

ÁP DỤNG PHẪU THUẬT CỘT SỐNG XÂM LẤN TỐI THIỂU ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG - CÙNG: KẾT QUẢ LÂM SÀNG

Dương Thanh Tùng*, Nguyễn Văn Thạch**,
Vũ Văn Hòe***, Nguyễn Văn Hưng***.

TÓM TẮT¹

Mục đích: Đánh giá kết quả lâm sàng của phẫu thuật kết hợp ghép xương liên thân đốt (GXLTD) thắt lưng qua lỗ liên hợp xâm lấn tối thiểu (XLTT) và đặt vít cố định (VCC) qua da điều trị trượt đốt sống (TDS) thắt lưng – cùng. **Đối tượng và phương pháp:** 38 bệnh nhân TDS thắt lưng một phần đoạn, độ thấp (I, II) liên tiếp được nghiên cứu tiền cứu. Tất cả bệnh nhân đã được phẫu thuật GXLTD thắt lưng qua lỗ liên hợp XLTT kết hợp VCC qua da từ ngày 01 tháng 01 năm 2013 đến ngày 30 tháng 04 năm 2018 tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. **Kết quả:** 38 bệnh nhân, tuổi trung bình 50,66; 73,7% nữ; Trượt đốt sống L4-L5: 84,2%, L5-S1: 15,8%; Trượt đốt sống thoái hóa: 73,7%, khuyết eo: 26,3%. Tất cả bệnh nhân đều có đau lưng, 84,2% kèm đau chân, 57,9% kèm đi cách hồi thần kinh. Các chỉ số lâm sàng cải thiện tốt sau phẫu thuật với thang điểm đau VAS lưng 2,63 so với 6,13 trước phẫu thuật, thang điểm VAS chân 1,74 so với 6,31 trước phẫu thuật, chỉ số ODI 22,31 so với 44,36 trước phẫu thuật, thời gian đi cách hồi thần kinh tăng 249,09 m so với 119,04 m trước phẫu thuật. 28,95% bệnh nhân phân loại ASIA D đều trở về phân loại ASIA E sau phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 182,05 phút, lượng máu mất trung bình là 140,79 ml. Thời gian lần rời khỏi giường bệnh đầu tiên sau mổ trung bình là 25,89 giờ và thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 8,5 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật GXLTD thắt lưng qua lỗ liên hợp XLTT kết hợp VCC qua da là một phẫu thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị TDS. Phẫu thuật đạt được kết quả tương đương nhưng ít mất máu và phục hồi nhanh hơn so với phẫu thuật mở quy ước.

Từ khóa: Ghép xương liên thân đốt thắt lưng qua lỗ liên hợp, vít cố định qua da, trượt đốt sống, phẫu thuật cột sống xâm lấn tối thiểu.

