).** Rắn độc tại Việt Nam, tài liệu tóm tắt về rắn độc và điều trị nạn nhân rắn độc. 1998. tạp chí y học đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh: p. 17.
- Kavi Ratanabanangkoon (1987).** Immunodiagnosis of snake venom poisoning. Asian Pacific journal of allergy and immunology, 1987. 5: p. 187-190.
- Nguyễn Kim Sơn (2008).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh nhân bị một số rắn độc trên cạn cắn thuộc họ rắn hổ (Elapidae) ở miền

- Bắc Việt Nam. 2008, Tiến sĩ Y học: Trường Đại Học Y Hà Nội. 55-86.
5. **Bê Hồng Thu (1994).** Một số nhận xét về suy hô hấp cấp ở Bệnh nhân rắn độc cắn. Tạp chí Y học thực hành, 1994. 1(Số chuyên san): p. 14-15.
 6. **Wei Wang, Quan-Fang Chen, Rui-Xing Yin et al (2014).** Clinical features and treatment experience: A review of 292 Chinese cobra snakebites. 2014.
 7. **Hung D.Z, Liao M.Y, Lin-Shiau S.Y (2003).** The clinical significance of venom detection in patients of cobra snakebite. Toxicon, 2003. 41(4): p. 409-415.
 8. **Hung D.Z, Liao M.Y, Lin-Shiau S.Y (2003).** The clinical significance of venom detection in patients of cobra snakebite. Toxicon, 2003. 41: p. 220-225.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ GEMCITABIN-CISPLATIN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO VÂY GIAI ĐOẠN IV

Hoàng Thị Minh Nguyệt¹, Lê Văn Quảng², Nguyễn Tiến Quang³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đáp ứng điều trị và một số yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị của phác đồ Gemcitabine-Cisplatin trên nhóm bệnh nhân ung thư phổi tế bào vảy giai đoạn IV tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tất cả bệnh nhân ung thư phổi tế bào vảy giai đoạn IV điều trị phác đồ Gemcitabine-Cisplatin tại Bệnh viện K từ tháng 1/2016 đến tháng 6/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 59,95; 75,4% nam và 24,6% nữ. Lý do vào viện: Đau ngực (50,8%); 21,3% ho khan kéo dài. Triệu chứng lâm sàng: Đau ngực (95,1%); ho khan kéo dài (90,2%); sút cân (77,0%); 50,8% khó thở; 55,7% chán ăn. Di căn hạch vùng: Hạch trung thất 100%; 68,9% hạch rốn phổi. Thể mô bệnh học: Ung thư biểu mô vảy (UTBMV) không sừng hóa 65,6%; UTBMV sừng hóa chiếm 32,8%. Đáp ứng cơ năng đạt 60,6%; Đáp ứng thực thể 37,7%; 0% đáp ứng hoàn toàn; 37,7% đáp ứng một phần; 26,2% bệnh giữ nguyên và 36,1% bệnh tiến triển. Thể mô bệnh học có mối liên quan đến đáp ứng điều trị; Kích thước u không liên quan đến đáp ứng điều trị. **Kết luận:** Phác đồ Gemcitabine-Cisplatin là phác đồ có hiệu quả, an toàn phù hợp trong điều trị bước 1 ung thư phổi tế bào vảy giai đoạn di căn.

Từ khóa: Ung thư phổi tế bào vảy, di căn, Gemcitabine/Cisplatin.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULTS OF GEMCITABIN-CISPLATIN REGIME IN STAGE IV SQUAMOUS CELL LUNG CANCER PATIENTS

Objectives: Comments on clinical and subclinical characteristics, the response and some relation of response by gemcitabine-cisplatin regimen in stage IV squamous cell lung cancer patients at K hospital. lung

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên

²Trường ĐHY Hà Nội, ³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Minh Nguyệt

Email: hoangnguyetdb@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/7/2019

Ngày phản biện khoa học: 1/8/2019

Ngày nhận bài: 30/8/2019

cancer treated with Gemcitabine-Cisplatin regimen at K Hospital from January 2016 to June 2019. **Results:** The average age in the study was 59.95, 75.4% were male and 24.6% were female. The most common reason for hospital admission was chest pain (50.8%) and 21.3% of prolonged dry cough. Common clinical symptoms: Chest pain (95.1%), prolonged dry cough (90.2%), weight loss (77.0%), 50.8% of dyspnea, 55.7% of anorexia. Lymph node Metastasis: 100% of the mediastinum, 68.9% of the navel lymph node. The form of the disease was mainly non-keratosis squamous carcinoma accounting for 65.6% and keratinized squamous carcinoma accounting for 32.8%. The functional response was 60.6%, the actual response was 37.7%, 0% of complete response, 37.7% of partial response, 26.2% of stable disease and 36.1% of progression disease. The histopathology is related with response. There is no relation between the size of tumor and response. **Conclusion:** Gemcitabine-Cisplatin regimen is effective and safe; suitable for first-line treatment for metastatic squamous cell lung cancer patients.

Keywords: Squamous cell lung cancer, metastatic, Gemcitabine/Cisplatin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư đáng lo ngại nhất trên thế giới: 12,7% ; ~1,8 triệu người mắc mới và ~1,6 triệu người chết mỗi năm. Ở Việt Nam: Tỷ lệ mắc mới ở nam 35,1/100.000 và 13,9/100.000 ở nữ; 19.559 người chết hàng năm. Tỷ lệ mắc mới UTP tăng dần theo tuổi[1]. UTP được chia 2 nhóm chính: Ung thư phổi không tế bào nhỏ (Kiểu hình hay gặp là UTBMV chiếm ~ 40% và UTBMV chiếm ~ 30%) và ung thư phổi tế bào nhỏ chiếm ~ 15-20%. Hóa trị đóng vai trò chủ đạo trong điều trị UTP giai đoạn muộn. Phác đồ Gemcitabine-Cisplatin là một trong những phác đồ chuẩn được khuyến cáo điều trị bước 1 UTPKTBN giai đoạn muộn trên thế giới bởi khả năng cải thiện tỷ lệ đáp ứng, thời gian sống thêm và chất lượng sống của người bệnh[2] và có ưu thế rõ rệt trên UTBMV hơn là các phác đồ phối hợp thuốc khác. Nhằm mục

đích đánh giá hiệu quả phác đồ Gemcitabin – Cisplatin ở nhóm bệnh nhân UTPTBV giai đoạn IV, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư phổi tế bào vảy giai đoạn IV và đánh giá đáp ứng điều trị phác đồ Gemcitabine-Cisplatin trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân ung thư phổi tế bào vảy giai đoạn IV điều trị phác đồ Gemcitabin-Cisplatin tại Bệnh viện K từ tháng 1/2016 đến tháng 6/2019. Nghiên cứu mô tả hồi cứu, cỡ mẫu thuận tiện, chọn mẫu có chủ đích. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi (UTP) giai đoạn IV theo hệ thống xếp loại AJCC 2010 phiên bản VII và AJCC 2017 phiên bản VIII[3],[4] được khẳng định bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy, chỉ số toàn trạng, huyết học, sinh hóa trong giới hạn cho phép.

2.2. Tiêu chí ghi nhận: Thông tin chung (tuổi, giới), triệu chứng lâm sàng (hồ hấp, chèn ép, xâm lấn, toàn thân, hội chứng cận u...), Mô bệnh học: Phân loại của WHO 2015 về UTP, Chụp CLVT đánh giá khối u nguyên phát và di căn, hạch di căn.

2.3. Đánh giá đáp ứng điều trị: Sau khi hoàn thành phác đồ khuyến cáo. Nếu chưa hoàn thành phác đồ khuyến cáo mà bệnh tiến triển thì tính đến thời điểm đó. Đánh giá về tình trạng toàn thân, u, hạch, so sánh với thông tin trước điều trị. Đáp ứng cơ năng: Sự thuyên giảm các triệu chứng cơ năng trên lâm sàng theo bộ câu hỏi FACT-L (Đánh giá chức năng của các liệu pháp điều trị UTP). Đáp ứng thực thể: Theo tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng khối u đặc RECIST.

2.4. Một số yếu tố liên quan đến đáp ứng: Thể mô bệnh học, kích thước u.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê: Mô tả kết quả (tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn ($\bar{x} \pm SD$), tỷ lệ phần trăm; Kiểm định sự khác biệt: Z test, test χ^2 hoặc Fisher's exact test; Kiểm định so sánh: χ^2 , T-test mẫu nhỏ hơn 5 có hiệu chỉnh Fisher hoặc test Phi & Cramer's V; Biến liên tục: Tính trung bình so sánh bằng test T-Student; Biến định tính, thứ tự, rời rạc: Tỷ lệ %, so sánh bằng test khi bình phương. Kiểm định, so sánh có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$; Tính OR khi phân tích sự liên quan giữa hai yếu tố.

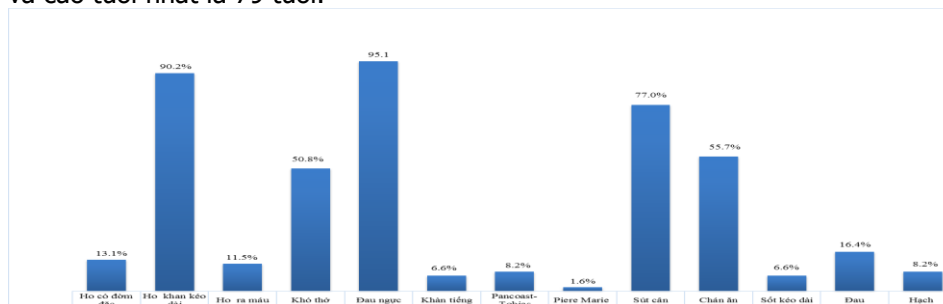
2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Phác đồ được áp dụng ở nhiều nước trên thế giới và đang thực hiện tại Bệnh viện K, BN đồng ý hợp tác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	N	%	Giới						P
			Nam		Nữ		Tổng số		
			n	%	n	%	N	%	
< 40	2	3,3	0	0	2	100	2	100	0,037
40-49	4	6,6	2	50	2	50,0	4	100	
50-59	19	31,1	14	73,7	5	26,3	19	100	
60-69	30	49,2	26	86,7	4	13,3	30	100	
>=70	6	9,8	5	8,2	1	1,6	6	100	
Tổng số	61	100	47	77,0	14	23,0	61	100	

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 60- 69 tuổi chiếm tỉ lệ mắc bệnh cao nhất (45.9%), nhóm tuổi < 40 tuổi chiếm tỉ lệ thấp (3,3%). Tuổi mắc bệnh trung bình cả 2 giới là 59,95. Bệnh nhân mắc bệnh ít tuổi nhất là 33 tuổi và cao tuổi nhất là 79 tuổi.



Biểu đồ 3.1. Triệu chứng lâm sàng thường gặp

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng hay gặp: 95,1% đau ngực, 90,2% ho khan kéo dài, 50,8% khó thở, sút cân 77,0%, 55,7% chán ăn.

Bảng 3.2. Kích thước u nguyên phát trên cắt lớp vi tính

Kích thước u	Số BN %	Đáp ứng điều trị			P	OR 95% CI
		Đáp ứng	Không đáp ứng	Tổng		
U ≤ 3cm	13(21,3%)	7(3,8%)	6(46,2)	13(100%)	0.210	1.979 [0,777-5 5,789]
3 < u ≤ 5cm	22(36,1%)	9(40,9%)	13(59,1%)	22(100%)		
5 < u ≤ 7cm	17(27,9%)	4(23,5%)	13(76,5%)	17(100%)	0.210	
> 7cm	9(14,8%)	3(33,3%)	6(66,7%)	9(100%)		
Tổng	61(100%)	23(37,7%)	38(62,3%)	61(100%)		

Nhận xét: Kích thước u trung bình 5.03 cm, kích thước lớn nhất 13,1 cm và kích thước nhỏ nhất 1,1 cm. 78,7% kích thước > 3 cm, 37,7% u từ 3-5 cm, 24,6% u từ 5-7 cm, 16,4% u > 7 cm, 21,3% u < 3 cm có tỷ lệ không đáp ứng chung là 62,3% và không đáp ứng chung là 37,7% với P= 0,382.

Bảng 3.3. Tình trạng di căn hạch vùng

Vị trí hạch di căn	Số BN	Tỷ lệ
Nhóm 2 cùng bên	14/61	23,0
Nhóm 4 cùng bên (Cạnh khí-phế quản gốc)	34/61	55,7
Nhóm 10 cùng bên (Dưới carina)	21/61	34,4
Nhóm 11 cùng bên (Rốn phổi)	42/61	68,9
Nhóm trung thất cùng bên (Nhóm 5,6,7,8,9)	61/61	100,0
Nhóm thượng đòn cùng bên (Nhóm 1)	21/61	34,4
Nhóm trung thất đối bên	28/61	45,9

Nhận xét: 100,0% di căn hạch trung thất cùng bên, 68,9% hạch rốn phổi cùng bên, 55,7% hạch cạnh khí phế quản, 34,4% hạch dưới carina cùng bên và thượng đòn cùng bên, 45,9% hạch trung thất đối bên, nhóm 2 cùng bên 23 %.

3.3.2. Mô bệnh học

Bảng 3.4. Đặc điểm mô bệnh học

Mô bệnh học	n(%)	Đáp ứng thực thể		Tổng	p
		Đáp ứng	Không đáp ứng		
UTBMV sừng hóa	20(32.8%)	13(65%)	7(35%)	20(100%)	0.004
UTBMV không sừng hóa	40(65.6%)	10(25%)	30(75%)	40(100%)	
UTBMV dạng đáy	1(1.6%)	0(0%)	1(100%)	1(100%)	
Tổng	61(100%)	23(37.7%)	3(62.3%)	61(100%)	

Nhận xét: UTBMV không sừng hóa 65,6%, UTBMV sừng hóa 32,8%, biến thể khác 1,6%. Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm UTBMV sừng hóa là 65% và không đáp ứng ở nhóm UTBMV không sừng hóa là 75% với p=0.004.

Bảng 3.5. Đáp ứng điều trị

Đánh giá đáp ứng		Số lượng	Tỷ lệ %
Đáp ứng cơ năng	Không còn triệu chứng	2	3,3
	Thuyên giảm	35	57,4
	Không thay đổi	13	21,3
	Nặng hơn	11	18,0
	Tổng	61	100,0%
Đáp ứng tổng thể	Đáp ứng hoàn toàn	0	0
	Đáp ứng một phần	23	37,7
	Bệnh giữ nguyên	16	26,2
	Bệnh tiến triển	22	36,1
	Tổng	61	100

Nhận xét: Đáp ứng cơ năng: 60,6% không còn triệu chứng hoặc thuyên giảm các triệu chứng, 21,3% không cải thiện triệu chứng, 18,0% có tình trạng lâm sàng xấu hơn. Đáp ứng thực thể: 0% đáp ứng hoàn toàn, 37,7% đáp ứng một phần, 26,2% bệnh giữ nguyên và 36,1% bệnh tiến triển.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình 59.95± 9,05 thấp hơn của tác giả M. J. Aarts và cộng sự là 64[5], N.N. Bách

(2014) là 62,4[6] và cao hơn N.T. Hương (2014): 52,2[7]. Sở dĩ có sự khác nhau này là đối tượng của các nghiên cứu là UTP giai đoạn tiến xa

chung còn của chúng tôi là riêng cho nhóm UTPTBV. Kết quả của chúng tôi tương đồng kết quả của tác giả L.T.L. Quyền (2015) là 58,7. Tuổi phản ánh quá trình tích lũy các yếu tố phơi nhiễm, nguy cơ đối với chủ thể và phản ứng của cơ thể đối với các yếu tố này. Chính vì vậy, không chỉ UTP mà các ung thư khác cũng có mối liên quan đến tuổi mắc bệnh của BN. Việc đánh giá tuổi của BN không chỉ giúp cho lựa chọn phác đồ điều trị, sử dụng liệu hóa chất so liệu chuẩn mà còn dự báo tiên lượng bệnh.

75,4% nam và 24,6% nữ tỷ lệ nam/nữ là 3,35 tương đồng tác giả N.T.T Nhân (2012) là 3,63/1 và L.T.L. Quyền là 3,8/1 nhưng thấp hơn tác giả N.T. Hương (2014) là 7/1, N. N. Bách (2014) là 4,7/1. Sở dĩ có sự tương đồng là vì chúng tôi cùng nghiên cứu trên nhóm BN UTPTBV còn khác biệt sơ với các tác giả khác là do đối tượng nghiên cứu của các tác giả gồm cả UTPTBV và typ mô bệnh học khác giai đoạn tiến xa. Kết quả của chúng tôi phù hợp với ghi nhận ung thư trên thế giới đó là tỷ lệ mắc ung thư phổi ở nam cao hơn nữ do tình trạng hút thuốc ở nam cao hơn ở nữ và sự gia tăng tình trạng ô nhiễm môi trường. Khi kiểm định sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa các nhóm tuổi theo giới thấy rằng không có mối quan hệ nào giữa tỷ lệ mắc bệnh ở nam và nữ theo nhóm tuổi và kiểm định này có ý nghĩa thống kê với mức $p = 0,037 < 0,05$.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp: Ho khan kéo dài chiếm 90,2%, tương đồng tác giả Pentheroudakis.G, triệu chứng hay gặp trong ung thư phổi tế bào vảy là ho, sụt cân, mệt mỏi. Tỷ lệ của chúng tôi cao hơn tác giả L.T. Hà (2009) là 82,2%; N. T. T. Nhân (2012) là 82,4%, L.T.L. Quyền là 77,1% và thấp hơn N. T. Hương (2014) là 97,5% [8]. L.T.L. Quyền là 77,1%. Đây là nhóm triệu chứng hô hấp thường gặp trong các nghiên cứu về UTP ở Việt Nam song phân tích của chúng tôi ở đối tượng dưới nhóm (UTPTBV). Triệu chứng ho do u kích thích vào các receptor của phế quản lớn.

Kích thước u nguyên phát: Kích thước u trung bình $5,34 \pm 2,4$ cm. Đa số khối u có kích thước > 3 cm chiếm tỷ lệ 78,7 thấp hơn của N. T. Hương (2014) 87,5%, L.T.L. Quyền (2015) là 89,6% và cao hơn N. T. T. Nhân (2012) là 74,5%. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm riêng của UTPTBV phát triển chủ yếu từ niêm mạc phế quản, tiến triển từ từ và có liên quan chặt chẽ đến các triệu chứng của đường hô hấp nên có thể ảnh hưởng đến quyết định thời gian bệnh nhân đến viện khám và điều trị sớm hay muộn.

Hạch vùng: Nhóm hạch di căn trung thất

cùng bên 100%, 68,9% hạch rốn phổi cùng bên. Tỷ lệ di căn hạch trung thất cao hơn hẳn so với các nghiên cứu về UTPKTB: N.T. Hương (2014) là 47,5%; N.T.T Nhân (2012) là 66,7%. Sự khác biệt này có thể là đặc điểm đáng lưu ý trong thể loại UTP typ tế bào vảy so với các typ mô bệnh học khác.

Mô bệnh học: UTBMV không sừng hóa chiếm 65,6% tương tự tác giả L.T.L. Quyền (2015) là 62,5% và N. N. Bách (2014) 62,6%. Một số nghiên cứu từ các tác giả Nhật Bản thì tỷ lệ ung thư biểu mô vảy không sừng hóa lại thấp hơn so với ung thư biểu mô sừng hóa [8]. Sự khác biệt này có liên quan đến tiền sử sử dụng thuốc lá, thuốc lào và đã được y văn công nhận.

Đáp ứng cơ năng: Mục tiêu đặt ra trong nghiên cứu là giảm nhẹ triệu chứng và nâng cao chất lượng sống cho BN. Trong nghiên cứu này đáp ứng cơ năng đạt 60,6% tương đồng tác giả L.T.L. Quyền 60,5% và thấp hơn N. T. T. Nhân (2012) 78,4% nhưng cao hơn N. T. Hương (2014) 57,5%. Mặt khác tiêu chuẩn lựa chọn BN ban đầu có thể trạng khá tốt PS từ 0-1 nên phần nào giảm bớt tỷ lệ bỏ trị vì quá mệt, ăn uống quá kém...

Đáp ứng thực thể: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng không có bệnh nhân đạt hiệu quả đáp ứng hoàn toàn tương đồng kết quả của tác giả L.T. L. Quyền. Tỷ lệ đáp ứng chung 37,7% thấp hơn 39,6% (L.T.L. Quyền) và 42,5% (N. T. Hương) cao hơn Vũ Văn Vũ (31,5%). Kết quả 0% đáp ứng hoàn toàn phù hợp với y văn thế giới các nghiên cứu lâm sàng lớn điều đó cũng chứng tỏ những khó khăn và thách thức trong điều trị UTPKTB ở giai đoạn có di căn. Tỷ lệ BN không đáp ứng với điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi là 62,3% tương đương 60,4% của L.T.L. Quyền (2015) và 60,1% của B.Q. Huy (2008) và V.V. Vũ (2002) là 66%. Điều đặc biệt là tỷ lệ bệnh tiến triển trong nhóm này của chúng tôi là 36,1% và N.T. Hương (2014) là 35%. Có thể có hiện tượng kháng thuốc đã xảy ra sau khi đã đáp ứng một phần sau một số chu kỳ hóa trị hoặc không đáp ứng với phác đồ hóa trị này (1BN).

Đáp ứng theo thể mô bệnh học: BN UTPTBV thể sừng hóa có tỷ lệ đáp ứng điều trị (65,0%) cao hơn so với nhóm BN không đáp ứng (35,0%) ngược lại ở nhóm UTBM vảy không sừng hóa và UTBMV dạng đáy tỷ lệ không đáp ứng (75% và 100%) chiếm ưu thế hơn tỷ lệ đáp ứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P = 0,004 < 0,01$ với mức ý nghĩa 99,99%. Kết quả nghiên cứu của tác giả L.T.L. Quyền (2015) cho thấy hình thái sừng hóa chiếm 31,25% và

không sưng hóa 62,5% nhưng không đánh giá đáp ứng theo thể mô bệnh học dù kết quả đáp ứng cơ năng và thực thể cũng như tỷ lệ hình thái tế bào của chúng tôi là tương đồng. Đó là sự khác biệt của nghiên cứu này so với các nghiên cứu khác khi chúng tôi đi sâu tìm hiểu các yếu tố có thể liên quan đến đáp ứng điều trị từ đó có thể tiên lượng nguy cơ thất bại điều trị.

Đáp ứng theo kích thước khối u: Tìm hiểu mối liên quan giữa tỷ lệ đáp ứng điều trị ở những khối u có kích thước lớn > 5 cm (45,5%) so khối u kích thước < 5 cm (29,6%) nghĩa là khối u có kích thước càng nhỏ thì tỷ lệ đáp ứng điều trị càng cao và ngược lại khối u có kích thước càng lớn thì tỷ lệ không đáp ứng điều trị càng cao. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,210 > 0,05$ và $or\ 95\%CI = 1,979[0,777-5,789]$. Kết quả này tương đồng kết quả của các nghiên cứu khác như N.T.Hương (2014), B.Q.Huy (2008), N.T.T.Nhân (2016). Tuy nhiên tiêu chuẩn đánh giá giai đoạn T không chỉ dựa vào kích thước u mà còn dựa vào những tiêu chuẩn khác.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 61 bệnh nhân UTP tế bào vảy giai đoạn IV được điều trị bằng phác đồ Gemcitabin-Cisplatin tại bệnh viện K từ 01/2016 đến 06/2019, chúng tôi rút ra những kết luận: Phác đồ Gemcitabin-Cisplatin là phác đồ có hiệu

quả, an toàn phù hợp trong điều trị bước 1 ung thư phổi tế bào vảy giai đoạn di căn đến thời điểm hiện tại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. Globocan (2012).** Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Lyon: WHO,
2. **N. B. Đức, B. Diệu và T. V. Thuần (2010).** Tình hình mắc ung thư tại Việt Nam 2004-2008 qua số liệu của 6 vùng. Tạp chí ung thư học Việt Nam, tr 73-80.
3. **D. S. Ettinger, D. E. Wood, W. Akerley và cộng sự (2015).** Non-small cell lung cancer, version 6.2015. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 13(5), 515-524.
4. **D. S. Ettinger, D. E. Wood, D. L. Aisner và cộng sự (2017).** Non-small cell lung cancer, version 5.2017, NCCN clinical practice guidelines in oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 15(4), 504-535.
5. **M. J. Aarts, B. E. van den Borne, B. Biesma và cộng sự (2015).** Improvement in population-based survival of stage IV NSCLC due to increased use of chemotherapy. International journal of cancer, 136(5), E387-E395.
6. **N. N. Bách (2014).** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của Ung thư phổi tế bào vảy tại bệnh viện Bạch Mai, Đại Học Y Hà Nội.
7. **N. T. T. Hương (2014).** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng phác đồ Gemcitabine và Cisplatin, Đại học Y Hà Nội.
8. **R. S. Heist, L. V. Sequist và J. A. Engelman (2012).** Genetic changes in squamous cell lung cancer: a review. Journal of Thoracic Oncology, 7(5), 924-933.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG NÔN - BUỒN NÔN BẰNG DEXAMETHASON SO VỚI PHỐI HỢP DEXAMETHASON VÀ ONDANSETRON TRONG GÂY TÊ TỦY SỐNG ĐỂ MỔ LẤY THAI

Phạm Thị Anh Tú¹, Phạm Thu Xanh²,
Đào Văn Tùng³, Công Quyết Thắng⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình trạng nôn và buồn nôn (NBN) trong mổ và sau mổ không những chỉ gây khó chịu cho bệnh nhân, mà còn làm mất nước và điện giải, dễ gây nên các hội chứng Mallory weiss và Mendelson, làm ảnh hưởng đến sự phục hồi sức khỏe sau cuộc

mổ. **Mục tiêu:** Khảo sát hiệu quả dự phòng NBN bằng Dexamethason và phối hợp Dexamethason và Ondansetron trong mổ lấy thai. **Đối tượng nghiên cứu:** Khảo sát ở 90 sản phụ với tình trạng sức khỏe độ I và II theo ASA được chia làm 2 nhóm tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. **Kết luận:** Qua nghiên cứu cho thấy giảm tỷ lệ NBN khi được dự phòng trước GTTS; tỷ lệ NBN ở nhóm sử dụng Dexamethason 8mg/2ml liều 8mg trước GTTS là 9.4% và chỉ mức độ nhẹ và trung bình, không có trường hợp nào NBN ở nhóm phối hợp cả Dexamethason 8mg/2ml liều 8mg trước gây tê và Ondansetron 4mg/2ml liều 4mg ngay sau GTTS.

Từ khóa: Nôn-buồn nôn, dự phòng nôn bằng Dexamethason và Ondansetron.

SUMMARY

INVESTIGATING THE PROPHYLATIC

¹Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

²Sở Y tế Hải Phòng

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

⁴Bệnh viện Hữu nghị Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Anh Tú

Email: drantugmhs@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 6/9/2019

Ngày duyệt bài: 19/9/2019

POSTOPERATIVE NAUSEA AND VOMITING EFFECTS WITH DEXAMETHASON AND THE COMBINATION OF DEXAMETHASON AND ONDANSETRON IN CESAREAN SURGERY

Overview: Postoperative nausea and vomiting (PONV) are uncomfortable for patients, which causes dehydration and electrolytes, causing Mallory weiss and Mendelson's syndrome, which affects health recovery after surgery. **Objectives:** To investigate the prophylactic PONV effects with Dexamethason and the combination of Dexamethason and Ondansetron in cesarean surgery. **Subjects and method:** Survey of 90 pregnant women with health status at ASA-level I and II were divided into 2 groups at Hai Phong gynecology-obstetrics hospital. **Conclusions:** Reduced incidence of PONV was found at 9.4% when 8mg/2ml of Dexamethason has been given before spinal anesthesia; and there were no cases of vomiting and nausea in the combination group using of 8mg Dexamethason and 4mg Ondansetron.

Keywords: PONV, nausea, vomiting, prophylaxis of PONV with Dexamethason and Ondansetron.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê tủy sống (GTTS) là một phương pháp vô cảm được áp dụng phổ biến để mổ lấy thai. Ngày nay với sự tiến bộ về kỹ thuật, phương tiện và thuốc tê nên GTTS trong mổ lấy thai càng được áp dụng rộng rãi. Hơn nữa phương pháp này trong mổ lấy thai có nhiều ưu điểm hơn so với gây mê toàn thân như tránh được các biến chứng về hô hấp cho các sản phụ, hạn chế thuốc mê ngấm qua rau thai, cho phép người mẹ vẫn tỉnh khi mổ được chứng kiến giây phút con chào đời. Tác dụng hiệp đồng trong GTTS bằng hỗn hợp thuốc tê Bupivacain kết hợp với Morphin hiện đang được sử dụng phổ biến do hiệu quả kéo dài thời gian giảm đau nhưng lại có tác dụng không mong muốn là gây ức chế hô hấp và gây buồn nôn, nôn, mất ngủ và an thần sâu. Bên cạnh đó, một trong những biến chứng của GTTS như NBN là do hạ huyết áp gây thiếu oxy não cần theo dõi và đảm bảo huyết áp.

Thực tế, tình trạng nôn và buồn nôn trong mổ và sau mổ (NBNSM) không những chỉ gây khó chịu cho bệnh nhân, mà còn làm mất nước và điện giải, dễ gây nên các hội chứng Mallory weiss, hội chứng Mendelson, làm ảnh hưởng đến sự phục hồi sức khỏe sau cuộc mổ. Do đó NBNSM là vấn đề cần quan tâm trong việc nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân.

Đã có những thuốc để kiểm soát NBNSM, những thuốc đó thường là kháng histamin, các dẫn xuất phenothiazin, kháng cholinergics, đối kháng thụ thể dopamin nhưng có nhiều tác dụng không mong muốn như an thần, triệu chứng ngoại tháp và nhịp tim nhanh. Từ khi khám phá

được vùng nhận cảm hóa học CTZ ở sán não thất IV, các chất trung gian hóa học đồng vận dẫn truyền cảm giác nôn, tại vùng này tới trung tâm nôn ở hành não đã cắt nghĩa được phần nào cơ chế tác dụng phòng nôn của Dexamethason và Ondansetron.

Hiện nay, trên thế giới cũng như ở Việt Nam có nhiều thuốc chống nôn mới đã được nghiên cứu và sử dụng riêng lẻ hoặc phối hợp. Tuy nhiên, trong mổ lấy thai có nguy cơ NBN cao hơn hẳn một số trường hợp khác thì tại thời điểm này ở Việt Nam vẫn chưa tìm thấy báo cáo nào. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *khảo sát hiệu quả dự phòng NBN bằng Dexamethason và phối hợp Dexamethason và Ondansetron trong mổ lấy thai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi từ 25- 40 tuổi;
- Tình trạng sức khỏe ASA I, II;
- Bệnh nhân được chỉ định mổ lấy thai chủ động;
- Có chỉ định với GTTS;
- Không sử dụng thuốc chống nôn/thuốc gây tăng tỷ lệ NBN trước mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có chống chỉ định GTTS hoặc không thực hiện được kỹ thuật gây tê;
- Có triệu chứng NBN trước mổ;
- Các trường hợp có tai biến, biến chứng về phẫu thuật và gây tê;
- Dị ứng với các thành phần của thuốc Bupivacain, Morphin Sulphat Ondansetron và Dexamethason;
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu;

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có đối chứng.

2.3. Phương pháp chọn mẫu và chia nhóm nghiên cứu. Chọn ngẫu nhiên theo phương pháp bốc thăm, chia làm hai nhóm, nhóm 1 sử dụng thuốc chống nôn bằng Dexamethason 8mg và nhóm 2 sử dụng phối hợp thuốc chống nôn Dexamethason 8mg và Ondansetron 4mg.

Mỗi nhóm được tiến hành nghiên cứu và thu thập số liệu như nhau.

2.4. Các chỉ tiêu và phương pháp đánh giá.

*Các chỉ tiêu chung

- Tuổi, chiều cao, cân nặng của bệnh nhân.
- Đánh giá thời gian phẫu thuật: Tính từ lúc phẫu thuật viên bắt đầu rạch da cho đến khi khâu da mũi da cuối cùng.

*Đánh giá hiệu quả GTTS: Đánh giá tác dụng ức chế cảm giác đau bằng phương pháp chấm

kim (Pin Prick); đánh giá chất lượng vô cảm dựa vào thang điểm Aboulezh theo các mức Tốt; Trung bình và kém; đánh giá tác dụng ức chế vận động theo thời gian xuất hiện và mức độ liệt vận động, sử dụng thang điểm 0 – 3 của Bromage.

*Đánh giá sự thay đổi tuần hoàn và hô hấp

Đo huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu, nhịp tim và tần số thở, độ bão hòa oxy (SpO_2); tiêu chuẩn đánh giá tụt HA khi HA tối đa tụt 20% so với HA tối đa của bệnh nhân trước gây tê; tiêu

chuẩn đánh giá rối loạn hô hấp: khi tần số thở, độ bão hòa oxy (SpO_2) thay đổi ra ngoài giới hạn bình thường.

*Đánh giá nôn và buồn nôn theo Klockgether - Radke

2.5. Các thời điểm theo dõi và đánh giá

Theo dõi và đánh giá liên tục trên máy monitor sự thay đổi về huyết động, hô hấp và các yếu tố khác tại các thời điểm sau:

Ký hiệu	Thời điểm	Ký hiệu	Thời điểm
H₀	Trước khi gây tê	H₃₀	Sau khi gây tê 30 phút
H₁	Ngay sau khi gây tê	H_{KT}	Kết thúc cuộc mổ
H₅	Sau khi gây tê 5 phút	H_{s2}	Sau mổ 2 giờ
H₁₀	Sau khi gây tê 10 phút	H_{s6}	Sau mổ 6 giờ
H₁₅	Sau khi gây tê 15 phút	H_{s24}	Sau mổ 24 giờ

2.6. Xử lý số liệu nghiên cứu. Số liệu thu thập được mã hóa, nhập vào máy tính và xử lý theo chương trình SPSS 20.0 và phần mềm Microsoft Excel 2007.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả các trường hợp tham gia nghiên cứu đều tự nguyện và không ép buộc. Bí mật các thông tin cá nhân, số liệu và kết quả chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào

khác. Đề tài đã được thông qua Hội đồng khoa học của Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tiến hành nghiên cứu trên 90 bệnh nhân mổ lấy thai từ tháng 11 năm 2018 đến 2 năm 2019 tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng chúng tôi thu được một số kết quả như sau:

3.1. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố về tuổi, giới, chiều cao, cân nặng

Chỉ số	Nhóm NC	Số lượng	Trung bình	SD	P
Tuổi trung bình (năm)	Nhóm 1	32	31.6	4.5	> 0.05
	Nhóm 2	58	29.8	3.8	
Chiều cao (cm)	Nhóm 1	32	157.0	5.0	> 0.05
	Nhóm 2	58	156.1	4.4	
Cân nặng (kg)	Nhóm 1	32	64.3	6.5	> 0.05
	Nhóm 2	58	65.2	7.6	
BMI (kg/m^2)	Nhóm 1	32	26.1	2.5	> 0.05
	Nhóm 2	58	26.8	3.2	

Qua kết quả ở bảng 3.1 cho thấy các đặc điểm chung ở 2 nhóm nghiên cứu là tương đồng giống nhau về độ tuổi sinh đẻ, về chiều cao và chỉ số BMI ($p > 0.05$), do các đối tượng nghiên cứu được lựa chọn khá đồng đều.

3.2. Chỉ số huyết động và hô hấp

Bảng 3.2. Chỉ số huyết động và hô hấp trước gây tê (H₀) của hai nhóm

Chỉ số	Nhóm NC	Tần số	Trung bình	SD	P
Tần số tim (lần/phút)	Nhóm 1	32	86.7	8.6	>0.05
	Nhóm 2	58	87.2	7.8	
HATT (mmHg)	Nhóm 1	32	122.7	8.2	>0.05
	Nhóm 2	58	122.6	7.4	
HATTr (mmHg)	Nhóm 1	32	73.7	6.5	>0.05
	Nhóm 2	58	75.3	7.7	
HATB (mmHg)	Nhóm 1	32	90.0	6.5	>0.05
	Nhóm 2	58	91.0	7.0	
SpO_2 (%)	Nhóm 1	32	99.1	0.2	>0.05
	Nhóm 2	58	98.6	0.2	

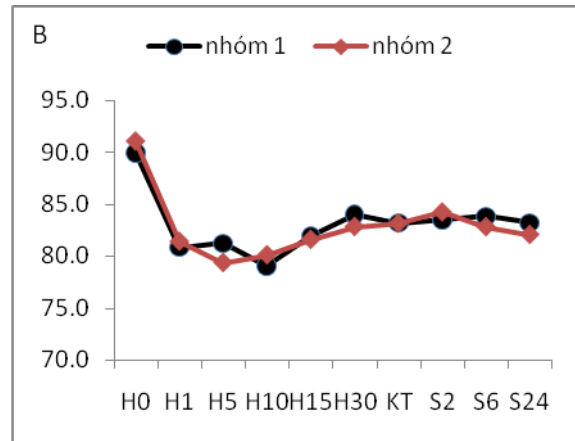
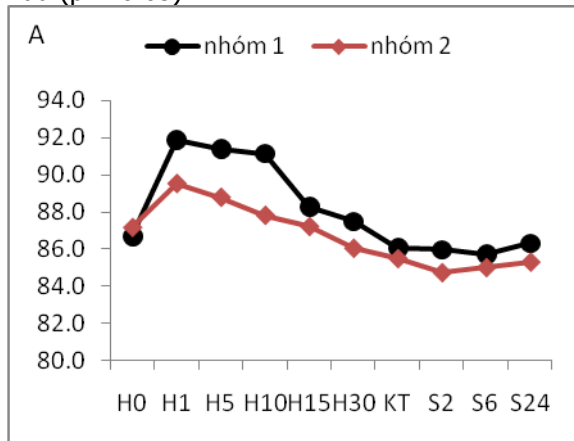
Nhận xét bảng 3.2 Các chỉ số về tần số tim, các chỉ huyết áp và độ bão hòa oxy trong máu mao mạch tại thời điểm trước khi tiến hành gây tê của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

3.3. Thời gian đáp ứng tê, thời gian phẫu thuật và xu thế thay đổi chỉ số huyết động tại các thời điểm

Bảng 3.3. Thời gian đáp ứng tê, thời gian phẫu thuật

Thời gian	Nhóm NC	Tần số	Trung bình	SD	p
Khởi phát tê (phút)	Nhóm 1	32	4.66	0.75	> 0.05
	Nhóm 2	58	4.33	1.14	
Phẫu thuật (phút)	Nhóm 1	32	36.44	9.23	> 0.05
	Nhóm 2	58	37.40	7.84	

Nhận xét: bảng 3.3 cho thấy thời gian tê và thời gian phẫu thuật của hai nhóm là tương đương nhau ($p > 0.05$)



Biểu đồ 3.1. Tần số tim (A) và huyết áp trung bình (B) tại các thời điểm

3.4. Hiệu quả dự phòng

Đánh giá NBN ngay sau khi gây tê, sau khi tê 5 phút và sau 10 phút: đều có tỷ lệ như nhau.

Bảng 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân buồn nôn, nôn sau khi gây tê

Đặc điểm	Nhóm 1 (n = 32)		Nhóm 2 (n = 58)		Tổng số (n = 90)		p
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	
Không nôn	29	90.6%	58	100%	87	96.7%	< 0.05
Có nôn	3	9.4%	0	0	3	3.3%	

Bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ sản phụ có nôn, và/hoặc buồn nôn sau khi gây tê ở nhóm 1 là 3 tương ứng với 9.4%, trong khi đó ở nhóm 2 thì không gặp trường hợp nào xuất hiện NBN. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

Bảng 3.5. Tỷ lệ bệnh nhân NBN theo tiền sử say tàu xe /NBN

Tiền sử Say tàu xe/NBN	Nhóm 1 (n=32)		Nhóm 2 (n=58)	
	Tỷ lệ NBN	%	Tỷ lệ NBN	%
Có	2/11	18.18	0/15	40
Không	1/21	4.76	0/43	28

Bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ NBN gặp nhiều hơn ở người có tiền sử say tàu xe/NBN; tỷ lệ NBN theo YTNC say tàu xe/NBN ở nhóm 1 là hay gặp hơn so với nhóm 2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Các sản phụ là sản thường, không có sản bệnh và đều trong độ tuổi sinh đẻ, và đặc biệt là không có sự khác nhau về độ tuổi, chiều cao và BMI giữa các nhóm ($p > 0.05$). Như vậy kết quả của chúng tôi cho thấy các nhóm nghiên cứu đều trong tiêu chuẩn lựa chọn và khá đồng đều cho nên các kết

quả nghiên cứu đảm bảo tính khách quan và sẽ giảm thiểu tối đa các yếu tố gây nhiễu.

4.2. Chỉ số huyết động và hô hấp. Căn cứ vào các kết quả ở bảng 3.2 cho thấy các chỉ số về huyết động và hô hấp ở các nhóm là không có sự khác biệt.

Tuy nhiên, tại thời điểm đầu của quá trình gây tê kết hợp với tác dụng ức chế thần kinh

giao cảm và tác dụng ức chế trực tiếp của morphine và bupivacain lên cơ tim nên có sự dao động nhịp tim tăng hơn so với trước tê. Nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu ở trong cùng một thời điểm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$), sau đó nhịp tim ổn định đến khi trước lấy thai.

Nghiên cứu cho thấy sự thay đổi về chỉ số HA ở các nhóm nghiên cứu nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0.05$).

Do trước khi gây tê, HA tăng nhẹ có thể do sản phụ đau do chuyển dạ và lo lắng khi phải mổ, sau khi gây tê, HA giảm nhẹ (giảm $< 20\%$) so với trước đó là do sản phụ hết đau bởi tác dụng của thuốc tê và tâm lý bình tĩnh hơn với tác dụng ức chế giao cảm làm giảm lượng catecholamin gây tụt HA của thuốc tê. Nhưng sau đó nhờ có truyền dịch bù khối lượng tuần hoàn và dùng thuốc co mạch (đối với bệnh nhân bị tụt HA) mà HA bệnh nhân tăng dần tới mức ổn định rồi duy trì ổn định cho tới cuối cuộc mổ. Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Hoàng Ngọc, và Nguyễn Văn Lợi.

Như vậy phối hợp morphin với bupivacain cũng có tác dụng lên sự thay đổi HA ở các giai đoạn phẫu thuật như khi phối hợp fentanyl với bupivacain thì chỉ số HA trung bình ở cả 2 nhóm đều giảm và chỉ giảm dưới 20% . Sự khác biệt về tỷ lệ tụt HA giữa ba nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

Theo Công Quyết Thắng khi gây tê trên 57 bệnh nhân bằng pethidin thì có 13 bệnh nhân bị giảm HADM chiếm tỷ lệ $22,8\%$ nhưng chỉ giảm dưới 10% .

Như vậy theo nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng GTTS phối hợp 0.1mg morphin với 7.0mg bupivacain để mổ và giảm đau sau mổ lấy thai không gây tụt HADM nhiều, mà khá ổn định trong giới hạn an toàn.

4.3. Hiệu quả dự phòng nôn-buồn nôn.

Có rất nhiều nguyên nhân gây NBN trong và sau mổ, việc sử dụng các nhóm thuốc opioids để gây tê và giảm đau của cuộc mổ cũng là một yếu tố nguy cơ dẫn đến hiện tượng này.

Tác giả Michelle Wheeler nghiên cứu tỷ lệ NBN sau GTTS bằng morphin là $17,1\%$ còn nhóm tiêm morphin tĩnh mạch là $28,2\%$.

Tác giả Katsuyuki Terajima và Hidetaka Onoderanghiên cứu phối hợp 0.2mg morphin với bupivacain GTTS để mổ lấy thai cho 22 trường hợp thì cho thấy tỷ lệ NBN là 14% .

Tác giả Lam FY, Broome IJ, Matthews PJ đã so sánh tỷ lệ NBN giữa hai nhóm được dùng morphin để GTTS và GTNMC thì nhóm GTNMC

có tỷ lệ NBN cao hơn.

Tác giả Trần Đình Tú đã nghiên cứu phối hợp bupivacain với 0.2mg morphin trong mổ lấy thai đã gặp 20% các trường hợp NBN. Cho dù tất cả các sản phụ đều được dự phòng nôn bằng Ondansetron.

Kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm dự phòng NBN bằng Dexamethason $8\text{mg}/2\text{ml}$ liều 8mg trước gây tê thì có 9.4% NBN mức độ nhẹ, nhóm dự phòng bằng phối hợp Dexamethason $8\text{mg}/2\text{ml}$ liều 8mg trước gây tê và Ondansetron $4\text{mg}/2\text{ml}$ liều 4mg ngay sau GTTS thì không có trường hợp nào.

Như vậy tỷ lệ NBN trong và sau mổ phụ thuộc vào rất nhiều YTNC, phụ thuộc vào việc sử dụng các opioids để giảm đau cũng làm tăng tỷ lệ NBN mỗi tùy theo liều lượng và đường dùng. Dùng morphin liều cao thì tỷ lệ NBN cao hơn ngay trong các nhóm được dùng morphin. Tuy nhiên hoàn toàn có thể dự phòng để giảm tỷ lệ nôn-buồn nôn bằng việc sử dụng phối hợp Dexamethason 8mg trước GTTS và Ondansetron 4mg ngay sau GTTS để cho kết quả tốt hơn trong cuộc mổ và sự hồi phục nhanh hơn sau mổ.

V. KẾT LUẬN

- Giảm tỷ lệ nôn và buồn nôn khi được dự phòng NBN trước GTTS trong mổ lấy thai.

- Tỷ lệ NBN ở nhóm sử dụng Dexamethason liều 8mg trước GTTS (nhóm 1) là 9.4% NBN mức độ nhẹ và trung bình, cao hơn nhóm 2 phối hợp Dexamethason liều 8mg trước gây tê và Ondansetron liều 4mg ngay sau GTTS thì không có trường hợp nào NBN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** "Dexamethasone". Dược Thư Quốc Gia Việt Nam, (2002): p. 356-357.
2. **Bộ Y Tế** "Ondansetron". Dược Thư Quốc Gia Việt Nam, (2002): p. 748-749.
3. **Công Quyết Thắng (2017)**, ERAS: Enhanced Recovery After Surgery- Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật và vai trò của người làm Gây mê Hồi sức. Hội Gây mê Hồi sức Việt Nam (VSA),
4. **Nguyễn Đình Long (2011)**, So sánh tác dụng dự phòng và điều trị nôn và buồn nôn của ondansetron với dexamethasone sau mổ nội soi phụ khoa. Luận văn Thạc sĩ, Đại học y Hà Nội.
5. **Đỗ Thanh Hòa (2012)**, Nghiên cứu tác dụng dự phòng buồn nôn và nôn của dexamethasone đơn thuần hoặc kết hợp với ondansetron sau gây tê tùy sống trong phẫu thuật chi dưới. Y học thực hành, 841.
6. **Nguyễn Văn Chung và Trần Thị Ánh Hiền (2011)**, Nghiên cứu hiệu quả dự phòng buồn nôn - nôn cầu ondansetron phối hợp dexamethasone sau phẫu thuật tai mũi họng. Nghiên cứu Y học, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 15.

ĐỊNH LƯỢNG CHẤT MA TÚY AMB-FUBINACA TRONG CẦN SA TỔNG HỢP BẰNG PHƯƠNG PHÁP SẮC KÝ KHÍ GHEP ĐẦU DÒ ION HÓA NGỌN LỬA

Nguyễn Đăng Tiến*, Nguyễn Anh Tuấn**

AMB-Fubinaca in synthetic cannabinoids.

Key words: Synthetic cannabinoids, AMB-Fubinaca, GC-FID.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhóm cần sa tổng hợp, còn được gọi là "cỏ Mỹ" là nhóm ma túy có chứa nhiều chất rất nguy hiểm, làm phát sinh các hành vi vi phạm pháp luật, điển hình như chất AMB-Fubinaca. **Mục tiêu:** Xây dựng quy trình định lượng AMB-Fubinaca trong cần sa tổng hợp dạng cỏ Mỹ bằng phương pháp sắc ký khí ghép đầu dò ion hóa ngọn lửa (GC-FID). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mẫu cần sa tổng hợp dạng cỏ Mỹ được thu thập từ các vụ án tại Việt Nam từ năm 2016 đến 2018, được sử dụng làm mẫu thử trong việc thẩm định quy trình định lượng AMB-Fubinaca bằng phương pháp GC-FID theo hướng dẫn của AOAC. **Kết quả:** Xây dựng được quy trình phân tích AMB-Fubinaca đảm bảo tính tin cậy, độ đặc hiệu, độ chính xác và độ đúng cao, có thể ứng dụng trong việc định lượng các mẫu cỏ Mỹ với giới hạn phát hiện là 1,5 µg/mL. **Kết luận:** Quy trình định lượng AMB-Fubinaca trong cỏ Mỹ đạt tất cả các yêu cầu theo hướng dẫn AOAC góp phần định hướng cho việc xây dựng phương pháp phân tích các chất ma túy trong nhóm cần sa tổng hợp để hỗ trợ cho công tác xử lý tội phạm của các cơ quan chức năng.

Từ khóa: Cần sa tổng hợp, AMB-Fubinaca, GC-FID.

SUMMARY

DETERMINATION OF AMB-FUBINACA IN SYNTHETIC CANNABINOIDS BY GAS CHROMATOGRAPHY WITH FLAME-IONIZATION DETECTION

Backgrounds: Synthetic cannabinoids are currently the largest group of new psychoactive substances and one of the most recent synthetic cannabinoids that have appeared in Vietnam is AMB-Fubinaca. **Objectives:** A gas chromatography with flame ionization detector (GC-FID) method was developed and validated for determination of AMB-Fubinaca in synthetic cannabinoid. **Methods:** Chromatography separation was achieved on diphenyl dimethyl polysiloxane GC column (30 m×0.32 mm×0.25 µm) with a total run time of 10 minutes. **Results:** The method was validated in terms of specificity, linearity, precision, accuracy and sensitivity. The limits of detection and quantification for AMB-Fubinaca were 1.5 µg/mL and 4.5 µg/mL, respectively. **Conclusions:** Tested with 30 samples, the validated method proved simple, sensitive, accurate and practically useful for determination of

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhóm cần sa tổng hợp, còn được gọi là "cỏ Mỹ" là nhóm ma túy được phát hiện và giám định bởi các cơ quan chức năng tại Việt Nam và các chất này xuất hiện ngày càng nhiều từ cuối năm 2016 đến đầu năm 2019. Trong cỏ Mỹ, có nhiều chất ma túy rất nguy hiểm, khi sử dụng gây mất khả năng kiểm soát, làm phát sinh các hành vi vi phạm pháp luật khác (hình sự, cướp giật...), điển hình như chất AMB-Fubinaca nằm trong danh mục các chất ma túy bán hành kèm theo nghị định số 73/2018/NĐ-CP ngày 15 tháng 5 năm 2018 của chính phủ [4]. Tuy nhiên, hiện nay, tại Việt Nam, chất AMB-Fubinaca này chưa được triển khai nghiên cứu cụ thể về quy trình phân tích, định lượng trong các mẫu cỏ Mỹ thu thập từ các vụ án nên gây khó khăn cho công tác xử lý vi phạm cũng như đáp ứng các yêu cầu điều tra, truy tố, xét xử.

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy phương pháp sắc ký khí và sắc ký lỏng ghép với đầu dò phổ khối (GC-MS và LC-MS) là hai phương pháp thường được sử dụng để phát hiện AMB-Fubinaca [2] [3] [5]. Tuy nhiên, phương pháp sắc ký khối phổ có điều kiện xây dựng quy trình phân tích khá khó khăn, phức tạp và nhiều địa phương chưa được trang bị đầy đủ. Trong khi đó, yêu cầu cấp thiết đặt ra hiện nay là cần có một quy trình định lượng nhanh, chính xác AMB-Fubinaca trong mẫu cỏ Mỹ nhằm phục vụ cho công tác điều tra xử lý vi phạm. Phương pháp sắc ký khí ghép với đầu dò ion hóa ngọn lửa (GC-FID) được lựa chọn để thay thế cho đầu dò phổ khối do phương pháp GC-FID này tạo thuận lợi hơn cho công tác xây dựng và thẩm định quy trình, mang tính khả thi trong tình hình thực tiễn trang bị ở các phòng thí nghiệm giám định ma túy hiện nay. Xuất phát từ các lý do trên, nghiên cứu này được thực hiện tại Phân Viện Khoa học Hình sự TP. HCM nhằm xây dựng quy trình định lượng AMB-Fubinaca trong mẫu cần sa tổng hợp bằng phương pháp GC-FID và thẩm định phương pháp phân tích theo hướng dẫn của AOAC [1].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Hóa chất. Chất chuẩn AMB-Fubinaca

*Phân viện Khoa học hình sự TP HCM

**Trường Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn;

Email: huynhtuan9000@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/7/2019

Ngày phản biện khoa học: 15/8/2019

Ngày duyệt bài: 5/9/2019

98,34% được phân lập tại phòng thí nghiệm từ các mẫu cỏ Mỹ và được xác định độ tinh khiết tại Viện kiểm nghiệm thuốc TP. Hồ Chí Minh. Chất chuẩn procain 99,70% từ Viện kiểm nghiệm thuốc TP. Hồ Chí Minh, số lô QT125040518. Hóa chất và dung môi: methanol từ công ty J.T.Baker, các hóa chất khác đạt tiêu chuẩn chất lượng phân tích.

2. Thiết bị. Máy Sắc ký khí ghép đầu dò ion hóa ngọn lửa của công ty SCION, số ModelGC-456. Máy siêu âm Model: Elma S 30H, Máy lắc Vortex Model: IKA MS 3 basic.

3. Đối tượng nghiên cứu

Nguồn gốc: Mẫu "cỏ Mỹ" thu thập từ các vụ án tại Việt Nam từ năm 2016 đến 2018.

Mô tả: Mẫu "cỏ Mỹ" (Hình 1) được đóng gói dưới dạng các gói thực vật khô, cắt nhỏ, tẩm mùi thơm đặc trưng, nhưng thực chất "cỏ Mỹ" là hỗn hợp cây cỏ được tẩm ướp hoạt chất ma túy cần sa tổng hợp. Đặc biệt, phát hiện các mẫu cỏ Mỹ có chứa AMB-Fubinaca xuất hiện ngày càng nhiều trong các vụ án tại Việt Nam. Các mẫu được sấy khô ở nhiệt độ 50°C, rồi được nghiền

nhỏ thành bột mịn khi định lượng.

4. Phương pháp nghiên cứu

Khảo sát quy trình xử lý mẫu. Khi tiến hành xây dựng phương pháp, cần khảo sát quy trình xử lý mẫu để chiết kiệt AMB-Fubinaca nhằm định lượng được chính xác lượng AMB-Fubinaca có trong mẫu cỏ Mỹ. Vì thế, tiến hành khảo sát theo thứ tự: thể tích dung môi pha mẫu, nhiệt độ chiết, thời gian chiết mẫu và số lần chiết để tối ưu hóa điều kiện chiết cho AMB-Fubinaca. Tiến hành khảo sát theo thứ tự như bảng 1.



Hình 1. Mẫu tang vật thu được ở dạng cỏ Mỹ

Bảng 1. Khảo sát quy trình xử lý mẫu

Thông số khảo sát	Điều kiện khảo sát	Điều kiện cố định
Thể tích dung môi	5 ml; 10 ml; 20 ml	40°C; 10 phút; 1 lần chiết
Nhiệt độ chiết	40°C; 50°C; 60°C	10 ml; 10 phút; 1 lần chiết
Thời gian chiết	10 phút; 15 phút; 20 phút	10 ml; 50°C; 1 lần chiết
Số lần chiết	1 lần; 2 lần; 3 lần	10 ml; 50°C; 10 phút

Quy trình xử lý mẫu thử: Cân chính xác khoảng 100 mg bột cỏ Mỹ cho vào ống nghiệm, thêm methanol, lắc với máy vortex 5 phút, sau đó tiến hành chiết có hỗ trợ siêu âm, lọc, thêm nội chuẩn procain. Lọc qua màng lọc 0,45µm, được dung dịch mẫu thử. Tiến hành khảo sát thể tích dung môi, thời gian chiết, nhiệt độ và số lần chiết sao cho lượng AMB-Fubinaca chiết được là cao nhất. Đánh giá quy trình xử lý mẫu bằng phương pháp thêm chuẩn, đánh giá hiệu suất chiết, độ thu hồi của phương pháp.

Khảo sát điều kiện sắc ký. Sau khi xử lý mẫu, tiến hành khảo sát điều kiện sắc ký: tốc độ dòng khí mang, tỉ lệ chia dòng, chương trình nhiệt độ của quy trình định lượng AMB-Fubinaca trên hệ thống sắc ký khí để tìm được điều kiện sắc ký tối ưu thỏa mãn pic AMB-Fubinaca tách hoàn toàn với các pic khác với Rs lớn hơn 1,5 và As nằm trong khoảng 0,8-1,5.

Chuẩn gốc AMB-Fubinaca 1000 µg/mL: Cân chính xác khoảng 20 mg AMB-Fubinaca chuẩn vào trong bình định mức 20 mL, hòa tan và bổ sung vừa đủ bằng methanol.

Chuẩn gốc procain 2000 µg/mL: Cân chính xác khoảng 40mg procain chuẩn vào trong bình

định mức 20mL, hòa tan và bổ sung vừa đủ bằng methanol.

Mẫu chuẩn: Lấy chính xác 3 mL chuẩn gốc AMB-Fubinaca 1000 µg/mL và 1 mL chuẩn gốc procain 2000 µg/mL cho vào bình định mức 10 mL, bổ sung vừa đủ bằng methanol. Lọc qua màng lọc 0,45 µm được dung dịch mẫu chuẩn AMB-Fubinaca 300 µg/mL và procain 200 µg/mL.

Mẫu thử: tiến hành xử lý mẫu theo quy trình đã khảo sát, lọc qua màng lọc 0,45 µm trước khi tiêm vào hệ thống sắc ký.

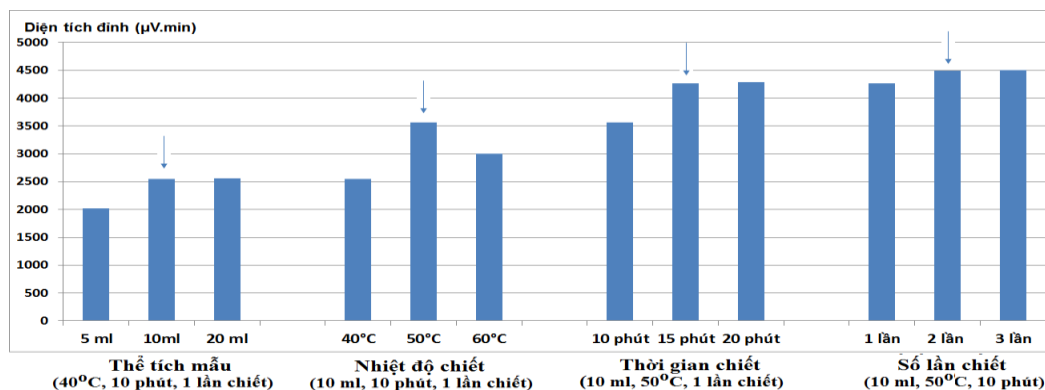
Thẩm định và ứng dụng quy trình định lượng. Sau khi khảo sát điều kiện sắc ký, tiếp tục tiến hành thẩm định phương pháp theo hướng dẫn của AOAC ^[1] bao gồm khảo sát tính phù hợp hệ thống, khoảng tuyến tính, giới hạn phát hiện, giới hạn định lượng, độ chính xác và độ đúng. Quy trình sau khi thẩm định được ứng dụng để định lượng AMB-Fubinaca trong 30 mẫu cỏ Mỹ thu thập từ các vụ án từ năm 2016 đến năm 2018.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả quy trình xử lý mẫu. Các điều kiện xử lý mẫu được khảo sát có thứ tự như bảng 1 gồm: thể tích dung môi, nhiệt độ chiết,

thời gian chiết và số lần chiết. Kết quả tối ưu hóa quy trình được trình bày ở hình 2. Dựa vào thông số diện tích pic AMB-Fubinaca để lựa chọn điều

kiện chiết tối ưu lần lượt là: thể tích dung môi là 10mL, nhiệt độ chiết 50°C, thời gian chiết 15 phút và số lần chiết lặp lại là 2.



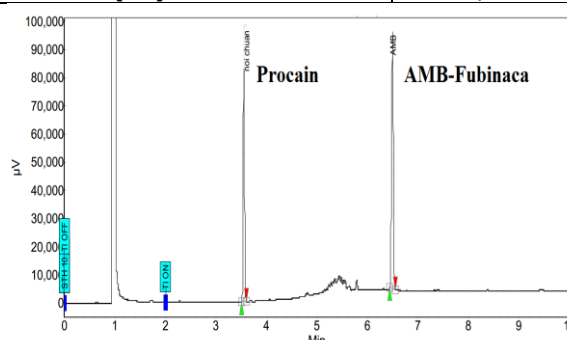
Hình 2. Kết quả tối ưu hóa quy trình xử lý mẫu

Kết quả khảo sát hiệu suất chiết AMB-Fubinaca trong mẫu cỏ Mỹ được thể hiện trong bảng 2. Từ bảng 2, nhận thấy hiệu suất chiết AMB-Fubinaca nằm trong khoảng 90 – 107 % với giá trị RSD% <3,7%, đạt yêu cầu để tiến hành thẩm định quy trình theo hướng dẫn của AOAC.

Bảng 2. Kết quả hiệu suất chiết AMB-Fubinaca

STT	Khối lượng cân (mg)	Tỷ lệ diện tích đỉnh	Lượng thêm (μg/mL)	Lượng tìm lại (μg/mL)	Hiệu suất chiết (%)
1	100,12	3,67	240	237,45	98,94
2	100,15	3,76	240	250,73	104,47
3	100,41	3,68	240	237,79	99,08
4	100,39	4,09	300	306,69	102,23
5	100,17	4,07	300	303,75	101,25
6	99,35	4,03	300	300,33	100,10
7	99,65	4,42	320	366,48	101,80
8	100,15	4,50	320	377,00	104,72
9	99,89	4,40	320	361,55	100,43
Trung bình					101,45
RSD (%)					2,00

2. Kết quả điều kiện sắc ký. Sau khi thay đổi các thông số về tốc độ dòng, nhiệt độ và tỉ lệ chia dòng, chúng tôi lựa chọn được một điều kiện sắc ký thích hợp để định lượng AMB-Fubinaca trong mẫu cỏ Mỹ với thời gian phân tích là 10 phút (Hình 3). Ở điều kiện sắc ký này, pic AMB-Fubinaca tách hoàn toàn với các pic khác với giá trị $R_s = 53,73$ và $A_s = 0,90$. Điều kiện sắc ký phù hợp gồm: Cột Rtx-5 (30m x 0,32mm x 0,25μm). Khí mang: Khí nitơ, tốc độ dòng: 3 mL/phút. Detector FID, nhiệt độ detector: 280°C, khí H₂: 30 mL/phút, dòng không khí: 300 mL/phút, dòng khí bổ trợ: 25 mL/phút. Nhiệt độ tiêm mẫu: 300°C, tỷ lệ chia dòng 1:5, thể tích tiêm: 1 μL. Chương trình nhiệt: Nhiệt độ ban đầu 200°C lưu giữ trong 2 phút, tăng lên 290°C, tốc độ tăng nhiệt là 30°C/phút, lưu giữ trong 5 phút.



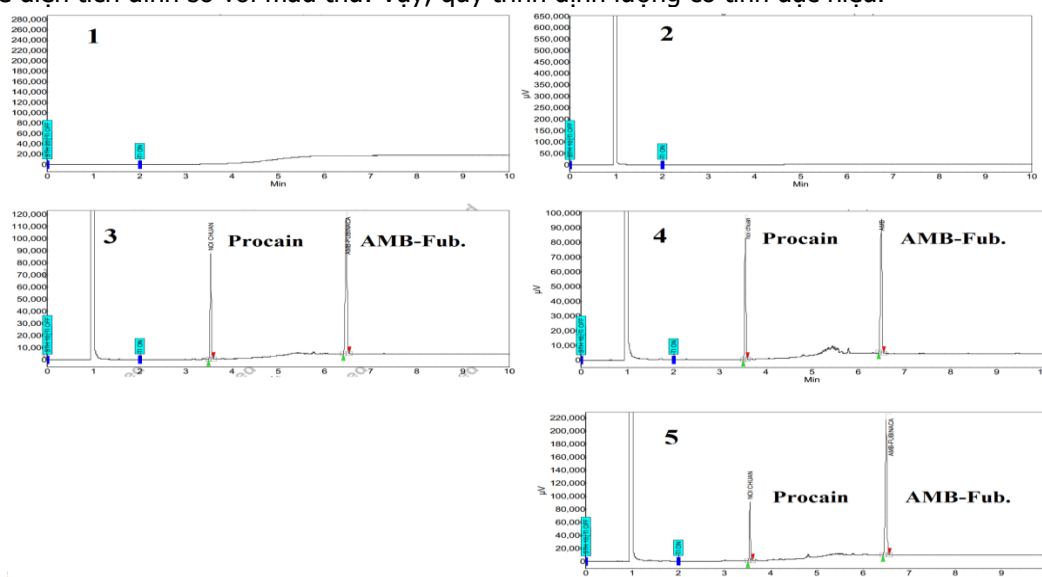
Hình 3. Sắc ký đồ của dung dịch thử

3. Thẩm định và ứng dụng quy trình định lượng. Quy trình định lượng được tiếp tục thẩm định theo hướng dẫn AOAC có kết quả sau: Tính phù hợp hệ thống: Kết quả bảng 3 cho thấy RSD% <3,7%; A_s từ 0,8 đến 1,5; R_s > 1,5; $N > 2000$. Quy trình định lượng đạt tính phù hợp hệ thống.

Bảng 3. Kết quả tính phù hợp hệ thống

Thông số		t_R (phút)	$S(\mu V.min)$	N	k'	R_s	A_s
Mẫu chuẩn	AMB – Fub.	TB	6,47	4481	163898	6,27	54,89
		RSD%	0,10	0,86	2,81	0,1	1,28
	Procain	TB	3,54	2387	108398	2,98	54,89
		RSD%	0,12	1,20	2,45	1,28	1,28
	Tỉ lệ diện tích của AMB – Fub. và nội chuẩn	Trung bình	1,88				
		RSD%	0,93				
Mẫu thử	AMB – Fub.	TB	6,55	4557	157494	6,25	53,73
		RSD%	0,06	0,78	1,67	0,20	0,67
	Procain	TB	3,59	2005	104011	2,81	54,42
		RSD%	0,11	2,18	2,72	1,05	1,12
	Tỉ lệ diện tích của AMB – Fub. và nội chuẩn	Trung bình	2,27				
		RSD%	0,95				

Tính đặc hiệu: Kết quả hình 3 cho thấy trên sắc ký đồ dung môi pha mẫu và khí mang, không xuất hiện pic có thời gian lưu tương ứng với pic AMB-Fubina trên sắc ký đồ mẫu chuẩn. Trên sắc ký đồ mẫu thử, xuất hiện pic có thời gian lưu tương ứng với pic AMB-Fubina trên mẫu chuẩn, pic AMB-Fubina tách hoàn toàn với các pic khác. Trong mẫu thử thêm chuẩn, pic AMB-Fubina có sự tăng lên về diện tích đỉnh so với mẫu thử. Vậy, quy trình định lượng có tính đặc hiệu.

**Hình 4. Sắc ký đồ tính đặc hiệu của quy trình định lượng**

(1. Khí mang; 2. Dung môi pha mẫu; 3. Mẫu chuẩn; 4. Mẫu thử; 5. Mẫu thử thêm chuẩn)

Tính tuyến tính: xây dựng đường biểu diễn sự phụ thuộc của nồng độ AMB-Fubina theo tỉ lệ chuẩn AMB-Fubina trên nội chuẩn procain. Giới hạn phát hiện, giới hạn định lượng: xác định LOD, LOQ dựa vào tỉ lệ S/N. Kết quả thu được như bảng 4.

Độ chính xác và độ đúng: Kết quả bảng 4 cho thấy giá trị RSD% của hàm lượng nhỏ hơn 3,7%. Ở ba tỷ lệ thêm chuẩn 80%, 100% và 120% có tỷ lệ phục hồi trong khoảng 90 – 107% và RSD% nhỏ hơn 3,7%. Quy trình định lượng đạt độ chính xác và độ đúng theo AOAC.

Bảng 4. Kết quả thẩm định tính tuyến tính, độ chính xác và độ đúng

Phương trình tuyến tính: $y = 0,0059x$; Khoảng tuyến tính: 4,5 – 900 $\mu g/mL$; $R^2 = 0,9994$		
Giới hạn phát hiện LOD = 1,5 $\mu g/mL$; Giới hạn định lượng LOQ = 4,5 $\mu g/mL$		
Độ lặp lại (n = 6)	Trung bình	0,48%
	RSD%	1,63%
Độ chính xác liên ngày (n = 18)	Trung bình	0,48%
	RSD%	0,79%

Độ đúng	% Chuẩn thêm vào	80%	100%	120%
	Tỷ lệ phục hồi	94,09%	97,25%	97,07%
	RSD%	1,04%	0,78%	0,81%

Ứng dụng quy trình định lượng: Quy trình được ứng dụng để định lượng AMB-Fubinaca trong 30 mẫu cỏ Mỹ thu thập từ các vụ án vào năm 2016, 2017, 2018 (mỗi năm 10 mẫu) cho kết quả như bảng 5. Kết quả bảng 5 cho thấy trong 30 mẫu có 06 mẫu không phát hiện AMB-Fubinaca và 24 mẫu có chứa AMB-Fubinaca nằm trong khoảng tuyến tính của phương pháp, 24 mẫu này có hàm lượng từ 0,30 đến 6,00 mg tính trên 100 mg cỏ Mỹ.

Bảng 5. Kết quả hàm lượng AMB-Fubinaca

Năm 2016			Năm 2017			Năm 2018		
Mẫu	Nồng độ (µg/mL)	Hàm lượng (mg/100mg)	Mẫu	Nồng độ (µg/mL)	Hàm lượng (mg/100mg)	Mẫu	Nồng độ (µg/mL)	Hàm lượng (mg/100mg)
A1	391,10	3,91	B1	432,10	4,32	C1	421,25	4,21
A2	267,26	2,67	B2	134,20	1,34	C2	600,40	6,00
A3	427,11	4,27	B3	474,28	4,74	C3	118,10	1,18
A4	293,20	2,93	B4	443,12	4,43	C4	62,30	0,62
A5		–	B5	537,15	5,37	C5	30,23	0,30
A6		–	B6	81,61	0,81	C6	292,01	2,92
A7		–	B7	275,22	2,75	C7	62,40	0,62
A8	245,30	2,45	B8	326,00	3,26	C8	62,72	0,62
A9	304,11	3,04	B9		–	C9		–
A10		–	B10	552,76	5,52	C10	392,24	3,92

Chú thích: (–) Không phát hiện

IV. BÀN LUẬN

1. Quy trình xử lý mẫu. Khi khảo sát quy trình xử lý mẫu, methanol được lựa chọn là dung môi chiết mẫu do methanol là dung môi vạn năng, có khả năng hòa tan lượng AMB-Fubinaca nhiều nhất có trong các mẫu cỏ Mỹ. Nhằm nâng cao hiệu suất chiết, chúng tôi khảo sát phương pháp chiết hỗ trợ siêu âm, đồng thời khảo sát các yếu tố về thể tích dung môi, nhiệt độ chiết, số lần chiết để độ thu hồi AMB-Fubinaca đạt được là cao nhất. Yếu tố nhiệt độ có ảnh hưởng lớn đến hiệu suất chiết AMB-Fubinaca: Ở nhiệt độ 50°C, lượng AMB-Fubinaca chiết được nhiều nhất do tăng nhiệt độ giúp làm tăng tính tan của AMB-Fubinaca. Tuy nhiên, khi tăng nhiệt độ đến 60°C, diện tích pic AMB-Fubinaca bị giảm, do ở nhiệt độ này AMB-Fubinaca kém bền, bị phân hủy một phần. Vì thế, lựa chọn nhiệt độ 50°C là nhiệt độ tối ưu cho quy trình chiết. Từ kết quả khảo sát, diện tích pic AMB-Fubinaca tăng không đáng kể khi so sánh giữa lượng dung môi 10 mL và 20 mL, giữa thời gian chiết 15 phút và 20 phút, giữa chiết 2 lần và 3 lần; hàm lượng AMB-Fubinaca chênh lệch giữa kết quả 3 lần chiết so với 2 lần chiết nhỏ hơn 1% (0,42%). Vì thế, lựa chọn điều kiện chiết tối ưu là 10 mL dung môi methanol trong 15 phút, ở nhiệt độ 50°C, chiết 2 lần để tiết kiệm dung môi, tiết kiệm thời gian và công sức khi tiến hành xử lý mẫu.

2. Quy trình định lượng. Từ sắc ký đồ mẫu

thử, có thể thấy thành phần chiết được chủ yếu trong mẫu thử có tín hiệu trên đầu dò FID là AMB-Fubinaca. Ngoài ra, còn có các pic khác có tín hiệu xuất hiện trước pic AMB-Fubinaca có thời gian lưu từ 5 đến 5,8 phút, các pic này tách hoàn toàn với pic AMB-Fubinaca. Các mẫu cỏ Mỹ thực chất là cây cỏ được tẩm ướp AMB-Fubinaca, thực nghiệm cho thấy đầu dò FID phát hiện được tín hiệu AMB-Fubinaca tách hoàn toàn các pic khác nên đảm bảo được tính đặc hiệu cho phương pháp.

Kết quả thẩm định quy trình định lượng còn cho thấy AMB-Fubinaca có khoảng tuyến tính rộng từ 4,5 – 900 µg/mL, đạt về độ đúng và độ chính xác nên đảm bảo độ tin cậy cao khi định lượng AMB-Fubinaca có trong các mẫu cỏ Mỹ thực tế. Giá trị LOD và LOQ thấp lần lượt là 1,5 µg/mL và 4,5 µg/mL, vì thế, quy trình đảm bảo độ nhạy tốt cho phương pháp, phát hiện và định lượng được AMB-Fubinaca khi xuất hiện với lượng thấp trong các mẫu cỏ Mỹ. Kết quả thẩm định cũng cho thấy quy trình đạt tất cả các yêu cầu theo hướng dẫn của AOAC, đảm bảo độ tin cậy, độ chọn lọc, độ đúng và chính xác cao để ứng dụng trong việc định lượng AMB-Fubinaca từ các mẫu cỏ Mỹ thực tế từ các vụ án.

Thực nghiệm khi định lượng 30 mẫu cỏ Mỹ trong các vụ án từ năm 2016 đến 2018 cho thấy hàm lượng trung bình của AMB-Fubinaca khoảng 3,0 mg tính trên 100 mg cỏ Mỹ với khoảng tin cậy là 2,37 – 3,65 mg (độ tin cậy 95%).

V. KẾT LUẬN

Quy trình định lượng AMB-Fubinaca trong cỏ Mỹ bằng phương pháp GC-FID đã được xây dựng và thẩm định đạt tất cả các yêu cầu theo hướng dẫn AOAC với quy trình xử lý mẫu đơn giản bằng phương pháp chiết hỗ trợ siêu âm. Hàm lượng trung bình của AMB-Fubinaca trong cỏ Mỹ từ các vụ án năm 2016 đến năm 2018 là 3 mg trong 100 mg cỏ Mỹ. Quy trình định lượng này góp phần định hướng cho việc xây dựng phương pháp phân tích các chất ma túy trong nhóm cần sa tổng hợp để hỗ trợ cho công tác xử lý tội phạm của cơ quan chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AOAC International (2016)**, "Guidelines for Standard Method Performance Requirements", pp. 1-18.
2. **Brian Waters, Natsuki Ikematsu (2016)**, "GC-PCI-MS/MS and LC-ESI-MS/MS databases for the detection of 104 psychotropic compounds (synthetic cannabinoids, synthetic cathinones phenethylamine derivatives)", *Legal Medicine*, 20, pp. 1-7.
3. **Duo-qi Xu, Wen-fang Zhang (2019)**, "Analysis of AMB-FUBINACA Biotransformation Pathways in Human Liver Microsome and Zebrafish Systems by Liquid Chromatography-High Resolution Mass Spectrometry", *Frontiers in Chemistry*, 7 (240), pp. 1-9.
4. **Nghị định quy định các danh mục chất ma túy và tiền chất**, 73/2018/NĐ-CP, ngày 15 tháng 5 năm 2018.
5. **Per Ole M. Gundersen, Olav Spigset (2018)**, Screening, quantification, and confirmation of synthetic cannabinoid metabolites in urine by UHPLC-QTOF-MS, *Drug Testing and Analysis*, pp. 1-17.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ CHẾ ĐỘ NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT ỔNG TIÊU HÓA TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2016

Trần Hiếu Học*, Phạm Văn Phú**,
Nguyễn Duy Hiếu***, Trần Quế Sơn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh trước phẫu thuật ống tiêu hóa. Mô tả chế độ nuôi dưỡng người bệnh trước và 7 ngày sau phẫu thuật ống tiêu hóa tại khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai năm 2016. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Điều tra mô tả cắt ngang 124 bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa tại khoa Ngoại, Bệnh viện Bạch Mai năm 2016. Các đối tượng nghiên cứu được đo chiều cao, cân trọng lượng cơ thể, phân loại tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật theo tổ chức y tế thế giới dựa vào chỉ số khối cơ thể (BMI), đánh giá nguy cơ dinh dưỡng theo công cụ đánh giá toàn diện chủ quan (SGA – Subjective Global Assessment) và mô tả chế độ nuôi dưỡng bằng hỏi ghi khẩu phần 24h qua. **Kết quả:** Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) là 24,2%. Tỷ lệ nguy cơ SDD theo đánh giá SGA là 71% trong đó mức độ nhẹ đến vừa là 62,1% nguy cơ SDD mức độ nặng là 8,9%. Albumin thấp (< 35g/l) là 45%, thiếu máu Hb < 120g/l là 36,3%, trong đó Hb < 90g/l là 11,3%. Giá trị dinh dưỡng trung bình thực tế trước phẫu thuật là 1166,0 ± 585,6 Kcal. Bệnh nhân sau phẫu thuật được nuôi dưỡng kết hợp giữa truyền tĩnh mạch với đường miệng chiếm 91,9%, có 8,1% bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn theo

đường tĩnh mạch. Ngày thứ nhất bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường truyền tĩnh mạch và ngày tiếp theo, tổng năng lượng chỉ đạt 50-60% so với nhu cầu khuyến nghị, năng lượng nuôi dưỡng miệng cũng rất thấp (cao nhất chỉ được 382,7 ± 281,5 Kcal). Toàn bộ chất khoáng và vitamin chỉ được cung cấp qua đường miệng. **Kết luận:** Suy dinh dưỡng vẫn chiếm tỷ lệ khá cao ở người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa, giá trị dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật chưa đáp ứng được so với nhu cầu khuyến nghị.

Từ khóa: Dinh dưỡng, phẫu thuật, bệnh lý ống tiêu hóa

SUMMARY

NUTRITIONAL SITUATION AND NURTURING REGIME OF PATIENTS OPERATED FOR GASTROINTESTINAL DISEASES AT SURGICAL DEPARTMENT, BACH MAI HOSPITAL IN 2016

Objectifs: Evaluate the nutritional situation of the preoperative patients of gastrointestinal diseases and describe the nurturing regime pre- and postoperative at surgery, Bachmai hospital. **Patients and methode:** Descriptive cross-sectional study on 124 patients operated for gastrointestinal diseases in 2016. The objects were defined in weight, height, clasification of preoperative nutritional status according to the world health organization based on on body mass index (BMI), subjective global assessment (SGA) and describe the nurturing regime pre- and postoperative by interviewing diets in 24 hours. **Results:** The chronic energy deficiency (CED) was 24,2%. The risk of malnutrition according to SGA was 71% (SGA-C was 8,9%), anemia (Hb <120g/l) was 36,3% (in which, Hb<90g/l was 11,3%). The

*Bệnh viện Bạch Mai

**Trường Đại học Y Hà Nội

***Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hiếu Học

Email: hieuhoc1305@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/7/2019

Ngày phản biện khoa học: 12/8/2019

Ngày duyệt bài: 5/9/2019

nutritional average before surgery was 1166,0 ± 585,6 Kcal. Postoperative patients were nourished in combination with intravenous and enteral nutrition, accounting for 91,9%. Intravenous nutrition was complete in the first postoperative day and total energy only reached 50%-60% of recommended demand, enteral nutrition was low (maximum: 382,7 ± 281,5 Kcal). All minerals and vitamins were only given by enteral route. **Conclusion:** The proportion of malnutrition was high in patients operated for gastrointestinal diseases, pre- and postoperative nutrition was not yet responded the recommended demand.

Keywords: Nutrition, Surgery, Gastrointestinal diseases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) ở người bệnh phẫu thuật là yếu tố nguy cơ làm tăng các biến chứng như: nhiễm trùng vết mổ, chậm liền vết mổ, nhiễm khuẩn, suy hô hấp, thậm chí tử vong [1],[2]. Trong khi đó tình trạng SDD trong bệnh viện vẫn chiếm tỉ lệ khá cao. Các bệnh nhân phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật ống tiêu hóa có nguy cơ SDD cao hơn các bệnh nhân (BN) nằm viện khác. Sau phẫu thuật ngoài lý do người bệnh bị SDD từ trước thì chính phẫu thuật đã làm thay đổi về chuyển hóa và sinh lý, những biến chứng có thể xảy ra như: nhiễm trùng vết mổ, nhiễm khuẩn, mất dịch mất máu, stress... khiến cho tình trạng SDD ngày càng nặng nề hơn. Người bệnh SDD nguy cơ tử vong cao hơn, thời gian nằm viện dài hơn. Một nghiên cứu của Moriana M tại Tây Ban Nha năm 2013 cho thấy có 50% người bệnh SDD mới nhập viện và thời gian nằm viện của người bệnh SDD là 13,5 ngày lâu hơn so với người bệnh không SDD là 6,7 ngày [3]. Do vậy, việc cải thiện hỗ trợ dinh dưỡng đầy đủ và hợp lý cho BN phẫu thuật đường tiêu hóa là công việc quan trọng và cấp thiết.

Để nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị người bệnh phẫu thuật trong đó có người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa và hạn chế các biến chứng, giảm chi phí y tế cũng như thời gian nằm viện cho người bệnh liên quan đến dinh dưỡng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12 năm 2015 đến tháng 5 năm 2016. 124 bệnh nhân được phẫu thuật ống tiêu hóa đã tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân mổ cấp cứu, bệnh nhân bị đái tháo đường, bị các bệnh liên quan đến rối loạn chuyển hóa, có các bệnh khác phối hợp: suy gan, suy thận, suy tim ở mức độ nặng, không thể thu thập được các thông tin - số liệu.

2.1 Thu thập số liệu. Điều tra viên được tập

huấn trước khi tiến hành thu thập số liệu

Các thông tin chung bao gồm tuổi, giới, ngày vào viện, chẩn đoán lúc vào viện và lúc phẫu thuật, chỉ số Albumin (Al) và Huyết sắc tố (Hb) của BN được thu thập từ bệnh án. Bệnh nhân được đánh giá tình trạng dinh dưỡng vào ngày nhập viện để phẫu thuật bao gồm các số đo nhân trắc: cân nặng, chiều cao, chỉ số BMI.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng qua điều tra khẩu phần bằng phương pháp hỏi ghi 24 giờ qua, bệnh nhân được hỏi ghi vào ngày thứ 2 trước phẫu thuật và 7 ngày sau phẫu thuật.

2.2 Các tiêu chuẩn đánh giá: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào chỉ số BMI (theo tổ chức Y tế thế giới năm 2000): thiếu năng lượng trường diễn (CED-Chronic Energy Deficiency) khi BMI < 18,5 (kg/m²); bình thường khi BMI từ 18,5 đến 24,9 và thừa cân béo phì khi BMI từ trên 25,0.

Đánh giá theo SGA: phân loại SGA chung không dựa theo điểm số mà dựa vào xu hướng của phân loại nào nhiều hơn [10000]. Phân loại không có nguy cơ suy dinh dưỡng SGA mức độ A (SGA – A); nguy cơ nhẹ đến vừa SGA mức độ B (SGA – B); nặng SGA mức độ C (SGA – C). Trong trường hợp phân vân giữa A và B thì đánh giá B, phân vân giữa B và C thì chọn B.

Chỉ số Albumin đánh giá mức độ SDD với tiêu chí có SDD khi Albumin < 35g/l.

Chỉ số Hemoglobin: xét nghiệm đánh giá mức độ thiếu máu, nếu Hb < 120g/l có thiếu máu. Thiếu máu nhẹ khi Hb > 90g/l, thiếu máu vừa và nặng khi Hb < 90g/l.

Khẩu phần 24h trước khi phẫu thuật: hỏi ghi chi tiết tên, loại thức ăn, số lượng, thành phần thức ăn kể cả các loại nước mà người bệnh tiêu thụ ngày trước PT 2 ngày. So sánh với nhu cầu khuyến nghị dinh dưỡng (NCKNDD) của người lao động nhẹ [5]. Về khẩu phần và thực phẩm sử dụng trong 24h của 7 ngày sau PT: Hỏi ghi chi tiết tên, loại thức ăn, số lượng, thành phần thức ăn kể cả các loại nước mà người bệnh tiêu thụ trong từng ngày. So sánh với nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị của Bộ Y tế [6].

2.3 Phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, tính toán thống kê trên phần mềm Stata 12.0, sử dụng các test thống kê thông thường.

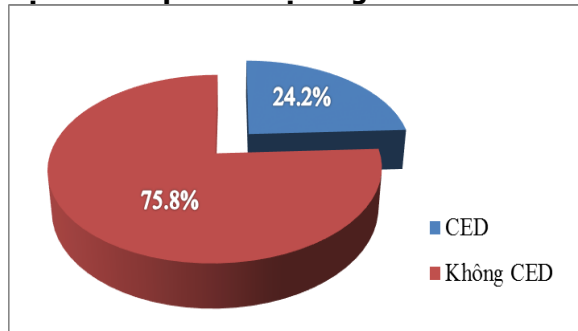
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trong 124 đối tượng tham gia nghiên cứu có 63,7% bệnh nhân nam và 36,3 bệnh nhân nữ. Trình độ học vấn cấp 2 trở lên chiếm 80,6%, dưới cấp 1 chiếm 19,4%. Số đối tượng thuộc hộ

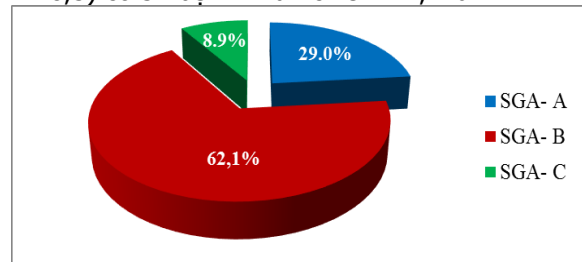
nghèo (có sổ hộ nghèo) chỉ chiếm 5,7% và đa số bệnh nhân đến từ các tỉnh thành khác (79,8%). Phẫu thuật K dạ dày có số lượng bệnh nhân nhiều nhất ($n = 67$) chiếm 56,5%. Phẫu thuật K đại tràng, K trực tràng/hậu môn và K thực quản chiếm lần lượt là 19,4%, 13,7% và 5,6%. Tỷ lệ thấp nhất là phẫu thuật khác với 4,8%.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước phẫu thuật ống tiêu hóa



Biểu đồ 1: Tình trạng dinh dưỡng theo BMI của bệnh nhân trước phẫu thuật

Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân trước phẫu thuật ở mức thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) có 31 bệnh nhân chiếm 24,2%.



Biểu đồ 2: Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật theo tổng thể chủ quan

Bệnh nhân không có nguy cơ về dinh dưỡng (SGA-A) là 29,0%, có nguy cơ SDD mức độ nhẹ đến vừa (SGA-B) là 62,1%, nguy cơ mức độ nặng (SGA-C) là 8,9%.

Bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa có Albumin thấp chiếm 44% (48/109 có Albumin < 35g/l), thiếu máu chiếm 36,3% trong đó tỷ lệ thiếu máu vừa đến nặng là 11,3%.

3.3. Giá trị dinh dưỡng trước phẫu thuật

Bảng 1: Giá trị dinh dưỡng trung bình trước phẫu thuật so với nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị

Năng lượng và các chất dinh dưỡng		$\bar{X} \pm SD$	Min - Max	NCDDKN ($\bar{x}$)	(%) đạt được
Năng lượng (Kcal)		1166,0 $\pm$ 585,6	256,5 – 3612,2	2055	56,7
Protein (g)	Động vật	31,6 $\pm$ 13,0	0 – 61,7	36,0	73,9
	Thực vật	21,0 $\pm$ 14,9	0 – 90,3	36,0	
Lipid (g)	Động vật	17,8 $\pm$ 11,9	0 – 61,3	22,9	58,9
	Thực vật	8,8 $\pm$ 9,4	0 – 45,3	22,9	
Glucid (g)		178,4 $\pm$ 104,1	16,5 – 545,9	339,1	52,5

Giá trị dinh dưỡng trung bình thực tế thấp hơn so với NCDDKN cho người lao động nhẹ. Năng lượng trung bình của KP thực tế là 1166 $\pm$ 585,6 Kcal, chỉ đạt 56,7% so với khuyến nghị. Glucid của KP thực tế là 178,4 $\pm$ 104,1g/ngày, chỉ đạt 52,5% so với khuyến nghị. Lượng protein tổng số và lipid tổng số đạt lần lượt là 73,9% và 58,9% so với khuyến nghị.

3.4. Mức tiêu thụ năng lượng sau phẫu thuật

Bảng 2: Mức tiêu thụ năng lượng sau phẫu thuật

Năng lượng (Kcal) (n=124)	Mức tiêu thụ theo các ngày sau phẫu thuật ($\bar{X} \pm SD$)						
	Ngày 1 sau mổ	Ngày 2 sau mổ	Ngày 3 sau mổ	Ngày 4 sau mổ	Ngày 5 sau mổ	Ngày 6 sau mổ	Ngày 7 sau mổ
Tĩnh mạch	701,4 $\pm$ 311,5	969,9 $\pm$ 263,0	960,4 $\pm$ 266,7	935,4 $\pm$ 304,5	830,2 $\pm$ 370,0	626,7 $\pm$ 408,0	555,6 $\pm$ 417,5
Miệng	0 $\pm$ 0	4,0 $\pm$ 44,2	9,2 $\pm$ 72,3	31,7 $\pm$ 144,7	113,7 $\pm$ 227,4	247,4 $\pm$ 278,4	382,7 $\pm$ 281,5
Tổng	701,4 $\pm$ 311,5	973,9 $\pm$ 261,1	969,6 $\pm$ 266,5	967,2 $\pm$ 282,9	943,8 $\pm$ 337,9	874,1 $\pm$ 406,8	938,3 $\pm$ 405,2
% đáp ứng so với KN	40,6	54,6	54,0	53,7	54,4	48,0	53,0

Năng lượng nuôi dưỡng bệnh nhân theo tổng các đường nuôi ngày thứ nhất sau phẫu thuật là 701,4 $\pm$ 311,5 Kcal đáp ứng 40,6% so với khuyến nghị. Ngày thứ 7 sau mổ tổng năng lượng là 938,3 $\pm$

405,2 đáp ứng 53,0% so với khuyến nghị.

Tất cả các bệnh nhân đều được nuôi dưỡng đường TM ngay ngày đầu tiên sau PT. Bệnh nhân được nuôi qua sonde sớm nhất từ ngày thứ

4 sau PT và nuôi đường miệng sớm nhất vào ngày thứ 2 sau PT.

Ngày đầu sau phẫu thuật bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch với lượng Protein là $16,3 \pm 17,8\text{g}$; Lipid là $19,3 \pm 25,9\text{g}$; Glucid $116,7 \pm 50,5\text{g}$. Đến ngày thứ 7 sau phẫu thuật: Protein là $47,6 \pm 38,8\text{g}$; Lipid là $37,9 \pm 44,4\text{g}$; Glucid $118,3 \pm 93,3\text{g}$. Khoáng chất (Ca, Phospho, Sắt...) và vitamin được cung cấp sau khi bệnh nhân ăn được bằng đường miệng từ ngày thứ 2 sau phẫu thuật và tăng dần trong quá trình điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật. Tình trạng giảm cân trước phẫu thuật so với trước khi phát hiện bệnh là 76,6% trong đó giảm trên 10% cân nặng chiếm 17,7%. Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) là 24,2%. Tỷ lệ nguy cơ SDD theo đánh giá SGA là 71% trong đó mức độ nhẹ đến vừa là 62,1% nguy cơ SDD mức độ nặng là 8,9%. Tỷ lệ người bệnh có Albumin < 35g/l là 45%, tỷ lệ thiếu máu Hb < 120g/l là 36,3%, trong đó Hb < 90g/l là 11,3%.

Nguyên nhân có sự giảm cân này là hầu hết các người bệnh phẫu thuật ống tiêu hóa có triệu chứng chán ăn, ăn không tiêu, mệt mỏi, đau bụng, xuất huyết ống tiêu hóa... Khi ống tiêu hóa bị tổn thương càng làm xuất hiện các triệu chứng trên làm cho khả năng tiêu hóa hấp thụ thức ăn của người bệnh kém đi, mặt khác khẩu phần cũng thay đổi nên người bệnh chủ yếu ăn thức ăn mềm như cháo, bún, phở sữa... làm cho khẩu phần vào không đủ năng lượng. Ngoài ra yếu tố tâm lý về bệnh, thói quen ăn uống kiêng khem cũng làm tình trạng giảm cân tăng lên, theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ giảm cân trước 2 tuần, 3-6 tháng và 6 tháng trước phẫu thuật là: 71%, 55,7% và 73,4%, tỷ lệ này cũng tương tự như của Chu Thị Tuyết năm 2013 nghiên cứu trên người bệnh phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa với tình trạng giảm cân trước phẫu thuật 6 tháng là 76,6%, mất cân trên 10% chiếm 29,2%[7]. Tình trạng giảm cân trước phẫu thuật cũng ở mức cao ở tất cả các vị trí ống tiêu hóa: thực quản là 66,7%, dạ dày là 77,6%, ruột non là 83,3%, đại tràng là 72,3%, trực tràng hậu môn là 65,0%. Vì vậy, vấn đề giải thích tình trạng bệnh theo lộ trình điều trị giúp người bệnh hiểu giảm bớt tâm lý lo lắng bị quan và vấn đề khám, tư vấn và hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh trước phẫu thuật cần được quan tâm hơn nữa.

Tỷ lệ SDD theo SGA trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Phạm Văn Năng (2006) đánh giá tình trạng dinh dưỡng

bệnh nhân phẫu thuật tại bệnh viện Cần Thơ cho thấy tỷ lệ SDD ở bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa là 77,7%.

Nồng độ albumin huyết thanh càng giảm thì nguy cơ biến chứng, tử vong càng cao sau phẫu thuật [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 61/109 bệnh nhân chiếm 56,0% có albumin huyết thanh $\geq 35\text{g/l}$ và có 48/109 bệnh nhân chiếm 44,0% có albumin huyết thanh từ dưới 35g/l, kết quả này có cao hơn của Phạm Thị Thu Hương năm 2012 nghiên cứu trên người bệnh ung thư đại - trực tràng điều trị hóa chất tại Bệnh viện Bạch Mai (tỷ lệ người bệnh có Albumin < 35 g/l là 31,1%).

4.2. Chế độ nuôi dưỡng trước và sau phẫu thuật

- Giá trị dinh dưỡng trung bình thực tế là $1166,0 \pm 585,6\text{Kcal}$ đạt 56,7% so với NCDDKN cho người lao động nhẹ. Glucid của khẩu phần thực tế là $178,4 \pm 104,1\text{g/ngày}$. Lượng protein tổng số và lipid tổng số đạt lần lượt 73,9 % và 58,9% so với KN. Hầu hết bệnh nhân sau phẫu thuật được nuôi dưỡng kết hợp giữa truyền tĩnh mạch với đường miệng chiếm 91,9%, có 8,1% bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn theo đường tĩnh mạch. SDD ở người bệnh phẫu thuật là yếu tố nguy cơ làm tăng các biến chứng như: nhiễm trùng vết mổ, chậm liền vết mổ, nhiễm khuẩn, suy hô hấp, tỷ lệ tử vong cao hơn, thời gian nằm điều trị tại bệnh viện lâu hơn và chi phí bệnh viện tăng lên [1],[2],[7],[8].

- Phẫu thuật dạ dày có thời gian nuôi đường miệng ít nhất ($2,1 \pm 0,9$ ngày), trong khi đó bệnh nhân phẫu thuật ruột non có thời gian nuôi đường miệng nhiều nhất, trung bình là $3,0 \pm 1,4$ ngày. Ngày thứ nhất bệnh nhân được nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường truyền tĩnh mạch và ngày tiếp theo, tổng năng lượng chỉ đạt 50-60% so với nhu cầu khuyến nghị, năng lượng nuôi đường miệng cũng rất thấp (cao nhất chỉ được $382,7 \pm 281,5\text{Kcal}$). Nuôi dưỡng tĩnh mạch cũng phải đòi hỏi cung cấp cả 3 chất sinh năng lượng là glucid, lipid và protein theo khuyến nghị đồng thời cũng cung cấp vitamin và khoáng chất qua đường tĩnh mạch [6].

Nghiên cứu cũng cho thấy toàn bộ chất khoáng và vitamin chỉ được cung cấp qua đường miệng, nhu cầu chất khoáng (Ca, Fe), các loại vitamin gồm vitamin A, vitamin PP và vitamin C đều thấp hơn, chỉ có nhu cầu vitamin B1 đáp ứng đủ so với khuyến nghị.

Đã có các nghiên cứu chỉ ra nuôi dưỡng đường ruột sớm có tác dụng phục hồi nhanh các nhung mao ruột, giảm thiểu lậu vi khuẩn, giảm các biến chứng và giảm thời gian nằm viện

[2],[7]. Song do phẫu thuật viên lo ngại biến chứng dò bực miệng nối ống tiêu hóa khi nuôi dưỡng đường ruột sớm nên người bệnh chỉ được cho ăn khi có trung tiện thậm chí khi sau khi người bệnh trung tiện được 2-3 ngày. Theo Chu Thị Tuyết việc nuôi ăn người bệnh phẫu thuật đường tiêu hóa trung bình giờ thứ 37,7 sau phẫu thuật (nuôi ăn kể cả người bệnh chưa có trung tiện) đem lại hiệu quả tốt [7].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa có tỷ lệ suy dinh dưỡng khá cao, thiếu máu cao. Bệnh nhân có chỉ định mổ ống tiêu hóa cần được khám để đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tư vấn chế độ dinh dưỡng trước và sau phẫu thuật. Đối với những bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng cần được hỗ trợ dinh dưỡng đầy đủ trước phẫu thuật (thời gian hỗ trợ tùy thuộc vào tình trạng suy dinh dưỡng) cũng như chế độ nuôi dưỡng sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barker JP, Detsky AS, Wesson DE et al

- (1982). "Nutrition assessment: a comparison of clinical judgment and objective measurements", N Engl J Med, **306**, 969-972.
2. Bistrian BR, Blackburn GL, Hallowell E et al (1974). "Protein status of general surgical patients". JAMA, **230**, 850-860.
3. Moriana M, Civera M, ARtero A et al (2013), "Validity of subjective global assessment as a screening method for hospital malnutrition. Prevalence of malnutrition in a tertiary hospital", Endocrinol Nutr, **61**(4), 184.
4. Detsky AS, McLaughlin JR, B.J et al (1985). "What is subjective global assessment of nutritional status", JPEN, **1**(11), 8-13.
5. Lê Thị Hợp và cộng sự (2012), Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2007). Hướng dẫn chế độ ăn bệnh viện, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. Chu Thị Tuyết (2013). Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng tiêu hóa mở có chuẩn bị tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai, Luận án tiến sĩ, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
8. Lưu Ngân Tâm và Nguyễn Thủy An (2011). "Tình trạng dinh dưỡng trước mổ và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật gan, mật tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, **15**(4), 387-396.

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 miệng 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 miệng trám tốt, giảm vi kế.

*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

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 khuẩn. Liên kết kém có thể dẫn đến sự nhiễm màu đường viền miếng 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 miếng 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 khuẩn khi phục hồi tổn thương mòn cổ răng, sử dụng hai loại vật liệu là GC Fuji II LC Capsule (xi-măng thủy 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 thủy 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 khuẩn 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 1mm.

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, chiều đèn 20s

Hoàn thiện và đánh bóng

Bôi cách ly mỗi hàn.

Kỹ thuật hàn composite

Xoi mòn men và ngà răng bằng acid photphorhydric 37%, rửa sạch sau 20 giây và làm khô

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

Đặt composite từng lớp $\leq 2\text{mm}$, chiều đèn 40 giây từ nhiều phía đảm bảo trùng hợp 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 khuẩn: 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 khuẩn. 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

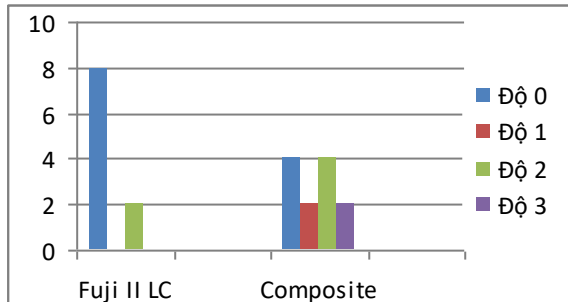
Bảng 1: Mức độ vi khuẩn ở hai nhóm thử nghiệm

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

Sử dụng phép kiểm định Mann-Whitney cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về mức độ thâm nhập chấtmàu trong hai nhóm thử nghiệm ($p < 0,05$).

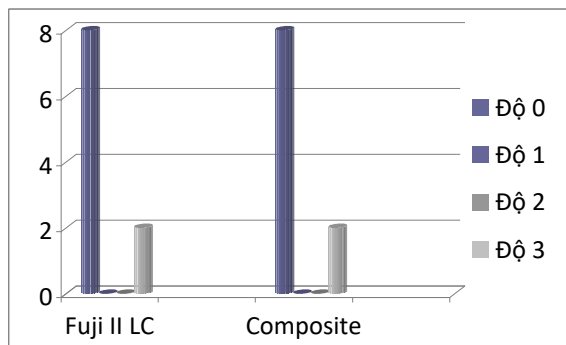


Biểu đồ 1: Mức độ vi khuẩn ở thành căn

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

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

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



Biểu đồ 2: Mức độ vi khuẩn ở thành lợi

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

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

Kiểm định cho thấy không có sự khác biệt có

ý nghĩa về mức độ thâm nhập chấtmàu 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 khuẩn 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 khuẩn), trong khi đó composite Filtek Z350 XT thể hiện vi khuẩn 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 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 mỹ 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].

Amish Diwanji và cộng sự (2014) nghiên cứu về hồ vi khuẩn 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 hồ vi khuẩn lớn nhất, không có sự khác biệt về tình trạng hồ vi khuẩn giữa Fuji II LC và Ketac Nano [6].

Khoroushi (2012) nghiên cứu vi khuẩn khi sử dụng composite và Fuji II LC khi phục hồi tổn thương mòn cổ răng, kết quả cho thấy Fuji II LC ít hồ vi khuẩn 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 miếng 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.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG THAY ĐỔI ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO GIAI ĐOẠN CẤP

Hoàng Thị Thanh Thúy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tình trạng thay đổi đường máu ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp, nhận xét tình trạng tăng đường huyết với diễn biến lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 65 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não giai đoạn cấp tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2011 đến tháng 8/2012, phương pháp nghiên cứu tiền cứu mô tả. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ giới: nam chiếm tỷ lệ 73,8% (48/65), nữ chiếm tỷ lệ 26,2% (17/65), tỷ lệ nam/ nữ là 2,8/1. Tuổi cao nhất là 87, thấp nhất là 46, trung bình 65,1 ± 11,3. Bệnh nhân được phân làm 03 nhóm: nhóm có đường máu (ĐM) bình thường (47,6%) ĐM ngày đầu: 6,5 ± 1,26mmol/l, ngày thứ 7: 6,02 ± 0,6 6mmol/l, nhóm tăng đường máu phản ứng (26,2%) ĐM ngày đầu: 8,9 ± 1,66mmol/l, ngày thứ 7: 6,12 ± 0,6mmol/l, nhóm đái tháo đường (26,2%) ĐM ngày đầu: 11,2 ± 4,02 mmol/l, ngày thứ 7: 8,5 ± 0,94 mmol/l. Đường máu theo thang điểm NIHSS: điểm NIHSS < 8 ĐM:

6,39 ± 0,66, NIHSS 8 – 23 ĐM: 7,26 ± 2,29, NIHSS > 23 ĐM: 11,4 ± 4,83 đơn vị ĐM mmol/l. Diễn biến lâm sàng có sự khác biệt rõ rệt có ý nghĩa thống kê ở các nhóm bệnh nhân: diễn biến tốt lên: nhóm ĐM bình thường chiếm 64,5%, nhóm tăng ĐM phản ứng và nhóm đái tháo đường chiếm 11,8%, diễn biến cầm chừng: nhóm ĐM bình thường chiếm 32,3%, nhóm ĐM tăng phản ứng 47%, nhóm đái tháo đường 41,2%, diễn biến xấu đi: nhóm ĐM bình thường chiếm 3,2%, nhóm tăng ĐM phản ứng chiếm 41,2%, nhóm đái tháo đường chiếm 47%. Nồng độ đường huyết và điểm Glasgow có tương quan nghịch biến chặt chẽ, đường huyết càng cao thì điểm Glasgow càng thấp, ý thức bệnh nhân càng xấu, nồng độ đường huyết và điểm NIHSS có tương quan đồng biến chặt chẽ, đường huyết càng cao điểm NIHSS càng cao, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân càng nặng.

Từ khóa: Đường huyết, nhồi máu não cấp, tăng đường huyết, bệnh đái tháo đường.

SUMMARY

STUDY ON THE STATUS OF CHANGES IN BLOOD SUGAR IN IN PATIENTS WITH ACUTE CEREBTAL INFARCTION

Objective: To study the status of changes in blood sugar in patients with acute cerebral infarction, comment on hyperglycemia with the clinical course of patients with acute cerebral infarction. **Subjects and**

*Bệnh viện Hữu nghị, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thanh Thúy

Email: thaibatapchimtud@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/7/2019

Ngày phản biện khoa học: 3/9/2019

Ngày duyệt bài: 18/9/2019

research methods: 65 patients were diagnosed with acute cerebral infarction in Bach Mai hospital from August 2011 to August 2012, descriptive research method. **Result and conclusion:** gender ratio: male account for 73,8%, female account for 26,2%, male/female ratio: 2,8/1. The highest age is 87, the lowest is 46, the average is $65,1 \pm 11,3$. Patients were divided into 03 groups: group with normal blood sugar (47,6%): first blood sugar: $6,5 \pm 1,26$ mmol/l, 7th day: $6,02 \pm 0,6$ mmol/l, reactive hyperglycemic group (26,2%): first blood sugar: $8,9 \pm 1,66$ mmol/l, 7th day: $6,12 \pm 0,6$ mmol/l, diabetes group (26,2%): first blood sugar: $11,2 \pm 4,02$ mmol/l, 7th day: $8,5 \pm 0,94$ mmol/l. Blood sugar on the NIHSS scale: NIHSS <8, blood sugar: $6,39 \pm 0,66$ mmol/l, NIHSS 8 - 23, blood sugar: $7,26 \pm 2,29$ mmol/l, NIHSS > 23, blood sugar: $11,4 \pm 4,83$ mmol/l. Clinical changes have statistically significant differences in patient groups: go better: normal blood sugar group accounted for 47%, reactive hyperglycemic group and diabetic group accounted for 11,8%, moderation: normal blood sugar group accounted for 32,3%, reactive hyperglycemic group: 47%, diabetic group 41,2%, worsen: normal blood sugar group accounted for 3,2%, reactive hyperglycemic group: 41,2%, diabetic group 47%. Blood glucose concentration and Glassgow points were strongly correlated, the higher the blood glucose level, the lower the Glassgow score, the worse the consciousness of patient. Blood glucose levels and NIHSS scores had closely correlated moos, the higher the blood sugar, the higher the NIHSS, the clinical condition of patient worsens.

Keywords: Blood sugar, acute cerebral infarction, reactive hyperglycemia, diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một bệnh lý do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên và ngày càng có xu hướng gia tăng ở Việt Nam. TBMMN có thể gây tử vong nhanh chóng, hoặc đôi khi để lại di chứng nặng nề, đưa đến gánh nặng cho chính bản thân bệnh nhân, gia đình và xã hội [1]. Theo định nghĩa và phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới, TBMMN hay đột quỵ não bao gồm: nhồi máu não, xuất huyết trong não, và xuất huyết dưới nhện. Tăng đường máu dù do stress sau tổn thương não cấp tính hay do bệnh lý đái tháo đường có trước được coi là một trong các rối loạn gây tổn thương thứ phát trong sọ [2].

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy rối loạn đường máu có liên quan với mức độ nặng nhẹ của đột quỵ nói chung và nhồi máu não nói riêng. Theo nghiên cứu của Weir và cộng sự (1997) trên 645 bệnh nhân bị nhồi máu não có tăng đường huyết mà không có đái tháo đường trước đó, có tiền lượng tồi hơn những bệnh nhân không có tăng đường huyết, do tăng đường huyết làm gia tăng tình trạng phù não và kích thích ổ nhồi máu [8],[7],[5]. Tổn thương não có thể gây tăng đường huyết và ngược lại tăng

đường huyết cũng làm cho tổn thương não trầm trọng hơn.

Trên thế giới có rất nhiều nghiên cứu về tình trạng tăng đường máu trong đột quỵ nhồi máu não [3],[8]. Ở Việt Nam đã có các nghiên cứu về tăng đường máu ở các bệnh nhân cấp cứu nội khoa, bệnh nhân chấn thương sọ não, bệnh nhân TBMMN [5],[8]. Nghiên cứu về tình trạng tăng đường huyết ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp số lượng còn hạn chế. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành đề tài "*Nghiên cứu tình trạng rối loạn đường huyết ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp*" với 2 mục tiêu:

1. *Nghiên cứu tình trạng thay đổi đường máu ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp.*

2. *Nhận xét tình trạng tăng đường huyết với diễn biến lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 65 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não giai đoạn cấp điều trị nội trú tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2011 đến tháng 8/2012

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân được chọn khi có đủ 3 tiêu chuẩn sau:

- + Khởi phát trong một tuần đầu
- + Lâm sàng có triệu chứng nghi ngờ TBMMN theo tiêu chuẩn của WHO
- + Tổn thương nhồi máu não trên chụp cắt lớp vi tính sọ não hoặc/và MRI sọ não

Bệnh nhân nghi ngờ TBMMN khi mất chức năng cục bộ của não. Theo WHO khi có một trong các biểu hiện thần kinh khu trú sau: Nói khó, thất ngôn, liệt nửa người, liệt mặt, rối loạn cảm giác nửa người, chóng mặt mất thăng bằng, rối loạn thị giác

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường từ trước.

- Bệnh nhân có chấn thương sọ não phối hợp.
- Bệnh nhân có bệnh nội tiết gây tăng đường huyết như: U tủy thượng thận, hội chứng Cushing hay đang dùng corticoid dài ngày.
- Bệnh nhân có các bệnh lý ngoại khoa phối hợp.
- Bệnh nhân tử vong trong tuần đầu.

2.2. Phương pháp tiến hành nghiên cứu:

- Tất cả các bệnh nhân vào viện khi nghi ngờ bị nhồi máu não trong vòng một tuần đầu được hỏi bệnh ghi nhận các yếu tố nguy cơ, khai thác bệnh sử và được khám đánh giá lâm sàng theo thang điểm NIHSS, điểm Glassgow lúc nhập viện, sau khi nhập viện 24 giờ, điểm NIHSS được đánh giá lại vào ngày thứ 7 của bệnh để đánh giá diễn biến của bệnh.

- Tất cả các bệnh nhân được xét nghiệm đường máu tại thời điểm sớm nhất khi vào viện, sau đó lấy máu xét nghiệm đường máu lúc đói vào 5 giờ 30 phút ngày tiếp theo. Lần thứ 3 vào ngày thứ 7 của bệnh. Xét nghiệm giá trị HbA1c, chụp cắt lớp vi tính sọ não ngay lúc vào viện, chụp MRI sọ não sớm nhất có thể trong trường hợp tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính sọ não chưa rõ ràng.

Kết quả cũng được phân làm 3 nhóm:

- Nhóm 1: Bệnh nhân có mức đường máu ở giới hạn bình thường.
- Nhóm 2: Bệnh nhân có tăng đường máu phản ứng sau đột quỵ não
- Nhóm 3: Bệnh nhân đái tháo đường thực sự mới được phát hiện

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Tuổi và giới.

*Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi thấp nhất là 46, cao nhất là 88, tuổi trung bình là $65,1 \pm 11,3$. Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả trong nước như Trần ngọc Tâm và cộng sự 64 ± 14 , Nguyễn Thị Hồng Vân (2003) $64,53$

$\pm 10,75$ [3]. Tuổi trung bình của các nghiên cứu trong nước và của chúng tôi thấp hơn so với ở châu Âu cũng như ở Australia: theo Szczudlik A (2001) ở Ba Lan là $71,6 \pm 12$, theo Wang Yang ở Australia là 70 ± 11 tuổi [8], có thể lý giải bởi vì tuổi thọ trung bình của người Việt Nam là 67,8 thấp hơn các nước phát triển [6][8].

*Giới: Tỷ lệ nam/nữ là 2,8/1. Kết quả này có khác so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Thông và cộng sự có tỷ lệ nam/nữ là 2,1/1, của Lê Văn Thịnh và cộng sự có tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1 và Nguyễn Văn Chương có tỷ lệ nam/nữ là 2,3/1. Một số nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Bạch Mai trên những bệnh nhân bị nhồi máu não mà có tiền sử bị đái tháo đường của tác giả Nguyễn Thị Hồng Vân (2003), Nguyễn Quang Bảy cho thấy tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 1/1,06 và 1/1,86. Chúng tôi cho rằng tỷ lệ nam/nữ có tính chất tương đối tùy theo cơ sở điều trị, mục đích nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu, sự khác biệt này là do có liên quan đến việc lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu ở các nghiên cứu khác nhau [3].

3.2. Tình trạng thay đổi đường máu ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp.

Bảng 3.1. Các nhóm bệnh nhân và giá trị HbA1c ở các nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Phân loại BN	N	%	Giá trị HbA1c
Nhóm có đường máu bình thường (1)	31	47,6	$5,72 \pm 0,31$
Nhóm tăng đường huyết phản ứng (2)	17	26,2	$5,78 \pm 0,41$
Nhóm đái tháo đường (3)	17	26,2	$8,62 \pm 1,88$

- Trong tổng số 65 bệnh nhân nghiên cứu số bệnh nhân có giá trị đường máu bình thường là 31 bệnh nhân chiếm 47,6% có giá trị HbA1c là $5,72 \pm 0,31$.

- Số bệnh nhân đái tháo đường và tăng đường huyết phản ứng đều là 17 bệnh nhân chiếm tỷ lệ

26,2%. Kết quả này thấp hơn của tác giả Nguyễn Thành Vy với tỷ lệ tăng đường huyết chiếm 64,8% trong đó đái tháo đường chiếm 28,6%, tăng đường huyết phản ứng chiếm 36,2%. Điều này có thể do cỡ mẫu của tác giả (105 bệnh nhân) lớn hơn của chúng tôi (65 bệnh nhân).

Bảng 3.2. Giá trị đường huyết của các nhóm bệnh nhân ở 3 thời điểm xét nghiệm.

Nhóm TĐH	Gn	Go	G07
	TB $\pm$ SD	TB $\pm$ SD	TB $\pm$ SD
Nhóm có đường máu bình thường (nhóm 1)	$6,5 \pm 1,2$	$6,15 \pm 0,53$	$6,02 \pm 0,6$
Nhóm tăng đường huyết phản ứng (nhóm 2)	$8,9 \pm 1,6$	$8,92 \pm 1,65$	$6,12 \pm 0,6$
Nhóm đái tháo đường (nhóm 3)	$11,2 \pm 4,02$	$12,43 \pm 5,34$	$8,5 \pm 0,94$

Trong đó: Gn là đường máu của bệnh nhân lúc mới nhập viện. Go là đường máu đói ngày thứ 2. Go7 là đường máu đói ngày thứ 7

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở nhóm tăng đường huyết phản ứng đường máu chủ yếu dao động trong khoảng từ 7 – 10mmol/l thấp hơn nhóm đái tháo đường, đường máu tăng cao hơn chủ yếu $> 10\text{mmol/l}$.

- Ngày thứ 7 sau khi điều trị đột quỵ não theo phác đồ của TCYTTG khuyến cáo thì nhóm đái tháo đường có trị số đường huyết vẫn ở mức $8,5 \pm 0,94$ (mmol/l), còn nhóm tăng đường huyết phản ứng 100% số bệnh nhân có đường máu trở về mức bình thường. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của Trần Thanh Tâm [4].

Bảng 3.3. Đường máu của bệnh nhân theo thang điểm NIHSS.

Điểm NIHSS	n	Đường máu (TB $\pm$ SD) (mmol/l)
Nhẹ	< 8	6,39 $\pm$ 0,66
Trung bình	8-23	7,26 $\pm$ 2,29
Nặng và Rất nặng	> 23	11,4 $\pm$ 4,83
Tổng	65	
P	< 0.05	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tính theo thang điểm NIHSS nồng độ đường huyết ở nhóm bệnh nhân nặng và rất nặng là 11,4 $\pm$ 4,83 cao hơn so với hai nhóm bệnh nhân nhẹ và trung bình. Nồng độ đường huyết ở nhóm bệnh

nhân nhẹ là thấp nhất 6,39 $\pm$ 0,66, nồng độ đường huyết ở nhóm bệnh nhân có mức độ lâm sàng trung bình là 7,26 $\pm$ 2,29. Điều này cho thấy bệnh nhân nhồi máu não có đường huyết càng cao thì mức độ lâm sàng càng nặng. Nguyễn Thành Vy (2010) cũng kết luận tăng đường huyết khi vào viện ở bệnh nhân đột quỵ có đái tháo đường kèm theo hay tăng đường huyết phản ứng đều có tỷ lệ rối loạn ý thức, mức độ liệt nặng hơn nhóm không tăng đường huyết. Theo Trần Ngọc Tâm tăng đường huyết được xem là yếu tố tiên lượng nặng trong giai đoạn cấp của đột quỵ, đường máu càng cao thì tình trạng lâm sàng càng trầm trọng [3].

3.3 Tình trạng tăng đường huyết và diễn biến lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp.

Bảng 3.4. Diễn biến lâm sàng của các nhóm bệnh nhân.

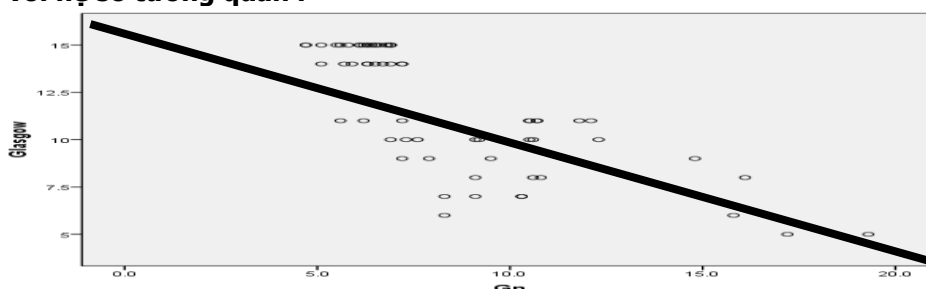
Diễn biến lâm sàng	Nhóm 1(n = 31)		Nhóm 2(n = 17)		Nhóm 3(n = 17)		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt lên	19	61,3	3	17,6	2	11,8	24	36,9
Cầm chừng	10	32,3	8	47,1	7	41,2	25	38,5
Xấu đi	2	6,4	6	35,3	8	47,1	16	24,6
P	< 0,05		> 0,05		< 0,05		65	100

Kết quả ở bảng 3.4 chỉ ra những bệnh nhân có đường máu bình thường thì đa số có diễn biến lâm sàng tốt lên (chiếm tỷ lệ 61,3%). Ở nhóm đái tháo đường tỷ lệ bệnh nhân có diễn biến xấu đi chiếm tỷ lệ cao hơn (47,1%). Ở nhóm tăng đường huyết phản ứng tỷ lệ bệnh nhân có diễn biến xấu đi chiếm tỷ lệ 35,3%. Kết quả nghiên cứu của Fop Van Kooteen cho thấy tỷ lệ bệnh nhân hôn mê nặng ở nhóm tăng đường

huyết chiếm 59% [6]. Cape và cộng sự (2001) cũng chỉ ra tăng đường huyết phản ứng liên quan đến tiên lượng lâm sàng ở bệnh nhân đột quỵ, làm tăng tỷ lệ tử vong và giảm khả năng hồi phục chức năng thần kinh. Nếu mức độ Glucose từ 6,1 – 7,0mmol/l thì tăng nguy cơ tử vong trong thời gian nằm viện và 30 ngày đầu sau đột quỵ [5]. Như vậy đường huyết càng cao diễn biến lâm sàng của bệnh nhân càng xấu đi.

Biểu đồ 3.1. Biểu diễn mối tương quan giữa mức độ rối loạn ý thức theo thang điểm Glassgow và đường máu lúc mới nhập viện theo phương trình:

$y = ax + b$ với hệ số tương quan r



Trong biểu đồ trên: Gn là đường máu tĩnh mạch lúc mới nhập viện

$r = -0.607$ với $p=0.000$.

Phương trình tuyến tính giữa điểm Glassgow và đường máu lúc nhập viện là:

$y = -0.726x + 17.936$

Tại thời điểm nhập viện, nồng độ đường huyết và điểm Glassgow có tương quan nghịch biến chặt chẽ với nhau theo phương trình tuyến

tính $y = -0,607x + 17,936$ với $r = -0,607$. Như vậy sau đột quỵ nhồi máu não, nồng độ đường huyết càng cao thì điểm Glassgow càng thấp, ý thức của bệnh nhân càng xấu. Kết quả này tương tự như tác giả Nguyễn Song Hào (2007), cũng ghi nhận có mối tương quan nghịch biến chặt chẽ giữa tăng đường huyết và mức độ trầm trọng của hôn mê với $p < 0,05$ và $r = -0,612$ [5]. Tác giả Trần Ngọc Tâm và CS – 2000 nghiên cứu

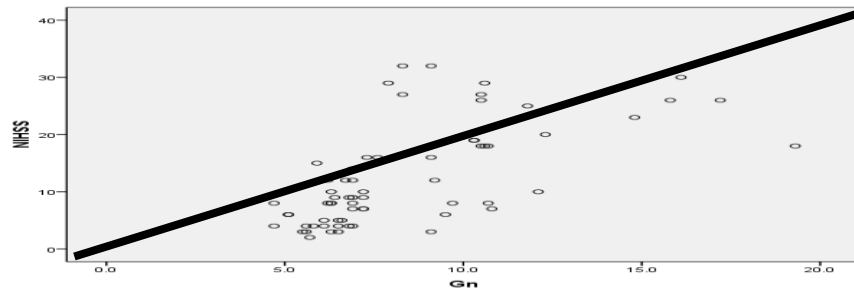
trên các bệnh nhân TBMMN giai đoạn cấp cũng ghi nhận có mối tương quan nghịch biến khá chặt chẽ giữa tăng đường huyết và mức độ trầm trọng của hôn mê với $p < 0,01$, $r = -0,468$. Szczudlik và cộng sự (2001)[3],[8], nghiên cứu tăng đường

huyết do stress trên bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp cũng có mối tương quan nghịch biến giữa tăng đường huyết và thang điểm đánh giá mức độ hôn mê khi đo đường huyết sau 24 giờ nhập viện ($p < 0,05$, $r = -0,32$).

Biểu đồ 3.2. Biểu diễn mối tương quan giữa điểm NIHSS và đường máu lúc nhập viện

Phương trình tuyến tính giữa điểm NIHSS và đường máu đối lúc nhập viện là:

$$y = 1.545x - 0.396.$$



Trong biểu đồ trên: Gn là đường máu tĩnh mạch lúc nhập viện.

Tại thời điểm nhập viện, nồng độ đường huyết và điểm NIHSS có tương quan đồng biến chặt chẽ với nhau theo phương trình tuyến tính $y = 1,545x - 0,396$ với $r = 0,536$. Như vậy nồng độ đường huyết càng cao thì điểm NIHSS càng cao, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân càng nặng.

IV. KẾT LUẬN

1. Tình trạng biến đổi đường máu của bệnh nhân NMN giai đoạn cấp.

- Lúc mới nhập viện có 31 bệnh nhân (47,7%) có đường máu bình thường, 34 bệnh nhân (52,3%) có tăng đường máu trong đó có 17 bệnh nhân (50%) là tăng đường máu phản ứng ($HbA1c \leq 7\%$), 17 bệnh nhân (50%) là đái tháo đường mới phát hiện ($HbA1c > 7\%$).

2. Tình trạng biến đổi đường huyết và biểu hiện diễn biến lâm sàng của bệnh nhân NMN giai đoạn cấp.

- Đường máu liên quan chặt chẽ với tình trạng lâm sàng và ý thức của bệnh nhân nhồi máu não. Đường huyết càng cao thì biểu hiện lâm sàng và ý thức bệnh nhân càng xấu và ngược lại.

- Diễn biến lâm sàng có mối liên quan với đường huyết của bệnh nhân trong những ngày đầu nhập viện, diễn biến lâm sàng tốt lên có mức đường huyết thấp ($6,68 \pm 1,1$ mmol/l), diễn biến lâm sàng nặng lên có mức đường huyết cao ($21,9 \pm 5,72$ mmol/l). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Nhóm bệnh nhân có đường máu bình thường đa số có diễn biến lâm sàng tốt lên (61,3%), trong khi nhóm đái tháo đường số bệnh nhân diễn biến xấu đi lại chiếm số đông

47,1%, nhóm tăng đường huyết phản ứng có 35,3% diễn biến xấu đi.

- Có sự tương quan tuyến tính nghịch biến chặt chẽ giữa nồng độ đường huyết và điểm Glasgow tại thời điểm nhập viện tuyến tính $y_1 = -0,726x_1 + 17,936$ với $r_1 = -0,60$, $p < 0,05$.

- Có sự tương quan tuyến tính đồng biến chặt chẽ giữa nồng độ đường huyết và điểm NIHSS tại thời điểm nhập viện $y_3 = 1,545x_3 - 0,396$ với $r_3 = 0,536$, $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Khuê (1991)**, Tai biến mạch máu não, Bách khoa thư bệnh học, Nhà xuất bản Y học, tr.245 – 248.
2. **Nguyễn Thị Thúy Ngân (2005)**, Nghiên cứu tình trạng tăng đường máu ở bệnh nhân chấn thương sọ não phải mổ, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
3. **Trần Ngọc Tâm, Văn Công Trọng, Nguyễn Hải Thủy (2000)**, Tăng đường huyết ở bệnh nhân Tai biến mạch máu não giai đoạn cấp, Y học thực hành, tập 375, tr. 45 – 48.
4. **Trần Thanh Tâm (2009)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng biến đổi glucose huyết ở bệnh nhân đột quỵ não trong tuần đầu. Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Quân Y.
5. **Capes S.E., Hunt D., Malmberg K., Pathak P., Gerstein H.C. (2001)**, "Stress hyperglycemia and prognosis of stroke in nondiabetic and diabetic patients: a systematic overview", Stroke32, pp. 2426–2432.
6. **Fop Van Kooten., Nicoline Hoogerbrugge., Paul Naarding., Peter J., Koudstaad. (1993)**, "Hyperglycemia in the Acute Phase of Stroke is not Caused by Stress", Stroke 24, pp. 1129 – 32.
7. **Perttu J Lindsberg., Risto O Roine. (2004)**, "Hyperglycemia in acute stroke", Stroke 29, pp. 9 – 12.
8. **Szczudlik A., Slowik A., Turaj W., et al. (2001)**, "Transient hyperglycemia in ischemic stroke patients", Journal of the Neurological Sciences189, pp.105–1011.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ PHÒNG KHÁM BÁC SĨ GIA ĐÌNH Ở QUẬN 2, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2018.

Phan Minh Hoàng*, Phan Thị Hồng Lệ*,
Nguyễn Phi Hồng Ngân*, Tăng Kim Hồng**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong giai đoạn hiện nay, sự hài lòng của người bệnh là yếu tố sống còn giúp các cơ sở khám chữa bệnh phát triển. Người bệnh hài lòng càng cao chứng tỏ chất lượng dịch vụ càng tốt, chứng tỏ các cơ sở y tế đã tạo được niềm tin với người bệnh từ đó giúp cơ sở y tế thu hút được khách hàng. Vì vậy, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh là yêu cầu cấp thiết đặt ra cho các cơ sở khám chữa bệnh, đồng thời cũng là niềm mong đợi của người dân. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ hài lòng của người bệnh về dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo từng khía cạnh (Cảnh quan, Thủ tục hành chính, Thời gian chờ, Thái độ phục vụ, Chuyên môn, Cảm nhận chung) tại 4 PKBSGD ở Quận 2, năm 2018. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ tháng 1 đến tháng 8 năm 2018 tại 4 phòng khám bác sĩ gia đình đặt tại bệnh viện Quận 2 và các phường Bình Khánh, Cát Lái, Thảo Điền thông qua phỏng vấn bộ câu hỏi soạn sẵn. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 430 mẫu với hơn một nửa người bệnh là nữ (57,7%), bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm phần lớn (61,9%). Sự hài lòng của người bệnh tại các khía cạnh cảm nhận chung là 98,1%, thời gian chờ: 97,2%, cảnh quan bệnh viện: 96,3%, thái độ phục vụ của nhân viên y tế: 76,7%, thủ tục hành chính: 65,8% và chuyên môn là 64,7%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các địa điểm của phòng khám bác sĩ gia đình với tỉ lệ người bệnh hài lòng ở khía cạnh thái độ của nhân viên y tế và khía cạnh chuyên môn. **Kết luận:** Kết quả của nghiên cứu là thông tin giúp các nhà quản lý nhìn nhận được sự hài lòng của người bệnh trên từng khía cạnh. Thông qua đó nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh để đáp ứng được nhu cầu của người khi đến thăm khám chữa bệnh ngày càng cải thiện tốt hơn.

Từ khóa: Sự hài lòng, Phòng khám bác sĩ gia đình, Quận 2 TPHCM

SUMMARY

DETERMINING THE SATISFACTION RATE OF PATIENTS ON HEALTH CARE SERVICES AT FAMILY'S DOCTOR CLINIC IN DISTRICT 2. HO CHI MINH CITY 2018

Introduction: In the current period, the satisfaction of patients is a vital factor that helps examination and treatment of medical facilities develop [4]. The satisfaction of the patient is higher the same with the quality of the service is better and

that medical facilities have created trust with the patients, helping the medical facility attracting customers. Therefore, improve the quality of examination and treatment medical is an urgent requirement and is also the expectation's the people.

Objectives and methods: Determining the satisfaction rate of patients on health care services by each aspect (Landscape, Administrative Procedures, Standby time, Service attitude, Specialization, General feeling) at 4 clinics family's doctor in District 2, 2018. **Cross-sectional study** was conducted from January to August 2018 at 4 clinics family's doctor have located in District 2 and 3 wards belong to district 2 are Binh Khanh, Cat Lai and Thao Dien. Use a method of interviewing with questions list. **Results:** The study collected 430 samples with more than half of the patients being female (57.7%), patients over 50 years old accounted for the majority (61.9%). The satisfaction of patients in general perceived aspects is 98.1%, waiting time: 97.2%, hospital landscape: 96.3%, service attitude of medical staff: 76.7%, administrative procedures: 65.8% and expertise is 64.7%. There is a statistically significant and the relationship between the locations of family's doctor clinics with the proportion of patients who are satisfied in terms of attitudes of medical staff and the professional aspect. **Conclusion:** The results of the study are information to help managers recognize the satisfaction of patients in each aspect. Besides, to improving the quality of medical services when visiting examination and treatment medical is better and better.

Keywords: Satisfied, family's doctor clinic, district 2 Ho Chi Minh city

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh hài lòng càng cao chứng tỏ chất lượng dịch vụ càng tốt, các cơ sở y tế đã tạo được niềm tin với người bệnh từ đó giúp cơ sở y tế thu hút được khách hàng. Vì vậy, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh là yêu cầu cấp thiết đặt ra cho các cơ sở khám chữa bệnh, đồng thời cũng là niềm mong đợi của người dân. Với mục tiêu nhằm đáp ứng nhu cầu điều trị chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân ngày càng tốt hơn kết hợp với kết quả mà phòng khám bác sĩ gia đình tại BV Quận 2 mang lại, BV Quận 2 phối hợp với Trung tâm y tế quận mở rộng mô hình phòng khám bác sĩ gia đình tại 3 phường Thảo Điền, Bình Khánh và Cát Lái. Nhằm đánh giá hiệu quả mà mô hình phòng khám bác sĩ gia đình đem lại sau khi mở rộng, nghiên cứu "Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại các phòng khám bác sĩ gia đình ở Quận 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018" được tiến hành.

*Bệnh viện Quận 2 TPHCM

**Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Hoàng

Email: drminhhoang2010@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/7/2019

Ngày phản biện khoa học: 19/8/2019

Ngày duyệt bài: 18/9/2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên các bệnh nhân trực tiếp sử dụng dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình tại 4 địa điểm nghiên cứu là bệnh viện Quận 2 và các phường Thảo Điền, Cát Lái, Bình Khánh trong thời gian nghiên cứu diễn ra từ tháng 01 đến tháng 08 năm 2018. Áp dụng công thức ước lượng một tỉ lệ cho cỡ mẫu của nghiên cứu là 385 và dự trù mất mẫu 10% thì cỡ mẫu chúng tôi tính được là 428 người. Thực hiện chọn mẫu nhiều giai đoạn với giai đoạn 1 chọn mẫu phân tầng theo tỷ lệ % ước tính cho 4 phòng khám sau đó tiến hành chọn mẫu có chủ đích đối với các bệnh nhân đến khám và đồng nhất về thời gian giữa các phòng khám. Tiến hành phỏng vấn mặt đối mặt bằng bộ câu hỏi soạn sẵn trong khoảng thời gian 20 phút.

2. Công cụ thu thập thông tin

Gồm 2 phần: Phần đầu tiên là phần thông tin chung của người bệnh, phần thứ hai gồm 30 câu hỏi tự thiết kế để đánh giá sự hài lòng của người bệnh về các khía cạnh: cảnh quan của bệnh viện, thủ tục hành chính, thời gian chờ, thái độ phục vụ của nhân viên y tế, vấn đề chuyên môn và cảm nhận của người bệnh. Bộ câu hỏi đánh giá sự hài lòng của người bệnh trong nghiên cứu này đã được đánh giá tính tin cậy nội bộ với hệ số Cronbach's alpha là 0,72.

3. Xử lý và phân tích. Sử dụng phép kiểm Chi bình phương để xác định mối liên quan giữa các đặc điểm dịch tễ học của người bệnh về giới tính, tình trạng hôn nhân, nơi khám với sự hài lòng chung của người bệnh (kiểm định chính xác Fisher's được sử dụng thay thế cho kiểm định Chi bình phương nếu có trên 20% số vọng trị <5 hoặc có ô có giá trị vọng trị nhỏ 1) với mức ý nghĩa 5%. Phép kiểm Chi bình phương có khuynh hướng khi xét mối liên quan giữa các

biến số thứ tự nhóm tuổi, trình độ học vấn với sự hài lòng của người bệnh. Lượng giá độ lớn mối liên quan bằng tỷ số tỉ lệ hiện mắc PR với khoảng tin cậy (KTC) 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01 đến tháng 8 năm 2018 với cỡ mẫu được tính là 428 người. Thu thập được 430 mẫu tương ứng với 430 người tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Những đặc điểm của bệnh nhân đến khám (N=430)

Đặc điểm	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Giới tính bệnh nhân		
Nam	182	42,3
Nữ	248	57,7
Độ tuổi của bệnh nhân		
Dưới 22 tuổi	19	4,4
Từ 22 đến 35 tuổi	43	10,0
Từ 36 đến 50 tuổi	102	23,7
Trên 50 tuổi	266	61,9
Trình độ học vấn		
Trung học cơ sở, trung học phổ thông	358	83,3
Trung cấp, cao đẳng	50	11,6
Đại học	22	5,1
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	48	11,2
Kết hôn	324	75,3
Ly hôn/Ly thân/Góa	58	13,5

Đa số bệnh nhân sử dụng dịch vụ bác sĩ gia đình là nữ (57,7%). Hầu hết bệnh nhân trong độ tuổi trên 35 tuổi, trong đó bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm phần lớn (61,9%). Phù hợp với độ tuổi, có 75,3% bệnh nhân có tình trạng hôn nhân là kết hôn, 13,5% góa chồng/vợ và 11,2% bệnh nhân còn độc thân. Phần lớn bệnh nhân có trình độ học vấn phổ thông trung học và trung học cơ sở (83,3%).

Bảng 2. Tỉ lệ hài lòng theo từng khía cạnh đánh giá (N=430)

Đặc điểm	Có hài lòng		KTC 95%
	Số trường hợp	Tỉ lệ %	
Cảm nhận chung	422	98,1	96,4 – 99,2
Thời gian chờ	418	97,2	95,2 – 98,5
Cảnh quan	414	96,3	94,0 – 97,8
Thái độ phục vụ của NVYT	330	76,7	72,5 – 80,7
Thủ tục hành chính	283	65,8	61,1 – 70,3
Chuyên môn	278	64,7	59,9 – 69,2

Bệnh nhân hài lòng về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại các Phòng khám BSGĐ, trong đó hầu hết hài lòng đối với cảm nhận chung về dịch vụ chăm sóc của BSGĐ (98,1%), hài lòng về cảnh quan, an ninh, vệ sinh, cách bố trí PK và Thời gian chờ cũng chiếm tỉ lệ cao (96,3% và 97,2%).

Bảng 3. Mối liên quan giữa các phòng khám với sự hài lòng về thái độ phục vụ của NVYT (N=430)

Nơi khám	Hài lòng		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	Có n (%)	Không n (%)		
Bệnh viện Quận 2	208 (83,9)	40 (16,1)	-	1,00
Phòng khám Thảo Điền	75 (70,8)	31 (29,2)	0,013	0,84 (0,74 – 0,96)
Phòng khám Cát Lái	27 (61,4)	17 (38,6)	0,011	0,73 (0,57 – 0,93)
Phòng khám Bình Khánh	20 (62,5)	12 (37,5)	0,036	0,75 (0,57 – 0,98)

Kết quả cho thấy tỉ lệ hài lòng của người bệnh đối với thái độ phục vụ của NVYT tại các Phòng khám Thảo Điền, Cát Lái và Bình Khánh đều thấp hơn so với Phòng khám BSGĐ tại Bệnh viện Quận 2 ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa các phòng khám với sự hài lòng về chuyên môn (N=430)

Nơi khám	Hài lòng		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	Có n (%)	Không n (%)		
Bệnh viện Quận 2	174 (70,2)	74 (29,8)	-	1,00
Phòng khám Thảo Điền	65 (61,3)	41 (38,7)	0,124	0,87 (0,74 – 1,04)
Phòng khám Cát Lái	22 (50,0)	22 (50,0)	0,030	0,71 (0,52 – 0,97)
Phòng khám Bình Khánh	17 (53,1)	15 (46,9)	0,105	0,76 (0,54 – 1,06)

Kết quả cho thấy tỉ lệ hài lòng về chuyên môn tại phòng khám ở Bệnh viện Quận 2 cao hơn so với 3 phòng khám còn lại. Trong đó sự khác biệt về tỉ lệ hài lòng về chuyên môn giữa phòng khám BSGĐ ở Bệnh viện Quận 2 và Phòng khám Cát Lái là có ý nghĩa về mặt thống kê ($p=0,03$). Tỉ lệ người dân đến khám chữa bệnh tại phòng khám Cát Lái hài lòng về chuyên môn cao bằng 0,71 lần so với phòng khám đặt tại bệnh viện Quận 2 với khoảng tin cậy 95% từ 0,52 đến 0,97.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc tính mẫu và tỉ lệ sự hài lòng của bệnh nhân

Đặc tính mẫu. Khảo sát cho thấy đặc điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu này phù hợp với đặc điểm bệnh nhân được thống kê từ tháng 10 năm 2014 đến hết tháng 9 năm 2015 và kết quả của một nghiên cứu năm 2017 tại PKBSGD bệnh viện Quận 2^[3],^[5]. Trong đó, đa số bệnh nhân là nữ và có độ tuổi cao.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có trên 83% bệnh nhân có trình độ từ trung học cơ sở và trung học phổ thông, kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trường Viên (2017) ghi nhận 7,7% có trình độ trên trung học phổ thông^[5]. Tuy nhiên có nhiều sự khác biệt so với nghiên cứu năm 2013 trên đối tượng khám bác sĩ gia đình. Nghiên cứu năm 2013 báo cáo đến 80% có trình độ trên trung học phổ thông với mẫu nghiên cứu được lấy tại PKBSGD bệnh viện Quận 2 và Quận 10^[1]. Điều này cho thấy trình độ học vấn vào thời điểm hiện tại của người dân là chưa cao. Đây sẽ là một khó khăn trong việc tiếp xúc và điều trị cho người bệnh của nhân viên y tế. Bởi lẽ, với trình độ học vấn thấp người dân ít có được kiến thức chú trọng và tìm hiểu về tình hình sức khỏe của bản thân.

Tỉ lệ về sự hài lòng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhìn chung đa số các bệnh nhân có tỉ lệ hài lòng chiếm tỉ lệ cao từ 64% trở lên về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại các phòng khám bác sĩ gia đình. Trong đó, tỉ lệ bệnh nhân hài lòng về các khía cạnh cảm nhận chung (98,7%), thời gian chờ (97,2%), cảnh quan (96,3%) là cao nhất.

Kết quả về sự hài lòng ở khía cạnh cảm nhận chung này thấp hơn không đáng kể so với nghiên cứu của Press Ganey tại Mỹ, với tỉ lệ hài lòng chung là 99%^[6]. Điều này cho thấy sự phục vụ người bệnh ở Việt Nam nói chung và các nước đang phát triển nói riêng đã và đang cố gắng cung cấp những dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất phù hợp với nền phát triển kinh tế và y học như các nước phát triển Mỹ.

Tỉ lệ này cũng cao hơn nghiên cứu tại bệnh viện Truyền máu – Huyết học thành phố Hồ Chí Minh cho kết quả tỉ lệ hài lòng về cảm nhận chung tại khoa Khám bệnh cuối năm 2015 là 90,8%^[2]. Điều này cho thấy sự hài lòng của bệnh nhân về dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh viện tuyến dưới ngày càng được nâng cao.

Qua đó có thể thấy nhìn chung bệnh nhân có sự hài lòng về mô hình dịch vụ phòng khám bác sĩ gia đình. Trong thời điểm ngày càng có nhiều cơ sở y tế được thành lập người dân có nhiều sự lựa chọn nơi khám chữa bệnh thì cơ sở y tế nào khiến bệnh nhân có sự hài lòng cao thì họ sẽ thường xuyên lựa chọn cơ sở đó để khám chữa bệnh. Có thể thấy nếu mô hình phòng khám bác sĩ gia đình ngày càng phát triển thì trong tương lai lượng bệnh nhân đến với phòng khám bác sĩ gia đình sẽ ngày càng tăng lên. Điều này cũng sẽ là tiền đề là cơ sở để hệ thống y tế tại Việt Nam phát triển, nhân rộng mô hình phòng khám bác sĩ gia đình và góp phần ngày càng kiện toàn vấn đề chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân.

2. Mối liên quan giữa các khía cạnh của tỉ lệ hài lòng với các yếu tố đặc tính mẫu

Thái độ phục vụ của nhân viên y tế. Kết quả cho thấy tỉ lệ hài lòng của người bệnh đối với thái độ phục vụ của NVYT tại các phòng khám vệ tinh đều thấp hơn so với bệnh viện Quận 2. Cụ thể, tỉ lệ hài lòng của bệnh nhân phòng khám thảo điền thấp hơn 26%, phòng khám Cát Lái thấp hơn 27% và phòng khám Bình Khánh thấp hơn 25% so với phòng khám tại bệnh viện Quận 2. Có thể nói do mối tiếp xúc với mô hình phòng khám bác sĩ gia đình nên nhân viên y tế tại các các trạm y tế đặt phòng khám vệ tinh còn bỡ ngỡ trong việc ứng xử với người bệnh.

Chuyên môn. Sự hài lòng về chuyên môn của phòng khám Cát Lái thấp hơn 29% so với phòng khám bác sĩ gia đình tại Quận 2, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Có thể lý giải trong quá trình hỗ trợ chuyên môn cho các nhân viên y tế tại các phòng khám vệ tinh chưa thể kịp đáp ứng với nhu cầu của bệnh nhân. Cũng theo kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân không hài lòng về chuyên môn là do không hài lòng về sự hoạt động của câu lạc bộ bệnh nhân và hội thảo chuyên đề y học gia đình theo định kì. Nên có thể nói trong quá trình hoạt động lượng bệnh nhân tại phòng khám Cát Lái khá thấp và chưa từng tổ chức hội thảo chuyên đề y học gia đình tại địa điểm này.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh có cảm nhận chung hài lòng về phòng khám bác sĩ gia đình cao với 98,1%. Tỉ lệ

hài lòng của người bệnh đối với các khía cạnh thời gian chờ, cảnh quan, thái độ phục vụ của nhân viên y tế, thủ tục hành chính và chuyên môn lần lượt là 97,2%, 96,3%, 76,7%, 68,5% và 64,7%. Nghiên cứu cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các địa điểm phòng khám bác sĩ gia đình với khía cạnh thái độ nhân viên y tế và về chuyên môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lương Ngọc Bảo (2013)** Tác động của chất lượng dịch vụ bác sĩ gia đình đến sự hài lòng của bệnh nhân tại Tp. Hồ Chí Minh, Luận văn thạc sĩ Kinh tế, Trường Đại học Kinh tế Tp. Hồ Chí Minh, tr. 43-69.
2. **Bao Minh Hiền (2016)** Sự hài lòng của người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh, bệnh viện Truyền máu- Huyết học Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Quản Lý Y Tế, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch,
3. **Trần Văn Khanh (2016)** Mô hình phòng thực hành và giảng dạy y học gia đình tại bệnh viện Quận 2, Luận án chuyên khoa cấp 2 Quản lý y tế, Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh, tr. 34-75.
4. **Đặng Văn Tuấn (2015)** "Sự hài lòng của người bệnh là thước đo chất lượng và kết quả dịch vụ y tế của các cơ sở khám, chữa bệnh".
5. **Nguyễn Trường Viên (2017)** Chất lượng dịch vụ và sự hài lòng của bệnh nhân đến khám tại phòng khám Bác sĩ gia đình Bệnh viện quận 2, Tp. Hồ Chí Minh, Khóa luận Tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công cộng, Khoa y tế công cộng, Đại học y dược Tp.HCM, 77.
6. **A. J. Montegut, C. A. Cartwright, J. M. Schirmer, S. Cummings (2004)** "An international consultation: the development of family medicine in Vietnam". Fam Med, 36 (5)

NGHIÊN CỨU CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG Ở BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Savang Chanthilad*, Nguyễn Đức Hình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các phương pháp điều trị phẫu thuật chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2019; **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu mô tả trên 267 người bệnh được chẩn đoán chữa ngoài tử cung (CNTC). **Kết quả:** Triệu chứng cơ năng: 78,8% chậm kinh, 65,2% đau bụng, 28,8% ra huyết, 2,7% bị sốc. Triệu chứng thực thể: 19,1%

phần phụ có khối nề đau, 10,5% là cùng đồ đầy đau, 0,7% gõ đục vùng thấp, 0,7% phản ứng thành bụng. Xét nghiệm β HCG: 95,5% được xét nghiệm trước khi điều trị và 42,3% có nồng độ β HCG < 1000 (mIU/ml). Kết quả siêu âm 100% không có túi ối trong buồng tử cung, 19,9% có khối cạnh tử cung. **Kết luận:** chậm kinh và ra máu âm đạo là dấu hiệu phổ biến. Điều trị bằng phẫu thuật mở bụng (PTMB) là 2,6%, phẫu thuật nội soi (PTNS) là 81,3%, điều trị nội khoa (NK) là 16,1%.

Từ khóa: chữa ngoài tử cung

SUMMARY

STUDY FOR TREATMENTS OF ECTOPIC PREGNANCY AT NATIONAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

* Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Savang Chanthilad

Email: savangctl@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2019

Ngày duyệt bài: 16.9.2019

Objectives: describe clinical, subclinical characteristics and results of surgical treatment of ectopic pregnancy at National Obstetrics-Gynecology Hospital in 2019; **Subjects and methods:** prospective study on 267 patients diagnosed with ectopic pregnancy. **Results:** Functional symptoms: 78.8% dysmenorrhea, 65.2% abdominal pain, 28.8% bleeding, 2.7% shocked. Physical symptoms: 19.1% of the appendages have pain blocks, 10.5% are the same painful map, 0.7% cloudy low region, 0.7% abdominal reaction. β hCG test: 95.5% were tested before treatment and 42.3% had β hCG concentration <1000 (mIU/ml). The results of 100% ultrasound without amniotic sac in the uterus. **Conclusion:** Dysmenorrhea is most frequent clinical symptom. Treatment by abdominal laparotomy was 2.6%, laparoscopic surgery was 81.3%, medical treatment with methotrexate was 16.1%.

Key words: ectopic pregnancy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung là một cấp cứu sản khoa

cần phải được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời nếu không có thể dẫn đến vỡ khối chửa và gây ngập máu trong ổ bụng, gây tử vong mẹ. Những năm vừa qua, tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương đã triển khai một số phương pháp điều trị thường quy, trong đó có phương pháp điều trị nội khoa bằng methotrexat mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu từ ngày 01/8/2018 đến ngày 31/12/2018. Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh bị chửa ngoài tử cung được phẫu thuật hoặc được điều trị nội khoa bằng methotrexat tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong khoảng thời gian trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tất cả 267 trường hợp đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chọn lựa để ra được đưa vào nghiên cứu này.

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	PTMB n (%)	PTNS n (%)	Nội khoa n (%)	Tổng số n (%)
Chậm kinh	Có	7 (3,2)	181 (82,3)	32 (14,5)
	Không	0	36 (76,6)	11 (23,4)
Đau bụng	Có	4 (2,3)	146 (83,9)	24 (13,8)
	Không	3 (3,2)	71 (76,3)	19 (20,4)
Ra huyết	Có	3 (3,9)	69 (89,6)	5 (6,5)
	Không	4 (2,1)	148 (77,9)	38 (20,0)
Tình trạng sốc	Có	7 (100)	0	0
	Không	0	217 (83,5)	43 (16,5)
				267 (97,3)

Có 78,8% số trường hợp bị chậm kinh (hoặc rối loạn kinh nguyệt), 65,2% bị đau bụng là những dấu hiệu lâm sàng phổ biến nhất. Có 28,8% bị ra huyết, 2,7% bị sốc.

Bảng 2. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng	PTMB n (%)	PTNS n (%)	Nội khoa n (%)	Tổng số n (%)
Phản ứng thành bụng hoặc cảm ứng phúc mạc	0	1 (50)	1(50)	2 (0,7)
Gõ đục vùng thấp	0	1(50)	1(50)	2 (0,7)
Tử cung to hơn bình thường	0	26 (92,9)	2 (7,1)	28 (10,5)
Phần phụ có khối nề đau	1	20	30	51 (19,1)
Cùng đồ đầy đau	0	28 (100)	0	28 (10,5)
Không rõ	3 (1,9)	126 (78,3)	32 (19,9)	161 (60,3)

Có 60,3% số trường hợp không có dấu hiệu thực thể rõ rệt. Có 19,1% phần phụ có khối nề đau, 10,5% là tỷ lệ cho biết tử cung to hơn bình thường và cùng đồ đầy đau, 0,7% gõ đục vùng thấp, 0,7% phản ứng thành bụng.

Bảng 3. Xét nghiệm β hCG

Nồng độ β hCG (mIU/ml)	PTMB n (%)	PTNS n (%)	Nội khoa n (%)	Tổng số n (%)
<1000	2 (1,9)	77 (71,3)	29 (26,9)	108 (42,3)
1000 - <3000	2 (2,4)	70 (85,4)	10 (12,2)	82 (32,2)
3000 - <5000	2 (5,1)	35 (89,7)	2 (5,1)	39 (15,3)
≥ 5000	1 (3,8)	25 (96,2)	0	26 (10,2)

Đa số các trường hợp có nồng độ β hCG < 1000 (mIU/ml) chiếm 42,3%.

Bảng 4. Kết quả siêu âm:

Hình ảnh siêu âm	PTMB n (%)	PTNS n (%)	Nội khoa n (%)	Tổng số n (%)
Không có túi ối trong buồng tử cung	7 (2,6)	217 (81,3)	43 (16,1)	267 (100)
Có khối cạnh tử cung	2 (3,8)	15 (28,3)	36 (67,9)	53 (19,9)
Có túi ối ngoài tử cung điển hình	0	1 (100)	0	1 (0,4)

Nhận xét: 100% số trường hợp không có túi ối trong buồng tử cung, 19,9% có khối cạnh tử cung

Bảng 5. Tình trạng khối chứa và lượng máu trong ổ bụng khi phẫu thuật

Nội dung	PTMB n (%)	PTNS n (%)	Nội khoa n (%)	Tổng số n (%)
Tình trạng khối chứa				
Nguyên vẹn	0	32 (76,2)	8 (19,0)	42 (15,7)
Rạn nứt	0	26 (76,5)	8 (23,5)	34 (12,7)
Vỡ	6 (5,6)	119 (94,4)	0	126 (47,2)
Huyết tụ thành nang	0	0	0	0
Sảy qua loa vòi	0	14 (66,7)	6 (28,6)	20 (7,5)
Không xác định	0	17(70,8)	7 (29,2)	24 (9,0)
Lượng máu trong ổ bụng (ml)				
Không có	2 (4,5)	42 (95,5)	0	44 (19,6)
< 500	0	167 (100)	0	167 (74,6)
500 - < 1000	4 (33,3)	8 (66,7)	0	12 (5,4)
≥ 1000 (1200ml)	1 (100)	0	0	1 (0,4)

Số trường hợp tình trạng khối chứa còn nguyên vẹn chiếm 15,7%. Số trường hợp khối chứa vỡ cũng chiếm tỷ lệ cao (47,2%).

Bảng 6. Các phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
PTNS	217	81,3
PTMB	7	2,6
Điều trị nội khoa	43	16,1

PTNS chiếm tỷ lệ 81,3%, PTMB chỉ còn 2,6% (7 trường hợp). Điều trị nội khoa chiếm 16,1%.

Bảng 7. Các phương pháp xử trí trong phẫu thuật

Phương pháp xử trí ngoại khoa	PTNS n (%)	PTMB n (%)	Tổng số n (%)
Bảo tồn	207 (100)	0	207 (92,4)
Cắt vòi tử cung	4 (50)	4 (50)	8 (3,6)
Cắt vòi tử cung và buồng trứng	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (4,0)
Tổng số	217 (81,3)	7 (2,6)	224 (100)

Chủ yếu là điều trị bảo tồn chiếm 92,4%, cắt vòi tử cung và buồng trứng chiếm 4,0% và cắt vòi tử cung 3,6%.

IV. BÀN LUẬN

Có 78,8% bị chậm kinh, 65,2% bị đau bụng, 28,8% bị ra huyết, 2,7% bị sốc. Nghiên cứu của Hà Duy Tiến cho thấy triệu chứng thường gặp nhất của người bệnh là đau bụng gặp ở 65 - 70% các trường hợp CNTC [1]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng tỷ lệ là 82,4% [2], của Vương Tiến Hòa (2002) là 80% [3], của Nguyễn Thị Kim Dung (2004 - 2006) là 83% [4]. Nghiên cứu cho thấy có 60,3% số trường hợp không có dấu hiệu thực thể rõ ràng. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng với tỷ lệ bệnh nhân khám cùng đồ đau là 64,5% [2]. Sự khác nhau giữa kết quả của các nghiên cứu có thể do thiết kế nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu.

Số trường hợp tình trạng khối chứa còn nguyên vẹn chiếm 15,7%. Số trường hợp khối chứa vỡ cũng chiếm tỷ lệ cao (47,2%), theo Nguyễn Thị Hồng khối chứa đã vỡ chiếm 52,1% các trường hợp nghiên cứu [2]. Hầu hết các trường hợp đều có máu trong ổ bụng với số lượng dưới 500 ml (74,6%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vương Tiến Hòa, tỷ lệ có máu trong ổ bụng là 92,0%, trong đó tỷ lệ có lượng máu dưới 300ml 85,2% [3]. Nguyễn Thị Bích Thanh là 86,8% [5]. Theo Nguyễn Thị Hồng thì 100% các trường hợp nghiên cứu có máu trong ổ bụng [2].

Kết quả nghiên cứu của Vương Tiến Hòa trên 338 trường hợp chứa ngoài tử cung có 100% được điều trị bằng ngoại khoa, không có trường

hợp nào được điều trị bằng nội khoa. Tuy nhiên tỷ lệ được điều trị bằng nội soi ổ bụng của chúng tôi cao hơn rất nhiều so với tác giả Vương Tiến Hòa (91,6% so với 30,77%) [3]. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dung tỷ lệ phẫu thuật nội soi năm 2006 là 94,3% [4], Nguyễn Thị Bích Thanh tỷ lệ phẫu thuật nội soi trong số được điều trị bằng ngoại khoa là 93,37% [5].

Chủ yếu là điều trị bảo tồn chiếm 92,4%, cắt vòi tử cung và buồng trứng chiếm 4,0% và cắt vòi tử cung 3,6%. Tỷ lệ bảo tồn vòi tử cung của Phan Việt Tâm là 7,1% [6], Nguyễn Thị Bích Thanh là 17,2% đều tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương [5]. Kết quả bảo tồn trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao hơn rất nhiều hầu hết bệnh nhân được phẫu thuật nội soi. Tỷ lệ cắt khối chứa chỉ có 7,6% do phụ thuộc vào tình trạng vòi tử cung, tình trạng viêm dính tiểu khung, tình trạng huyết động lúc vào viện, số con sống của bệnh nhân, kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Như vậy, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời chứa ngoài tử cung không những làm giảm tỷ lệ mất máu, giảm tỷ lệ cắt tử cung mà còn mở ra một triển vọng mới trong điều trị bảo tồn vòi tử cung.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng phổ biến là chậm kinh, đau bụng. Ít gặp hơn là dấu hiệu ra huyết hay

choáng. Triệu chứng thực thể chủ yếu là phần phụ có khối nề (19,1%) và khám cùng đồ đầu (10,5%). PTNS là phương pháp điều trị phổ biến nhất (chiếm tỷ lệ 81,3% số trường hợp). Điều trị nội khoa bằng methotrexat chiếm tỷ lệ 16,1%. Phẫu thuật mở bụng chỉ còn gặp với tỷ lệ 2,6% số trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Duy Tiên và Phạm Thị Thanh Hiền (2012)**, "Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến chứa ngoài tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2010", Tạp chí nghiên cứu y học. 80(3), tr. 86-92.
2. **Nguyễn Thị Hồng và cộng sự (2011)**, "Nhận xét chẩn đoán và xử trí chứa ngoài tử cung tại khoa sản bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên", Tạp chí khoa học công nghệ. 89(1), tr. 153-157.
3. **Vương Tiến Hòa (2002)**, "Nghiên cứu những triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán sớm chứa ngoài tử cung", Tạp chí Y học thực hành. 2(408), tr. tr. 15-19.
4. **Nguyễn Thị Kim Dung (2006)**, Tình hình điều trị chứa ngoài tử cung chứa vỡ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/07/2004 đến 30/06/2006, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Bích Thanh (2006)**, Chẩn đoán và điều trị chứa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2006, Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Phan Việt Tâm (2014)**, Nghiên cứu tình hình chứa ngoài tử cung tại viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh trong 2 năm 1999- 2000, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.

SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA HP-hMG VỚI rFSH ĐỂ KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG TRONG THỤ TINH ỨNG NGHIỆM

Nguyễn Đức Quý*, Nguyễn Xuân Hợi*

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả của HP-hMG (Menopur, Ferring), rFSH (Puregon, MSD) trong kích thích buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm. **Phương pháp:** Nghiên cứu thu thập được 221 bệnh nhân TTTON đủ tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ, sử dụng HP-hMG (105 chu kỳ) hoặc rFSH (116 chu kỳ). Sau đó sử dụng phương pháp phân tích thiên hướng để lựa chọn được hai nhóm đồng nhất với nhóm HP-hMG (105 chu kỳ) và rFSH (105 chu kỳ). Tất cả bệnh nhân được sử dụng phác đồ antagonist. Bệnh

nhân được cho định lượng Estradiol, Progesterone và siêu âm kiểm tra trong quá trình kích thích buồng trứng. Khi có ít nhất 2 nang trên 18mm, bệnh nhân được tiêm hCG. Chọc hút được tiến hành 36 tiếng sau hCG và chuyển phôi 3 ngày sau chọc hút. Yếu tố đánh giá kết quả bao gồm số noãn chọc hút được, số phôi, số phôi tốt, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ đa thai, tỷ lệ làm tổ. **Kết quả:** Các đặc điểm chung của bệnh nhân ở hai nhóm là tương đương nhau. Thời gian kích thích buồng trứng ở hai nhóm không khác biệt. Tổng liều FSH sử dụng tương đương nhau ở hai nhóm HP-hMG và rFSH. Số noãn, số phôi, số phôi tốt là tương đương ở hai nhóm. Nồng độ estradiol và progesteron trung bình ngày hCG có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Trong các chu kỳ chuyển phôi tươi, tỷ lệ làm tổ của phôi từ nhóm sử dụng HP-hMG tương đương với nhóm sử dụng rFSH (25,52% ở HP-hMG vs. 25,62% ở rFSH, $p = 1,0$). Ngoài ra cũng không có sự khác biệt về tỷ lệ thai lâm sàng giữa hai nhóm (47,14% ở HP-hMG, 47,30% ở rFSH, $p = 1,0$). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy HP-hMG có hiệu

*Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Ung Bì

**Bệnh viện phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Quý

Email: drquy2511@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2019

Ngày duyệt bài: 23.9.2019

quả tương đương với các rFSH trong kích thích buồng trứng. HP-hMG có thể là một lựa chọn thay thế trong kích thích buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm.

Từ khóa: HP-hMG, rFSH, antagonist, kích thích buồng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm.

SUMMARY

COMPARISON OF THE EFFICACY OF HP-HMG AND RECOMBINANT FSH IN CONTROLLED OVARIAN HYPERSTIMULATION FOR IVF/ICSI

Objective: To compare two groups of patients using HP-hMG (Menopur, Ferring) and rFSH (Puregon, MSD) for ovarian stimulation. **Methods:** Two hundred twenty one patients undergoing IVF-ET were collected from two groups, receiving either HP-hMG (105 cycles) or rFSH (116 cycles) for ovarian stimulation. After that, using Propensity score analysis to get two homogeneous groups, 105 patients for each group. Antagonist protocol was employed for ovarian stimulation in all patients. Patients were monitored with estradiol, progesterone and ultrasound during the stimulation. hCG was given when there were at least 2 follicles ≥ 18 mm. Ovum pick-up was performed 36 hours after hCG administration and embryo transfer was on day 3. Two groups of patients were compared with regard to baseline characteristics, number of oocytes recovered, number of embryos, good quality embryos, rates of clinical pregnancies, multiple pregnancies, embryo implantation. **Results:** The baseline characteristics of patients were similar among two groups of patients. Duration of stimulation was similar among 2 groups. Total dose of FSH used was similar between HP- hMG group and rFSH group (2271,91 IU vs 2278,33 IU, $p > 0.05$, respectively). Mean number of oocytes recovered, number of embryos, number of good quality embryos were similar among 2 groups of patients. The mean level of estradiol, and progesterone on the day of hCG administration were significantly different among 2 groups of patients. The implantation rate in fresh transfer was similar among 2 groups of patients. Besides, the clinical pregnancy rate was not significantly different among 2 groups (47,14% in HP-hMG group, 47,30% in rFSH group, $p = 1,0$). **Conclusions:** Data from the study shows that HP-hMG is as efficient as rFSH (follitropin beta) for controlled ovarian stimulation. HP-hMG could be an alternative for ovarian stimulation in IVF

Keywords: HP-hMG, rFSH, antagonist, ovarian stimulation, IVF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kích thích buồng trứng (KTBT) là khâu quan trọng trong thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON). Kích thích buồng trứng giúp gia tăng số lượng noãn thu được, là tiền đề cho việc tạo phôi và chọn lựa phôi chuyển vào buồng tử cung, tăng cơ hội có thai. Trong KTBT, FSH là loại nội tiết chính được sử dụng để kích thích sự phát triển nang noãn buồng trứng. Hai dạng thuốc có chứa FSH được sử dụng rộng rãi hiện nay là FSH tái tổ hợp (Follicle Stimulating Hormone) và human

menopausal gonadotropin (hMG).

FSH tái tổ hợp được sản xuất bởi tế bào buồng trứng của chuột hamster được cấy một đoạn plasmid có chứa gen qui ước FSH, có 2 loại FSH tái tổ hợp là follitropin alpha (Gonal-F, Merck Serono) và follitropin beta (Puregon, MSD). hMG được chiết xuất từ nước tiểu của phụ nữ mãn kinh, trong thành phần ống thuốc hMG, ngoài FSH còn có LH và một ít hCG. Menopur (Ferring) là một dạng hMG tinh khiết (HP-hMG) hiện đang được sử dụng khá rộng rãi trong KTBT. Có rất nhiều tranh luận về tác động của các dạng thuốc khác nhau trên đáp ứng của buồng trứng, chủ yếu liên quan đến vai trò kết hợp của LH và hCG với FSH trong KTBT.

Thụ tinh trong ống nghiệm ở Việt Nam được thực hiện từ 1997. Ban đầu, KTBT được thực hiện chủ yếu bằng FSH tái tổ hợp. Sau đó, nhiều dạng hMG có mặt tại thị trường Việt Nam và nhất là hMG tinh khiết được đưa vào sử dụng trong KTBT từ 2008. Tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc Gia, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả của các dạng thuốc HP-hMG và rFSH được sử dụng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm so sánh hiệu quả của 2 dạng thuốc HP-hMG và rFSH trong kích thích buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm kích thích buồng trứng bằng HP-hMG hoặc rFSH trong phác đồ antagonist từ tháng 8/2018 đến 6/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân sử dụng phác đồ antagonist. Bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng HP-hMG hoặc rFSH. Không có bất thường nặng về tinh trùng.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân sử dụng phác đồ agonist, cho nhận noãn, có tiền sử sảy thai liên tiếp, tiền sử bệnh nội tiết hoặc chuyển hoá.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện ít nhất mỗi nhóm 100 bệnh nhân.

Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, BMI, thời gian vô sinh, thời gian KTBT, tổng liều FSH sử dụng, số noãn thu được, tỷ lệ làm tổ của phôi, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ đa thai, tỷ lệ đáp ứng kém theo phân loại POSEIDON.

- Đặc điểm cận lâm sàng: độ dày niêm mạc tử cung, số noãn MII, số phôi và số phôi tốt, nồng độ estradiol, progesteron ngày hCG, tỷ lệ chu kỳ có tăng Progesterone sớm.

Bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist cố định: sử dụng HP-hMG (Menopure; Ferring Pharmaceuticals) hoặc rFSH (Puregon; MSD) tiêm dưới da bắt đầu vào ngày 2 của vòng kinh. Vào ngày 6 của vòng kinh, theo dõi kích thước nang noãn bằng siêu âm và kết hợp tiêm liều GnRH antagonist 0,25mg (Orgalutran, MSD). Tiêm hCG khi có ít nhất 2 nang ≥ 18 mm, chọc trứng được tiến hành tại thời điểm 36 giờ sau tiêm hCG. Chuyển phôi được thực hiện vào ngày 3. Tỷ lệ có thai được xác định khi thử β hCG ngày thứ 14 ≥ 5 IU.

2.3. Phương pháp phân tích xử lý số liệu

Dữ liệu được thu thập bằng phiếu thu thập thông tin, sau đó được xử lý bằng phần mềm R phiên bản 3.5.1 và phương pháp phân tích PSA (Propensity score analysis) để đồng nhất hai nhóm trong nghiên cứu mô tả. Các số liệu được kiểm tra phân bố chuẩn trước khi so sánh bằng t-test cho hai biến liên tục. Sử dụng chi bình

phương khi so sánh các tỷ lệ. Giá $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Phiếu thu thập thông tin đảm bảo tuyệt đối bí mật thông tin cho bệnh nhân, các kết quả được lấy tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia. Các thông tin hoàn toàn được mã hóa và giữ bí mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi thu được số liệu của 221 bệnh nhân với 105 bệnh nhân dùng thuốc HP-hMG và 116 bệnh nhân dùng thuốc rFSH. Sau khi dùng phương pháp phân tích PSA để đồng nhất hai nhóm về các đặc điểm ban đầu phản ánh dự trữ của bệnh nhân thì thu được kết quả mỗi nhóm có 105 người bệnh. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tuổi trung bình, chỉ số khối cơ thể, thời gian vô sinh cũng như chỉ số AMH, AFC (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

	Nhóm HP-hMG	Nhóm rFSH	P
Tuổi vợ	29,91 $\pm$ 4,49	30,95 $\pm$ 4,91	0,11
BMI	21,24 $\pm$ 2,6	21,56 $\pm$ 2,71	0,39
Thời gian vô sinh	4,5 $\pm$ 3,05	4,46 $\pm$ 3,52	0,51
AMH trung bình	3,77 $\pm$ 2,65	3,41 $\pm$ 2,15	0,28
AFC trung bình	12,09 $\pm$ 5,92	12,03 $\pm$ 5,45	0,94

2. Kết quả kích thích buồng trứng

Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về thời gian kích thích buồng trứng, tổng liều FSH sử dụng ở mỗi nhóm cũng như độ dày niêm mạc tử cung trung bình. Tuy nhiên, vào ngày hCG, bệnh nhân ở nhóm sử dụng HP-hMG có nồng độ estradiol trung bình cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sử dụng rFSH (lần lượt là 4347,34 $\pm$ 2445,96 so với 3222,57 $\pm$ 2630,54, $p = 0,002$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy vào ngày hCG,

nồng độ progesteron trung bình của nhóm rFSH cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm HP-hMG (lần lượt là 0,64 $\pm$ 0,34 so với 0,83 $\pm$ 0,6, $p = 0,006$). Tỷ lệ chu kỳ có tăng nồng độ progesterone sớm (được định nghĩa là khi nồng độ progesterone $> 1,5$ ng/ml) ở nhóm sử dụng HP-hMG thấp hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm sử dụng rFSH (3,81% so với 9,52%, $p = 0,17$) (bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm chu kỳ điều trị

	Nhóm HP-hMG	Nhóm rFSH	P
Thời gian KTBT (ngày)	9,65 $\pm$ 0,94	9,73 $\pm$ 0,88	0,50
Tổng liều FSH (IU)	2271,91 $\pm$ 813,32	2278,33 $\pm$ 850,40	0,96
Liều khởi đầu trung bình (UI)	229,29 $\pm$ 76,31	230,24 $\pm$ 82,17	0,93
Độ dày NMTC (mm)	11,27 $\pm$ 2,47	11,81 $\pm$ 2,4	0,11
Nồng độ estradiol trung bình ngày hCG	4347,34 $\pm$ 2445,96	3222,57 $\pm$ 2630,54	0,002
Nồng độ progesteron trung bình ngày hCG	0,64 $\pm$ 0,34	0,83 $\pm$ 0,6	0,006
Tăng progesteron sớm	3,81%	9,52%	0,17

Số noãn chọc hút được ở nhóm sử dụng HP-hMG là 11,37 $\pm$ 6,1 và không khác biệt so với rFSH là 11,49 $\pm$ 5,0. Ngoài ra, số noãn trưởng thành MII, số phôi hình thành, số phôi có chất lượng tốt và số phôi chuyển vào buồng tử cung là tương đương nhau ở cả ba nhóm (bảng 3).

Bảng 3. Kết quả điều trị (trong labo)

	Nhóm HP-hMG	Nhóm rFSH	P
Số noãn chọc hút	11,37 $\pm$ 6,10	11,49 $\pm$ 5,00	0,88
Số noãn MII	8,8 $\pm$ 5,1	9,4 $\pm$ 4,3	0,15
Số phôi hình thành	7,13 $\pm$ 4,28	7,16 $\pm$ 3,83	0,96

Số phôi chất lượng tốt	4,85 ± 3,93	4,51 ± 3,69	0,51
Số phôi chuyển	2,74 ± 0,53	2,67 ± 0,57	0,59

3. Kết quả thụ tinh

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu về tỷ lệ làm tổ, tỷ lệ thai lâm sàng và tỷ lệ đa thai (bảng 4).

Bảng 4. Kết quả điều trị (lâm sàng)

	Nhóm HP-hMG	Nhóm rFSH	p
Tỷ lệ thai lâm sàng	47,14	47,3	1,0
Tỷ lệ làm tổ	25,52	25,62	1,0
Tỷ lệ đa thai	35,48%	38,24%	1,0

Dựa theo phân loại POSEIDON, tỷ lệ đáp ứng kém trong nhóm HP-hMG cao hơn so với nhóm rFSH, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,23$.

Bảng 5. Kết quả đáp ứng kém buồng trứng

	Nhóm HP-hMG	Nhóm rFSH	p
Đáp ứng kém	37,14	26,67	0,23

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay nhiều loại gonadotropins được sử dụng trong kích thích buồng trứng cho mục đích thụ tinh trong ống nghiệm. Trên thế giới đã có vài nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh hiệu quả của HP-hMG và rFSH trong các chu kỳ thực hiện IVF/ICSI. Nghiên cứu đa trung tâm của Cochrane đã chỉ ra HP-hMG mang lại tỉ lệ có thai lâm sàng và trẻ sinh sống cao hơn, trong đó sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tỉ lệ trẻ sinh sống [1], tuy nhiên việc sử dụng liều điều trị khác nhau đã làm giảm giá trị của nghiên cứu này. Hompes và cộng sự chỉ ra rằng ở liều tương đương, tác dụng kích thích buồng trứng của HP-hMG nhẹ hơn, với tỉ lệ huỷ chu kỳ do đáp ứng kém cao hơn [2]. Mặc dù số lượng nang trứng thấp hơn, HP-hMG vẫn mang lại tỉ lệ thai tiến triển tương đương với rFSH. 2 nghiên cứu với số lượng lớn bệnh nhân so sánh HP-hMG và rFSH cho kết quả tỉ lệ quá kích tương đương nhau [3]. Westerggard và cộng sự cũng không nhận thấy sự khác biệt giữa HP-hMG và rFSH trên tỉ lệ thai tiến triển và trẻ sinh sống tính trên bệnh nhân, đồng thời cũng không tìm thấy sự khác biệt trong các tiêu chí về trứng và noãn. Tuy nhiên tỉ lệ thai lâm sàng cao hơn ở nhóm hMG (OR 1,28; 95% CI, 1,00-1,64) [1].

Đây là nghiên cứu mô tả tiến cứu sử dụng phương pháp phân tích PSA để thu được hai nhóm đồng nhất về đặc điểm của bệnh nhân (tuổi, BMI, AMH, AFC, FSH, thời gian vô sinh) nhằm so sánh hiệu quả của 2 loại gonadotropin trong KTBT: HP-hMG và rFSH. Tỷ lệ thai lâm sàng thu được là khá cao ở hai nhóm, lần lượt là

47,14%, 47,3%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Andersen năm 2006[4], Bosch năm 2008[5]. Tình trạng này có thể do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu (các bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi thuộc nhóm tiên lượng tốt) và sự khác nhau về số phôi chuyển...

Kết quả nghiên cứu cho thấy tổng liều FSH, liều khởi đầu trung bình ở nhóm sử dụng HP-hMG tương đương so với nhóm sử dụng rFSH (bảng 2). Với rFSH (puregon), liều khởi đầu có thể được chỉnh ở mức 150 – 200 IU, trong khi với HP-hMG, con số này là 150 – 225IU. Ngoài ra, việc điều chỉnh tăng liều FSH có thể bắt đầu bằng 50IU khi sử dụng rFSH (puregon), trong khi đó, ở nhóm HP-hMG việc tăng liều phải bắt đầu bằng 75IU. Điều này có thể là kết quả của việc đóng gói khác nhau của các sản phẩm.

Trong những năm gần đây, việc tăng nồng độ progesterone sớm trong pha nang noãn được cho là có thể tác động xấu đến kết quả điều trị của TTTON, thông qua việc ảnh hưởng đến sự chấp nhận của niêm mạc tử cung. Trong nghiên cứu này, nồng độ progesteron trung bình ở nhóm HP-hMG thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm rFSH (bảng 2). Tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân có tăng progesterone sớm ở nhóm sử dụng HP-hMG thấp hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm rFSH (lần lượt là 3,81%, 9,52% với $p = 0,17$). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác (Smitz và cs, 2007) [6]. Trong HP-hMG, bên cạnh FSH, LH, còn có một tỷ lệ nhỏ hCG. Theo lý thuyết của 2 gonadotropin – 2 tế bào, progesterone được tiết ra từ các tế bào hạt và sẽ được chuyển hóa thành androgen tại tế bào vỏ, để làm tiền chất cho quá trình tổng hợp estradiol. Quá trình chuyển hóa thành androgen được diễn ra dưới tác động của LH. Do đó, bất kỳ sự thiếu hụt LH nào sẽ dẫn đến tình trạng giảm chuyển hóa của progesterone, làm tăng nồng độ progesterone trong máu. Đây có thể là lý do nhóm sử dụng HP-hMG có nồng độ progesteron trung bình ngày hCG thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm rFSH.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ làm tổ của phôi, tỷ lệ đa thai trong chu kỳ chuyển phôi tươi của hai nhóm thuốc. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Bosch và cộng sự (2008) [5].

Kết quả đánh giá đáp ứng kém của buồng trứng, tỷ lệ đáp ứng kém trong nhóm HP-hMG cao hơn so với nhóm rFSH, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ này cao hơn so với

các nghiên cứu trước đây (Nguyễn Xuân Huy và cộng sự, 2004)[7]. Điều này có thể do tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng kém khác nhau. Việc đánh giá đáp ứng kém theo POSEIDON giúp cá thể hóa và có chiến lược tối ưu cho các bệnh nhân đáp ứng kém.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy HP-hMG có hiệu quả tương đương so với rFSH trong kích thích buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm. Những bệnh nhân sử dụng HP-hMG có tỷ lệ thai lâm sàng tương đương so với nhóm rFSH trong các chu kỳ chuyển phôi tươi với tỷ lệ lần lượt là 47,14% và 47,30%. Các kết quả của nghiên cứu chúng tôi cho thấy HP-hMG có thể là một lựa chọn hiệu quả trong kích thích buồng trứng làm thụ tinh trong ống nghiệm.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia đã giúp đỡ và hỗ trợ nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Westergaard LW, Bossuyt PM, Van der Veen F et al (2011). Human menopausal gonadotropin

versus recombinant follicle stimulating hormone for ovarian stimulation in assisted reproductive cycles. Cochrane Database Syst Rev, 1, CD003973.

2. Hompes PG, Broekmans FJ, Hoozemans DA et al (2008). Effectiveness of Highly purified human menopausal gonadotropin vs recombinant follicle-stimulating hormone in first-cycle in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection patients. Fertil Steril, 89, 1685-93.
3. Beall SA, DeCherney A (2012). History and challenges surrounding ovarian stimulation in the treatment of infertility. Fertil Steril, 97, 795-801.
4. Anderson AN, Devroey P, Arce JC (2006). Clinical outcome following stimulation with HP-hMG or r-FSH in patients undergoing IVF: A randomized assessor blind controlled trial. Hum Reprod, 21, 3217-27.
5. Bosch E, Vidal C, Labarta E, et al. (2008). Highly purified hMG versus recombinant FSH in ovarian hyperstimulation with GnRH antagonists—a randomized study. Hum Reprod, 23(10), 2346–2351.
6. Smitz J, Andersen A, Devroey P (2007). Endocrine profile in serum and follicular fluid differs after ovarian stimulation with HP-hMG or recombinant FSH in IVF patients, Hum Reprod, 22, pp.676–687.
7. Nguyễn Xuân Huy (2004). Nghiên cứu kết quả thụ tinh trong ống nghiệm tạo Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2003. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ SỬ DỤNG THUỐC THEO ĐƠN CỦA BỆNH NHÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NAM ANH, TỈNH BÌNH DƯƠNG, NĂM 2019

Võ Thị Kim Anh*, Đặng Thị Kim Liên*

TÓM TẮT

Mục tiêu. Khảo sát kiến thức, thực hành của người bệnh điều trị ngoại trú về sử dụng thuốc theo đơn tại bệnh viện đa khoa Nam Anh, tỉnh Bình Dương năm 2019. **Phương pháp.** Điều tra ngang 384 bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa Nam Anh, với phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Kết quả. Kiến thức của người bệnh về sử dụng thuốc theo đơn là chưa tốt, tỷ lệ kiến thức đúng chung chỉ là 27,9%. Tuy nhiên thực hành sử dụng thuốc trong đơn của người bệnh lại tốt hơn, mặc dù chưa cao, tỷ lệ thực hành đúng chung về sử dụng thuốc theo đơn đạt 66,4%. Tỷ lệ tuân thủ liều lượng, thời gian dùng kháng sinh theo chỉ định trong đơn thuốc 67,7%. Kiến thức đúng về sử dụng thuốc trong đơn cao hơn ở nhóm nữ giới, có tham gia bảo hiểm y tế. Thực hành đúng về sử dụng thuốc theo đơn cao hơn ở nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi, nghề nghiệp nông

dân. Tỷ lệ kiến thức đúng và thực hành đúng về sử dụng thuốc là thấp, cần tăng cường hướng dẫn về sử dụng thuốc cho bệnh nhân.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, sử dụng đơn thuốc.

SUMMARY

KNOWLEDGE, PRACTICE TO USE MEDICINES OF OUT PATIENTS AT THE NAM ANH GENERAL HOSPITAL, BINH DUONG PROVINCE, 2019

Object. Survey of knowledge, practice prescription drug use in Nam Anh General Hospital in 2019. **Methods.** Survey of 384 patients was examined and treatment at Nam Anh General Hospital with random sampling method. **Results.** The knowledge of patients about using prescription drugs is not good, the percentage of right knowledge is only 27.9%. However, the practice of using the prescription medicine of patients is better, although it is not high, the percentage of correct practice on using prescription drugs reaches 66.4%. The percentage of compliance with the antibiotic dosage and duration as prescribed in the prescription is 67.7%. The correct knowledge about the use of prescription drugs is higher among women who have health insurance. Proper practice of prescription drug use is higher among patients over 40 years of age, farmer's

*Đại học Thăng Long Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2019

Ngày duyệt bài: 16.9.2019

occupation. The right knowledge and correct use of drugs is low, necessary to increase guide of drug use for patients.

Keywords: Knowledge, practice, drug use.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc tuân thủ điều trị được đo bằng mức độ thực hành của bệnh nhân theo khuyến nghị trong đơn thuốc từ thầy thuốc [1],[6] và là yếu tố quyết định điều trị thành công. Không tuân thủ là một vấn đề nghiêm trọng không chỉ ảnh hưởng đến chính bệnh nhân mà còn ảnh hưởng đến toàn bộ hệ thống chăm sóc sức khỏe: bệnh tiến triển nặng, giảm khả năng chức năng, chất lượng cuộc sống thấp, tăng sử dụng các nguồn lực y tế như nhà dưỡng lão, bệnh viện. Trước thực trạng đó, các nước trên thế giới đã nghiên cứu tìm hiểu tại sao bệnh nhân không muốn hoặc không thể sử dụng theo toa thuốc và đưa ra một yếu tố quan trọng là thiếu kiến thức về thuốc [5]. Giáo dục bệnh nhân, tăng cường hoạt động quản lý kê đơn là rất quan trọng trong tăng cường tuân thủ sử dụng thuốc. Nghiên cứu này thực hiện với mục tiêu: "Xác định tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức đúng, thực hành đúng về sử dụng thuốc theo đơn tại Bệnh viện Đa khoa Nam Anh, 2019".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên tới khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Nam Anh từ tháng 12/2018 đến tháng 05/2019.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Chọn mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu tính theo công

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

$Z_{1-\alpha/2}=1,96$ là trị số trong phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%. $p=0,40$ là tỷ lệ bệnh nhân thực hành đúng về sử dụng thuốc trong đơn ước đoán, theo nghiên cứu của Nguyễn Hoàng tại bệnh viện đa khoa thành phố Đồng Hới, tỷ lệ thực hành sử dụng thuốc theo đơn đúng là 40,5%[2]. $d=0,05$ là sai số lựa chọn. Vậy nghiên cứu khảo sát 384 bệnh nhân.

Phương pháp: Phỏng vấn mặt đối mặt bệnh nhân bằng các phiếu thu thập thông tin soạn sẵn.

Xử lý số liệu: Phân tích bằng phương pháp thống kê y học. Quản lý dữ liệu bằng phần mềm Epidata và phân tích bằng phần mềm Stata-10.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm của người bệnh được khảo sát

- Giới tính: tỷ lệ nam 36,2% và nữ là 63,8%.
- Hầu hết người bệnh có tuổi từ 18-29 (45,8%) và 30-39 tuổi (42,5%), có 11,7% ≥ 40

tuổi và 0,8% trên 40 tuổi.

- Về học vấn, tỷ lệ tiểu học và dưới tiểu học 10,2%; trung học cơ sở và trung học phổ thông 56,0% và trên trung học phổ thông là 33,8%.

- Về nghề nghiệp chính hiện tại, tỷ lệ cán bộ nhân viên 10,4%, nông dân 12,8%, công nhân và nhóm nghề khác 76,8%.

- Chỉ 2,3% thuộc hộ nghèo hoặc cận nghèo. Tỷ lệ có bảo hiểm y tế là 88,8%.

Kiến thức, thực hành sử dụng thuốc theo đơn của bệnh nhân

Bảng 1. Tỷ lệ nhận biết đúng về các nhóm thuốc (n=384)

Nhận biết đúng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Về nhóm giảm đau, hạ sốt	251	72,5
Về nhóm kháng sinh	190	56,1
Về kháng viêm Corticoid	63	30,7

Người bệnh thường nhận biết về các thuốc giảm đau hạ sốt tốt hơn. Tỷ lệ nhận biết đúng về các thuốc giảm đau hạ sốt có trong đơn là 72,5%, trong khi nhận biết đúng nhóm kháng sinh 56,1% và nhóm thuốc kháng viêm corticoid thấp với 30,7%.

Bảng 2. Kiến thức về số loại thuốc, liều dùng, đường dùng và thời điểm dùng (n=384)

Kiến thức đúng	Tần số	Tỷ lệ(%)
Về số loại thuốc trong đơn	334	87,0
Về liều dùng thuốc	318	82,8
Về đường dùng thuốc	378	98,4
Về thời điểm dùng thuốc	370	96,4
Về phản ứng bất lợi của thuốc	20	5,2

Kiến thức của người bệnh về số loại thuốc có trong đơn, liều dùng và thời điểm dùng rất tốt, tỷ lệ kiến thức đúng về số loại thuốc có trong đơn 87,0%; về liều dùng thuốc 82,8%; về đường dùng thuốc 98,4% và về thời điểm dùng thuốc 96,4%, tuy nhiên, hầu hết người bệnh lại chưa ý thức tốt về các phản ứng bất lợi của thuốc, tỷ lệ kiến thức đúng về phản ứng bất lợi của thuốc chỉ 5,2%.

Bảng 3. Thực hành sử dụng thuốc kháng sinh (n=384)

Thực hành	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dùng kháng sinh theo chỉ định		
Có	265	69,0
Không	119	44,9
Tuân thủ thời gian dùng kháng sinh		
Có	260	67,7
Không	124	32,3

Tỷ lệ người bệnh dùng thuốc kháng sinh khi có chỉ định của bác sĩ là 69,0%. Tỷ lệ tuân thủ liều lượng, thời gian dùng kháng sinh theo chỉ định trong đơn thuốc thấp, chỉ 67,7%.

Bảng 4. Tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc theo đơn (n=384)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đúng liều	382	99,5
Đủ liều	290	75,5
Uống thuốc đúng giờ	337	87,8

Về tuân thủ sử dụng thuốc theo đơn, tỷ lệ uống thuốc đúng liều đạt 99,5% nhưng tỷ lệ tuân thủ uống đủ liều lượng thuốc trong đơn được kê chỉ 75,5%. Tỷ lệ uống thuốc đúng giờ là 87,7%.

Bảng 5. Kiến thức và thực hành đúng chung về sử dụng thuốc theo đơn (n=384)

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ
----------	--------	-------

		(n)	%
Kiến thức	Đúng	107	27,9
	Không đúng	277	72,1
Thực hành	Đúng	255	66,4
	Không đúng	129	33,6

Kiến thức của người bệnh về sử dụng thuốc theo đơn là chưa tốt, tỷ lệ kiến thức đúng chung chỉ là 27,9%. Tuy nhiên thực hành sử dụng thuốc trong đơn của người bệnh lại tốt hơn, mặc dù chưa cao, tỷ lệ thực hành đúng chung về sử dụng thuốc theo đơn đạt 66,4%.

Một số yếu tố liên quan đến kiến thức sử dụng thuốc theo đơn của bệnh nhân

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về sử dụng thuốc của bệnh nhân

Yếu tố	Kiến thức				p	PR (KTC 95%)
	Đúng		Chưa đúng			
	n	%	n	%		
Giới tính: Nữ	78	31,8	167	68,2		1
Nam	29	20,9	110	79,1	0,021*	0,56 (0,33 - 0,94)
BHYT: Có	101	29,9	237	70,1		1
Không	6	13,9	37	86,1	0,029*	0,38 (0,13 - 0,95)
Học vấn: TH, dưới TH	4	10,3	35	89,7		1
THCS, THPT	59	27,4	156	72,6	0.029*	3,31 (1,13 - 9,72)
Trên THPT	44	33,8	86	66,2	0.007*	4.48 (1,5 - 13,4)

TH: tiểu học, THCS: trung học cơ sở, THPT: trung học phổ thông * Kiểm định chi bình phương

Tỷ lệ kiến thức đúng về sử dụng thuốc trong đơn thuốc ở nam giới thấp hơn nhiều so với nữ giới (PR=0,56; p<0,05); ở bệnh nhân không có bảo hiểm y tế thấp hơn nhiều so với nhóm có bảo hiểm y tế (PR=0,38; p<0,05). Tỷ lệ kiến thức đúng về sử dụng thuốc trong đơn ở nhóm tiểu học/dưới tiểu học thấp, chỉ 10,3%, trong khi đó, ở nhóm trung học cơ sở và phổ thông cao hơn với 27,4% (PR=3,31; p<0,05) và nhóm trên THPT với 33,8% (PR=4,48; p<0,05).

Bảng 7. Một số yếu tố liên quan đến thực hành sử dụng thuốc theo đơn của bệnh nhân

Yếu tố	Thực hành				p	PR (KTC 95%)
	Đúng		Chưa đúng			
	n	%	n	%		
Nhóm tuổi: 18-29 tuổi	123	69,9	53	30,1		1
30-39 tuổi	111	68,1	52	31,9	0,722*	0,92 (0,56 - 1,46)
≥40 tuổi	21	46,7	24	53,3	0,004	0,38 (0,19 - 0,74)
Nghề nghiệp: Nông dân	35	71,4	14	28,6		1
Cán bộ, nhân viên	19	47,5	21	52,5	0,023*	0,36 (0,15 - 0,87)
Nghề khác	201	68,1	94	31,9	0,646	0,86 (0,44 - 1,67)

*Kiểm định chi bình phương

Tỷ lệ thực hành đúng về sử dụng thuốc theo đơn ở nhóm bệnh nhân trên hoặc bằng 40 tuổi cao hơn nhóm dưới 40 tuổi (p<0,05). Điều đặc biệt, tỷ lệ thực hành đúng về sử dụng thuốc theo đơn ở nhóm nông dân, công nhân và nghề khác lại cao hơn so với nhóm cán bộ nhân viên (p<0,05).

Bảng 8. Sự hướng dẫn của thầy thuốc liên quan đến thực hành đúng về sử dụng thuốc

Hướng dẫn của thầy thuốc	Thực hành				p	PR (KTC 95%)
	Đúng		Chưa đúng			
	n	%	n	%		
Đầy đủ	214	69,3	95	30,7	0,016*	1
Không đầy đủ	41	54,7	34	45,3		0,53 (0,32 - 0,90)

*Kiểm định chi bình phương

Tỷ lệ thực hành đúng về sử dụng thuốc theo đơn ở nhóm được thầy thuốc hướng dẫn đầy đủ thấp hơn so với nhóm được hướng dẫn đầy đủ (PR=0,53; p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Một số đặc điểm của bệnh nhân. Đa số thuộc độ tuổi lao động, trên địa bàn tỉnh Bình Dương có nhiều công ty, xí nghiệp sản xuất do đặc thù nền kinh tế công nghiệp trọng điểm, do đó, đa phần người bệnh được khảo sát là công nhân, tỷ lệ cán bộ nhân viên thấp hơn (10,4%) và nông dân chỉ 12,8%. Về học vấn, tỷ lệ học hết cấp 2 và cấp 3 chiếm hơn một nửa, tỷ lệ học vấn trên THPT là 33,8%, điều này phù hợp với mặt bằng chung về học vấn trên địa bàn tỉnh.

Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế ở người bệnh cao với 88,8% có bảo hiểm y tế. Phần nhiều có bảo hiểm y tế do chính sách người lao động của các công ty xí nghiệp.

Tỷ lệ kiến thức và thực hành đúng về sử dụng thuốc theo đơn của bệnh nhân. Khảo sát 384 bệnh nhân về sử dụng thuốc theo đơn cho thấy kiến thức của người bệnh về sử dụng thuốc theo đơn là chưa tốt, tỷ lệ kiến thức đúng chung chỉ là 27,9%. Kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng tại bệnh viện Thành phố Đông Hà (Quảng Bình), tỷ lệ kiến thức đúng chung về sử dụng thuốc theo đơn là 49,0% [2], hay nghiên cứu của Trần Thị Phương Thảo tại Bệnh viện Đa khoa Phú Yên, tỷ lệ kiến thức đúng về sử dụng thuốc trong đơn thuốc là 60,5% [3]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, thực hành sử dụng thuốc trong đơn của người bệnh lại tốt hơn, mặc dù chưa cao, tỷ lệ thực hành đúng chung về sử dụng thuốc theo đơn đạt 66,4%. Tỷ lệ thực hành đúng chung về sử dụng thuốc theo đơn thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng hay Trần Thị Phương Thảo, tỷ lệ thực hành đúng là 59,5% và 57,8% [2], [3]. Có thể trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu chuẩn để đánh giá kiến thức đúng về sử dụng thuốc trong đơn là cần phải có hiểu biết đúng và đầy đủ các yếu tố mà chúng tôi hỏi tới, khác với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng và Trần Thị Phương Thảo, người bệnh chỉ cần có kiến thức đúng về một số nội dung thì được xem như có kiến thức chung đúng.

Khi xét đến từng nội dung cụ thể, kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh thường nhận biết về các thuốc giảm đau hạ sốt tốt hơn, tỷ lệ nhận biết đúng về các thuốc giảm đau hạ sốt có trong đơn là 72,5%, trong khi nhận biết đúng nhóm kháng sinh 56,1% và nhóm thuốc kháng viêm corticoid thấp với 30,7%. Đây cũng là tình trạng chung của người dân hiện nay, việc sử dụng các loại thuốc giảm đau, hạ sốt được sử dụng rất phổ biến để điều trị các triệu chứng

bệnh thường gặp, tuy nhiên hầu hết người dân chưa nhận thức được vai trò cũng như về sử dụng các thuốc kháng sinh hay nhóm thuốc kháng viêm có thành phần corticoid. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Hoàng tại bệnh viện thành phố Đông Hà, tỷ lệ bệnh nhân không nhận biết được thuốc kháng sinh là 27,7% [2].

Trong nghiên cứu, kiến thức của người bệnh về số loại thuốc có trong đơn, liều dùng và thời điểm dùng rất tốt, tỷ lệ kiến thức đúng về số loại thuốc có trong đơn 87,0%; về liều dùng thuốc 82,8%; về đường dùng thuốc 98,4% và về thời điểm dùng thuốc 96,4%, tuy nhiên, hầu hết người bệnh lại chưa ý thức tốt về các phản ứng bất lợi của thuốc, tỷ lệ kiến thức đúng về phản ứng bất lợi của thuốc chỉ 5,2%. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng và Trần Thị Phương Thảo cũng cho kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [3].

Vấn đề người bệnh có tuân thủ liều thuốc, thời gian uống thuốc ảnh hưởng rất lớn đến thành công của liệu trình điều trị [4]. Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ uống thuốc đúng liều đạt 99,5% nhưng tỷ lệ tuân thủ uống đủ liều lượng thuốc trong đơn được kê chỉ 75,5%. Tỷ lệ uống thuốc đúng giờ là 87,7%. Theo tác giả Nguyễn Hoàng, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng không đủ liều thuốc, không đúng liều các loại thuốc không đúng giờ lần lượt là 24,2%, 19,8% và 13,0%; thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Phương Thảo (45,2%, 37,0% và 33,2%). Mặc dù thực hành sử dụng thuốc trong nghiên cứu có thể tốt hơn so với một số địa phương, nhưng vấn đề bỏ liều của người bệnh trong nghiên cứu rất cao, đây thường là những trường hợp bệnh nhân quên sử dụng hoặc thấy thuyên giảm thì ngưng sử dụng thuốc, điều này dẫn đến giảm hiệu quả điều trị.

Hiện nay, tình trạng kê quá nhiều thuốc trên đơn, lạm dụng kháng sinh và biệt dược và đặc biệt là việc tự ý sử dụng kháng sinh tràn lan. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng tỷ lệ người bệnh dùng thuốc kháng sinh khi có chỉ định của bác sĩ là 69,0%. Tỷ lệ tuân thủ liều lượng, thời gian dùng kháng sinh theo chỉ định trong đơn thuốc thấp, chỉ 67,7%. Người bệnh tự ý đi mua thuốc khá nhiều, nếu không có chỉ định của bác sĩ mà tự ý mua thuốc về dùng thì sẽ gây nên nhiều hậu quả không thể lường trước được, nguy hiểm nhất là tình trạng dị ứng thuốc và đề kháng kháng sinh.

Một số yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành đúng về sử dụng thuốc theo đơn

Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức đúng về sử dụng thuốc trong đơn thuốc ở nam giới kém hơn nhiều so với nữ giới, có lẽ nam giới thường quan tâm nhiều đến công việc hoặc danh nhiều thời gian cho lao động, họ ít quan tâm đến vấn đề chăm sóc sức khỏe hơn phụ nữ. Kiến thức đúng về sử dụng thuốc trong đơn ở bệnh nhân không có bảo hiểm y tế thấp hơn nhiều so với nhóm có bảo hiểm y tế ($PR=0,38$; $p<0,05$), thông thường những người có bảo hiểm y tế có xu hướng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh nhiều hơn so với những người không có bảo hiểm y tế, có lẽ là lý do khiến họ ít hiểu biết hơn về sử dụng thuốc. Đối với học vấn, tỷ lệ kiến thức đúng về sử dụng thuốc trong đơn ở nhóm tiểu học/dưới tiểu học thấp, chỉ 10,3%, trong khi đó, ở nhóm trung học cơ sở và phổ thông cao hơn với 27,4% ($PR=3,31$; $p<0,05$) và nhóm trên THPT với 33,8% ($PR=4,48$; $p<0,05$), tương tự như các báo cáo trước đây [2], [3].

Về thực hành sử dụng thuốc theo đơn, kết quả thấy rằng tỷ lệ thực hành đúng về sử dụng thuốc theo đơn ở nhóm bệnh nhân trên hoặc bằng 40 tuổi cao hơn nhóm dưới 40 tuổi ($p<0,05$), tuổi càng cao, việc tiếp cận dịch vụ y tế càng nhiều, do đó, kiến thức và thực hành sử dụng thuốc theo đơn thuốc càng tốt hơn. Điều đặc biệt, tỷ lệ thực hành đúng về sử dụng thuốc theo đơn ở nhóm nông dân, công nhân và nghề khác lại cao hơn so với nhóm cán bộ nhân viên ($p<0,05$), qua khảo sát, chúng tôi thấy rằng, việc tuân thủ uống thuốc đủ liều của nhóm cán bộ nhân viên thường kém hơn.

Đơn thuốc có ghi hướng dẫn đầy đủ thì tỷ lệ bệnh nhân thực hành càng tốt hơn [2], [3]. Sự khác biệt này phản ánh khi hướng dẫn đầy đủ bệnh nhân sẽ hiểu biết tốt hơn khi không hướng dẫn đầy đủ. Hướng dẫn của bác sĩ vô cùng quan trọng trong vấn đề kê đơn thuốc ngoại trú cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức của người bệnh về sử dụng thuốc theo đơn là chưa tốt, tỷ lệ kiến thức đúng chung chỉ là 27,9%. Tuy nhiên thực hành đúng sử dụng thuốc trong đơn của người bệnh lại tốt hơn, mặc dù chưa cao, tỷ lệ thực hành đúng chung về sử dụng thuốc theo đơn đạt 66,4%. Tỷ lệ tuân thủ liều lượng, thời gian dùng kháng sinh theo chỉ định trong đơn thuốc 67,7%. Kiến thức đúng về sử dụng thuốc trong đơn cao hơn ở nhóm nữ giới, có tham gia bảo hiểm y tế. Thực hành đúng về sử dụng thuốc theo đơn cao hơn ở nhóm bệnh nhân trên 40 tuổi, nghề nghiệp nông dân. Tỷ lệ kiến thức đúng và thực hành đúng về sử dụng thuốc là thấp, cần tăng cường hướng dẫn về sử dụng thuốc cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2008)** Quy chế kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú, Ban hành kèm theo Quyết định số 04/2008/QĐ-BYT ngày 01/02/2008 của Bộ Y tế, Government Document, 1.
2. **Nguyễn Hoàng (2017)** "Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến sử dụng thuốc theo đơn của bệnh nhân tại bệnh viện thành phố Đông Hà". Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 453 (Số 4), 108-113.
3. **Trần Thị Phương Thảo, Nguyễn Văn Tập (2017)** "Kiến thức và thực hành sử dụng thuốc theo đơn của bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Yên". Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 453 (số 4), 204-211.
4. **Lê Văn Truyền (2004)** "Công nghiệp thuốc Generic thế giới trong những thập niên đầu của thế kỷ XXI về một hướng đi cho công nghiệp Dược Việt Nam". Tạp chí Dược học, (số 6), tr.10.
5. **Jin J., Sklar G.E., Oh V.M.S., et al. (2008)** "Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective". Ther Clin Risk Manag, 4 (1), pp.269-86.
6. **Organization W.H. (2003)** Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for Action, pp.3.

ĐẶC ĐIỂM CHỨC NĂNG THẦN KINH NHẬN THỨC SAU NHỒI MÁU NÃO KHU VỰC BÁN CẦU Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Vũ Thu Hương¹, Nguyễn Trọng Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng chức năng nhận thức ở bệnh nhân nhồi máu não khu vực bán

cầu có tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu bệnh-chứng trên 120 bệnh nhân nhóm bệnh được chẩn đoán xác định là nhồi máu não khu vực bán cầu có tăng huyết áp được quản lý và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung Ương, và 120 bệnh nhân nhóm chứng. **Kết quả:** nhóm bệnh nhân nhồi máu não khu vực bán cầu mắc sa sút trí tuệ gấp 6,1 lần (95%CI: 3,17-11,77) so với nhóm chứng. Nhồi máu não gây tổn thương các chức năng nhận thức ở bệnh nhân nhồi máu não cao hơn so với nhóm chứng. Có mối liên quan giữa nhồi máu não khu vực bán cầu

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thu Hương

Email: Vuthuhuong93@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2019

Ngày duyệt bài: 17.9.2019

với tình trạng rối loạn trí nhớ, tình trạng rối loạn chú ý và tình trạng rối loạn chức năng điều hành. **Kết luận:** Các đối tượng có nguy cơ nhồi máu não cần được kiểm tra, theo dõi định kỳ, qua đó đưa ra chiến lược can thiệp kịp thời sớm để tránh các di chứng nặng nề về rối loạn nhận thức.

Từ khóa: Chức năng thần kinh; nhận thức; nhồi máu não; khu vực bán cầu; tăng huyết áp.

SUMMARY

COGNITIVE FUNCTION AFTER CEREBRAL INFARCTION LOCATED IN CEREBRAL HEMISPHERE AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS

Objective: To characterize the clinical characteristics of cognitive function after cerebral infarction located in cerebral hemisphere among hypertensive patients. **Subject and method:** The case-control study was conducted on 120 patients diagnosed with hemorrhagic regional cerebral infarction (managed and treated at the National Geriatric Hospital) and 120 patients in control group. **Results:** The patients with cerebral infarction located in cerebral hemisphere suffered from dementia 6.1 times (95% CI: 3.17-11.77) compared to the control group. Patients with cerebral infarction experienced worse cognitive functions than the control group. There were the associations of cerebral infarction with memory disorders, attention disorders and management disorders. **Conclusions:** Patients at risk of cerebral infarction need checking and monitored periodically, thereby offering strategies for early intervention in order to avoid the severe sequelae of cognitive disorders.

Keywords: Cognitive function; cerebral infarction; cerebral hemisphere; hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch não (TBMN) là nguyên nhân gây tàn tật nghiêm trọng, tỷ lệ tử vong cao, và khi sống sót người bệnh vẫn phải gánh chịu những khiếm khuyết nặng nề của các chức năng thể chất, tâm thần và các chức năng cao cấp của não. Trong TBMN thì nhồi máu não (NMN) là phổ biến, chiếm 85%. Đặc biệt, tỷ lệ mắc sa sút trí tuệ (SSTT) sau nhồi máu não là rất cao, dao động từ 13,6% (censori) đến 31,8% (Pohjasvaara) trong thời gian 3 tháng đầu sau tai biến. Mặt khác, SSTT sẽ làm tăng nguy cơ của NMN tái phát (Moroney). NMN có SSTT thì tỷ lệ sống sau 5 năm là 39%, còn NMN không có SSTT thì tỷ lệ sống sau 5 năm là 75% [1]. Vì các lý do trên thấy rằng NMN và sa sút trí tuệ là hai bệnh cảnh có mối quan hệ mật thiết với nhau.

Ở Việt Nam, tuổi thọ con người cũng đang ngày một tăng cao và số người mắc TBMN khá cao. Tác giả Nguyễn Văn Thắng (2006) đã nghiên cứu 87.677 người dân thuộc tỉnh Hà Tây cũ, tỷ lệ hiện mắc TBMN là 169,9/100.000 [1], Theo nghiên cứu của tác giả Đặng Quang Tâm ở

Thành phố Cần Thơ thì tỷ lệ hiện giả TBMN là 129,56/100.000 [2], của tác giả Trần Văn Tuấn ở Thái Nguyên thì tỷ lệ này là 100/100.000 [3]. TBMN tăng lên rõ rệt theo tuổi và cùng với nó tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tàn phế cơ thể đặc biệt rối loạn nhận thức do mạch máu cũng tăng theo. Tại Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu về SSTT do nguyên nhân mạch máu. Tuy nhiên các công trình mới chỉ ở bước đầu, và chưa được quan tâm đúng mức, đặc biệt là các trường hợp có bệnh lý tăng huyết áp kèm theo. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng chức năng nhận thức ở bệnh nhân nhồi máu não khu vực bán cầu có tăng huyết áp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nhồi máu não khu vực bán cầu có tăng huyết áp được quản lý và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung Ương.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Nhồi máu não với đầy đủ các tiêu chuẩn sau: (1) Triệu chứng lâm sàng gợi ý TBMN theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới. (2) Có hình ảnh nhồi máu não trên phim CLVT hoặc CHT. (3) Trên phim CLVT hình ảnh của nhồi máu não là vùng giảm tỷ trọng tương ứng với vị trí cấp máu của các động mạch não, tùy theo thời gian chụp mà mức độ giảm tỷ trọng khác nhau. (4) Trên phim CHT nhồi máu não có hình ảnh giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên T2.

- Các bệnh nhân đều có tăng huyết áp.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị thiếu máu; Bệnh nhân bị suy giáp, cường giáp; Bệnh nhân có tiền sử chấn thương sọ não; Bệnh nhân có tiền sử động kinh trước đó; Bệnh nhân bị bệnh Parkinson; Bệnh nhân có tiền sử nghiện chất: heroin, ma túy; Bệnh nhân đã có tiền sử suy giảm nhận thức và sa sút trí tuệ trước đó, hoặc rối loạn trí nhớ (xác định thông qua bệnh nhân và người nhà bệnh nhân thời kỳ trước khi bị NMN); Bệnh nhân bị thất ngôn, khiếm thị hoặc khiếm thính, không hợp tác khám bệnh được; Bệnh nhân đang bị bệnh cấp tính, hoặc đợt cấp của bệnh mạn tính, khối u, bệnh ung thư.

2.1.3. Tiêu chuẩn chọn đối chứng: Cùng giới với bệnh nhân; Tuổi so với bệnh nhân +/- 5 tuổi; trình độ văn hoá tương đương; Không mắc TBMN; Có tăng huyết áp: thời gian và mức độ tăng huyết áp tương đương với nhóm bệnh; Không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ của nhóm bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu

bệnh-chứng, khám và chẩn đoán nhồi máu não (các bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị nhồi máu não), đánh giá chức năng nhận thức, về mặt lâm sàng và cận lâm sàng (trắc nghiệm thần kinh tâm lý, chẩn đoán hình ảnh). Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu với nguồn thông tin từ bệnh nhân, những người thân và gia đình bệnh nhân để tham gia vào chẩn đoán, đánh giá một số đặc điểm về chức năng nhận thức trong hoạt động hàng ngày.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Công thức tính mẫu:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} \sqrt{\bar{p}\bar{q}} + Z_{\beta} \sqrt{p_1q_1 + p_2q_2})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

- Với: p_1 là tỷ lệ sa sút trí tuệ tại nhóm bệnh, $q_1 = (1 - p_1)$; p_2 là tỷ lệ sa sút trí tuệ tại nhóm chứng, $q_2 = (1 - p_2)$; ($\bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$; $\bar{q} = \frac{q_1 + q_2}{2}$)

- Giả định, sai số $\alpha = 0,05$ (với kết quả cho phép có độ tin cậy trên 95%); $Z_{\alpha/2} = 1,96$; $\beta = 0,1$ (đảm bảo lượng mẫu đạt 90% để kết quả

($Z_{\beta} = 1,286$) cuối cùng có độ tin cậy; Tỷ lệ sa sút trí tuệ ở nhóm chứng: 0,1; Tỷ suất chênh mong muốn $OR = 3,8$. Thay vào công thức ta có nhóm bệnh và nhóm chứng được chọn tối thiểu là 115 trường hợp. Cỡ mẫu thực tế chung tôi bao gồm 120 BN nhóm bệnh và 120 BN nhóm chứng.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Nhóm bệnh và nhóm chứng được chọn bệnh viện Lão khoa Trung Ương.

Bước 1: chọn nhóm bệnh và nhóm chứng

Bước 2: Các bệnh nhân trong nhóm bệnh và chứng được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cơ bản, làm các trắc nghiệm thần kinh tâm lý theo mẫu bệnh án thống nhất.

2.3 Phân tích số liệu: Số liệu được đưa vào bằng phần mềm Epidata 3.1; được xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata 13.1.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh viện Lão khoa Trung ương và được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân đồng ý và chấp nhận tham gia nghiên cứu. Dữ liệu thu thập chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tình trạng sa sút trí tuệ

Nhóm nghiên cứu	SSTT		Không SSTT	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm bệnh (n=120)	66	55,0	54	45,0
Nhóm chứng (n=120)	20	16,7	100	83,3
OR=6,1	95% CI (3,17-11,77)		p < 0,001	

Tỷ lệ BN SSTT trong nhóm bệnh (55,0%) cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (16,7%). Tỷ suất chênh SSTT ở nhóm bệnh gấp 6,1 lần (95%CI: 3,17-11,77) so với nhóm chứng (p < 0,001) (Bảng 1).

Bảng 2. Loại rối loạn nhận thức

Rối loạn nhận thức	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
SSTT	66	55,0	20	16,7	<0,001
SGNT nhẹ	51	42,5	39	32,5	
Không RLNT	3	2,5	61	50,8	
Tổng	120	100,0	120	100,0	

Tỷ lệ suy giảm nhận thức nhẹ trong nhóm bệnh (42,5%) cao hơn nhóm chứng (32,5%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về loại rối loạn nhận thức giữa hai nhóm (p < 0,001) (Bảng 2).

Bảng 3. Tình trạng rối loạn trí nhớ

Rối loạn trí nhớ	Nhóm bệnh (n=120)		Nhóm chứng (n=120)		OR	95%CI	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)			
Nhớ lại ngay	77	64,17	31	25,83	5,14	2,82 – 9,38	<0,001
Nhớ lại có trì hoãn	98	81,67	50	41,67	6,24	3,27 – 11,90	<0,001
Nhận biết có trì hoãn	66	55,00	36	30,00	2,85	1,64 – 4,94	<0,001

Nhóm chứng có khả năng nhớ từ ngay gấp 5,14 lần (95%CI: 2,82-9,38) so với nhóm bệnh. Nhóm chứng có khả năng nhớ lại có trì hoãn gấp 6,24 lần (95%CI: 3,27-11,90) so với nhóm bệnh. Nhóm chứng có khả năng nhận biết có trì hoãn gấp 2,85 lần (95%CI: 1,64-4,94) so với nhóm bệnh. Các mối liên quan đều có ý nghĩa thống kê (p < 0,001) (Bảng 3).

Bảng 4. Tình trạng rối loạn chú ý

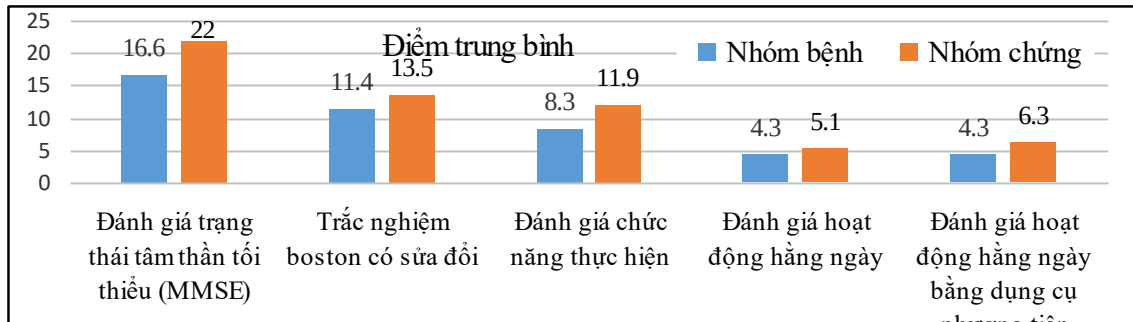
Rối loạn chú ý	Rối loạn		Không rối loạn	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm chứng	36	30,00	84	70,00
Nhóm bệnh	78	65,00	42	35,00
OR=4,33	95%CI: 2,44 – 7,73		P <0,001	

Nhóm bệnh có tỷ suất chênh về tình trạng rối loạn chú ý gấp 4,33 lần (95%CI: 2,44 – 7,73) so với nhóm chứng (p <0,001) (Bảng 4).

Bảng 5. Trình trạng rối loạn chức năng điều hành

Chức năng điều hành	Rối loạn		Không rối loạn	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm chứng	45	37,50	75	62,50
Nhóm bệnh	90	75,00	30	25,00
OR=5	2,77 – 9,06		p<0,001	

Nhóm bệnh có tỷ suất chênh về tình trạng rối loạn chú ý gấp 5 lần (95%CI: 2,77 – 9,06) so với nhóm chứng (p <0,001) (Bảng 5).

Biểu đồ 1. Biểu đồ điểm trung bình của các loại rối loạn nhận thức ở nhóm bệnh và nhóm chứng

Đánh giá theo một số trắc nghiệm thần kinh – tâm lý, nhóm bệnh có điểm trung bình thấp hơn nhóm chứng (Biểu đồ 1).

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN SSTT trong nhóm bệnh (55,0%) cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (16,7%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa NMN ở người bệnh cao huyết áp với tình trạng sa sút trí tuệ (OR: 6,1; 95%CI: 3,17-11,77) (p <0,001). Tỷ lệ SSTT sau NMN dao động từ 9,2% đến 31,8% [3], [4], [5]. So với các nghiên cứu trước, tỷ lệ SSTT trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể. Giải thích cho điều này có thể do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, cách chọn mẫu, thời điểm đánh giá rối loạn nhận thức và tiêu chuẩn sử dụng để đánh giá rối loạn nhận thức. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ suy giảm nhận thức nhẹ trong nhóm bệnh (42,5%) cao hơn nhóm chứng (32,5%). Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Vân, nghiên cứu trên 100 bệnh nhân nhồi máu não lần đầu sau 1 tháng và 104 bệnh nhân nhóm chứng không nhồi máu não, kết quả cho thấy tỷ lệ SSTT và SGNT nhẹ ở nhóm nhồi máu não lần lượt là: 25% và 19,2%, tỷ lệ này ở nhóm chứng lần lượt là: 10,8% và

3,6%. Đinh Văn Thắng đã nghiên cứu 40 bệnh nhân nhồi máu não tại bệnh viện Thanh Nhàn, sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán sa sút trí tuệ của Viện quốc gia nghiên cứu bệnh thần kinh và đột quỵ não Hoa kỳ- Hiệp hội quốc tế nghiên cứu và đào tạo về Khoa học thần kinh (NINDS- AIREN) và trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm trí thu nhỏ của Folstein (MMSE) để đánh giá rối loạn nhận thức vào thời điểm trước khi bệnh nhân ra viện. Kết quả như sau: tỷ lệ rối loạn nhận thức chung sau nhồi máu não là: 55%, trong đó 27,5% suy giảm nhận thức nhẹ và vừa, 27,5% suy giảm nhận thức mức độ nặng [6].

Nhồi máu não là bệnh lý gây tổn thương não với các mức độ trầm trọng khác nhau tùy theo từng tổn thương. Theo kết quả nghiên cứu này, nhóm chứng có khả năng nhớ từ ngay gấp 5,14 lần (95%CI: 2,82-9,38) so với nhóm bệnh, khả năng nhớ lại có trị hoãn gấp 6,24 lần (95%CI: 3,27-11,90), khả năng nhận biết có trị hoãn gấp 2,85 lần (95%CI: 1,64-4,94). Các mối liên quan đều có ý nghĩa thống kê (p <0,001). Kết quả của chúng tôi phù hợp với báo cáo của tác giả

Chen. Tác giả Chen khi sử dụng trắc nghiệm trí nhớ từ bao gồm cả trắc nghiệm nhớ từ ngay, nhớ từ sau, nhận biết từ đều nhận thấy nhóm chứng có trị số cao hơn nhóm bệnh một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,5$) [7].

Chúng tôi nhận thấy rằng tỷ lệ rối loạn chú ý của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng (4,33 lần (95%CI: 2,44 – 7,73), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Vân: bệnh nhân có rối loạn chú ý là: 38% [8]. Nghiên cứu của tác giả Shehata G A và cộng sự, Sunmonu T. A và cộng sự cho thấy rối loạn chú ý liên quan mật thiết với rối loạn trí nhớ cả về lâm sàng và cấu trúc giải phẫu vì liên quan mật thiết thái dương, đặc biệt là móc hải mã [7].

Hiện nay chẩn đoán sa sút trí tuệ vẫn là một chẩn đoán lâm sàng, trong đó các trắc nghiệm thần kinh- tâm lý đóng một vai trò quan trọng trong việc hỗ trợ đánh giá chức năng nhận thức, cho phép đánh giá, phát hiện, và theo dõi sa sút trí tuệ. Các trắc nghiệm thần kinh- tâm lý được chấp nhận như các kỹ thuật chẩn đoán thần kinh (Viện hàn lâm Thần kinh học Hoa Kỳ, 1996) và là các phương tiện có độ nhạy cao trong các đánh giá chức năng não và khả năng nhận thức ở người. Khi sử dụng một số trắc nghiệm thần kinh – tâm lý đánh giá trên 2 nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh có điểm trung bình thấp hơn nhóm chứng ở tất cả các nội dung. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước.

V. KẾT LUẬN

Đây là nghiên cứu đầu tiên đánh giá đặc điểm lâm sàng chức năng nhận thức tập trung trên đối

tượng là bệnh nhân nhồi máu não khu vực bán cầu có tăng huyết áp. Kết quả chỉ ra nhóm bệnh nhân nhồi máu não khu vực bán cầu mắc sa sút trí tuệ gấp 6,1 lần (95%CI: 3,17-11,77) so với nhóm chứng. Nhồi máu não gây tổn thương các chức năng nhận thức ở bệnh nhân nhồi máu não cao khác biệt so với nhóm chứng. Có mối liên quan giữa nhồi máu não khu vực bán cầu với tình trạng rối loạn trí nhớ, tình trạng rối loạn chú ý và tình trạng rối loạn chức năng điều hành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Thắng**, Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học và hiệu quả can thiệp dự phòng đột quỵ não tại tỉnh Hà Tây cũ. 2011, Trường đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
2. **Đặng Quang Tâm**, Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học tại biến mạch máu não tại thành phố Cần Thơ. 2005, Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Buckner, R.L. and M.E. Wheeler**, The cognitive neuroscience of remembering. *Nature Reviews Neuroscience*, 2001. **2**(9): p. 624.
4. **Petersen, R.C.**, Mild cognitive impairment. *Continuum lifelong learning. Neurology*, 2007. **13**(2): p. 15-38.
5. **Folstein, M.F., S.E. Folstein, and P.R. McHugh**, "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 1975. **12**(3): p. 189-198.
6. **Rosen, A.C., et al.**, Cognitive training changes hippocampal function in mild cognitive impairment: a pilot study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 2011. **26**(s3): p. 349-357.
7. **Panza, F., et al.**, Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: possible continuum? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2010. **18**(2): p. 98-116.
8. **Nguyễn Thanh Vân**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của rối loạn nhận thức sau nhồi máu não ở bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên. 2009, Trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG CÔNG THỨC VÀ QUY TRÌNH BẢO CHẾ VIÊN NANG KARDI Q10

Nguyễn Văn Ba*, Nguyễn Văn Chuyên*, Chủ Văn Mến*

TÓM TẮT

Đã xây dựng công thức bào chế viên nang Kardi Q10 bao gồm: bột cao khô tỏi đen 250mg, cao khô lá sen 100mg, coenzyme Q10 fumarat 50mg, lactose 70mg, avicel 10mg, cồn PVP 10% 9ml, talc 3%. Bào

chế viên nang Kardi Q10 bằng phương pháp xát hạt ướt. Sản phẩm viên nang Kardi Q10 góp phần hỗ trợ điều trị các bệnh liên quan tới rối loạn lipid máu và hỗ trợ điều trị bệnh béo phì.

Từ khóa: Tỏi đen, lá sen, viên nang, Kardi Q10

SUMMARY

STUDY ON THE FORMULATION OF KARDI Q10 CAPSULES PREPARATION

We have established a formula to prepare Kardi Q10 capsules, including: black garlic extract powder 250mg, lotus leaves extract powder 100mg, coenzyme Q10 fumarat 50mg, lactose 70mg, avicel 10mg, 10% PVP

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Chủ Văn Mến

Email: chuvanmen@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2019

Ngày duyệt bài: 17.9.2019

alcohol 9ml, talc powder 3% by wet grinding method. Kardi Q10 capsules help support the treatment of diseases related to dyslipidemia and obesity.

Key words: Black garlic, lotus leaves, capsules, Kardi Q10.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn mỡ máu là tên gọi của một số bệnh có liên quan quá trình rối loạn chuyển hóa lipid làm thay đổi hàm lượng một số thành phần lipid trong máu và thường đi kèm với một số bệnh như béo phì, xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, tiểu đường. Các hoạt chất trong tỏi đen được biết đến với 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 [3]. Lá sen (Folium Nelumbinis) có tác dụng an thần, chống co thắt cơ trơn, ức chế loạn nhịp tim...[1,2] Gần đây, các nghiên cứu khoa học đã chứng minh lá sen có tác dụng chống béo phì theo cơ chế ức chế các enzym tiêu hóa α -amylase và lipase, đồng thời làm tăng khả năng giải phóng glycerol từ các tế bào mô mỡ. Coenzyme Q10 là chất hòa tan trong lipid. 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 vữa động mạch. Vì vậy, việc phối hợp ba thành phần trên vào cùng một chế phẩm sẽ làm hạ lipid máu và điều trị bệnh béo phì. Mặt khác, việc phát triển sản phẩm còn góp phần tận dụng và phát huy những nguồn nguyên liệu sẵn có ở nước ta.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, vật liệu nghiên cứu. Cao khô tỏi đen và cao khô lá sen do Trung tâm nghiên cứu ứng dụng sản xuất thuốc Học Viện Quân Y cung cấp.

2.1.2. Hóa chất và dung môi

- Chất chuẩn: Nuciferin và SAC (hãng Sigma Aldrich), các hóa chất, thuốc thử đạt tiêu chuẩn phân tích hóa học và ĐĐVN V.

- Dung môi: Ethanol 96^o, ethylacetat, cloroform, methanol.... đạt tiêu chuẩn tinh khiết phân tích; methanol, acetonitril, acid formic (Merck).... đạt tiêu chuẩn phân tích HPLC.

- Tá dược: lactose, avicel, talc, PVP đạt tiêu chuẩn dược dụng.

2.1.3. Thiết bị. Hệ thống HPLC Alliance Waters 2695D, 4 kênh dung môi, autosampler, có buồng gia nhiệt cột, detector UV 2487, phần mềm Empower 2, tủ vi khí hậu nghiên cứu độ ổn định, máy đóng nang DTJ – Trung Quốc, máy quang phổ UV-VIS (Mỹ), cân phân tích Sartorius (độ chính xác 0,1mg), cân kỹ thuật Adam - Mỹ

(độ chính xác 0,01g).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp kiểm định bột cao khô tỏi đen

Theo phương pháp của ĐĐVN V, gồm các chỉ tiêu và phương pháp sau:

- Mô tả: Bằng cảm quan.

- Độ ẩm: Tiến hành theo phương pháp trong Phụ lục 9.6, ĐĐVN V

- Kim loại nặng: Tiến hành theo phương pháp trong Phụ lục 9.4.8, ĐĐVN V.

- Dư lượng thuốc bảo vệ thực vật: Tiến hành theo phương pháp của ĐĐVN V (Phụ lục 12.17).

- Định tính: Phương pháp sắc ký lớp mỏng (ĐĐVN V, phụ lục 5.4).

- Định lượng SAC: Phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao (Phụ lục 5.3, ĐĐVN V).

- Giới hạn nhiễm khuẩn: Thử theo ĐĐVN V, phụ lục 13.6 "Thử giới hạn nhiễm khuẩn", phương pháp đĩa thạch.

2.2.2. Phương pháp kiểm định cao khô lá sen

- Tính chất: Bằng cảm quan, chế phẩm phải đạt các yêu cầu.

- Mật khối lượng do làm khô: Thử theo Phụ lục 9.6 - ĐĐVN V.

- Cẩn không tan: Hoà tan 3,0g cao trong 150ml nước, lọc qua một giấy lọc đã được sấy ở 100 – 105^oC đến khối lượng không đổi. Sấy cặn ở 100 – 105^oC đến khối lượng không đổi.

- Tro toàn phần: Theo phương pháp 2, Phụ lục 9.8 - ĐĐVN V.

- Định tính: Theo ĐĐVN V

- Định lượng: Tiến hành định lượng Nuciferin trong cao khô lá sen bằng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao (Phụ lục 5.3, ĐĐVN V).

- Độ nhiễm khuẩn: Theo phương pháp thử giới hạn nhiễm khuẩn, Phụ lục - 13.6, ĐĐVN V.

2.2.3. Phương pháp nghiên cứu xây dựng công thức bào chế viên nang Kardi Q10

Căn cứ để xác định hàm lượng các thành phần trong công thức bào chế và liều dùng của chế phẩm nghiên cứu:

- Liều dùng của các chế phẩm chứa tỏi đen hiện đang lưu hành của các hãng uy tín.

- Dược Điển Việt Nam V.

Trên cơ sở đó, đề tài dự định tiến hành bào chế viên nang Kardi Q10 với các thành phần hoạt chất trong 01 viên nang cứng như sau:

Bảng 1: Thành phần hoạt chất trong công thức nghiên cứu:

Thành phần	CT (mg)
Bột cao khô tỏi đen	250
Cao khô lá sen	100
Coenzyme Q10 fumarat	50

Tiến hành lựa chọn các tá dược độn theo các công thức nghiên cứu được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Thiết kế công thức khảo sát lựa chọn tá dược độn:

Thành phần	CT 1	CT 2	CT 3
Bột tòi đen (mg)	250	250	250
Cao khô lá sen (mg)	100	100	100
Coenzyme Q10 fumarat (mg)	50	50	50
Lactose (mg)	80	(-)	(-)
Lactose:Avicel (7:1) (mg)	(-)	80	(-)
Lactose:Avicel (3:1) (mg)	(-)	(-)	80
Cồn PVP 5% (ml)	9	9	9
Talc tính theo khối lượng hạt	3%	3%	3%

Sau khi lựa chọn được các loại tá dược độn với tỷ lệ thích hợp, chúng tôi tiếp tục tiến hành khảo sát lựa chọn tá dược dính theo các công thức thiết kế được trình bày ở bảng sau:

Bảng 3. Thiết kế công thức khảo sát lựa chọn tá dược dính:

Thành phần	CT 3	CT 4	CT 5
Bột cao khô tòi đen (mg)	250	250	250
Cao khô lá sen (mg)	100	100	100
Coenzyme Q10 fumarat (mg)	50	50	50
Lactose : Avicel (3:1) (mg)	80	80	80
Tá dược dính (9 ml)	Cồn PVP 5%	Cồn	Cồn PVP 10%
Talc tính theo khối lượng hạt	3%	3%	3%

Cần cứ để khảo sát lựa chọn công thức đóng nang:

- Hiệu suất tạo hạt: sau khi xát hạt ướt, sấy khô khối hạt đến khi hàm ẩm nhỏ hơn 5%. Cân, xác định khối lượng của khối hạt và hiệu suất tạo hạt.

- Độ rã của viên: tiến hành theo phép thử độ rã thuốc nang (Phụ lục 11.6 – ĐĐVN V).

- Khối lượng riêng biểu kiến của khối hạt:

Cách tính: cân chính xác khoảng 5000mg khối hạt cho vào ống đong 10ml khô, sạch. Gõ khối hạt đến khối lượng không đổi và đọc thể tích. Tính tỷ trọng biểu kiến của khối hạt theo công thức:

$$d = \frac{m}{ml} \quad (g/ml)$$

2.2.4. Phương pháp xây dựng quy trình bào chế viên nang cứng Kardi Q10

Kỹ thuật bào chế viên nang gồm các giai đoạn chính sau:

- Cân bột tòi đen, cao khô lá sen, Coenzyme Q10 fumarat theo đúng tỷ lệ đã xây dựng, khối

lượng đủ cho bào chế 100 viên.

- Trộn đều các thành phần hoạt chất theo nguyên tắc đồng lượng theo thứ tự: Coenzyme Q10 fumarat, cao khô lá sen, tòi đen.

- Trộn đều các tá dược lactose, avicel theo nguyên tắc đồng lượng.

- Trộn đều hỗn hợp tá dược với hỗn hợp hoạt chất theo nguyên tắc đồng lượng để tạo khối bột đồng nhất. Kết hợp điều chỉnh thể chất khối bột đến thích hợp bằng tá dược dính lỏng. Ủ khối bột trong 30 phút để khối bột ẩm đều.

- Xát hạt khối bột ẩm qua rây 0,8mm.

- Sấy hạt ở nhiệt độ 50°C. Sau khi sấy được 15 phút, lấy khối hạt ra cho qua rây 0,8mm để sửa hạt nhằm tránh vón cục. Sấy tiếp khối hạt đến khi độ ẩm dưới 5% (khoảng 2 giờ).

- Cho hạt qua rây 0,180mm để loại các hạt mịn.

- Cân khối hạt thu được.

- Thêm tá dược trơn là bột talc với tỷ lệ 3% so với khối hạt, trộn đồng nhất thu được khối hạt đóng nang.

- Cân khối lượng hạt đủ cho một mẻ đóng nang, lấp nang vào máy, cho khối hạt vào phễu, đóng nang.

- Làm sạch bụi từ viên nang, đóng nang vào lọ.

- Dán nhãn, đóng hộp.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả kiểm nghiệm bột tòi đen

- Tính chất: dạng vẩy, xốp, nhẹ, màu trắng hoặc vàng nhạt, không mùi, không vị.

- Mật khối lượng do làm khô: không quá 12%.

- Kim loại nặng: hàm lượng chỉ không quá 10ppm.

- Chất không tan: không quá 2%.

- Tro toàn phần: không quá 0,5%.

- Định tính: Sắc ký đồ sắc ký lớp mỏng của dung dịch thử phải có các vết cùng giá trị R_f và màu sắc với các vết trên sắc ký đồ của dung dịch đối chiếu hoặc có vết cùng giá trị R_f và màu sắc với SAC chuẩn.

- Định lượng: Hàm lượng SAC không được ít hơn 20 mg/g tính theo dược liệu khô.

- Dư lượng chất bảo vệ thực vật: Hàm lượng tổng o,p'-DDT, p,p'-DDT, p,p'-DDE và p,p'-TDE không vượt quá 1,0 mg/kg. Hàm lượng hexachlorobenzen (666) không vượt quá 0,1mg/kg

3.2. Kết quả kiểm định cao khô lá sen

- Tính chất: bột khô tơi, màu nâu vàng, vị hơi đắng.

- Mật khối lượng do làm khô: không quá 5%.

- Chất không tan: không quá 5%.

- Tro toàn phần: không quá 10%.

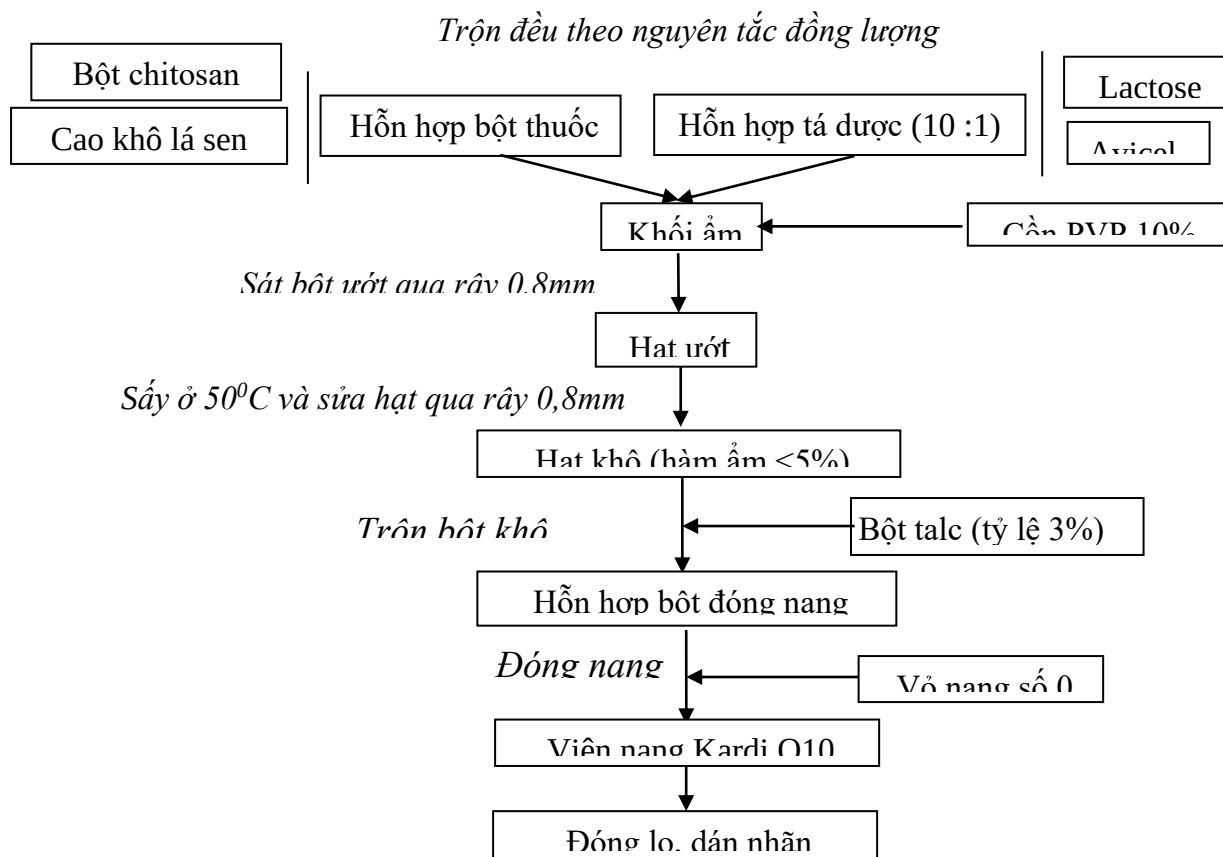
- Định tính: chế phẩm phải thể hiện phép thử định tính của các nhóm hợp chất alkaloid, flavonoid và phenol.

- Định lượng: hàm lượng Nuciferin trong cao khô lá sen không dưới 3,5%.

- Độ nhiễm khuẩn: đạt mức 4, tiêu chuẩn ĐCVN V (Phụ lục 13.6).

3.2. Kết quả xây dựng quy trình bào chế viên nang cứng Kardi Q10.

Quy trình bào chế chế phẩm được mô tả theo sơ đồ sau:



Hình 1. Sơ đồ quy trình bào chế viên nang cứng Kardi Q10

3.3. Kết quả xây dựng công thức bào chế viên nang Kardi Q10. Giai đoạn khảo sát lựa chọn tá dược độn được đánh giá qua hai chỉ tiêu là hiệu suất tạo hạt và thời gian rã. Kết quả được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Kết quả khảo sát lựa chọn tá dược độn:

Công thức	Hiệu suất tạo hạt (%)	Thời gian rã (phút)
CT1	81,15	9,04
CT2	88,74	9,37
CT3	91,21	9,43

Nhận xét: Kết quả ở bảng trên cho thấy: Công thức 1 có hiệu suất tạo hạt và thời gian rã là thấp nhất vì trong thành phần công thức 1, tá dược độn chỉ có lactose nên độ bền của hạt kém hơn so với 2 công thức còn lại là 2 công thức có bổ sung Avicel giúp hạt có độ bền tốt hơn. Tuy nhiên, hiệu suất tạo hạt của công thức 3 cao hơn so với công thức 2 vì trong thành phần công thức 3 có tỷ lệ Avicel cao hơn. Vì vậy, lựa chọn

thành phần tá dược độn như công thức 3 cho các nghiên cứu tiếp theo. Giai đoạn khảo sát lựa chọn tá dược dính cũng được đánh giá qua 2 chỉ số hiệu suất tạo hạt và thời gian rã. Kết quả khảo sát được trình bày ở bảng 5.

Bảng 5: Kết quả khảo sát lựa chọn tá dược dính:

Công thức	Hiệu suất tạo hạt (%)	Thời gian rã (phút)
CT3	92,04	9,38
CT4	88,71	8,48
CT5	97,47	9,63

Nhận xét: Kết quả bảng trên cho thấy, cả hiệu suất tạo hạt và thời gian rã của viên công thức 4 đều thấp nhất vì trong thành phần công thức bào chế viên này không có tá dược dính, đóng vai trò làm tá dược dính trong công thức chủ yếu là Avicel nên hạt tạo thành không chắc bằng hạt của 2 công thức 3 và 5 có thêm tá dược dính là PVP.

Trong hai công thức còn lại, công thức 5 có hiệu suất tạo hạt cao hơn vì tỷ lệ thành phần tá dược dính PVP trong công thức này cao hơn công thức 3. Tuy nhiên, cũng vì lượng tá dược dính cao hơn nên thời gian rã của viên công thức 5 cũng cao hơn so với công thức 3. Dù vậy, chúng tôi vẫn lựa chọn công thức 5 cho các nghiên cứu tiếp theo vì ưu điểm của công thức này cho hiệu suất tạo hạt cao nhất. Công thức bào chế viên được trình bày ở bảng 6.

Bảng 6. Công thức bào chế cho 01 viên nang:

Thành phần	Hàm lượng
Bột cao khô tỏi đen (mg)	250
Cao khô lá sen (mg)	100
Coenzyme Q10 fumarat	50
Lactose (mg)	70
Avicel (mg)	10
Cồn PVP 10% (ml)	9
Talc (tính theo khối lượng hạt)	3%

V. KẾT LUẬN

Đã xây dựng công thức và quy trình bào chế viên nang Kardi Q10 bao gồm: bột cao khô tỏi

đen 250mg, cao khô lá sen 100mg, coenzyme Q10 fumarat 50mg, lactose 70mg, avicel 10mg, cồn PVP 10% 9ml, talc 3%. Bào chế viên nang Kardi Q10 bằng phương pháp xát hạt ướt. Sản phẩm viên nang Kardi Q10 góp phần hỗ trợ điều trị các bệnh liên quan tới rối loạn lipid máu và hỗ trợ điều trị bệnh béo phì.

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 Tất Lợi (1977).** Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam. NXB Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội.
2. **Nguyễn Hữu Đức, Võ Thị Tường Khanh (1997).** Góp phần nghiên cứu cách xác định một số tính chất của tỏi đen. Tạp chí Dược học, số 7/1997.
3. **Viện Dược liệu (2004).** Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam. NXB Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA RỐI LOẠN TIÊU HÓA CHỨC NĂNG Ở TRẺ EM TỪ 7 THÁNG ĐẾN 4 TUỔI

Phan Văn Nhã*, Nguyễn Thị Việt Hà*

Từ khóa: Rối loạn tiêu hóa chức năng, trào ngược trẻ nhũ nhi, táo bón chức năng, Rome IV

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỉ lệ mắc và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ rối loạn tiêu hóa chức năng ở trẻ em 7 tháng đến 4 tuổi phát triển khỏe mạnh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 759 trẻ từ 7 tháng đến 4 tuổi phát triển khỏe mạnh. **Kết quả:** Theo tiêu chuẩn Rome IV, tỉ lệ mắc rối loạn tiêu hóa chức năng là 7,2%. Tỉ lệ mắc trào ngược dạ dày thực quản trẻ nhũ nhi là 12,1% ở nhóm trẻ dưới 1 tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 0,8/1. Tuổi dưới 8 tháng, đẻ non và bú mẹ hoàn toàn dưới 4 tháng làm tăng tỉ lệ mắc trào ngược. Tỉ lệ mắc táo bón chức năng là 4,2%, thường gặp trong nhóm 2 – 3 tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 1,5/1. Bú mẹ hoàn toàn dưới 4 tháng, các hành vi bạo lực gia đình làm tăng tỉ lệ mắc táo bón chức năng. **Kết luận:** Rối loạn tiêu hóa chức năng là vấn đề thường gặp ở trẻ từ 7 tháng đến 4 tuổi khỏe mạnh. Cần áp dụng tiêu chuẩn Rome IV để sàng lọc các rối loạn tiêu hóa chức năng ở trẻ em nhằm hạn chế các điều trị quá mức cho trẻ.

SUMMARY

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS IN HEALTHY CHILDREN AGED 7 MONTHS TO 4 YEARS

Aim: To evaluate the prevalence and risk factors of functional gastrointestinal disorders in healthy children aged from 7 months to 4 years. **Material and methods:** Cross-sectional descriptive study was performed in 759 healthy children aged 7 months to 4 years. **Results:** According to Rome IV criteria, the prevalence of functional gastrointestinal disorders is 7,2%. The prevalence of infant regurgitation is 12,1% in children under 1 year of age, male/female ratio is 0,8/1. Age under 8 months, preterm delivery and exclusive breastfeeding less than 4 months are likely to increase prevalence of regurgitation. The prevalence of functional constipation was 4,2% and common in the age group of 2 – 3 years, male/female ratio is 1,5/1. Exclusive breastfeeding for less than 4 months, domestic violence behaviors were likely to increase the prevalence of functional constipation. **Conclusion:** Functional gastrointestinal disorders in children aged 7 months to 4 years is quite common and can be acquired in healthy children. The Rome IV criteria should be applied to screen for functional

* Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 11.9.2019

Ngày duyệt bài: 17.9.2019

gastrointestinal disorders in children to limit excessive treatment.

Key words: Functional gastrointestinal disorders, infant reflux, functional constipation, Rome IV

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tiêu hóa chức năng là một vấn đề phổ biến ở trẻ em, được đặc trưng bởi sự xuất hiện các triệu chứng dạ dày – ruột thường xuyên và mạn tính, mà không có căn nguyên thực thể hay bất thường sinh hóa [1]. Mặc dù không xác định được cơ quan bị bệnh hay các bệnh tiềm ẩn, những rối loạn này không nên coi là vô hại. Gánh nặng kinh tế, y tế, gia đình và xã hội của rối loạn tiêu hóa chức năng rất lớn. Một nghiên cứu cộng đồng năm 2016 của Chogle cho kết quả tỉ lệ mắc các rối loạn này ở trẻ từ 0 đến 48 tháng chiếm 40,5% [2]. Theo tác giả Samantha, dựa trên tiêu chuẩn Rome IV mới nhất, có 24,7% trẻ nhỏ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán mắc ít nhất một loại rối loạn tiêu hóa chức năng [3]. Tại Việt Nam, chưa có các nghiên cứu về rối loạn tiêu hóa chức năng ở trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả tỉ lệ mắc và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của rối loạn tiêu hóa chức năng ở nhóm trẻ 7 tháng đến 4 tuổi phát triển khỏe mạnh trong cộng đồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các trẻ 7 tháng đến 4 tuổi khỏe mạnh, phát triển thể chất - tinh thần - vận động bình thường, không có tiền sử chẩn đoán mắc các bệnh lý bẩm sinh/mạn tính và được bác sĩ chuyên khoa Nhi sàng lọc bằng khám lâm sàng tới tiềm phòng tại phòng Tiêm chủng Bệnh viện Nhi Trung ương và học tập tại trường mầm non Quỳnh Lôi, phường Quỳnh Lôi, quận Hai Bà Trưng, thành phố Hà Nội đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát, mô tả, cắt ngang tiến hành trên 759 trẻ từ 7 tháng đến 4 tuổi phát triển khỏe mạnh. Phòng

vấn cha mẹ các trẻ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu theo một bộ câu hỏi đã được thiết kế dựa trên tiêu chuẩn Rome IV.

Xử lý số liệu: xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Hà Nội và hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Nhi Trung ương tháng 12 năm 2018: số 1937/bvntw-vncskte.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

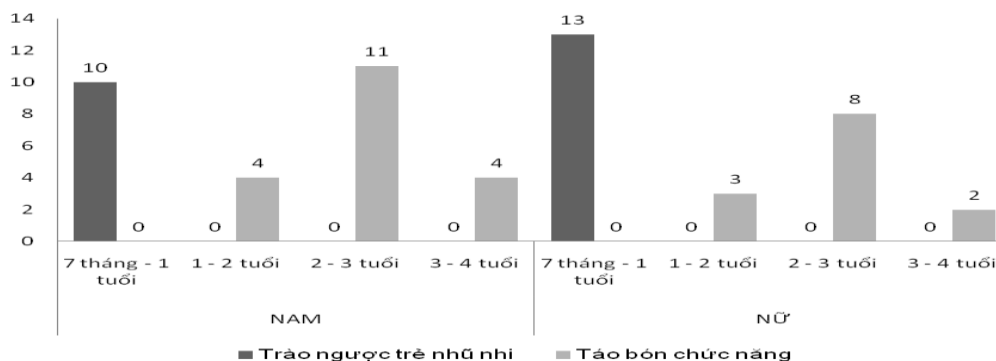
Trong tổng số 759 trẻ tham gia nghiên cứu có 416 trẻ nam (chiếm 54,8%) và 343 trẻ nữ (chiếm 45,2%). Tuổi trung bình là $24,4 \pm 13,0$ tháng tuổi. Tuổi thai trung bình là $38,5 \pm 1,6$ tuần tuổi. Cân nặng khi sinh trung bình là $3173,0 \pm 429,7$ gram. Cân nặng hiện tại trung bình là $11,9 \pm 2,9$ kg. Chiều cao hiện tại trung bình là $84,0 \pm 10,1$ cm.

3.1. Ước tính tỉ lệ mắc rối loạn tiêu hóa chức năng ở trẻ em 7 tháng - 4 tuổi

Bảng 1: Tỉ lệ mắc rối loạn tiêu hóa chức năng ở trẻ em 7 tháng - 4 tuổi

	Số trẻ nghiên cứu N (người)	Số trẻ mắc n (người)	Tỷ lệ mắc (%)
Trào ngược trẻ nhũ nhi	190	23	12,1
Táo bón chức năng	759	32	4,2
Rối loạn tiêu hóa chức năng	759	55	7,2

Nhận xét: theo tiêu chuẩn Rome IV, tỉ lệ mắc rối loạn tiêu hóa chức năng trong nghiên cứu chiếm 7,2%. Trào ngược trẻ nhũ nhi được nghiên cứu trên 190 trẻ từ 7 – 12 tháng có tỉ lệ mắc là 12,1%. Tỉ lệ mắc táo bón chức năng là 4,2%. Trong nghiên cứu này, không phát hiện trẻ mắc các rối loạn khác.



Biểu đồ 3.1: Phân bố rối loạn tiêu hóa chức năng theo giới tính và nhóm tuổi (n=55)

Nhận xét: Trào ngược trẻ nhũ nhi hay gặp nhất ở nhóm 7 tháng – 1 tuổi, tỉ lệ nam/nữ mắc trào ngược là 0,8/1. Táo bón chức năng hay gặp ở trẻ trên 1 tuổi, hay gặp nhất ở nhóm 2 – 3 tuổi, tỉ lệ nam/nữ mắc táo bón là 1,5/1.

3.2. Một số yếu tố nguy cơ của rối loạn tiêu hóa chức năng

Bảng 3.2: Một số yếu tố liên quan mắc trào ngược trẻ nhũ nhi (N = 190)

Tiêu chí so sánh		Trào ngược		Không trào ngược		Tổng số		OR (95% CI)	p
		N	%	n	%	N	%		
Giới tính	Nam	10	9,9	91	90,1	101	100	0,64 (0,27 – 1,55)	0,321
	Nữ	13	14,6	76	85,4	89	100		
Tuổi (tháng)	< 8,0	14	25,0	42	75,0	56	100	4,63 (1,87 – 11,47)	< 0,01
	≥ 8,0	9	6,7	125	93,3	134	100		
Đẻ non	Có	11	37,9	18	62,1	29	100	7,59 (2,93 – 19,68)	< 0,01
	Không	12	7,5	149	92,5	161	100		
Bú mẹ hoàn toàn	< 4 tháng	21	24,7	64	75,3	85	100	16,9 (3,8 – 74,5)	< 0,01
	≥ 4 tháng	2	1,9	103	98,1	105	100		

Nhận xét: Tuổi dưới 8 tháng, đẻ non và thời gian bú mẹ hoàn toàn dưới 4 tháng làm tăng khả năng mắc trào ngược trẻ nhũ nhi với $p < 0,01$.

Bảng 3.3: Một số yếu tố liên quan mắc táo bón chức năng (N = 759)

Tiêu chí so sánh		Táo bón		Không táo bón		Tổng số		OR (95% CI)	p
		n	%	n	%	N	%		
Giới tính	Nam	19	4,5	397	95,4	416	100	1,2 (0,59 – 2,50)	0,596
	Nữ	13	3,8	330	96,2	343	100		
Đẻ non	Có	3	4,1	70	95,9	73	100	0,97 (0,29 – 3,27)	0,629
	Không	29	4,2	657	95,8	686	100		
Bú mẹ hoàn toàn	< 4 tháng	9	14,1	55	85,9	64	100	4,78 (2,1 – 10,8)	< 0,01
	≥ 4 tháng	23	3,3	672	96,7	695	100		
Bạo lực gia đình	Có	22	13,4	142	86,6	164	100	9,06 (4,20 – 19,6)	< 0,01
	Không	10	1,7	585	98,3	595	100		

Nhận xét: Bú mẹ hoàn toàn dưới 4 tháng và các hành vi bạo lực gia đình làm tăng khả năng mắc táo bón chức năng với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 759 trẻ 7 tháng - 4 tuổi phát triển khỏe mạnh tại hai địa điểm nghiên cứu.

Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy tỉ lệ mắc rối loạn tiêu hóa chức năng là 7,2%, trong đó tỉ lệ mắc trào ngược trẻ nhũ nhi là 12,1% trong nhóm 7 tháng đến 1 tuổi và tỉ lệ mắc táo bón chức năng là 4,2%. Nghiên cứu của Ashish Chogle theo tiêu chuẩn Rome III cho kết quả tỉ lệ mắc rối loạn tiêu hóa chức năng trong cộng đồng lên tới 40,5%, trong đó tỉ lệ mắc trào ngược trẻ nhũ nhi là 8,0% và táo bón chức năng là 42,9% [2]. Tác giả van Tilburg cho thấy 27% trẻ mắc rối loạn tiêu hóa chức năng, trong đó tỉ lệ trào ngược là 25,9%, tỉ lệ táo bón là 9,4% ở nhóm trẻ từ 1 đến 3 tuổi [4]. Nghiên cứu của Samantha dựa trên tiêu chuẩn Rome IV xác định tỉ lệ mắc các rối loạn này ở nhóm tuổi từ 0 đến 3 tuổi là 24,7% [3]. Tỉ lệ mắc rối loạn tiêu hóa chức năng trong nghiên cứu của chúng tôi khác so với các nghiên cứu trước. Điều này có thể do có sự

khác biệt về quần thể nghiên cứu như nhóm tuổi nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán.

Theo biểu đồ 3.1, trào ngược trẻ nhũ nhi là rối loạn hay gặp nhất ở nhóm tuổi 7 tháng đến 1 tuổi, chiếm 12,1% và táo bón chức năng là rối loạn phổ biến nhất ở nhóm trẻ nhỏ, chiếm 4,2%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác của Samantha, van Tilburg đều nhận định rằng trào ngược trẻ nhũ nhi phổ biến nhất ở nhóm trẻ nhũ nhi và táo bón chức năng phổ biến nhất trong nhóm trẻ nhỏ [3], [4]. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc trào ngược trẻ nhũ nhi trong nghiên cứu của 2 tác giả trên nhóm trẻ dưới 1 tuổi lần lượt là 26% và 24,7% cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Có thể lí giải điều này do, trào ngược trẻ nhũ nhi là vấn đề thường gặp trong năm đầu đời đặc biệt ở nhóm trẻ dưới 6 tháng tuổi. Tỉ lệ trào ngược giảm dần đến khi trẻ lớn hơn một tuổi. Một nghiên cứu tiến hành tại Thái Lan, cho thấy tỉ lệ trào ngược cao nhất lúc 2 tháng tuổi (86,9%), giảm đáng kể lúc 6 tháng (45,5%) [5]. Tỉ lệ mắc táo bón trong nghiên cứu của chúng

tôi tương tự với nghiên cứu của Loenning – Baucke năm 2005, ước tính trên toàn thế giới có khoảng 3% trẻ em mắc táo bón, chiếm 1-4% trẻ em ở độ tuổi đến trường [6]. Trong một phân tích gộp dựa trên kết quả của 19 bài báo cáo điều tra tỉ lệ táo bón ở trẻ em cho thấy, tỉ lệ mắc trung bình là 12% [7]. Các rối loạn tiêu hóa chức năng khác không gặp trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Samantha, van Tilburg khi các nghiên cứu đó cũng xác định tỉ lệ mắc các FGD khác rất thấp ở nhóm trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ [3], [4].

Theo bảng 3.3 và 3.4, một số yếu tố nguy cơ tăng khả năng mắc IR như đẻ non, tuổi dưới 8 tháng, bú mẹ hoàn toàn dưới 8 tháng tuổi. Tuổi dưới 8 tháng, đẻ non và bú mẹ hoàn toàn dưới 4 tháng có khả năng làm tăng tỉ lệ mắc trào ngược trẻ nhũ nhi lần lượt là 4,6 lần, 7,6 lần và 16,9 lần với $p < 0,01$. Bú mẹ hoàn toàn dưới 4 tháng, các hành vi bạo lực gia đình có khả năng làm tăng tỉ lệ mắc táo bón chức năng lần lượt là 4,8 lần và 9,1 lần với $p < 0,01$. Nghiên cứu của tác giả Ashchogle còn nhận thấy tỉ lệ mắc rối loạn tiêu hóa chức năng tăng đáng kể ở những trẻ là con duy nhất, con đầu tiên và những trẻ có bố mẹ ly thân/li dị [2].

V. KẾT LUẬN

Rối loạn tiêu hóa chức năng khá phổ biến trong cộng đồng. Trào ngược trẻ nhũ nhi là rối loạn phổ biến nhất ở nhóm trẻ dưới 1 tuổi và táo

bón là rối loạn phổ biến nhất ở nhóm trẻ lớn hơn. Tỉ lệ mắc bệnh trong cộng đồng thay đổi theo các nghiên cứu. Cần có những nghiên cứu lớn hơn để xác định tỉ lệ mắc rối loạn tiêu hóa chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carlo Di Loeno and Samuel Nurko (2016), Rome IV Functional Gastrointestinal Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction, BW&A Books.
2. Chogle A., Velasco-Benitez C.A., Koppen I.J., et al. (2016). A Population-Based Study on the Epidemiology of Functional Gastrointestinal Disorders in Young Children. The Journal of Pediatrics, **179**, 139-143.e1.
3. Robin S.G., Keller C., Zwiener R., et al. (2018). Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. J Pediatr, **195**, 134-139.
4. van Tilburg M.A.L., Hyman P.E., Walker L., et al. (2015). Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. The Journal of Pediatrics, **166**(3), 684-689.
5. Osatakul S., Sriplung H., Puetpaiboon A., et al. (2002). Prevalence and Natural Course of Gastroesophageal Reflux Symptoms: A 1-Year Cohort Study in Thai Infants. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, **34**(1), 63-67.
6. Loening-Baucke V. (2005). Prevalence, symptoms and outcome of constipation in infants and toddlers. The Journal of Pediatrics, **146**(3), 359-363.
7. Mugie S.M., Benninga M.A., and Di Lorenzo C. (2011). Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, **25**(1), 3-18.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC CỦA BỆNH NHÂN THÔNG ĐỘNG MẠCH CẢNH XOANG HANG THỂ GIÁN TIẾP

Vũ Thị Hoàng Yến*, Nguyễn Văn Tuấn**, Trần Anh Tuấn**, Nguyễn Văn Liệu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp mạch máu não của bệnh nhân thông động mạch cảnh xoang hang thể gián tiếp. Nghiên cứu tiến cứu 32 bệnh nhân thông động mạch cảnh xoang hang thể gián tiếp được chụp DSA chẩn đoán xác định. Kết quả nghiên cứu: Thông động mạch cảnh xoang hang

thể gián tiếp thường gặp ở nữ giới tuổi trung niên (68,8%), tự phát là chủ yếu (87,5%); triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là đỏ mắt (90,62%), đau đầu (87,5%), lồi mắt 59,4%, liệt dây thần kinh vận nhãn (37,5%). Thông loại D hay gặp nhất (81,2); 7/32 trường hợp có luồng thông cả hai bên, chiếm 21,95%; tỷ lệ bệnh nhân có luồng thông bên phải và bên trái tương đương nhau với 40,6% và 37,5%; 31,2% trường hợp có cuống mạch nuôi từ động mạch cảnh trong và cảnh ngoài cả 2 bên. Kết luận: thông động mạch cảnh xoang hang gián tiếp có triệu chứng đa dạng, phụ thuộc và tình mạch dẫn lưu, hay gặp nhất là đỏ mắt, đau đầu, lồi mắt; phần lớn là thông loại D; chụp DSA giúp xác định các đặc điểm của luồng thông.

Từ khóa: thông động mạch cảnh xoang hang thể gián tiếp

*Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hoàng Yến

Email: hoangyen8393@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2019

Ngày duyệt bài: 18.9.2019

SUMMARY

THE CLINICAL FEATURES AND ANGIOGRAPHIC OF INDIRECT CAROTID CAVERNOUS FISTULAS

Objectives: To evaluate the clinical characteristics and angiographic of indirect carotid cavernous fistulas (ICCFs). Subjects and methods: Prospective study on 32 patients with ICCFs. Results: The indirect carotid cavernous fistulas were more common in female at advanced age (68,8%), and occurred spontaneously (87,5%); the most common symptoms included chemosis (90,62%), headache (87,5%), proptosis (59,4%) and cranial nerve palsy (37,5%). Type D was most common (81,2%); the fistula was on the right side only in 40,6%, on the left only in 37,5%, and bilateral in 21,95% of patients. Of the patients, 31,2% displayed arterial feeders from bilateral ICAs and ECAs. Conclusion: ICCFs were atypical symptoms related to the venous drainage; DSA assessed the characteristics of the fistulas.

Key words: indirect carotid cavernous fistula,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông động mạch cảnh xoang hang (TĐMCXH) thể gián tiếp là bệnh lý hiếm gặp do luồng thông lưu lượng thấp gián tiếp giữa xoang hang và các nhánh màng não của động mạch cảnh trong hoặc cảnh ngoài hoặc từ cả hai, thường thấy ở phụ nữ trên 50 tuổi và có biểu hiện không điển hình như thể trực tiếp[6]. Triệu chứng phụ thuộc vào tốc độ dòng chảy và mô hình tĩnh mạch dẫn lưu [7]. Hiện nay, có nhiều phương pháp như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính mạch máu não đa dãy, chụp cộng hưởng từ sọ não với các chuỗi xung đánh giá mạch máu, và đặc biệt là chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) giúp phát hiện thông động mạch tĩnh mạch màng cứng. Trong đó, chụp DSA là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định Ngoài ra chụp mạch còn giúp đánh giá các đặc điểm hình thái và huyết động học của tổn thương. Vì vậy, mục tiêu của nghiên cứu là phân tích đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp mạch máu não của bệnh nhân thông động mạch cảnh xoang hang thể gián tiếp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 32 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thông ĐMCXH thể gián tiếp bằng chụp DSA tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2018 đến tháng 8/2019.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu. Tất cả trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân được nhận vào nghiên cứu thu thập các dữ liệu về tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng và đặc điểm hình ảnh học phim chụp mạch máu não.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

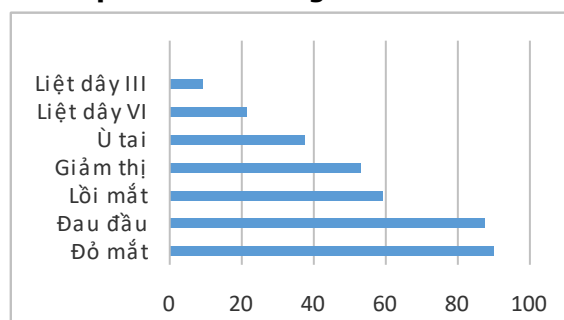
1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi giới của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Nam	Nữ	P
<50	1 (14,3%)	6 (85.7%)	0.00
≥50	3 (12%)	22 (88%)	
Trung bình	59,4 ± 14,6		

Nghiên cứu được thực hiện trên 32 bệnh nhân (87,5% nữ, 12,5% nam). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 59,4 ± 14,6, nhỏ nhất là 24 tuổi và lớn nhất là 76 tuổi. Tỷ lệ mắc cao tập trung ở nhóm trên 50 tuổi (78,1%).

2. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng chính khiến bệnh nhân nhập viện là đỏ mắt (90,62%), đau đầu (87,5%), lồi mắt (59,4%), giảm thị lực (53,12%), ù tai (37,5%), liệt dây thần kinh vận nhãn (37,5%).

3. Đặc điểm phim chụp mạch máu não

Trong 32 trường hợp thông nối có 7 trường hợp (21,95%) thông nối vào cả 2 xoang hang, vào xoang hang trái là 12 trường hợp (37,5%) và xoang hang phải là 13 trường hợp (40,6%).

Bảng 2: Đặc điểm hình ảnh cường mạch nuôi trên phim DSA

Cường mạch nuôi	Số lượng	Tỷ lệ %
Cảnh trong	Phải	4
	Trái	5
	Hai bên	20
Cảnh ngoài	Phải	7
	Trái	8
	Hai bên	14

Về cường mạch nuôi: phần lớn các trường hợp đều có cường mạch nuôi từ 2 bên. Có 10/32 trường hợp có cường mạch nuôi từ động mạch cảnh trong và cảnh ngoài cả 2 bên, chiếm 31,2%.

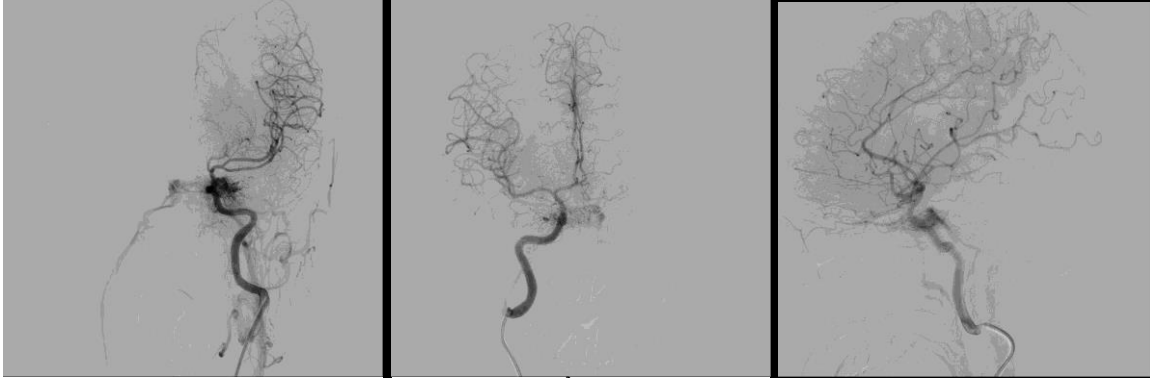
Bảng 3: Các đặc điểm khác trên phim chụp DSA

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Dẫn lưu về tĩnh mạch mắt	31	96,8
Dẫn lưu về xoang đá dưới	11	34,4

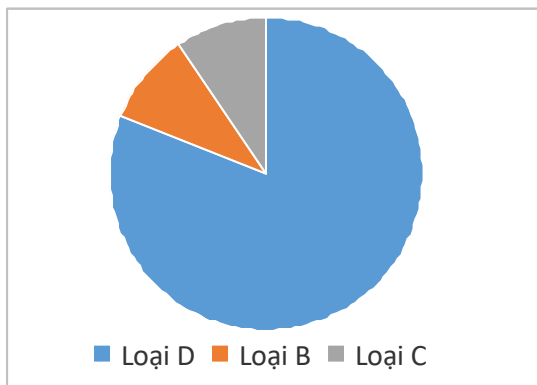
Trào ngược vào tĩnh mạch vỏ não	5	15,6
Trào ngược vào xoang hang bên đối diện	6	18,7

Huyết khối tĩnh mạch dẫn lưu	7	21,8
------------------------------	---	------

Các nguồn tĩnh mạch dẫn lưu là tĩnh mạch mắt 96,8% (31/32), xoang đá dưới 34,4% (11/32), tĩnh mạch vỏ não 15,6% (5/32).



Hình 1: Phim chụp DSA: bệnh nhân nữ 47 tuổi, vào viện vì sụp mí mắt trái. Luồng thông từ động mạch cảnh trong và cảnh ngoài hai bên, xoang hang giãn, dẫn lưu tĩnh mạch đá dưới hai bên. Phân loại luồng thông theo Barrow:



Biểu đồ 2: Phân loại luồng thông theo Barrow

Nhóm bệnh nhân thông loại D chiếm tỷ lệ cao nhất 26/32 trường hợp (81,2%). Nhóm bệnh nhân thông loại B và C chiếm tỷ lệ bằng nhau (9,4%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều ở độ tuổi trưởng thành, nhỏ nhất 24 tuổi và cao nhất 76 tuổi. Tỷ lệ mắc cao tập trung ở lứa tuổi trên 50, chiếm 78,1%. Sự khác nhau so với tuổi dưới 50 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo Heran và cộng sự nghiên cứu thì tỷ lệ của nhóm tuổi trên 50 chiếm trên 85% [4]. Yếu tố tuổi đặc biệt là trên 50 tuổi là một yếu tố đáng lưu ý trong bệnh lý thông động mạch cảnh xoang hang.

Chúng tôi gặp tỷ lệ thông động mạch cảnh xoang hang thể gián tiếp ở nam (12,5%) và nữ (87,5%). Tỷ lệ nữ/nam là 7/1. So sánh với kết quả của một số tác giả như Alexander M.D và

cộng sự tỷ lệ gặp ở nữ là 78,3%, Heran và cộng sự tỷ lệ nữ/nam là 3, Yoshida và cộng sự tỷ lệ nữ/nam là 7/3 [4], [8]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Việt Giáp, thể gián tiếp gặp chủ yếu nữ, chiếm 93% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi có thể cao hơn so với một số tác giả trên do sự khác biệt về cỡ mẫu nghiên cứu.

Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng của thông ĐMCXH thể gián tiếp rất đa dạng. Tuy nhiên các triệu chứng thường không rõ ràng và điển hình như trong thông ĐMCXH thể trực tiếp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng hay gặp nhiều: đỏ mắt (90,62%), đau đầu (87,5%), lồi mắt (59,4%), giảm thị lực (53,12%), ù tai (37,5%), liệt dây thần kinh vận nhãn 37,5% (trong đó liệt dây VI 58,3%, liệt dây III 25% và có 2 trường hợp liệt cả 2 dây thần kinh chiếm 16,7%). Triệu chứng biểu hiện ở 1 bên mắt chiếm 75%, 8/32 (25%) trường hợp biểu hiện lâm sàng ở 2 mắt. Kết nghiên cứu của chúng tôi tương tự của tác giả Yoshida và cộng sự, đỏ mắt có ở tất cả các bệnh nhân, 36% trường hợp có liệt vận nhãn trong đó liệt dây VI (81%), liệt dây III (19%); Kim.D.J và cộng sự nghiên cứu thấy 73,7% bệnh nhân có triệu chứng ở 1 bên mắt [5].

Tại Việt Nam, trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp, đỏ mắt là triệu chứng xuất hiện đầu tiên cao nhất (50%) và cũng là lý do chính khiến bệnh nhân đi khám (60,9%), 82,8% bệnh nhân chọn chuyên khoa mắt là chuyên khoa đi khám đầu tiên [2]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Chính (2014), triệu chứng khiến bệnh nhân nhập viện là đỏ mắt (92,1%), ù tai (5,3%), nhìn đôi

(2,6%) [1]. Như vậy, các triệu chứng lâm sàng như đỏ mắt, đau đầu, lồi mắt, ù tai, giảm thị lực và liệt thần kinh vận nhãn rất có giá trị gợi ý để phát hiện bệnh lý thông động mạch cảnh xoang hang thể gián tiếp.

Đặc điểm hình ảnh chụp mạch máu não:

Chụp DSA là phương tiện được lựa chọn để chẩn đoán xác định thông động mạch cảnh xoang hang ở tất cả các trường hợp. Phương pháp này sẽ giúp phân loại được tổn thương và lựa chọn được điều trị phù hợp. Đặc điểm cuống mạch nuôi từ động mạch cảnh trong có 20 trường hợp có cuống mạch nuôi từ hai bên, chiếm 62,5%; tỷ lệ bệnh nhân có cuống mạch nuôi bên từ bên trái và phải là gần tương đương nhau với 12,5% và 15,6%. Với cuống mạch nuôi từ động mạch cảnh ngoài: có 14 bệnh nhân có cuống mạch nuôi từ hai bên (43,7%); 21,9% bệnh nhân có cuống mạch nuôi từ bên phải và bên trái là 25%. Như vậy, có thể nhận thấy phần lớn các trường hợp đều có cuống mạch nuôi từ động mạch cảnh cả hai bên.

Đặc điểm luồng thông: 7/32 trường hợp có luồng thông cả hai bên, chiếm 21,9%; tỷ lệ bệnh nhân có luồng thông bên phải và bên trái tương đương nhau với 40,6% và 37,5%. Kết quả này cũng gần tương đương với kết quả nghiên cứu của Yoshida và cộng sự: luồng thông bên phải chiếm 41%, bên trái chiếm 43% và có 16% thông cả hai bên [8].

Tĩnh mạch dẫn lưu: có 31/32 bệnh nhân dẫn lưu về tĩnh mạch mắt trên phim chụp DSA, chiếm tỷ lệ 96,8%; dẫn lưu về xoang đá dưới có 11/32 trường hợp (34,4%). Tỷ lệ bệnh nhân có trào ngược và tĩnh mạch vỏ não trên phim chụp DSA là 15,6%, trào ngược vào xoang hang bên đối diện có 6 trường hợp chiếm 18,7% và 7/32 (21,8%) trường hợp huyết khối tĩnh mạch dẫn lưu.

Vị trí tĩnh mạch dẫn lưu cũng phù hợp với triệu chứng lâm sàng: có mối liên quan giữa triệu chứng đỏ mắt với dẫn lưu về tĩnh mạch mắt ($p < 0,05$), dẫn lưu về xoang đá dưới gặp phổ biến ở bệnh nhân có triệu chứng ù tai ($OR = 11,5$, $p < 0,05$). Trong nghiên cứu của Alexander M.D và cộng sự (2018), tắc xoang đá dưới cùng bên gặp phổ biến ở bệnh nhân có triệu chứng ù tai ($OR = 3,04$, 95% CI từ 1,09-8,43, $p = 0.033$) [3]. Chúng tôi nhận thấy loại tĩnh mạch dẫn lưu sẽ quyết định triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân.

Đặc điểm phân loại luồng thông theo Barrow: Theo phân loại của Barrow, trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất là loại D với 26 trường hợp (81,2%); loại B và C

chiếm tỷ lệ tương đương nhau (9,4%). Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Yoshida và cộng sự: loại D chiếm 80%, loại B và loại C lần lượt là 11% và 9%; trong nghiên cứu của Heran và cộng sự (2019) thông loại D chiếm tới 90% [4].

Việc xác định đúng loại thông rất quan trọng để lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp và giúp cho việc tiên lượng tình trạng bệnh đối với từng trường hợp cụ thể.

V. KẾT LUẬN

Thông động mạch cảnh xoang hang thể gián tiếp thường gặp ở nữ trên 50 tuổi (68,75%). Triệu chứng lâm sàng đa dạng và không điển hình, phụ thuộc vào mô hình tĩnh mạch dẫn lưu, hay gặp nhất là đau đầu (87,5%), đỏ mắt (90,62%), lồi mắt (59,4%) và liệt các dây thần kinh sọ ít gặp hơn (37,5%). Thông loại D hay gặp nhất (81,2%). Chụp DSA giúp xác định các đặc điểm của luồng thông, từ đó lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Chinh và Trần Chí Cường (2014). Đánh giá hiệu quả bít thông nối động - tĩnh mạch màng cứng vùng xoang hang theo đường tĩnh mạch. Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 433-440.
2. Nguyễn Viết Giáp và Lê Minh Thông (2011). Đánh giá hiệu quả lâm sàng tại mắt của phương pháp nút mạch điều trị rò động mạch cảnh xoang hang. Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 106-112.
3. Alexander M.D., Halbach V.V., Hallam D.K. và cộng sự. (2019). Relationship of clinical presentation and angiographic findings in patients with indirect cavernous carotid fistulae. J NeuroInterventional Surg, neurintsurg-2018-014421.
4. Heran M.K.S., Volders D., Haw C. và cộng sự. (2019). Imaging-Guided Superior Ophthalmic Vein Access for Embolization of Dural Carotid Cavernous Fistulas: Report of 20 Cases and Review of the Literature. Am J Neuroradiol, 40(4), 699-702.
5. Jung K.H., Kwon B.J., Chu K. và cộng sự. (2011). Clinical and angiographic factors related to the prognosis of cavernous sinus dural arteriovenous fistula. Neuroradiology, 53(12), 983-992.
6. Ringer A.J., Salud L., và Tomsick T.A. (2005). Carotid cavernous fistulas: anatomy, classification, and treatment. Neurosurg Clin, 16(2), 279-295.
7. Stiebel-Kalish H., Setton A., Nimii Y. và cộng sự. (2002). Cavernous sinus dural arteriovenous malformations: patterns of venous drainage are related to clinical signs and symptoms. Ophthalmology, 109(9), 1685-1691.
8. Yoshida K., Melake M., Oishi H. và cộng sự. (2010). Transvenous Embolization of Dural Carotid Cavernous Fistulas: A Series of 44 Consecutive Patients. Am J Neuroradiol, 31(4), 651-655.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH, TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP VIỆC SỬ DỤNG THUỐC KHÔNG CÓ ĐƠN TẠI AN GIANG NĂM 2019

Lâm Thuận Từ*, Trần Thị Tuyết Phụng*,
Lê Thị Nhân Duyên*, Nguyễn Thị Ngọc Vân*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 480 người dân đại diện cho hộ gia đình có sử dụng thuốc không có đơn đang sinh sống tại các xã, phường trong toàn tỉnh An Giang từ ngày 01/01/2019 đến ngày 30/6/2019. Kết quả cho thấy tỷ lệ hộ gia đình sử dụng thuốc không có đơn trong 30 ngày qua để điều trị bệnh là 71,5%. Trước can thiệp, tỷ lệ hộ gia đình có kiến thức chung đúng về thuốc không có đơn là 22,7%, sau can thiệp bằng phương pháp IEC, kiến thức chung đúng được tăng lên 88,3% ($p < 0,001$), tỷ lệ hộ gia đình có thực hành chung đúng về thuốc không có đơn là 14,6%, sau can thiệp bằng phương pháp IEC, thực hành chung đúng tăng lên 91,1% ($p < 0,001$).

SUMMARY

STUDY THE SITUATION, FIND OUT SOME RELATED FACTORS AND EVALUATE THE RESULTS OF INTERVENTION OF USE NON-PRESCRIPTION DRUGS IN AN GIANG 2019

Research on 480 people living in communes, wards from January 1st to June 30th 2019 represents families using drugs. Results showed that 71.5% of families treat themselves by non-prescription drugs in a last month. Before the intervention, the rate of family have right general knowledge about non-prescription drugs was 22.7%, after intervention by IEC method, right general knowledge increased to 88.3% ($p < 0.001$), Rate of family right general practice on non-prescription drugs was 14.6%, after intervention by IEC method, right general practice increased to 91.1% ($p < 0.001$).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thực tế tại Việt Nam hiện nay, nhu cầu mua thuốc mà không có đơn do bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân tự mua ngày càng có xu hướng gia tăng do ảnh hưởng của quảng cáo thuốc trên các phương tiện thông tin đại chúng, do bạn bè hoặc người thân khuyến cáo hoặc bệnh nhân, người nhà bệnh nhân đã từng dùng thuốc với vấn đề sức khỏe tương tự. Ngoài ra còn có các vấn đề khác như bệnh nhân không có khả năng đến khám bác sĩ do nguyên nhân về kinh tế hoặc không có thời gian, bệnh nhân hoặc

người nhà bệnh nhân cảm thấy tình trạng bệnh lý đơn giản, chỉ cần dùng các loại thuốc tự mua là có thể đủ điều trị [2].

Nhằm bắt kịp xu hướng của thế giới, Bộ Y tế đã kịp thời cập nhật và ban hành thông tư số 08/2009/TT-BYT ngày 01/7/2009, thông tư số 23/2014/TT-BYT ngày 30/6/2014 và thông tư số 07/2017/TT-BYT ngày 03/5/2017 quy định "Danh mục thuốc không kê đơn" [1] nhằm tạo điều kiện cho người bệnh có thể mua thuốc không cần đơn tại các nhà thuốc, quầy thuốc để trị các bệnh nhẹ và triệu chứng thông thường mà không cần có sự thăm khám của bác sĩ, việc dùng thuốc không có đơn để điều trị các triệu chứng thông thường và bệnh nhẹ cũng là một hình thức tự chăm sóc khá phổ biến ở Đồng bằng sông Cửu Long nói chung và An Giang nói riêng. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi thực hiện đề tài "Nghiên cứu tình hình, tìm hiểu một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả can thiệp việc sử dụng thuốc không có đơn tại An Giang năm 2019", với hai mục tiêu sau:

1. *Xác định tỷ lệ hộ gia đình sử dụng thuốc không có đơn tại An Giang năm 2019.*

2. *Đánh giá kết quả can thiệp truyền thông việc sử dụng thuốc không có đơn tại An Giang năm 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Hộ gia đình có sử dụng thuốc tự mua trong vòng 30 ngày tính đến ngày khảo sát, sinh sống tại các xã, phường, thị trấn trong tỉnh An Giang từ 01/01/2019 đến 30/6/2019.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ ngày 30/6/2019 đến ngày 31/8/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích và can thiệp.

2.2.2. Cỡ mẫu

Công thức tính cỡ mẫu: $n = Z^2 p(1-p) / d^2$

Cỡ mẫu cần nghiên cứu là $n = 382$. Để đảm bảo tính khách quan và đủ đại diện cho tất cả các huyện, thị xã, thành phố trong toàn tỉnh An Giang nên số mẫu được chọn là 480.

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Vân

Email: ntnvan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 16.7.2019

Ngày duyệt bài: 20.9.2019

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu nhiều giai đoạn kết hợp ngẫu nhiên đơn [5].

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

2.2.4.1. Tỷ lệ các hộ gia đình sử dụng thuốc không có đơn. Thuốc không có đơn là thuốc do người dân tự mua mà không có đơn của bác sĩ (bao gồm thuốc kê đơn và thuốc không kê đơn) được phân loại theo quy định tại thông tư số 07/2017/TT-BYT ngày 03/ 5/ 2017 quy định danh mục thuốc không kê đơn [1].

**Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng thuốc không có đơn*

Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng thuốc không có đơn = số hộ gia đình có sử dụng thuốc không có đơn / tổng số hộ gia đình được khảo sát.

2.2.4.2. Đánh giá kết quả can thiệp truyền thông về sử dụng thuốc không có đơn:

**Biện pháp can thiệp:* Hướng dẫn cho người dân biết các thuốc không có đơn phổ biến thường được sử dụng về liều lượng, chỉ định, chống chỉ định các trường hợp đặc biệt (đối với trẻ em, phụ nữ có thai và phụ nữ cho con bú), thời điểm, cách dùng, liều dùng thuốc thích hợp.

**Thời gian can thiệp:* 01 tháng

**Hình thức can thiệp:* Thảo luận nhóm nhỏ (gồm giáo dục và truyền thông về tất cả các vấn đề liên quan đến việc sử dụng thuốc không có đơn, giải đáp thắc mắc), phân phối các tờ bướm cung cấp thông tin tóm tắt về các loại thuốc không có đơn phổ biến.

**Đánh giá sự thay đổi kiến thức, thực hành chung đúng về thuốc không có đơn trước và sau can thiệp gồm các nội dung:*

– Kiến thức chung đúng về thuốc không có đơn khi đối tượng nghiên cứu trả lời đúng được từ 10 nội dung trở lên trong 20 nội dung khảo sát.

– Thực hành chung đúng về thuốc không có đơn khi đối tượng nghiên cứu thực hành đúng được từ 11 nội dung trở lên trong 22 nội dung khảo sát.[2]

3.2. Đánh giá về sự thay đổi kiến thức, thực hành của đối tượng nghiên cứu về thuốc không có đơn trước và sau can thiệp truyền thông

3.2.1. Kết quả về sự thay đổi kiến thức của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp

Bảng 3.1. Kiến thức chung về thuốc không có đơn của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp

Kiến thức	Trước		Sau		p
	n	%	n	%	
Đúng	109	22,7	424	88,3	p<0,001
Không đúng	371	77,3	56	11,7	
Tổng	480	100	480	100	

McNemar Test

Tỷ lệ kiến thức chung đúng về thuốc không có đơn của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp là 22,7%, sau can thiệp tăng lên 88,3%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

3.2.2. Kết quả về sự thay đổi thực hành của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp

Bảng 3.2. Thực hành chung về thuốc không có đơn của đối tượng nghiên cứu trước và

2.2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Tiếp cận cộng đồng dựa vào bộ câu hỏi soạn sẵn để thu thập số liệu

Phương pháp can thiệp:

– Giai đoạn 1: Xác định thực trạng kiến thức và thực hành đúng của 480 người dân về thuốc không có đơn dựa trên bảng câu hỏi được xác định ở mục tiêu 1.

– Giai đoạn 2: Triển khai can thiệp bằng phương pháp IEC (Thông tin; Giáo dục; Truyền thông) tại cộng đồng đối với 480 người dân ở giai đoạn 1.

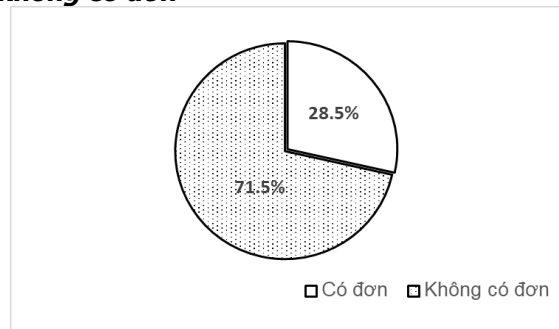
2.2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 18.0

Thống kê mô tả: lập bảng phân phối tần suất của các biến số

Sử dụng test McNemar để so sánh sự thay đổi kiến thức, thực hành trước và sau can thiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng thuốc không có đơn



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng thuốc không có đơn

Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng thuốc không có đơn điều trị bệnh chiếm tỷ lệ 71,5%.

sau can thiệp

Thực hành	Trước		Sau		p
	n	%	n	%	
Đúng	70	14,6	438	91,1	p<0,001
Không đúng	410	85,4	42	8,9	
Tổng	480	100	480	100	

McNemar Test

Tỷ lệ thực hành chung đúng về thuốc không có đơn của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp là 14,6%, sau can thiệp tăng lên 91,1%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng thuốc không có đơn. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hộ gia đình sử dụng thuốc không có đơn điều trị bệnh chiếm 71,5% và tỷ lệ sử dụng thuốc có đơn chỉ chiếm 28,5%, điều này cho thấy khi bị bệnh phần lớn người dân vẫn tự chăm sóc điều trị cho bản thân trước khi nhờ sự can thiệp của cơ sở y tế. Kết quả nghiên cứu của tác giả Trịnh Ngọc Như Châu (2016), tỷ lệ hộ gia đình mua thuốc không có đơn ở huyện Thới Lai, thành phố Cần Thơ là 54,2% [2], bên cạnh đó là kết quả của Trần Trọng Đàm và cộng sự (2004), tỷ lệ hộ gia đình mua thuốc không có đơn ở quận Bình Tân, thành phố Hồ Chí Minh chiếm 58,2% [3], tuy nhiên, kết quả nghiên cứu ở An Giang thì tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Văn Phú Lâm (2014) tại quận Ninh Kiều, Cần Thơ, hộ gia đình mua thuốc không có đơn chiếm tỷ lệ khá cao là 73,55% [4].

Nhìn chung, các nghiên cứu đều cho cùng kết quả là tỷ lệ hộ gia đình sử dụng thuốc không có đơn cao hơn hẳn tỉ lệ sử dụng thuốc có đơn.

4.2. Đánh giá sự thay đổi kiến thức, thực hành của người dân về thuốc không kê đơn trước và sau can thiệp. Kiến thức chung đúng của người dân tại các xã, phường trong tỉnh An Giang về thuốc không có đơn khá thấp 22,7%, tức là kiến thức không đúng chiếm 77,3% tương đồng với nghiên cứu của Kasabe Gauri H. và cộng sự năm 2015 tại Ấn Độ, tỷ lệ người dân có kiến thức sai về sử dụng kháng sinh như thuốc không kê đơn chiếm 73,3% [6], đặc biệt hơn nữa là 86,67% sinh viên Y sử dụng kháng sinh như thuốc không kê đơn [6]. Nghiên cứu cho thấy trước can thiệp tỷ lệ người dân có kiến thức chung đúng về thuốc không có đơn đạt tỷ lệ rất thấp là 22,7%, sau can thiệp bằng phương pháp “Thông tin, giáo dục, truyền thông – IEC”, tỷ lệ người dân có kiến thức chung đúng về thuốc không có đơn tăng lên 88,3%. Nhóm Hughes đề xuất chiến lược tối đa hóa lợi ích và giảm thiểu rủi ro tự điều trị bằng thuốc không được kê đơn, các quốc gia cần có hệ thống giám sát sử dụng thuốc không kê đơn hợp lý, an toàn

tại nơi cung cấp, tăng cường sự hợp tác tiếp xúc giữa các bệnh nhân, bác sĩ, dược sĩ và cán bộ y tế có nhiệm vụ cung cấp thông tin, giáo dục và truyền thông cho người dân về cách dùng thuốc an toàn [7]. Ngoài chiến lược của nhóm Hughes đề xuất, Tổ Chức Y Tế Thế Giới – WHO cũng yêu cầu nâng cao kiến thức người dân về các loại thuốc không kê đơn nói chung và sử dụng thuốc thông minh hơn. Các nước ngày càng chấp nhận rộng rãi tự điều trị cũng như vai trò quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe [8].

Thực hành chung đúng của người dân An Giang về thuốc không có đơn chiếm tỷ lệ 14,6%, nghĩa là thực hành không đúng chiếm tỷ lệ 85,4%, điều này có thể do người dân thực hành sử dụng thuốc dưới sự tư vấn của người bán lẻ thuốc hoặc nhân viên y tế chứ bản thân chưa có kiến thức đúng về những thuốc sử dụng, hoặc việc sử dụng thuốc xuất phát từ sự trải nghiệm trong quá khứ. Nghiên cứu cho thấy, trước can thiệp tỷ lệ người dân có thực hành chung đúng về thuốc không có đơn là 14,6%, sau can thiệp bằng phương pháp “Thông tin, giáo dục, truyền thông – IEC”, tỷ lệ người dân có thực hành chung đúng về thuốc không có đơn tăng lên đến 91,1%. Kết quả nghiên cứu cho thấy, việc thực hành sử dụng thuốc không đơn giản chỉ dựa vào những trải nghiệm sẵn có mà đòi hỏi người dân phải được trang bị đầy đủ kiến thức cơ bản về sử dụng thuốc và đề cao trách nhiệm của bản thân trong việc thực hành sử dụng thuốc cho chính mình và người thân trong gia đình.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 480 người dân đại diện hộ gia đình có sử dụng thuốc tại các xã, phường trong tỉnh An Giang, chúng tôi có một số kết luận sau:

Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng thuốc không có đơn, tự mua thuốc để điều trị bệnh là 71,5%

Kết quả can thiệp bằng phương pháp IEC đã làm thay đổi kiến thức chung đúng về thuốc không có đơn từ 22,7% tăng lên 88,3% ($p<0,001$) và thực hành chung đúng về thuốc không có đơn là 14,6% tăng lên 91,1%

($p < 0,001$). Đây sẽ là cơ sở có giá trị cao cho những nghiên cứu tiếp theo về việc nhân rộng mô hình trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2017)**, "Thông tư số 07/2017/TT-BYT ban hành danh mục thuốc không kê đơn", ban hành ngày 03 tháng 5 năm 2017.
2. **Trịnh Ngọc Như Châu và cộng sự (2016)**, "Nghiên cứu tính hình sử dụng thuốc không có đơn của hộ gia đình và đánh giá kiến thức, thực hành trước và sau can thiệp cộng đồng của người dân tại thị trấn Thới Lai, huyện Thới Lai, Thành phố Cần Thơ", Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh, tập 10, phụ bản số 1, tr.1-6.
3. **Trần Trọng Đàm, Nguyễn Đỗ Nguyên, Mai Thị Thanh Thủy và cộng sự (2006)**, "Sự lựa chọn thuốc của người dân qua nhận xét của các hiệu thuốc tây bán lẻ ở Quận Bình Tân, thành phố Hồ

Chí Minh, năm 2004", Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh, tập 10, phụ bản số 1, tr.7.

4. **Trần Văn Phú Lâm (2014)**, "Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc tại nhà của người dân quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ năm 2013", Luận văn thạc sĩ – ĐHYD Cần Thơ.
5. **Phạm Văn Linh (2010)**, "Phương pháp nghiên cứu khoa học sức khỏe", NXB Đại học Huế, Huế.
6. **Kasabe Gauri H, Tiwari Smita A, Ghongane Balasaheb B (2015)**, "A survey of knowledge, attitude and practices of self medication in pune region", Int J Med Res Health Sci. 2015;4(4), pp.811-816.
7. **Hughes CM, McElnay JC, Fleming GF (2001)**: "Benefits and risks of self medication". Drug Saf,, 24, pp. 1027–1037
8. **WHO (2000)**, "The benefit and risk of self-medication", WHO Drug Information Vol. 14, No. 1, 2000.

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT DƯỚI GÓC NHÌN CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Lê Minh Hiếu¹, Vũ Thị Kim Dung¹, Bùi Thị Huyền Diệu¹
Phạm Thị Mỹ Hạnh¹, Tine M. Gammeltoft²

TÓM TẮT

Biến chứng hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 hay gặp và nguy hiểm. Mục tiêu nghiên cứu là mô tả nhận thức của bệnh nhân đái tháo đường type 2 về biến chứng hạ đường huyết và các hình thức hỗ trợ mà họ nhận được. Đây là một nghiên cứu kết hợp giữa nghiên cứu định tính và định lượng. Nghiên cứu định lượng thiết kế theo nghiên cứu mô tả cắt ngang, phỏng vấn 848 bệnh nhân đái tháo đường type 2 theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Nghiên cứu định tính là một nghiên cứu nhân học, thiết kế theo nghiên cứu trường hợp, bao gồm 15 bệnh nhân đái tháo đường type 2. Trong số 463 người có khả năng cảm nhận hạ đường huyết, tỷ lệ bệnh nhân có cảm nhận hạ đường huyết trong vòng 4 tuần là 70,4%. Bệnh nhân cho rằng hạ đường huyết rất nguy hiểm và sợ biến chứng hạ đường huyết. Có 91,7% bệnh nhân có mong muốn biết thêm về biến chứng hạ đường huyết. Bệnh nhân đái tháo đường không được nhân viên y tế tư vấn và cảnh báo về biến chứng hạ đường huyết khi họ chưa có dấu hiệu hạ đường huyết. Các bệnh nhân nhận được sự hỗ trợ từ gia đình khi xuất hiện biến chứng hạ đường huyết.

Từ khóa: Hạ đường huyết, đái tháo đường type 2, sự hỗ trợ từ gia đình, sợ hạ đường huyết.

SUMMARY

HYPOGLYCEMIA: THE PERSPECTIVES OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Hypoglycemia in patients with type 2 diabetes (T2D) is a common condition that is associated with serious health risks. The aim of this study was to describe how patients with T2D perceive and respond to hypoglycemia, including what forms of support they receive. This was a mixed methods study combining quantitative and qualitative research. For the quantitative part, a cross-sectional survey was conducted with the participation of 848 people with T2D. The qualitative part was a medical anthropological study using the extended case study method and including 15 people living with T2D. The prevalence of self-reported hypoglycemia within the past 4 weeks among participants who say they can feel if their blood sugar is low (463 people) was 70,4%. The qualitative results indicate that in patients perception, hypoglycemia is a dangerous condition, and many expressed fears of this condition. The vast majority (91,7%) expressed a desire to know more about hypoglycemia. The diabetic patients reported that they had not received information from health workers about hypoglycemia, unless they had already developed this complication. Patients received support from family members when signs of hypoglycemia occurred.

Keywords: Self-reported hypoglycemia, type 2 diabetes mellitus, fear of hypoglycemia, family support.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) đang là một gánh nặng bệnh tật trên thế giới. Tỷ lệ mắc ĐTĐ khoảng 8,8%, sẽ tăng lên 9,9% vào năm

¹Đại học Y Dược Thái Bình, Việt Nam

²Đại học Copenhagen, Đan Mạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Hiếu

Email: drhieuytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019

Ngày duyệt bài: 12.9.2019

2045[2]. Đây là nguyên nhân gây ra khoảng 4 triệu trường hợp tử vong trên toàn thế giới[2]. ĐTĐ type 2 chiếm khoảng 90% các trường hợp mắc ĐTĐ.

Hạ đường huyết (HĐH) là biến chứng hay gặp, nguy hiểm ở bệnh nhân ĐTĐ. Nó làm tăng tỷ lệ tử vong và các biến cố tim mạch[3]. HĐH có tác động xấu đến cuộc sống cá nhân, công việc của bệnh nhân ĐTĐ. Ngoài ra, đây cũng là một trở ngại trong việc kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân ĐTĐ. Tỷ lệ HĐH ở bệnh nhân ĐTĐ vào khoảng 45% HĐH nhẹ và vừa; 6% ở mức độ nặng[4]. Tỷ lệ này phụ thuộc thời gian mắc bệnh, thuốc HĐH đang điều trị, tình trạng sử dụng đồ uống có cồn, chế độ ăn, tập luyện của bệnh nhân. Tuân thủ sử dụng thuốc đúng liều, đúng thời gian, có chế độ ăn, tập luyện hợp lý sẽ giảm nguy cơ xuất hiện HĐH.

Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ĐTĐ khoảng 5,42% ở nhóm dân cư có độ tuổi từ 30 – 69. Tỷ lệ HĐH phải nhập viện ở bệnh nhân ĐTĐ là 14,5%, chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân này thấp hơn nhóm không có biến chứng HĐH[1]. Hạn chế biến chứng HĐH xảy ra là một mục tiêu điều trị bệnh ĐTĐ. Nhưng hiện nay, các nghiên cứu đánh giá nhận thức của bệnh nhân ĐTĐ type 2 về biến chứng HĐH còn hạn chế. Vì thế, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu: mô tả nhận thức của bệnh nhân đái tháo đường type 2 về biến chứng hạ đường huyết, và các hình thức hỗ trợ mà họ nhận được.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2 đang được quản lý, điều trị ngoại trú tại các Bệnh viện tuyến huyện hoặc tương đương.

2.2. Địa điểm nghiên cứu và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2018 – 6/2019 tại hai huyện Vũ Thư và Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Đây là nghiên cứu kết hợp giữa nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính. Nghiên cứu định lượng là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu định tính áp dụng thiết kế nghiên cứu trường hợp.

2.4. Cách thức chọn mẫu. Nghiên cứu định tính bao gồm 15 bệnh nhân ĐTĐ type 2, được lấy ngẫu nhiên từ danh sách bệnh nhân ĐTĐ tại

Trạm y tế của một xã thuộc huyện Vũ Thư. Nghiên cứu định lượng là 848 bệnh nhân ĐTĐ type 2, đăng ký khám bảo hiểm y tế và điều trị ĐTĐ type 2 ngoại trú tại bệnh viện tuyến huyện ở 2 huyện Vũ Thư và Quỳnh Phụ. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm bệnh nhân ĐTĐ type 2 nhưng không có mặt tại địa phương trong thời gian nghiên cứu, không đủ sức khoẻ để trả lời phỏng vấn, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Thu thập thông tin. Trong nghiên cứu định tính, mỗi bệnh nhân chúng tôi sẽ thực hiện 2 cuộc phỏng vấn sâu tại gia đình và một buổi nghiên cứu viên đi khám bệnh cùng bệnh nhân. Chúng tôi xây dựng bản hướng dẫn phỏng vấn, gồm các nội dung hoàn cảnh gia đình, cuộc sống, các thông tin về bệnh ĐTĐ type 2, biến chứng HĐH. Các nội dung liệt kê sẵn trong bản hướng dẫn phỏng vấn. Câu hỏi cụ thể được phát triển trong quá trình phỏng vấn. Thông tin từ 2 cuộc phỏng vấn này được thể hiện dưới hai dạng: bản ghi chép thực địa (fieldnote), bản ghi âm cuộc phỏng vấn được gỡ băng sau đó. Chúng tôi cũng tham gia 1 buổi đi khám định kỳ hàng tháng với bệnh nhân tại bệnh viện. Thông tin của buổi này thể hiện dưới bản ghi chép thực địa.

Trong nghiên cứu định lượng, các bệnh nhân được phỏng vấn tại nhà bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Điều tra viên là y tế thôn của xã lân cận đã được tập huấn.

2.6. Xử lý số liệu. Nghiên cứu định tính, các bản gỡ băng và bản ghi chép thực địa đều được mã hóa và phân tích bằng phương pháp phân tích nội dung. Nghiên cứu định lượng, số liệu sau khi thu thập sẽ nhập 2 lần bằng phần mềm Epidata, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học, được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Thái Bình chấp thuận về các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu theo quyết định số 1209/HĐĐĐ ngày 26 tháng 11 năm 2018.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu định lượng phỏng vấn 848 bệnh nhân và nghiên cứu định tính bao gồm 15 bệnh nhân ĐTĐ type 2.

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu định lượng

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi^a (năm) (giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	64,7 $\pm$ 9,8
Nam (n; %)	405 (47,8)
Thời gian mắc ĐTĐ^b (năm) (giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	6,19 $\pm$ 5,07

Tỷ lệ sử dụng insulin^c (n; %)	32 (3,8)
Tỷ lệ sử dụng thuốc viên HĐH^c (n; %)	743 (88,3)
Tỷ lệ kết hợp insulin và thuốc viên HĐH^c (n; %)	56 (6,7)

a: 847 bệnh nhân có dữ liệu; b: 822 bệnh nhân có dữ liệu; c: 840 bệnh nhân có dữ liệu

3.2. Tỷ lệ bệnh nhân cảm nhận có dấu hiệu HĐH

Bảng 2: Tình trạng bệnh nhân cảm nhận được dấu hiệu hạ đường huyết trong 4 tuần (n=463)

Số lần HĐH trong 4 tuần	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
KHÔNG lần	124	26,8
1 – 3 lần	275	59,4
4 lần hoặc hơn	51	11,0
Không nhớ	13	2,8
Tổng	463	100

Trong 848 bệnh nhân được phỏng vấn, có 463 bệnh nhân trả lời có thể cảm nhận được dấu hiệu HĐH. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân cảm nhận có HĐH trong vòng 4 tuần là 70,4%. Trong 15 bệnh nhân chúng tôi thực hiện phỏng vấn sâu, có 13 bệnh nhân có dấu hiệu HĐH và 1 bệnh nhân cho rằng không thể có dấu hiệu này ở bệnh nhân ĐTĐ.

3.3. Hạ đường huyết rất nguy hiểm. Câu chuyện của bệnh nhân Hải: Anh Hải mắc bệnh ĐTĐ type 2 từ năm 2007. Hiện anh đang điều trị bằng insulin. Anh sống cùng mẹ già. Vợ anh đi xuất khẩu lao động. Vợ chồng anh sinh được 1 cậu con trai, đang học tập tại Hà Nội. Anh thường xuyên bị HĐH. Anh cho rằng HĐH rất nguy hiểm vì xảy ra rất nhanh và có thể tử vong nếu không được phát hiện. Anh nói khi cảm thấy đói cồn cào, chân tay bủn rủn, vã mồ hôi là phải ăn ngay. Anh đã từng bị hôn mê do HĐH. Anh nói “may mà hàng xóm sang chơi thấy thế đưa đi viện không thì chắc chết”.

Cả 13 bệnh nhân có dấu hiệu HĐH đều cho rằng đây là một biến chứng rất nguy hiểm. HĐH xuất hiện rất nhanh và đột ngột “tự dưng đang bình thường thấy đói, chỉ một loáng sau chân tay run lẩy bẩy, tim đập mạnh, phải lấy cái gì ăn luôn”, Cô Tân nói.

3.4. Bệnh nhân sợ biến chứng hạ đường huyết. Câu chuyện của bệnh nhân Long: Ông Long năm nay 84 tuổi, bị ĐTĐ type 2 được 17 năm, đang điều trị bằng insulin. Trong mấy năm gần đây, ông rất hay bị HĐH. Hầu như, tuần nào cũng xuất hiện 1 vài cơn HĐH. Ông sợ nhất là biến chứng HĐH. Trong phòng của ông lúc nào cũng có kẹo bánh, “cảm thấy đói là phải ăn ngay”.

Cả 13 bệnh nhân có dấu hiệu HĐH đều có cảm giác lo lắng và sợ biến chứng HĐH. Nguyên nhân bệnh nhân sợ HĐH là do nó xuất hiện rất

nhANH, bất ngờ và có thể dẫn đến hôn mê “không biết gì”.

3.5. Bệnh nhân thiếu thông tin về biến chứng HĐH. Tuy rằng HĐH rất nguy hiểm và bệnh nhân rất sợ, nhưng họ rất thiếu thông tin. Có 91,7% bệnh nhân trong 848 trường hợp phỏng vấn muốn biết thêm thông tin về biến chứng HĐH. Có 13/15 bệnh nhân phỏng vấn sâu cho biết không được cung cấp thông tin về biến chứng này tại thời điểm chưa xuất hiện dấu hiệu HĐH. Có 02/15 bệnh nhân không biết bị HĐH mặc dù có dấu hiệu. Đặc biệt có trường hợp cho rằng HĐH không xuất hiện ở bệnh nhân ĐTĐ type 2. Các bệnh nhân có dấu hiệu HĐH chỉ nhận được sự tư vấn của bác sĩ khi họ đã bị và chủ động hỏi. Tất cả 13 trường hợp HĐH đều không biết nguyên nhân và cách phòng ngừa. Ông Long nói “giờ già rồi, sức khỏe yếu đi mới hay bị (HĐH) chứ mấy năm đầu tôi có bị đâu”. Có 14/15 bệnh nhân được phỏng vấn sâu cho biết phải ăn ngay đồ ăn có đường khi có dấu hiệu HĐH. Có bệnh nhân tự giảm liều insulin ngày hôm sau khi xuất hiện dấu hiệu HĐH.

3.6. Sự hỗ trợ đối với bệnh nhân có biến chứng HĐH

3.6.1. Sự hỗ trợ của bác sĩ. Sự tư vấn của bác sĩ với bệnh nhân ĐTĐ type 2 về biến chứng HĐH là rất cần thiết. Nhưng qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy rằng sự hỗ trợ này còn hạn chế. Phỏng vấn 848 bệnh nhân ĐTĐ type 2, có 41,0% trường hợp không nhận được cảnh báo từ nhân viên y tế về biến chứng HĐH mặc dù bệnh nhân vẫn đi khám định kỳ hàng tháng. Phỏng vấn sâu 13 trường hợp có dấu hiệu HĐH, bệnh nhân chỉ được bác sĩ thông báo đó là HĐH, được tư vấn phải ăn ngay khi có dấu hiệu và hàng ngày phải ăn đúng giờ. Cả 13/13 trường hợp đều nói rằng bác sĩ không tìm hiểu nguyên nhân, không tư vấn cách phòng tránh HĐH.

3.6.2. Sự hỗ trợ của gia đình. Hỗ trợ của gia đình là quan trọng và rất cần thiết để phòng tránh và xử trí khi xảy ra HĐH. Trong nghiên cứu định tính, chúng tôi đã phỏng vấn bệnh nhân về sự hỗ trợ của gia đình khi xảy ra HĐH. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra các bệnh nhân đều nhận được sự hỗ trợ từ gia đình khi xuất hiện HĐH. Có trường hợp nhận được sự hỗ trợ rất nhiều để ngăn chặn biến chứng HĐH xảy ra như “làm gì thì làm chị cũng phải cho ông ăn đúng giờ”. Chị Dinh (con dâu bệnh nhân Long)

luôn mua bánh kẹo để trong phòng ông Long để phòng khi có dấu hiệu HĐH ông ăn luôn. Chị nói "sợ ông đói, sợ đường huyết nó hạ ấy thì chị đi mua gói kẹo, cái bánh mì để phòng đấy". Có bệnh nhân không nhận được sự hỗ trợ kịp thời khi có biểu hiện của HĐH. Bà Miên cho biết "tối thứ 7, tôi thấy người bủn rủn và khó chịu, tôi bảo ông (chồng bệnh nhân) ơi ông cho tôi đi trạm xá. Ông lại quát không tự đi được à?... Tôi khó chịu quá. Tôi bảo cháu gái cho bà ra trạm xá. Hôm đấy nó chuẩn bị thì nó bảo đợi con làm nốt bài này đã...".

IV. BÀN LUẬN

HĐH là một biến chứng hay gặp ở bệnh nhân ĐTĐ type 2. Theo kết quả phân nghiên cứu định lượng của chúng tôi, có 463 bệnh nhân có khả năng cảm nhận được dấu hiệu HĐH. Tỷ lệ bệnh nhân cảm nhận được HĐH trong vòng 4 tuần của nhóm này là 70,4%. Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của các tác giả khác tỷ lệ này là 45,3% và 45,0% [4,5]. HĐH mức độ nặng và HĐH về đêm có thể dẫn đến tử vong. Do đó, đây là hai thông tin rất quan trọng trong quản lý bệnh nhân ĐTĐ type 2. Nghiên cứu của Kern đã chỉ ra 9,9% bệnh nhân ĐTĐ type 2 có hạ đường máu mức độ nặng và 16,5 % bệnh nhân có HĐH về đêm [5]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trần Ngọc Hoàng có tỷ lệ HĐH phải nhập viện là 14,5%[1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đánh giá được hai chỉ số này.

HĐH là một biến chứng nguy hiểm của ĐTĐ type 2. HĐH làm tăng nguy cơ tử vong, tăng biến cố tim mạch, giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ĐTĐ type 2[1]. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân cho rằng HĐH rất nguy hiểm và có nỗi sợ hãi với biến chứng này. Cảm xúc sợ hãi biến chứng HĐH xảy ra cũng xuất hiện ở các nghiên cứu khác [6]. Tỷ lệ bệnh nhân bị ĐTĐ type 2 có cảm xúc sợ hãi HĐH là khác nhau giữa các mức độ HĐH [7]. Cảm xúc sợ hãi HĐH ảnh hưởng đến sự tuân thủ và kết quả điều trị [6,7]. Trong 15 bệnh nhân phỏng vấn sâu có bệnh nhân đã tự giảm liều insulin khi có dấu hiệu HĐH và 01 bệnh nhân có xu hướng ăn nhiều hơn. Trong một điều tra ở bệnh nhân ĐTĐ type 1 tại Pháp cho thấy nỗi sợ HĐH đã dẫn đến 23,0% bệnh nhân giảm liều insulin, 20,1% bệnh nhân ăn nhiều hơn so với nhu cầu [8].

Bệnh nhân ĐTĐ luôn có nguy cơ HĐH đặc biệt các trường hợp có sử dụng insulin [2]. Tư vấn phát hiện, phòng tránh HĐH xảy ra rất cần thiết đối với bệnh nhân ĐTĐ type 2. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 41% bệnh nhân không nhận

được cảnh báo từ bác sĩ về các dấu hiệu HĐH. Kết quả từ các cuộc phỏng vấn sâu cũng cho thấy bệnh nhân không nhận được đầy đủ thông tin về biến chứng HĐH từ nhân viên y tế.

Sự hỗ trợ của gia đình rất quan trọng trong phòng tránh biến cố HĐH xảy ra. Nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 01/13 trường hợp có HĐH là nhận được sự giúp đỡ từ gia đình để phòng HĐH xảy ra. Đây là một trường hợp bệnh nhân cao tuổi phụ thuộc hoàn toàn vào sự chăm sóc của người thân. Gia đình hỗ trợ ông bằng cách cho ông ăn đúng giờ và mua sẵn bánh kẹo để ông ăn khi có dấu hiệu HĐH. Nhận được sự hỗ trợ từ gia đình là rất cần thiết. Hỗ trợ đúng và phù hợp lại càng quan trọng. Nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ ra bệnh nhân có nhận được sự hỗ trợ từ gia đình nhưng chưa đánh giá được sự hỗ trợ này có giúp giảm xuất hiện biến cố HĐH hay không.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ type 2 có cảm nhận HĐH trong vòng 4 tuần của nhóm có khả năng cảm nhận được dấu hiệu HĐH là 70,4%. Bệnh nhân ĐTĐ type 2 chưa có hiểu biết đầy đủ về biến chứng này. Bệnh nhân cũng có nỗi sợ HĐH và chưa nhận được sự tư vấn đầy đủ về biến chứng HĐH từ nhân viên y tế. Bệnh nhân đã nhận được sự hỗ trợ của gia đình khi có dấu hiệu HĐH nhưng hỗ trợ phòng tránh HĐH xảy ra còn hạn chế.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu được tài trợ bởi Bộ ngoại giao Đan Mạch, được thực hiện dưới sự bảo trợ của dự án "Sống chung với bệnh mạn tính: Hỗ trợ không chính thức trong quản lý bệnh đái tháo đường tại Việt Nam" (2018 – 2022, dự án số 17-M09-KU). Dự án nghiên cứu được thực hiện với sự hợp tác giữa Trường Đại học Y Dược Thái Bình, Đại học Copenhagen, và Đại học Nam Đan Mạch. Chúng tôi rất cảm ơn các điều tra viên trong nghiên cứu cắt ngang và các cơ quan y tế tại hai huyện Quỳnh Phụ và Vũ Thư, tỉnh Thái Bình đã giúp đỡ chúng tôi thu thập thông tin cho cuộc khảo sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Hoàng, Nguyễn Thị Bích Đào.** Đánh giá ảnh hưởng của các biến chứng trên chất lượng cuộc sống bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại bệnh viện nhân dân 115. Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2014;18(2):161–7.
2. **IDF Diabetes Atlas [Internet].** [cited 2019 Jun 17]. Available from: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>
3. **Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Gerstein HC. Miller**

- ME. Byington RP, Goff DC., Jr Bigger JT, Buse JB, Cushman WC, Genuth S, Ismail-Beigi F, Grimm RH., Jr Probstfield JL, Simons-Morton DG, Friedewald WT.** Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2008;358(24):2545–59.
4. **Edridge CL, Dunkley AJ, Bodicoat DH, Rose TC, Gray LJ, Davies MJ, et al.** Prevalence and Incidence of Hypoglycaemia in 532,542 People with Type 2 Diabetes on Oral Therapies and Insulin: A Systematic Review and Meta-Analysis of Population Based Studies. *PLOS ONE.* 2015;10(6):e0126427.
5. **Kern W, Holstein A, Moenninghoff C, Kienhöfer J, Riedl M, Kulzer B.** Self-reported Hypoglycaemic Events in 2 430 Patients with Insulin-treated Diabetes in the German Sub-population of the HAT Study. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2017;125(09):592–7.
6. **Bloomgarden Z.** Fear of hypoglycemia. *J Diabetes.* 2017;9(2):108–10.
7. **Dørmgaard M, Bagger M, Rhee NA, Burton CM, Thorsteinsson B.** Individual and societal consequences of hypoglycemia: A cross-sectional survey. *Postgrad Med.* 2015;127(5):438–45.
8. **Böhme P, Bertin E, Cosson E, Chevalier N, GEODE group.** Fear of hypoglycaemia in patients with type 1 diabetes: do patients and diabetologists feel the same way? *Diabetes Metab.* 2013;39(1):63–70.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA DỊ DẠNG THÔNG ĐỘNG-TĨNH MẠCH NÃO CHƯA VỠ

Lê Mai Trà Mi*, Võ Hồng Khôi*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của dị dạng thông động-tĩnh mạch não (AVMs) chưa vỡ. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 50 bệnh nhân (gồm 38 bệnh nhân nam, 12 bệnh nhân nữ) với tuổi trung bình $40,72 \pm 10,05$ được chẩn đoán dị dạng thông động-tĩnh mạch não chưa vỡ, điều trị tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2018 đến tháng 7/2019. **Kết quả:** Dị dạng thông động-tĩnh mạch não có đặc điểm lâm sàng như sau: Tiền sử bệnh: nhức đầu 46%, động kinh 26%, không có tiền sử liên quan 28%. Triệu chứng lâm sàng: nổi bật nhất là nhức đầu 88%, động kinh 46%, U tai 28%, chóng mặt 24%, triệu chứng thần kinh khu trú 24%, tiếng thổi trong sọ 22%. Trong đó: Tính chất nhức đầu trong AVMs chưa vỡ là liên tục, kéo dài 93,18%, cố định một vị trí 100% và kèm theo các triệu chứng thần kinh khác 77,27%; đặc điểm động kinh trong bệnh lý này là cơn cục bộ đơn thuần 65,21%, cơn toàn thể hóa 13,09%, cơn toàn thể 21,7%. **Kết luận:** Nghiên cứu 50 bệnh nhân có dị dạng thông động-tĩnh mạch não chưa vỡ có các đặc điểm lâm sàng sau: Tuổi trung bình $40,72 \pm 10,05$, tỷ lệ nam/nữ: 3,16/1. Tiền sử nhức đầu hay gặp nhất 46%. Triệu chứng lâm sàng nổi bật nhất là nhức đầu 88%. Tính chất nhức đầu trong AVMs chưa vỡ là liên tục, kéo dài, cố định một vị trí và kèm theo các triệu chứng thần kinh khác. Đặc điểm động kinh trong bệnh lý này là cơn cục bộ đơn thuần và cơn cục bộ toàn thể hóa.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS

*Bệnh viện Bạch Mai.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Mai Trà Mi

Email: lemailtrami@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2019

Ngày duyệt bài: 14.9.2019

OF THE UNRUPTURED BRAIN

ARTERIOVENOUS MALFORMATION

Objective: To describe the clinical characteristics of the Unruptured Brain Arteriovenous Malformations (AVMs). **Methods:** A prospective, descriptive study of 50 patients (including 38 males and 12 females), mean aged at 40.72 ± 10.05 , with unruptured brain AVMs and treated in the Neurology Department of Bach Mai Hospital from July 2018 to July 2019. **Results:** In unruptured brain AVMs, there were some main clinical characteristics in terms of medical history and clinical symptoms. Medical history included headache 46%, and epilepsy 26%, no medical history 28%. There were 88% patients with headache 46% epilepsy, the percentage of dizziness and neurolocal symptoms were 24%, the sound of blow in the skull is 22%. The features of headache in undisrupted AVMs were constant and long lasting (93.18%) with other nervous symptoms (77.27%). The main epilepsy types in undisrupted AVMs were focal epilepsy (65.21%) and secondarily generalized epilepsy (13.09%) while there were only 21.7% with generalized epilepsy. **Conclusion:** 50 patients, with unruptured brain AVMs presented the following clinical characteristics: the mean age was 40.72 ± 10.05 . The ratio of men to women was 3.16/1. The rate of medical history with headache was highest 46%. The percentage of headache symptom is 88%. The features of headache in undisrupted AVMs were constant and long, in certain location and with other nervous symptoms. The main epilepsy types were focal epilepsy and secondarily generalized epilepsy.

Keywords: Unruptured Brain Arteriovenous Malformations, AVMs, Clinical Characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng thông động-tĩnh mạch não (AVMs) là những bất thường bẩm sinh của mạch máu não trong đó động mạch được nối trực tiếp với tĩnh mạch, không thông qua mạng lưới mao mạch

[1]. Ổ dị dạng thông động- tĩnh mạch não bao gồm: động mạch nuôi, ổ dị dạng và tĩnh mạch dẫn lưu. Nguyên nhân của bệnh lý này hiện còn chưa được biết rõ, tuy nhiên người ta cho rằng có sự phát triển bất thường của các mạch máu ở tuần lễ thứ ba của bào thai [1]. Bệnh lý này không có tính chất di truyền.

Trên lâm sàng, thông động- tĩnh mạch não thường được phát hiện khi khối dị dạng đã phát triển dẫn đến biến chứng chảy máu não, nhưng khi khai thác lại tiền sử của bệnh nhân hay xuất hiện các triệu chứng nhức đầu kiểu đau nửa đầu, động kinh,...

Hiện AVMS chưa vỡ còn chưa được phát hiện sớm do nhiều lí do. Việc phát hiện sớm dị dạng thông động- tĩnh mạch não chưa vỡ đóng vai trò quan trọng để phòng biến chứng chảy máu não, hạn chế các di chứng nặng nề cho chất lượng cuộc sống sau này của bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng của dị dạng thông động- tĩnh mạch não chưa vỡ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 50 bệnh nhân được chẩn đoán xác định dị dạng thông động- tĩnh mạch não chưa vỡ điều trị tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2018 đến tháng 7/2019 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định dị dạng thông động- tĩnh mạch não chưa vỡ dựa vào:

+ Lâm sàng: Có các triệu chứng nhức đầu kiểu đau nửa đầu mạch máu, co giật kiểu động kinh, hội chứng thiếu máu-đột máu, tiếng thổi trong sọ, triệu chứng thần kinh khu trú...

+ Cận lâm sàng: được chụp cắt lớp vi tính 64 dãy có hình ảnh dị dạng thông động- tĩnh mạch não chưa vỡ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Các bệnh nhân được chẩn đoán dị dạng thông động- tĩnh mạch não có biến chứng chảy máu trong sọ.

+ Các bệnh nhân được chẩn đoán dị dạng mạch máu não khác như u máu, dị dạng mao mạch, tĩnh mạch, động mạch, dị dạng thể hang,

các dị dạng phối hợp khác,...

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng trong nhóm nghiên cứu

3.1.1 Đặc điểm chung:

3.1.1.1 Đặc điểm về giới tính

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nam	38	76
Nữ	12	24
Tổng	50	100

Nhận xét: Bệnh nhân Nam chiếm tỷ lệ 76%, nữ là 24%. Tỷ lệ nam/nữ là: 3,16/1.

3.1.1.2 Đặc điểm về tuổi

Bảng 3.2 Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dưới 20	3	6
21-29	9	18
31-39	16	32
41-49	11	22
51-59	5	10
≥ 60	6	12
Tổng	50	100

Nhận xét: Nhóm tuổi hay gặp nhất là 31-39 tuổi chiếm 32 %. Tuổi trung bình là $40,72 \pm 10,05$. Trong đó bệnh nhân tuổi trẻ nhất là 17 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 81 tuổi. Tuổi gặp nhiều nhất là 31 tuổi và 35 tuổi, mỗi tuổi trên có 4 trường hợp.

3.2.2. Các đặc điểm lâm sàng

3.2.2.1 Tiền sử liên quan đến dị dạng thông động- tĩnh mạch não

Bảng 3.3 Tiền sử liên quan đến dị dạng thông động- tĩnh mạch não chưa vỡ

Tiền sử	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Động kinh	13	26
Nhức đầu	23	46
Không có tiền sử liên quan	14	28
Tổng	50	100

Nhận xét: Tiền sử nhức đầu thường gặp nhất với 46%, tiền sử động kinh chiếm 26%, không có tiền sử liên quan đến dị dạng mạch là 28%.

3.2.2.2 Các triệu chứng thần kinh thường gặp trong thông động- tĩnh mạch não chưa vỡ.

Bảng 3.4 Các triệu chứng thường gặp trong thông động- tĩnh mạch não chưa vỡ

Triệu chứng	Số bệnh nhân(n = 50)	Tỷ lệ %
Động kinh	23	46
Nhức đầu	44	88
Chóng mặt	12	24
U tai	14	28

Tiếng thổi trong sọ	11	22
Các triệu chứng thần kinh khu trú khác: (tê nửa người, liệt nhẹ nửa người, bán manh, giảm thị lực một bên, rối loạn ngôn ngữ...)	12	24

Nhận xét: Nhức đầu thường gặp nhất chiếm 88%, động kinh chiếm 46%, ù tai chiếm 28%. Chóng mặt và các triệu chứng thần kinh khu trú khác chiếm tỷ lệ ngang nhau 24%. Triệu chứng ít gặp nhất là tiếng thổi trong sọ 22%.

3.2.2.3 Đặc điểm nhức đầu trong dị dạng thông động-tĩnh mạch não chưa vỡ

Bảng 3.5 Đặc điểm nhức đầu trong dị dạng thông động-tĩnh mạch não chưa vỡ

Đặc điểm nhức đầu	Đặc điểm nhức đầu (n = 44)	Tỷ lệ %
Nhức đầu kéo dài, liên tục	41	93,18
Nhức đầu từng cơn	3	6,82
Nhức đầu cố định tại một vị trí	44	100
Nhức đầu thay đổi vị trí	0	0
Nhức đầu đơn thuần	10	22,72
Nhức đầu kèm triệu chứng Thần kinh khác	34	77,27

Nhận xét: Đặc điểm nhức đầu trong dị dạng thông động-tĩnh mạch não là nhức đầu liên tục kéo dài 93,18%, cố định tại một vị trí 100%, và thường kèm theo các triệu chứng thần kinh khác 77,27%.

3.2.2.4 Các thể động kinh trong dị dạng thông động-tĩnh mạch não chưa vỡ

Bảng 3.6. Các thể động kinh trong dị dạng thông động-tĩnh mạch não chưa vỡ

Loại cơn	Số bệnh nhân (n = 23)	Tỷ lệ %
Động kinh cục bộ	15	65,21
Động kinh toàn thể	5	21,70
Động kinh cục bộ toàn thể hóa	3	13,09
Tổng	23	100

Nhận xét: Động kinh chiếm 46%, trong đó có 78,3% là động kinh cục bộ hoặc động kinh cục bộ toàn thể hóa. Động kinh toàn thể chiếm 21,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Tỷ lệ bệnh nhân mắc dị dạng thông động-tĩnh mạch não ở nam nhiều hơn nữ, chiếm tỷ lệ 76%. Tỷ lệ nam/nữ = 3,16:1. Theo Al-Shi và cộng sự, tỷ lệ nam/ nữ là 1,33/1 [2]. Nhóm tuổi hay gặp nhất là nhóm tuổi 31-39 chiếm 32%. Tuổi trung bình là 40,72 ± 10,05. Độ tuổi dưới 60 chiếm tỷ lệ 88%. Tuổi gặp nhiều nhất là 31 tuổi và 35 tuổi. Kết quả này tương tự kết quả của Mast, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 35 ± 13 [3].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

- Tiền sử nhức đầu chiếm cao nhất 46%, tiền sử động kinh chiếm 26%. Theo Phan Văn Đức, tiền sử nhức đầu là 46,08%, động kinh chiếm 26,47% [4].

- Triệu chứng hay gặp nhất trong dị dạng thông động-tĩnh mạch não chưa vỡ là nhức đầu chiếm 88%, động kinh chiếm 46%, ù tai 28%, chóng mặt và các triệu chứng thần kinh khu trú

khác chiếm tỷ lệ ngang nhau 24%. Triệu chứng có số bệnh nhân ít nhất là tiếng thổi trong sọ 11 trường hợp chiếm 22%. Theo Nguyễn Văn Liệu, nhức đầu chiếm cao nhất 92,31%, kế tiếp là động kinh chiếm 48,10%, ù tai chiếm 32,69%, chóng mặt chiếm 26,92%, tiếng thổi trong sọ 23,07%, triệu chứng thần kinh khu trú khác chiếm 26,92% [5].

- Nhức đầu với tính chất liên tục, kéo dài 93,18% và điểm đau cố định tại một vị trí 100%. Nhức đầu đa phần kèm theo các triệu chứng thần kinh khác chiếm 77,27% trong khi nhức đầu đơn thuần chỉ chiếm 22,72%. Theo Nguyễn Văn Liệu, kết quả tương tự trong đó nhức đầu là liên tục kéo dài chiếm đến hơn 95%, cố định tại một vị trí chiếm tỷ lệ 100% [5].

- Động kinh chiếm 78,3% là động kinh cục bộ hoặc động kinh cục bộ toàn thể hóa. Động kinh toàn thể chiếm 21,7%. Theo Osipov, các thể động kinh trong dị dạng thông động-tĩnh mạch não được phân bố như sau: phần lớn là cơn động kinh cục bộ đơn thuần và cục bộ toàn thể hóa chiếm 70%, trong khi đó cơn động kinh toàn thể chiếm khoảng 30% [6].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nam/nữ là: 3,16/1. Tuổi trung bình là 40,72 ± 10,05.

- Tiền sử của bệnh nhân có dị dạng thông động-tĩnh mạch não chưa vỡ hay gặp là nhức đầu, kế đến là động kinh.

- Triệu chứng của dị dạng thông động-tĩnh mạch não chưa vỡ chiếm tỷ lệ cao nhất là nhức đầu, tiếp theo là động kinh. Tiếp theo là các triệu chứng còn lại (ù tai, triệu chứng thần kinh khu trú, chóng mặt...).

- Đặc điểm nhức đầu trong dị dạng thông động-tĩnh mạch não chưa vỡ là nhức đầu liên tục kéo dài, cố định tại một vị trí, và thường kèm theo các triệu chứng thần kinh khác.

- Thể động kinh hay gặp trong dị dạng thông động-tĩnh mạch não chưa vỡ là động kinh cục bộ đơn thuần và động kinh cục bộ toàn thể hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Văn Chế (2011)**, "Dị dạng mạch máu não", Bài giảng thần kinh dành cho cao học, nội trú, chuyên khoa I, Bộ môn thần kinh Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 57-66.
2. **Al-Shahi R., Fang J.S.Y., Lewis S.C, Warlow C.P. (2002)**, "Prevalence of adults with brain arteriovenous malformations: a community based study in Scotland using capture- recapture analysis", Journal of Neurology Neurosurgery and

Psychiatry, 73,pp. 547-551.

3. **Mast H., Mohr J.P., Thompson J.L.P., et al. (1995)**, "Transcranial Doppler ultrasonography I arteriovenous malformations: diagnostic sensitivity and association of flow velocity with spontaneous hemorrhage and focal neurological deficit", Stroke, 26, pp. 1024-1017.
4. **Phan Văn Đức (2015)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm Doppler xuyên sọ và hình ảnh chụp mạch máu não của dị dạng thông động- tĩnh mạch não", Luận án tiến sĩ y học 2015.
5. **Nguyễn Văn Liệu (2012)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng dị dạng thông động tĩnh mạch chưa vỡ tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí y học thực hành, số 881+882, tr 137-141.
6. **Osipov A., Koennecke HC., Hartmann A et al. (1997)**, "Seizures in cerebral arteriovenous malformations: type, clinical course and medical management", Interventional Neuroradiol, 3, pp. 37-41.

THỰC TRẠNG GHI CHÉP HỒ SƠ BỆNH ÁN NỘI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CÀNG LONG, TỈNH TRÀ VINH NĂM 2019

Nguyễn Văn Thu*, Chu Huyền Xiêm***, Tạ Văn Trâm**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong công tác khám chữa bệnh, việc ghi chép hồ sơ bệnh án (HSBA) là rất quan trọng vì giúp ích cho việc quản lý theo dõi diễn biến của bệnh. **Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú tại Trung tâm Y tế huyện Càng Long, tỉnh Trà Vinh năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ HSBA đạt ở phần thông tin chung 81,8%; phần chuyên môn HSBA đạt tỷ lệ 91%; phần tổng kết HSBA đạt tỷ lệ 88,5%. Tỷ lệ HSBA đạt chung 72,5%. **Kết luận:** Quan tâm hơn nữa trong công tác nâng cao chất lượng ghi chép HSBA; tăng cường công tác kiểm tra, giám sát, chỉ đạo cho các khoa, phòng chức năng thực hiện tốt quy chế hoạt động của trung tâm Y tế, trong đó có quy chế ghi chép HSBA do Bộ Y tế ban hành.

Từ khóa: Hồ sơ bệnh án, nội trú.

SUMMARY

THE SITUATION OF RECORDING INPATIENT MEDICAL RECORDS AT THE MEDICAL CENTER OF CANG LONG DISTRICT, TRA VINH PROVINCE IN 2019

Background: In medical examination and treatment, medical record keeping (HSBA) is very important as it helps to manage the monitoring of

disease progression. **Objectives:** To assess the situation of recording inpatient medical records at the Medical Center of Cang Long District, Tra Vinh Province in 2019. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** The rate of medical record in the general information section was 81.8%; specialized section of medical record with 91%; The final summary of medical record reached 88.5%. The ratio of medical record was generally 72.5%. **Conclusion:** Pay more attention in improving the quality of HSBA recording; strengthening inspection, supervision and direction for departments and functional departments to well implement the operation regulations of the health center, including the HSBA recording regulations issued by the Ministry of Health.