SUMMARY

APPLICATION OF MINIMALLY INVASIVE SPINE SURGERY FOR TREATMENT OF LUMBOSACRAL SPONDYLOLISTHESIS: CLINICAL RESULTS

*BV Nhân dân Gia Định

**BV Việt Đức HN

***Bệnh viện 103, HVQY

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thanh Tùng

Email: thanhtungdr@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/9/2019

Ngày duyệt bài: 26/9/2019

Introduction: Evaluating the clinical results achieved by a combined operation using minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion (MIS-TLIF) and percutaneous pedicle fixation (PPF) in treatment of lumbosacral spondylolisthesis. **Subjects and methods:** 38 consecutive single-level, low grade (I,II) lumbar spondylolisthesis patients were prospectively included. All patients undergone MIS-TLIF + PPF operations from 1st January 2013 to 30th April 2018 at Gia Định's People Hospital. **Results:** The data includes 32 patients, average age: 50,66; 73,7% females; 84,2% L4-L5 spondylolisthesis, 15,8% L5-S1 spondylolisthesis; 73,7% degenerative spondylolisthesis, 26,3% isthmus spondylolisthesis; 100% patients had back pain, 84,2% had leg pain, 57,9% had neurogenic claudication; All clinical parameters improved with mean VAS back pain (2,63 postoperatively vs 6,13 at intake), Mean VAS leg pain (1,74 postoperatively vs 6,31 at intake), ODI (22,31% postoperatively vs 44,36 at intake), distance of claudication increased (249,09 m postoperatively vs 119,04 m preoperatively). 28,95% patients with ASIA D classification preoperatively returned to ASIA E classification postoperatively. Mean operating time: 182,05 mins, mean blood loss: 140,79 ml. Time to first ambulation: 25,89 hours, postoperative hospital stay: 8,5 days. **Conclusions:** MIS-TLIF + PPS was the safe and effective operation for treatment of lumbar spondylolisthesis. It achieves equivalent results with less bleeding and faster rehabilitation when compared to the conventional open surgery.

Key words: Transforaminal Lumbar Interbody Fusion (TLIF), percutaneous pedicle screw fixation, spondylolisthesis, Minimally Invasive Spine Surgery (MISS).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống (TDS) được định nghĩa là sự trượt của một đốt sống trên đốt sống ngay bên dưới. Trượt đốt sống gây ra tình trạng mất vững cột sống, hẹp ống sống, chèn ép các cấu trúc thần kinh gây đau lưng, đau thần kinh tọa, đi cách hồi thần kinh hay hội chứng đuôi ngựa. Phẫu thuật ghép xương liên thân đốt (GXLTD) qua lỗ liên hợp sau đó cố định bằng vít cố định qua da (VCC) là phẫu thuật được lựa chọn hiện nay cho các trường hợp TDS có chỉ định phẫu thuật. Phẫu thuật giải ép các cấu trúc thần kinh,

cổ định vững chắc các phân đoạn cột sống, làm cải thiện triệu chứng và chức năng của bệnh nhân [8]. Tuy nhiên, phẫu thuật mở quy ước này được thực hiện qua đường mổ giữa lưng, cắt và bóc tách các cơ, vén cơ áp lực cao, thời gian dài gây nhiều tổn thương cho phức hợp cơ và dây chằng quan trọng của vùng thắt lưng. Các thương tổn này đã được chứng minh cản trở quá trình hồi phục, độ vững cũng như chức năng cột sống sau phẫu thuật [3], [4].

Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu (XLTT) là một trào lưu mới trong phẫu thuật cột sống [4]. Phẫu thuật GXLTĐ qua lỗ liên hợp kết hợp VCC sử dụng kỹ thuật XLTT đã được áp dụng thay thế phẫu thuật mở quy ước trong nhiều năm qua. Phẫu thuật này đạt được mục tiêu điều trị như phẫu thuật mở quy ước với các ưu điểm là vết mổ nhỏ hơn, giảm chấn thương cơ cạnh cột sống, giảm máu mất trong phẫu thuật, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm tỷ lệ nhiễm trùng vùng mổ. Tất cả góp phần làm giảm tỷ lệ bệnh tật và giúp hồi phục nhanh sau mổ [2], [4].

Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kết quả lâm sàng của phẫu thuật GXLTĐ thắt lưng qua lỗ liên hợp XLTT kết hợp VCC qua da trong điều trị TĐS thắt lưng một phân đoạn, độ thấp (I, II).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

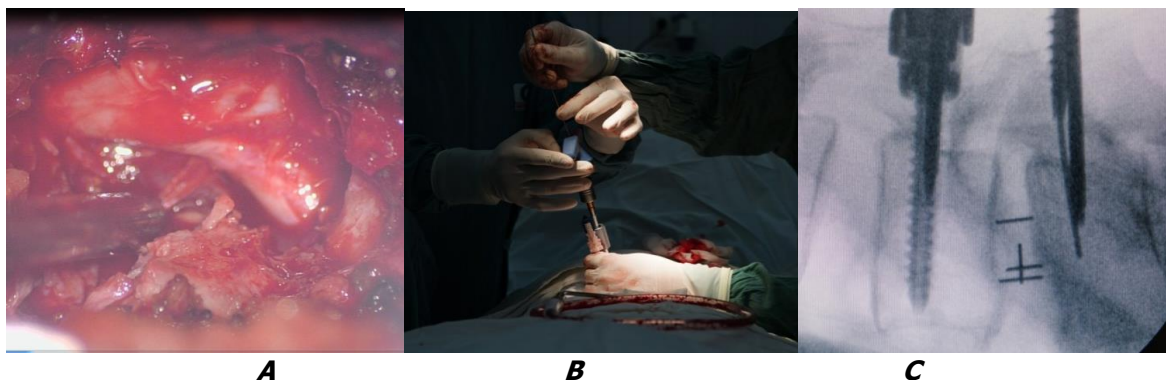
2.1. Đối tượng nghiên cứu. 38 bệnh nhân TĐS thắt lưng một phân đoạn, độ thấp (I, II) được phẫu thuật GXLTĐ thắt lưng qua lỗ liên hợp XLTT + VCC qua da tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ ngày 1 tháng 1 năm 2013 đến ngày 30 tháng 4 năm 2018. Tiêu chuẩn chọn mẫu là:

(1) Có hình ảnh TĐS một phân đoạn, độ trượt

thấp (phân loại Meyerding I hoặc II), (2) Có chỉ định phẫu thuật TĐS (có các triệu chứng chính tương quan với dấu hiệu trên chẩn đoán hình ảnh, thất bại với điều trị bảo tồn trong thời gian ít nhất 6 tháng). Bệnh nhân bị TĐS độ cao (III, IV), bệnh lý chuyển hóa xương, vẹo cột sống, nhiễm trùng, chấn thương cột sống, u cột sống và những bệnh nhân được phẫu thuật nhiều hơn 1 phân đoạn được loại trừ khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phân tích tiến cứu và mô tả cắt ngang.

2.3. Kỹ thuật phẫu thuật. Phẫu thuật GXLTĐ thắt lưng qua lỗ liên hợp XLTT được thực hiện bằng đường mổ 1 bên. Dưới hướng dẫn của hình ảnh X quang, rạch da 1 đường 3 cm giữa các cuống cung L4-5 hoặc L5-S1 dựa trên hình ảnh X quang. Sau khi tách đường mổ tại vách gian cơ giữa cơ Multifidus và Longissimus, nong rộng dần đường mổ bằng hệ thống nong cơ đồng trục có kích thước lớn dần, dụng cụ vén cơ hình ống Quadrant có đường kính kênh thao tác 24 mm (Công ty Medtronic, Tennessee, Mỹ) được đưa vào. Dưới quang trường kính hiển vi phẫu thuật, cắt bỏ toàn bộ khớp sau và một phần mảnh cung được thực hiện bằng việc kết hợp giữa dụng cụ gặm xương và khoan mài cao tốc. Dây chằng vàng được cắt bỏ và rễ thần kinh được vén vào trong. Thực hiện phẫu thuật lấy toàn bộ đĩa đệm, chuẩn bị kỹ lưỡng phần trung tâm và phần đối bên của tấm tận bằng các dụng cụ nạo xương hình vòng gập góc. Một khung lồng xương hình quả chuối (Medtronic, Tennessee, Mỹ), nhồi đầy những mảnh xương thu được do cắt bỏ mảnh sống được đưa vào trong khoang đĩa đệm (Hình 1)



Hình 1: Thực hiện phẫu thuật.

A. Đặt mảnh ghép xương dưới kính vi phẫu thuật, B. Đặt vít qua da vào cuống cung và C. Thao tác dưới hướng dẫn hình ảnh X quang của máy C-arm.

Nguồn: Bệnh nhân: Ngo T. K. T., Số nhập viện: 19.043560.