Keywords: Medical records, inpatient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong công tác khám bệnh, chữa bệnh hiện nay việc ghi chép hồ sơ bệnh án (HSBA) là rất quan trọng vì giúp ích cho việc quản lý theo dõi diễn biến của bệnh. Chính vì vậy nên việc ghi chép HSBA cần phải được tiến hành nghiêm túc, đầy đủ, thận trọng, chính xác và khoa học nhằm đảm bảo cho việc quản lý, khám bệnh, chữa bệnh, theo dõi, lưu trữ bệnh án và tra cứu thông tin người bệnh, giúp nghiên cứu khoa học, đồng thời cũng là cơ sở thẩm định thanh quyết toán bảo hiểm y tế,... Quy chế bệnh viện do Bộ Y tế ban hành kèm theo Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997⁽¹⁾ trong đó có quy chế làm HSBA. Trung tâm Y tế (TTYT) huyện Càng Long hoạt động với 02 chức năng dự phòng và điều trị, qui mô 100 giường kể

*Trung tâm Y tế huyện Càng Long, tỉnh Trà Vinh,

**Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

***Trường Đại học Y tế Công cộng.

Chịu trách nhiệm chính:

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019

Ngày duyệt bài: 12.9.2019

hoạch, Ban Giám đốc rất quan tâm thực hiện công tác chuyên môn, trong đó có việc thực hiện quy chế chẩn đoán, điều trị bệnh, làm bệnh án và kê đơn thuốc điều trị. Căn cứ tầm quan trọng

3.1. Đánh giá thực trạng ghi chép HSBA

3.1.1. Thực trạng ghi chép phần thông tin chung

Bảng 1. Thực trạng ghi chép thông tin chung

Nội dung ghi chép	Đánh giá n (%)	
	Đạt	Không đạt
Phần hành chính		
Họ và tên người bệnh	400 (100)	0 (0,0)
Ngày sinh	400 (100)	0 (0,0)
Giới	400 (100)	0 (0,0)
Nghề nghiệp	381 (95,3)	19 (4,7)
Dân tộc	390 (97,5)	10 (2,5)
Ngoại kiều	399 (99,8)	1 (0,2)
Địa chỉ	396 (99,0)	4 (1,0)
Nơi làm việc	365 (91,3)	35 (8,7)
Đối tượng	318 (79,5)	82 (20,5)
BHYT	387 (96,8)	13 (3,2)
Họ tên, địa chỉ người cần báo tin	397 (99,3)	3 (0,7)
Quản lý người bệnh		
Vào viện	394 (98,8)	6 (1,2)
Tiếp nhận tại	293 (73,3)	107 (26,7)
Nơi giới thiệu	282 (70,5)	118 (29,5)
Vào khoa	362 (90,5)	38 (9,5)
Chuyển khoa	399 (99,8)	1 (0,2)
Chuyển viện	396 (99,0)	4 (1,0)
Ra viện	386 (96,5)	14 (3,5)
Tổng số ngày điều trị	390 (97,5)	10 (2,5)
Chẩn đoán		
Nơi chuyển đến	398 (99,5)	2 (0,5)
Cấp cứu/Khám chữa bệnh	396 (99,0)	4 (1,0)
Vào khoa điều trị	294 (73,5)	106 (26,5)
Chẩn đoán bệnh chính khi ra viện	399 (99,8)	1 (0,2)
Chẩn đoán bệnh kèm theo khi ra viện	374 (93,5)	26 (6,5)
Ghi tai biến hoặc biến chứng khi ra viện	399 (99,8)	1 (0,2)
Tình trạng ra viện		
Kết quả điều trị bệnh	398 (99,5)	2 (0,5)
Kết quả giải phẫu bệnh	400 (100)	0 (0,0)
Tình hình BN tử vong	400 (100)	0 (0,0)
Nguyên nhân BN tử vong	400 (100)	0 (0,0)
BN Khám nghiệm tử thi	400 (100)	0 (0,0)
BN được chẩn đoán giải phẫu tử thi	400 (100)	0 (0,0)
Chữ ký của Bác sĩ trưởng khoa ký tên	381 (95,3)	19 (4,7)
Viết tắt phần hành chính	365 (91,3)	35 (8,7)

Đánh giá ghi chép phần thông tin chung	327 (81,8)	73 (18,2)
--	-------------------	------------------

3.1.2. Thực trạng ghi chép phần chuyên môn

Bảng 2. Thực trạng ghi chép chuyên môn của HSBA

Nội dung ghi HSBA ở	Đánh giá n (%)	
	Đạt	Không đạt
Lý do vào viện	400 (100)	0 (0,0)
Hỏi bệnh		
Khai thác quá trình bệnh lý	399 (99,8)	1 (0,2)
Tiền sử bản thân	400 (100)	0 (0,0)
Tiền sử gia đình	400 (100)	0 (0,0)
Ghi đặc điểm liên quan đến bệnh tật của bn	399 (99,8)	1 (0,2)
Khám bệnh		
Mục khám toàn thân	392 (98,0)	8 (2,0)
Mục khám các cơ quan khác	394 (98,5)	6 (1,5)
Mục chỉ các XN cần phải làm	389 (97,3)	11 (2,7)
Mục ghi tóm tắt bệnh án	398 (99,5)	2 (0,5)
Chẩn đoán khi vào khoa điều trị		
Ghi Chẩn đoán bệnh chính	400 (100)	0 (0,0)
Ghi chẩn đoán bệnh kèm theo	361 (90,3)	39 (9,7)
Ghi chẩn đoán phân biệt	396 (99,0)	4 (1,0)
Tiền lượng	388 (97,0)	12 (3,0)
Hướng điều trị		
Mục hướng điều trị	397 (99,3)	3 (0,7)
Mục bác sĩ làm bệnh án	391 (97,8)	9 (2,2)
Mục viết tắt ở phần bệnh án	380 (95,0)	20 (5,0)
Nội dung chuyên môn khác		
Mục các phiếu XN ghi đầy đủ nội dung	399 (99,8)	1 (0,2)
Phiếu thử phản ứng khi dùng kháng sinh tiêm	399 (99,8)	1 (0,2)
Phiếu theo dõi truyền dịch cho người bệnh	396 (99,0)	4 (1,0)
Mục biên bản hội chẩn	400 (100)	0 (0,0)
Mục sơ kết 15 ngày điều trị	400 (100)	0 (0,0)
Phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc	371 (92,8)	29 (7,2)
Phần hành chính ghi trong các phiếu CLS, theo dõi, chăm sóc	322 (80,5)	78 (19,5)
Ghi chẩn đoán bệnh	400 (100)	0 (0,0)
Ghi y lệnh toàn diện	397 (99,3)	4 (0,7)
Ghi chỉ định thuốc hàng ngày	399 (99,5)	1 (0,5)
Ghi thuốc gây nghiện, ghi thuốc hướng tâm thần, thuốc kháng sinh	400 (100)	0 (0,0)
BS ký tên sau khi thăm khám, ra y lệnh	395 (98,8)	5 (1,2)
Thông tin chính trong tờ điều trị	315 (78,8)	85 (21,2)
Chế độ chăm sóc sau mỗi ngày điều trị	385 (96,3)	15 (3,7)

Trình tự các phiếu trong HSBA	324 (81,0)	76 (19,0)
Hình thức trong HSBA	398(99,5)	2 (0,5)
Dấu giáp lai	397(99,3)	3 (0,7)
Đánh giá chung phần chuyên môn	364 (91,0)	36 (9,0)

3.1.3. Thực trạng ghi chép phần tổng kết HSBA

Bảng 3. Thực trạng ghi chép phần tổng kết bệnh án

Nội dung ghi chép	Đánh giá n (%)	
	Đạt	Không đạt
Ghi quá trình bệnh lý diễn biến lâm sàng	398 (99,5)	2 (0,5)
Ghi tóm tắt kết quả cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán	397 (99,3)	3 (0,7)
Ghi phương pháp điều trị	400(100)	0 (0,0)
Ghi tình trạng người bệnh ra viện	399 (99,8)	1 (0,2)
Ghi hướng điều trị	387(96,8)	13 (3,2)
Mục ký giao hồ sơ phim ảnh	397(99,3)	3 (0,7)
Mục người giao hồ sơ ký tên	332(83,0)	68 (17,0)
Mục người nhận hồ sơ ký tên	383(95,8)	17 (4,2)
BS Trưởng khoa ký tên	388(97,0)	12 (3,0)
Mục viết tắt ở phần tổng kết bệnh án	353(88,3)	47 (11,7)
Đánh giá chung phần tổng kết	354 (88,5)	46 (11,5)

Thực trạng ghi chép HSBA chung

Bảng 5. Thực trạng ghi chép HSBA chung

Thực trạng	n	Tỷ lệ %
Đạt	290	72,5%
Không đạt	110	27,5%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của HSBA. Qua khảo sát 400 HSBA nội trú của BN điều trị tại TTYT huyện Càng Long năm 2019, kết quả cho thấy cỡ mẫu được lấy ở các khoa phụ thuộc vào lượng bệnh điều trị, cụ thể có 200 HSBA Nội khoa (50%), 160 HSBA Nhi (40%) và HSBA Ngoại, Sản là 20(5%). HSBA phần nhiều là của bệnh nhân có BHYT chiếm (96,8%), việc ghi chép HSBA có liên quan đến công tác thanh quyết toán BHYT. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thái Hà 91%⁽⁴⁾ và của Phạm Thị So Em 92,9%⁽³⁾, nhưng thấp hơn của Trịnh Thế Tiến 97,6%⁽⁸⁾.

4.2. Thực trạng ghi chép HSBA nội trú

4.2.1. Thực trạng ghi chép phần thông tin chung. Thông tin xác định người bệnh trong HSBA đạt chiếm tỷ lệ tối đa (100%) về họ tên, ngày sinh và giới tính. Tuy nhiên các nội dung còn lại có tỷ lệ ghi chép chưa đạt, trong đó, đối tượng người bệnh và nơi làm việc chưa đạt có tỷ lệ lần lượt là 20,5% và 8,7%. Tỷ lệ ghi chép

các tiêu mục đạt thấp được cho là không quan trọng vì cũng không ảnh hưởng đến chất lượng điều trị, nên cán bộ y tế thường chủ quan. Tuy nhiên, trên thực tế các mục này cũng quan trọng, giúp cho công tác chẩn đoán và theo dõi bệnh. Qua nghiên cứu của Phạm Thị So Em⁽³⁾, Mai Thị Ngọc Lan⁽⁵⁾, Trịnh Thế Tiến⁽⁸⁾, Nguyễn Thái Hà⁽⁴⁾, cũng cho thấy có sự giống nhau ở các mục phần thông tin chung, chưa được chú trọng, thường được ghi không đầy đủ.

Thông tin quản lý người bệnh trong HSBA được ghi chép đạt ở nội dung vào khoa, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện và số ngày điều trị với tỷ lệ trên 95%. Bên cạnh đó nơi giới thiệu người bệnh, địa chỉ tiếp nhận và mục vào khoa ghi chép chưa đạt với tỷ lệ đáng kể lần lượt 29,9%; 27,7% và 9,5%. Các tiêu mục này có thể cũng được CBYT cho là mục không quan trọng hoặc do thói quen của cán bộ y tế thường ỉch chú trọng nên dẫn đến thiếu sót; cao hơn của Mai Thị Ngọc Lan lần lượt là 6,5%; 13,5% và 10%⁽⁵⁾.

Thực trạng ghi chép phần chẩn đoán, kết quả cho thấy các tiêu mục hầu như ghi đạt trên 90%, có tiêu mục ghi (99,8%), riêng mục vào khoa điều trị có tỷ lệ đạt 73,5%, thấp hơn nghiên cứu của Mai Thị Ngọc Lan (95,8%)⁽⁵⁾, Trịnh Thế Tiến (97,6%)⁽⁸⁾. Nguyên nhân cũng có thể do các Bác sĩ cho đây là mục không quan trọng nên thường bỏ qua. Đây cũng là lỗi ghi chép HSBA thường gặp mà lãnh đạo đơn vị cần phải nhắc nhở kịp thời, vì đây cũng là mục quan trọng nhằm xác định bệnh nhân được đưa vào đúng khoa điều trị.

Trong phần kết quả điều trị có 8 tiêu mục tất cả đều đạt tỷ lệ cao từ (95%- 99,8%), riêng tiêu mục viết tắt phần hành chính chỉ đạt (91,3%), lỗi viết tắt thường gặp là địa chỉ, chẩn đoán, bệnh kèm theo,... Đây cũng là lỗi thường bị BHYT xuất toán với lý do chẩn đoán không rõ ràng, không ghi bệnh kèm theo; cao hơn của Mai Thị Ngọc Lan (65,1%)⁽⁵⁾, Trịnh Thế Tiến (10%)⁽⁸⁾.

4.2.2. Thực trạng ghi chép phần chuyên môn. Qua kết quả phần lý do vào viện cho thấy thực trạng ghi chép phần lý do vào viện đạt 100%, vì mục này rất quan trọng giúp ích cho việc chẩn đoán và kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Thế Tiến⁽⁸⁾, cao hơn của Mai Thị Ngọc Lan (54,3%)⁽⁵⁾.

Trong phần quá trình bệnh lý có 4 tiêu mục, cho thấy tỷ lệ ghi đạt gần 100%, điều này rất cần thiết và giúp cho việc chẩn đoán của bác sĩ được chính xác hơn; cao hơn của Mai Thị Ngọc Lan (83%), thấp nhất (26,9%) ở mục đặc điểm liên quan bệnh tật⁽⁵⁾.

Kết quả ghi chép HSBA ở phần khám bệnh

đạt có tỷ lệ xấp xỉ 100% ở các nội dung. Phần chẩn đoán bệnh chính được đánh giá đạt cao (100%), cao hơn của Mai Thị Ngọc Lan mục cao nhất (86,8%)⁽⁵⁾, tuy nhiên, việc ghi chép phần chẩn đoán khi vào khoa điều trị, ở mục bệnh kèm theo có (9,7%) bị đánh giá không đạt; cao hơn của Mai Thị Ngọc Lan (7,7%)⁽⁵⁾.

Phần tiên lượng và hướng điều trị có 4 tiêu mục đều đạt tỷ lệ trên 95%, tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ đánh giá không đạt cao nhất là viết tắt bệnh án và tiên lượng (5% và 3%), đây cũng là mục mà BHYT thường xuất toán vì chẩn đoán không rõ ràng, không ghi tiên lượng bệnh đúng quy định; thấp hơn của Mai Thị Ngọc Lan lần lượt là 24% và 21,1%⁽⁵⁾.

Ghi chép các nội dung chuyên môn trong HSBA đạt ở biên bản hội chẩn, sơ kết điều trị, chẩn đoán bệnh và cách ghi thuốc hướng thần và kháng sinh qua điều tra có tỷ lệ 100%, các mục ghi y lệnh toàn diện, chỉ định thuốc hàng ngày, hình thức bên trong HSBA, dấu giáp lai có đạt trên 99%, cao hơn của Mai Thị Ngọc Lan; từ 95% và 99,1%; riêng ở mục dấu giáp lai đạt (0%)⁽⁵⁾. Các mục khác còn một vài tỷ lệ ghi chép không đạt, trong đó, phần hành chính trong phiếu cận lâm sàng, theo dõi, chăm sóc 19,5%; thông tin chính trong tờ điều trị 21,2% và trình tự các phiếu trong HSBA 19%; thấp hơn Mai Thị Ngọc Lan tỷ lệ không đạt lần lượt từ 63,6% đến 69,8%⁽⁵⁾.

Đánh giá chung ghi chép các nội dung trong phần chuyên môn của HSBA qua khảo sát có tỷ lệ đạt khá cao là 91,0%. Tuy nhiên vẫn còn 9% không đạt, cao hơn của Mai Thị Ngọc Lan tỷ lệ đạt 46,9%⁽⁵⁾.

4.2.3. Thực trạng ghi chép phần tổng kết bệnh án. Phần tổng kết trong HSBA cho thấy với tỷ lệ tối đa ở phương pháp điều trị (100%), các mục có tỷ lệ đạt cao giảm dần như: tình trạng người bệnh ra viện (99,8%), quá trình bệnh lý diễn biến lâm sàng (99,5%), tóm tắt kết quả cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán và giao hồ sơ phim ảnh (99,3%), BS trưởng khoa ký tên (97%), hướng điều trị (96,8%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mai Thị Ngọc Lan, các tỷ lệ này đạt từ 96% đến 99,1%⁽⁵⁾. Tuy nhiên vẫn còn tiêu mục ghi chép không đạt với tỷ lệ đáng kể như người giao hồ sơ không ký tên (17%), cao hơn của Mai Thị Ngọc Lan, 0,9%⁽⁵⁾. Tiêu mục viết tắt ở phần tổng kết bệnh án có tỷ lệ không đạt (11,5%), thấp hơn của Mai Thị Ngọc Lan (22,9%)⁽⁵⁾.

Thực trạng ghi chép đầy đủ nội dung của phần tổng kết trong HSBA với tỷ lệ đạt 88,5% và tỷ lệ không đạt đáng chú ý là 11,5%, cao hơn

của Mai Thị Ngọc Lan, 81,2%⁽⁵⁾.

4.3. Thực trạng ghi chép HSBA chung.

Qua kết quả nghiên cứu 400 HSBA với kỳ vọng 90% điểm HSBA được cho là đạt yêu cầu thì việc ghi chép đầy đủ các nội dung ở mức đạt với tỷ lệ chung ở phần thông tin chung đạt 81,8%; phần chuyên môn đạt 91%; phần tổng kết bệnh án đạt 88,5%; tỷ lệ đạt chung cả 3 phần là 72,5%; cao hơn của Mai Thị Ngọc Lan, tỷ lệ không đạt (59,5%)⁽⁵⁾, cao hơn nếu kỳ vọng 80% như nghiên cứu của Mai Thị Ngọc Lan và một số NC khác (đạt 99,8%). Tỷ lệ đạt này là do TTYT tuyến huyện lượng bệnh không quá đông, không phải chịu ảnh hưởng của quá tải nên NVYT có thời gian ghi chép HSBA hoàn chỉnh hơn, bên cạnh đó nguồn thu chủ yếu của đơn vị hiện nay chủ yếu là khám chữa bệnh BHYT và dưới sự kiểm soát ngày càng chặt chẽ của BHYT trong việc thanh quyết toán cũng làm cho lãnh đạo đơn vị quan tâm chỉ đạo thực hiện.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ HSBA đạt ở phần thông tin chung 81,8%.
- Ở phần chuyên môn HSBA đạt tỷ lệ 91%.
- Phần tổng kết HSBA đạt tỷ lệ 88,5%.
- Tỷ lệ HSBA đạt chung 72,5%.
- Các tiêu mục có tỷ lệ không đạt cao ở từng cấu phần:

+ Phần thông tin chung có các tiêu mục tỷ lệ không đạt cao: nơi giới thiệu 29,5%; nơi tiếp nhận 26,7%; vào khoa điều trị 26,5%.

+ Phần chuyên môn có các tiêu mục ghi không đạt tỷ lệ cao: mục hành chính trong các phiếu CLS, theo dõi, chăm sóc tỷ lệ không đạt 19,5%; trình tự dán các phiếu trong HSBA 19; mục bệnh kèm theo 9,7%.

+ Phần tổng kết HSBA có các tiêu mục tỷ lệ không đạt cao: người giao hồ sơ bệnh án ký tên 17%; viết tắt phần tổng kết 11,7%; người nhận HSBA ký tên 4,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (1997)**, Quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị - Quy chế Bệnh viện ban hành kèm theo quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997.
2. **Bộ Y tế (2001)**, Quyết định số 4069 /2001/QĐ-BYT ngày 28/9/2001 của Bộ Y tế về ban hành mẫu hồ sơ bệnh án.
3. **Nguyễn Thị So Em (2014)**, Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú tại bệnh viện Đa khoa huyện Thanh Bình tỉnh Đồng Tháp năm 2014, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng.
4. **Nguyễn Thái Hà (2017)**, Thực trạng ghi chép HSBA nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Trung tâm Y tế huyện Hải Hà, tỉnh Quảng Ninh, năm 2017. Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện,

- Trường Đại học Y tế công cộng
5. **Mai Thị Ngọc Lan (2016)**, Thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Đa khoa Thị xã Bình Minh, tỉnh Vĩnh Long năm 2016, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng
6. **Lê Thị Mận (2013)**, Thực trạng ghi chép hồ sơ bệnh án nội trú và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2013, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng.

7. **Nguyễn Thị Hồng Nhung (2018)**, Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến ghi chép HSBA tại khoa lâm sàng bệnh viện Phổi Đồng Tháp năm 2018, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng
8. **Trịnh Thế Tiên (2017)**, Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng ghi chép HSBA nội trú tại BV đa khoa huyện Trà Lĩnh, tỉnh Cao Bằng năm 2017, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HS-CRP, PROCALCITONIN, INTERLEUKIN-6 TRONG VIÊM PHỔI NẶNG DO VI RÚT ĐƠN THUẦN Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI

Nguyễn Thị Ngọc Trân¹, Đỗ Quyết², Đào Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và high-sensitivity C-Reactive Protein (CRP-hs), Procalcitonin (PCT), Interleukin-6 (IL-6) của viêm phổi nặng do vi rút đơn thuần ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 1/2015 đến tháng 3/2017. **Đối tượng:** 149 bệnh nhi dưới 5 tuổi được chẩn đoán xác định viêm phổi nặng do vi rút đơn thuần. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** Trẻ bị viêm phổi nặng do vi rút đơn thuần chủ yếu do nhiễm RSV với 59 (39,6%) bệnh nhân, nhiễm cúm A có 36 (24,2%) bệnh nhân, nhiễm Adenovirus là 28 (18,8%) bệnh nhân, Rhinovirus có 16 (10,7%) bệnh nhân và cúm B có 10 (6,7%) bệnh nhân. 100% trẻ có ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực và ran ở phổi. Sự khác biệt giữa các triệu chứng lâm sàng như sốt, nhịp tim nhanh, chảy nước mũi có ý nghĩa thống kê. Các chỉ số CRP-hs, PCT, IL-6 giữa một số nhóm trẻ viêm phổi do các vi rút cũng có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Viêm phổi do vi rút đơn thuần chủ yếu gặp ở trẻ nhiễm RSV, sau là cúm A, Adenovirus, Rhinovirus.... Một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng giữa một số nhóm trẻ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Keywords: Viêm phổi, vi rút, trẻ em

SUMMARY

RESEARCH OF CLINICAL FEATURES AND CRP-hs, PCT, IL-6 OF SEVERE VIRAL PNEUMONIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD

Aim: To describe clinical features and hs-CRP, PCT, IL-6 of severe viral pneumonia in children under 5 years old at National Hospital of Pediatrics from January 2015 to March 2017. **Objects:** 149 children

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương,

²Học viện Quân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Trân

Email: dr.ngoctran259@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2019

Ngày duyệt bài: 17.9.2019

under 5 years old were diagnosed with severe viral pneumonia. **Method:** Descriptive cross-sectional study. **Results:** Children with RSV infection were highest (39.6%), followed by Influenza A (24.2%), Adenovirus (18.8%), Rhinovirus (10.7%) and Influenza B (6.7%). 100% of children have coughing, tachypnea, intercostal muscle external retraction and rales in the lungs. The difference was statistically significant with $p < 0.05$ of the symptoms of fever, tachycardia, runny nose as well as CRP-hs, PCT, IL-6 indices among some groups of children with pneumonia due to withdraw. **Conclusion:** Children with RSV infection were the highest (39.6%), followed by Influenza A (24.2%), Adenovirus (18.8%), Rhinovirus (10.7%) and Influenza B (6.7%). The difference was statistically significant with $p < 0.05$ of some symptoms and CRP-hs, PCT, IL-6 index among groups.

Keywords: Pneumonia, virus, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp là bệnh thường gặp ở trẻ em, trung bình mỗi năm trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp từ 3 đến 5 lần, trong đó 1-2 lần viêm phổi [1]. Số trẻ viêm phổi chiếm 30-40% trường hợp khám và điều trị tại các bệnh viện. Tỷ lệ mắc viêm phổi vi rút khá cao, chiếm 60 đến 70%. Tử vong do viêm phổi chiếm 75% tử vong do các bệnh hô hấp và 30-35% tử vong chung ở trẻ em [1]. Những vi rút gây viêm phổi hay gặp như RSV, cúm, Rhinovirus, Adenovirus [2].

Các phương pháp chẩn đoán xác định vi rút như test nhanh tìm kháng nguyên vi rút, real-time PCR và PCR đa môi có độ nhạy và độ đặc hiệu cao giúp xác định nguyên nhân nhanh chóng và chính xác.

Các xét nghiệm định lượng CRP (cũng như CRP-hs), Procalcitonin, các Cytokin (IL-1, IL-6, IL-8, IL-10 và HMGB-1) và các yếu tố đánh giá tình trạng nặng giúp chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt (nhiễm vi rút, vi khuẩn), tiên lượng, điều trị phù hợp hơn, tránh sử dụng kháng sinh tràn lan,

Đặc biệt IL-6 biểu hiện tình trạng viêm cấp tính một cách đặc hiệu.

Tại Việt Nam, chưa có các nghiên cứu về viêm phổi vi rút cũng như các yếu tố phản ánh tình trạng viêm trong viêm phổi do vi rút đơn thuần ở trẻ em chưa có nhiều.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và HS-CRP, Procalcitonin, Interleukin-6 trong viêm phổi nặng do vi rút đơn thuần ở trẻ em dưới 5 tuổi" nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hs-CRP, PCT, IL-6 của viêm phổi nặng do vi rút đơn thuần ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 1/2015 đến tháng 3/2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 149 bệnh nhi dưới 5 tuổi được chẩn đoán xác định viêm phổi nặng do vi rút đơn thuần điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2015 đến tháng 3/2017.

*Chẩn đoán viêm phổi nặng do vi rút

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn của WHO-2013: ho hoặc khó thở, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, nghe phổi có ran nổ, ran ẩm nhỏ hạt, X quang có hình ảnh thâm nhiễm nhu mô phổi [3].

- Trẻ có ho hoặc khó thở cộng với ít nhất một trong các triệu chứng chính sau: tím tái hoặc SpO₂ < 90%, suy hô hấp nặng (thở rên và rút lõm lồng ngực nặng). Các dấu hiệu của viêm phổi với dấu hiệu nặng chung như không uống được hoặc bỏ bú hoặc nôn ra tất cả mọi thứ, hôn mê hoặc không tỉnh, co giật.

- Bệnh nhân có 1 trong các xét nghiệm sau đây dương tính: xét nghiệm dịch tỵ hầu test nhanh cúm A, B, RSV, RT-PCR cúm A, B, RSV, Adenovirus, Rhinovirus. Nuôi cấy vi khuẩn âm tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Nội dung nghiên cứu

2.2.2.1. Lâm sàng:

- Triệu chứng toàn thân: nhiệt độ, nhịp thở, nhịp tim, SpO₂

- Triệu chứng cơ năng: ho, khô khè, chảy nước mũi, nôn

- Khám triệu chứng thực thể hô hấp: khó thở, rút lõm lồng ngực, cánh mũi phập phồng, đầu gật gù theo nhịp thở, co kéo cơ liên sườn, rút lõm hõm ức, ran ở phổi

- Triệu chứng khác: ban ở da, viêm kết mạc, gan to, nôn, tiêu chảy, co giật

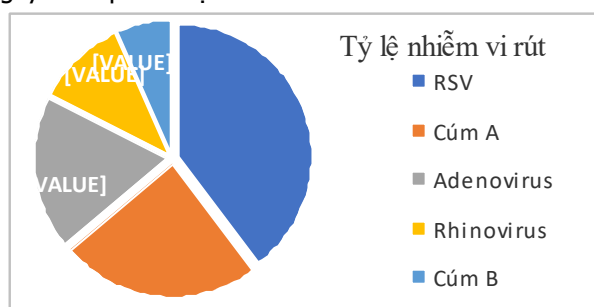
2.2.2.2. Cận lâm sàng:

+ Chỉ số: CRP-hs, PCT, IL-6, PaO₂ (khí máu)

+ Xét nghiệm vi rút: Cúm A, B, RSV, Adenovirus, Rhinovirus

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu với 149 bệnh nhân bị viêm phổi do vi rút đơn thuần với các loại vi rút gây viêm phổi được biểu diễn theo biểu đồ 3.1



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm nhiễm vi rút đơn thuần (n = 149)

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ nhiễm RSV là cao nhất chiếm 39,6%, đứng thứ 2 là cúm A chiếm 24,2%, sau đó là Adenovirus chiếm 18,8%, Rhinovirus chiếm 10,7% và cúm B chiếm 6,7%. Các triệu chứng lâm sàng được biểu hiện theo bảng 3.1

Bảng 3.1. Triệu chứng toàn thân và hô hấp theo các nhóm vi rút đơn thuần (n=149)

Triệu chứng		Cúm A (n=36)		Cúm B (n=10)		RSV (n=59)		Adenovirus (n=28)		Rhinovirus (n=16)		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Toàn thân	Sốt	34	94,4	10	100	23	39,0	24	85,7	9	56,3	<0,01*
	Nhịp tim nhanh	22	61,1	9	90	32	54,2	13	46,4	4	25,0	0,02*
	Tím tái	6	16,7	2	20	17	28,8	8	28,6	2	12,5	0,53**
	Chảy nước mũi	29	80,6	7	70	16	27,1	5	17,9	4	25,0	<0,01*
	Khô khè	26	72,2	7	70	53	89,8	25	89,3	14	87,5	0,12*
Khác	Thở rên	3	8,3	0	0	2	3,4	2	7,1	2	12,5	0,51**
	Co giật	5	13,9	1	10	2	3,4	1	3,6	0	0,0	0,19**
	Ỉa chảy	9	25,0	5	50	14	23,7	9	32,1	7	43,8	0,29*
	Gan lách hạch to	4	11,1	0	0	3	5,1	3	10,7	1	6,2	0,65*
	Ban ở da	3	8,3	1	10	2	3,4	0	0,0	0	0,0	0,28**

*Kiểm định χ^2 ; **Kiểm định Fisher's exact test

Nhận xét: Theo tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi nặng, tất cả các bệnh nhân (100%) trong nghiên cứu này đều có triệu chứng ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực và ran ở phổi.

Tỷ lệ trẻ nhóm cúm B, cúm A và Adenovirus có sốt cao nhất với lần lượt là 100,0%, 94,4% và 85,7%; nhóm Rhinovirus, RSV ít sốt hơn với 56,3% và 39,0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ trẻ nhóm cúm B có nhịp tim nhanh cao

nhất với 90,0%; thấp nhất ở nhóm Rhinovirus với 25,0%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ trẻ có chảy nước mũi ở nhóm cúm A và cúm B cao nhất với lần lượt là 80,6% và 70,0%, thấp nhất ở nhóm Adenovirus với 17,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt về thở rên và khô khè giữa các nhóm ($p > 0,05$).

Không có sự khác biệt về co giật, tím tái và ỉa chảy giữa các nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 3.2. Đặc điểm suy hô hấp theo các nhóm vi rút đơn thuần (n=149)

Triệu chứng	Cúm A (n=36)		Cúm B (n=10)		RSV (n=59)		Adenovirus (n=28)		Rhinovirus (n=16)		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
SpO₂: Bình thường	2	5,6	1	10,0	1	1,7	2	7,1	0	0,0	0,66*
Độ 1 (SpO ₂ 90-95%)	20	55,6	4	40,0	29	49,2	10	35,7	9	56,3	
Độ 2 (SpO ₂ 85-90%)	10	27,8	5	50,0	20	33,9	13	46,4	6	37,5	
Độ 3 (SpO ₂ < 85%)	4	11,1	0	0,0	9	15,3	3	10,7	1	6,3	
PaO₂: Bình thường	10	27,8	4	40,0	16	27,1	12	42,9	5	31,3	0,09*
Suy hô hấp độ nhẹ	18	50,0	3	30,0	21	35,6	9	32,1	9	56,3	
Suy hô hấp độ vừa	8	22,2	0	0,0	15	25,4	6	21,4	2	12,5	
Suy hô hấp độ nặng	0	0,0	3	30,0	7	11,9	1	3,6	0	0,0	

* Kiểm định Fisher's exact test

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tình trạng suy hô hấp theo SpO₂ và PaO₂ giữa các nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Đặc điểm chỉ số xét nghiệm theo các nhóm vi rút đơn thuần (n=149)

Chỉ số	Cúm A (n=36)		Cúm B (n=10)		RSV (n=59)		Adenovirus (n=28)		Rhinovirus (n=16)		P
	Median	25 th – 75 th	Median	25 th – 75 th	Median	25 th – 75 th	Median	25 th – 75 th	Median	25 th – 75 th	
CRP-hs (mg/dl)	5,0	2,6; 19,1	17,8	9,1; 32,8	1,5	0,6; 4,9	11,1	1,2; 20,2	0,8	0,3; 4,7	<0,01*
PCT (ng/ml)	0,7	0,1; 2,1	1,4	0,8; 2,5	0,3	0,1; 1,1	0,4	0,1; 2,4	0,2	0; 0,9	0,03*
IL-6 (pg/ml)	11,7	6,7; 17,9	10,4	3,6; 35,6	2,0	1,5; 6,1	7,8	0,7; 17,9	4,1	1,2; 6,8	<0,01*

** Kiểm định Kruska-Wallis test

Nhận xét: - Chỉ số CRP-hs cao nhất ở nhóm Cúm B (median = 17,8 mg/dl) thấp nhất ở nhóm Rhinovirus (median = 0,8 mg/dl) và RSV (median = 1,5 mg/dl). Sự khác biệt giữa nhóm Cúm A và nhóm RSV; giữa nhóm cúm A và nhóm Rhinovirus; giữa nhóm Cúm B và RSV; giữa nhóm Cúm B và Rhinovirus; giữa nhóm RSV và nhóm Adenovirus; và giữa nhóm Adenovirus và nhóm Rhinovirus có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Chỉ số PCT cao nhất ở nhóm Cúm B (median = 1,4 ng/ml), thấp nhất ở nhóm Rhinovirus (median = 0,2 ng/ml). Sự khác biệt giữa nhóm Cúm A và nhóm Cúm B; giữa nhóm cúm A và nhóm Rhinovirus; giữa nhóm Cúm B và nhóm RSV; giữa nhóm Cúm B và nhóm Rhinovirus; và giữa nhóm Adenovirus và nhóm Rhinovirus có ý

nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Nhóm Cúm A có chỉ số IL-6 cao nhất (median = 11,7 pg/ml), thấp nhất ở nhóm RSV (median = 2,0 pg/ml). Sự khác biệt giữa nhóm Cúm A và nhóm RSV; giữa nhóm cúm A và nhóm Rhinovirus; giữa nhóm Cúm B và nhóm RSV; và giữa nhóm RSV và nhóm Adenovirus có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ nhiễm vi rút đơn thuần trong nhóm viêm phổi nặng. Trong nghiên cứu này, 59 trẻ (39,6%) nhiễm vi rút RSV, có 36 trẻ (24,2%) nhiễm vi rút cúm A, 28 trẻ (18,8%) nhiễm Adenovirus, 28 trẻ (18,8%) nhiễm Rhinovirus và 10 trẻ (6,7%) nhiễm vi rút cúm B.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Zhang và cộng sự tại Trung Quốc cho thấy, vi rút gây bệnh được phát hiện ở 350 (94,29%) ở trẻ nhiễm SARI, các vi rút phổ biến nhất là: Enterovirus/Rhinovirus (54,05%), RSV (51,08%), Bocavirus ở người (BoCA) (33,78%), Parainfluenzaviruse type 3 (PIV3) (15,41%) và Adenovirus (ADV) (12,97%). Vi rút H1N1 chỉ được phát hiện ở 20 (5,41%) trẻ [4].

Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật PCR đa mồi xTAG trong chẩn đoán các căn nguyên gây nhiễm trùng đường hô hấp ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung Ương do Nguyễn Thanh Phúc và cộng sự năm 2012-2013 là nghiên cứu được tiến hành trên 143 bệnh nhân nhằm xác định tình trạng nhiễm của 18 loại vi rút thường gặp. Cụ thể, vi rút thường gặp là RSV (36,5%), Rhinovirus (31,5%), Parainfluenza (14%) và Adenovirus (7,5%) [5].

Nghiên cứu độc lập tại khác trên 1876 bệnh nhân tại khoa Hô hấp bệnh viện nhi Trung Ương năm 2012-2013 của Đào Minh Tuấn và cộng sự cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân bị nhiễm viêm phổi do vi rút trong số bệnh nhân tìm được căn nguyên là 59,7%, trong đó, tỷ lệ nhiễm RSV là cao nhất (61,56%), cúm A (14,42%), Rhinovirus (13,81%), Adenovirus (7,71%), cúm B (2,5%) [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Viêm phổi do RSV. D'Elia C và cộng sự cho rằng khô khè là một trong những triệu chứng cơ năng có độ nhạy và độ đặc hiệu cao là 85% và 65% trong chẩn đoán NTHHCT do RSV [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 39% trẻ nhiễm RSV bị sốt, 89,8% trẻ bị khô khè. Các triệu chứng như thở rên, chảy nước mũi chỉ chiếm tỷ lệ thấp, không đặc hiệu.

4.2.2 Viêm phổi do Adenovirus. Nhìn chung, viêm phế quản phổi nhiễm Adenovirus không có triệu chứng đặc hiệu. Bệnh nổi bật trên lâm sàng với các triệu chứng ho, sốt, khó thở cấp tính. Ho (100%), sốt (75%), khó thở là các triệu chứng phổ biến nhất. Sau đó là rối loạn tiêu hóa (33%). Ít gặp hơn là các triệu chứng ở da và mắt (6,25%, 2,08%) [2]. Nghiên cứu này cho thấy 84,7% trẻ bị sốt. Tỷ lệ trẻ bị khô khè là 89,3%. Các biểu hiện ngoài phổi chủ yếu bao gồm bú kém (75,0%), ỉa chảy (32,1%), tím tái (28,6%) và kích thích quấy khóc (25,0%).

Kết quả nghiên cứu tương đồng với một số nghiên cứu khác trong nước. Nghiên cứu của Đào Minh Tuấn và Nguyễn Thị Ngọc Trân trên 56 trẻ viêm phổi do Adenovirus cho thấy, ho và sốt là các triệu chứng phổ biến nhất (100%, 98,21%); sau đó là rối loạn tiêu hóa (67,86%).

Có 100% thở nhanh, 49,12% khó thở độ III, 46,43% thông khí phổi giảm; 100% ran bệnh lý. Có 28 bệnh nhi (50%) phải thở máy hỗ trợ, 7 bệnh nhi trong tình trạng sốc [8].

Nghiên cứu của Trần Thị Thủy cho thấy, trẻ chủ yếu sốt cao (88,0%), kéo dài (số ngày sốt trung bình là $8,7 \pm 0,2$ ngày), nhịp thở nhanh (54,0%). Có 70% trẻ bị rút lõm, 100% bị ho, 97% thở khô khè, 88% có ran ẩm và 86% có ran rít. Suy hô hấp gặp ở 73% trường hợp. Các biểu hiện ngoài phổi hay gặp gồm: 30,0% chướng bụng, 19,0% nôn và 43,0% tiêu chảy, viêm kết mạc mắt (29,0%), tăng men gan (11,0%), rối loạn đông máu (5,0%), viêm quanh hốc mắt (1,0%) [9].

4.2.3. Viêm phổi do Rhinovirus.

Rhinovirus thường tồn tại ở niêm mạc mũi họng và lây truyền chủ yếu là qua dịch mũi họng do có thể phát triển tốt nhất ở nhiệt độ khoảng 33°C. Rhinovirus được xác định trong 4-45% trẻ em bị viêm phổi cộng đồng.

Thời gian ủ bệnh từ 2-4 ngày; sau đó xuất hiện hắt hơi, ngạt mũi, chảy nước mũi và đau họng. Ho và khàn tiếng xảy ra ở 30-40% trường hợp. Sốt không phải là thường xuyên cũng không cao như trong nhiễm trùng với vi rút hợp bào hô hấp, vi rút parainfluenza, vi rút cúm, hoặc Adenovirus. Các triệu chứng nặng lên trong 2-3 ngày đầu của bệnh và kéo dài 1 tuần ở phần lớn bệnh nhân; hơn 2 tuần ở 35% trẻ nhỏ. Trẻ loạn sản phế quản phổi cũng có thể bị bệnh đường hô hấp dưới nặng với Rhinovirus.

Trong nghiên cứu này, trẻ mắc Rhinovirus có tỷ lệ sốt, khô khè cao (tương ứng là 56,3% và 87,5%). Trong khi đó, các triệu chứng như chảy nước mũi, thở rên gặp một số ít trường hợp. Các biểu hiện ngoài phổi hay gặp như bú kém (81,3%), ỉa chảy (50,0%), bỏ bú (12,5%) và kích thích quấy khóc (12,5%).

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phúc cho thấy ở trẻ nhiễm Rhinovirus, sốt gặp ở 49,2%; ho gặp ở 100% bệnh nhân, khô khè ở 76,2%, chảy mũi ở 93,3%, rối loạn tiêu hóa ở 15,9%. Ran rít, ran ngáy gặp ở 68,3%, ran ẩm (58,7%), cũng gặp thở nhanh (4 1,3%) và tim nhanh (40%). Rất ít bệnh nhân rút lõm lồng ngực và khó thở (6,7%) [7].

4.2.4. Viêm phổi do cúm A, cúm B. Trong nghiên cứu này, so với các nhóm khác, tỷ lệ trẻ nhóm cúm B và cúm A có sốt cao nhất với lần lượt là 100,0% và 94,4%. Tỷ lệ trẻ nhóm cúm B có nhịp tim nhanh cao nhất với 90,0%. Tỷ lệ trẻ có chảy nước mũi ở nhóm cúm A và cúm B cao nhất với lần lượt là 80,6% và 70,0%. Tỷ lệ trẻ bị khô

khè thấp nhất là nhóm cúm B với 70,0%. Tỷ lệ trẻ nhóm cúm B có ban ở da cao nhất với 10,0%.

4.3. Đặc điểm suy hô hấp. Viêm phổi do nhóm cúm A, RSV, Rhinovirus có độ bão hòa Oxy qua da chủ yếu là độ I (55,6%, 49,2%, 56+,3%); nhóm cúm B và Adenovirus chủ yếu là độ II (50,0%, 46,4%). Một vài bệnh nhi có SpO₂ bình thường nhưng vẫn được xếp vào nhóm viêm phổi nặng vì trên lâm sàng bệnh nhi có rút lõm lồng ngực nặng. Viêm phổi do cúm B, Adenovirus hay gặp bệnh nhi có phân áp Oxy bình thường (40%, 42,9%) và nhóm cúm A, RSV, Rhinovirus hay gặp bệnh nhi có phân áp Oxy đo qua khí máu ở mức giảm nhẹ (50%, 35,6%, 56,3%).

4.4. Đặc điểm CRP-hs. Nghiên cứu của Đào Minh Tuấn và Nguyễn Thị Ngọc Trân trên 56 trẻ viêm phổi do Adenovirus cho thấy có 51,79% trường hợp CRP-hs < 6 mg/dl [8].

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phúc cho thấy, tỷ lệ phân lập Adenovirus dương tính ở nhóm bệnh nhân có CRP-hs ≤ 6 mg/L bằng 0,23 lần nhóm bệnh nhân có CRP-hs > 6 mg/L, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (95%CI: 0,16 - 1,88). Có 9/15 trẻ có CRP-hs ≤ 6 mg/L [7]. Cũng trong nghiên cứu này, tác giả cho thấy tỷ lệ phân lập Rhinovirus dương tính của nhóm bệnh nhân có CRP-hs ≤ 6 mg/L bằng 0,15 lần nhóm bệnh nhân có CRP-hs > 6 mg/L tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (95% CI 0,31 - 1,28). Có 42/63 trẻ có CRP-hs ≤ 6 mg/L [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, chỉ số CRP-hs cao nhất ở nhóm cúm B (median = 17,8 mg/dl) thấp nhất ở nhóm Rhinovirus (median = 0,8 mg/dl) và RSV (median = 1,5 mg/dl), trong khi đó ở nhóm Adenovirus có CRP-hs median = 11,3 mg/dl và ở nhóm cúm A có CRP-hs median = 1,7 mg/dl. Sự khác biệt giữa nhóm cúm A và nhóm RSV; giữa nhóm cúm A và nhóm Rhinovirus; giữa nhóm cúm B và RSV; giữa nhóm cúm B và Rhinovirus; giữa nhóm RSV và nhóm Adenovirus; và giữa nhóm Adenovirus và nhóm Rhinovirus có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4.5. Đặc điểm PCT. Kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ số PCT cao nhất ở nhóm cúm B (median = 1,4 ng/ml), thấp nhất ở nhóm Rhinovirus (median = 0,2 ng/ml). Sự khác biệt giữa nhóm cúm A và nhóm cúm B; giữa nhóm cúm A và nhóm Rhinovirus; giữa nhóm cúm B và nhóm RSV; giữa nhóm cúm B và nhóm Rhinovirus; và giữa nhóm Adenovirus và nhóm Rhinovirus có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Mặt khác, tỷ lệ trẻ có PCT > 0,5 ng/ml ở nhóm cúm B cũng cao nhất với 90,0%; thấp nhất ở nhóm Rhinovirus với 31,3%. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4.6. Đặc điểm IL-6. IL-6 là một chỉ số quan trọng cho việc đánh giá tình trạng nhiễm vi rút. Trong nghiên cứu này, nhóm cúm A có chỉ số IL-6 cao nhất (median = 11,7 pg/ml), thấp nhất ở nhóm RSV (median = 2,0 pg/ml). Sự khác biệt giữa nhóm cúm A và nhóm RSV; giữa nhóm cúm A và nhóm Rhinovirus; giữa nhóm cúm B và nhóm RSV; và giữa nhóm RSV và nhóm Adenovirus có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Trẻ nhiễm RSV cao nhất (39,6%), sau là cúm A (24,2%), Adenovirus (18,8%), Rhinovirus (10,7%) và cúm B (6,7%).

- Tỷ lệ trẻ nhóm cúm B và cúm A có sốt cao nhất với lần lượt là 100% và 94,4%; thấp nhất ở nhóm RSV với 37,3%. Tỷ lệ trẻ nhóm cúm B có nhịp tim nhanh cao nhất với 90,0%; thấp nhất ở nhóm Rhinovirus với 25%.

- Tỷ lệ trẻ có chảy nước mũi ở nhóm cúm A và cúm B cao nhất với lần lượt là 80,6% và 70,0%, thấp nhất ở nhóm Adenovirus với 17,9%. Không có sự khác biệt về triệu chứng ngoài phổi giữa các nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy, T. and T.T.H. Văn, Viêm phế quản phổi. Hô hấp, Bài giảng nhi khoa. Vol. Tập 1. 2013, Nhà xuất bản y học: Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Bezerra, P.G., et al., Viral and atypical bacterial detection in acute respiratory infection in children under five years. PLoS One, 2011. 6(4): p. e18928.
3. WHO, Guidelines for the management of common childhood illnesses 2nd ed. Cough or difficulty in breathing. 2013.
4. Zhang, C., et al., Viral etiology and clinical profiles of children with severe acute respiratory infections in China. PLoS One, 2013. 8(8): p. e72606.
5. Phúc, N.T.T., Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và tỷ lệ nhiễm virus ở trẻ em viêm đường hô hấp dưới cấp tính. 2013, Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
6. Tuấn, Đ.M., et al., Nghiên cứu các căn nguyên gây viêm phổi trẻ em và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi trẻ em từ 1 tháng đến 15 tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam, 2013. Chuyên đề: Hội nghị Toàn Quốc về các bệnh nhiễm trùng và HIV/AIDS ở trẻ em năm 2013: p. 14-20.
7. D'Elia, C., et al., [Respiratory syncytial virus -- associated lower respiratory tract infections in hospitalized infants]. Rev Soc Bras Med Trop, 2005. 38(1): p. 7-10.
8. Trân, N.T.N. and Đ.M. Tuấn, Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhi viêm phế quản phổi do adenovirus tại bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 2017. 461(2): p. 120-123.
9. Thủy, T.T., Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi có nhiễm adenovirus ở trẻ em từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. 2018, Luận văn Thạc sỹ: Đại học Y Dược Hải Phòng.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NAM ANH, TỈNH BÌNH DƯƠNG, NĂM 2019

Nguyễn Ngọc Sơn*, Võ Thị Kim Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định điểm chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân tăng huyết áp (THA) điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Nam Anh, tỉnh Bình Dương, năm 2019. **Phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 380 bệnh nhân khám và điều trị ngoại trú từ tháng 01 đến tháng 4 năm 2019 theo phương pháp phỏng vấn trực tiếp, đánh giá CLCS của bệnh nhân theo thang đo WHOQoL-BREF. **Kết quả:** CLCS của bệnh nhân ở mức trung bình thấp, điểm CLCS chung của bệnh nhân là $43,0 \pm 8,7$ điểm, trong đó, CLCS lĩnh vực sức khỏe thể chất $43,2 \pm 8,6$ điểm, lĩnh vực sức khỏe tinh thần $41,1 \pm 7,6$ điểm, lĩnh vực mối quan hệ xã hội cao nhất $45,9 \pm 9,5$ điểm, lĩnh vực môi trường sống là $41,9 \pm 8,8$ điểm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số CLCS giữa các nhóm bệnh nhân chia theo tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, mắc bệnh kèm theo, thừa cân béo phì, các hành vi hút thuốc, uống rượu bia và tập thể dục thể thao. Cần chú ý cải thiện CLCS của bệnh nhân trong khám chữa bệnh và nên xem chỉ số CLCS của bệnh nhân như là bổ sung quan trọng để đánh giá hiệu quả công tác quản lý điều trị bệnh THA.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, tăng huyết áp, bệnh viện đa khoa Nam Anh.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AMONG HYPERTENSION PATIENTS AT NAM ANH GENERAL HOSPITAL, BINH DUONG PROVINCE, 2019

Objectives: determine the quality of life (QoL) of hypertensive patients outpatient at Nam Anh General Hospital, Binh Duong Province, 2019. **Methods:** Descriptive cross-sectional study on 380 outpatients from January to April 2019 using the direct interview method, evaluating patients' QoL on the WHOQoL-BREF scale. **Results:** the quality of the patient's average is low, the overall QoL score of the patient is 43.0 ± 8.7 points, of which, the quality of life in the field of physical health 43.2 ± 8.6 points, mental health sector 41.1 ± 7.6 points, the field of social relationships highest 45.9 ± 9.5 points, the field of habitat is 41.9 ± 8.8 points. There were statistically significant differences in the quality of life scores among groups of patients by age, education, marital status, occupation, comorbidities, overweight and obesity, smoking, drinking alcohol and exercising. Attention should be paid to improving the patient's QoL in medical examination and treatment, and the

patient's QoL index should be considered as an important supplement to evaluate the effectiveness of management and treatment of hypertension.

Keywords: quality of life, hypertension, Nam Anh General hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá CLCS là một công cụ y tế công cộng đặc biệt quan trọng cho người cao tuổi ở một thời đại mà tuổi thọ ngày càng tăng, với mục tiêu cải thiện chất lượng những năm sống thêm mặc dù sức khỏe luôn bị ảnh hưởng bởi quá trình lão hóa và bệnh lý thông thường(3). Nhiều nghiên cứu cho thấy có sự suy giảm về chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân tăng huyết áp (THA), chỉ đạt khoảng 50% - 75% so với người hoàn toàn khỏe mạnh [8],[9],... Đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân THA trên thế giới. Tại Việt Nam, đánh giá CLCS của bệnh nhân được chú trọng trong những năm gần đây, nhưng thực tế trong thực hành khám chữa bệnh, CLCS chưa được xem như một chỉ số quan trọng trong đánh giá hiệu quả công tác quản lý điều trị bệnh THA. Bên cạnh đó, các yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân chưa được khai thác đầy đủ, do vậy nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá CLCS và một số yếu tố liên quan đến CLCS của bệnh nhân THA điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Nam Anh, 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đã được chẩn đoán mắc bệnh THA, đến khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Nam Anh trong thời gian từ tháng 01 đến tháng 04 năm 2019.

Phương pháp nghiên cứu

Khảo sát CLCS của bệnh nhân theo phương pháp phỏng vấn trực tiếp mặt đối mặt.

Cỡ mẫu tối thiểu tính theo công thức:

$$n = Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{\sigma^2}{d^2}$$

n là cỡ mẫu tối thiểu; $Z_{\frac{\alpha}{2}}$ là trị số từ phân phối chuẩn với xác suất sai lầm loại I là $\alpha=0,05$. $\sigma = 9,7$ là độ lệch chuẩn ước lượng trong dân số, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Vy Hằng [4]. $d = 1$ là sai số cho phép. Vậy nghiên cứu chọn 380 người bệnh.

Đánh giá CLCS của bệnh nhân theo thang đo WHOQoL-BREF đã được sử dụng nhiều trong các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam, để

*Đại học Thăng Long- Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019

Ngày duyệt bài: 11.9.2019

đánh giá CLCS của bệnh nhân mắc bệnh mãn tính. CLCS được thể hiện qua điểm số trung bình (CLCS chung, CLCS lĩnh vực sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, mối quan hệ xã hội và môi trường sống).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số xã hội: Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $56,7 \pm 10,6$. Về giới tính, tỷ lệ nữ (52,4%) cao hơn nam (47,6%). Về học vấn, tỷ lệ dưới tiểu học 28,3%, tiểu học 25,3%, trung học cơ sở (THCS) 30,5%, trung học phổ thông (THPT) 11,3%, trên THPT 4,7%. Về nghề nghiệp chính, tỷ lệ lao động tự do cao nhất 36,8%, công nhân 32,4%, nội trợ 11,6%, cán bộ nhân viên 4,2% và còn lại là nhóm khác. Về tình trạng hôn nhân, có 5,0% chưa kết hôn, 82,9% đang sống cùng vợ/chồng và còn lại là góa/li dị. Tỷ lệ có bệnh kèm theo 53,9%. Tỷ lệ thừa cân béo phì 22,6%.

Đặc điểm hành vi: tỷ lệ hút thuốc lá 31,8%, đã bỏ thuốc lá 1,3% và không hút 66,8%. Tỷ lệ uống rượu bia 33,4%, đã bỏ uống rượu bia 2,9% và không uống rượu bia 63,7%. Tỷ lệ tập thể dục thể thao thường xuyên 70,5%.

Đặc điểm tuân thủ điều trị: tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc 17,2% và tuân thủ chế độ ăn tốt 6,1%.

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo thang đo WHOQoL-BREF

Bảng 1. Điểm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo thang đo WHOQoL-BREF (n=380)

Lĩnh vực	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Sức khỏe thể chất	43,2	8,6
Sức khỏe tinh thần	41,1	7,6
Quan hệ xã hội	45,9	9,5
Môi trường sống	41,9	8,8
Điểm CLCS chung	43,0	8,7

Điểm CLCS chung của bệnh nhân là $43,0 \pm 8,7$ điểm, trong đó, CLCS lĩnh vực sức khỏe thể chất $43,2 \pm 8,6$ điểm, lĩnh vực sức khỏe tinh thần $41,1 \pm 7,6$ điểm, lĩnh vực mối quan hệ xã hội cao nhất $45,9 \pm 9,5$ điểm, lĩnh vực môi trường sống là $41,9 \pm 8,8$ điểm.

Bảng 2. Mức độ chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (n=380)

Chất lượng cuộc sống	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất kém	14	3,7
Kém	74	19,5
Bình thường	284	74,7
Tốt	8	2,1

Khi phân loại CLCS, đa số bệnh nhân có mức độ CLCS bình thường 74,7%, tỷ lệ mức độ kém hoặc rất kém 23,2%, chỉ 2,1% ở mức độ tốt.

Bảng 3. Một số đặc điểm dân số học liên quan đến CLCS của người bệnh

Đặc điểm	SKTC(X $\pm$ SD)	SKTT(X $\pm$ SD)	QHXX(X $\pm$ SD)	MTS(X $\pm$ SD)
Nhóm tuổi: <40 tuổi	35,7 $\pm$ 9,8	43,8 $\pm$ 9,9	44,3 $\pm$ 12,2	45,3 $\pm$ 11,4
40-49 tuổi	41,3 $\pm$ 8,6	43,1 $\pm$ 8,2	44,8 $\pm$ 11,8	44,5 $\pm$ 8,4
50-59 tuổi	44,3 $\pm$ 8,5	41,3 $\pm$ 7,2	47,2 $\pm$ 7,8	40,9 $\pm$ 7,9
≥ 60 tuổi	44,1 $\pm$ 7,6	39,5 $\pm$ 6,9	45,9 $\pm$ 9,2	41,2 $\pm$ 7,1
Giá trị p	0,006 (a)	0,002 (b)	0,306 (b)	0,001 (a)
Giới tính: Nam	41,9 $\pm$ 9,3	42,4 $\pm$ 8,4	44,9 $\pm$ 9,8	43,3 $\pm$ 8,9
Nữ	44,3 $\pm$ 7,6	39,9 $\pm$ 6,6	46,8 $\pm$ 9,0	40,6 $\pm$ 7,0
Giá trị p	0,020 (c)	0,001 (d)	0,058 (e)	0,004 (c)
Học vấn: Dưới tiểu học	41,7 $\pm$ 8,4	40,8 $\pm$ 7,4	46,17 $\pm$ 8,9	43,1 $\pm$ 6,9
Tiểu học	43,9 $\pm$ 7,8	40,6 $\pm$ 8,1	45,6 $\pm$ 8,4	41,0 $\pm$ 7,6
THCS	42,9 $\pm$ 9,1	42,1 $\pm$ 7,1	46,9 $\pm$ 10,2	41,9 $\pm$ 9,1
THPT	46,8 $\pm$ 7,9	41,3 $\pm$ 5,1	43,6 $\pm$ 9,6	40,3 $\pm$ 6,9
Trên THPT	43,5 $\pm$ 7,6	41,2 $\pm$ 7,5	48,2 $\pm$ 10,1	40,6 $\pm$ 7,6
Giá trị p	0,009 (a)	0,140 (b)	0,170 (b)	0,060 (a)
Nghề nghiệp: Hưu trí	43,2 $\pm$ 7,9	39,7 $\pm$ 6,4	45,3 $\pm$ 9,7	40,3 $\pm$ 7,9
Nội trợ	45,3 $\pm$ 7,8	38,9 $\pm$ 5,4	44,9 $\pm$ 9,0	42,3 $\pm$ 8,1
LĐ tự do	44,5 $\pm$ 8,2	41,3 $\pm$ 7,9	46,1 $\pm$ 9,7	42,2 $\pm$ 8,1
Cán bộ nhân viên	43,3 $\pm$ 7,6	41,1 $\pm$ 7,7	47,4 $\pm$ 8,9	42,8 $\pm$ 8,1
Công nhân	40,6 $\pm$ 9,1	41,8 $\pm$ 7,9	45,3 $\pm$ 9,7	41,5 $\pm$ 8,6
Khác	43,9 $\pm$ 7,4	41,4 $\pm$ 7,6	48,7 $\pm$ 8,7	42,3 $\pm$ 6,8
Giá trị p	0,006 (a)	0,360 (b)	0,420 (b)	0,960 (a)
Hôn nhân: Chưa kết hôn	36,5 $\pm$ 9,3	43,6 $\pm$ 9,5	40,8 $\pm$ 13,3	48,5 $\pm$ 11,4
Đã kết hôn	43,5 $\pm$ 8,5	41,3 $\pm$ 7,7	46,1 $\pm$ 9,4	41,4 $\pm$ 7,9
Ly thân/ ly dị	46,0 $\pm$ 5,9	39,0 $\pm$ 4,8	47,7 $\pm$ 6,3	41,8 $\pm$ 5,8
Góa	41,9 $\pm$ 7,6	38,9 $\pm$ 5,1	46,4 $\pm$ 7,9	43,2 $\pm$ 6,6
Giá trị p	0,007 (a)	0,006 (b)	0,090 (b)	0,010 (a)

SKTC: sức khỏe thể chất, SKTT: sức khỏe tinh thần, QHXXH: quan hệ xã hội, MTS: môi trường sống. (a) Kiểm định Anova, (b) Kiểm định Kruskal – Wallis, (c) Kiểm định Mann – Whitney, (d) Kiểm định y phương sai khác nhau, (e) Kiểm định t phương sai bằng nhau

CLCS lĩnh vực sức khỏe thể chất: cao hơn ở nhóm trên 50 tuổi so với nhóm dưới 50 tuổi, ở giới nữ cao hơn giới nam, ở nhóm nghề nghiệp công nhân thấp hơn các nhóm nghề khác. Những sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

CLCS lĩnh vực sức khỏe tinh thần: có xu

hướng giảm theo tuổi ($p < 0,05$), ở nữ thấp hơn nam ($p < 0,05$), ở nhóm chưa kết hôn cao hơn ở nhóm đã kết hôn ($p < 0,05$).

CLCS lĩnh vực quan hệ xã hội: không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm giới tính, nhóm tuổi, học vấn, nghề nghiệp và tình trạng hôn nhân đến CLCS lĩnh vực QHXXH ($p > 0,05$).

CLCS lĩnh vực môi trường sống: cao hơn ở nhóm dưới 40 tuổi và 40-49 tuổi nhưng thấp hơn ở nhóm 50-59 tuổi và nhóm người cao tuổi ($p < 0,05$), ở nam cao hơn nữ ($p < 0,05$), ở nhóm chưa kết hôn cao hơn so với nhóm đã kết hôn ($p < 0,05$).

Bảng 4. Một số thói quen sinh hoạt liên quan đến CLCS của người bệnh

Đặc điểm	SKTC(X±SD)	SKTT(X±SD)	QHXXH(X±SD)	MTS(X±SD)
Hút thuốc lá: Không	43,3 ± 8,3	40,3 ± 7,2	46,8 ± 9,2	41,6 ± 8,3
Đang hút	42,9 ± 8,9	42,7 ± 8,1	44,2 ± 9,7	42,5 ± 7,8
Đã bỏ hút thuốc	42,1 ± 7,3	42,5 ± 3,5	41,6 ± 5,9	43,7 ± 6,2
Giá trị p	0,84 (a)	0,02 (b)	0,02 (b)	0,33 (a)
Uống rượu bia: Không	43,4 ± 8,1	40,2 ± 6,9	46,9 ± 9,2	41,5 ± 8,2
Có	43,2 ± 9,2	42,7 ± 8,6	44,3 ± 9,8	42,5 ± 8,1
Đã bỏ uống	38,3 ± 8,6	43,6 ± 3,4	44,7 ± 9,3	43,5 ± 7,8
Giá trị p	0,11 (a)	0,005 (b)	0,04 (b)	0,45 (a)
Tập thể dục: Không	40,2 ± 8,9	41,0 ± 8,5	44,2 ± 11,4	41,5 ± 9,4
Có	44,2 ± 8,1	41,1 ± 7,2	46,5 ± 8,5	41,3 ± 7,5
Giá trị p	0,001 (a)	0,83 (b)	0,07 (b)	0,02 (a)

(a) Kiểm định Anova, (b) Kiểm định Kruskal – Wallis

CLCS lĩnh vực sức khỏe thể chất cao hơn ở nhóm thường xuyên tập thể dục thể thao ($p < 0,05$)

CLCS lĩnh vực sức khỏe tinh thần: thấp hơn ở nhóm không hút thuốc lá so với nhóm có hút ($p < 0,05$), tương tự ở nhóm không uống rượu bia thấp hơn nhóm có uống rượu bia ($p < 0,05$).

CLCS lĩnh vực quan hệ xã hội: không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm giới tính, nhóm tuổi, học vấn, nghề nghiệp và tình trạng hôn nhân đến CLCS lĩnh vực QHXXH ($p > 0,05$).

Bảng 5. Một số đặc điểm tuân thủ điều trị liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh tăng huyết áp

Đặc điểm	SKTC(TB±SD)	SKTT(TB±SD)	QHXXH(TB±SD)	MTS(TB±SD)
Tuân thủ điều trị thuốc				
Không	44,4 ± 7,8	40,8 ± 6,7	46,0 ± 8,8	41,0 ± 7,3
Có	43,9 ± 6,6	42,3 ± 8,0	46,5 ± 8,3	42,9 ± 7,5
Giá trị p	0,670 (c)	0,140 (e)	0,690 (e)	0,060 (c)
Tuân thủ chế độ ăn				
Không	42,9 ± 9,6	41,0 ± 7,6	45,9 ± 9,4	41,7 ± 8,1
Có	47,0 ± 5,5	42,7 ± 7,3	45,7 ± 9,7	45,1 ± 8,6
Giá trị p	0,020 (c)	0,280 (e)	0,870 (e)	0,060 (c)
Tình trạng dinh dưỡng				
Gầy	42,8 ± 9,1	41,5 ± 8,2	47,9 ± 10,2	41,7 ± 9,6
Bình thường	43,9 ± 8,6	41,2 ± 7,6	46,1 ± 9,1	41,3 ± 7,8
Thừa cân	41,6 ± 8,4	41,1 ± 7,2	45,4 ± 9,7	44,1 ± 7,8
Béo phì	39,6 ± 5,5	38,8 ± 7,6	42,0 ± 10,4	42,9 ± 9,4
Giá trị p	0,003 (a)	0,530 (b)	0,110 (b)	0,080 (a)
Bệnh kèm theo				
Có	43,2 ± 9,1	41,5 ± 7,8	45,7 ± 9,7	41,7 ± 8,3
Không	43,2 ± 7,8	40,7 ± 7,3	46,2 ± 9,2	40,9 ± 7,8
Giá trị p	0,830 (c)	0,290 (e)	0,630 (e)	0,051 (c)

(a) Kiểm định Anova, (b) Kiểm định Kruskal – Wallis, (c) Kiểm định Mann – Whitney, (e) Kiểm định t phương sai bằng nhau.

CLCS lĩnh vực sức khỏe thể chất: ở nhóm tuân thủ chế độ ăn đối với người bệnh THA cao hơn nhóm bệnh nhân không tuân thủ ($p < 0,05$), ở nhóm cân nặng bình thường cao hơn nhóm thừa cân béo phì ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân tăng huyết áp. Kết quả cho thấy chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trong nghiên cứu ở mức trung bình thấp, điểm CLCS chung của bệnh nhân chỉ đạt $43,0 \pm 8,7$ điểm, trong đó, CLCS lĩnh vực sức khỏe thể chất $43,2 \pm 8,6$ điểm, lĩnh vực sức khỏe tinh thần $41,1 \pm 7,6$ điểm, lĩnh vực mối quan hệ xã hội cao nhất $45,9 \pm 9,5$ điểm, lĩnh vực môi trường sống là $41,9 \pm 8,8$ điểm. Điểm CLCS ở cả 4 lĩnh vực trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số báo cáo tại Việt Nam như nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Vân Anh tại huyện Hóc Môn, thành phố Hồ Chí Minh [1], nghiên cứu của Nguyễn Thị Vi Hằng [4] tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, nghiên cứu của Trần Công Duy năm 2014 tại bệnh viện Chợ Rẫy [3], nghiên cứu của Lê Trường Vĩnh Phúc tại trung tâm Y tế huyện Bến Cầu, tỉnh Tây Ninh [5]... Tuy nhiên, các nghiên cứu quốc tế báo cáo điểm số CLCS trung bình cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [8]... Sự khác biệt về đối tượng tham gia nghiên cứu có thể dẫn đến sự khác biệt về điểm số CLCS nêu trên: bệnh nhân lớn tuổi thường có điểm số CLCS kém hơn so với nhóm bệnh nhân trẻ tuổi hoặc đã được điều trị bệnh trong khoảng thời gian dài.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy rằng CLCS lĩnh vực quan hệ xã hội cao hơn các lĩnh vực khác, tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hồng Diễm [2]. Bệnh tăng huyết áp là bệnh tim mạch rất phổ biến, nhưng các triệu chứng bệnh thường nhẹ nhàng âm thầm, ít ảnh hưởng đến hoạt động xã hội của người bệnh.

Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tuổi và nhóm tuổi là yếu tố nguy cơ có liên quan với tất cả các lĩnh vực sức khỏe. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân THA có tuổi càng cao thì điểm chất lượng cuộc sống càng giảm. Kết quả này là phù hợp với đặc điểm tâm sinh lý của con người: trong quá trình già hóa, các nguy cơ có hại cho sức khỏe ngày càng gia tăng do sự thay đổi của cơ thể về mặt sinh lý và cơ năng, khiến con người trở nên dễ tổn thương trước các bệnh mạn tính không lây, ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [3],[5],[9], ...

Về giới tính, kết quả cho thấy CLCS của nam thường thấp hơn nữ, có lẽ do công việc nam giới thường hoạt động nhiều thể lực hơn, nam giới cũng thường có các mối quan hệ xã hội giao tiếp rộng rãi hơn nhưng khi mắc bệnh, họ thường cảm thấy bị hạn chế nhiều hơn.

Về học vấn, trình độ học vấn cao là một yếu tố ảnh hưởng tích cực đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân THA ở lĩnh vực Sức khỏe tổng quát và Sự đau đớn. Kết quả tìm thấy là tương tự với các nghiên cứu trước [3],[5],[7],[9]... Bệnh nhân THA có trình độ học vấn cao sẽ có sự nhận thức và hiểu biết về bệnh tật tốt hơn, do vậy, họ có tâm lý dễ thích nghi với bệnh và tuân thủ điều trị tốt hơn so với những người có trình độ học vấn thấp. Kết quả trên cũng phần nào cho thấy tính hiệu quả của hoạt động giáo dục bệnh nhân trong việc tạo cho họ cảm giác yên tâm khi đối mặt với bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, về CLCS lĩnh vực sức khỏe tinh thần, nhóm bệnh nhân độc thân mới là nhóm có điểm số chất lượng cuộc sống cao nhất, kế đến là nhóm đang sống chung với vợ/chồng, thấp nhất là nhóm ly thân/ly dị/góa. Có thể giải thích kết quả này do nhóm bệnh nhân độc thân không bị ràng buộc quá nhiều bởi các mối quan hệ xã hội, không gặp áp lực do đời sống gia đình tạo ra, do đó phần nào họ cảm thấy tự do, thoải mái hơn, nhất là về mặt tinh thần.

Ngoài ra kết quả phân tích cho thấy mối liên quan giữa CLCS lĩnh vực sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần với đặc điểm nghề nghiệp, tuân thủ điều trị, hút thuốc lá, tập thể dục. Một số yếu tố có mối liên quan đến CLCS lĩnh vực môi trường sống như giới tính, tình trạng hôn nhân. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của tác giả ở Long An năm 2013 trên 275 trường hợp người bệnh tăng huyết áp từ 50 tuổi trở lên [9]. Nghiên cứu theo dõi dọc ở người cao tuổi bệnh tăng huyết áp tại 2 xã Vĩnh Lộc A và Vĩnh Lộc B huyện Bình Chánh thành phố Hồ Chí Minh (2017) cũng cho thấy có mối liên quan giữa CLCS với tôn giáo, trình độ học vấn, kinh tế gia đình, bệnh trong tháng, tự đánh giá sức khỏe, tình trạng dinh dưỡng, bệnh kèm theo, uống rượu và tập thể dục.

Trong nghiên cứu, CLCS thấp hơn ở nhóm thừa cân béo phì, người bệnh tăng huyết áp khi bị thừa cân/béo phì, thường kèm theo các rối loạn lipid máu làm ảnh hưởng đến việc kiểm soát huyết áp và kéo theo các biến chứng nguy hiểm như đột quỵ, tai biến mạch máu não. Ngoài ra, thừa cân/béo phì còn là nguy cơ gây ra nhiều bệnh mạn tính khác (đái tháo đường, ung thư,...), hạn chế khả năng vận động.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ở mức trung bình thấp, điểm CLCS chung của bệnh nhân là $43,0 \pm 8,7$ điểm, trong đó, CLCS lĩnh vực sức khỏe thể chất $43,2 \pm 8,6$ điểm, lĩnh vực sức khỏe tinh thần $41,1 \pm 7,6$ điểm, lĩnh vực mối quan hệ xã hội cao nhất $45,9 \pm 9,5$ điểm, lĩnh vực môi trường sống là $41,9 \pm 8,8$ điểm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm số CLCS giữa các nhóm bệnh nhân chia theo tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, mắc bệnh kèm theo, thừa cân béo phì, các hành vi hút thuốc, uống rượu bia và tập thể dục thể thao. Cần chú ý cải thiện CLCS của bệnh nhân trong khám chữa bệnh và nên xem chỉ số CLCS của bệnh nhân như là bổ sung quan trọng để đánh giá hiệu quả công tác quản lý điều trị bệnh THA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Ngọc Vân Anh, Tô Gia Kiên, Tô Gia Quyền (2012) "Độ tin cậy và tính giá trị của WHOQOL-BREF ở người lớn tuổi có huyết áp bình thường và huyết áp cao". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 6 (1), tr.356-364.
2. Nguyễn Ngọc Hồng Diễm, Tô Gia Kiên, Huỳnh Ngọc Vân Anh (2015) "Chất lượng sống của người tăng huyết áp". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 19 (1), tr. 8-13.
3. Trần Công Duy, Châu Ngọc Hoa (2014) Chất

- lượng cuộc sống ở bệnh nhân tăng huyết áp. Tổng hợp từ nghiên cứu trên lâm sàng, học Chuyên đề tim mạch, Hội Tim mạch Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Nguyễn Thị Vi Hằng (2017) Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương thành phố Hồ Chí Minh, Khóa luận Tốt nghiệp Bác sĩ Y học Dự phòng, Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
 5. Lê Trường Vĩnh Phúc, Nguyễn Thái Hà (2018) "Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp đến khám bệnh ngoại trú tại trung tâm Y tế huyện Bến Cầu, tỉnh Tây Ninh năm 2016". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, Tập 22 (Số 1), tr.190-196.
 6. Thuận N.T. (2017) Chất lượng cuộc sống của người cao tuổi bệnh tăng huyết áp và các yếu tố liên quan tại hai xã Vĩnh Lộc A và Vĩnh Lộc B, huyện Bình Chánh, thành phố Hồ Chí Minh Năm 2017, Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr.125.
 7. Trần Kim Trang (2011) "Chất lượng cuộc sống ở người tăng huyết áp". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 15 (1), 104-111.
 8. Carvalho M.V.d., Siqueira L.B., Sousa A.L.L., et al. (2013) "The influence of hypertension on quality of life". Arquivos brasileiros de cardiologia, 100 (2), 164-174.
 9. Ha N.T., Duy H.T., Le N.H., et al. (2014) "Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community". BMC Public Health, 14 (1), 833.

NGHIÊN CỨU XÁC ĐỊNH CHỦNG NẤM GÂY BỆNH NẤM THÂN

Phạm Thị Thu Hà*, Trần Cẩm Vân**, Đặng Văn Em***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các chủng nấm gây bệnh nấm thân mình và mối liên quan với lâm sàng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 07/2018 đến 06/2019. **Đối tượng và phương pháp:** 160 bệnh nhân nấm thân có xét nghiệm soi trực tiếp dương tính được tiến hành định danh chủng nấm phương pháp nuôi cấy trên môi trường SDA, định danh dựa trên hình ảnh khuẩn lạc, bào tử lớn, bào tử nhỏ. **Kết quả:** Nuôi cấy với tỉ lệ nấm mọc là 72,5%, xác định được 3 chủng Trichophyton 96,5%, Microsporum 2,6% Epidermophyton 0,9%, và 10 loài bao gồm T. tonsurans (45,7%), T. mentagrophytes (23,3%). Chủng nấm T. tonsurans thường gặp nhất, đặc biệt ở thời gian bị

bệnh trên 6 tháng (54,7%), vị trí tổn thương ở lưng (56%), diện tích tổn thương từ 2-5% (66,0%), mức độ bệnh vừa và nặng (94,4%). Chủng T. mentagrophytes chủ yếu ở chi trên (48,1%) và không gặp ở mức độ bệnh nhẹ. **Kết luận:** T. tonsurans thường gặp ở bệnh nhân nấm thân, liên quan với thời gian mắc bệnh kéo dài, mức độ bệnh vừa và nặng.

Từ khóa: nấm thân, T. tonsurans, T. mentagrophytes.

SUMMARY

DISTRIBUTION OF DERMATOPHYTES IN PATIENTS WITH TINEA CORPORIS

Objectives: To identify of dermatophytes species from tinea corporis and relation with clinical characteristic. **Population and methods:** One hundred sixty patients with tinea corporis who was positive with direct examination, were isolated by culture on SDA, identified based on the characteristic of colonies, large spores, small spores. **Results:** Identification of fungal strain by culture: the growth rate was 72.5%; included 3 strains: Trichophyton 96.5%, Microsporum 2.6% Epidermophyton 0.9% and 10 species included T. tonsurans (45.7%), T. mentagrophytes (23.3%). T. tonsurans was the most

*Bệnh viện Trí Đức

** Bệnh viện Da liễu Trung Ương

***Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Cẩm Vân

Email: trancamvan.dl@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2019

Ngày duyệt bài: 16.9.2019

common species, especially with duration of disease over 6 month 54.7%, in back 56%, the lesion area which had 2-5% (66.0%), and degree of disease from moderate to severe 94.4%. *T. mentagrophytes* had been found majority in upper limbs 48.1% and were not in mild degree of disease. **Conclusion:** *T. tonsurans* was most common in patient with tinea corporis.

Key words: Tinea corporis, *T. tonsurans*, *T. mentagrophytes*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nấm nông (Dermatophytes) là vi nấm hiếu khí có thể xâm nhập và gây bệnh ở lớp sừng của da, tóc và móng. Bệnh do nấm bao gồm nấm thân (tinea corporis), nấm da đầu (tinea capitis), nấm ben (tinea cruris), nấm bàn tay (tinea manus), nấm bàn chân (tinea pedis), nấm râu (tinea barbae) và nấm móng (tinea unguium). Căn nguyên gây bệnh chủ yếu là *Trichophyton*, *Microsporum* và *Epidermophyton*, trong đó có sự khác nhau giữa các thể bệnh. Nấm thân là bệnh phổ biến nhất tại các nước nhiệt đới và cận nhiệt đới trong đó có Việt Nam. Những năm qua, tại Ấn độ cho thấy sự gia tăng các bệnh nhiễm nấm nông trên da với sự thay đổi trong phân bố các

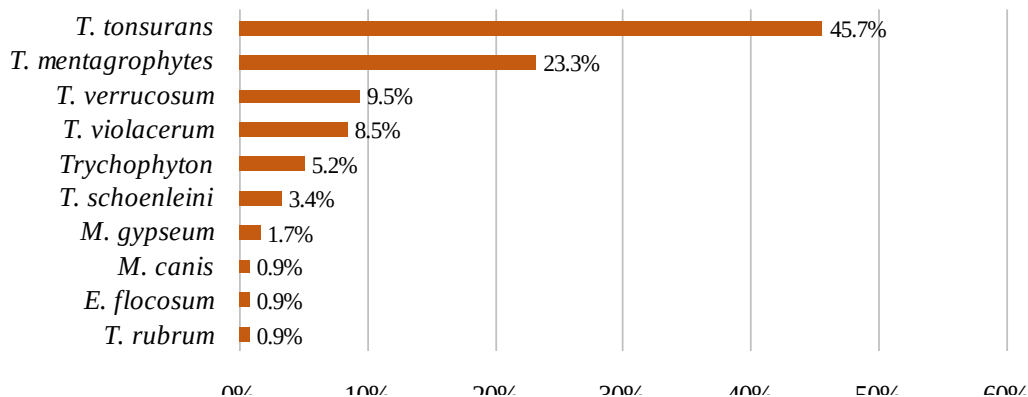
chủng nấm gây bệnh theo xu hướng ngày càng tăng các loài không phổ biến [1]. Trước đây, chủng *T. rubrum* thường được mô tả như một căn nguyên chính gây bệnh theo các báo cáo từ 32-60% trường hợp [2]. Theo Weon J. H. (2016), *T. tonsurans* có xu hướng bùng phát tại Hàn Quốc đặc biệt trong bệnh nấm thân với tỉ lệ rất cao 49,3% [3]. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu xác định các chủng nấm nông gây bệnh nấm thân mình và mối liên quan với lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 160 bệnh nhân nấm thân có xét nghiệm soi trực tiếp dương tính đến khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 7/2018 đến 6/2019. Các mẫu bệnh phẩm vảy da tiến hành nuôi cấy định danh trên môi trường thạch SDA, định danh dựa trên đặc điểm khuẩn lạc, bào tử nhỏ, bào tử lớn. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 và các test thống kê y học, xác định tỉ lệ các chủng nấm nông gây bệnh nấm thân.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Từ 160 mẫu bệnh phẩm vảy da của bệnh nhân nấm thân, có 116 trường hợp nấm mọc chiếm lệ 72,5%.



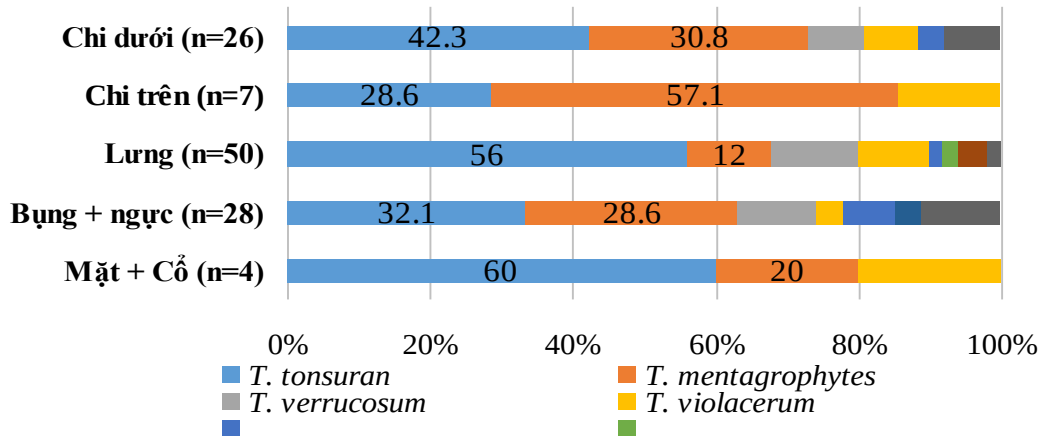
Biểu đồ 1. Phân bố các chủng nấm gây bệnh (n=116)

Nhận xét: Trên 116 mẫu nuôi cấy xác định được 10 loài trong đó chiếm chủ yếu là *T. tonsurans* với tỷ lệ 45,7%; tiếp theo là *T. mentagrophytes* (23,3%); chiếm tỷ lệ thấp nhất là chủng *E. floccosum*, *M. canis*, với cùng tỷ lệ 0,9%.

Bảng 1. Phân bố chủng nấm gây bệnh theo thời gian bị bệnh (n=116)

Loài	< 3 tháng		3-6 tháng		> 6 tháng		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>T. tonsurans</i>	13	24,5	11	20,8	29	54,7	53	100
<i>T. mentagrophytes</i>	6	22,2	3	11,1	18	66,7	27	100
<i>T. verrucosum</i>	4	36,4	0	0	7	63,6	11	100
<i>T. violaceum</i>	0	0	2	20,0	8	80,0	10	100
Các chủng nấm khác	4	26,6	1	6,7	10	66,7	15	100
Tổng	27	23,3	17	14,7	72	62,1	116	100

Nhận xét: Thời gian bị bệnh trên 6 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất 62,1%. Trong đó, chủ yếu là *T. tonsurans* (chiếm 54,7%) và *T. mentagrophytes* (66,7%). *M. gypsum*, *M. canis*, *E. floccosum* chỉ gặp ở thời gian bị bệnh dưới 3 tháng.



Biểu đồ 2. Phân bố chủng nấm gây bệnh theo vị trí tổn thương (n=116)

Nhận xét: Vị trí tổn thương thường gặp ở lưng với chủ yếu *T. tonsurans* (56%). Chi trên chủ yếu gặp chủng *T. mentagrophytes* (57,1%)

Bảng 2. Phân bố chủng nấm gây bệnh theo diện tích tổn thương (n=116)

Loài	<1%		2-5%		>5%		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>T. tonsurans</i>	15	28,3	35	66,0	3	5,7	53	100
<i>T. mentagrophytes</i>	7	25,9	13	48,1	7	25,9	27	100
<i>T. verrucosum</i>	2	18,2	7	63,6	2	18,2	11	100
<i>T. violacerum</i>	1	10,0	6	60,0	3	30,0	10	100
Các chủng nấm khác	5	33,3	8	53,3	2	13,4	15	100
Tổng	30	25,9	69	59,5	17	1,7	116	100

Nhận xét: Diện tích tổn thương chiếm tỉ lệ cao nhất là từ 2-5% với 59,5%, trong đó chủ yếu gặp *T. tonsurans* (66,0%) và *T. mentagrophytes* (48,1%).

Bảng 3. Phân bố chủng nấm gây bệnh theo mức độ bệnh (n=116)

Loài	Nhẹ		Vừa		Nặng		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>T. tonsurans</i>	3	5,7	24	45,3	26	49,1	53	100
<i>T. mentagrophytes</i>	0	0	12	44,4	15	55,6	27	100
<i>T. verrucosum</i>	0	0	10	90,9	1	9,1	11	100
<i>T. violacerum</i>	0	0	6	60,0	4	40,0	10	100
Các chủng nấm khác	1	6,7	8	53,3	6	40,0	15	100
Tổng	4	3,4	60	51,7	52	44,8	116	100

Nhận xét: Các chủng nấm gây bệnh gặp chủ yếu ở nhóm bệnh mức độ vừa và nặng (96,6%). Trong đó, *T. tonsurans* và *T. mentagrophytes* tỷ lệ cao (49,1% và 55,6%).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 7/2018 đến tháng 6/2019, tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, có 175 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng nấm thân, trong đó xét nghiệm soi trực tiếp dương tính ở 162 bệnh nhân (92,6%). Chúng tôi nuôi cấy trên 160 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, kết quả nấm mọc ở 116 trường hợp, chiếm tỉ lệ 72,5%.

Nấm thân là tình trạng nhiễm nấm nông (dermatophytes) ở lớp sừng của da trên thân mình và các chi ngoại trừ lông, tóc, móng và các nếp gấp. *T. rubrum* là loài thường được mô tả như căn nguyên chính [4]. Nghiên cứu của chúng tôi phân lập trên 116 mẫu khuẩn lạc của bệnh nhân nấm thân, xác định được 10 loài (biểu đồ 1). Trong đó, *T. tonsurans* là loài phổ biến nhất chiếm 45,7%, tiếp đến là *T. mentagrophytes* 23,3%. Nghiên cứu hồi cứu

Weo J. L. tại Hàn Quốc cho thấy bệnh nấm thân rất thường gặp, do loài *T. tonsurans* gây nên. Nghiên cứu chỉ ra trong 10 năm từ 2004-2014, tỉ lệ nhiễm *T. tonsurans* không đổi, duy trì đều mức 0,02-0,07% trong bệnh da liễu nói chung [3]. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận sự phổ biến của loài *T. mentagrophytes* với tỉ lệ 23,3%. Tại Ấn độ, theo Pathania S. (2018), *T. mentagrophytes* là loài thường gặp ở bệnh nhân nhiễm nấm tái phát với tỉ lệ 40% [5]. Chúng tôi cho rằng, kết quả nghiên cứu là phù hợp, nguyên nhân có thể sự thiếu quản lý trong sử dụng thuốc điều trị đặc biệt là các thuốc bôi corticoid có thể dẫn tới sự gia tăng các bệnh lý nhiễm nấm do *T. mentagrophytes*.

Nghiên cứu này chúng tôi gặp chủ yếu bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 6 tháng (62,1%) (bảng 1) với loài thường gặp là *T. tonsurans* (29/72=40,0%). Kết quả cao hơn so với Nguyễn Thái Dũng (2017) khi thời gian mắc bệnh tương đối đồng đều ở 3 nhóm, xấp xỉ 33% [6]. Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả trên các bệnh nấm da nói chung bao gồm cả nấm thân nên có sự khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả biểu đồ 2 cho thấy vị trí thương tổn bệnh nấm thân thường gặp ở lưng (50/116=43,1%), ít gặp nhất ở mặt cổ (4/116=3,4%). Kết quả này tương tự như Nguyễn Thái Dũng (2017) với tỉ lệ bệnh cao nhất ở vùng thân 74,4%, thấp nhất ở mặt 12,5% [6]. Tuy nhiên, chúng tôi gặp chủ yếu *T. tonsurans* ở các vị trí thương tổn khác nhau, trong đó chủ yếu lưng, ngực, bụng. Trong nghiên cứu tại Hàn Quốc của Weon J. H., tác giả nhận thấy vị trí thường gặp nhất của *T. tonsurans* là ở vùng mặt (25,9%) tiếp theo là cánh tay, cổ, lưng và ngực [3]. Sự khác biệt về vị trí địa lý, khí hậu dẫn tới sự phân bố chủng nấm khác nhau.

Kết quả bảng 2 cho thấy, nấm nông gây bệnh nấm thân với diện tích không lớn, chủ yếu từ 2-5% diện tích cơ thể. Kết quả của chúng tôi tương tự với Nguyễn Thái Dũng, diện tích tổn thương dưới 5 bàn tay là chủ yếu với tỉ lệ 90,2% [6]. Kết quả này phù hợp với Pathania S. (2018), diện tích thương tổn dưới 5% cơ thể là chủ yếu, chiếm tỉ lệ 60,7% [5]. Chúng tôi cho rằng mặc dù thời gian diễn biến bệnh lâu (chủ yếu trên 6 tháng) tuy nhiên diện tích thương tổn ít, có thể là lý do khiến cho bệnh nhân đến viện muộn.

Trong các nghiên cứu khác nhau, các tác giả nhận thấy mối liên quan giữa chủng nấm và mức độ bệnh. Sở dĩ bởi vì mỗi chủng nấm có loại kháng nguyên khác nhau, gây ra các đáp ứng miễn dịch ở vật chủ khác nhau, dẫn tới mức độ

bệnh từ nhẹ đến nặng. Tại Việt Nam, các tác giả đánh giá mức độ bệnh chủ yếu dựa vào diện tích thương tổn. Kết quả của Nguyễn Thái Dũng chỉ có 9,8% mức độ nặng, phổ biến là mức độ nhẹ và vừa với 90,2% [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3 chỉ ra rằng có 96,6% bệnh nhân mức độ bệnh vừa và nặng có sự khác biệt với tác giả. Sự khác biệt này là do chúng tôi sử dụng bộ thang điểm đánh giá của Priyanka Sharma (2019) dựa trên 3 tiêu chí đỏ da, vảy da và ngứa với tổng điểm từ 0-9 [7]. Chúng tôi thấy *T. tonsurans* là loài thường gặp ở mức độ bệnh vừa và nặng (94,3%). Các chủng nấm *T. mentagrophytes*, *T. verrucosum*, *T. violaceum* không gặp ở mức độ bệnh nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Nuôi cấy từ thương tổn bệnh nhân nấm thân có tỉ lệ mọc cao, 72,5%, xác định được 10 loài bao gồm *T. tonsurans* (45,7%), *T. mentagrophytes* (23,3%). Trong đó, chủng nấm *T. tonsurans* thường gặp nhất, đặc biệt ở thời gian bị bệnh trên 6 tháng (54,7%), vị trí tổn thương ở lưng (56%), diện tích tổn thương từ 2-5% (66,0%), mức độ bệnh vừa và nặng (94,4%). Chủng *T. mentagrophytes* chủ yếu ở chi trên (48,1%) và không gặp ở mức độ bệnh nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. K. Sahoo, R. Mahajan (2016)**, Management of tinea corporis, tinea cruris, and tinea pedis: A comprehensive review, *Indian Dermatol Online J*, 7(2), 77-86.
2. **K. W. Foster, M. A. Ghannoum, B. E. Elewski (2004)**, Epidemiologic surveillance of cutaneous fungal infection in the United States from 1999 to 2002, *J Am Acad Dermatol*, 50(5), 748-752.
3. **W. J. Lee, H. B. Sim, Y. H. Jang et al (2016)**, Skin Infection due to *Trichophyton tonsurans* Still Occurs in People in Korea but not as Outbreaks, *J Korean Med Sci*, 31(2), 296-300.
4. **Lê Hữu Doanh (2018)**. Các bệnh nấm nông. *Bệnh học da liễu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tập 1, 287-302.
5. **S. Pathania, S. M. Rudramurthy, T. Narang et al (2018)**, A prospective study of the epidemiological and clinical patterns of recurrent dermatophytosis at a tertiary care hospital in India, *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 84(6), 678-684.
6. **Nguyễn Thái Dũng (2017)**, Nghiên cứu một số đặc điểm và kết quả điều trị nấm da ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại trung tâm chống Phong-Da liễu Nghệ An 2015-2016, Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Priyanka Sharma, Mala Bhalla, Gurvinder P. Thami et al (2019)**, Evaluation of efficacy and safety of oral terbinafine and itraconazole combination therapy in the management of dermatophytosis, *Journal of Dermatological Treatment*, 1-5

HIỆU QUẢ CỦA FLUTICASONE PROPIONATE TRONG ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG HEN PHẾ QUẢN Ở TRẺ TRÊN 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đậu Thị Hội¹, Nguyễn Thị Diệu Thúy², Lê Thị Thu Hương³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kiểm soát hen là vấn đề then chốt trong điều trị và dự phòng hen. Fluticasone propionate là Corticosteroid dạng hít được sử dụng trong dự phòng hen phế quản ở trẻ em. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của Fluticasone propionate trong điều trị dự phòng hen phế quản ở trẻ trên 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. **Đối tượng:** 72 trẻ trên 5 tuổi được chẩn đoán hen phế quản chưa được điều trị dự phòng hoặc bỏ dự phòng trên 3 tháng tại phòng khám hen bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 6- 2018 đến tháng 5-2019. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu can thiệp có so sánh trước sau tại các thời điểm ban đầu, sau 1 tháng và 3 tháng điều trị dự phòng. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát hen theo GINA tốt dần theo thời gian điều trị dự phòng 1 tháng, 3 tháng là: 25% và 70,8% ($p < 0,001$). Điểm kiểm soát hen theo điểm ACT cũng tăng dần tương ứng 18 điểm; 23 điểm và 25 điểm. Chức năng hô hấp cải thiện dần theo thời gian, với FEV1 lần lượt là $85,6 \pm 16,72\%$; $94,56 \pm 18,2\%$ và $99,86 \pm 13,89\%$; PEF lần lượt là $72,84 \pm 18,21\%$; $80,12 \pm 16,39\%$ và $86,74 \pm 14,07\%$. Bệnh hen cải thiện đáng kể sau 3 tháng điều trị dự phòng. **Kết luận:** Fluticasone propionate là Corticosteroid có hiệu quả tốt trong dự phòng hen phế quản ở trẻ em.

Từ khóa: Hen phế quản, trẻ em, fluticasone propionate

SUMMARY

THE EFFICACY OF FLUTICASONE PROPIONATE IN THE PROPHYLACTIC TREATMENT OF CHILDREN WITH ASTHMA OVER 5 YEARS OF AGE AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Abstract: Asthma control plays an important role in treatment and prevention of asthma. Fluticasone propionate is an Inhaled corticosteroid (ICS) is applied for management of childhood asthma. Objective: To assess the efficacy of Fluticasone propionate in the prevention of asthma in children over 5 years of age at the Vietnam national Children's Hospital from June 2018 to June 2019. Methods: There was an interventional study in 72 children with asthma which were prophylactic treated with Fluticasone propionate. Children was re-evaluated after 1 month and 3 months to assess asthma control. Results: The

proportion of asthma control in children was increased after 1 month and 3 months of prevention according to GINA criteria, with 25% and 70.8% respectively ($p < 0.001$). Asthma control score according to ACT was also increased (18, 23 and 25 respectively). Lung functions were also improved over time, FEV1 was $85,6 \pm 16,72\%$; $94,56 \pm 1,2\%$ and $99,86 \pm 13,89\%$ respectively; PEF were $72,84 \pm 18,21\%$; $80,12 \pm 16,39\%$ and $86,74 \pm 14,07\%$, respectively. The severity of asthma was improved after 3 months of treatment. Conclusions. Fluticasone propionate is effective in asthma control in children.

Keywords: Asthma, children, Fluticasone propionate

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản là bệnh viêm mạn tính của đường hô hấp. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi và có xu hướng ngày một gia tăng ở các nước đang phát triển, đặc biệt là ở trẻ em, là gánh nặng kinh tế cho gia đình và xã hội, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [1]. "Bệnh hen không thể chữa khỏi nhưng hoàn toàn có thể được kiểm soát", đây là thông điệp trong chẩn đoán và điều trị hen của Tổ chức Toàn cầu phòng chống hen (GINA). Vì vậy, việc phát hiện sớm, kiểm soát và điều trị dự phòng hen là hết sức cần thiết. Sự ra đời của corticosteroid dạng hít (ICS) là một cột mốc quan trọng trong điều trị dự phòng hen. Theo hướng dẫn hiện hành ICS là thuốc đầu tiên trong điều trị chống viêm mạn tính đường thở. Đặc biệt hiệu quả lâm sàng của fluticasone propionate (FP) trong điều trị dự phòng hen ở trẻ em đã được khẳng định trong nhiều nghiên cứu. Thuốc làm giảm đáng kể các triệu chứng và đợt cấp của bệnh hen, cải thiện chức năng hô hấp. Cho dù có nhiều thuốc mới trong điều trị dự phòng hen việc sử dụng corticosteroid dạng hít vẫn là nền tảng của kiểm soát hen, nhất là ở trẻ em [2]. Theo khuyến cáo của GINA, sử dụng ICS dạng hít đơn thuần có tác dụng tốt trong kiểm soát hen mức độ nhẹ và vừa. Tuy nhiên, mặc dù GINA cập nhật liên tục về hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng hen, nhưng tỷ lệ hen được kiểm soát vẫn chưa cao, chỉ đạt được từ 5-40% [3]. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "Hiệu quả của Fluticasone propionate trong điều trị dự phòng hen phế quản ở trẻ trên 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung Ương" với mục tiêu đánh giá hiệu quả của Fluticasone propionate trong điều trị dự phòng hen phế quản ở trẻ em.

¹Bệnh viện sản nhi Nghệ An

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.9.2019

Ngày duyệt bài: 10.9.2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian nghiên cứu: 01/6/2018 – 31/5/2019.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám tư vấn hen của Bệnh viện Nhi Trung Ương

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân > 5 tuổi được chẩn đoán hen theo GINA 2018. Hen từ bậc 2 trở lên. Chưa dùng hoặc đã ngừng thuốc dự phòng trước đó ít nhất 3 tháng. Bệnh nhân và bố mẹ bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ hen phế quản đồng mắc các bệnh nặng khác như suy tím, suy thận, cường giáp, rối loạn tâm thần...

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu can thiệp, có so sánh trước sau. Bệnh nhân được đánh giá lại tình trạng kiểm soát hen sau 1 tháng (T1) và 3 tháng (T3) điều trị dự phòng. Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập theo một bệnh án mẫu thống nhất.

2.5. Mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện. Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chỉ định điều trị dự phòng bằng Fluticasone propionate đơn thuần.

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu: Các chỉ số để đánh giá tình trạng kiểm soát hen như GINA, thang điểm ACT, chỉ số chức năng hô hấp (FEV1, FVC, PEF), bậc hen trước và sau điều trị.

2.7. Quản lý, phân tích số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Các kết quả được tính toán theo tỷ lệ phần trăm, so sánh các tỷ lệ, mối tương quan giữa các biến số. Các test nghiên cứu: χ^2 test, T test với $p < 0,05$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 5 năm 2018 đến tháng 6 năm 2019, có 72 bệnh nhân đến khám và điều trị dự phòng hen đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được khám tại 3 thời điểm T0 (thời điểm ban đầu), T1 (tái khám sau 1 tháng), T3 (tái khám sau 3 tháng).

Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Tuổi		
Trung vị (Min- Max)	8 (5 – 14)	

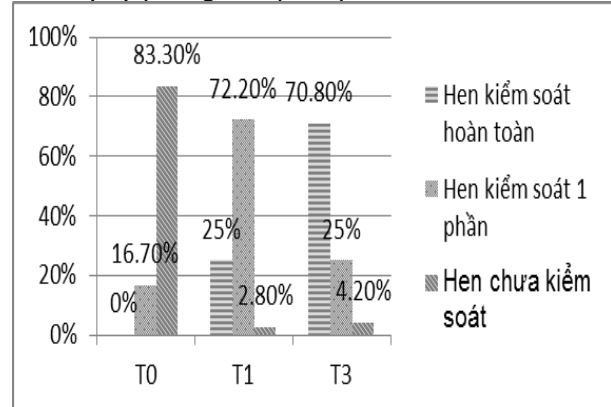
Bảng 3.3. Thay đổi chức năng hô hấp trước và sau điều trị

Đặc điểm	T0	T1	T3	p
n	44	25	43	
FVC %	88,9±15,16	95,88±17,13	101,58±16,34	$p_{(T0,T1)}=0,002$ $p_{(T0,T3)}=0,001$
FEV1 %	88,3±16,65	94,56±18,2	99,86±13,89	$p_{(T0,T1)}=0,007$ $p_{(T0,T3)}=0,001$

Giới	Nam	47	65,3
	Nữ	25	34,7
Nơi sống	Thành phố	34	47,2
	Nông thôn	38	52,8
Điều trị dự phòng	Chưa điều trị	52	73,6
	Bỏ thuốc hơn 3 tháng	19	26,4
Tổng		72	100

Nhận xét: Trẻ nam chiếm tỷ lệ 65,3%; Tỷ lệ nam/ nữ là: 1,9/1. Trong số bệnh nhân nghiên cứu có 73,6% chưa điều trị dự phòng và 26,4% bỏ thuốc điều trị dự phòng trên 3 tháng.

Hiệu quả của Fluticasone propionate trong điều trị dự phòng hen phế quản



Biểu 3.1. Tỷ lệ kiểm soát hen theo GINA theo thời gian điều trị

Nhận xét: Sau 3 tháng, mức độ kiểm soát hen hoàn toàn tăng dần, lần lượt theo thứ tự ở các thời điểm T0, T1, T3 là 0%, 25% và 70,8%. Hen chưa kiểm soát giảm từ 83,3% ở thời điểm T0 xuống 4,2% ở thời điểm T3.

Bảng 3.2. Điểm kiểm soát hen theo thời gian điều trị dự phòng theo thang điểm ACT

Thời gian	T0	T1	T3
AC			
T			
n	72	72	72
Trung vị (Min – Max)	18 12 – 23	23 12–27	25 18 – 27
p	$P_{(T0,T1)} = 0,0001$; $P_{(T0,T3)} = 0,0001$ $P_{(T1,T3)} = 0,0001$		

Nhận xét: Điểm ACT tăng dần theo thời gian điều trị, tại thời điểm T0, điểm ACT là 18 điểm (hen chưa kiểm soát), tại thời điểm T1 là 23 điểm và T3 là 25 điểm (hen có kiểm soát), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

FEV1/ FVC %	99,49±11,30	98,97±9,98	98,95±8,43	$p_{(T0,T1)}=0,91$ $p_{(T0,T3)}=0,78$
PEF %	76,57±16,89	80,12±16,39	86,74±14,07	$p_{(T0,T1)}=0,088$ $p_{(T0,T3)}=0,002$

Nhận xét: Các chỉ số của chức năng hô hấp (FEV1, FVC, PEF) đều cải thiện theo thời gian điều trị dự phòng

Phân bố bậc hen lần lượt theo thứ tự bậc 1, bậc 2, bậc 3 tại thời điểm T0 là 0%; 61,1%; 38,9%; tại thời điểm T1 là 0%; 62,5%, 37,5% và thời điểm T3 là 8,3%, 76% và 15,30%. Số lượng trẻ hen nặng (tỷ lệ hen bậc 3) giảm rõ sau 3 tháng điều trị dự phòng.

IV. BÀN LUẬN

Có 72 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ trẻ trai/gái nhiều hơn trẻ gái với tỷ lệ trai/gái là 1,9/1, kết quả này phù hợp với nghiên cứu khác [4]. Trong nghiên cứu này, sự phân bố bệnh nhân ở thành phố và nông thôn không có sự khác biệt.

Tỷ lệ kiểm soát hen hoàn toàn theo GINA trong nghiên cứu của chúng tôi ở các thời điểm T0, T1, T3 lần lượt là 0%, 25% và 70,8%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Lê Thị Minh Hương tại bệnh viện Nhi Trung Ương, với tỷ lệ bệnh nhân hen kiểm soát tốt dần theo thời gian điều trị dự phòng lần lượt 51,9%; 72,5% sau 1 tháng và 3 tháng [4]. Nghiên cứu của Bateman trên trẻ hen phế quản chưa dùng ICS trước đó, sau 12 tuần dự phòng bằng Fluticasone propionate, tỷ lệ bệnh nhân được kiểm soát tốt hoặc kiểm soát một phần là 85% [5]. Đánh giá điểm kiểm soát hen theo thang điểm ACT, ta thấy tại thời điểm T0 là 18 điểm (tương đương với hen chưa kiểm soát). Sau 1 tháng điều trị dự phòng, điểm ACT là 23 điểm, sau 3 tháng là 25 điểm (hen có kiểm soát). Như vậy, điểm ACT tăng lên có ý nghĩa thống kê sau điều trị dự phòng với $p < 0,001$. Khi phân mức độ kiểm soát hen thành kiểm soát tốt ($ACT \geq 20$ điểm) và chưa được kiểm soát ($ACT < 20$ điểm) ta có kết quả tương ứng là 81,1% và 88,9% hen kiểm soát tốt sau 1 và 3 tháng điều trị. Kết quả này tương đương trong nghiên cứu của Dương Thị Hương Ly về mức độ đáp ứng của thuốc ICS trong dự phòng hen phế quản, tỷ lệ kiểm soát tốt lần lượt là 76,47% và 82,35% sau 1 và 3 tháng điều trị [6].

Dùng ICS sớm ở người hen dai dẳng có chức năng hô hấp giảm giúp cải thiện chức năng phổi, phòng ngừa sự tắc nghẽn đường thở không hồi phục. Trong nghiên cứu này, chức năng hô hấp của bệnh nhân được cải thiện rõ sau khi dự

phòng bằng Fluticasone propionate. Nghiên cứu của Hoekx cho thấy PEF ở nhóm bệnh nhân dùng Fluticasone propionate tăng từ 98% lúc ban đầu lên 104% tại 8 tuần [7]. Tỷ lệ phần trăm trung bình FEV1 trong nhóm dự phòng bằng Fluticasone propionate tăng từ 88% đến 92% sau 8 tuần điều trị. Do cải thiện về triệu chứng lâm sàng và chức năng hô hấp, mức độ nặng của hen cũng cải thiện theo thời gian điều trị dự phòng. Tại thời điểm ban đầu, hen bậc 2 chiếm 61,1% và bậc 3 là 38,9%, không có hen bậc 1. Sau 3 tháng điều trị dự phòng 60,7% bệnh nhân hen bậc 3 hạ bậc, nhiều hơn so với khả năng hạ bậc của hen bậc 2 (11,4%). Không thấy bệnh nhân tăng bậc trong thời gian điều trị.

V. KẾT LUẬN

Fluticasone propionate có hiệu quả trong điều trị dự phòng hen phế quản ở trẻ em, tỷ lệ kiểm soát hen tốt dần theo thời gian điều trị dự phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kroegel C. (2007).** Global Initiative for Asthma Management and Prevention--GINA 2006]. Pneumologie, **61(5)**, 295–304.
2. **Bartkowiak-Emeryk M., Breborowicz A., Emeryk A. và cộng sự. (2004).** [Effectiveness and safety of fluticasone propionate in therapy of children suffering from asthma. Part II. Safety aspects of therapy with fluticasone propionate in asthmatic children]. Pol Merkur Lekarski, **17 Suppl 2**, 11–18.
3. **Dempsey O.J., Humphreys M., Coutie W.J. và cộng sự. (2001).** Relative lung delivery of fluticasone propionate via large volume spacer or nebuliser in healthy volunteers. Eur J Clin Pharmacol, **57(9)**, 637–641.
4. **Lê Thị Minh Hương (2007).** Đánh giá bước đầu về tình hình quản lý hen trẻ em tại bệnh viện nhi trung ương. Tạp chí y học Việt Nam, Tr. 157-163.
5. **Bateman E.D., Busse W., Pedersen S.E. và cộng sự. (2019).** Global Initiative for Asthma 2016-derived asthma control with fluticasone propionate and salmeterol: A Gaining Optimal Asthma Control (GOAL) study reanalysis. Annals of Allergy, Asthma & Immunology, **123(1)**, 57-63.e2.
6. **Dương T.L.H. (2016).** Phân tích đa hình gen điều hòa đáp ứng thuốc corticoids trong điều trị hen phế quản ở trẻ em Việt Nam. Kỷ yếu Hội nghị Khoa học tuổi trẻ Khoa Y Dược lần thứ 2 (năm 2015).
7. **Hoekx J.C.M., Hedlin G., Pedersen W. và cộng sự. (1996).** Fluticasone propionate compared with budesonide: a double-blind trial in asthmatic children using powder devices at a dosage of 400 µg/day. European Respiratory Journal, **9(11)**, 2263–2272.

THỰC TRẠNG BỆNH QUANH RĂNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN NGƯỜI CAO TUỔI ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG NĂM 2018-2019

Hoàng Thị Thu Trang*, Vũ Mạnh Tuấn*,
Hà Ngọc Chiêu*, Nguyễn Thị Hồng Minh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng bệnh quanh răng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2018-2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 331 bệnh nhân tại bệnh viện Lão khoa Trung ương được khám lâm sàng và phỏng vấn, ghi nhận dữ liệu thông qua phiếu khám được thiết kế dựa theo nghiên cứu trước đó (WHO 2013). **Kết quả:** 97,6% bệnh nhân có bệnh quanh răng, chỉ số CPI 2 nam và nữ lần lượt là 62,4% và 57,3%, nhóm CPI3 24,8% ở nam và 28,6% ở nữ, nhóm CPI4 ở nam cao hơn nữ với 8,8% và 2,9%, sự khác biệt ở 2 giới có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, CPI2 ở nhóm tuổi 60-64 đạt 77,6%, nhóm 65-74 có 53,6%, nhóm 75+ có 57,3%, chỉ số CPI 0, cả 3 nhóm tuổi đều có tỉ lệ rất thấp từ 0,5-2,1%, không có sự khác biệt về tỉ lệ CPI theo vùng và theo nhóm tuổi. Trung bình 1 bệnh nhân có $3,27 \pm 2,17$ vùng lục phân có chỉ số CPI2 với số lượng nhiều nhất. Vệ sinh răng miệng kém làm tăng nguy cơ mắc bệnh quanh răng lên 16,9 lần so với nhóm vệ sinh răng miệng tốt và rất tốt (OR=16,9; CI: 3,62 – 78,9) với $p < 0,01$; chưa tìm thấy mối liên quan của bệnh quanh răng với một số yếu tố cá nhân đặc trưng và bệnh toàn thân. **Kết luận:** tỉ lệ bệnh quanh răng của người cao tuổi đến khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa trung ương ở mức cao, nguy cơ mắc bệnh quanh răng ở nhóm vệ sinh răng miệng kém cao gấp 16,9 lần nhóm vệ sinh răng miệng tốt và rất tốt, chưa tìm thấy mối liên quan của bệnh quanh răng với một số yếu tố cá nhân đặc trưng và bệnh toàn thân.

Từ khoá: bệnh quanh răng, người cao tuổi, viện Lão khoa trung ương, yếu tố liên quan với bệnh quanh răng.

SUMMARY

STATUS PERIODONTAL AND SOME ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS CHECKED AND TREATED IN NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL IN 2018-2019

Objective: To describe the prevalence of periodontitis and some associated factors in patients checked and treated in National Geriatric Hospital in 2018-2019. **Subject and study method:** descriptive cross-sectional study on patients in National Geriatric Hospital, 331 patients were examined and interviewed

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thu Trang

Email: hoangtrang.g26@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2019

Ngày duyệt bài: 17.9.2019

and information was recorded through medical note which was designed after a previous study (WHO 2013). **Result:** 97.6% of patients had periodontitis, CPI2 was 62.4% and 57.3% in male and female respectively, CPI3 was 24.8% and 28.6% in male and female respectively, CPI 4 was higher in male with 8.8% and 2.9% in female, the difference had statistical meaning with $p < 0,05$, CPI2 in group 60-64 was 77.6%, group 65-74 was 53.6%, group 75+ was 57.3%, CPI 0 in those three group was low 0.5-2.1%, there was no difference in CPI among regions and age group. An average patient had 3.27 ± 2.17 sextant regions which had the most prevalence of CP2. Bad hygiene increased the risk of periodontitis 16.9 times comparing with good hygiene and very good hygiene (OR=16.9; CI: 3.62 – 78.9), $p < 0.01$; there was no association between periodontitis and personal factors and systemic diseases. **Conclusion:** the prevalence of periodontitis in patients treated in National Geriatric Hospital was high, the risk of periodontitis in bad hygiene group was 16.9 times higher than good and very good hygiene group. There was no association between periodontitis and personal factors and systemic diseases.

Key words: periodontitis, elderly people, National Geriatric Hospital, relationship with periodontitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê, tỉ lệ mắc bệnh quanh răng tăng dần theo tuổi và đây chính là nguyên nhân gây mất răng chủ yếu ở người cao tuổi, làm ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân, suy giảm chất lượng cuộc sống [1]. Nghiên cứu của Lưu Hồng Hạnh tại Hà Nội năm 2016 cho thấy tỉ lệ bệnh quanh răng tới 86,1% trong đó CPI1 là 10,5%, CPI2 là 59,0%, CPI3 là 12,4%, CPI4 là 1,2% và tỉ lệ mất răng là 73,2% [2]. Bệnh có nhiều yếu tố liên quan như các yếu tố cá nhân đặc trưng, bệnh toàn thân hiện mắc và ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy mối tương tác giữa sức khỏe răng miệng và sức khỏe toàn thân. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu đang đánh giá tình trạng bệnh răng miệng trên nhóm đối tượng chung ngoài cộng đồng mà chưa có các thông tin về bệnh trên những nhóm đối tượng đang điều trị bệnh trong môi trường bệnh viện - đây là nhóm dễ bị tổn thương do đã có sẵn bệnh toàn thân. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: "mô tả thực trạng bệnh quanh răng và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi đến khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa TW".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Là người cao tuổi đến khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2018-2019.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* bệnh nhân có độ tuổi từ 60 trở lên, đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* bệnh nhân mất răng toàn bộ.

2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Nghiên cứu được tiến hành trên 331 bệnh nhân đến khám và điều trị nội trú tại khoa Tim mạch - Hô hấp và khoa Nội tiết – Cơ xương khớp tại bệnh viện Lão khoa trung ương, các bệnh nhân có độ tuổi từ 60 trở lên và không mất răng toàn bộ. Trung bình mỗi tuần số bệnh nhân mới vào viện tại hai khoa là 30 bệnh nhân, do đó, chúng tôi lập danh sách toàn bộ bệnh nhân trong khoa, mỗi tuần chọn ngẫu nhiên 30 bệnh nhân khám và phỏng vấn, số bệnh nhân đã được khám sẽ được loại bỏ khỏi danh sách trong tuần tiếp theo và thêm vào danh sách những bệnh nhân mới vào viện và tiếp tục lựa chọn ngẫu nhiên 30 đối tượng nghiên cứu trong tuần kế tiếp dựa vào danh sách mới.

2.3. Các biến nghiên cứu

- Thông tin về tuổi, đặc trưng cá nhân được phỏng vấn và ghi nhận theo mẫu phiếu.

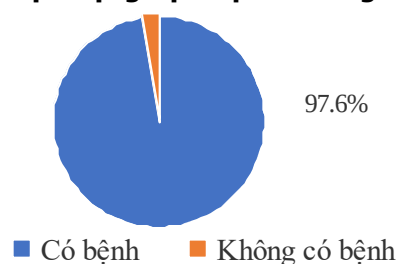
- Giá trị khám lâm sàng về bệnh quanh răng được ghi nhận qua chỉ số CPI, mức độ vệ sinh răng miệng được ghi nhận qua chỉ số OHI.

Tiêu chuẩn ghi nhận bệnh quanh răng được áp dụng theo tiêu chí của WHO 2013 với CPI = 0: mô quanh răng lành mạnh; CPI=1: chảy máu lợi tự nhiên hay ngay sau khi thăm khám, CPI=2: cao răng trên và dưới lợi phát hiện được trong khi thăm dò nhưng toàn bộ vach đen của cây thăm dò túi lợi còn nhìn thấy, CPI=3 túi lợi được thăm dò có độ sâu 4-5mm, CPI=4: độ sâu túi lợi ≥ 6 mm, CPI=X: vùng lục phân bị loại hiện có ít hơn 2 răng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: trong 331 người tham gia nghiên cứu bệnh nhân nữ chiếm 62,25%, nam chiếm 37,8%. Trong đó, nhóm tuổi từ 60-64 chiếm 14,8%, nhóm tuổi từ 65-74 chiếm 29,3% và nhóm tuổi 75+ chiếm 55,9%.

3.2. Thực trạng bệnh quanh răng



Hình 1: Tỷ lệ bệnh quanh răng.

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh quanh răng rất cao chiếm 97,6%, không mắc bệnh quanh răng chiếm 2,4%.

Bảng 3.1. Tỷ lệ CPI theo vùng và theo nhóm tuổi, giới

Nhóm \ CPI	0	1	2	3	4	p (χ^2)
Nam	0,0	4,0	62,4	24,8	8,8	0,02
Nữ	1,9	9,2	57,3	28,6	2,9	
60 - 64	2,0	6,1	77,6	12,2	2,0	0,13
65 - 74	2,1	9,3	53,6	27,8	7,2	
75+	0,5	6,5	57,3	30,8	4,9	

Nhận xét: Chỉ số CPI 2 đều cao nhất ở hai nhóm nam và nữ, lần lượt là 62,4% và 57,3%, nhóm CPI3 cũng chiếm tỷ lệ cao với 24,8% ở nam và 28,6% ở nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Xét về tuổi, ở cả 3 nhóm tuổi đều có chỉ số CPI2 chiếm tỷ lệ cao nhất với nhóm tuổi 60-64 đạt 77,6%, nhóm 65-74 có 53,6% có tỷ lệ thấp nhất. Chỉ số CPI 0 ở cả 3 nhóm đều có tỷ lệ rất thấp từ 0,5-2,1%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ CPI của từng vùng theo nhóm tuổi.

Bảng 3.2. Chỉ số CPI trung bình theo vùng lục phân và theo nhóm tuổi, giới

Nhóm \ CPI	0 (v/n)	1 (v/n)	2 (v/n)	3 (v/n)	4 (v/n)	X (v/n)
Nam	0,53 $\pm$ 1,29	0,53 $\pm$ 1,29	3,55 $\pm$ 2,21	0,46 $\pm$ 0,91	0,09 $\pm$ 0,28	1,22 $\pm$ 1,85
Nữ	0,84 $\pm$ 1,58	0,84 $\pm$ 1,58	3,1 $\pm$ 2,14	0,49 $\pm$ 0,89	0,05 $\pm$ 0,34	1,04 $\pm$ 1,62
p (Ttest)	0,06	0,06	0,07	0,74	0,28	0,35
60 - 64	0,94 $\pm$ 1,61	0,94 $\pm$ 1,61	3,94 $\pm$ 2,06	0,24 $\pm$ 0,66	0,02 $\pm$ 0,14	0,37 $\pm$ 0,97
65 - 74	0,87 $\pm$ 1,7	0,87 $\pm$ 1,7	3,46 $\pm$ 2,2	0,55 $\pm$ 1,08	0,08 $\pm$ 0,31	0,56 $\pm$ 1,23
75+	0,59 $\pm$ 1,31	0,59 $\pm$ 1,31	2,99 $\pm$ 2,15	0,5 $\pm$ 0,83	0,06 $\pm$ 0,36	1,6 $\pm$ 1,91
p (kwallis)	0,31	0,48	0,02	0,06	0,39	0,00

Nhận xét: Trung bình vùng lục phân có CPI2 cao ở cả nam (3,55) và nữ giới (3,1), không có sự khác biệt về giới về trung bình chỉ số CPI theo vùng. Theo nhóm tuổi, vùng lục phân có chỉ số CPI2 có số lượng cao nhất trong cả 3 nhóm và giảm dần theo tuổi và vùng lục phân có số răng ít hơn 2 tăng dần theo tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Liên quan của bệnh quanh răng với một số yếu tố

		Không bệnh		Có bệnh		OR	95%CI
		n	%	n	%		
Nghề nghiệp	Nông dân, Công nhân	6	2,6	226	97,4	1	0,25 – 6,51
	Cán bộ	2	2,0	97	98,0	1,29	
Trình độ học vấn	Không biết chữ Tiểu học	6	3,8	151	96,2	1	0,67 – 17,3
	TH/TC/CD/ĐH	2	1,2	172	98,8	3,42	
Thu nhập hàng tháng	Tích lũy	1	0,7	139	99,3	1	0,02 – 1,57
	Không tích lũy	7	3,7	184	96,3	0,19	
Đột quy	Không	6	2,1	276	97,9	0,51	1,00 – 2,61
	Có	2	4,1	47	95,9		
Loãng xương	Không	6	2,3	257	97,7	1	0,15 – 3,92
	Có	2	2,9	66	97,1	0,77	
ĐTĐ	Không	5	2,3	214	97,7	1	0,20 – 3,62
	Có	3	2,7	109	97,3	0,84	
Hô hấp	Không	7	2,8	245	97,2	1	0,27 – 18,49
	Có	1	1,3	78	98,7	2,23	
p>0,05							
Chỉ số OHI	Rất tốt, Tốt	5	14,7	29	85,3	1	3,62 – 78,9
	TB, Kém	3	1,0	294	99,0	16,9	
p<0,01							

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh quanh răng ở những bệnh nhân có trình độ học vấn cao (từ trung học trở lên) cao hơn những bệnh nhân trình độ học vấn thấp, tuy nhiên không có sự khác biệt $p > 0,05$.

Tỷ lệ mắc bệnh quanh răng cao hơn ở những người có bệnh hô hấp so với những người không mắc bệnh. Tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Nguy cơ mắc bệnh quanh răng trên nhóm bệnh nhân mắc bệnh toàn thân với không mắc là như nhau.

Nguy cơ mắc bệnh quanh răng ở bệnh nhân có chỉ số OHI trung bình và kém cao gấp 16,9 lần so với những bệnh nhân có mức vệ sinh răng miệng tốt và rất tốt.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả tại hình 1 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh quanh răng trong nghiên cứu của chúng tôi là 97,6%, tỷ lệ này được thống kê dựa trên chỉ số CPI 1, 2, 3, 4 được coi là có bệnh. Tỷ lệ bị viêm lợi do cao răng, mảng bám CPI2 cao nhất ở hai giới nam và nữ lần lượt là 62,4% và 57,3%, tỉ lệ mô quanh răng lành mạnh (CPI0) và bệnh quanh răng chỉ ở mức viêm lợi, và túi quanh răng nông ở giới nữ cao hơn nam, túi quanh răng sâu ở bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, có thể thấy mức độ trầm trọng của bệnh viêm quanh răng của nam cao hơn nhóm nữ, mức độ cao răng

mảng bám của bệnh nhân nam cũng cao hơn.

Tỉ lệ này cao hơn nghiên cứu của Lưu Hồng Hạnh (2016) tiến hành trên người cao tuổi Hà Nội (86,1%) [2], và cao hơn nhiều so với một số nghiên cứu thực hiện trên cộng đồng khác như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phương (2012) tại quận Hoàng Mai, Hà Nội (89,2%) [3], nguyên nhân có thể do nghiên cứu thực hiện điều tra trên đối tượng đang ở giai đoạn tiến triển của bệnh toàn thân, mức đáp ứng miễn dịch giảm sút và các thói quen vệ sinh răng miệng của bệnh nhân bị gián đoạn do hạn chế vận động, hoặc điều kiện môi trường sinh hoạt bị thay đổi, ngoài ra tỉ lệ ăn vặt cũng tăng cao do khi nằm viện bệnh nhân được người nhà quan tâm chăm sóc hơn bình thường.

Bảng 3.2 cho thấy chỉ số CPI trung bình theo vùng lục phân không có sự khác biệt giữa hai giới, vùng đạt CPI 2 có số lượng cao nhất với trung bình cứ một bệnh nhân có 3 vùng có cao răng ($3,27 \pm 2,17$), thấp nhất là túi lợi sâu $0,06 \pm 0,32$ vùng. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Lâm Kim Triển (2014) tại thành phố Hồ Chí Minh [4] và Hoàng Thị Mai Hiền (2015) tại Bình Dương [5]. Tuy nhiên, trung bình vùng lục phân loại CPIX trong nghiên cứu của chúng tôi ($1,11 \pm 1,71$) thấp hơn nhiều so với những nghiên cứu trước đây của Trương Mạnh Dũng [6], Hoàng Thị Mai Hiền, điều này có thể là do nghiên cứu thực hiện trên cộng đồng NCT có

điều kiện kinh tế chưa cao nên khi có bệnh các răng thường có chỉ định nhổ hơn là điều trị.

Theo kết quả tại bảng 3.3 cho thấy vệ sinh răng miệng kém làm tăng nguy cơ mắc bệnh quanh răng gấp 16,9 lần, kết quả này cũng tương đương với một số nghiên cứu khác cho thấy tỉ lệ mắc bệnh quanh răng tăng từ 2 đến 7 lần so với những người có mức độ vệ sinh răng miệng tốt [7]. Tuy nhiên ở nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có mức độ vệ sinh răng miệng kém cao hơn là do thói quen khi sinh hoạt tại bệnh viện bệnh nhân thường ăn vặt nhiều hơn thông thường.

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa bệnh quanh răng với nghề nghiệp, trình độ học vấn và mức thu nhập hàng tháng của bệnh nhân, đồng thời mối liên quan của bệnh quanh răng với các bệnh đột quỵ, loãng xương, đái tháo đường, hô hấp tương đương với nhóm không bệnh. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như trong nước tìm thấy mối liên quan giữa bệnh quanh răng với bệnh toàn thân khi điều trị bệnh không ổn định. Sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu tập trung thực hiện phân tích trên một nhóm bệnh riêng biệt, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên một nhóm bệnh nhân mắc nhiều bệnh khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng bệnh quanh răng của người cao tuổi đến khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung ương rất cao, chưa thấy mối liên quan

giữa bệnh quanh răng với một số yếu tố cá thể đặc trưng và một số bệnh toàn thân như đột quỵ, loãng xương, đái tháo đường, hô hấp. Vệ sinh răng miệng đóng vai trò quan trọng trong sự xuất hiện của bệnh nha chu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Mạnh Dũng và cộng sự (2015).** Thực trạng bệnh sâu răng và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi Việt Nam năm 2015. Tạp chí y học thực hành, 455(1), 79-83.
2. **Lưu Hồng Hạnh (2016).** Thực trạng bệnh quanh răng và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại thành phố Hà Nội năm 2015. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Thu Phương và cộng sự (2012).** Khảo sát thực trạng bệnh sâu răng và bệnh quanh răng ở một nhóm người cao tuổi và phường Yên Sở, quận Hoàng Mai, thành phố Hà Nội năm 2012. Tạp chí Y học Việt Nam, 404(1), 6-7.
4. **Lâm Kim Triển (2014).** Tác động của sức khỏe răng miệng lên chất lượng cuộc sống của người cao tuổi tại một số viện dưỡng lão ở TP.HCM. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược TP.HCM.
5. **Hoàng Thị Mai Hiền và cộng sự (2016).** Thực trạng bệnh quanh răng và sự ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người cao tuổi tỉnh Bình Dương năm 2015. Tạp chí y học thực hành, 1027 (11), 113-117.
6. **Trương Mạnh Dũng và cộng sự (2016).** Liên quan giữa bệnh quanh răng và một số bệnh toàn thân ở người cao tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2015. Tạp chí y học thực hành, 1027 (11), 204-208.
7. **Attawood Lertpimonchai và cộng sự (2017).** The association between oral hygiene and periodontitis: a systematic review and meta-analysis, Int Dent J, 67(6): 332-343.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHỐNG NHIỄM TRÙNG CỦA KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI THEO PHÂN LOẠI PARANT II

Vũ Thành Trung*, Nguyễn Phú Thắng*, Hoàng Kim Loan*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả chống nhiễm trùng của thuốc kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới phân loại theo Parant II và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến nhiễm trùng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 76 bệnh nhân trên 18 tuổi có răng khôn hàm dưới cần phẫu thuật nhổ theo phân loại

Parant II. Các bệnh nhân có đủ điều kiện phẫu thuật nhổ răng và không có tiền sử dị ứng. **Kết quả và kết luận:** Có 4 bệnh nhân bị nhiễm trùng trong tổng số 76 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Tỉ lệ nhiễm trùng ở các bệnh nhân dùng kháng sinh dự phòng là 5,3%. Yếu tố về độ tuổi nhổ răng có ảnh hưởng tới nguy cơ nhiễm trùng sau nhổ răng.

Từ khóa: kháng sinh dự phòng, nhổ răng phẫu thuật, răng khôn hàm dưới

SUMMARY

EVALUATION RESULTS PREVENT INFECTION OF ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN MANDIBULAR THIRD MOLAR SURGERY FOLLOW CLASIFICATION PARANT II
Purpose of research: Evaluation of antibiotic

*Viện Đào tạo Răng hàm mặt, Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thành Trung
Email: Trungvu9876@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.7.2019
Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019
Ngày duyệt bài: 16.9.2019

prophylaxis in reducing postoperative infection after mandibular third molar surgery follow classification parant II and comment about some factors affecting to infection in the study patient group. **Patient and method:** We used a non-controlled clinical intervention study on 76 patients over the age of 18 with mandibular third molar need surgery to remove follow classification Parant II. Patients are eligible for tooth extraction surgery and have no history of allergy. **Results and conclusions:** There were 4 infected patients out of a total of 76 patients enrolled in the study. The infection rate in patients taking prophylactic antibiotics was 5.3%. Patient age factors affect the risk of infection after tooth extraction.

Keywords: prophylactic antibiotics, Surgical tooth extraction, mandibular third molar

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới là một thủ thuật thường gặp trong phẫu thuật trong miệng. Tỷ lệ nhiễm trùng sau nhổ răng trong các tài liệu đã được công bố là từ 1,2%-27% [1],[2]. Có rất nhiều yếu tố trước và sau phẫu thuật ảnh hưởng tới nguy cơ nhiễm trùng sau nhổ răng như kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật, tuổi bệnh nhân, sự hiện diện của bệnh lý nha chu, và số lượng xương cần loại bỏ để lấy răng. Vì vậy nhiều tác giả khuyên nên sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật nhổ răng khôn với ý nghĩa giảm các biến chứng sau phẫu thuật chẳng hạn như sưng, đau, hạn chế há miệng, chậm hồi phục của vết thương trong trường hợp những triệu chứng này có liên quan đến nhiễm trùng [4],[5],[6].

Kháng sinh sử dụng trong phẫu thuật nhổ răng khôn đều với mục đích dự phòng nhiễm trùng nhưng có nhiều quan điểm khác nhau và chưa thống nhất về liều pháp kháng sinh. Một số nghiên cứu ủng hộ sử dụng liều pháp kháng sinh 5-7 ngày sau phẫu thuật. Các nghiên cứu khác cho rằng nên sử dụng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật với các ưu điểm chi phí hợp lý, kháng sinh sử dụng dưới sự kiểm soát của bác sĩ, giảm các rối loạn tiêu hóa, góp phần giảm tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn [4],[5],[6].

Gần đây, Ren YF [3] đã phân tích tổng hợp các thử nghiệm lâm sàng về hiệu quả của kháng sinh dự phòng và đưa ra kết luận rằng 'kháng sinh toàn thân được sử dụng trước khi phẫu thuật có hiệu quả trong việc giảm sự xuất hiện của viêm xương ổ răng và nhiễm trùng vết thương'. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu của López-Cedrún [4], Lacasa JM [5], Monaco G [6] so sánh hiệu quả của kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật với kháng sinh hậu phẫu sau nhổ răng khôn. Các kết quả nghiên cứu đều cho thấy không có sự khác nhau về tỉ lệ cũng như mức độ nhiễm trùng sau phẫu thuật giữa nhóm

bệnh nhân sử dụng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật và nhóm dùng kháng sinh hậu phẫu.

Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu cụ thể về hiệu quả sử dụng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật nhổ răng khôn vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả chống nhiễm trùng của kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới theo phân loại parant II" với mục tiêu:

1. *Đánh giá hiệu quả chống nhiễm trùng của kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới theo phân loại Parant II*

2. *Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả chống nhiễm trùng trong nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được phẫu thuật lấy răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm theo phân loại phẫu thuật Parant II tại Trung tâm kĩ thuật cao, Khám chữa bệnh Răng hàm mặt và Trung tâm nha khoa 225 thuộc Viện đào tạo Răng Hàm Mặt trường Đại Học Y Hà Nội từ ngày 1/7/2018–1/6/2019

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân nằm trong đề tài nghiên cứu đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn sau:

- Bệnh nhân tuổi từ 18 đến 40 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, không có bệnh lý toàn thân hoặc đang điều trị bệnh lý toàn thân tại thời điểm nhổ răng.
- Cân nặng trên 40kg
- Bệnh nhân có răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm phân loại phẫu thuật theo Parant II: nhổ răng cần mở một phần xương ổ răng và cắt cổ răng
- Không dùng bất kỳ kháng sinh nào trong vòng 1 tuần trước phẫu thuật.
- Bệnh nhân được làm bệnh án đầy đủ.
- Được theo dõi sau phẫu thuật 7 ngày [6].
- Bệnh nhân tự nguyện hợp tác tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Các bệnh nhân có chống chỉ định nhổ răng phẫu thuật

- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng kháng sinh amoxicillin, clavulaniat hoặc với bất kỳ kháng sinh nào họ beta-lactam hoặc bệnh nhân có tiền sử phản vệ với nhiều dị nguyên khác nhau.
- Bệnh nhân không tuân thủ các hướng dẫn vệ sinh răng miệng sau phẫu thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng không đối chứng

- Cỡ mẫu: Được tính theo công thức:

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

n: Cỡ mẫu nghiên cứu
p: Tỷ lệ nhiễm trùng
d: khoảng sai lệch mong muốn
Mức ý nghĩa thống kê

$Z^2_{\alpha/2}$: Được tra từ bảng giá trị của $Z^2_{\alpha/2}$.

Theo nghiên cứu của Lacasa [5], $p=5,3\%$.
Chọn $\alpha=0,05$; $Z^2_{\alpha/2}=3,84$; $d=0,05$. Từ đó tính ra cỡ mẫu lý thuyết của nghiên cứu là $n=76$ bệnh nhân

- Kỹ thuật thu thập thông tin: Lấy thông tin vào Bệnh án mẫu cho từng bệnh nhân. Mỗi bệnh nhân được phát bộ câu hỏi phỏng vấn kết quả và khám lâm sàng 24h sau phẫu thuật và tái khám sau 3 ngày, 5 ngày, 7 ngày sau phẫu thuật.

- Phương tiện nghiên cứu: Bộ dụng cụ khám răng hàm mặt thông thường, đồng hồ bấm giờ, bệnh án mẫu, hướng dẫn đánh giá điểm đau. Bộ phẫu thuật nhổ răng khôn thông thường bao gồm: lưỡi dao 11, cán dao, cây bóc tách, chỉ khâu Cattgut 4.0, kim kẹp kim, kẹp phẫu tích, kéo cắt chỉ, cây nạo huyết ổ răng, bơm tiêm bơm rửa, máy hút phẫu thuật, tay khoan chậm thẳng

- Chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật:

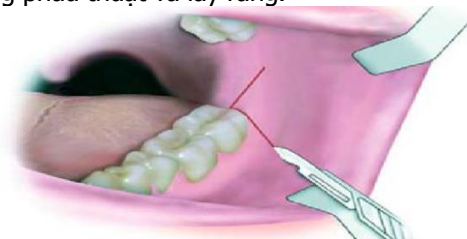
• Bệnh nhân uống 2 viên Augmentin 1g trước phẫu thuật 30-60 phút [5].

• Các bệnh nhân được làm sạch mảng bám quanh răng khôn sắp nhổ rồi súc miệng bằng dung dịch clohexidine 1,2% trong vòng 1 phút ngay trước khi phẫu thuật.

- Thực hiện phẫu thuật theo Parant II: Chuyển bệnh nhân tới bác sĩ thực hiện phẫu thuật. Các bệnh nhân được phẫu thuật theo 1 phương pháp thống nhất gồm các bước:

• Thì 1: Vô cảm. Bệnh nhân được gây tê vùng gai Spix bằng 1 ống Lidocaine 1,8ml 2% có trộn Adrenaline 1/100.000 kết hợp với 1 ống gây tê tại chỗ.

• Thì 2: Tạo vạt. Để tránh gây ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu, chúng tôi sử dụng vạt lưỡi lê cho tất cả các bệnh nhân. Vạt gồm 2 đường: một đường rạch ở sát góc xa ngoài của răng số 7 hướng về phía gần. Một đường rạch vuông góc với mặt lợi phía trên sống hàm từ mặt xa răng số 7 về phía cành lên xương hàm dưới đủ rộng để tạo diện trường phẫu thuật và lấy răng.



Hình 2.1. Vạt lưỡi lê

• Thì 3: Mổ xương bằng tay khoan chậm thẳng để tạo điểm bẫy. Chú ý khi khoan xương

tưới nước liên tục để tránh hoại tử xương.

• Thì 4: Cắt thân răng.

Dùng mũi khoan kim cương tay khoan nhanh cắt thân răng.

• Thì 5: Lấy răng: Răng, chân răng được lấy bỏ bằng bẫy.

• Thì 6: Kiểm tra và khâu đóng. Huyết ổ răng được kiểm tra kỹ, nạo vết sạch bằng curret để lấy bao mầm răng, và được bơm rửa bằng nước muối sinh lý. Vạt bóc tách được khâu đóng bằng chỉ Cattgut 4.0. Bệnh nhân ngay sau phẫu thuật được chườm đá lạnh khoảng 20 phút

- Điều trị sau phẫu thuật: Bệnh nhân không dùng thêm kháng sinh toàn thân.

- Các bệnh nhân được kê đơn thuốc với thuốc chống viêm, giảm đau:

○ Alphachymotrypsin 5mg x 20 viên

Uống ngày 04 viên chia hai bữa sáng tối.

○ Paracetamol 500mg x 06 viên

Pha uống ngày 03 viên chia 3 lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 6 giờ.

- Các hướng dẫn:

+ Ăn mềm và nguội trong vòng 24h đầu.

+ Bệnh nhân được chườm đá 20 phút ngay sau khi nhổ răng.

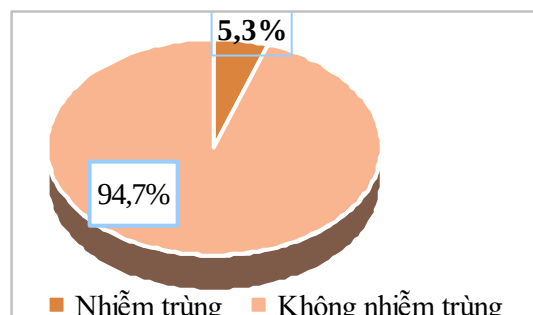
+ Sử dụng nước súc miệng nước clohexidine 1,2% 3 lần một ngày sau ăn trong vòng 7 ngày.

Bệnh nhân được hẹn tái khám sau phẫu thuật 24h, 3 ngày, 5 ngày, 7 ngày.

Đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu đều là tự nguyện và đều được giải thích về những yêu cầu và lợi ích hay biến chứng khi tham gia nghiên cứu. Đảm bảo giữ bí mật về các thông tin liên quan đến sức khỏe cũng như các thông tin cá nhân khác của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu nhằm phục vụ sức khỏe bệnh nhân, không làm tổn kém thời gian và tài chính của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá hiệu quả chống nhiễm trùng của kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới phân loại theo Parant II



Nhận xét: Sau 7 ngày theo dõi, kết quả cho thấy chỉ có 5,3% bệnh nhân xuất hiện nhiễm trùng sau nhổ răng khôn hàm dưới.

3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng tới nguy cơ nhiễm trùng sau nhổ răng

Bảng 3.2.1 Ảnh hưởng của tuổi tới nhiễm trùng

Nhiễm trùng \ Tuổi	18-25 tuổi		26-40 tuổi		p
	n	%	n	%	
Có	0	0,0	4	11,4	0,04*
Không	41	100	31	88,6	
Tổng số	41	100	35	100	

* Fisher's exact test

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, tất cả bệnh nhân có nhiễm trùng sau nhổ răng đều nằm trong nhóm 26-40 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm 26-40 tuổi mắc nhiễm trùng sau nhổ răng khôn hàm dưới cao hơn nhóm 18-25 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 3.2.2 Ảnh hưởng tiền sử viêm tại chỗ tới nhiễm trùng

Nhiễm trùng \ Tiền sử sưng đau	Có		Không		Tổng số
	n	%	n	%	
Có	2	7,1	2	4,6	0,64*
Không	26	92,9	42	95,5	
Tổng số	28	100	44	100	

* Fisher's exact test

Nhận xét: Bệnh nhân có tiền sử viêm tại chỗ thì có nguy cơ nhiễm trùng sau nhổ răng cao hơn bệnh nhân không có tiền sử nhiễm trùng. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,1$.

Bảng 3.2.3 Ảnh hưởng của giới tính tới nhiễm trùng

Nhiễm trùng \ Giới	nam		Nữ		p
	n	%	n	%	
Có	1	3,5	3	6,38	0,50*
Không	28	96,5	44	93,6	
Tổng số	29	100	47	100	

* Fisher's exact test

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nữ mắc nhiễm trùng sau nhổ răng khôn hàm dưới cao hơn so với nam giới. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Tuổi và giới của bệnh nhân. Các bệnh nhân chia thành 2 nhóm tuổi trong đó nhóm tuổi từ 18-25 tuổi chiếm 54%, nhóm từ 26 tuổi trở lên chiếm 46%. Tỷ lệ 2 nhóm tuổi gần bằng nhau thuận lợi cho quá trình so sánh kết quả nghiên cứu được khách quan.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn 61,8%. Kết quả này không có ý nghĩa gì vì cỡ mẫu của chúng tôi chưa thể đại diện cho một quần thể, thêm nữa bệnh nhân của chúng tôi được lựa chọn là những bệnh có răng khôn có thể thực hiện phẫu thuật theo Parant II.

4.1.2. Độ khó răng nhổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 71% răng có độ khó trung bình, 29% răng có độ khó ít. Kết quả này phù hợp với chỉ định nhổ răng phẫu thuật theo parant II. Các

răng rất khó nhổ (11-15 điểm) thường cần chia chân hoặc cắt răng nhiều lần trước khi lấy ra hoặc cần gây mê để nhổ răng.

4.2. Hiệu quả kháng sinh dự phòng

4.2.1. Tình trạng nhiễm trùng ở các bệnh nhân nghiên cứu. Sau 7 ngày theo dõi, kết quả có 4 bệnh nhân xác định là nhiễm trùng trên tổng số 76 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 5,3%.

Tỷ lệ nhiễm trùng sau nhổ răng trong các tài liệu được công bố gần đây trong khoảng từ 1,2%- 27% [1],[2] với những kỹ thuật nhổ răng khác nhau, chăm sóc hậu phẫu cũng như tiêu chí chẩn đoán nhiễm trùng khác nhau.

Kết quả này của chúng tôi sát với ngưỡng dưới của các nghiên cứu về nhiễm trùng sau nhổ răng và tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả về kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật như Lacasa (5,3%), Monaco (3,12%). Dưới đây là kết quả nghiên cứu về kháng sinh dự phòng của một số tác giả (bảng 4.1)

Bảng 4.1. Kết quả nghiên cứu về kháng sinh dự phòng của một số tác giả

Tác giả	Thuốc sử dụng	Liều lượng-thời gian	Số lượng nghiên cứu	Số lượng nhiễm trùng	Số lượng viêm xương ổ răng
Lacasa, 2007 [5]	1. Amoxicillin/ Clavulanic acid 2000/125mg	1 liều 2000/125mg trước phẫu thuật 30-120 phút	75	4 (5,3%)	Không báo cáo
	2. Amoxicillin/ Clavulanic acid 2000/125mg	2000/125mg x 5 ngày sau phẫu thuật	75	2 (2,8%)	
	3. Giả dược		75	12 (16%)	
Monaco, 2007 [6]	1. Amoxicillin, 2000 mg	1 liều trước phẫu thuật 1h	32	1 (3,1%)	Không báo cáo
	2. Giả dược		27	4(14,8%)	
López-Cedrún, 2011[4]	1. Amoxicillin, 2000 mg	1 liều trước phẫu thuật 2h	32	0(0%)	0(0%)
	2. Giả dược		38	5(13,1%)	0(0%)
Vũ Thành Trung, 2019	Augmentin 1g (amoxicillin/Clavulanic 875/125mg)	1 liều 1750/250mg trước phẫu thuật 30-60 phút	76	4(5,3%)	2(2,6%)

Trong các nghiên cứu trên, để đánh giá hiệu quả của liệu pháp kháng sinh dự phòng các tác giả đều lựa chọn so sánh với nhóm chứng, rất tiếc trong giới hạn nghiên cứu đề tài của chúng tôi chưa thực hiện được điều này. Dù vậy nghiên cứu của chúng tôi được thiết kế có nhiều điểm tương đồng với nghiên cứu của Lacasa như tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân, dạng thuốc kháng sinh sử dụng là amoxicillin/ clavulanic acid, các tiêu chí chẩn đoán nhiễm trùng. Nghiên cứu của chúng tôi cho ra kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lacasa, điều này gợi ý về một mức tác dụng khách quan của kháng sinh dạng kết hợp amoxicillin/ clavulanic acid trên các bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Lacasa, kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật đã được so sánh với nhóm dùng liệu pháp kháng sinh sau phẫu thuật 5 ngày và nhóm dùng giả dược. Kết quả thu được tác giả khẳng định liệu pháp kháng sinh dự phòng (trước hoặc sau phẫu thuật) có tác dụng phòng chống nhiễm trùng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới.

4.3. Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến nhiễm trùng

4.3.1. Ảnh hưởng của tuổi tới nhiễm trùng. Tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm 26-40 tuổi mắc nhiễm trùng sau nhổ răng khôn hàm dưới cao hơn nhóm 18-25 tuổi. Tất cả bệnh nhân có nhiễm trùng sau nhổ răng đều nằm trong nhóm 26-40 tuổi chiếm 11,4% những bệnh nhân từ 26-40 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Ảnh hưởng của tuổi tác đến tỷ lệ nhiễm trùng tương đồng với hầu hết các kết quả nghiên cứu trên thế giới của Rebellato [7], Blondeau [8].

Độ tuổi ảnh hưởng tới biến chứng và nguy cơ nhiễm trùng có thể liên quan đến tăng mật độ xương làm tăng độ khó của răng nhổ và tăng thời gian cần thiết để phẫu thuật [7]. Ngoài những thay đổi về mật độ xương, tuổi tác tăng

lên có liên quan đến sự hình thành hoàn toàn chân răng và khả năng chữa lành vết thương giảm dần, có thể dẫn đến ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật.

4.3.2. Ảnh hưởng tiền sử viêm tại chỗ đến nhiễm trùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28 bệnh nhân được xác định là có tiền sử viêm nhiễm tại chỗ trước khi nhổ răng. Trong nhóm này có 2 bệnh nhân bị nhiễm trùng. Bệnh nhân có tiền sử viêm tại chỗ thì có nguy cơ nhiễm trùng sau nhổ răng cao hơn bệnh nhân không có tiền sử nhiễm trùng tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,1$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Rebellato [7], Blondeau [8].

4.3.3. Ảnh hưởng của giới tính tới nhiễm trùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nữ bị nhiễm trùng cao hơn, trong 4 bệnh nhân bị nhiễm trùng có 3 bệnh nhân nữ. Theo phân tích Fisher's exact test, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Rebellato [7], Blondeau [8] cho rằng không có sự khác biệt về nguy cơ nhiễm trùng theo giới tính.

V. KẾT LUẬN

1. Đánh giá hiệu quả chống nhiễm trùng của kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới phân loại theo Parant II

- Tỷ lệ nhiễm trùng của bệnh nhân uống kháng sinh dự phòng trước nhổ răng là 5,3%

2. Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả chống nhiễm trùng trong nhóm bệnh nhân trên

- Tuổi bệnh nhân là một yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ nhiễm trùng sau nhổ răng trong đó 100% các bệnh nhân bị nhiễm trùng nằm ở độ tuổi 26-40 tuổi

- Viêm nhiễm tại chỗ trước đó và giới tính

không phải yếu tố ảnh hưởng tới nguy cơ nhiễm trùng sau nhổ răng

Lời cảm ơn. Trân trọng cảm ơn những đồng nghiệp tự nguyện tham gia nghiên cứu, cảm ơn sự giúp đỡ và tạo điều kiện của Trung tâm kỹ thuật cao, Khám chữa bệnh Răng hàm mặt và Trung tâm nha khoa 225 thuộc Viện đào tạo Răng Hàm Mặt trường Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện cho chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Paterson JA, Cardo Jr VA, Stratigos GT (1970). An examination of antibiotic prophylaxis in oral and maxillofacial surgery. J Oral Surg: 28: 753- 759.
2. Peterson LJ(1990). Antibiotic prophylaxis against wound infections in oral and maxillofacial surgery. J Oral Maxillofac Surg: 48: 617-620.
3. Ren YF, Malmstrom HS (2007). Effectiveness of antibiotic prophylaxis in third molar surgery: A meta-analysis of randomized controlled clinical trials. J Oral Maxillofac Surg 65:1909.
4. Kaczmarzyk T, Wichlinski J, Stypulkowska J, Zaleska M, Panas M, WoronJ (2007). Single-dose and multi dose clindamycin therapy fails to demonstrate efficacy in preventing infectious and inflammatory complications in third molar surgery. Int J Oral Maxillofac Surg. May;36(5):417-2
5. Lacasa JM, Jiménez JA, Ferrás V, Bossom M, Sola-Morales O, García-Rey C, Aguilar L, Garau J (2007). Prophylaxis versus pre emptive treatment for infective and inflammatory complications of surgical third molar removal: a randomized, double-blind, placebo controlled clinical trial with sustained release amoxicillin/clavulanic acid (1000/62.5 mg). Int J Oral Maxillofac Surg. Apr;36(4):321-7
6. Monaco G1, Tavernese L,Agostini R, Marchetti C (2008). Evaluation of antibiotic prophylaxis in reducing postoperative infection after mandibular third molar extraction in young patients. J Oral Maxillofac Surg. 2009 Jul;67(7): 1467-72. doi: 10.1016/j.joms. 12.066. 50.
7. Barbosa-Rebellato NL1, Thomé AC, Costa-Maciel C, Oliveira J, Scariot R (2011). Factors associated with complications of removal of third molars: a transversal study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal.
8. Blondeau F1, Daniel NG (2007). Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors. J Can Dent Assoc.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U NÃO THẤT BÊN

Nguyễn Kim Chung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: U não thất bên là tổn thương khá hiếm gặp trong hệ thần kinh trung ương. U ở trung tâm của não, ảnh hưởng tới thay đổi cấu trúc giải phẫu não và các vùng chức năng như đồi thị, vận động, trí nhớ, hiểu biết, thăng bằng. Các nghiên cứu về bệnh lý này ở nước ta còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật u não thất bên tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt. Chúng tôi đánh giá kết quả phẫu thuật 109 bệnh nhân u não thất bên tại khoa ngoại thần kinh bệnh viện chợ rẫy từ tháng 1-2015 đến tháng 6-2018. **Kết quả:** Từ tháng 1-2015 đến tháng 6-2018, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật 109 trường hợp u não thất bên, tỷ lệ nam/nữ là 56/53, tuổi trung bình 28,06 (từ 1-71), kích thước u trung bình là 40mm (22mm- 62mm). Giải phẫu bệnh chủ yếu là các loại u màng não thất (ependymoma và subependymoma) 51 (46,8%), u sao bào (astrocytoma) 17 (15,6%), u màng não (meningioma) 14 (12,8%), u đám rối mạch mạc (chroid plexus papiloma) 6 (5,5%) u dạng keo (colloid cyst) 6 (5,5%), u tế bào thần kinh (neurocytoma) 8 (7,3%), u di căn 1(0,9%), u tế bào mầm (germinoma) 1 (0,9%),

u mạch dạng hang (carverinoma) 2 (1,8%). Phương pháp phẫu thuật lấy toàn bộ u 54 (49,5%), lấy gần hết u 47 (43,1%), lấy 1 phần u 6 (5,4 %), sinh thiết 2 (1,8%). Glasgow Outcome Scale-GOS xuất viện: GOS 1: 11 (10,1%), GOS 2: 4 (3,7%) GOS 3: 9 (8,3%), GOS 4: 13 (11,9%), GOS 5: 72 (66,1%). **Kết luận:** Phẫu thuật u não thất có nhiều khó khăn, nhưng hiện nay đây vẫn là phương pháp điều trị ban đầu cần thiết và hiệu quả nhất.

Từ khóa: U não thất bên, vi phẫu, kết quả phẫu thuật

Từ viết tắt: EVD (dẫn lưu não thất ra ngoài), VP-shunt (dẫn lưu não thất ổ bụng)

SUMMARY

LATERAL VENTRICULAR TUMORS: MICROSURGERY AND RESULTS

Objectives: Ventricular tumors are rare in the central nervous system. This tumor is located in the central of the brain, and affects to change brain anatomy structures and cerebral function area as thalamus, movements, memory, and knowledge. Microsurgery resection of lateral ventricular tumors is always a challenge of the neurosurgeons. The available data about lateral ventricular tumors was modest. This study aims to evaluate surgical results of lateral ventricular tumors at Choray Hospital. **Methods:** This was retrospective case series. We assessed the surgical results of 109 lateral ventricular tumor cases in the department of neurosurgery at Choray hospital from Jan 2015 to Jun 2018. **Results:** 109 cases were operated. Male-to-female ratio was 56/53. Mean age was 28.06 year olds (range 1-71).

*Bệnh viện Chợ rẫy, TP. Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Chung

Email: drnkchung@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2019

Ngày duyệt bài: 16.9.2019

Tumor size was 40 mm (22mm- 62mm). Pathology: ependymoma and subependymoma 51 (46.8%), astrocytoma 17 (15.6%), meningioma 14 (12.8%), chroid plexus papiloma) 5 (5.9%), colloid cyst 6 (5.5%), neurocytoma 8 (7.3%), metasta 1 (0.9%), germinoma 1 (0.9%), carvernomia 2 (1.8%). Gross-total resection was achieved in 54 (49.5%), subtotal resection in 47 (43.1%), partial resection in 6 (5.4%), and biopsy in 2 (1.8%). Glasgow Outcome Scale-GOS at discharge: GOS 1: 11 (10.1%), GOS 2: 4 (3.7%) GOS 3: 9 (8.3%), GOS 4: 13 (11.9%), GOS 5: 72 (66.1%). **Conclusions:** Microsurgery resection of lateral ventricular tumors is challenge, but this is still the most effective treatment.

Keywords: lateral ventricular tumor, microsurgery, surgical outcomes

Abbreviations: External ventricular drain, ventriculoperitoneal shunt

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U não thất bên là tổn thương khá hiếm gặp trong hệ thần kinh trung ương. Tần suất 0,81%-1,6%, có thể lành tính, ác tính hoặc dạng kén. Casotto và cộng sự phân thành 2 loại: u nguyên phát là u xuất phát từ thành não thất, phát triển vào trong não thất; u thứ phát xuất phát từ nhu mô não bên cạnh xâm lấn vào trong não thất [1]. Nhiều nghiên cứu cho thấy, phần lớn u não thất bên phát triển chậm, triệu chứng lâm sàng chỉ khi u phát triển đủ lớn gây chèn ép, cản trở lưu thông dịch não tủy [1]

U não thất bên là loại u ở trung tâm của não, nó ảnh hưởng tới thay đổi giải phẫu cấu trúc não và các chức năng như vận động, trí nhớ, hiểu biết, nhân cách, thăng bằng.... Phẫu thuật u não thất bên luôn là một thách thức với phẫu thuật viên ngoại thần kinh. Do vậy, việc nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật trong u não thất bên tại khoa ngoại thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy từ 1-2015 đến 6-2017 là cần thiết.

Phần lớn các khối u não thất là lành tính hoặc. Do sự phát triển khá chậm, do đó khi bệnh nhân đến bệnh viện thường khối u đã đạt kích thước vài cm.

Các vùng của não thất bên có thể được tiếp cận bằng đường cắt qua thể chai hoặc qua vỏ não. Đối với mỗi đường tiếp cận, cũng có nhiều lựa chọn về vị trí của u. Mặc dù thường lành tính, khối u não thất bên vẫn là một thách thức lớn đối với phẫu thuật thần kinh, vì vị trí thương tổn nằm sâu làm cho mọi sự can thiệp đều khó khăn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp u não thất bên được phẫu thuật tại BV Chợ Rẫy từ tháng 1-2015 đến 6-2018

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Các bệnh nhân được phẫu thuật u não thất bên tại khoa ngoại

thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1-2015 đến tháng 6-2018

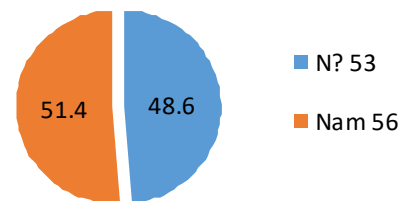
Cách thức tiến hành: Thu thập các dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật với mẫu bệnh án, được thiết kế sẵn cho tất cả bệnh nhân tại phòng hồ sơ.

Xử lý số liệu: Xử lý bằng phần mềm thống kê Epi Info 3.5.1.

Các nội dung nghiên cứu bao gồm: Lâm sàng trước và sau mổ, GCS trước và sau mổ, GOS khi xuất viện, Hình ảnh học trước và sau mổ, Mức độ lấy u, Các biến chứng (Viêm màng não, xuất huyết, tử vong)

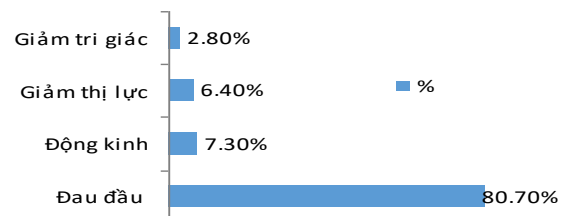
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Dịch tễ



Biểu đồ 1. Giới

Tuổi: từ 1 đến 71, trung bình 28,06, độ lệch chuẩn 16.3. đây là lứa tuổi lao động. Sự phân bố theo tuổi này không thấy sự khác biệt so với nghiên cứu của Radoi [2]. Theo Radoi u não thất bên thường gặp ở người lớn tuổi 22/26 trường hợp chiếm 84,6%.



Biểu đồ 2. Triệu chứng khởi phát

Triệu chứng. Các triệu chứng khởi phát lý do nhập viện chủ yếu là đau đầu, Trong nghiên cứu của Radoi thì đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 66%, 76,9% [2]. Cũng theo các tác giả này vì u nằm trong não thất, khoang khá chật hẹp nên sớm chèn ép gây cản trở lưu thông dịch não tủy, dẫn đến dẫn não thất làm tăng áp lực nội sọ. Do đó đau đầu là triệu chứng sớm thường gặp nhất. Thời điểm nửa đêm về sáng cũng là lúc dịch não tủy hấp thu thấp nhất và PCO₂ tăng cao nhất, do vậy đau đầu hay xảy ra vào thời điểm này [2]

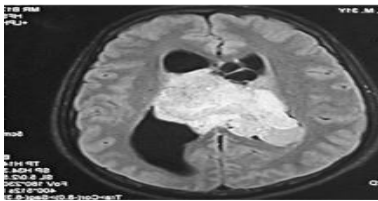
Do khối u của não thất bên nằm ở vị trí trung tâm, gây dẫn não thất đồng thời chèn ép vào đồi thị, hạ đồi, dải thị do đó thường có xu hướng dẫn đến các triệu chứng toàn thể như là đau đầu, suy giảm trí nhớ, động kinh, các suy giảm hành vi và nhận thức, cũng như rối loạn đi đứng và cân bằng. U thường gây ra các thâm hụt thần kinh khu trú. Các thay đổi về trí nhớ ngắn hạn và hành vi, đặc biệt tăng tính lãnh đạm, có thể xảy ra do thiếu tăng áp lực nội sọ.

Glasgow Coma Scale (GCS) trước phẫu thuật:

Bảng 1. GCS nhập viện

GCS trước PT	Số BN	Tỷ lệ
12	3	2.8%
13	4	3.7%
14	3	2.8%
15	99	90.8%
Total	109	100.0%

Hình ảnh học. Ngày nay, MRI là "tiêu chuẩn vàng" trong chẩn đoán u não thất, MRI cho thấy chính xác vị trí, kích thước, mạch máu, mức độ xâm lấn và cấu trúc lân cận cũng như hình thể não thất và mức độ phù nhu mô não xung quanh thành não thất.



Hình 1. U não thất bên lớn

Trong nghiên cứu này, kích thước U: trung bình là 38 mm, nhỏ nhất là 22 mm và lớn nhất là 65 mm. Thường bệnh nhân đến với chúng tôi khi u đã lớn.

Vị trí u trong não thất

Bảng 2. Vị trí u trong não thất

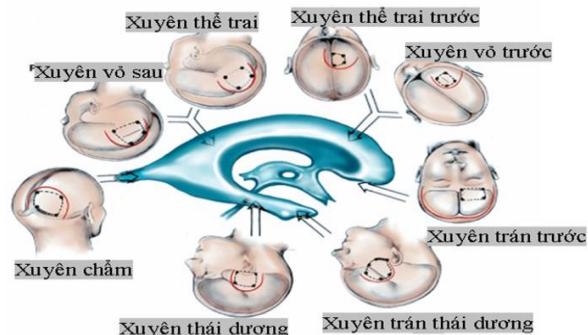
	Số BN	Tỷ lệ
Vách trong suốt	44	40.4%
Sừng trán	28	25.7%
Sừng thái dương	25	22.9%
Sừng chẩm	8	7.3%
Lỗ Monroe	4	3.7%
Tổng số	109	100.0%

Casotto và cộng sự [3] cho rằng u nguyên phát là u xuất phát từ thành não thất, phát triển vào trong não thất. Do vậy trên hình ảnh cộng hưởng từ u thường nằm trọn trong não thất, các loại thường gặp là u nhú mạch mạc, kén dạng keo, u tế bào ống nội tủy, u tế bào dưới ống nội tủy... U thứ phát là u xuất phát từ cấu trúc lân cận xâm lấn vào não thất và phải trên 50% u nằm trong não thất, thường gặp u tế bào thần kinh đệm, u tế bào thần kinh trung ương, một số trường hợp ít gặp là u màng não.



Hình 2. U não thất bên vị trí lỗ Monroe, vách trong suốt, sừng trán

Điều trị phẫu thuật. Đường vào lấy u. Dandy là phẫu thuật viên tiên phong trong phẫu thuật u não thất giới thiệu 2 đường mổ chính vào não thất bên là xuyên thể trai và qua nhu mô não. **Đường phẫu thuật:** Có nhiều đường vào lấy u trong não thất: qua thể trai, liên bán cầu, xuyên vỏ não... Nhưng chọn đường vào lấy u não thất hiện nay vẫn còn tranh luận và tùy thuộc vào vị trí khối u cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Tại khoa ngoại thần kinh chúng tôi sử dụng đường xuyên vỏ não là chính 83/85 ca, Chúng tôi thấy rằng đường xuyên vỏ não thích hợp cho nhưng trường hợp não thất dẫn, bên bán cầu không ưu thế, phẫu trường rộng, không làm tổn thương tĩnh mạch bắc cầu cũng như các động mạch viền chai. Hệ thống định vị (navigation) trong phẫu thuật hữu dụng trong xác định đường vào cũng như kế hoạch lấy u. Chúng tôi chủ yếu sử dụng đường xuyên vỏ não vì: Đường ngang qua vỏ não trán, thái dương, chẩm cung cấp đường tiếp cận đến các khối u sừng trước, sừng thái dương, sừng chẩm cùng bên dễ.. Một đường rạch nếp cuộn não 2 đến 3 cm được tiến hành, sau đó phát triển xuống não thất [4].



Hình 3. Vị trí u và đường mổ

Theo Bellotti et al. (1991) [5] đôi khi, tiếp cận não thất đối bên được tiến hành bằng cách xác định đám rối mạch mạc, tĩnh mạch vách và tĩnh mạch đồi thị đi vào hố Monroe. Nếu tĩnh mạch ở bên phải đám rối màng mạc, phẫu thuật viên phải ở bên phải não thất, nếu tĩnh mạch ở bên trái đám rối màng mạc, phẫu thuật viên ở bên

trái não thất. Trong lúc cắt bỏ khối u trong não thất, bề mặt giữa khối u và nhu mô não phải được xác định và duy trì.

Do nhiều khối u não thất bên có thể tiến đến một kích thước rất lớn đến 6 cm, việc cắt bỏ bắt đầu bằng việc cắt bỏ một phần bên trong, sau đó phân tách nang của khối u khỏi các cấu trúc não thất xung quanh [5], [6].

Phương pháp phẫu thuật. Do phẫu thuật trong não thất yêu cầu kiểm soát sâu vào trong bán cầu não, vị trí bệnh nhân đứng, việc tiếp cận khối u đúng và giảm áp lực não là những yêu cầu cơ bản để tiến hành cắt bỏ khối u được thành công. Mục tiêu chính của chúng tôi là cắt bỏ khối u toàn bộ nếu có thể với mức độ tử vong thấp nhất.

Phẫu thuật khối u được tiến hành bằng cách sử dụng kỹ thuật vi phẫu tiêu chuẩn qua hai đường chính: đường xuyên thể chai trong bán cầu não ở 2/109 (1,8%) và đường xuyên vỏ não 107/109 (98,16%) bệnh nhân. Việc lấy hết u não thất luôn khó khăn với phẫu thuật viên, đặc biệt với những u lớn, dính vào đồi thị. Khối u được cắt bỏ toàn bộ 54/109 (49,54%) và gần hết 47/109 (43,12%) tương đương với tác giả Radoi (cho cả lấy hết và gần hết u) là 86,13% trên 204 bệnh nhân. Việc cắt bỏ một phần hoặc toàn phần khối u được xem xét dựa trên kích thước và vị trí phẫu thuật.

Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật

PP Phẫu thuật lấy u	Số BN	Tỷ lệ
Lấy toàn bộ	54	49,5%
Lấy phần lớn	47	43,1%
Lấy một phần	6	5,5%
Sinh thiết	2	1,8%
Total	109	100,0%

Đặt VP shunt trước phẫu thuật

Bảng 4. V-P shunt

VPshunt	Số BN	Tỷ lệ
Có	11	10,1%
Không	98	89,9%
Tổng số	109	100,0%

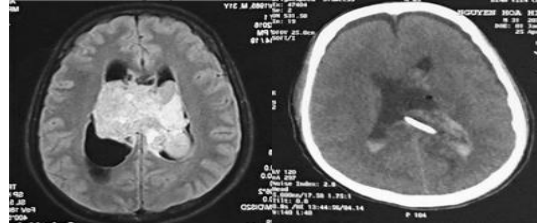
Có 6 bệnh nhân cần đặt VP shunt trước phẫu thuật lấy u. Vấn đề đặt VP-shunt trước khi lấy u cần cân nhắc do có thể chọc vào u gây xuất huyết trong não thất



Hình 4. VP-shunt trước khi lấy u

Đặt EVD trong phẫu thuật. Có 30 bn không đặt EVD, 79 bệnh nhân đặt EVD, thời gian đặt từ

2 đến 16 ngày. Việc đặt EVD sau phẫu thuật lấy u mang lại các thuận lợi như dẫn lưu DNT và máu tồn dư trong não thất, theo dõi áp lực nội sọ, giảm áp lực nội sọ khi cần thiết. nhưng bất lợi để lâu dễ gây viêm màng não.



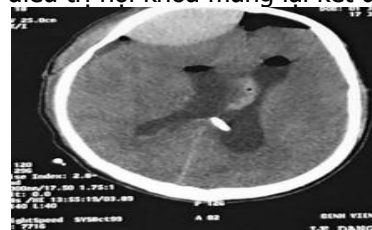
Hình 5. U trước phẫu thuật và đặt EVD sau phẫu thuật

Biến chứng

Bảng 5. Biến chứng

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ
Viêm màng não	17	15,6%
Máu tụ	13	11,9%
Mù	1	0,9%
Liệt	1	0,9%
Không	77	70,6%
Tổng số	109	100,0%

Biến chứng chủ yếu là Viêm màng não (VMN). Có 17/109 (15,6%) bệnh nhân, 2/30 (6,7%) bn không đặt EVD bị viêm màng não, 6 /59 (10,16%) trường hợp VMN do đặt EVD dưới 7 ngày, trong khi đó có 9/20 (45%) bệnh nhân VMN do đặt EVD trên 7 ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chúng tôi cho rằng không nên để EVD quá 7 ngày. Có 2/30 (6,7%) trường hợp VMN không đặt EVD. Những trường hợp này điều trị nội khoa mang lại kết quả tốt.