Tiếp theo, các vít cuống cung qua da (Sextant, Medtronic, Tennessee, Mỹ) được đặt dưới hướng dẫn hình ảnh X quang, gắn các thanh dọc được uốn sẵn có kích thước phù hợp và các vết mổ được khâu từng lớp.

2.4. Dữ liệu cần thu thập.

- **Đặc điểm của bệnh thoái hóa cột sống một phân đoạn, độ thấp (I, II):** tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng, thời gian đau trước phẫu thuật, độ trượt, phân loại TDS.

- **Các thông số liên quan đến phẫu thuật:** Thời gian phẫu thuật, máu mất, lượng máu truyền, dẫn lưu, thời gian rời khỏi giường bệnh lần đầu tiên, thời gian nằm viện, biến chứng.

- **Các dữ liệu đánh giá kết quả lâm sàng:** Đánh giá bằng sự thay đổi sau phẫu thuật của các thang điểm đau VAS (Visual Analog Scale) lưng, VAS chân, chỉ số chức năng ODI (Oswestry Disability Index), Phân loại tổn thương thần kinh ASIA (American Spinal Injury Association) và khoảng cách thời gian đi cách hồi thần kinh so với trước phẫu thuật.

2.5. Phân tích số liệu. Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS phiên bản 20. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mô tả của các bệnh nhân.

Trong 38 bệnh nhân, có 73,7% TDS thoái hóa, 73,7% nữ, tuổi trung bình là 50,66. Tất cả bệnh nhân đều bị đau lưng, 84,2% kèm đau chân, 57,9% kèm đi cách hồi thần kinh. Thời gian đau trước phẫu thuật trung bình là 34,5 tháng. 84,21% TDS phân đoạn L4 - L5 và 15,8% TDS phân đoạn L5 - S1 (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm mô tả của các bệnh nhân.

Tuổi (năm)	50.66 ± 10.24
Giới tính	
Nam	28 (73.7%)
Nữ	10 (26.3%)
Triệu chứng lâm sàng	
Đau lưng	38 (100%)
Cách hồi thần kinh	22 (57.9%)
Đau chân	32 (84.2%)

Thời gian đau trước mổ (tháng)	34.5 ± 31.3
Phân đoạn TDS	
L4-L5	32 (84.2%)
L5-S1	6 (15.8%)
Phân loại TDS	
Khuyết eo	10 (26.3%)
Thoái hóa	28 (73.7%)

3.2. Các thông số liên quan đến phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 182,05 phút ± 36,22 phút, lượng máu mất trung bình là 140,79ml ± 72,46ml, thời gian trung bình rời khỏi giường bệnh lần đầu tiên là 25,89 giờ ± 5,50 giờ và thời gian nằm viện sau phẫu thuật là 8,5 ngày ± 3,28 ngày Chỉ có 1 trường hợp (2,63%), mảnh ghép đẩy nhân đĩa đệm sang bên đối diện chèn vào rễ thần kinh, phải thực hiện phẫu thuật lấy nhân đĩa đệm bằng kính hiển vi và bệnh nhân có kết quả tốt. Không có rách màng cứng, nhiễm trùng hậu phẫu và khiếm khuyết thần kinh sau phẫu thuật.

Bảng 2. Các thông số liên quan đến phẫu thuật.

Thời gian phẫu thuật (phút)	182.05 ± 36.22
Máu mất (ml)	140.78 ± 72.46
Truyền máu	0
Dẫn lưu	0
Thời gian rời khỏi giường bệnh lần đầu tiên sau mổ (giờ)	25.89 ± 5.50
Thời gian nằm viện (ngày)	8.5 ± 3.28
Biến chứng	1 (2.63%)