Hình 6. Máu tụ Ngoài màng cứng sau mổ u não thất

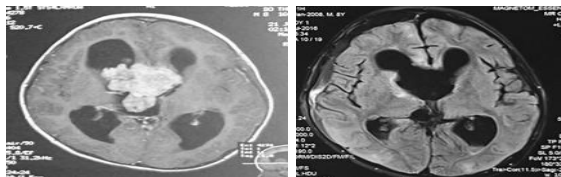
Phẫu thuật lần 2: 5/13 bn có máu tụ ngoài màng cứng cần phẫu thuật lần 2 để lấy máu tụ NMC. Khi lấy u thường gây xẹp não (do lấy u và DNT trong não thất thoát ra ngoài) là nguyên nhân gây chảy máu NMC và xuất huyết não thất. 3 bệnh nhân cần phẫu thuật giải ép do phù não sau mổ. 8/13 trường hợp máu tụ trong não thất lượng vừa, chúng tôi lưu EVD, không tiến hành phẫu thuật lại, những bệnh nhân này thường tiên lượng xấu.

Giải phẫu bệnh. Trong các loại u não thất, Ependymoma và Subependymoma chiếm nhiều

nhất 50,6% (54/109). Điều này cũng phù hợp với các tác giả nước ngoài khác[7],[8]. Ependymoma xếp loại mô học độ 2, Phẫu thuật lấy phần lớn u kết hợp theo dõi bằng MRI và xạ trị là phương hướng điều trị chính cho loại u này. Sub ependymoma là loại u lành tính, xếp loại WHO grad I, cần theo dõi sau mổ đặc biệt là những trường hợp không lấy hết u, nếu u tái phát gây nên những triệu chứng lâm sàng, việc phẫu thuật lại lấy u cần được đặt ra.

Bảng 6. Kết quả giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	Số BN	Tỷ lệ
Ependymoma	54	48.6%
Subependymoma		
Astrocytoma	17	15.6%
Meningioma	14	12.8%
Neurocytoma	8	7.3%
Papiloma	6	5.5%
Colloidcyst	6	5.5%
Cavernoma	3	2.8%
Metasta	1	0.9%
Total	109	100.0%

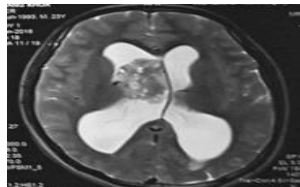


Trước mổ

Sau mổ

Hình 6. Ependymoma

U tế bào thần kinh (central neurocytoma) chiếm 8/109 bệnh nhân (7.3%) là loại u hiếm gặp trong não thất, xếp loại mô học WHO grad II, thường phát triển chậm, có triệu chứng lâm sàng khi có tăng áp lực nội sọ. Phẫu thuật lấy u kết hợp với xạ trị và hóa trị mang lại hiệu quả tốt mặc dù còn nhiều tranh cãi.

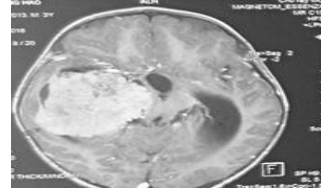


Hình 7. Neurocytoma não thất

Astrocytoma grad thấp 17/109 ca, 15,6 %, là loại u phát triển chậm, ở thành não thất xâm lấn vào, thường ở người trẻ dưới 20 tuổi, có thể gây xuất huyết trong u, khi có triệu chứng lâm sàng cần được phẫu thuật. việc theo dõi sau mổ bằng MRI hoặc CTscan là cần thiết. Với astrocytoma grad cao cần xạ trị kết hợp với hóa trị sau mổ.

U đám rối mạch mạc, 6/109 ca 5,5%, thường ở trẻ dưới 10 tuổi, WHO grad I, 20% có thể chuyển độ ác tính, thường có vôi hóa và xuất

huyết trong u, phẫu thuật lấy hết u là lựa chọn đầu tiên mang lại kết quả tốt. Trong phẫu thuật cần tách mạch nuôi sau đó lấy trọn u để tránh chảy máu.



Hình 8. U đám rối mạch mạc

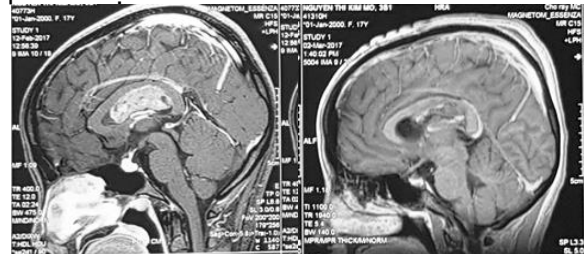
U màng não (meningioma), 14/109 ca 12,8%, thường bắt nguồn từ màng mạch (troma) đám rối mạch mạc, thường ở thân não thất bên, WHO grad I, Phẫu thuật lấy hết u tiên lượng tốt.



Hình 9. Meningioma não thất

U mạch dạng hang, Cavernoma não thất bên, 3/109 (2,8%) tỷ lệ xuất huyết trong não thất cao, các triệu chứng thường xuất hiện sớm khi có xuất huyết, phẫu thuật thường không khó khăn và cần lấy toàn bộ để tránh chảy máu, tiên lượng tốt. y văn thế giới cho thấy tỷ lệ u cavernoma trong não thất chiếm 2-10% trong số cavernoma trong sọ. U di căn, 1 ca (0,9%), hiếm gặp, di căn theo màng mềm, phẫu thuật lấy trọn u kết hợp hóa trị và xạ trị toàn thân. Có thể dùng đường não thất để đưa thuốc vào

Kết quả GOS sau phẫu thuật. Chúng tôi nhận thấy kết quả sau mổ tốt chiếm 85/109 ca, 78% (bao gồm GOS 4 và 5 điểm. Có 5 trường hợp tử vong do tổn thương vùng hạ đồi, xuất huyết trong não thất và viêm màng não. Kích thước và bản chất khối u ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.



Hình 10. MRI trước và MRI sau phẫu thuật

Tương quan giữa kích thước U và GOS xuất viện:

Bảng 7. GOS xuất viện

GOS	Số BN	%
1	11	10.1%
2	4	3.7%

3	9	8.3%
4	13	11.9%
5	72	66.1%
Tổng số	109	100.0%

Bảng 8. Tương quan giữa kích thước u và GOS khi xuất viện

GOS	Kích thước U (mm)			Tổng số
	<30	30-50	>50	
1	0	9	2	11
2	0	3	1	4
3	0	4	5	9
4	0	11	2	13
5	15	54	3	72
Tổng số	15	81	13	109

Chúng tôi nhận thấy có mối tương quan giữa kích thước u và kết quả phẫu thuật, u có kích thước trên 50 mm sẽ có kết quả không tốt bằng các u có kích thước dưới 50 mm ($P < 0.05$)

V. KẾT LUẬN

U não thất bên đa dạng, mỗi loại u có phương cách điều trị riêng nhưng phẫu thuật lấy toàn bộ u vẫn là phương pháp điều trị chính, mang lại hiệu quả cao.

Phẫu thuật U não thất bên là phẫu thuật khó, đòi hỏi kỹ năng của phẫu thuật viên, khả năng gây mê hồi sức và theo dõi đánh giá tình trạng hậu phẫu tốt. + Phẫu thuật, đặc biệt mổ với kính vi phẫu và đường mổ xuyên vỏ là lựa chọn tối ưu để loại bỏ u và đạt kết quả tốt, cải thiện triệu chứng sau mổ.

Đặt Dẫn lưu não thất- EVD sau mổ để theo dõi áp lực nội sọ và dẫn lưu DNT cùng xuất huyết não lưu ngay sau phẫu thuật là cần thiết. Việc đặt EVD cần tiếp tục sử dụng kháng sinh có

thể xuyên qua hàng rào máu não và trong thời gian đặt EVD, nên rút EVD sớm trước 7 ngày sau phẫu thuật.

Việc xạ phẫu kết hợp sau mổ đối với u ác tính hoặc trường hợp không lấy trọn u giúp kéo dài thời gian sống sau mổ là rất quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kasowski, H., & Piepmeier, J. M. (2001). Transcallosal approach for tumors of the lateral and third ventricles. *Neurosurgical Focus*, 10(6), 1-5.
2. Radoi, M., Danaila, L., Stefanescu, F., Petrescu, D., & Vakilnejad, R. (2014). Surgery in tumors of the lateral ventricles – last 8 years experience. *Romanian Neurosurgery*, 21(1), 60-72.
3. Bertalanffy, H., Krayenbühl, N., Wess, C., & Bozinov, O. (2011). Ventricular Tumors. In H. Winn, & H. Winn (Eds.), *Youmans Neurological Surgery* (pp. 1534-1568). Saunders.
4. Lyngdoh, B. T., Giri, P. J., Behari, S., Banerji, D., Chhabra, D. K., & Jain, V. K. (2007). Intraventricular meningiomas: A surgical challenge. *Journal of Clinical Neuroscience*, 14(5), 442-448.
5. Bellott, C., Pappadà, G., Sani, R., Oliveri, G., & C., S. (1991). The transcallosal approach for lesions affecting the lateral and third ventricles. Surgical considerations and results in a series of 42 cases. *Acta Neurochir (Wien)*, 111(3-4), 103-107.
6. Charalampaki, P., Filippi, R., Welschhold, S., Conrad, J., & Perneczky, A. (2005). Tumors of the lateral and third ventricle: removal under endoscope-assisted keyhole conditions. *Neurosurgery*, 57(4 suppl), 302-311.
7. Kasowski, H., & Piepmeier, J. M. (2001). Transcallosal approach for tumors of the lateral and third ventricles. *Neurosurgical Focus*, 10(6), 1-5.
8. Apuzzo, M. L. (2000). Anterior Third Ventricle Lesions (Including Collo Cysts). In A. H. Kaye, & P. M. Black, *Operative Neurosurgery* (pp. 753-768). London: Churchill Livingstone.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ CHỈ TIÊU CHẤT LƯỢNG CỦA BỘT CAO KHÔ LÁ XOÀI (MANGIFERA INDICA)

TÓM TẮT

Chúng tôi đánh giá một số chỉ tiêu chất lượng của bột cao khô lá xoài thu được bằng phương pháp phun sấy. Bột lá xoài thu được có dạng bột khô, tơi, màu vàng đậm, mùi thơm, vị ngọt, dễ hút ẩm, độ ẩm là $2,73 \pm 0,14\%$; tỷ lệ (%) bột qua rây là $97,34 \pm 0,32\%$; hàm lượng các kim loại nặng trong các mẫu

Chử Văn Mến*, Nguyễn Thị Thanh Hằng*

bột cao khô là $1,62 \pm 0,54$ ppm; kết quả định tính bằng phương pháp HPLC cho thấy trong bột cao khô lá xoài có chứa mangiferin với thời gian lưu ($t=6,50$ phút) tương ứng với thời gian lưu của chuẩn mangiferin ($t=6,46$ phút); hàm lượng mangiferin của bột cao khô là $5,98 \pm 0,28\%$; kết quả đánh giá độ nhiễm khuẩn cho thấy mẫu bột cao khô lá xoài đáp ứng các chỉ tiêu theo mức 4 của DDVN V về cao khô.

Từ khóa: cao khô, lá xoài, mangiferin

SUMMARY

EVALUATION OF MANGO (MANGIFERA INDICA) LEAVES DRY POWDER SPECIFICATION

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Chử Văn Mến

Email: chuvanmen@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2019

Ngày duyệt bài: 16.9.2019

We evaluate specifications of mango leaves dry powder produced by spray- dried method. The final spray- dried powder in dark yellow, dry and spongy..; the moisture of powder was $2.73 \pm 0.14\%$; the smoothly ratio was $97.34 \pm 0.32\%$; the content of heavy metals was 1.62 ± 0.54 ppm; The result of quanlitative by HPLC method was conformed; the content of mangiferin was $5.98 \pm 0.28\%$; The results of infection assessment showed that the powder met the level 4 of Vietnamese Pharmacopoeia V.

Keywords: dry extract, *Mangifera indica*'s leaves, mangiferin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hoá gây tăng đường máu mạn tính do thiếu insulin tương đối hay tuyệt đối của tuyến tụy. Nếu không được kiểm soát tốt, sau một thời gian tiến triển, bệnh ĐTĐ có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm. Việt Nam nằm trong số các quốc gia có số người bị mắc bệnh ĐTĐ tăng nhanh chóng, năm 2010 tại Việt Nam có khoảng 1 triệu người bị mắc bệnh đái tháo đường [5]. Do đó việc chuẩn đoán và điều trị sớm bệnh lý ĐTĐ sẽ giúp bệnh nhân tránh được những biến chứng có thể gây tử vong cao. Xoài - *Mangifera indica* L. có nguồn gốc từ vùng Ấn Độ - Mianma và được trồng phổ biến ở các tỉnh miền Tây và miền Đông Nam Bộ Việt Nam [2]. Trong lá xoài có chứa hoạt chất chính là mangiferin – dẫn xuất nhóm xanthonoid có nhiều tác dụng sinh học như kháng virus, kháng khuẩn, chống viêm, điều hòa miễn dịch và điều trị đái tháo đường. Một số nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh tác dụng hạ đường huyết của lá xoài cũng như hoạt chất mangiferin trên mô hình động vật thực nghiệm [3], [4]. Mặt khác hàm lượng mangiferin trong lá xoài cũng khá cao [1] có ý nghĩa rất lớn để phát triển thành chế phẩm hỗ trợ điều trị bệnh ĐTĐ. Để làm cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo về lá xoài, bài báo này tôi công bố về kết quả xác định một số chỉ tiêu của bột cao khô lá xoài.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, vật liệu nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Bột cao khô lá xoài phun sấy theo kết quả của bài báo "Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến điều kiện phun sấy cao khô lá xoài".

2.1.2. Hóa chất và dung môi

- Man chuẩn: đạt tiêu chuẩn phòng thí nghiệm, SKS: WS.0111280.01.

- Amoniac, acid acetic, EtOH, MeOH, ethylacetat... đạt tiêu chuẩn tinh khiết hóa học

- Dung môi: Acid formic, MeOH đạt tiêu chuẩn tinh khiết phân tích HPLC.

2.1.3. Thiết bị

Hệ thống phân tích sắc ký lỏng hiệu năng cao Waters (Mỹ), cân phân tích Sartorius có độ chính xác 0,1mg (Đức), cân kỹ thuật điện tử Sartorius có độ chính xác 0,01g (Đức), máy đo độ ẩm tự động Sartorius MA150 (Đức), màng lọc kích thước lỗ 0,45 μ m và các dụng cụ khác đạt tiêu chuẩn phòng thí nghiệm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp đánh giá về tính chất, hình thức của bột cao khô lá xoài. Tiến hành đánh giá bằng phương pháp thử bằng cảm quan: hình thức bên ngoài, màu sắc, mùi vị,..

2.2.2. Phương pháp đánh giá độ ẩm của bột cao khô lá xoài

Tiến hành theo phương pháp mất khối lượng do làm khô theo ĐVN V, phụ lục 9.6 trên máy đo độ ẩm tự động Sartorius MA150, dùng 2g bột, nhiệt độ 105°C đến khối lượng không đổi.

2.2.3. Phương pháp xác định độ mịn của bột cao khô lá xoài. Tiến hành theo ĐVN V - Phụ lục 3.5. Cân chính xác khoảng 10 g bột, rây qua cỡ rây 355 μ m, xác định lượng bột còn lại trên rây.

2.2.4. Phương pháp xác định hàm lượng kim loại nặng của bột cao khô lá xoài

Lấy 1,0 g chế phẩm tiến hành theo phương pháp 3, phụ lục 9.4.8 - ĐVN V. Dùng 01 ml dung dịch chì mẫu 10 phần triệu (TT) để chuẩn bị dung dịch đối chiếu.

2.2.5. Phương pháp định tính bột cao khô lá xoài. Tiến hành bằng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao HPLC. Tiến hành tương tự như phân định lượng hàm lượng Man trong lá xoài theo quy trình ở tài liệu [2], chỉ khác mẫu thử xử lý như phân định lượng Man. So sánh thời gian lưu trên sắc ký đồ của mẫu thử và dung dịch Man chuẩn.

2.2.6. Phương pháp định lượng Mangiferin của bột cao khô lá xoài. Bằng phương pháp HPLC sắc ký lỏng hiệu năng cao gồm các điều kiện sắc ký: Cột phân tích pha đảo Optimapak C₁₈ (250 mm x4,6mm; 5 μ m); pha động: MeOH – acid formic 0,5% (40:60) ; tốc độ dòng 0,8 ml/phút; thể tích tiêm 10 μ L; detector PDA-UV tại bước sóng 258 nm.

Quy trình xử lý mẫu: Cân chính xác khoảng 100,0 mg bột cao khô lá xoài và hòa tan trong EtOH 70% thành 50ml. Lắc siêu âm trong 30 phút, ly tâm với tốc độ 10000 vòng/5phút. Gạn lấy lớp trên, lọc qua màng lọc 0,45 μ m, dịch lọc được tiêm vào hệ thống sắc ký lỏng hiệu năng cao.

Nồng độ Mangiferin (μ g/ml) trong dịch chiết được tính bằng diện tích pic của dung dịch thử $\times$ nồng độ dung dịch chuẩn/ diện tích pic của dung dịch chuẩn. Từ đó, hàm lượng Mangiferin trong

bột cao khô lá xoài được tính bằng nồng độ Man trong dịch chiết $\times$ thể tích dịch chiết thu được/ khối lượng cao khô lá xoài đem chiết $\times 10^6 \times (1 - \text{hàm ẩm bột cao khô})$.

2.2.7. Phương pháp xác định độ nhiễm khuẩn của bột cao khô lá xoài

Tiến hành theo phụ lục 13.6 - DĐVN V - thử giới hạn nhiễm khuẩn, phương pháp đĩa thạch.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Độ ẩm của bột cao khô lá xoài (n=6)

Mẫu	1	2	3	4	5	6
KL bột trước sấy (g)	2,1023	2,0089	2,1209	1,9994	2,1278	2,0932
KL bột sau sấy (g)	2,0476	1,9538	2,0589	1,9480	2,0674	2,0369
Độ ẩm (%)	2,60	2,74	2,92	2,57	2,84	2,68
$\bar{X} \pm SD$ (%)	2,73 $\pm$ 0,14					

Độ ẩm của bột cao khô lá xoài là $2,73 \pm 0,14\%$ < 5%; đáp ứng yêu cầu chất lượng quy định của DĐVN IV về hàm ẩm đối với cao khô.

3.3. Kết quả đánh giá độ mịn của bột cao khô lá xoài

Cân chính xác khoảng 10,00 g bột cao khô lá xoài, rây qua rây kích thước 355 μ m, cân khối

3.1. Kết quả đánh giá về tính chất, hình thức của bột cao khô lá xoài

Theo dõi bằng cảm quan cho thấy bột cao khô lá xoài điều chế theo phương pháp phun sấy là dạng bột khô tơi, màu vàng đậm, không có nấm mốc, mùi thơm, vị ngọt, dễ bị hút ẩm khi để ngoài không khí.

3.2. Kết quả đánh giá độ ẩm của bột cao khô lá xoài. Kết quả đánh giá độ ẩm trong bột cao khô lá xoài được trình bày trong bảng 1

lượng bột còn lại không qua được rây. Độ mịn của khối bột được tính bằng (khối lượng bột ban đầu- khối lượng bột còn lại) $\times 100$ / khối lượng bột ban đầu.

Kết quả đánh giá trên 06 mẫu cao khô lá xoài được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2: Độ mịn của bột cao khô lá xoài (n=6)

Mẫu	1	2	3	4	5	6
KL bột ban đầu (g)	10,1021	9,896	10,054	9,864	10,136	10,351
KL bột còn lại (g)	0,2061	0,310	0,287	0,317	0,347	0,294
Tỷ lệ bột qua rây (%)	97,96	96,87	97,14	96,79	96,58	97,16
$\bar{X} \pm SD$ (%)	97,34 $\pm$ 0,32					

Kết quả ở bảng trên cho thấy: Tỷ lệ (%) bột qua rây của bột cao khô lá xoài là $97,34 \pm 0,32\%$ > 95%. Bột cao khô lá xoài có độ trơn chảy tốt, có thể sử dụng để đóng nang trực tiếp được và kích thước hạt tương đối đồng đều.

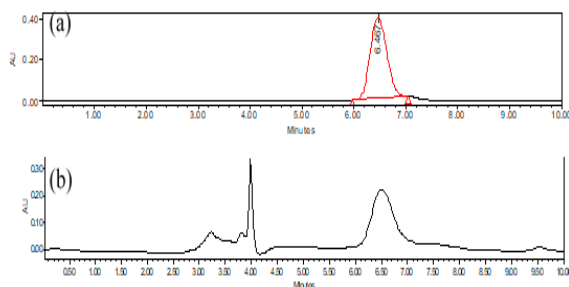
3.4. Kết quả đánh giá hàm lượng kim loại nặng của bột cao khô lá xoài

Bảng 3: Hàm lượng kim loại nặng của bột cao khô lá xoài (n=6)

Mẫu	1	2	3	4	5	6
Hàm lượng KL nặng (ppm)	2,5	1,1	1,3	1,6	1,2	2,0
$\bar{X} \pm SD$ (ppm)	1,62 $\pm$ 0,54					

Kết quả nghiên cứu cho thấy hàm lượng các kim loại nặng trong các mẫu bột cao khô lá xoài đạt $1,62 \pm 0,54$ ppm.

3.5. Kết quả định tính bột cao khô lá xoài



Hình 1. Sắc ký đồ của mangiferin chuẩn (a) và mẫu cao khô lá xoài (b)

Kết quả hình 1 cho thấy trong bột cao khô lá xoài có chứa mangiferin với thời gian lưu ($t_r=6,50$ phút) tương ứng với thời gian lưu của chuẩn Man ($t_r=6,46$ phút). Trên phổ UV cho thấy 2 pic này chồng khít với độ tương quan tới 0,9999. Như vậy, trong bột cao khô lá xoài có chứa Man và có thể sử dụng HPLC để xây dựng phương pháp định tính bột cao khô lá xoài.

3.6. Kết quả định lượng Mangiferin trong bột cao khô lá xoài

Kết quả xác định hàm lượng Man trong mẫu cao khô lá xoài được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Kết quả định lượng mangiferin của bột cao khô lá xoài (n=6)

Mẫu	1	2	3	4	5	6
Hàm lượng mangiferin (%)	5,92	6,66	5,78	5,81	5,98	5,90
X ± SD (%)	5,98 ± 0,28					

Kết quả bảng 4 cho thấy hàm lượng mangiferin của bột cao khô lá xoài đạt $5,98 \pm 0,28$ %.

3.7. Kết quả đánh giá độ nhiễm khuẩn của bột cao khô lá xoài

Độ nhiễm khuẩn của mẫu bột cao khô lá xoài được trình bày trong bảng 5

Bảng 5. Kết quả đánh giá độ nhiễm khuẩn của bột cao khô lá xoài

Yêu cầu	Kết quả	Kết luận
Tổng số vi khuẩn hiếu khí sống lại được không quá 10^4 trong 01 g.	322	Đạt
Tổng số Enterobacteria không quá 500 trong 01 g.	155	Đạt
Nấm và mốc không quá 100 trong 01 g.	11	Đạt
Không được có Salmonella trong 10 g.	Không có	Đạt
Mẫu không có Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus. trong 01g.	Không có	Đạt

Kết quả đánh giá độ nhiễm khuẩn cho thấy mẫu bột cao khô lá xoài đáp ứng các chỉ tiêu theo mức 4 của DĐVN V về cao khô. Đây là mức công bố phù hợp cho các thuốc, bán thành phẩm từ dược liệu.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi đánh giá được một số chỉ tiêu chất lượng của bột cao khô lá xoài phun sấy. Bột lá xoài thu được có dạng bột khô, tơi, màu vàng đậm, mùi thơm, vị ngọt, dễ hút ẩm, độ ẩm là $2,73 \pm 0,14\%$; tỷ lệ (%) bột qua rây là $97,34 \pm 0,32\%$; hàm lượng các kim loại nặng trong các mẫu bột cao khô là $1,62 \pm 0,54$ ppm; kết quả định tính bằng phương pháp HPLC cho thấy trong bột cao khô lá xoài có chứa mangiferin với thời gian lưu ($t=6,50$ phút) tương ứng với thời gian lưu của chuẩn mangiferin ($t=6,46$ phút); hàm lượng mangiferin của bột cao khô là $5,98 \pm 0,28\%$; kết quả đánh giá độ nhiễm khuẩn cho thấy mẫu bột cao khô lá xoài đáp ứng các chỉ tiêu theo mức 4 của DĐVN V về cao khô. Như vậy các kết quả nghiên cứu cho thấy bột cao khô lá xoài phun.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngân (2013)**, Nghiên cứu đặc điểm thực vật & thành phần hóa học của lá xoài tròn Yên Châu, Sơn La, Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ, Trường đại học Dược Hà Nội, Hà Nội
2. **Viện Dược Liệu (2003)**, Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam Tập 2, NXB Khoa học kĩ thuật, Hà Nội.
3. **Analava Mitra B Dineshkumar, M Manjunatha (2010)**, "Studies on the Anti-diabetic and Hypolipidemic Potentials of Mangiferin (Xanthone Glucoside) in Streptozotocin-induced Type 1 and Type 2 Diabetic Model Rats", J Advances in Pharm Sci, 1, pp. 75-85.
4. **Gupta S Muruganandan S, Kataria M, Lal J, Gupta PK. (2002)**, "Mangiferin protects the streptozotocin-induced oxidative damage to cardiac and renal tissues in rats", Toxicology, 176(3), pp. 165-173.
5. **J.R.B.J. Brouwers Hoàng Thị Kim Huyền (2011)**, Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị Tập 2, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 265.

CÁC KHÓ KHĂN TRONG VIỆC ĐI KHÁM ĐỊNH KÌ, MỘT NGHIÊN CỨU VỀ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở THÁI BÌNH

Vũ Đức Anh¹, Nguyễn Thị Ái¹, Lê Minh Hiếu¹,
Phạm Thị Mỹ Hạnh¹, Tine M. Gammeltoft²

TÓM TẮT

¹Đại học Y Dược Thái Bình

²Đại học Copenhagen, Đan Mạch

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Anh

Email: duc.anh1402@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2019

Ngày duyệt bài: 23.9.2019

Kiểm tra sức khỏe định kì của bệnh nhân đái tháo đường là rất quan trọng. Nó giúp cho việc điều trị, dự phòng các biến chứng của bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), điều trị và phục hồi cho các cơ quan chức năng bị biến chứng của người bệnh tiểu đường. Nghiên cứu được thiết kế kết hợp giữa nghiên cứu định tính và định lượng. Trong 848 đối tượng nghiên cứu thì có 89,5% bệnh nhân thường xuyên đi khám sức khỏe định kì hàng tháng. Có 58,6 % bệnh nhân tự đi khám định kì, những bệnh nhân còn lại thường chủ yếu cần sự hỗ trợ từ con cái hoặc vợ/ chồng. Một số lý

do cản trở việc bệnh nhân không đi khám định kì được là do bệnh nhân cảm thấy việc đi khám định kì là không cần thiết, do bệnh nhân không sắp xếp được công việc hay việc hạn chế đi lại. Tuy nhiên việc hỗ trợ của người thân trong việc giúp đỡ bệnh nhân đi khám định kỳ cũng hết sức quan trọng, nó ảnh hưởng trực tiếp đến việc tuân thủ khám định kì của bệnh nhân. Trong quá trình đi khám tại các cơ sở y tế, người bệnh còn chưa thực sự nhận được đầy đủ các thông tin về bệnh ĐTĐ từ bác sĩ hay niềm tin vào chất lượng thuốc của bảo hiểm y tế của bệnh nhân cũng là một trong những rào cản cho việc tuân thủ khám định kì ĐTĐ

Từ khóa: Đái tháo đường, khám sức khỏe định kì, nghiên cứu kết hợp

SUMMARY

CHALLENGING FOR REGULAR CHECK-UP: A STUDY IN DIABETES IN THAI BINH

Regular checkup of diabetes patients is very important. It helps in the treatment and prevention of complications, treatment and rehabilitation for complications of diabetic patients. This was a mixed method study combining quantitative and qualitative research. 89.5% of patients went for regular health checkups every month, in 848 patients. 58.6% of patients went for checkups by themselves, the rest of the patients often needed support from their children or spouses. Some of the reasons that prevented patients from going for regular checkups were that patients felt that checkups were not necessary or the patients could not arrange their work to find the time or they had trouble with transportation. However, the support of relatives in helping patients to go for regular checkups was also very important, it directly affected the patient's compliance with checkups. While patients most often attend their regular checkups, many had not yet received adequate information about diabetes management from doctors. The belief in the quality of medicine of health insurance was also one of the barriers to compliance with regular diabetes checkup.

Keywords: Diabetes, regular checkup, mixed methods

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong số những bệnh không lây phổ biến nhất hiện nay trên thế giới. Bệnh ĐTĐ đang trở thành một vấn đề lớn thách thức nền y học hiện đại vì bệnh gây nhiều tác động bất lợi mang tính xã hội như làm tăng gánh nặng chi phí về y tế, làm suy giảm sức lao động của xã hội, làm tăng tỷ lệ tử vong và rút ngắn tuổi thọ của bệnh nhân.

Theo báo cáo của hiệp hội đái tháo đường thế giới năm 2017 (IDF) có khoảng 425 triệu người trưởng thành (20 – 79 tuổi) mắc bệnh đái tháo đường, và dự báo đến năm 2045 con số này sẽ tăng lên 629 triệu người mắc. Mỗi năm có khoảng 4 triệu người chết do bệnh đái tháo đường; điều đáng quan tâm là bệnh tăng nhanh ở các nước nghèo và đang phát triển.(1) Việt

Nam là một trong những nước có tỷ lệ gia tăng bệnh đái tháo đường nhanh nhất thế giới. Tại Việt Nam trong 10 năm qua, bệnh nhân mắc ĐTĐ đã tăng đến 211% với gần 5 triệu người mắc, bên cạnh đó hơn 60% số người vẫn chưa được chẩn đoán bệnh(2).

Việc đi khám sức khỏe định kì của bệnh nhân ĐTĐ là rất quan trọng. Nó giúp cho công tác điều trị, dự phòng các biến chứng, điều trị và phục hồi chức năng cho các cơ quan bị biến chứng của bệnh nhân ĐTĐ(3) Thực trạng việc khám sức khỏe định kỳ của bệnh nhân ĐTĐ như thế nào và những yếu tố nào là rào cản cho việc đi khám định kỳ của người bệnh là những câu hỏi cần được giải đáp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: mô tả được thực trạng việc đi khám định kỳ và những khó khăn trong việc tuân thủ khám định kì của bệnh nhân ĐTĐ

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu và thời gian, địa điểm nghiên cứu. Các bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2 đang được điều trị ngoại trú tại các Bệnh viện tuyến huyện. Nghiên cứu được thực hiện từ 11/2018 – 6/2019 tại hai huyện Vũ Thư và Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Đây là nghiên cứu kết hợp giữa nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính. Nghiên cứu định lượng là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu định tính áp dụng thiết kế nghiên cứu trường hợp.

2.3. Cách thức chọn mẫu. Nghiên cứu định tính bao gồm 15 bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2, được lấy ngẫu nhiên từ danh sách quản lý bệnh nhân ĐTĐ tại 1 Trạm y tế xã, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình.

Nghiên cứu định lượng là 848 bệnh nhân mắc ĐTĐ type 2, đang đăng ký khám bảo hiểm y tế và điều trị ĐTĐ type 2 ngoại trú tại bệnh viện tuyến huyện ở 2 huyện Vũ Thư và Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình, hiện đang có mặt tại địa phương và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm đối tượng mắc ĐTĐ type 2 nhưng không đăng ký khám bệnh bảo hiểm y tế tại các bệnh viện tuyến huyện trong nghiên cứu, không có mặt tại địa phương trong thời gian nghiên cứu, không đủ sức khỏe để trả lời phỏng vấn, và bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4 Thu thập thông tin. Trong nghiên cứu định tính, mỗi bệnh nhân chúng tôi sẽ thực hiện 2 cuộc phỏng vấn sâu tại gia đình và một buổi nghiên cứu viên cùng đi khám bệnh với bệnh nhân. Chúng tôi phát triển bản hướng dẫn phỏng vấn, gồm các nội dung hoàn cảnh gia đình, cuộc sống, các thông tin về bệnh ĐTĐ type 2, về biến

chứng HĐH. Các nội dung liệt kê sẵn trong bản hướng dẫn phỏng vấn. Câu hỏi cụ thể sẽ được phát triển trong quá trình phỏng vấn. Thông tin từ 2 cuộc phỏng vấn này được thể hiện dưới hai dạng: bản ghi chép thực địa (field note), bản ghi âm cuộc phỏng vấn được gỡ băng sau đó. Chúng tôi cũng tham gia 1 buổi đi khám định kỳ hàng tháng với bệnh nhân tại bệnh viện. Thông tin của buổi này thể hiện dưới bản ghi chép thực địa.

Trong nghiên cứu định lượng, các bệnh nhân được phỏng vấn tại nhà bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Điều tra viên là y tế thôn của xã lân cận đã được tập huấn.

2.5. Xử lý số liệu. Nghiên cứu định tính, các bản gỡ băng và bản ghi chép thực địa đều được mã hóa và phân tích bằng phương pháp phân tích nội dung. Nghiên cứu định lượng, số liệu sau khi thu thập sẽ nhập 2 lần bằng phần mềm Epidata, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các số liệu được thể hiện dưới dạng tỷ lệ % đối với biến phân loại và giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn với biến liên tục.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học, và được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Thái Bình chấp thuận về các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu theo quyết định số 1209/HĐĐĐ ngày 26 tháng 11 năm 2018

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thực trạng sử dụng các dịch vụ y tế. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng trong tổng số 848 bệnh nhân người mắc bệnh ĐTD tỷ lệ nam và nữ là khá tương đương (52,2% là bệnh nhân nữ). Trong đó độ tuổi của người mắc ĐTD tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 60 đến 69 tuổi, chiếm 41,2%.

Bảng 3.1: Tần suất đi khám định kỳ của bệnh nhân

Tần suất	Số lượng	%
Vài lần 1 tháng	1	0,1
Hàng tháng	759	89,5
3 tháng 1 lần	33	3,9
6 tháng 1 lần	3	0,4
Khác	52	6,1
Tổng	848	100

Bảng 3.2. Thời gian để bệnh nhân đi từ nhà tới nơi hay điều trị bệnh ĐTD

Thời gian	Số lượng	%
Nhỏ hơn 15 phút	209	24,6
Từ 15 đến 30 phút	465	54,8
Từ 30 đến 60 phút	162	19,1
Từ 1 đến 2 giờ	10	1,2

Lớn hơn 2h	2	0,2
Tổng	848	100

Bảng 3.2. Tỷ lệ người thường xuyên đưa bệnh nhân đến bệnh viện trong quá trình điều trị bệnh ĐTD

Người đi cùng	Số lượng	%
Tự đi	497	58,6
Vợ/ Chồng	98	11,6
Con gái	72	8,5
Con trai	124	14,6
Con dâu	54	6,4
Con rể	46	5,4
Cháu	54	6,4
Bạn bè	35	4,1
Hàng xóm	39	4,6
Người bị bệnh tiểu đường khác	37	4,4

Theo khuyến cáo của Bộ Y Tế, người bệnh ĐTD phải thường xuyên khám định kỳ 30 ngày /1 lần để kiểm tra sức khỏe và lượng đường huyết của bản thân. Kết quả nghiên cứu định lượng cho thấy có 89,5% bệnh nhân tuân thủ việc thường xuyên đi khám bệnh ĐTD định kỳ hàng tháng và 10,5% bệnh nhân không tuân thủ việc đi khám định kỳ. Tuân thủ khám định kỳ ĐTD là một trong những biện pháp rất quan trọng giúp điều trị bệnh và dự phòng các biến chứng của bệnh ĐTD. Để tìm hiểu những nguyên nhân nào khiến cho bệnh nhân gặp khó khăn trong việc đi khám định kỳ, chúng tôi đã tiến hành phỏng vấn sâu 15 bệnh nhân. Có 6/15 bệnh nhân trả lời không đi khám định kỳ hàng tháng. Qua phỏng vấn chúng tôi tìm hiểu được một số nguyên nhân sau.

3.2. Các khó khăn trong việc tuân thủ khám chữa bệnh của bệnh nhân ĐTD.

3.2.1. Những khó khăn từ phía người bệnh

Cảm thấy việc đi khám bệnh định kỳ là không cần thiết. Có 4/15 bệnh nhân cho rằng việc đi khám định kỳ là không cần thiết. Những người này quan niệm rằng họ chỉ đi khám bệnh khi có những diễn biến bất thường như đường huyết tăng cao, người mệt mỏi... hoặc có các dấu hiệu của biến chứng về tiểu đường. Bà Đào 61 tuổi cho biết "Tôi có ông anh trai cũng mắc bệnh tiểu đường, nhà ông ấy có máy đo tiểu đường nhanh tại nhà. Thỉnh thoảng tôi sang kiểm tra lượng đường máu của mình xem là bao nhiêu. Lượng đường máu bình thường của tôi dao động trong 8 phẩy (em ghi chú thích đơn vị vào đây nhé), nếu cao hơn mức này thì tôi mới đi khám, còn không tôi mua thuốc rồi uống". Họ cho rằng việc đi khám sức khỏe định kỳ hàng tháng là không cần thiết với họ, do đó đi kiểm tra sức khỏe 3 tháng 1 lần, hoặc 6 tháng 1 lần là đủ để theo dõi tình trạng bệnh.

Do không sắp xếp được công việc nên không đi được. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có 13/15 bệnh nhân trên 60 tuổi. Ở độ tuổi này họ thường đã nghỉ hưu và ở nhà nghỉ dưỡng. Bà Đào cũng cho biết "Nhà tôi neo người, chồng bị đột quỵ đang nằm điều trị tại bệnh viện y học cổ truyền, các con còn cháu nhỏ, tôi phải thường xuyên đến trông cháu cho tụi nó đi làm, mỗi một lần đi khám sức khỏe là mất nguyên 1 buổi sáng nên không có thời gian đi khám sức khỏe được". Ở Việt Nam, người già sau khi nghỉ hưu họ thường dành thời gian cho gia đình như chăm sóc cho các thành viên trong gia đình, hoặc trông các cháu để con cái có thời gian đi làm. Nhiều người bệnh ĐTD cho rằng, nếu đường máu của mình được điều trị ổn định thì việc đi khám định kì hàng tháng sẽ rất tốn thời gian và công việc cá nhân của mình. Việc đi khám chủ yếu là lấy thuốc ĐTD, do đó với những người có điều kiện kinh tế thì mỗi tháng tiêu tốn vài trăm ngàn để mua thuốc là trong khả năng chi trả, do đó việc họ tự mua thuốc và không đến các cơ sở y tế để khám định kỳ là vấn đề đang hiện hữu tại nhiều địa phương, đặc biệt là vùng thành thị nơi điều kiện kinh tế tốt hơn so với vùng nông thôn.

Hạn chế về thể chất khiến bệnh nhân không đi được hoặc ngại đi. Trong nghiên cứu định lượng có 451 (53,2%) người có vấn đề về bệnh xương khớp(BXK). Bệnh ĐTD góp phần thúc đẩy các bệnh thuộc hệ thống xương khớp xuất hiện sớm hơn, tiến triển nặng hơn hoặc nhanh hơn. Các biến chứng BXK của bệnh nhân bệnh ĐTD thường do tổn thương thần kinh và mạch máu kết hợp với sự suy giảm đề kháng giúp cơ thể dễ bị nhiễm khuẩn. Trong nghiên cứu định tính, có 9/15 người có các bệnh liên quan đến xương khớp. Bà Lan 73 tuổi cho biết "tôi bị bệnh ĐTD hơn chục năm nay rồi, sức khỏe cũng giảm đi rất nhiều, cái chân của tôi bây giờ đi lại khó khăn lắm, mắt thì càng ngày càng mờ đi, không làm được việc gì cả. Mỗi lần đi khám sức khỏe, phải đợi anh con trai bố trí nghỉ làm mới đưa tôi đi khám được". Bệnh thường tiến triển âm thầm, lúc đầu người bệnh chỉ có cảm giác khó khăn khi co duỗi ngón tay cho đến khi ngón tay hoàn toàn cong gập và đau buốt. Hơn nữa, do tổn thương thần kinh và mạch máu làm cho người bệnh giảm cảm giác ở những vùng tổn thương nên thường chủ quan. Chính vì những biến chứng trên BXK chưa được người bệnh ĐTD lưu ý đến và thường bỏ qua các triệu chứng ban đầu, dẫn đến bệnh tiến triển ngày càng nặng và khó khăn hơn trong điều trị. Các biểu hiện thường thấy của bệnh có thể chia hai

nhóm, gồm nhóm biến chứng ở gân cơ và nhóm biến chứng ở khớp và tổ chức quanh khớp. Trong nghiên cứu mối liên quan giữa bệnh tiểu đường và viêm cơ xương khớp của Karine Louati (2015) chỉ ra rằng những người mắc bệnh ĐTD có nguy cơ mắc bệnh cơ xương khớp cao gấp 1,5 lần so với những người không mắc bệnh ĐTD(4). Trong đó nhóm biến chứng ở gân cơ biểu hiện với hội chứng ống cổ tay, ống cổ chân, hội chứng bàn tay cứng, hội chứng Dupuytren và hội chứng ngón tay lò xo. Các hội chứng này đều có những biểu hiện như tê ở bàn tay hoặc bàn chân hoặc da và cơ tay chân dày lên, co rút khiến các ngón bị co quắp... Biến chứng ở khớp và tổ chức quanh khớp với hội chứng khớp đông cứng, hội chứng vai tay gây đau lan tỏa từ trên vai lan xuống đến bàn, ngón tay, đau rất nhiều kèm theo rối loạn vận mạch (tay sưng phù, da đỏ, tím...) và thiếu dưỡng cơ, teo cơ nếu ở giai đoạn muộn....

3.2.2. Người nhà không bố trí được công việc để đưa bệnh nhân đi. Trong nghiên cứu định lượng có 351 (41,4%) bệnh nhân thường xuyên được người khác đưa đi khám, trong đó đi cùng vợ hoặc chồng là 98 (11,6%) và đi cùng con trai là 124 (14,6%). Bà Thoa 68 tuổi cho hay "tôi bây giờ tuổi cao đi lại khó khăn, từ hồi bị bệnh tôi nghỉ không đi chợ bán hàng nữa, chồng tôi là người làm kinh tế chính cho gia đình, nhưng mỗi lần tôi đi khám, ông nhà tôi lại phải xin nghỉ làm để đưa tôi đi khám, lắm khi ông nhà tôi không xin nghỉ làm được, tôi phải đi khám muộn hơn so với mọi khi mất mấy hôm, may mà thuốc vẫn còn. Mọi lần đi khám, ông ấy làm hết thủ tục cho tôi, chứ tôi có biết gì đâu, đi lại khó khăn lắm". Trong nghiên cứu định tính có 13/15 người là người cao tuổi, và có 10/15 người cần phải có người đưa đi khám. Người đi cùng bệnh nhân chủ yếu là con cái hoặc là vợ, chồng. Những người thân này thường ngày vẫn phải đi làm để lo kinh tế cho gia đình, việc phải xin nghỉ làm để đưa người bệnh đi khám định kỳ gặp rất nhiều khó khăn. Con bà Lan 73 tuổi cho hay "tôi làm tư nhân, chủ yếu là giao hàng đến các đại lý, nhiều khi công việc bận rộn quá, không nhờ người khác làm thay hay nghỉ làm được, nên tôi không đưa mẹ tôi đi khám đúng hẹn được, phải lui lại mất mấy hôm"

3.2.3. Những khó khăn từ phía cơ sở y tế Không cung cấp được các thông tin cần thiết cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu định lượng cho thấy mặc dù các bệnh nhân có đi khám định kỳ về ĐTD, vẫn có trên 85% người muốn biết thêm các thông tin về bệnh, thuốc, chế độ ăn, chế độ thể dục, biến chứng, triệu

chứng của hạ đường huyết.... Trong nghiên cứu định tính: 15/15 bệnh nhân đều mong muốn được tư vấn thêm từ bác sĩ về các vấn đề liên quan đến bệnh. Bà Đào cho biết "Khi đi khám tôi phải chờ rất lâu mới đến lượt, khi được thăm khám, tôi có hỏi bác sĩ thông tin thêm về bệnh nhưng bác sĩ không trả lời nhiều và cũng không tư vấn gì thêm. Với cả việc tôi lo sợ mình làm mất thời gian của bệnh nhân khác, do còn nhiều người đang ngồi đợi khám nên tôi cũng không hỏi gì thêm". Hiện nay bệnh nhân ĐTĐ nói riêng và người dân nói chung có rất nhiều các kênh thông tin để tìm hiểu về bệnh tiểu đường như Internet, Facebook, báo điện tử hay từ những người bệnh mắc tiểu đường khác.... Tuy vậy các nguồn thông tin này có tính tin cậy thấp do thông tin không được kiểm chứng bởi người có chuyên môn, Tuy vậy, các thông tin từ các kênh này vẫn được rất nhiều người bệnh ĐTĐ áp dụng. Chính vì thế, các cơ sở y tế, đặc biệt là các bác sĩ chuyên khoa về đái tháo đường thường là nơi được bệnh nhân mong muốn tìm hiểu về bệnh của mình. Tuy nhiên hiện nay sự quá tải bệnh ngày càng hiện hữu tại nhiều bệnh viện công lập cũng như tư nhân. Mỗi ngày, các cơ sở y tế phải thăm khám cho hàng trăm người bệnh, áp lực từ công việc và từ môi trường làm việc khiến cho các bác sĩ gần như không có đủ thời gian để tư vấn cụ thể cho từng người bệnh được. Đó cũng là hạn chế lớn khiến cho bệnh nhân thấy việc đi khám định kỳ của họ đơn giản chỉ là đi lấy thuốc điều trị

Thuốc của bảo hiểm chưa tạo được niềm tin trong người bệnh. Trong nghiên cứu định lượng, trong số 87 (10,3%) bệnh nhân phải sử dụng thuốc ngoài bảo hiểm thì có 4,6% không tin tưởng vào chất lượng thuốc bảo hiểm và 37,9% thấy rằng thuốc bảo hiểm không có nhiều tác dụng với bệnh của họ. Trong quá trình phỏng vấn sâu, có 3/15 bệnh nhân không tin tưởng chất lượng thuốc bảo hiểm và thấy ít có tác dụng giảm đường huyết khi sử dụng. Bác Ly, 70 tuổi đã nói: " Trước kia lúc đầu tôi có uống thuốc bảo hiểm, và uống thuốc mua thì nó đỡ thời gian đầu sau không có tiền uống thuốc ngoài nữa thì lại uống thuốc bảo hiểm nhưng thuốc bảo hiểm chả ăn thua"; "thuốc bảo hiểm cho thì không mất tiền nhưng mà không ăn thua, không khỏi, không hạ được, đường huyết nó vẫn cứ cao". Bác Sim 67 tuổi cũng cho biết "Thuốc phát nhẹ, nhiều khi tôi phải mua, thuốc phát tôi để lại, có lần tăng lên 18 bác sĩ bảo nếu lần sau lên vậy thì phải tiêm nên tôi uống thuốc của Pháp thì xuống

7,7, thuốc phát lúc nào nhớ ra thì uống thôi, họ phát 2 viên tôi phải uống 3 viên vì nhẹ quá". Đây cũng là một trong những nguyên nhân làm bệnh nhân không đi kiểm tra ĐTĐ định kỳ, do việc tới bệnh viện cũng chỉ để biết lượng đường huyết của mình như thế nào chứ không có mục đích lấy thuốc điều trị. Thậm chí có những bệnh nhân cả năm không tới bệnh viện để kiểm tra ĐTĐ do cảm thấy lượng đường của mình ổn định và tự mua thuốc điều trị. Chính vì vậy, việc quản lý bệnh nhân ĐTĐ do đó càng trở nên khó khăn hơn.

IV. KẾT LUẬN

Trong 848 bệnh nhân được nghiên cứu thì có 89,5% bệnh nhân thường xuyên đi khám sức khỏe định kỳ hàng tháng. Có 58,6 % bệnh nhân tự đi khám định kỳ, những bệnh nhân còn lại thường chủ yếu cần sự hỗ trợ từ con cái hoặc vợ/ chồng. Một số lý do cản trở việc bệnh nhân không đi khám định kỳ được là do bệnh nhân cảm thấy việc đi khám định kỳ là không cần thiết, do bệnh nhân không sắp xếp được công việc hay hạn chế trong việc đi lại. Tuy nhiên sự hỗ trợ của người thân trong việc đưa bệnh nhân đi khám định kỳ cũng hết sức quan trọng; nó ảnh hưởng trực tiếp đến việc tuân thủ khám định kỳ của bệnh nhân. Trong quá trình đi khám tại các cơ sở y tế, người bệnh còn chưa thực sự nhận được đầy đủ các thông tin về bệnh ĐTĐ từ bác sĩ hay niềm tin vào chất lượng thuốc của bảo hiểm y tế của bệnh nhân cũng là một trong những rào cản cho việc tuân thủ khám định kỳ ĐTĐ. Việc đưa xét nghiệm đường huyết và cấp phát thuốc điều trị đái tháo đường về TYT là giải pháp cơ bản giúp loại bỏ đáng kể các rào cản cho việc đi khám định kỳ kể trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation.** Diabetes facts & figures. 2017.
2. **Tạ Văn Bình.** Đái tháo đường, đại dịch toàn cầu thế kỷ 21 và những con số đáng báo động. Tạp chí đái tháo đường - đặc san 2017. 2017.
3. **Tạ Văn Bình.** Người bệnh đái tháo đường và những điều cần biết. Nhà xuất bản Y học 2007.
4. **Karine Louati, Céline Vidal, Francis Berenbaum.** Association between diabetes mellitus and osteoarthritis: systematic literature review and meta-analysis. Rheumatic & Musculoketal Diseases Open. 2015;1.
5. **Phạm Ngọc Sơn, Phạm Thị Dung, Trần Thị Phương, Công NV.** Thực trạng công tác quản lý bệnh nhân đái tháo đường tại 30 trạm y tế tham gia mô hình phòng chống bệnh không lây nhiễm tại tỉnh Hà Nam năm 2017. Tạp chí Y học Việt Nam. 2017.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VIÊM MỦ NỘI NHÃN TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN TỪ 2012 ĐẾN 2017

Vũ Thị Hải Vân¹, Thẩm Trương Khánh Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của Viêm mủ nội nhãn tại bệnh viện Mắt Trung ương giai đoạn từ 2012 đến 2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt bệnh. 796 bệnh nhân được chẩn đoán Viêm mủ nội nhãn (VMNN) tại bệnh viện Mắt Trung ương giai đoạn từ 2012 đến 2017. Hồ sơ đủ thông tin nghiên cứu. Các tiêu chí nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới, nơi sinh sống, mùa mắc bệnh, mắt bị bệnh, nguyên nhân gây bệnh, bệnh lý toàn thân, thời gian khởi phát triệu chứng đến khi vào viện, thời gian bị bệnh, thị lực vào viện, nhân áp vào viện, tình trạng giác mạc, tiền phòng, ánh đồng tử, độ đục dịch kính. **Kết quả:** Trung bình 159 ca mới mắc mỗi năm. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $37,72 \pm 25,31$ tuổi. Đối với mỗi hình thái VMNN khác nhau có sự phân bố lứa tuổi mắc VMNN khác nhau. VMNN sau phẫu thuật phân bố tập trung ở người lớn tuổi với 56,5% bệnh nhân trên 60 tuổi. VMNN sau chấn thương nhãn cầu hở gặp ở trong độ tuổi lao động là chủ yếu, 64,1% các trường hợp trong độ tuổi từ 15 đến 60. VMNN nội sinh lại gặp nhiều ở trẻ em dưới 15 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh của nam nhiều hơn nữ, đặc biệt với bệnh nhân VMNN sau chấn thương (nam/nữ=3/1). 52,6% bệnh nhân ở nông thôn, còn lại là thành thị, miền núi và miền duyên hải. Mùa thu và mùa đông là thời gian phát triển bệnh cao nhất. Mắt phải và mắt trái có tỷ lệ mắc bệnh ngang nhau. Không thấy có sự khác biệt đáng kể giữa hai mắt. Bệnh lý toàn thân chỉ gặp ở 10,6%. Trong đó bệnh lý tăng huyết áp, tiểu đường, viêm đường hô hấp, sốt là các bệnh lý hay gặp nhất. VMNN nội sinh là nguyên nhân hay gặp nhất (51,3%), sau đó là VMNN sau chấn thương (24,2%) và VMNN sau các phẫu thuật nội nhãn (24,5%). Trong đó bệnh nhân mắc VMNN sau phẫu thuật Phaco chiếm phần lớn (69,7%). Thị lực vào viện của đa số bệnh nhân thấp (76,6% bệnh nhân có thị lực dưới ĐNT 1m). **Kết luận:** Đối với mỗi hình thái VMNN khác nhau có sự phân bố lứa tuổi mắc VMNN khác nhau. VMNN sau phẫu thuật phân bố tập trung ở tuổi già, VMNN sau chấn thương nhãn cầu hở gặp ở trong độ tuổi lao động là chủ yếu, VMNN nội sinh lại gặp nhiều ở trẻ em dưới 15 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh của nam nhiều hơn nữ, đặc biệt với bệnh nhân VMNN sau chấn thương (nam/nữ=3/1). Tần suất mắc bệnh có liên quan đến sự thay đổi theo mùa. VMNN nội sinh là nguyên nhân hay gặp nhất.

Từ khóa: viêm mủ nội nhãn.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF INFECTIOUS ENDOPHTHALMITIS IN VIETNAM NATIONAL INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY FROM 2012 TO 2017

Objectives: To investigate clinical features of infectious endophthalmitis in Vietnam National Institute of Ophthalmology from 2012 to 2017. **Methods:** Medical records of consecutive patients diagnosed with infectious endophthalmitis at in Vietnam National Institute of Ophthalmology between 12/ 2012 and 11/ 2017 were reviewed. **Results:** 796 patients were diagnosed and treated. An average of 159 infectious endophthalmitis per year was developed. The ratios of male to female and right to left were 60.7% :39.3 % and 49.3%: 50.0%, respectively and mean age of $37,64 \pm 25,3$ years were analysed. Fall and winter were the peak season (59,1 %) to develop the infectious endophthalmitis. The systemic disease was 10,6% with the most common past history were hypertension (2,5%) and diabetes (1,9%). Cataract operation (70,5%) was the most common cause of postoperative endophthalmitis, among which most of them was uneventful phacoemulsification (69,7%). Corneal laceration (74,9%) were the most common causes of traumatic endophthalmitis. The most cause of infectious endophthalmitis was endogenous. The percentages of patients with initial visual acuity less than hand motion were 72%. **Conclusions:** Our study revealed that the development of infectious endophthalmitis was related with seasonal variation, gender. The most cause of infectious endophthalmitis was endogenous.

Key words: Endophthalmitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mủ nội nhãn (VMNN) là một bệnh lý viêm nhiễm nặng nề ở các mô và dịch nội nhãn do sự xâm nhập của vi sinh vật theo con đường ngoại sinh hoặc nội sinh. VMNN là một nhiễm trùng mắt có khả năng tàn phá nghiêm trọng dẫn đến giảm thị lực đáng kể. Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu giúp thể hiện mô hình bệnh tật của VMNN của quốc gia đó. Theo những báo cáo này, tỷ lệ VMNN ở mỗi nước cho kết quả khá khác biệt. Tại Việt Nam, nhiều tác giả đã quan tâm nghiên cứu về VMNN nhưng chưa có nghiên cứu tổng quát nào đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của VMNN nói chung. Xuất phát từ thực tế trên, với mong muốn có một cái nhìn tổng quát về bệnh VMNN, chúng tôi thực hiện đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh viêm mủ nội nhãn tại bệnh viện Mắt Trung ương giai đoạn từ 2012 đến 2017".

¹Dại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hải Vân

Email: drhaivan06@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019

Ngày duyệt bài: 12.9.2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị VMNN tại bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 12 năm 2012 đến hết tháng 11 năm 2017, hồ sơ đầy đủ thông tin khai thác trong nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ không đủ thông tin khai thác trong nghiên cứu như không được khai thác đủ bệnh sử, tiền sử, các tình trạng lâm sàng lúc vào viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả loạt bệnh

Các bước nghiên cứu

- Tập hợp toàn bộ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân trong đối tượng nghiên cứu. Loại bỏ những hồ sơ không đạt yêu cầu.
- Thu thập thông tin trong hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân thuộc tiêu chuẩn lựa chọn.
- Điền các thông tin cần đánh giá vào bệnh án nghiên cứu.
- Phân tích và xử lý số liệu.

Tiêu chí đánh giá bao gồm:

Các đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu: 1. Hình thái VMNN: VMNN nội sinh, VMNN ngoại sinh (sau phẫu thuật, sau chấn thương, sau tiêm nội nhãn); 2. Tuổi: ≤ 15 tuổi, từ 16 tuổi đến 40 tuổi, từ 41 tuổi đến 60 tuổi, >60 tuổi; 3. Giới: nam, nữ; 4. Mắt tổn thương: mắt phải, mắt trái, cả 2 mắt; 5. Nơi sinh sống: nông thôn, thành thị, miền núi, miền duyên hải; 6. Mùa mắc bệnh: mùa xuân hè, mùa thu đông; 7. Thời gian khởi phát triệu chứng đến khi vào viện: ≤ 1 ngày, 2-3 ngày, 4-7 ngày, >7 ngày. Thời gian bị bệnh: <1 tuần, 1-2 tuần, >2 tuần. 8. Các bệnh lý toàn thân đi kèm: tiểu đường, huyết áp...

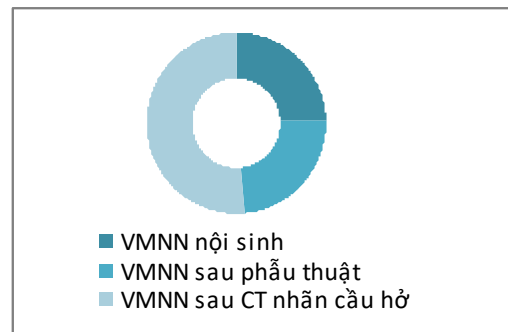
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân

VMNN: Qua khảo sát 796 bệnh nhân bị VMNN có hồ sơ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, chúng tôi rút ra một số đặc điểm sau:

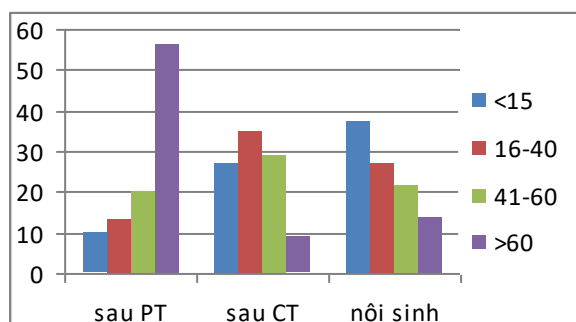
Viêm mủ nội nhãn nội sinh chiếm đa số với 408 trường hợp (51,3%), VMNN sau phẫu thuật nội nhãn và VMNN sau chấn thương nhãn cầu hờ chiếm tỷ lệ gần tương đương nhau lần lượt là 193 trường hợp (24,2%) và 195 trường hợp (24,5%). Trong số 193 ca bệnh VMNN sau phẫu thuật nội nhãn, có 70,5% trường hợp sau phẫu thuật thể thủy tinh, 8,3% trường hợp VMNN sau phẫu thuật cắt bè củng giác mạc, 7,8% trường hợp VMNN sau cắt dịch kính qua pars plana, 13,4% các trường hợp VMNN sau phẫu thuật nội

nhãn khác. Trong đó, VMNN sau phẫu thuật Phaco chiếm tuyệt đại đa số trong VMNN sau phẫu thuật thể thủy tinh (126/136 bệnh nhân, chiếm 92,6%). Rách giác mạc là nguyên nhân phổ biến nhất của VMNN sau chấn thương (chiếm 74,9% các trường hợp VMNN sau chấn thương nhãn cầu hờ). Không có trường hợp nào VMNN sau tiêm nội nhãn. Tỷ lệ này hoàn toàn khác biệt so với các nghiên cứu của tác giả khác. Nghiên cứu của Sharma S. và cộng sự (2014) cho thấy có tới 43,0% bệnh nhân VMNN sau phẫu thuật, 40,2% bệnh nhân sau chấn thương và chỉ có 16,8% VMNN nội sinh [1].



Biểu đồ 2: Phân bố bệnh theo nguyên nhân gây bệnh

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $37,72 \pm 25,31$ tuổi. Trong đó bệnh nhân cao tuổi nhất là 99 tuổi và ít tuổi nhất là 2 tháng tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, VMNN có thể xuất hiện ở bất kỳ độ tuổi nào với tỷ lệ bệnh nhân mắc VMNN phân bố đồng đều ở các lứa tuổi. Tuy nhiên, ở mỗi hình thái VMNN khác nhau có sự phân bố lứa tuổi mắc VMNN rất khác biệt. VMNN sau phẫu thuật gặp chủ yếu ở người lớn tuổi với 56,5% bệnh nhân trên 60 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm này là $56,86 \pm 23,3$ tuổi. Kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Jonathan Q (2005) tuổi trung bình của bệnh nhân VMNN sau phẫu thuật là 74,5 tuổi [2]. Nghiên cứu của Ky Yup Nam cho thấy hầu hết bệnh nhân VMNN sau phẫu thuật ở độ tuổi từ 70-80 (59,4%) [3]. Tuy nhiên, VMNN sau chấn thương nhãn cầu hờ lại thường gặp ở trong độ tuổi lao động là chủ yếu với 64,1% bệnh nhân nằm trong độ tuổi từ 15 đến 60. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân VMNN sau chấn thương là $33 \pm 19,82$. Kết quả này trùng với kết quả nghiên cứu của Dehgani A.R và cộng sự (2014) trên nhóm bệnh nhân bị VMNN sau chấn thương có độ tuổi trung bình $19,2 \pm 16,7$ [4]. Mặt khác, VMNN nội sinh lại gặp nhiều nhất ở trẻ em dưới 15 tuổi (37,5%). Hầu hết, nghiên cứu của các tác giả đều đưa ra kết quả tương tự như trên.



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh theo nhóm tuổi

Nếu xét riêng trong từng nhóm tuổi, chúng tôi cũng nhận thấy có sự khác biệt rất lớn. Với những bệnh nhân ≤ 15 tuổi, đa số các trường hợp mắc VMNN là VMNN nội sinh (68%). Ngược lại đối với những bệnh nhân trên 60 tuổi, chủ yếu đối tượng lại là những bệnh nhân VMNN sau phẫu thuật chiếm 59,6%. Ở lứa tuổi từ 16-40 tuổi, VMNN xảy ra sau chấn thương nhãn cầu hờ với tỷ lệ lên tới 34,9%.

Khi đánh giá mối liên quan giữa VMNN nói chung và giới tính, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nam/ nữ là 1,5/1. Đánh giá riêng rẽ mối liên quan về giới tính với các hình thái VMNN chúng tôi ghi nhận ở hình thái VMNN sau phẫu thuật sự chênh lệch về giới là không đáng kể, nam giới chiếm 53,4% so với nữ giới là 46,6% các trường hợp. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,349$. Kết quả này cũng trùng với kết quả nghiên cứu của Jonathon Q. (2005) trên nhóm bệnh nhân VMNN sau phẫu thuật với tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1 [2]. Đối với VMNN sau chấn thương nhãn cầu hờ, số bệnh nhân nam chiếm tuyệt đại đa số với tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,000$. Kết quả thu được phù hợp với nghiên cứu khác về VMNN sau chấn thương nhãn cầu hờ trên thế giới cho thấy VMNN sau chấn thương gặp chủ yếu ở nam giới. Nghiên cứu của Deghani A.R (2014) cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 6/1 [4]. Đánh giá trên nhóm đối tượng VMNN nội sinh thấy số lượng bệnh nhân nam mắc bệnh cao hơn so với nữ (57,4% so với 42,6%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,003$. Tỷ lệ nam trội hơn nữ trên nhóm bệnh nhân VMNN nội sinh này khá phù hợp với các nghiên cứu trước đó. Theo tổng kết của Jackson (2003), tỷ lệ này là 157/97 [5], nghiên cứu của Hoàng Thị Hiền (2005) tại bệnh viện Mắt Trung ương là 1,7/1 [6].

Khi phân tích về phân bố bệnh nhân theo địa dư, chúng tôi nhận thấy số bệnh nhân đến từ nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất 52,6%, còn lại là lần lượt là ở thành thị, miền núi, và duyên hải

với tỷ lệ 25,6%, 15,7%, 6,0%. Khi xem xét trên từng hình thái VMNN, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân đến từ nông thôn đều chiếm đa số ở tất cả các hình thái. Đối với VMNN sau phẫu thuật tỷ lệ bệnh nhân đến từ vùng nông thôn chiếm đa số, 48,7%. Kết quả nghiên cứu của Ki Yup Nam cũng cho kết quả gần tương đồng với bệnh nhân VMNN sau phẫu thuật đến từ vùng nông thôn chiếm tới 80% [3]. VMNN sau chấn thương có 50,3% ca bệnh đến từ nông thôn. Với hình thái VMNN nội sinh chúng tôi thu được kết quả có 55,6% bệnh nhân thuộc vùng nông thôn, 28,2% bệnh nhân thuộc vùng thành thị. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả trong nước. Theo Hoàng Thị Hiền tỷ lệ này là 55,3% [6]. Để lý giải điều này theo chúng tôi do nông thôn có điều kiện kinh tế khó khăn, dân trí thấp, nên sự chăm sóc kém hơn các vùng thành phố, những ổ nhiễm trùng ngoài mắt cũng không được quan tâm điều trị có thể là nguyên nhân vi khuẩn lây lan tới mắt. Ngoài ra các tác nhân chấn thương ở nông thôn cũng thường bắn hơn như cành cây, dây chun, đất đá...nên tỷ lệ bệnh nhân VMNN cũng cao hơn.

Sự khác biệt theo mùa đã được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Mùa thu đông tỷ lệ gặp VMNN nói chung cao hơn so với mùa xuân hè (59,3% so với 40,7%). Vào mùa xuân bệnh xuất hiện ít nhất, chỉ chiếm 16,8%. Nghiên cứu của Ky Yup Nam (2014) cũng nhận thấy mối liên quan giữa mùa hoặc nhiệt độ đến sự phát triển VMNN [3]. Tác giả nhận thấy mùa xuân là thời điểm gặp VMNN nhiều nhất với tỷ lệ là 32%. Đánh giá riêng cho từng hình thái, chúng tôi nhận thấy VMNN nội sinh có sự phân bố theo mùa rõ rệt nhất. Trên tổng số bệnh nhân mắc VMNN nội sinh, mùa thu đông gặp 64,7% các trường hợp, mùa xuân hè gặp ở 35,3% các trường hợp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,000$. Kết quả này cũng tương ứng với nghiên cứu của Phùng Văn Thịnh [7] là mùa thu đông có tới 77,6% bệnh nhân. Theo như lý giải của chúng tôi, mùa thu đông là thời gian bệnh lý đường hô hấp tăng lên đáng kể. VMNN sau phẫu thuật cũng gặp nhiều hơn vào mùa thu đông (54,9%), so với xuân là 45,1%. VMNN sau chấn thương cũng có tỷ lệ ca bệnh gặp ở mùa thu đông cao hơn mùa xuân hè (52,3% so với 47,7%). Sự khác biệt giữa tỷ lệ mắc bệnh mùa thu đông và mùa xuân hè ở 2 hình thái này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,005$.

Tỷ lệ mắc bệnh mắt phải và mắt trái tương đương nhau (49,3% và 49,9%). Chỉ có 6 trường hợp bị hai mắt chiếm 0,8%, trong đó có 5

trường hợp VMNN nội sinh và 1 trường hợp VMNN sau phẫu thuật thể thủy tinh. Tuy nhiên, một số các nghiên cứu khác lại không cho kết quả tương tự. Theo Ki Yup Nam, nghiên cứu trên 197 mắt VMNN tại Hàn Quốc, mắt phải có tỷ lệ mắc cao hơn mắt trái (mắt phải chiếm 54,8% so với mắt trái chiếm 43,2%) [3]. Khi đánh giá riêng cho từng hình thái, chúng tôi nhận thấy cũng không có sự khác biệt giữa mắt phải và mắt trái. Đối với VMNN nội sinh, chúng tôi lại thu được kết quả mắt phải có tỷ lệ mắc bệnh thấp hơn mắt trái (47,3% so với 51,5%). Trong khi đó hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở mắt phải cao hơn mắt trái. Theo nghiên cứu của Phùng Văn Thịnh và Hoàng Thị Hiền, tỷ lệ mắc bệnh giữa mắt phải và mắt trái lần lượt là 1,1/1 và 1,25/1 [6],[7]. Các tác giả cho rằng động mạch cảnh phải chạy thẳng và gần tim hơn cho nên tác nhân gây bệnh theo đường máu đến mắt phải nhiều hơn, khiến tỷ lệ bệnh nhân mắc VMNN nội sinh tại mắt phải cao hơn.

Đa số các trường hợp không phát hiện bệnh lý toàn thân đi kèm, chiếm 89,4%. Chỉ có 10,6% (tương ứng 84 bệnh nhân) phát hiện bệnh lý toàn thân bao gồm: tăng huyết áp (2,5%), ĐTD (1,9%), viêm đường hô hấp (1,6%), sốt (1,2%), bệnh lý gan mật (0,3%), bệnh khác (3,1%). Tỷ lệ bệnh lý toàn thân trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp so với các nghiên cứu của các tác giả khác. Trong nghiên cứu của Ki Yup Nam, tỷ lệ bệnh toàn thân là 64,6%, trong đó bệnh tăng huyết áp và tiểu đường là hai bệnh lý chính được phát hiện [4]. Theo sau là bệnh lý viêm đường hô hấp và sốt cũng chiếm tỷ lệ không nhỏ trong số các bệnh lý toàn thân. Trong ba hình thái VMNN như trên thì VMNN sau chấn thương gần như không có bệnh lý toàn thân gì trước đó, chiếm 98,5%. Có thể do những bệnh nhân VMNN sau chấn thương đa phần là những bệnh nhân trong độ tuổi lao động, khỏe mạnh. VMNN sau phẫu thuật có tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý toàn thân trước đó cao hơn, với 12,9% các trường hợp. Lý giải điều này, chúng tôi cho rằng, bệnh nhân trong nhóm này đa phần là người lớn tuổi, có các bệnh lý toàn thân trước đó như ĐTD, tăng huyết áp. Nên tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý toàn thân cao hơn so với những bệnh nhân VMNN sau chấn thương. Chúng tôi nhận thấy đa phần những bệnh nhân ghi nhận có bệnh lý toàn thân đều nằm ở nhóm VMNN nội sinh (chiếm 66,7%). Mặc dù vậy, tỷ lệ bệnh nhân VMNN nội sinh có bệnh lý toàn thân ở nghiên cứu này vẫn khá thấp. 86,3% bệnh nhân có bệnh lý toàn thân so với 13,7% trường hợp

khỏe mạnh. Trong đó bệnh lý sốt và viêm đường hô hấp tập trung hết ở nhóm hình thái này. Kết quả này có nhiều điểm tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Tấn (2012). Tỷ lệ bệnh xảy ra trên người khỏe mạnh ở Việt Nam khá cao (74%) [8]. Ở Việt Nam, bệnh VMNN nội sinh thường xuất hiện sau các nhiễm trùng hô hấp cấp hoặc đợt cấp của các bệnh mạn tính như viêm xoang, viêm phế quản, viêm phổi. Chúng tôi nhận thấy sự khác biệt rõ rệt trong nghiên cứu này so với các nghiên cứu về VMNN nội sinh trên thế giới.

Hầu hết bệnh nhân không được điều trị trước khi đến viện Mắt Trung ương (chiếm 78,3%). Ngay cả khi bệnh nhân khám ở tuyến dưới thì tỷ lệ chẩn đoán đúng cũng rất thấp, chỉ 10,8% bệnh nhân được chẩn đoán VMNN, còn lại 4,9% viêm màng bồ đào, 2,7% viêm kết mạc, 3,3% chẩn đoán khác. Theo tổng kết của Jackson, tỷ lệ chẩn đoán sai là 22%, chủ yếu nhầm với viêm màng bồ đào và glaucoma góc đóng cấp [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chẩn đoán nhầm của tuyến dưới cao hơn nhiều (87/173 - chiếm 50,2%) và cũng chủ yếu nhầm lẫn viêm màng bồ đào và viêm kết mạc cấp. Điều này phản ánh tình trạng yếu kém về trang thiết bị khám chữa bệnh và bản thân thầy thuốc chưa được trang bị kiến thức cơ bản về bệnh VMNN. Xét riêng trên từng hình thái VMNN chúng tôi nhận thấy bệnh nhân VMNN sau chấn thương có tỷ lệ lên thẳng viện Mắt Trung ương cao nhất, chiếm 91,3%, nên tỷ lệ chẩn đoán nhầm thấp hơn (11/17 bệnh nhân - chiếm 35,3%). Sở dĩ có kết quả như vậy do bệnh nhân VMNN sau chấn thương thường đến thẳng tuyến trên ngay khi chấn thương hoặc không điều trị gì, và đến viện trong tình trạng VMNN rất trầm trọng. Hình thái VMNN nội sinh có số bệnh nhân được điều trị ở tuyến dưới cao nhất (119/408 trường hợp, chiếm 29,2%). Tỷ lệ chẩn đoán nhầm cũng khá cao (66/119 ca bệnh, chiếm 55,5%).

Đa phần, bệnh nhân nhập viện trong vòng 7 ngày từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên (72,1%). Trong đó, 36,3% bệnh nhân nhập viện trong vòng 3 ngày. Chỉ có 27,9% bệnh nhân nhập viện sau 7 ngày. Thời gian bệnh nhân nhập viện cao nhất là trong khoảng từ 4 đến 7 ngày sau khi khởi phát bệnh. Trong đó bệnh nhân VMNN sau chấn thương và sau phẫu thuật đến viện sớm hơn với tỷ lệ nhập viện trong vòng 3 ngày sau khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên lần lượt là 45,1% và 40,9%. Đối với hình thái VMNN nội sinh, bệnh nhân lại chủ yếu đến viện muộn hơn, chỉ 29,9% trường hợp nhập viện sau khi

khởi phát triệu chứng 3 ngày. Số bệnh nhân VMNN nội sinh nhập viện trong khoảng 4-7 ngày và sau 7 ngày lần lượt là 39,5% và 30,6%.

Hầu hết bệnh nhân (72%) xuất hiện các triệu chứng ban đầu trong vòng 2 tuần sau khi phẫu thuật hoặc chấn thương nhãn cầu hở và giai đoạn trước 1 tuần là giai đoạn xuất hiện bệnh nhiều nhất (59,3%). Kết quả này cũng tương ứng với kết quả của Ki Yup Nam là 85,5% dấu hiệu xuất hiện trong vòng 2 tuần sau khi chấn thương hoặc phẫu thuật [3].

V. KẾT LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng đối với mỗi hình thái VMNN khác nhau có sự phân bố lứa tuổi mắc VMNN khác nhau. VMNN sau phẫu thuật, phân bố tập trung ở tuổi già, VMNN sau chấn thương nhãn cầu hở gặp ở trong độ tuổi lao động là chủ yếu, VMNN nội sinh lại gặp nhiều ở trẻ em dưới 15 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh của nam nhiều hơn nữ, đặc biệt với bệnh nhân VMNN sau chấn thương (nam/nữ=3/1). Tần suất mắc bệnh có liên quan đến sự thay đổi theo mùa. Mùa thu đông có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn mùa xuân hè. Tỷ lệ mắc bệnh giữa mắt phải và mắt trái tương đương nhau. Nguyên nhân chủ yếu của VMNN là viêm nội sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sharma Shavitri, et al (2014).** Endophthalmitis patients seen in a tertiary eye care centre in Odisha: a clinico-microbiological analysis. The Indian journal of medical research, 139(1), 91.
2. **Jonathon Q, et al (2005).** Management and outcomes of postoperative endophthalmitis since the endophthalmitis vitrectomy study: the Endophthalmitis Population Study of Western Australia (EPSWA)'s fifth report. Ophthalmology, 112(7), 1199-1206.
3. **Ky Yup Nam, et al (2014).** Clinical features of infectious endophthalmitis in south Korea: a five-year multicenter study. BMC infectious diseases, 15(1), 177.
4. **Dehghani A R, et al (2014).** Post traumatic endophthalmitis: incidence and risk factors. Global journal of health science, 6(6), 68.
5. **Jackson Timothy L, et al (2003).** Endogenous bacterial endophthalmitis: a 17-year prospective study and review of 267 report cases. Surv Ophthalmol, 2003 (48), 403-423.
6. **Hoàng thị Hiền (2005).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số tác nhân gây viêm nội nhãn nội sinh, luận án Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y HN.
7. **Phùng Văn Thịnh (2009).** Tình hình viêm nội nhãn nội sinh ở trẻ em tại bệnh viện Mắt Trung ương từ 2004 đến 2008, luận án Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Đỗ Tân (2012).** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dịch kính bơm dầu silicon nội nhãn điều trị Viêm mù nội nhãn nội sinh do vi khuẩn, luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ ĐỘ NGỪNG TẬP TIỂU CẦU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI ĐÁP ỨNG CỦA CLOPIDOGREL Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO

Đỗ Đức Thuần*, Nguyễn Trung Kiên*,
Nguyễn Thanh Xuân*, Thái Danh Tuyên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá độ ngưng tập tiểu cầu và một số yếu tố liên quan tới đáp ứng của clopidogrel ở bệnh nhân nhồi máu não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, có đối chứng tại Khoa Đột quy, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 8 năm 2017: nhóm nghiên cứu: 48 bệnh nhân nhồi máu não 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 ở thời điểm trước điều trị và sau 7 ngày điều trị; nhóm chứng 32 người bình thường. **Kết quả:** Độ ngưng tập tiểu cầu trung bình trước điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não là 60,07 ±

18,43%, người bình thường là 61,18 ± 16,46%. BMI ≥ 30 có độ ngưng tập tiểu cầu sau điều trị là 68,75 ± 26,13%, Độ ngưng tập tiểu cầu trung bình sau điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não có đái tháo đường là 47,78 ± 20,75%, không đái tháo đường là 38,68 ± 19,01% (p < 0,05). Độ ngưng tập tiểu cầu trung bình sau điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não có tăng huyết áp là 43,00 ± 19,47%, không tăng huyết áp là 34,32 ± 18,59% (p < 0,05). **Kết luận:** Độ ngưng tập tiểu cầu trung bình trước điều trị là 60,07 ± 18,43%. Tăng BMI, đái tháo đường, tăng huyết áp ở bệnh nhân nhồi máu não liên quan đến đáp ứng của clopidogrel.

Từ khóa: nhồi máu não, độ ngưng tập tiểu cầu, đáp ứng của clopidogrel

SUMMARY

EVALUATE PLATELET AGGREGATION AND SOME FACTORS RELATE TO CLOPIDOGREL RESPONSE IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS

Objectives: Evaluate platelet aggregation and some factors relate to clopidogrel response in ischemic stroke patients. **Subjects and Methods:** A

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Thuần

Email: dothuanvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2019

Ngày duyệt bài: 16.9.2019

prospective, cross-sectional with control group at the Department of Stroke, 103 Hospital from January 2017 to August 2017. Study group with 48 ischemic stroke patients, who were treated by 75 mg clopidogrel daily and control group with 32 healthy people. Platelet aggregation was measured by using light transmittance aggregometry (LTA) with ADP (adenosine diphosphate) 5 μ g/l before treatment (study group, control group) and ≥ 7 days for study group. **Results:** values platelet aggregation at before treatment in study group: $60,07 \pm 18,43\%$; control group: $61,18 \pm 16,46\%$. Platelet aggregation at after treatment in patients with BMI ≥ 30 kg/m² is $68,75 \pm 26,13\%$. Values platelet aggregation in diabetes: $47,78 \pm 20,75\%$ ($p < 0,05$), No diabetes: $38,68 \pm 19,01\%$; hypertension $43,00 \pm 19,47\%$, no hypertension $34,32 \pm 18,59\%$ ($p < 0,05$). **Conclusion:** Values platelet aggregation before treatment in ischemic stroke patients is $60,07 \pm 18,43\%$. High BMI, diabetes and hypertension relate to decrease clopidogrel response.

Key words: ischemic stroke, platelet aggregation, clopidogrel response.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não (ĐQNN) đã và đang trở thành một vấn đề quan trọng của y học ở tất cả các quốc gia trên thế giới do bệnh có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong cao và có mức độ di chứng nặng nề nhất trong các bệnh lý nội khoa. Đột quỵ nhồi máu não chiếm 80% tổng số đột quỵ. Đột quỵ NMN do tắc động mạch nuôi vì nhiều nguyên nhân nhưng 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. Từ cuối thập niên 70 của thế kỷ 20, thuốc chống ngưng tập tiểu cầu đã chứng minh được tính hiệu quả trong điều trị dự phòng NMN thứ phát. Clopidogrel là thuốc chống ngưng tập tiểu cầu được Hội Tim mạch và Hội Đột quỵ Hoa Kỳ, Tổ chức Đột quỵ Thế giới cho phép sử dụng ngăn chặn biến cố huyết khối ở bệnh nhân (BN) NMN và có cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA). Lợi ích của clopidogrel được công nhận rộng rãi trong điều trị và dự phòng NMN, tuy nhiên vẫn có những bệnh nhân vẫn bị NMN tái phát khi đang được điều trị với clopidogrel. Điều này cho thấy sự đáp ứng của clopidogrel khác nhau ở từng các thể. Để góp phần nâng cao hiệu quả sử dụng clopidogrel trong thực hành lâm sàng điều trị nhồi máu não chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề "Đánh giá độ ngưng tập tiểu cầu và một số yếu tố liên quan tới đáp ứng của clopidogrel ở bệnh nhân nhồi máu não" với mục tiêu: Đánh giá độ ngưng tập tiểu cầu trước và sau điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não với một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới tính đáp ứng của clopidogrel.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 48 bệnh nhân nhồi máu não (nhóm nghiên cứu) điều trị tại Khoa Đột quỵ, Bệnh viện Quân y 103 Hà Nội, Việt Nam từ tháng 01/2017 đến tháng 8/2017 và 32 người bình thường (nhóm chứng).

- **Tiêu chuẩn lựa chọn 48 bệnh nhân nhồi máu não:** Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ não theo định nghĩa Tổ chức Y tế Thế giới 1980; có hình ảnh nhồi máu 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.

- **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; dùng thuốc tiêu huyết khối để điều trị nhồi máu não trong giai đoạn cấp; 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 nhồi máu não có vùng chi phối lớn hơn 1/3 vùng chi phối của động mạch não giữa trên hình ảnh CT hoặc MRI sọ não; chuyển dạng chảy máu sau nhồi máu não; hemoglobin < 80 g/l hoặc trên 160g/l; tiểu cầu < 100 G/l hoặc > 450 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 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 ml/phút/1,73m² 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 tiến 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 μ 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°C–25°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. Xét nghiệm được thực hiện ở 2 thời điểm: thời điểm 1 chưa dùng thuốc cho 58 bệnh nhân NMN và 32 đối tượng trong nhóm chứng; thời điểm 2 cho 58 bệnh nhân NMN đã dùng clopidogrel ≥ 7 ngày với liều 75mg/ ngày.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu 48 bệnh nhân nhồi máu não từ tháng 01/2017 đến tháng 8/2017 tại Bệnh viện Quân y 103, có tuổi trung bình $62,18 \pm 10,11$ tuổi. Giới nam chiếm tỷ lệ 59,31%, giới nữ chiếm 40,69%. Thời gian bị bệnh trung bình $2,18 \pm 1,73$ ngày, được dùng clopidogrel 75mg/ngày từ 7 đến 11 ngày, trung bình $8,47 \pm 0,85$ ngày. Nhóm chứng 32 đối tượng, tuổi trung bình $59,76 \pm 9,33$, giới nam chiếm tỷ lệ 51,28%, giới nữ chiếm 48,72%.

3.1. Độ ngưng tập tiểu cầu ở bệnh nhân nhồi máu não trước và sau điều trị

Bảng 3.1. So sánh độ ngưng tập tiểu cầu trước điều trị

Đối tượng nghiên cứu	ĐNTTC ($\bar{X} \pm SD$)	p
Nhóm chứng (n = 32)	$61,18 \pm 16,46\%$	> 0,05
Nhóm nghiên cứu (n = 48)	$60,88 \pm 18,43\%$	

Kết quả ĐNTTC ở người bình thường của chúng tôi $61,18 \pm 16,46\%$, tương đương với kết quả ĐNTTC ở người bình thường trong nghiên cứu của Lý Tuấn Khải năm 2004 là $62,3 \pm 16,9\%$ (xét nghiệm ĐNTTC bằng phương pháp LTA với ADP).

ĐNTTC chưa dùng thuốc trung bình ở nhóm nghiên cứu là $60,88 \pm 18,43\%$. Năm 2003, Gurbel P.A. và cộng sự nghiên cứu 96 bệnh nhân đặt giá đỡ động mạch vành, thấy ĐNTTC ở thời điểm chưa dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu được đánh giá theo phương pháp LTA- ADP $5\mu\text{mol/l}$ là $62 \pm 18\%$ [1]. Trong nghiên cứu của đối tượng nghiên cứu của Gurbel P.A. là bệnh nhân được đặt giá đỡ động mạch vành, các bệnh nhân được xét nghiệm ĐNTTC trong điều kiện cấp cứu không được đề cập đến sự chuẩn bị BN trước xét nghiệm và mẫu máu trong nghiên cứu của Gurbel P.A. được bảo quản ở cồng có chân không có chất chống đông natri citrat 3,8%, thay vì 3,2% như trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu, chúng tôi chưa thấy sự khác biệt về thống kê về ĐNTTC trung bình trước điều trị ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ($p > 0,05$). Theo Nguyễn Hồng Quân có sự hoạt hóa tiểu cầu ở bệnh nhân NMN do huyết khối [2]. Chúng tôi nhận định lý do chưa quan sát thấy sự khác biệt về ĐNTTC ở hai nhóm, do yếu tố hoạt hóa tiểu cầu là yếu tố thành mạch, tổ chức nên khi chúng tôi thực hiện đo ĐNTTC ở huyết tương thì không thấy khác biệt về sự hoạt hóa tiểu cầu.

3.2. Một số yếu tố nguy cơ đột quỵ liên quan tới tính đáp ứng của clopidogrel

Bảng 3.1. Liên quan giữa BMI với đáp ứng của clopidogrel

BMI (kg/m^2)	ĐNTTC sau điều trị (%)	p
<18,5 (n = 25)	$33,68 \pm 16,53$	< 0,05
18,5 - 22,9 (n = 137)	$38,31 \pm 18,22$	
23 - 24,9 (n = 46)	$45,53 \pm 17,91$	
25 - 29,9 (n = 38)	$56,01 \pm 20,18$	
≥ 30 (n = 2)	$68,75 \pm 26,13$	

Trong nghiên cứu ĐNTTC sau điều trị tăng dần ở các nhóm BMI cao, cao nhất gặp ở nhóm BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, với ĐNTTC sau điều trị trung bình $68,75 \pm 26,13$, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Năm 2016, trong nghiên cứu của Dogan A. và cộng sự thấy tăng BMI làm giảm đáp ứng của clopidogrel, tỷ lệ không đáp ứng clopidogrel ở bệnh nhân có BMI < 30 là 26,57%; tỷ lệ không đáp ứng của clopidogrel ở bệnh nhân có BMI ≥ 30 là 56,67%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [3].

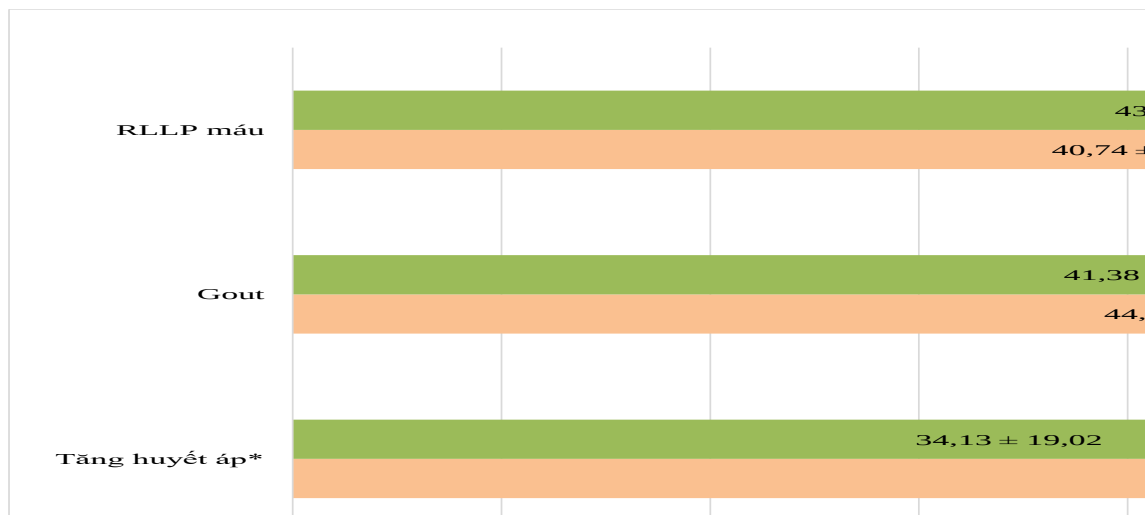
Giải thích cho mối liên quan giữa tăng BMI và đáp ứng của tiểu cầu với clopidogrel được nhiều nghiên cứu đề cập. Dogan A. và cộng sự cho rằng leptin là protein tăng cao ở người béo phì, tiểu cầu có thụ cảm thể của leptin ở bề mặt. Tăng leptin trong máu gây tăng kết tập tiểu cầu qua chất trung gian ADP. Kết quả nghiên cứu thấy người béo phì và tăng leptin máu hay gây kháng clopidogrel và tác giả cho rằng ở bệnh nhân béo phì tăng leptin máu thì có thể phải cân nhắc lựa chọn liều clopidogrel cho phù hợp (điều chỉnh theo cân nặng) [3].

Từ biểu đồ 1 có ĐNTTC sau điều trị ở bệnh nhân đang hút thuốc lá là $38,87 \pm 23,05\%$, thấp hơn ĐNTTC sau điều trị ở bệnh nhân không hút thuốc lá ($42,45 \pm 19,14\%$), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu chưa chứng minh được sự liên quan giữa hút thuốc với tính đáp ứng của clopidogrel. Có nghiên cứu thấy hút thuốc lá làm tăng đáp ứng của clopidogrel. Sự tăng đáp ứng của clopidogrel được giải thích do thuốc lá có hợp chất chứa nhân thơm có ảnh hưởng lên tác dụng chuyển hóa của enzyme CYP1A2 [5], là enzyme có vai trò trong chuyển hóa clopidogrel.

ĐNTTC sau điều trị trung bình ở bệnh nhân ĐTD là $47,78 \pm 20,75\%$ cao hơn ở bệnh nhân không có ĐTD ($38,68 \pm 19,01\%$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu của Angiolillo D.J. và cộng sự năm 2005, thấy ở bệnh nhân bị bệnh động mạch vành được dùng clopidogrel liều 75 mg/ngày, sau thời gian $8,3 \pm 4,6$ tháng xét nghiệm ĐNTTC theo phương pháp

LTA ở nhóm có ĐTD là $36,5 \pm 13,5\%$, nhóm không ĐTD là $31,2 \pm 14,6\%$, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,04$ [6]. ĐNTTC ở cả hai nhóm ĐTD và không ĐTD trong nghiên cứu của Angiolillo D.J. thấp hơn ĐNTTC sau điều trị ở cả hai nhóm tương ứng trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Angiolillo D.J. bệnh nhân nghiên cứu được xét nghiệm ĐNTTC ở thời điểm trung bình sau dùng clopidogrel $8,3 \pm 4,6$ tháng và được dùng clopidogrel kết hợp với

aspirin. Nghiên cứu của chúng tôi, xét nghiệm ĐNTTC sau điều trị ở thời điểm trung bình sau dùng clopidogrel là $8,47 \pm 0,85$ ngày, bệnh nhân dùng đơn thuần clopidogrel. Vinik A.I. cho rằng, tiểu cầu trong bệnh tiểu đường type 2 tăng bám dính vào tế bào nội mô mạch máu hơn so với người bình thường. Mật độ nhạy của prostacyclin và nitric oxide trong việc hạn chế sự bám dính tiểu cầu vào thành mạch là thiếu hụt chủ yếu của chức năng tiểu cầu ở bệnh ĐTD type 2 [7].



Biểu đồ 1. ĐNTTC sau điều trị ở một số yếu tố nguy cơ đột quỵ não

(* khác biệt với $p < 0,05$)

Từ kết quả nghiên cứu, ĐNTTC sau điều trị ở bệnh nhân THA $43,00 \pm 19,47\%$ cao hơn ĐNTTC sau điều trị ở bệnh nhân không THA ($34,13 \pm 19,02\%$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nadar S. cho rằng THA làm thay đổi chức năng tiểu cầu, tế bào nội mô, trạng thái tăng đông gây ra các biến cố huyết khối [8].

Rối loạn lipid máu, nghiện rượu, bị bệnh gout chung tôi chưa thấy liên quan đến đáp ứng của clopidogrel trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 48 bệnh nhân nhồi máu não từ tháng 01/2017 đến tháng 8/2017 và 32 đối tượng bình thường, chúng tôi có một số kết luận:

- Độ ngưng tập tiểu cầu trung bình trước điều trị ở bệnh nhân nhồi máu não là $60,07 \pm 18,43\%$. Ở đối tượng bình thường là $61,18 \pm 16,46\%$ với phương pháp xét nghiệm LTA- ADP 5 $\mu\text{g/l}$.

- Các yếu tố nguy cơ nhồi máu não liên quan tới tính đáp ứng của clopidogrel: tăng BMI làm giảm đáp ứng của clopidogrel; đái tháo đường làm giảm tính đáp ứng của clopidogrel, với độ ngưng tập tiểu cầu trung bình ở bệnh nhân đái tháo đường là $47,78 \pm 20,75\%$, ở bệnh nhân

không đái tháo đường là $38,68 \pm 19,01\%$ ($p < 0,05$); tăng huyết áp làm giảm tính đáp ứng của clopidogrel, với độ ngưng tập tiểu cầu trung bình ở bệnh nhân tăng huyết áp là $43,00 \pm 19,47\%$, ở bệnh nhân không tăng huyết áp là $34,32 \pm 18,59\%$ ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gurbel P.A., Bliden K.P., Hiatt B.L. et al. (2003), "Clopidogrel for coronary stenting: response variability, drug resistance, and the effect of pretreatment platelet reactivity", *Circulation*, 107(23), pp. 2908-13.
2. Nguyễn Hồng Quân (2013), "Các thuốc chống kết tập tiểu cầu trong điều trị đột quỵ thiếu máu não", *Bệnh học thần kinh, Nhà xuất bản Y học, Bộ môn Thần kinh, Viện nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108- Hà Nội*, pp. 83-92.
3. Dogan A., Kahraman S., Usta E. et al. (2016), "Effect of obesity and serum leptin level on clopidogrel resistance", *Turk Kardiyol Dern Ars*, 44(7), pp. 548-553.
4. Riyahi N., Tohit E.R.M., Thambiah S.C. et al. (2018), "Platelet-related cytokines among normal body mass index, overweight, and obese Malaysians", *Asia Pac J Clin Nutr*, 27(1), pp. 182-188.
5. Zevin S., Benowitz N.L. (1999), "Drug interactions with tobacco smoking. An update", *Clin Pharmacokinet*, 36(6), pp. 425-38.

6. Angiolillo D.J., Fernandez-Ortiz A., Bernardo E. et al. (2005), "Platelet function profiles in patients with type 2 diabetes and coronary artery disease on combined aspirin and clopidogrel treatment", *Diabetes*, 54(8), pp. 2430-5.
7. Vinik A.I., Erbas T., Park T.S. et al. (2001),

"Platelet Dysfunction in Type 2 Diabetes", *Diabetes Care*, 24(8), pp. 1476-1485.

8. Nadar S., Lip G.Y. (2003), "The prothrombotic state in hypertension and the effects of antihypertensive treatment", *Curr Pharm Des*, 9(21), pp. 1715-32.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA XẠ ĐỒNG THỜI PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III

Hán Thị Bích Hợp¹, Nguyễn Hoàng Gia¹,
Nguyễn Duy Khoa¹, Nguyễn Văn Hiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị hóa xạ trị đồng thời phác đồ Paclitaxel-Carboplatin ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III. **Bệnh nhân và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, có theo dõi dọc. Từ 01/2017 đến tháng 06/2019, tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội có 65 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III được điều trị phác đồ hóa xạ trị đồng thời phác đồ Paclitaxel-Carboplatin tại Bệnh nhân được đánh giá mức độ đáp ứng theo "Tiêu chuẩn Đánh giá Đáp ứng cho U đặc" phiên bản 1.1. (RECIST 1.1) và một số tác dụng phụ không mong muốn của phác đồ (CTCAE 4.0). **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng: Tuổi trung bình $46,1 \pm 6,2$; tỷ lệ nam/nữ là 8,3; tỷ lệ hút thuốc là 90,6%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất đau ngực (89,2%), ho khan 63,4%, mệt mỏi 75,4%. Đa phần bệnh nhân ở giai đoạn T3-4 (76,9%); N3 chiếm 63,1%; giai đoạn IIIB chiếm 75,4%. Mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến chiếm nhiều nhất với 64,6%. Kết quả điều trị: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 60,0%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 97,0%. Liều xạ trị trung bình là 58,5Gy. 96,9% bệnh nhân hoàn thành đủ liệu trình xạ trị. Bệnh nhân dung nạp tốt. Chủ yếu gặp độc tính độ I và II. Tác dụng phụ hay gặp nhất hạ bạch cầu (52,1%), hạ bạch cầu độ III&IV là 29,3%. **Kết luận:** Điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III bằng hóa xạ trị đồng thời phác đồ Paclitaxel-Carboplatin có tỷ lệ đáp ứng và kiểm soát bệnh cao. Bệnh nhân dung nạp tốt, tác dụng phụ hay gặp nhất là hạ bạch cầu.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III, Hóa xạ trị đồng thời, Paclitaxel-Carboplatin.

SUMMARY

EFFICACY OF COMBINED CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY REGIMEN OF

¹Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hán Thị Bích Hợp

Email: hophtb1978@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2019

Ngày duyệt bài: 16.9.2019

PACLITAXEL-CARBOPLATIN FOR STAGE III NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Objectives: to evaluate efficacy of combined concurrent chemoradiotherapy regimen of Paclitaxel-Carboplatin for Non-small Cell Lung Cancer stage III. **Patients and Methods:** Clinical trial, no control group. From January 2017 to June 2019, we enrolled 65 stage III NSCLC patients were treated with concurrent chemoradiation with regimen Paclitaxel-Carboplatin. We assessed response rate with RECIST 1.1, and common side effects with CTCAE 4.0. **Results:** Clinical features: Average age 46.1 ± 6.2 ; the male / female ratio is 8.3; smoking rate is 90.6%. The most common clinical symptoms were chest pain (89.2%), cough 63.4%, fatigue 75.4%. The majority of patients were in stage T3-4 (76.9%); N3 was 63.1%; Stage IIIB was 75.4%. Adenocarcinoma accounted for the most common type (64.6%). Efficacy: The overall response rate was 60.0%. The disease control rate reaches 97.0%. The average radiation dose is 58.5Gy. 96.9% of patients completed radiation therapy. Patients well tolerated. Mainly encountered toxicity grade I and II. The most common side effect was leukopenia (52.1%), grade III & IV of leukopenia was 29.3%. **Conclusion:** Treatment of stage III non-small cell lung cancer with radiotherapy and Paclitaxel-Carboplatin regimen has a high response rate and disease control rate. Patients were well tolerated, the most common side effect was leukopenia.

Keywords: Concurrent chemoradiation, paclitaxel-carboplatin, Non-small cell lung cancer, stage III.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là loại ung thư phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất. Theo thống kê của Tổ chức nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (GLOBOCAN 2012), ước tính có khoảng 1,8 triệu ca ung thư phổi mới mắc, chiếm 12,9% trong tổng số tất cả các bệnh ung thư và chiếm gần 27% trong tổng số ca tử vong do ung thư nói chung [1],[2]. Ở nam giới, ung thư phổi là ung thư có tỷ lệ mắc cao nhất (1,2 triệu ca mới mắc, chiếm 16,7% trong tổng số ung thư mới mắc ở nam giới), đặc biệt ở đông Á và đông Á. Ở nữ giới tỷ lệ mắc thấp hơn và

khác nhau ở từng vùng, cao nhất ở Bắc Mỹ và Bắc Âu. Ung thư phổi chia làm hai loại chính, ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) và ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN). Trong đó UTPKTBN chiếm 85%-90%.

Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, phần lớn bệnh nhân ung thư phổi đến bệnh viện đã ở giai đoạn tiến triển. Trước đây từ những năm 1980, do hạn chế về mặt kỹ thuật, điều trị UTPKTBN giai đoạn III, xạ trị và hoá trị luân phiên là phương pháp điều trị chủ yếu, kết quả điều trị còn hạn chế, tỷ lệ sống thêm 5 năm chỉ dưới 10%[3]. Trong những năm gần đây, những tiến bộ trong điều trị hóa trị và đặc biệt là kỹ thuật xạ trị mới đã mở ra những triển vọng cải thiện kết quả điều trị bằng phương pháp hóa xạ trị đồng thời. Các nghiên cứu phân tích cộng gộp trên thế giới đều cho thấy kết quả sống thêm của bệnh nhân được điều trị hóa xạ trị đồng thời được cải thiện rõ rệt so với hoá xạ trị luân phiên[4]. Vì vậy, hoá xạ trị đồng thời hiện nay được xem là liệu pháp điều trị chuẩn cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III không phẫu thuật được trong hướng dẫn thực hành của châu Âu và Hoa Kỳ. Vấn đề gây trở ngại cho việc ứng dụng rộng rãi HXTĐT trên lâm sàng chính là độc tính liên quan điều trị, đặc biệt khi sử dụng các thuốc hóa trị thế hệ mới. Với nỗ lực tối ưu hóa hiệu quả của HXTĐT, gần đây các tác giả tập trung nghiên cứu việc sử dụng các thuốc hóa trị mới (thế hệ thứ 3). Trong xu hướng đó, phối hợp bộ đôi Paclitaxel-Carboplatin cho kết quả sống còn khả quan với độc tính thấp hơn so với các phác đồ hóa trị có platinum khác trong nhiều thử nghiệm lâm sàng pha III đa trung tâm ở Mỹ và châu Âu.

Ở Việt Nam, hoá xạ trị đồng thời phác đồ Paclitaxel-Carboplatin hàng tuần trong điều trị UTPKTBN giai đoạn III đã được áp dụng tại nhiều cơ sở khám chữa bệnh, bước đầu đem lại hiệu quả, với độc tính thấp. Tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội trong những năm gần đây đã áp dụng phác đồ này trong điều trị cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn III không phẫu thuật được. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả hoá xạ đồng thời phác đồ Paclitaxel-Carboplatin trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội", nhằm hai mục tiêu:

1. *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIA và IIIB được điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ 01/2017 đến 06/2019.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Chẩn đoán xác định là UTPKTBN giai đoạn IIIA (N2) và IIIB - theo AJCC 2017 [5].
- Chẩn đoán mô bệnh học là UTPKTBN theo phân loại WHO 2015 [6].
- Tuổi ≥ 18
- Điều trị lần đầu
- Không có xâm lấn cột sống gây chèn ép tủy, không có hội chứng chèn ép trung thất cần can thiệp bằng xạ trị cấp.
- Thể trạng chung: PS = 0,1 theo thang điểm ECOG
- Không có các bệnh lý khác đi kèm: tiền sử nhồi máu cơ tim, suy tim, loạn nhịp tim, nhiễm khuẩn chưa kiểm soát được, COPD, tiền sử hen phế quản mãn tính,...
- Chức năng gan thận, tủy xương trong giới hạn cho phép truyền hoá chất: Bạch cầu ≥ 4 (G/l); tiểu cầu ≥ 100 (G/l); huyết sắc tố ≥ 100 (g/l); GOT, GPT ≤ 2 lần giới hạn bình thường; bilirubin toàn phần $\leq 1,5$ lần giới hạn bình thường; creatinin $\leq 1,5$ lần giới hạn bình thường
- Chấp nhận tham gia nghiên cứu và có thông tin đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Suy gan, suy thận hoặc các bệnh lý nội khoa nặng

- Mặc ung thư thứ 2

- Bệnh nhân có tiền sử dị ứng với thuốc sử dụng trong nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, theo dõi dọc.

- Các bước tiến hành

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân và thu thập thông tin trước điều trị

Bước 2: Điều trị hóa xạ trị đồng thời

Giải thích cho bệnh nhân chẩn đoán, phương pháp điều trị, nguy cơ, những tác dụng không mong muốn, cách theo dõi phát hiện và phòng ngừa.

Điều trị: Hóa-xạ trị đồng thời: Xạ trị được tiến hành đồng thời cùng với hóa trị.

Xạ trị: Từ tuần đầu của hóa trị và tiếp tục cho đến khi đủ liều

Hóa trị: Phác đồ Paclitaxel-Carboplatin (TC) [7].

+ Paclitaxel 50 mg/m² da, truyền TM (2 giờ) ngày 1.

+ Carboplatin AUC 2, truyền TM (1 giờ) ngày 1.

Chu kỳ hàng tuần x 6 tuần. Sau khi kết thúc 6 tuần hoá xạ trị đồng thời, bệnh nhân sẽ được điều trị thêm 2 chu kỳ hoá trị củng cố:

+ Paclitaxel 175 mg/m² da, truyền TM (2 giờ) ngày 1.

+ Carboplatin AUC 6, truyền TM (1 giờ) ngày 1.

Chu kỳ 3 tuần x 2 chu kỳ.

Sơ đồ điều trị

	Tuần 1							Tuần 2							Tuần 3						
Ngày	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Paclitaxel																					
Carboplatin																					
Xạ trị																					
	Tuần 4							Tuần 5							Tuần 6						
Ngày	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
Paclitaxel																					
Carboplatin																					
Xạ trị																					

- Bệnh tiến triển trong hoặc sau điều trị: Chuyển điều trị toàn thân hoặc điều trị chăm sóc giảm nhẹ theo hướng dẫn điều trị.

- Mọi can thiệp và khoảng thời gian chậm trễ đều được ghi nhận.

Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị

- Liều lượng thuốc được sử dụng, liều xạ trị trung bình

- Đánh giá đáp ứng theo "Tiêu chuẩn Đánh

giá Đáp ứng cho U đặc" (RECIST)

- Đánh giá các độc tính của thuốc theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới.

Thu thập và xử lý số liệu

- Nhập số liệu, làm sạch, mã hoá số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Phương pháp thống kê được sử dụng bao gồm: Trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh tỷ lệ: Test Chi square ($p < 0,05$)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng			
Tuổi trung bình là $46,1 \pm 6,2$. Min 29Max 68.		Tỷ lệ nam/nữ là 8,3/1	
		n	%
Triệu chứng, hội chứng hô hấp	Ho khan	41	63,4
	Khó thở	38	58,5
	Ho khạc đờm lẫn máu	4	5,1
Triệu chứng, hội chứng do chèn ép, xâm lấn trong lồng ngực	Đau ngực	58	89,2
	Khàn tiếng	2	3,1
	Mệt mỏi, chán ăn	49	75,4
Triệu chứng toàn thân	Gầy sút	14	21,5
	Sốt	5	7,7
Đặc điểm cận lâm sàng			
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến	42	64,6
	Ung thư biểu mô vảy	14	21,5
	Khác	9	13,9
Giai đoạn T	T1	0	0,0
	T2	15	23,1
	T3	23	35,4
	T4	27	41,5
Giai đoạn N	N2	24	36,9
	N3	41	63,1
Giai đoạn AJCC	IIIA	16	24,6
	IIIB	49	75,4

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Đặc điểm phương pháp điều trị

Liều xạ trị trung bình (Gy)	$58,5 \pm 2,2$	
Hoàn thành liệu trình điều trị xạ trị	Số bệnh nhân	%
Hoàn thành liệu trình ≥ 60 Gy	63	96,9
Không hoàn thành liệu trình	2	3,1

Điều trị hóa chất cùng cố

Có điều trị	49	75,4
Không điều trị	16	24,6

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân hoàn thành liệu trình xạ trị đạt 96,9%. Đa phần bệnh nhân hoàn thành liệu trình hóa trị cùng cố với 75,4%.

Bảng 3. Tỷ lệ đáp ứng

Đáp ứng	Số BN (n=133)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	1	1,5
Đáp ứng một phần	38	58,5
Bệnh giữ nguyên	24	37,0
Bệnh tiến triển	2	3,0

Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ	39	60,0
-----------------------	----	------

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt khá cao 60,0%, trong đó có 1 BN đạt đáp ứng hoàn toàn chiếm 1,5%. 2 bệnh nhân tiến triển chiếm 3,0%.

Bảng 4. Liên quan đáp ứng với một số yếu tố

Tình trạng đáp ứng Yếu tố liên quan		Đáp ứng		Không đáp ứng		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Tuổi	≤ 40	11	64,7	6	35,3	17	100	0,641
	>40	28	58,3	20	41,7	48	100	
Giới	Nam	35	60,3	23	39,7	58	100	0,953
	Nữ	4	57,1	3	42,9	7	100	
Mô bệnh học	TB tuyến	27	64,3	15	35,7	42	100	0,392
	TB vảy	7	50,0	7	50,0	14	100	
	Khác	5	55,5	4	45,5	9	100	
Giai đoạn	IIIA	9	56,3	7	43,7	16	100	0,756
	IIIB	30	61,2	19	38,8	49	100	

Nhận xét: Đáp ứng điều trị không có mối liên quan đến các yếu tố: tuổi, giới, mô bệnh học hay giai đoạn bệnh trước điều trị.

3.3. Một số tác dụng không mong muốn

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn

Độc tính	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Phù giữ dịch	55	84,6	7	10,8	3	4,6	0	0,0	0	0,0
Tiêu hóa: Viêm thực quản	28	43,1	27	41,5	10	15,4	0	0,0	0	0,0
Nôn, buồn nôn	55	84,6	7	10,8	3	4,6	0	0,0	0	0,0
Tiêu chảy	59	90,8	6	9,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Huyết học: Hạ HST	60	92,3	3	4,6	2	3,1	0	0,0	0	0,0
Hạ BC	3	4,6	15	23,0	28	43,1	17	26,2	2	3,1
Hạ TC	60	92,3	4	6,2	1	1,5	0	0,0	0	0,0
Gan thận: Tăng men gan	47	72,3	10	15,4	8	12,3	0	0,0	0	0,0
Tăng creatinine	64	98,5	1	1,5	0	0	0	0	0	0
Khác: Mệt mỏi	28	43,1	21	32,3	16	24,6	0	0,0	0	0,0
Chán ăn	22	33,8	25	40,9	18	27,7	0	0,0	0	0,0
Xạm da	39	60,0	17	26,2	9	13,8	0	0,0	0	0,0
Viêm phổi xạ trị	62	95,4	3	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Nhận xét: Độc tính của thuốc hay gặp nhất là hạ BC với 95,4% các trường hợp, tuy nhiên đa phần độc tính độ I và II chiếm 66,1%. hạ BC độ III&IV với tỷ lệ 29,3%. Các độc tính khác chỉ gặp độ tính độ I và II: viêm thực quản 56,9%, mệt mỏi 56,9%; chán ăn 62,2%.

IV. BÀN LUẬN

***Triệu chứng lâm sàng lâm sàng, cận lâm sàng.** Trong số 65 BN nghiên cứu, phần lớn BN ở nhóm tuổi trên 40 (90,8%), trong đó lứa tuổi thường gặp là 51-60, chiếm 35,4%. Tuổi trung bình là $48,1 \pm 6,2$. tỷ lệ nam chiếm 89,2%; nữ chiếm 10,8%. Tỷ lệ nam/nữ là 8,3/1.

Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây về UTP. Kết quả phân tích cho thấy, nhóm triệu chứng hô hấp là những dấu hiệu thường gặp nhất. Trong nhóm các triệu chứng hô hấp thì ho khan là triệu chứng phổ biến nhất, gặp ở 63,4% BN, tiếp theo là khó thở (58,5%), ho khạc đờm lẫn máu (4/65 bệnh nhân, chiếm 5,1%). Kết quả này này phù hợp với các nhận xét của nhiều tác giả nghiên cứu về UTP nói chung. Kết quả nghiên cứu đánh giá giai đoạn, có đến 76,9% các bệnh nhân có khối u ở giai đoạn T3-T4, không gặp bệnh nhân nào ở giai đoạn T1, giai đoạn T2 chỉ gặp ở 15 bệnh nhân chiếm 23,1%; 75,4% bệnh nhân ở giai đoạn IIIB. Kết

quả nghiên cứu này của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên nhóm bệnh nhân được điều trị hóa xạ trị đồng thời.

***Kết quả điều trị.** 96,9% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi hoàn thành đủ liệu trình xạ trị, liều xạ trị trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 58,5 Gy. 75,4% bệnh nhân được điều trị hóa trị củng cố sau kết thúc HXĐT. Kết quả đáp ứng điều trị của chúng tôi trên 65 bệnh nhân cho thấy, tỷ lệ đáp ứng đạt được là 60,0% với 1 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng chiếm 1,5%. Đa phần bệnh nhân đạt đáp ứng 1 phần với 38/65 bệnh nhân chiếm 58,5%. Năm 2016, Lê Tuấn Anh và cộng sự đã đánh giá hiệu quả phác đồ hóa xạ trị đồng thời phác đồ Paclitaxel-Carboplatin hàng tuần trên 34 bệnh nhân báo cáo tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 65,5% cũng tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi[8]. Tác giả Steuer CE và cộng sự (2017) cho thấy, tỷ lệ đáp ứng ở 2 phác đồ là như sau (58% ở phác đồ EP so với 56% ở phác đồ TC, $p=0,26$)[9]. Kết quả nghiên cứu này tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ đáp ứng và tỷ lệ kiểm soát bệnh.

***Một số tác dụng phụ.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, độc tính lên hệ huyết học hay gặp nhất là hạ bạch cầu, độc tính hạ huyết sắc tố và hạ tiểu cầu là ít gặp hơn. Hạ BC trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở 95,4%, tuy nhiên phần lớn là độc tính độ I và II là 46,1%, độc tính hạ BC nặng độ III và IV gặp ở 29,3%. Có 2 bệnh nhân gặp hạ BC độ IV có sốt chiếm 3,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, độc tính hạ BC thường diễn ra ở tuần thứ 5 và thứ 6 của quá trình điều trị hóa xạ đồng thời, ít xảy ra ở những chu kỳ đầu tiên.

Kết quả về viêm thực quản trong nghiên cứu của chúng tôi là 56,9%. Tuy vậy hầu hết bệnh nhân đều ở độ I và II, không có bệnh nhân nào ở độ III cần can thiệp điều trị mở thông dạ dày nuôi dưỡng. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới sử dụng phác đồ TC. Tóm lại, HXĐT phác đồ TC có tỷ lệ và mức độ gặp tác dụng phụ là thấp hơn, tỷ lệ hoàn thành liệu trình là 96,9%.

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm lâm sàng: Tuổi trung bình 48,1 ± 6,2; tỷ lệ nam/nữ là 8,3.

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau ngực (89,2%), ho khan 63,4%, mệt mỏi 75,4%. Đa phần bệnh nhân ở giai đoạn T3-4 (76,9%); N3 63,1%; giai đoạn IIIB chiếm 75,4%. Mô bệnh

học ung thư biểu mô tuyến chiếm nhiều nhất với 64,6%.

- Phương pháp điều trị: Tỷ lệ sử dụng liệu phác đồ >90% liều chuẩn là 78,5%.

Liều xạ trị trung bình là 58,5Gy; 75,4% bệnh nhân điều trị hóa trị củng cố sau HXĐT.

- Đáp ứng điều trị: Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 60,0%; tỷ lệ kiểm soát bệnh 97,0%.

Đáp ứng điều trị không có mối liên quan đến: tuổi, giới, mô bệnh học và giai đoạn bệnh trước điều trị.

- Một số tác dụng phụ không mong muốn: Bệnh nhân dung nạp tốt, chủ yếu gặp độc tính độ I và độ II. Tỷ lệ hoàn thành đủ liệu trình HXĐT đạt 96,9%.

Độc tính hay gặp nhất của phác đồ là hạ bạch cầu với tỷ lệ độ III và IV là 29,3%;

Không có trường hợp nào tử vong trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer World Health Organization (2018)**, GLOBOCAN 2018: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2018. Lung Cancer, truy cập ngày-2018, tại trang web [http:// globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx).
2. **Torre L. A., Bray F., Siegel R. L. et al (2015)**, Global cancer statistics, 2012, CA Cancer J Clin. 65(2), 87-108.
3. **Schiller J.H.; Harrington, D.; Belani, C.P.; Langer, C.; Sandler, A.; Krook, J.; Zhu, J.; Johnson, D.H. (2002)**, Comparison of four chemotherapy regimens for advanced non-small-cell lung cancer, N. Engl. J. Med. 346, 92-98.
4. **Hung M. S., Wu Y. F. and Chen Y. C. (2019)**, Efficacy of chemoradiotherapy versus radiation alone in patients with inoperable locally advanced non-small-cell lung cancer: A meta-analysis and systematic review, Medicine (Baltimore). 98(27), e16167.
5. **Edge S Byrd DR, Compton CC (2017)**, American Joint Committee on Cancer Staging 8th Edition, 8, Springer, New York, p. 175.
6. **Travis WD Brambilla E, Burke. AP, Alexander Marx, Andrew G Nicholson (2015)**, WHO classification of Tumor of the lung, Pleura, Thymus and heart, International Agency for Research on cancer, Lyon, 10-33.
7. **Saito H., Takada Y., Ichinose Y. et al (2006)**, Phase II study of etoposide and cisplatin with concurrent twice-daily thoracic radiotherapy followed by irinotecan and cisplatin in patients with limited-disease small-cell lung cancer: West Japan Thoracic Oncology Group 9902, J Clin Oncol. 24(33), 5247-52.
8. **Lê Tuấn Anh, Nguyễn Ngọc Bảo Hoàng (2016)**, Kết quả điều trị hóa xạ đồng thời phác đồ Paclitaxel-Carboplatin trong Ung thư phổi không tế bào nhỏ, Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 1, 7.

CHẾ ĐỘ ĂN KIỀNG CHO BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI VÙNG NÔNG THÔN VIỆT NAM: NHỮNG RÀO CẢN TỪ BẢN THÂN, GIA ĐÌNH VÀ XÃ HỘI

Vũ Thị Kim Dung¹, Nguyễn Thị Ái¹, Nguyễn Đức Anh¹
Phạm Thị Mỹ Hạnh¹, Tine M. Gammeltoft²

TÓM TẮT

Chế độ ăn đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát bệnh đái tháo đường. Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả nhận thức của bệnh nhân đái tháo đường type 2 về chế độ ăn kiêng và những rào cản của bệnh nhân khi thực hiện chế độ ăn kiêng. Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế nghiên cứu kết hợp giữa định tính và định lượng. Nghiên cứu định lượng phỏng vấn 848 bệnh nhân đái tháo đường type 2 bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Nghiên cứu định tính phỏng vấn sâu 15 bệnh nhân đái tháo đường type 2. Kết quả cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân cho rằng thực hiện chế độ ăn kiêng cho bệnh nhân đái tháo đường dễ thực hiện là 81,8%. Tỷ lệ bệnh nhân nhận được lời khuyên về chế độ ăn kiêng là 79,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có chế độ ăn kiêng là 32,4%. Rào cản của bệnh nhân khi thực hiện chế độ ăn kiêng là kiến thức về chế độ ăn cho bệnh nhân đái tháo đường còn chưa đầy đủ và nhu cầu mong muốn hòa nhập với gia đình và cộng đồng.

Từ khóa: Chế độ ăn kiêng, đái tháo đường type 2, nghiên cứu kết hợp.

SUMMARY

THE DIET REGIME FOR DIABETES PATIENTS AT VIET NAM RURAL AREAS: THE BARRIERS FROM ONESELF, FAMILY AND SOCIETY

Diet plays an important role in the management of diabetes. This study aims to describe patients' perceptions of diet and identify difficulties for implementing this diet. This is a mixed method study combining qualitative and quantitative components. In the quantitative research, 848 people living with type 2 diabetes were interviewed using structured questionnaires. In the qualitative research, 15 people living with type 2 diabetes were interviewed. The results of the quantitative research showed that the proportion of patients who thought that the diet for diabetic patients was easily implemented was 81.8%. The proportion of patients who had received dietary advice was 79.1%. The proportion of patients who followed diabetic diets were 32.4%. The results of the qualitative research showed that barriers to implementing a diabetic diet were insufficient knowledge of diabetic diets and the need to integrate with family and community.

¹Đại học Y Dược Thái Bình, Việt Nam

²Đại học Copenhagen, Đan Mạch

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Kim Dung

Email: kimdung.ytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2019

Ngày duyệt bài: 17.9.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh không lây nhiễm phổ biến trên toàn cầu. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF) số người mắc bệnh ĐTĐ là 415 triệu vào năm 2015 và sẽ tăng lên 642 triệu người vào năm 2040[4]. Đây là bệnh gây tử vong cho khoảng 3,2 triệu người trên toàn thế giới [1,5]. Trong đó ĐTĐ type 2 chiếm 90% các trường hợp mắc ĐTĐ [7]

Chế độ ăn đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát bệnh ĐTĐ. Chế độ ăn giúp giảm liều thuốc cần sử dụng, làm hạn chế các biến chứng nguy hiểm và ổn định đường huyết ở mức an toàn [2]. Tỷ lệ bệnh nhân không có kiến thức về chế độ ăn 48,0%, kiến thức ít 49,0%, kiến thức đầy đủ 3,0%. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn chỉ có 79,0% [2]. Nguồn cung cấp thông tin chiếm trên 90,0% qua đài, báo, ti vi, nhân viên y tế...[2]. Các nghiên cứu về chế độ ăn cho bệnh nhân ĐTĐ mới chỉ tập trung vào kiến thức, thực hành về việc tuân thủ chế độ ăn. Hiện nay, nghiên cứu về việc thực hiện chế độ ăn liên quan đến các khía cạnh tâm lý, kinh tế văn hóa xã hội Việt Nam của bệnh nhân và người nhà vẫn còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu: *mô tả nhận thức của bệnh nhân đái tháo đường type 2 về chế độ ăn kiêng và những rào cản khi thực hiện chế độ ăn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng NC: Bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang được quản lý, điều trị ngoại trú tại các Bệnh viện tuyến huyện hoặc tương đương.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2018 đến tháng 4/2019 tại hai huyện Vũ Thư và Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình.

2.3. Thiết kế NC: Đây là phương pháp nghiên cứu kết hợp giữa nghiên cứu định tính và định lượng. Nghiên cứu định tính áp dụng nghiên cứu nhân học, thiết kế nghiên cứu trường hợp. Nghiên cứu định lượng là thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cách thức chọn mẫu: Phỏng vấn sâu ở nhà 15 bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại xã Vũ Hội, huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình. Điều tra cắt ngang toàn bộ 848 bệnh nhân ĐTĐ typ 2

được quản lý, điều trị ngoại trú tại bệnh viện ở 2 huyện Vũ Thư và Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình.

2.5. Kỹ thuật thu thập và xử lý số liệu nghiên cứu

Nghiên cứu định tính: Phỏng vấn sâu và quan sát tại nhà của bệnh nhân về hoàn cảnh, không gian và các mối quan hệ gia đình, xã hội. Bảng hướng dẫn phỏng vấn bao gồm các câu hỏi mở. Cuộc phỏng vấn được ghi âm, gõ bằng và viết ghi chép thực địa (field note) ngay sau mỗi buổi phỏng vấn. Chúng tôi đồng thời đi cùng bệnh nhân trong một buổi đi khám bệnh định kỳ để tìm hiểu về quy trình khám bệnh, quá trình điều trị, tư vấn, hướng dẫn cũng như những khó khăn mà bệnh nhân gặp phải.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Nhận thức của bệnh nhân về chế độ ăn

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi ^a (năm) (giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	64,7 $\pm$ 9,8
Nam (n; %)	405 (47,8)
Thời gian mắc ĐTĐ ^b (năm) (giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	6,19 $\pm$ 5,07
Tỷ lệ nhận lời khuyên từ nhân viên y tế về chế độ ăn ^a (n; %)	671 (79,1)
Tỷ lệ bệnh nhân đề thực hiện chế độ ăn ^a (n; %)	894 (81,8)
Tỷ lệ bệnh nhân có chế độ ăn không phù hợp ^a (n; %)	351 (41,4)
Tỷ lệ bệnh nhân có chế độ ăn kiêng ^a (n; %)	275 (32,4)

a: 847 bệnh nhân có dữ liệu; b: 822 bệnh nhân có dữ liệu

Kết quả điều tra từ 848 bệnh nhân ĐTĐ cho thấy: có 81,8% bệnh nhân cho rằng chế độ ăn cho bệnh nhân đái tháo đường là dễ thực hiện. Tuy nhiên chỉ có 32,4% bệnh nhân có chế độ ăn kiêng liên quan đến bệnh đái tháo đường. Trong số 15 bệnh nhân tham gia nghiên cứu định tính thì có 13 bệnh nhân nhận được lời khuyên về chế độ ăn từ nhân viên y tế; tuy nhiên chỉ 3 trong số 13 bệnh nhân này thực hiện chế độ ăn kiêng.

2. Rào cản trong việc thực hiện chế độ ăn cho bệnh nhân đái tháo đường. Có một số rào cản dẫn đến việc thực hiện chế độ ăn của bệnh nhân đái tháo đường. Sau đây là một số rào cản của việc không thực hiện chế độ ăn kiêng theo quan điểm của chính bệnh nhân.

2.1. Cá nhân. Mặc dù có 81,8% bệnh nhân cho rằng dễ thực hiện chế độ ăn kiêng nhưng kiến thức, thực hành của bệnh nhân còn chưa đúng và đầy đủ. Bệnh nhân Sim nói: "tôi không biết ăn như thế nào, nhiều khi tôi ăn theo nhu cầu, thích là ăn sau đó lại uống thuốc" hoặc bệnh nhân Khuê chia sẻ: "tôi kiêng khem kỹ lắm, chỉ ăn ít cơm với rau, ăn nhiều sợ đường máu tăng, tôi không ăn vặt, chỉ ăn bữa chính". Có bệnh nhân còn ăn uống kiêng khem hoặc nhịn ăn: "có đợt thấy xét nghiệm đường máu cao, tôi

Nghiên cứu định lượng: Phỏng vấn bệnh nhân tại nhà bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Điều tra viên là y tế thôn của các xã lân cận đã được tập huấn. Số liệu sau khi thu thập sẽ nhập 2 lần bằng phần mềm Epidata, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được chứng nhận chấp thuận của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Thái Bình về các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu đối với đề tài/dự án: Sống chung với bệnh mạn tính: Hỗ trợ của gia đình và cộng đồng trong quản lý bệnh đái tháo đường tại Việt Nam số 1209/HĐĐĐ ngày 26 tháng 11 năm 2018.

kiêng hết những thức ăn liên quan đến đường, kể cả cơm nữa dẫn đến bị hạ đường huyết"

Phần lớn bệnh nhân cho rằng việc thực hiện chế độ ăn kiêng cho bệnh nhân ĐTĐ là quan trọng và rất quan trọng 671/848 (79,1%) nhưng việc thực hiện chế độ ăn kiêng làm cho bệnh nhân cảm giác không hòa nhập được với gia đình và cộng đồng. Bệnh nhân Sim chia sẻ: "khó lắm đấy, đi ăn cỗ người ta có thể nào mình ăn thế ấy, gặp ra gặp vào ngại lắm mà họ lại để ý nữa".

Có 5/15 bệnh nhân luôn có cảm giác nặng nề, đôi khi thấy là gánh nặng cho người thân, không muốn làm phiền con cháu về người chế biến, người đi mua, người chuẩn bị thức ăn: "cháu cũng mãi lo việc của nó, trừ khi mình ốm đau nặng nó đưa mình đi viện thôi chứ bình thường mình vận động được làm phiền nó làm gì" Bệnh nhân Lan, 70 tuổi.

Mặc dù họ biết những thức ăn bị hạn chế cho bệnh nhân ĐTĐ nhưng vì thèm nên nhiều bệnh nhân vẫn không quan tâm. Bà Thơ nói: "Biết là ăn ít đồ có đường, có ga, ít mỡ nhưng nhiều lúc thèm quá, không chịu được lại ăn". Những người càng nhiều tuổi càng có xu hướng không ăn kiêng vì họ không sợ chết sớm nữa. Bà Sim nói: "kệ nó, đằng nào chả chết, ăn xong rồi uống

thuốc cũng chả sao đâu” Ông Long chia sẻ: “Từng này tuổi rồi, muốn ăn gì cứ ăn, uống gì cứ uống thôi, còn sống được bao nhiêu nữa đâu mà kiêng cho khổ”

2.2. Gia đình. Có 8/15 bệnh nhân cho rằng nhận được sự hỗ trợ từ gia đình trong việc thực hiện chế độ ăn kiêng. Nhưng chủ yếu là dưới hình thức nhắc nhở, còn việc hỗ trợ chuẩn bị bữa ăn thì chỉ có 9,1% bệnh nhân nhận được hỗ trợ từ gia đình. Bệnh nhân Khuê nói: “Gia đình làm gì có người, các con đi làm, ông thì sang ở với con cả, các cháu đi học, mỗi tôi một mình cả ngày ở nhà thì làm gì có ai hỗ trợ”.

2.3. Hệ thống y tế. Có 13/15 bệnh nhân nhận được tư vấn của nhân viên y tế về chế độ ăn cho bệnh nhân ĐTĐ. Nhưng những tư vấn đó chủ yếu là những kiến thức chung mà không đi vào chi tiết cụ thể. Trong nghiên cứu định tính cả 15/15 bệnh nhân đều mong muốn được tư vấn thêm từ bác sĩ về các vấn đề liên quan đến chế độ ăn. Bà Đào cho biết “Khi đi khám tôi phải chờ rất lâu mới đến lượt, khi được thăm khám, tôi có hỏi bác sĩ thông tin thêm về bệnh nhưng bác sĩ không trả lời nhiều và cũng không tư vấn gì thêm. Với cả việc tôi lo sợ mình làm mất thời gian của bệnh nhân khác, do còn nhiều người đang ngồi đợi khám nên tôi cũng không hỏi gì thêm”. Qua quan sát các buổi đi khám định kỳ của bệnh nhân, chúng tôi thấy các bác sĩ rất là bận rộn nên không có thời gian dành cho bệnh nhân. Một bác sĩ ở bệnh viện đa khoa Hoàng an nói: “chúng tôi một buổi phải khám cho mấy chục bệnh nhân, rồi còn phải đọc kết quả, kê thuốc làm gì có nhiều thời gian để tư vấn cụ thể cho bệnh nhân”.

2.4. Cộng đồng. Việt Nam có rất nhiều tập tục ăn uống tập thể đông người: đám cưới, đám ma, đám giỗ, họp hành... việc ăn chế độ ăn kiêng làm bệnh nhân thấy khó hòa nhập với cộng đồng. Một bệnh nhân chia sẻ: “khó lắm đây, đi ăn cỗ người ta có thể nào mình ăn thế ấy, gắp ra gắp vào ngại lắm mà họ lại để ý nữa” Bà Sim, 62 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh đái tháo đường là bệnh có liên quan chặt chẽ đến chế độ ăn của bệnh nhân. Đây là phương pháp điều trị cơ bản và quan trọng, là phương pháp có hiệu quả nhất [3] và cũng có vai trò hỗ trợ các phương pháp điều trị khác. Việc nỗ lực thực hiện chế độ ăn trị liệu hàng ngày có vai trò quan trọng giúp bệnh nhân sống cùng với bệnh đái tháo đường. Kết quả nghiên cứu chỉ có 34,2% bệnh nhân có chế độ ăn riêng. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu khác. Trong các nghiên cứu của

tác giả khác được tiến hành ở Nepal và Việt Nam tỷ lệ này tương ứng là 79,0% và 87,5% [1,7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác theo chúng tôi có lẽ là do nghiên cứu được tiến hành ở các quốc gia khác nhau với những khác biệt về phong tục, tập quán và lối sống. Ngoài ra, đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi khá cao trung bình $64,7 \pm 9,8$ nên họ có xu hướng ăn chung với con cháu hoặc phải phụ thuộc vào sự hỗ trợ từ con cháu. Mặt khác, cũng có thể là do tuổi cao nên họ cũng không còn chú ý nhiều đến chế độ ăn. Ngoài ra, thời gian mắc ĐTĐ trung bình $6,19 \pm 5,07$. Thời gian mắc bệnh dài có thể làm cho bệnh nhân mệt mỏi với việc phải ăn uống kiêng khem và do đó không còn muốn kiêng khem nhiều nữa.

Hiện nay có nhiều nguồn cung cấp thông tin về bệnh tiểu đường cho bệnh nhân như internet, đài, báo, người thân, bạn bè.... Tuy vậy các nguồn thông tin này thường chưa được kiểm chứng, độ tin cậy không cao. Chính vì thế, các cơ sở y tế, đặc biệt là các bác sĩ chuyên khám về tiểu đường thường là nơi được bệnh nhân mong muốn tìm hiểu về bệnh của mình. Khi bệnh nhân đi khám bệnh định kỳ thì hầu như các bệnh nhân chỉ được nhân viên y tế tư vấn ngắn gọn và chung chung về chế độ ăn mà không được hướng dẫn cụ thể chi tiết về việc thực hành chế độ ăn kiêng. Điều này có thể một phần là do sự quá tải và áp lực công việc đối với nhân viên y tế ở các cơ sở khám chữa bệnh của Việt Nam. Điều trị bệnh tại gia đình việc dùng thuốc, dinh dưỡng đúng cách góp phần quan trọng giúp cho người bệnh có được chỉ số đường huyết ổn định. Nhưng trong mẫu khảo sát, người bệnh cũng như người thân trong gia đình chưa nhận biết được tầm quan trọng của thói quen ăn uống hàng ngày có thể làm cho bệnh nặng hơn và dẫn đến những biến chứng [7]. Mặc dù việc thực hiện chế độ ăn có vai trò rất quan trọng trong quá trình điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường nhưng một sai lầm của nhiều bệnh nhân đái tháo đường chính là họ quan niệm rằng ăn uống kiêng khem hoặc nhịn ăn sẽ giúp kiểm soát đường huyết tốt. Và kết quả là chế độ ăn đó không cung cấp đủ năng lượng cho bệnh nhân gây ra hiện tượng hạ đường huyết. Hoặc nhiều người có quan niệm ăn thoải mái như người không bệnh và hầu như không có khái niệm ăn kiêng trong chế độ ăn của họ.

Tính chất của bệnh kéo dài nên người bệnh thường có xu hướng lo lắng về gánh nặng kinh tế của bệnh. Tâm lý này xuất hiện thường xuyên hơn ở những bệnh nhân có tình trạng kinh tế nghèo hoặc cận nghèo. Thậm chí, họ cảm thấy

"mặc cảm" do phải phụ thuộc kinh tế vào người khác (với 6/15 ý kiến trong nghiên cứu định tính). Ngoài ra, khó khăn trong thay đổi chế độ ăn cũng là một nguyên nhân dẫn đến cảm xúc tiêu cực này. Bệnh nhân đái tháo đường từ việc ăn uống "thoải mái" chuyển sang chế độ ăn uống "kiêng khem" làm tăng cảm giác "khó chịu" ở các bệnh nhân này. Chế độ ăn kiêng đặc biệt gây khó chịu cho bệnh nhân khi bệnh nhân muốn tham gia các hoạt động xã hội, đặc biệt đối với nam giới. Đái tháo đường là một bệnh mạn tính, bệnh nhân cần phải tự quản lý sức khỏe mỗi ngày nên dễ gây căng thẳng, lo âu cho người bệnh [3]. Những bệnh nhân đang sống chung với bệnh đái tháo đường thường gặp gánh nặng rất lớn về thời gian mắc bệnh kéo dài, chất lượng cuộc sống giảm, mất khả năng lao động, chi phí điều trị tốn kém, tàn tật, nghỉ hưu sớm trước tuổi... ảnh hưởng đến tâm lý của bệnh nhân. Đa số bệnh nhân được hỏi đều làm ruộng, không có lương, nên cuộc sống khá khó khăn. Với họ việc ăn uống cũng khá đơn giản, càng ít tốn kém càng tốt: "gia đình có gì ăn lấy, chả đáng bao nhiêu". Họ sợ chế độ ăn phức tạp sẽ tạo áp lực về kinh tế cho người thân. Vì nếu chế biến thức ăn theo khẩu phần cho người bệnh mất thời gian, tốn thêm chi phí mua thực phẩm nên chọn việc chế biến chung cả gia đình vừa thuận tiện lại tiết kiệm chi tiêu trong gia đình. Quan sát kết hợp với điều tra về bữa ăn của gia đình các bệnh nhân, chúng tôi nhận thấy hầu như không có sự phân chia người bệnh phải kiêng thức ăn này, thức ăn kia, chỉ thấy người bệnh phù hợp với loại thức ăn nào thì ăn loại đó hoặc nếu không phù hợp thì ăn ít đi.

Bệnh nhân không hoàn toàn hài lòng và thoải mái về chế độ ăn của mình nhưng họ không muốn tạo thêm gánh nặng cho bản thân và người nhà khi phải thực hiện thêm chế độ ăn riêng cho họ nữa. Có 12/15 bệnh nhân được hỏi đều không muốn thực hiện chế độ ăn kiêng mặc dù có 41,4% bệnh nhân ăn thức ăn không phù hợp. Việc không có chế độ ăn kiêng cho bệnh nhân đái tháo đường sẽ gây khó khăn trong việc quản lý bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân nhận được lời khuyên về chế độ ăn cho bệnh nhân ĐTĐ là 79,1%. Chỉ có 32,4% bệnh nhân có chế độ ăn kiêng.

Kiến thức về chế độ ăn phù hợp cho bệnh nhân ĐTĐ chưa được cung cấp đầy đủ đến bệnh nhân và người nhà nên họ chưa thực sự thấy được tầm quan trọng của việc tuân thủ chế độ ăn đối với bệnh đái tháo đường. Đôi khi kiến

thức họ nhận được tích lũy qua kinh nghiệm của bản thân và những người xung quanh.

Mong muốn cố gắng hòa nhập với gia đình và cộng đồng để giảm đi gánh nặng bệnh tật đã ảnh hưởng đến việc thực hiện chế độ ăn kiêng của bệnh nhân. Mặc dù họ ăn thức ăn không phù hợp nhưng vì không muốn bị phân biệt, kỳ thị mà bệnh nhân vẫn cố gắng ăn chế độ ăn như những người bình thường khác và cố gắng tự điều chỉnh hành vi ăn uống của mình trong bữa ăn chung với gia đình và với những bữa ăn tập thể đông người.

Lời cảm ơn. Nghiên cứu được tài trợ bởi Bộ ngoại giao Đan Mạch, được thực hiện dưới sự bảo trợ của dự án "Sống chung với bệnh mạn tính: Hỗ trợ không chính thức trong quản lý bệnh đái tháo đường tại Việt Nam" (2018 – 2022, dự án số 17-M09-KU). Dự án nghiên cứu được thực hiện với sự hợp tác giữa Trường Đại học Y Dược Thái Bình, Đại học Copenhagen, và Đại học Nam Đan Mạch. Chúng tôi rất cảm ơn các điều tra viên trong nghiên cứu cắt ngang và các cơ quan y tế tại hai huyện Quỳnh Phụ và Vũ Thư, tỉnh Thái Bình đã giúp đỡ chúng tôi thu thập thông tin cho cuộc khảo sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hương Giang, Hà Văn Như (2013)**, thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị bệnh đái tháo đường type II của người bệnh đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện 198 năm 2013, tạp chí y học thực hành (893), số 11(2013), tr 93 - 97
2. **Lê Thị Hoàng Liễu (2014)**, kiến thức và thực hành về dinh dưỡng của bệnh nhân bệnh mạn tính không lây tại huyện Bình Chánh-TP Hồ Chí Minh, tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, tập 18, phụ bản của số 6, tr 30-34
3. **Bùi Nam Trung, Đỗ Quang Tuyền và CS (2013)**, kiến thức và thực hành về tuân thủ chế độ dinh dưỡng ở bệnh nhân đái tháo đường typ II, điều trị ngoại trú tại bệnh viện lão khoa trung ương năm 2012, tạp chí y học thực hành 867, số 4(2013), tr 3 - 6
4. **Becerra, M.B., N.L. Allen, and B.J. Becerra**, Food insecurity and low self-efficacy are associated with increased healthcare utilization among adults with type II diabetes mellitus. J Diabetes Complications, 2016. **30**(8): p. 1488-1493.
5. **Broder, H.L., et al.**, Type II diabetes and oral health: perceptions among adults with diabetes and oral/health care providers in Ghana. Community Dent Health, 2014. **31**(3): p. 158-62.
6. **Crawford, Mendoza-Vasconez & Larse (2015)**, Type II diabetes disparities in diverse women: the potential roles of body composition, diet and physical activity, Womes health, 11(6), 913 - 927.
7. **Janaki Parajul, Fazana Saleh et al (2014)**, Factors associated with nonadherence to diet and physical activity among nepalese type 2 diabetes patients; a cross sectional study, BMC research note

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U MÀNG NÃO VÒM SỢ TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2017-2019

Nguyễn Minh Thuận¹, Nguyễn Đức Liên², Lê Văn Quảng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả lâm sàng, đặc điểm hình ảnh và kết quả phẫu thuật u màng não vòm sọ. **Phương pháp nghiên cứu:** Vừa hồi cứu vừa tiền cứu 37 hồ sơ bệnh án của người bệnh u màng não vòm sọ được chẩn đoán và phẫu thuật tại khoa Ngoại thần kinh Bệnh viện K Tân Triều năm 2/2017 - 6/2019. Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 1/2,4, tập trung ở nhóm tuổi trên 60 chiếm 40,5%. Triệu chứng chủ yếu là đau đầu (86,5%), động kinh (37,8%), yếu chi (24,3%), u màng não ở vị trí đỉnh chiếm tỷ lệ cao nhất (32,4%). Kích thước của u: Nhỏ hơn 3 cm (27%), từ 3-6cm (56,8%), trên 6cm (16,2%). Kết quả phẫu thuật: 91,9% lấy được toàn bộ u, 8,1% lấy gần hết u. Biến chứng sau mổ (10,8%): 2 trường hợp phù não sau mổ, 1 trường hợp rò dịch não tủy, 1 trường hợp nhiễm trùng da vết mổ, không có người bệnh tử vong. **Kết luận:** U màng não vòm sọ diễn biến từ từ nên tuổi phát hiện bệnh thường trên 60 tuổi, kích thước u lớn (3-6cm). Phẫu thuật lấy hết u chiếm 91,9% trường hợp.

Từ khóa: u màng não vòm sọ

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY TREATMENT CONVEXITY MENINGIOMAS AT K HOSPITAL IN 2017-2019

Objective: Describe clinical, radiology features and the surgical results of convexity meningiomas. Materials and methods: Retrospective and prospective study of 37 patients with convexity meningiomas who were diagnosed and neurosurgical treatment at department of neurosurgery, K hospital from 2/2017 to 6/2019. **Results:** mean age at diagnosis $56 \pm 11,2$; male/female = 1/2,4. Clinical features: headache (86,5%); seizures (37,8%); motor weak (24,3%). Tumor dimension: less than 3cm (27%); 3-6 cm (56,8%) and more than 6cm (16,2%). The surgical results: 91,9% patients were radical removed of the tumor; subtotal removed was archived in 8,1%. Complications (10,8%): 2 patient with cerebral edema, 1 patient with cerebrospinal fluid leakage and 1 patient with scalp infection, mortality 0%. Conclusions: convexity meningiomas were the progressive lesions with the diagnosed age was more than 60 years when the tumors were big size (3-6cm). Total removed with microneurosurgery was archived in 91,9%.

Key word: convexity meningiomas

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U màng não vòm sọ định nghĩa là u của vùng

trên lều mà điểm bám của nó nằm trên vùng màng cứng bao phủ vùng lồi của bán cầu đại não và chiếm từ 20% các loại u màng não nội sọ [1]. Phân loại đầu tiên của u màng não vòm sọ do giáo sư Cushing lập ra bao gồm vùng thái dương, vùng trán, vùng cạnh đường giữa, vùng đỉnh, vùng chẩm. Tiên lượng của cuộc phẫu thuật còn tùy thuộc mức độ xâm lấn của u vào các cấu trúc quan trọng. Việc phẫu thuật điều trị loại u này thường dễ dàng hơn u màng não ở vị trí khác do đường vào khối u rộng rãi, ranh giới với nhu mô não lành thường rõ ràng nên khả năng cắt bỏ triệt để khối u cao hơn, đặc biệt trong giai đoạn sớm, đây là loại UMN mà khả năng lấy toàn bộ u bằng phẫu thuật rất cao 89-94% [1]. Tại khoa ngoại thần kinh bệnh viện K Tân Triều, chúng tôi phẫu thuật theo Simpson lấy u dưới kính vi phẫu cho 37 bệnh nhân được chẩn đoán là u màng não vòm sọ. Để cập nhật tình hình điều trị căn bệnh này, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả phẫu thuật u màng não vòm sọ tại bệnh viện K Tân Triều năm 2017-2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 37 bệnh nhân được chẩn đoán u màng não vòm sọ, điều trị phẫu thuật tại Khoa ngoại thần kinh Bệnh viện K Tân Triều 2/2017-6/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu và xử lý số liệu. Nghiên cứu mô tả lâm sàng cắt ngang không đối chứng, hồi cứu và tiền cứu.

Lập bệnh án mẫu nghiên cứu, sau đó nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới

Bảng 1: Phân bố độ tuổi khi được chẩn đoán

Tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
≤30	1	2,7
31-40	2	5,4
41-50	8	21,6
51-60	11	29,7
≥61	15	40,5

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $56 \pm 11,2$ (thay đổi từ 29-77 tuổi). Nhóm 37 bệnh nhân của chúng tôi có 26 bệnh nhân nữ (70,3%), 11 bệnh nhân nam (29,7%), tỷ lệ nam/nữ là 1/2,4.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Thuận

Email: minhthuan.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 11.9.2019

Ngày duyệt bài: 17.9.2019

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng khi chẩn đoán

Triệu chứng lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ %
Đau đầu	32	86,5
Nôn	4	10,8
Nhìn mờ	4	10,8
Động kinh	14	37,8
Liệt vận động	9	24,3
Rối loạn cảm giác	6	16,2
Rối loạn ý thức	5	13,5
Rối loạn ngôn ngữ	1	2,7
Sờ thấy khối vùng đầu	2	5,4
Không triệu chứng	2	5,4
Tổng số	37	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng đau đầu là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất (86,5%), sau đó là động kinh chiếm 37,8%, và yếu chi chiếm 24,3%. Một số triệu chứng khác ít phổ biến hơn là rối loạn tri giác (13,5%), mờ mắt (10,8%), nôn (10,8%).

3.3. Chẩn đoán hình ảnh

Bảng 3: Vị trí của khối u màng não

Vị trí u trên phim CHT	Số BN	Tỷ lệ %
Trán	11	29,7
Thái Dương	6	16,2
Đỉnh	12	32,4
Chẩm	0	0
Đường giữa	8	21,6
Tổng số	37	100

Bảng 4: Kích thước của khối u màng não

Kích thước u	Số BN	Tỷ lệ %
< 3cm	10	27
3-6 cm	21	56,8
> 6cm	6	16,2
Tổng số	37	100%

Nhận xét: Kích thước u từ 3-6cm chiếm tỷ lệ cao nhất (56,8%). U màng não đỉnh chiếm tỷ lệ nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (32,4%).

Bảng 5: Đặc điểm phẫu thuật lấy u

Lấy bỏ u	Số BN	Tỷ lệ %
Độ I	21	56,8
Độ II	13	35,1
Độ III	3	8,1
Độ IV, V	0	0
Tổng số	37	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.9), 34/37 bệnh nhân được phẫu thuật lấy bỏ u hoàn toàn (độ I, II theo Simpson) với tỷ lệ 91,9%.

Bảng 6: Kết quả lâm sàng sau phẫu thuật

Lâm sàng khi ra viện	Số BN	Tỷ lệ %	P (so với lúc vào viện)
Đau đầu	1	2,7	<0.001
Động kinh	1	2,7	<0.001
Liệt vận động	3	8,1	0.07
Rối loạn cảm giác	2	5,4	0.219

Nhận xét: Khi ra viện các triệu chứng lâm sàng đều cải thiện rất rõ rệt so với lúc vào viện, đặc biệt là triệu chứng đau đầu và động kinh ($p < 0.001$). Triệu chứng rối loạn ý thức sau mổ cải thiện tốt mổ. 3 bệnh nhân liệt vận động, 2 bệnh nhân rối loạn cảm giác và động kinh sau mổ đều đã có triệu chứng trên từ trước mổ, sau mổ triệu chứng được cải thiện nhiều nhưng chưa hồi phục hoàn toàn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi phân bố từ 29-77, độ tuổi trung bình là $56 \pm 11,2$. Nhóm tuổi thường gặp nhất trong độ tuổi trên 60 (40,5%),

Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Jorge E. Alvernia [2], Phạm Hoàng Anh [3], cao hơn so với tác giả Dương Đại Hà [4].

Trong hầu hết các báo cáo, với bệnh lý u màng não tỷ lệ nữ/nam dao động từ 2/1- 3/1 [5]. Jorge E. Alvernia [2] thông báo có 29% nam và 91% nữ (nữ/nam = 2,4/1); báo cáo của Dương Đại Hà với 204 bệnh nhân công bố tỉ lệ nữ/nam 1,8/1 [4]. Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ/nam là 2,4/1. Hầu hết các nghiên cứu đều có chung một nhận định là u màng não gặp ở nữ nhiều hơn nam.

4.2. Triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng lâm sàng của u màng não vòm sọ khá biến đổi, phụ thuộc vào vị trí, kích thước. Với các u nằm ở vòm sọ vùng trán, triệu chứng thường âm thầm, kéo dài và biểu hiện chính khi được chẩn đoán là những thay đổi về tâm thần, nhận thức.

Phát hiện sớm triệu chứng của u màng não là yếu tố quan trọng liên quan tới điều trị bệnh. Tuy nhiên, bệnh thường không có biểu hiện bất thường nhiều. Triệu chứng chỉ xuất hiện khi khối u đã lớn và cần phẫu thuật loại bỏ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất (86,5%), tiếp đến là động kinh (37,8%) và liệt vận động (24,3%). Andrew P. Morokoff và cộng sự [6] thông báo triệu chứng thường gặp nhất đau đầu (39%), sau đó là co giật (20%), Jorge E. Alvernia [2] cũng công bố kết quả tương tự như trên, có 39% số bệnh nhân bị đau đầu, 30% số bệnh nhân có triệu chứng động kinh.

4.3. Chẩn đoán hình ảnh. U màng não vòm sọ ở vùng trán là hay gặp nhất, trong nghiên cứu của Morokoff u ở vị trí này chiếm đến 53% [6], còn theo Alvernia u màng não vòm sọ vùng trán chiếm 38%. Phạm Hoàng Anh công bố tỷ lệ u màng não vòm sọ chiếm tỷ lệ 51% [3]. Nghiên cứu của chúng tôi trên 37 bệnh nhân, u nằm ở vị trí đỉnh là hay gặp nhất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước u màng não hay gặp nhất 3-6cm (56,8%). Phạm Hoàng Anh(2014) cũng cho kết quả tương tự với u có kích thước 3-6cm chiếm 51%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Dương Đại Hà là 50,6% [4]

4.4. Đặc điểm phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.9), 34/37 bệnh nhân được phẫu thuật lấy bỏ u hoàn toàn (độ I, II theo Simpson) với tỷ lệ 91,9%. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của B.F.Hasseleid [1] là 92,4% và của Dương Đại Hà [4] là 87,9%, Jorge E.Alvernia là 91% [2], N. Sanai 2010 là 87% [7]. Còn 3 bệnh nhân còn lại không được phẫu thuật lấy được toàn bộ u là do khi đến viện khối u đều đã lớn, kích thước trên 6cm, có 1 phần chân u bám vào liềm đại não ăn vào các mạch máu lớn, tĩnh mạch cầu quan trọng hoặc xâm lấn vào các vùng chức năng quan trọng, đặc biệt là vùng vận động.

4.5. Biến chứng phẫu thuật. Biến chứng sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,8% (4 trường hợp). Có 2 trường hợp phù não sau mổ, 1 trường hợp được mổ lại ngay trong ngày vì có cả rối loạn ý thức, 1 trường hợp chỉ cần điều trị nội khoa tích cực, và đều ổn định khi ra viện. 1 trường hợp có rò dịch não tủy sau mổ, bệnh nhân được chọc dẫn lưu thắt lưng và điều trị nội, khi ra viện không còn tình trạng rò dịch. 1 trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ, điều trị kháng sinh và thay băng rửa vết thương.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi thấp hơn so với Peter Black [8], tương đương với nghiên cứu của Dương Đại Hà [4], Andrew P. Morokoff [6], N. Sanai [7].

V. KẾT LUẬN

U màng não vòm sọ gặp chủ yếu người lớn,

trong độ tuổi trên 60 (40,5%). Triệu chứng thường gặp nhất là đau đầu(86,5%), động kinh (37,8%), các triệu chứng liệt vận động (24,3%). Chẩn đoán với chụp cộng hưởng từ là các lựa chọn ưu tiên. Phần lớn các u khi được phát hiện đã có kích thước lớn (77% có đường kính trên 3cm). Điều trị vi phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ khối u được thực hiện ở 91,9% số bệnh nhân, có 10,8% biến chứng, không có nào trường hợp. Triệu chứng lâm sàng hầu hết được cải thiện sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hasseleid B.F., Meling T.R., Rønning P. và cộng sự. (2012). Surgery for convexity meningioma: Simpson Grade I resection as the goal: clinical article. J Neurosurg, 117(6), 999–1006.
2. Alvernia J.E., Dang N.D., và Sindou M.P. (2011). Convexity meningiomas: study of recurrence factors with special emphasis on the cleavage plane in a series of 100 consecutive patients. J Neurosurg, 115(3), 491–498.
3. Phạm Hoàng Anh (2014). Kết quả điều trị phẫu thuật u màng não vòm sọ ứng dụng hệ thống định vị thần kinh, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Dương Đại Hà (2012), Nghiên cứu chẩn đoán, kết quả phẫu thuật và yếu tố tiên lượng u màng não tại Bệnh viện Việt – Đức, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Pamir M.N., Black P.M., và Fahlbusch R. (2010), Meningiomas: A Comprehensive Text, Saunders/Elsevier.
6. Morokoff A.P., Zauberman J., và Black P.M. (2008). Surgery for Convexity Meningiomas. Neurosurgery, 63(3), 427–434.
7. Sanai N., Sughrue M.E., Shargari G. và cộng sự. (2010). Risk profile associated with convexity meningioma resection in the modern neurosurgical era. J Neurosurg, 112(5), 913–919.
8. Black P., Kathiresan S., và Chung W. (1998). Meningioma surgery in the elderly: a case-control study assessing morbidity and mortality. Acta Neurochir (Wien), 140(10), 1013–1016; discussion 1016-1017.

KÍCH THƯỚC XƯƠNG Ổ RĂNG HÀM TRÊN VÀ HÀM DƯỚI TRÊN PHIM CT CONE BEAM

Hoàng Kim Cúc*, Nguyễn Thị Bích Ngọc*, Hà Ngọc Chiêu*, Nguyễn Thanh Huyền**

TÓM TẮT

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Kim Cúc

Email: hoangkimcucrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2019

Ngày duyệt bài: 18.9.2019

Mục tiêu: Xác định kích thước xương ổ răng hàm trên và hàm dưới. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang được thực hiện trên 50 phim CT Cone beam của những bệnh nhân tại khoa Xquang - Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Trên phim CT Cone beam, đo chiều rộng và chiều dày xương ổ răng hàm trên và hàm dưới tại các lát cắt cách ranh giới men - cement 2mm, 4mm, 6mm, 8mm, 10mm. **Kết quả:** Ở hàm trên chiều dày xương ổ răng lớn nhất ở vùng giữa răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ

hai, chiều rộng xương ổ răng lớn nhất ở vùng giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất. Ở hàm dưới chiều dày xương ổ răng lớn nhất ở vùng giữa răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai; chiều rộng xương ổ răng lớn nhất ở vùng giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất ở mặt tiền đình, và ở vùng giữa răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai mặt lưỡi. **Kết luận:** Các vị trí an toàn cho cấy ghép mini vít với chiều rộng và chiều dày xương ổ răng đủ là giữa hai răng cửa giữa hàm trên, giữa răng nanh và răng hàm nhỏ thứ nhất, giữa hai răng hàm nhỏ, giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất, giữa các răng hàm lớn mặt vòm miệng ở hàm trên; giữa các răng hàm lớn thứ nhất và thứ hai và giữa các răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất, giữa răng hàm nhỏ thứ nhất và thứ hai ở tất cả các độ sâu ở hàm dưới.

Từ khóa: Chiều rộng xương ổ răng, chiều dày xương ổ răng, mini vít.

SUMMARY

ALVEOLAR BONE DIMENSIONS OF MAXILLARY AND MANDIBULAR ON CT CONE BEAM

Objective: The goal was to determine the alveolar bone dimensions of maxillary and mandibular on CT Cone beam. **Research**

methodology: Cross – sectional descriptive study on 50 CTCTB films of patients at the X – Ray Department of National Hospital of Odonto – Stomatology Ha Noi. On CTCTB, for each interradicular space, the mesiodistal and the buccolingual distances were measured at 2mm, 4mm, 6mm, 8mm and 10 mm from the cemento-enamel junction (CEJ). **Result:** In the maxilla, the greatest thickness of bone in the buccopalatal dimension was between the first and second molars, the greatest amount of mesiodistal bone was between the second premolar and the first molar. In the mandible, the greatest thickness of bone in the buccopalatal dimension was between the first and second molars, the greatest amount of mesiodistal dimension was on the buccal side between first and second premolar, and on the lingual side between the first and second molars. **Conclusions:** Safe locations for minivis placements with adequate interradicular space are between the Central incisor, between the canine and the first premolar, between the premolars second premolar and the first molar, between the molars in the maxillary palatal alveolar bone, between the molars in the maxillary palatal alveolar bone, and interradicular spaces from the premolars, the first premolar to the second molar in the mandibular buccal alveolar bone.

Keywords: the interradicular space, the mesiodistal distances, the buccolingual distances, minivis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Neo chặn là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả chỉnh nha. Neo chặn được định nghĩa là khả năng kháng lại sự di chuyển của răng khi có một lực tác động vào răng. Theo định luật III Newton, khi tác dụng một lực sẽ tạo ra một phản lực cùng độ lớn nhưng ngược chiều. Do đó, việc cung cấp một

neo chặn thích hợp là mối quan tâm chính trong kế hoạch chỉnh nha. Mini vít là khí cụ neo chặn tuyệt đối được các chuyên gia chỉnh nha sử dụng phổ biến hiện nay. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy sử dụng neo chặn bằng mini vít có tỷ lệ thành công tương đối cao (85,5%) [1].

Một trong những thách thức liên quan đến việc sử dụng mini vít là xác định vị trí cắm thích hợp và an toàn. Năm 2010, Nanda và cộng sự [2] đã đưa ra các tiêu chí về việc sử dụng neo chặn bằng mini vít. Các tiêu chí này bao gồm: khả năng tương thích và thiết kế cơ học của mini vít, độ dày của xương ổ răng, vị trí cắm không gây tổn thương đến động mạch, tĩnh mạch và dây thần kinh... Độ dày của xương ổ răng, đặc biệt là trong khoảng 8mm từ ranh giới men – cement về phía chóp răng, là yếu tố quan trọng tạo sự ổn định cho mini vít, với sự thuận lợi của chiều rộng lợi dính và chiều sâu ngách tiền đình. Vì vậy, việc xác định kích thước ba chiều của xương ổ răng trước khi cắm mini vít là vô cùng cần thiết. Những năm gần đây, kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính (CBCT) được sử dụng rộng rãi trong răng hàm mặt. Kỹ thuật này có nhiều ưu điểm như: cho thông tin chính xác về hình ảnh xương theo không gian ba chiều, các cấu trúc giải phẫu lân cận, chất lượng xương... Đó là công cụ hữu ích giúp các nhà lâm sàng xác định vị trí cũng như hướng cắm mini vít neo chặn một cách chính xác. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá toàn diện kích thước xương ổ răng hai hàm nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Xác định chiều rộng, chiều dày xương ổ răng trên phim CTCTB trên bệnh nhân đến chụp phim CTCTB tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có phim chụp bằng kỹ thuật CT Cone beam tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội, từ tháng 07/2018 đến tháng 09/2019

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân đủ 28 răng, các răng đã đóng chóp, không mắc bệnh quanh răng gây tiêu xương ổ răng, các răng tương đối thẳng hàng. Phim CT Cone beam cân đối, các cấu trúc trên phim rõ ràng, đầy đủ các vùng giải phẫu, đủ các lát cắt Coronal, Cross – sectional, Axial.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân, những phim CT Cone beam không đủ các tiêu chuẩn trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\delta^2}$$

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\delta^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu cần nghiên cứu.

Sai sót loại I (α). Chọn = 0,05, tương ứng chọn ít hơn 5% cơ hội rút ra một kết luận dương tính giả.

Sai sót loại II (β) hoặc lực mẫu ($1 - \beta$). Chọn $\beta = 0,1$; tương ứng có 90% cơ hội tránh được một kết luận âm tính giả

δ : độ lệch chuẩn, $\delta = 0,88$ (Lei Yang và cs, 2015 khi đo chiều rộng XOR mặt má ở lát cắt cách CEJ 6mm: $\bar{x} \pm s = 2,62 \pm 0,88$ mm [3])

δ : sai số mong muốn (cùng đơn vị với δ). Ước tính $\delta = 0,4$ mm

Tính ra số phim cần nghiên cứu là 50 phim CT Cone beam

Bệnh nhân sau khi được khám lâm sàng đủ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 50 bệnh nhân trong độ tuổi từ 18 – 50 với tỷ lệ nữ 74 %.

Bảng 3.1. Chiều dày xương ổ răng hàm trên ở các lát cắt cách CEJ 2mm, 4mm, 6mm, 8mm, 10mm

Vị trí	2mm $\bar{x} \pm sd$	4mm $\bar{x} \pm sd$	6mm $\bar{x} \pm sd$	8mm $\bar{x} \pm sd$	10mm $\bar{x} \pm sd$
R1 – R2	8,34 $\pm$ 1,29	9,23 $\pm$ 1,52	9,88 $\pm$ 1,53	10,03 $\pm$ 1,73	10,07 $\pm$ 1,66
R2 – R3	8,05 $\pm$ 1,11	9,15 $\pm$ 1,23	9,4 $\pm$ 1,33	9,79 $\pm$ 1,52	9,91 $\pm$ 1,57
R3 – R4	8,89 $\pm$ 1,15	9,8 $\pm$ 1,02	10,23 $\pm$ 1,08	10,45 $\pm$ 1,25	10,54 $\pm$ 1,4
R4 – R5	9,29 $\pm$ 0,88	9,71 $\pm$ 0,91	9,77 $\pm$ 1,05	10,13 $\pm$ 1,27	10,69 $\pm$ 1,5
R5 – R6	10,54 $\pm$ 1,08	11,18 $\pm$ 1,03	11,5 $\pm$ 1,43	12,04 $\pm$ 1,6	12,83 $\pm$ 1,86
R6 – R7	12,26 $\pm$ 1,63	13,34 $\pm$ 1,53	14,01 $\pm$ 1,42	14,43 $\pm$ 1,44	14,76 $\pm$ 1,45

Nhận xét: Chiều dày xương ổ răng trung bình hàm trên lớn nhất ở vùng răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai tại vị trí cách CEJ 10mm là 14,76 $\pm$ 1,45mm và nhỏ nhất ở vùng răng cửa bên và răng nanh tại vị trí cách CEJ 2mm là 8,05 $\pm$ 1,11mm

Bảng 3.2. Chiều dày xương ổ răng hàm dưới ở các lát cắt cách CEJ 2mm, 4mm, 6mm, 8mm, 10mm

Vị trí	2mm $\bar{x} \pm sd$	4mm $\bar{x} \pm sd$	6mm $\bar{x} \pm sd$	8mm $\bar{x} \pm sd$	10mm $\bar{x} \pm sd$
R1 – R2	7,3 $\pm$ 1,15	7,57 $\pm$ 1,32	7,72 $\pm$ 1,39	7,78 $\pm$ 1,32	8,06 $\pm$ 1,65
R2 – R3	7,75 $\pm$ 1,27	8,22 $\pm$ 1,23	8,36 $\pm$ 1,47	8,49 $\pm$ 1,41	8,60 $\pm$ 1,45
R3 – R4	7,94 $\pm$ 1,52	8,90 $\pm$ 1,63	9,27 $\pm$ 1,64	9,48 $\pm$ 1,58	9,69 $\pm$ 1,68
R4 – R5	7,71 $\pm$ 1,35	8,86 $\pm$ 1,46	9,51 $\pm$ 1,56	9,98 $\pm$ 1,56	10,45 $\pm$ 1,55
R5 – R6	8,80 $\pm$ 1,15	9,93 $\pm$ 1,22	10,63 $\pm$ 1,32	11,12 $\pm$ 1,25	11,51 $\pm$ 1,44
R6 – R7	11,0 $\pm$ 1,69	12,04 $\pm$ 1,81	12,95 $\pm$ 1,73	13,72 $\pm$ 1,62	14,16 $\pm$ 1,55

Nhận xét: Chiều dày xương ổ răng trung bình hàm dưới lớn nhất ở vùng răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai tại vị trí cách CEJ 10mm là 14,16 $\pm$ 1,55mm và nhỏ nhất ở vùng răng cửa giữa và răng cửa bên tại vị trí cách CEJ 2mm là 7,3 $\pm$ 1,15mm.

Bảng 3.3. Chiều rộng xương ổ răng ở mặt má vùng răng hàm trên tại các lát cắt cách CEJ 2mm, 4mm, 6mm, 8mm, 10mm

Vị trí	2mm $\bar{x} \pm sd$	4mm $\bar{x} \pm sd$	6mm $\bar{x} \pm sd$	8mm $\bar{x} \pm sd$	10mm $\bar{x} \pm sd$
R1 – R2	2,6 $\pm$ 0,62	2,79 $\pm$ 0,65	2,95 $\pm$ 0,79	3,3 $\pm$ 0,91	3,59 $\pm$ 1,23
R2 – R3	2,69 $\pm$ 0,77	2,88 $\pm$ 0,78	3,13 $\pm$ 0,92	3,51 $\pm$ 0,95	3,95 $\pm$ 0,96
R3 – R4	2,81 $\pm$ 0,63	3,02 $\pm$ 0,64	3,32 $\pm$ 0,79	3,86 $\pm$ 1,04	4,19 $\pm$ 1,38

tiêu chuẩn sẽ được chụp phim CT Cone beam bằng máy CBCT Planmeca promax 3D Max. Đọc phim trên máy tính để kiểm tra phim có đủ tiêu chuẩn của điều kiện nghiên cứu không. Chúng tôi đo chiều rộng và chiều dày xương ổ răng hàm trên và hàm dưới tại các lát cắt cách ranh giới men–cement 2mm, 4mm, 6mm, 8mm, 10mm trên phim bằng máy tính. Một phim được đo hai lần và được tiến hành bởi cùng một người đo.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này chỉ được thực hiện khi có sự cho phép của Ban giám đốc và khoa Xquang Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, sự cho phép của bệnh nhân; Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

R4 – R5	3,09 ± 0,61	3,44 ± 0,77	3,78 ± 0,95	3,98 ± 1,17	3,96 ± 1,16
R5 – R6	3,33 ± 0,59	3,64 ± 0,84	3,86 ± 0,96	4,23 ± 1,06	4,81 ± 0,79
R6 – R7	2,78 ± 0,41	2,82 ± 0,54	2,96 ± 0,51	3,14 ± 0,83	3,24 ± 0,66

Nhận xét: Chiều rộng xương ổ răng ở mặt má vùng răng hàm trên lớn nhất ở vùng răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất tại lát cắt cách CEJ 10mm là $4,81 \pm 0,79\text{mm}$ và nhỏ nhất ở vùng răng cửa giữa và răng cửa bên tại lát cắt cách CEJ 2mm là $2,6 \pm 0,62\text{mm}$.

Bảng 3.4. Chiều rộng xương ổ răng ở mặt vòm miệng vùng răng hàm trên tại các lát cắt cách CEJ 2mm, 4mm, 6mm, 8mm, 10mm

Vị trí	2mm	4mm	6mm	8mm	10mm
	$\bar{X} + \text{sd}$	$\bar{X} + \text{sd}$	$\bar{X} + \text{sd}$	$\bar{X} + \text{sd}$	$\bar{X} + \text{sd}$
R1 – R2	2,45 ± 1,02	2,77 ± 1,06	2,98 ± 1,05	3,24 ± 1,02	3,42 ± 1,23
R2 – R3	2,75 ± 0,99	2,97 ± 1,21	3,35 ± 1,24	3,75 ± 1,3	3,84 ± 1,11
R3 – R4	2,92 ± 1,03	3,21 ± 1,03	3,56 ± 1,09	3,79 ± 1,12	4,01 ± 1,23
R4 – R5	3,12 ± 1,1	3,43 ± 1,21	3,82 ± 1,02	4,22 ± 1,16	4,36 ± 1,14
R5 – R6	5,41 ± 1,29	5,69 ± 1,39	5,97 ± 1,11	6,47 ± 1,23	6,72 ± 1,18
R6 – R7	3,34 ± 1,15	3,79 ± 1,30	4,01 ± 1,24	4,27 ± 1,14	4,54 ± 1,05

Nhận xét: Chiều rộng xương ổ răng ở mặt vòm miệng vùng răng hàm trên lớn nhất ở vùng răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất tại lát cắt cách CEJ 10mm là $6,72 \pm 1,78\text{mm}$ và nhỏ nhất ở vùng răng cửa giữa và răng cửa bên tại lát cắt cách CEJ 6mm là $2,45 \pm 1,02\text{mm}$.

Bảng 3.5. Chiều rộng xương ổ răng ở mặt tiền đình vùng răng hàm dưới tại các lát cắt cách CEJ 2mm, 4mm, 6mm, 8mm, 10mm

Vị trí	2mm	4mm	6mm	8mm	10mm
	$\bar{X} + \text{sd}$	$\bar{X} + \text{sd}$	$\bar{X} + \text{sd}$	$\bar{X} + \text{sd}$	$\bar{X} + \text{sd}$
R1 – R2	1,67 ± 0,9	1,82 ± 0,95	2,05 ± 1,12	2,22 ± 0,87	2,49 ± 0,83
R2 – R3	1,75 ± 1,04	1,96 ± 1,14	2,23 ± 1,25	2,46 ± 1,25	2,74 ± 1,09
R3 – R4	2,01 ± 1,25	2,38 ± 1,02	2,72 ± 1,34	3,16 ± 1,30	3,67 ± 1,08
R4 – R5	3,15 ± 1,12	3,42 ± 1,15	3,87 ± 1,18	4,22 ± 1,14	4,63 ± 1,15
R5 – R6	3,22 ± 1,12	3,58 ± 1,09	3,91 ± 1,29	4,34 ± 1,16	4,88 ± 1,27
R6 – R7	3,18 ± 1,18	3,29 ± 1,19	3,64 ± 1,26	3,97 ± 1,27	4,31 ± 1,13

Nhận xét: Chiều rộng xương ổ răng ở mặt tiền đình vùng răng hàm dưới lớn nhất ở vùng răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai tại lát cắt cách CEJ 10mm là $4,88 \pm 1,27\text{mm}$ và nhỏ nhất ở vùng răng cửa giữa và răng cửa bên tại lát cắt cách CEJ 2mm là $1,67 \pm 0,9\text{mm}$.

Bảng 3.6. Chiều rộng xương ổ răng ở mặt lưỡi vùng răng hàm dưới tại các lát cắt cách CEJ 2mm, 4mm, 6mm, 8mm, 10mm

Vị trí	2mm	4mm	6mm	8mm	10mm
	$\bar{X} + \text{sd}$	$\bar{X} + \text{sd}$	$\bar{X} + \text{sd}$	$\bar{X} + \text{sd}$	$\bar{X} + \text{sd}$
R1 – R2	1,87 ± 0,74	2,16 ± 0,71	2,32 ± 0,69	2,41 ± 0,63	2,53 ± 0,64
R2 – R3	2,09 ± 0,90	2,22 ± 0,91	2,63 ± 0,92	2,69 ± 0,88	2,84 ± 1,05
R3 – R4	2,16 ± 1,13	2,39 ± 1,21	2,75 ± 1,3	3,01 ± 1,13	3,35 ± 1,26
R4 – R5	3,36 ± 1,29	3,52 ± 1,15	3,87 ± 1,05	4,19 ± 1,12	4,52 ± 1,19
R5 – R6	4,19 ± 1,13	4,45 ± 1,22	4,65 ± 1,04	4,74 ± 1,23	5,01 ± 1,02
R6 – R7	5,18 ± 1,27	5,5 ± 1,16	5,74 ± 1,22	6,06 ± 1,14	6,19 ± 1,19

Nhận xét: Chiều rộng xương ổ răng ở mặt lưỡi vùng răng hàm dưới lớn nhất ở vùng răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai tại lát cắt cách CEJ 10mm là $6,19 \pm 1,79\text{mm}$ và nhỏ nhất ở vùng răng cửa giữa và răng cửa bên tại lát cắt cách CEJ 2mm là $1,87 \pm 0,74\text{mm}$.

IV. BÀN LUẬN

Có được sự ổn định ban đầu là chìa khóa cho sự thành công của mini vít neo chặn. Nếu không có sự ổn định ban đầu thì sẽ không có sự ổn định ở giai đoạn sau. Sự ổn định ban đầu có được từ sự tích hợp cơ học tốt giữa mini vít và xương tại vị trí cấy ghép. Đánh giá khoảng liên chân răng rất quan trọng vì nó liên quan đến cả sự an toàn và ổn định của cấy ghép implant. Kuroda và cộng sự

[4] và Asscherickx và cộng sự [5] đã chỉ ra rằng khoảng chân răng gần nhau là một yếu tố chính gây ra sự thất bại của mini vít. Kết quả của họ đã chứng minh một mối tương quan đáng kể giữa độ ổn định và độ thải loại muộn của mini vít. Nó không chỉ xác nhận lợi thế của đường kính mini vít tương đối nhỏ, mà còn cho thấy rằng khoảng liên chân răng đủ là rất quan trọng cho cả sự an toàn và ổn định ở giai đoạn sau.

Để xác định đường kính lý tưởng của mini vít, một vài nghiên cứu đã đánh giá các khoảng liên chân răng. Hiện nay, hầu hết các mini vít có đường kính khác nhau từ 1,2 đến 2mm. Nghiên cứu cho thấy rằng rộng của dây chằng nha chu khoảng 0,25mm [6], độ hở tối thiểu của 1mm xương ổ răng xung quanh vít có thể đủ cho sự lành mạnh của mô nha chu: kết hợp giá trị này với dữ liệu của chúng tôi và đường kính vít, các khu vực an toàn để cấy vít trong các khoảng liên chân răng có thể được xác định.

Schnelle và cộng sự [7] đưa ra khoảng cách tối thiểu cho một mini vít là 3 đến 4mm. Poggio và cộng sự [8] cũng nhấn mạnh việc kết hợp các phép đo khoảng liên chân răng với đường kính mini vít và độ đào thải xương để bảo vệ sự lành mạnh của mô nha chu và đảm bảo sự ổn định của cấy ghép. Họ khuyến nghị các khoảng liên chân răng trong phạm vi lớn hơn 3,1mm là vùng an toàn cho các mini vít có đường kính từ 1,2 đến 1,3mm.

Trong các nghiên cứu của chúng tôi, chiều rộng xương ổ răng trung bình là khoảng 2,45 đến 6,72mm ở hàm trên và 1,47 đến 6,19mm ở hàm dưới. Vì vậy, ở một số vị trí, sẽ có khoảng hở dưới 1mm xung quanh vị trí cấy mini vít, ngay cả với đường kính 1,2mm. Nhận thấy rằng việc đặt mini vít vào vùng lợi dính là thuận lợi, có một thách thức đặt ra là cấy các mini vít trong các khoảng hẹp hơn khoảng đủ cho phép ở hàm trên. Ví dụ, giữa các răng hàm lớn thứ nhất và thứ hai hàm trên, dữ liệu trung bình của chúng tôi cho thấy chỉ có khoảng trống từ 2,76 đến 3,24mm có sẵn ở độ cao 2 đến 10mm từ CEJ. Điều này cho thấy rằng đường kính của mini vít không thể vượt quá 1,5mm tại các vị trí này. Sẽ an toàn hơn khi sử dụng mini vít có đường kính nhỏ hơn, chẳng hạn như 1,2 hoặc 1,3mm, để có được một khoảng hở xung quanh mini vít hoặc cấy vít góc xiên theo trục của chân răng.

Ở hàm trên: Giữa răng cửa giữa và răng cửa bên tại các lát cắt 8, 10mm từ CEJ; Giữa răng cửa bên và răng nanh tại các lát cắt 8, 10mm từ CEJ; giữa răng nanh và răng hàm nhỏ thứ nhất tại các lát cắt 6, 8, 10mm từ CEJ; Giữa 2 răng hàm nhỏ tại các lát cắt 4, 6, 8, 10mm từ CEJ; giữa răng hàm nhỏ thứ 2 và răng hàm lớn thứ nhất tại các lát cắt 2, 4, 6, 8, 10mm từ CEJ; Giữa 2 răng hàm lớn tại 10mm từ CEJ là các vùng an toàn để đặt mini vít với đường kính tối đa là 1,2-1,3mm.

Có nhiều khoảng rộng cần thiết cho việc cấy vít ở phía vòm miệng hơn ở phía má, nhưng việc cấy vào vòm miệng phải được đánh giá cẩn thận. Việc đặt mini vít vào xương về phía má,

chiều rộng xương ổ răng giảm vì sự hiện diện của chân răng hàm lớn thứ nhất phía má. Để đặt mini vít an toàn trong khu vực này, trục đặt và hình dạng vít trở nên quan trọng. Nếu mini vít được đặt vuông góc với trục răng, nó có thể chạm tới khoảng hẹp nhất sớm hơn so với khi được đặt ở một góc xiên và mini vít nên được đặt không quá 6 - 8mm (50% số đo trung bình của chiều dày xương ổ răng giữa răng hàm thứ nhất và thứ hai), đặt mini vít một góc 30-40 độ so với trục răng cho phép đặt một mini vít dài hơn ở chiều dày xương có sẵn với đường kính đầu mini vít giảm, cấy vít hình nón giúp làm giảm nguy cơ làm tổn thương chân răng.

Ở hàm dưới, các vị trí an toàn nhất là giữa các răng hàm lớn thứ nhất và thứ hai và giữa các răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất, giữa răng hàm nhỏ thứ nhất và thứ hai ở tất cả các độ sâu. Giữa răng hàm nhỏ thứ nhất và răng nanh, do khoảng liên chân răng hẹp hơn, các giá trị phù hợp để cấy mini vít an toàn nhất trên 8mm từ CEJ. Có rất ít khoảng không gian giữa các chân răng của nhóm răng cửa hàm dưới từ 1,67mm đến 2,53mm, rất hẹp và nguy hiểm để chạm vào chân răng khi cấy vít, do đó cảnh báo không nên cắm mini vít vùng răng phía trước hàm dưới.

V. KẾT LUẬN

Các vị trí an toàn cho cấy ghép mini vít với chiều rộng và chiều dày xương ổ răng đủ là giữa răng nanh và răng hàm nhỏ thứ nhất, giữa hai răng hàm nhỏ, giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất, giữa các răng hàm lớn mặt vòm miệng ở hàm trên; giữa các răng hàm lớn thứ nhất và thứ hai và giữa các răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất, giữa răng hàm nhỏ thứ nhất và thứ hai ở tất cả các độ sâu ở hàm dưới. Do chiều rộng xương ổ răng hạn chế, đường kính khuyến nghị của mini vít là 1,2 đến 1,6mm để đặt vào xương ổ răng và chiều dài được khuyến nghị là 6 - 8mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Motoyoshi M, Hirabayashi M, Uemura M, Shimizu N (2006).** Recommended placement torque when tightening an orthodontic mini-implant. Clin oral implants Res;17(1): 109-14.
2. **Upadhyay M, Yadav S, Nanda R (2010).** Vertical-dimension control during en-masse retraction with mini-implant anchorage. Am J Orthod Dentofacial Orthop;138(1): 96-108.
3. **Lei Yang, Feifei Li, Meng Cao, et al (2015).** Quantitative evaluation of maxillary interradicular bone with cone-beam computed tomography for bicortical placement of orthodontic mini-implants. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 147:725-737.

4. Kuroda S, Yamada K, Deguchi T, et al (2007). Root proximity is a major factor for screw failure in orthodontic anchorage. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 131:S68-S73.
5. Asscherickx K, Vande Vannet B, Wehrbein H, Sabzevar MM (2008). Success rate of miniscrews relative to their position to adjacent roots. Eur J Orthod; 30:330-335.
6. Lindhe Jan (1984). Textbook of Clinical Periodontology. Copenhagen, Denmark: Munksgaard; 28.
7. Schnelle MA, Beck FM, Jaynes RM, Huja SS (2004). A radiographic evaluation of the availability of bone for placement of miniscrews. Angle Orthod, 74:832-7.
8. Poggio PM, Incorvati C, Velo S, Carano A (2006). "Safe zones": a guide for miniscrew positioning in the maxillary and mandibular arch. Angle Orthod; 76:191-197.

TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN PSEUDOMONAS AERUGINOSA TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI TỪ NĂM 2016 ĐẾN NĂM 2018

Nguyễn Thị Bích Thủy¹, Đặng Quốc Tuấn², Phạm Hồng Nhung²

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành khảo sát tình hình nhiễm khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* và mức độ nhạy cảm với kháng sinh của 168 bệnh nhân có chẩn đoán vi sinh dương tính với *P. aeruginosa* tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2016 đến 2018, kháng sinh đồ được thực hiện bằng kỹ thuật khoan giấy khuếch tán và E-test. Kết quả: Tỷ lệ *P. aeruginosa* phân lập được trong tổng số bệnh phẩm cấy dương tính năm 2016 là 11,3%, năm 2017 là 10,9%, năm 2018 là 9,3%. *P. aeruginosa* nhạy cảm với carbapenem 31,3%, nhạy cảm với piperacillin/tazobactam 54,8%, nhạy cảm hoàn toàn với colistin (MIC 50 = 1mcg/ml; MIC 90 = 1,5mcg/ml).

Từ khóa: Kháng kháng sinh, *Pseudomonas aeruginosa*.

SUMMARY

PSEUDOMONAS AERUGINOSA INFECTION IN THE BACH MAI HOSPITAL'S INTENSIVE CARE UNIT FROM 2016 TO 2018

We conducted a survey of *Pseudomonas aeruginosa* infection and antibiotic sensitivity including 168 patients with a positive microbiological diagnosis of *P. aeruginosa* in the ICU of Bach Mai Hospital from 2016 to 2018. Antimicrobial susceptibility testing was performed by the disc diffusion and E-test methods. Results: The proportion of *P. aeruginosa* isolated in the total number of positive implanted specimens were 11.3%, 10.9%, and 9.3%, in 2016, 2017 and 2018 respectively. *P. aeruginosa* is sensitive to carbapenem in 31.3% of all cases, sensitive to piperacillin / tazobactam in 54.8%, and 100% of all cases sensitive to colistin (MIC 50 = 1mcg / ml; MIC 90 = 1.5mcg / ml).

Keywords: antibiotic resistance, *Pseudomonas aeruginosa*

¹Bệnh viện 198 Bộ Công An

²Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Thủy

Email: 123linhdam456@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2019

Ngày duyệt bài: 19.9.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Pseudomonas aeruginosa là trực khuẩn gram (-), hiếu khí, nằm trong họ Pseudomonadaceae. *P. aeruginosa* là căn nguyên gây nhiễm khuẩn bệnh viện hàng đầu trên thế giới với khoảng 10- 20% nhiễm khuẩn bệnh viện mắc phải, đặc biệt lên đến 34,2% trong các đơn vị hồi sức tích cực [1].

Tỷ lệ *P. aeruginosa* gây nhiễm khuẩn bệnh viện đã tăng dần trong những năm gần đây cả trên thế giới và Việt Nam. Bên cạnh đó là sự gia tăng về khả năng đề kháng kháng sinh. Theo báo cáo của CDC năm 2013 tại Hoa Kỳ ước tính có 51.000 trường hợp nhiễm bệnh liên quan đến *P. aeruginosa*, hơn 6000 trường hợp (13%) trong số này là đa kháng thuốc, với 400 trường hợp tử vong mỗi năm do nhiễm khuẩn [2]. Ở Việt Nam nghiên cứu tại 15 khoa Hồi sức tích cực (HSTC) từ năm 2012 đến năm 2013, *P. aeruginosa* đứng hàng thứ 2 (13,8%) trong các căn nguyên gây nhiễm khuẩn bệnh viện và 50% số chủng *P. aeruginosa* kháng với carbapenem.

Trong nghiên cứu tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2011 đến năm 2015, *P. aeruginosa* là một trong bốn vi khuẩn hàng đầu gây nhiễm khuẩn bệnh viện, kháng với carbapenems khoảng 60% [3]. Mục tiêu nghiên cứu:

1- Khảo sát tình hình nhiễm khuẩn do *P. aeruginosa* ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 2016-2018.

2- Đánh giá mức độ nhạy cảm kháng sinh của các chủng *P. Aeruginosa*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án các bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực trong thời gian từ 2016-2018 kết quả phân lập vi khuẩn có ít nhất 1 bệnh phẩm dương tính với *P. aeruginosa*.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

☆ **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án

☆ **Các phương pháp lấy bệnh phẩm và kỹ thuật xét nghiệm**

- Các bệnh phẩm nuôi cấy được lấy tại khoa HSTC-Bệnh viện Bạch Mai theo quy trình của khoa vi sinh – Bệnh viện Bạch Mai.

- Định danh bằng hệ thống tự động Vitek2 compact (Biomérieux).

- Kháng sinh đồ được thực hiện theo phương pháp kháng sinh khuếch tán theo hướng dẫn của Viện tiêu chuẩn lâm sàng và phòng xét nghiệm (CLSI: Clinical and Laboratory Standard Institute) – Hoa Kỳ 2017.

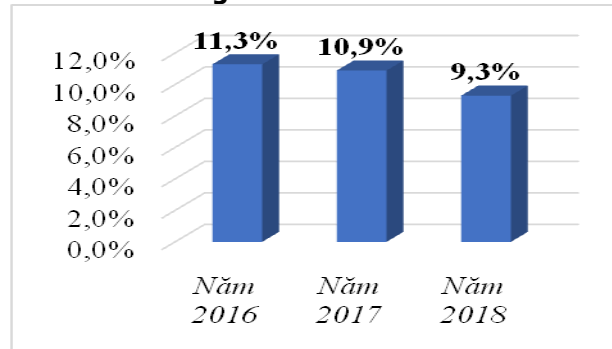
- Giá trị MIC với colistin được xác định bằng phương pháp E-test.

☆ **Quản lý, phân tích và xử lý số liệu.** Số liệu thu được từ bệnh án nghiên cứu sẽ được xử lý và phân tích bằng thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1 năm 2016 đến hết tháng 12 năm 2018 có 168 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lấy vào nghiên cứu, có kết quả cấy bệnh phẩm dương tính với *P. aeruginosa*. Trong đó, bệnh nhân nam 109 (64,9%), bệnh nhân nữ 59 (35,1%). Tuổi trung bình của 168 bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu: $58,51 \pm 17,35$ (16-99).

3.1. Tỷ lệ *P. Aeruginosa* phân lập được trong tổng số bệnh phẩm cấy dương tính theo các năm nghiên cứu.



3.4. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của các chủng của *P. aeruginosa* với kháng sinh theo kháng sinh đồ.

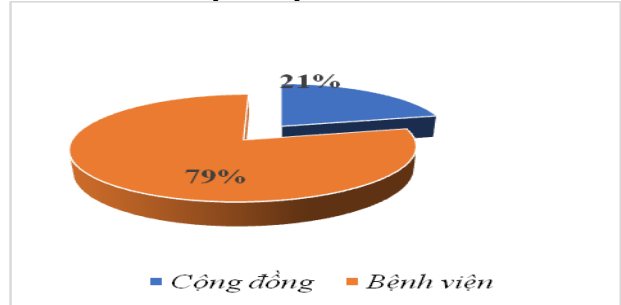
Bảng 3.3. Tỷ lệ nhạy cảm của *P. aeruginosa*

Loại kháng sinh	Nhạy cảm		Trung gian		Kháng	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Gentamicin	68	40,5%	1	0,6%	99	58,9%
Tobramycin	67	39,9%	1	0,6%	100	59,5%
Amikacin	85	50,6%	7	4,2%	76	45,2%
Imipenem	52	31,5%	1	0,6%	112	67,9%
Meropenem	52	31,1%	1	0,6%	114	68,3%

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ *P. Aeruginosa* phân lập được trong tổng số bệnh phẩm cấy dương tính theo năm nghiên cứu.

Tỷ lệ *P. aeruginosa* phân lập được giảm dần theo các năm nghiên cứu.

3.2. Phân bố nhiễm khuẩn cộng đồng và nhiễm khuẩn bệnh viện



$p < 0,001$

Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn *P. aeruginosa* tại cộng đồng và bệnh viện

Phần lớn nhiễm *P. aeruginosa* là nhiễm khuẩn bệnh viện.

3.3. Vị trí nhiễm khuẩn

Bảng 3.1. Tỷ lệ *P. aeruginosa* theo vị trí nhiễm khuẩn

Bệnh phẩm	n	Tỷ lệ %
Dịch phế quản, đờm	143	85,1 %
Máu	8	4,8%
Chân Catheter TMTT	2	1,2%
Dịch ổ bụng, dịch ổ áp xe tụy	6	3,6%
Nước tiểu	7	4,2%
Khác	2	1,2%
Tổng	168	100,0%

Tỷ lệ bệnh phẩm là dịch phế quản và đờm có *P. aeruginosa* chiếm tỷ lệ cao nhất là 85,1%.

Bảng 3.2. Thay đổi điểm SOFA ở nhóm nhiễm khuẩn tại khoa HSTC

	n	%
Thay đổi điểm SOFA < 2	37	46,8
Thay đổi điểm SOFA ≥ 2	42	53,2

Trong 79 bệnh nhân nhiễm khuẩn *P. aeruginosa* tại HSTC có 42 bệnh nhân thay đổi điểm SOFA ≥ 2 điểm.

Ceftazidime	69	41,8%	4	2,4%	92	55,8%
Cefepime	69	42,1%	5	3,0%	90	54,9%
Cefoperazone- Sulbactam	2	14,3%	1	7,1%	11	78,6%
Ciprofloxacin	56	34,1%	3	1,8%	105	64,0%
Piperacillin- tazobactam	91	54,8%	33	19,9%	42	25,3%
Aztreonam	40	24,7%	34	21,0%	88	54,3%
Colistin	52	100,0%				

MIC với Colistin có giá trị từ 0,5 đến 2,0 mcg/ml.

MIC 50 = 1,0 mcg/ml; MIC 90 = 1,5mcg/ml. P. aeruginosa còn nhạy cảm > 50% với Piperacillin-tazobactam và Amikacin, nhạy 100% với Colistin.

3.5. Kết cục điều trị

Bảng 3.4. So sánh kết cục điều trị của 2 nhóm nhiễm khuẩn cộng đồng và nhiễm khuẩn bệnh viện; nhiễm khuẩn đa kháng thuốc và không đa kháng thuốc kháng sinh

	Phân nhóm	Sống		Tử vong		p
		n	%	n	%	
Nhiễm khuẩn	Cộng đồng	27	75,0	9	25,0	0,718
	Bệnh viện	95	72,0	37	28,0	
Nhiễm khuẩn	Đa kháng thuốc	83	72,2	32	27,8	0,849
	Không đa kháng thuốc	39	73,6	14	26,4	

Kết cục điều trị ở 2 nhóm nhiễm khuẩn cộng đồng và nhiễm khuẩn bệnh viện; nhiễm khuẩn đa kháng thuốc và không đa kháng thuốc kháng sinh là không khác biệt.

Bảng 3.5. So sánh kết cục điều trị với điểm SOFA, APACHE II

	Phân nhóm	Sống		Tử vong		p
		n	%	n	%	
SOFA	SOFA < 2	20	100,0%	0	0,0%	0,002
	SOFA ≥ 2	102	68,9%	46	31,1%	
APACHE II	APACHE II < 8	19	95,0%	1	5,0%	0,015
	APACHE II ≥ 8	103	69,6%	45	30,4%	

Tỉ lệ tử vong ở 2 nhóm điều trị có điểm SOFA<2 và SOFA>=2; có điểm APACHE II <8 và APACHE II ≥8 là khác biệt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ nhiễm khuẩn theo các năm nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 168 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu. Tuy nhiên qua các năm nghiên cứu chúng tôi thấy rằng số lượng các chủng P. aeruginosa được phân lập giảm dần. Tỉ lệ P. aeruginosa phân lập được trong tổng số bệnh phẩm cấy dương tính năm 2016 là 11,3%, năm 2017 là 10,9%, năm 2018 là 9,3%. Các nghiên cứu tại khoa HSTC-BV Bạch Mai từ năm 2004 đến nay, đều thấy vi khuẩn gặp nhiều nhất gây viêm phổi liên quan đến thở máy (VPLQTM) là P. aeruginosa và Acetobacter baumannii chiếm tỷ lệ chưa cao. Tuy nhiên qua từng năm có sự hoán đổi vị trí, A. baumannii đang dần chiếm tỷ lệ lớn gây VPLQTM, ngược lại P. aeruginosa giảm dần, điều này có thể do sự kháng thuốc của A. baumannii nhanh hơn P. aeruginosa.[4]

4.2. Phân bố tỉ lệ nhiễm khuẩn P. aeruginosa cộng đồng và bệnh viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nhiễm khuẩn P. aeruginosa tại cộng đồng có 36 bệnh nhân chiếm 21,4% và nhiễm khuẩn P. aeruginosa tại

bệnh viện có 132 bệnh nhân chiếm 78,6%, trong đó nhiễm khuẩn tại khoa hồi sức tích cực ghi nhận được 80 bệnh nhân chiếm 47,6%. Chúng tôi thấy rằng nhiễm khuẩn P. aeruginosa bệnh viện chiếm ưu thế hơn so với nhiễm khuẩn cộng đồng. Tương tự như một nghiên cứu tại Đài Loan vào năm (2000-2010), trong đó nhiễm khuẩn bệnh viện do P. aeruginosa chiếm 88%, còn nhiễm khuẩn cộng đồng P. aeruginosa chiếm 12% [5].

4.3. Vị trí nhiễm khuẩn. Nhiễm khuẩn P. aeruginosa chủ yếu gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là nhiễm khuẩn hô hấp là 143 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 85,1%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phạm Hồng Nhung về các trực khuẩn gây bệnh thường gặp tại khoa HSTC-Bệnh viện Bạch Mai thì các vi khuẩn phân lập được chủ yếu từ bệnh phẩm hô hấp (trên 50%)[3].

4.4. Thay đổi điểm SOFA ở nhóm nhiễm khuẩn tại khoa HSTC. Trong 168 bệnh nhân trong nghiên cứu có 79 bệnh nhân nhiễm khuẩn P. aeruginosa tại HSTC đủ tiêu chuẩn đưa vào phân tích (loại trừ 3 bệnh nhân do có tiền sử Suy thận mạn hoặc xơ gan). Chúng tôi thấy rằng có

37bệnh nhân (46,8%) có thay đổi điểm SOFA từ 0-1điểm và 42 bệnh nhân (53,2%) thay đổi điểm SOFA ≥ 2 điểm tại thời điểm nhiễm khuẩn, biểu hiện tình trạng rối loạn chức năng tạng khi nhiễm khuẩn *P. aeruginosa*[6].

4.5. Mức độ nhạy cảm kháng sinh của các chủng của *P. aeruginosa* với kháng sinh theo kháng sinh đồ. Chúng tôi nhận thấy *P. aeruginosa* nhạy cảm thấp carbapenem (31,3%), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bùi Hồng Giang [4]. *P. aeruginosa* nhạy cảm với nhóm Penicillin kháng *Pseudomonas* và Amikacin còn ở mức khá tốt (trên 50%), kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Phạm Hồng Nhung[3] (nhạy với Piperacillin- tazobactam >70%, với Amikacin 60%). Đây là những kháng sinh có thể lựa chọn trong điều trị nhiễm khuẩn do *P. aeruginosa*.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 52 chủng *P. aeruginosa* được làm MIC của colistin bằng phương pháp Etest cho kết quả MIC trong khoảng từ 0,5 mcg/ml đến 2 mcg/ml với MIC₅₀ là 1mcg/ml và MIC₉₀ là 1,5 mcg/ml, có 1 chủng *P. aeruginosa* có MIC là 2 mcg/ml. Kết quả MIC với colistin trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phạm Hồng Nhung và cộng sự tại khoa HSTC bệnh viện Bạch Mai từ năm 2012 đến 2015 (MIC₉₀ là 1-2mcg/ml)) [3]. MIC của colistin với *P. aeruginosa* trong khoảng 0,5mcg/ml- 2mcg/ml và MIC₉₀=1,5 mcg/ml trong nghiên cứu cho thấy rằng các chủng *P. aeruginosa* phân lập được còn nhạy cảm với colistin và với mức MIC cao nhất 2 mcg/ml và MIC₉₀=1,5 mcg/ml đại diện cho quần thể nghiên cứu thì colistin vẫn là một trong số rất ít kháng sinh quan trọng nhất còn lại có tác dụng trên các chủng vi khuẩn Gram âm đa kháng trong đó có *P. aeruginosa* tại khoa HSTC bệnh viện Bạch Mai trong giai đoạn hiện nay.

Theo CLSI M100 (2017), các chủng *P. aeruginosa* có giá trị MIC ≤ 2 mcg/ml được coi là nhạy cảm với colistin, ≥ 4 mcg/ml là đề kháng [7].

4.6. Kết cục điều trị của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 122 bệnh nhân sống chiếm tỉ lệ 72,6%, có 46 bệnh nhân tử vong chiếm tỉ lệ 27,4%.

Trong nghiên cứu này chúng tôi đã tiến hành so sánh giữa các nhóm nhiễm khuẩn *P. aeruginosa*: đa kháng thuốc và không đa kháng thuốc kháng sinh, cộng đồng và bệnh viện với kết cục điều trị. Các phân tích này cho thấy nhóm không đa kháng thuốc kháng sinh có tỉ lệ tử vong thấp hơn nhóm đa kháng thuốc kháng sinh, nhóm nhiễm khuẩn cộng đồng có tỉ lệ thấp hơn nhóm nhiễm khuẩn bệnh viện, tuy nhiên các

khác biệt không có ý thống kê ($p > 0,05$).

Chúng tôi nhận thấy rằng, tỉ lệ tử vong ở nhóm có điểm SOFA ≥ 2 là 46 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 31,1%), ở nhóm có điểm SOFA <2 là 0 bệnh nhân (0,0%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tương tự, tỉ lệ tử vong ở nhóm có điểm APACHE II ≥ 8 là 45 bệnh nhân (30,5%) ở nhóm có điểm APACHE II < 8 là 1 bệnh nhân (5,0%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, tỉ lệ tử vong liên quan chặt chẽ đến mức độ nặng của bệnh hơn là kháng kháng sinh[8].

V. KẾT LUẬN

1- Tỷ lệ nhiễm khuẩn do *P. aeruginosa* ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 2016-2018 giảm dần qua từng năm nghiên cứu (năm 2016 là 11,3%, năm 2017 là 10,9%, năm 2018 là 9,3%).

2- *P. aeruginosa* nhạy với carbapenem (31,3%), nhạy cảm >50% với Piperacillin- tazobactam và Amikacin, nhạy cảm hoàn toàn với colistin (MIC 50 = 1mcg/ml; MIC 90 = 1,5mcg/ml).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nicastri E, Petrosillo N, Martini L, et al (2003). Prevalence of nosocomial infections in 15 Italian hospitals: first point prevalence study for the INF-NOS project. *Infection*, 31(2), 10-5.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2013). MULTIDRUG-RESISTANT *P. AERUGINOSA*. ANTIBIOTIC RESISTANCE THREATS in the United States, 2013, 69-70.
3. Phạm Hồng Nhung, Đào Xuân Cơ, Bùi Thị Hào (2017). Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của các trực khuẩn gram âm phân lập tại khoa Điều trị tích cực bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí nghiên cứu y học*, 109(4), 1-8.
4. 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 Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Kuan-YinLin, Tsai-LingLauderdale, Jann-TayWang, Shan-Chwen Chang (2016). Carbapenem-resistant *Pseudomonas aeruginosa* in Taiwan: Prevalence, risk factors, and impact on outcome of infections. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 49(1), 52-59.
6. Mervyn Singer, Clifford S. Deutschman, Christopher Warren Seymour, et al (2016). "The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3)". *Jama*, 315(8), 801-810.
7. Clinical and Laboratory Standards Institute (2017). M100 Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing. Table 2B-1 *Pseudomonas aeruginosa* M02 and M07, 42-44
8. Charles-Edouard Luyt, Alexandra Aubry, Qin Lu et al (2014). Imipenem, Meropenem, or Doripenem To Treat Patients with *Pseudomonas aeruginosa* Ventilator-Associated Pneumonia. *Antimicrob Agents Chemother*, 58(3), 1372-1380.

ÁP DỤNG LỌC MÁU HẤP PHỤ BẰNG MÀNG LỌC RESIN (HA330) TRONG ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM KHUẨN

Mai Xuân Đạt¹, Nguyễn Hữu Quân², Đỗ Ngọc Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác động của lọc máu hấp phụ bằng màng lọc resin (HA 330) lên lâm sàng, cận lâm sàng, interleukin- 6 trong phối hợp điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn và nhận xét một số biến chứng của lọc máu hấp phụ bằng màng lọc resin (HA330). **Đối tượng:** Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được lọc máu hấp phụ kết hợp lọc máu liên tục tại khoa Cấp Cứu bệnh viện Bạch Mai. Các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng được ghi nhận ở 4 thời điểm T1 (vào viện), T2(24h), T3(48h), T4(72h) kể từ thời điểm vào viện. Riêng IL-6, đông máu cơ bản và tổng phân tích tế bào máu ngoại vi được ghi ở các thời điểm trước và sau mỗi lần lọc. **Kết quả:** IL-6 giảm dần sau mỗi lần lọc ($P < 0.01$). Lactat giảm ở thời điểm T2 và T4 ($P < 0.01$). Liều noradrenalin giảm dần qua các thời điểm T1, T2, T3, T4 ($P = 0.01$). Điểm SOFA giảm ở thời điểm T2 và T4 ($P < 0.01$). Tiểu cầu giảm sau 2 lần lọc đầu ($P < 0.01$). **Kết luận:** Kết hợp lọc máu liên tục với lọc máu hấp phụ giúp làm giảm cytokine, cải thiện chức năng tạng, giảm liều vận mạch, giảm lactate máu. Biến chứng được ghi nhận của lọc máu hấp phụ là gây giảm tiểu cầu.

Từ khóa: Hấp phụ, cytokine, sốc nhiễm khuẩn.

SUMMARY

APPLIED BLOOD HEMOPERFUSION WITH RESIN ADSORPTION (HA 330) FOR PATIENTS WITH SEPTIC SHOCK

Objective: Evaluate the impact of neutral microporous resin hemoperfusion(HA330) on clinical, subclinical features, interleukin- 6 in the treatment of septic shock patients and complications of neutral microporous resin hemoperfusion (HA330). **Subjects:** These patients were undergone continuous veno-venous hemofiltration combined with hemoperfusion at Bach Mai Hospital's. Clinical and subclinical indicators were recorded 4 times: T1 (at admission), T2 (24h) T3 (48h) T4 (72h) from the time of admission. IL-6, coagulation and complete blood cell count were recorded at pre- and post-filtration times. **Results:** IL-6 decreased after each filtration ($P < 0.01$). Lactates decreased at T2 and T4 ($P < 0.01$). The dose of noradrenalin descended through T1, T2, T3, T4. SOFA scores decreased at T2 and T4 ($P < 0.01$). Platelet reduced after the first 2 filtrations ($P < 0.01$). **Conclusions:** The combination of continuous veno-venous hemofiltration and hemoperfusion helps to

reduced cytokine, improved organ function, reduced noradrenalin dose, reduced blood lactate. The complication of neutral microporous resin hemoperfusion(HA330) was thrombocytopenia

Key words: Adsorption, cytokine, septic shock

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong giai đoạn sớm của sốc nhiễm khuẩn "cơn bão cytokine" xảy ra do đáp ứng mất kiểm soát của cơ thể, sự hoạt hóa các trung gian viêm quá mức dẫn đến tổn thương đa cơ quan. Điều hòa miễn dịch bằng thanh lọc máu là một hướng điều trị mới trong những năm gần đây. Trên thế giới hiện đã có những nghiên cứu trên màng lọc resin (HA330) trong điều trị bệnh nhân sepsis, viêm tụy cấp, ARDS đã thấy được hiệu quả [1],[2],[3],[4],[5]. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu ở Việt Nam, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Áp dụng lọc máu hấp phụ bằng màng lọc resin (HA330) trong điều trị sốc nhiễm khuẩn" với hai mục tiêu: Đánh giá các thay đổi trên lâm sàng, cận lâm sàng, interleukin-6 của lọc máu hấp phụ bằng màng lọc resin (HA 330) trong phối hợp điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn và nhận xét một số biến chứng của lọc máu hấp phụ bằng màng lọc resin (HA330).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên, bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo định nghĩa Sepsis -3 và có chỉ định CVVH.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân suy giảm miễn dịch, bệnh nhân có bệnh ngoại khoa cần can thiệp cấp cứu, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Khoa Cấp cứu, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7-2018 đến tháng 8-2019.

2.2.2 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả có theo dõi dọc.

2.2.3 Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện

2. 2.2 Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được lọc máu liên tục kết hợp lọc hấp phụ bằng màng lọc resin (HA330) từ 1-3 màng lọc. Trong 41 bệnh nhân có 16 bệnh nhân lọc 1 màng lọc, 16 bệnh nhân lọc 2 màng lọc và 9 bệnh nhân lọc 3 màng lọc. Các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng được ghi nhận ở các thời

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Mai Xuân Đạt

Email: dreamhigh43@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2019

Ngày duyệt bài: 17.9.2019

điểm T1(vào viện), T2(24h), T3(48h), T4(72h) kể từ khi vào viện. IL-6, đông máu cơ bản, công thức máu, điện giải đồ được ghi ở các thời điểm trước và sau lọc.

2.2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS. So sánh các giá trị trung bình và tỷ lệ bằng thuật toán T-test và test χ^2 đối với biến chuẩn, wilcoxon đối với trường hợp là biến không chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thay đổi về chỉ số IL-6

Bảng 1: Giá trị IL-6 qua các thời điểm.

Thời điểm	T1	S1	T2	S2	T3	S3
Biến						
IL-6 (pg/mL)	2964 ± 4288	1221 ± 2171	1561 ± 2576	993 ± 1840	1590 ± 2689	433 ± 384
Số lần lọc	N=41		N=25		N=9	

Nhận xét: Nồng độ IL-6 trung bình giảm dần sau mỗi lần lọc bằng kiểm định Wilcoxon ($P < 0.01$).

3.2 Thay đổi về liều vận mạch noradrenalin, lactat, điểm SOFA

Bảng 2: Liều noradrenalin, lactat, điểm SOFA qua các thời điểm.

Thời điểm	T1	T2	T3	T4
Noradrenalin (mcg/kg/ph)	0.94 ± 0.59	0.76 ± 0.51	0.58 ± 0.49	0.44 ± 0.58
Lactat (mmol/L)	5.6 ± 2.7	3.71 ± 1.08	3.59 ± 3.53	2 ± 1.6
SOFA	11.3 ± 3	10.2 ± 2.6	10.1 ± 2.6	9 ± 3.1

Nhận xét: Liều noradrenalin giảm dần qua các thời điểm T1, T2, T3, T4 bằng kiểm định Wilcoxon ($P < 0.01$). Lactat giảm có ý nghĩa thống kê ở 2 thời điểm T2, T4 bằng kiểm định T-Test ($P < 0.01$). Điểm SOFA giảm có ý nghĩa thống kê ở thời điểm T2, T4 bằng kiểm định T-Test ($P < 0.01$).

3.3 Thay đổi về tiểu cầu.

Bảng 3: Giá trị tiểu cầu qua các lần lọc.

Thời điểm	T1	S1	T2	S2	T3	S3
Biến						
Tiểu cầu (G/L)	122.6 ± 116.7	110.5 ± 126.9	71.2 ± 57.7	62.7 ± 53.2	73 ± 77.3	73.4 ± 67.8
Số lần lọc	N=41		N=25		N=9	

Nhận xét: Tiểu cầu giảm có ý nghĩa thống kê sau 2 lần lọc đầu tiên bằng kiểm định Wilcoxon ($P < 0.01$).

3.4. Thời gian nằm tại đơn vị hồi sức tích cực và tỷ lệ tử vong sau 28 ngày

Thời gian nằm ICU 8.17 ± 7.00 ngày. Tỷ lệ tử vong 56%.

IV. BÀN LUẬN

Màng lọc resin (HA330) thuộc nhóm màng lọc hấp phụ, bao gồm các hạt hấp phụ resin bản chất là polystyrene neutral micro-porous. Nó giúp lọc các phân tử có kích thước 10-60kDa do đó có thể thanh lọc các chất trung gian gây viêm (TNF, IL-1, IL-6, IL 8...). Chúng tôi sử dụng IL-6 để nhận xét hiệu quả lọc cytokine. IL-6 là một glycoprotein phân tử lượng khoảng 26kD. Trong "cơn bão cytokine", IL-6 tăng rất cao và có thể được dùng như một trong những chỉ điểm của tình trạng này. IL-6 cũng được coi là một yếu tố tiên lượng mức độ nặng trong sepsis [6]. Theo Simmons tỷ lệ tử vong trong sốc nhiễm khuẩn sẽ tăng lên 65% nếu IL-6 tăng thêm hàm mũ 1 đơn vị logarit tự nhiên và tỷ lệ tử vong sẽ tăng đáng kể nếu IL-6 $> 1000\text{ng/mL}$. Kết quả cho thấy lọc máu liên tục kết hợp lọc máu hấp phụ giúp làm giảm dần IL-6 qua mỗi lần lọc. Nó phù hợp với các nghiên cứu trước đó của Lu-yi-Liu

(2012)[2], Wang YT (2016)[3] và Huang Z, Wang SR, Su W, Liu JY (2010)[1]. Điểm SOFA giảm ở các thời điểm 24h, 72h kể từ thời điểm vào viện. Trong nghiên cứu này, điểm SOFA giảm không có ý nghĩa thống kê ở thời điểm 48h, có thể do nhiều yếu tố. Trong đó một yếu tố có thể là do tiểu cầu giảm mạnh ở thời điểm 48h (35%) điều đó có thể làm tăng điểm SOFA giả. Liều noradrenalin giảm dần qua các thời điểm vào viện, 24h, 48h, 72h. Lactat máu giảm qua các thời điểm 24h, 72h. Phù hợp với nghiên cứu của Zhao Huang và cộng sự (2010)[1]. Tiểu cầu được ghi nhận giảm sau 2 lần lọc đầu, 10% với lần lọc đầu tiên và 35.5% với lần lọc thứ 2. Điều này chưa được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đó. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong sau 28 ngày là 56% là một tỷ lệ tỷ tương đối cao, cao hơn so với nghiên cứu của Zhao Huang là 45,8%. Điều này một phần là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có điểm SOFA và liều noradrenalin lúc nhập viện rất cao

11,3 ± 3 và 0,94 ± 0,56 cao hơn so với nghiên cứu của Zhao Huang 8,1 ± 2,1 và 0,31 ± 0,25. Mặc dù điểm SOFA và liều noradrenalin có giảm ở ngày thứ 3 tuy nhiên vẫn còn ở mức cao. Do vậy chưa cải thiện được tử lệ tử vong. Tiểu cầu trong nghiên cứu của chúng tôi giảm mạnh sau 2 lần lọc đầu. Ở lần thứ 3 tiểu cầu giảm không có ý nghĩa thống kê, một phần là do cỡ mẫu phân tích tương đối nhỏ (9 bệnh nhân). Hai là có thể do việc truyền tiểu cầu trước lọc máu hấp phụ do tiểu cầu giảm mạnh sau lần lọc thứ 2. Tuy nhiên trong 41 bệnh nhân không có bệnh nhân bị biến chứng chảy máu. Việc giảm tiểu cầu có thể do màng lọc hấp phụ không chọn lọc tiểu cầu.

V. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có chỉ định lọc máu liên tục. Việc kết hợp lọc máu liên tục với lọc máu hấp phụ giúp làm giảm cytokine, cải thiện chức năng tạng, giảm liều vận mạch, giảm lactate máu. Biến chứng được ghi nhận của lọc máu hấp phụ là gây giảm tiểu cầu. Do đó cần đảm bảo giá trị tiểu cầu trước mỗi lần lọc ở giá trị bình thường để tránh gây biến chứng chảy máu cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huang Z., Wang S.-R., Su W. và cộng sự. (2010). Removal of Humoral Mediators and the Effect on the Survival of Septic Patients by Hemoperfusion With Neutral Microporous Resin Column: Effect of Hemoperfusion on Sepsis. Therapeutic Apheresis and Dialysis, 14(6), 596–602.
2. Liu L. (2012). Blood hemoperfusion with resin adsorption combined continuous veno-venous hemofiltration for patients with multiple organ dysfunction syndrome. World Journal of Emergency Medicine, 3(1), 44.
3. Wang Y.-T., Fu J.-J., Li X.-L. và cộng sự. (2016). Effects of hemodialysis and hemoperfusion on inflammatory factors and nuclear transcription factors in peripheral blood cell of multiple organ dysfunction syndrome. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 20(4), 745–750.
4. Xu X., Jia C., Luo S. và cộng sự. (2017). Effect of HA330 resin-directed hemoabsorption on a porcine acute respiratory distress syndrome model. Annals of Intensive Care, 7(1).
5. Kulabukhov V., Chizhov A., Kleuzovich A. và cộng sự. (2010). Clinical effects of adsorption of lipopolysaccharide in the treatment of Gram-negative severe sepsis. Critical Care, 14(Suppl 2), P28.
6. CHAUDHRY H., ZHOU J., ZHONG Y. và cộng sự. (2013). Role of Cytokines as a Double-edged Sword in Sepsis. In Vivo, 27(6), 669–684.

THỰC TRẠNG VĂN HÓA AN TOÀN NGƯỜI BỆNH CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIỀN GIANG NĂM 2019

Lưu Quốc Hùng*, Hoàng Khánh Chi**, Tạ Văn Trâm*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: An toàn là nền tảng của chất lượng trong chăm sóc sức khỏe. An toàn người bệnh là làm giảm nguy cơ gây tổn hại không cần thiết cho người bệnh. **Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng văn hóa an toàn người bệnh (VHATNB) của nhân viên y tế tại Bệnh viện (BV) Đa khoa Tiền Giang năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ trả lời tích cực cho tất cả 12 lĩnh vực về VHATNB là 64,6%, trong đó tỷ lệ đáp ứng tích cực cao nhất là 94% với làm việc nhóm trong khoa và thấp nhất 41% là cởi mở trong thông tin về sai sót. Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cho thấy vấn đề về yếu tố nhân viên y tế, yếu tố hệ thống và yếu tố người bệnh ảnh hưởng đến VHATNB. **Kết luận:** cần đưa nội dung ATNB vào chương trình đào tạo hằng năm cho tất cả nhân viên BV. **Từ khóa:** văn hóa an toàn người bệnh, nhân viên y tế

SUMMARY

THE SITUATION OF PATIENT SAFETY CULTURE OF HEALTH WORKERS AT TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2019

Background: Safety is the cornerstone of quality in health care. Patient safety is to reduce the risk of unnecessary harm to the sick. **Objective:** Assess the situation of patient safety culture of health workers at Tien Giang General Hospital in 2019. **Methods:** Descriptive cross-sectional studies. **Results:** The average positive response rate for all twelve areas of patient safety culture was 64,6%. In which the average highest positive response rate is 94% for team work in the department and at least 41% are open to information about errors. Results of in-depth interviews and focus group discussions revealed issues of staff health factors, systematic and patient factors affecting the patient's safety culture. **Conclusion:** patient safety content should be included in an annual training program for all hospital staff.

Keywords: Safe culture of patients, medical staff

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn là nền tảng của chất lượng trong chăm sóc sức khỏe. ATNB là làm giảm nguy cơ

*BV Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

**Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quốc Hùng

Email: luuquochung4@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019

Ngày duyệt bài: 17.9.2019

gây tổn hại không cần thiết liên quan đến chăm sóc y tế. Điều quan trọng trong lĩnh vực y tế hiện nay là bảo đảm cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe an toàn cho người bệnh⁽⁵⁾. Theo Tổ chức Y tế Thế giới thách thức hàng đầu của ngành y tế hiện nay không phải là các kỹ thuật tiên tiến hiện đại mà người bệnh được an toàn khi nhận các dịch vụ sức khỏe. Trên thế giới thống kê cho thấy có nơi lên đến hơn 16% người đến khám chữa bệnh tại BV đã từng trải qua ít nhất một lần các sự cố liên quan đến ATNB^{(1),(5),(6)}.

Tại Việt Nam, một số sự cố y khoa xảy ra gần đây gây sự quan tâm của toàn xã hội đối với ngành y tế. Những nhân viên y tế liên quan trực tiếp tới sự cố cũng là nạn nhân trước những áp lực của dư luận xã hội và bị ảnh hưởng tâm lý khi rủi ro nghề nghiệp xảy ra⁽⁵⁾. Việc thiết lập văn hóa an toàn trong BV đóng vai trò quan trọng, là tập hợp những giá trị, thái độ, niềm tin, nhận thức về an toàn của mọi nhân viên trong một BV⁽⁷⁾. Khảo sát về VHATNB được thực hiện lần đầu tiên tại BV Đa khoa Tiền Giang nhằm đánh giá thực trạng về mức độ hiểu biết, nhận thức cũng như thái độ, hành vi về ATNB của nhân viên y tế tại BV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Nhân viên y tế làm việc ở các khoa lâm sàng và cận lâm sàng tại BV Đa

khoa Tiền Giang; thời gian công tác trên 12 tháng.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: Nhân viên y tế đi học, nghỉ hậu sản, ốm đau trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

- Thời gian: Từ tháng 2 đến tháng 10 năm 2019.

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

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

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

Trong đó: $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; p: tỉ lệ lựa chọn p = 50%; d = 0,05 là độ chính xác mong muốn. $\Rightarrow$ cỡ mẫu tối thiểu n=196, dự phòng thêm 10%. $\Rightarrow$ cỡ mẫu cho nghiên cứu là 220.

2.4. Công cụ thu thập số liệu. Bộ công cụ cũng bao gồm hai câu hỏi trong đó người trả lời cung cấp một mức độ tổng thể về ATNB trong khu vực làm việc/đơn vị và chỉ ra số lượng các sự cố đã báo cáo trong 12 tháng^{(1),(4),(7),(8)}. Tiêu chuẩn đánh giá: Xác định điểm mạnh của các lĩnh vực của nền VHATNB: tỷ lệ đáp ứng tích cực từ 75% trở lên và Xác định điểm yếu cần cải thiện của các lĩnh vực của nền VHATNB: tỷ lệ đáp ứng tích cực thấp dưới 75%.

2.5. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: phẩm mềm của tổ chức AHQR

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên về 07 lĩnh vực VHATNB trong phạm vi từng khoa

Bảng 1. Lâm việc nhóm

Mã số	Nội dung	n	%
A1	Mọi người luôn hỗ trợ lẫn nhau	44	97
A3	Khi có nhiều việc cần phải hoàn tất trong thời gian ngắn, nhân viên luôn làm việc theo nhóm để hoàn thành	41	90
A4	Mọi người luôn tôn trọng lẫn nhau	43	94
A11	Khi một đơn vị/một bộ phận trở nên bận rộn thì nhân viên luôn hỗ trợ lẫn nhau để hoàn thành công việc	42	93

Bảng 2. LĐ khoa khuyến khích ATNB

Mã số	Nội dung	n	%
B1	LĐ luôn nói lời động viên khi nhân viên tuân thủ các qui trình đảm bảo ATNB	37	81
B2	LĐ luôn xem xét nghiêm túc các đề xuất của nhân viên trong việc cải tiến ATNB	37	82
B3r	Khi áp lực công việc tăng cao, LĐ luôn muốn nhân viên làm việc nhanh hơn ngay cả khi không tuân thủ đủ các bước của qui trình	40	87
B4r	LĐ bỏ qua các vấn đề ATNB dù biết các lỗi cứ lặp đi lặp lại	39	86

Bảng 3. Học tập & cải tiến liên tục.

Mã số	Nội dung	n	%
A6	Khoa chủ động triển khai các hoạt động để đảm bảo ATNB	43	94
A9	Các sai sót xảy ra đã giúp khoa có những thay đổi theo chiều hướng tích cực hơn	38	84

A13	Sau khi thực hiện các thay đổi để cải tiến ATNB, khoa có đánh giá hiệu quả của các can thiệp thay đổi	34	75
-----	---	----	----

Bảng 4. Thông báo phản hồi về sai sót.

Mã số	Nội dung	n	%
C1	Nhân viên được phản hồi về những biện pháp cải tiến đã được thực hiện dựa trên những báo cáo sự cố	27	59
C3	Nhân viên được thông tin về các sai sót xảy ra	36	79
C5	Khoa có tổ chức thảo luận các biện pháp để phòng ngừa sai sót tái diễn	33	72

Bảng 7. Cởi mở trong thông tin về sai sót.

Mã số	Nội dung	n	%
C2	Nhân viên có thể thoải mái nói ra khi họ thấy có những vấn đề ảnh hưởng không tốt đến chăm sóc người bệnh	26	57
C4	Nhân viên thấy thoải mái trong việc chất vấn những quyết định hoặc hành động của LD khoa/LĐ BV	13	28
C6r	Nhân viên ngại hỏi khi thấy những sự việc dường như không đúng	17	37

Bảng 8. Nhân lực

Mã số	Nội dung	n	%
A2	Khoa có đủ nhân sự để làm việc	25	55
A5r	Nhân viên phải làm việc nhiều thời gian hơn qui định để có thể chăm sóc người bệnh tốt nhất	8	18
A7r	Khoa phải sử dụng nhiều nhân viên thời vụ hơn để có thể chăm sóc người bệnh tốt nhất	18	40
A14r	Nhân viên thường làm việc "cuồng cả lên", cố gắng làm thật nhiều và thật nhanh cho xong việc	33	72

Bảng 9. Hành xử không buộc tội khi có sai sót.

Mã số	Nội dung	n	%
A8r	Nhân viên cảm thấy bị thành kiến khi có sai sót	22	49
A12r	Khi có một sự cố xảy ra, cứ như là một cá nhân được nêu tên chứ không phải một vấn đề được nêu ra để phân tích nguyên nhân	25	55
A16r	Nhân viên lo lắng các sai sót của họ bị ghi nhận vào hồ sơ cá nhân	10	23

3.3. Tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên về 3 lĩnh vực VHATNB trong phạm vi BV**Bảng 10. Hỗ trợ của LD BV về ATNB**

Mã số	Nội dung	n	%
F1	LĐBV tạo bầu không khí làm việc hướng đến ATNB	39	85
F8	Hoạt động quản lý BV cho thấy ATNB là ưu tiên hàng đầu của BV	40	87
F9r	LĐBV chỉ quan tâm đến ATNB khi có sự cố nghiêm trọng xảy ra	25	55

Bảng 11. Làm việc nhóm giữa các khoa

Mã số	Nội dung	n	%
F2r	Các khoa phòng trong BV không phối hợp tốt với nhau	20	45
F4	Có sự phối hợp tốt giữa các khoa phòng liên đới	32	70
F6r	Cảm thấy không thoải mái khi làm việc với các nhân viên khoa khác	27	60
F10	Các khoa hợp tác tốt với nhau để đảm bảo chăm sóc người bệnh tốt nhất	37	82

Bảng 12. Bàn giao và chuyển bệnh.

Mã số	Nội dung	n	%
F3r	Nhiều việc bị bỏ sót khi chuyển bệnh nhân từ khoa này sang khoa khác	16	35
F5r	Các thông tin quan trọng trong chăm sóc người bệnh thường bị bỏ sót trong quá trình bàn giao ca trực.	32	71
F7r	Nhiều vấn đề thường xảy ra trong quá trình trao đổi thông tin giữa các khoa/ phòng trong BV	14	31
F11r	Thay đổi ca trực là một vấn đề đáng lo đối với người bệnh ở BV	29	63

3.4. Tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên về 02 lĩnh vực kết quả liên quan đến ATNB

Bảng 13. Nhận thức về ATNB

Mã số	Nội dung	n	%
A10r	Sai sót nghiêm trọng ở khoa không xảy ra là do may mắn	27	60
A15	Không bao giờ khoa "hy sinh" sự ATNB để đánh đổi làm được nhiều việc hơn	28	62
A17r	Khoa có một số vấn đề không đảm bảo ATNB	21	47
A18	Khoa có những qui trình và biện pháp hiệu quả để phòng ngừa sai sót xảy ra	39	85

Bảng 14. Tần suất báo cáo sự cố.

Mã số	Nội dung	n	%
D1	Khi một sai sót xảy ra nhưng đã được phát hiện và ngăn chặn trước khi ảnh hưởng đến người bệnh, có thường được báo cáo	27	60
D2	Khi một sai sót xảy ra nhưng không có khả năng gây hại cho người bệnh, có thường được báo cáo	24	53
D3	Khi một sai sót xảy ra, đáng lẽ gây hại cho người bệnh nhưng chưa gây hại, có thường được báo cáo	30	68

3.5. Kết quả khảo sát theo tổng hợp 12 nhóm lĩnh vực ATNB**Bảng 15. Tỷ lệ đáp ứng tích cực của 7 lĩnh vực VHATNB phạm vi từng khoa (n=220)**

Số TT	Các lĩnh vực nghiên cứu	Tần số (n)	Tỷ lệ %
1	Làm việc nhóm trong khoa	207	94
2	LĐ khoa khuyến khích ATNB	184	84
3	Học tập và cải tiến liên tục	186	84
4	Thông báo phản hồi sai sót	154	70
5	Cởi mở trong thông tin về sai sót	90	41
6	Nhân lực	103	46
7	Hành xử không buộc tội khi có sai sót	93	42

Bảng 16. Tỷ lệ đáp ứng tích cực của 3 lĩnh vực VHATNB phạm vi toàn BV (n=220)

Số TT	Các lĩnh vực nghiên cứu	Tần số (n)	Tỷ lệ %
1	Hỗ trợ của LĐ BV	168	76
2	Làm việc nhóm giữa các khoa	141	64
3	Bàn giao và chuyển bệnh	112	50

Bảng 17. Tỷ lệ đáp ứng tích cực của 2 lĩnh vực về kết quả liên quan đến ATNB (n=220)

Số TT	Các lĩnh vực nghiên cứu	Tần số (n)	Tỷ lệ %
1	Nhận thức về ATNB	140	64
2	Tần suất báo cáo sự cố	133	60

IV. BÀN LUẬN

4.1.Đáp ứng tích cực của nhân viên về 7 lĩnh vực văn hóa an toàn trong khoa. Có 3 lĩnh vực có tỷ lệ đáp ứng tích cực cao trong VHATNB là "Làm việc nhóm trong khoa", 94%; "LĐ khoa khuyến khích người bệnh", 84%; "Học tập và cải tiến liên tục", 84% ; thấp hơn của Tăng Chí Thượng năm 2016 lần lượt là (96,3%, 94,4%, 93,9%)⁽⁷⁾, của Ngô Thị Ngọc Trinh (95%, 90%, 85%)⁽⁸⁾ và cao hơn của AHRQ (82%, 80%, 72%)⁽¹⁾. Tuy nhiên trong 11 tiểu mục thì có tiểu mục đáp ứng tích cực thấp cần thay đổi đó là "Sau khi thực hiện các thay đổi để cải tiến ATNB, khoa có đánh giá hiệu quả của các can thiệp thay đổi" 75%.

Những lĩnh vực có tỷ lệ đáp ứng tích cực thấp dưới 75%: "Cởi mở trong thông tin về sai sót" là 41%; "Nhân lực" 46%; "Hành xử không buộc tội khi có sai sót" 42%; "Thông báo phản hồi sai sót" 70%, thấp hơn của Tăng Chí Thượng năm

2012 lần lượt là (55%, 52%, 51%, 82%)⁽⁶⁾, của AHRQ (64%, 54%, 51%, 68%)⁽¹⁾ và năm 2018 (66%, 53%, 47%, 69%)⁽¹⁰⁾. Tuy nhiên trong 13 tiểu mục thì có tiểu mục đáp ứng tích cực cao cần phải duy trì "Nhân viên được thông tin về các sai sót xảy ra trong khoa" 79%.

4.3.Đáp ứng tích cực của nhân viên về 3 lĩnh vực VHATNB. Có một lĩnh vực có tỷ lệ đáp ứng tích ATNB của nhân viên cao về "Hỗ trợ của LĐBV" là 76% cao hơn của AHRQ 2018 (72%)⁽¹⁾, thấp hơn của Tăng Chí Thượng (82%)⁽⁶⁾, của Ngô Thị Ngọc Trinh (88%)⁽⁸⁾, của Tăng Chí Thượng 2016 (91%)⁽⁷⁾. Trong 3 tiểu mục có tỷ lệ đáp ứng tích cực cao thì vẫn còn 1 tiểu mục tỷ lệ đáp ứng tích cực thấp cần quan tâm cải thiện "LĐBV chỉ quan tâm đến ATNB khi có sự cố nghiêm trọng xảy ra" (55%), có nghĩa là vẫn còn 45% nhân viên đồng ý cho rằng BV chỉ quan tâm đến ATNB khi có xảy sự cố nghiêm trọng. LĐBV và LĐ khoa phòng chưa làm cho nhân viên thấy

được tính chủ động của mình trong việc phòng ngừa sai sót xảy ra.

Hai lĩnh vực có tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên thấp: "Làm việc nhóm giữa các khoa" là 64%; "Bàn giao và chuyển bệnh" là 50% gần tương đồng với nghiên cứu AHRQ năm 2018⁽¹⁾ và thấp hơn của Ngô Thị Ngọc Trinh "Làm việc nhóm giữa các khoa" là 79%; "Bàn giao và chuyển bệnh" là 58%⁽⁸⁾. Trong lĩnh vực "Làm việc nhóm giữa các khoa" tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên thấp 64% mặc dù tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên ở lĩnh vực "Làm việc nhóm trong khoa" cao (94%) điều này cho thấy giữa các khoa phòng chưa có sự phối hợp tốt với nhau, còn mang tính cục bộ. Trong đó tiểu mục có tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên thấp nhất cần được quan tâm cải thiện "Các khoa phòng trong BV không phối hợp tốt với nhau" (45%), có nghĩa là có 55% cho rằng chưa có sự phối hợp tốt với nhau tại các khoa phòng trong BV.

Lĩnh vực "Bàn giao và chuyển bệnh" tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên thấp 50% nhân viên đồng ý cho rằng có nhiều vấn đề liên quan đến ATNB xảy ra trong thời gian bàn giao giữa các ca trực và cho rằng việc bàn giao thông tin người bệnh giữa các khoa trong BV chưa đầy đủ. Trong đó tiểu mục có tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên thấp nhất cần được quan tâm cải thiện "Nhiều vấn đề thường xảy ra trong quá trình trao đổi thông tin giữa các khoa phòng trong BV" (31%), có nghĩa 69% thấy có nhiều vấn đề thường xảy ra trong quá trình trao đổi thông tin giữa các khoa phòng trong BV.

4.4. Đáp ứng tích cực của nhân viên về 02 lĩnh vực kết quả liên quan đến ATNB. "Nhận thức về ATNB" là 64% thấp hơn AHRQ 2018 (66%)⁽¹⁾, của Tăng Chí Thượng 2012 (67%)⁽⁶⁾, của Ngô Thị Ngọc Trinh (79%)⁽⁸⁾. Lĩnh vực "Nhận thức về ATNB" NVYT cho rằng không bao giờ khoa "hy sinh" sự ATNB để đánh đổi làm được nhiều việc hơn. Điều này cho thấy các khoa vẫn chưa thật sự chủ động đảm bảo ATNB. Trong đó có tiểu mục tỷ lệ đáp ứng tích cực thấp cần quan tâm cải thiện "Khoa có một số vấn đề không đảm bảo ATNB" 47%; có nghĩa còn 53% đồng ý khoa/phòng còn nhiều vấn đề vẫn chưa không đảm bảo ATNB.

"Tần suất báo cáo sự cố" là 60%, cao hơn của Ngô Thị Ngọc Trinh (46%)⁽⁸⁾, thấp hơn của AHRQ 2018 (67%)⁽¹⁾. Lĩnh vực "Tần suất báo cáo sự cố" nhân viên BV cho rằng những sự cố xảy ra chỉ ở mức độ nhẹ đã được khắc phục trước khi xảy ra trên người bệnh nên không được báo cáo. Trong đó có tiểu mục tỷ lệ đáp ứng tích cực

thấp cần quan tâm cải thiện "Khi một sai sót xảy ra nhưng không có khả năng gây hại cho người bệnh, loại sai sót này có thường được báo cáo" (53%), có nghĩa còn 47% sai sót xảy ra nhưng không có khả năng gây hại cho người bệnh thì không được báo cáo. Thời điểm xảy ra sự cố nhiều nhất là ngoài giờ hành chính trong giờ trực "Thông thường sự cố y khoa xảy ra trong giờ trực nhưng không được báo cáo".

4.5. Kết quả khảo sát theo tổng hợp 12 nhóm lĩnh vực VHATNB. Tỷ lệ trả lời tích cực cho tất cả 12 lĩnh vực về VHATNB là 64,6% kết quả này cao hơn nghiên cứu tại các BV trong khu vực Tây Nam Ethiopia 46,7%, China 50%⁽²⁾, thấp hơn của AHRQ 2018 (65%)⁽¹⁾, của Tăng Chí Thượng 2012 là 69%⁽⁶⁾, Tăng Chí Thượng 2016 là 78,5%⁽⁷⁾.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên là 64,6% trong 12 lĩnh vực VHATNB gồm 42 tiểu mục đo lường liên quan đến chăm sóc người bệnh.

Đáp ứng tích cực của nhân viên về 7 lĩnh vực văn hóa an toàn trong phạm vi từng khoa: Lĩnh vực có tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên cao: làm việc nhóm trong khoa 94%; LB khoa khuyến khích ATNB 84%; học tập - cải tiến liên tục 84%. Lĩnh vực có tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên thấp: cởi mở thông tin về sai sót 41%; hành xử không buộc tội khi có sai sót 42%; nhân lực 46%; thông tin phản hồi sai sót 70%.

Đáp ứng tích cực của nhân viên về 3 lĩnh vực văn hóa an toàn trong phạm vi toàn BV: Lĩnh vực có tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên cao: Hỗ trợ của LDBV 76%. Lĩnh vực có tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên thấp: làm việc nhóm giữa các khoa 64%; bàn giao và chuyển bệnh 50%.

Đáp ứng tích cực của nhân viên về 2 lĩnh vực kết quả liên quan đến ATNB: cả 2 lĩnh vực đều có tỷ lệ đáp ứng tích cực của nhân viên thấp: nhận thức về ATNB 64%; tần suất báo cáo sự cố 60%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2016)**, Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report, AHRQ Publication No. 16-0021-EF March 2016.
2. **Famolaro T, Yount N, Hare, R, et al (2018)**, Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2018 User Database Report, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2018. AHRQ Publication No. 18-0025-EF.
3. **Nguyễn Thị Hương Giang (2017)**, "Khảo sát văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên y tế BV Bạch Mai", Diễn đàn Việt Nam về Quản lý chất lượng và An toàn người bệnh năm 2017, Hà Nội.
4. **Joann S Sorra, Naomi Dyer (2010)**, Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital

- survey on patient safety culture, BMC Health Services Research volume 10, Article number: 199 (2010).
5. **Lương Ngọc Khuê và các cộng sự (2014)**, Tài liệu đào tạo liên tục an toàn người bệnh, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
 6. **Tăng Chí Thượng (2012)**, "Khảo sát văn hóa an toàn người bệnh tại BV Nhi đồng 1". Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 18 (4(2014)), pg. 8-17.
 7. **Tăng Chí Thượng (2016)**, Khảo sát thực trạng văn hóa an toàn người bệnh tại các BV trong Thành

phố Hồ Chí Minh, Sở Khoa học và Công nghệ TP HCM, Đề tài Khoa học cấp Thành phố.

8. **Ngô Thị Ngọc Trinh và cộng sự (2018)** "Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới nhận thức, thái độ, thực hành về văn hóa an toàn người bệnh của nhân viên Y tế tại Trung tâm Y tế huyện Lai Vung - tỉnh Đồng Tháp", Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, Đại học Y tế Công cộng Hà Nội, tập 2 (03), tr. 47- 55.

GIÁ TRỊ DỰ BÁO TỬ VONG CỦA BẢNG ĐIỂM APACHE II, SOFA, VÀ PSS Ở BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CẤP METHANOL

Lưu Thị Liên¹, Đặng Thị Xuân², Hà Trần Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Ngộ độc methanol thường nặng, tỷ lệ tử vong cao. **Mục tiêu:** đánh giá giá trị dự báo tử vong của các bảng điểm APACHE II, SOFA và PSS ở bệnh nhân ngộ độc cấp methanol. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 107 bệnh nhân ngộ độc cấp methanol điều trị tại Trung tâm chống độc (TTCD) bệnh viện Bạch Mai từ 01/2016 đến 07/2019. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu ở nhóm tuổi 40-59 (65,4%) và chủ yếu là nam giới (97,2%). Đa số BN ngộ độc có điểm PSS khi vào viện mức độ nặng (65,4%) và trung bình (19,6%). Tuy nhiên, điểm PSS không liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ tử vong. Điểm SOFA và APACHE II của nhóm sống và tử vong khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điểm SOFA có diện tích dưới đường cong là 0,97 (khoảng tin cậy 95% 0,95-0,99). Điểm cắt tách biệt giữa nhóm sống và tử vong là: 8 (độ nhạy: 93,5 %, độ đặc hiệu: 93,4%). Điểm APACHE II có diện tích dưới đường cong: 0,96 (khoảng tin cậy 95% 0,93-0,99). Điểm tách biệt giữa nhóm sống và tử vong là 22 (độ nhạy 97,8%, độ đặc hiệu 68,9%). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy giá trị dự báo tử vong của các bảng điểm APACHE II, SOFA ở bệnh nhân ngộ độc cấp methanol tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai.

Từ khóa: ngộ độc cấp, methanol, APACHE II, SOFA, PSS

SUMMARY

VALUES OF APACHE II, SOFA, AND PSS SCORES IN PREDICTING MORTALITY IN METHANOL POISONINGS

Methanol poisoning is severe with high mortality rate. **Objective:** to evaluate the mortality prognostic values of the APACHE II, SOFA and PSS scores in

patients with methanol poisoning. **Subjects and Methods:** A prospective and retrospective observational study included 107 methanol poisoned patients treated at Poison Control Center (PCC) of Bach Mai Hospital from January 2016 to July 2019. **Results:** The study patients were mainly in the age group of 40-59 (65.4%) and mainly male (97.2%). The majority of methanol poisoned patients had PSS scores on admission of severity (65.4%) and moderate (19.6%). However, PSS scores were not significantly related to mortality. The SOFA and APACHE II scores were significantly different ($p < 0.001$) between the survival and fatal groups. The SOFA score had an area under the curve of 0.97 (95%CI: 0.95-0.99). The cut-off point between the survival and mortality groups was 8 (sensitivity 93.5%, specificity 93.4%). APACHE II score had an area under the curve of 0.96 (95%CI: 0.93-0.99). The cut-off point between the survival and mortality was 22 (sensitivity 97.8%, specificity 68.9%). **Conclusion:** The study showed the predictive value of fatal outcome of the APACHE II, SOFA scores in patients with methanol intoxication at the PCC of Bach Mai Hospital.

Keywords: acute poisoning, methanol, APACHE II, SOFA, PSS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Methanol là loại cồn được sử dụng khá phổ biến trong công nghiệp. Do methanol có độc tính cao nên hoàn toàn không được dùng làm rượu thực phẩm như ethanol và thường gây ra nhiều trường hợp ngộ độc nặng [1]. Ngộ độc methanol xuất hiện khắp nơi trên thế giới, như các vụ ngộ độc ở Cộng hòa Séc, Libya, Na Uy [2][3]... Ở Việt Nam do tập quán uống rượu tự pha chế, sử dụng rượu không rõ nguồn gốc, ý thức chủ quan của người tiêu dùng, sự chưa vào cuộc tích cực của cơ quan chức năng đã dẫn tới tình trạng ngộ độc methanol ngày càng tăng. Theo Bộ Y tế hàng năm có khoảng trên 1000 ca ngộ độc methanol và trên 20 người tử vong. Theo số liệu Trung tâm chống độc (TTCD) Bệnh viện Bạch Mai năm 2017 có 51 ca, 6 tháng đầu năm 2019

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng

Email: hatranhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2019

Ngày duyệt bài: 19.9.2019

có 16 ca. Nghiên cứu của Phạm Như Quỳnh từ 2016 đến 2017 có 37 ca ngộ độc methanol, tỉ lệ tử vong lên đến 35,2%, di chứng là 37,8% [4]. Ngộ độc methanol thường nặng, mặc dù hiện nay có các biện pháp điều trị như lọc máu, dùng thuốc giải độc đặc hiệu nhưng tỷ lệ tử vong còn rất cao. Xác định yếu tố tiên lượng tỷ lệ tử vong có vai trò quan trọng trong điều trị, nhưng vẫn là một thách thức cho các bác sĩ cấp cứu, hồi sức chống độc. Trên thế giới cũng có một số nghiên cứu về các yếu tố tiên lượng tử vong bệnh nhân ngộ độc methanol, tuy nhiên kết quả còn chưa thống nhất. Ở Việt Nam còn thiếu nghiên cứu tiên lượng tử vong do ngộ độc cấp methanol, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá giá trị dự báo tử vong của các bảng điểm APACHE II, SOFA và PSS ở bệnh nhân ngộ độc cấp methanol tại Trung tâm chống độc (TTCD) bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ngộ độc cấp methanol điều trị tại TTCD bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2016 đến tháng 07/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

+ Bệnh sử có uống rượu hoặc hóa chất nghi ngờ có methanol.

+ Tìm thấy methanol trong máu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Ngộ độc phối hợp với chất khác (ngoài ethanol): thuốc ngủ, hóa chất bảo vệ thực vật...

- Tiền sử bệnh có di chứng thần kinh trung ương và di chứng thần kinh thị giác từ trước

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu

Các phương tiện nghiên cứu

- Định lượng methanol và ethanol trong máu bằng phương pháp sắc kí khí tại viện Giám định pháp Y, khoa Hóa Pháp.

- Máy xét nghiệm huyết học, đông máu tại khoa Huyết học, máy xét nghiệm sinh hóa tại khoa Sinh hóa, bệnh viện Bạch Mai.

- Máy xét nghiệm khí máu GEM Primer 3000 tại TTCD bệnh viện Bạch Mai.

- Máy chụp CT Scanner Somatom Spirit Siemen, máy chụp MRI Magnetom Avanto Siemens tại Trung tâm chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai.

Tiến hành nghiên cứu: bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được tiến hành thu thập số liệu:

- Các thông tin hành chính: Họ và tên, tuổi,

giới, dân tộc, địa chỉ, nghề nghiệp

- Khai thác tiền sử: Tiền sử nghiện rượu, bệnh lý xơ gan, suy tim, tăng huyết áp, đái tháo đường, trầm cảm...

- Khai thác bệnh sử:

+ Lý do vào viện.

+ Hoàn cảnh xảy ra ngộ độc: tự tử, uống nhầm, lạm dụng.

+ Loại đồ uống gây ngộ độc: Rượu chứa methanol, cồn chứa methanol

+ Thời gian từ khi ngộ độc đến khi vào viện:

+ Xử trí trước vào viện: Có hay không.

+ Chẩn đoán và xử trí tuyến dưới.

- Triệu chứng lâm sàng khi vào viện: triệu chứng về thần kinh- thị giác: nhìn mờ, mất thị lực, đau đầu, đồng tử giãn, PXAS, hôn mê, co giật.; triệu chứng hô hấp, tim mạch: mạch, huyết áp, nhịp thở, SPO₂, nước tiểu...

- Điểm PSS, APACHE II, SOFA...

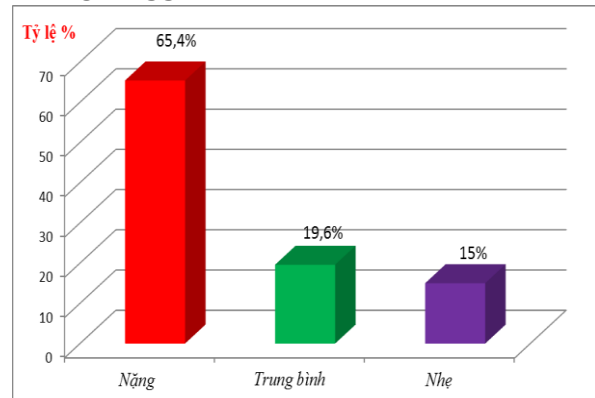
- Kết quả điều trị: khỏi, di chứng, tử vong.

2.3. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, tính tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất, so sánh trung bình bằng t-test, so sánh tỷ lệ % bằng test χ^2 hoặc Fisher exact test. Phân tích hồi qui logistic đơn biến tính tỉ số OR và khoảng tin cậy 95%. Vẽ diện tích dưới đường cong ROC của các bảng điểm SOFA, APACHE II.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/2016 –07/2019, có 107 BN đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu. Bệnh nhân chủ yếu ở nhóm tuổi 40-59 tuổi (65,4%) và chủ yếu là nam giới (104 BN-97,2%).

Điểm PSS:



Biểu đồ 1. Điểm PSS khi vào viện

Nhận xét: Đa số BN ngộ độc có điểm PSS mức độ nặng: 70BN (65,4%) và mức độ trung bình có 21BN (19,6%).

Bảng 1. Điểm PSS khi vào viện của 2 nhóm sống và tử vong

Nhóm	Sống (n=63)		Tử vong (n=44)		Tổng (n=107)		p
	n	%	n	%	n	%	
Nhẹ	16	25,4	0	0	16	15	0,001
Trung bình	21	33,3	0	0	21	19,6	
Nặng	26	41,3	44	100	70	65,4	
Tử vong	0	0	0	0	0	0	

Nhận xét: Có sự khác biệt về độ nặng bằng đánh giá điểm PSS giữa 2 nhóm BN ngộ độc methanol tử vong và nhóm sống ($p < 0,05$). Tuy nhiên, khi tìm mối liên quan của điểm PSS (logistic đơn biến) không có mối liên quan nào của bảng điểm PSS với tỷ lệ tử vong.

Bảng điểm SOFA và APACHE II**Bảng 2. Giá trị điểm SOFA, APACHE II khi vào viện**

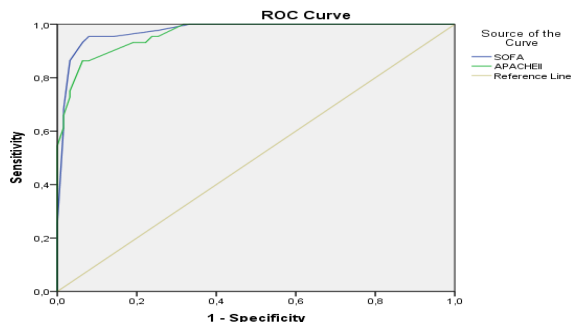
Nhóm		Sống(n= 63)	Tử vong(n=44)	p
SOFA	X $\pm$ SD	3,8 $\pm$ 2,64	11,5 $\pm$ 2,27	<0,001
	Min- Max	0-12	5-17	
APACHE II	X $\pm$ SD	17,9 $\pm$ 8,53	34,2 $\pm$ 4,39	< 0,001
	Min- Max	2-34	22-40	

Nhận xét: Điểm SOFA và APACHE II của nhóm sống và tử vong là khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3. Liên quan của điểm SOFA, APACHE II với tỷ lệ tử vong

Nhóm	Sống X $\pm$ SD	Tử vong X $\pm$ SD	OR	CI95%
SOFA	3,8 $\pm$ 2,64	11,5 $\pm$ 2,27	2,51	1,75 - 3,58
APACHE II	17,9 $\pm$ 8,53	34,2 $\pm$ 4,39	1,57	1,29 - 1,90

Nhận xét: Điểm SOFA và APACHE II có liên quan tới tỷ lệ tử vong BN ngộ độc methanol.

**Biểu đồ 2: đường cong ROC của SOFA, APACHE II**

Nhận xét: Điểm SOFA có diện tích dưới đường cong là 0,97 (khoảng tin cậy 95% 0,95-0,99). Điểm cắt tách biệt giữa nhóm sống và tử vong là: 8 (độ nhạy: 93,5 %, độ đặc hiệu: 93,4%). Điểm APACHE II có diện tích dưới đường cong: 0,96 (khoảng tin cậy 95% 0,93-0,99). Điểm cắt tách biệt giữa nhóm sống và tử vong là 22 (độ nhạy: 97,8%, độ đặc hiệu: 68,9%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi: phân loại mức độ điểm PSS: Nhẹ: 16/107BN (15%), Trung bình: 21/107B (19,6%), Nặng 70/107BN (65,4%). Kết quả này cũng tương tự kết quả của Hà Thế Linh (2018) có PSS mức độ nặng là 65,6% [5]; cao hơn các nhóm BN ngộ độc

methanol ở các nước như: nghiên cứu của Zakhazor (2015) PSS mức độ nặng là 37% [6]; Wedge và cs (2012) PSS mức độ nặng 37%, có thể giải thích điều này là ở các nước BN đến viện sớm, tử vong thấp (8%)[7]. Trong NC của chúng tôi có sự khác biệt ($P=0,001$) giữa 2 nhóm tử vong và nhóm sống về mức độ điểm PSS, tuy nhiên khi phân tích logistic thì ta thấy không có sự liên quan của PSS với tỷ lệ tử vong, do vậy bảng điểm PSS không dùng để tiên lượng tử vong ở BN ngộ độc methanol được.

Khi phân tích logictic đơn biến tìm mối liên quan giữa điểm SOFA và APACHE II với tỷ lệ tử vong, kết quả của chúng tôi cho thấy SOFA có OR: 2,51 (CI95% 1,75 - 3,58); diện tích dưới đường cong rất cao 0,97; Tương tự, Điểm APACHE II có OR 1,57 (CI95% 1,29- 1,90), diện tích dưới đường cong cũng rất tốt 0,96.

Như vậy 2 bảng điểm SOFA và APACHEA II đều có giá trị tiên đoán tử vong tốt (diện tích dưới đường cong > 0,9), tuy nhiên giá trị tiên đoán điểm SOFA tốt hơn so với bảng điểm APACHEA II trong dự đoán kết cục bệnh nhân ngộ độc cấp methanol.

Cho tới nay có lẽ đây là nghiên cứu với số lượng bệnh nhân tương đối cho thấy giá trị tiên lượng tử vong của điểm SOFA và điểm APACHE II ở BN ngộ độc cấp methanol.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy giá trị dự báo tử vong của các bảng điểm APACHE II, SOFA ở bệnh nhân ngộ độc cấp methanol tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai, trong đó điểm SOFA có diện tích dưới đường cong tốt nhất 0,97, điểm cắt tách biệt giữa sống và tử vong là 8 (với độ nhạy 93,5 % và độ đặc hiệu 93,4%). Điểm PSS không dự đoán được kết cục tử vong ở bệnh nhân ngộ độc cấp methanol.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2014). Methanol poisoning outbreaks. July 2014.
2. Hovda KE, Hunderi OH, Tafjord AB, et al (2005). Methanol outbreak in Norway 2002-2004: epidemiology, clinical features and prognostic signs. J Intern Med, 258(2), 181-90.
3. Zakharov S, Pelclova D, Urban P, et al. (2014). Czech mass methanol outbreak 2012: epidemiology, challenges and clinical features. Clin Toxicol, 52(10), 1013-24.
4. Phạm Như Quỳnh, Lê Đình Tùng, Hà Trần Hưng. (2017). Hiệu quả của thẩm tách máu kéo dài trong điều trị bệnh nhân ngộ độc cấp methanol. Tạp chí Sinh lý học Việt Nam, 21(3), 13-20.
5. Hà Thế Linh, Nguyễn Văn Anh, Hà Trần Hưng (2018), Nghiên cứu áp dụng phác đồ điều trị giải độc ethanol đường uống trong ngộ độc cấp methanol tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
6. Zakharov S, Kurcova I, Navratil T, et al (2015). Is the measurement of serum formate concentration useful in the diagnostics of acute methanol poisoning? A prospective study of 38 patients. Basic Clin Pharmacol Toxicol, 16(5), 445-51.
7. Wedge MK, Natarajan S, Johanson C, et al (2012). The safety of ethanol infusions for the treatment of methanol or ethylene glycol intoxication: an observational study. CJEM 14(5), 283-9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH VÀ GIẢI PHẪU BỆNH U NANG TUY LÀNH TÍNH

Lê Tiến Thành¹, Phạm Hoàng Hà²

TÓM TẮT

U nang tụy lành tính là bệnh lý ít gặp, thường ít được phát hiện sớm do các triệu chứng lâm sàng không điển hình. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và đặc điểm giải phẫu bệnh u nang tụy lành tính tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Quan sát mô tả loạt bệnh, hồi cứu trên 40 bệnh nhân u nang tụy lành tính được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/1/2013 đến 31/12/2017. **Kết quả:** chủ yếu gặp ở nữ giới (82,5%), trong nhóm từ 41-60 tuổi (55%), triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng (70%). Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính cho thấy vị trí u nang tụy lành tính thường gặp nhất là ở đuôi tụy 35,2%, có ranh giới rõ 89,2% và thành u nang mỏng 89,2%. Về đặc điểm giải phẫu đại thể bệnh u nang tụy lành tính ít dính với tổ chức xung quanh, tính chất dịch chủ yếu là dịch trong 52,5%, kết quả vi thể u nang thanh dịch (Cystadenoma serous) và u nang nhầy (Cystadenoma mucineux) chiếm tỷ lệ như nhau đều là 50%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu đa dạng, hình ảnh cắt lớp vi tính thấy ranh giới rõ, thành u nang mỏng. Vi thể hay gặp u nang thanh dịch và u nang nhầy.

Từ khóa: lâm sàng, CT scan, u nang tụy, tụy, giải phẫu bệnh u nang tụy.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, CTSCANER IMAGES AND BENIGN PANCREATIC ANATOMY

Benign pancreatic cysts are a rare condition, often less detected early due to atypical clinical symptoms. **Objectives:** To describe clinical features, computerized tomography images and anatomical characteristics of benign pancreatic cyst disease at Viet Duc Friendship Hospital. Subjects and research methods: Observing and describing a series of diseases, retrospective on 40 patients with benign pancreatic cysts undergoing surgical treatment at Viet Duc Friendship Hospital from January 1, 2013 to December 31, 2017. **Results:** mostly encountered in women (82.5%), in the age group of 41-60 years (55%), the most common symptom is abdominal pain (70%). Computed tomography images show that the most common location of benign pancreatic cyst is 35.2% at the tail of the pancreas, with a clear boundary of 89.2% and a thin wall of 89.2%. Regarding the general anatomical characteristics of benign pancreatic cysts that are less associated with the surrounding organization, the fluid nature is mainly clear in 52.5%, resulting in the microcapsules of cystadenoma serous and mucous cysts. (Cystadenoma mucineux) account for the same percentage of 50%. **Conclusion:** Clinical symptoms of research subjects are diverse, computerized tomography shows clear boundaries, thin cysts. Microscopic anatomy serous cystadenoma and mucinous cystadenoma

Key words: clinical, CT scan, pancreatic cyst, pancreas, pancreatic anatomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang tụy là tập hợp chất dịch ở phần đầu,

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Hà

Email: hadrvd@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 11.9.2019

Ngày duyệt bài: 18.9.2019

thân, đuôi hoặc nhiều nơi của tụy. Một số nang tụy là u nang thực sự, có nghĩa là, nó được lót bởi một lớp các tế bào đặc biệt chịu trách nhiệm tiết chất lỏng ra thành các u nang. U nang khác là nang giả và không chứa các tế bào lót đặc biệt đó. Kích thước u nang tuyến tụy có thể dao động nhiều từ vài mm đến vài cm. Nhiều u nang tuyến tụy là lành tính và không có triệu chứng, nhưng một số u nang là ung thư hay tiền ung thư có các biểu hiện như: đau, vàng da, sờ thấy u, gây sút cân...[1]. Chẩn đoán được bản chất nang trước mổ vô cùng khó mặc dù có các phương tiện chẩn đoán hiện đại. Qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh phần nào có thể định hướng được tính chất của u nang tụy thông qua đánh giá vị trí, kích thước và tính chất dịch và vỏ nang nhưng bản chất của nang chỉ được chẩn đoán nhờ giải phẫu bệnh và thường là sau phẫu thuật.

Trên thế giới, theo báo cáo của Panmucci và cộng sự năm 2014 tổn thương nang tụy bao gồm một chuỗi lớn các tổn thương từ các nang thật đến các tổn thương nang do thoái hóa. U tụy thể nang chiếm khoảng 1% u tụy và chỉ có 1% u tụy thể nang là u ác tính. U nang thanh dịch, u nang nhầy, u nhầy thể nhú trong ống tụy và u đặc giả nhú chiếm tới 90% các khối u tụy thể nang [2].

Tại Việt Nam, tác giả Nguyễn Duy Huê viết về u nang tụy nhưng trên phương diện của chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CTVT hay MRI[3]. Để tổng hợp các đặc điểm u nang tụy lành tính về đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và giải phẫu bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, đặc điểm trên phim chụp cắt lớp vi tính và đặc điểm giải phẫu bệnh u nang tụy lành tính*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm tất cả các BN chẩn đoán u nang tụy được điều trị phẫu thuật và có kết quả giải phẫu bệnh thuộc nhóm u nang tụy lành tính tại BV Hữu Nghị Việt Đức từ ngày 1/1/2013 đến 31/12/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán là u nang tụy lành tính dựa vào kết quả giải phẫu bệnh.
- Bệnh được điều trị phẫu thuật cắt tụy hoặc sinh thiết thành u nang.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân chẩn đoán u nang tụy không được điều trị u nang tụy hoặc phẫu thuật chỉ nối nang-ống tiêu hóa (không có bệnh phẩm thành u nang)

- Kết quả giải phẫu bệnh là nang giả tụy.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu: Quan sát mô tả loạt

bệnh, hồi cứu. Quy trình nghiên cứu: Lập danh sách bệnh nhân u nang tụy lành tính được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Mượn hồ sơ bệnh án tại phòng lưu trữ hồ sơ, chọn hồ sơ bệnh án đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ bệnh nhân. Thu thập các biến số nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Các biến số nghiên cứu:

Triệu chứng lâm sàng: Đau bụng, nôn, gầy sút cân, ăn kém, sờ thấy u, vàng da, không có triệu chứng.

Đặc điểm CLVT: Ranh giới, vị trí, kích thước, thành u nang, tính chất dịch trong nang, giãn ống mật chủ, giãn ống tụy, dịch ổ bụng, hạch ổ bụng.

Đặc điểm giải phẫu bệnh: Đại thể: dính với tổ chức xung quanh, vị trí, nhu mô tụy. Vi thể: phân loại thể giải phẫu bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 40 bệnh nhân u nang tụy lành tính được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ ngày 1/1/2013 đến ngày 31/12/2017 với kết quả sau:

Đa phần bệnh nhân là nữ giới (82,5%), từ 41-60 tuổi (55%) trung bình 48.02 ± 13.85 tuổi (lớn nhất 76 tuổi, nhỏ nhất 21 tuổi).

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số BN	Tỉ lệ %
Nôn	5	12,5
Kém ăn	4	10
Đau bụng	28	70
Sờ thấy u	6	15
Vàng da	3	7,5
Gầy sút cân	4	10
Không có triệu chứng	12	30

Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng (70%), tiếp đó là không có triệu chứng gì (30%), gầy sút cân có (10%).

Bảng 2: Đặc điểm u nang tụy lành tính trên CLVT

Đặc điểm u		Số BN	Tỉ lệ %
Ranh giới	Rõ	33	89,2
	Không rõ	4	10,8
Vị trí	Đầu tụy	11	29,7
	Thân tụy	8	21,6
	Đuôi tụy	13	35,2
	Thân-đuôi tụy	5	13,5
Kích thước	$\leq 40\text{mm}$	11	29,7
	$> 40\text{mm}$	26	70,3
Tính chất dịch trong nang	Nang dịch đơn thuần	32	86,5
	Nang hỗn hợp	5	13,5
Thành nang	Không xác định	0	0
	Mỏng	33	89,2

	Dầy	4	10,8
	Vôi hóa	10	27
	Có nụ sùi	0	0
Đặc điểm khác	Giãn ống tụy	10	27
	Giãn ống mật chủ	6	16,2

Khả năng phát hiện u nang trên CT bụng là 100 %. Vị trí U thường gặp nhất là ở đuôi tụy 35,2%, chủ yếu u nang có ranh giới rõ 89,2% và thành u nang mỏng 89,2%, tỷ lệ thành u nang vôi hóa là 27%, tỷ lệ giãn ống tụy 27%, giãn ống mật chủ 16,2%.

Bảng 3: Đặc điểm giải phẫu bệnh của u nang tụy lành tính

Đặc điểm giải phẫu bệnh			n	%
Đại thể	Dính	Có	10	25
		Không	30	73
	Tính chất dịch	Trong	21	52,5
		Nhầy	14	35
		Mủ đục	3	7,5
		Chất hoại tử	2	5
	Vị trí	Đầu	13	32,5
		Thân	11	27,5
		Đuôi	11	27,5
		Nhiều vị trí	5	12,5
Nhu mô tụy	Viêm mãn	12	30	
	Bình thường	28	70	
Vi thể	U nang thanh dịch		20	50
	U nang nhầy		20	50

U nang tụy có tỷ lệ dính với tổ chức xung quanh là 25%, tính chất dịch chủ yếu là dịch trong 52,5% và 5% là dịch hoại tử, vị trí u gặp nhiều nhất là ổ đầu tụy chiếm 32,5%, nhu mô tụy chủ yếu bình thường 70%.

Kết quả vi thể u nang thanh dịch (Cystadenome sereous) và u nang nhầy (Cystadenome mucinous) chiếm tỷ lệ cao như nhau 50%, u nang thanh dịch gặp nhiều nhất ở đầu tụy 27,5% và có tới 84,6% u nang tụy lành tính vùng đầu tụy là u nang thanh dịch.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng (70%) và không có triệu chứng gì (30%), sờ thấy u là 15%. Điều này cũng tương tự như kết luận của các nghiên cứu khác của Le Borgne đau bụng là 59-71%, sờ thấy u là 16-22%. Có 12 BN (30%) trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện tình cờ khi đi kiểm tra sức khỏe. Điều này cũng tương tự như kết luận của các nghiên cứu khác như theo Le Borgne là 14-32%[4]. Còn theo Ferrone nghiên cứu 401 BN thì tỷ lệ BN không có triệu chứng lâm sàng chiếm 71%[1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 BN bị vàng da chiếm 7,5%, 4 BN có gầy sút cân chiếm 10%. Tỷ

lệ này tương đương với các nghiên cứu khác của Le Borgne gầy sút cân chiếm 4% các BN là u nang thanh dịch, 8% là nang ung thư biểu mô, vàng da với u nang thanh dịch chỉ là 7%, u nang nhầy là 4%. Theo Ferrone chỉ có 29% BN có triệu chứng, trong đó 50% BN có triệu chứng đau bụng, gần 1/3 số BN gầy sút cân hoặc viêm tụy. Các triệu chứng khác như buồn nôn, nôn, vàng da, kém hấp thu, sỏi đường hay sờ thấy u ít gặp hơn. Nhưng không có sự khác biệt về triệu chứng của nhóm được phát hiện tình[1]. Theo Ehab Atef (2013) u nang tụy lành tính thường ở phụ nữ chiếm khoảng 10%-15% tất cả các nang tụy. Phần lớn các nang tiến triển chậm và không có triệu chứng. Khi có triệu chứng do hệ quả của nang to gây chèn ép. Trong nghiên cứu của ông có 25,9% các BN không có triệu chứng, 42% có đau bụng, 16% sờ thấy u, 27,2% vàng da, 38% có sút cân và 17,3% có nôn [5]. Qua các dấu hiệu trên có thể thấy u nang tụy có triệu chứng lâm sàng không điển hình, ít có biến chứng tắc mật, cũng như các dấu hiệu toàn thân.

Đặc điểm trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. CLVT là phương tiện được chọn lựa để chẩn đoán u nang tụy lành tính. Trên hình ảnh CLVT có thể xác định được số lượng u, vị trí u, kích thước, tính chất dịch trong u, vỏ u và mức độ xâm lấn tụy lành cũng như tổ chức xung quanh từ đó sẽ có chỉ định phẫu thuật phù hợp. Theo quan điểm về tỷ lệ mắc bệnh và tử vong sau phẫu thuật liên quan đến phẫu thuật tuyến tụy, các khối u nhỏ không có triệu chứng và không biến chứng được quản lý bảo tồn. Phẫu thuật cắt bỏ có thể được khuyến nghị cho các khối u có triệu chứng và lớn hơn (> 4cm) [6]. Trong số nghiên cứu của chúng tôi hầu hết u nang có đường kính > 4 Cm (67,5%). Có 76,5% các u có dịch trong nang đồng nhất, U có thành nang mỏng chiếm 91,2%, 29,4% thành có vôi hóa. Giãn OMC, OTC áp dụng tiêu chuẩn trong nghiên cứu của Đỗ Trường Sơn về ung thư tụy ngoại tiết khi đường kính OMC trên 7mm, OTC trên 5mm [7] thì trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 BN có giãn ống tụy 18,9% và 5 BN có giãn OMC 13,5%. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả kích thước u nang trung bình trên CLVT là 54.92 ± 29.24 mm, điều này cũng tương đương với các nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Yang và cộng sự kích thước trung bình của u nang nhầy là 59.3 ± 20.01 mm, của u nang thanh dịch là 34.8 ± 10.08 [8].

Nang thanh dịch: Trên CLVT có thể thấy nang thanh dịch gặp nhiều nhất ở vùng đầu tụy. Đặc trưng bởi hình ảnh như tổ ong do gồm nhiều các

nang nhỏ giàu glycogen, bao quanh là vách xơ. Thành nang mỏng và không có calci hóa.

Nang nhầy thường nằm ở thân và đuôi, vỏ u có thể quan sát thấy 2 lớp, lớp trong là tế bào chế nhầy, lớp ngoài giống như chất đệm buồng trứng. Đặc trưng của nang nhầy là các nụ sùi trong lòng nang. Vỏ nang có thể có calci hóa (10-20%).

Đặc điểm giải phẫu bệnh. Đặc điểm đại thể đánh giá trong mổ, vị trí u nang: đầu tụy chiếm 32,5%, thân tụy chiếm 27,5%, đuôi tụy chiếm 27,5%, thân đuôi tụy chiếm 12,5%. Theo nghiên cứu của một số tác giả khác thì tỉ lệ giữa đầu tụy và thân đuôi tụy giữa các thể bệnh hay giữa nhóm có triệu chứng và nhóm không có triệu chứng không có sự khác biệt. Theo Le Borgne vị trí đầu tụy chiếm tỉ lệ từ 27-49%, thân tụy chiếm 15-41%, đuôi tụy chiếm 16,5-58% [2]. Theo Ferrone tỉ lệ u ở nhóm có triệu chứng và nhóm không có triệu chứng cũng tương đương nhau. Nhóm có triệu chứng tỉ lệ u ở đầu tụy và đuôi tụy cùng là 41%, nhóm không có triệu chứng thì tỉ lệ u ở đầu tụy là 35% còn đuôi tụy là 42% [1]. Đặc điểm vi thể: U nang thanh dịch và nang nhầy chiếm tỷ lệ bằng nhau 50%, Tỉ lệ này cũng tương tự như nghiên cứu của Wang trên 75 bệnh nhân có 38 trường hợp u nang thanh dịch, 37 trường hợp u nang nhầy [9].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

U nang tụy lành tính có biểu hiện lâm sàng đa dạng, hay gặp nhất là đau bụng, nhưng có tới 30% không có triệu chứng gì mà phát hiện qua đi khám sức khỏe.

Trên phim chụp cắt lớp vi tính, u nang tụy lành tính có biểu hiện ranh giới rõ, thành u nang mỏng, tính chất dịch trong nang chủ yếu là nang

dịch đơn thuần.

Hình ảnh đại thể hay gặp u nang tụy lành tính ở đầu tụy, thường không dính với tổ chức xung quanh, nhu mô tụy phần lớn là bình thường, dịch trong nang đa phần là dịch trong. Vi thể gặp 2 loại u nang tụy lành tính là u nang thanh dịch và u nang nhầy có tỷ lệ như nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cristina R. Ferrone, M. and M.e.a. Camilo Correa-Gallego**, Current Trends in Pancreatic Cystic Neoplasms. Arch Surg, 2009. **144**(5): p. 448-454.
2. **Andrei Cocieru, Steven Brandwein, and Pierre F. Saldinger**, The role of endoscopic ultrasound and cyst fluid analysis in the initial evaluation and follow-up of incidental pancreatic cystic lesions. HPB, 2011. **13**: p. 459-462.
3. **Carlos E Parra-Herran, et al.**, Cystic lesion of pancreas: clinical and pathologic review of cases in a five year period. Journal of pancreas, 2010. **11**(4): p. 358-364.
4. **Joël Le Borgne, Loïc de Calan**, and Christian Partensky, Cystadenomas and cystadenocarcinomas of the pancrea. Ann Surg, (1999). **230**(2): p. 152-161.
5. **Ehab Atef, Ayman El Nakeeb**, and Ahmed El-Geidie, Pancreatic Cystic Neoplasms: Predictors of Malignant Behavior and Management. Saudi J Gastroenterol, 2013). **19**(1): p. 45-53.
6. **Tseng, J.F., et al.**, Serous cystadenoma of the pancreas: tumor growth rates and recommendations for treatment. Ann Surg, 2005. **242**(3): p. 413-9; discussion 419-21.
7. **Đỗ Trường Sơn**, Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị ung thư tụy ngoại tiết, in Luận án tiến sĩ y học. (2004), ĐHY Hà Nội.
8. **Yang, J., et al.**, Discrimination of Pancreatic Serous Cystadenomas From Mucinous Cystadenomas With CT Textural Features: Based on Machine Learning. Front Oncol, 2019. **9**: p. 494.
9. **Wang, Y. and Y. Sun**, Glycoproteins Changes in MCN and SCN: A Prospective Cohort Study. 2019. **2019**: p. 2871289.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HS-CRP, PROCALCITONIN, INTERLEUKIN-6 TRONG VIÊM PHỔI NẶNG DO VI RÚT ĐỒNG NHIỄM Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI

Nguyễn Thị Ngọc Trân¹, Đỗ Quyết², Đào Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và high-sensitivity C-Reactive Protein (CRP-hs), Procalcitonin

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương,

²Học viện Quân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Trân

Email: dr.ngoctran259@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 5.9.2019

Ngày duyệt bài: 10.9.2019

(PCT), Interleukin-6 (IL-6) của viêm phổi nặng do vi rút (VR) đồng nhiễm vi khuẩn (VK) hoặc/và vi rút khác ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 1/2015 đến tháng 3/2017. **Đối tượng:** 53 bệnh nhi dưới 5 tuổi được chẩn đoán xác định viêm phổi nặng do vi rút có đồng nhiễm. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** Trẻ bị viêm phổi do vi rút hô hấp hợp bào (RSV) có đồng nhiễm là 14 (26,4%) bệnh nhi, do cúm A là 13 (24,5%), nhóm Adenovirus là 12 (22,6%), nhóm Rhinovirus là 10 (18,9%) và nhóm cúm B là 4 (7,6%) bệnh nhi. Trẻ có thể đồng nhiễm thêm vi rút khác hoặc vi khuẩn. Tỷ

lệ đồng nhiễm vi khuẩn *Haemophilus influenza* là cao nhất (19 bệnh nhân, 45,2%), *Klebsiella pneumoniae* và *Pseudomonas aeruginosa* (cùng 8 bệnh nhi, 19,1%). Thấp nhất là *Burkholderia Cepacia* và *Staphylococcus aureus* (cùng 1 bệnh nhi, 2,4%). Trong nhóm chỉ đồng nhiễm vi khuẩn, tỷ lệ tìm tái thấp nhất với 7 bệnh nhi (20,6%); cao nhất ở nhóm đồng nhiễm vi khuẩn và vi rút (100,0%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về các đặc điểm lâm sàng khác và CRP-hs, PCT, IL-6 giữa ba nhóm ($p > 0,05$). **Kết luận:** Trẻ bị viêm phổi có đồng nhiễm trong nhóm RSV là cao nhất. Trẻ có thể đồng nhiễm thêm vi rút khác hoặc vi khuẩn. Đồng nhiễm *Haemophilus influenza* có tỷ lệ cao nhất. Sự khác biệt giữa ba nhóm về triệu chứng tìm tái có ý nghĩa thống kê. Không có sự khác biệt về các đặc điểm lâm sàng khác và CRP-hs, PCT, IL-6 giữa ba nhóm.

Từ khóa: viêm phổi, đồng nhiễm, trẻ em

SUMMARY

RESEARCH OF CLINICAL FEATURES AND CRP-hs, PCT, IL-6 OF SEVERE PNEUMONIA CAUSED BY CO-INFECTION OF VIRUS OR/AND BACTERIA IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD

Aim: To describe clinical features and CRP-hs, PCT, IL-6 of severe pneumonia caused by co-infection of virus or/and bacteria among children under 5 years old at National Hospital of Pediatrics from January 2015 to March 2017. **Patient:** 53 children under 5 years old were diagnosed with severe viral and/or bacterial pneumonia. **Method:** Descriptive cross-sectional study. **Results:** Children with pneumonia caused by syncytial respiratory virus (RSV) had 14 (26.4%) co-infection with children, Influenza A had 13 (24.5%), Adenovirus group had 12 (22.6%), the Rhinovirus group had 10 (18.9%) and Influenza B group had 4 (7.6%) patients. Children could be co-infected with other viruses or and bacteria. *Haemophilus influenza* co-infection rate was the highest (19 patients, 45.2%), followed by *Klebsiella pneumoniae* and *Pseudomonas aeruginosa* (with 19.1%). The lowest rate of bacterial co-infection was *Burkholderia Cepacia* and *Staphylococcus aureus* (same 2.4% = 1 case). In the bacterial co-infection group, the rate of cyanosis was the lowest (20.6%); the highest rate of cyanosis was in the group of viral-bacterial co-infections (100.0%). The difference between two groups is significant ($p < 0.05$). There was no difference in other clinical features and CRP-hs, PCT, IL-6 among three groups ($p > 0.05$). **Conclusion:** Children with pneumonia had co-infection in RSV group were the highest. Children could be co-infected with other viruses or/and bacteria. *Haemophilus influenza* co-infection rate was the highest. The difference of cyanosis between two groups is significant. There was no difference in other clinical features and CRP-hs, PCT, IL-6 among the three groups.

Keywords: Pneumonia, co-infected, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, trung bình mỗi năm trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp từ 3 đến 5 lần, trong đó 1-2 lần viêm phổi [1]. Số trẻ viêm phổi chiếm

30-40% trường hợp khám và điều trị tại các bệnh viện. Tử vong do viêm phổi chiếm 75% tử vong do các bệnh hô hấp và 30-35% tử vong chung ở trẻ em [1]. Tỷ lệ mắc viêm phổi vi rút khá cao, chiếm 60 đến 70% [1]. Những vi rút gây viêm phổi hay gặp như RSV, cúm, Rhinovirus, Adenovirus [2]. Hơn 1/3 trường hợp có sự đồng nhiễm vi rút và vi khuẩn làm cho tình trạng bệnh nặng thêm [3] [4].

Hiện nay, phương pháp chẩn đoán vi rút có nhiều tiến bộ giúp xác định nguyên nhân nhanh chóng và chính xác như test nhanh tìm kháng nguyên vi rút, real-time PCR và PCR đa mồi có độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

Nghiên cứu các yếu tố đánh giá tình trạng nặng như CRP (cũng như CRP-hs), Procalcitonin và các Cytokine (như IL-1, IL-6, IL-8, IL-10 và HMGB-1) giúp chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt (nhiễm vi rút, vi khuẩn), tiên lượng và điều trị phù hợp, tránh sử dụng kháng sinh tràn lan. Đặc biệt là IL-6 biểu hiện tình trạng viêm cấp tính rất đặc hiệu. Đến nay, các nghiên cứu về viêm phổi vi rút đồng nhiễm và các yếu tố phản ánh tình trạng viêm trong viêm phổi do vi rút đồng nhiễm vi khuẩn, vi rút khác ở trẻ em Việt Nam chưa có nhiều.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và C-Reactive Protein high-sensitivity, Procalcitonin, Interleukin-6 trong viêm phổi nặng do vi rút đồng nhiễm vi khuẩn, vi rút khác ở trẻ em dưới 5 tuổi" nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và CRP-hs, PCT, IL-6 của viêm phổi nặng do vi rút đồng nhiễm vi khuẩn, vi rút khác ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 1/2015 đến tháng 3/2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 53 bệnh nhi dưới 5 tuổi được chẩn đoán xác định viêm phổi nặng do vi rút đồng nhiễm vi khuẩn, vi rút khác điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2015 đến tháng 3/2017.

*Chẩn đoán viêm phổi nặng do vi rút đồng nhiễm

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi theo tiêu chuẩn của WHO-2013: ho hoặc khó thở, thở nhanh, rút lõm lồng ngực, nghe phổi có ran nổ, ran ẩm nhỏ hạt, X quang có hình ảnh thâm nhiễm nhu mô phổi [5].

- Trẻ có ho hoặc khó thở cộng với ít nhất một trong các triệu chứng chính sau: tím tái hoặc $SpO_2 < 90\%$, suy hô hấp nặng (thở rên và rút lõm lồng ngực nặng). Các dấu hiệu của viêm phổi với dấu hiệu nặng chung như không uống được hoặc bỏ bú hoặc nôn ra tất cả mọi thứ, hôn mê hoặc không tỉnh, co giật.

- Bệnh nhân có 2 hoặc nhiều hơn các xét nghiệm sau đây dương tính: xét nghiệm dịch tỵ hầu, test nhanh cúm A, B, RSV, RT-PCR cúm A, B, RSV, Adenovirus, Rhinovirus và cấy vi khuẩn đường tỵ hầu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Nội dung nghiên cứu

2.2.2.1. Lâm sàng:

- Triệu chứng toàn thân: nhiệt độ, nhịp thở, nhịp tim, cân nặng, SpO₂

- Triệu chứng cơ năng: ho, khô khè, chảy nước mũi, nôn, co giật

- Khám triệu chứng thực thể hô hấp: khó thở, rút lõm lồng ngực, cánh mũi phập phồng, đầu

gật gù theo nhịp thở, co kéo cơ liên sườn, rút lõm hõm ức, ran ở phổi

- Triệu chứng khác ngoài phổi: ban ở da, viêm kết mạc, gan to, nôn, tiêu chảy

2.2.2.2. Cận lâm sàng:

+ Chỉ số: CRP-hs, PCT, IL-6, PaO₂

+ Xét nghiệm vi rút: Cúm A, B, RSV, Adenovirus, Rhinovirus

+ Nuôi cấy vi khuẩn

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2015 đến tháng 3/2017, có 53 bệnh nhân bị viêm phổi do vi rút có đồng nhiễm vi khuẩn hoặc vi rút được thể hiện qua bảng 3.1.

Bảng 3.1. Đặc điểm đồng nhiễm (n=53)

Vi rút mắc	1 VK	2 VK	3 VK	1 VR	1 VK + 1 VR	1 VK+2 VR
	SL	SL	SL	SL	SL	SL
RSV (n=14)	8	2	1	2	1	0
Cúm A (n=13)	5	0	0	6	0	2
Adenovirus (n=12)	6	0	1	3	2	0
Rhinovirus (n=10)	7	0	0	0	3	0
Cúm B (n=4)	4	0	0	0	0	0

Nhận xét: Trong 14 trẻ mắc RSV có đồng nhiễm, có 8/14 trường hợp chỉ mắc đồng nhiễm 1 vi khuẩn. Trong 13 trẻ mắc cúm A có đồng nhiễm, số lượng trẻ mắc đồng nhiễm 1 vi rút là lớn nhất với 6/13 trường hợp. Ở các nhóm trẻ mắc Adenovirus, Rhinovirus và cúm B, phần lớn trẻ đều chỉ đồng nhiễm 1 vi khuẩn.

Đặc điểm của từng loại vi khuẩn đồng nhiễm được thể hiện qua bảng 3.2

Bảng 3.2. Đặc điểm vi khuẩn đồng nhiễm (n*=42)

Đồng nhiễm vi khuẩn	Số bệnh nhân mắc từng loại vi khuẩn (n=48)	Tỷ lệ trong nhóm bệnh nhân đồng nhiễm (%)	Tỷ lệ trong toàn bộ bệnh nhi (%)
Haemophilus influenza	19	45,2	9,4
Klebsiella pneumoniae	8	19,1	4,0
Pseudomonas aeruginosa	8	19,1	4,0
Streptococcus pneumoniae	7	16,7	3,5
Acinetobacter Baumanni	4	9,5	2,0
Burkholderia Cepacia	1	2,4	0,5
Staphylococcus aureus	1	2,4	0,5

*n: số bệnh nhân viêm phổi nặng do vi rút có đồng nhiễm

Nhận xét: Tỷ lệ mắc đồng nhiễm vi khuẩn Haemophilus influenza là cao nhất (45,2%), tiếp đến là Klebsiella pneumoniae và Pseudomonas aeruginosa (cùng 19,1%). Thấp nhất là Burkholderia Cepacia và Staphylococcus aureus (cùng 2,4% = 1 trường hợp).

Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi do vi rút đồng nhiễm được thể hiện qua bảng 3.3 với các triệu chứng toàn thân, triệu chứng hô hấp, và triệu chứng ngoài phổi.

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng các bệnh nhi đồng nhiễm vi rút, vi khuẩn (n=53)

Triệu chứng		Đồng nhiễm						p
		Vi khuẩn (n=34)		Vi rút (n=11)		Vi khuẩn + vi rút (n=8)		
		n	%	n	%	n	%	
Toàn thân	Sốt	30	88,2	10	90,9	6	75	0,51**
	Nhịp tim nhanh	20	58,8	10	90,9	4	50,0	0,10**
Hô hấp	Chảy nước mũi	14	41,2	4	36,4	1	12,5	0,38*
	Khò khè	29	85,3	9	81,8	6	75,0	0,76*

Triệu chứng		Đồng nhiễm						p
		Vi khuẩn (n=34)		Vi rút (n=11)		Vi khuẩn + vi rút (n=8)		
		n	%	n	%	n	%	
	Thở rên	1	2,9	2	18,2	2	25,0	0,06*
Ngoài phổi	Bú kém	23	67,6	10	90,9	8	100,0	0,08*
	Bỏ bú	2	5,9	1	9,1	1	12,5	0,78*
	Không uống được	2	5,9	1	9,1	1	12,5	0,78*
	Kích thích quấy khóc	11	32,4	1	9,1	4	50,0	0,17*
	Có giật	0	0,0	1	9,1	1	12,5	0,12*
	Tím tái	7	20,6	5	45,5	8	100,0	<0,01*
	Ỉa chảy	11	32,3	1	9,1	1	12,5	0,33*
	Gan lách hạch to	4	11,8	3	27,3	3	37,5	0,15*
	Ban ở da	1	2,9	2	18,2	1	12,5	0,13*

* Kiểm định Fisher's exact test

Nhận xét: Trong nhóm chỉ đồng nhiễm vi khuẩn, tỷ lệ tím tái thấp nhất với 20,6%; cao nhất ở nhóm đồng nhiễm vi khuẩn và vi rút (100,0%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về các đặc điểm khác giữa ba nhóm ($p > 0,05$). Tình trạng suy hô hấp ở các bệnh nhi viêm phổi do vi rút đồng nhiễm được biểu hiện qua bảng 3.4.

Bảng 3.4. Đặc điểm tình trạng suy hô hấp ở các bệnh nhi đồng nhiễm vi khuẩn, vi rút (n=53)

Đặc điểm		Đồng nhiễm						p
		Vi khuẩn (n=34)		Vi rút (n=11)		Vi khuẩn + vi rút (n=8)		
		n	%	n	%	n	%	
SPO2	Độ 1 (SpO ₂ 90-95%)	22	64,7	5	45,5	3	37,5	0,23 *
	Độ 2 (SpO ₂ 85-90%)	9	26,5	3	27,3	2	25,0	
	Độ 3 (SpO ₂ < 85%)	3	8,8	3	27,3	3	37,5	
PaO2	Bình thường	11	32,4	3	27,3	4	50,0	0,61 *
	Suy hô hấp độ nhẹ	14	41,2	3	27,3	3	37,5	
	Suy hô hấp độ vừa	6	17,6	2	18,2	0	0,0	
	Suy hô hấp độ nặng	3	8,8	3	27,3	1	12,5	

* Kiểm định Fisher's exact test

Nhận xét: Không có sự khác biệt về các nhóm tình trạng suy hô hấp giữa ba nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Đặc điểm các chỉ số xét nghiệm ở các bệnh nhi đồng nhiễm vi khuẩn, vi rút (n=53)

(n=55)

Chỉ số	Đồng nhiễm						p
	Vi khuẩn (n=34)		Vi rút (n=11)		Vi khuẩn + vi rút (n=8)		
	Median	25 th –75 th	Median	25 th – 75 th	Median	25 th – 75 th	
CRP-hs(mg/dl)	12,7	2,4; 50,2	4,1	0,3; 8,2	4,0	2,1;17,9	0,13*
PCT (ng/ml)	2,3	0,2; 4	0,4	0,2; 1	1,0	0,4; 3,6	0,19*
IL-6 (pg/ml)	5.4	3.4; 16.3	10.6	5.2; 21.1	24.8	7.7; 91.1	0.39*

* Kiểm định Kruska-Wallis test

Nhận xét: CRP-hs tăng cao nhất ở nhóm chỉ đồng nhiễm vi khuẩn (median = 12,7), sau là nhóm chỉ đồng nhiễm vi rút (median = 4,1), nhóm đồng nhiễm vi rút và vi khuẩn (median = 4,0). Tương tự, PCT tăng cao nhất ở nhóm chỉ đồng nhiễm vi khuẩn (median = 2,3), sau là nhóm đồng nhiễm vi rút và vi khuẩn (median = 1,0), thấp nhất là nhóm chỉ đồng nhiễm vi rút (median = 0,4). IL-6 tăng cao nhất ở nhóm đồng nhiễm cả vi rút và vi khuẩn (median = 24,8), sau là nhóm chỉ đồng nhiễm vi rút (median = 10,6), thấp nhất là nhóm đồng nhiễm vi khuẩn (median

= 5,4). Tuy nhiên tất cả sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhiễm vi rút và vi khuẩn. Đồng nhiễm vi rút và vi khuẩn là tình trạng phổ biến trong viêm phổi nặng ở trẻ em. Một nghiên cứu do O'Brien và cộng sự thực hiện cho thấy vi rút cúm (H1N1) là thủ phạm của bệnh viêm phổi do phế cầu phổi nặng ở trẻ em ở Iowa vào giữa những năm 1990 [6]. Các nghiên cứu khác đã chỉ ra rằng gần 1/3 số trẻ em bị viêm phổi do

cộng đồng bị nhiễm vi khuẩn và vi rút [7].

Trong nghiên cứu này, trong 14 trẻ mắc RSV có đồng nhiễm, có 8/14 trường hợp chỉ mắc đồng nhiễm 1 vi khuẩn. Trong 13 trẻ mắc cúm A có đồng nhiễm, số lượng trẻ mắc đồng nhiễm 1 vi rút là lớn nhất với 6/13 trường hợp. Ở các nhóm trẻ mắc Adenovirus, Rhinovirus và cúm B, phần lớn trẻ đều chỉ mắc đồng nhiễm 1 vi khuẩn. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, tỷ lệ mắc đồng nhiễm vi khuẩn *Haemophilus influenza* là cao nhất (45,2%), tiếp đến là *Klebsiella pneumoniae* và *Pseudomonas aeruginosa* (cùng 19,1%). Thấp nhất là *Burkholderia Cepacia* và *Staphylococcus aureus* (cùng 2,4% = 1 trường hợp). Ngoài ra, nghiên cứu này cho thấy, ở nhóm RSV có 3 trường hợp mắc đồng nhiễm 2 loại vi khuẩn trở lên và 1 trường hợp mắc đồng nhiễm 1 loại vi rút và 1 loại vi khuẩn. Trong khi đó, ở nhóm Adenovirus, số lượng trẻ mắc tương ứng là 1 ca và 2 ca. So sánh với nghiên cứu Andrew T.Pavia năm 2011 cho thấy, trong 58 bệnh nhân xác định được căn nguyên gây viêm phổi, có 65% bệnh nhân nhiễm trên 1 loại vi rút, đồng nhiễm vi khuẩn là 35% [8].

Nghiên cứu của Nascimento và cộng sự (2013) trên nhóm 25 trẻ em viêm phổi có tràn dịch màng phổi cho thấy, có 22% số ca đồng nhiễm vi khuẩn và vi rút, trong đó đồng nhiễm vi rút Parainfluenza 1/3 + vi rút cúm A và vi rút RSV + cúm A là phổ biến [9]. Theo một nghiên cứu ở Phần Lan của Juvén T, khoảng 30% trường hợp kết hợp nhiễm vi rút và vi khuẩn [7].

Cũng theo nghiên cứu của Olli Ruuskanen năm 2011 cho thấy, 49% trường hợp viêm phổi trong nhóm nghiên cứu nhiễm vi rút, trong đó, số trẻ nhiễm Rhinovirus lại là cao nhất 18%, thứ 2 là RSV 16%, cúm A 9%, cúm B và Adenovirus là 8% [3]. Li Li và cộng sự (2016) tại Trung Quốc nghiên cứu trên 1702 trẻ bị nhiễm trùng đường hô hấp dưới cho thấy, tỷ lệ đồng nhiễm trong nhóm Rhinovirus -type C là 61%.

Nghiên cứu của Đào Minh Tuấn và Nguyễn Thị Ngọc Trân trên 56 trẻ viêm phổi do Adenovirus cho thấy Bệnh nhi có thể đồng nhiễm trên 1 loại vi rút, vi khuẩn khác (16/56 trẻ nhiễm Rhinovirus, 14 nhiễm CMV, 2 nhiễm RSV, 2 nhiễm cúm A, cúm B, 10 nhiễm vi khuẩn, 3 nhiễm *Mycoplasma*).

Bệnh nhi viêm phế quản phổi nhiễm Adenovirus có tỷ lệ đồng nhiễm cao. Cao nhất là đồng nhiễm Rhinovirus, thứ 2 là đồng nhiễm CMV, thứ 3 là đồng nhiễm vi khuẩn. Điều này cho ta thấy tầm quan trọng của việc cách ly bệnh nhi, không chỉ tránh lây Adenovirus cho bệnh nhi khác mà còn giúp bệnh nhi không

nhiễm thêm bệnh mới.

Nghiên cứu của Trần Thị Thủy cho thấy, bệnh nhi viêm phổi do Adenovirus có 9,0% đồng nhiễm vi khuẩn: 3 trường hợp nhiễm phế cầu, 2 trường hợp nhiễm HI, 1 trường hợp nhiễm *Moracella Catarrhalis*. Có 28,0% đồng nhiễm vi rút: chủ yếu là Rhinovirus (25,0%), RSV (4,0%) và cúm A/B (2,0%).

Nhìn chung, tỷ lệ mắc đồng nhiễm chung vi khuẩn và/hoặc vi rút cao nhất ở nhóm RSV, thấp nhất ở nhóm Cúm B và nhóm Rhinovirus.

4.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng: Nghiên cứu này cho thấy, phần lớn các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng dường như không đặc hiệu giữa các nhóm đồng nhiễm (bao gồm đồng nhiễm vi khuẩn, đồng nhiễm vi rút và đồng nhiễm kết hợp vi khuẩn và vi rút).

Trong khi các triệu chứng như sốt, nhịp tim nhanh, chảy nước mũi có sự khác biệt giữa các nhóm trẻ nhiễm vi rút đơn thuần, các triệu chứng này không có sự khác biệt giữa các nhóm đồng nhiễm ngoại trừ triệu chứng tím tái. Trong nhóm chỉ đồng nhiễm vi khuẩn, tỷ lệ tím tái thấp nhất với 20,6%; cao nhất ở nhóm đồng nhiễm vi khuẩn và vi rút (100,0%). Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả phân tích các đặc điểm cận lâm sàng cũng cho thấy không có sự khác biệt nào đáng kể giữa ba nhóm trên về đặc điểm x-quang phổi, các chỉ tiêu cận lâm sàng như Hb, CRP-hs, PCT hay IL-6. Nhóm chỉ đồng nhiễm vi khuẩn có số lượng bạch cầu cao hơn nhóm chỉ đồng nhiễm vi rút.

Theo Pia Toikka, chỉ ra rằng sự gia tăng của PCT, CRP và IL-6 huyết thanh có rất ít giá trị trong sự khác biệt của vi khuẩn và vi rút viêm phổi ở trẻ em. Tuy nhiên, ở một số bệnh nhân có PCT, CRP hoặc IL-6 huyết thanh rất cao giá trị, viêm phổi do vi khuẩn là có thể xảy ra.

V. KẾT LUẬN

Trẻ bị viêm phổi có đồng nhiễm trong nhóm RSV là cao nhất. Trẻ có thể đồng nhiễm thêm vi rút khác hoặc vi khuẩn. Đồng nhiễm *Haemophilus influenza* có tỷ lệ cao nhất. Sự khác biệt giữa ba nhóm về triệu chứng tím tái có ý nghĩa thống kê. Không có sự khác biệt về các đặc điểm lâm sàng khác và CPR-hs, PCT, IL-6 giữa ba nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy, T. and T.T.H. Văn, Viêm phế quản phổi. Hồ hấp, Bài giảng nhi khoa. Vol. Tập 1. 2013, Nhà xuất bản y học: Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Bezerra, P.G., et al., Viral and atypical bacterial detection in acute respiratory infection in children under five years. PLoS One, 2011. 6(4): p. e18928.

3. Ruuskanen, O., et al., Viral pneumonia. The Lancet, 2011. 377(9773): p. 1264-1275.
4. Pavia, A.T., Viral Infections of the Lower Respiratory Tract: Old Viruses, New Viruses, and the Role of Diagnosis. Clin Infect Dis, 2011. 52, p. S284-S289.
5. WHO, Guidelines for the management of common childhood illnesses 2nd ed. Cough or difficulty in breathing, 2013.
6. O'Brien, K.L., et al., Severe pneumococcal pneumonia in previously healthy children: the role of preceding influenza infection. Clin Infect Dis, 2000. 30(5): p. 784-9.
7. Juven, T., et al., Etiology of community-acquired pneumonia in 254 hospitalized children. Pediatr Infect Dis J, 2000. 19(4): p. 293-8.
8. Pavia, A.T., Viral infections of the lower respiratory tract: old viruses, new viruses, and the role of diagnosis. Clin Infect Dis, 2011. 52 Suppl 4: p. S284-9.
9. Nascimento-Carvalho, C.M., et al., Respiratory viral infections among children with community-acquired pneumonia and pleural effusion. Scandinavian Journal of Infectious Diseases, 2013. 45(6): p. 478-483.

GIẢI PHẪU ĐƯỜNG MẬT PHÂN THỦY TRÊN PHIM CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN CÓ SỎI ỐNG MẬT CHỦ

Nguyễn Minh Toàn*, Nguyễn Văn Huy*, Trần Quốc Hòa*,
Nguyễn Thị Thu Vinh**, Trịnh Quốc Đạt**, Nguyễn Thái Bình**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Sự phân nhánh phức tạp của đường mật trong gan cùng các biến đổi giải phẫu gây khó khăn lớn cho quá trình can thiệp. Chụp cộng hưởng từ (MRI) với nhiều ưu điểm như không đau đớn, không sử dụng tia X, thuận tiện cho dựng hình 2D, 3D... nên được ưu tiên sử dụng trên lâm sàng, tuy nhiên các nghiên cứu về đường mật trong gan ở mức độ phân thủy còn rất ít nên chưa giúp ích được cho các bác sĩ ngoại khoa trong việc đánh giá đường mật trước can thiệp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá giải phẫu đường mật phân thủy 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:** 100% BN quan sát được các ống mật ở mức phân thủy (PT) trước, sau, giữa, bên trên phim MRI. 5 BN (4,46%) có ống mật PT HPT VI và HPT VII không hợp lại tạo ống PT sau. Ống mật PT sau thường tận cùng ở ống gan phải (97,2%), ngoài ra ở ống gan chung (0,93%) và ngã ba đường mật (1,87%). Ống mật PT trước chỉ quan sát được ở 109 BN, do có 5 BN (4,46%) ống mật HPT V và HPT VIII không hợp lại tạo PT trước. Ống mật PT trước thường tận cùng ở ống gan phải (104 BN chiếm 97,2%), 1 BN tận cùng ở ống gan chung (0,93%), 2 BN ở ngã ba đường mật (1,87%). 100% ống mật PT giữa tận cùng ở ống gan trái, 83,93% cấu tạo giống type I của Healey và Schroy, 8,93% giống type II, 3,57% giống type III, 3,57% giống type IV. 100% BN trong nghiên cứu có ống mật PT bên được tạo thành từ ống mật HPT II và III và đều tận cùng ở ống gan trái. **Kết luận:** Tỷ lệ biến đổi giải phẫu đường mật PT trong nghiên cứu

này là 13 BN (11,61%). Biến đổi giải phẫu đường mật ảnh hưởng rất lớn đến các thủ thuật can thiệp hoặc phẫu thuật của các bác sĩ lâm sàng trong quá trình điều trị cho BN.

Từ khóa: giải phẫu đường mật phân thủy, cộng hưởng từ ở bệnh nhân sỏi ống mật chủ.

SUMMARY

ANATOMY OF DIVISION BILE DUCTS IN MAGNETIC RESONANCE IMAGING WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS PATIENTS

Background: bile ducts branch complex, so it is difficult for doctor to surgery. Magnetic resonance imaging (MRI) with advantage such as no pain, no X ray, convenient for creating 2D, 3D imaging...is used much by doctor, but there aren't enough researching about anatomy of division bile ducts, so it isn't very helpful for doctor in evaluating bile ducts to prepare for surgery. **Results:** Researching 112 patient have choledocholithiasis in Ha Noi medical university hospital from 1/2017 to 12/2018, we survey division in 100% cases. 4,46% patients have segment VI and VII 's bile ducts not to merge to right later division. Terminal position of right later division is 97,2% in right hepatic duct, 0,93% in common hepatic duct, 1,87% in three-way bile duct. Terminal position of right medial division is 97,2% in right hepatic duct, 0,93% in common hepatic duct, 1,87% in three-way bile duct. 100% left medial division have terminal position is left hepatic duct, 83,93% like Healey and Schroy 's classify type I, 8,93% type II, 3,57% type III and 3,57% type IV. All patients in this researching have left lateral division be created by merge segment II and segment III 's bile ducts, and it's terminal position is left hepatic duct. **Conclusion:** 13 patients in this researching have different modify about anatomy of division bile duct. All different anatomy modify can affect to doctor 's interfering in treating process.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gan là một trong những tạng quan trọng nhất của cơ thể về chức phận chuyển hoá [1].

*Bộ môn giải phẫu trường Đại học Y Hà Nội

** bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Toàn

Email: minhhtoanam@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019

Ngày duyệt bài: 13.9.2019

Có rất nhiều công trình nghiên cứu giải phẫu gan nhưng mãi đến thế kỷ 17-18, nhờ phẫu tích xác chết cũng như bơm chất màu vào tĩnh mạch cửa và đường mật, giải phẫu gan hiện đại mới dần được sáng tỏ [2].

Sự phân nhánh phức tạp của đường mật trong gan cùng các biến đổi giải phẫu gây khó khăn lớn cho quá trình can thiệp hoặc phẫu thuật ngoại khoa. Chụp cộng hưởng từ (MRI) với nhiều ưu điểm như không đau đớn, không sử dụng tia X, thuận tiện cho dựng hình 2D, 3D... nên được ưu tiên sử dụng trên lâm sàng, tuy nhiên các nghiên cứu về đường mật trong gan ở mức độ phân thủy còn rất ít nên chưa giúp ích được cho các bác sĩ ngoại khoa trong việc đánh giá đường mật trước can thiệp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá giải phẫu đường mật phân thủy 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 các biến đổi giải phẫu của đường mật ở mức phân thủy:

- Biến đổi giải phẫu về sự tạo thành đường mật PT.
- Biến đổi giải phẫu về vị trí tận cùng của đường mật PT

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đường mật PT sau

Bảng 1: Giải phẫu đường mật PT sau

Đường mật ống PTS		Số BN	Tỷ lệ (%)
Tỷ lệ có mặt trên phim	MRI không quan sát được PTS	0	0
	HPT VI và HPT VII không hợp lại tạo ống PTS	5	4,46
Vị trí tận cùng	Ống gan phải	104	97,2
	Ống gan chung	1	0,93
	Ống gan trái	0	0
	Ngã ba đường mật	2	1,87
	Ống túi mật	0	0

Nhận xét: - Ống mật PT sau quan sát được ở 109 BN, do có 5 BN (4,46%) ống mật HPT VI và HPT VII không hợp lại tạo PT sau.

- Đa số các trường hợp ống mật PT sau tận cùng ở ống gan phải (104 BN chiếm 97,2%).

- Có 1 BN trong nghiên cứu (0,93%) ống PT sau trượt xuống tận cùng tại ống gan chung, và 2 BN (1,87%) có ống mật PT trước và PT sau

tận cùng tại ngã ba đường mật.

- Ở 5 BN không hình thành ống PT trước, ống PT sau có thể hợp với ống hạ phân thủy V, VIII để tạo ống gan phải.

3.2 Đường mật PT trước

Bảng 2: Giải phẫu đường mật PT trước

Đường mật ống PT trước		Số BN	Tỷ lệ (%)
Tỷ lệ có mặt trên phim	MRI không quan sát được PT trước	0	0
	HPT V và HPT VIII không hợp lại tạo ống PT trước	5	4,46
Vị trí tận cùng	Ống gan phải	104	97,2
	Ống gan chung	1	0,93
	Ống gan phân thủy giữa	0	0
	Ống gan trái	0	0
	Ngã ba đường mật	2	1,87
	Ống túi mật	0	0

Nhận xét: - Ống mật PT trước chỉ quan sát được ở 109 BN, do có 5 BN (4,46%) ống mật HPT V và HPT VIII không hợp lại tạo PT trước.

- Đa số các trường hợp ống mật PT trước tận cùng ở ống gan phải (104 BN chiếm 97,2%).

- Trong nghiên cứu có 1 BN (0,93%) là Vũ Ngọc C., ống mật PT trước cùng với ống gan T tạo ống gan chung, còn ống mật PT sau tận cùng tại ống gan chung dưới vị trí hợp vào này.

- Ở phim MRI của BN Hoàng Tuấn A., và Dương Thị Thu H. ống mật PT trước và ống mật PT sau tận cùng ở ngã 3 đường mật cùng ống gan T tạo ống gan chung, không hình thành ống gan P. (chiếm 1,87%).

3.3 Đường mật PT giữa

Bảng 3: Giải phẫu đường mật PT giữa

Đường mật ống PTG		Số BN	Tỷ lệ (%)
Tỷ lệ có mặt trên phim		112	100
Sự tạo thành ống mật PTG (*)	Type I	94	83,93
	Type II	10	8,93
	Type III	4	3,57
	Type IV	4	3,57
Vị trí tận cùng	Ống gan trái	112	100
	Ống gan chung	0	0
	Ống gan phải	0	0
	Ống mật chủ	0	0
	Ống túi mật	0	0
	Ngã ba đường mật	0	0

(*): chia type theo Healey và Schroy [3].

Nhận xét: - Đa số BN có ống mật phân thủy giữa giống type I (83,93%). Có 10 BN (8,93%) giống type II, 4 BN giống type III và 4 BN giống type IV (3,57%).

- Tất cả các BN trong nghiên cứu đều có ống mật PT IV tận cùng ở OGT.

3.4 Đường mật PT bên

Bảng 4: Giải phẫu đường mật PT bên

Đường mật ống PTB		Số BN	Tỷ lệ (%)
Tỷ lệ có mặt trên phim	MRI không quan sát được PTB	0	0
	HPT II và HPT III không hợp lại tạo ống PTB	0	00
Vị trí tận cùng	Ống gan trái	112	100
	Ống gan chung	0	0
	Ống gan phân thủy giữa	0	0
	Ngã ba đường mật	0	0
	Ống túi mật	0	0

Nhận xét: - 100% BN quan sát được ống mật PT bên trên phim MRI.

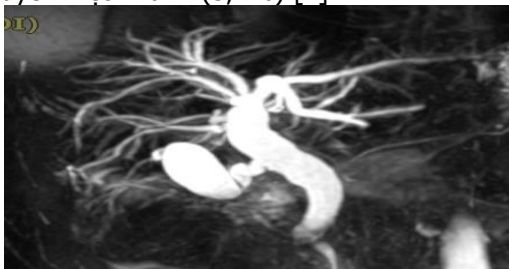
- Chúng tôi không gặp trường hợp nào có biến đổi giải phẫu ở vị trí tận cùng của ống mật PT bên.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được 112 BN có phim MRI thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó tỷ lệ biến đổi giải phẫu đường mật là 13 BN, chiếm 11,61%. Tỷ lệ biến đổi giải phẫu trong nghiên cứu của Nguyễn Việt Thành là 33,6% [4], của Trịnh Hồng Sơn là 25,4% [5], Evan S. Siegelman và Benjamin L. Yam là 18,2% [6], đều cao hơn nghiên cứu này. Theo Cucchetti A, giải phẫu đường mật bình thường chỉ gặp ở 74% bệnh nhân, trong đó 84,5% với nam và 65,4% với nữ [7].

4.1 Đường mật PT sau

- 5 BN ống mật HPT VI và HPT VII không hợp lại tạo ống mật PT sau (4,46%). Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Healey (14%), Thái Nguyên Hưng (5,8%) [8], nhưng cao hơn so với Nguyễn Việt Thành (3,4%) [4].



Hình 4.1: BN Hoàng Tuấn A., số BA 18134782, (ảnh chế độ MIP). Ống mật PT trước, PT sau và OGT hợp ở ngã ba đường mật tạo OGC.

- Ống mật PT sau thường tận cùng ở ống gan phải (104 BN chiếm 97,2%). 3 BN có ống mật PT trước tận cùng ở vị trí bất thường cũng có ống mật PT sau tận cùng ở vị trí bất thường (do không hình thành ống gan phải). BN Vũ Ngọc C. có ống mật PT trước hợp với OGT tạo OGC và ống mật PT sau tận cùng ở OGC (0,93%), còn 2

BN Dương Thị Thu H. và Hoàng Tuấn A. có ống mật PT sau, ống mật PT trước và OGT hợp lại ở ngã ba đường mật (1,87%). Thái Nguyên Hưng có tỷ lệ ống mật PT sau trượt xuống thấp 17,6% [8], Nguyễn Việt Thành 11,2% [4], đều cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

4.2 Đường mật PT trước

- 5 BN không tạo được ống mật PT trước gồm 4 BN ống mật HPT V, HPT VIII tận cùng ở OGP (1,78%), OGC (1,78%) và 1 BN ống mật HPT V tận cùng ở PT sau, HPT VIII tận cùng ở OGP (0,89%). Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Healey (9%) [3].

- 97,2% BN có ống mật PT trước tận cùng bình thường ở OGP. 0,93% ống mật PT trước tận cùng ở OGC và 1,87% ở ngã ba đường mật. Theo Nguyễn Việt Thành, dạng biến đổi này chiếm 12,5% [4], còn theo Trịnh Hồng Sơn là 3% [5].

4.3 Đường mật PT giữa

- 112 BN của chúng tôi đều có ống mật PT giữa tận cùng ở ống gan T. Theo Healey và Schroy, ống mật PT giữa có 67% là đổ vào OGT, 25% đổ vào ống HPT III, chỉ có 1% đổ vào ống HPT II, 1% đổ vào OGC [3].

- Theo Healey và Schroy, có 4 kiểu dẫn lưu đường mật PT giữa [3]:

+ Type I: 60%. Có một ống mật PTG do 4 nhánh tạo thành.

+ Type II: 24%. Có 2 ống mật PTG: Một nhánh riêng, 3 nhánh còn lại tạo thành thân chung.

+ Type III: 10%. Có 2 ống mật PTG: Mỗi ống do 2 nhánh tạo thành.

+ Type IV: 6%. Có 3 ống mật PTG: Hai nhánh tạo 1 thân chung và 2 nhánh riêng biệt.

- Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ type I 83,93%, type II 8,93%, type III 3,57%, type IV (3,57%). Tỷ lệ này có khác biệt so với Healey [3].

4.4 Đường mật PT bên

- Chúng tôi quan sát được ống mật PT bên ở tất cả các BN do sự hợp lại của ống mật HPT II và HPT III giống các tác giả khác.

- 100% BN có ống mật PT bên tận cùng ở OGT, chưa phát hiện biến đổi giải phẫu. Tỷ lệ này khác với nghiên cứu của Healey và Schroy: 2% ống mật PT bên và giữa không tạo OGT [3].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ biến đổi giải phẫu ở đường mật trong gan ở nghiên cứu này là 13 BN (11,61%). Tận cùng của ống mật PT trước 97,2% bình thường ở OGP, 1 BN (0,93%) ở OGC và 2 BN (1,87%) ở ngã ba đường mật. 5 BN (4,46%) ống mật HPT VI và HPT VII không hợp lại tạo PT sau. 97,2% BN có PT sau tận cùng ở OGP, 0,93% ở OGC và

1,87% ở ngã ba đường mật. Ống mật PTG đa số type I (83,93%), còn lại type II (8,93%), type III (3,57%), type IV (3,57%). 100% BN có ống mật PT giữa, PT bên tận cùng ở vị trí giải phẫu bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Nghiêm Luật (2012), Hóa Sinh, Nhà xuất bản y học, Đại học Y Hà Nội, 270 - 276.
2. Nguyễn Quang Quyền và Trần Công Khánh (2012), Giải phẫu giải phẫu người, Nhà xuất bản Y học, thành phố Hồ Chí Minh.
3. Healey E and C.Schroy (1953). Anatomy of the biliary ducts within the human liver. Archives of surgery. 599-616.
4. Nguyễn Việt Thành (2007). Chẩn đoán các biến thể giải phẫu đường mật của chụp mật tụy cộng hưởng từ. Tạp chí nghiên cứu y học. Viện y học thành phố Hồ Chí Minh, số 2, (11): 89-92.
5. Trịnh Hồng Sơn (1998). Một cách xếp loại phân bố và biến đổi giải phẫu đường mật qua 130 phim chụp đường mật ứng dụng trong cắt gan và ghép gan. Ngoại khoa. số 1, (32): 15 - 21.
6. Evan S. Siegelman and Benjamin L. Yam (2014). MR Imaging of the Biliary System. Radio Clin N am. (52) : 725-755.
7. Cucchetti A. (2011), Anatomic Variations of Intrahepatic Bile Ducts in a European Series and Meta-analysis of the Literature, J Gastrointest Surg, 15, pp. 623-630.
8. Thái Nguyên Hưng (2009), Những thay đổi giải phẫu đường mật trong gan ứng dụng nội soi đường mật, trường Đại học Y Hà Nội.

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN 7B THÀNH PHỐ BIÊN HÒA, TỈNH ĐỒNG NAI

Võ Thị Kim Anh*, Phạm Vi Long**

TÓM TẮT

Mở đầu: Tăng huyết áp là một bệnh mạn tính ngày càng phổ biến và trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng ở tất cả các nước trên thế giới. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp đến khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện 7B, thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành từ tháng 1/2019 đến tháng 4/2019 ở bệnh nhân tăng huyết áp đến khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện 7B, thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai. Sử dụng bộ câu hỏi soạn sẵn, phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu, qua thang đo kiến thức về bệnh và chế độ điều trị tăng huyết áp (6 câu), thang đo thái độ của bệnh nhân đối với chế độ điều trị tăng huyết áp (9 câu); thang đo tuân thủ điều trị dùng thuốc Morisky (MMAS-8) (8 câu); tuân thủ điều trị không dùng thuốc (9 câu). **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ điều trị dùng thuốc ở mức độ thấp là 55,9%, mức trung bình là 35,5% và mức cao là 8,6%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ điều trị không dùng thuốc: 1,2%. Các yếu tố liên quan được tìm thấy như: Tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc thấp ở bệnh nhân có thời gian điều trị trên 5 năm là 63,8% cao hơn so với bệnh nhân có thời gian điều trị từ 1-5 năm là 50,0% ($p < 0,05$; OR=1,76; KTC 95%:

1,12-2,76). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ điều trị dùng thuốc ở mức độ thấp ở cả đối tượng dùng thuốc hay không dùng thuốc vì thế cần đẩy mạnh công tác tư vấn, nhắc nhở và theo dõi bệnh nhân để tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị, giảm biến chứng liên quan đến bệnh tăng huyết áp.

Từ khóa: Tăng huyết áp, Morisky (MMAS-8), tuân thủ điều trị.

SUMMARY

ADHERENCE TO TREATMENT AND SOME RELATED FACTORS IN HYPERTENSIVE PATIENTS AT 7B HOSPITAL, BIEN HOA CITY, DONG NAI PROVINCE

Background: Hypertension is an increasingly common chronic disease and becoming a public health problem in all countries of the world. **Objectives:** Describe the situation of adherence to treatment and some factors related to treatment adherence of hypertensive patients that got outpatient examination and treatment at 7B Hospital, Bien Hoa City, Dong Nai Province. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted from January 2019 to April 2019 in hypertensive patients visiting and taking outpatient treatment at 7B Hospital, Bien Hoa City, Dong Nai Province. Using prepared questionnaires, direct interviews with research subjects, through a scale of knowledge about the disease and the regimen of hypertension treatment (6 questions), a scale of the patients' attitude to the treatment regimen hypertension (9 sentences); Morisky drug compliance scale (MMAS-8) (8 sentences); adhere to non-pharmacological treatment (9 sentences). **Results:** The proportion of hypertensive patients who adhered to the medication at a low level was 55.9%, the average was 35.5% and the high was 8.6%. The

*Trường Đại học Thăng Long

**Bệnh viện 7B Biên Hòa- Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2019

Ngày duyệt bài: 16.9.2019

proportion of hypertensive patients who adhered to non-drug treatment was 1.2%. Relevant factors were found such as the low adherence to drug treatment in patients with a duration of treatment over 5 years was 63.8% higher than patients with a duration of treatment from 1 to 5 years was 50.0% ($p < 0.05$; OR = 1.76; 95% CI: 1.12 - 2.76). **Conclusion:** The proportion of hypertensive patients who adhered to the low-dose medication treatment, both on and off the drug, was low. Therefore, counseling, reminding and following-up the patients to increase compliance to treatment should be promoted to reduce complications associated with hypertension.

Key words: Hypertension, Morisky (MMAS-8), adheres to treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, mỗi năm có khoảng 17 triệu ca tử vong do bệnh tim mạch, chiếm gần 1/3 tổng số ca tử vong, trong đó tử vong do nguyên nhân tăng huyết áp gần 9,4 triệu ca. Tăng huyết áp gây ra ít nhất 45% tử vong vì biến chứng tim và 51% tử vong do biến chứng đột quỵ. Người tăng huyết áp không kiểm soát được huyết áp của bản thân có nguy cơ bệnh mạch vành tăng gấp 3 lần, suy tim tăng gấp 6 lần, đột quỵ tăng gấp 7 lần [2]. Tuy nhiên, việc kiểm soát tăng huyết áp cũng gặp không ít khó khăn, trở ngại đối với một số cá nhân và cộng đồng. Trên thế giới đã cho ra đời những phương pháp điều trị hiệu quả, nhưng vẫn có một số lượng bệnh nhân bỏ điều trị trong vòng một năm đầu sau khi được chẩn đoán mắc bệnh. Tại Việt Nam, năm 2015, ở những người tăng huyết áp có 39,1% (trong 8,1 triệu người) không được phát hiện tăng huyết áp; 69% (trong 8,1 triệu người) bị tăng huyết áp chưa kiểm soát được [3]. Nhằm góp phần quản lý bệnh nhân tăng huyết áp tốt hơn, đưa ra những biện pháp can thiệp, giáo dục sức khỏe để người bệnh hiểu đúng và điều trị hiệu quả, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu "Xác định thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp tại bệnh viện 7B Thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị tại bệnh viện 7B, thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai từ tháng 1/2019 đến tháng 4/2019

2.3 Cỡ mẫu: Cỡ mẫu tính theo công thức chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, cỡ mẫu n.

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

Trong đó: $Z^2_{1-\alpha/2}$: độ tin cậy, với độ tin cậy 95%; $Z^2_{1-\alpha/2} = (1,96)^2 = 3,84$; p: là tỷ lệ bệnh

nhân tuân thủ điều trị tăng huyết áp. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Ngọc Chiêu Ngân tại tỉnh Bến Tre, tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị có dùng thuốc gần là 32% [5]. Chọn $p=0,32$; d: là sai số lựa chọn = 0,05. Tính được cỡ mẫu $n = 335$. Thực tế điều tra 372 bệnh nhân tăng huyết áp.

2.4 Chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

2.5 Định nghĩa biến số:

Kiến thức chung đúng về bệnh và chế độ điều trị tăng huyết áp: khi bệnh nhân trả lời đúng tất cả 5 nội dung kiến thức gồm: biến chứng tăng huyết áp, theo dõi huyết áp hằng ngày, mức huyết áp cần duy trì, những thói quen sinh hoạt cần rèn luyện, tuân thủ dùng thuốc điều trị tăng huyết áp.

Tuân thủ điều trị dùng thuốc ở bệnh nhân tăng huyết áp: sử dụng thang đo tuân thủ điều trị Morisky (MMAS-8) có độ tin cậy chấp nhận được với độ nhạy 93%, độ đặc hiệu 53%.

Tuân thủ điều trị không dùng thuốc ở bệnh nhân tăng huyết áp: có tuân thủ khi bệnh nhân trả lời không hút thuốc lá, uống rượu uống bia vừa phải, hạn chế ăn chất béo, hạn chế ăn mặn và tập thể dục đều đặn.

2.6 Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng Epidata và phân tích bằng phần mềm Stata/IC14.0. Sử dụng test χ^2 để so sánh các tỷ lệ.

2.7 Đạo đức nghiên cứu: Đảm bảo quyền lợi của người tham gia và bảo mật thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khảo sát 372 bệnh nhân tăng huyết áp tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam là 46,8% và tỷ lệ nữ là 53,2%. Về nhóm tuổi, tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp từ 60 tuổi trở lên là 51,1%. Về trình độ học vấn, tỷ lệ bệnh nhân có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống là 25,5%, trung học cơ sở là 41,9%, phổ thông trung học là 13,4% và trung cấp trở lên là 19,1%. Về thời gian điều trị tăng huyết áp, tỷ lệ bệnh nhân có thời gian điều trị từ 1 đến 5 năm là 59,1%, thời gian điều trị trên 5 năm với 40,1% và thời gian điều trị dưới 1 năm là 0,8%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có bệnh kèm theo là 34,4%.

Bảng 1. Kiến thức đúng của bệnh nhân về bệnh và chế độ điều trị tăng huyết áp (n=372)

Kiến thức	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có kiến thức tuân thủ dùng thuốc	240	64,5
Có kiến thức điều chỉnh thói quen sinh hoạt	123	33,1
Có kiến thức theo dõi huyết áp	99	26,6
Có kiến thức mức huyết áp	358	96,2

cần duy trì		
Có kiến thức về biến chứng tăng huyết áp	362	97,3
Có kiến thức chung đúng	43	11,6

Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có kiến thức

chung đúng về bệnh và chế độ điều trị tăng huyết áp là 11,6%. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức đúng về biến chứng tăng huyết áp là 97,3%, kiến thức đúng về mức huyết áp cần duy trì là 96,2%, có tỷ lệ thấp là kiến thức về theo dõi huyết áp với 26,6%.

3.1 Tuân thủ điều trị dùng thuốc ở bệnh nhân tăng huyết áp

Bảng 2. Tuân thủ điều trị dùng thuốc ở bệnh nhân tăng huyết áp (n=372)

Đánh giá tuân thủ điều trị dùng thuốc		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có thỉnh thoảng quên uống thuốc		308	82,8
Có từng quên uống thuốc trong 2 tuần qua		150	40,3
Có từng không uống thuốc vì cảm thấy không khỏe		34	9,1
Có quên mang thuốc khi đi xa		51	13,7
Đã uống đủ thuốc ngày hôm qua		347	93,3
Có tự ngưng thuốc khi HA bình thường		56	15,1
Có cảm thấy bất tiện khi phải uống thuốc hằng ngày		159	42,7
Khó khăn khi nhớ uống tất cả thuốc	Không bao giờ/hiếm khi	83	22,3
	Hơn 1 lần	176	47,3
	Thỉnh thoảng	98	26,3
	Thường xuyên	14	3,8
	Mọi lúc	1	0,27
Kết quả tuân thủ điều trị dùng thuốc	Thấp	208	55,9
	Trung bình	132	35,5
	Cao	32	8,6

Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ điều trị dùng thuốc ở mức thấp là 55,9%, tuân thủ ở mức trung bình là 35,5% và tuân thủ ở mức cao là 8,6%.

3.2 Tuân thủ điều trị không dùng thuốc ở bệnh nhân tăng huyết áp

Bảng 3. Tuân thủ điều trị không dùng thuốc ở bệnh nhân tăng huyết áp (n=372)

Tuân thủ điều trị không dùng thuốc		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Uống rượu bia vừa phải		280	75,3
Hạn chế ăn chất béo động vật		96	25,8
Không hút thuốc lá		283	76,1
Hạn chế ăn mặn		48	12,9
Tập thể dục đúng cách và đều đặn		39	10,5
Có tuân thủ điều trị không dùng thuốc		4	1,2

Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có tuân thủ điều trị không dùng thuốc là 1,2%. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ thấp về hạn chế ăn mặn với 12,9%, tập thể dục đúng cách và đều đặn với 10,5%.

3.2 Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị dùng thuốc ở bệnh nhân tăng huyết áp

Đặc điểm		Tuân thủ điều trị dùng thuốc				p	OR (KTC 95%)
		Thấp (n=208)		≥Trung bình(n=164)			
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nam	97	55,8	77	44,3	0,952	1
	Nữ	111	56,1	87	44,9		1,01 (0,66 - 1,56)
Nhóm tuổi	<60 tuổi	95	52,2	87	47,8	0,158	1
	≥60 tuổi	113	59,5	77	40,5		1,34 (0,87 - 2,07)
Thời gian điều trị THA	1-5 năm	110	50,0	110	50,0	0,009	1
	>5 năm	95	63,8	54	36,2		1,76 (1,12 - 2,76)
	<1 năm	3	100,0	0	0,0		-
Bệnh kèm theo	Không	131	53,7	113	46,3	0,233	1
	Có	77	60,2	51	39,8		1,30 (0,83 - 2,06)
Kiến thức chung	Đúng	29	67,4	14	32,6	0,105	1
	Không đúng	179	54,4	150	45,6		0,58 (0,27 - 1,18)

Thời gian điều trị tăng huyết áp có liên quan đến tuân thủ điều trị dùng thuốc. Cụ thể, tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc thấp ở bệnh nhân có thời gian điều trị trên 5 năm là 63,8% cao hơn so với bệnh nhân có thời gian điều trị từ 1 - 5 năm là 50,0% ($p < 0,05$; $OR = 1,76$; KTC 95%: 1,12 - 2,76).

Không tìm thấy mối liên qua có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa tuân thủ điều trị dùng thuốc với các yếu tố gồm: giới tính, nhóm tuổi, bệnh kèm theo, kiến thức về tuân thủ điều trị bệnh tăng huyết áp.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị không dùng thuốc ở bệnh nhân tăng huyết áp

Đặc điểm		Tuân thủ điều trị không dùng thuốc				p	OR (KTC 95%)
		Có (n=4)		Không (n=368)			
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nam	1	0,6	173	99,4	0,626	1
	Nữ	3	1,5	195	98,5		2,66 (0,21 - 140,50)
Nhóm tuổi	<60 tuổi	2	1,1	180	98,9	1,000	1
	≥60 tuổi	2	1,1	188	98,9		0,96 (0,07 - 13,34)
Thời gian điều trị THA	1-5 năm	3	1,4	217	98,6	0,529	1
	>5 năm	1	0,7	148	99,3		0,49 (0,01 - 6,16)
	<1 năm	0	0,0	3	100,0		
Bệnh kèm theo	Không	2	0,8	242	99,2	0,610	1
	Có	2	1,6	126	98,4		1,92 (0,14 - 26,73)
Kiến thức chung	Đúng	2	4,7	41	95,4	0,067	1
	Không đúng	2	0,6	327	99,4		0,13 (0,01 - 1,79)

Không tìm thấy mối liên qua có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa tuân thủ điều trị không dùng thuốc với các yếu tố gồm: giới tính, nhóm tuổi, thời gian điều trị, bệnh kèm theo, kiến thức về tuân thủ điều trị bệnh tăng huyết áp.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tuân thủ điều trị dùng thuốc ở bệnh nhân tăng huyết áp. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có sự tuân thủ điều trị thấp theo thang đo MMAS-8 là 55,4%, có mức độ tuân thủ trung bình là 35,5% và mức độ cao 8,6%. Kết quả này có nét tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước có kết quả mức tuân thủ điều trị dùng thuốc thấp chiếm tỷ lệ cao như: Nghiên cứu của tác giả Thạch Thị Mỹ trên đối tượng dân tộc người Khmer cho thấy tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ở các mức độ thấp là 66,6%, trung bình 30% và cao 3,4% [4]. Nghiên cứu của tác giả Rowa và cộng sự cho tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc ở mức độ thấp là 54,2%, trung bình là 28,9% và cao là 16,9% [8]. Kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả Yashar Moharamzad (2014) cho thấy có 54% số bệnh nhân thuộc nhóm tuân thủ điều trị thấp, 31% có mức tuân thủ vừa và 15% có mức tuân thủ cao.

Qua các nghiên cứu nêu trên nhìn chung tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp ở mức độ thấp chiếm tỷ lệ cao hơn so với các mức độ trung bình và cao. Nhưng một số nghiên cứu trên thế giới lại cho kết quả khác như: Tỷ lệ bệnh nhân có mức tuân thủ cao, trung bình, thấp trong tuân thủ điều trị tăng huyết áp lần lượt là 50,5%; 27,1%; 22,4% trong nghiên cứu tại Lebanon (2016) [7]. Sau đó dựa trên điểm cắt 6, nhóm tác giả đã phân chia lại thành nhóm

có tuân thủ (77,6%) và không tuân thủ (22,4%). Hay một nghiên cứu tại Ethiopia vào năm 2018 cho thấy có 77,3% bệnh nhân bị tăng huyết áp có tuân thủ điều trị [9]. Tuân thủ thuốc là một thành phần chính trong điều trị tăng huyết áp. Vì tăng huyết áp là một bệnh không thể chữa khỏi cho nên bệnh nhân cần uống thuốc suốt đời. Tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tại các nơi diễn ra nghiên cứu là khác nhau. Qua đó, cho thấy sự tuân thủ điều trị tại mỗi nơi trên từng quốc gia ở các nước khác nhau trên thế giới là khác nhau. Có thể lý giải rằng do sự khác biệt về vị trí địa lý cũng như phong tục tập quán của mỗi nơi là khác nhau. Và đối với những bệnh nhân có mức độ tuân thủ dùng thuốc thấp việc tuân thủ điều trị thuốc cần phải được nhanh chóng cải thiện.

4.2 Tuân thủ điều trị không dùng thuốc ở bệnh nhân tăng huyết áp. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp trong nghiên cứu tuân thủ điều trị không dùng thuốc rất thấp chỉ với 1,2%, thấp hơn rất nhiều so với một số nghiên cứu trong nước. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Cao Kim Duyên là 18% và của tác giả Lê Thị Bích Trâm là 20,6% [1],[6]. Điều trị tăng huyết áp ngoài yếu tố điều trị bằng thuốc thì cũng cần phải thay đổi hành vi sống để có thể điều trị đạt kết quả tốt nhất. Tỷ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị tại bệnh viện 7B là điều quan trọng cần được quan tâm nhiều hơn.

4.3 Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp. Số năm điều trị bệnh tăng huyết áp có liên quan đến tuân thủ điều trị dùng thuốc ($p < 0,05$). Tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc thấp ở bệnh nhân có thời gian điều trị trên 5 năm là 63,8% cao hơn so với bệnh nhân có thời gian điều trị từ 1-5 năm là 50,0% ($p < 0,05$; OR=1,76; KTC 95%: 1,12 - 2,76). Tăng huyết áp là một bệnh mạn tính kéo dài xuyên suốt cuộc đời người bệnh từ khi bắt đầu phát hiện và điều trị bệnh. Vì vậy, người bệnh phải tuân thủ điều trị từ khi mới phát hiện để giữ cho huyết áp không lên cao thất thường cũng như phòng ngừa các biến chứng của bệnh tăng huyết áp có thể xảy ra bất cứ lúc nào. Theo thời gian điều trị càng lâu thì đối tượng nghiên cứu càng quen thuộc với việc uống thuốc hàng ngày và tuân thủ các nguyên tắc điều trị bệnh của bản thân.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ điều trị dùng thuốc ở mức độ thấp là 55,9%, mức trung bình là 35,5% và mức cao là 8,6%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ điều trị không dùng thuốc: 1,2%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị dùng thuốc thấp ở bệnh nhân có thời gian điều trị trên 5 năm cao hơn so với bệnh nhân có thời gian điều trị từ 1 đến 5 năm ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Cao Kim Duyên (2017) Tuân thủ điều

- trị của bệnh nhân tăng huyết áp ngoại trú không đạt huyết áp mục tiêu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, năm 2017, Khóa luận Tốt nghiệp Bác sỹ Y học Dự phòng, Khoa y tế công cộng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.35-45.
2. **Hội tim mạch học quốc gia Việt Nam (2011)** "Tìm hiểu và kiểm soát tăng huyết áp". tr.11.
3. **Trần Thanh Loan (2016)** "Tỷ lệ người Việt Nam mắc bệnh tăng huyết áp".
4. **Thạch Thị Mỹ (2018)** Tỷ lệ tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp người dân tộc Khmer tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Cầu Ngang, tỉnh Trà Vinh, Khóa luận Tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công cộng, Khoa y tế công cộng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.94.
5. **Lê Ngọc Chiêu Ngân, Trương Phi Hùng (2018)**, "Tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp tại huyện Bình Đại, tỉnh Bến Tre". Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, Tập 22, Số 1, tr.68-72.
6. **Lê Thị Bích Trâm, Phạm Nhật Tuấn, Nguyễn Đỗ Nguyên (2017)**, "Tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại xã Phương Trà, huyện Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp năm 2016". Tạp chí Y Học thành phố Hồ Chí Minh, Tập 21, Số 1 (1), tr.8-14.
7. **Mohammad Y., Amal A.H., Sanaa A., et al. (2016)**, "Evaluation of medication adherence in Lebanese hypertensive patients". Journal of Epidemiology and Global Health, 6 (3), pp.157-167.
8. **Rowa' A. (2015)**, "Adherence to medications and associated factors: A cross-sectional study among Palestinian hypertensive patients". Journal of Epidemiology and Global Health, 5 (2), pp.125-132.
9. **Teshome D.F., Demssie A.F., Zeleke B.M. (2018)**, "Determinants of blood pressure control amongst hypertensive patients in Northwest Ethiopia". PloS one, 13 (5), pp.1-11.

HIỆU QUẢ ỨNG DỤNG KÍNH HIỂN VI TRONG PHÁT HIỆN MIỆNG ỒNG TỦY CỦA RĂNG HÀM LỚN THỨ NHẤT HÀM TRÊN

Bùi Thị Thanh Tâm*

TÓM TẮT

Đánh giá hiệu quả ứng dụng kính hiển vi trong phát hiện miệng ồng tủy của răng hàm lớn thứ nhất hàm trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 105 răng hàm lớn thứ nhất hàm trên có chỉ định điều trị nội nha và được điều trị nội nha tại bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 7 năm 2019. **Kết quả:** Khi quan sát bằng mắt thường, số lượng ồng tủy trong thấy được 100%, ồng tủy trong 2 không thấy, ồng tủy ngoài xa 1 thấy 99,1%, ồng tủy ngoài xa 2 không thấy, ồng tủy ngoài

gần 1 thấy 99,1%, ồng tủy ngoài gần 2 thấy 32,4%. Tỷ lệ phát hiện ồng tủy trong 100%, ồng tủy ngoài xa 1(99,1%), ồng tủy ngoài gần 1(99,1%) việc quan sát ở các độ phóng đại khác nhau cho tỷ lệ phát hiện ở mức độ cao. Đặc biệt đối với ồng tủy trong 2 là 0%, ồng tủy ngoài xa 2 là 0,9%, ồng tủy ngoài gần 2 tăng dần theo độ phóng đại: 35,5%-53,3%-56,7%-57,1%-57,1%-58,1%. Như vậy việc phát hiện ồng tủy càng ở mức phóng đại cao sẽ cho thấy ồng tủy nhiều hơn. Đặc biệt với những trường hợp sử dụng kết hợp với các phương tiện hỗ trợ sẽ phát hiện được 91(86,7%) ồng tủy ngoài gần 2. **Kết luận:** Sử dụng kính hiển vi trong điều trị nội nha làm tăng khả năng phát hiện ồng tủy.

Từ khóa: Răng hàm lớn thứ nhất hàm trên, kính hiển vi.

SUMMARY

EFFECTIVE MICROSCOPE APPLICATION IN

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thanh Tâm
Email: Buithanhtam1976@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 3.7.2019
Ngày phản biện khoa học: 12.9.2019
Ngày duyệt bài: 18.9.2019

DETECTION ORANGE TUBE OF MAXILLARY FIRST MOLAR

Assessing the effectiveness of microscopic application in the detection of root canal of the first molar maxillary. **Subjects and research methods:** The first 105 maxillary teeth in the upper jaw indicated for endodontic treatment and endodontic treatment at Central Odonto Dental Hospital from January 2015 to July 2019. **Results:** When seen by the naked eye, the number of inner canals is 100% visible, inner canals are not visible, outer canals are 99.1%, distant outer canals are not seen, outer canals are almost 1 seen 99.1%, the outer canal 2 nearly 32.4%. The detection rate of inner canal is 100%, far outer canal 1 (99.1%), outer canal is near 1 (99.1%) observation at different magnifications for detection rate at height. Especially for the inner canal 2 is 0%, the outer canal 2 is 0.9%, the outer canal is nearly 2 increasing in magnification: 35.5% -53.3% -56.7% -57.1% - 57.1% -58.1%. Thus the detection of the root canal at a higher magnification level will indicate more root canal. Especially, when used in combination with supportive devices, 91 (86.7%) of the outer canals will be detected near. 2. **Conclusion:** Using a microscope in endodontic treatment increases the likelihood root canal detection.

Key words: First largest maxillary teeth, microscope.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng hàm lớn thứ nhất hàm trên là răng có tỷ lệ điều trị nội nha cao nhất và hay gặp thất bại nhất [15]. Có nhiều nguyên nhân gây thất bại trong điều trị nội nha răng hàm lớn thứ nhất hàm trên, trong đó có nguyên nhân ống ngoài gần thứ hai của chân răng ngoài gần không được phát hiện để điều trị là hay gặp nhất [31]. Hầu hết các ống tủy ngoài gần thứ hai đều rất nhỏ và miệng ống tủy thường có lớp ngà thứ phát phủ lên trên nên rất khó phát hiện và tạo hình. Rất nhiều công trình khoa học đã chỉ ra được ưu điểm vượt trội của kính hiển vi trong việc xác định ống tủy răng. Theo nghiên cứu của Tauby (2006), nếu bằng mắt thường chỉ phát hiện được 53,7% ống tủy, trong khi bằng kính hiển vi, tỷ lệ này là 87,96% [44]. Với các kết quả nghiên cứu trên, các tác giả khuyến cáo nên dùng kính hiển vi trong điều trị nội nha. Dựa vào sự thay đổi màu sắc, hình dạng miệng ống tủy và lớp ngà trên cùng quan sát được dưới kính hiển vi, bác sỹ sẽ định vị được miệng ống tủy.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu xác định khả năng của kính hiển vi trong

việc phát hiện ống tủy ngoài gần thứ hai của răng hàm lớn thứ nhất hàm trên lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân có chỉ định điều trị nội nha tại khoa Chữa răng và Nội nha Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2015 đến tháng 7/2019

- Lứa tuổi từ 16 đến 60 tuổi.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các răng hàm lớn thứ nhất hàm trên có chỉ định điều trị nội nha.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Vùng quanh răng tiêu xương quá 1/2 chiều dài chân răng.

- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng: tim mạch, huyết áp, bệnh tiểu đường, bệnh tâm thần.

- Bệnh nhân không hợp tác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Là phương pháp tiến cứu can thiệp lâm sàng.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

Cỡ mẫu: Số lượng bệnh nhân được tính theo công thức mô tả tiến cứu can thiệp lâm sàng: Tính được cỡ mẫu 105 răng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ các loại ống tủy được phát hiện bằng mắt thường (n=105)

Các loại ống tủy	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Ống tủy trong 1	105	100
Ống tủy trong 2	0	0
Ống tủy ngoài xa 1	104	99,1
Ống tủy ngoài xa 2	0	0
Ống tủy ngoài gần 1	104	99,1
Ống tủy ngoài gần 2	34	32,4

Nhận xét: Khi quan sát bằng mắt thường, số lượng ống tủy trong thấy được 100%, ống tủy trong 2 không thấy, ống tủy ngoài xa 1 thấy 99,1%, ống tủy ngoài xa 2 không thấy, ống tủy ngoài gần 1 thấy 99,1%, ống tủy ngoài gần 2 thấy 32,4%. Như vậy sử dụng kính hiển vi để phát hiện ống tủy ngoài gần thứ 2 cao hơn hẳn bằng mắt thường. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 2. Tỷ lệ các ống tủy được phát hiện trên kính hiển vi theo các mức phóng đại

Các loại ống tủy	Các mức phóng đại n(%)					
	0.33	0.5	0.8	1.25	2	3
Ống tủy trong 1	105 (100)	105 (100)	105 (100)	105 (100)	105 (100)	105 (100)
Ống tủy trong 2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,9)
Ống tủy ngoài xa 1	104(99,1)	104(99,1)	104(99,1)	104(99,1)	104(99,1)	104(99,1)

Ổng tủy ngoài xa 2	1 (0,9)	1 (0,9)	1 (0,9)	1 (0,9)	1 (0,9)	1 (0,9)
Ổng tủy ngoài gần 1	104(99,1)	104(99,1)	104(99,1)	104(99,1)	104(99,1)	105 (100)
Ổng tủy ngoài gần 2	37 (35,5)	56 (53,3)	59 (56,7)	60 (57,1)	60 (57,1)	61 (58,1)

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện ống tủy trong 100%, Ổng tủy ngoài xa 1(99,1%), ống tủy ngoài gần 1(99,1%) việc quan sát ở các độ phóng đại khác nhau cho tỷ lệ phát hiện ở mức độ cao. Đặc biệt đối với ống tủy trong 2 là 0%, ống tủy ngoài xa 2 là 0,9%, ống tủy ngoài gần 2 tăng dần theo độ phóng đại: 35,5%-53,3%-56,7%-57,1%-57,1%-58,1%. Như vậy việc phát hiện ống tủy càng ở mức phóng đại cao sẽ cho thấy ống tủy nhiều hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

Bảng 3. Số lượng OTNG2 được phát hiện bằng mắt thường và KHV

Phương tiện	Số lượng OTNG2	Tỷ lệ %
Lâm sàng	34	32,4
KHV – 0.33	37	35,5
KHV – 0.5	56	53,3
KHV – 0.8	59	56,7
KHV – 1.25	60	57,1
KHV – 2	60	57,1
KHV – 3	61	58,1
KHV và phương tiện hỗ trợ	91	86,7

Nhận xét: Quan sát dưới kính hiển vi ống tủy ngoài gần 2 tăng dần theo độ phóng đại: 35,5%-53,3%-56,7%-57,1%-57,1%-58,1%. Đặc biệt với những trường hợp sử dụng kết hợp với các phương tiện hỗ trợ sẽ phát hiện được 91(86,7%) ống tủy ngoài gần 2. Như vậy việc phát hiện ống tủy càng ở mức phóng đại cao và đặc biệt có phương tiện hỗ trợ sẽ cho thấy ống tủy nhiều hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

Bảng 4. Vị trí miệng OTNG2 qua khám mắt thường (n=34)

Vị trí miệng OTNG2	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Trên rãnh nối OTNG1 và OTT	8	23,5
Lệch gần	26	76,5
Tổng	34	100

Nhận xét: Qua quan sát vị trí miệng ống tủy ngoài gần 2 bằng mắt thường thấy được trên 34 răng. Trong đó ống tủy ngoài gần 2 nằm trên rãnh nối ống tủy ngoài gần 1 và ống tủy trong là 8 (23,5%), lệch gần 26 răng (76,5%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

Bảng 5. Vị trí miệng OTNG2 qua kính hiển vi

Vị trí miệng OTNG2	Các mức phóng đại trên KHV					
	0.33(N=40)	0.5(N=57)	0.8(N=58)	1.25(N=59)	2(N=59)	3(N=60)
Trên rãnh nối OTNG1 và OTT	10 (25,0)	12 (21,1)	10 (17,2)	10 (16,9)	10 (16,9)	10 (16,7)
Lệch gần	30 (75,0)	45 (78,9)	48 (82,8)	49 (83,1)	49(83,1)	50(83,3)

Nhận xét: Vị trí miệng ống tủy ngoài gần 2 dưới kính hiển vi thấy rất rõ và tăng dần ở các độ phóng đại tăng dần 40-57-58-59-59-60, đặc biệt vị trí lệch gần là 50 răng (83,3%) cao hơn hẳn vị trí nằm trên rãnh nối ống tủy ngoài gần 1 và ống tủy trong (16,7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành điều trị 105 răng hàm lớn thứ nhất hàm trên chúng tôi có những bàn luận sau:

Khi quan sát bằng mắt thường, số lượng ống tủy trong thấy được 100%, ống tủy trong 2 không thấy, ống tủy ngoài xa 1 thấy 99,1%, ống tủy ngoài xa 2 không thấy, ống tủy ngoài gần 1 thấy 99,1%, ống tủy ngoài gần 2 thấy 32,4%. Tỷ lệ phát hiện ống tủy trong 100%, Ổng tủy ngoài xa 1(99,1%), ống tủy ngoài gần 1(99,1%) việc quan sát ở các độ phóng đại khác

nhau cho tỷ lệ phát hiện ở mức độ cao. Đặc biệt đối với ống tủy trong 2 là 0%, ống tủy ngoài xa 2 là 0,9%, ống tủy ngoài gần 2 tăng dần theo độ phóng đại: 35,5%-53,3%-56,7%-57,1%-57,1%-58,1%. Như vậy việc phát hiện ống tủy càng ở mức phóng đại cao sẽ cho thấy ống tủy nhiều hơn. Đặc biệt với những trường hợp sử dụng kết hợp với các phương tiện hỗ trợ sẽ phát hiện được 91(86,7%) ống tủy ngoài gần 2. Nếu không dùng kính tỷ lệ tìm thấy ống tủy ngoài gần thứ hai giảm có ý nghĩa thống kê. Kết luận này phù hợp với Buhrely năm 2002 khi nghiên cứu trên 312 răng hàm lớn thứ nhất hàm trên.

Vị trí miệng ống tủy ngoài gần 2 dưới kính hiển vi thấy rất rõ và tăng dần ở các độ phóng đại tăng dần 40-57-58-59-59-60, đặc biệt vị trí lệch gần là 50 răng (83,3%) cao hơn hẳn vị trí nằm trên rãnh nối ống tủy ngoài gần 1 và ống tủy trong (16,7%).

Qua quan sát vị trí miệng ống tủy ngoài gần 2 bằng mắt thường thấy được trên 34 răng. Trong đó ống tủy ngoài gần 2 nằm trên rãnh nối ống tủy ngoài gần 1 và ống tủy trong là 8(23,5%), lệch gần 26 răng (76,5%).

Với ưu điểm nổi bật của kính hiển vi về độ tập trung chiếu sáng và độ phóng đại cao nó thực sự hỗ trợ đắc lực cho việc phát hiện miệng ống tủy, đặc biệt là ống tủy nhỏ và ẩn như OTNGT2 của RHLT1HT.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị nội nha của 105 răng hàm lớn thứ nhất hàm có sử dụng kính hiển vi chúng tôi bước đầu đưa ra kết luận như sau : Tỷ lệ OTNG2 được phát hiện bằng mắt thường là 32,4%, bằng kính hiển vi là 86,7%. Từ đó việc xác định chiều dài ống tủy cũng như việc tạo hình ống tủy diễn ra rất thuận lợi.

Để tiếp cận giải phẫu buồng tủy, vị trí miệng ống tủy và thực hành nội nha phải dựa trên nguyên tắc giải phẫu cơ bản. Trên nền tảng hiểu biết sâu sắc về giải phẫu nội nha, được sự hỗ trợ của dụng cụ như kính hiển vi, được sử dụng một cách hợp lý, đây thực sự là công cụ có giá trị trong điều trị nội nha. Từ đó từng vấn đề khó khăn trong nội nha sẽ được gỡ bỏ.

Dựa theo kết quả nghiên cứu, tỉ lệ thành công của điều trị nội nha sử dụng KHV cải thiện kết quả của điều trị nội nha. KHV cho phép phát hiện tốt hơn và loại bỏ những vật liệu sót lại trong ống tủy và đảm bảo quá trình làm sạch và

tạo hình hệ thống ống tủy rõ và an toàn nhất. Dựa trên kinh nghiệm lâm sàng và kết quả của nghiên cứu, chúng tôi KHV là thiết bị cần thiết trong trang thiết bị nội nha của thế kỷ 21. Điều trị nội nha chất lượng cao là nền tảng cho thành công lâu dài về lâm sàng và x quang trong điều trị nội nha răng.

Dựa trên kết quả nghiên cứu, chúng tôi khuyến khích các nha sĩ tổng quát và chuyên gia nội nha sử dụng công nghệ này, vì nó ảnh hưởng đáng kể tới tỉ lệ thành công của những ca điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trương Nam và thongke.info.vn**, "Xác định cỡ mẫu nghiên cứu". Viện nghiên cứu Y – Xã hội học.
2. **Buhrley L.J, Barrow M.J, et al (2002)**, "Effect of magnification on locating the MB2 canal in maxillary molar", J Endodon, 28 (4), pp. 324-327.
3. **Gorduysus M .O., Gorduysus M., Friedman S. (2001)**, " Operating microscope improves negotiation of second mesiobuccal canals maxillary molar", J.Endodon, 27(11), pp 683-689....
4. **Schilder H. (1974)**, Canal debridement and disinfection. Endodontic Therapy, 2nd Edition Mosby, pp. 111 –132.
5. **Seltzer S.(1998)**, Endodontology, 2nd ed, Lea and Febiger Philadelphia, pp.441-444.
6. **Tauby C.F. (2006)**, "The influence of the Surgical Operating Microscope in locating the mesiolingual canal orifice: a laboratory analysis", Braz Oral Res, 20(1), pp. 59-63.
7. **Yoshioka T., Kobayashi C., et al (2002)**, "Detection rate of root canal orifice with a microscope", J Endodon, 28(6), pp.452-453.

THỰC TRẠNG MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở CÁC CƠ SỞ LÀM VIỆC HÀNH CHÍNH THÊM GIỜ, LÀM CA, NĂM 2014 - 2016

Đình Quốc Khánh¹, Khương Văn Duy², Nguyễn Ngọc Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỷ lệ mắc đái tháo đường ở các cơ sở làm việc hành chính thêm giờ, làm ca, năm 2014 - 2016. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 1755 người lao động làm việc tại ba cơ sở (Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco; Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam và Công ty cổ phần may Đức

Giang) được chọn ngẫu nhiên vào nghiên cứu. Các đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp, cân, đo chiều cao và xét nghiệm đường huyết mao mạch lúc đói, làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết ở đối tượng có đường huyết lúc đói từ 5,6 - 6,9mmol/L. **Kết quả:** tỷ lệ mắc đái tháo đường lúc đói chiếm 3,2% và sau khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose thì tỷ lệ mắc đái tháo đường chiếm 3,5%. Nam giới có tỷ lệ mắc đái tháo đường chiếm 6,3%, nữ giới chiếm 2,5%. Nhóm ≥40 tuổi có tỷ lệ mắc đái tháo đường chiếm 4,2%; trong đó nam ở nhóm tuổi này chiếm 9,3% và nữ chiếm 2,7%. Nhóm tuổi nghề >20 năm tỷ lệ mắc đái tháo đường chiếm 4,1%; trong đó nam chiếm 10,3% và nữ chiếm 2,7%. **Kết luận:** tỷ lệ mắc đái tháo đường chiếm 3,5%; nam giới mắc đái tháo đường nhiều hơn so với nữ giới; nhóm ≥40 tuổi và nhóm tuổi nghề >20 năm có tỷ lệ mắc đái tháo đường cao nhất.

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

^{2,3}Bộ môn SKNN, Viện ĐT YHDP& YTCC,

Trường ĐHY Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đình Quốc Khánh

Email: khanhcdyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019

Ngày duyệt bài: 19.9.2019

Từ khóa: đái tháo đường, tuổi đời, tuổi nghề

SUMMARY

SITUATION OF DIABET ON SOME COMPANIES WORKING BY ADMINISTRATIVE TIME AND ADD ON EXTRA TIME AND SHIFT WORK, 2014 - 2016

Objective: to identify the prevalence of diabetes on some companies working by administrative time and add on extra time and shift work, year 2014 - 2016.

Subject and method: 1755 participants is working on 3 companies: Manufactory produced foodstuff for cattle Proconco, Sơn Nam textile and garment joint stock Company and Duc Giang garment joint stock Company was random selected. Interview direct subjects by structured questionnaire, scale and taking the high and weight of the subjects and hungry sugar blood analysis of capillary, and after an overnight fast of at least 10 hours, a capillary blood sample was collected from each participant. For each patient have capillary blood from 5.6 to 6.9mmol/L, another blood sample was drawn 120 min after an oral glucose tolerance test of all the subjects have to identify undiagnosed diabetes and prediabetic condition.

Result: prevalence of the diabetes after an overnight fast of at least 10 hours was 3.2% and prevalence of diabetes after blood sample was drawn 120 min after an oral glucose tolerance test of all the subjects with capillary blood from 5.6 to 6.9mmol/L was 3.5%. The prevalences were 6.3% in men and 2.5% in women. In age group over 40, prevalence of diabetes was 4.2%, in which, The prevalences were 9.3% in men and 2.7% in women. In over 20 year of length service group, prevalence of diabetes 4.1% in which, prevalence were 10.3% in men and 2.7% in women.

Conclusion: prevalence of diabetes was 3.5%; male suffer from higher diabetic than female; age group over 40 was highest diabetes, in over 20 year group of length services was prevalence of diabetes was highest too. nhiều nhất.

Key words: Diabetes, Prevalence, age, length service

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay trên thế giới, tỷ lệ người mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đang tăng lên nhanh chóng. Tỷ lệ mắc ĐTĐ trên thế giới năm 2000 là 177 triệu người, năm 2003 tăng lên 194 triệu người, năm 2006 đã tăng lên tới 246 triệu người và theo dự báo đến năm 2045 sẽ tăng lên 693 triệu người. Trong đó, các nước phát triển tỷ lệ người mắc ĐTĐ tăng 42% và các nước đang phát triển tỷ lệ này là 170%. Năm 2017, ước tính chi phí cho điều trị ĐTĐ của toàn thế giới là 850 tỷ đô la Mỹ. Theo số liệu điều tra quốc gia năm 2012, tỷ lệ mắc ĐTĐ ở nhóm tuổi 30 - 64 khoảng 5,7% dân số, nếu chỉ ở khu vực thành phố, khu công nghiệp tỷ lệ bệnh từ 7,0% đến 10% [3]. Nghiên cứu của Norito Kawakami, sau 8 năm theo dõi trên 2194 người lao động ngành điện Nhật Bản, những người làm việc thêm giờ >50giờ/tháng có

tỷ lệ mắc ĐTĐ là 4,32/1000người/năm; tỷ lệ mắc ở những người làm thêm ≤ 25 giờ/tháng là 1,09/1000 người/năm; những người làm việc thêm giờ >50giờ/tháng có nguy cơ mắc ĐTĐ cao gấp 3,7 lần so với những người làm thêm ≤ 25giờ/tháng ($p < 0,01$). Tác giả X-S. Wang đã tổng hợp 16 nghiên cứu trên thế giới liên quan đến giả thuyết làm việc theo ca sẽ làm tăng tỷ lệ mắc ĐTĐ cũng đã tìm ra sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ giữa công nhân làm theo ca và công nhân chỉ làm theo ngày. Nghiên cứu của Candyce H. Kroenke trên 62.574 nữ điều dưỡng tuổi từ 29 - 46 trong 6 năm, những người phải làm ca từ 2 - <5 năm có nguy cơ mắc ĐTĐ là 1,04 lần; từ 5 - 10 năm là 1,59 lần và >10 năm là 1,64 lần so với người không làm ca; những người thường xuyên làm việc ≥41giờ/tuần có nguy cơ mắc ĐTĐ là 1,23 lần và >61giờ/tuần là 1,49 lần so với những người làm việc <40 giờ/tuần ($p < 0,05$).

Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco là cơ sở sản xuất làm việc theo ca và người lao động làm thêm giờ; Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam làm việc theo ca, không làm thêm giờ và Công ty Cổ phần may Đức Giang làm việc theo giờ hành chính nhưng người lao động ở đây làm việc thêm giờ. Liệu những người lao động tại ba cơ sở này có mắc ĐTĐ không? Và tỷ lệ là bao nhiêu? Để có câu trả lời trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Thực trạng mắc đái tháo đường ở các cơ sở làm việc hành chính thêm giờ, làm ca, năm 2014 - 2016 với mục tiêu: *xác định tỷ lệ đái tháo đường ở các cơ sở làm việc hành chính thêm giờ, làm ca năm 2014 - 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Là những người lao động tại:

- Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco: làm việc theo ca và làm thêm giờ.
- Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam: làm việc theo ca, không làm việc thêm giờ.
- Công ty Cổ phần may Đức Giang: làm việc theo giờ hành chính và thường xuyên làm thêm giờ.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang với số mẫu là 1755 đối tượng từ ba công ty trên
- Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu nhiều giai đoạn.

+ *Giai đoạn 1:* chọn cơ sở nghiên cứu bằng cách lập danh sách các đơn vị làm việc hành chính có làm thêm giờ, làm ca không làm thêm giờ và làm ca có làm thêm giờ để chọn mỗi cơ sở lấy 1 cơ sở để tham gia nghiên cứu.

+ *Giai đoạn 2:* lập danh sách các đối tượng có đủ tiêu chuẩn vào tham gia nghiên cứu và chọn

ngẫu nhiên. Mỗi đơn vị được chọn số đối tượng tham gia nghiên cứu bằng cách lấy số mẫu tỷ lệ với kích thước mẫu, đơn vị nào có nhiều đối tượng sẽ được chọn nhiều vào nghiên cứu này.

- Biến số nghiên cứu: tuổi, giới, thâm niên công tác, glucose máu lúc đói và sau nghiệm pháp dung nạp glucose....

- Công cụ nghiên cứu: bệnh án nghiên cứu chuẩn theo mục tiêu nghiên cứu.

- Kỹ thuật thu thập thông tin: phỏng vấn bằng bộ câu hỏi cấu trúc, cân, đo chiều cao, xét nghiệm đường máu mao mạch lúc đói (sau nhịn

ăn ít nhất 8 giờ) và những đối tượng có đường huyết lúc đói từ 5,6-6,9mmol/L được làm nghiệm pháp dung nạp glucose (uống 75g đường glucose, sau 2 giờ lấy máu xét nghiệm đường huyết mao mạch).

- *Phân tích số liệu:* số liệu sau khi thu thập được nhập vào phần mềm Excel sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 18.0 để tính tỷ lệ phần trăm, tần số...

- *Đạo đức nghiên cứu:* đề tài tiến hành khi được Hội đồng Y đức Trường Đại học Y Hà Nội thông qua tại buổi bảo vệ đề cương nghiên cứu sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ đái tháo đường khi xét nghiệm đường huyết lúc đói

Tỷ lệ đái tháo đường	Giới tính				Cộng	
	Nữ		Nam			
	n	%	n	%	n	%
Chung cả ba công ty						
Bình thường (< 5,6mmol/L)	747	58,3	327	69,1	1075	61,2
RLĐH (5,6 - 6,9mmol/L)	508	39,6	117	24,7	624	35,6
Đái tháo đường (≥ 7,0mmol/L)	27	2,1	29	6,1	56	3,2
Cộng	1282	73.0	473	27.0	1755	100.0

- Tỷ lệ đối tượng tham gia nghiên cứu mắc đái tháo đường (đường huyết ≥ 7 mmol/L lúc đói) chiếm 3,2%, trong đó nữ chiếm 2,1% và nam chiếm 6,1%. Sự khác nhau về tỷ lệ đái tháo đường giữa hai giới tham gia nghiên cứu rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

Bảng 2. Tỷ lệ đái tháo đường (kết hợp giữa đường huyết lúc đói và nghiệm pháp dung nạp glucose)

Tỷ lệ đái tháo đường	Giới tính				Cộng	
	Nữ		Nam			
	n	%	n	%	n	%
Bình thường (< 6,1 hoặc NPDNG < 7,8mmol/L)	1020	79,6	386	81,6	1406	80,1
RLĐHLĐ (6,1 - 6,9 hoặc NPDNG < 7,8mmol/L)	51	4,0	13	2,7	64	3,7
RLDNG (6,1 - 6,9 hoặc NPDNG 7,8 -11,0mmol/L)	179	14,0	44	9,3	223	12,7
Đái tháo đường (≥ 7,0mmol/L hoặc NPDNG >11,0mmol/L)	32	2,5	30	6,3	62	3,5
Cộng	1282	73.0	473	27.0	1755	100.0

- Tỷ lệ đối tượng mắc đái tháo đường (kết hợp giữa huyết lúc đói và nghiệm pháp dung nạp đường huyết) chiếm 3,5%; trong đó nữ chiếm 2,5% và nam chiếm 6,3%. Sự khác nhau về tỷ lệ đái tháo đường giữa hai giới tham gia nghiên cứu rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

Bảng 3. Tỷ lệ rối loạn đường huyết theo nhóm tuổi (kết hợp giữa đường huyết lúc đói và nghiệm pháp dung nạp glucose)

Nhóm tuổi	Đường huyết							
	Bình thường		RL lúc đói		NPDNG		ĐTĐ	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Chung: < 30 tuổi (n = 295)	260	88,1	8	2,7	22	7,5	5	1,7
30 - 39 tuổi (n = 775)	620	80,0	32	4,1	95	12,3	28	3,6
≥ 40 tuổi (n = 685)	526	76,8	24	3,5	106	15,5	29	4,2
Cộng (n = 1755)	1406	80,1	64	3,6	223	12,7	62	3,5
Nữ: < 30 tuổi (n = 178)	150	84,3	5	2,8	20	11,2	3	1,7
30 - 39 tuổi (n = 557)	465	80,6	23	4,0	74	12,8	15	2,6
≥ 40 tuổi (n = 527)	405	76,9	23	4,4	85	16,1	14	2,7
Cộng (n = 1282)	1020	79,6	51	4,0	179	14,0	32	2,5
Nam: < 30 tuổi (n = 117)	110	94,0	3	2,6	2	1,7	2	1,7
30 - 39 tuổi (n = 198)	155	78,3	9	4,5	21	10,6	13	6,6

≥ 40 tuổi (n = 158)	121	76,6	1	0,6	21	13,3	15	9,5
Cộng (n = 473)	386	76,6	13	2,7	44	9,3	30	6,3

Tỷ lệ đối tượng ở nhóm ≥40 tuổi mắc đái tháo đường chiếm 4,2%, tiếp đến ở nhóm 30 - 39 tuổi chiếm 3,6% và thấp nhất ở nhóm <30 tuổi (1,7%). Sự khác nhau về rối loạn đường huyết giữa các nhóm tuổi tham gia nghiên cứu rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Đối với nữ: tỷ lệ nữ ở nhóm ≥ 40 tuổi mắc đái tháo đường chiếm 2,7%, nhóm 30 - 39 tuổi chiếm 2,6% và ở nhóm <30 tuổi chiếm 1,7%. Sự

khác nhau về rối loạn đường huyết ở nữ giữa các nhóm tuổi tham gia nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Đối với nam: tỷ lệ nam ở nhóm ≥40 tuổi mắc đái tháo đường chiếm 9,5%, nhóm 30- 39 tuổi chiếm 6,6% và ở nhóm <30 tuổi chiếm 1,7%. Sự khác nhau về rối loạn đường huyết ở nam giữa các nhóm tuổi tham gia nghiên cứu rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 4. Tỷ lệ rối loạn đường huyết theo nhóm tuổi nghề (kết hợp giữa đường huyết lúc đói và nghiệm pháp dung nạp glucose)

Nhóm tuổi nghề	Đường huyết							
	Bình thường		RL lúc đói		NPDNG		ĐTĐ	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Chung: ≤ 5 năm (n = 385)	322	83,6	7	1,8	42	10,9	14	3,6
6 - 10 năm (n = 283)	233	82,3	14	4,9	28	9,9	8	2,8
11 - 15 năm (n = 371)	284	76,5	20	5,4	53	14,3	14	3,8
16 - 20 năm (n = 396)	316	79,8	17	4,3	50	12,6	1	3,3
> 20 năm (n = 320)	251	78,4	6	1,9	50	15,6	13	4,1
Cộng (n = 1755)	1406	80,1	64	3,6	223	12,7	62	3,5
Nữ: ≤ 5 năm (n = 224)	182	81,2	5	2,2	32	14,3	5	2,2
6 - 10 năm (n = 191)	158	82,7	8	4,2	20	10,5	5	2,6
11 - 15 năm (n = 282)	218	77,3	15	5,3	42	14,9	7	2,5
16 - 20 năm (n = 323)	252	78,0	17	5,3	46	14,2	8	2,5
> 20 năm (n = 262)	210	80,2	6	2,3	39	14,9	7	2,7
Cộng (n = 1282)	1020	79,6	51	4,0	179	14,0	32	2,5
Nam: ≤ 5 năm (n = 161)	140	87,0	2	1,2	10	6,2	9	5,6
6 - 10 năm (n = 92)	75	81,5	6	6,5	8	8,7	3	3,3
11 - 15 năm (n = 89)	66	74,2	5	5,6	11	12,4	7	7,9
16 - 20 năm (n = 73)	64	87,7	0	0,0	4	5,5	5	6,8
> 20 năm (n = 58)	41	70,7	0	0,0	11	19,0	6	10,3
Cộng (n = 473)	386	76,6	13	2,7	44	9,3	30	6,3

Tỷ lệ đối tượng ở nhóm tuổi nghề >20 năm mắc đái tháo đường chiếm 4,1%, tiếp đến ở nhóm tuổi nghề từ 11 - 15 năm chiếm 3,8%, đặc biệt ở nhóm tuổi nghề ≤5 năm đã có 3,6% số đối tượng mắc đái tháo đường. Tuy nhiên, sự khác nhau về rối loạn đường huyết giữa các nhóm tuổi nghề tham gia nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Đối với nữ: tỷ lệ nữ ở nhóm tuổi nghề > 20 năm mắc đái tháo đường chiếm 2,7%, nhóm tuổi nghề 6 - 10 năm chiếm 2,6% và ở nhóm tuổi nghề từ 11 - 15 năm và 16 - 20 năm có tỷ lệ mắc đái tháo đường như nhau (chiếm 2,5% tương ứng với từng nhóm tuổi nghề). Tuy nhiên, sự khác nhau về rối loạn đường huyết ở nữ giữa các nhóm tuổi nghề tham gia nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Đối với nam: tỷ lệ nam ở nhóm tuổi nghề >20 năm mắc đái tháo đường chiếm 10,3%, nhóm tuổi nghề 11 - 15 năm chiếm 7,9% và ở

nhóm tuổi nghề từ 16 - 20 năm chiếm 6,8%, thấp nhất là nhóm tuổi nghề từ 6-10 năm (chiếm 3,3%). Sự khác nhau về rối loạn đường huyết ở nam giữa các nhóm tuổi nghề tham gia nghiên cứu rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc ĐTĐ của nhóm đối tượng này là 3,5% và tỷ lệ RLDNG là 12,7%. So với một số nghiên cứu trên cộng đồng Thế giới và tại Việt nam thì tỷ lệ ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn: nghiên cứu của Tạ Văn Bình và cộng sự (2001) tại nội thành 4 thành phố lớn Hà Nội, Hải Phòng, Đà Nẵng, Hồ Chí Minh, tỷ lệ ĐTĐ là 4,9% [1]; nghiên cứu của Phạm Minh Ngọc (2015) tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ ĐTĐ là 6,0%; nghiên cứu của Shaw JE và cộng sự tiến hành nghiên cứu được thực hiện từ 91 quốc gia để xác định tỷ lệ ĐTĐ cho tất cả 216 quốc gia năm 2010 ở người

trường thành là 6,4% hay nghiên cứu của Jaya Prasad Tripathy (2017) trên 5127 người tại Ấn Độ, tỷ lệ đái tháo đường là 8,3%. Điều này cũng phù hợp với thực tế rằng trong nghiên cứu trên cộng đồng cũng bao gồm rất nhiều nhóm đối tượng nên tỷ lệ mắc có thể cao hơn. Một số nghiên cứu trên đối tượng là người lao động cũng cho kết quả tương tự, như nghiên cứu của Anne B Hansen (2016) trên 19.873 điều dưỡng làm việc tại Đan Mạch cho thấy tỷ lệ ĐTĐ là 4,4% [4]; nghiên cứu của Ghazawy (2014) tại một Nhà máy đường của Nhật Bản trên 330 công nhân nam có độ tuổi từ 20 - 59 ($43,2 \pm 8,6$) cho thấy tỷ lệ ĐTĐ là 18,4% [6]. Nhưng cũng có một số nghiên cứu thì tỷ lệ này đồng nhất hoặc thấp hơn kết quả của chúng tôi như: nghiên cứu của Hsiu Ling Huang (2016) trên 111.670 đối tượng (55.835 điều dưỡng và 55.835 không phải là điều dưỡng) tại Mỹ, tỷ lệ mắc ĐTĐ của nữ điều dưỡng là 2,68%, không phải điều dưỡng là 3,13% ($p < 0,001$) [5]; gần đây, nghiên cứu của Vũ Xuân Trung (2016) trên 1009 đối tượng người lao động thường xuyên phải làm ca, làm thêm giờ tại 4 nhà máy/công ty cho thấy tỷ lệ ĐTĐ lại thấp hơn (2,3% so với 3,5%) [2]. Lý giải sự khác nhau về tỷ lệ mắc ĐTĐ trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả trên là do: đối tượng, cỡ mẫu của chúng tôi cũng khác với các tác giả, tập quán ăn uống của các đối tượng ở các nước khác nhau nên tỷ lệ ĐTĐ cũng khác nhau, và nếu sau này khi tuổi họ tăng lên thì tỷ lệ mắc ĐTĐ có thể tăng lên. Về RLDNG, nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu như: Tạ Văn Bình và cộng sự năm 2001 (12,7% so với 5,9%) [1]; nghiên cứu của Jung Eun Lee và cộng sự (2011) tại Hàn Quốc (12,7% so với 3,7%) [8]. Điều này cũng có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên đối tượng là công nhân làm ca, làm thêm giờ, mặc dù tuổi đời họ còn trẻ nhưng đã có RLDNG. So với nghiên cứu của Vũ Xuân Trung (2016) [2] thì tỷ lệ này thấp hơn (12,7% so với 15,1%), sự khác nhau này có thể do điều kiện lao động mỗi nơi và trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ tính riêng tỷ lệ RLDNG.

Về giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ mắc ĐTĐ ở nam cao hơn so với ở nữ (6,1% so với 2,1%; $p < 0,0001$); ngược lại, tỷ lệ RLDNG ở nữ lại cao hơn so với tỷ lệ này ở nam (14,0% so với 9,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không đồng nhất với một số nghiên cứu như: của Tạ Văn Bình và cộng sự (2001) cho rằng tỷ lệ RLDNG và ĐTĐ nam thấp hơn nữ (5,7% so với 6,0% và 4,4% so với 5,2%) [1].

Nhưng kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Vũ Xuân Trung (2016) [2] về tỷ lệ RLDNG nhưng lại không phù hợp về tỷ lệ ĐTĐ của nam và nữ. Điều này có thể do khác nhau về đối tượng, thời gian, tỷ lệ nam/nữ của các nghiên cứu và trong nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên đối tượng là công nhân làm ca, làm thêm giờ, tuổi trung bình còn trẻ ($37,1 \pm 7,68$ tuổi). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với một số nghiên cứu khác cũng cho rằng tỷ lệ ĐTĐ của nam cao hơn nữ, còn tỷ lệ RLDNG của nữ cao hơn nam như: nghiên cứu của Nguyễn Quốc Việt (2012) tại 6 vùng sinh thái ở Việt Nam, tỷ lệ ĐTĐ ở nam cao hơn nữ tương ứng với 6,0% và 5,4% và tỷ lệ RLDNG ở nữ cao hơn nam (13,9% so với 11,6%) [3] hay nghiên cứu của Kjeld Poulsen (2014) trên 7.305 người làm công tác chăm sóc sức khỏe tại Đan Mạch trong 7 năm cho thấy tỷ lệ ĐTĐ nam là 4,3% cao hơn nữ 3,6%.

Về nhóm tuổi, nghiên cứu của Norito Kawakami (1999) trên 17.451 công nhân tại Nhật Bản cho thấy: tỷ lệ mắc ĐTĐ cũng tăng dần nhóm tuổi từ 18 - 34, 35 - 44 và 45 tuổi trở lên lần lượt là 0,73%, 2,19% và 3,7% ($p < 0,05$); nghiên cứu của Kjeld Poulsen (2014) trên 7.305 người làm công tác chăm sóc sức khỏe tại Đan Mạch, tỷ lệ ĐTĐ cũng tăng theo nhóm tuổi, nhóm từ 30 - 39 tuổi, từ 40 - 49 tuổi và từ 50 - 59 tuổi lần lượt là 2,3%, 2,5% và 5,2%; nghiên cứu của Jin Young Nam (2016) trên người lao động các nghề nghiệp tại Hàn Quốc cho thấy: tỷ lệ công nhân mắc ĐTĐ cũng tăng theo nhóm tuổi, nhóm từ 19 - 29 tuổi, từ 30 - 39 tuổi, từ 40 - 49 tuổi, từ 50 - 59 tuổi lần lượt là 0,26%, 1,0%, 1,32%, 1,64%; nghiên cứu của Hsiu Ling Huang (2016) trên 111.670 đối tượng cũng cho thấy: tỷ lệ mắc ĐTĐ tăng theo nhóm tuổi <25, từ 25 - 34 tuổi, từ 35 - 44 tuổi, từ 45 - 54 tuổi, từ 55 - 64 tuổi và ≥ 65 tuổi lần lượt là 0,87%, 1,36%, 4,03%, 10,35%, 14,64% và 17,57% ($p < 0,001$) [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy: tỷ lệ mắc ĐTĐ tăng dần theo nhóm tuổi, tỷ lệ mắc ở cả nam và nữ ở độ tuổi < 30; từ 30 - 39 tuổi và ≥ 40 tuổi lần lượt là 1,7%; 3,6% và 4,2%; tỷ lệ mắc của nữ giới lần lượt là 1,7%; 2,6% và 2,7%; nam giới là 1,7%; 6,6% và 9,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ mắc ĐTĐ theo nhóm tuổi cũng tương tự với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cũng như tại Việt Nam, nhưng tỷ lệ ĐTĐ ở nhóm ≥ 40 tuổi lại thấp hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu của Hsiu Ling Huang (2016) [5]. Lý giải sự khác nhau về tỷ lệ mắc ĐTĐ ở

nhóm ≥ 40 tuổi là do trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện trên 1755 đối tượng công nhân và tỷ lệ nhóm ≥ 40 tuổi chỉ gần 1/3 so với nhóm <40 tuổi, và có thể sự khác nhau này là do chế độ dinh dưỡng của từng nước khác nhau, mức độ tiêu thụ đường của người ≥ 40 tuổi ở các nước cũng khác nhau mà có tỷ lệ mắc khác nhau.

- Về thâm niên công tác và ĐTĐ, RLDNG: bên cạnh sự gia tăng tỷ lệ ĐTĐ và RLDNG theo độ tuổi, tỷ lệ mắc ĐTĐ và RLDNG của nhóm công nhân có thâm niên làm việc >20 năm cũng cao hơn tỷ lệ này của các nhóm công nhân có thâm niên làm việc ít hơn, tỷ lệ mắc ĐTĐ và RLDNG ở nhóm có thâm niên >20 năm chiếm 4,1% và 15,6%; tỷ lệ của nhóm ≤ 20 năm chiếm 2,6% và 12,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Vũ Xuân Trung (2016) [2], tỷ lệ mắc ĐTĐ có xu hướng tăng theo tuổi nghề, còn tỷ lệ RLDNG thì chỉ tập trung ở nhóm có thâm niên nghề <10 năm và sự khác nhau này chỉ thấy được ở nam giới. Hay nghiên cứu của Hsiu-Ling Huang (2016) tại Đài Loan trên 111.670 đối tượng là điều dưỡng cho thấy tỷ lệ ĐTĐ cũng tăng dần theo thâm niên nghề, ở nhóm <1 năm; từ 1 - 3 năm; từ 4 - 6 năm; từ 7 - 9 năm và ≥ 10 năm lần lượt là 0,2%; 2,2%; 3,34%; 5,21% và 7,52% [5]. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Teruo Nagaya (2002) trên 2824 công nhân làm hành chính và 826 công nhân làm ca cho rằng rối loạn chuyển hóa tăng theo tuổi của những công nhân làm hành chính (độ tuổi trung bình tại công ty Cổ phần may Đức Giang chiếm tương đối cao, tuổi trung bình là $37,3 \pm 7,90$). Đây cũng là điều mà chúng ta phải quan tâm cần phải có một chiến lược phòng chống bệnh đái tháo đường cụ thể từng công ty, nhà máy trong thời gian tới.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ đái tháo đường chiếm 3,5%.
- Nam giới mắc đái tháo đường cao hơn nữ giới.
- Nhóm trên 40 tuổi mắc bệnh đái tháo đường nhiều nhất.
- Nhóm tuổi nghề trên 20 năm mắc bệnh đái tháo đường cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ta Văn Bình và cộng sự (2003)**, "Dịch tễ học bệnh đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan đến quản lý bệnh đái tháo đường tại khu vực nội thành 4 thành phố lớn", NXB Y học, năm 2006.
2. **Vũ Xuân Trung (2016)**, "Nghiên cứu xác định tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường ở người lao động thường xuyên phải làm ca kíp, làm thêm giờ và đề xuất giải pháp dự phòng", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ.
3. **Nguyễn Quốc Việt và cộng sự (2014)**, "Kết quả hoạt động điều tra lập bản đồ dịch tễ học bệnh đái tháo đường toàn quốc năm 2012", Y học thực hành. 929 +930, pp. 82-84.
4. **Anne B Hansen et al (2016)**, "Night shift work and incidence of diabetes in the Danish Nurse Cohort", BMJ. 1, pp. 1-7.
5. **Hsiu-Ling Huang et al (2016)**, "The incidence risk of type 2 diabetes mellitus in female nurses: a nationwide matched cohort study", BMC Public Health. 16:443.
6. **Ghazawy ER et al (2014)**, "Night Shift Working and its impact on development and control of diabetes mellitus in workers of Abo Korkas sugar factory, El-Minia, Egypt", Egyptian Journal of Occupational Medicine. 38(2), pp. 197-211.
7. **Jenni Ervasti et al (2015)**, "Work disability before and after diabetes diagnosis: A nationwide population - based register study in Sweden", Public Health. 105, pp. 22- 29.
8. **Jung-Eun Lee et al (2011)**, "Prevalence of Diabetes Mellitus and Prediabetes in Dalseong-gun, Daegu City, Korea", Diabetes Metab J. 35(3), pp. 255-263

MÔ HÌNH BỆNH TẬT TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC OAI, HÀ NỘI NĂM 2018

Nguyễn Thị Hoài Ninh¹, Hoàng Thị Thanh²

TÓM TẮT

¹ Bệnh viện Đa khoa Quốc Oai

² Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Ninh

Email: hoaininh82@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2019

Ngày duyệt bài: 18.9.2019

Mục tiêu: Nhận xét mô hình bệnh tật tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa Quốc Oai, Hà Nội năm 2018. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu số liệu 4232 bệnh nhi điều trị từ 1/1/2018 đến 31/12/2018 tại bệnh viện Đa Khoa Quốc oai Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhi chiếm 22,4% trong tổng số người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện. Bệnh nhi là trẻ trai chiếm 64,8%, trẻ gái chiếm 35,2%. Chủ yếu trẻ bệnh trong nhóm tuổi < 5 tuổi chiếm 85,1%. Mô hình bệnh tật theo ICD 10: chương X (bệnh hô hấp) có tỷ lệ cao nhất, chiếm 49,6%; tiếp đến là chương

XVIII (các triệu chứng, dấu hiệu chưa phân loại) chiếm 9%; chương I (Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng) chiếm 4,98%; Chương XVI (một số bệnh lý trong thời kỳ chu sinh) chiếm 1,1%. Các bệnh hay gặp của trẻ là viêm mũi họng cấp (23,8%), viêm phế quản cấp chiếm 21,5%, sốt chưa rõ nguyên nhân (11,9%), tiêu chảy (5%), viêm phổi (4,3%), dị ứng (2,2%), viêm tai giữa (1,1%) và vàng da tăng bilirubin tự cho chiếm (0,3%).

Từ khóa: mô hình bệnh tật, ICD10

SUMMARY

DISEASE PATTERNS AT THE PEDIATRICS DEPARTMENT, QUOC OAI GENERAL HOSPITAL, HANOI IN 2018

Objectives: Commenting on disease patterns at the Pediatric Department, Quoc Oai General Hospital, Hanoi in 2018. **Subjects and methods:** Descriptive and retrospective study of 4232 pediatric patients treated from January 1, 2018 to December 31, 2018 at the majestic National Hospital of Hanoi. **Results:** The proportion of pediatric patients accounted for 22.4% of the total number of inpatient patients hospitalized. Boys patients accounted for 64.8%, girls accounted for 35.2%. The majority of sick children in the age group <5 years old account for 85.1%. Disease model according to ICD 10: Chapter X (respiratory disease) has the highest rate, accounting for 49.6%; followed by chapter XVIII (symptoms, unclear signs) accounting for 9%; Chapter I (Infectious and parasitic diseases) accounted for 4.98%; Chapter XVI (some conditions in the perinatal period) accounted for 1.1%. Common diseases of children are acute rhinitis (23.8%), acute bronchitis accounting for 21.5%, unexplained fever (11.9%), diarrhea (5%), pneumonia (4.3%), allergies (2.2%), middle ear micro (1.1%) and jaundice increased bilirubin (0.3%).

Key words: disease pattern, ICD10

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhu cầu được chăm sóc sức khỏe đã có từ khi loài người ra đời và ngày càng tăng, đặc biệt là tại các nước đang phát triển và kém phát triển. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) Hoa Kỳ đã dành 8,608 đô la bình quân đầu người cho chăm sóc sức khỏe và chiếm tới 17,2% tổng sản phẩm quốc gia [1]. Mô hình bệnh tật của trẻ em cũng thay đổi nhiều, ngày nay trẻ vào viện hầu hết là các tình trạng nhiễm virus, rối loạn chuyển hóa, bệnh liên quan đến môi trường ô nhiễm...biểu hiện bệnh hô hấp, tiêu hóa, thần kinh [2]. Tại bệnh viện Đa khoa huyện Quốc Oai, hàng năm số lượng bệnh nhi điều trị nội trú khoảng 3500 - 4000, chiếm khoảng 23 -25% tổng số bệnh nhân vào viện. Nhân lực hiện nay của khoa Nhi gồm 21 người, trong đó có 13 điều dưỡng. Với số lượng bệnh nhi vào khám, điều trị hiện nay và nhân lực thực tế có được? Có đáp ứng được nhu cầu của người bệnh hay không? Để góp phần trả

lời cho câu hỏi đó và đưa ra giải pháp tốt hơn trong công tác chăm sóc điều dưỡng, em tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu sau đây: *Nhận xét mô hình bệnh tật tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa Quốc Oai, Hà Nội năm 2018*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là số liệu từ phần mềm quản lý người bệnh, sổ sách, các báo cáo của khoa Nhi và của bệnh viện về mô hình bệnh tật bệnh viện Quốc Oai từ 1/1/2018 đến 31/12/2018

2.1.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được triển khai tại Bệnh viện Đa Khoa Quốc Oai, Thị Trấn Quốc Oai - Huyện Quốc Oai - Thành Phố Hà Nội từ 9/2018 đến 9/2018

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu số liệu

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn toàn bộ bệnh nhân vào điều trị nội trú có hồ sơ bệnh án tại Khoa Nhi, bệnh viện Quốc Oai từ 1/1/2018-31/12/2018 => n=4232

2.3. Nội dung nghiên cứu

2.3.1. Thông tin chung về bệnh nhi

- Tổng số BN điều trị năm 2018, tỷ lệ so với tổng số BN điều trị của toàn BV
- Bệnh nhi theo tuổi và giới
- Thời gian điều trị

2.3.2. Mô hình bệnh tật tại khoa nhi

- Tỷ lệ bệnh theo ICD 10 (21 nhóm bệnh)
- Tỷ lệ những bệnh hay gặp tại khoa nhi
- Những bệnh hay gặp theo tuổi và giới
- Những bệnh hay gặp theo mùa trong năm

2.4.Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu thu thập được xử lý trên phần mềm Epi Data 3.1 và phân tích trên phần mềm SPSS version 20.0. Kết quả được biểu diễn dưới dạng tần số, tỷ lệ %, trung bình và độ lệch. Sử dụng các test thống kê phù hợp để so sánh tỷ lệ các nhóm bệnh nhi.

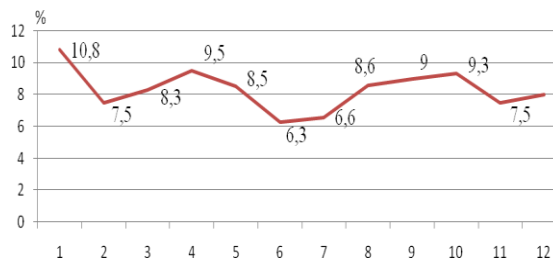
2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành sau khi Hội đồng xét duyệt đề cương do trường Đại học Thăng Long phê duyệt và được sự đồng ý của ban lãnh đạo bệnh viện Đa khoa Quốc Oai Hà Nội. Nghiên cứu sẽ không làm ảnh hưởng tới công tác khám chữa bệnh của người bệnh. Kết quả thu được ngoài việc phục vụ cho mục đích nghiên cứu còn là cơ sở giúp lãnh đạo bệnh viện trong công tác quản lý, điều hành, góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ bệnh nhi**Bảng 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân khoa Nhi năm 2018**

Chỉ số	Toàn bệnh viện	Khoa Nhi	Tỷ lệ %
Tổng số người khám bệnh	150131	11954	8,0
Số người bệnh điều trị nội trú	18891	4232	22,4

Nhận xét: Năm 2018 có 150131 lượt người bệnh đến khám tại bệnh viện, trong đó số lượt bệnh nhi khám là 11954, chiếm 8,0%. Tổng số người bệnh điều trị nội trú là 18891, trong đó số bệnh nhi là 4232 chiếm 22,4%.

**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh nhi vào viện theo tháng trong năm**

Nhận xét: Kết quả trong bảng 3.3. và biểu đồ 3.2. cho thấy tỷ lệ trẻ nhập viện thường hay gặp vào mùa xuân và mùa đông. Cao điểm nhất vào tháng 1 (10,8%), tháng 4 (9,5%), tháng 10 (9,3%). Ít gặp vào mùa hạ và thu trong đó thấp nhất là tháng 6 (6,3%), tháng 7 (6,6%).

3.2. Mô hình bệnh tật tại khoa nhi năm 2018**Bảng 3.2. Mô hình bệnh tật của bệnh nhi điều trị nội trú**

Chương, nhóm bệnh theo ICD 10	Số BN	Tỷ lệ %
Chương I. Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng. Nhóm bệnh nhiễm trùng đường ruột. A00-A09	211	4,98
Chương X. Bệnh cơ quan hô hấp Nhóm bệnh nhiễm trùng hô hấp trên, hô hấp dưới cấp J00-J20	2100	49,6
Chương XVI. Một số bệnh lý trong thời kỳ chu sinh. Nhóm các bệnh rối loạn về hô hấp, tim mạch, huyết học và nhiễm khuẩn của trẻ sơ sinh P 20-P61	48	1,1
Chương XVIII. Các triệu chứng, dấu hiệu chưa phân loại Nhóm triệu chứng và dấu hiệu tổng quát R50 - 59	383	9,0
Bệnh khác	1490	36,0
Tổng số	4232	100,0

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhi vào điều trị nội trú tại khoa nhi là bệnh hô hấp (chiếm 49,6%), tiếp đến là các bệnh khác (chiếm 36%). Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng chiếm 4,98% và chủ yếu là bệnh nhi tiêu chảy cấp. Nhóm triệu chứng và dấu hiệu tổng quát chiếm tỷ lệ 9 %, trong đó có 111 bệnh nhi là sốt cao co giật. Bệnh lý thời kỳ chu sinh chiếm tỷ lệ nhỏ (1,1%) trong đó có 13 bệnh nhi được chẩn đoán là vàng da tăng bilirubin tự do.

Bảng 3.3. Bệnh hay gặp theo mùa trong năm

Tên bệnh	Mùa xuân		Mùa hạ		Mùa thu		Mùa đông	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Viêm mũi họng cấp	304	7,1	213	5,0	247	5,8	322	7,6
Viêm phế quản cấp	242	5,7	178	4,2	311	7,3	120	2,8
Sốt chưa rõ nguyên nhân	157	3,7	117	2,8	110	2,6	120	2,8
Tiêu chảy	48	1,1	60	1,4	53	1,3	50	1,2
Viêm phổi	49	1,2	60	1,4	35	0,8	38	0,9
Dị ứng CRNN	25	0,01	24	0,6	25	0,6	18	0,4
Viêm tai giữa	10	0,2	9	0,2	18	0,4	8	0,2
Vàng da tăng bilirubin tự do	1	0,02	1	0,02	9	0,2	2	0,04
Bệnh khác	292	6,9	365	8,6	220	5,2	372	8,8
Cộng	1128	6,1	1026	24,2	1028	24,3	1050	24,8

Nhận xét: Kết quả trong bảng trên cho thấy, bệnh viêm mũi họng cấp, viêm phế quản hay gặp nhất đặc biệt là vào mùa thu (13,2%), mùa xuân (12,9%). Bệnh viêm phổi gặp nhiều nhất vào mùa hạ (1,4%) và mùa xuân (1,2%). Sốt chưa rõ nguyên nhân gặp nhiều nhất vào mùa xuân (3,7%) và mùa đông (2,8%). Tiêu chảy gặp nhiều vào mùa hạ (1,4%)

Bảng 3.4. Bệnh hay gặp theo tuổi

Tên bệnh	< 1 tuổi		Từ 1-3 tuổi		Từ 3-5 tuổi		Trên 5 tuổi	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Viêm mũi họng cấp	40	1,0	724	17,1	98	2,4	67	1,6
Viêm phế quản cấp	57	1,3	737	17,4	129	3,0	85	2,0
Sốt chưa CRNN	55	1,3	203	4,8	115	2,7	131	3,1
Tiêu chảy	48	1,1	151	3,6	8	0,2	4	0,1
Viêm phổi	53	1,3	107	2,5	14	0,3	7	0,2
Dị ứng CRNN	4	0,1	19	0,4	25	0,6	44	1,0
Viêm tai giữa	1	0,0	37	0,9	5	0,1	2	0,05
Vàng da tăng bilirubin tự do	13	0,3	0	-	0	-	0	-
Bệnh khác	178	4,2	548	12,9	150	3,5	373	8,8
Cộng	449	10,6	2526	59,7	544	12,9	713	16,8

Nhận xét: Tất cả các bệnh hay gặp đều thấy tỷ lệ cao nhất ở trẻ lứa tuổi từ 1 đến 3 tuổi, chiếm 59,7%, thấp nhất ở trẻ dưới 1 tuổi (10,6%). Cụ thể: Viêm mũi họng cấp, viêm phế quản cấp và viêm phổi gặp ở nhóm tuổi 1-3 tuổi lần lượt là 17,1%; 17,4% và 2,5%. Trong khi tỷ lệ này ở lứa tuổi >5 tuổi lần lượt là 1,6%; 2,0% và 0,2%. Sốt chưa rõ nguyên nhân gặp nhiều ở nhóm tuổi 1-3 tuổi (4,8%) và ít gặp ở trẻ dưới 1 tuổi (1,3%). Tiêu chảy hay gặp ở nhóm tuổi 1-3 tuổi (3,6%), ít gặp ở nhóm tuổi >5 tuổi (0,1%). Vàng da tăng bilirubin tự do chỉ gặp ở nhóm tuổi <1 tuổi chiếm 0,3%.

Bảng 3.5. Bệnh hay gặp theo giới

Tên bệnh	Trẻ trai		Trẻ gái		p
	n	%	n	%	
Viêm mũi họng cấp	537	12,7	452	10,7	>0,05
Viêm phế quản cấp	496	11,7	416	9,8	>0,05
Sốt chưa rõ nguyên nhân	264	6,2	240	5,7	>0,05
Tiêu chảy	118	2,8	93	2,2	>0,05
Viêm phổi	97	2,3	102	2,4	>0,05
Dị ứng CRNN	51	1,2	41	0,97	>0,05
Viêm tai giữa	27	0,6	18	0,4	>0,05
Vàng da tăng bilirubin tự do	5	0,1	8	0,0	
Bệnh khác	1148	27,1	119	2,8	<0,05
Cộng	2743	64,8	1489	35,2	

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ trai trong các bệnh trên chiếm 64,8% và trẻ gái chiếm 35,2%. Trẻ trai gặp nhiều hơn trẻ nữ ở các bệnh viêm mũi họng/phế quản cấp, sốt chưa rõ nguyên nhân, tiêu chảy, viêm tai giữa, dị ứng CRNN. Trẻ gái gặp nhiều hơn trẻ trai ở các bệnh viêm phổi, vàng da tăng bilirubin tự do. Khi so sánh tỷ lệ trẻ bệnh theo giới của từng bệnh không thấy sự khác biệt ($p>0,05$). Khi so sánh chung tất cả các bệnh khác có sự khác biệt tỷ lệ trẻ trai và trẻ gái ($p<0,05$).

Bảng 3.6. Bệnh hay gặp và ngày điều trị trung bình

Tên bệnh	Số bệnh nhi	Ngày điều trị trung bình
Viêm mũi họng cấp	1007	4,9±2,5
Viêm phế quản cấp	912	5,3 ±2,7
Sốt chưa rõ nguyên nhân	504	4,1±1,8
Tiêu chảy	211	4,1±2,1
Viêm phổi	181	6,2±3,3
Dị ứng CRNN	92	3,8±1,5
Viêm tai giữa	1345	6,1±3,7

Vàng da tăng bilirubin tự do	13	5,4±2,6
Bệnh khác	1267	4,9±2,9
Tổng	4232	5.1±3.4

Nhận xét: Ngày điều trị trung bình cao nhất ở các bệnh viêm phổi (6,2±3,3 ngày), tiếp đến là viêm tai giữa (6,1±3,7 ngày). Bệnh nhi sốt chưa rõ nguyên nhân có thời gian điều trị trung bình là 4,1±1,8 ngày và tiêu chảy là 4,1± 2,1 ngày. Thời gian điều trị ngắn nhất là của bệnh dị ứng (3,8±1,5 ngày).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ bệnh nhi và mô hình bệnh tật trẻ em theo ICD 10. Kết quả trong bảng 3.1 cho thấy năm 2018 có 150131 lượt người bệnh đến khám tại bệnh viện, trong đó số lượt bệnh nhi khám là 11954, chiếm 8,0%. Tổng số người bệnh điều trị nội trú là 18891, trong đó số bệnh nhi là 4232 chiếm 22,4%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả của bệnh viện đa khoa Phúc Yên [2], báo cáo cho thấy tỷ lệ bệnh nhi điều trị

nội trú của bệnh viện chiếm 31,6% những cao hơn kết quả của Hoàng Thị Nhạc Vũ [3], tác giả cho biết tỷ lệ bệnh nhi tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu là 14%. Có lẽ do thời điểm của những năm đầu thập kỷ các bệnh lây nhiễm của trẻ em gặp nhiều hơn do đó tỷ lệ vào viện còn cao tại Phúc Yên.

Kết quả trong biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ trẻ nhập viện thường hay gặp vào mùa xuân và mùa đông. Cao điểm nhất vào tháng 1 (10,8%), tháng 4 (9,5%), tháng 10 (9,3%). Ít gặp vào mùa hạ và thu trong đó thấp nhất là tháng 6 (6,3%), tháng 7 (6,6%). Khi phân tích các bệnh hay gặp theo mùa, kết quả (trong bảng 3.3) cũng chỉ ra bệnh viêm mũi họng cấp, viêm phế quản hay gặp nhất đặc biệt là vào mùa thu (13,2%), mùa xuân (12,9%). Bệnh viêm phổi gặp nhiều nhất vào mùa hạ (1,4%) và mùa xuân (1,2%). Sốt chưa rõ nguyên nhân gặp nhiều nhất vào mùa xuân (3,7%) và mùa đông (2,8%). Tiêu chảy gặp nhiều vào mùa hạ (1,4%).

Khi phân loại bệnh theo ICD 10, kết quả trong bảng 3.2 cho thấy trẻ mắc các bệnh thuộc chương nhóm X (bệnh hô hấp) có tỷ lệ cao nhất, chiếm 49,6%; tiếp đến là các bệnh khác (chiếm 36%). Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng chiếm 4,98% và chủ yếu là bệnh nhi tiêu chảy cấp. Nhóm triệu chứng và dấu hiệu tổng quát chiếm tỷ lệ 9%, trong đó có 111 bệnh nhi là sốt cao co giật. Bệnh lý thời kỳ chu sinh chiếm tỷ lệ nhỏ (1,1%) trong đó có 13 bệnh nhi được chẩn đoán là vàng da tăng bilirubin tự do. Các bệnh hay gặp của trẻ bệnh tại bệnh viện huyện Quốc Oai là viêm mũi họng cấp (23,8%), viêm phế quản cấp chiếm 21,5%, sốt chưa rõ nguyên nhân (11,9%), và ít gặp nhất là bệnh vàng da tăng bilirubin tự cho chiếm 0,3%, viêm tai giữa chiếm 1,1%.

Tại khoa Nội trú, các nhóm bệnh thường gặp nhất là: bệnh hệ hô hấp (53%), phổ biến là viêm phổi, viêm họng và hen; bệnh nhiễm khuẩn (32,7%). Ba bệnh thường gặp nhất tại khoa nội trú là: viêm phổi, hen và sốt xuất huyết.

Tại bệnh viện Nhi đồng 2, Võ Phương Khanh [6] công bố bệnh đường hô hấp 39,9%, bệnh nhiễm trùng 28,2%, Bệnh đường tiêu hóa 8,9% và bệnh bẩm sinh 4,3%.

Tại Phúc Yên [2], cơ cấu bệnh tật theo ICD-10 cho thấy, các bệnh về đường hô hấp chiếm 24% và tiêu hóa 9,6%. Nhóm bệnh về vết thương, ngộ độc và hậu quả của một số nguyên nhân bên ngoài xếp vị trí thứ 4, chiếm 6,8%.

4.2. Những bệnh hay gặp tại khoa nhi bệnh viện đa khoa Quốc Oai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh hay gặp theo thứ tự

được trình bày tại bảng 3.4 là: viêm mũi họng cấp (23,8%), viêm phế quản cấp chiếm 21,5%, sốt chưa rõ nguyên nhân (11,9%), tiêu chảy 5%, viêm phổi 4,3%, dị ứng 2,2%, viêm tai giữa 1,1%. Khi phân tích theo mùa, các bệnh hô hấp và dị ứng có tỷ lệ cao hơn vào mùa xuân và đông, tiêu chảy hay gặp vào mùa hè, các bệnh khác phân bố dần trải trong tất cả các mùa trong năm. Tất cả các bệnh hay gặp đều thấy tỷ lệ cao nhất ở trẻ lứa tuổi từ 1 đến 3 tuổi, chiếm 59,7%, thấp nhất ở trẻ dưới 1 tuổi (10,6%). Tỷ lệ trẻ trai đều cao hơn trẻ gái ở tất cả các bệnh thường gặp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác. Tại Thành phố Hồ Chí Minh, nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dung [8] cho thấy ba bệnh thường gặp nhất tại khoa nội trú là: viêm phổi, hen và sốt xuất huyết. Bệnh viện Nhi Thái Bình tổng kết năm 2018 cũng cho thấy, tỷ lệ bệnh viêm phế quản cấp là 3,22%; viêm mũi họng cấp: 2,92%; sốt chưa rõ nguyên nhân: 1,49%; viêm phổi: 1,14%; viêm tai giữa: 0,77% và dị ứng 0,44%. Tại bệnh viện Nhi Đồng 2, tỷ lệ bệnh đường hô hấp chiếm 39,9%, bệnh nhiễm trùng 28,2%, bệnh đường tiêu hóa 8,9% và bệnh bẩm sinh 4,3% [6].

Ngày điều trị trung bình của bệnh nhi viêm phổi là $6,2 \pm 3,3$ ngày, tiếp đến là viêm tai giữa ($6,1 \pm 3,7$ ngày). Các bệnh thường gặp khác có thời gian điều trị trung bình dao động từ 3,8 đến 4,1 ngày. Kết quả này phù hợp với tình trạng trẻ bệnh, tuy nhiên trên thực tế, tại bệnh viện cấp huyện việc lưu hồ sơ bệnh án khi bệnh nhi đã ra viện vẫn còn xảy ra, do đó ngày điều trị thực chất chưa phản ánh trung thực thời gian nằm viện của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhi: Tỷ lệ bệnh nhi chiếm 22,4% trong tổng số người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện.

- Mô hình bệnh tật theo ICD 10: chương X (bệnh hô hấp) có tỷ lệ cao nhất, chiếm 49,6%; tiếp đến là chương XVIII (các triệu chứng, dấu hiệu chưa phân loại) chiếm 9%; chương I (Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng) chiếm 4,98%; Chương XVI. (một số bệnh lý trong thời kỳ chu sinh) chiếm 1,1%

- Các bệnh hay gặp của trẻ bệnh tại khoa nhi, bệnh viện huyện Quốc Oai là viêm mũi họng cấp (23,8%), viêm phế quản cấp chiếm 21,5%, sốt chưa rõ nguyên nhân (11,9%), tiêu chảy (5%), viêm phổi (4,3%), dị ứng (2,2%), viêm tai giữa (1,1%) và vàng da tăng bilirubin tự cho chiếm (0,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. KristianssonC và et al (2009), "Access to health

- care in relation to socioeconomic status in the Amazonian area of Peru", Int J Equity Health (8), p11.
2. **Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phúc Yên (2015).** Mô hình bệnh tật điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa khu vực Phúc Yên từ năm 2012-2014. Báo cáo khoa học bệnh viện 2015.
 3. **Hoàng Thị Nhac Vũ, Nguyễn Thanh Thủy, Đặng Kim Loan và CS.** Mô hình bệnh tật tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu, tỉnh Bến Tre giai đoạn 2011-2017. Tạp chí y dược thành phố Hồ Chí Minh. 256(23).
 4. **Hoàng Thị Kim Thanh.** Nhận xét mô hình bệnh tật và tử vong tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa năm 2011. Thông tin khoa học, bệnh viện Nhi Thanh Hóa.
 5. **Lê Huy Thạch (2007),** "Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại bệnh viện đa khoa Ninh Thuận 2002-2006", Tạp chí y dược thành phố Hồ Chí Minh. 25(12), tr. 124-128.
 6. **Võ Phương Khanh, Trịnh Hữu Tùng, Thái Thanh Tùng (2008).** Mô hình bệnh tật tại bệnh viện Nhi đồng 2 từ năm 2005-2007. Tạp chí khoa học BV Nhi đồng 2 TpHCM năm 2008.
 7. **Phạm Văn Linh, Phạm Thị Tâm (2016).** Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại các bệnh viện tỉnh Vĩnh Long trong 5 năm 2011-2014. Tạp chí khoa học, Đại học Y Dược Cần Thơ, 2016.
 8. **Nguyễn Thị Kim Dung, Phạm Thị Minh Hồng (2012).** Mô hình bệnh tật ở trẻ em 1 tháng đến 15 tuổi tại bệnh viện đa khoa quận 7, Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 16, Phụ bản của Số 1 năm 2012.

ĐIỀU TRỊ ADENOMA TUYẾN YÊN BẰNG XẠ PHẪU DAO GAMMA TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Văn Đô, Nguyễn Văn Hưng,
Vũ Văn Hòa, Nguyễn Văn Khôi(*)

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U tuyến yên chiếm 10 – 15% các u nguyên phát trong sọ. Do đặc điểm giải phẫu và chức năng nên các u tuyến yên thường được chẩn đoán khi có hội chứng khối u và hội chứng nội tiết. Xạ trị có vai trò trong kiểm soát bệnh u tuyến yên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng 81 bệnh nhân chẩn đoán adenoma tuyến yên tái phát hoặc tồn lưu sau mổ được xạ trị tại đơn vị Gamma Knife, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 03 năm 2017. **Kết quả:** Qua 81 BN chúng tôi ghi nhận có 23 BN u tăng NTT và 58 BN u không tăng NTT. Tuổi trung bình 43.35 ± 11.98 tuổi, nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 73 tuổi. Nữ nhiều hơn nam ở cả hai nhóm, chiếm 53.1% tổng số bệnh nghiên cứu. Triệu chứng do khối u chèn ép gặp nhiều nhất là nhức đầu chiếm 84%. Thể tích u tuyến yên trung bình 5553.73 ± 2991.15 mL. 15 TH tăng tiết PRL và 10 TH u tăng GH. 52 trường hợp u đáp ứng với xạ trị, chiếm tỉ lệ 64,2%. 2 TH bệnh nhân tăng kích thước u sau thời gian theo dõi, tỉ lệ kiểm soát u là $79/81 = 97,5\%$. Ghi nhận nồng độ GH về mức bình thường là 13,3%, 46,7% ở tháng thứ 36 và 40 sau xạ trị, nồng độ PRL về mức bình thường là 10%, 20% ở tháng thứ 18 và 36 sau xạ trị. **Kết luận:** Adenoma tuyến yên tái phát hoặc u tồn lưu sau mổ có tỉ lệ nam:nữ tương đương nhau và gặp chủ yếu ở tuổi trung niên. Trong u tuyến yên tăng NTT, loại tăng tiết PRL là thường gặp. Xạ trị giúp kiểm soát u cũng như tình trạng tăng tiết NTT.

Từ khoá: u tuyến yên, xạ trị, Gamma Knife.

SUMMARY

(*)*Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đô

Email: docrhvn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 1.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019

Ngày duyệt bài: 12.9.2019

ROLE OF GAMMA KNIFE RADIOSURGERY IN THE MANAGEMENT OF PITUITARY ADENOMAS AT CHO RAY HOSPITAL

Introduction: The pituitary tumor accounts for 10-15% of the primary brain tumors, which is benign. Due to the anatomical location and endocrine function of the pituitary gland, pituitary adenomas are only diagnosed in cases of disturbances, there are two common syndromes: tumor syndrome and endocrine syndrome. **Methods:** A descriptive study on 81 patients with definite diagnosis of recurrent or residual pituitary adenoma tumor at Gamma Knife Unit, Cho Ray Hospital from January 2012 to March 2017. **Results:** Through 81 patients, we recorded 23 patients of functioning pituitary tumor and 58 patients with non-functioning pituitary tumor. The average age was 43.35 ± 11.98 years, the youngest was 18, the oldest was 73 years old. Women were more than men in both groups, accounting for 53.1% of the total number of studied patients. The most common symptoms of tumors are headache, which accounts for 84%. Average volume of pituitary adenoma was 5553.73 ± 2991.15 mL. In functioning pituitary tumor, PRL increased in 15 cases and GH increased in 10 cases. After radiotherapy, 52 cases of tumors response to radiotherapy, accounting 64,2%. There was an increase in size after the follow up period in two patients, the rate of tumor control was 97,5%. GH concentration at normal level of 13,3%, 46,7% at 36 and 40 months after radiotherapy were recorded. PRL level of 10%, 20% at 18 and 36 months after radiotherapy were noted. **Conclusion:** Recurrent or residual pituitary adenoma have similar proportions of men and women and meet mainly in middle age. In functioning pituitary adenomas, secreting pituitary adenoma increased of PRL is common. Radiotherapy has good results, the rate of tumor control is very high after long follow-up period. Clinical symptoms and

endocrine blood levels respond appropriately to radiotherapy.

Keywords: pituitary tumors, radiotherapy, Gamma Knife.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Do đặc điểm vị trí giải phẫu và chức năng, u tuyến yên chỉ được chẩn đoán khi gây nên các xáo trộn, có hai hội chứng thường gặp là hội chứng khối u và hội chứng nội tiết. Tuy nhiên, có nhiều trường hợp u không gây ra triệu chứng và vì thế không được chẩn đoán trong suốt cuộc đời. Mục đích chính của các phương pháp điều trị là loại bỏ hoặc khống chế được khối u, ức chế hoặc giảm bài tiết hormon do u gây ra, đảm bảo chức năng nội tiết của tuyến yên, ít xâm hại nhất đến tổ chức xung quanh. Xạ trị u tuyến yên đã được thực hiện trên thế giới từ những năm 1900, các kỹ thuật xạ trị và phương tiện xạ trị liên tục được cải tiến, điều trị u tuyến yên bằng xạ trị đã cho kết quả khả quan về hiệu quả sớm cũng như sau thời gian theo dõi lâu dài.

Những năm gần đây ở Việt Nam, một số cơ sở đã kết hợp xạ trị bệnh u tuyến yên. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu về xạ phẫu Gamma cho bệnh nhân u tuyến yên còn sót hoặc tái phát sau phẫu thuật. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 81 bệnh nhân u tuyến yên đã phẫu thuật, được khám, điều trị và theo dõi tại đơn vị Gamma Knife, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 03 năm 2017. Bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến yên và được phẫu thuật, có kết quả giải phẫu bệnh là Adenoma tuyến yên. Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ đánh giá còn mô u hoặc u tái phát sau phẫu thuật và được điều trị bổ túc bằng phương pháp tia xạ với hệ thống xạ phẫu Leksell Gamma Knife tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn chẩn đoán u còn lại sau phẫu thuật: là các trường hợp còn mô u ghi nhận trong tường trình phẫu thuật và trên hình ảnh chụp MRI sau phẫu thuật. Tiêu chuẩn chẩn đoán u tái phát sau phẫu thuật là các trường hợp u tuyến yên được phẫu thuật, có bằng chứng là u tăng kích thước trên hình ảnh chụp MRI so sánh với lần chụp trước đó. Chẩn đoán xác định u tuyến yên dựa vào: mô bệnh học hoặc u tuyến yên trên hình ảnh MRI sọ não, theo hiệp hội u não Mỹ (ABTA). Chẩn đoán thể bệnh u tuyến yên theo hormon: U tăng nội tiết tố (NTN): tăng một

hoặc nhiều hormon: PRL, ACTH, TSH, FSH, GH, LH; U không tăng NTT: không tăng bất kỳ hormon tuyến yên nào.

Tiêu chuẩn đo nồng độ hormon bình thường ở người trưởng thành đánh giá theo Molina [1] (Hội nội tiết học lâm sàng Mỹ). Suy tuyến yên khi một hoặc nhiều hormon tuyến yên giảm dưới ngưỡng giới hạn dưới của nhóm tham chiếu trừ hormon GH và ACTH. Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tuyến yên theo Nemes [2].

Liều xạ trị được cấp liều theo hướng dẫn của RTOG 90-05.

Đánh giá đáp ứng điều trị của kích thích khối u theo tiêu chuẩn RECIST

BN được theo dõi sau xạ trị bằng MRI và các xét nghiệm nội tiết tại các thời điểm 3 tháng trong 6 tháng đầu và sau đó mỗi 6 tháng.

Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập và ghi nhận suốt quá trình điều trị và theo dõi BN. Các số liệu được xử lý bằng SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua 81 BN chúng tôi ghi nhận có 23 BN u tăng NTT và 58 BN u không tăng NTT. Tuổi trung bình 43.35 ± 11.98 tuổi, nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 73 tuổi. Nữ nhiều hơn nam ở cả hai nhóm u, chiếm 53.1% tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Triệu chứng do khối u chèn ép gặp nhiều nhất là nhức đầu chiếm 84%. Triệu chứng rối loạn thị giác ở nhóm u không tăng NTT nhiều hơn so với nhóm u tăng NTT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Tỷ lệ bệnh nhân nhức đầu chiếm cao nhất 78.3% ở nhóm tăng NTT và 86.2% ở nhóm không tăng NTT.

U đặc chiếm tỷ lệ cao nhất, không ghi nhận trường hợp u dạng nang nào. Đa số bệnh nhân nghiên cứu ở độ 3 KNOSP với tỷ lệ là 51.9%, ít nhất là độ 1 với tỷ lệ 1.2%.

Chúng tôi ghi nhận có 23 BN u tuyến yên tăng NTT trong đó 15 TH tăng tiết PRL và 10 TH u tăng GH. Kích thích u tương quan không có ý nghĩa với nồng độ các hormon ở nhóm bệnh, nhóm có tăng NTT và nhóm không tăng NTT.

Các triệu chứng lâm sàng: giảm trí nhớ, nhức đầu, rối loạn thị giác giảm dần theo thời gian so với trước điều trị.

Sau xạ trị có 52 trường hợp u đáp ứng điều trị với xạ trị, chiếm tỷ lệ 64,2%. Ghi nhận thời điểm u bắt đầu giảm kích thước đáp ứng với xạ trị từ tháng thứ 12 sau xạ trị. Nghiên cứu có 2 TH bệnh nhân tăng kích thước u sau thời gian theo dõi, tỷ lệ kiểm soát u là $79/81 = 97,5\%$.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

	Nhóm u tăng NTT (n = 23)	Nhóm u không tăng NTT (n = 58)	Nhóm chung (n =81)	Giá trị p
Giới tính (n, %)				
Nam	11 (47.8)	27 (44.6)	38 (46.9)	NA
Nữ	12 (52.2)	31 (53.4)	43 (53.1)	
Tuổi trung bình (năm)	39.48±12.12	44.88±11.67	43.35±11.98	NA
Triệu chứng chèn ép (n; %)				
Giảm trí nhớ	1 (4.3)	12 (20.7)	13 (16)	0.071
Nhức đầu	18 (78.3)	50 (86.2)	68 (84)	0.380
RL thị giác	7 (30.4)	37 (63.8)	44 (54.3)	0.007
Triệu chứng nội tiết (n; %)				
Tiết sữa	5 (21.7)	1 (1.7)	6 (7.4)	0.002
Suy tuyến yên	6 (26.1)	19 (32.8)	25 (30.9)	0.558
Rối loạn kinh nguyệt	2 (8.7)	6 (10.8)	8 (9.9)	0.823
Thiểu năng tình dục	3 (13)	8 (13.8)	11 (13.6)	0.929
To đầu chi	14 (60.9)	0	14 (17.3)	<0.001
Thể tích u trước xạ (mm3)	4835.26 ± 2722.11	5835.64 ± 3066.98	5553.73 ± 2991.15	0.175
Tính chất u				
Dạng hỗn hợp	13 (56.5)	24 (41.4)	37 (45.7)	0.217
Dạng đặc	10 (43.5)	34 (58.6)	44 (54.3)	
Phân độ KNOSP				
Độ 0	1 (4.3)	2 (3.4)	3 (3.7)	0.357
Độ 1	1 (4.3)	0	1 (1.2)	
Độ 2	8 (34.8)	17 (29.3)	25 (30.9)	
Độ 3	12 (52.2)	30 (51.7)	42 (51.9)	
Độ 4	1 (4.3)	9 (15.5)	10 (12.3)	
Liều xạ trị	17,74 ± 2,28	15,55 ± 2,07	16,17 ± 2,33	<0.001

T0: Trước xạ (n=81)

T1: Sau xạ 3 tháng (n=81)

T2: Sau xạ 6 tháng (n=81)

T3: Sau xạ 12 tháng (n=81)

T4: Sau xạ 18 tháng (n=81)

T5: Sau xạ 24 tháng (n=81)

T6: Sau xạ 30 tháng (n=81)

T7: Sau xạ 36 tháng (n=69)

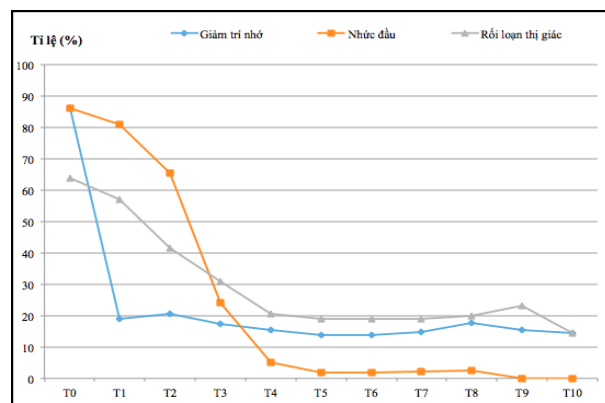
T8: Sau xạ 42 tháng (n=53)

T9: Sau xạ 48 tháng (n=34)

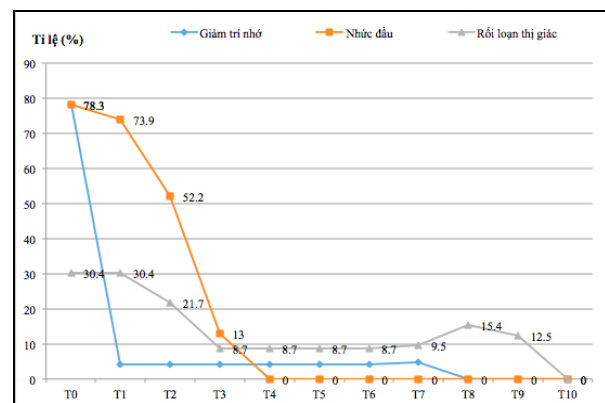
T10: Sau xạ 54 tháng (n=18)

T11: Sau xạ 60 tháng (n=4)

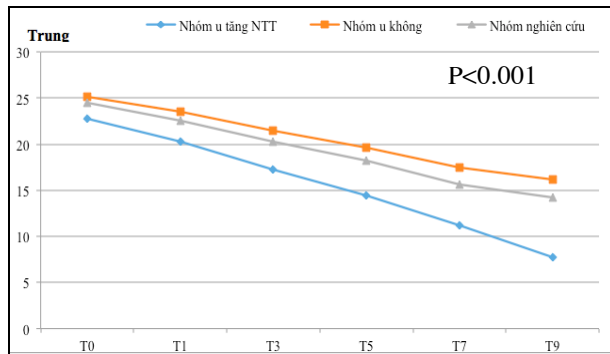
Ghi nhận nồng độ GH về mức bình thường là 13,3%, 46,7% ở tháng thứ 36 và 40 sau xạ trị. Thời điểm đáp ứng điều trị của nồng độ GH là từ tháng 12 sau xạ trị. Nồng độ PLR về mức bình thường là 10%, 20% ở tháng thứ 18 và 36 sau xạ trị. Thời điểm đáp ứng điều trị của nồng độ PRL là từ tháng 6 sau xạ trị.



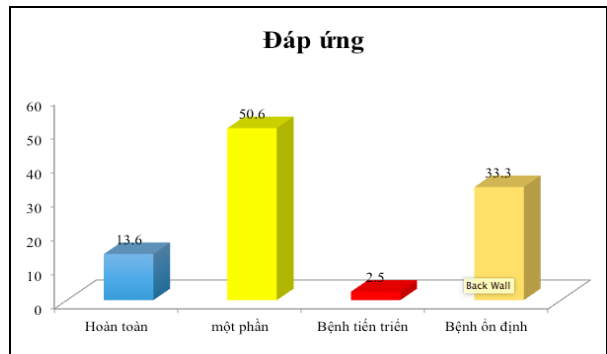
Biểu đồ 2: Đáp ứng lâm sàng của nhóm u không tăng NTT (n=58)



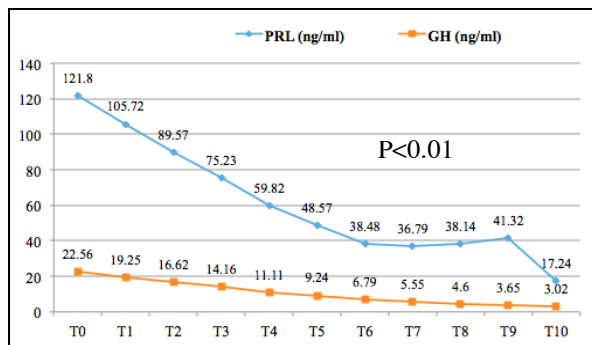
Biểu đồ 3: Đáp ứng lâm sàng của nhóm u tăng NTT (n=23)



Biểu đồ 4: Đáp ứng kích thước khối u sau xạ trị



Biểu đồ 5: Đánh giá đáp ứng khối u theo tiêu chuẩn RECIST



Biểu đồ 6: Đáp ứng điều trị của các chất nội tiết (n=23)

IV. BÀN LUẬN

Qua thời gian từ tháng 01/2012 đến tháng 03/2017, 81 BN còn mô u hoặc u tuyến yên tái phát sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận: tỉ lệ nữ nhiều hơn nam ở cả hai nhóm u, chiếm 53.1% tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Một nghiên cứu trên 219 BN u tuyến yên về sự liên quan giới tính và các yếu tố của u tuyến yên cho thấy đối với các u tuyến yên nhỏ và u không tăng tiết prolactin thì tỉ lệ nữ giới cao hơn nam giới. Một số nghiên cứu dịch tễ cho thấy trong bệnh lý u tuyến yên, tỉ lệ nam: nữ là 2:1. Tuy nhiên, tác giả Bir và cộng sự [3] nghiên cứu 57 TH u tuyến yên không tăng nội tiết tố được điều trị bằng Gamma Knife, trong đó có 53 BN là u tuyến yên tái phát và u còn lại sau phẫu thuật cho thấy tỉ lệ nam: nữ là tương đương nhau (56,1% và 43,9%). Ở nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 43.35 ± 11.9 , tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất 73 tuổi. Theo thống kê các bệnh lý u não tại Mỹ năm 2013 trên 326711 trường hợp, tần suất xuất hiện u tuyến yên là 16,2% và u tuyến yên có thể xuất hiện ở bất kỳ lứa tuổi nào từ 20 tuổi trở lên, tuy nhiên tần suất u tuyến yên tăng dần theo tuổi và nhiều nhất là độ tuổi từ 55-74.

Trong nghiên cứu chúng tôi, phân độ KNOSP độ 3 chiếm đa số 51.9% và độ 4 là 12.3%;

không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân độ KNOSP giữa 2 nhóm u tuyến yên. Tác giả Kim điều trị cho 42 BN u tuyến yên bằng xạ trị sau phẫu thuật cho thấy nhóm BN phân độ KNOSP độ 3 và độ 4 khả năng tái phát sau điều trị cao hơn, nhóm BN có u tuyến yên xâm lấn xoang hang tỉ lệ lành bệnh là 30% so với nhóm không xâm lấn xoang hang tỉ lệ lành bệnh là 72%.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận nhức đầu là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 84%, rối loạn thị giác chiếm 54,3%. Ở nhóm u không tăng NTT triệu chứng thị giác xuất hiện nhiều hơn so với nhóm u có tăng NTT (63,8% so với 30,4%, $p=0.007$). Tác giả Guadalupe khảo sát triệu chứng lâm sàng trên 485 BN u tuyến yên không tăng NTT cho thấy triệu chứng đau đầu là thường gặp, chiếm 66%. Tác giả Đồng Văn Hệ [4] báo cáo 140 TH u tuyến yên tại bệnh viện Việt Đức cho thấy triệu chứng đau đầu, nôn và buồn nôn là thường gặp nhất, chiếm 80%.

Chúng tôi ghi nhận có 23 BN u tuyến yên tăng NTT trong đó 15 TH tăng tiết PRL và 10 TH u tăng GH. Elshirbiny [5] cho thấy trong u tuyến yên tăng NTT, u tăng tiết PLR và GH là thường gặp hơn so với u tăng ACTH. Tác giả Đồng Văn Hệ [4] cũng cho thấy u tăng tiết PRL chiếm 44,17% và u tăng tiết GH chiếm 14,29%, u tăng ACTH chỉ chiếm 2%.

Liều xạ trị trung bình của nghiên cứu là 16,17 Gy, nhóm u tăng NTT có liều xạ trị cao hơn so với nhóm u không tăng NTT (17,74 Gy so với 15,55 Gy, $p<0,001$). Tác giả Sheehan [6] nghiên cứu 512 BN u tuyến yên không tăng NTT, với kích thước u trung bình là 3.3cm^3 , cho thấy liều xạ trị trung bình là 16.4Gy. Tác giả còn nhận thấy sự khác biệt liều xạ và tỉ lệ sống không bệnh qua thời gian theo dõi, BN được xạ trị với liều $<12\text{Gy}$ hoặc $>20\text{Gy}$ sẽ có tỉ lệ thời gian sống không bệnh thấp hơn với nhóm BN được xạ trị 12-20Gy.

Triệu chứng nhức đầu giảm ít sau xạ trị 3 tháng (86,2% lúc xạ trị và 81% tháng thứ 3) sau đó giảm mạnh từ tháng thứ 6 còn 65,5%, tới tháng thứ 18 chỉ còn 5,2% và ổn định ở các tháng theo dõi tiếp sau đó. Sự giảm triệu chứng này có ý nghĩa thống kê. Bir [3] xạ trị cho 57 BN u tuyến yên không tăng tiết ghi nhận triệu chứng đau đầu giảm từ 49,1% trước xạ trị còn 3,5% sau xạ trị, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Chai Hong Rim báo cáo 60 BN với thời gian theo dõi trung bình là 5.7 năm cho thấy triệu chứng đau đầu giảm rõ rệt đến 74%. Với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Phương [7], triệu chứng này giảm chậm trong vòng 12 tháng nhưng đến tháng thứ 24 triệu chứng đau đầu giảm nhiều và có ý nghĩa thống kê.

Chúng tôi ghi nhận qua thời gian theo dõi, tỷ lệ u đáp ứng hoàn toàn chiếm 13,6%, u đáp ứng 1 phần chiếm 50,6%, bệnh ổn định chiếm 33,3% và có 2,5% bệnh tiến triển khối u tăng kích thước. Tỷ lệ kiểm soát u tuyến yên là 97,5%. Tác giả Nguyễn Thị Minh Phương [7] ghi nhận đáp ứng khối u với xạ trị theo tiêu chuẩn RECIST ở 44 BN u tuyến yên cho thấy: đáp ứng hoàn toàn chiếm 6,3%, đáp ứng bán phần chiếm tỷ lệ 41,7%, bệnh ổn định chiếm tỷ lệ cao nhất 43,8%, bệnh tiến triển gặp 8,3%. Yuan-Hao Chen điều trị xạ trị 22 BN và theo dõi trung bình 58.1 tháng cho thấy 39,1% u giảm kích thước, 60,9% u ổn định kích thước.

Thời điểm ghi nhận đáp ứng điều trị của tình trạng tăng tiết NTT: trở về mức bình thường là PRL tháng thứ 18, GH tháng thứ 30 sau xạ trị. Nguyễn Thị Minh Phương [7] ghi nhận thời điểm các chất nội tiết trở về bình thường là tháng thứ 6 sau xạ trị. Grant và cs báo cáo 31 BN u tuyến yên tăng NTT được điều trị xạ trị với thời gian

theo dõi trung bình là 40,2 tháng nhận thấy 70% BN có nồng độ nội tiết trở về sau thời gian theo dõi trung bình 17,7 tháng.

V. KẾT LUẬN

Adenoma tái phát hoặc còn mô u sau phẫu thuật có tỉ lệ nam: nữ tương nhau và gặp chủ yếu ở tuổi trung niên. Triệu chứng nhức đầu thường gặp nhất. Với u tuyến yên tăng NTT, PRL là dạng thường gặp.

Xạ trị u tuyến yên có kết quả tốt, tỉ lệ kiểm soát u rất cao sau trong thời gian theo dõi dài. Các triệu chứng lâm sàng và nồng độ nội tiết trong máu đáp ứng với điều trị xạ trị. Biến chứng xạ trị thường thoáng qua và tự biến mất sau vài ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Molina P.E. (2013).** Anterior Pituitary Gland In: Endocrine Physiology, 4th edition, McGraw-Hill Companies, Inc, New York, 1, 49-72
2. **Nemes O. (2016).** Hypopituitarism due to pituitary adenomas, traumatic brain injury and stroke, Clinical Medical Sciences, Hungary, 10-13.
3. **Bir S.C et al, 2015,** "Clinical and Radiologic outcome of Gamma Knife radiosurgery on nonfunctioning pituitary adenomas", J Neurol Surg B, 76:351-357.
4. **Đông Văn Hệ, Lý Ngọc Lan, 2012,** "Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh u tuyến yên", Y học Tp Hồ Chí Minh, tập 16, phụ bản 4, 410-416
5. **Elshirbiny M.F. et al, 2015,** "Role of gamma knife radiosurgery in the management functioning pituitary adenomas", Benha Medical Journal, 32:6-12.
6. **Sheehan J.P et al, 2013,** "Gamma knife radiosurgery for the management of nonfunctioning pituitary adenomas: a multicenter study", J Neurosurg, 119: 446-456.
7. **Nguyễn Thị Minh Phương, 2018,** "Nghiên cứu biến đổi triệu chứng lâm sàng, hình thái, chức năng tuyến yên ở bệnh nhân u tuyến yên trước và sau điều trị bằng dao Gamma quay", Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân Y, tr 62.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XẠ TRỊ UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN SỚM BẰNG KỸ THUẬT VMAT TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thị Bích Liên¹, Ngô Thanh Tùng^{1,2},
Vũ Việt Anh¹, Lại Minh Bách¹

TÓM TẮT

¹Khoa Xạ đầu cổ, Bệnh viện K

²Trung tâm xạ trị Quốc gia, Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Liên

Email: bichlien6650@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2019

Ngày duyệt bài: 16.9.2019

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và (2) đánh giá kết quả điều trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn sớm bằng xạ trị kỹ thuật VMAT tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 33 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn T1-2N0M0 được xạ trị kỹ thuật VMAT. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 54±9.6, nhóm tuổi có tỉ lệ cao nhất là 50-59. Tỉ lệ nam/nữ là 1,54/1. U tại là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 45,5%, tiếp theo là ngạt mũi và xì máu mũi. Tỉ lệ xâm

lấn hốc mũi là 6,1%, tỉ lệ xâm lấn khoang cận hầu và cơ trước sống như nhau 18,2%. Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn sau trị là 97%. Biến chứng do xạ trị cao nhất là độ 3, xảy ra tại niêm mạc miệng với tỉ lệ 45,5% và khó nuốt với tỉ lệ 6,1%. Viêm da và khô miệng cao nhất là độ 2. **Kết luận:** Xạ trị kỹ thuật VMAT trong ung thư vòm mũi họng cho kết quả đáp ứng tốt và hạn chế được biến chứng liên quan đến điều trị.

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, xạ trị, VMAT.

SUMMARY

RADIATION TREATMENT OF EARLY STAGE NASOPHARYNGEAL CARCINOMA WITH VMAT TECHNIQUE AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: (1) To investigate patients' clinical and sub-clinical characteristics, and (2) to evaluate the efficacy and treatment toxicity of volume-modulated arc therapy (VMAT) for early stage nasopharyngeal carcinoma (NPC). **Subjects and methods:** There was uncontrolled clinical study with 33 stage T1-2N0M0 NPC patients diagnosed and treated at K hospital between 2018-2019. **Results:** The average of age was 54±9.6 with a peak incidence at 50 to 60 years of age, male-to-female ratio was 1,54/1. Tinnitus was reported among 45,5% patients. The second and third most common symptoms were persistent nasal congestion and epistaxis. The incidence of parapharyngeal space, prevertebral muscle and nasal fossa invasions were 18,2%, 18,2% and 6,1%, respectively. The rate of complete response was 97%. The highest grade of acute side effects were grade 3 mucositis (45,5%) and dysphagia (6,1%). **Conclusions:** Radiation with VMAT in NPC patients indicates effective response and reduces irradiation-induced complications.

Key words: Nasopharyngeal carcinoma, radiation, VMAT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiệu quả của tia xạ trong điều trị các bệnh ung thư đã được chứng minh từ lâu, song các ảnh hưởng do xạ trị đến người bệnh cũng rất nặng nề. Các biến chứng cấp và mạn trên các mô lành trong vùng chiếu xạ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Vùng đầu cổ và sọ não có nhiều cơ quan trọng yếu như não, thân não, tủy sống, tuyến yên, thần kinh thị và giao thoa thị giác... Khi chiếu xạ vào các cơ quan này để lại nhiều biến chứng trầm trọng như rối loạn trí nhớ, cảm xúc, viêm liệt tủy, suy giảm một số nội tiết, nhìn mờ... Hoặc nếu chiếu xạ quá liều cho phép vào tuyến nước bọt mang tai, bệnh nhân sẽ bị khô miệng, ảnh hưởng tới việc ăn uống, tăng nguy cơ mắc các bệnh răng miệng như sâu răng, viêm lợi.

VMAT (Volumetric Modulated Arc Therapy) là kỹ thuật xạ trị dựa trên nền tảng kỹ thuật IMRT. Nhìn chung, VMAT ưu việt hơn IMRT. Thừa hưởng từ IMRT, VMAT cũng có khả năng nâng cao liều vào khối u trong khi vẫn giảm liều vào tổ

chức lành. Trong một số trường hợp, liều vào tổ chức nguy cấp thấp hơn so với kỹ thuật IMRT. Ngoài ra, VMAT còn có lợi ích rất lớn về giảm liều xạ do máy phát ra và rút ngắn thời gian xạ trị.

Trong xạ trị ung thư vòm họng, kỹ thuật VMAT có ưu thế cao. Do vòm họng nằm sâu trong sọ mặt, để xạ trị vòm họng phải tránh nhiều tổ chức nguy cấp. Di căn hạch cổ trong ung thư vòm họng mạnh, nên nhiều nhóm hạch cổ cần xạ trị liều triệt căn hoặc dự phòng. Khả năng quá liều ở các cơ quan như thân não, tủy sống, tuyến yên, thần kinh thị, giao thoa thị giác, thanh quản, khoang miệng dễ xảy ra. Với kỹ thuật VMAT, liều tại các cơ quan nguy cấp được giới hạn ở liều cho phép hoặc hạn chế đến mức tối đa. Nhằm đánh giá kết quả bước đầu của kỹ thuật VMAT trong điều trị Ung thư vòm họng tại bệnh viện K, chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá kết quả xạ trị Ung thư vòm mũi họng giai đoạn sớm bằng kỹ thuật VMAT tại bệnh viện K" với 2 mục tiêu sau:

(1) Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân Ung thư vòm mũi họng giai đoạn sớm được xạ trị kỹ thuật VMAT tại bệnh viện K.

(2) Đánh giá kết quả bước đầu ứng dụng kỹ thuật VMAT điều trị Ung thư vòm họng giai đoạn sớm tại bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Từ tháng 8/2018 đến 5/2019, 33 bệnh nhân ung thư vòm họng giai đoạn T1,2N0M0 được xạ trị đơn thuần kỹ thuật VMAT tại bệnh viện K.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.2.2. Các bước tiến hành

Thu thập thông tin trước điều trị

Triệu chứng lâm sàng: đau đầu, ngạt mũi, chảy máu mũi, ù tai.

Triệu chứng cận lâm sàng: Nội soi: vị trí u, xâm lấn u vào hốc mũi, họng miệng. Chụp MRI vùng đầu cổ: vị trí u, xâm lấn vào hốc mũi, họng miệng, khoang cận hầu, cơ chân bướm hàm, cơ trước sống.

Chẩn đoán giai đoạn theo AJCC 2017.

Lập kế hoạch xạ trị. Các thể tích xạ trị gồm GTV70, CTV70, PTV70, CTV59,4, PTV59,4, CTV 54, PTV 54. Các mô lành gồm thân não, thần kinh thị giác, giao thoa thị giác, tủy sống, xương hàm, khớp thái dương hàm, thủy thái dương, khoang miệng, tuyến mang tai, ốc tai, mắt, thủy tinh thể, dây thanh. Phân liều xạ trị 2,12 Gy/lần x 33 lần.

Thu thập thông tin trong và sau điều trị

Đánh giá đáp ứng: Dựa trên kết quả khám lâm sàng, nội soi, chụp MRI sau xạ trị 1 tháng. Tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng khối u đặc theo RECIST. Các biến chứng cấp trong quá trình điều trị gồm viêm da, viêm niêm mạc miệng, khó

nuốt, khô miệng. Tiêu chuẩn đánh giá theo Viện Ung thư quốc gia Hoa Kỳ (CTCAE) phiên bản 5.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.1 Tuổi và giới

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới

Nhóm tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
34-40	1	5	3	23,1	4	12,1
41-50	3	15	2	15,4	5	15,2
51-60	9	45	4	30,8	13	39,4
60-69	7	35	4	30,8	11	33,3
Tổng	20	60,6	13	39,4	33	100

Nhận xét: Theo nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 34, cao nhất là 69, trung bình là 54 tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất là 51-60 tuổi, chiếm 45%, tiếp theo là 61 đến 69 tuổi, chiếm 35%. Nam nhiều hơn nữ với tỉ lệ 1,54/1.

3.1.2 Triệu chứng lâm sàng

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	có		không		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
Đau đầu	3	9,1	30	90,9	33	100
Ngạt mũi	11	33,3	22	66,7	33	100
Chảy máu mũi	11	33,3	22	66,7	33	100
U tai	15	45,5	18	54,5	33	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 12 bệnh nhân được phát hiện bệnh khi chưa có triệu chứng, ù tai là triệu chứng hay gặp nhất chiếm 45,5%, tiếp theo là ngạt mũi và chảy máu mũi với tỉ lệ ngang nhau là 33,3%, đau đầu ít gặp nhất với tỉ lệ 9,1%. Triệu chứng ù tai hay gặp có thể là do khối u thường xuất phát ở thành bên vòm mũi họng vùng loa vòi nên gây chèn ép, bất tắc vòi Eustache. Theo Marlinda Adham, khoảng 60% bệnh nhân có triệu chứng tai, đây là triệu chứng sớm nhất, hay gặp nhất, thậm chí trước khi có thể phát hiện thấy khối u VMH.

2.2.3. Triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo vị trí xâm lấn

Giai đoạn	Vị trí xâm lấn	n	%
I	Tại vòm	23	69,6
	Hốc mũi	2	6,1
II	Khoang cận hầu	2	6,1
	Cơ trước sống	2	6,1
	Khoang cận hầu + cơ trước sống	4	12,1
Tổng		33	100

Nhận xét: Khi đánh giá sự xâm lấn của khối u dựa trên hình ảnh nội soi tại mũi họng và chụp MRI vùng mặt cổ cho thấy, 69,6% bệnh nhân có khối u còn khu trú tại vòm mũi họng, 6,1% xâm lấn hốc mũi. Tỉ lệ xâm lấn khoang cận hầu và cơ trước sống như nhau là 6,1%, xâm lấn cả

khoang cận hầu và cơ trước sống là 12,1%. Theo Liang (2009), nghiên cứu trên 943 bệnh nhân UTMH giai đoạn I đến IV, khoang cận hầu, cơ trước sống và hốc mũi thuộc nhóm nguy cơ cao bị xâm lấn với tỉ lệ lần lượt là 67,7%, 38,5% và 47,8%.

2.3. Kết quả điều trị

2.3.1. Đánh giá đáp ứng sau xạ trị

Bảng 4. Đáp ứng sau xạ trị

Đáp ứng	n	%
Hoàn toàn	32	97
Một phần	1	3
Tổng số	33	100

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy, 32/33 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn dựa trên hình ảnh nội soi và chụp MRI sau xạ trị 1 tháng. 1 bệnh nhân (3%) đạt đáp ứng một phần sau xạ trị. Bệnh nhân này đã được sinh thiết khối u sau xạ trị 1 tháng và kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô không biệt hóa. Thể tích khối u trước điều trị của bệnh nhân này là 20,44cm³ lớn hơn thể tích khối u trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 16,94 ± 8,15cm³. Theo Rui Guo, những bệnh nhân có thể tích khối u trên 19cm³ có thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ thấp hơn thể tích khối u ≤19cm³. Bệnh nhân này đã được điều trị xạ áp sát bằng Iridium-192 với liều 12Gy và không còn u trên nội soi tại mũi họng sau xạ áp sát 2 tuần.

2.3.2. Liệu tại các tổ chức nguy cấp**Bảng 5. Liệu tại các tổ chức nguy cấp**

Tổ chức nguy cấp	Trung bình	Dmax	Dmin
Liều tối đa tại thân não	54,16 ± 5,29	59,54	25,80
Thần kinh thị giác trái	35,14 ± 11,77	58,99	11,10
Thần kinh thị giác phải	35,14 ± 12,18	61,53	13,24
Giao thoa thị giác	31,83 ± 10,54	60,06	13,18
Tủy sống	42,05 ± 3,27	46,61	27,01
Xương hàm	69,07 ± 7,46	74,90	37,49
khớp thái dương hàm trái	64,86 ± 5,08	72,28	53,81
khớp thái dương hàm phải	63,30 ± 6,19	73,24	42,91
Thùy thái dương trái	65,75 ± 2,91	71,47	60,19
Thùy thái dương phải	66,99 ± 3,34	72,90	61,41
Khoang miệng	41,59 ± 3,73	47,96	25,22
Liều trung bình tuyến mang tai trái	29,25 ± 2,42	35,77	25,79
Thể tích tuyến mang tai trái >30Gy	38,61 ± 8,82	63,64	5,0
Liều trung bình tuyến mang tai phải	29,80 ± 2,36	33,68	25,15
Thể tích tuyến mang tai phải >30Gy	39,43 ± 8,20	52,6	5,4

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhìn chung liều tại các tổ chức nguy cấp đạt được yêu cầu giới hạn về liều. Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của Rui Guo, liều tối đa tại thân não, tủy sống, thần kinh thị, giao thoa thị giác đều thấp hơn. Đặc biệt, liều trung bình và phần trăm thể tích trên 30Gy tại tuyến mang tai hai bên thấp hơn hẳn. Liều tại các tổ

chức nguy cấp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn là do bệnh nhân được lựa chọn ở giai đoạn sớm, trong khi nghiên cứu của Rui Guo và cs chọn bệnh nhân ở cả 4 giai đoạn, với bệnh nhân có hạch cổ cao, liều tại thùy sâu tuyến mang tai sẽ tăng cao.

2.3.3. Biến chứng cấp do xạ trị**Bảng 6. Biến chứng cấp do xạ trị**

Độ	0		1		2		3		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Viêm da	0	0	26	78,8	7	21,2			33	100
Viêm niêm mạc miệng	0	0	0	0	18	54,5	15	45,5	33	100
Khó nuốt	30	90,9	1	3,0	0	0	2	6,1	33	100
Khô miệng	1	3,0	5	15,2	27	81,8	0	0	33	100

Nhận xét: Nhìn chung, ở những bệnh nhân xạ trị ung thư vòm mũi họng, viêm da, viêm niêm mạc miệng và khô miệng là những biến chứng gặp ở hầu hết các bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, viêm da, viêm miệng xảy ra ở tất cả các bệnh nhân. Biến chứng độ 3 là cao nhất, đó là viêm niêm mạc và khó nuốt. Không có bệnh nhân bị viêm da và khô miệng nặng độ 3 hoặc 4. Viêm niêm mạc miệng là biến chứng nặng nhất, là nguyên nhân gây gián đoạn điều trị, tỉ lệ viêm niêm mạc độ 3 cao là 45,5%. Theo Rui Guo, tất cả các bệnh nhân đều bị viêm da, viêm miệng và khô miệng, biến chứng độ 3 lần lượt là 5%, 28% và 10%. Tỉ lệ viêm da và khô miệng trong nghiên cứu này cao hơn của chúng tôi là do liều tại tuyến mang tai cao hơn và do có hạch cổ. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, nếu thể tích PTV70 lấn vào khoang miệng thì rất khó để đưa liều trung bình của khoang miệng xuống dưới 40 Gy như khuyến cáo.

V. KẾT LUẬN

Điều trị xạ trị bằng kỹ thuật VMAT ở bệnh nhân UTMH cho kết quả đáp ứng tốt, đồng thời kiểm soát hiệu quả hơn liều tại tổ chức nguy cấp, do đó giảm thiểu các biến chứng liên quan đến điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anne W.M. Lee, William M. Lydiatt, A. Dimitrios Colevash et al (2017). "Nasopharynx," in AJCC Cancer Staging Manual, 8th Edition, Ed.: Springer, ch. 9, pp. 103-111.
2. Nancy Lee, Nadeem Riaz, Jiade Lu (2015). , Target Volume Delineation for Conformal and Intensity-Modulated Radiation Therapy.: Springer International Publishing Switzerland.
3. Anne W. Lee, Wai Tong Ng, Jian Ji Pan (2017)., "International guideline for the delineation of the clinical target volumes (CTV) for nasopharyngeal carcinoma," Radiotherapy and Oncology, pp. 26-36.
4. SERVICES, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH

- AND HUMAN (2017). "Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0,".
5. **Marlinda Adham, Antonius N. Kurniawan, Arina Ika Muhtadi et al (2012).** "Nasopharyngeal carcinoma in Indonesia epidemiology, incidence, signs and symptoms at presentation", Chinese Journal of Cancer; Vol. 31 Issue 4, pp 185-196.
 6. **Camil Mireștean, Călin Gheorghe Buzea, Irina Butuc et al (2017).**, "Comparative evaluation of the doses received by the parotid glands as predictors of xerostomia by 3D-CRT, IMRT and VMAT irradiation techniques in local advanced nasopharynx cancer," Archive of Clinical Cases, vol. 4, no. 3, pp. 146-153.
 7. **Peter WHITE, Kit Chi CHAN, Ka Wai CHENG (2013).**, "Volumetric intensity-modulated arc therapy vs conventional intensity-modulated radiation therapy in nasopharyngeal carcinoma: a dosimetric study," Journal of Radiation Research, vol. 54, pp. 532-545.
 8. **Guo R, Tang L.L, Mao Y.P (2016).**, "Clinical Outcomes of Volume-Modulated Arc Therapy in 205 Patients with Nasopharyngeal Carcinoma: An Analysis of Survival and Treatment Toxicities," PLOS ONE.
 9. **Ozdemir S, Akin M, Coban Y (2015),** "Acute Toxicity in Nasopharyngeal Carcinoma Patients Treated with IMRT/VMAT," Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, vol. 16, pp. 1897-1900.

CĂN NGUYÊN SỐT KÉO DÀI Ở TRẺ EM

Ngô Thị Hương*, Đào Thúy Đạt*, Nguyễn Văn Lâm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định căn nguyên sốt kéo dài ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung Ương; **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu từ 01/06/2016 đến 30/05/2018. **Kết quả:** sốt kéo dài hay gặp nhất ở lứa tuổi từ 1 đến 3 tuổi (37,8%), tỉ lệ nam/nữ là 1,4/1. Nhóm nguyên nhân hay gặp nhất của sốt kéo dài là bệnh nhiễm khuẩn (65,5%), sau đó là nhóm bệnh miễn dịch (14%), nhóm bệnh ung thư (5%), nhóm chưa rõ nguyên nhân chiếm 23%. Trong nhóm sốt kéo dài do nhiễm khuẩn, căn nguyên hay gặp nhất là nhiễm khuẩn tiết niệu (33,8%). **Kết luận:** Nhiễm khuẩn vẫn là nguyên nhân hàng đầu của sốt kéo dài ở trẻ em trong đó hay gặp nhất là nhiễm khuẩn tiết niệu. Còn một tỉ lệ không nhỏ SKD không xác định được căn nguyên (23%).

Từ khóa: Sốt kéo dài, trẻ em.

SUMMARY

CAUSES OF PROLONGED FEVER IN CHILDREN

Purpose: Determine the cause of prolonged fever in children at the National Children's Hospital. **Method:** Descriptive and prospective research study from 01/06/2016 to 30/05/2018. **Results:** Prolonged fever is the most common in the ages of 1 and 3 years (37.8%), in which the rate of men/women is 1,4/1. The most common cause of prolonged fever is bacterial infection (65.5%), followed by immunology diseases (14%), cancer diseases (5%), unknown origin (23%). In the prolonged fever group due to infection, urinary tract infection is account for the majority (33.8%). **Conclusion:** Bacteria infection is till main cause of prolonged fever in children in which urinary tract infection is the most popular. There is still

significant proportion of fever of unknown origin.

Keyword: prolonged fever, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt kéo dài được định nghĩa từ năm 1961 bởi Petersdorf and Beeson, là trường hợp bệnh nhân bị sốt ít nhất 3 tuần với thân nhiệt $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ trong hầu hết các ngày và chưa có chẩn đoán xác định sau 1 tuần thăm khám và làm các xét nghiệm thăm dò tích cực [1]. Hiện nay đa số các bác sỹ lâm sàng đề nghị: sốt kéo dài là tình trạng bệnh có thời gian sốt > 2 tuần, không tìm được nguyên nhân sau khi làm xét nghiệm chẩn đoán căn nguyên [2,3].

Tại Bệnh viện Nhi Trung ương tiếp nhận mỗi năm khoảng 70-100 trẻ vào viện với chẩn đoán sốt kéo dài. Việc chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh gặp rất nhiều khó khăn, thời gian chẩn đoán kéo dài ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh, có thể dẫn đến tử vong hoặc ảnh hưởng đến sự phát triển bình thường của trẻ, là gánh nặng tâm lý và kinh tế cho gia đình. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Nghiên cứu căn nguyên sốt kéo dài ở trẻ em" nhằm mục đích: Xác định căn nguyên sốt kéo dài ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ 01/6/2016 đến 30/5/2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân từ 1 tháng đến 15 tuổi nhập viện từ tháng 01/6/2016 đến 30/05/2018 tại khoa Truyền nhiễm bệnh viện Nhi trung ương với chẩn đoán lâm sàng lúc vào viện là sốt kéo dài.

Tiêu chuẩn lựa chọn, Lựa chọn các bệnh nhân sốt trên 14 ngày, ngày nào cũng sốt mà chưa tìm được nguyên nhân

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

Các bệnh nhân được chẩn đoán HIV.

*Bệnh viện Nhi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lâm

Email: nguyenvanlam73@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2019

Ngày duyệt bài: 17.9.2019

Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp mô tả hồi cứu và tiến cứu. Các bệnh nhân nhập viện đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được khám lâm sàng, hỏi bệnh sử, kiểm tra công thức máu, cpr, máu lắng, và làm các xét nghiệm tìm căn nguyên khác.

Các biến nghiên cứu: Đặc điểm dịch tễ học, căn nguyên sốt.

Số liệu được nhập và xử lý phân tích theo SPSS 16.0. Tiến hành phân tích số liệu bằng test khi bình phương

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

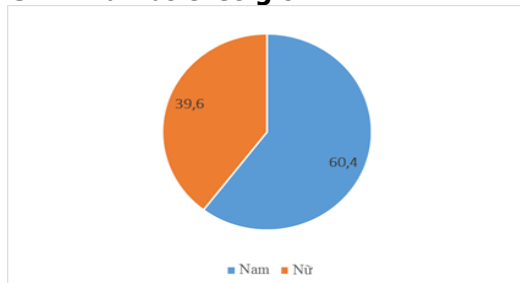
3.1. Phân bố theo tuổi

Bảng 3.1: Thông tin chung về bệnh nhân theo nhóm tuổi (n=111)

Nhóm tuổi	Bệnh nhân(n)	Tỷ lệ(%)
1th - ≤ 12th	2	1,8
1 tuổi - ≤ 3 tuổi	40	36,0
3 - ≤ 6 tuổi	31	31,6
6 - ≤ 10 tuổi	9	9,2
10 - ≤ 15 tuổi	19	19,4
Tổng	111	100

Tổng số 111 bệnh nhân tham gia nghiên cứu nhóm bệnh nhân từ 1 tuổi - ≤ 3 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 36%, thấp nhất là nhóm từ 1th - ≤ 12th chỉ chiếm 1,8%.

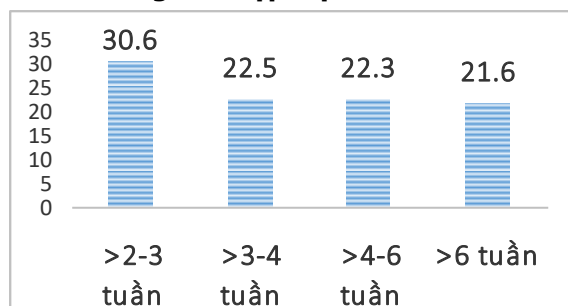
3.2. Phân bố theo giới



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới tính (n=111)

Nhóm trẻ là nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn (60,4%) so với nhóm trẻ nữ (39,6%).

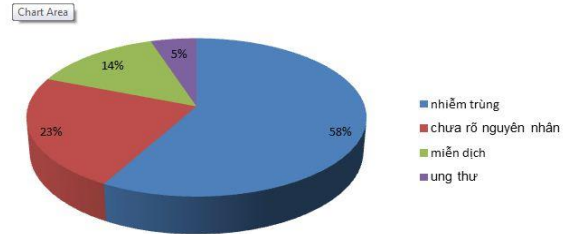
3.3 Thời gian nhập viện



Biểu đồ 3.2: Phân bố theo thời gian nhập viện

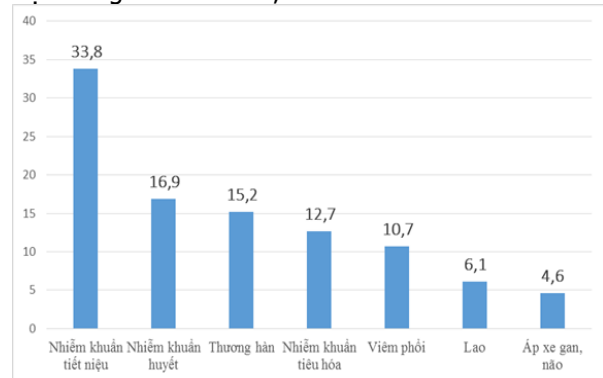
Nhận xét: Số bệnh nhân vào viện trong thời gian bệnh diễn biến từ tuần thứ 2 đến tuần thứ 3 là cao nhất chiếm 30,6%.

3.4. Căn nguyên sốt kéo dài



Biểu đồ 3.3: Các căn nguyên gây bệnh

Nguyên nhân gặp nhiều nhất là do nhiễm khuẩn có 65/111 bệnh nhân chiếm 58,5%, tiếp đến là nhóm chưa rõ nguyên nhân có 28/111 bệnh nhân chiếm 22,5%, nguyên nhân do bệnh miễn dịch kết chiếm 13,6%, thấp nhất là nhóm bệnh ung thư chiếm 5,4%.



Biểu đồ 3.4: Nguyên nhân nhiễm khuẩn gây SKD

Trong số các nguyên nhân nhiễm khuẩn gây SKD nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm đa số các trường hợp là 33,8%, tiếp theo là nguyên nhân nhiễm khuẩn huyết 16,9%, áp xe gan, não chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,6%.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ sốt kéo dài hay gặp nhất ở nhóm trẻ từ 1 tuổi đến 3 tuổi chiếm 37,8 %. Trong đó tỷ lệ mắc ở nam là 59,3% (67 bệnh nhân) lớn hơn ở nữ 40,7 % (46 bệnh nhân). Các kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Lâm và cộng sự [4], Cogulu O [5]. Về thời gian nhập viện, theo kết quả cho thấy số bệnh vào viện sau 3 tuần bị sốt là 55% với $p < 0.01$ trong đó số bệnh nhân vào rất muộn (sau 6 tuần) chiếm 20 % và những bệnh nhân này đều qua các tuyến điều trị trước khi đến viện Nhi TW. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Lâm và cộng sự số bệnh

nhân vào viện sau 3 tuần bị sốt là 69.5%. số bệnh nhân vào rất muộn (sau 6 tuần) là 22%. Theo Joshi N [6] thời gian trẻ bị bệnh trước khi vào viện cao nhất trong nhóm 3 tuần là 25%.

Chúng tôi chia SKD thành 4 nhóm nguyên nhân: Nhóm bệnh nhiễm khuẩn, nhóm bệnh ung thư, bệnh miễn dịch, nhóm bệnh không tìm được nguyên nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhiễm khuẩn có tỷ lệ cao nhất 65.5% (74 bệnh nhân). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Lâm tỷ lệ nhiễm khuẩn là 55.3%. Theo tác giả Cogoluo O và cộng sự [5] cũng cho kết quả căn nguyên nhiễm khuẩn chiếm 59%. Trong căn nguyên nhiễm khuẩn chúng tôi gặp nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm tỷ lệ cao nhất 33.8% (22 bệnh nhân) và áp xe não chiếm tỷ lệ thấp nhất 4.6% (3 bệnh nhân). Nhóm bệnh miễn dịch chiếm tỷ lệ 13,6%. Theo Nguyễn Văn Lâm tỷ lệ nhóm bệnh miễn dịch chiếm 15,2%. Theo Trương Thị Vân tỷ lệ này chiếm 6,8% [6]. Theo Bakashili tỷ lệ này chiếm 3,8%. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh ung thư chiếm 5,4 %. Theo Nguyễn Văn Lâm nhóm bệnh miễn dịch chiếm tỷ lệ 6,25% [5]. Theo Bakashili tỷ lệ này chiếm 5,8%. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm các trường hợp chưa xác định được căn nguyên chiếm 22,5% (25 bệnh nhân). Theo Nguyễn Văn Lâm tỷ lệ này là 21,4% [5]. Theo Trương Thị Vân tỷ lệ này là 18,9% [7]. Theo Bakashili tỷ lệ này là 14,3%. Như vậy kết quả này khá phù hợp với các tác giả trong nước và ngoài nước.

V. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh nhân mắc bệnh SKD từ 1 tuổi đến 3 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (36,0%). Nguyên nhân hay gặp nhất là nhiễm khuẩn chiếm 58,5%; Nguyên nhân miễn dịch 13,6%; Nguyên nhân ung thư 5,4%; Chưa rõ nguyên nhân chiếm 22,5%

Phân bố các bệnh nhiễm khuẩn gây sốt kéo dài ở trẻ em: Nhiễm khuẩn tiết niệu 33,8%, nhiễm khuẩn huyết 16,9%, thương hàn 15,2%, nhiễm khuẩn tiêu hóa 12,7%, viêm phổi 10,7%, lao 6,1% và thấp nhất là áp xe gan, não 4,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Elise W. van der Jagt**. "chapter 182 Fever of Unknown Origin". AAP Textbook of Pediatric Care.
2. **Phạm Nhật An (2003)**. "Sốt kéo dài ở trẻ em". Bài giảng Nhi khoa tập 1. Nhà xuất bản Y học. 46-54
3. **Nguyễn Công Khanh (2001)**. "Sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân". Tiếp cận chẩn đoán Nhi khoa. Nhà xuất bản Y học. 386-391
4. **Nguyễn Văn Lâm và cs (2003)**. "Tìm hiểu nguyên nhân và một số đặc điểm lâm sàng. cận lâm sàng sốt kéo dài ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi trung ương." Luận văn thạc sỹ Y học Trường Đại học Y Hà nội.
5. **Cogulu O. Koturoglu G. Kurugol Z. Ozkinay F. Vardar F. Ozkinay CE (2003)**. "valuation of 80 children with prolonged fever". *Pediatr Int.* ;45(5): 564-569
6. **Joshi N. Rajeshwari K. Dubey AP. Singh T. Kaur R (2008)**. "Clinical spectrum of fever of unknown origin among Indian children". *Ann Trop Paediatr.* ; 28(4): 261-26
7. **Trương Thị Vân (2011)**. "Tìm hiểu nguyên nhân và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sốt kéo dài ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi trung ương". Luận văn tốt nghiệp Trường Đại học Y Hà nội. 23-24

ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN GIỌNG Ở BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG THANH QUẢN KÈM TRÀO NGƯỢC HỌNG - THANH QUẢN

TÓM TẮT

Giọng nói là một trong những phương tiện giao tiếp của con người. Chất lượng giọng ảnh hưởng rất lớn đến khả năng truyền cảm khi nói, đến sự tự tin trong giao tiếp. Giọng nói của con người được hình thành do sự phối hợp của miệng, họng, thanh quản, phổi, cơ hoành, các cơ của bụng và cơ vùng cổ. Có

**Nguyễn Vũ Hiệp¹, Phạm Thị Bích Đào¹,
Nguyễn Thị Hằng², Vũ Thị Phương Thảo²**

nhiều nguyên nhân gây ra thay đổi giọng nói một trong số đó là trào ngược họng – thanh quản. Đề tài Đánh giá rối loạn giọng ở bệnh nhân tổn thương thanh quản kèm trào ngược họng – thanh quản thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn giọng nói được chẩn đoán có bệnh lý trào ngược và được ghi âm và phân tích âm bằng phần mềm PRAAT. Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang từng trường hợp. Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 43,6. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 26 tuổi, cao nhất là 63 tuổi. Bệnh nhân nữ chiếm đa số trong nghiên cứu 75,8%. Triệu chứng đường tiêu hóa: 45,5% có triệu chứng ợ hơi, 42,4% đầy hơi, 39,4% ợ chua, 18,2% đau thượng vị. Triệu chứng ở họng: 100% khàn tiếng, nuốt nghẹn 42,2%, khô họng: 48,5%, đau họng 27,3%, khạc đờm thường

¹Bệnh viện trung ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội,

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Hiệp

Email: bshieptmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 11.9.2019

Ngày duyệt bài: 18.9.2019

xuyên 39,4%. Chỉ số RFS trung bình của nhóm nghiên cứu là $10,8 \pm 1,7$. Chỉ số Jitter, Shimmer và HNR trung bình của nhóm nghiên cứu lần lượt là $0,9 \pm 0,82\%$, $6,9 \pm 3,47\%$ và $15,2 \pm 4,12$. Tỷ lệ bệnh nhân có độ nhiễu loạn về tần số (jitter) là 24,2%, 11/33 bệnh nhân có độ nhiễu loạn về biên độ (shimmer) chiếm 33,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số HNR thấp hơn ngưỡng là 39,4% với 13/33 bệnh nhân.

Từ khóa: rối loạn giọng, trào ngược họng-thanh quản

SUMMARY

ASSESSMENT OF VOICE DISORDERS IN PATIENTS WITH LARYNGEAL LESIONS WITH PHARYNGEAL-LARYNGOPHARYNGEAL REFLUX

Voice is one of the means of human communication. Voice quality greatly affects the ability to communicate when speaking, confidence in communication. The human voice is formed by a combination of the mouth, throat, larynx, lungs, diaphragm, abdominal and neck muscles. There are many causes of voice changes, one of which is reflux - larynx. Subject Assessment of vocal disorders in laryngeal lesions with pharyngeal reflux disease performed at Hanoi Medical University Hospital on 33 patients diagnosed with speech disorders diagnosed with reflux disease and there are changes in voices, recorded and analyzed by PRAAT software. Use the method described cross-case by case. Results: The average age of the research team is 43,6. The youngest patient is 26 years old, the highest is 63 years old. Female ratio is higher 75,8%. Gastrointestinal symptoms: 45,5% have symptoms of belching, 42,4% flatulence, 39,4% heartburn, 18,2% epigastric pain. Symptoms in the throat: 100% hoarseness, swallowing 42,2%, dry throat: 48,5%, sore throat 27,3%, frequent sputum 39,4%. The average RFS of the research group is $10,8 \pm 1,7$. The average index of Jitter, Shimmer and HNR of the research group are $0,9 \pm 0,82\%$, $6,9 \pm 3,47\%$ and $15,2 \pm 4,12$. The percentage of patients with frequency disturbance (jitter) is 24,2%, 11/33 patients have amplitude disturbance (shimmer) 33,3%. The proportion of patients with HNR is lower than the threshold of 39,4% with 13/33 patients.

Key words: voice disorder, reflux - larynx

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giọng nói là một trong những phương tiện giao tiếp của con người. Chất lượng giọng ảnh hưởng rất lớn đến khả năng truyền cảm khi nói, đến sự tự tin trong giao tiếp [1]. Rất nhiều nguyên nhân làm ảnh hưởng tới chất lượng giọng như viêm nhiễm thanh quản, nhợt cơ dây thanh, bệnh lý khối u, chấn thương.... Trong đó thay đổi giọng nói do viêm thanh quản trong biểu hiện của bệnh lý trào ngược là một trong những nguyên nhân hay gặp [1]. Altman và cộng sự công bố 52% bệnh nhân trào ngược dạ dày thực quản bị thay đổi giọng [2]. Người ta đã sử dụng nhiều phương pháp để đánh giá sự thay đổi giọng ở những bệnh nhân trào ngược dạ dày

thực quản như sử dụng bảng thử về tàn tật giọng nói, soi hoạt nghiệm thanh quản, các phần mềm phân tích âm..., kết quả cho thấy 61% có rối loạn về giọng ở các mức độ khác nhau tùy thời gian mà bệnh nhân bị trào ngược [4].

Ở Việt Nam, việc đánh giá những thay đổi về phát âm ít khi được đề cập đến vì chức năng này không nhiều người bệnh quan tâm. Những nghiên cứu chủ yếu đi sâu về bệnh học và việc điều trị bệnh lý trào ngược. Chính vì những lý do này chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Đánh giá rối loạn giọng của nhóm bệnh nhân tổn thương thanh quản kèm trào ngược họng-thanh quản.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn. 33 bệnh nhân được chẩn đoán có bệnh lý trào ngược và có những thay đổi về giọng, được ghi âm và phân tích âm bằng phần mềm PRAAT tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 8/2018 đến tháng 5/ 2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm thanh quản mạn tính kèm trào ngược họng - thanh quản.

+ Triệu chứng cơ năng: đau rát họng, thay đổi giọng nói

+ Soi họng thanh quản: đánh giá theo thang điểm RFS

- Được ghi âm giọng nói theo mẫu câu do Lê Văn Lợi (viện ngôn ngữ xây dựng)

- Được phân tích âm bằng phần mềm PRAAT

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

2.2.1 Phương tiện nghiên cứu:

- Phần mềm PRAAT 6.1.03.

- Máy ghi âm Sony ICD-PX470 4GB

- Máy nội soi Tai Mũi Họng

2.2.2 Cỡ mẫu. Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3 Thiết kế nghiên cứu

2.2.4 Xây dựng các chỉ số nghiên cứu

2.2.5 Các bước tiến hành nghiên cứu

2.3 Phương pháp xử lý số liệu. Nhập, quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20

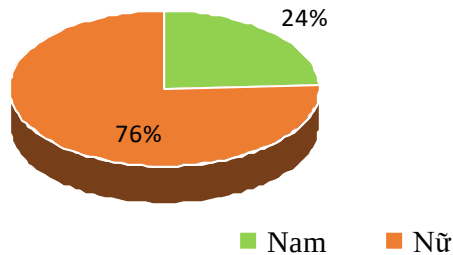
2.4 Đạo đức nghiên cứu. Thực hiện đúng đạo đức nghiên cứu trong các nghiên cứu y sinh

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $43,6 \pm 10,75$. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 26 tuổi, cao nhất là 63 tuổi.

- Tỷ lệ giới trong nghiên cứu:



Biểu đồ 1. Tỷ lệ giới trong nghiên cứu

Nhận xét: Bệnh nhân nữ chiếm đa số trong nghiên cứu với 25 bệnh nhân chiếm 75,8%, có 8 bệnh nhân nam chiếm 24,2%.

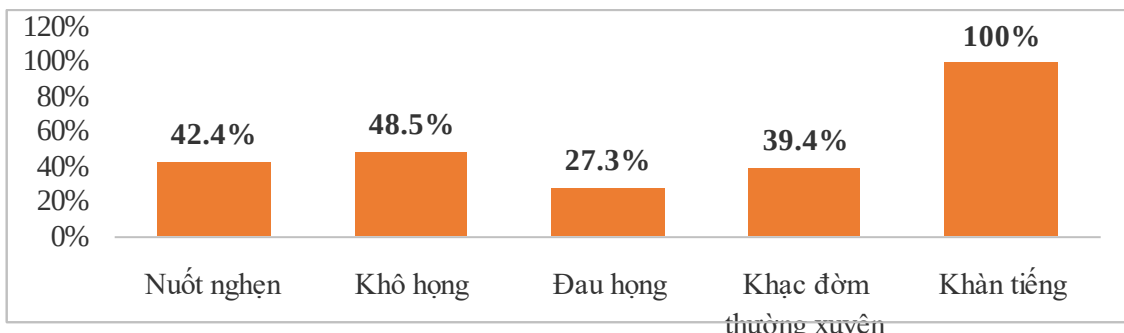
3.2 Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu

- Triệu chứng cơ năng:

Bảng 3. Triệu chứng ở đường tiêu hóa

	Số lượng(người)	Tỷ lệ %
Ợ hơi	15	45,5
Ợ chua	13	39,4
Đầy hơi	14	42,4
Đau thượng vị	6	18,2

Nhận xét: Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng ợ hơi chiếm đa số với 15 bệnh nhân, chiếm 45,5%. Bệnh nhân có biểu hiện đau thượng vị là thấp nhất với 6 bệnh nhân chiếm 18,2%. Các biểu hiện lâm sàng khác như ợ chua và đầy hơi chiếm tỷ lệ lần lượt là 39,2% và 42,2%.



Biểu đồ 2. Triệu chứng ở họng

Nhận xét: 100% bệnh nhân có biểu hiện khàn tiếng, các biểu hiện khác như khô họng, nuốt nghẹn, khạc thường xuyên và đau họng chiếm tỷ lệ lần lượt là 48,5%, 42,2%, 39,4% và 27,3%. Chỉ số RFS trung bình của nhóm nghiên cứu là $10,8 \pm 1,7$, bệnh nhân có chỉ số RFS thấp nhất là 8 và cao nhất là 14.

3.3 Đặc điểm phân tích mẫu câu theo phần mềm PRAAT

Bảng 4. Một số đặc điểm phân tích mẫu câu theo phần mềm PRAAT

Đặc điểm PRAAT	X $\pm$ SD	Min	Max
JITTER (%)	0,9 $\pm$ 0,82	0,269	4,789
SHIMMER(%)	6,9 $\pm$ 3,47	2,146	16,77
HNR	15,2 $\pm$ 4,12	7,234	25,135

Nhận xét: Chỉ số Jitter, Shimmer và HNR trung bình của nhóm nghiên cứu lần lượt là $0,9 \pm 0,82\%$, $6,9 \pm 3,47\%$ và $15,2 \pm 4,12$.

Bảng 5. Tỷ lệ bất thường khi phân tích mẫu câu theo phần mềm PRAAT

Đặc điểm PRAAT		Số lượng (người)	Tỷ lệ %
JITTER (%)	Bình thường	25	75,8
	Cao	8	24,2

SHIMMER (%)	Bình thường	22	66,7
	Cao	11	33,3
HNR	Thấp	20	60,6
	Cao	13	39,4

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có độ nhiễu loạn về tần số (jitter) là 24,2%, 11/33 bệnh nhân có độ nhiễu loạn về biên độ (shimmer) chiếm 33,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số HNR thấp hơn ngưỡng là 39,4% với 13/33 bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $43,6 \pm 10,75$. Trong đó, bệnh nhân ít tuổi nhất là 26 tuổi, cao nhất là 63 tuổi. Kết quả này giống với nghiên cứu của Andrade BM và cộng sự trên 121 giáo viên có trào ngược thanh quản và rối loạn giọng, tuổi trung bình của nghiên cứu này cũng là 43 [4].

Về tỷ lệ giới trong nghiên cứu: bệnh nhân nữ chiếm đa số với 25/33 bệnh nhân chiếm 75,8%, bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ ít hơn với 24,2%. Như vậy có tới 2/3 số bệnh nhân bị trào ngược dạ dày thanh quản có thay đổi về giọng nói là nữ giới. Kết quả này cũng tương đồng với Belafsky PC, tỷ lệ nữ chiếm 73% [6].

Đặc điểm về triệu chứng ở đường tiêu hóa thấy: bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng ợ hơi chiếm đa số với 15 bệnh nhân, chiếm 45,5%. Bệnh nhân có biểu hiện đau thượng vị là thấp nhất với 6 bệnh nhân chiếm 18,2%. Các biểu hiện lâm sàng khác như ợ chua và đầy hơi chiếm tỷ lệ lần lượt là 39,2% và 42,2%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Hà Phương Thảo năm 2014 với tỷ lệ bệnh nhân có nóng rát, đau ngực, ợ nóng, ợ trớ lên đến 86,8% [8]

Đặc điểm về triệu chứng ở họng: 100% bệnh nhân có biểu hiện khàn tiếng, kết quả này khá tương đồng với tác giả Koufman khi cho rằng khàn tiếng là dấu hiệu hay gặp và là nguyên nhân hàng đầu cho việc đi khám của bệnh nhân [4]. Các biểu hiện khác như khô họng, nuốt nghẹn, khạc thường xuyên và đau họng chiếm tỷ lệ lần lượt là 48,5%, 42,2%, 39,4% và 27,3%.

Tổn thương thanh quản theo RFS: chỉ số RFS trung bình là $10,6 \pm 1,6$, bệnh nhân có chỉ số RFS thấp nhất là 8 và cao nhất là 14. Tất cả những dấu hiệu được mô tả trong RFS đều là hậu quả của dịch dạ dày tác động lên vùng họng thanh quản.

Số bệnh nhân có rãnh dây thanh giả 21,2% (7/33) và u hạt chiếm 18,2%. Nghiên cứu của Belafsky trên 30 BN được chẩn đoán LPR dựa vào đo pH 24h và nhóm chứng, ông nhận thấy cá nhân có dấu hiệu rãnh dây thanh giả có khả năng bị trào ngược họng thanh quản gấp 2,3 lần so với người không có hình ảnh trên. Đồng thời, triệu chứng thực thể này có độ nhạy 70% và độ đặc hiệu 77% [6]

Tỷ lệ bất thường khi phân tích mẫu câu theo phần mềm PRAAT ở nhóm nghiên cứu: tỷ lệ bệnh nhân có độ nhiễu loạn về tần số (jitter) là 24,2%, 75,8% có chỉ số jitter trong giới hạn bình thường, 11/33 bệnh nhân có độ nhiễu loạn về biên độ (shimmer) chiếm 33,3%, 66,7% có chỉ số shimmer trong giới hạn bình thường. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số HNR thấp hơn ngưỡng là 39,4% với 13/33 bệnh nhân, cao hơn ngưỡng là 39,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác như nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Bích Đào và cộng sự trên 30 bệnh nhân cắt thanh quản toàn phần nhằm đánh giá khả năng phát âm sau phẫu thuật cho thấy 78,54% người nói giọng thực quản, có chỉ số jitter bình thường, 67,54% có chỉ số shimmer bình thường

Một số đặc điểm phân tích mẫu câu theo phần mềm PRAAT: Tham số đánh giá sự nhiễu loạn về tần số giọng Jitter nói lên tính ổn định

của cơ quan tạo thanh, jitter (%) bình thường là $0,87 \pm 0,32\%$. Tham số chỉ sự nhiễu loạn về biên độ khi phát âm. Shimmer xác định sự khác nhau về biên độ của sóng âm giữa các chu kỳ kế tiếp nhau. Shimmer thay đổi trong trường hợp bệnh lý tại thanh quản nhưng không có ý nghĩa quan trọng bằng Jitter. Để tương đồng khi đánh giá người ta dùng shimmer cục bộ. Chỉ số shimmer (%) bình thường là $6 \pm 1,06\%$. Độ hài thanh (harmonics-to-noise ratio – HNR, đơn vị là Db): Là mức độ phần âm có tính chu kỳ được tính bằng tỷ lệ giữa tiếng thanh và tiếng ồn, qua đó cho phép đánh giá chất lượng giọng. Harmonicity Noise Ratio - HNR bình thường là $15,74 \pm 1,82\%$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số Jitter, Shimmer và HNR trung bình của nhóm nghiên cứu lần lượt là $0,877 \pm 0,816\%$, $6,849 \pm 3,465\%$ và $15,225 \pm 4,123\text{dB}$. Bệnh nhân có chỉ số Jitter và Shimmer cao nhất là 4,789% và 16,77%, bệnh nhân có chỉ số HNR thấp nhất là 7,234dB.

V. KẾT LUẬN

Trào ngược họng – thanh quản là một bệnh thường gặp và có thể gây tổn thương mạn tính tại vùng họng, thanh quản nếu bệnh không được chẩn đoán và điều trị sớm. Hậu quả của các tổn thương này là ảnh hưởng đến giọng nói của người bệnh, làm ảnh hưởng trực tiếp tới khả năng giao tiếp. Trong khi đó các triệu chứng này thường được bỏ qua hoặc điều trị chưa đúng cách. Chính vì vậy cần quan tâm đúng mức và điều trị sớm trào ngược họng – thanh quản để tránh để lại các tổn thương mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Lợi (1999)**, " Thanh học, các bệnh về giọng nói, lời nói và ngôn ngữ " Nhà Xuất Bản Y Học. 15-88.
2. **Vashani K, Muruges M, Hattiangadi G, (2010)** Effectiveness of voice therapy in reflux-related voice disorders. Diseases of the Esophagus, Volume 23, Issue 1, 1 January 2010, Pages 27–32
3. **Altman K.W., Kinoshita Y., Tan M., et al. (2011)**. Western blot confirmation of the H+/K+-ATPase proton pump in the human larynx and submandibular gland. Otolaryngol Head Neck Surg, 145(5), 783–788. Savage C.R, S.D.L. (2007), Snoring: a critical analysis of current treatment modalities. Curr Opin Otolaryngol head and neck surgery, 15(3), 177-179.
4. **Koufman JA, Aviv JE, Casiano RR, Shaw GY (2002)** Laryngopharyngeal reflux: position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Otolaryngol Head and Neck surgery Volume: 127 issue: 1, page(s): 32-35.
5. B Relationship between the presence of

- videolaryngoscopic signs suggestive of laryngopharyngeal reflux and voice disorders in teachers. *CoDAS* vol.28 no.3.
6. **Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA (2001).** The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). *Laryngoscope* 2001;111:1313.
7. **Andrea Maria Campagnolo, Jaqueline Priston, Rebecca Heidrich Thoen (2014),** Laryngopharyngeal Reflux: Diagnosis, Treatment, and Latest Research. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2014 Apr; 18(2): 184–191.
8. **Hà Phương Thảo (2014)** Ứng dụng bảng RSI, RFS trong chẩn đoán và điều trị trào ngược họng thanh quản, Luận văn Thạc sỹ y học. 1-150.

KHẢO SÁT BIẾN THIÊN TẦN SỐ TIM Ở BỆNH NHÂN SUY TIM SAU NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Đặng Thu Trang*, Lê Đình Tùng*, Nguyễn Ngọc Quang*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Biến thiên tần số tim là yếu tố tiên lượng độc lập, quan trọng về nguy cơ tử vong và rối loạn nhịp ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát biến thiên tần số tim bằng holter điện tim 24 giờ ở bệnh nhân suy tim sau nhồi máu cơ tim cấp, tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến biến thiên tần số tim ở nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp:** 86 bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp mạch vành qua da tại Viện Tim mạch Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** Qua đánh giá 86 bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp có các chỉ số SDNN, ASDNN5, SDANN5, RMSSD giảm so với người bình thường và có liên quan với yếu tố tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, phân suất tống máu thất trái.

Từ khóa: Biến thiên tần số tim, nhồi máu cơ tim cấp, suy tim

SUMMARY

HEART RATE VARIABILITY ASSESSMENT AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH HEART FAILURE

Objective: Variability of heart rate is an independent prognostic factor, and it is important in evaluating risks of mortality and arrhythmia in post myocardial infarction patients. **Aims:** To investigate heart rate variability of patients with heart failure secondary to myocardial infarction by using 24-hour Holter machines and some factors that are related to variability of heart rates in these patients. **Methods:** This is a prospective cross-sectional study. Eighty-six patients in this study presented with acute myocardial infarction and had percutaneous coronary intervention done at Vietnam National Institute of Cardiology. **Results:** The study has shown that the indices (SDNN, ASDNN5, SDANN5, and RMSSD) of 86 patients were lower than normal people, and they were related to hypertension, diabetes mellitus, dyslipidaemia, and

left ventricular ejection fraction

Key words: Heart rate variability, acute myocardial infarction, heart failure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp là bệnh ngày càng phổ biến, là nguyên nhân gây tử vong cao nhất trong các bệnh lý tim mạch. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2015 ước tính trên thế giới có 7,4 triệu người chết do bệnh mạch vành [1]. Ở Việt Nam, theo thống kê của Viện Tim mạch Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân vào Viện vì nhồi máu cơ tim cấp (NMCT) năm 2003 là 4,2%, đến năm 2007 đã tăng lên 9,1% [2]. Biến chứng chính sau NMCT cấp là đau thắt ngực không ổn định, tái nhồi máu, suy tim, rối loạn nhịp, tắc mạch hệ thống, đột tử. Biến thiên tần số tim (BTTST) là sự biến đổi thời khoảng R-R trên điện tim của các chu chuyển tim kế tiếp nhau trong một khoảng thời gian nhất định, phản ánh sự tác động của hệ thần kinh tự chủ trên tim. BTTST có giá trị tiên lượng khả năng xuất hiện rối loạn nhịp nguy hiểm và tỷ lệ tử vong. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu sau:

1. *Khảo sát biến thiên tần số tim bằng Holter điện tim 24 giờ ở bệnh nhân suy tim sau nhồi máu cơ tim cấp*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến biến thiên tần số tim ở nhóm bệnh nhân trên*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 86 bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp mạch vành qua da tại Viện Tim mạch Việt Nam từ tháng 8/2018 đến tháng 7/ 2019.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp lần đầu tiên được can thiệp động mạch vành qua da từ tháng 8/2018 đến tháng 7/2019.

1.2 Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị ung thư, nhiễm trùng, viêm phổi. Bệnh nhân đặt máy tạo nhịp, rung nhĩ, bloc nhĩ thất độ II, III, rối loạn dẫn truyền xoang nhĩ, suy nút xoang. Bệnh nhân

*Trường Đại học y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thu Trang

Email: trangdt9393@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2019

Ngày duyệt bài: 18.9.2019

có bản ghi Holter 24 giờ nhiều hay đo dưới 18 giờ.

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

3. Cách chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu $n = 86$ bệnh nhân (được xác định theo công thức cho nghiên cứu xác định giá trị trung bình) phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu.

4. Công cụ và quy trình thu thập số liệu: Bệnh nhân bị NMCT cấp lần đầu tiên được chụp mạch vành qua da được đeo Holter điện tim 24 giờ tuần đầu, sau 1 tháng và theo dõi ít nhất 3 tháng. Biến thiên tần số tim được phân tích trên phần mềm xử lý Philips Zymed Holter 1810 series Version: 2.9.2, chạy trên môi trường Window XP/ Win 7/Vista. Số liệu được ghi nhận

vào bệnh án nghiên cứu và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS. Giá trị $p \leq 0,05$ được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tuân thủ theo các quy định về đạo đức nghiên cứu trong y sinh học và được phép của Viện Tim Mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai. Thông tin bệnh nhân được mã hóa, giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: tuổi trung bình 66 tuổi, cao nhất 90, thấp nhất 22, nam có 60 bệnh nhân (69,8%), THA có 52 (60,5%), ĐTĐ có 23 (26,7%), Rối loạn mỡ máu có 18 (20,9%), NMCT có ST chênh 62 (72,1%).

Bảng 3.1 Biến thiên tần số tim ở người khỏe mạnh và bệnh nhân ngay sau NMCT cấp

BTTST	Người khỏe mạnh [3] ($x \pm SD$)	NMCT cấp ($n = 86$) ($x \pm SD$)	p
SDNN (ms)	117,18 $\pm$ 3,75	76,10 $\pm$ 31,69	0,000
ASDNN (ms)	57,69 $\pm$ 1,99	39,22 $\pm$ 22,92	0,000
SDANN (ms)	99,34 $\pm$ 3,49	57,83 $\pm$ 24,37	0,000
RMSSD (ms)	36,25 $\pm$ 1,56	39,57 $\pm$ 44,45	0,487

Có sự khác biệt về chỉ số SDNN, ASDNN, SDANN giữa người khỏe mạnh và người bị NMCT cấp có ý nghĩa thống kê

Đặc điểm của biến thiên nhịp tim theo giới, THA, ĐTĐ, Rối loạn lipid máu, NMCT có ST chênh

Bảng 3.2 Biến thiên tần số tim ở bệnh nhân NMCT cấp giới nam và nữ

BTTST	Nam ($x \pm SD$) (n=60)	Nữ ($x \pm SD$) (n=26)	p
SDNN	76.10 $\pm$ 30.246	76.12 $\pm$ 35.434	0,998
ASDNN	37.82 $\pm$ 17.555	41.81 $\pm$ 32.362	0,462
SDANN	59.22 $\pm$ 26.046	54.62 $\pm$ 20.060	0,424
RMSSD	34.52 $\pm$ 34.096	51.23 $\pm$ 60.418	0,106

Không có sự khác biệt về chỉ số biến thiên tần số tim giữa 2 giới nam và nữ

Bảng 3.3 Biến thiên tần số tim ở bệnh nhân NMCT cấp có tăng huyết áp (THA) và không tăng huyết áp

BTTST	THA ($x \pm SD$) (n=52)	Không THA ($x \pm SD$) (n=34)	p
SDNN	77.90 $\pm$ 32.011	73.35 $\pm$ 31.468	0,518
ASDNN	39.67 $\pm$ 25.095	38.03 $\pm$ 19.448	0,747
SDANN	58.62 $\pm$ 24.737	56.62 $\pm$ 24.108	0,712
RMSSD	41.40 $\pm$ 47.504	36.76 $\pm$ 38.684	0,636

Không có sự khác biệt về chỉ số biến thiên tần số tim giữa 2 nhóm có THA và không có THA

Bảng 3.4 Biến thiên tần số tim ở bệnh nhân NMCT cấp có đái tháo đường (ĐTĐ) và không có đái tháo đường

BTTST	ĐTĐ ($x \pm SD$) (n=23)	Không ĐTĐ ($x \pm SD$) (n=63)	p
SDNN	67.35 $\pm$ 22.108	79.30 $\pm$ 34.125	0,122
ASDNN	29.96 $\pm$ 10.311	42.33 $\pm$ 25,315	0,026
SDANN	57.52 $\pm$ 21.028	57.94 $\pm$ 25,634	0,945
RMSSD	28.96 $\pm$ 20.537	43.44 $\pm$ 49.530	0,178

Chỉ số ASDNN có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có ĐTĐ và không có ĐTĐ

Bảng 3.5 Biến thiên tần số tim ở bệnh nhân NMCT cấp có rối loạn lipid máu và không rối loạn lipid máu

BTTST	Rối loạn lipid máu (n=18)	Không rối loạn lipid máu (n=68)	p
SDNN	78.72 $\pm$ 28.253	75.41 $\pm$ 32.699	0,696
ASDNN	38.56 $\pm$ 17.075	39.15 $\pm$ 24.340	0,923

SDANN	58.72 ± 24.374	57.59 ± 24.541	0,862
RMSSD	42.39 ± 41.733	38.82 ± 44.909	0,762

Không có sự khác biệt về chỉ số biến thiên nhịp tim giữa 2 nhóm có rối loạn lipid máu và không có rối loạn lipid máu.

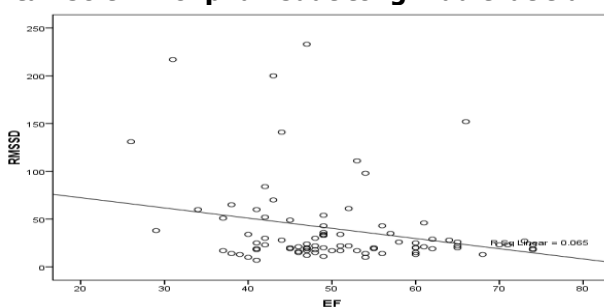
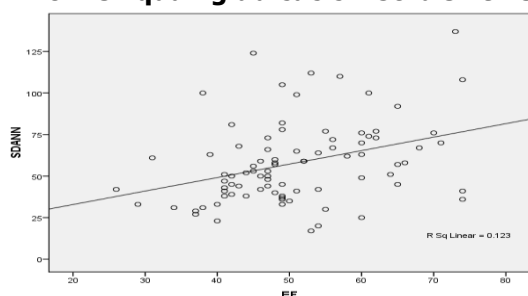
Khảo sát sự biến đổi của chức năng tim và biến thiên tần số tim sau 1 tháng

Bảng 3.6 Biến thiên tần số tim ở bệnh nhân ngay sau NMCT và sau NMCT 1 tháng

Chỉ số	Ngay sau NMCT	Sau NMCT 1 tháng	p
EF (n=46)	53.00 ± 10.914	57.24 ± 12.660	0,001
SDNN (n=32)	84.50 ± 33.910	84.312 ± 30.5946	0,148
ASDNN (n=32)	45.19 ± 27.760	42.356 ± 18.6992	0,007
SDANN (n=32)	60.25 ± 24.684	68.938 ± 31.2316	0,069
RMSSD (n=32)	45.00 ± 52.064	36.219 ± 26.3215	0,000

Giữa 2 thời điểm ngay sau NMCT và sau NMCT 1 tháng có thay đổi có ý nghĩa thống kê về phân suất tống máu thất trái (EF), ASDNN, RMSSD.

Mối liên quan giữa các chỉ số biến thiên tần số tim với phân suất tống máu thất trái



Biểu đồ 3.1 Mối tương quan giữa SDANN và RMSSD với phân suất tống máu thất trái

Chỉ số SDANN và RMSSD có mối tương quan tuyến tính với phân suất tống máu thất trái

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 86 bệnh nhân NMCT cấp được can thiệp mạch vành thì đầu, tuổi trung bình khá cao $65,74 \pm 11,33$, có bệnh nhân trẻ nhất 22 tuổi, cao nhất 90 tuổi, đa số nam giới (69,8%) và NMCT có ST chênh (72,1%).

Bệnh nhân ngay sau NMCT cấp có chỉ số SDNN, ASDNN, SDANN thấp hơn người khỏe mạnh với $p=0,000$, kết quả này tương đương nghiên cứu của Trần Thái Hà và cộng sự (2010) [4], của Heikki V. Huikuri và cộng sự (2012) [5].

Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ tim mạch như THA, ĐTĐ, rối loạn lipid máu theo nghiên cứu của chúng tôi chưa có sự khác biệt. Trong nghiên cứu của Trần Thái Hà và cộng sự (2010) [4], có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bị bệnh và không bị bệnh. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi trên cỡ mẫu còn nhỏ.

Khảo sát sau 1 tháng NMCT cấp, quan sát thấy sự hồi phục phân suất tống máu thất trái có ý nghĩa thống kê, ngay sau NMCT là 53.00 ± 10.914 và sau 1 tháng là 57.24 ± 12.660 , $p = 0,001$ tương tự nghiên cứu của của Derek S. Chew và cộng sự [6]. Trong nghiên cứu của Derek S. Chew cho thấy sự hồi phục chức năng

tim thất trái là yếu tố tiên lượng tử vong quan trọng. Các chỉ số biến thiên ASDNN, RMSSD tiếp tục giảm, có ý nghĩa thống kê, ASDNN từ 45.19 ± 27.760 ms giảm xuống 42.356 ± 18.6992 ms với $p = 0,007$, RMSSD từ 45.00 ± 52.064 ms giảm xuống 36.219 ± 26.3215 ms với $p = 0,000$. Trong nghiên cứu của Trần Thái Hà và cộng sự (2010) theo dõi sau nhồi máu cơ tim các biến thiên tần số tim có sự hồi phục giữa ngay sau nhồi máu và sau 1 năm. Điều này có thể giải thích sau 1 tháng, quá trình chết của tế bào cơ tim, sự xơ hóa, viêm, sẹo hóa, vẫn tiếp diễn chưa ổn định, tăng hoạt động thần kinh giao cảm, giảm hoạt động thần kinh phó giao cảm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra có mối tương quan giữa các số đo biến thiên tần số tim và phân suất tống máu thất trái đặc biệt SDANN ($r = 0,351$, $p = 0,001$) và RMSSD ($r = 0,256$, $p = 0,017$).

V. KẾT LUẬN

Giảm biến thiên tần số tim ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp liên quan rối loạn thần kinh tự chủ của tim, là yếu tố nguy cơ cho đột tử tim mạch sau nhồi máu cơ tim. Biến thiên tần số tim cần được đánh giá sâu hơn và có ứng dụng rộng rãi trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joshua CJ, Karapet D, et. (2018), Epidemiology of Myocardial infarction, IntechOpen.
2. Đại học Y Hà Nội (2012), Bệnh học Nội Khoa, tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 185.
3. Huỳnh Văn Minh (2014), Hô hấp điện tâm đồ 24 giờ, Nhà xuất bản Đại học Huế, trang 119.
4. Trần Thái Hà (2012), Nghiên cứu biến thiên nhịp tim bằng Holter điện tim 24 giờ ở bệnh nhân sau

- nhồi máu cơ tim cấp và sau theo dõi một năm.
5. Heikki V. Huikuri and Phyllis K. Stein (2012), Clinical application of heart rate variability after acute myocardial infarction, Physiology.
 6. Derek S. Chew, Huikuri Heikki, Georg Schmidt, et al. (2018), Change in Left Ventricular Ejection Fraction Following First Myocardial Infarction and Outcome, JACC clinical electrophysiol

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC N₂O TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lại Xuân Dũng¹, Đặng Thị Xuân², Hà Trần Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Ở Việt Nam, lạm dụng khí cười hay khí dinitơ monoxid (N₂O) gần đây trở thành một vấn nạn, với nhiều bệnh nhân nhập viện cấp cứu vì biến chứng thần kinh. **Mục tiêu:** nhận xét các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân ngộ độc N₂O. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 47 bệnh nhân ngộ độc N₂O tại Trung tâm chống độc (TTCD) bệnh viện Bạch Mai từ 6/2018 đến 7/2019. **Kết quả:** tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 24,4 ± 6,20 (15 - 50), tỷ lệ nam - nữ không khác biệt nhiều (46,8% và 53,2%). Số bóng cười sử dụng trung bình trong 1 tuần là 128,02 ± 117,47 quả (tương đương khoảng 512 ± 469,9 lít khí N₂O). Triệu chứng vào viện thường gặp nhất là tê bì (100%) và yếu chi (89,4%). Giảm cơ lực, giảm hoặc mất cảm giác rung, giảm hoặc mất PXGX (ưu thế chi dưới), dấu hiệu Romberg là triệu chứng thần kinh chủ yếu của BN ngộ độc N₂O với tỷ lệ lần lượt là: 78,7%; 74,5%; 80,9%; 78,7%. Ngộ độc khí N₂O có tổn thương lâm sàng ở mức độ vừa và nặng với điểm TNSc trước điều trị là 12,62 ± 4,17 điểm (2 - 18 điểm). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ngộ độc cấp N₂O điều trị tại TTCD bệnh viện Bạch Mai.

Từ khóa: ngộ độc cấp, N₂O, lâm sàng, lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF N₂O POISONINGS TREATED AT POISON CONTROL CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

In Vietnam, the abuse of laughing gas or dinitrogen monoxide (N₂O) has recently become a public health problem, with many patients hospitalized for emergency care due to neurological complications. **Objective:** to assess the clinical features of patients with N₂O poisoning. **Subjects and Methods:** A

prospective observational study included 47 patients with N₂O poisoning treated at Poison Control Center (PCC) of Bach Mai Hospital from 6/2018 to 7/2019. **Results:** The average age of the study patients was 24.4 ± 6.20 (15 - 50) years old. The proportion of male and female did not different (46.8% and 53.2%). The average number of balloons used per week was 128.02 ± 117.47 balls (approximately 512 ± 469.9 liters of N₂O). The most common onset symptoms were numbness (100%) and weakness (89.4%). Muscle weakness, decreased or lost vibration sensation, decreased or lost tendon reflexes (prominent lower limbs), Romberg sign were the main neurological symptoms of the patients with N₂O poisoning, (78.7%; 74.5%; 80.9%; 78.7%, respectively). N₂O poisonings had moderate and severe with TNSc score of 12.62 ± 4.17 points (2 - 18 points). **Conclusion:** The study showed clinical characteristics of patients with N₂O poisoning treated at the PCC of Bach Mai Hospital.

Keywords: acute poisoning, N₂O, clinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khí Dinitơ monoxid (N₂O) còn được gọi là khí cười, gần đây được sử dụng phổ biến ở nhiều quốc gia trên thế giới với mục đích giải trí. Theo báo cáo 2016 (The Global Drug Survey), lạm dụng N₂O đang tăng lên một cách nhanh chóng ở Anh và Mỹ, trở nên phổ biến đứng thứ 7 trong số các chất sử dụng trong giải trí. Ở Việt Nam, lạm dụng khí cười N₂O đã trở thành một vấn nạn, được sử dụng hết sức rộng rãi dù đã chính thức là bất hợp pháp. Việc sử dụng quá nhiều và kéo dài khí N₂O có thể dẫn đến các biến chứng thần kinh, tâm thần, huyết học, tim mạch, thậm chí cả tử vong. Trong số các biến chứng này, biểu hiện bệnh lý thần kinh là phổ biến nhất. Tuy vậy, trên thế giới còn có rất ít các nghiên cứu đánh giá ngộ độc khí N₂O, chủ yếu là báo cáo ca lâm sàng và chưa có một hướng dẫn điều trị chuẩn trong ngộ độc N₂O. Ở Việt Nam, do ngộ độc N₂O mới gặp gần đây nên vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá. Chính vì vậy chúng tôi tiến

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng

Email: hatranhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2019

Ngày duyệt bài: 20.9.2019

hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu nhận xét các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân ngộ độc N_2O tại Trung tâm chống độc (TTCD) bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ngộ độc N_2O điều trị tại TTCD bệnh viện Bạch Mai từ tháng 06/2018 đến tháng 07/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán ngộ độc N_2O :

- Tiền sử và/hoặc bệnh sử có sử dụng khí N_2O .
- Biểu hiện lâm sàng (rối loạn cảm giác và/hoặc rối loạn vận động).
- Biểu hiện cận lâm sàng (tăng nồng độ homocystein, tổn thương trên điện cơ và/hoặc tổn thương tủy trên MRI).

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có tiền sử bệnh lý thần kinh cơ khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiến cứu

Các phương tiện nghiên cứu

- Máy xét nghiệm sinh hóa, máy xét nghiệm huyết học, máy xét nghiệm đông máu cơ bản tại khoa Hóa sinh, khoa Huyết học bệnh viện Bạch Mai. Định lượng homocystein và vitamin B_{12} tại khoa Sinh hóa bệnh viện Bạch Mai.

- Máy chụp cộng hưởng từ Hitachi 1,5 Tesla tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai.

- Đo dẫn truyền dẫn truyền thần kinh bằng

máy Neuropack của hãng Nihon koden tại bệnh viện Lão khoa trung ương.

Tiến hành nghiên cứu: bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được tiến hành thu thập số liệu:

- Thông tin cá nhân: tuổi, giới, địa chỉ, nghề nghiệp.
- Khai thác tiền sử, bệnh sử và kiểu diễn biến bệnh.
- Khám phát hiện các triệu chứng lâm sàng thực thể.

- Đánh giá mức độ tổn thương theo bảng điểm TNSc.

- Định lượng nồng độ homocystein, vitamin B_{12} .

- Đo dẫn truyền thần kinh tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương.

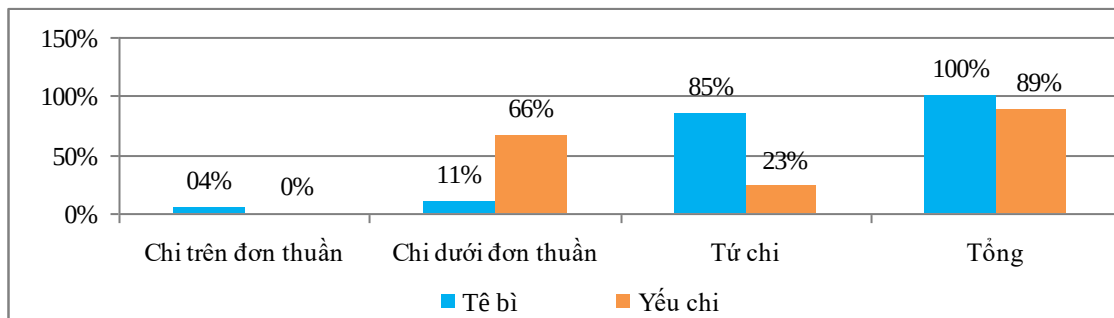
- Chụp cộng hưởng từ sọ não-tủy cổ - tủy ngực.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và phân tích theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0, tính tỷ lệ %, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 6/2018 đến 7/2019 có 47 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu, tuổi trung bình là $24,4 \pm 6,20$ (15 - 50), độ tuổi chiếm chủ yếu 20 - 30 tuổi (72,3). Tỷ lệ nam-nữ không khác biệt nhiều (46,8% và 53,2%). Bóng cười sử dụng chủ yếu quán bar (61,7%) và tại nhà riêng (23,4%), 14,9% sử dụng tại một số nơi công cộng khác. Số bóng cười sử dụng trung bình trong 1 tuần là $128,02 \pm 117,47$ quả (tương đương khoảng $512 \pm 469,9$ lít khí N_2O).

Lý do vào viện:



Biểu đồ 1: Lý do vào viện

Nhận xét: 100% vào viện vì tê bì, trong đó 85,1% tê bì tứ chi, 4,3% đơn thuần chi trên, 10,7% chỉ tê bì chi dưới. Có 42 bệnh nhân (89,4%) vào viện vì yếu chi, trong đó yếu tứ chi có 11 bệnh nhân chiếm 23,4%, 31 bệnh nhân yếu chi dưới đơn thuần chiếm 66,0%, không có bệnh nhân nào yếu chi trên đơn thuần.

Biểu hiện thần kinh.

Bảng 1: Các triệu chứng thần kinh

Các triệu chứng thần kinh	n (47)	Tỷ lệ (%)
---------------------------	--------	-----------

Thất điều	6	12,8
Giảm cơ lực chi trên	11	23,4
Giảm cơ lực chi dưới	37	78,7
Giảm hoặc mất cảm giác rung	35	74,5
Giảm hoặc mất PXGX chi trên	26	55,3
Giảm hoặc mất PXGX Chi dưới	38	80,9
Tăng PXGX chi dưới	1	2,13
Dấu hiệu Lhermitte	12	25,5
Dấu hiệu Romberg	37	78,7
Dấu hiệu Babinski	5	10,6

Nhận xét: Các triệu chứng giảm cơ lực, giảm hoặc mất cảm giác rung, giảm hoặc mất PXGX (ưu thế chi dưới), dấu hiệu Romberg, là triệu chứng thần kinh chủ yếu của BN ngộ độc N₂O với tỷ lệ lần lượt là: 78,7%; 74,5%; 80,9%; 78,7%.

Các triệu chứng khác.

Bảng 2: Các triệu chứng khác

Các triệu chứng	n (47)	Tỷ lệ(%)
Chứng mất ngủ	4	8,5
Tiểu gấp, tiểu khó	3	6,4
Táo bón	2	4,7

Nhận xét: Trong số 47 BN nghiên cứu chỉ có 4 BN (8,5%) gặp triệu chứng mất ngủ, 3 BN (6,4%) có triệu chứng tiểu gấp hoặc tiểu khó và 2 BN (4,7%) có triệu chứng táo bón. Không có BN nào biểu hiện các triệu chứng hô hấp, tim mạch.

Phân loại mức độ tổn thương trên lâm sàng theo TNSc.

Bảng 3: Phân loại mức độ tổn thương lâm sàng theo TNSc

Mức độ	n	Tỷ lệ %
Mức độ nhẹ	6	12,77
Mức độ vừa	20	42,55
Mức độ nặng	21	44,68
Mức độ rất nặng	0	0

Nhận xét: Điểm TNSc trước điều trị là 12,62 ± 4,17 điểm, trong đó (nhỏ nhất 2đ, lớn nhất 18đ). Dựa trên đánh giá lâm sàng theo thang điểm TNSc, 41 BN (87,2%) ngộ độc khí N₂O có tổn thương lâm sàng ở mức độ vừa và nặng. Không có BN nào tổn thương mức độ rất nặng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi, thời gian và số lượng bóng cười sử dụng lần lượt là 8,79 ± 7,10 tháng (2 – 36 tháng) và 128,02 ± 117,47 quả/tuần. Trong nghiên cứu của Han-Tao Li (n=33, 2016), thời gian sử dụng dài hơn là 20,9 ± 5,5 tháng (1 - 120 tháng) [1]. Nghiên cứu của Jowry Tani và cộng sự (n=18, 2019) về sự khác biệt rối loạn chức năng sợi trục giữa 2 nhóm bệnh nhân, lạm dụng khí N₂O và thiếu hụt vitamin B₁₂ do các nguyên nhân khác nhau, trong số 8 bệnh nhân lạm dụng khí N₂O thời gian sử dụng bóng cười trung bình 17,13±7,23 tháng [2]. Nghiên cứu Stephen Keddies số lượng khí N₂O sử dụng 300-8000 lít/tuần [3].

Nghiên cứu của Amir Garakani và cộng sự (n=91, 2016), 69,22% bệnh nhân vào viện vì rối loạn cảm giác, 29,67% vì yếu chi [4]. Nghiên cứu của Han-Tao Li (2016), 97% bệnh nhân vào

viện vì thiếu hụt ít nhất một hoặc thiếu hụt cảm giác hoặc là yếu chi chiếm [1]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với các tác giả khác.

Qua kết quả thu được của chúng tôi và của các tác giả khác cho thấy rằng đặc điểm dấu hiệu thâm hụt thần kinh là phổ biến và khá giống nhau, tổn thương ưu thế chi dưới, nhưng khác nhau về tỷ lệ xuất hiện của mỗi triệu chứng. Theo nghiên cứu Han-Tao Li, 79% bệnh nhân giảm hoặc mất PXGX, 21% tăng PXGX chiếm, 64% giảm hoặc mất cảm giác rung, 49% có dấu hiệu Romberg, 9% có dấu hiệu Lhermitte, 55% giảm hoặc mất điều hòa vận động và 42% giảm cơ lực chi dưới [1]. Tương tự, nghiên cứu của Shih-Yun-Lan và cộng sự (2018) cho thấy 100% bệnh nhân giảm cơ lực chi dưới và giảm hoặc mất PXGX, 88,89% giảm hoặc mất điều hòa vận động, 22,22% bệnh nhân có dấu hiệu Romberg, 44,44% giảm hoặc mất cảm giác rung [5].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân ngộ độc N₂O tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai: triệu chứng vào viện thường là tê bì (100%) và yếu chi (89,4%). Biểu hiện lâm sàng chủ yếu của BN ngộ độc N₂O là các triệu chứng thần kinh: giảm cơ lực, giảm hoặc mất cảm giác rung, giảm hoặc mất PXGX (ưu thế chi dưới), dấu hiệu Romberg (tỷ lệ lần lượt là 78,7%; 74,5%; 80,9%; 78,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li H.T., Chu C.C., Chang K.H., et al. (2016). Clinical and electrodiagnostic characteristics of nitrous oxide-induced neuropathy in Taiwan. *Clinical Neurophysiology*, 127(10), 3288–3293.
2. Tani J., Weng H.Y., Chen H.J., et al. (2019). Elucidating Unique Axonal Dysfunction Between Nitrous Oxide Abuse and Vitamin B12 Deficiency. *Front Neurol*, 10, 704.
3. Keddies S., Adams A., Kelso A.R.C., et al. (2018). No laughing matter: subacute degeneration of the spinal cord due to nitrous oxide inhalation. *J Neurol*, 265(5), 1089–1095.
4. Garakani A., Jaffe R.J., Savla D., et al. (2016). Neurologic, psychiatric, and other medical manifestations of nitrous oxide abuse: A systematic review of the case literature: Toxic Effects of Nitrous Oxide Abuse. *Am J Addict*, 25(5), 358–369.
5. Lan S.Y., Kuo C.Y., Chou C.C., et al. (2019). Recreational nitrous oxide abuse related subacute combined degeneration of the spinal cord in adolescents – A case series and literature review. *Brain and Development*, 41(5), 428–435.

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG TIÊU CHUẨN CƠ SỞ VIÊN NANG KARDI Q10

Chử Văn Mến*, Nguyễn Văn Chuyên*, Nguyễn Văn Ba*

TÓM TẮT

Đã xây dựng tiêu chuẩn cơ sở viên nang Kardi Q10 bao gồm một số chỉ tiêu như: **Tính chất:** viên nang cứng, lạnh lặn, bột thuốc đồng nhất, màu nâu xám, vị hơi đắng ngọt. **Mật khối lượng do làm khô:** không quá 10%. **Độ rã:** không quá 15 phút. **Độ đồng đều khối lượng:** Khối lượng trung bình bột thuốc trong nang 500 mg $\pm$ 7,5%. **Định tính:** chế phẩm phải thể hiện các phản ứng định tính của tỏi đen và cao lá sen. **Định lượng:** hàm lượng Nuciferin trong chế phẩm không dưới 3,5 mg/viên. **Độ nhiễm khuẩn:** đạt mức 4, tiêu chuẩn ĐĐVN V.

Từ khóa: Kardi Q10, Nuciferin, tiêu chuẩn cơ sở

SUMMARY

ESTABLISHMENT OF INSTITUTIONAL STANDARD FOR KARDI Q10 CAPSULES

Institutional standard of Kardi Q10 Capsules have been established. The results including some criteria: appearance, moisture, test for disintegration, test for uniformity of weight, qualitative, quantitative, test for microbial contamination. Specifically: **Appearance:** Hard capsules, gray- brown powder, bitter sweet; **Moisture:** no more than 10%; Test for disintegration: less than 15 minutes; **Test for uniformity:** the average drug in capsules about 500mg $\pm$ 7.5%. **Qualitative:** pass all the test of qualitative of black garlic and lotus leaves powder. **Quantitative:** the content of Nuciferin in product not less than 3.5mg/capsule. **Test for microbial contamination:** Satisfaction of Vietnamese Pharmacopoeia (Appendix 13.6- level 4).

Key words: Kardi Q10, Nuciferin, institutional standard

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn mỡ máu là tên gọi của một số bệnh có liên quan quá trình rối loạn chuyển hóa lipid làm thay đổi hàm lượng một số thành phần lipid trong máu như tăng hàm lượng cholesterol, triglycerid, LDL và giảm hàm lượng HDL. Bệnh này thường đi kèm với một số bệnh như béo phì, xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, tiểu đường, thoái hóa khớp... Theo một thống kê năm 2011 tại Việt Nam, nhóm người cao tuổi mắc bệnh rối loạn mỡ máu chiếm tỷ lệ 45%, trong đó nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nam giới (48,1% so với 40,3%, $p < 0,01$). Tuy nhiên, tỷ lệ người mắc bệnh này ngày càng trẻ hóa do những tác động

của chế độ ăn và lối sống thiếu hợp lý. Viên nang Kardi Q10 chứa bột cao khô tỏi đen, cao khô lá sen và coenzyme Q10- fumarat đã được bào chế thành công góp phần hỗ trợ điều trị các bệnh liên quan tới rối loạn lipid và bệnh béo phì. Ở nghiên cứu này tôi tiến hành xác định một số chỉ tiêu của viên nang Kardi Q10 đã bào chế được và làm cơ sở cho những nghiên cứu tiếp theo để đánh giá tác dụng trên động vật thực nghiệm.

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

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, vật liệu nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Viên nang Kardi Q10 đã bào chế được theo kết quả của đề tài nhánh "Nghiên cứu xây dựng công thức và quy trình bào chế viên nang Kardi Q10" thuộc 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".

2.1.2. Hóa chất và dung môi

- Chất chuẩn: Nuciferin và SAC (hãng Sigma Aldrich).

- Methanol, acetonitril, acid formic (Merck)...: đạt tiêu chuẩn phân tích HPLC.

- Ethanol 96%, methanol và các hóa chất, dung môi, thuốc thử đạt tiêu chuẩn phân tích và ĐĐVN V.

2.1.3. Thiết bị. Hệ thống HPLC Alliance Waters 2695D, 4 kênh dung môi, autosampler, có buồng gia nhiệt cột, detector UV 2487, phần mềm Empower, cân phân tích Sartorius (độ chính xác 0,1mg), cân kỹ thuật Adam - Mỹ (độ chính xác 0,01g).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đánh giá một số chỉ tiêu của viên nang Kardi Q10 theo tiêu chuẩn của ĐĐVN V gồm có các chỉ tiêu sau:

- Hình thức: Mô tả bằng cảm quan.

- Độ đồng đều khối lượng: Tiến hành theo ĐĐVN V, phụ lục 11.3

- Độ ẩm: thử theo phương pháp xác định hàm lượng nước bằng phương pháp cất với dung môi, Phụ lục 12.13 – ĐĐVN V.

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Chử Văn Mến

Email: chuvanmen@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019

Ngày duyệt bài: 18.9.2019

- Độ rã: Tiến hành theo ĐĐVN V Phụ lục 11.6
 - Định tính: sử dụng phương pháp sắc ký lớp mỏng, so sánh với lá sen chuẩn.

- Định lượng:

Tiến hành định lượng Nuciferin bằng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao (Phụ lục 5.3, ĐĐVN V).

- Pha động: Tiến hành chạy sắc ký theo chương trình rửa giải isocratic với hệ pha động dung dịch triethylamin 0,1%/acetonitril (40/60).

- Dung dịch thử: Cân chính xác khoảng 500,0 mg dược liệu đã được nghiền mịn đến kích thước thích hợp cho vào ống nhựa dung tích 30ml. Thêm khoảng 20ml hỗn hợp methanol + dung dịch HCl 1% vào, tiến hành chiết siêu âm ở 60°C trong thời gian 1 giờ (chiết 4 lần). Gộp các dịch chiết cho vào bình định mức 100ml, thêm hỗn hợp dung môi vừa đủ đến vạch, lắc đều. Dung dịch trong bình được lọc qua màng 0,45µm và được phân tích sắc ký.

- Dung dịch chuẩn: Cân chính xác chuẩn Nuciferin và hòa tan trong methanol để được dung dịch chuẩn gốc có nồng độ khoảng 0,5mg/ml.

**Điều kiện sắc ký:*

- Cột phenomenex Genimi RP-C18, 5µm, 100A^o, 250 x 4,6 mm.

- Detector UV: 280nm.

- Tốc độ dòng: 1 ml/phút.

- Thể tích tiêm: 20 µl.

** Cách tiến hành:*

- Tiêm dung dịch thử và dung dịch chuẩn. Căn cứ vào diện tích pic thu được từ dung dịch thử, dung dịch chuẩn và hàm lượng của các chuẩn, tính hàm lượng của Nuciferin trong dược liệu.

** Tính kết quả:*

$$HL\% = \frac{C_{ch} \times S_{th} \times n \times 10^{-3} \times 10^4}{S_{ch} \times m_c \times (100-h)}$$

Trong đó: - C_{ch} là nồng độ dung dịch chuẩn, đơn vị: µg/ml.

- S_{ch}, S_{th} là diện tích pic Nuciferin khi phân tích mẫu chuẩn và mẫu thử.

- m_c: khối lượng dược liệu cân để định lượng, đơn vị: mg.

- h: độ ẩm của dược liệu (%); n: hệ số pha loãng (ml).

- Độ nhiễm khuẩn: Tiến hành theo tiêu chuẩn ĐĐVN V (Phụ lục 13.6).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả đánh giá chỉ tiêu về hình thức. Viên nang cứng, lạnh lặn, bột thuốc đồng nhất, màu xám trắng, vị hơi đắng ngọt.

3.2. Kết quả đánh giá về độ đồng đều khối lượng. Kết quả đánh giá độ đồng đều khối lượng của chế phẩm được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Độ đồng đều khối lượng chế phẩm Kardi Q10

Mẫu	Khối lượng (mg)	% Lệch	Mẫu	Khối lượng (mg)	% Lệch
1	514	2,59	11	513	2,39
2	493	1,60	12	509	1,59
3	501	0	13	517	3,19
4	485	3,19	14	485	3,19
5	473	5,59	15	521	4,01
6	496	0,99	16	522	4,19
7	504	0,60	17	504	0,59
8	511	2,01	18	494	1,39
9	508	1,40	19	516	2,98
10	481	3,99	20	506	1,01
$\bar{m} = 501$					

Như vậy khối lượng thuốc của các viên nang đem thử nằm trong khoảng từ 473 – 522 mg với giá trị trung bình là 501 mg.

3.3. Kết quả đánh giá mất khối lượng do làm khô

Kết quả xác định hàm ẩm của bột nang được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Hàm ẩm của bột nang

Mẫu	Khối lượng bột nang trước sấy (g)	Khối lượng bột nang sau sấy (g)	Hàm ẩm (%)
1	3,0014	2,7838	7,25
2	3,0008	2,7955	6,84
3	3,0019	2,8122	6,32
4	2,9997	2,8002	6,65
5	3,0025	2,8202	6,07
6	3,0005	2,7781	7,41
$\bar{X} \pm SD$			6,76 ± 0,52

Như vậy bột nang có độ ẩm khoảng 6,76%.

3.4. Kết quả đánh giá về chỉ tiêu độ rã.

Kết quả thử độ rã của chế phẩm được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Thời gian rã của chế phẩm Kardi Q10:

Mẫu	1	2	3	4	5	6
Thời gian rã (phút)	9,68	9,54	9,83	9,47	9,69	9,41
Trung bình (phút)	$9,61 \pm 0,16$					

Như vậy các viên nang cứng có thời gian rã trung bình là 9,61 phút.

3.5. Kết quả đánh giá chỉ tiêu định tính

A. Định tính bột tỏi đen:

Kết quả định tính tỏi đen trong bột thuốc Kardi Q10 bằng phản ứng hóa học được thể hiện ở bảng 4.

Bảng 4. Phản ứng định tính tỏi đen trong bột thuốc Kardi Q10:

Tên phản ứng	Kết quả
Phản ứng với TT I ₂ /KI trong môi trường H ₂ SO ₄ 10%	Màu dung dịch chuyển từ vàng sang đỏ
Phản ứng với TT KMnO ₄ 0,1N	Màu dung dịch chuyển từ tím sang vàng nhạt
Phản ứng với TT K ₂ CrO ₄ 5%	Xuất hiện tủa màu vàng

Như vậy bột thuốc thể hiện các phản ứng định tính của tỏi đen.

B. Định tính cao khô lá sen:

* Phản ứng hóa học:

Kết quả định tính cao khô lá sen trong bột thuốc Kardi Q10 bằng phản ứng hóa học được thể hiện ở bảng 5.

Bảng 5. Phản ứng định tính cao lá sen trong bột thuốc Kardi Q10:

Tên phản ứng	Kết quả
Phản ứng với TT FeCl ₃ 5%	Xuất hiện tủa xanh đen
Phản ứng Cyanidin	Dung dịch chuyển màu đỏ
Phản ứng với TT Dragendorff	Xuất hiện tủa đỏ
Phản ứng với TT Mayer	Xuất hiện tủa trắng
Phản ứng với TT Bouchardat	Xuất hiện tủa nâu

Như vậy trong bột thuốc có các nhóm hợp chất có trong thành phần của cao khô lá sen.

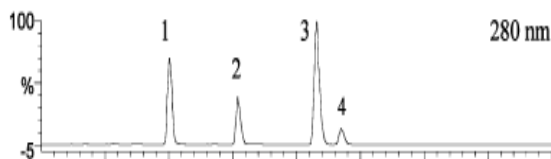
* Sắc ký lớp mỏng:



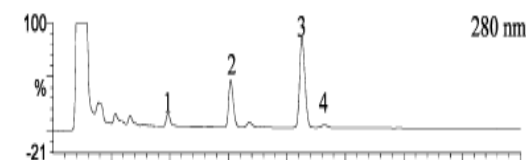
Hình 1. Ảnh sắc ký đồ dung dịch chiết bột thuốc nang (A) và dịch chiết lá sen (B)

Kết quả hình trên cho thấy, sắc ký đồ dịch chiết bột thuốc nang có 5 vết alkaloid có cùng màu sắc và giá trị R_f với các vết trên sắc ký đồ dịch chiết lá sen.

3.6. Kết quả đánh giá chỉ tiêu định lượng



Hình. Sắc ký đồ dung dịch Nuciferin chuẩn



Hình 2. Sắc ký đồ dung dịch Nuciferin chuẩn (A) và dịch bột thuốc nang (B)

Kết quả định lượng hàm lượng Nuciferin trong chế phẩm được trình bày ở bảng 6.

Bảng 6. Hàm lượng Nuciferin trong chế phẩm Kardi Q10:

Khối lượng bột thuốc (mg)	Hàm lượng Nuciferin (g/viên)
504,1	4,08
502,6	3,97
506,3	4,24
501,7	3,89
503,2	4,05
505,8	4,13
$\bar{X} \pm SD$	$4,06 \pm 0,12$

Như vậy hàm lượng Nuciferin trong chế phẩm khoảng 4,06 mg/viên.

3.7. Kết quả đánh giá chỉ tiêu độ nhiễm khuẩn. Kết quả thử độ nhiễm khuẩn của viên nang được trình bày ở bảng 7 sau:

Bảng 7: Kết quả thử độ nhiễm khuẩn của viên nang:

Mẫu	Độ nhiễm khuẩn		
	Vi khuẩn (số vi khuẩn/g)	Nấm mốc (số khuẩn lạc/g)	Vi khuẩn gây bệnh
1	98	15	Không có

2	133	12	Không có
3	112	20	Không có
4	92	14	Không có
5	102	23	Không có
6	128	17	Không có
$\bar{X} \pm SD$	111 ± 16	17 ± 4	Không có

Như vậy độ nhiễm khuẩn của mẫu viên nang như sau: số vi khuẩn là 111, số nấm mốc là 17, không có các vi khuẩn gây bệnh E. coli, P. aeruginosa, Salmonella

V. KẾT LUẬN

Từ các kết quả nghiên cứu, chúng tôi đã xây dựng tiêu chuẩn cơ sở viên nang Kardi Q10 bao gồm một số chỉ tiêu như: **Tính chất:** viên nang cứng, lạnh lặn, bột thuốc đồng nhất, màu nâu xám, vị hơi đắng ngọt. **Mật khối lượng do làm khô:** không quá 10%. **Độ rã:** không quá 15 phút. **Độ đồng đều khối lượng:** Khối lượng trung bình bột thuốc trong nang 500 mg $\pm$ 7,5%. **Định tính:** chế phẩm phải thể hiện các

phản ứng định tính của tòi đen và cao lá sen. **Định lượng:** hàm lượng Nuciferin trong chế phẩm không dưới 3,5 mg/viên. **Độ nhiễm khuẩn:** đạt mức 4, tiêu chuẩn ĐĐVN V.

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.** Dược Điển Việt Nam V, Nhà xuất bản Y học 2017
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. **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.
5. **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.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XQUANG RĂNG HÀM LỚN THỨ NHẤT HÀM TRÊN CÓ CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ NỘI NHA DƯỚI KÍNH HIỂN VI

Bùi Thị Thanh Tâm*

TÓM TẮT

Mở đầu: Để khắc phục những thất bại trong điều trị do chẩn đoán thiếu chính xác. Kính hiển vi có nhiều ưu điểm vượt trội trong việc phát hiện triệu chứng mà mắt thường không nhìn rõ. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả việc sử dụng kính hiển vi trong chẩn đoán bệnh lý về răng. **Phương pháp nghiên cứu:** Là phương pháp tiền cứu can thiệp lâm sàng. Cỡ mẫu 105 răng hàm lớn thứ nhất hàm trên. **Kết quả:** Trong 5 loại bệnh của nghiên cứu, bệnh viêm tủy cấp có nguyên nhân do sâu răng (64,8%) và nứt răng (47,3%), Viêm tủy hoại tử do sâu răng (1,9%) và nứt răng (3,6%), Viêm quanh cuống cấp do sâu răng (9,2%) và nứt răng (21,8%). Tỷ lệ phát hiện đường nứt bằng mắt thường là 27%, Dưới kính hiển vi, với độ phóng đại khác nhau phát hiện được đường nứt tăng lên: 28,57%-52,34%. **Kết luận:** Kính hiển vi tạo điều kiện quan sát các chi tiết nhỏ như đường nứt siêu nhỏ mà không cần chiếu sáng hoặc thuốc nhuộm để quan sát các đường nứt giúp việc chẩn đoán nguyên nhân trở nên rõ hơn.

Từ khóa: Kính hiển vi, điều trị nội nha

SUMMARY

COMMENTS FOR CLINICAL AND X-RAY CHARACTERISTICS MAXILARY FIRST MOLAR INDICATIONS ARE ENDODONTIC TREATMENT UNDER A MICROSCOPE

Background: To overcome treatment failures due to inaccurate diagnosis. Microscopes have many remarkable advantages in detecting symptoms that are not clearly seen by the naked eye. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of the use of microscopes in diagnosing dental diseases. **Research method:** A method of conducting clinical intervention research. Sample size 105 largest first molars. **Results:** Of the 5 diseases studied in the study, acute myelitis was caused by tooth decay (64.8%) and tooth decay (47.3%), myelitis caused by tooth decay (1.9%). and cracked teeth (3.6%), Acute perioral inflammation caused by caries (9.2%) and cracked teeth 21.8%). The rate of detecting fissures with the naked eye is 27%, under the microscope, with different magnification detected cracks increased: 28.57% -52.34%. **Conclusion:** The microscope facilitates the observation of small details such as microscopic crevices without lighting or dyes to observe the crevices making the diagnosis of the cause clearer.

Key words: Microscope, endodontic treatment

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính:
Email: Buithanhtam1976@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 10.7.2019
Ngày phản biện khoa học: 12.9.2019
Ngày duyệt bài: 19.9.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý về tủy răng luôn chiếm tỷ lệ cao trong các bệnh lý về răng miệng. Đặc biệt rằng hàm lớn thứ nhất hàm trên là răng có tỷ lệ điều trị nội nha cao nhất và hay thất bại nhất [15]. Có nhiều nguyên nhân gây thất bại trong điều trị nội nha răng hàm lớn thứ nhất hàm trên. Rất nhiều công trình khoa học đã chỉ ra được ưu điểm vượt trội của kính hiển vi trong việc phát hiện triệu chứng mà mắt thường không nhìn rõ. Theo nghiên cứu của Tauby (2006), nếu bằng mắt thường chỉ phát hiện được 53,7% ống tủy, trong khi bằng kính hiển vi, tỷ lệ này là 87,96% [44]. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: *Đánh giá hiệu quả việc sử dụng kính hiển vi trong chẩn đoán bệnh lý về răng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân (BN) có chỉ định điều trị nội nha tại khoa Chữa răng và Nội nha Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội.

0.2. Phân bố nguyên nhân gây bệnh theo tuổi

Bảng 1: Phân bố nguyên nhân gây bệnh theo tuổi

Nhóm tuổi	Chẩn đoán nguyên nhân n(%)			
	Sâu răng	Nứt răng	Tổn thương tổ chức cứng	Khác
<20	3 (5,6)	0	0	0
20 – 40	24 (44,4)	16 (29,1)	0	2 (50,0)
>40	27 (50,0)	39 (70,9)	1 (100)	2 (50,0)
Tổng	54 (100)	55 (100)	1 (100)	4 (100)

Nhận xét: Nguyên nhân gây bệnh tủy răng hay gặp do sâu răng và nứt răng với tỷ lệ tương đương nhau. Trong đó nhóm nguyên nhân do sâu răng nhóm dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,6%. Nhóm trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50%. Nhóm nguyên nhân do nứt răng gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi trên 40, chiếm tỷ lệ 55%, nhóm dưới 20 tuổi không gặp BN nào. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nhóm tổn thương tổ chức cứng hay nhóm khác ít gặp.

0.3. Phân bố nguyên nhân gây bệnh theo giới

Bảng 2: Phân bố nguyên nhân gây bệnh theo giới

Giới	Chẩn đoán nguyên nhân n(%)			
	Sâu răng	Nứt răng	Tổn thương tổ chức cứng	Khác
Nam	27 (50,0)	38 (69,1)	0	2 (50,0)
Nữ	27 (50,0)	17 (30,9)	1 (100)	2 (50,0)
Tổng	54 (100)	55 (100)	1 (100)	4 (100)

Nhận xét: nguyên nhân do sâu răng có tỷ lệ bằng nhau ở nam và nữ, nguyên nhân gây bệnh do nứt răng gặp ở nam nhiều hơn nữ: 69,1% so với 30,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

0.4. Phân bố tình trạng bệnh lý theo nguyên nhân

Bảng 3: Phân bố tình trạng bệnh lý theo nguyên nhân

Loại bệnh lý	Nguyên nhân n(%)			
	Sâu răng	Nứt răng	Tổn thương tổ chức cứng	Khác
Viêm tủy cấp	35 (64,8)	26 (47,3)	0	2 (50,0)
Viêm tủy hoại tử	1 (1,9)	2 (3,6)	0	0
Viêm quanh cuống cấp	5 (9,2)	12 (21,8)	0	0
Viêm quanh cuống mạn	13 (24,1)	15 (27,3)	1 (100)	0
Khác	0	0	0	2 (50,0)
Tổng	54 (100)	55 (100)	1 (100)	4 (100)

Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2015 đến tháng 7/2019.

- Lựa tuổi từ 16 đến 60 tuổi.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Vùng quanh răng tiêu xương quá $\frac{1}{2}$ chiều dài chân răng.

- Bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng: tim mạch, huyết áp, bệnh tiểu đường, bệnh tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Là phương pháp tiến cứu can thiệp lâm sàng.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức mô tả tiến cứu can thiệp lâm sàng: Tính được cỡ mẫu 105 răng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

0.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới. Có 61/105 BN > 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 51,8% trong khi từ 20 - 40 tuổi có 41/105 BN chiếm 39%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Số BN nam là 61 nhiều hơn số BN nữ chỉ có 44.

Nhận xét: Trong 5 loại bệnh của nghiên cứu, viêm tủy cấp là bệnh hay gặp nhất và nguyên nhân do sâu răng 64,8%, do nứt răng 47,3%. Viêm tủy hoại tử do sâu răng 1,9% và do nứt răng 3,6%. Viêm quanh cuống cấp do sâu răng 9,2% và do nứt răng 21,8%. Viêm quanh cuống mạn do sâu răng 21,4% và do nứt răng 27,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.5. Phát hiện nứt răng bằng mắt thường và kính hiển vi

Bảng 4: Phát hiện nứt răng bằng mắt thường và kính hiển vi

Phương tiện	Đường nứt	Tỷ lệ %
Mắt thường	27	25,7
KHV – 0.33	30	28,57
KHV – 0.5	55	52,34
KHV – 0.8	55	52,34
KHV – 1.25	55	52,34
KHV – 2	55	52,34
KHV – 3	55	52,34

Nhận xét: Theo kết quả trên ta thấy tỷ lệ phát hiện đường nứt bằng mắt thường là 27%, trong khi dưới kính hiển vi phát hiện được đường nứt tăng lên: 28,57%-52,34% tùy theo độ phóng đại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 105 răng hàm lớn thứ nhất hàm trên, BN có tuổi trên 40 chiếm tỷ lệ cao nhất 51,8%, BN có tuổi từ 20 - 40 chiếm 39%; BN nam chiếm tỷ lệ cao hơn BN nữ. Nguyên nhân gây bệnh tủy răng chủ yếu do sâu răng và nứt răng với tỷ lệ tương đương nhau. Nhóm nguyên nhân do sâu răng BN dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,6%, BN trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50%. Nhóm nguyên nhân do nứt răng gặp nhiều nhất ở BN trên 40 tuổi chiếm 55%, trong khi BN dưới 20 tuổi không có.

Nguyên nhân gây bệnh do sâu răng có tỷ lệ như nhau ở nam và nữ nhưng nguyên nhân gây bệnh do nứt răng nhóm nam chiếm tỷ lệ cao hơn 69,1% so với 30,9% ở nhóm nữ. Kết quả nghiên cứu cho thấy BN thường đến khám do bệnh lý viêm tủy cấp và nguyên nhân chủ yếu là do sâu răng (64,8%) và nứt răng (47,3%). Viêm tủy hoại tử do sâu răng chiếm 1,9% và nứt răng chiếm 3,6%, Viêm quanh cuống cấp do sâu răng chiếm tỷ lệ 9,2% và do nứt răng chiếm tỷ lệ là 21,8%. Tỷ lệ viêm quanh cuống mạn do sâu răng là 21,4% và do nứt răng là 27,3%. Kết quả nghiên cứu phù hợp với Phạm Thị Thu Hiền 2009 [1].

Theo Mamoun J.S., răng bị nứt thường được chẩn đoán bằng quan sát trực quan và lý tưởng nhất là dùng kính hiển vi. Một nha sĩ thường chẩn đoán vết nứt bằng cách quan sát đường nứt, đó là một đoạn đường từ chu vi của mặt phẳng gãy, do đó đoạn đường này cũng nằm trên bề mặt răng mà nha sĩ có thể quan sát. Quan sát đường nứt không nhất thiết chỉ ra kích thước và hình dạng mặt phẳng vết nứt. [4] Đặc biệt để chẩn đoán bệnh lý về răng, việc phát hiện đường nứt chính xác cũng như xác định nguyên nhân gây bệnh là điều rất quan trọng. Tỷ lệ phát hiện đường nứt bằng mắt thường là 27%, Dưới kính hiển vi, với độ phóng đại khác nhau phát hiện được đường nứt tăng lên: 28,57% - 52,34%,

V. KẾT LUẬN

Sử dụng kính hiển vi (độ phóng đại lớn) và chiếu sáng đồng trục không bóng trùng khớp với trực quan sát của nha sĩ, khi quan sát răng bị nứt, thay vì tầm nhìn không bị che khuất hoặc mức độ phóng đại $\times 2,5$ hoặc bóng tối hình thành ánh sáng trên cao. [2], [5].

Kính hiển vi tạo điều kiện quan sát các đường nứt siêu nhỏ có thể hiển thị độ tương phản màu tối thiểu so với bề mặt răng bị hút ẩm, mà không cần chiếu sáng hoặc thuốc nhuộm để quan sát các đường nứt. Cảm giác xúc giác chính xác bằng kính hiển vi cho phép xác minh vết nứt bằng cách liên kết cảm giác xúc giác của đầu thám hiểm rơi vào khe hở với điểm cực nhỏ trên đường nứt nơi đặt mũi nhọn. Kính hiển vi cho phép phát hiện số lượng mảnh vụn siêu nhỏ trong khe hở [3] hoặc sự khác biệt của kính hiển vi, theo hướng di chuyển tương ứng, của các cấu trúc răng riêng biệt dịch chuyển độc lập với nhau xung quanh khe hở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Thu Hiền (2009)**, "Nghiên cứu lâm sàng thực nghiệm hệ thống ống tủy và điều trị nội nha răng hàm lớn thứ nhất hàm trên"
2. **Clark DJ, Sheets CG, Paquette JM.** Definitive diagnosis of early enamel and dentin cracks based on microscopic evaluation. J Esthet Restor Dent. 2003;15:391-401
3. **Ellis SG.** Incomplete tooth fracture – Proposal for a new definition. Br Dent J. 2001;190:424-8.
4. **John S. Mamoun¹ and Donato Napoletano (2015).** Cracked tooth diagnosis and treatment: An alternative paradigm. Eur J Dent. 2015 Apr-Jun; 9(2): 293-303.
5. **Mamoun JS.** A rationale for the use of high-powered magnification or microscopes in general dentistry. Gen Dent. 2009;57:18-26.

THỰC TRẠNG THU HÚT VÀ DUY TRÌ BÁC SĨ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM TIỀN GIANG GIAI ĐOẠN 2016 - 2018

Phan Thị Hồng Vân*, Phùng Thanh Hùng**, Tạ Văn Trầm*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xây dựng các giải pháp nhằm thu hút và duy trì bác sĩ là vấn đề then chốt của công tác quản lý nguồn nhân lực (NNL) tại các cơ sở y tế công lập hiện nay. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng công tác thu hút, duy trì bác sĩ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang giai đoạn 2016 - 2018. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện qua thu thập số liệu thứ cấp của Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang trong 03 năm (2016-2018), kết hợp phát vấn toàn bộ bác sĩ. **Kết quả:** Bệnh viện thiếu bác sĩ để phục vụ lượng bệnh nhân quá tải: tỷ lệ bác sĩ/giường bệnh chỉ đạt 0,18 (194/1.100). Trong 03 năm Bệnh viện tuyển dụng được 46 bác sĩ, so với 107 bác sĩ cần tuyển dụng, đạt 43% theo kế hoạch. Số bác sĩ nghỉ việc, bỏ việc trong 03 năm là 21 người, trong đó có 04 bác sĩ bỏ việc do hoàn cảnh gia đình. **Kết luận:** Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang đang thiếu bác sĩ để phục vụ lượng bệnh nhân quá tải.

Từ khóa: Nguồn nhân lực, bác sĩ, Tiền Giang.

SUMMARY

THE SITUATION OF ATTRACTION AND RETENTION OF MEDICAL DOCTORS AT TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL FROM 2016 TO 2018

Background: At present, establishing the solutions to attract and retain medical doctors is an major issue of human resources management at public health facilities. **Objective:** To describe the situation of attraction and retention of medical doctors at Tien Giang General Hospital from 2016 to 2018. **Methods:** The cross-sectional descriptive study was conducted by secondary data collection at Tien Giang General Hospital during 3 years (from 2016 to 2018), combined with interviews with all medical doctors. **Results:** The number of medical doctors were not enough to serve the overloaded patients: the ratio of physicians per patients was only 0.18 (194/1.100). During 3 years, the hospital has recruited 46 physicians compared with 107 individuals who needed to be recruited, only reaching 43% of plan. The number of physicians who have quited their jobs for 3 years are 21, there were 4 medical doctors who gave up the current occupation due to their family circumstances among these. **Conclusion:** Tien Giang General hospital lacks of medical doctors to serve the overloaded patients.

Keywords: human resources, medical doctors, Tien Giang.

*Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

**trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trầm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2019

Ngày duyệt bài: 17.9.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguồn nhân lực (NNL) của đất nước nói chung, của cơ quan và ngay cả mỗi gia đình đều cần được phát triển. Phát triển và quản lý NNL là một nhân tố quan trọng, đóng vai trò không nhỏ trong sự thành bại và phát triển của một đơn vị. Nếu quản lý và khai thác tốt NNL, duy trì hiệu quả sẽ tạo động lực phát triển và chiếm ưu thế cạnh tranh trên thị trường lao động⁽⁷⁾. Hiện nay NNL bác sĩ đang rất thiếu tại hầu hết các cơ sở y tế công lập, nhất là các bác sĩ chuyên khoa (xét nghiệm, giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh,...). Theo dự báo nhu cầu nhân lực khám bệnh, chữa bệnh đến năm 2020 thì tổng số bác sĩ cần bổ sung trên cả nước là 55.245 người, trong đó khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long cần 11.708 bác sĩ, Tây Nguyên cần 3.701 bác sĩ, Bắc Trung bộ cần 12.270 bác sĩ và Đồng bằng Sông Hồng cần bổ sung 12.251 bác sĩ⁽³⁾. Điều này cho thấy nhu cầu về nguồn nhân lực bác sĩ rất cao.

Ngày nay, hiện tượng nhân viên nghỉ việc, chuyển việc hàng loạt đã khiến các nhà quản lý tìm giải pháp khắc phục, để có thể giữ những người tài ở lại. Tuy nhiên, thực tế hiện nay cho thấy công tác quản lý nhân sự ở các đơn vị, đặc biệt trong hệ thống công còn nhiều hạn chế⁽⁷⁾. Xây dựng các giải pháp nhằm thu hút và duy trì bác sĩ là vấn đề then chốt của công tác quản lý NNL tại các cơ sở y tế công lập hiện nay. Để đảm bảo đáp ứng đủ nhu cầu khám, chữa bệnh cho nhân dân trong vùng với 175 bác sĩ cơ hữu, hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang cần phải tuyển dụng thêm 44 bác sĩ nữa mới đạt tỷ lệ bác sĩ/giường bệnh theo kế hoạch của Bộ Y tế. Tuy nhiên trong 03 năm qua Bệnh viện đã không tuyển đủ số lượng bác sĩ theo kế hoạch đề ra, bên cạnh đó có một vài bác sĩ đã nghỉ việc, bỏ việc. Điều này đòi hỏi Bệnh viện phải có giải pháp cấp thiết để vừa thu hút lực lượng bác sĩ mới về Bệnh viện, vừa duy trì nguồn lực bác sĩ hiện hữu nhằm đảm bảo công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân tỉnh nhà và các tỉnh lân cận.

Xuất phát từ nhu cầu thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng thu hút và duy trì bác sĩ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang giai đoạn 2016 - 2018" nhằm phân tích và tìm ra những yếu tố cần thiết cho các giải pháp hoàn thiện nguồn nhân lực bác sĩ tại Bệnh viện trong

thời gian tối với mục tiêu Mô tả thực trạng công tác thu hút, duy trì bác sĩ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang giai đoạn 2016 - 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chí lựa chọn:** Toàn bộ bác sĩ đang công tác tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang, có mặt tại thời điểm nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chí loại trừ:

+ Các bác sĩ đang đi học dài hạn, đang nghỉ

theo chế độ (nghỉ phép thường niên, nghỉ ốm, nghỉ thai sản,...).

+ Những người từ chối tham gia nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: được tiến hành từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 7 năm 2019.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phương pháp nghiên cứu định lượng.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ bác sĩ đang công tác tại Bệnh viện

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS phiên bản 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mô tả thực trạng công tác thu hút, duy trì bác sĩ tại BVĐKTTTG giai đoạn 2016 - 2018

Cơ cấu bác sĩ theo tuổi

Bảng 2. Cơ cấu bác sĩ theo tuổi giai đoạn 2016-2018

Tuổi	2016	Tỷ lệ	2017	Tỷ lệ	2018	Tỷ lệ
Dưới 40 tuổi	68	43,3%	74	47,13%	93	52%
Từ 40 tuổi trở lên	89	56,7%	83	52,87%	86	48%
Tổng số:	157		157		179	

Cơ cấu bác sĩ theo trình độ chuyên môn

Bảng 3. Cơ cấu bác sĩ theo trình độ chuyên môn giai đoạn 2016-2018

Năm	Bác sĩ	Tỷ lệ	BSCKI Thạc sĩ	Tỷ lệ	BSCKII Tiến sĩ	Tỷ lệ	Tổng số
2016	61	38,9%	73	46,5%	23	14,6%	157
2017	67	42,68%	64	40,76%	26	16,56%	157
2018	89	49,7%	63	35,2%	27	15,1%	179

Cơ cấu bác sĩ theo khối chuyên môn

Bảng 4. Cơ cấu bác sĩ theo khối chuyên môn giai đoạn 2016-2018

Khối chuyên môn	2016	Tỷ lệ	2017	Tỷ lệ	2018	Tỷ lệ
Lâm sàng	132	84,1%	134	85,35%	153	85,5%
Cận lâm sàng	15	9,6%	12	7,64%	15	8,4%
Quản lý, hành chính	10	6,3%	11	7,01%	11	6,1%
Tổng số:	157		157		179	

Kết quả tuyển dụng bác sĩ

Bảng 5. Kết quả tuyển dụng bác sĩ tại BVĐKTTTG giai đoạn 2016-2018

Vị trí việc làm	2016		2017		2018		Tổng số	
	KH	TH (n,%KH)	KH	TH (n,%KH)	KH	TH (n,%KH)	KH	TH (n,%KH)
Bác sĩ	49	12 (24,49%)	32	09 (28,13%)	26	25 (96,15%)	107	46 (43%)
		Theo địa chỉ		Theo địa chỉ		Theo địa chỉ		Theo địa chỉ
		07		02		12		21
		Không theo địa chỉ		Không theo địa chỉ		Không theo địa chỉ		Không theo địa chỉ
		05		07		13		25

Số bác sĩ nghỉ việc, bỏ việc

Bảng 6. Số bác sĩ nghỉ việc, bỏ việc giai đoạn 2016-2018

Năm	Nghỉ hưu trước tuổi	Thôi việc	Bỏ việc	Tổng số
2016	05	02		07
2017	05	03	01	09
2018	01	01	03	05
Tổng số	11	06	04	21

So sánh số lượng bác sĩ được tuyển dụng và nghỉ việc, bỏ việc giai đoạn 2016-2018

Bảng 7. So sánh số lượng bác sĩ được tuyển dụng và nghỉ việc, bỏ việc giai đoạn 2016-2018

Năm	Bác sĩ xin vào		Tổng số	Bác sĩ xin nghỉ					Tổng số
	Tuyển dụng mới	Chuyển công tác		Nghỉ hưu trước tuổi	Thôi việc	Bỏ việc	Nghỉ hưu đúng tuổi	Chuyển công tác	
2016	12	02	14	05	02		04	01	12
2017	09	02	11	05	03	01	02	-	11
2018	25	03	28	01	01	03	-	01	06

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 151 bác sĩ, tỷ lệ nam giới là 60,93% cao hơn nữ giới (39,07%); nhóm bác sĩ trên, dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ tương đương nhau là 48,34% và 51,66%.

Trình độ chuyên môn: bác sĩ đa khoa có tỷ lệ 46,36%, bác sĩ có trình độ Thạc sĩ/Chuyên khoa I chiếm tỷ lệ 38,41% và bác sĩ có trình độ Tiến sĩ/Chuyên khoa II chiếm tỷ lệ 15,23%.

Thời gian công tác: nhóm bác sĩ có thâm niên công tác trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 48,34%, nhóm bác sĩ có thời gian công tác dưới 5 năm có tỷ lệ 43,05% và nhóm bác sĩ có thâm niên công tác từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất 08,61%.

Chức vụ quản lý: nhóm bác sĩ là nhân viên chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm bác sĩ làm quản lý, tỷ lệ lần lượt là 73,51% và 26,49%⁽¹⁾.

Phân loại công việc: Kết quả cho thấy bác sĩ làm ở bộ phận lâm sàng chiếm tỷ lệ đông nhất 86,09%, tiếp theo là bác sĩ công tác ở bộ phận cận lâm sàng và bác sĩ thuộc khối quản lý-hành chính, chiếm tỷ lệ lần lượt là 10,59% và 03,32%.

Qua 03 năm 2016-2018 lực lượng bác sĩ của Bệnh viện đã dần được trẻ hóa, số lượng bác sĩ dưới 40 tuổi tăng dần và số bác sĩ trong độ tuổi từ 40 trở lên có sự giảm dần. Tuy nhiên tỷ lệ chênh lệch giữa 02 nhóm tuổi không nhiều. Số lượng bác sĩ trẻ tăng là tín hiệu đáng mừng đối với Bệnh viện trong thu hút bác sĩ trong tình hình Bệnh viện quá tải bệnh nhân như hiện nay. Họ sẽ là nguồn kế thừa hữu ích của Bệnh viện, góp phần xây dựng Bệnh viện ngày càng phát triển lên tầm cao mới. Còn nhóm bác sĩ trong độ tuổi từ 40 trở lên đã tích lũy được nhiều kiến thức chuyên môn và kinh nghiệm nghề nghiệp, là điều thuận lợi cho Bệnh viện trong việc nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh cho người bệnh, họ còn là đàn anh, những người thầy truyền đạt kinh nghiệm nghề nghiệp quý báu cho lực lượng kế thừa. Do đó Ban Giám đốc Bệnh viện cần phải thực hiện đồng bộ các giải pháp vừa thu hút, vừa duy trì bác sĩ để Bệnh viện không bị rơi vào tình trạng mất cân bằng giữa các thế hệ bác sĩ.

Trong 03 năm 2016-2018 Bệnh viện đã tuyển được 46 bác sĩ/107 bác sĩ theo nhu cầu (đạt 43% so với kế hoạch). Năm 2016 tuyển được 12 bác sĩ (đạt 24,49%), năm 2017 tuyển được 09 bác sĩ (đạt 28,13%), riêng năm 2018 tuyển được 25 bác sĩ, đạt 96,15% so với kế hoạch, là năm tuyển dụng được nhiều bác sĩ nhất⁽¹⁾. So với Bệnh viện Bắc Thăng Long, Hà Nội năm 2011 tuyển bác sĩ mới ra trường chỉ đạt 66,7% so với chỉ tiêu thì đây là tín hiệu mừng đối với BVĐKTTTG⁽⁵⁾. Năm 2018, Bệnh viện được giao quyền tự chủ công tác tuyển dụng nhân sự, cho nên khi tiến hành tuyển dụng Bệnh viện đã phổ biến rộng rãi, công khai thông báo tuyển dụng trên website, văn phòng điện tử, do đó thông tin tuyển dụng được nhiều người biết đến. Mặt khác, chính sách thu hút bác sĩ của tỉnh theo Nghị quyết số 23/2016 có hiệu lực từ năm 2017 cũng là lực hút đối với các bác sĩ về Bệnh viện. Thực tế, trong số 25 bác sĩ đã tuyển thì số bác sĩ đào tạo theo địa chỉ đã chiếm phân nửa (12 bác sĩ). Số lượng bác sĩ đào tạo theo địa chỉ là nguồn lực không nhỏ bổ sung cho Bệnh viện trong tình hình thiếu và khó tuyển dụng bác sĩ như hiện nay. Số lượng bác sĩ trẻ xin về Bệnh viện mỗi năm mỗi tăng cho thấy chính sách thu hút của tỉnh đã phát huy tác dụng, mang lại hiệu quả thiết thực, thu hút bác sĩ về phục vụ địa phương, góp phần xây dựng ngành y tế tỉnh nhà ngày càng vững mạnh.

Về trình độ chuyên môn, tỷ lệ bác sĩ trình độ đại học tăng dần và tỷ lệ bác sĩ có trình độ sau đại học, nhất là trình độ chuyên khoa I/thạc sĩ có chiều hướng giảm qua các năm. Mặc dù Ban Giám đốc Bệnh viện rất quan tâm đến công tác đào tạo, nâng cao trình độ chuyên môn cho đội ngũ quản lý, y bác sĩ nhưng do tình hình thiếu bác sĩ, mỗi khoa phòng cử tối đa chỉ 01 bác sĩ đi học sau đại học, khi bác sĩ này về thì bác sĩ khác mới có cơ hội đi học và cơ hội chờ đến 02 năm. Do đó mỗi năm Bệnh viện cử đi đào tạo sau đại học nhiều nhất cũng chỉ khoảng 06 bác sĩ trong khi số lượng bác sĩ đa khoa tuyển mới mỗi năm cao hơn và một số bác sĩ có trình độ sau đại học đến tuổi nghỉ hưu, do đó có sự tỷ lệ nghịch giữa

02 trình độ bác sĩ. Trong 03 năm 2016-2018 Bệnh viện đã cử tổng cộng 16 bác sĩ đi học sau đại học, trong đó 10 bác sĩ học chuyên khoa I, 02 bác sĩ học Thạc sĩ, 03 bác sĩ học chuyên khoa II và 01 bác sĩ học Tiến sĩ.

Để giữ vững danh hiệu Bệnh viện hạng I, Bệnh viện cần xây dựng kế hoạch đào tạo dài hạn thật hợp lý sao cho đến năm 2023 khi thẩm định xếp hạng lại bệnh viện, Bệnh viện vẫn duy trì được tiêu chuẩn về trình độ cán bộ, trong đó trên 60% trưởng phó khoa có trình độ tiến sĩ/chuyên khoa II, trên 50% bác sĩ điều trị ở các khoa lâm sàng có trình độ sau đại học⁽²⁾. Trình độ chuyên môn của bác sĩ được nâng cao đồng nghĩa với việc chất lượng khám chữa bệnh, uy tín của Bệnh viện cũng được nâng theo. Đây là điều khó khăn đối với Ban Giám đốc Bệnh viện, bởi vì cùng một lúc không thể cử nhiều người đi học trong tình hình bệnh nhân đông, thiếu bác sĩ như hiện nay, những người ở lại gồng gánh công việc rất nhiều, gây áp lực cho bác sĩ, từ đó ảnh hưởng đến chất lượng phục vụ bệnh nhân, uy tín của Bệnh viện. Ngoài việc học sau đại học, đối với bác sĩ làm quản lý còn bắt buộc phải học chuẩn hóa về chính trị trong 12 tháng để có đủ điều kiện khi bổ nhiệm lại theo quy định của Bộ Y tế⁽⁴⁾. Với nhiều lớp đào tạo như vậy, việc sắp xếp để các bác sĩ được tham gia là điều vô cùng khó khăn đối với Bệnh viện.

Tỷ lệ bác sĩ ở bộ phận lâm sàng cao (84,1% - 85,5%), gấp 10 lần tỷ lệ bác sĩ ở bộ phận cận lâm sàng (7,64% - 9,6%), cho thấy có sự chênh lệch lớn giữa 02 bộ phận. Thực tế 03 năm qua khoa Chẩn đoán hình ảnh chỉ tuyển được 02 bác sĩ, khoa Giải phẫu bệnh tuyển được 01 bác sĩ mới nhưng sau đó bác sĩ này xin đi học chuyên khoa Da liễu, khi học về được phân công sang khoa khác phù hợp với chuyên môn hơn. Khoa Xét nghiệm, khoa Dinh dưỡng không có 01 bác sĩ cơ hữu. Để đảm bảo cho khoa hoạt động, Ban Giám đốc phân công bác sĩ quản lý khoa khác cũng từng là lãnh đạo khoa Dinh dưỡng phụ trách tạm thời khoa này trong thời gian tìm được bác sĩ phù hợp thay thế. Riêng khoa Xét nghiệm, kể từ khi bác sĩ trưởng khoa xin nghỉ hưu trước tuổi thì khoa không còn ai là bác sĩ, lãnh đạo khoa đương nhiệm là tiến sĩ chuyên ngành xét nghiệm.

Theo nhận định của lãnh đạo một khoa CLS, bác sĩ mới ra trường lúc nào cũng thích làm lâm sàng hơn CLS và thực tế cho thấy tỷ lệ bác sĩ ở bộ phận CLS không dao động nhiều qua 03 năm. Thiết nghĩ, để thu hút bác sĩ trẻ về khối CLS, trong Quy chế chi tiêu nội bộ Bệnh viện nên xây dựng mức hỗ trợ cao hơn so với bác sĩ về khối

lâm sàng, như vậy mới có nguồn bác sĩ bổ sung cho khối CLS và có thể rút ngắn sự chênh lệch như hiện nay.

Trong 03 năm 2016-2018 đã có tổng cộng 21 bác sĩ rời bỏ Bệnh viện, không kể số bác sĩ chuyển công tác, bằng một nửa số bác sĩ được tuyển dụng trong cùng thời kỳ. Trong tổng số bác sĩ nghỉ việc thì số bác sĩ xin nghỉ hưu trước tuổi chiếm một nửa (11/21 bác sĩ). Đây là đội ngũ bác sĩ có thâm niên và tay nghề cao, đa số có trình độ sau đại học và một số giữ chức vụ quản lý khoa phòng. Điều này làm cho Bệnh viện thiếu hụt bác sĩ cả về số lượng lẫn chất lượng. Kết quả này cũng giống với nghiên cứu tại BVĐK tỉnh Đắk Lắk của tác giả Phạm Đình Tiến, số lượng nghỉ hưu và nghỉ việc từ năm 2009-2011 là 27 người, trong đó đa số là bác sĩ có trình độ⁽⁶⁾.

V. KẾT LUẬN

Theo Quyết định số 2992/QĐ-BYT ngày 17/7/2015 của Bộ Y tế về phê duyệt kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2015-2020, tính theo giường kế hoạch thì số lượng bác sĩ hiện có của Bệnh viện đảm bảo đủ theo quy định 175 bác sĩ/780 giường bệnh, đạt tỷ lệ 0,22 so với quy định là 0,2. Tuy nhiên số giường thực kê luôn ở mức 1.100 trở lên, tỷ lệ bác sĩ/giường bệnh thực tế chỉ đạt 0,16 (175/1.100), nếu tính cả 08 bác sĩ nghỉ hưu hợp đồng lại và 11 bác sĩ đang hợp đồng chờ tuyển dụng thì tỷ lệ bác sĩ/giường bệnh cũng chỉ đạt 0,18 (194/1.100), cho nên Bệnh viện thiếu bác sĩ để phục vụ lượng bệnh nhân quá tải.

- Trong 03 năm Bệnh viện tuyển dụng được 46 bác sĩ, so với 107 bác sĩ cần tuyển dụng, đạt 43% theo kế hoạch.

- Số bác sĩ nghỉ việc, bỏ việc trong 03 năm là 21 người, trong đó có 04 bác sĩ bỏ việc do hoàn cảnh gia đình.

Để giải quyết tình trạng thiếu bác sĩ, trước mắt Bệnh viện thực hiện ký hợp đồng làm việc dài hạn với những bác sĩ đã nghỉ hưu và phân công phụ trách ở phòng khám theo chuyên khoa phù hợp. Đối với bác sĩ mới xin việc thì Bệnh viện ký hợp đồng ngắn hạn chờ tuyển dụng nhằm tạo điều kiện cho bác sĩ mới làm quen với môi trường làm việc của Bệnh viện trước khi trở thành viên chức chính thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang (2018)**, Báo cáo tổng kết hoạt động Bệnh viện năm 2018 và phương hướng hoạt động Bệnh viện năm 2019.
2. **Bộ Y tế (2005)**, Thông tư số 23/2005/TT-BYT

- ngày 25/8/2005 của Bộ Y tế về việc hướng dẫn xếp hạng các đơn vị sự nghiệp y tế.
3. **Bộ Y tế (2015)**, Quyết định số 2992/QĐ-BYT ngày 17/7/2015 về việc phê duyệt kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2015-2020.
 4. **Bộ Y tế (2018)**, Quyết định số 4286/QĐ-BYT ngày 04/7/2018 của Bộ Y tế về việc ban hành quy định về tiêu chuẩn và quy trình bổ nhiệm, bổ nhiệm lại, điều động, luân chuyển, từ chức, miễn nhiệm đối với các chức danh lãnh đạo, quản lý trong các đơn vị sự nghiệp của Bộ Y tế.
 5. **Đỗ Thị Hương Thu (2015)**, Thực trạng, các yếu tố tác động, giải pháp duy trì và phát triển nguồn

- nhân lực bác sĩ tại Bệnh viện Bắc Thăng Long, Hà Nội đến năm 2015, Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
6. **Phạm Đình Tiến (2012)**, Thực trạng nguồn nhân lực và các yếu tố liên quan đến thu hút, duy trì nguồn nhân lực tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk, Luận văn Thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
 7. **Vũ Xuân Phú (2012)**, Phát triển và quản lý nhân lực y tế, Tạp chí Y học thực hành (815) - số 4/2012, tr.19-20.
 8. **WHO (2006)**, World Health Report 2006: Working together for health-2006, Geneva.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KIỂM SOÁT HEN PHẾ QUẢN Ở TRẺ EM QUA NỒNG ĐỘ OXIT NITRIC TRONG KHÍ THỞ RA

Nguyễn Hữu Lĩnh*, Nguyễn Thị Diệu Thúy*

TÓM TẮT

Hen phế quản (HPQ) là bệnh lý viêm mạn tính đường hô hấp hay gặp nhất ở trẻ em. Đánh giá mức độ kiểm soát HPQ ở trẻ em có thể theo tiêu chí GINA, bộ câu hỏi Asthma Control Test- ACT và nồng độ oxit nitric trong khí thở ra (FeNO), trong đó FeNO là một marker không xâm nhập có thể đánh giá tình trạng viêm tại đường thở. Phương pháp: Đây là nghiên cứu tiến cứu, mô tả trên 50 trẻ mắc HPQ lần đầu từ 6- 16 tuổi. Các trẻ bệnh được khám lâm sàng, đánh giá mức độ kiểm soát hen theo GINA, theo ACT, đo chức năng hô hấp và đo FeNO trong 3 lần, mỗi lần cách nhau 3 tháng. Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Miễn Dịch-Dị Ứng - Khớp, Bệnh viện Nhi Trung ương. Kết quả: Tuổi của nhóm nghiên cứu là 10 tuổi, thấp nhất là 6 tuổi, cao nhất là 15 tuổi. Nhóm bệnh nhân HPQ có nồng độ FeNO là 23,44 ppb [95 %CI: 13,04-35,12 ppb]. Nồng độ FeNO giảm theo thời gian điều trị dự phòng. Nồng độ FeNO không có mối tương quan với kiểm soát hen theo GINA và ACT. Kết luận: Nồng độ FeNO phản ánh mức độ viêm đường thở. Nồng độ FeNO không có mối tương quan với kiểm soát hen theo GINA và ACT.

Từ khóa: Hen phế quản, kiểm soát hen, nồng độ oxit nitric trong khí thở ra.

SUMMARY

ASSESSMENT OF ASTHMA CONTROL IN CHILDREN USING FRACTIONAL EXHALED NITRIC OXIDE

Asthma is one of the most common inflammatory disease of the airways in children. Assessing the level of asthma control in children can be performed using the GINA criterion, the Asthma Control Test-ACT and

the fractional exhaled nitric oxide (FeNO). FeNO is a non-invasive marker for assessing airway inflammation. Methods: This was a prospective study in 50 children with asthma between 6-16 years of age and 30 healthy children. The patients were clinically examined, assessed the level of asthma control using GINA criterion, ACT, performing lung function tests and FeNO in 3 times (3 months and 6 months after initial visit). Results: The median age of childhood asthma was 10 years old (ranged from 6 years old to 15 years old). The level of FeNO was 23.44 ppb [95% CI: 13.04-35.12 ppb]. FeNO were not correlated with asthma control using GINA criterion and ACT. Conclusion: FeNO level reflected the level of airway inflammation in children with asthma. FeNO were not correlated with asthma control by GINA criterion and ACT.

Key words: Asthma, asthma control, ACT, fractional exhaled nitric oxide.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là một trong các bệnh lý hô hấp mạn tính phổ biến nhất ở trẻ em. Bệnh đang có xu hướng ngày một gia tăng ở các nước đang phát triển, đặc biệt là ở trẻ em [1]. Đánh giá hiệu quả kiểm soát HPQ giúp các thầy thuốc có chỉ định điều trị và dự phòng phù hợp. Có nhiều công cụ để đánh giá mức độ kiểm soát HPQ. Đánh giá mức độ kiểm soát HPQ dựa theo tiêu chuẩn GINA đã được sử dụng phổ biến, Bảng trắc nghiệm đánh giá mức độ kiểm soát HPQ (Asthma Control Test-ACT) đơn giản, dễ áp dụng. Tuy nhiên, nhược điểm chung của hai phương pháp trên là không đánh giá được khách quan mức độ viêm tại đường thở và còn phụ thuộc vào chủ quan nhận thức của bệnh nhân và gia đình [2].

Tình trạng viêm đường thở có thể được phát hiện qua các phương pháp thăm dò xâm nhập và không xâm nhập. Hiện nay, trên thế giới, đo

*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đại học Y Hà Nội

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2019

Ngày duyệt bài: 20.9.2019

nồng độ oxit nitric trong khí thở ra (FeNO) là một phương pháp thăm dò không xâm nhập được sử dụng rộng rãi để đánh giá tình trạng viêm ở trẻ HPQ. Hiệp hội lồng ngực Mỹ (ATS) đã đưa ra hướng dẫn thực hành đánh giá vai trò của FeNO trong đó khẳng định FeNO có liên quan tới viêm đường hô hấp có tăng bạch cầu ái toan, cho phép dự đoán khả năng đáp ứng với corticoid, có thể hỗ trợ chẩn đoán và giám sát tình trạng viêm đường hô hấp trong HPQ[3].

Tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu sử dụng các kỹ thuật thăm dò chức năng hô hấp hoặc bộ công cụ riêng lẻ để đánh giá tình trạng kiểm soát HPQ. Đo FeNO là kỹ thuật còn tương đối mới nhưng đã và đang góp phần ngày càng quan trọng trong chẩn đoán và kiểm soát HPQ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả kiểm soát hen phế quản qua nồng độ oxit nitric trong khí thở ra.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Miễn dịch- Dị ứng- Khớp Bệnh viện Nhi Trung ương, từ tháng 7 năm 2018 đến tháng 6 năm 2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định hen phế quản theo GINA 2018 từ 6-16 tuổi.

Bệnh nhân được chẩn đoán hen phế quản lần đầu.

Bệnh nhân không trong cơn hen cấp

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân hen phế quản có kèm theo bệnh

lý khác như: bệnh tim bẩm sinh, bệnh lý gan mật, thận tiết niệu, thần kinh, bệnh nhân đang có cơn hen cấp... Đây là nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca bệnh.

Kỹ thuật đo nồng độ NO trong khí thở ra: sử dụng máy đo HypAir FeNO của hãng Medisoft. Lưu lượng thở ra theo khuyến cáo của Hội Lồng ngực Mỹ ở mức 50 ml/giây. Các lần đo được lặp lại sau một khoảng nghỉ ngắn cho đến khi 2 giá trị được chấp nhận dựa vào tiêu chuẩn là sự khác biệt không quá $\pm 2,5$ ppb. Trung bình có 3 lần đo được thực hiện cho mỗi đối tượng tham gia nghiên cứu.

Đánh giá kiểm soát hen theo GINA [1].

Bảng trắc nghiệm ACT gồm 5 câu hỏi cho trẻ > 11 tuổi và bảng gồm 7 câu hỏi cho trẻ từ 4-11 tuổi[3].

Xử lý số liệu: Thông tin thu được từ bệnh án nghiên cứu sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, với $p < 0.05$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 7/2018 đến tháng 6/2019, có 50 trẻ mắc HPQ và 30 trẻ không mắc HPQ được mời tham gia nghiên cứu.

Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm trẻ mắc HPQ và nhóm trẻ tham chiếu

Đặc điểm	Nhóm trẻ HPQ (n= 50)	Nhóm tham chiếu (n=30)	p
Tuổi (Mean)	9,7 $\pm$ 1,9	10,0 $\pm$ 2,1	p = 0,46
Giới (nam)	38 (76%)	18 (60%)	p = 0,207
Chiều cao (cm)	135,3 $\pm$ 12,1	132,9 $\pm$ 9,0	p = 0,37

Tuổi (trung vị) của nhóm bệnh nhân HPQ trong nghiên cứu là 10 tuổi, thấp nhất là 6 tuổi, cao nhất là 15 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 3,2/1. Không có sự khác biệt về chiều cao, cân nặng giữa nhóm nghiên cứu và nhóm tham chiếu.

Bảng 3.2. Giá trị FeNO ở trẻ em HPQ qua các lần đánh giá.

Lần đo	Lần 1 Median (tứ phân vị)	Lần 2 Median (tứ phân vị)	Lần 3 Median (tứ phân vị)
Nồng độ FeNO	23,43 (13,04 – 35,12)	14,50 (8,48 – 33,12)	14,63 (8,48 – 33,12)
p	p ₁₂ = 0,045; p ₁₃ < 0,001		

Giá trị trung vị FeNO giảm theo thời gian điều trị dự phòng. Sự khác biệt FeNO giữa lần 1 và lần 2 và lần 1 và lần 3 là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.3. Nồng độ FeNO và ACT giữa các lần đo

Lần đo	FeNO	ACT	
Lần 1	23,44 (13,04 – 35,12)	18,0	SD: 2,6
Lần 2	14,50 (8,48 – 33,12)	23,4	2,2
Lần 3	14,63 (8,48 – 33,12)	24,3	2,2
p	p ₁₂ = 0,51; p ₁₃ = 0,01; p ₂₃ = 0,54	p ₁₂ < 0,01; p ₁₃ < 0,01 p ₂₃ > 0,05	

Cả điểm ACT và nồng độ FeNO đều có sự khác biệt giữa đo lần 1 so với lần 2 và lần 3 ở nhóm trẻ HPQ: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Mối tương quan giữa FeNO với ACT qua các lần đo

Lần đo	ACT	
	r	p
FeNO lần 1	0,98	0,50
FeNO lần 2	0,06	0,68
FeNO lần 3	0,029	0,839

Không thấy mối tương quan giữa FeNO với điểm ACT qua các lần đánh giá.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa nồng độ FeNO và kiểm soát hen theo GINA

Lần	Kiểm soát hen						p
	Kiểm soát hoàn toàn		Kiểm soát 1 phần		Không kiểm soát		
	n	Mean	n	Mean	n	Mean	
FeNO lần 1	0	0	0	0	50	25,5	
FeNO lần 2	19	26,89	28	24,75	3	23,67	0,863
FeNO lần 3	31	24,58	19	27,00	0	0	0,569

Không có mối tương quan giữa nồng độ FeNO với mức độ kiểm soát hen theo GINA qua các lần đánh giá.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 50 trẻ HPQ cho thấy tuổi trung vị của trẻ HPQ là 10 tuổi, nhỏ nhất là 6 tuổi và lớn nhất là 15 tuổi. FeNO là kỹ thuật không xâm nhập nhằm đánh giá tình trạng viêm tại đường thở. Tuy nhiên kỹ thuật này đòi hỏi phải tuân theo quy trình nên thường chỉ thực hiện được ở trẻ lớn. Peirsman và cộng sự nghiên cứu trên 99 bệnh nhân, trong đó có 49 bệnh nhân đo được FeNO, các bệnh nhân này có tuổi trung bình là 10,6 tuổi, dao động từ 5,2-14 tuổi. Thực tế, các trẻ ≥ 5 tuổi có khả năng phối hợp và hiểu được quy trình thực hiện thì mới có khả năng đo nồng độ FeNO khí thở ra.

Nghiên cứu của Berkman và các cộng sự chỉ ra nồng độ FeNO tăng cao trong khí thở của bệnh nhân hen mặc dù bệnh nhân không có bất thường về chức năng hô hấp, đo FeNO giúp phát hiện và chẩn đoán bệnh với độ nhạy 80-90%, độ đặc hiệu $>90\%$, giá trị chẩn đoán của FeNO tốt nhất khi kết hợp thêm với thăm dò chức năng hô hấp và nghiệm pháp gây tăng phản ứng phế quản [3].

Theo hướng dẫn thực hành lâm sàng của Hội Lồng ngực Mỹ nếu mức FeNO thấp hơn 20 ppb ở trẻ em ít có khả năng có tình trạng viêm đường thở tăng bạch cầu ái toan và đáp ứng với điều trị corticoid. Nếu nồng độ FeNO lớn hơn 35 ppb ở trẻ em rất có thể có viêm đường thở tăng bạch cầu ái toan và đáp ứng với điều trị corticoid. Đối với mức FeNO từ 20 – 35 ppb ở trẻ em nên được đánh giá một cách cẩn thận, kết hợp với các triệu chứng lâm sàng. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chấp nhận 20 ppb là điểm cut-off của FeNO mặc dù giá trị này còn phụ thuộc vào tuổi của trẻ. Nghiên cứu của Hanson và các cộng sự

trên 75 trẻ từ 4-7 tuổi, trong đó có 71 trẻ mắc HPQ cho thấy nồng độ FeNO rất thay đổi dao động từ 5 đến 89 ppb (trung bình 18,4 ppb, trung vị 12 ppb và khoảng tứ phân vị 8-24 ppb)[4].

Điểm ACT là công cụ kiểm soát hen trên lâm sàng đơn giản dễ sử dụng nhưng không phản ánh khách quan mức độ viêm đường thở và còn phụ thuộc vào chủ quan nhận thức của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân. Đo nồng độ NO trong khí thở ra là một phương pháp thăm dò không xâm nhập được sử dụng rộng rãi trên thế giới hiện nay để đánh giá tình trạng viêm đường thở. Phương pháp này có thể thực hiện trên trẻ lớn hơn 5 tuổi vì cần có sự phối hợp tốt ở trẻ. Hai tiêu chí kiểm soát hen độc lập nhau nhận thấy có mối tương quan yếu trong mức độ kiểm soát hen.

Theo nghiên cứu của Piacentini với 200 bệnh nhân HPQ trong đó nhóm không dự phòng có điểm ACT có mối tương quan tuyến tính nghịch với nồng độ FeNO ($r = -0,51$, $p < 0,001$) và FEV1 ($r = 0,34$, $p = 0,022$), FEV1/FVC ($r = 0,32$, $p = 0,03$)[5]. Một nghiên cứu khác chỉ ra rằng không có sự tương quan giữa ACT và nồng độ FeNO. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Hạnh cũng không tìm thấy mối tương quan ACT và FeNO[6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối tương quan giữa FENO và ACT ở cả ba lần đánh giá. Điều này có thể giải thích ACT là một thang điểm đánh giá hen mang tính chất chủ quan, cảm tính, nhất là ở trẻ nhỏ. Điều này dẫn đến sự khác biệt trong đánh giá mức độ kiểm soát theo thang điểm này.

Đã có nhiều nghiên cứu đánh giá liên quan

giữa FeNO với mức kiểm soát hen đánh giá theo GINA. Nghiên cứu của Ricciardolo cho thấy FeNO tăng đáng kể trong hen kiểm soát. Tuy nhiên cũng có nhiều nghiên cứu cho kết quả trái ngược. Trong nghiên cứu của mình, Visitsunthorn cho rằng FeNO không khác biệt giữa 3 mức kiểm soát khác nhau[7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ FeNO không có mối liên quan đến mức độ kiểm soát hen theo GINA.

V. KẾT LUẬN

Đo nồng độ FeNO là một kỹ thuật an toàn, thực hiện không quá phức tạp, có thể lặp lại trong thời gian ngắn và thực hiện được ở các trẻ lứa tuổi học đường. Nồng độ FeNO phản ánh tình trạng viêm tại đường thở. Đo FeNO nên phối hợp với các bảng đánh giá kiểm soát hen theo điểm ACT và GINA để đánh giá khách quan tình trạng kiểm soát hen ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Initiative for Asthma (GINA) (2018).** Pocket Guide for Asthma Management and Prevention.

2. **Schatz M., Sorkness C.A., Li J.T., et al. (2006).** Asthma Control Test: Reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. *J Allergy Clin Immunol*, **117**(3), 549–556.
3. **Berkman N., Avital A., Breuer R., et al. (2005).** Exhaled nitric oxide in the diagnosis of asthma: comparison with bronchial provocation tests. *Thorax*, **60**(5), 383–388.
4. **Hanson J.R., De Lurgio S.A., Williams D.D., et al. (2013).** Office-based exhaled nitric oxide measurement in children 4 years of age and older. *Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol*, **111**(5), 358–363.
5. **European Respiratory Society (2001).** Measurement of exhaled nitric oxide in children.
6. **Nguyen-Thi-Bich H., Duong-Thi-Ly H., Thom V.T., et al. (2016).** Study of the correlations between fractional exhaled nitric oxide in exhaled breath and atopic status, blood eosinophils, FCER2 mutation, and asthma control in Vietnamese children. *J Asthma Allergy*, **9**, 163–170.
7. **Visitsunthorn N., Prottsan P., Jirapongsananuruk O., et al. (2014).** Is fractional exhaled nitric oxide (FeNO) associated with asthma control in children?. *Asian Pac J Allergy Immunol*, **32**(3), 218–225.

KẾT QUẢ CHĂM SÓC VẾT MỖ NHIỄM KHUẨN TẠI KHOA PHẪU THUẬT TIÊU HÓA, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Hoàng Hà¹, Trần Văn Nhường¹,
Đào Thanh Xuyên¹, Lê Phương Thảo²

TÓM TẮT

Chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn có vai trò quan trọng giúp liền sẹo vết mổ, rút ngắn thời gian điều trị. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn bằng các kỹ thuật thay băng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 85 người bệnh bị nhiễm khuẩn vết mổ được chăm sóc bằng các kỹ thuật thay băng tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2018 đến hết tháng 1/2019. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 7,37%, trong đó tỷ lệ nhiễm khuẩn nông vết mổ là 76,5%, nhiễm khuẩn sâu vết mổ là 23,5%. Tỷ lệ loại phẫu thuật sạch là 8,2%, phẫu thuật sạch – nhiễm là 61,2%, phẫu thuật nhiễm là 17,6%, phẫu thuật bẩn là 13%. Các kỹ thuật chăm sóc vết mổ gồm: Đặt dẫn lưu vết mổ hút liên tục (18,8%); Nặn dịch, thay băng vết mổ (57,6%); Cắt chỉ, nhét gạc đáy vết mổ (42,4%). Kết quả chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn có 74,1% bệnh nhân khỏi, ra

viện; Có 25,9% bệnh nhân đỡ giảm, chuyển viện. Số ngày nằm viện sau mổ trung bình $14,51 \pm 7,15$ ngày. **Kết luận:** Kỹ thuật thay băng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn là khả thi, có hiệu quả trong điều trị vết mổ nhiễm khuẩn.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ, kỹ thuật chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn, kết quả chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn.

SUMMARY

RESULTS OF CARE FOR INFECTED SURGICAL WOUND AT DIGESTIVE SURGERY DEPARTMENT, VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Taking care for infected surgical wound helps patients quickly healing the surgical wound and to reduce time to treatment. **Aims:** Evaluate the results of care for infected surgical wound by the technics of dressing change. Patients and methods: 85 patients with infected surgical wound were taking care by technics of dressing change at the Department of digestive surgery, Viet Duc university hospital from 1/2018 to 1/2019. **Results:** The rate of wound infection was 7,37%, in which the rate of superficial infection was 76,5%, the rate of deep infection was 23,5%. The rate of clean surgery was 8,2%, clean-contaminated surgery was 61,2%, contaminated surgery was 17,6%, infected surgery was 13%.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Hà

Email: hadrvd@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2019

Ngày duyệt bài: 17.9.2019

Techniques of care for infected surgical wound included continuous aspiration drainage (18,8%); simple dressing change (57,6%); packing surgical wound with gauze (42,4%). The results of taking care for infected surgical wound: 74,1% of patients were total recovered and discharged from hospital, 25,9% of patients had a reduction of wound infection and were transferred to local hospital, the average time of hospitalisation after surgery was $14,51 \pm 9$ days.

Conclusions: The technics of care for infected surgical wound is feasible and effective in treating surgical wound infection.

Keywords: Wound infection, technics of care for infected surgical wound, the results of taking care for infected surgical wound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là nhiễm khuẩn tại vị trí phẫu thuật trong vòng 30 ngày sau mổ (phẫu thuật không có cấy ghép cơ quan) hoặc cho tới một năm sau mổ (phẫu thuật có cấy ghép cơ quan)[1]. Tỷ lệ mắc NKVM thay đổi từ 2% – 5% tùy theo loại phẫu thuật và theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới tại Hoa Kỳ trong năm 2010 ước tính có khoảng 16 triệu ca phẫu thuật, trong đó tỷ lệ NKVM chiếm 2,0% – 5,0%, tương đương với 300.000 – 500.000 trường hợp NKVM [1]. Nhiễm khuẩn vết mổ được chia 3 mức độ: NKVM nông (nhiễm khuẩn ở da hoặc tổ chức dưới tại vị trí rạch da); NKVM sâu (nhiễm khuẩn tại lớp cân và/hoặc cơ tại vị trí rạch da), nhiễm khuẩn cơ quan/khoang cơ thể [2]. Tại Việt Nam, NKVM xảy ra ở 5%–10% trong số khoảng 2 triệu người bệnh được phẫu thuật hàng năm, khoảng trên 90% NKVM thuộc loại nông và sâu [1].

Phẫu thuật tiêu hóa có nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ cao vì chủ yếu là phẫu thuật sạch nhiễm, phẫu thuật nhiễm và phẫu thuật bẩn [1]. Tỷ lệ NKVM tại khoa phẫu thuật tiêu hóa bệnh viện Việt Đức năm 2006 là 6,6%, trong đó ở nhóm phẫu thuật tá tràng – tụy là 10,5%; nhóm phẫu thuật đại – trực tràng là 8,4%; phẫu thuật thực quản là 6,0% và phẫu thuật dạ dày – ruột là 4,5% [3]. Các yếu tố nguy cơ gây NKVM bao gồm: Cơ thể người bệnh, môi trường, loại phẫu thuật và tác nhân gây bệnh. Các nhóm yếu tố này đan xen, tác động qua lại làm tăng nguy cơ NKVM [1].

NKVM để lại hậu quả nặng nề cho người bệnh do kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong và tăng chi phí điều trị [2]. Tại Hoa Kỳ, số ngày nằm viện gia tăng trung bình do NKVM là 7,4 ngày, chi phí phát sinh do NKVM hàng năm khoảng 130 triệu USD. Một vài nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy NKVM làm tăng gấp hai lần thời gian nằm viện và chi phí điều trị trực tiếp [1]. Chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn bao gồm các

bước: rửa sạch vết mổ, loại bỏ vi khuẩn và mô hoại tử, sử dụng kháng sinh, băng vết mổ. Một nghiên cứu về chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn năm 2017 trên 92 bệnh nhân có kết quả: Điều trị khỏi ra viện là 72%, chuyển viện bỏng là 28%; và thời gian nằm viện trung bình $13 \pm 5,9$ ngày [4].

Lợi ích của chăm sóc vết mổ là giúp mau lành vết mổ, người bệnh hồi phục nhanh, cải thiện chất lượng sống, làm giảm ngày nằm viện, giảm chi phí điều trị và giảm tình trạng quá tải bệnh viện. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn bằng các kỹ thuật thay băng tại khoa phẫu thuật tiêu hóa bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2018 – 1/2019*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Là những bệnh nhân bị NKVM tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2018 đến tháng 1/2019

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

BN sau mổ được chẩn đoán NKVM theo tiêu chuẩn CDC [1]. Phải có ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- + Có dấu hiệu tại chỗ: sưng, nóng, đỏ, đau
- + Chảy mủ, dịch từ vết mổ
- + Cấy phân lập được vi khuẩn từ mủ, dịch hoặc mô vết mổ.

BN được chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn bằng các kỹ thuật thay băng; nhét gạc đáy vết mổ; hút dẫn lưu liên tục.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân bị đục thành bụng phải khâu lại; bệnh nhân đã bị nhiễm khuẩn vết mổ từ tuyến dưới chuyển lên và bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu: Quan sát mô tả, theo dõi dọc, tiến cứu

- Quy trình nghiên cứu: Việc thu thập số liệu được tiến hành như sau:

Xác định BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, đưa vào danh sách nghiên cứu, ghi nhận các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, tiến hành chăm sóc vết mổ bằng các kỹ thuật thay băng (thay băng nặn dịch vết mổ, cắt chỉ vết mổ nhét gạc đáy vết mổ, đặt dẫn lưu vết mổ hút liên tục), theo dõi tiến triển của vết mổ sau chăm sóc.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Các thông tin chung về bệnh nhân: tuổi, giới, thể trạng bệnh nhân, bệnh lý kèm theo, mổ cấp cứu hay mổ có kế hoạch, thời gian phẫu thuật.

Phân loại nhiễm khuẩn vết mổ: Sạch; Sạch – nhiễm; Nhiễm; Bẩn

Mức độ nhiễm khuẩn: NKVM nông: NKVM sâu; NKVM khoang/ cơ quan

Các kỹ thuật thay băng vết mổ: là biện pháp làm sạch vết mổ và giúp vết mổ chóng liền: Thay băng nặn dịch vết mổ nhiễm khuẩn; Cắt chỉ (cách quãng hoặc toàn bộ) nhét gạc đáy vết mổ; Đặt dẫn lưu vết mổ hút liên tục; Khâu da thì 2.

Kết quả chăm sóc NKVM: Khỏi, ra viện là những trường hợp vết mổ tiến triển tốt, không còn biểu hiện NKVM, đang liền sẹo tốt; Giảm, đỡ, chuyển viện là những trường hợp vết mổ giảm hoặc hết nhiễm khuẩn, nhưng chưa liền sẹo vẫn cần theo dõi, hướng dẫn của nhân viên y tế; Nặng hơn là những trường hợp sau điều trị và chăm sóc những mức độ nhiễm khuẩn nặng hơn, cần phẫu thuật lại; Tử vong là những trường hợp NKVM gây biến chứng không khỏi dẫn đến tử vong.

Thời gian nằm viện sau mổ: Thời gian trung bình nằm viện sau mổ. thời gian nằm viện ngắn nhất và thời gian nằm viện dài nhất

- Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu sau khi thu nhập được làm sạch và xử lý trên máy tính thông qua phần mềm SPSS 20.0

Các thuật toán sử dụng: Tính giá trị trung bình; Tính tần số; Tỷ lệ phần trăm; Tính giá trị lớn nhất, nhỏ nhất

- Đạo đức nghiên cứu: Quá trình thu thập số liệu để phục vụ cho nghiên cứu được sự đồng ý của Lãnh đạo khoa Phẫu thuật tiêu hóa bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Chọn bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu phải nói rõ mục đích nghiên cứu và bệnh nhân đồng ý ký tham gia nghiên cứu. Thái độ tôn trọng và có giải thích rõ ràng đối với người bệnh khi chăm sóc và thay băng. Các số liệu được cất giữ theo đúng qui định bảo mật và chỉ phục vụ nghiên cứu. Danh tính của đối tượng nghiên cứu được mã hóa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn nghiên cứu từ tháng 1/2018 đến tháng 1/2019 có tổng 1152 bệnh nhân được mổ tại khoa phẫu thuật Tiêu hóa, trong số đó có 85 bệnh nhân NKVM nằm trong tiêu chuẩn nghiên cứu, chiếm tỷ lệ 7,37%. Trong đó nhóm tuổi từ 18 – 60 chiếm tỷ lệ 56,5%; trên 60 tuổi chiếm 43,5%. Nam nhiều hơn nữ (tương đương 64,7%, và 35,3%).

Bảng 1: Đặc điểm chung về nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		n(85)	Tỷ lệ%
Phân loại thể trạng	Gầy/suy kiệt	16	18,8
	Bình thường	62	73
	Béo	7	8,2
Đái tháo	Có	7	8,2

đường	Không	78	91,8
Mổ cấp cứu	Có	16	18,8
	Không	69	81,2
Phân loại phẫu thuật	PT sạch	7	8,2
	PT sạch-nhiễm	52	61,2
	PT nhiễm	15	17,6
	PT bẩn	11	13,0

Nhận xét: Qua bảng 1 cho thấy đa phần bệnh nhân có thể trạng bình thường (73%). Bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường chiếm tỷ lệ 8,2%. Bệnh nhân mổ cấp cứu chiếm 18,8%. Bệnh nhân phẫu thuật sạch – nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất (61,2%).

Bảng 2: Phân loại mức độ nhiễm khuẩn vết mổ

Mức độ NKVM	N	Tỷ lệ %
NKVM nông	65	76,5
NKVM sâu	20	23,5
NKVM khoang/cơ quan	0	0,0
Tổng	85	100%

Nhận xét: Mức độ nhiễm khuẩn nông chiếm cao nhất với tỷ lệ 76,5%.

Bảng 3: Các biện pháp chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn

Biện pháp chăm sóc vết mổ	n	Tỷ lệ %
Nặn dịch, thay băng vết mổ	49	57,6
Cắt chỉ, nhét gạc đáy VM	36	42,4
Đặt dẫn lưu hút liên tục	16	18,8
Khâu da thì 2	10	11,7

Nhận xét: Biện pháp chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn như nặn dịch, thay băng vết mổ chiếm tỷ lệ cao nhất (57,6%) và thấp nhất là khâu da thì 2 (11,7%).

Bảng 4: Kết quả chăm sóc NKVM

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Tình trạng vết mổ	Khỏi, ra viện	63	74,1
	Giảm, đỡ, chuyển viện	22	25,9
Thời gian nằm viện sau mổ trung bình (Ngày nằm viện ngắn nhất – dài nhất)	14,51±7,15 (6 – 36)		

Nhận xét: Đa phần những bệnh nhân NKVM khi ra viện có tình trạng vết mổ khỏi chiếm tỉ lệ 74,1%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 14.51 ± 7,15 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn.

Kết quả bảng 4 cho thấy kết quả chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn có 74,1% bệnh nhân khỏi, ra viện; 25,9% bệnh nhân đỡ giảm, chuyển viện. Không có trường hợp nào tình trạng nặng hơn và

tử vong sau chăm sóc; Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $14,51 \pm 7,15$ ngày. Các kỹ thuật thay băng chúng tôi áp dụng đã chứng minh được hiệu quả trong điều trị vết mổ nhiễm khuẩn, nhất là những vết mổ nhiễm khuẩn nặng, phức tạp. Các kỹ thuật này còn có ưu điểm như chỉ sử dụng bông băng gạc thông thường, hệ thống hút trung tâm sẵn có được bệnh viện trang bị.

Nghiên cứu của Phạm Văn Tân năm 2016 về nhiễm khuẩn vết mổ tiêu hóa tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai trên 2861 người bệnh có thời gian nằm viện sau mổ trung bình cao hơn của chúng tôi là $18,65 \pm 11,22$ ngày và kết quả điều trị nhiễm khuẩn vết mổ bằng các biện pháp như thay băng, sử dụng kháng sinh và nâng cao thể trạng 100% người bệnh điều trị khỏi nhiễm khuẩn vết mổ và ra viện[7]. Còn theo nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng, Nguyễn Quốc Anh (2009 -2010) tại một số bệnh viện khu vực Miền Bắc sử dụng kháng sinh dự phòng sau mổ thì ngày nằm viện trung bình sau mổ của người bệnh nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn của chúng tôi là $14,9 \pm 7,15$ ngày.

Nghiên cứu của Ahmed Hassan El-Sabbagh (2016) tại Ai Cập sử dụng hút áp lực âm để điều trị cho 41 người bệnh có vết thương mãn tính và cấp tính kết quả cho thấy thời gian nằm viện thay đổi từ 1 đến 6 tuần. Không có tỷ lệ tử vong được ghi nhận trong nghiên cứu này. Tất cả các mảnh ghép da cho thấy được chữa lành hoàn toàn, các vết thương với lỗ rò đường ruột đã được cải thiện.

Tuy nhiên, phương pháp tốt nhất điều trị NKVM chính là dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ để giảm tỷ lệ NKVM. Các biện pháp đã được xác định có hiệu quả cao trong phòng ngừa NKVM gồm: (1) Tắm bằng xà phòng có chất khử khuẩn cho người bệnh trước phẫu thuật; (2) Loại bỏ lông và chuẩn bị vùng rạch da đúng quy định; (3) Khử khuẩn tay ngoại khoa và thường quy bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn; (4) Áp dụng đúng liệu pháp kháng sinh dự phòng (KSĐP); (5) Tuân thủ chặt chẽ quy trình vô khuẩn trong buồng phẫu thuật và khi chăm sóc vết mổ, v.v. (6) Kiểm soát đường huyết, ủ ấm người bệnh trong phẫu thuật. (7) Duy trì tốt các điều kiện vô khuẩn khu phẫu thuật như dụng cụ, đồ vải dùng trong phẫu thuật được tiệt khuẩn đúng quy trình, nước vô khuẩn cho vệ sinh tay ngoại khoa và không khí sạch trong buồng phẫu thuật[1].

Kỹ thuật thay băng chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn. Theo CDC, nếu nhiễm trùng vết mổ xảy ra cần mở rộng vết thương, tháo mũ và

làm sạch vết thương, các mô sâu cần được kiểm tra toàn vẹn kể cả khoang nhiễm trùng sâu. Thay băng làm cho phát triển mô hạt và vết thương sẽ lành trong vài tuần. Đóng vết thương nhiễm trùng sớm hoặc muộn thường liên quan đến tái phát nhiễm trùng hoặc toác rộng vết thương [1]. Trước tiên cần phân loại mức độ NKVM để áp dụng kỹ thuật thay băng cho phù hợp: Nặng dịch vết mổ, thay băng với những vết mổ tẩy đỏ, không có mũ; Cắt chỉ cách quãng hoặc toàn bộ, nhét gạc tẩm Betadin vào đáy vết mổ với những mổ nhiễm trùng rộng, có mũ; Nếu vết mổ chảy nhiều dịch, mũ cần đặt dẫn lưu hút liên tục, khâu da thì 2 khi vết mổ sạch, lên tổ chức hạt.

Kết quả bảng 3 cho thấy biện pháp chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn có 49 bệnh nhân (57,6%) được thay băng, nặn dịch vết mổ, 36 bệnh nhân (42,4%) được cắt chỉ nhét gạc đáy vết mổ, 16 bệnh nhân được hút liên tục vết mổ và 10 bệnh nhân (11,7%) được khâu da thì 2. Theo nghiên cứu của Phạm Văn Tân (2016) tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai 100% nhiễm trùng vết mổ đều được thay băng điều trị nhiễm khuẩn vết mổ tại chỗ, tỷ lệ người bệnh sử dụng gạc lưới Polyesteramid là 16,3%, tỷ lệ người bệnh được cắt chỉ cách quãng là 41,3% và tỷ lệ bệnh nhân phẫu thuật lại chiếm 0,95%[7].

Hiện nay trên thị trường có nhiều loại băng gạc tiên tiến của nhiều hãng trên thế giới chỉ định với những vết thương mãn tính, vết thương tiết dịch nhiễm trùng rất hiệu quả tuy nhiên giá thành còn đắt và bảo hiểm y tế chưa chi trả nên chúng tôi không áp dụng thường quy trong điều trị NKVM. Điều trị vết thương nhiễm trùng rộng và sâu hiện nay, việc sử dụng các máy hút áp lực âm cũng có thể là một lựa chọn mới. Nghiên cứu của Daniel Vargo (2012) tại Mỹ dự phòng nhiễm trùng vết thương trong những trường hợp vết thương bụng kín nguy cơ cao bằng hút áp lực âm trên 31 người bệnh cho thấy an toàn, không có băng chứng hoại tử da và giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết thương. Tuy nhiên, việc điều trị nhiễm khuẩn bằng hút áp lực âm trung bình 3 - 4 triệu/ một vết mổ nhiễm trùng rất tốn kém cho người bệnh. Trong nghiên cứu này, những trường hợp nhiễm trùng vết mổ nặng, chảy dịch, mũ nhiều chúng tôi đặt dẫn lưu vào đáy vết mổ, lắp máy hút liên tục thấy có hiệu quả tốt mà không phải chi phí tốn kém.

V. KẾT LUẬN

Chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn bằng các kỹ thuật thay băng phù hợp là phương pháp khả thi, an toàn và có hiệu quả trong việc liền sẹo vết mổ. Các kỹ thuật chăm sóc vết mổ nhiễm

khẩn không đòi hỏi trang thiết bị tốn kém, có thể áp dụng rộng rãi tại các cơ sở y tế. Cần tiến hành những nghiên cứu so sánh với những phương pháp chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn khác để đánh giá hiệu quả chăm sóc vết mổ nhiễm khuẩn bằng các kỹ thuật thay băng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2012)**, "Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ", Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế.
2. **Anderson D.J (2011)**, "Surgical site infection", Infect Dis Clin North AM, tr. 135-153.
3. **Lê Minh Luân (2006)**, "Nghiên cứu sử dụng kháng sinh dự phòng và một số yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật tiêu hóa bệnh viện Việt Đức Hà Nội", Trường đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Minh Ky và CS (2017)**, "Đánh giá chăm sóc vết thương chấn thương phức tạp tại khoa phẫu thuật Nhiễm khuẩn bệnh viện Việt Đức", Tạp chí y học thảm họa & bóng, số 2/2017.
5. **Lê Anh Tuấn (2007)**, "Tình hình nhiễm khuẩn vết mổ ở các bệnh nhân được phẫu thuật tại bệnh viện tỉnh Sơn La", Y học Việt Nam, số 1/2009, tr. 11 -18.
6. **Lưu Ngân Tâm và CS (2010)**, "Tình trạng dinh dưỡng và những yếu tố liên quan ở người bệnh phẫu thuật gan mật tụy tại bệnh viện Chợ Rẫy".
7. **Phạm Văn Tân (2016)**, "Nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ các phẫu thuật tiêu hóa tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai", Học viện Quân y - Luận án tiến sĩ.
8. **Nguyễn Thanh Hải, Nguyễn Hoàng Mỹ Lệ và Et al. (2013)**, "Tỷ lệ mắc mới, tác nhân, chỉ phí điều trị và yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn vết mổ tại bệnh viện đa khoa tổng nhất Đồng Nai", Hội Nghị Khoa Học Kỹ Thuật BV. Bình Dân 2014, tr. 203 – 208
9. **Nguyễn Tiến Quyết, Nguyễn Đức Chính và Et al. (2008)**, "Nhiễm khuẩn vết mổ tại bệnh Viện Việt Đức qua nghiên cứu cắt ngang tháng 2 đến tháng 4 năm 2008", Y học thực hành, số 9/2012, tr. 15 -18

CẢM XÚC TIÊU CỰC CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG: NGHIÊN CỨU KẾT HỢP ĐỊNH LƯỢNG VÀ ĐỊNH TÍNH TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Thị Ái¹, Bùi Thị Huyền Diệu¹, Vũ Thị Kim Dung¹
Phạm Thị Mỹ Hạnh¹, Tine M. Gammeltoft²

TÓM TẮT

Nghiên cứu kết hợp định tính và định lượng trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại 2 huyện của tỉnh Thái Bình. Nghiên cứu sử dụng bộ công cụ SRQ20 để đánh giá cảm xúc tiêu cực với tổng điểm từ 7 điểm trở lên được xem là có cảm xúc tiêu cực. Kết quả cho thấy: tỷ lệ đối tượng có các cảm xúc tiêu cực chiếm 37,0%. Tỷ lệ bệnh nhân có ý muốn tự tử là 8,4% bệnh nhân, 60,8% bệnh nhân thường xuyên khó ngủ, 53,9% cảm giác thường xuyên mệt mỏi. Trong nghiên cứu định tính, 4/15 có SRQ20 đạt 7 điểm trở lên. Nguyên nhân dẫn đến cảm xúc tiêu cực ở bệnh nhân bao gồm: bản thân người bệnh, gia đình người bệnh và xã hội.

Từ khóa: Cảm xúc tiêu cực, SRQ20, đái tháo đường type 2, nghiên cứu kết hợp

SUMMARY

DISTRESS IN DIABETES PATIENTS: A STUDY FROM VIETNAM COMBINING QUANTITATIVE AND QUALITATIVE METHODS

This is a mixed methods study conducted among people with type 2 diabetes in two districts of Thai

Binh province. The study used the SRQ20 questionnaire to identify distress among participants. Those with scores from 7 and above were considered as having distress. Findings from the quantitative research revealed that among 848 participants, the prevalence of distress was 37%. The prevalence of intention of suicide, difficulties in sleeping and continuous tiredness were 8,4%, 60,8% and 53,9%, respectively. Findings from the qualitative research showed that 4/15 participants had SRQ20 scores from 7 and above. The causes of distress mentioned in the qualitative research included personal factors, factors concerning patients' families and factors related to the social system.

Key words: distress, SRQ20, type 2 diabetes, mixed methods

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường hai thể đái tháo đường type 1 và type 2. Trong đó, bệnh đái tháo đường type 2 là bệnh phổ biến nhất. Theo ước tính của WHO, trên thế giới năm 2012 có hơn 346 triệu người mắc đái tháo đường. Dự kiến đến năm 2030 tỷ lệ người mắc sẽ tăng gấp đôi nếu không có biện pháp can thiệp [1]. Người bệnh đái tháo đường có thể có các biến chứng như: bệnh về thận, đái tháo đường, thần kinh và tim mạch [2]. Tại Việt Nam năm 2015 có 3,5 triệu người mắc đái tháo đường và con số này được dự báo sẽ tăng gần gấp đôi lên 6,1 triệu vào năm 2040 [3]. Đái tháo đường

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình, Việt Nam

²Đại học Copenhagen, Đan Mạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ái

Email: nguyena198@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019

Ngày duyệt bài: 12.9.2019

là một bệnh mạn tính, người bị bệnh này có nguy cơ có các cảm xúc tiêu cực cao hơn các nhóm khác. Cảm xúc tiêu cực là yếu tố nguy cơ gây bệnh và biến chứng của bệnh đái tháo đường. Hơn nữa, cảm xúc tiêu cực còn làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh [4]. Mặc dù đái tháo đường là một gánh nặng lớn đối với người bệnh ở các nước đang phát triển, các nghiên cứu về vấn đề này tại Việt Nam còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu xác định nguyên nhân của cảm xúc tiêu cực ở bệnh nhân đái tháo đường, nhằm cung cấp thông tin cho chương trình can thiệp tại Thái Bình, Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu này thực hiện trên bệnh nhân đái tháo đường type 2.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2018 đến tháng 5/2019 tại 2 huyện Vũ Thư và Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình.

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu kết hợp định tính và định lượng. Trong đó, nghiên cứu định tính sử dụng phương pháp nghiên cứu trường hợp, nghiên cứu định lượng sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu và kỹ thuật thu thập thông tin: Đối với nghiên cứu định tính tiến hành phỏng vấn sâu 15 bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang sinh sống tại huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình, Việt Nam. Nghiên cứu sử dụng bộ hướng dẫn phỏng vấn sâu.

Đối với nghiên cứu định lượng tiến hành phỏng vấn toàn bộ bệnh nhân đái tháo đường đang được quản lý tại bệnh viện huyện thuộc 2 huyện nghiên cứu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Tổng số có 848 bệnh nhân tham gia nghiên cứu định lượng.

Phân tích số liệu. Cả nghiên cứu định tính và định lượng đều được sử dụng bộ công cụ SRQ20 để đánh giá mức độ cảm xúc của đối tượng nghiên cứu với tổng điểm tối đa là 20 điểm. Trong đó, tổng điểm ≥ 7 là có cảm xúc tiêu cực. [5].

Nghiên cứu định tính, các số liệu sau khi thu thập được gỡ băng, mã hoá và phân tích bằng phương pháp phân tích nội dung.

Nghiên cứu định lượng, số liệu sau khi được thu thập sẽ được nhập 2 lần bằng phần mềm Epidata và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Số liệu được báo cáo dưới dạng số lượng, tỷ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân đái tháo đường

Đối với nghiên cứu định lượng, trong tổng số 848 đối tượng, có 349 đối tượng trong độ tuổi từ 60-65 chiếm tỷ lệ cao nhất (41,2%). Trình độ học vấn cao nhất là cấp 2 có 371 đối tượng (43,8%). Đối với nghiên cứu định tính các đối tượng chủ yếu là hưu trí với 10/15 đối tượng.

Bảng 1. Một số đặc điểm tâm lý của người bệnh theo SRQ20 (n=848)

Tiêu chí	Số lượng	Tỷ lệ %
Thường xuyên cảm thấy đau đầu	401	47,3
Thường xuyên khó ngủ	516	60,8
Cảm giác sợ hãi	282	33,3
Cảm thấy mình không có vai trò quan trọng	315	37,1
Ý muốn tự tử	71	8,4
Cảm giác thường xuyên mệt mỏi	457	53,9

Trong tổng số 848 đối tượng nghiên cứu định lượng, tỷ lệ đối tượng có các cảm xúc tiêu cực chiếm 37,0%. Kết quả phỏng vấn sâu 15 bệnh nhân cho thấy, 4/15 trường hợp có cảm xúc tiêu cực theo bộ công cụ SRQ20. Cảm xúc thường gặp ở các bệnh nhân này là sự "chán nản". Một ý kiến cho biết: "...bây giờ cảm thấy chán lắm, đến cái việc ăn còn lúc được lúc không chứ ngoài ra chẳng làm được việc gì nữa cả, bây giờ bị như thế này thấy chán đời lắm cháu à..." bà Loan, 71 tuổi. Có 7/12 bệnh nhân có cảm giác "lo lắng, sợ hãi", theo ý kiến của bà Sim, 67 tuổi "... mỗi khi nghĩ đến bệnh lại cảm thấy sợ, mình bị bệnh này coi như là án tử rồi, sống được ngày nào thì sống thôi chứ không hi vọng gì nữa..."

2. Nguyên nhân dẫn đến cảm xúc tiêu cực của bệnh nhân đái tháo đường

Các cảm xúc tiêu cực của bệnh nhân đến từ nhiều nguyên nhân khác nhau

2.1. Từ phía bản thân người bệnh. Các cảm xúc tiêu cực của bệnh nhân xuất phát từ những lo lắng, suy nghĩ đến các vấn đề có khả năng xảy ra đối với người bệnh như:

Lo lắng biến chứng của bệnh. Trong số 848 bệnh nhân có tới 61,7% bệnh nhân lo lắng về biến chứng của bệnh và trong nghiên cứu định tính thì 15/15 bệnh nhân đều nói rằng họ "lo sợ" biến chứng của đái tháo đường. Khi bệnh nhân biết về các biến chứng của đái tháo đường hầu hết họ đều lo mình cũng sẽ gặp phải các biến chứng ấy. Theo ý kiến của bà Miên, 70 tuổi: "...Tôi hãi lắm, tôi sợ lắm. Phải tháo khớp tháo từ đầu gối trở xuống thì sợ lắm ...".

Lo sợ thiếu hụt kinh tế. Đái tháo đường là một bệnh mạn tính do vậy các chi phí liên quan

đến bệnh thường mang lại nhiều gánh nặng về kinh tế cho bệnh nhân. Bệnh nhân luôn mong muốn được tiếp cận với dịch vụ y tế tốt. Tuy nhiên, điều này sẽ khó khăn nếu như điều kiện kinh tế của gia đình hạn chế "Tôi chỉ mong muốn làm sao cho xã hội giúp đỡ tôi về kinh tế để có đồng tiền chi phí thuốc thang... nhà chỉ có mình ông đi làm nên tất cả mọi việc đều trông chờ vào chỗ ông thôi. Hàng tháng thì bao thứ tiền nào là thuốc thang, cổ bàn này nọ, mua cái này cái kia còn đi hỏi thăm ốm đau vì vậy làm sao mà đủ được, lại còn bệnh của mình hàng ngày nữa... ngoài bảo hiểm ra thì tốn kém lắm chứ...", bà Loan, 71 tuổi.

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy 6/15 bệnh nhân có các cảm giác "mặc cảm" khi bị bệnh do họ giảm hoặc mất khả năng lao động. Họ không có thu nhập và phải phụ thuộc vào người khác vì thế họ cảm thấy bản thân trở nên "vô dụng". Theo bà Loan, 71 tuổi "... không làm được gì cho gia đình, cho xã hội nên tôi cảm thấy chán lắm, thực sự không còn hi vọng và thậm chí không tin tưởng vào chính bản thân mình nữa, cảm thấy chán vô cùng cháu ạ...".

Khó chịu do phải thay đổi chế độ ăn. Trong tổng số 15 bệnh nhân, có 10 bệnh nhân có cảm giác khó chịu khi phải thay đổi chế độ ăn. Sự khó chịu này đôi khi làm ảnh hưởng đến mối quan hệ với những người xung quanh "... đang ăn bình thường giờ phải kiêng khem nên khó chịu lắm, nhiều khi cảm thấy trong người bức bối rồi khó chịu với cả những người xung quanh nữa..." bà Đào, 65 tuổi. Thậm chí, bệnh nhân từ bỏ "ăn kiêng" để có thể "hòa nhập" với mọi người, ông Tình, 51 tuổi cho biết "... khi đi ăn cỗ thì bác ăn bình thường như mọi người để hòa nhập, chứ nếu không ăn người ta gắp cho nhiều ngại lắm...". Thậm chí, bệnh nhân phải giảm các mối quan hệ xã hội để không bị ảnh hưởng đến chế độ ăn kiêng. Bác Tình cho biết "... nhiều khi đi ăn cỗ cứ phải ăn như mọi người nên bác hạn chế đi, bạn bè mời thì từ chối còn hàng xóm hoặc họ hàng thì để người nhà đi thay ... cứ từ chối nhiều và không đi được như trước kia nữa cũng cảm thấy khó chịu...". Chính việc giảm đi các mối quan hệ này làm bệnh nhân có xu hướng "khép mình" và điều này là một yếu tố tiêu cực ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần của người bệnh.

2.2. Từ phía gia đình người bệnh. Sự hỗ trợ từ phía gia đình đối với bệnh nhân có nhưng chưa đủ so với nhu cầu của người bệnh, đôi khi chính bệnh nhân tự cảm thấy "phiền hà" và "ngại" khi nhờ đến sự giúp đỡ từ những người

trong gia đình. Bà Loan, 71 tuổi cho biết: "... biết mẹ có bệnh vậy thôi chứ không giúp đỡ được gì... có người khuyên cô cứ mua thuốc của Pháp mà uống cho hiệu quả, nhưng mình bảo là cũng hạn chế tiền, có mấy triệu bạc còn phải tiêu nhiều việc lắm.... ngại xin tiền chúng nó...". Ngay cả khi bệnh nhân nhờ đến sự giúp đỡ thì những người trong gia đình cũng không đáp ứng phù hợp. Một trường hợp cho biết "tối thứ 7 tôi đang nằm xem ti vi tôi thấy người buồn rầu, tôi khó chịu tôi lên tôi mở cửa. Tôi bảo ông ơi ông cho tôi đi trạm xá tôi tiêm. Ông lại quát 1 câu là không tự đi được à, tôi bảo tôi tự đi được tôi đã chả nói với ông, thế là tôi khó chịu quá tôi ngồi đây, gọi con bé cháu là mày cho bà lên trạm xá. Hôm đấy nó chuẩn bị thì nó bảo vâng đợi con làm nốt bài này đã... nhiều lúc nghĩ cũng tủi thân quát chúng nó là tao có phải là con ở, là osin nhà chúng mày đâu, tao mệt lắm rồi..." bà Đào, 65 tuổi.

2.3. Từ phía xã hội

Khó khăn trong tiếp cận dịch vụ y tế.

Người bệnh đái tháo đường phải thường xuyên đến cơ sở y tế để kiểm tra sức khỏe, do vậy họ thường cảm thấy "khó chịu" khi phải mất nhiều thời gian chờ đợi để được khám chữa bệnh. Hơn thế nữa, người bệnh đái tháo đường rất dễ xuất hiện các triệu chứng "hạ đường huyết" mỗi khi có biểu hiện "đói" nhưng bệnh nhân thường phải "nhịn" cho đến khi được lấy máu xét nghiệm. Một ý kiến cho biết "... cái bệnh này có nhanh đói lắm, mà chờ mãi mới đến lượt lấy máu nhiều người không chịu nổi còn ngất đi ấy... khổ lắm, cứ thế này thì bệnh nhân tiểu đường không thể chịu nổi ấy, bức mình lắm..." ông Tình, 51 tuổi.

Đôi khi những khó khăn khi tiếp cận dịch vụ y tế làm bệnh nhân "ngại" đến cơ sở y tế để được theo dõi, điều trị và thậm chí ngừng sử dụng dịch vụ y tế, theo một ý kiến: "... bức bối, lo lắng công việc ở nhà, đi viện được tí thuốc tí men thì chiều trực nọ kia lắm lúc bức xúc lắm...", "... trước bác hay đi khám lắm nhưng có lần đi khám có thắc mắc về bệnh muốn hỏi mà bác sỹ cứ thái độ này nọ nên giờ bác không đi khám nữa, tự mua thuốc ở hiệu thuốc thôi ..." bà Đào, 65 tuổi.

Thiếu sự hỗ trợ tinh thần từ những người trong xã hội

Câu chuyện của bà Sim. Chúng tôi đến thăm nhà bà vào một buổi sáng mùa hè, ngôi nhà của bà cũng giống như các nhà nông thôn ở Việt Nam khác. Năm nay bà 67 tuổi, dáng người nhỏ nhắn, thấp, khuôn mặt hiền từ, dễ gần nhưng

dáng đi không được như người bình thường. Bà kể, bà bị đau đầu gối, không thể đi thẳng được "chắc là do biến chứng của tiểu đường". Bà chậm rãi kể về bệnh đái tháo đường của mình, cái bệnh mà theo bà nó đã làm thay đổi rất nhiều cuộc sống của bà. Bà bị đái tháo đường từ năm 2000. Bà kể "lúc bấy giờ chẳng mấy người bị nên người ta cũng chẳng biết bệnh này là gì". Trước khi bị bệnh, bà làm nghề bán bún. Từ khi phát hiện ra bệnh, bà bán "chậm hẳn đi", mọi người không mua "bún" của bà nữa. Nét mặt trầm ngâm bà nói tiếp "mọi người sợ lây đấy cháu à nên không ai dám mua nữa, ...nhiều lúc bà bức xúc quá, bà còn quát, mắng lại họ vì họ sợ cái bệnh của bà mà không mua bún nữa". Vì thế, bà phải bỏ nghề bán bún. Do vậy thu nhập của gia đình bà cũng giảm hẳn đi.

Không được chia sẻ, thấu hiểu từ những người xung quanh đã gây ảnh hưởng lớn đến những người bị bệnh tiểu đường. Điều này không chỉ làm tăng gánh nặng về kinh tế mà còn làm ảnh hưởng đến cả đời sống tinh thần của người bệnh. Đối với bệnh nhân nữ, việc chia sẻ với người khác thường dễ dàng hơn so với nam giới. Qua phỏng vấn 15 bệnh nhân, có 9/10 bệnh nhân nữ và 2/5 nam giới "hay" chia sẻ với bạn bè khi có các vấn đề liên quan đến cuộc sống. Số bệnh nhân còn lại thường không chia sẻ hoặc cố gắng "ít nhắc đến bệnh" nhất có thể để "giống" với mọi người "bạn bè mới là phải uống, có uống, giao lưu mới được việc mình, mình là đàn ông khác đàn bà ở chỗ đấy, chứ có kể ra cũng chẳng ai giúp được mình..." ông Tình, 51 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, cảm xúc tiêu cực ở các bệnh nhân đái tháo đường là một vấn đề rất đáng lưu tâm. Qua kết quả nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có cảm xúc tiêu cực chiếm 37,0% tương đương với kết quả trong các nghiên cứu khác (30%). Tỷ lệ cảm xúc tiêu cực trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự [6]. Hơn thế nữa, tỷ lệ đối tượng có ý muốn tự tử trong nghiên cứu này chiếm 8,4%, thấp hơn trong nghiên cứu của Rasha elamoshy và cộng sự trên đối tượng người thổ dân sống tại Canada là 19.08% [7].

Nguyên nhân từ phía cá nhân người bệnh. Tính chất của bệnh kéo dài nên người bệnh thường có xu hướng lo lắng về gánh nặng kinh tế, đặc biệt rõ đối với hộ nghèo và cận nghèo. Thậm chí, họ cảm thấy "mặc cảm" do phải phụ thuộc kinh tế vào người khác. Điều này tương tự với kết quả trong nghiên cứu của tác

giả Robinson, tình trạng nghèo đói là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến cảm xúc tiêu cực ở người bệnh đái tháo đường [8]. Ngoài ra, khó khăn trong thay đổi chế độ ăn cũng là một nguyên nhân dẫn. Bệnh nhân đái tháo đường từ việc ăn uống "thoải mái" chuyển sang chế độ ăn uống "kiêng khem" làm tăng cảm giác "khó chịu" ở các bệnh nhân này. Chế độ ăn kiêng đặc biệt gây khó chịu cho bệnh nhân khi bệnh nhân muốn tham gia các hoạt động xã hội, đặc biệt đối với nam giới.

Nguyên nhân từ phía gia đình và xã hội.

Trong nghiên cứu của tác giả Robinson và cộng sự cũng chỉ ra rằng thiếu sự hỗ trợ từ xã hội làm tăng nguy cơ dẫn đến cảm xúc tiêu cực của bệnh nhân [8]. Qua nghiên cứu định tính chúng tôi thấy rằng, đã có sự hỗ trợ của gia đình đối với bệnh nhân tiểu đường nhưng chưa đủ so với nhu cầu của họ. Một số bệnh nhân có cảm giác "ngại người" "e dè" khi nhờ đến sự giúp đỡ từ những người thân. Cảm giác này một phần do bệnh nhân đã từng nhờ sự trợ giúp nhưng không được đáp ứng như mong đợi..

Về phía xã hội, do các thủ tục khám chữa bệnh mất nhiều thời gian nên bệnh nhân thường có tâm lý "chán nản", "bực bội" khi đi khám bệnh. Thậm chí có những bệnh nhân "ngại" đến cơ sở y tế để khám chữa bệnh, họ lựa chọn hình thức khác là "mua thuốc các hiệu thuốc" để chữa bệnh. Điều này ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng điều trị và khả năng kiểm soát đường huyết ở người bệnh. Ngoài các thủ tục khám chữa bệnh, sự hỗ trợ về mặt tinh thần của bệnh nhân ở cộng đồng, xã hội còn nhiều hạn chế. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 2/5 đối tượng là nam giới có chia sẻ với bạn bè về tình trạng bệnh tật. Các bệnh nhân khác có tâm lý không chia sẻ hoặc cố gắng "ít nhắc đến bệnh" nhất có thể. Xu hướng ít chia sẻ và ít nhận được sự hỗ trợ từ xã hội là yếu tố tiêu cực ảnh hưởng đến đời sống tinh thần của bệnh nhân đái tháo đường.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra được tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường có các cảm xúc tiêu cực trong cả nghiên cứu định tính và định lượng đều rất đáng quan tâm.

Nguyên nhân dẫn đến các cảm xúc tiêu cực này có nhiều yếu tố, xuất phát từ phía bản thân người bệnh như: lo sợ biến chứng của bệnh, lo sợ thiếu hụt kinh tế và do phải thay đổi chế độ ăn; hay thiếu sự quan tâm từ phía gia đình và xã hội.

LỜI CẢM ƠN. Dự án nghiên cứu được thực hiện với sự hợp tác giữa Trường Đại học Y Dược Thái

Bình, Đại học Copenhagen và Đại học Nam Đan Mạch. Nghiên cứu được tài trợ bởi Bộ Ngoại giao Đan Mạch và được dự án "Sống chung với bệnh mãn tính: Hỗ trợ không chính thức cho quản lý bệnh tiểu đường ở Việt Nam" (2018-2022, dự án số 17-M09-KU) bảo trợ. Chúng tôi rất cảm ơn các cơ quan y tế tuyến tỉnh, huyện, xã tại Thái Bình và các điều tra viên tại 2 huyện Quỳnh Phụ và Vũ Thư đã giúp đỡ chúng tôi thu thập thông tin cho các cuộc khảo sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Angermeyer MC, Alonso J, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. (2004), "Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project".
2. David J. Robinson MD, et al (2012), "Diabetes and Mental Health", Canadian Journal of Diabetes 42 (2018) S130–S141.
3. Giang KB, et al (2005), "The Vietnamese version of the Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20) in detecting mental disorders in rural Vietnam: a validation study.", International Journal of Social Psychiatry. 2006 Mar;52(2):175-84.
4. Nguyen Thi Thu Huong, et al (2015), "Health-related quality of life in elderly diabetic outpatients in Vietnam", Patient Preference and Adherence, 2018;12 1347–1354.
5. J. Unützer, Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J. W., Hunkeler, E., et al. (2006), "Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients".
6. Ranjan Das, et al. (2012), "Prevalence of Depression in Patients with Type II Diabetes Mellitus and its Impact on Quality of Life", Indian Journal of Psychological Medicine, 3(3).
7. Rasha elamoshy, et al (2012), "examining the association between diabetes depressive symptoms, and suicidal ideation among aboriginal canadian peoples living off-reserve: a cross-sectional, population-based study", Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy 2018;11 767–780.
8. WHO (2000), Report of expert committee on diagnosis and classification of diabetes Mellitus, Diabets care 23(1).

DỰ ĐOÁN KÍCH THƯỚC GÂN CƠ THON GÂN CƠ BÁN GÂN ỨNG DỤNG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO 2 BÓ DÂY CHẴNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI

Phạm Ngọc Trường*, Ngô Văn Toàn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Dự đoán chiều dài và đường kính mảnh ghép gân cơ thon và gân cơ bán gân trước mổ dựa vào đặc điểm hình thái học của bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 239 bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương DCCT (Dây chằng chéo trước) khớp gối có chỉ định phẫu thuật tái tạo bằng gân cơ thon và gân cơ bán gân tại bệnh viện 19-8 BCA (Bộ Công An). Trước mổ, ghi chép các đặc điểm tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, chiều dài đùi, vòng đùi. Trong mổ, thực hiện kỹ thuật lấy gân và tiến hành đo chiều dài và đường kính mảnh ghép. Thống kê các tham số này và nghiên cứu mối tương quan bằng thuật toán thống kê y học. **Kết quả:** Chiều dài trung bình của gân cơ thon, gân cơ bán gân theo thứ tự là $24,7 \pm 2,4$ và $27,6 \pm 2,2$ cm. Chiều cao, cân nặng và độ dài, đường kính gân cơ thon, gân cơ bán gân có mối tương quan mức độ trung bình và là tương quan cùng chiều ($r > 0$). Mối tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Độ dài và

đường kính của mảnh ghép gân cơ thon và gân cơ bán gân có thể được dự đoán trước mổ dựa vào đặc điểm hình thái học của bệnh nhân. Chiều dài và đường kính của mảnh ghép gân cơ thon và gân cơ bán gân là có tương quan đến chiều cao, chiều dài đùi, cân nặng của bệnh nhân.

Từ khóa: Gân cơ Hamstring, gân cơ thon, gân cơ bán gân, dây chằng chéo trước, lập kế hoạch trước mổ, dự đoán gân kích thước gân Hamstring

SUMMARY

PREDICTON OF LENGTH AND DIAMETER OF HAMSTRING TENDON AUTOGRAFTS FOR KNEE LIGAMENT SURGERY

Objectives: Prediction of hamstring tendon autograft size facilitates preoperative planning of knee ligament surgery and may reduce the need for allografts in complex knee reconstructions. The aim of this study was to analyse whether length and diameter of hamstring tendon autografts can be predicted preoperatively with anthropometric parameters and patient characteristics. **Materials and methods:** In this observational study, 239 patients scheduled for ACL reconstruction were included. Preoperatively gender, age, height and weight were recorded. After harvest, tendon lengths of both gracilis and semitendinosus tendons were measured. Relationship between length and diameter of tendon grafts and different anthropometric parameters were assessed by

*Bệnh viện 198 Bộ CA

**Viện chấn thương chỉnh hình – Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Trường

Email: Bstruong198@Gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2019

Ngày duyệt bài: 16.9.2019

linear and logistic regression analyses. **Results:** Mean lengths of the gracilis tendon and semitendinosus autografts were $24,7 \pm 2,2$ and $27,6 \pm 2,2$ cm, respectively. Length and diameter of the gracilis and semitendinosus grafts was independently related to patient height and weight. **Conclusions:** Hamstring autograft length and size can be predicted. Length and diameter of the gracilis and semitendinosus tendons was related to patient height and weight.

Keywords: Hamstring, Gracilis, Semitendinosus, Anterior cruciate ligament, Preoperative planning, Hamstring length prediction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng mảnh ghép gân cơ thon và gân cơ bán gân tự thân ngày càng phổ biến trong các phẫu thuật tái tạo dây chằng vùng khớp gối. Các nghiên cứu lâm sàng cho thấy việc sử dụng mảnh ghép gân cơ thon và gân cơ bán gân tự thân có nhiều ưu điểm: Gân có giải phẫu hằng định, ít để lại di chứng nơi cho, thuận tiện cho nhiều kỹ thuật cố định mảnh ghép, kết quả lâm sàng không thua kém mảnh ghép gân bánh chè kinh điển[1].

Tuy nhiên, trong quá trình phẫu thuật không phải lúc nào chúng ta cũng thu được những mảnh ghép có độ dài và đường kính phù hợp vì kích thước mảnh ghép lấy được thay đổi tùy cá thể người bệnh. Các nghiên cứu đa trung tâm trên thế giới chỉ ra rằng có đến 20% các trường hợp gân có kích thước nhỏ và ngắn, không phù hợp cho phẫu thuật tái tạo DCCT, đặc biệt với phẫu thuật tái tạo DCCT 2 bó theo giải phẫu thì chỉ dưới 30% số mảnh ghép đạt được yêu cầu[2]. Những khó khăn trong việc dự đoán độ dài và đường kính mảnh ghép ảnh hưởng đến việc lập kế hoạch trước phẫu thuật, dự tính phương pháp mổ, lựa chọn loại mảnh ghép, phương tiện cố định, dự trữ kinh phí...

Tại BV 198 BCA, phần lớn bệnh nhân tổn thương đứt DCCT là cán bộ chiến sỹ đang trong độ tuổi bắt buộc phải rèn luyện võ thuật, vận động thể lực cường độ cao để sẵn sàng phục vụ chiến đấu. Để đáp ứng nhu cầu trên và nhằm phục hồi tối đa giải phẫu cũng như chức năng của DCCT, chúng tôi đã thực hiện nhiều ca phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT 2 bó. Quá trình thực hiện phẫu thuật, khi lấy mảnh ghép gân cơ thon và gân cơ bán gân tự thân, chúng tôi gặp không ít các trường hợp gân có kích thước quá nhỏ và ngắn, phải lấy thêm gân ở vị trí khác hoặc phải

chuyển phương pháp mổ từ 2 bó thành 1 bó.

Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Dự đoán kích thước gân cơ thon và gân cơ bán gân ứng dụng trong PTNS tái tạo 2 bó DCCT khớp gối*" với mục tiêu:

- Dự đoán gân cơ thon và gân cơ bán gân tự thân trước mổ dựa trên hình thái học của người bệnh: chiều cao, cân nặng, BMI, chiều dài chân, chiều dài đùi, chu vi vòng đùi...

- Đưa ra các tiêu chuẩn về hình thái giúp lựa chọn các bệnh nhân đủ điều kiện phẫu thuật tái tạo DCCT kỹ thuật 2 bó để tư vấn phương pháp phẫu thuật, lựa chọn kỹ thuật cố định mảnh ghép, dự trữ kinh phí điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng:** 239 bệnh nhân được chẩn đoán đứt hoàn toàn dây chằng khớp gối có chỉ định phẫu thuật tái tạo bằng gân cơ thon và gân cơ bán gân tại bệnh viện 198 BCA. Thời gian: Từ tháng 5 năm 2015 đến tháng 05 năm 2017

- 2.1.1. **Tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu kích thước gân:** - Bệnh nhân tuổi từ 18-50 tuổi được chẩn đoán đứt hoàn toàn DCCT có hoặc không kèm theo tổn thương sụn chêm

- BN sau khi được giải thích, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tổn thương mặt trong gối, trên đường đi của gân Hamstring

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả

Các bước tiến hành

Bước 1: Đo các chỉ số trên bệnh nhân trước mổ

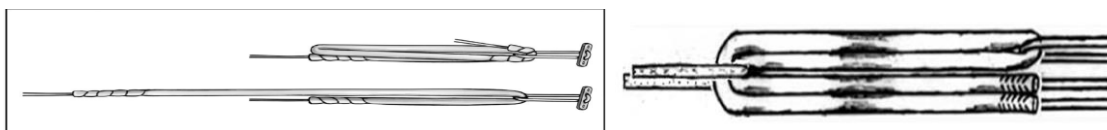
- Tuổi, giới người bệnh

- Đo các chỉ số trên bệnh nhân: chiều cao, cân nặng, chiều dài đùi, chu vi đùi theo kỹ thuật cân đo nhân trắc của viện dinh dưỡng quốc gia.

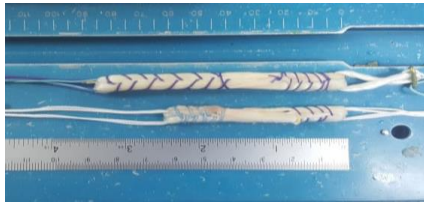
Bước 2: Thực hiện kỹ thuật lấy gân, đo chiều dài, đường kính

- Thực hiện đường rạch da 2-3cm mặt trong, 1/3 trên cẳng chân, tách cắt các trẻ bám, bộc lộ gân cơ thon, gân cơ bán gân. Dùng dụng cụ lột gân (Tendon stripper) lấy phần gân 2 cơ này và 1 phần màng xương nơi bán tận.

- Dùng dụng cụ cùn cạo hết phần cơ bám, các gân được đo chiều dài và đường kính mảnh ghép sau khi chập lại.



Hình 1: Minh họa gân cơ bán gân chập 3, gân cơ thon chập 4



Hình 2: Lấy gân cơ thon, cơ bán gân và cấu trúc mảnh ghép cho bó AM, PL

- **Bước 3:** Thống kê các tham số và nghiên cứu mối tương quan bằng toán học (Phần mềm STATA 14.3)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu (n=239)

Đặc điểm	TB $\pm$ SD	Min	Max
Tuổi	26,1 $\pm$ 5,5	19	50
Chiều cao (cm)	169,5 $\pm$ 4,1	155	182
Cân nặng (Kg)	66,8 $\pm$ 7,3	49	91
BMI	23,2 $\pm$ 2,1	19,8	28,7
Chiều dài chân (cm)	85,5 $\pm$ 3,9	76	97
Chiều dài đùi (cm)	48,8 $\pm$ 3,0	43	56
Chu vi đùi bên mỡ (cm)	43,9 $\pm$ 2,6	36	64
Chu vi đùi bên không mỡ (cm)	45,1 $\pm$ 2,8	36	66

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều là nam giới có độ tuổi 19-50, chiều cao từ 155 – 182, cân nặng từ 49-91kg. Đa số có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường (Bảng 1)

Bảng 2. Chiều dài gân cơ thon, gân cơ bán gân (n= 239)

Chiều dài gân	TB $\pm$ SD	Min	Max
Chiều dài gân cơ thon (cm)	24,7 $\pm$ 2,4	16	32
Chiều dài gân cơ bán gân (cm)	27,6 $\pm$ 2,2	21	34

Nhận xét: Chiều dài trung bình gân cơ thon nhỏ hơn chiều dài trung bình gân cơ bán gân (24,7cm so với 27,6cm)

Bảng 3. Đường kính mảnh ghép gân cơ thon, gân cơ bán gân (n= 239)

Đường kính mảnh ghép	TB $\pm$ SD	Min	Max
Đường kính MG gân cơ thon (mm)	5,4 $\pm$ 0,81	4	6,5
Đường kính MG gân cơ bán gân (mm)	6,7 $\pm$ 0,48	5,5	7,5

Nhận xét: Đường kính trung bình mảnh ghép gân cơ bán gân lớn hơn đường kính trung bình mảnh ghép gân cơ thon (đường kính 6,70mm so với 5,4mm). Chiều dài hữu dụng của gân cơ bán gân ở một số BN ngắn < 260, cơ thon < 240mm dẫn tới mảnh ghép sau khâu bên quá ngắn, không đảm bảo cố định vững chắc vào đường hầm xương. Đường kính gân cơ thon ở một số BN nhỏ dẫn tới mảnh ghép gân cơ thon sau chập 4 < 5 mm. Những trường hợp này mảnh ghép không đủ điều kiện để tái tạo bó sau ngoài trong kỹ thuật tái tạo DCCT 2 bó, chúng tôi phải chuyển phương pháp điều trị sang tái tạo DCCT 1 bó.



Hình 3. Gân cơ thon nhỏ và ngắn (B.H An MS31217, N.T.Công MS19427)



Hình 4. Gân cơ thon dài và nhỏ (L.V.Kết MS 16125, V.Q.Trung MS 27494)

3.2. Kết quả nghiên cứu mối tương quan**Bảng 4. Tương quan chiều dài và đường kính mảnh ghép với các chỉ số**

Hệ số tương quan (r, p)	Chiều dài BG	Chiều dài CT	Đường kính BG	Đường kính CT
Tuổi	-0,0556 0,4036	-0,1260 0,0575	0,0063 0,9524	0,0041 0,9687
Chiều cao (cm)	0,5928 0,0000	0,3384 0,0001	0,2834 0,0047	0,2564 0,0290
Cân nặng (Kg)	0,2788 0,0000	0,2326 0,0000	0,4903 0,0010	0,3236 0,0017
BMI	-0,0594 0,3614	-0,0076 0,9071	0,1170 0,2511	0,1828 0,0717
Chiều dài chân (cm)	0,4246 0,0000	0,3260 0,0000	0,2279 0,0272	0,1752 0,0471
Chiều dài đùi (cm)	0,4623 0,0000	0,4087 0,0000	0,2278 0,0272	0,1519 0,0143
Chu vi đùi bên mỡ (cm)	-0,1560 0,0182	-0,0742 0,2637	0,1667 0,1122	0,1189 0,2590
Chu vi đùi bên không mỡ (cm)	-0,1428 0,0319	-0,0556 0,4036	0,1588 0,1327	0,0657 0,5326

Nhận xét: Chiều dài gân cơ thon, gân cơ bán gân tương quan thuận, cùng chiều với chiều cao, cân nặng, chiều dài chân, chiều dài đùi của người bệnh. Mức độ tương quan từ thấp đến trung bình ($r = 0,23 - 0,59$). Đường kính mảnh ghép gân cơ thon, gân cơ bán gân tương quan thuận, cùng chiều với cân nặng của người bệnh. Mức độ tương quan từ thấp đến trung bình ($r = 0,32 - 0,49$) (Bảng 4).

2.2.1. Chiều dài gân cơ bán gân

Phương trình hồi quy tuyến tính: $Y = 2,613 \times (\text{chiều cao cm}) - 167,1$ ($r = 0,59$; $p = 0,000$)

Phương trình hồi quy tuyến tính cho thấy rằng chiều cao người bệnh có mối tương quan nhiều nhất với chiều dài gân cơ bán gân. Chiều cao người bệnh dự báo được khoảng 36% biến đổi chiều dài gân cơ bán gân và những người có chiều cao 163,5cm trở lên có nhiều khả năng cho chiều dài gân cơ bán gân trên 260mm, đủ điều kiện về chiều dài để cấu trúc mảnh ghép cho bó trước trong.

2.2.2. Chiều dài gân cơ thon

Phương trình hồi quy tuyến tính: $Y = 2,18 \times (\text{chiều cao cm}) - 121,3$ ($r = 0,34$; $p = 0,001$)

Phương trình hồi quy tuyến tính cho thấy rằng chiều cao người bệnh có mối tương quan nhiều nhất với chiều dài gân cơ thon. Chiều cao người bệnh dự báo được khoảng 12% biến đổi chiều dài gân cơ thon và những người có chiều cao 165,7cm trở lên có nhiều khả năng cho chiều dài gân cơ thon trên 240mm, đủ điều kiện về chiều dài để cấu trúc mảnh ghép cho bó sau ngoài.

2.2.3. Đường kính mảnh ghép gân cơ bán gân

Phương trình hồi quy tuyến tính: $Y = 0,03 \times$

(cân nặng kg) + 4.64 ($r = 0,490$, $p = 0,000$)

Phương trình hồi quy tuyến tính cho thấy rằng trọng lượng người bệnh có mối tương quan nhiều nhất với đường kính mảnh ghép gân bán gân. Trọng lượng người bệnh dự báo được khoảng 24% biến đổi đường kính mảnh ghép gân cơ bán gân và những người có trọng lượng 45,3kg trở lên có nhiều khả năng cho đường kính mảnh ghép gân cơ bán gân trên 6 mm, đủ điều kiện để cấu trúc mảnh ghép cho bó trước trong.

2.2.4. Đường kính mảnh ghép gân cơ thon

Phương trình hồi quy tuyến tính: $Y = 0,024 \times (\text{cân nặng kg}) + 3.64$ ($r = 0,32$, $p = 0,001$)

Phương trình hồi quy tuyến tính cho thấy rằng trọng lượng người bệnh có mối tương quan nhiều nhất với đường kính mảnh ghép gân cơ thon. Trọng lượng người bệnh dự báo được khoảng 10% biến đổi đường kính mảnh ghép gân cơ thon và những người có trọng lượng 56,7kg trở lên có nhiều khả năng cho đường kính mảnh ghép gân cơ thon chập 4 trên 5mm, đủ điều kiện để cấu trúc mảnh ghép cho bó sau ngoài.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ủng hộ giả thuyết có thể dựa vào các phép đo đơn giản khi thăm khám người bệnh để dự đoán được kích thước gân cơ thon, gân cơ bán gân cho kỹ thuật tái tạo 2 bó DCCT. Tương tự các nghiên cứu của nhiều tác giả khác trên thế giới, chúng tôi thấy có mối tương quan mức độ trung bình giữa chiều cao bệnh nhân, chiều dài chân với chiều dài mảnh ghép, chiều cao, cân nặng của bệnh nhân với đường kính của mảnh ghép.

Tiêu chuẩn chiều dài và đường kính mảnh

ghép cho phẫu thuật tái tạo 2 bó DCCT khớp gối thay đổi tùy theo các tác giả dựa trên kỹ thuật khoan đường hầm và cố định mảnh ghép khác nhau cho các bó trước trong và sau ngoài.

Về chiều dài gân cơ bán gân và gân cơ thon cho phẫu thuật tái tạo DCCT 2 bó. Tác giả Randy Schwatz[1] chọn gân cơ bán gân chiều dài tối thiểu 220mm gân cơ thon chiều dài tối thiểu 175mm. Tác giả Xie[3] chọn gân cơ bán gân chiều dài tối thiểu 240mm gân cơ thon chiều dài tối thiểu 220mm. Tác giả Philip Colombet[8] chọn gân cơ bán gân chiều dài tối thiểu 280mm gân cơ thon chiều dài tối thiểu 260mm. Với kỹ thuật của chúng tôi, khoan đường hầm toàn thể cho bó trước trong để đặt trụ cố định vị khoan bó sau ngoài all-inside, cố định mảnh ghép bó trước trong phía lõi cầu đùi bằng nút treo, phía mâm chày bằng vít chèn, cố định mảnh ghép bó sau ngoài bằng 2 nút treo. Để đáp ứng yêu cầu về mặt kỹ thuật, mảnh ghép với bó trước trong cần độ dài tối thiểu 80mm, mảnh ghép bó sau ngoài cần độ dài tối thiểu 60mm. Do đó, chúng tôi sử dụng gân cơ bán gân chiều dài tối thiểu 260mm (khi chập 3 $\geq 80\text{mm}$), gân cơ thon chiều dài tối thiểu 240mm (khi chập 4 $\geq 60\text{mm}$).

Về đường kính mảnh ghép, tác giả Yasuda [4] chọn mảnh ghép bó trước trong có đường kính từ 7-9mm, bó sau ngoài đường kính từ 6-7mm. Tác giả Kondo[5] chọn mảnh ghép bó trước trong có đường kính từ 6-9mm, bó sau ngoài đường kính từ 5-7mm. Tác giả Nakamae [6] chọn mảnh ghép bó trước trong có đường kính từ 5,5-7mm, bó sau ngoài đường kính từ 5-6mm. Tác giả Colombet[7] chọn mảnh ghép bó trước trong có đường kính từ 6,5-7,5mm, bó sau ngoài đường kính từ 5-6mm. Tác giả Lê Mạnh Sơn[8] chọn mảnh ghép bó trước trong có đường kính từ 6-9mm, bó sau ngoài đường kính từ 4,5-7mm. Dựa trên cơ sở những nghiên cứu gần đây về giải phẫu và sinh cơ học của DCCT chúng tôi sử dụng mảnh ghép bó trước trong có đường kính 6-8mm, bó sau ngoài từ 5-7mm.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy có thể dựa vào các đặc điểm hình thái học trước mổ của bệnh nhân để dự đoán được kích thước gân cơ thon, gân cơ bán gân cho kỹ thuật tái tạo 2 bó DCCT. Kích thước của gân cơ thon và gân cơ bán gân có tương quan mức độ trung bình với chiều cao, nặng của bệnh nhân. Chiều cao, nặng của bệnh nhân chỉ giải thích được khoảng 30% các biến đổi về kích thước của gân cơ thon, gân cơ bán gân.

Theo kết quả nghiên cứu, những bệnh nhân có chiều cao hơn 165,7cm và nặng hơn 56,7 kg nhiều khả năng có kích thước gân cơ thon, gân cơ bán gân đủ điều kiện cho phẫu thuật tái tạo 2 bó DCCT. Khi thăm khám bệnh nhân bị tổn thương đứt DCCT, có thể dựa vào những tiêu chuẩn trên để tư vấn cho người bệnh về phương pháp phẫu thuật, về lựa chọn mảnh ghép, phương tiện cố định mảnh ghép và về kinh phí điều trị.

Tuy nhiên, tương quan trong nghiên cứu chỉ ở mức độ trung bình, kích thước thực sự của gân cơ thon, gân cơ bán gân rất thay đổi tùy theo cá thể người bệnh. Nếu chỉ dựa vào chiều cao và cân nặng như trên là chưa hoàn toàn chắc chắn để dự đoán kích thước mảnh ghép. Do đó, chúng ta cần có những thăm khám chuyên sâu hơn, đặc biệt là những thăm dò CĐHA để tìm hiểu chắc chắn kích thước gân cơ thon, gân cơ bán gân của từng người bệnh cụ thể có thực sự phù hợp với phẫu thuật tái tạo DCCT 2 bó hay không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Daniel A Shaerf, Philip S Pastides, Khaled M Sarraf et al (2014).** Anterior cruciate ligament reconstruction best practice: A review of graft choice. *World journal of orthopedics*, 5(1), 23.
2. **W. Pichler, N. P. Tesch, G. Schwantzer et al (2008).** Differences in length and cross-section of semitendinosus and gracilis tendons and their effect on anterior cruciate ligament reconstruction: a cadaver study. *J Bone Joint Surg Br*, 90(4), 516-9.
3. **G. Xie, X. Huangfu and J. Zhao (2012).** Prediction of the graft size of 4-stranded semitendinosus tendon and 4-stranded gracilis tendon for anterior cruciate ligament reconstruction: a Chinese Han patient study. *Am J Sports Med*, 40(5), 1161-6.
4. **K. Yasuda, Y. Tanabe, E. Kondo et al (2010).** Anatomic double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction. *Arthroscopy*, 26(9 Suppl), S21-34.
5. **E. Kondo, K. Yasuda, H. Azuma et al (2008).** Prospective clinical comparisons of anatomic double-bundle versus single-bundle anterior cruciate ligament reconstruction procedures in 328 consecutive patients. *Am J Sports Med*, 36(9), 1675-87.
6. **A. Nakamae, M. Ochi, N. Adachi et al (2012).** Clinical comparisons between the transtibial technique and the far anteromedial portal technique for posterolateral femoral tunnel drilling in anatomic double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction. *Arthroscopy*, 28(5), 658-66.
7. **Philippe D Colombet and James R Robinson (2008).** Computer-assisted, anatomic, double-bundle anterior cruciate ligament reconstruction. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*, 24(10), 1152-1160.
8. **Lê Mạnh Sơn (2015).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước hai bó bằng gân bán gân và gân cơ thon tự thân. Luận án tiến sĩ y học.

ƯỚC LƯỢNG CHI PHÍ CÁC PHƯƠNG PHÁP THỤ TINH NHÂN TẠO TRONG ĐIỀU TRỊ HIỂM MUỘN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ THEO QUAN ĐIỂM NGƯỜI BỆNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP MÔ HÌNH HÓA

Quách Tổ Loan¹, Nguyễn Thị Thu Thủy²

TÓM TẮT

Trong những năm gần đây, tình trạng hiếm muộn ngày càng trở nên phổ biến. Đối với bệnh lý hiếm muộn do yếu tố tinh trùng yếu, có hai phương pháp điều trị cơ bản bao gồm phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) và thụ tinh trong ống nghiệm (IVF). Việc điều trị hiếm muộn tại Việt Nam không được bảo hiểm y tế chi trả, quá trình điều trị kéo dài nhiều đợt gây nên gánh nặng kinh tế rất lớn cho người bệnh. Vì vậy cần thiết phải phân tích chi phí các phương pháp điều trị để lựa chọn can thiệp hợp lý. Với thiết kế mô hình hóa bằng mô hình cây quyết định dựa trên dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án và phiếu phỏng vấn người bệnh tại Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ từ 01/03/2015 đến 31/10/2018 thỏa tiêu chí lựa chọn và loại trừ, nghiên cứu ghi nhận tổng chi phí điều trị hiếm muộn bằng phương pháp IVF cao gấp 4,6 lần phương pháp IUI (12.625.814 VNĐ so với 58.524.912 VNĐ; tương ứng). Trong cấu trúc tổng chi phí điều trị của cả hai phương pháp IUI và IVF, chi phí trực tiếp y tế chiếm tỷ cao nhất (67,8% và 87,0%; tương ứng); tiếp theo là chi phí gián tiếp (18,9% và 7,5%; tương ứng), chi phí trực tiếp ngoài y tế chiếm tỷ lệ thấp (13,2% và 5,5%; tương ứng).

Từ khóa: IUI, IVF, chi phí điều trị, chi phí trực tiếp, chi phí gián tiếp, hiếm muộn

SUMMARY

ESTIMATE COSTS OF INFERTILITY TREATMENT IN CAN THO CITY OBSTETRIC-GYNAECOLOGIC HOSPITAL WITH PATIENT'S PERSPECTIVE BY MODELLING METHOD

In recent years, infertility is becoming more and more common. For infertility due to weak sperm factor, there are two basic treatments, including Intrauterine insemination (IUI) and in-vitro fertilization (IVF). The treatment of infertility in Vietnam is not covered by health insurance, the course of treatment lasts long times, causing a huge economic burden for patients. Therefore, it is necessary to analyze the costs of treatments to choose appropriate interventions. With decision-tree model based on data collected from medical records and patient interviews at Can Tho city obstetric-gynaecologic Hospital from March 1, 2015 to October 31, 2018 satisfying selecting

and eliminating criteria, the study found that the total cost of infertility by IVF was 4.6 times higher than IUI (VND 12,625,814 compared to VND 58,524,912; respectively). In the total treatment cost structure of both IUI and IVF methods, direct medical costs accounted for the highest proportion (67.8% and 87.0%; respectively); followed by indirect costs (18.9% and 7.5%; respectively), non-health expenditures account for a low proportion (13.2% and 5.5%; respectively).

Key-words: IUI, IVF, cost of treatment, direct medical cost, indirect cost, infertility

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, với sự gia tăng áp lực trong công việc và cuộc sống, cùng với độ tuổi kết hôn có xu hướng ngày càng cao, tình trạng hiếm muộn ngày càng trở nên phổ biến. Trong điều trị hiếm muộn, phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) và thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) được khuyến cáo sử dụng [1,2]. Tuy nhiên chi phí khác biệt của hai phương pháp này gây khó khăn cho cả bác sĩ điều trị và người bệnh trong việc chọn lựa liệu pháp can thiệp hợp lý với ngân sách chi trả hạn hẹp của người bệnh, đặc biệt trong bối cảnh bảo hiểm y tế không chi trả cho việc điều trị hiếm muộn. Vì vậy đánh giá chi phí điều trị của phương pháp IUI hay IVF là cần thiết nhằm đưa ra bức tranh toàn cảnh về giá trị và cấu trúc chi phí cho người bệnh và cán bộ y tế. Hiện tại các nghiên cứu được công bố trên thế giới và tại Việt Nam chỉ dừng lại ở việc đánh giá chi phí một chu kỳ điều trị dựa trên chi phí trực tiếp y tế [3- 6], vì vậy chưa cho thấy chi phí tổng quát của cả lộ trình điều trị bao gồm cả những chi phí trực tiếp ngoài y tế và gián tiếp khác. Vì vậy nghiên cứu "Ước lượng chi phí các phương pháp thụ tinh nhân tạo trong điều trị hiếm muộn tại bệnh viện phụ sản thành phố Cần Thơ theo quan điểm người bệnh bằng phương pháp mô hình hóa" với các mục tiêu sau:

1. Xây dựng mô hình phân tích chi phí các phương pháp thụ tinh nhân tạo trong điều trị hiếm muộn tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ.

2. Phân tích các thông số đầu vào của mô hình xây dựng

¹Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

²Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: nguyenthuthuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019

Ngày duyệt bài: 13.9.2019

3. Phân tích các chi phí các phương pháp thụ tinh nhân tạo trong điều trị hiếm muộn theo quan điểm người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

- Dữ liệu điện tử về chi phí người bệnh chi trả khi điều trị hiếm muộn tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

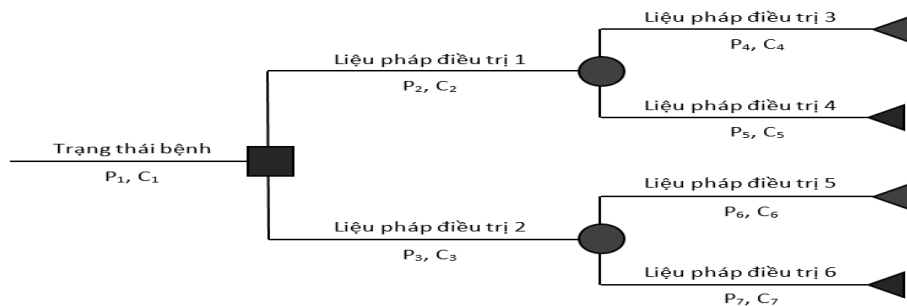
- Hồ sơ bệnh án của người bệnh hiếm muộn được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

- Người bệnh điều trị hiếm muộn tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

- Bảng giá thuốc, vật tư y tế, dịch vụ y tế của Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ tại thời điểm nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu hồi cứu và mô hình hóa.

Mô hình hóa: Dựa vào đặc điểm của quá trình điều trị hiếm muộn bao gồm chuỗi lựa chọn liệu pháp điều trị và kết quả tương ứng mô hình cây quyết định được lựa chọn với cấu trúc tổng quát được trình bày trong hình 1.



Hình 1. Mô hình cây quyết định

Trong đó: P₁, P₂, P₃, P₄, P₅, P₆, P₇: tần số xảy ra các bước điều trị ở các giai đoạn

C₁, C₂, C₃, C₄, C₅, C₆, C₇: chi phí điều trị ở các giai đoạn

Để mô hình có thể ước lượng được chi phí điều trị của các phương pháp thụ tinh ống nghiệm, cần thiết phải đưa 2 thông số cơ bản vào mô hình bao gồm tần suất và chi phí các giai đoạn trong mô hình. Trong đó tần suất và chi phí được đánh giá dựa trên mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện đánh giá dựa trên quan điểm người chi trả với các cấu phần chi phí bao gồm: chi phí trực tiếp y tế (chi phí khám bệnh, chi phí xét nghiệm, chi phí thủ thuật, chi phí thuốc), chi phí trực tiếp ngoài y tế (chi phí vận chuyển, chi phí ăn uống, chi phí ở trọ, chi phí chăm sóc tại nhà), chi phí gián tiếp (chi phí mất thu nhập ở vợ, chi phí mất thu nhập ở chồng, chi phí mất thu nhập do người thân cùng đi khám hoặc chăm sóc trong quá trình điều trị).

Chi phí thuốc và chi phí dịch vụ y tế sử dụng ở từng chu kỳ được tính toán dựa vào tần suất sử dụng các dịch vụ y tế và thuốc ở mỗi giai đoạn và bảng giá thuốc, dịch vụ y tế của Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2018.

Mô tả cắt ngang: Phỏng vấn gián tiếp bằng phiếu khảo sát trên người bệnh hiếm muộn về chi phí trực tiếp ngoài y tế và gián tiếp được tính toán dựa vào dữ liệu phỏng vấn người bệnh. Mẫu nghiên cứu là toàn bộ người bệnh tham gia

điều trị từ 01/03/2015 đến 31/10/2018 thỏa tiêu chí lựa chọn và loại trừ của nghiên cứu.

Tiêu chí lựa chọn

- Người bệnh (cặp vợ chồng) được chẩn đoán hiếm muộn do yếu tố nam yếu

- Người bệnh ở độ tuổi từ 18 đến 35 tuổi đến khám và điều trị tại bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ

- Người bệnh có bệnh án được lưu trữ tại khoa Hiếm Muộn của Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

- Người bệnh có dữ liệu điện tử đầy đủ về chi phí điều trị lưu trữ trong hệ thống thông tin của Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

- Người bệnh tham gia điều trị và hoàn thành ít nhất 1 chu kỳ điều trị bằng phương pháp IUI hoặc IVF

- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chí loại trừ

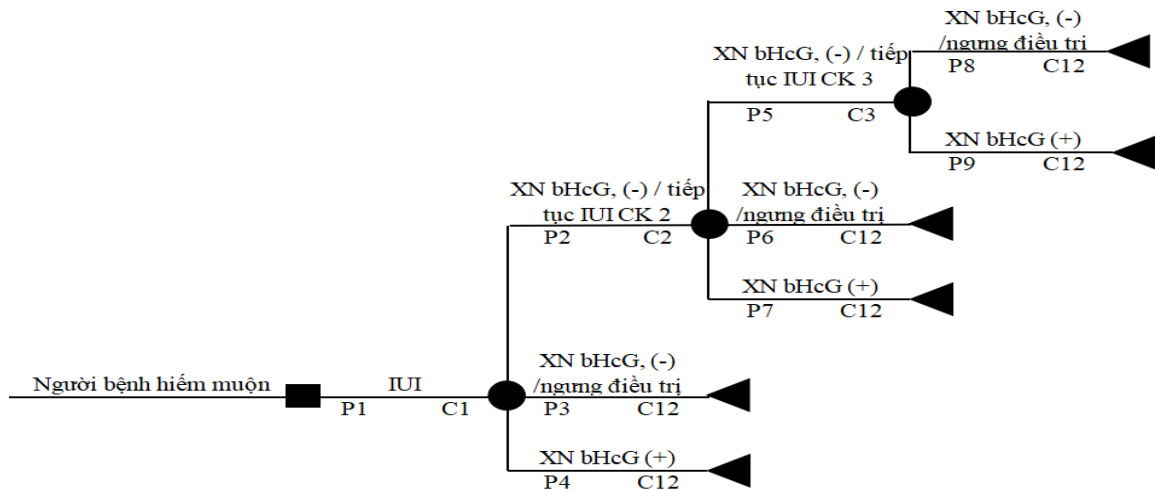
- Người bệnh hiếm muộn có bao gồm yếu tố nữ (chưa được điều trị) như: tổn thương vòi trứng, rối loạn rụng trứng hay không rụng trứng, khối u buồng trứng, nhiễm trùng vùng chậu, tuổi lớn, lạc nội mạc tử cung.

- Các trường hợp hồ sơ bệnh án của người bệnh thiếu các thông tin cần cho nghiên cứu.

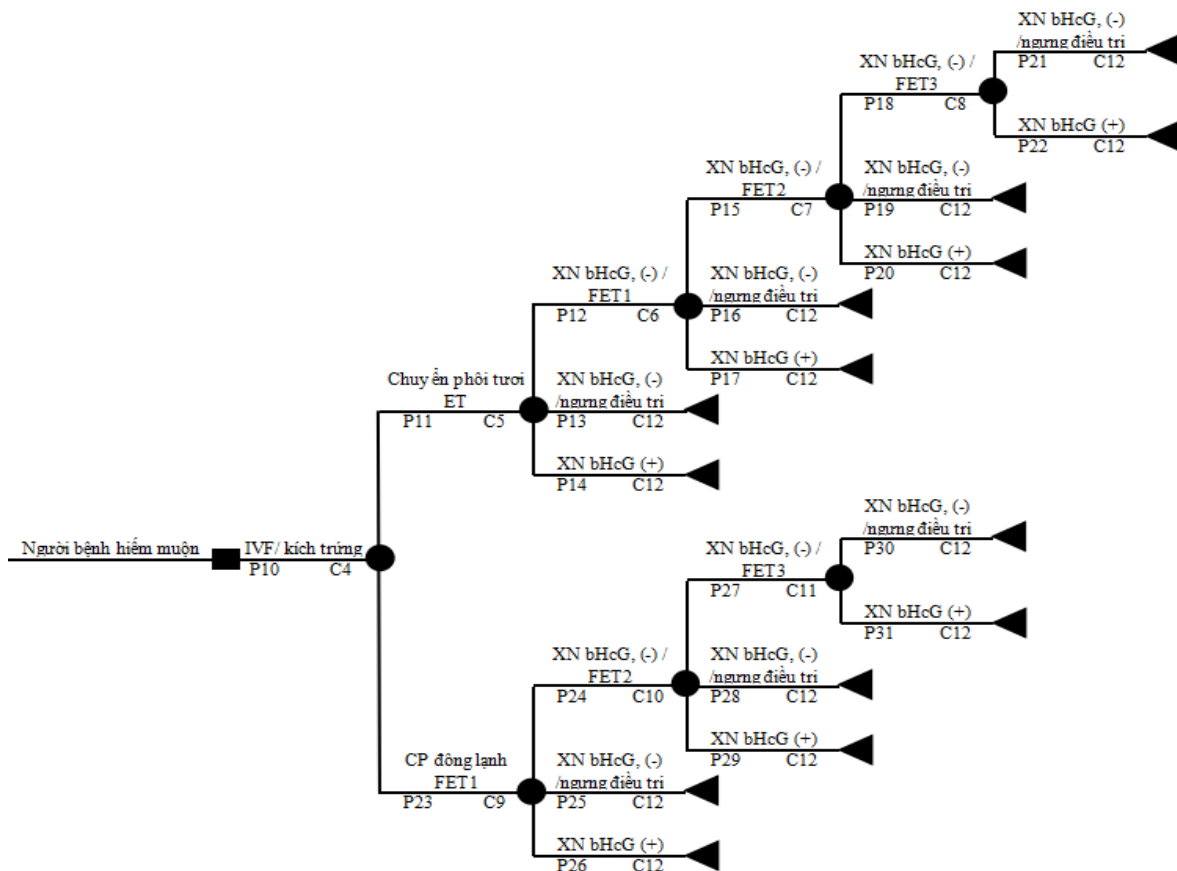
- Các trường hợp thiếu thông tin liên lạc hoặc không liên lạc được với người bệnh theo thông tin đã lưu trong hồ sơ bệnh án.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Mô hình phân tích chi phí điều trị hiếm muộn: Dựa trên khuyến cáo về chọn lựa phương pháp điều trị hiếm muộn, quy trình và phác đồ điều trị hiếm muộn tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ, mô hình cây quyết định đánh giá chi phí các phương pháp điều trị hiếm muộn được xây dựng riêng biệt cho phương pháp bơm IUI và IVF và được trình bày trong hình 2 và 3.



Hình 2. Mô hình phân tích chi phí của phương pháp IUI



Hình 3. Mô hình phân tích chi phí của phương pháp IVF

Theo hình 2 và 3, mô hình phân tích chi phí của phương pháp IUI bao gồm 6 nhánh tương ứng với 3 chu kỳ điều trị IUI và các kết quả của từng chu kỳ điều trị. Mô hình IUI ghi nhận 9 thông số tần suất được ký hiệu từ P1 đến P9 và 4 thông số chi phí được ký hiệu từ C1 đến C3 và C12. Tương tự, mô hình phân tích chi phí của phương pháp IVF bao gồm 14 nhánh tương ứng với hai lựa chọn điều trị (chuyển phôi tươi – ET hay chuyển phôi đông lạnh – FET), 3-4 chu kỳ điều trị ở mỗi phương pháp và các kết quả của từng chu kỳ điều trị. Mô hình ghi nhận 22 thông

số tần suất được ký hiệu từ P10 đến P31 và 9 thông số chi phí được ký hiệu từ C4 đến C12.

Mô hình xây dựng cho phép ước lượng số người bệnh, chi phí tương ứng trong mỗi giai đoạn điều trị. Từ đó phân tích giá trị và cấu trúc chi phí điều trị tương ứng với từng chu kỳ điều trị và cập nhật các thông số đầu và để ước lượng được chi phí điều trị hiếm muộn sát với thực tế nhất.

Phân tích các thông số của mô hình

Tần số chuyển: Dựa trên dữ liệu hồ sơ bệnh án và tỷ lệ người bệnh ở các trạng thái, tần số chuyển của mô hình được tổng hợp và trình bày trong bảng 1 và 2.

Bảng 1. Tần số chuyển của phương pháp điều trị bơm tinh trùng vào buồng tử cung

Giai đoạn		Tần số	Tần suất	Ký hiệu
IUI lần 1 (n= 651)			1,00	P1
IUI lần 1 (n= 651)	Không có thai → IUI2	215	0,33	P2
	Không có thai/ngưng điều trị	382	0,59	P3
	Có thai	54	0,08	P4
IUI lần 2 (n=215)	Không có thai → IUI3	44	0,21	P5
	Không có thai/ngưng điều trị	162	0,75	P6
	Có thai	9	0,04	P7
IUI lần 3 (n=44)	Không có thai/ngưng điều trị	41	0,93	P8
	Có thai	3	0,07	P9

Bảng 2. Tần số chuyển của phương pháp điều trị thụ tinh trong ống nghiệm

IVF		Tần số	Tần suất	Ký hiệu
IVF_kích trứng (n= 240)		240	1,00	P10
IVF_chuyển phôi tươi ET (n=154)		154	0,64	P11
	Không có thai → ET_FET1	76	0,49	P12
	Không có thai/ngưng điều trị	66	0,43	P13
	Có thai	12	0,08	P14
ET_FET1 (n=76)	Không có thai → ET_FET2	18	0,24	P15
	Không có thai/ngưng điều trị	36	0,47	P16
	Có thai	22	0,29	P17
ET_FET2 (n=18)	Không có thai → ET_FET3	5	0,28	P18
	Không có thai/ngưng điều trị	10	0,56	P19
	Có thai	3	0,17	P20
ET_FET3 (n=5)	Không có thai/ngưng điều trị	4	0,80	P21
	Có thai	1	0,20	P22
IVF_ không chuyển phôi tươi 0ET (n=86)		86	0,36	P23
0ET_FET1 (n=86)	Không có thai → ET_FET2	37	0,43	P24
	Không có thai/ngưng điều trị	33	0,38	P25
	Có thai	16	0,19	P26
0ET_FET2 (n=37)	Không có thai → ET_FET3	10	0,27	P27
	Không có thai/ngưng điều trị	20	0,54	P28
	Có thai	7	0,19	P29
0ET_FET3 (n=10)	Không có thai/ngưng điều trị	4	0,40	P30
	Có thai	6	0,60	P31

Thông số chi phí của mô hình: Mô hình điều trị bằng phương pháp IUI

Dựa trên dữ liệu khảo sát trên 651 người bệnh điều trị hiếm muộn bằng phương pháp IUI từ tháng 01/03/2015 đến 31/10/2018 để tài ghi nhận kết quả giá trị các cấu phần chi phí bao gồm chi phí trực tiếp y tế, trực tiếp ngoài y tế và gián tiếp của từng giai đoạn trong mô hình và trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. Chi phí điều trị ở các chu kỳ IUI

Chu kỳ IUI	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị tối thiểu	Giá trị tối đa
CP IUI1	9.017.835	3.135.799	5.833.478	37.063.253
CP IUI2	8.901.114	3.043.991	6.604.518	27.594.452
CP IUI3	8.457.584	1.427.018	6.894.857	12.335.499

Theo bảng 3, chi phí điều trị các chu kỳ IUI có giá trị trung bình dao động từ 5.833.478 VNĐ đến 37.063.253 VNĐ, trong đó sự khác biệt trong giá trị trung bình giữa các chu kỳ không đáng kể với chu kỳ 1 có chi phí trung bình cao nhất (9.017.835 VNĐ) và chu kỳ 3 có chi phí trung bình thấp nhất (8.457.584 VNĐ)

Theo bảng 4, chi phí điều trị các chu kỳ IVF có giá trị trung bình dao động từ 4.380.087 VNĐ đến 117.731.371 VNĐ, trong đó có sự khác biệt lớn trong giá trị chi phí trung bình giữa các chu kỳ với chu kỳ kích trứng có chi phí trung bình cao nhất (60.546.920 VNĐ) và chu kỳ chuyển phôi tươi (ET) có chi phí trung bình thấp nhất (5.042.008 VNĐ)

Bảng 4. Chi phí điều trị ở các chu kỳ IVF

Chu kỳ IVF	Giá trị trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị tối thiểu	Giá trị tối đa
Chu kỳ Kích trứng	60.546.920	11.493.315	34.665.202	117.731.371
Chu kỳ ET	5.042.008	555.808	4.380.087	7.094.045
Chu kỳ ET_FET1	15.691.447	4.571.070	10.554.259	28.873.102
Chu kỳ ET_FET2	13.756.219	3.176.209	10.133.519	19.560.989
Chu kỳ ET_FET3	15.595.942	3.574.824	11.894.165	22.277.010
Chu kỳ FET1	20.973.683	5.818.831	9.482.443	35.867.847
Chu kỳ FET2	13.093.428	3.099.807	9.325.444	21.143.410
Chu kỳ FET3	13.936.060	2.972.082	10.354.918	21.579.052

Theo bảng 4, chi phí điều trị các chu kỳ IVF có giá trị trung bình dao động từ 4.380.087 VNĐ đến 117.731.371 VNĐ, trong đó có sự khác biệt lớn trong giá trị chi phí trung bình giữa các chu kỳ với chu kỳ kích trứng có chi phí trung bình cao nhất (60.546.920 VNĐ) và chu kỳ chuyển phôi tươi (ET) có chi phí trung bình thấp nhất (5.042.008 VNĐ)

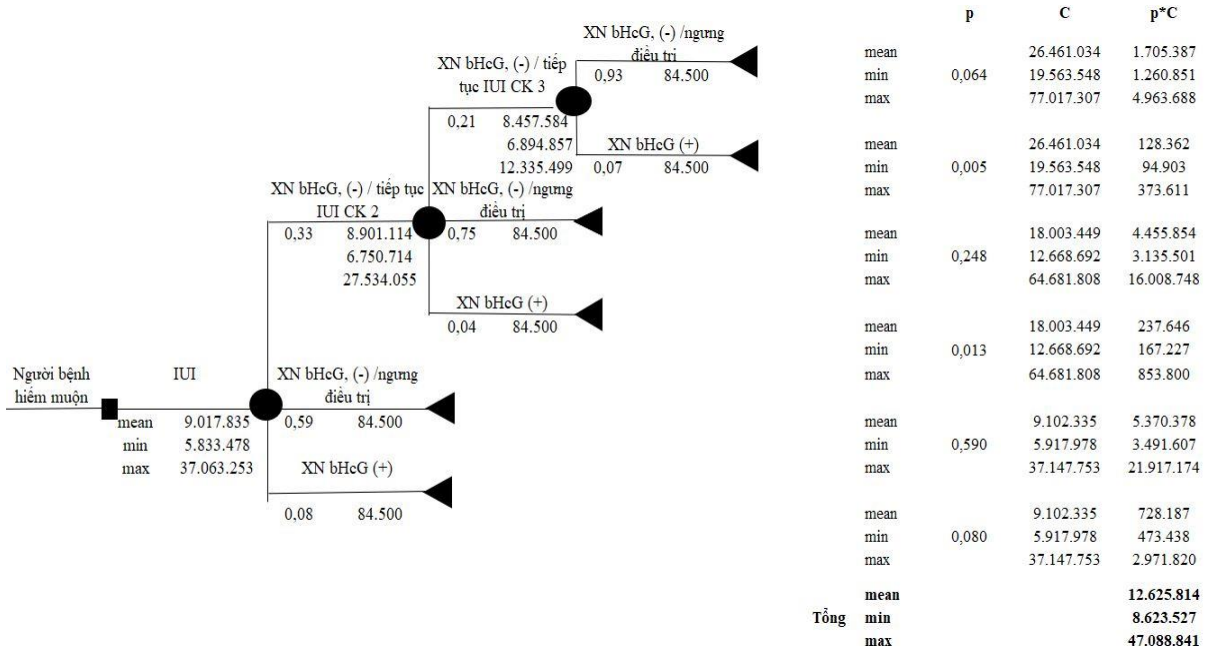
Theo bảng 4, chi phí điều trị các chu kỳ IVF có giá trị trung bình dao động từ 4.380.087 VNĐ đến 117.731.371 VNĐ, trong đó có sự khác biệt lớn trong giá trị chi phí trung bình giữa các chu kỳ với chu kỳ kích trứng có chi phí trung bình cao nhất (60.546.920 VNĐ) và chu kỳ chuyển phôi tươi (ET) có chi phí trung bình thấp nhất (5.042.008 VNĐ)

Mô hình điều trị bằng phương pháp IVF:

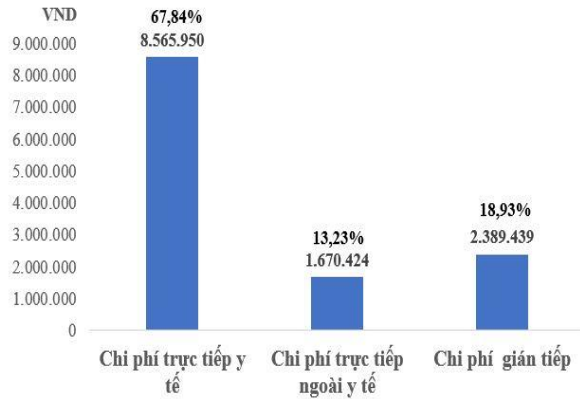
Dựa trên dữ liệu khảo sát trên 240 người bệnh điều trị hiếm muộn bằng phương pháp IVF từ tháng 01/03/2015 đến 31/10/2018 đề tài ghi nhận kết quả giá trị các cấu phần chi phí bao gồm chi phí trực tiếp y tế, trực tiếp ngoài y tế và gián tiếp của từng giai đoạn trong mô hình và trình bày trong bảng 4.

Phân tích chi phí các phương pháp thụ tinh nhân tạo

Chi phí của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung IUI: Dựa trên mô hình đánh giá chi phí và hiệu quả điều trị hiếm muộn bằng phương pháp IUI với các thông số đầu vào đã được phân tích và trình bày ở trên, nghiên cứu phân tích chỉ số chi phí của phương pháp IUI và trình bày trong hình 4.

**Hình 4. Chi phí điều trị hiếm muộn bằng IUI dựa trên mô hình xây dựng**

Theo hình 4, chi phí điều trị hiếm muộn bằng phương pháp IUI có giá trị trung bình 12.625.814 VNĐ và dao động trong từ 8.623.527 và 47.088.841 VNĐ.



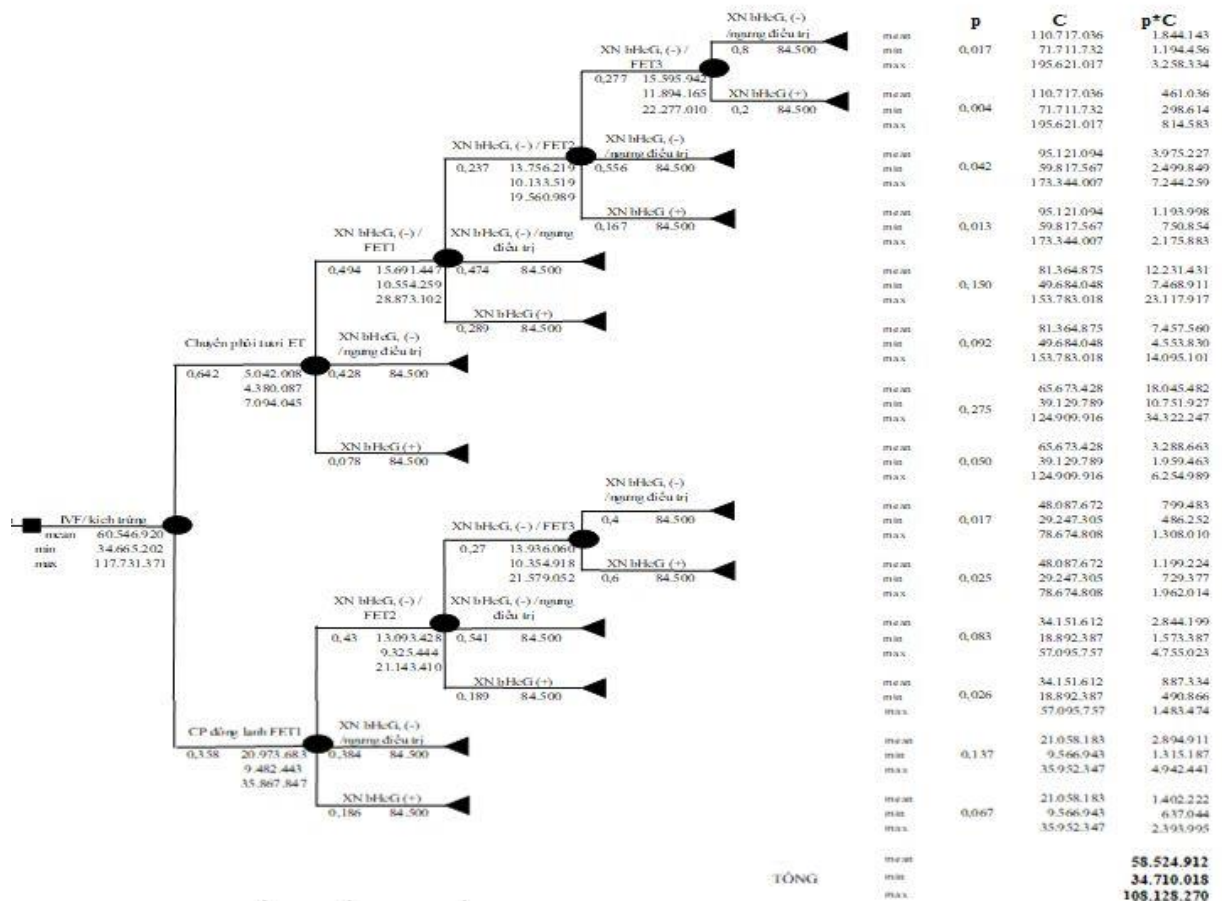
Hình 5. Cấu trúc chi phí điều trị hiếm muộn bằng phương pháp IUI

Phân tích cấu trúc của chi phí điều trị hiếm muộn bằng phương pháp IUI với 3 thành phần bao gồm chi phí trực tiếp y tế, trực tiếp ngoài y tế và gián tiếp, đề tài ghi nhận kết quả được trình bày trong hình 5.

Theo hình 5, trong cấu trúc chi phí điều trị một ca hiếm muộn bằng phương pháp IUI, chi phí trực tiếp y tế chiếm ưu thế với giá trị 8.565.950 (chiếm 67,84%), tiếp theo là chi phí gián tiếp với giá trị 2.389.439 (chiếm 18,93%), thấp nhất là chi phí trực tiếp ngoài y tế với giá trị 1.670.424 (chiếm 13,23%).

Chi phí của phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm IVF

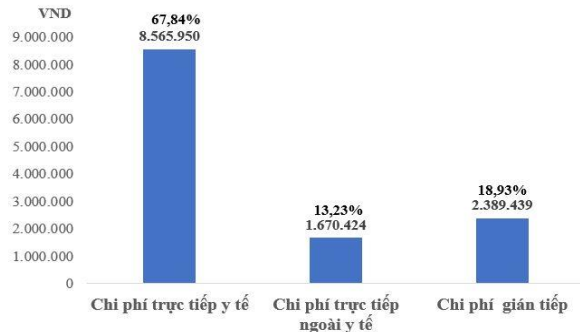
Dựa trên mô hình đánh giá chi phí và hiệu quả điều trị hiếm muộn bằng phương pháp IVF với các thông số đầu vào đã được phân tích và trình bày ở trên, nghiên cứu phân tích chỉ số chi phí của phương pháp IVF trong điều trị hiếm muộn và trình bày trong hình 6.



Hình 6. Chi phí điều trị hiếm muộn bằng IVF dựa trên mô hình xây dựng

Theo hình 6, chi phí điều trị hiếm muộn bằng phương pháp IVF có giá trị trung bình 58.524.912 VNĐ/người bệnh và dao động trong từ 34.710.018 đến 108.128.270 VNĐ.

Phân tích cấu trúc của chi phí điều trị hiếm muộn bằng phương pháp IVF với 3 thành phần bao gồm chi phí trực tiếp y tế, trực tiếp ngoài y tế và gián tiếp, đề tài ghi nhận kết quả được trình bày trong hình 7.



Hình 7. Cấu trúc chi phí điều trị hiếm muộn bằng phương pháp IVF

Theo hình 3.50, trong cấu trúc chi phí điều trị một ca hiếm muộn bằng phương pháp IVF, chi phí trực tiếp y tế chiếm ưu thế với giá trị 50.915.399 (chiếm 87,00%), tiếp theo là chi phí gián tiếp với giá trị 4.374.857 (chiếm 7,48%), thấp nhất là chi phí trực tiếp ngoài y tế với giá trị 3.234.656 (chiếm 5,53 %).

IV. KẾT LUẬN

Tổng chi phí điều trị hiếm muộn bằng phương pháp IVF cao gấp 4,6 lần phương pháp IUI (12.625.814 VNĐ so với 58.524.912 VNĐ; tương ứng). Trong cấu trúc tổng chi phí điều trị của cả hai phương pháp IUI và IVF, chi phí trực tiếp y tế chiếm tỷ cao nhất (67,8% và 87,0%; tương ứng); tiếp theo là chi phí gián tiếp (18,9% và 7,5%; tương ứng), chi phí trực tiếp ngoài y tế chiếm tỷ lệ thấp (13,2% và 5,5%; tương ứng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị bệnh viện Từ Dũ, 2015.
2. Phác đồ điều trị hiếm muộn Thành phố Cần Thơ, 2018.
3. Pashayan N. et al. (2006), "Cost-effectiveness of primary offer of IVF vs. primary offer of IUI followed by IVF (for IUI failures) in couples with unexplained or mild male factor subfertility", BMC health services research. 6 (1), pp. 80.
4. Van Voorhis B. J. et al. (2000), "Cost-effective treatment for the couple with infertility", Clinical obstetrics and gynecology. 43 (4), pp. 958-973.
5. Goverde A. J. et al. (2000), "Intrauterine insemination or in-vitro fertilisation in idiopathic subfertility and male subfertility: a randomised trial and cost-effectiveness analysis", The Lancet. 355 (9197), pp. 13-18.
6. Pham C. T. et al. (2018), "Cost-effectiveness modelling of IVF in couples with unexplained infertility", Reproductive biomedicine online. 37 (5), pp. 555-563.

THỰC TRẠNG MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ RỐI LOẠN DUNG NẠP GLUCOSE TẠI BA CÔNG TY, NHÀ MÁY NGHIÊN CỨU NĂM 2014 - 2016

Đình Quốc Khánh¹, Khương Văn Duy², Nguyễn Ngọc Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỷ lệ mắc đái tháo đường lúc đói, đái tháo đường sau khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose và rối loạn dung nạp glucose của người lao động tại ba công ty, nhà máy: Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco, Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam và Công ty Cổ phần may Đức Giang năm 2014 - 2016. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 1755 người lao động làm việc ba công ty, nhà máy (Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco; Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam và Công ty Cổ phần may Đức Giang) được chọn ngẫu nhiên vào nghiên cứu. Các đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp, cân, đo chiều cao và xét nghiệm đường huyết mao mạch lúc đói, làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết ở đối tượng có đường huyết lúc đói từ 5,6 -

6,9mmol/L. **Kết quả nghiên cứu:** tỷ lệ nam mắc đái tháo đường lúc đói chiếm 6,1% và nữ chiếm 2,1% nhưng khi xét nghiệm dung nạp glucose cho những đối tượng có đường huyết lúc đói 5,6 - 6,9mmol/L thì tỷ lệ đái tháo đường chung là 3,5%; trong đó: nam giới chiếm 6,3% và nữ giới chiếm 2,5%. Công ty cổ phần dệt may Sơn Nam tỷ lệ đái tháo đường chung là 8,5%; trong đó nam giới mắc đái tháo đường chiếm 15,5% và nữ giới chiếm 7,0%. Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco có tỷ lệ đái tháo đường chiếm 6,9%; trong đó: nam giới chiếm 7,5%, không có đối tượng nữ nào mắc đái tháo đường. Công ty cổ phần may Đức Giang chỉ có 1,4% người lao động mắc đái tháo đường; trong đó: nam giới chiếm 2,1% và nữ giới chiếm 1,2%. Tỷ lệ rối loạn dung nạp glucose chung là 12,7%; trong đó: Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam chiếm 16,8%, Công ty Cổ phần may Đức Giang chiếm 13,1% và Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco chiếm 5,3%. Tỷ lệ nữ giới rối loạn dung nạp glucose chiếm 14,0%, nam giới chiếm 9,3%. **Kết luận:** tỷ lệ mắc đái tháo đường tại Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam nhiều hơn so với Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco và Công ty Cổ phần may Đức Giang. Nam giới có tỷ lệ mắc đái tháo đường cao hơn nữ giới (6,3% và 2,5% tương ứng với từng giới),

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

^{2,3}Viện ĐT YHDP& YTCC, Trường ĐHY Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đình Quốc Khánh

Email: khanhcdytn@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2019

Ngày duyệt bài: 16.9.2019

đặc biệt nam giới tại Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam có tỷ lệ mắc cao nhất (chiếm 15,5%). Tỷ lệ nữ giới rối loạn dung nạp glucose nhiều hơn nam giới.

Từ khóa: đái tháo đường, rối loạn dung nạp glucose, nam, nữ.

SUMMARY

THE REALITY OF DIABET AND GLUCOSE TOLERANCE DISORDER AT 3 RESEARCHED COMPANIES, 2014- 2016

Objective: to determine the fasting diabetic percentile and after GTT and determine glucose tolerance disorder in workers of 3 companies: Manufactory produced foodstuff for cattle Proconco, Sơn Nam textile and garment joint stock Company and Duc Giang garment joint stock Company in 2014-2016. **Subject and method:** 1755 workers in 3 factories: Procomco, SonNam and Tailor Duc Giang were random selected. All worker were direct interview, measure weigh, high, and fasting capillary blood sugar. Perform glucose tolerance test in worker who has fasting blood sugar level 5.6- 6.9mmol/L. **Results:** fasting diabet in male was 6.1%, in female 2.1%. After GTT in whom who has fasting blood sugar level from 5.6-6.9mmol/L, the general diabetic percentile was 3.5% in which male was 6.3%, female was 2.5%. In Son Nam company, diabetic rate was 8.5%, in which male was 15.5%, female was 7.0%. In Proconco company, the diabetic rate was 6.9%, in which male was 7.5%, and none in female got diabetic. In tailor Duc Giang, only 1.4% got diabetic, in which male was 2.1%, female was 1.2 %. The glucose tolerance disorder was 12.7% in which Son Nam was 16.8%, Duc Giang 13.1%, and Proconcon 5.3%. In female, the glucose tolerance disorder rate was 14.0% and in male was 9.3%. **Conclusion:** the diabetic rate of Son Nam was greater than in Proconco and Duc Giang. Man get more diabetic than women (6.3% and 2.5%), especially in male of the SonNam, with highest rate 15.5%. Women get glucose tolerance disorder more than man.

Key words: Diabet, Glucose tolerance disorder, male, female.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay trên thế giới, tỷ lệ người mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đang tăng lên nhanh chóng. Tỷ lệ mắc ĐTĐ trên thế giới năm 2000 là 177 triệu người, năm 2003 tăng lên 194 triệu người, năm 2006 đã tăng lên tới 246 người và theo dự báo đến năm 2045 sẽ tăng lên 693 triệu người. Trong đó các nước phát triển tỷ lệ người mắc bệnh tăng 42% và các nước đang phát triển tỷ lệ này là 170%. Chi phí cho điều trị ĐTĐ của toàn thế giới năm 2017 ước tính 850 tỷ đô la Mỹ [7]. Theo số liệu điều tra quốc gia năm 2012, tỷ lệ mắc ĐTĐ ở nhóm tuổi 30 - 64 khoảng 5,7% dân số, nếu chỉ ở khu vực thành phố, khu công nghiệp tỷ lệ bệnh từ 7,0% đến 10% [3].

Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco là cơ sở sản xuất người lao động làm việc theo ca

và làm thêm giờ; Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam làm việc theo ca, không làm thêm giờ và Công ty Cổ phần may Đức Giang làm việc theo giờ hành chính nhưng người lao động ở đây làm việc tăng thêm giờ, liệu các công ty, nhà máy tham gia nghiên cứu có tỷ lệ người mắc bệnh ĐTĐ không? việc làm hành chính kết hợp với tăng thêm giờ, làm việc theo ca và làm thêm giờ cũng như chỉ làm việc theo ca đơn thuần thì công ty, nhà máy nào có tỷ lệ mắc ĐTĐ cao hơn? Để trả lời câu hỏi trên, chúng tôi tiến hành đề tài: "*Thực trạng mắc đái tháo đường và rối loạn dung nạp glucose tại ba công ty nghiên cứu, năm 2014 - 2016*" với mục tiêu: Xác định tỷ lệ mắc đái tháo đường lúc đói và đái tháo đường sau khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose (NPDNG) và rối loạn dung nạp glucose (RLDNG) của người lao động tại ba công ty, nhà máy: Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco; Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam và Công ty Cổ phần may Đức Giang, năm 2014 - 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Là những người lao động thuộc ba công ty, nhà máy sau:

- Công ty cổ phần may Đức Giang: làm việc theo giờ hành chính và làm thêm giờ.
- Công ty cổ phần dệt may Sơn Nam: làm việc theo ca, không làm việc thêm giờ.
- Nhà máy SX thức ăn gia súc Proconco: làm việc theo ca và làm thêm giờ.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang với số mẫu là 1755 đối tượng nghiên cứu từ ba công ty trên.

- Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu nhiều giai đoạn.

+ Giai đoạn 1: chọn cơ sở nghiên cứu bằng cách lập danh sách các đơn vị làm việc hành chính có làm thêm giờ, làm ca không làm thêm giờ và làm ca có làm thêm giờ để chọn mỗi cơ sở lấy 1 cơ sở để tham gia nghiên cứu.

+ Giai đoạn 2: lập danh sách các đối tượng có đủ tiêu chuẩn vào tham gia nghiên cứu và chọn ngẫu nhiên. Mỗi đơn vị được chọn số đối tượng tham gia nghiên cứu bằng cách lấy số mẫu tỷ lệ với kích thước mẫu, có nghĩa đơn vị nào có nhiều đối tượng sẽ được chọn nhiều vào nghiên cứu này.

- Chỉ số nghiên cứu: tỷ lệ đái tháo đường xét nghiệm glucose lúc đói ở người lao động chung cho ba công ty tham gia nghiên cứu; tỷ lệ đái tháo đường xét nghiệm glucose lúc đói kết hợp với nghiệm pháp dung nạp glucose ở người lao động chung cho ba công ty tham gia nghiên cứu; tỷ lệ đái tháo đường của từng công ty tham

gia nghiên cứu; tỷ lệ đói tháo đường và rối loạn dung nạp glucose theo giới ở từng công ty tham gia nghiên cứu.

- Công cụ nghiên cứu: bệnh án nghiên cứu chuẩn theo mục tiêu nghiên cứu.

- Kỹ thuật thu thập thông tin: phỏng vấn sâu bộ câu hỏi cấu trúc, cân, đo chiều cao, xét nghiệm đường máu mao mạch lúc đói (sau nhịn ăn ít nhất 8 giờ) và những đối tượng có đường huyết lúc đói 5,6 - 6,9mmol/L được làm nghiệm

pháp dung nạp glucose (uống 75g đường glucose, sau 2 giờ làm lại đường huyết mao mạch).

- *Phân tích số liệu*: số liệu sau khi thu thập được nhập vào phần mềm Excel sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 18.0 để tính tỷ lệ phần trăm, tần số...

- *Đạo đức nghiên cứu*: đề tài được tiến hành khi Hội đồng Y đức Trường đại học Y Hà Nội thông qua tại buổi bảo vệ đề cương nghiên cứu sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ đói tháo đường khi xét nghiệm đường huyết lúc đói ở ba công ty

Tỷ lệ đái tháo đường	Giới tính				Cộng	
	Nữ		Nam			
	n	%	n	%	n	%
Chung cả 3 công ty						
Bình thường (< 5,6mmol/L)	747	58,3	327	69,1	1075	61,2
RLĐH (5,6 - 6,9mmol/L)	508	39,6	117	24,7	624	35,6
Đái tháo đường (≥ 7,0mmol/L)	27	2,1	29	6,1	56	3,2
Cộng	1282	73,0	473	27,0	1755	100,0
Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco						
Bình thường (< 5,6mmol/L)	15	83,3	182	79,8	197	80,1
RLĐH (5,6 - 6,9mmol/L)	3	16,7	29	12,7	32	13,0
Đái tháo đường (≥ 7,0mmol/L)	0	0,0	17	7,5	17	6,9
Cộng	18	7,3	228	92,7	246	100,0
Công ty cổ phần dệt may Sơn Nam						
Bình thường (< 5,6mmol/L)	100	37,0	18	31,0	118	36,0
RLĐH (5,6 - 6,9mmol/L)	153	56,7	32	55,2	185	56,4
Đái tháo đường (≥ 7,0mmol/L)	17	6,3	8	13,8	25	7,6
Cộng	270	82,3	58	27,7	328	100,0
Công ty cổ phần May Đức Giang						
Bình thường (< 5,6mmol/L)	632	63,6	127	67,9	760	64,4
RLĐH (5,6 - 6,9mmol/L)	352	35,4	56	29,9	407	34,5
Đái tháo đường (≥ 7,0mmol/L)	10	1,0	4	2,1	14	1,2
Cộng	994	84,2	187	15,8	1181	100,0

- Chung ba công ty, nhà máy: tỷ lệ đối tượng tham gia nghiên cứu mắc ĐTD (đường huyết $\geq$ 7mmol/L lúc đói) chiếm 3,2%; trong đó: nữ chiếm 2,1% và nam chiếm 6,1%. Sự khác nhau về tỷ lệ ĐTD giữa hai giới tham gia nghiên cứu rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

- Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco: tỷ lệ đối tượng mắc ĐTD (đường huyết $\geq$ 7mmol/L lúc đói) chiếm 6,9%; trong đó: nữ là 0,0% và nam chiếm 7,5%. Sự khác nhau tỷ lệ ĐTD giữa hai giới tham gia nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam: tỷ lệ đối tượng mắc ĐTD (đường huyết $\geq$ 7mmol/L lúc đói) chiếm 7,6%; trong đó: nữ chiếm 6,3% và nam chiếm 13,8%. Sự khác nhau tỷ lệ ĐTD giữa hai giới tham gia nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Công ty Cổ phần may Đức Giang: tỷ lệ đối tượng mắc ĐTD (đường huyết $\geq$ 7mmol/L lúc đói) chiếm 1,2%; trong đó: nữ chiếm 1,0% và nam chiếm 2,1%. Sự khác nhau tỷ lệ ĐTD giữa hai giới tham gia nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2. Tỷ lệ đói tháo đường (kết hợp giữa đường huyết lúc đói và nghiệm pháp dung nạp glucose) của ba công ty

Tỷ lệ đại tháo đường	Giới tính				Cộng	
	Nữ		Nam			
	n	%	n	%	n	%
Chung cả 3 công ty						
Bình thường (< 6,1 hoặc NPDNG < 7,8mmol/L)	1020	79,6	386	81,6	1406	80,1

RLĐHLĐ (6,1 - 6,9 hoặc NPDNG < 7,8mmol/L)	51	4,0	13	2,7	64	3,6
RLDNG (6,1 - 6,9 hoặc NPDNG 7,8-11,0mmol/L)	179	14,0	44	9,3	223	12,7
Đái tháo đường ($\geq 7,0$ mmol/L hoặc NPDNG > 11,0mmol/L)	32	2,5	30	6,3	62	3,5
Cộng	1282	73,0	473	27,0	1755	100,0
Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco						
Bình thường (< 6,1 hoặc NPDNG < 7,8mmol/L)	17	94,4	196	86,0	213	86,6
RLĐHLĐ (6,1 - 6,9 hoặc NPDNG < 7,8mmol/L)	0	0,0	3	1,3	3	1,2
RLDNG (6,1 - 6,9 hoặc NPDNG 7,8 - 11,0mmol/L)	1	5,6	12	5,3	13	5,3
Đái tháo đường ($\geq 7,0$ mmol/L hoặc NPDNG > 11,0mmol/L)	0	0,0	17	7,5	17	6,9
Cộng	18	7,3	228	92,7	246	100,0
Công ty cổ phần dệt may Sơn Nam						
Bình thường (< 6,1 hoặc NPDNG < 7,8mmol/L)	173	64,1	30	51,7	203	61,9
RLĐHLĐ (6,1 - 6,9 hoặc NPDNG < 7,8mmol/L)	35	13,0	7	12,1	42	12,8
RLDNG (6,1 - 6,9 hoặc NPDNG 7,8 - 11,0mmol/L)	43	15,9	12	20,7	55	16,8
Đái tháo đường ($\geq 7,0$ mmol/L hoặc NPDNG > 11,0mmol/L)	19	7,0	9	15,5	28	8,5
Cộng	270	82,3	58	27,7	328	100,0
Công ty cổ phần May Đức Giang						
Bình thường (< 6,1 hoặc NPDNG < 7,8mmol/L)	830	83,5	160	85,6	990	83,8
RLĐHLĐ (6,1 - 6,9 hoặc NPDNG < 7,8mmol/L)	16	1,6	3	1,6	19	1,6
RLDNG (6,1 - 6,9 hoặc NPDNG 7,8 - 11,0mmol/L)	135	13,6	20	10,7	155	13,1
Đái tháo đường ($\geq 7,0$ mmol/L hoặc NPDNG > 11,0mmol/L)	13	1,3	4	2,1	17	1,4
Cộng	994	84,2	187	15,8	1181	100,0

- Chung ba công ty, nhà máy: tỷ lệ đối tượng mắc đái tháo đường (kết hợp giữa đường huyết lúc đói và nghiệm pháp dung nạp glucose) chiếm 3,5%; trong đó: nữ chiếm 2,5% và nam chiếm 6,3%. Sự khác nhau về tỷ lệ đái tháo đường giữa hai giới tham gia nghiên cứu rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

- Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco: tỷ lệ mắc đái tháo đường chiếm 6,9%; trong đó: nữ chiếm 0,0% và nam chiếm 7,5%. Sự khác nhau về tỷ lệ đái tháo đường giữa hai giới tham gia nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam: tỷ lệ mắc đái tháo đường chiếm 8,5%; trong đó: nữ chiếm 7,0% và nam chiếm 15,5%. Sự khác nhau về tỷ lệ đái tháo đường giữa hai giới tham gia nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Công ty Cổ phần may Đức Giang: tỷ lệ mắc đái tháo đường (kết hợp giữa đường huyết lúc đói và nghiệm pháp dung nạp glucose) chiếm 1,4%; trong đó: nữ chiếm 1,3% và nam chiếm 2,1%. Sự khác nhau về tỷ lệ đái tháo đường giữa hai giới tham gia nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Tỷ lệ đái tháo đường theo giới (kết hợp giữa đường huyết lúc đói và nghiệm pháp dung nạp glucose) ở ba công ty, nhà máy nghiên cứu

Công ty	Đường huyết							
	Bình thường		RL lúc đói		NPDNG		ĐTĐ	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Chung								
Proconco (n = 246)	213	81,6	3	2,7	13	9,3	17	6,9
Sơn Nam (328)	203	61,9	42	12,8	55	16,8	28	8,5
May Đức Giang (n = 1181)	990	83,8	19	1,6	155	13,1	17	1,4
Cộng (n = 1755)	1406	80,1	64	3,6	223	12,7	62	3,5
Nữ								
Proconco (n = 18)	17	94,4	0	0,0	1	5,6	0	0,0
Sơn Nam (n = 270)	173	64,1	35	13,0	43	15,9	19	7,0
May Đức Giang (n = 994)	830	83,5	16	1,6	135	13,6	13	1,2
Cộng (n = 1282)	1020	79,6	51	4,0	179	14,0	32	2,5
Nam								

Proconco (n = 228)	196	86,0	3	1,3	12	5,3	17	7,5
Sơn Nam (n = 58)	30	51,7	7	12,1	12	20,7	9	15,5
May Đức Giang (n = 187)	160	85,6	3	1,6	20	10,7	4	2,1
Cộng (n = 473)	386	76,6	13	2,7	44	9,3	30	6,3

Tỷ lệ đối tượng ở Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam mắc ĐTĐ chiếm 8,5%, tiếp theo là Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco (6,9%), thấp nhất là Công ty Cổ phần may Đức Giang (chiếm 1,4%). Tỷ lệ đối tượng ở Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam rối loạn dung nạp glucose chiếm 16,8%, tiếp theo là Công ty Cổ phần may Đức Giang (chiếm 13,1%), thấp nhất là Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco (chiếm 5,3%). Sự khác nhau về rối loạn dung nạp glucose giữa các công ty tham gia nghiên cứu rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

Đối với nữ: tỷ lệ nữ ở Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam mắc đái tháo đường chiếm 7,0%; Công ty Cổ phần may Đức Giang chiếm 1,2%. Tỷ lệ đối tượng ở Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam rối loạn dung nạp glucose chiếm 15,9%; tiếp theo là Công ty Cổ phần may Đức Giang (chiếm 13,6%); thấp nhất là Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco chiếm 5,6%. Sự khác nhau về rối loạn đường huyết ở nữ giữa các công ty tham gia nghiên cứu rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

Đối với nam: tỷ lệ nam ở Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam mắc đái tháo đường chiếm 15,5%; Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco chiếm 7,5% và Công ty Cổ phần may Đức Giang chiếm 2,1%. Tỷ lệ đối tượng ở Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam rối loạn dung nạp glucose chiếm 20,7%; tiếp theo là Công ty Cổ phần may Đức Giang (chiếm 10,7%); thấp nhất là Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco chiếm 5,3%. Sự khác nhau về rối loạn đường huyết ở nam giữa các công ty tham gia nghiên cứu rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỷ lệ ĐTĐ sau khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose tại Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco, nơi người lao động làm việc theo ca và có làm thêm giờ trong ca lao động chiếm 6,9% và 5,3% số đối tượng rối loạn dung nạp glucose; tại Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam, nơi chỉ làm việc theo ca không tăng thêm giờ, tỷ lệ mắc đái tháo đường cũng như rối loạn dung nạp glucose cao hơn so với Nhà máy sản xuất thức ăn gia súc Proconco (8,5% và 16,8% tương ứng); và Công ty Cổ phần may Đức Giang, nơi chỉ làm việc theo giờ hành chính và có làm thêm

giờ thì tỷ lệ ĐTĐ chỉ chiếm 1,4%, nhưng có đến 13,1% đối tượng rối loạn dung nạp đường glucose. Theo nghiên cứu của Tạ Văn Bình và cộng sự (2001) tại nội thành 4 thành phố lớn Hà Nội, Hải Phòng, Đà Nẵng và Tp. Hồ Chí Minh thì tỷ lệ ĐTĐ chiếm 4,9% và RLDNG chiếm 5,9%; đối với lao động có tích chất nhẹ nhàng, tính tại tương ứng là 6,8% và 6,0% [1]; nhóm trung bình và nặng là 4,6% và 3,2% hay nghiên cứu của Phạm Minh Ngọc (2015) tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ ĐTĐ là 6,0%. Một số nghiên cứu nước ngoài trên cộng đồng cho kết quả như sau: nghiên cứu của Jung Eun Lee và cộng sự (2003) tại Hàn Quốc, tỷ lệ ĐTĐ là 12,2%. So sánh tỷ lệ RLDNG và ĐTĐ tại ba công ty, nhà máy trong nghiên cứu của chúng tôi thấy: tỷ lệ mắc ĐTĐ và RLDNG của đối tượng nghiên cứu tại Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam cao hơn hai công ty, nhà máy còn lại, nơi mà người công nhân chỉ làm ca và không làm thêm giờ. Khi so sánh với một số nghiên cứu trong nước và nước ngoài trên cộng đồng, hay trên đối tượng là công nhân, thậm chí là trên những người công nhân làm ca, thêm giờ thì cho thấy tỷ lệ này còn chưa đồng nhất. Lý giải sự khác nhau về tỷ lệ ĐTĐ và RLDNG giữa các công ty, nhà máy trong nghiên cứu của chúng tôi và với kết quả của các nghiên cứu khác có thể do thời gian, đối tượng, tiêu chí chọn mẫu, phương pháp, địa điểm nghiên cứu khác nhau. Các tác giả trên thế giới cũng tập trung vào nghiên cứu ở một số ngành nghề làm thêm giờ, làm việc hành chính nhưng ngành nghề khác với nghiên cứu của chúng tôi, chế độ dinh dưỡng của họ cũng khác nên kết quả có sự khác nhau. Bên cạnh đó, điều kiện lao động ở mỗi nước khác nhau và chẩn đoán của ĐTĐ và tiền ĐTĐ thay đổi qua từng giai đoạn từ mức 140 mg/dl (7,8 mmol/l) xuống mức 126 mg/dl (7,0 mmol/l) và tiêu chuẩn chẩn đoán tiền ĐTĐ từ 110 mg/dl (6,1 mmol/l) xuống 100 mg/dl (5,6 mmol/l) nên tỷ lệ mắc ĐTĐ và tiền ĐTĐ thay đổi theo từng nghiên cứu. Trong khi đó, cuộc sống người dân ngày càng phát triển, các công việc chân tay nặng nhọc được thay thế bằng máy móc hiện đại, các hoạt động thể lực ít nên tỷ lệ ĐTĐ, RLDNG gia tăng trong cộng đồng là phù hợp với sự phát triển kinh tế xã hội. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên các đối tượng trong độ tuổi lao động: đây là hiệu ứng người công nhân khỏe mạnh, họ có tuổi trung

bình còn rất trẻ ($37,1 \pm 7,68$ tuổi) đã rối loạn dung nạp glucose; nếu sau này khi tuổi họ tăng lên thì tỷ lệ mắc đái tháo đường cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên.

Về giới tính, tỷ lệ mắc ĐTĐ ở nam cao hơn so với ở nữ, ngược lại thì tỷ lệ RLDNG ở nữ lại cao hơn so với tỷ lệ này ở nam; trừ tỷ lệ RLDNG tại Công ty cổ phần dệt may Sơn Nam thì nam cao hơn nữ. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Quốc Việt (2012) tại 6 vùng sinh thái ở Việt Nam năm 2012, tỷ lệ ĐTĐ ở nam cao hơn nữ (6,0% và 5,4%), còn tỷ lệ RLDNG ở nữ cao hơn nam (13,9% so với 11,6%) [3] hay nghiên cứu của Akiko S.Hosler (2003) trên 911 người Nhật Bản trưởng thành sống tại thành phố Westchester, Mỹ thì tỷ lệ ĐTĐ ở nam cao hơn nữ (4,0% so với 1,2%) và nghiên cứu cũng cho rằng yếu tố công việc liên quan cũng có thể đặt người đàn ông có nguy cơ cao với bệnh đái tháo đường hơn nữ giới [4] hay nghiên cứu Kjeld Poulsen (2014) trên 7.305 người làm công tác chăm sóc sức khỏe tại Đan Mạch trong 7 năm cũng cho thấy tỷ lệ ĐTĐ nam là 4,3% cao hơn nữ 3,6% [5].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ đái tháo đường ở Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam nhiều hơn so với Nhà máy sản xuất thức ăn Proconco và Công ty Cổ phần may Đức Giang.

- Nam có tỷ lệ mắc đái tháo đường cao hơn nữ (6,3% và 2,5% tương ứng với từng giới), đặc biệt nam ở Công ty Cổ phần dệt may Sơn Nam có tỷ lệ mắc cao nhất (15,5%).

- Nữ bị rối loạn dung nạp glucose nhiều hơn nam giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình và cộng sự (2003)**, "Dịch tễ học bệnh đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan đến quản lý bệnh đái tháo đường tại khu vực nội thành 4 thành phố lớn", NXB Y học, năm 2006.
2. **Vũ Xuân Trung (2016)**, "Nghiên cứu xác định tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường ở người lao động thường xuyên phải làm ca kíp, làm thêm giờ và đề xuất giải pháp dự phòng", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ.
3. **Nguyễn Quốc Việt và cộng sự (2014)**, "Kết quả hoạt động điều tra lập bản đồ dịch tễ học bệnh đái tháo đường toàn quốc năm 2012", Y học thực hành. 929 +930, pp. 82-84.
4. **Akiko S. et al (2003)**, "Prevalence of Diagnosed Diabetes and Related Risk Factors: Japanese adults in Westchester County, New York", American Journal of Public Health. 93, No. 8, p. 1279.
5. **Kjeld Poulsen et al (2014)**, "Work, Diabetes and Obesity: A Seven Year Follow-Up Study among Danish Health Care Workers", Plos One. 9(7), p. e103425.
6. **Jenni Ervasti et al (2015)**, "Work disability before and after diabetes diagnosis: A nationwide population - based register study in Sweden", Public Health. 105, pp. 22- 29.
7. **Organization World Health (2006)**, "Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia", accessed, from [https://www.who.int/diabetes/publications/ Definition %20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf](https://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf).
8. **Ghazawy ER et al (2014)**, "Night shift working and its impact on development and control of diabetes mellitus in workers of Abo Korkas sugar factory, Elmia, Egypt", Egyptian Journal of Occupational Medicine. 38(2), pp. 197-211.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ VAI TRÒ CỦA PET/CT TRONG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN UNG THƯ BIỂU MÔ KHOANG MIỆNG

Đậu Thị Thu*, Nguyễn Văn Đăng*, Lê Văn Quảng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vai trò của PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn ung thư biểu mô khoang miệng. **Đối tượng nghiên cứu:** 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô khoang miệng, được chụp PET/CT từ T8/2018 đến T8/2019. **Kết quả:** BN tuổi trung bình là 57, chủ yếu gặp ở nam giới, vị trí khối u hay gặp ở

lưỡi và sàn miệng (73,4%). Mức độ hấp thu FDG của khối u cao, kích thước càng lớn, mức độ xâm nhập cao thì giá trị SUVmax lớn, SUVmax ở bệnh nhân có hạch cao hơn bệnh nhân không có hạch, SUVmax ở bệnh nhân có di căn xa cao hơn ở bệnh nhân chưa có di căn ($p < 0,001$). Chụp PET/CT thay đổi 6,7% chẩn đoán giai đoạn T, 30% chẩn đoán di căn hạch N, 3,3% chẩn đoán di căn xa. PET/CT phát hiện ung thư nguyên phát thứ 2 ở 6,7% bệnh nhân. **Kết luận:** PET/CT có vai trò đánh giá chính xác giai đoạn cho bệnh nhân ung thư biểu mô khoang miệng.

Từ khóa: ung thư biểu mô khoang miệng, giai đoạn, PET/CT.

SUMMARY

EVALUATING THE CLINICAL, SUBCLINICAL

*Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Đậu Thị Thu
Email: dauthithu.honglinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 13.7.2019
Ngày phản biện khoa học: 9.9.2019
Ngày duyệt bài: 16.9.2019

AND THE ROLE OF PET/CT IN DIAGNOSIS STAGE OF ORAL CAVITY CANCERS

Objectives: To evaluate the clinical, subclinical and the role of PET/CT in diagnosis in patients with carcinoma of the oral cavity. **Patients and methods:** Prospective descriptive study on 30 patients with carcinoma in oral cavity cancers, received PET/CT from August 2018 to August 2019. **Results:** The average age is 57, in male gender. Tumor were usually observed around the the tongue and oral floor (73,4%). On PET/CT images, the average SUVmax of the primary tumor is high. Mean SUVmax of primary tumor was higher in larger primary tumor, higher T stage, advanced stage and N positive ($p < 0.001$). With PET/CT, 6,7% patients have changing stage T, 30% patients diagnosed with changing stage N, 3,3% patients diagnosed with changing stage M. PET/CT detected the second primary cancer in 6,7% of patients. **Conclusions:** PET/CT may have potential roles in assessment intinal stage for in oral cavity cancer.

Key words: carcinoma of oral cavity, stage, PET/CT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô khoang miệng là bệnh phát sinh do sự biến đổi ác tính niêm mạc phủ toàn bộ khoang miệng, chủ yếu là UT biểu mô tế bào vảy. Trên thế giới, ung thư khoang miệng là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu [1][2]. Đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh là hai biện pháp chính chẩn đoán ung thư khoang miệng. Chẩn đoán hình ảnh có vai trò hết sức quan trọng và cần thiết giúp làm rõ thêm chẩn đoán, mức độ di căn. Nó không chỉ giúp xác định rõ giai đoạn bệnh mà còn là công cụ hỗ trợ hữu hiệu giúp việc thực hiện điều trị, đặc biệt trong xạ trị và phẫu thuật. Bên cạnh X quang, siêu âm, CT, MRI thì SPECT, PET/CT ra đời đã mang lại bước tiến mới trong chẩn đoán UT khoang miệng.

Nghiên cứu giá trị của PET/CT trong ung thư biểu mô khoang miệng đã được nhiều tác giả trên thế giới đề cập đến. Theo Goerres, PET phát hiện thêm di căn hạch cổ ở 6% BN, di căn xa ở 6% BN, và ung thư thứ hai trong 12% BN, làm thay đổi điều trị 15% BN [3]. Ở Việt Nam hệ thống PET/CT được đưa vào hoạt động từ năm 2009, đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá giá trị của PET/CT trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn ung thư biểu mô khoang miệng. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vai trò của PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn ung thư biểu mô khoang miệng" với các mục tiêu sau:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư biểu mô vảy khoang miệng.

2. Đánh giá vai trò của PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn trước điều trị ung

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô khoang miệng được chụp PET/CT từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 8 năm 2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

• BN được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô khoang miệng, có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy.

• BN được chụp MRI hoặc CT đầu cổ.

• Glucose máu đói $< 200\text{mg/l}$.

Tiêu chuẩn loại trừ:

• BN UT biểu mô khoang miệng đã được điều trị, tái phát.

• Kết quả mô bệnh học không phải là ung thư biểu mô vảy.

• BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

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

2.3 Các chỉ số nghiên cứu:

• Tuổi: phân nhóm tuổi <40 , 40-49, 50-59, 60-69 và ≥ 70 .

• Giới: nam, nữ

• Yếu tố nguy cơ: hút thuốc, uống rượu bia, nhai trầu.

• Triệu chứng cơ năng: đau rát miệng, vướng khi nhai nuốt, chảy máu, lung lay răng, tự sờ thấy hạch cổ.

Đánh giá giai đoạn bệnh trước chụp PET/CT theo phân loại TNM của hiệp hội ung thư hoa kỳ AJCC-2010 [4].

Các chỉ tiêu đánh giá trên hình ảnh 18FDG PET/CT:

• U nguyên phát: vị trí, kích thước, SUV max.

• Hạch di căn: vị trí, kích thước.

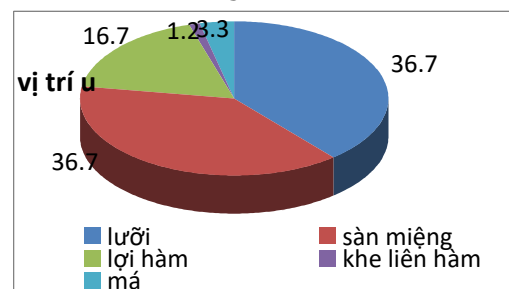
• Di căn xa: vị trí tổn thương, số lượng tổn thương.

Đánh giá giai đoạn bệnh sau chụp PET/CT.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

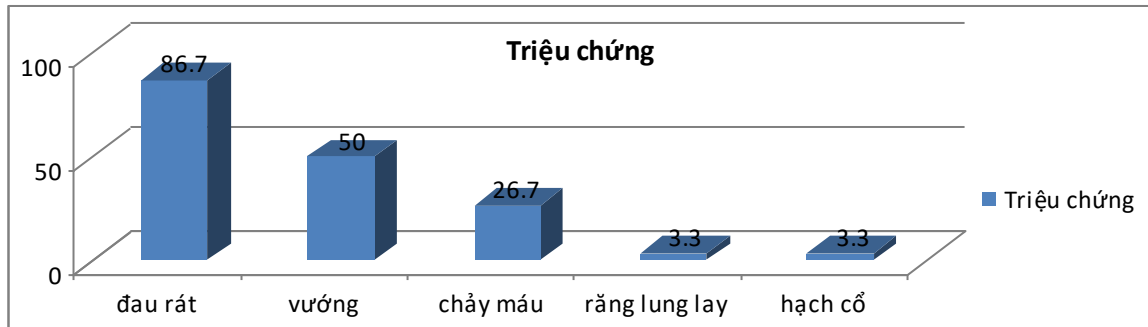
3.1 Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. - Tuổi trung bình là $56,8 \pm 9,8$ tuổi, tỷ lệ nam/ nữ là 14/1.

- Yếu tố nguy cơ: 76,7% BN có tiền sử hút thuốc, 73,7% BN uống rượu bia.



Biểu đồ 1: Vị trí u

Nhận xét: thường gặp nhất là u lưỡi và sàn miệng chiếm 73,4%, vị trí lợi hàm, khe liên hàm, má ít gặp, không có BN nào ung thư vị trí khẩu cái.



Biểu đồ 2: Triệu chứng cơ năng

Nhận xét: lý do BN hay đến khám bệnh là đau khi nhai (86,7%) và cảm giác vướng khi nhai, nuốt (50%).

3.2. Đặc điểm PET/CT

Bảng 1: Độ tập trung 18-FDG theo kích thước u

Kích thước u (cm)	Số BN	SUVmax	p
≤2	1	4,2	P12=0,000
2-4	14	14,0 ± 4,2	P13=0,000
>4	15	15,2 ± 3,7	P23=0,414
Tổng	30	14,3 ± 4,3	

Nhận xét: SUVmax của UT biểu mô khoang miệng tăng theo kích thước. Rõ nhất là khi kích thước u lớn hơn 2, SUVmax tăng cao so với nhóm u nhỏ hơn 2cm, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Khi u lớn hơn 4cm thì SUVmax ít thay đổi, sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2: Độ tập trung 18-FDG theo mức độ xâm lấn T

Mức độ xâm lấn T	Số bệnh nhân	SUVmax	P
T1	1	4,2	
T2	9	14,2 ± 3,9	P12=0,000
T3	11	16,0 ± 43,9	P13=0,000
T4	9	13,1 ± 3,7	P14=0,002
Tổng	30	14,3 ± 4,3	P234>0,05

Nhận xét: SUVmax tăng theo mức độ xâm lấn của u, BN u T1, SUVmax = 4,2. BN T2 thì SUVmax tăng cao với trị số trung bình là 14,2 ± 3,9 ($p < 0,001$) và ít thay đổi với sự tăng mức độ xâm lấn tiếp theo. Sự khác nhau giữa SUVmax giai đoạn T2, T3, T4 là không đáng kể ($p > 0,05$).

Bảng 3: Độ tập trung 18-FDG tại u ở bệnh nhân có hạch và không có hạch trên PET/CT

Hạch	Số bệnh nhân	SUVmax tại u	p
N0	8	11,9 ± 3,7	0,07

N123	22	15,1 ± 4,3	
Tổng	30	14,3 ± 4,3	

Nhận xét: SUVmax của u ở nhóm đã có hạch di căn so với nhóm chưa phát hiện hạch di căn trên PET/CT khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4: Độ tập trung 18-FDG tại u ở bệnh nhân có di căn xa và không có di căn xa trên PET/CT

Di căn	Số bệnh nhân	SUVmax u	p
M0	29	14 ± 4,1	P=0,000
M1	1	22,5	

Nhận xét: SUVmax ở BN có di căn là 22,5, lớn hơn bệnh nhân chưa có di căn, sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

Bảng 5: Thay đổi T sau chụp PET/CT

Trước PET/CT		Sau PET/CT			
T	Số BN	T1	T2	T3	T4
T1	1	1	-	-	-
T2	11	-	9	2	-
T3	9	-	-	9	-
T4	9	-	-	-	9
Tổng	30	1	9	11	9

Nhận xét: Sau chụp PET/CT, phân loại T thay đổi ở 2 BN: trước chụp PET/CT xếp giai đoạn T2, sau chụp PET/CT xếp T3 do thay đổi kích thước u.

Bảng 6: Thay đổi chẩn đoán N sau chụp PET/CT

Trước PET/CT		Sau PET/CT			
N	Số BN	N0	N1	N2	N3
N0	16	8	-	8	-
N1	2	-	1	1	-
N2	12	-	-	12	-
N3	0	-	-	-	-
Tổng	30	8	1	21	0

Nhận xét: Kết quả PET/CT đã thay đổi chẩn đoán hạch ở 9/30 bệnh nhân, trong đó có 8 BN N2/ 14 BN trước chụp âm tính.

Bảng 7: Thay đổi chẩn đoán M sau chụp PET/CT

Trước PET/CT		Sau PET/CT	
M	Số BN	M0	M1
M0	30	29	1
M1	0	0	0
Tổng	30	29	1

Nhận xét: Phát hiện 1 BN UT biểu mô khoang miệng di căn hạch trung thất, hạch bắt SUVmax: 7,6, (3,3%). Hạch trung thất trên hình ảnh CT có kích thước 1,5cm, tròn.

PET/CT đã phát hiện ung thư nguyên phát thứ 2 ở 2 BN (6,7%), trong đó có 1 BN UT thực quản, 1 BN UT hạ họng.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng:

Về tuổi, lứa tuổi thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là 40 đến 70 tuổi chiếm 89,6%, tuổi trung bình là 57 tuổi, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh là 58 tuổi [5].

Về giới, tỷ lệ nam/ nữ là 14/1. Theo UICC 2006, tỷ lệ này là 2/1. Tỷ lệ này có thay đổi tùy khu vực địa lý. Tỷ lệ nam/ nữ ở Đài Loan là 5,62/1, ngược lại ở Thái Lan tỷ lệ này là 0,86/1 [6]. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ có thể xuất phát từ thói quen hút thuốc và uống rượu ở nam giới. Trong nghiên cứu này, có 76,7% bệnh nhân hút thuốc lá, 73,3% bệnh nhân uống rượu bia.

Về vị trí, ung thư hay gặp nhất ở lưỡi (36,7%) và sàn miệng (36,7%), không gặp vị trí khẩu cái, tương tự với kết quả của Hàn Thị Vân Thanh [5], Nguyễn Văn Minh [6]. Nguyên nhân có thể do bề mặt lưỡi và sàn miệng được phủ bằng lớp biểu mô mỏng không sừng hóa nên dễ bị tác động bởi các tác nhân sinh ung thư trong thuốc lá, rượu.

Về triệu chứng lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi có đến 86,7% bệnh nhân đi khám vì đau vùng khoang miệng. Tuy vùng khoang miệng là vị trí dễ phát hiện nhưng bệnh nhân thường đến khám muộn từ 1-3 tháng sau khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Kết quả này tương tự với nghiên cứu Vũ Quang Phong [8]. Cần làm tốt hơn công tác truyền thông, hướng dẫn người dân đi khám sớm ngay khi có triệu chứng.

4.2. Giá trị của PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn ung thư biểu mô vòm khoang miệng

4.2.1. Đặc điểm hấp thu ^{18}F FDG ở BN UT biểu mô khoang miệng: Độ tập trung ^{18}F FDG tại u hay mức độ chuyển hóa tại u khác nhau khá nhiều tùy BN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có SUVmax thấp nhất là 4,2, cao nhất là 22,5 chứng tỏ mức độ hấp thu FDG của các tổn

thương ác tính vùng đầu mặt cổ là mạnh, giúp phát hiện dễ dàng những tổn thương này dù kích thước nhỏ. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Wadood M.A [9], với SUVmax từ 3,0-22,3.

Nhóm BN có u kích thước 2-4cm, có 14 bệnh nhân với SUVmax trung bình cao hơn 3 lần so với BN có u kích thước <2cm ($p < 0,001$). 13 BN có kích thước $u > 4\text{cm}$ với trung bình SUVmax = $14,0 \pm 4,2$, khác biệt không đáng kể so với nhóm 2-4cm. Có lẽ u 2-4 cm thường là giai đoạn tiến triển, chuyển hóa tại u tăng mạnh nhất. Về phân loại T, SUVmax thấp ở bệnh nhân T1, u bé. Đến T2 thì SUVmax tăng mạnh cao hơn hẳn so với bệnh nhân ở giai đoạn T1. Sự khác nhau SUVmax giai đoạn T2, T3, T4 là không đáng kể.

SUVmax u nguyên phát ở nhóm bệnh nhân có di căn hạch lớn hơn nhóm bệnh nhân chưa có di căn hạch, tuy nhiên sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Theo một số nghiên cứu, SUVmax hạch lớn hơn hoặc bằng 2,5 thì xem là hạch ác tính.

SUVmax u nguyên phát ở bệnh nhân di căn xa lớn hơn nhóm bệnh nhân chưa có di căn, sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0,001$. Nghiên cứu của S.J.Kim (2008) cho thấy SUVmax của u nguyên phát có mối tương quan với kích thước u ($p < 0,001$, $r = 0,57$), giai đoạn T ($p < 0,001$, $r = 0,65$), giai đoạn N ($p = 0,003$, $r = 0,37$), giai đoạn chung TNM ($p < 0,001$, $r = 0,63$). Nhóm u lớn hơn 3 có SUVmax trung bình lớn hơn nhóm u nhỏ hơn 3cm. SUVmax trung bình nhóm T1-T2 là 4,2 thấp hơn so với nhóm T3-T4 là 8,3 ($p < 0,001$). Bệnh nhân chưa có di căn hạch N0 có SUVmax u 4,4 thấp hơn so với nhóm có hạch N1-N3 SUVmax = 6,0 ($p < 0,001$).

4.2.2. Vai trò của PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn ung thư biểu mô vòm khoang miệng.

- Việc sử dụng PET/CT đã làm thay đổi chẩn đoán giai đoạn T ở 2 bệnh nhân (6,7%) do thay đổi kích thước u. Kết quả nghiên cứu của Hye Ran Hong và cộng sự (2014) cho thấy, trong phân loại giai đoạn T FDG PET/CT có mối tương quan tốt hơn với mô bệnh học so với hình ảnh MRI với chỉ số đồng thuận $k = 0,813$ [95% CI = 0,686–0,939] và 0,591 [0,428–0,754], $P = 0,011$.

- Thay đổi chẩn đoán di căn hạch N ở 9 bệnh nhân (30%). S.J.Kim (2008) cho rằng độ nhạy trong phát hiện hạch cổ di căn trên từng bệnh nhân của PET/CT cao hơn so với CT/MRI (84% so với 67%, $p = 0,03$) nhưng độ đặc hiệu thì tương đương (77% và 81%). Trong 275 nhóm hạch vét được, PET phát hiện được 253 nhóm,

CT/MRI phát hiện 245 nhóm. Độ nhạy của FDG PET trong phát hiện các nhóm hạch di căn lớn hơn 20% so với CT/MRI (88% và 65%, $p=0,002$), độ đặc hiệu tương đương nhau 93%.

- Thay đổi chẩn đoán di căn xa ở 1 bệnh nhân (3,3%). Trên PET/CT phát hiện hạch trung thất tăng chuyển hóa $SUV_{max}=7,6$, BN không có điều kiện để sinh thiết hạch trung thất, nhưng qua hình ảnh CT hạch tính chất ác tính kích thước 15mm, tròn, PET có vai trò củng cố thêm trong chẩn đoán di căn xa ở trường hợp này. Theo Wadood M.A [9], PET/CT phát hiện 2 bệnh nhân di căn xa trong nhóm nghiên cứu (4%) trong đó có 1 bệnh nhân di căn xương, và 1 bệnh nhân di căn hạch trung thất SUV_{max} hạch là 4,3, trong nghiên cứu này BN cũng không được sinh thiết hạch trung thất.

- PET/CT đã phát hiện ung thư nguyên phát thứ 2 ở các vị trí hạ họng, thực quản ở 6,7% bệnh nhân. Các bệnh nhân đều được nội soi tai mũi họng, thực quản dạ dày và sinh thiết tổn thương, kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô vảy. Kết quả này ở nghiên cứu của Gorres là 12%[3].

V. KẾT LUẬN

PET/CT rất có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn ung thư biểu mô khoang miệng: phát hiện u nguyên phát, hạch di căn, di căn xa. Mức độ hấp thu FDG của khối u cao, u kích thước càng lớn, mức độ xâm nhập cao thì giá trị SUV_{max} lớn. Sau chụp PET/CT đã thay đổi chẩn đoán giai

đoạn T ở 2 BN (6,7%), N ở 9 BN (30%), di căn xa ở 1 BN (3,3%). PET/CT cũng phát hiện UT nguyên phát thứ 2 ở 6,7% bệnh nhân. Chụp PET/CT góp phần thay đổi phương thức điều trị cũng như tiên lượng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Extrapolated from Ferlay J et al. Globocan 2012.** v1.0, Cancer Incidence and Mortality, Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France.
2. **Montoro JR, Ricz HA, Souza L, et al.** Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Braz J Otorhinolaryngol* 2008; 74:861–866.
3. **Gorres GW, Schmid DT, Gratz KW,** von Schulthess GK, Eyrich GK, Impact of whole body positron emission tomography on initial staging and therapy in patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Oral Oncol* 2003; 39:547–551.
4. **NCCN,** head and neck cancer 2017.
5. **Hàn Thị Vân Thanh (2013),** Nghiên cứu điều trị ung thư biểu mô khoang miệng có sử dụng kỹ thuật tạo hình bằng vật rãnh mũi má, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội
6. **Gupta N, Gupta R, Acharya AK, et al.(2016).** Changing Trends in oral cancer - a global scenario. *Nepal J Epidemiol.*6(4), 613–619.
7. **Nguyễn Văn Minh,** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư biểu mô khoang miệng, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 6, số 5 - tháng 10/2016.
8. **Vũ Quảng Phong (2015),** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư biểu mô khoang miệng ở một số bệnh viện tại Hà Nội, Luận văn thạc sĩ.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ ĐA TẦNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP LẤY ĐĨA ĐỆM, HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT VÀ NÉP VÍT CỘT SỐNG CỔ LỖI TRƯỚC

Phạm Như Dũng¹, Nguyễn Lê Bảo Tiến², Võ Văn Thanh^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng bằng phương pháp lấy đĩa đệm, hàn xương liên thân đốt và nẹp vít cột sống cổ lỗi trước tại bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 65 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** Thời gian phẫu

thuật 3 tầng là $147,8 \pm 41,9$ và 2 tầng là $110,5 \pm 32,3$ phút ($p < 0,001$). Biến chứng phổ biến nhất là nuốt vướng chiếm 9,2%; viêm đường tiết niệu 6,1%. Tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm liên kê trên phim MRI chiếm 12,5%, chỉ có 1 bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng chiếm 3,1%. Không có trường hợp nào phải mổ lại sau khi tái khám. Tỷ lệ liền xương 100%. **Kết luận:** Kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng bằng phương pháp lấy đĩa đệm, hàn xương liên thân đốt và nẹp vít cột sống cổ lỗi trước là tốt. Tỷ lệ bệnh nhân sau điều trị có thoái hóa đĩa đệm liên kê trên phim MRI và có biểu hiện triệu chứng thoái hóa đĩa đệm thấp.

Từ khóa: thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng, hàn xương liên thân đốt và nẹp vít cột sống cổ lỗi trước

SUMMARY

RESULT OF TREATING MULTILEVEL CERVICAL DISC HERNIATION BY TAKING OUT THE

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình

²Viện Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Như Dũng

Email: gs.dungtyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019

Ngày duyệt bài: 12.9.2019

DISC, INTERVERTEBRAL WELDING AND ANTERIOR CERVICAL PEDICLE SCREW

Objective: To evaluate the result of treating multilevel cervical disc herniation by taking out the disc, intervertebral welding and anterior cervical pedicle screw at Vietduc Hospital. **Method:** a retrospective descriptive study on 65 qualified patients. **Result:** The time of a 3-level operation is $147,8 \pm 41,9$ minutes and the time of a 2-level operation is $110,5 \pm 32,3$ minutes ($p < 0,001$). The most common complication is dysphagia (9,2%); urinary tract infections (6,11%). The rate of adjacent cervical disc herniation on MRI is 12,5%, only one patient shows the symptom (3,1%). There is no case that requires reoperation after check-up. The rate of bone healing is 100%. **Conclusion:** The result of treating multilevel cervical disc herniation by taking out the disc, intervertebral welding, and anterior cervical pedicle screw is considered good. After surgery, the rate of patient with adjacent cervical disc herniation on MRI and have symptoms of degenerative disc disease is low.

Keywords: multilevel cervical disc herniation, intervertebral welding and anterior cervical pedicle screw

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là bệnh lý thường gặp, một trong những nguyên nhân chính gây ra chèn ép thần kinh vùng cổ. Nếu không được xử lý đúng, kịp thời tổn thương sẽ chuyển sang giai đoạn không hồi phục như liệt cứng tứ chi, rối loạn cơ tròn bệnh nhân và để lại di chứng sau điều trị [1]. Năm 1927, Gutzeit một tác giả người Đức đã lần đầu tiên mô tả thoát vị đĩa đệm cột sống cổ nhân một trường hợp chèn ép rễ thần kinh cổ 6 do đĩa đệm [2]. Có nhiều phương pháp điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ gồm điều trị bảo tồn và điều trị phẫu thuật. Ngay trong điều trị phẫu thuật cũng có nhiều kỹ thuật, đường mổ khác nhau và chỉ định cho từng trường hợp. Ở nước ta, việc điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ trước đây là điều trị bảo tồn chủ yếu chữa triệu chứng trong bệnh cảnh chung của bệnh thoái hóa. Từ những năm 90 trở lại đây, nhờ sự phát triển của khoa học và kỹ thuật việc phẫu thuật bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ với số lượng ngày càng nhiều và đa dạng về kỹ

thuật. Phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng đường cổ trước bên đã được áp dụng rộng rãi tại các trung tâm phẫu thuật thần kinh và chấn thương chỉnh hình trung ương như Việt Đức, Bạch Mai, Bệnh viện 103, Bệnh viện 108, Chợ Rẫy, tuy nhiên còn hạn chế ở các bệnh viện tuyến tỉnh. Việc theo dõi đánh giá kết quả sau mổ đối với nhân thoát vị đĩa đệm đa tầng sau thời gian dài cũng chưa có công trình nào nghiên cứu. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng bằng phương pháp lấy đĩa đệm, hàn xương liên thân đốt và nẹp vít cột sống cổ lối trước.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 65 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng được phẫu thuật bằng phương pháp lấy đĩa đệm, hàn xương liên thân đốt và nẹp vít cột sống cổ lối trước.

- Địa điểm nghiên cứu: khoa Phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức

- Thời gian nghiên cứu: tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2017

2.2 Phương pháp nghiên cứu

❖ Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu

❖ **Nội dung nghiên cứu**

Các thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất: lấy thông tin bệnh án phẫu thuật, thăm khám và đánh giá bệnh nhân. Đánh giá các hình ảnh cận lâm sàng qua phim chụp. Trực tiếp khám, đánh giá tình trạng bệnh nhân sau mổ theo mẫu bệnh án (theo dõi đánh giá kết quả sau mổ 1 năm, 2 năm). Gửi thư mời bệnh nhân đến khám lại tại khoa Phẫu Thuật Cột Sống Bệnh viện Việt Đức đánh giá theo thang điểm VAS, JOA, NDI.

❖ **Xử lý số liệu:** Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ được áp dụng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Thời gian phẫu thuật

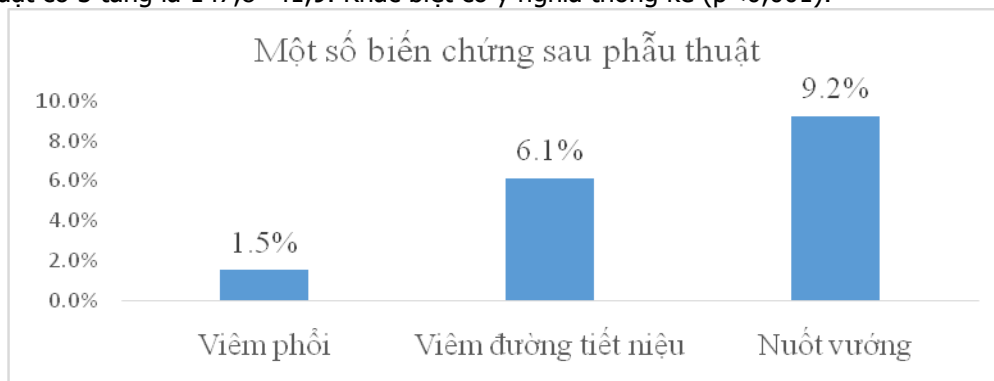
Thời gian	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 120 phút	40	61,5
120-180 phút	21	32,3
>180 phút	4	6,2
Tổng	65	100
Thời gian trung bình $\pm$ SD	127 $\pm$ 41,6 (phút)	
Min – Max	60 – 240 (phút)	

Nhận xét: thời gian trung bình của cuộc phẫu thuật là $127 \pm 41,6$ phút, nhanh nhất là 60 phút và kéo dài nhất là 240 phút. Phần lớn thời gian phẫu thuật dưới 120 phút chiếm 61,5%.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa số tầng thoái hóa và thời gian phẫu thuật trung bình

Số tầng thoái hóa (tầng)	Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	P (T-test)
2	$110,5 \pm 32,3$	0,001
3	$147,8 \pm 41,9$	

Nhận xét: Thời gian trung bình để phẫu thuật với thoái hóa cổ 2 tầng là $110,5 \pm 32,3$ phút và phẫu thuật cổ 3 tầng là $147,8 \pm 41,9$. Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.1: Một số biến chứng sau phẫu thuật

Nhận xét: Biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật là cảm giác nuốt vương có 6 bệnh nhân chiếm 9,2%, sau đó viêm đường tiết niệu chiếm 6,1%.

Bảng 3.3. Đánh giá thang điểm VAS, JOA và NDI

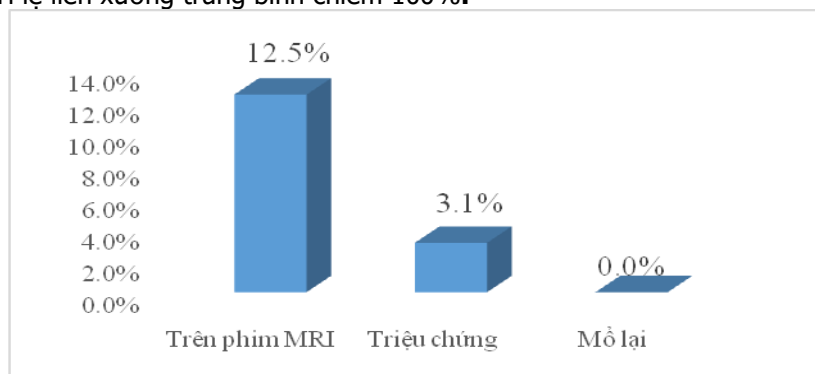
	Trước mổ	Hậu phẫu	Khám lại	p
VAS	$7,1 \pm 0,9$	$4,2 \pm 0,93$	$1,8 \pm 0,6$	$< 0,01$
JOA	$7,4 \pm 2,6$	$11,8 \pm 2,1$		$< 0,01$
NDI	$68,8 \pm 13,8$		$23,8 \pm 12,9$	$< 0,01$

Nhận xét: Điểm VAS trước mổ là $7,1 \pm 0,9$ sau hậu phẫu $4,2 \pm 0,93$ và khám lại là $1,8 \pm 0,6$. Điểm JOA hậu phẫu tăng có ý nghĩa thống kê với trước mổ $7,4 \pm 2,6$. NDI trước mổ là $68,8 \pm 13,8$, khám lại là $23,8 \pm 12,9$.

Bảng 3.4. Đánh giá độ liên xương sau khám lại

	Có n (%)	Không n (%)	Tổng n (%)
Khám lại sau 1 năm	18 (100)	0 (0)	18 (100)
Khám lại sau 2 năm	14	0	14
Tổng	32	0	32

Nhận xét: Tỷ lệ liên xương trung bình chiếm 100%.



Biểu đồ 3.2. Đánh giá thoái hóa đĩa đệm liên kề (n=32)

Nhận xét: Tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm liên kề trên phim MRI chiếm 12,5%, chỉ có 1 bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng chiếm 3,1%. Không có trường hợp nào phải mổ lại sau khi tái khám.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá thời gian phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình cho một ca phẫu thuật là $127 \pm 41,6$ phút, thời gian ngắn nhất là 60 phút và dài nhất là 240 phút. Với phẫu thuật hai tầng thời gian trung bình cho 1 ca phẫu thuật là $110,5 \pm 32,3$ phút, phẫu thuật 3 tầng là $147,8 \pm 41,9$ phút. Trong quá trình phẫu thuật ngoài vấn đề lấy sạch đĩa đệm thoát vị thì phẫu thuật viên còn lấy bỏ mô xương, xương quá phát chèn ép vào ống tủy hay rễ thần kinh do đó làm tăng thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật còn phụ thuộc vào số tầng thoát vị, dụng cụ hỗ trợ kỹ thuật và kỹ năng của phẫu thuật viên. Tuy nhiên mục đích phẫu thuật là giải phóng chèn ép thần kinh do vậy chúng tôi không coi thời gian phẫu thuật cho một ca mổ là chỉ tiêu đánh giá sự thành công cho một ca phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào xảy ra tai biến nặng nề như suy hô hấp, chảy máu sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp viêm phổi sau phẫu thuật 2 ngày. Viêm đường tiết niệu xảy ra ở 4/30 người bệnh chiếm tỷ lệ 6,1% nguyên nhân có thể do đặt sonde tiểu trong phẫu thuật.

4.2. Đánh giá VAS, JOA, NDI

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi mức độ đau trung bình đo được là $7,1 \pm 0,9$ điểm. Điểm JOA trung bình trước mổ là $7,4 \pm 2,6$ điểm; JOA thấp nhất 4 điểm và cao nhất 12 điểm. Nguyễn, Văn Thạch, Hoàng Gia Du nghiên cứu thấy điểm VAS trung bình trước mổ là $8,52 \pm 0,98$ điểm [3]. Maldonado C.V nghiên cứu 105 trường hợp phẫu thuật đóng cứng khớp cột sống cổ, 85 trường hợp thay đĩa đệm nhân tạo có khớp điểm VAS trung bình trước mổ lần lượt là $7,92 \pm 0,79$ và $7,95 \pm 1,00$ điểm [4]. Điểm VAS trung bình tại thời điểm khám lại là $1,6 \pm 0,99$ điểm, nhỏ nhất 0 điểm và lớn nhất 4 điểm. So sánh điểm VAS trung bình tại thời điểm khám lại với thời kỳ hậu phẫu và trước mổ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Triệu chứng đau là một trong những nguyên nhân khiến người bệnh đến viện khám, giải quyết được vấn đề này là một thành công của phẫu thuật. Sau mổ mức độ đau cải thiện đáng kể, mức độ đau cải thiện dần theo thời gian. Trước phẫu thuật nhóm có hội chứng tủy nặng chiếm 79,2%, hội chứng tủy trung bình chiếm 20,8%, không có bệnh nhân nào thuộc nhóm hội chứng tủy nhẹ. Sau phẫu thuật thời kỳ hậu phẫu nhóm bệnh nhân hội chứng tủy nặng giảm còn 10%, tủy trung bình 70,8%, xuất hiện người bệnh ở nhóm có hội

chứng tủy nhẹ 16,7%. Maldonado C.V và cộng sự nghiên cứu 190 người bệnh trong đó 105 người bệnh phẫu thuật đóng cứng khớp, 85 người bệnh thay đĩa đệm nhân tạo có khớp thì chỉ số NDI trung bình trước phẫu thuật thu được lần lượt là $41,41 \pm 7,1$ và $42,83 \pm 6,8$ điểm [4].

Trước phẫu thuật NDI trung bình $68,8 \pm 13,8\%$, nhỏ nhất 34% và lớn nhất 88%. Nhóm có triệu chứng đau cổ ảnh hưởng đến chức năng cột sống cổ trung bình chiếm 9,2%, ảnh hưởng nặng 38,5%, ảnh hưởng hoàn toàn 52,3%, không có người bệnh nào ở nhóm không ảnh hưởng hay ảnh hưởng nhẹ. Tại thời điểm khám lại sau phẫu thuật gần nhất: NDI trung bình $23,8 \pm 12,9$, nhỏ nhất 6% và lớn nhất 54%. Trong nhóm này nhóm người bệnh có NDI không ảnh hưởng đến chức năng cột sống cổ chiếm 12,5%, ảnh hưởng nhẹ 68,8%, ảnh hưởng trung bình 21,9%, ảnh hưởng nặng 3,1%. So sánh ta thấy có sự cải thiện rõ rệt giữa các nhóm so với trước phẫu thuật. So sánh RR trung bình giữa hai thời điểm ta thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. So sánh giữa các nhóm ở hai thời điểm kiểm tra ta thấy số người bệnh ở nhóm ảnh hưởng nhẹ và không ảnh hưởng tăng lên, số người bệnh ở nhóm ảnh hưởng nặng giảm đi và không còn người bệnh nào ở nhóm ảnh hưởng hoàn toàn.

4.3. Đánh giá độ liền xương và thoái hóa đĩa đệm liên kề

Trong số 32 người bệnh đến khám lại trong đó phẫu thuật năm 2017 được hẹn khám lại sau 1 năm chiếm phần lớn 56,3% và bệnh nhân sau 2 năm chiếm tỷ lệ 43,7%. Chúng tôi tiến hành chụp CLVT cột sống cổ đánh giá độ liền xương và chụp CHT để đánh giá thoái hóa đĩa đệm liên kề. Độ liền xương phụ thuộc vào thời gian khám lại tỷ lệ sau 1 năm tương tự như sau 2 năm là chiếm 100%. Tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm liên kề trên phim MRI chiếm 12,5%, chỉ có 1 bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng chiếm 3,1%. Không có trường hợp nào phải mổ lại sau khi tái khám. Theo nghiên cứu của Lingde Kong (2016) phân tích 83 nghiên cứu thì tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm liên kề trên chụp MRI là 28,28%, có triệu chứng lâm sàng là 13,34% và tỷ lệ phẫu thuật lại là 5,78% [5]. Trên hình ảnh cộng hưởng từ cột sống cổ chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có hẹp ống sống cổ do đĩa đệm còn sót lại hay miếng ghép chèn ép gây hẹp ống sống. Do nghiên cứu trong thời gian ngắn nên chúng tôi không thể đánh giá tác động cũng như ảnh hưởng của việc đóng cứng khớp cột sống cổ lên các đĩa đệm liên kề.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng bằng phương pháp lấy đĩa đệm, hàn xương liên thân đốt và nẹp vít cột sống cổ lỗi trước là tốt. Tỷ lệ bệnh nhân sau điều trị có thoái hóa đĩa đệm liên kê trên phim MRI và có biểu hiện triệu chứng thoái hóa đĩa đệm thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế. (2016).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh cơ xương khớp, Thoái hóa cột sống thắt lưng. Hà Nội, Việt Nam.131-135.
2. **Kelsey, J. L., Githens, P. B., Walter, S. D., Southwick, W. O., Weil, U., Holford, T. R., ... & O'connor, T. (1984).** An epidemiological study of acute prolapsed cervical intervertebral disc. The

Journal of bone and joint surgery. American volume, 66(6), 907-914.

3. **Nguyễn Văn Thạch, Hoàng Gia Du (2010).** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng kính hiển vi phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", Tạp chí Y học Việt Nam, 10 (2), 200-204.
4. **Maldonado, C. V., Paz, R. D. R., & Martin, C. B. (2011).** Adjacent-level degeneration after cervical disc arthroplasty versus fusion. European Spine Journal, 20(3), 403.
5. **Kong, L., Cao, J., Wang, L. and Shen, Y., 2016.** Prevalence of adjacent segment disease following cervical spine surgery: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. Medicine, 95(27).

VẬT TĨNH MẠCH ĐỘNG MẠCH HÓA CHE PHỦ KHUYẾT PHẦN MỀM BÀN VÀ NGÓN TAY

Uông Thanh Tùng*, Trần Thiết Sơn*

TÓM TẮT

Tái tạo da che phủ mô mềm của bàn tay là một thách thức đang diễn ra đối với các bác sĩ Phẫu thuật tạo hình. Ghép da không phải lúc nào cũng thích hợp, vật da tại chỗ không phải lúc nào cũng có sẵn và vật tử xa thường dày, có thể chết hay ôm. Khi phương pháp che phủ lân cận không có sẵn hoặc đã thất bại, cấy ghép vi mạch máu chuyển dòng chảy tĩnh mạch thành dòng chảy động mạch, đã cung cấp một lựa chọn vật da độc đáo và sáng tạo để cải thiện khó khăn trong phẫu thuật che phủ khuyết hổng phần mềm của bàn tay. **Mục tiêu:** 1.Mô tả quy trình sử dụng vật tĩnh mạch trong tạo hình khuyết hổng phần mềm bàn tay. 2.Đánh giá kết quả bước đầu sử dụng vật tĩnh mạch trong tạo hình che phủ khuyết phần mềm bàn tay. **Phương pháp nghiên cứu:** tạo hình che phủ khuyết phần mềm bàn tay trên 11 BN có chỉ định tạo hình che phủ bằng vật tĩnh mạch. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật gần (10ngày) và kết quả xa (3-6 tháng). **Kết quả:** Trong 19 vật tĩnh mạch có 10 vật sống hoàn toàn, 2 vật bị hoại tử một phần, 1 vật tự biểu mô hóa, 1 vật cần can thiệp bổ sung, 7 vật hoại tử hoàn toàn. **Kết luận:** vật da tĩnh mạch hóa mỏng và mềm dẻo với các lòng mạch tương tự như kích thước ở tay, thích hợp che phủ cho các khuyết phần mềm bàn và ngón tay

Từ khóa: Vật tĩnh mạch, khuyết phần mềm, tái tạo

SUMMARY

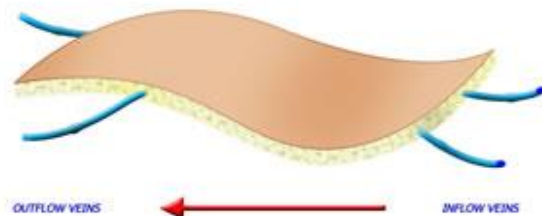
ARTERIALIZED VENOUS FLAP FOR SOFT TISSUE DEFECTS IN HAND AND FINGER

Soft tissue coverage of the hand presents an ongoing challenge to the reconstruction surgeon. Skin grafts are not always appropriate, local flap are not always available, and distant pedicle flaps are often too morbid. When conservative approaches are not available or have failed, microvascular transplant of an arterialized venous "Flow-through" Flap (VFTF) provides a unique and creative option for difficult reconstructions of the hand

Keyword: Venous flap, Soft tissue defects, reconstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Yan H. [3] định nghĩa vật tĩnh mạch là vật mà dòng máu đến nuôi dưỡng cho vật và dòng máu chảy đi đều thông qua hệ thống tĩnh mạch, tức là vật sống dựa vào dòng máu chảy bên trong hệ thống tĩnh mạch.



Hình 1.2: Tĩnh mạch tưới máu vật được bắt nguồn từ dòng chảy qua TM, chứ không phải là DM, và dòng chảy ra qua TM.

*Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Uông Thanh Tùng

Email: uongthanhtung@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 13.9.2019

Ngày duyệt bài: 17.9.2019

Các dạng vật tĩnh mạch: dòng chảy là máu tĩnh mạch, vật chỉ có một tĩnh mạch vừa dẫn máu đến vừa dẫn máu đi, hay có 1 tĩnh mạch dẫn máu đến và có 2 tĩnh mạch dẫn máu đi nối với tĩnh mạch nơi nhận vật [6,7,8].

Các dạng vật tĩnh mạch động mạch hóa: dòng máu chảy vào là máu động mạch thông qua hệ thống tĩnh mạch, vật có 1 tĩnh mạch nối với 1 động mạch nơi nhận và đầu ra có thể 1 hoặc 2,3 tĩnh mạch nối với tĩnh mạch nơi nhận [6,7,8,9].

Vật tĩnh mạch động mạch hóa có cuống nuôi tĩnh mạch: là vật tĩnh mạch có cuống tĩnh mạch liền chưa bị cắt đứt để dẫn lưu tĩnh mạch về, chuyển đến nơi nhận. Vật được nối một tĩnh mạch vật với một động mạch nơi nhận, máu động mạch vào vật qua hệ thống tĩnh mạch, tĩnh mạch dẫn lưu máu về bởi cuống tĩnh mạch.

Vật tĩnh mạch động mạch hóa tự do: là vật tĩnh mạch được thiết kế một tĩnh mạch vật nối với động mạch nơi nhận và tĩnh mạch dẫn lưu máu về nối với tĩnh mạch nơi nhận bằng kỹ thuật vi phẫu.

Nói chung vật da tĩnh mạch động mạch hóa mỏng và mềm dẻo với các lòng mạch tương tự như kích thước ở tay, thích hợp với che phủ khuyết phần mềm bàn và ngón tay. Kết quả thu được của vật tỉ lệ hoại tử vật là tối thiểu. Do đó trong thời gian gần đây, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "Bước đầu sử dụng vật da cân tĩnh mạch che phủ khuyết phần mềm bàn tay" nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả quy trình sử dụng vật tĩnh mạch trong tạo hình khuyết hồng phần mềm bàn tay.*

2. *Đánh giá kết quả bước đầu sử dụng vật tĩnh mạch trong tạo hình che phủ khuyết phần mềm bàn tay*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Kỹ thuật bóc vật (vật tĩnh mạch động mạch hóa và có cuống tĩnh mạch)

❖ Thiết kế vật

▪ Xác định sự phân bố tĩnh mạch nông dưới da ở cẳng tay bằng garo hơi trên nếp khuỷu, áp lực garo lớn hơn huyết áp tâm trương.

▪ Xác định đường rạch da từ tổn thương đến vị trí vật sao cho việc phẫu tích các cuống tĩnh mạch được thuận lợi nhất.

▪ Xác định cuống tĩnh mạch được sử dụng để "động mạch hóa", cuống tĩnh mạch dẫn lưu cho vật, điểm xoay của cuống nuôi.

❖ Các bước phẫu thuật:

▪ Chuẩn bị nền nhận: cắt sẹo hoặc làm sạch tổn thương phần mềm.

▪ Xử lý các tổn thương phối hợp

▪ Chuẩn bị nguồn mạch cấp máu cho vật: Thường là động mạch gan ngón riêng, động mạch gan ngón chung, cung động mạch gan tay nông hoặc cung động mạch mu tay. Có thể tìm thêm 1 hoặc 2 tĩnh mạch trong trường hợp cần nối tĩnh mạch để tăng cường dẫn lưu cho vật.

▪ Xác định lại kích thước tổn khuyết sau khi cắt lọc tổn thương.

▪ Xác định lại kích thước vật theo thiết kế ban đầu hoặc theo kích thước mới xác định cho phù hợp.

▪ Phẫu tích vật:

○ Phẫu tích bộc lộ các cuống tĩnh mạch chạy vào vật.

○ Sau khi bộc lộ được cuống mạch, tiếp tục rạch da theo chu vi của vật.

○ Phẫu tích vật cùng lớp lớp cân để bảo vệ hệ thống tĩnh mạch bên dưới vật.

○ Thắt các tĩnh mạch ở mép vật bằng chỉ Vicryl 4/0 hoặc 5/0, chỉ trừ các cuống tĩnh mạch của vật xác định làm động mạch hóa và làm tĩnh mạch dẫn lưu máu về (cuống tĩnh mạch hay tĩnh mạch nối lại với nơi nhận bằng kỹ thuật vi phẫu với vật tĩnh mạch động mạch hóa tự do).

○ Cuống tĩnh mạch dự kiến "động mạch hóa" được cắt rời để chuẩn bị nối với động mạch nơi nhận.

○ Cuống tĩnh mạch dẫn lưu cho vật được giữ nguyên để làm cuống xoay của vật. Hoặc tĩnh mạch để nối với tĩnh mạch nơi nhận làm tĩnh mạch dẫn lưu máu về với vật tĩnh mạch động mạch hóa tự do.

○ Có thể chuẩn bị thêm 1 đến 2 tĩnh mạch để nối hỗ trợ kh

▪ Chuyển vật đến nơi nhận.

▪ Khâu cố định vật vào nền nhận bằng các mũi khâu định hướng cần

▪ Nối mạch theo dự kiến dưới kính hiển vi phẫu thuật, chỉ Nylon 10/0, kỹ thuật nối tận - tận với các mũi khâu rời.

▪ Trong quá trình nối mạch, chúng tôi có sử dụng nước muối sinh lý pha Heparin tỉ lệ 10UI/ml để bơm rửa mạch máu.

▪ Trước khi thả kẹp mạch, tiêm tĩnh mạch chậm Heparin liều 50-100UI/kg cân nặng.

▪ Đóng vết mổ nơi nhận vật: Nếu tình trạng nơi nhận vật quá căng có nguy cơ chèn ép các cuống mạch của vật thì khâu da định hướng, đóng kín thì 2.

▪ Đóng nơi cho vật: có đặt dẫn lưu bằng lam cao su 48 giờ sau mổ. Tùy thuộc độ căng của 2 mép vết mổ mà đóng kín trực tiếp hoặc ghép da dày toàn bộ lấy từ nếp bẹn.

❖ Chăm sóc sau mổ:

▪ Bất động nếp bột cẳng bàn tay ở tư thế trùng miệng nối mạch máu

- Kê cao tay chống phù nề.
- Thuốc:
 - Kháng sinh, giảm đau, giảm phù nề
 - Thuốc tăng cường hồi lưu tĩnh mạch: Daflon 500mg x 2 viên/ngày trong 2 tuần.
 - Chống tắc mạch: Truyền Heparin bằng bơm tiêm điện 200UI/kg cân nặng/24 giờ trong 3-5 ngày. Trước khi dùng Heparin 1 ngày, bệnh nhân được dùng gỏi Aspégic 5mg/kg cân nặng/24 giờ, và kéo dài 7-10 ngày.

2. Theo dõi và đánh giá kết quả phẫu thuật: Chúng tôi theo dõi và đánh giá kết quả phẫu thuật theo 3 mốc thời gian:

▪ Thời gian sau mổ: Từ ngày đầu đến 2 tuần sau mổ. Giai đoạn này chúng tôi theo dõi diễn biến của vạt hàng ngày, đánh giá các yếu tố:

+ Tình trạng nơi nhận vạt: Sức sống của vạt, tình trạng liền vết thương.

+ Tình trạng nơi cho vạt: Đánh giá tình trạng liền vết thương, biến chứng sau mổ tại nơi cho vạt.

=>Đánh giá kết quả chung dựa vào các tiêu chuẩn:

Tốt: Khi có đủ các tiêu chuẩn sau:

Vạt sống toàn bộ.

Nơi nhận vạt đóng kín thì đầu hoặc liền sẹo tự nhiên.

Nơi cho vạt liền sẹo tốt, không có biến chứng bất thường.

Khá: Khi có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

Vạt hoại tử một phần nhưng có thể tự biểu mô hóa, không cần can thiệp gì thêm.

Nơi nhận vạt phải đóng kín thì 2.

Nơi cho vạt có biến chứng: toác vết mổ, hoại tử một phần mảnh da ghép... nhưng không cần can thiệp bổ sung.

Kém: Khi có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

Bảng 1. Tình trạng nơi nhận vạt (n=19)

Tình trạng nơi nhận vạt		Vạt có cuống TM		Vạt tự do		Tổng số	
		SL	%	SL	%	SL	%
Vạt sống hoàn toàn	Đóng kín thì đầu	7	53,8	2	33,3	9	47,4
	Tự liền sẹo	1	7,7			1	5,3
	Đóng kín thì 2	0	0	0	0	0	0
Hoại tử một phần	Tự biểu mô hóa	0	0	1	16,7	1	5,3
	Cần can thiệp	1	7,7			1	5,3
Hoại tử toàn bộ vạt	Tự biểu mô hóa	2	15,4	3	50	5	26,3
	Ghép da	0	0	0	0	0	0
	Cắt cụt ngón	2	15,4			2	10,5
Tổng số		13	100	6	100	19	100

Sau 2 tuần, có 10/19 vạt sống hoàn toàn, 2/11 vạt hoại tử một phần, 7/19 vạt hoại tử toàn bộ.

Trong 10 vạt sống hoàn toàn, có 9 vạt đóng kín thì đầu, 1 vạt được khâu định hướng và có thể tự liền sẹo. Bên cạnh đó, có 2 vạt hoại tử một phần thì một vạt cần can thiệp, còn một vạt tự liền sẹo. Ngoài ra có 7 vạt hoại tử toàn bộ, 5 vạt tự biểu mô hóa, vạt cắt bỏ vạt và cắt cụt ngón

Vạt hoại tử hoàn toàn.

Vạt hoại tử một phần, cần phải can thiệp thêm: Ghép da bổ sung

Nơi cho vạt có biến chứng: chèn ép khoang căng tay, toác vết mổ, hoại tử da ghép, phải can thiệp: khâu lại, ghép da bổ sung.

▪ 3 tháng sau mổ và 6 tháng sau mổ: Chúng tôi hẹn bệnh nhân khám lại, để đánh giá kết quả gần và kết quả xa sau mổ. Giai đoạn này chúng tôi ghi nhận các yếu tố: màu sắc vạt, chức năng bàn tay, tình trạng sẹo nơi nhận vạt, sự ảnh hưởng tại nơi cho vạt cả về thẩm mỹ và chức năng => đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn:

Tốt: Khi có đủ các tiêu chuẩn sau: Màu sắc vạt da tương đồng với màu da xung quanh.

Sẹo đẹp, phẳng, không có hiện tượng co kéo.

Chức năng bàn tay, ngón tay bình thường.

Khá: Khi có 1 trong các tiêu chuẩn sau

Màu sắc vạt da khác biệt nhẹ so với màu da xung quanh (hơi sẫm màu hoặc nhạt màu hơn).

Sẹo giãn, không co kéo.

Chức năng bàn tay, ngón tay bị hạn chế, nhưng vẫn có thể thực hiện được các động tác cơ bản: gấp, duỗi, đối chiếu các ngón.

Kém: Khi có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

Màu sắc vạt khác biệt rõ rệt so với xung quanh (bạch biến, sẫm màu rõ rệt).

Sẹo quá phát (sẹo lồi hoặc sẹo phì đại), có hiện tượng co kéo sẹo.

Chức năng bàn tay, ngón tay hạn chế hoàn toàn, không thực hiện được các động tác cơ bản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đánh giá kết quả gần

3.1.1 Nơi nhận vạt

Nơi nhận vạt

Nơi cho vật**Bảng 2. Tình trạng nơi cho vật (n=19)**

Tình trạng nơi cho vật		Vật có cuống TM		Vật tự do		Tổng số	
		SL	%	SL	%	SL	%
Đóng trực tiếp	Liên tốt	4	30,8	5	83,3	9	47,4
	Khâu thì 2	0	0	0	0	0	0
	Toác vết mổ	0	0	0	0	0	0
	HCK	0	0	0	0	0	0
Ghép da	Da ghép sống toàn bộ	8	61,5	1	7,7	9	47,4
	Bong mảnh ghép một phần không can thiệp	0	0	0	0	0	0
	Bong mảnh ghép một phần can thiệp	1	7,7			1	5,2
	Hoại tử toàn bộ da ghép	0	0	0	0	0	0
	Tổng số	13	100	6	100	19	100

Khuyết da sau khi lấy vật được đóng trực tiếp trong 9 trường hợp, 10 trường hợp được ghép da. Tất cả các trường hợp vết mổ đều liền tốt kỳ đầu.

3.1.2 Đánh giá kết quả sau 3 tháng

Như vậy có 9 vật thành công trong số 11 vật tính mạch. Kết quả như sau:

❖ **Màu sắc vật da:****Bảng 3. Màu sắc vật da sau 3 tháng (n=19)**

Màu sắc vật da	Vật có cuống tm		Vật tự do		Tổng số	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tương đồng	8	61,5	2	33,3	10	52,6
Khác biệt nhẹ	3	23,1	2	33,3	5	26,3
Khác biệt rõ rệt	2	15,4	2	33,3	4	21,1
Tổng số	13	100	6	100	19	100

Sau 3 tháng chúng tôi thấy đa số các vật có màu sắc tương đồng với vùng da xung quanh (10/19 trường hợp). Có 5/19 vật sẫm màu hơn với mức độ nhẹ, 4/19 trường hợp có sự khác biệt màu sắc rõ rệt.

❖ **Tình trạng sẹo nơi nhận vật:****Bảng 4. Tình trạng sẹo sau 3 tháng (n=19)**

Tình trạng sẹo	Vật có cuống tm		Vật tự do		Tổng số	
	SL	%	SL	%	SL	%
Đẹp	8	61,5	6	100	14	73,7
Sẹo giãn, không co kéo	5	38,5			5	26,3
Sẹo quá phát, co kéo sẹo	0	0	0	0	0	0
Tổng số	13	100	6	100	19	100

14/19 trường hợp có sẹo mô đẹp, 5/19 trường hợp có sẹo giãn nhẹ, không có hiện tượng sẹo co kéo. Không có trường hợp nào bị sẹo quá phát hay sẹo co kéo.

❖ **Chức năng ngón tay:****Bảng 5. Chức năng ngón tay sau 3 tháng (n=19)**

Chức năng ngón tay	Vật có cuống tm		Vật tự do		Tổng số	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bình thường	9	69,2	3	50	12	63,2
Hạn chế	2	15,4	3	50	5	26,3
Mất hoàn toàn	2	15,4	0	0	2	10,5
Tổng số	13	100	6	100	19	100

Kết quả sau 3 tháng, có 12 bệnh nhân chức năng ngón tay trở về bình thường, có 5 bệnh nhân chức năng bị hạn chế đáng kể. Có 2 bệnh nhân chỉ giữ được hình dạng ngón tay nhưng mất hoàn toàn chức năng.

3.2 Đánh giá kết quả sau 6 tháng

Trong số 9 vật sống, chúng tôi khám lại cho 5 bệnh nhân. Kết quả xa như sau:

❖ **Màu sắc vật da**

Bảng 6. Tình trạng sẹo sau 6 tháng (n=19)

Chức năng ngón tay	Vật có cuống tm		Vật tự do		Tổng số	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bình thường	9	69,2	3	50	12	63,2
Hạn chế	2	15,4	3	50	5	26,3
Mất hoàn toàn	2	15,4	0	0	2	10,5
Tổng số	13	100	6	100	19	100

Kết quả tương đồng với khi đánh giá 3 tháng. Cần thời gian theo dõi dài hơn.

❖ **Tình trạng sẹo:**

Bảng 7. Tình trạng sẹo sau 6 tháng (n=19)

Tình trạng sẹo	Vật có cuống tm		Vật tự do		Tổng số	
	SL	%	SL	%	SL	%
Đẹp	8	61,5	6	100	14	73,7
Sẹo giãn, không co kéo	5	38,5	0	0	5	26,3
Sẹo quá phát, co kéo sẹo	0	0	0	0	0	0
Tổng số	13	100	6	100	19	100

Kết quả tương đồng với khi đánh giá 3 tháng. Cần thời gian theo dõi dài hơn.

❖ **Chức năng ngón tay:**

Bảng 3.8: Chức năng ngón tay sau 6 tháng (n=19)

Chức năng ngón tay	Vật có cuống tm		Vật tự do		Tổng số	
	SL	%	SL	%	SL	%
Bình thường	9	69,2	3	50	12	63,2
Hạn chế	2	15,4	3	50	5	26,3
Mất hoàn toàn	2	15,4	0	0	2	10,5
Tổng số	13	100	6	100	19	100

Như vậy, sau 6 tháng, màu sắc vật, tình trạng sẹo và chức năng ngón tay tương đồng với lúc 3 tháng. Do vậy, việc theo dõi đánh giá cần dài hơn.

IV. BÀN LUẬN

Vật tĩnh mạch đơn thuần được mô tả đầu tiên bởi Baek S.M. [3], với dòng máu chảy bên trong vật là máu tĩnh mạch, chảy vào vật từ một đầu tĩnh mạch rồi ra khỏi vật ở đầu tĩnh mạch kia. Tuy nhiên, do dòng máu tĩnh mạch chảy yếu nên nguy cơ tắc mạch ở loại này rất cao, vì vậy chỉ định lâm sàng rất hạn chế [4].

Để khắc phục tình trạng trên, các ứng dụng trên lâm sàng chủ yếu vẫn tập trung vào loại vật "động mạch hóa tĩnh mạch" của Yoshimura M. [5]. Đây được đánh giá là loại vật có kết quả khả quan nhất. Qua đó các tác giả đã ứng dụng để tạo hình gần như mọi vị trí trên cơ thể bao gồm chi trên, chi dưới, bàn chân, mặt cổ [6], khoang miệng [7], đặc biệt là bàn ngón tay [8]. Trong nghiên cứu, chúng tôi tiến hành lấy vật tĩnh mạch động mạch hóa và có cuống tĩnh mạch (vật mặt sau 1/3 dưới cẳng tay) che phủ khuyết bàn và ngón tay. Chúng tôi nhận thấy khi nối thêm tĩnh mạch ra thì vật rất tốt. Điều này cũng giống nhận xét của Woo S.H. [8] và Klein C [7] dòng chảy động mạch vào vật quá mạnh sẽ làm tăng nguy cơ hoại tử của vật. Do đó vật tĩnh mạch nên có từ 2 tĩnh mạch dẫn lưu trở lên để đảm bảo an toàn và số lượng tĩnh mạch dẫn lưu của vật tăng làm cho lưu lượng máu lưu chuyển

trong vật nhiều hơn, vật sẽ được cung cấp nhiều oxy và chất dinh dưỡng hơn nên vật dễ sống hơn.

Các tác giả theo dõi sát diễn biến sau mổ của vật, đánh giá các thông số: hồi lưu mao mạch, nhiệt độ, màu sắc, nốt phỏng nước do bong biểu bì. Họ nhận thấy tình trạng hay gặp nhất là bong thượng bì, ứ trệ tuần hoàn, hoại tử vật. Mức độ hoại tử cũng thay đổi, có thể chỉ là hoại tử nông, hoại tử một phần hoặc hoại tử toàn bộ. Theo Woo S.H. [8], siêu âm Doppler mạch sau mổ rất quan trọng trong việc đánh giá tình trạng ứ trệ tuần hoàn, dự đoán nguy cơ hoại tử của vật. Trong quá trình theo dõi, tùy mức độ hoại tử mà có thể để tự liền sẹo hoặc can thiệp thì 2 bổ sung.

Qua nghiên cứu thực nghiệm, ông nhận thấy dòng máu động mạch chảy qua tĩnh mạch với áp lực quá mạnh sẽ làm cho tĩnh mạch giãn to ra, thành tĩnh mạch dày lên, phì đại các sợi cơ, tăng sinh các tế bào sợi chun trong thành mạch, làm lòng mạch hẹp lại. Chính điều này kích thích sự phát triển các các vòng tuần hoàn phụ bên trong vật và các tân mạch (neovascularization) từ nền nhận vào vật ở phía ngoại vi [4]. Các tân mạch này có vật trò rất quan trọng đối với sự sống của vật tĩnh mạch. Như vậy việc chỉ định vật tĩnh mạch động mạch hóa cho những trường hợp khuyết phần mềm lộ xương là không thích hợp.

V. KẾT LUẬN

Vật tĩnh mạch động mạch hóa là một vật có chiều dày mỏng hơn các vật kinh điển trước đây. Vật đáp ứng được các nhu cầu của phẫu thuật viên tạo hình khi cần vật da mỏng và mềm mại. Vật tĩnh mạch động mạch hóa dễ dàng bóc tách mà không phải hy sinh một động mạch cấp máu cho một vùng. Nhưng khi thiết kế vật cần lấy nhiều tĩnh mạch dẫn máu ra. Vật tĩnh mạch động mạch hóa có kích thước nhỏ cũng như có thể có lớn nhất là 14 x 9 cm và 15 x 6 cm. Tuy nhiên vật cần đòi hỏi kỹ thuật vi phẫu tốt để tái tạo lại dòng chảy của máu vào và máu ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yan H., et al. (2010), "Arterialized venous flaps: A review of the literature", *Microsurgery*; 30(6):472 - 478.
2. Fukui A., et al. (1994), "Venous flap - its classification and clinical applications", *Microsurgery*; 15(8):571 - 578.
3. Başer N.T., Silistreli O.K., Sişman N., Oztan Y. (2005), "Effects of surgical or chemical delaying procedures on the survival of proximal prediced venous island flaps: an experimental study in rats", *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*; 39(4):197 - 203.
4. Woo S.H., Kim S.E., Lee T.H., Jeong J.H., Seul J.H. (1998), "Effects of blood flow and venous network on the survival of the arterialized venous flap", *Plast Reconstr Surg*; 101(5):1280 - 1289.
5. Yoshimura M., Shimada T., Imura S., Shimamura K., Yamauchi S. (1987), "The venous skin graft method for repairing skin defects of the fingers", *Plast Reconstr Surg*; 79:243 - 250.
6. Şafak T., Akyürek M. (2001), "Cephalic Vein-Pedicle Arterialized Anteromedial Arm Venous Flap for Head and Neck Reconstruction", *Annals of Plastic Surgery*; 47(4): 446-449.
7. Klein C., Kovács A., Stuckensen T. (1997), "Free arterialised venous forearm flaps for intraoral reconstruction", *Br J Plast Surg*; 50:166 - 171.
8. Woo S.H., et al (2007), "A retrospective analysis of 154 arterialized venous flaps for hand reconstruction: An 11-year experience", *Plast Reconstr Surg*; 119:1823 - 1838.

SỬ DỤNG THUỐC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG NGOÀI BẢO HIỂM Y TẾ - NHỮNG LÝ DO ĐÁNG LƯU TÂM

Bùi Thị Huyền Diệu¹, Lê Minh Hiếu¹, Vũ Đức Anh¹,
Phạm Thị Mỹ Hạnh¹, Tine M. Gammeltoft²

TÓM TẮT

Tự dùng thuốc đang là mối quan tâm của ngành y tế vì nó có thể ảnh hưởng tới quá trình điều trị của bệnh nhân. Nghiên cứu này có mục đích tìm hiểu các nguyên nhân của việc không sử dụng thuốc trong bảo hiểm y tế và tự ý dùng thuốc trong điều trị của bệnh nhân đái tháo đường type 2. Nghiên cứu được thực hiện tại 2 huyện Quỳnh Phụ và Vũ Thư của tỉnh Thái Bình. Thiết kế nghiên cứu là thiết kế kết hợp giữa nghiên cứu định tính và định lượng. 848 bệnh nhân được mời vào nghiên cứu định lượng và 15 bệnh nhân được mời vào nghiên cứu định tính. Không tin tưởng vào chất lượng thuốc trong bảo hiểm y tế, khoảng cách từ nhà tới cơ sở y tế xa, thời gian chờ đợi khám lâu, dễ dàng mua thuốc là những nguyên nhân chính của việc tự ý dùng thuốc của bệnh nhân đái tháo đường.

Từ khóa: tự ý dùng thuốc, đái tháo đường type 2, nghiên cứu kết hợp.

SUMMARY

NON-USING DIABETIC MEDICATION IN HEALTH INSURANCE – SOME REASONS

¹Đại học Y Dược Thái Bình, Việt Nam

²Đại học Copenhagen, Đan Mạch

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Huyền Diệu

Email: huyendieu1410@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2019

Ngày duyệt bài: 11.9.2019

NEED SPECIAL ATTENTION

Self-medication is a concern of the health sector because it can affect the treatment process of patients. This study aims to explore the fundametal reasons of non-using diabetic medication in health insurance and self-medication for treatment in type 2 diabetes patients. The study was conducted in Quỳnh Phụ and Vũ Thư district (Thai Binh province). Study design was mix method: quantitative and qualitative research. 848 diabetic outpatient was recruited in quantitative research and 15 diabetic was invited to qualitative research. Unbelief the quality of drugs in health insurance, long distance from home to hospital, time to check-up in hospital, easily purchase diabetic drugs are the main causes of self-medication of diabetic patient.

Key word: self-medication, type 2 diabetes, mixed method

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường đang là một vấn đề sức khỏe toàn cầu của thế kỷ 21. Theo Hiệp hội Đái tháo đường quốc tế, năm 2017 có 425 triệu người mắc đái tháo đường trên toàn thế giới, dự đoán con số này sẽ tăng lên 629 triệu vào năm 2045 [1]. Phần lớn (90%-95%) bệnh nhân đái tháo đường thuộc type 2. Năm 2017, Việt Nam có hơn 3,5 triệu người đang sống với bệnh đái tháo đường (khoảng 5.5% dân số)[1]. Đái tháo đường là một bệnh mạn tính và có thể dẫn tới

nhiều biến chứng nguy hiểm như biến chứng tim mạch, mắt, thận...

Hiện nay, điều trị đái tháo đường phải kết hợp nhiều phương pháp như kiểm soát cân nặng, điều chỉnh chế độ ăn, luyện tập thể dục, kiểm soát đường huyết và sử dụng thuốc. Trong đó, việc tuân thủ dùng thuốc rất quan trọng trong quản lý đái tháo đường do có những bệnh nhân phải sử dụng thuốc thường xuyên, chính vì vậy mà việc sử dụng thuốc, giá thành thuốc và chất lượng thuốc là một vấn đề mà bệnh nhân đái tháo đường hết sức quan tâm[2]. Theo CDC Mỹ (Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa bệnh tật) thì chi phí thuốc của những bệnh nhân đái tháo đường cao gấp 2,3 lần so với những bệnh nhân không có đái tháo đường. Để giảm bớt gánh nặng chi phí điều trị cho bệnh nhân thì hiện nay tại Việt Nam, thuốc điều trị đái tháo đường đã được bảo hiểm y tế cấp phát. Điều này đang mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Mỹ thì tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế ở bệnh nhân đái tháo đường lên tới 90%, nhóm tuổi trên 65 thì tỷ lệ này là 100% [3]. Tỷ lệ bao phủ bảo hiểm y tế toàn dân tại Việt Nam cũng lên tới 87,6%. Tuy thuốc được cấp phát trong bảo hiểm y tế là miễn phí hoặc bệnh nhân chỉ phải trả một phần chi phí nhưng việc tự ý mua và sử dụng thuốc vẫn đang là một vấn đề trên thế giới và ở Việt Nam [4-6]. Việc sử dụng thuốc trong điều trị đái tháo đường cũng như vậy, dù được bảo hiểm y tế cấp phát miễn phí nhưng vẫn có một tỷ lệ bệnh nhân phải tự bỏ tiền mua thuốc mà không có sự chỉ định và hướng dẫn của bác sĩ. Nguyên nhân của vấn đề này là gì? Nghiên cứu này của chúng tôi sẽ bước đầu đưa ra câu trả lời cho câu hỏi đó.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Địa điểm nghiên cứu:

Định tính: xã Vũ Hội – huyện Vũ Thư- tỉnh Thái Bình

Định lượng: 8 xã thuộc 2 huyện Vũ Thư và Quỳnh Phụ - tỉnh Thái Bình

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 11/2018 đến tháng 5/2019

Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu định tính: bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị ngoại trú đang sinh sống tại 1 xã của huyện Vũ Thư- Thái Bình tại thời điểm nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng trong nghiên cứu định tính: bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu định lượng: Bệnh nhân đái tháo đường tuyp 2 đang điều trị ngoại trú và đăng kí

bảo hiểm y tế tại bệnh viện tuyến huyện của 8 xã thuộc 2 huyện Vũ Thư và Quỳnh Phụ.

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng khỏi nghiên cứu định lượng: bệnh nhân đăng kí bảo hiểm ngoài các bệnh viện trong nghiên cứu, bệnh nhân không có mặt tại địa phương trong thời gian nghiên cứu, không đủ sức khoẻ để trả lời phỏng vấn, và bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu kết hợp giữa nghiên cứu định tính và nghiên cứu định lượng. Nghiên cứu định tính sử dụng nghiên cứu trường hợp, nghiên cứu định lượng sử dụng nghiên cứu cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu và các kỹ thuật thu thập thông tin:

Đối với nghiên cứu định tính: Phòng vấn sâu 15 bệnh nhân đang điều trị đái tháo đường ngoại trú, lấy thuốc tại các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh từ tuyến huyện tới tuyến tỉnh. Các bệnh nhân được lấy ngẫu nhiên theo sự lựa chọn của trưởng trạm y tế xã. Nghiên cứu định tính sử dụng phiếu hướng dẫn phỏng vấn, các câu hỏi sẽ được phát triển trong quá trình phỏng vấn, thông tin cuộc phỏng vấn sẽ được ghi âm và có bản ghi chép thực địa. Sau đó các cuộc ghi âm sẽ được gỡ băng và mã hoá để lấy thông tin.

Đối với nghiên cứu cắt ngang: Phòng vấn bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn toàn bộ bệnh nhân đái tháo đường đang được quản lý tại bệnh viện huyện của 8 xã thuộc 2 huyện nghiên cứu. Danh sách bệnh nhân bao gồm tên và địa chỉ được xuất từ cơ sở dữ liệu của bệnh viện huyện. Tổng số có 848 bệnh nhân tham gia nghiên cứu cắt ngang.

Phân tích số liệu: Nghiên cứu định tính: số liệu sau khi thu thập được gỡ băng, mã hoá và phân tích bằng phương pháp phân tích nội dung

Nghiên cứu định lượng: số liệu sau khi được thu thập sẽ được nhập 2 lần bằng phần mềm Epidata và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Kết quả sẽ được trình bày bằng các tỷ lệ %.

Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua và được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Dược Thái Bình chấp thuận theo giấy chứng nhận số 1209/HĐĐĐ ngày 26/11/2018.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

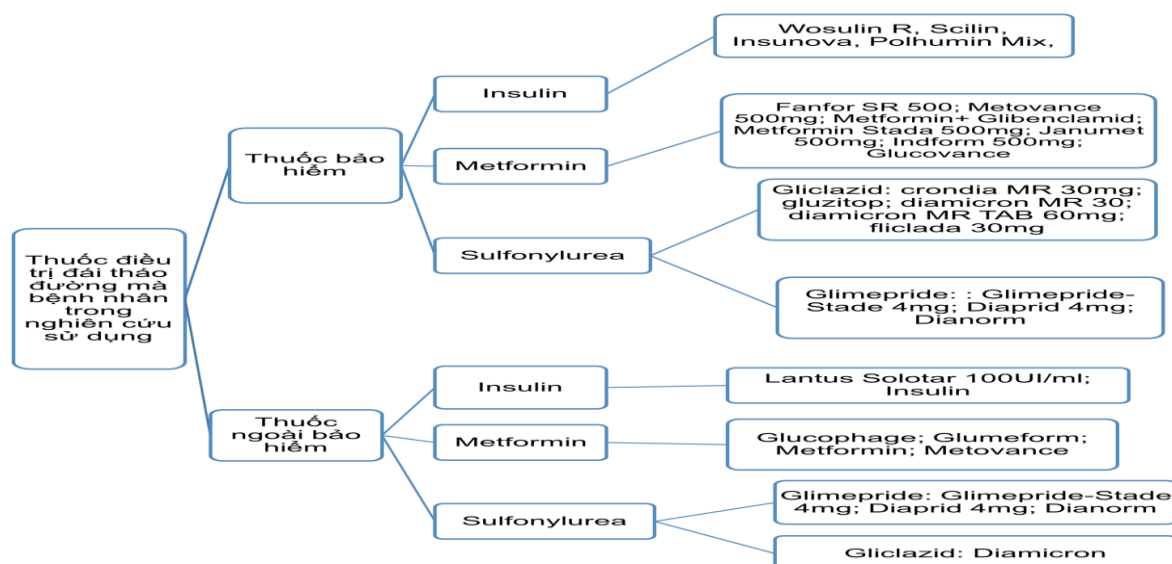
Đặc điểm chung và thực trạng sử dụng thuốc của đối tượng nghiên cứu

Kết quả điều tra 848 bệnh nhân đái tháo đường: độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 45,5 (nhỏ nhất là 25 tuổi và lớn nhất là 91 tuổi), nghề nghiệp chính là nông nghiệp (36,7%). Có 11/848

bệnh nhân (chiếm 1,2%) không dùng thuốc trong điều trị đái tháo đường, 33/848 bệnh nhân (3,8%) dùng insulin, 749/848 bệnh nhân (88,3%) dùng thuốc hạ đường huyết đường uống (**Metformin, Sulfonylurea**), 6,7% bệnh

nhân dùng cả insulin và thuốc uống.

Theo điều tra định lượng thì bệnh nhân đái tháo đường ở 2 huyện của Thái Bình đang sử dụng các loại thuốc hạ đường huyết như sau:



Sơ đồ các loại thuốc điều trị đái tháo đường mà bệnh nhân trong nghiên cứu đang sử dụng

Trong số 848 bệnh nhân thì có 827 người dùng thuốc trong bảo hiểm y tế (chiếm 97,5%). Tỷ lệ bệnh nhân có dùng kết hợp thuốc bảo hiểm và thuốc tự mua là 10,3%, trong đó có 11 bệnh nhân (1,2%) hoàn toàn không dùng thuốc đái tháo đường bảo hiểm. Lượng đường huyết trung bình của các bệnh nhân có sử dụng thuốc đái tháo đường ngoài bảo hiểm là 8,78mmol/l. Chỉ số này ở những bệnh nhân sử dụng thuốc do bảo hiểm cấp phát là 8,29 mmol/l.

Theo kết quả nghiên cứu có tới 341 bệnh nhân phải trả thêm tiền thuốc bảo hiểm (chiếm 40,2%) và trung bình số tiền phải trả là 75.900 VNĐ. Các bệnh nhân mua thuốc ngoài bảo hiểm thì trung bình một tháng phải chi trả 327.800 VNĐ.

Nguyên nhân của việc sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường ngoài bảo hiểm. Có nhiều lý do làm cho bệnh nhân không dùng hoặc chỉ dùng một phần thuốc bảo hiểm để điều trị đái tháo đường. Dưới đây là một vài lý do được các nhà nghiên cứu phân tích từ cuộc điều tra định tính và định lượng:

Không có niềm tin với chất lượng thuốc được cấp trong bảo hiểm. Câu chuyện của bệnh nhân Ly: bác Ly phát hiện mình bị tiểu đường cách đây 12 năm, nồng độ đường máu nửa năm trở lại đây luôn cao trên 10 mmol/l nên

bác phải thường xuyên dùng thuốc hạ đường huyết. Câu chuyện của chúng tôi bắt đầu bằng những bức xúc của bác về thuốc đái tháo đường mà bác đang được bảo hiểm y tế cấp phát, bác cho rằng thuốc đó không có tác dụng gì với bệnh của bác và bác thường xuyên phải mua “thuốc Pháp” (theo chúng tôi tìm hiểu là Diamicron), để dùng. Bác nói: “thuốc bảo hiểm cho thì không mất tiền nhưng mà không ăn thua, không khỏi, không hạ được, đường huyết vẫn cứ cao”. Trung bình mỗi tháng bác phải trả khoảng 300.000đ tiền thuốc đái tháo đường, bên cạnh đó bác còn uống nhiều loại thuốc khác, chi phí tiền thuốc khoảng gần 1 triệu đồng mỗi tháng, đây thực sự là một gánh nặng về kinh tế với bác. Trong câu chuyện suốt vài tiếng, bác luôn nhắc đi nhắc lại chuyện thuốc bảo hiểm không có tác dụng với bệnh của mình.

Trong nghiên cứu định lượng, có 87 bệnh nhân phải sử dụng thuốc ngoài bảo hiểm thì trong đó có 4,6% không tin tưởng vào chất lượng thuốc bảo hiểm và 37,9% thấy rằng thuốc bảo hiểm không có nhiều tác dụng với bệnh của họ.

Trong quá trình phỏng vấn sâu, trong số 15 bệnh nhân được tiếp cận thì có 3/15 bệnh nhân không tin tưởng chất lượng thuốc bảo hiểm và thấy ít có tác dụng giảm đường huyết khi sử

dụng. Một bệnh nhân đã nói: “lúc đầu tôi có uống thuốc bảo hiểm, nhưng thuốc bảo hiểm chả ăn thua” Bác Ly, 70 tuổi. “Thuốc phát (BHYT cấp) nhẹ, nhiều khi tôi phải mua, có lần tăng lên 18 (mmol/l) tôi uống thuốc của Pháp thì xuống 7-8 (mmol/l), thuốc phát lúc nào nhớ ra thì uống thôi”. Bác Sim, 67 tuổi. Một bệnh nhân nam chia sẻ: “Thuốc không theo mong muốn của mình, thường thì lấy đơn rồi tự mua, mua thuốc Pháp chứ thuốc bệnh viện cấp nhẹ quá, không đủ lượng”, Bác Thoát, 65 tuổi. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh về việc tự ý dùng thuốc. Cho thấy rằng chất lượng dịch vụ và chất lượng thuốc trong các bệnh viện là một trong những lý do mà bệnh nhân tự mua thuốc bên ngoài để sử dụng[5].

Nói về chất lượng thuốc, bản thân bệnh nhân khi dùng thuốc ngoài bảo hiểm và thuốc bảo hiểm đã có sự so sánh và họ thấy rằng uống ‘thuốc ngoài’ có sự thay đổi rõ rệt về lượng đường huyết. Các thuốc họ dùng hầu hết có xuất xứ từ Pháp (thông thường là Diamicron). “Cứ chênh nhau 4 phẩy (mmol/l). Một đặng là 9-10 (uống thuốc Pháp) một đặng là 13-14 phẩy (uống thuốc bảo hiểm)”, Bác Ly, 70 tuổi.

Khi mua thuốc ngoài bảo hiểm thì sẽ tạo thêm gánh nặng về kinh tế cho người bệnh, đặc biệt với những bệnh nhân không có nguồn thu nhập, nhưng vấn đề lớn hơn đối với bệnh nhân là tâm lý lo lắng khi uống thuốc bảo hiểm mà không giảm được lượng đường, có những lúc bệnh nhân không đủ tiền để mua thuốc bên ngoài để uống thường xuyên thì họ dùng xen kẽ thuốc bảo hiểm nhưng đổi lại là một tâm lý lo lắng và bấp bênh khi biết rõ lượng đường của mình sẽ tăng cao. Một bệnh nhân nói: “Họ bảo uống vậy cho nó nhàn không phải lo nghĩ gì, uống thuốc kia cứ bấp bênh đi khám là cứ lo lo lắng lắng nên họ cứ thuốc Pháp họ uống vậy”, “Đi khám cứ uống thuốc bảo hiểm lại lo lắng, uống thuốc Pháp thì hàng tháng nó thấp đều”, Bác Ly, 70 tuổi.

Thời gian khám lâu và khoảng cách tới nơi khám xa. Ngoài những lý do liên quan tới chất lượng thuốc bảo hiểm thì việc chờ đợi để được lấy thuốc bảo hiểm cũng là một vấn đề lớn với nhiều bệnh nhân. Thời gian chờ khám, chờ xét nghiệm, đợi bác sĩ kê đơn, chờ lấy thuốc thường tiêu tốn của bệnh nhân cả một buổi sáng. Mặc dù thời gian gần đây, dịch vụ y tế các tuyến tại Việt Nam đều có sự cải thiện đáng kể về chất lượng phục vụ và chất lượng chuyên môn kỹ thuật, nhưng do lượng bệnh nhân hàng

ngày quá đông nên việc bệnh nhân phải chờ đợi để khám và lấy thuốc cũng là điều rất dễ hiểu. Hầu hết tại các tuyến y tế có dịch vụ khám và điều trị đái tháo đường hiện nay đều quá tải và hầu như bệnh nhân đều phải chờ đợi rất lâu để được khám và lấy thuốc đái tháo đường. Nhiều bệnh nhân đi làm, không có người hỗ trợ đưa đón, nhiều công việc nhà, đường xa đi lại khó khăn, thời gian chờ đợi tại cơ sở y tế lâu cũng là một rào cản để họ tiếp cận nguồn thuốc bảo hiểm[5].

Trong số những bệnh nhân phải sử dụng thuốc ngoài bảo hiểm có 17,2% đưa ra lý do là thời gian lấy thuốc mất nhiều thời gian do đó họ tự bỏ tiền mua thuốc điều trị. Một bệnh nhân đã nói “Đi mất ngày mất buổi nên không muốn đi, ở nhà lo cho cháu đi học có lên thì 8 giờ mới lên đến nơi khám xét đông thì phải ngồi chờ có hôm 10 giờ mới thử máu”. Bác Đào, 65 tuổi. Một bệnh nhân nam khác cũng tâm sự: “Toàn mua thuốc ở nhà thôi, mua theo đơn vì đi không ai chăm sóc người nhà giúp được”, Bác Thành, 73 tuổi. Việc chờ đợi gây nên cảm giác khó chịu ở bệnh nhân, do đó họ chấp nhận việc có thể phải bỏ ra một số tiền lớn để mua thuốc mà không cần lấy thuốc từ bảo hiểm y tế. “Bực bội, lo lắng công việc ở nhà, đi viện được tí thuốc tí men thì chiều trực nọ kia lắm lúc bức xúc lắm”. Bác Đào, 65 tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương đương với nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh và cho thấy rằng khoảng cách từ nhà tới nơi khám cũng là nguyên nhân làm cho bệnh nhân tự ý mua thuốc để sử dụng [5].

Đễ dàng tiếp cận nguồn thuốc. Việc tự ý sử dụng thuốc đang rất phổ biến tại Việt Nam và trên thế giới[5, 7]. Việc sử dụng thuốc đái tháo đường cũng như vậy. Với thị trường thuốc đang rất phong phú như hiện nay, việc tiếp cận nguồn thuốc là rất dễ dàng, bệnh nhân có thể tự mua thuốc mà không cần đơn của bác sĩ. Ngoài ra việc sử dụng thuốc của bệnh nhân đôi khi bị phụ thuộc vào những người trong gia đình[8].

Nghiên cứu định lượng của chúng tôi chỉ ra rằng, 10,3% bệnh nhân dùng thuốc ngoài là do người khác khuyên dùng và 19,5% là do người khác đưa... Theo chúng tôi tìm hiểu, phần lớn, bệnh nhân đái tháo đường dùng thuốc ngoài do các bệnh nhân đái tháo đường khác tư vấn và khuyên dùng, ngoài ra là con cháu mua cho uống.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có cùng kết quả như nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh, cùng chỉ ra rằng việc tiếp cận nguồn thuốc dễ dàng là một trong các nguyên nhân cho việc tự ý sử dụng thuốc [5]. Hầu hết các bệnh nhân sử

dụng thuốc ngoài bảo hiểm đều không thông báo hoặc không hỏi ý kiến của bác sĩ về các thuốc mình đang dùng, với nhiều lý do khác nhau 'ngại bác sĩ', 'họ bận không khỏi được', 'sợ họ mắng'... Chính vì không có sự tư vấn của bác sĩ nên bệnh nhân tự ý dùng thuốc, thậm chí họ uống thuốc mà không biết mình đang uống thuốc gì. Một bệnh nhân nói: "Họ chỉ nói là thuốc tốt, ai có tiền thì mua, không biết thành phần gì". Ông Long, 82 tuổi. Việc mua thuốc cũng rất dễ dàng, không cần đơn cũng không cần chỉ định của bác sĩ, việc sử dụng thuốc sẽ phụ thuộc vào người bán thuốc "ra hiệu thuốc gần đây mua thôi", Bác Thành, 73 tuổi.

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân dẫn tới việc tự ý sử dụng thuốc và bỏ thuốc bảo hiểm cấp phát là sự không tin tưởng vào chất lượng thuốc bảo hiểm y tế, khoảng cách từ nhà tới cơ sở y tế, thời gian khám và phát thuốc lâu, nguồn thuốc ngoài bảo hiểm dễ tiếp cận. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ dựa trên cái nhìn của bệnh nhân nên cần có những nghiên cứu sâu rộng hơn để tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng tới thói quen sử dụng thuốc của bệnh nhân để có thể đưa ra các khuyến cáo cần thiết nhất.

Việc dùng thuốc mà không có hướng dẫn của bác sĩ và không thông báo cho bác sĩ điều trị cũng là vấn đề mà bệnh nhân cần chú ý và ngành y tế cần quan tâm vì hiện nay có nhiều thuốc trái đạo đức trôi nổi và ngành y tế không quản lý được hết nguồn gốc và chất lượng thuốc.

LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được Bộ Ngoại giao Đan Mạch tài trợ và được thực hiện dưới sự bảo trợ

của dự án "Sống chung với bệnh mãn tính: Hỗ trợ không chính thức cho quản lý bệnh tiểu đường ở Việt Nam" (2018-2022, dự án số 17-M09-KU). Dự án nghiên cứu được thực hiện với sự hợp tác giữa Trường Đại học Y Dược Thái Bình, Đại học Copenhagen và Đại học Nam Đan Mạch. Chúng tôi rất cảm ơn các cơ quan y tế tuyến tỉnh, huyện, xã tại Thái Bình và các điều tra viên tại 2 huyện Quỳnh Phụ và Vũ Thư đã giúp đỡ chúng tôi thu thập thông tin cho các cuộc khảo sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Federation, I.D.**, Diabetes Atlas 7th edition. 2015.
2. **Hashimoto, K., et al.**, The relationship between patients' perception of type 2 diabetes and medication adherence: a cross-sectional study in Japan. *J Pharm Health Care Sci*, 2019. **5**: p. 2.
3. **Stark Casagrande, S. and C.C. Cowie**, Health Insurance Coverage Among People With and Without Diabetes in the U.S. Adult Population. *Diabetes Care*, 2012. **35**(11): p. 2243-2249.
4. **Organization, W.H.** The role of the pharmacist in self-care and self-medication. 2015; Available from: Retrieved from <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip32e/whozip32e.pdf>.
5. **Nguyen Trong Hoai, T.D.**, The determinants of self-medication: Evidence from urban Vietnam. *Social Work in Health Care*, 2017. **56**(4): p. 260-282.
6. **Shehnaz, S.I., Agarwal, A. K., & Khan, N., A** systematic review of self-medication practices among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2014. **55**(4): p. 467-483.
7. **Bennadi, D.**, Self-medication: A current challenge. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*, 2014. **5**: p. 19-23.
8. **Hernandez-Juyol, M. and J.R. Job-Quesada**, Dentistry and self-medication: a current challenge. *Med Oral*, 2002. **7**(5): p. 344-7.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC BỆNH TAY - CHÂN - MIỆNG TẠI TỈNH THÁI NGUYÊN GIAI ĐOẠN 2011 - 2015

Bùi Duy Hưng¹, Trần Minh Tuấn¹, Hạc Văn Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả tỷ lệ mắc, tử vong và diễn biến bệnh tay chân miệng tại tỉnh Thái Nguyên năm 2011-2015. **Đối tượng và phương**

pháp nghiên cứu: Tất cả các ca bệnh tay chân miệng trong báo cáo giám sát về bệnh truyền nhiễm tại tỉnh Thái Nguyên, thời gian (2011-2015). Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang đã được nhóm nghiên cứu sử dụng để hồi cứu toàn bộ những trường hợp mắc bệnh và tử vong được báo cáo về bệnh tay chân miệng trong khoảng thời gian nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc bệnh TCM tại tỉnh Thái Nguyên trong giai đoạn 2011- 2015 lần lượt 20,7/100.000 dân; 56,3/100.000 dân; 34,3/100.000 dân; 18,8/100.000 dân; và 24,9/100.000 dân. Độ tuổi mắc chủ yếu là ở trẻ em dưới 5 tuổi (năm 2011chiếm 97,0 %, 2012 chiếm 97,7%, 2013 chiếm 90,7%, 2014

¹Trường Cao Đẳng Y Tế Thái Nguyên

²Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Duy Hưng

Email: buiduyhungyhcd@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 11.9.2019

Ngày duyệt bài: 18.9.2019

chiếm 97,3%, và 2015 chiếm 97,7%). Trẻ trai có xu thế mắc cao hơn trẻ gái. Năm 2011: trẻ trai chiếm 58,1%; 2012: chiếm 58,4%; 2013: chiếm 60,1%; 2014: chiếm 56,6%; 2015: chiếm 55,1%. Bệnh TCM rải rác quanh năm, với số lượng mắc trong 5 năm là 1808 ca, có 2 đỉnh dịch là tháng 4 gồm 331 ca chiếm 18,3% và tháng 9 gồm 355 ca chiếm 19,6%. Tất cả ca mắc bệnh không có ca nào tử vong.

Từ khóa: Bệnh tay chân miệng, tỉnh Thái Nguyên, 2011-2015

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE IN THAI NGUYEN PROVINCE DURING 2011 – 2015

Research Objective: Describe the prevalence, mortality and the trend of hand foot and mouth disease (HFMD) in Thai Nguyen Province in 2011-2015. **Methods:** All HFMD cases of infectious disease surveillance, years (2011-2015) were studied. The cross-sectional study design was conducted to describe all HFMD cases and deaths during the period of study time. **Results:** The prevalence of HFMD during 2011 - 2015 were 20.7/100,000, 56.3/100,000, 34.3/100,000, 18.8/100,000 and 24.9/100,000 population respectively. In Thai Nguyen province, the HFMD occurred throughout time of the year, with the number of cases for 5 years were 1808 cases, there were two peaks of endemic which are in April, there were 331 cases accounted for 18.3% and in September with 355 cases accounted for 19.6%, all infected children whose age mostly was less than 5 years old and child boys were more than child girls.

Key word: Hand Foot Mouth Disease, Thai Nguyen province, 2011- 2015

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tay chân miệng là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus gây nên, bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ với tác nhân gây bệnh chính là virus EV-A71 và CV-A16. Mặc dù biểu hiện của bệnh thường nhẹ, tuy nhiên bệnh có thể gây biến chứng nguy hiểm và thậm chí dẫn tới tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử lý kịp thời có thể dẫn đến các di chứng dài hạn cho bệnh nhi như suy giảm ý thức hoặc vận động và có thể dẫn đến tử vong [6]. Bệnh tay chân miệng đã xảy ra tại nhiều nước trên thế giới, tập trung chủ yếu tại các nước khu vực Châu Á-Thái Bình Dương. Các ổ dịch lớn đã xuất hiện và gây ra những hậu quả nghiêm trọng tại các nước như Malaysia, Đài Loan, Singapo, Trung quốc.

Tại Việt Nam, bệnh tay chân miệng xuất hiện đầu tiên vào năm 2002 tại các tỉnh phía nam, từ những năm 2005 đến 2010 bệnh có xu hướng tăng mạnh và gây nhiều trường hợp tử vong tại nhiều tỉnh, thành phố trong cả nước. Bệnh tay chân miệng bùng phát tại Thái Nguyên từ năm 2011 với 236 ca mắc tay chân miệng được giám

sát, bệnh nhanh chóng lây lan ra cộng đồng, dịch bệnh xuất hiện tại 147/181 xã/phường của 9/9 huyện thành trong đó có nhiều ổ dịch với hàng chục ca mắc bệnh tại các trường mầm non, nhà trẻ [5]. Mặc dù các nghiên cứu để tìm ra Vac xin cho bệnh tay chân miệng đã được quan tâm và phát triển rộng rãi trên toàn thế giới tuy nhiên đến thời điểm hiện tại vẫn chưa có một loại vac xin hữu hiệu nào dùng cho bệnh tay chân miệng. Do đó nghiên cứu dịch tễ về tình hình bệnh tay chân miệng sẽ cung cấp những hiểu biết sâu hơn trong việc kiểm soát, phòng chống và giám sát bệnh tay chân miệng. Nhận thức được điều đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu *"Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Thái Nguyên giai đoạn 2011-2015"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Ca bệnh tay chân miệng trong báo cáo giám sát về bệnh truyền nhiễm từ năm 2011-2015.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Nguyên.

2.3. Thời gian nghiên cứu: tháng 1/2016 - 5/2016

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang.

2.4.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Toàn bộ những trường hợp mắc bệnh và tử vong được báo cáo về bệnh TCM tại TTYTDP tỉnh Thái Nguyên trong giai đoạn 2011-2015.

2.4.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Phân bố ca bệnh theo năm 2011- 2015
- Phân bố ca bệnh theo các tháng trong năm
- Phân bố ca bệnh theo tuổi, giới, địa dư

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

- Hồi cứu số liệu sẵn có từ các báo cáo giám sát về tình hình mắc bệnh tay chân miệng từ 29/7/2011 đến 31/12/2015.

- Hồi cứu số liệu về dân số của tỉnh Thái Nguyên dựa trên niên giám thống kê của Cục Thống kê tỉnh Thái Nguyên

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu định lượng được xử lý trên phần mềm SPSS 16.0 với các thuật toán thống kê y học, tỷ lệ mắc bệnh được tính trên 100.000 dân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Ca bệnh lâm sàng tay chân miệng đầu tiên được giám sát phát hiện tại Thái Nguyên vào ngày 29/07/2011. Đó là trường hợp bệnh nhân nam, 45 tháng tuổi, có các triệu chứng sốt, nổi mụn nước ở lòng bàn tay bàn chân. Xét nghiệm

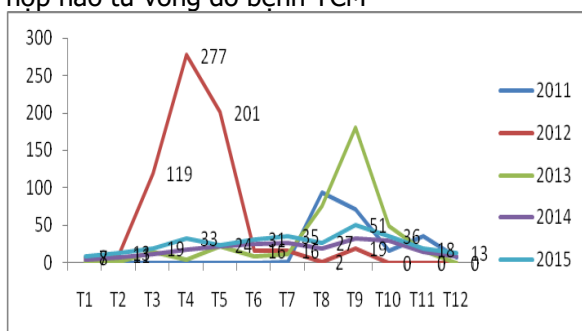
tại viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương cho thấy bệnh nhân dương tính với EV71. Sau đó bệnh lan

rộng trong cộng đồng với 9/9 huyện thành trong tỉnh Thái Nguyên.

Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do bệnh TCM từ năm 2011 - 2015 (tính trên 100.000 dân)

Năm	Dân số	Mắc bệnh		Tử vong	
		SL	TL/100.000	SL	TL/100.000
2011	1.139.444	236	20,7	0	0
2012	1.149.083	647	56,3	0	0
2013	1.155.991	396	34,3	0	0
2014	1.173.238	221	18,8	0	0
2015	1.238.785	308	24,9	0	0

Nhận xét: Bệnh TCM khởi phát tại Thái Nguyên từ năm 2011, sau đó bùng phát vào năm 2012 với tỷ lệ mắc 56,3/100.000 dân. Đến năm 2014 tỷ lệ mắc giảm xuống còn 18,8/100.000 dân và tăng lên 24,9/100.000 dân vào năm 2015. Trong cả 5 năm, không có trường hợp nào tử vong do bệnh TCM



Biểu đồ 3.1. Phân bố ca bệnh TCM theo tháng trong 5 năm 2011-2015

Nhận xét: năm 2011 bệnh xuất hiện đỉnh ở tháng 8 là 93 ca chiếm 39,4%. Năm 2012, số ca cao nhất vào tháng 4 với 277 ca chiếm 42,8%.

Năm 2013, tháng 9 có 181 trường hợp mắc chiếm 45,9%. Năm 2014 tháng 9 với tỷ lệ 14,9%. Năm 2015 tháng 9 chiếm tỷ lệ 16,6%.

Bảng 3.2. Phân bố tổng số ca bệnh theo tháng trong 5 năm 2011-2015

Tháng	Số ca mắc	Tỷ lệ (%)
Tháng 1	20	1,1
Tháng 2	33	1,8
Tháng 3	164	9,1
Tháng 4	331	18,3
Tháng 5	269	17,0
Tháng 6	82	4,5
Tháng 7	91	5,0
Tháng 8	218	12,1
Tháng 9	355	19,6
Tháng 10	132	7,3
Tháng 11	84	4,7
Tháng 12	29	1,6
Tổng 5 năm	1808	100

Nhận xét: trong cả 5 năm 2011- 2015, bệnh TCM rải rác quanh năm với số lượng mắc là 1808 ca, có 2 đỉnh dịch gồm tháng 4 có 331 ca chiếm 18,3% và tháng 9 có 355 ca chiếm 19,6%.

Bảng 3.3. Phân bố ca bệnh TCM trong 5 năm 2011 - 2015 theo tuổi (TL %)

Nhóm tuổi	Năm 2011		Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014		Năm 2015	
	SL	TL	SL	TL	SL	TL	SL	TL	SL	TL
≤ 5 tuổi	229	97,0	632	97,7	359	90,7	215	97,3	301	97,7
6 -14 tuổi	6	2,5	15	2,3	35	8,8	6	2,7	7	2,3
≥ 15 tuổi	1	0,4	0	0,0	2	0,5	0	0	0	0
Tổng	236	100	647	100	396	100	221	100	308	100

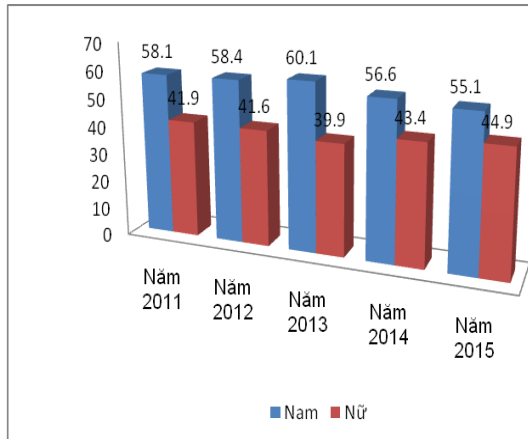
Nhận xét: Trong giai đoạn 2011 – 2015, bệnh phân bố chủ yếu ở nhóm tuổi (≤ 5 tuổi) giao động từ 90,7 – 97,7%. Bệnh ít gặp ở nhóm tuổi 6- 14 giao động từ 2,3% - 8,8%, và hiếm gặp ở nhóm tuổi ≥ 15 (có 1 trường hợp năm 2011 và 2 trường hợp năm 2013).

Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc bệnh TCM trong 5 năm 2011 – 2015 theo địa dư (tính trên 100.000 dân)

Địa dư	Năm 2011		Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014		Năm 2015	
	SL	TL	SL	TL	SL	TL	SL	TL	SL	TL
Thành phố	93	32,8	188	71,2	36	13,5	88	29,8	97	30,8
TX.Sông Công	11	22,3	26	48,0	32	58,7	11	21,1	13	19,7
Phú Bình	12	8,3	98	67,1	23	15,6	9	6,3	10	6,9
Phổ Yên	15	10,2	22	14,6	87	57,3	10	6,8	17	9,9
Đồng Hỷ	5	4,5	7	6,2	10	8,7	4	3,6	8	7,0
Đại Từ	67	39,4	165	96,1	105	60,2	71	43,7	128	77,7

Phú Lương	23	21,2	92	84,2	80	72,5	18	16,8	21	19,6
Định Hóa	1	1,1	1	1,1	10	10,8	3	3,4	6	6,8
Võ Nai	9	13,6	48	71,3	13	19,2	7	10,6	8	11,9

Nhận xét: Đại Từ là huyện có tỷ lệ mắc bệnh TCM cao nhất trong cả 5 năm từ 2011 đến 2015, tiếp đến là thành phố Thái Nguyên, huyện Phú Lương, và thị xã Sông Công. Tỷ lệ thấp nhất là ở huyện Định Hóa và Đồng Hỷ



Biểu đồ 3.2. Phân bố ca bệnh TCM theo giới trong 5 năm (2011-2015)

Nhận xét: Trong 5 năm, bệnh TCM có xu hướng mắc ở trẻ trai nhiều hơn so với trẻ gái. Tỷ lệ trẻ trai mắc bệnh TCM trong 5 năm 2011- 2015 lần lượt 58,1%; 58,4%; 60,1%; 56,6%; và 55,1%.

IV. BÀN LUẬN

Trong 5 năm 2011-2015, thì năm 2012 có tỷ lệ mắc cao nhất là 56,3/100.000 dân, tỷ lệ này của tỉnh Thái Nguyên thấp hơn tỉ lệ mắc chung của cả nước (176,1/100.000 dân); Khu vực Miền Bắc (111,0/100.000 dân); Miền Nam (261,1/100.000 dân); Miền Trung (151,9/100.000 dân) và Tây Nguyên (177,1/100.000 dân)[1]. Ngoài ra, kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu dịch tễ học bệnh TCM ở Trung Quốc giai đoạn 2008 – 2012 với tổng số 7.200.092 trường hợp mắc TCM với tỷ lệ mắc mới hàng năm là 120/100.000 dân/năm; tập trung chủ yếu ở trẻ từ 12 – 36 tháng [16]. Một trong những lý do giải thích cho sự khác biệt của các kết quả trên đây theo chúng tôi là do địa bàn nghiên cứu. Điều này đã được khẳng định qua nghiên cứu của tác giả Xing W. và cộng sự (2014) hay tác giả Jin-feng Wang và cộng sự (2011) đều công bố rằng sự xuất hiện/bùng phát bệnh TCM có liên quan đến yếu tố địa lý [7].

Khảo sát xu hướng mắc bệnh TCM theo tháng trong 5 năm (2011- 2015) tại tỉnh Thái Nguyên cho thấy: bệnh rải rác quanh năm. Năm 2011 xuất hiện đỉnh dịch vào tháng 8; Năm 2012 xuất hiện một đỉnh dịch vào tháng 4; Năm 2013 xuất

hiện một đỉnh dịch vào tháng 9, năm 2014 và 2015 xuất hiện đỉnh dịch tháng 9. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với những nghiên cứu được thực hiện trước đó. Theo báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2013 cũng cho thấy trong năm 2012, tình hình dịch bệnh tay chân miệng trên địa bàn cả nước rải rác quanh năm và xuất hiện 2 đỉnh dịch vào tháng 4 và tháng 9 [2],[1]. Nghiên cứu của tác giả Trần Ngọc Hữu (2012) cũng cho thấy rằng: Trong giai đoạn 2008- 2010, bệnh TCM quanh năm với 2 đỉnh dịch. Đỉnh thứ nhất trong khoảng từ tháng 5- 6, đỉnh thứ hai trong khoảng tháng 9 - 10 và năm 2011 dịch chỉ có một đỉnh vào tháng 9, tháng 10 [6]. Kết quả nghiên cứu của Xing và cộng sự thực hiện tại Trung Quốc giai đoạn 2008 – 2012 cũng cho thấy có 02 đỉnh dịch bệnh TCM đó là vào tháng 5 và tháng 9 – 10 hàng năm [6]. Có thể lý giải tỷ lệ mắc bệnh TCM theo thời gian như sau: Mùa hè nhiệt độ cao, nắng nóng thất thường kèm theo mưa là điều kiện lý tưởng cho mầm bệnh phát triển, nắng nóng cộng oi bức và mưa cũng làm con người thấy mệt mỏi, đặc biệt ở trẻ em sức đề kháng còn kém, dễ cảm nhiễm với virus. Mùa thu - đông là điều kiện thuận lợi cho virus phát triển, nên các ca bệnh tăng đột biến hơn, mặt khác tháng 9 là thời điểm nhập học, nhiều trẻ tập trung tại các trường có thể tạo cơ hội cho bệnh lây lan. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trên thế giới sự xuất hiện của bệnh TCM có liên quan đến sự thay đổi thời tiết theo mùa [7].

Độ tuổi mắc bệnh chủ yếu trong giai đoạn 2011- 2015 là ở trẻ em dưới 5 tuổi (năm 2011chiếm 97,0%, năm 2012 chiếm 97,7%, năm 2013 chiếm 90,7%, năm 2014 chiếm 97,3%, và năm 2015 chiếm 97,7%). Trong nghiên cứu của chúng tôi từ năm 2011 đến 2015 thì số ca mắc bệnh tay chân miệng ở trẻ trai cao hơn trẻ gái, cụ thể các năm (2011: trẻ trai chiếm 58,1%; năm 2012: trẻ trai chiếm 58,4%; năm 2013: trẻ trai chiếm 60,1%; năm 2014 trẻ trai chiếm 56,6%; năm 2015: trẻ trai chiếm 55,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp đặc điểm dịch tễ học của bệnh và những nghiên cứu được thực hiện trước đó. Theo nghiên cứu của Kow-tong chen cho thấy tỉ suất nam: nữ là (1,41: 1)[8]. Thực tế, trẻ em là đối tượng có sức

đề kháng yếu, mặt khác trẻ em dưới 5 tuổi là lứa tuổi mầm non, thường xuyên tiếp xúc với nhiều người, đồng thời trẻ ăn bán trú tại trường, vì vậy nguy cơ lây truyền bệnh là rất cao. Ngoài ra, trẻ trai có xu hướng mắc bệnh TCM nhiều hơn trẻ gái đã được tìm ra từ các nghiên cứu trước đây nguyên nhân của sự khác biệt này còn chưa được sáng tỏ, cần có những nghiên cứu sâu hơn về đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng để có những bằng chứng khoa học về sự phân bố các trường hợp mắc và tử vong theo giới tính [3]. Tuy nhiên, chúng tôi cho rằng do các bé trai thường có tính hiếu động, hay tìm hiểu và nghịch ngợm hơn so với bé gái; bên cạnh đó với tâm lý con trai thường sẽ khỏe mạnh hơn nên các ông bố/bà mẹ sẽ ít để ý chăm sóc vệ sinh và thường xuyên để trẻ tìm hiểu môi trường xung quanh cũng như chơi với bạn nhiều hơn do đó dẫn đến xu hướng trẻ trai mắc bệnh cao hơn trẻ gái.

Trên địa bàn tỉnh thì Đại Từ là huyện có tỷ lệ mắc bệnh TCM cao nhất trong cả 5 năm từ 2011 (39,4/100.000 dân); năm 2012 (96,1/100.000 dân); năm 2013 (60,2/100.000 dân); năm 2014 (43,7/100.000 dân); và 2015 (77,7/100.000 dân). Tỷ lệ mắc rất thấp là Định Hóa trong 4 năm 2011 (1,1/100.000 dân); 2012 (1,1/100.000 dân); 2014 (3,4/100.000 dân); và 2015 (6,8/100.000 dân). Kết quả từ các nghiên cứu trước chỉ ra rằng có sự khác nhau về tỷ lệ bệnh hay sự xuất hiện/bùng phát bệnh TCM giữa các vùng địa lý khác nhau [7]. Mặt khác, sự phân bố tỷ lệ mắc bệnh theo địa dư phụ thuộc vào nhiều yếu tố như điều kiện kinh tế, tập quán của người dân cũng như điều kiện chăm sóc y tế và hiệu quả của công tác phòng chống dịch tại địa phương. Tuy số trường hợp mắc khá cao nhưng không có trường hợp nào tử vong do bệnh TCM. Ngoài ra, kết quả bảng 3.4 cho thấy tuy có sự tương đồng về địa lý của một số huyện nhưng tỷ lệ mắc bệnh cũng vẫn khác nhau, đây chính là một câu hỏi đang bỏ ngỏ cần có những nghiên cứu cụ thể về các yếu tố khác có thể liên quan đến bệnh TCM như công tác phòng chống dịch hay hành vi dự phòng TCM của người chăm sóc trẻ trên các địa bàn nói trên.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mắc bệnh TCM tại tỉnh Thái Nguyên trong giai đoạn 2011- 2015 lần lượt 20,7/100.000 dân; 56,3/100.000 dân; 34,3/100.000 dân; 18,8/100.000 dân; và 24,9/100.000 dân.

- Độ tuổi mắc chủ yếu là ở trẻ em dưới 5 tuổi (năm 2011chiếm 97,0%, 2012 chiếm 97,7%, 2013 chiếm 90,7%, 2014 chiếm 97,3%, và 2015 chiếm 97,7%).

- Trẻ trai có xu thế mắc cao hơn trẻ gái. Năm 2011: trẻ trai chiếm 58,1%; 2012: chiếm 58,4%; 2013: chiếm 60,1%; 2014: chiếm 56,6%; 2015: chiếm 55,1%.

- Bệnh TCM rải rác quanh năm, với số lượng mắc trong 5 năm là 1808 ca, có 2 đỉnh dịch là tháng 4 gồm 331 ca chiếm 18,3% và tháng 9 gồm 355 ca chiếm 19,6%. Tất cả ca mắc bệnh không có ca nào tử vong.

KHUYẾN NGHỊ

- Cần có những nghiên cứu nhằm đánh giá yếu tố ảnh hưởng đến tình hình dịch bệnh tay chân miệng như: khả năng đáp ứng phòng chống dịch của tuyến y tế cơ sở và sự tham gia của cộng đồng trong phòng chống bệnh tay chân miệng tại huyện Đại Từ nói riêng và tỉnh Thái Nguyên nói chung.

- Đề xuất những giải pháp can thiệp phòng chống dịch bệnh tay chân miệng tại địa bàn nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế- Cục Y tế dự phòng (2013)** Báo cáo tình hình bệnh tay chân miệng ở Việt Nam, Hà Nội
2. **Bộ Y tế (2013)** Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2013. Hà Nội.
3. **Nguyễn Thành Đông (2011)** "Tổng quan về đặc điểm dịch tễ học và biện pháp phòng chống bệnh tay chân miệng". Tạp chí Y học thực hành, 798
4. **Trần Ngọc Hữu (2012)** "Đặc điểm dịch tễ học của bệnh tay chân miệng ở 20 tỉnh thành phía nam giai đoạn 2005- 2011". Chuyên đề y tế công cộng, Y học thành phố Hồ Chí Minh 16
5. **Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Nguyên (2013)** Báo cáo tổng kết Y tế dự phòng năm 2012, phương hướng nhiệm vụ năm 2013, Thái Nguyên
6. **L. Y. Chang, L. M. Huang, S. S. Gau, Y. Y. Wu, S. H. Hsia, T. Y. Fan, K. L. Lin, Y. C. Huang, C. Y. Lu, T. Y. Lin (2007)** "Neurodevelopment and cognition in children after enterovirus 71 infection". N Engl J Med, 356 (12), pp.1226-34.
7. **Jin-feng Wang, Yan-Sha Guo, George Christakos, Wei-Zhong Yang, Yi-Lan Liao, Zhong-Jie Li, Xiao-Zhou Li, Sheng-Jie Lai, and Hong-Yan Chen (2011)** "Hand, foot and mouth disease: spatiotemporal transmission and climate". INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH GEOGRAPHICS, 10 (25)
8. **Kow-Tong Chen, Ta-Chung Lee, Hsiao-Ling Chang, Mei-Ching Yu, and Li-Hui Tang, (2008)** "Human Enterovirus 71 Disease: Clinical Features, Epidemiology, Virology, and Management". the Open Epidemiology Journal, 1, pp.10-16.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG VÀ PHÂN TÍCH CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U TUYẾN THƯỢNG THẬN LÀNH TÍNH KHÔNG TRIỆU CHỨNG PHÁT HIỆN TÌNH CỜ

Nguyễn Thành Vinh*, Nguyễn Đức Tiến*, Vũ Ngọc Sơn*

TÓM TẮT⁷²

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng và phân tích chỉ định phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị u tuyến thượng thận (TTT) lành tính không triệu chứng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu 64 bệnh nhân u TTT lành tính không triệu chứng được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2018. **Kết quả:** Tuổi trung bình 45,7. Nam/nữ 3/5. Kích thước u trung bình $3,0 \pm 2,1$ cm. 57,8% u không hoạt động nội tiết. 73,4% u tuyến vỏ thượng thận, 17,2% Pheochromocytoma. Chỉ định mổ: 42,2% do u hoạt động nội tiết, 25% u thay đổi kích thước và hình thái khi theo dõi. **Kết luận:** Chỉ định PTNS đối với u TTT lành tính không triệu chứng dựa vào khả năng hoạt động nội tiết, đặc điểm hình ảnh học và sự thay đổi tính chất u.

SUMMARY

RESEARCH SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND ANALYTICAL INDICATIONS OF THE LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY TO TREAT ADRENAL INCIDENTALOMA

Purpose: Research subclinical characteristics and analytical indications of the laparoscopic adrenalectomy to treat adrenal incidentaloma. **Object and Method:** Prospective research in 64 patients who have adrenal incidentaloma treated with the laparoscopic adrenalectomy at Viet Duc hospital from 10/2015 to 10/2018. **Results:** The average of age 45,7. Male / female 3/5. Average tumor size $3,0 \pm 2,1$ cm. Non-functional benign adenoma is found in 57,8%. The prevalence of Adenoma is 73,4% and 17,2% Pheochromocytoma. Indications for surgery: 42,2% tumors have active secretion, 25% tumors change in size and morphology during follow-up. **Conclusion:** Indications of laparoscopic adrenalectomy for adrenal incidentaloma base on their

secretion ability, imaging characteristics and changes in properties of tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U TTT không triệu chứng là một khối u ở TTT được phát hiện tình cờ bởi chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CLVT, MRI) vì những bệnh lý khác, không có triệu chứng lâm sàng liên quan đến bệnh của TTT [1]. Tỷ lệ mắc u TTT không triệu chứng khoảng 1,0 - 8,7% dân số [1]. Các nghiên cứu thấy rằng tỷ lệ mắc u TTT lành tính không triệu chứng tăng theo lứa tuổi và thường đi kèm với tình trạng béo phì, đái tháo đường hoặc tăng huyết áp [1]. Ngày nay, với những tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh, làm tăng cơ hội phát hiện u TTT không triệu chứng.

Hiện nay, chưa có sự thống nhất về chỉ định phẫu thuật cắt bỏ u TTT lành tính không triệu chứng, bên cạnh đó, chỉ định phẫu thuật nội soi đặt ra khi nào vẫn còn nhiều bàn cãi. Đa phần tác giả chỉ định phẫu thuật cho BN có u tăng tiết hormone, và u có kích thước ≥ 6 cm [1], [2]. Với u không tăng tiết hormon chỉ định phẫu thuật hay theo dõi còn nhiều tranh cãi, chủ yếu dựa vào kích thước, tính chất u, lứa tuổi của BN và hoạt động nội tiết của u tại thời điểm phát hiện hoặc biến đổi sau khoảng thời gian theo dõi [1], [3]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng và phân tích chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị u TTT lành tính không triệu chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: BN u TTT lành tính không triệu chứng được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, có theo dõi dọc, không đối chứng.

2.2.2. Quy trình nghiên cứu

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Vinh

Email: dr.ntvinh@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

- Tất cả BN vào viện đều được thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm thăm dò cận lâm sàng: Siêu âm ổ bụng, chụp CLVT hoặc MRI ổ bụng để đánh giá tính chất, hình thể u, các xét nghiệm sinh hóa Hormon TTT (Định lượng cortisol, Aldosteron, Catecholamin máu và nước tiểu), sinh hóa máu cơ bản. Các thăm khám cận lâm sàng khác: Siêu âm tim, siêu âm doppler động mạch thận, điện tâm đồ, XQ phổi, ...

- U được coi là có hoạt động chức năng nội tiết khi:

+ Có biểu hiện hội chứng Cushing cận lâm sàng (hypercortisolism) bằng xét nghiệm ức chế dexamethasone 1 mg qua đêm (nghiệm pháp NPUC) khi nồng độ cortisol trong huyết thanh vượt quá 5,0 µg / dL sau khi thử nghiệm ức chế dexamethasone 1 mg [1], [3]. Trong trường hợp không làm được NPUC, có thể đánh giá nồng độ Cortisol máu và nước tiểu tại các thời điểm khác nhau [1], [3].

+ Tăng tiết Aldosteron và/hoặc Catecholamin máu đối với u tủy thượng thận (Pheochromocytome) [1], [3].

- Thu thập các thông tin theo chỉ tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm BN

Tuổi	45,7 ± 13,9 (13 - 79 tuổi)
Giới	Nam/ nữ: 3/5
Vị trí u	Bên phải 27 (42,2%) Bên trái 37 (57,8%)

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số BN	Tỷ lệ %
Khám sức khỏe định kỳ	23	35,9
Khám vì bệnh khác	25	39,1
Khám lại do đã phát hiện u TTT tình cờ từ trước	16	25,0

Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm hoạt động chức năng nội tiết của u

Hoạt động chức năng nội tiết	Có: 42,2% Không: 57,8%
Hội chứng Cushing cận lâm sàng	16 BN (25%)
Nghiệm pháp NPUC	4 BN (7%)

Bảng 3. Đặc điểm CLVT

Kích thước u	3,0 ± 2,1 cm (0,6 - 10,1)
Tỷ trọng u (Không tiêm thuốc cản quang)	- <10 HU: 82,8% - > 10HU: 17,2%
Bờ khối u	- Đều: 96,88% - Không đều: 3,12%

Bảng 4. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Đặc điểm giải phẫu	Số BN	Tỷ lệ
--------------------	-------	-------

bệnh		%
U tuyến vỏ thượng thận	47	73,4
Pheochromocytome	11	17,2
U nang	4	6,6
U hạch thần kinh	1	1,6
U mạch bạch huyết	1	1,6

Phân tích chỉ định mổ

Bảng 5. Chỉ định mổ

Chỉ định mổ	Số BN	Tỷ lệ %
U hoạt động chức năng nội tiết	27	42,2
U ≥ 4 cm (Không hoạt động nội tiết)	11	17,2
U thay đổi kích thước, hình thái	16	25,0
U < 4cm (Nghĩ tới Pheochromocytome) trên CLVT	10	15,6

IV. BÀN LUẬN

U TTT không hoạt động nội tiết thường được phát hiện tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CLVT, MRI khi BN khám sức khỏe định kỳ hoặc đến khám vì bệnh lý khác, đặc biệt là bệnh lý hệ tiết niệu [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần BN phát hiện u TTT tình cờ khi đến khám vì triệu chứng của một bệnh khác không liên quan tới TTT, chiếm 39,1%; có 35,9% phát hiện u TTT khi kiểm tra sức khỏe định kỳ. Ngoài ra, 16 BN (25,0%) đến khám lại theo hẹn để kiểm tra do đã phát hiện u TTT từ trước. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác.

Tỷ lệ mắc các khối u TTT > 1 cm khoảng từ 1,4 đến 8,7% tùy theo độ tuổi [5]. Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu của chúng tôi là 45,7 ± 13,9 tuổi, nhỏ nhất 13, lớn nhất là 79 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 3/5. Đa phần u gặp ở bên trái, chiếm 57,8%, tương tự các nghiên cứu khác [6].

Khi tiếp cận những BN u TTT này, phải trả lời các câu hỏi sau [3], [5]:

- Khối u có hoạt động nội tiết không?
- Các xét nghiệm hình ảnh có gợi ý đến một khối u ác tính hoặc nghi ngờ ác tính?
- BN hoặc gia đình có tiền sử bệnh ung thư không?
- BN có chỉ định mổ hay không?
- Mổ nội soi hay mổ mở?

Chỉ định phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đối với các u TTT không triệu chứng dựa vào kích thước khối u, mức độ hoạt động nội tiết và các dấu hiệu gợi ý ác tính trên chẩn đoán hình ảnh [3], [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN khi vào viện đều được thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm thăm dò cận lâm sàng: Siêu âm ổ bụng, chụp CLVT hoặc MRI ổ bụng để đánh giá tính chất, hình thể u, các xét nghiệm đánh giá

chức năng nội tiết của u. Kết quả cho thấy đa phần u không hoạt động nội tiết, chiếm 57,8%, u có hoạt động chức năng chiếm 42,2%, trong đó 25% BN có hội chứng Cushing cận lâm sàng. Nghiên cứu của Yoon Young Cho: 13,8% u hoạt động chức năng, 9,9% có hội chứng Cushing cận lâm sàng [6]. Nhiều nghiên cứu khác cũng cho thấy khoảng 80% u TTT không triệu chứng không hoạt động chức năng, 5% có hội chứng Cushing dưới lâm sàng, 1% tăng tiết Aldosterone [3]. Tỷ lệ u hoạt động chức năng trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao thể do chế độ chăm sóc sức khỏe và sàng lọc bệnh tật tại Việt Nam còn chưa đầy đủ nên khi phát hiện bệnh, nhiều khối u đã chuyển sang hoạt động nội tiết.

Theo Hướng dẫn của Châu Âu [3], đối với các khối u TTT không triệu chứng có đường kính > 1cm, cần đánh giá hoạt động nội tiết của u bằng các xét nghiệm Hormon và sinh hóa. Điều này bao gồm cả nghiệm pháp ức chế Dexamethason qua đêm (NUPC) để loại trừ u gây ra hội chứng Cushing cận lâm sàng. Ngoài ra, cần đánh giá nồng độ Catecholamin máu để loại trừ pheochromocytoma. Ở BN tăng huyết áp, cần xác định chỉ số Aldosterone - renin để loại trừ hội chứng Conn [3].

Chụp CLVT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiệu quả, được áp dụng rộng rãi nhằm đánh giá kích thước, tính chất và các dấu hiệu gợi ý ác tính, qua đó đóng vai trò quan trọng trong chỉ định PTNS đối với u TTT lành tính không triệu chứng [3].

Mục tiêu chính của CLVT hoặc cộng hưởng từ (MRI) là tìm ra những dấu hiệu gợi ý phân biệt giữa u TTT, ung thư biểu mô TTT, Pheochromocytoma và tổn thương di căn. Tuy nhiên cần nhấn mạnh rằng chẩn đoán hình ảnh không đủ tin cậy để phân biệt u TTT chức năng và không chức năng [3]. Những dấu hiệu hình ảnh chỉ điểm khối u ác tính như [1]:

- Đường kính u lớn (≥ 4 cm) [1]
- Giá trị đơn vị Hounsfield (HU) ≥ 10 HU trên CLVT; hình ảnh vôi hóa, nang trong u.
- Bờ của khối u không đều, nhân không đồng nhất, có sự tăng sinh không đồng đều, xâm lấn mô, tạng xung quanh hoặc di căn các tạng lân cận [1].

Chẩn đoán u vỏ TTT dựa vào sự hiện diện của lipid nội bào trong tổn thương TTT, có thể được xác định bằng cách đo mật độ trên CLVT hoặc MRI. Ngoài ra, u vỏ TTT lành tính có thể được xác định bằng cách ngưỡng tỷ trọng (khi không tiêm thuốc cản quang) < 0 HU (độ nhạy

47%, độ đặc hiệu 100%) hoặc < 10 HU (độ nhạy 79%, độ đặc hiệu 96%) [3].

Khi tiêm thuốc cản quang, các u vỏ TTT lành tính thường tăng tỷ trọng đến 80 - 90 HU và giảm hơn 50% ở thì thải thuốc, trong khi các tổn thương như khối u di căn, ung thư biểu mô hoặc u tủy thượng thận sẽ không hoặc chậm thải thuốc [3].

Đối với chẩn đoán u tủy thượng thận (Pheochromocytoma), độ nhạy của CLVT có cản quang là 85 - 95%, độ đặc hiệu 70 - 100% với các đặc điểm: Trước tiêm u có hình ảnh khối tròn, ranh giới rõ, tỷ trọng tổ chức không đồng đều, sau tiêm khối ngấm thuốc mạnh, đôi khi có giảm tỷ trọng vùng trung tâm do hoại tử, nang, chảy máu [3]. Trên hình ảnh cộng hưởng từ, cường độ tín hiệu cao trên T2 rất đặc trưng cho Pheochromocytoma [3].

Kết quả chụp CLVT trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng: kích thước u trung bình là $3,0 \pm 2,1$ cm, nhỏ nhất 0,6cm, lớn nhất 10,1cm. Đa phần khối u có bờ đều (96,88%) và tỷ trọng < 10 HU ở thì chưa tiêm thuốc 82,8%. Kết quả này cũng phù hợp do đa phần BN trong nghiên cứu của chúng tôi là u tuyến vỏ thượng thận lành tính (73,4%), có 17,2% Pheochromocytoma, 6,6% u nang vỏ thượng thận, 1,6% u hạch thần kinh (Ganglioneuroma) và 1,6% u mạch bạch huyết TTT (Lymphangioma). Các nghiên cứu về PTNS u TTT không triệu chứng cũng ghi nhận u vỏ thượng thận chiếm tỷ lệ cao nhất (từ 49 - 69%), Pheochromocytoma 11 - 23%, trong khi đó Ganglioneuroma, Lymphangioma và Myelolipoma chiếm tỷ lệ thấp từ 0 - 15% [2].

Phân tích chỉ định. Theo Hiệp hội nội tiết và phẫu thuật nội tiết Mỹ (AAACE/AAES) năm 2009, phẫu thuật phải được chỉ định trong tất cả các khối u TTT không hoạt động ≥ 6 cm, vì nguy cơ ác tính là khoảng 25% [3]. Ngoài ra, u tuyến của vỏ thượng thận tăng tiết aldosteron gây chứng cường tiết aldosteron nguyên phát và u tủy thượng thận đều có chỉ định mổ. Khối u vỏ thượng thận tăng tiết cortisol gây HC Cushing dưới lâm sàng có chỉ định mổ ở một vài trường hợp. Với u < 4 cm và không hoạt động chức năng, chỉ định phẫu thuật còn nhiều tranh cãi, nhiều nghiên cứu khuyến nghị nên theo dõi về đặc điểm hình ảnh và nội tiết của khối u. Nếu u chuyển sang hoạt động nội tiết hoặc tăng thêm 0,5 cm trong 6 tháng, tăng > 1 cm hoặc tính chất hình ảnh gợi ý u ác tính có chỉ định phẫu thuật [3].

Phẫu thuật nội soi khi nào?

PTNS cắt TTT là phương pháp được ứng dụng phổ biến trong các trường hợp u TTT lành tính không triệu chứng, rất nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn đã chỉ ra rằng PTNS có ưu điểm lớn như: cho phép tiếp cận, phẫu tích dễ dàng ở những vùng sâu như TTT, giảm đau sau mổ, giảm thời gian nằm viện, BN có thể sớm quay trở về hoạt động bình thường, giảm tỷ lệ thoát vị vết mổ [5]. Theo hướng dẫn của Hội phẫu thuật Nội tiết Đức (German Association of Endocrine Surgeons) năm 2019, nên chỉ định PTNS đối với các khối u TTT không hoạt động có đường kính < 6cm, không nghi ngờ ác tính [5].

Theo nghiên cứu của Wang D.S và cộng sự, tất cả các khối u tuyến thượng thận hoạt động nội tiết và u không chức năng có kích thước hơn 4 cm, hoặc khối u TTT tăng kích thước nhanh (tăng > 1 cm khi theo dõi trên chẩn đoán hình ảnh) nên được cắt bỏ. Một số nghiên cứu cũng cho rằng PTNS cắt bỏ tuyến thượng thận là một lựa chọn tốt, tuy nhiên nên cân nhắc với những khối u có kích thước (8 cm trở lên) hoặc nghi ngờ ung thư có thể làm tăng thời gian phẫu thuật, tăng lượng máu mất và thời gian nằm viện lâu hơn [7]. Các tác giả cũng cho rằng kích thước u TTT lớn và tiền sử phẫu thuật vùng bụng không phải chống chỉ định tuyệt đối của PTNS [7]. Phẫu thuật này vẫn có thể được thực hiện đối với u TTT lớn (nhưng < 12cm) hoặc u TTT nghi ung thư miễn là chẩn đoán hình ảnh trước mổ cho thấy u không xâm lấn [7]. Tuy nhiên trong trường hợp u hơn 12 cm có thể làm tăng nguy cơ chảy máu và tổn thương cơ quan lân cận hoặc chuyển mổ mở [7].

Cũng theo tác giả Wang, PTNS cắt TTT có một số chống chỉ định tuyệt đối vì nghi ngờ ung thư biểu mô TTT có hình ảnh xâm lấn các tạng lân cận, bệnh tim phổi nặng, rối loạn đông máu và Pheochromocytoma không kiểm soát nên được mổ mở [7].

Tại Việt Nam, tác giả Nguyễn Đức Tiến chỉ định PTNS đối với các trường hợp u TTT không triệu chứng có kích thước > 3 cm, bao gồm cả u hoạt động nội tiết và không hoạt động nội tiết, ngoài ra có thể phẫu thuật nội soi cho những u lớn kích thước ≤ 10cm, và ung thư nhưng chưa có dấu hiệu xâm lấn trên chẩn đoán hình ảnh trước mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định mổ đa phần là do u hoạt động nội tiết, chiếm 42,2%; 11 trường hợp (17,2%) u có đường kính ≥ 4cm và 16 BN (25%) có thay đổi kích thước và hình thái u trong thời gian theo dõi trung bình

10,36 ± 6,8 tháng. Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác [1], [2], [3].

Nghiên cứu của Yoon Young Cho, 72 BN được thời gian theo dõi (trung bình 22,5 tháng), có 3 BN (4,2%) đã phát triển thay đổi nội tiết tố do các khối u chức năng. Một người được xác nhận là pheochromocytoma bằng mô bệnh học, và những BN khác được chẩn đoán mắc hội chứng Cushing cận lâm sàng và theo dõi thường xuyên mà không cần can thiệp phẫu thuật. Không có biến đổi ác tính được tìm thấy ở những BN này [6].

Hướng dẫn của Hội phẫu thuật Nội tiết Đức [5] và Hiệp hội nội tiết và phẫu thuật nội tiết Mỹ [3] chỉ ra rằng, nên chỉ định phẫu thuật đối với các trường hợp nghi ngờ pheochromocytoma và/hoặc paraganglioma dựa vào chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm Hormon. Các tác giả cho rằng pheochromocytoma và paraganglioma nếu không được điều trị sớm có thể chuyển thành u hoạt động nội tiết gây tăng Catecholamin không kiểm soát, dẫn tới các bệnh lý tim mạch và tăng tỷ lệ tử vong [3], [5]. Ngoài ra sự phát triển và tiềm năng ác tính của những khối u này cũng là một trong những lý do cần phải phẫu thuật sớm khi được phát hiện [5]. Tương tự như vậy, chúng tôi có 15,6% BN có u < 4 cm không hoạt động chức năng nhưng có đặc điểm CLVT nghi tới Pheochromocytoma (đã phân tích ở trên) đều được chỉ định PTNS thành công mà không xảy ra tai biến, biến chứng gì.

V. KẾT LUẬN

Chỉ định PTNS đối với u TTT lành tính không triệu chứng dựa vào khả năng hoạt động nội tiết, đặc điểm hình ảnh học và sự thay đổi tính chất u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jung-Min Lee, et al., (2017).** Clinical Guidelines for the Management of Adrenal Incidentaloma. *Endocrinol Metab* (Seoul). 32(2): 200-218.
2. **Terzolo M, et al., (2011).** AME position statement on adrenal incidentaloma. *Italian Association of Clinical Endocrinologists. Eur J Endocrinol.* 164(6): 851-870.
3. **AACE/AAES, (2009).** Guidelines for the management of adrenal incidentalomas. *Endocrine practice.* 15(1).
4. **Young WF, (2007).** The incidentally discovered adrenal mass. *N Engl J Med.* 356: 601-610.
5. **K. Lorenz, et al., (2019).** Surgical therapy of adrenal tumors: guidelines from the German Association of Endocrine Surgeons (CAEK). *Langenbeck's Archives of Surgery.*
6. **Yoon Young Cho, et al., (2013).** Clinical characteristics and follow-up of Korean patients with adrenal incidentalomas. *Korean J Intern Med.* 28(5): 557-564.
7. **Wang DS, Terashi T, (2008).** Laparoscopic adrenalectomy. *Urol Clin North Am.* 35(3): 351-63.