3.3. Kết quả lâm sàng. Phẫu thuật có hiệu quả giảm tình trạng đau lưng rõ rệt (VAS lưng 6,13 ± 1,37 trước phẫu thuật so với 2,63 ± 1,19 sau phẫu thuật). Tương tự như tình trạng đau lưng, tình trạng đau tê chân cũng giảm rõ rệt (VAS chân 6,21 ± 2,09 trước phẫu thuật so với 1,74 ± 1,69 sau phẫu thuật). Chỉ số ODI đánh giá sự hạn chế về chức năng sinh hoạt do tình trạng đau lưng gây ra cũng giảm rõ rệt sau phẫu thuật (ODI 44,26 ± 11,25 trước phẫu thuật giảm xuống còn 22,31 ± 10,51 sau phẫu thuật). Thời gian đi cách hồi trung bình của 22 bệnh nhân có triệu chứng đi cách hồi tăng (249,09m ± 186,87m so với 119,04m ± 156,53m trước phẫu thuật). Trước phẫu thuật có 11/38 (28,95%) bệnh nhân có phân loại thần kinh ASIA D (yếu nhẹ chân, sức cơ lớn hơn 3/5), sau phẫu thuật tất cả đều có phân loại ASIA E (chức năng thần

kinh bình thường). Tất cả các thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$) (bảng 3).

Bảng 3. Thay đổi VAS lưng trước và sau phẫu thuật.

Chỉ số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	p
VAS lưng	$6,13 \pm 1,37$	$2,63 \pm 1,19$	$p < 0,001$
VAS chân	$6,21 \pm 2,09$	$1,74 \pm 1,69$	$p < 0,001$
Chỉ số ODI	$44,26 \pm 11,25$	$22,31 \pm 10,51$	$p < 0,001$
Khoảng cách đi cách hồi	$119,04 \pm 156,53$	$249,09 \pm 186,87$	$p < 0,001$
Phân loại ASIA	11 (28,95%)D 27 (71,05%)E	38 (100%)E	$p < 0,001$

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của nghiên cứu này không khác biệt so với các nghiên cứu khác. Matsunaga và cộng sự nghiên cứu tiến cứu bệnh sử tự nhiên của 40 bệnh nhân TĐS thoái hóa theo dõi tối thiểu trong 5 năm, cho thấy tuổi trung bình là 55 và TĐS L4-L5 chiếm 87,5% so với 10% TĐS L5-S1. Tương tự, Sulaiman và cộng sự nghiên cứu trên 51 phân đoạn TĐS thoái hóa. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 61,1, có 72,5% TĐS L4-L5, 23,6% TĐS L5-S1 và chỉ 3,9% TĐS L3-L4 [8].

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $182,05 \pm 36,22$ phút, không khác biệt đáng kể so với nghiên cứu của Rouben là 183 phút [6]. Khan cũng báo cáo không có khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa phẫu thuật mở quy ước và phẫu thuật XLTT [3].

Ưu điểm rõ ràng của phẫu thuật XLTT là mất ít máu trong phẫu thuật ($140,78 \text{ ml} \pm 72,46 \text{ ml}$), không có trường hợp nào cần truyền máu và dẫn lưu. Trong phẫu thuật mở quy ước, mất máu nhiều là phổ biến. Wang trong nghiên cứu về GXLTĐ kết hợp VCC mở quy ước ghi nhận lượng máu mất trung bình là $364 \text{ ml} \pm 23 \text{ ml}$, máu ra qua dẫn lưu sau phẫu thuật là $375 \text{ ml} \pm 26 \text{ ml}$, cần truyền máu trong nhiều trường hợp và hầu hết phải dẫn lưu. Hạn chế mất máu là một vấn đề quan trọng vì làm giảm nhu cầu cần truyền máu và giảm nguy cơ truyền máu [4], [5].

Thời gian trung bình rời khỏi giường bệnh lần đầu tiên trong nghiên cứu là $25,89 \text{ giờ} \pm 5,50 \text{ giờ}$, rất sớm so với phẫu thuật mở quy ước. Rouben báo cáo thời gian rời khỏi giường bệnh lần đầu tiên sau phẫu thuật mở là $67,2 \text{ giờ} \pm 38,4 \text{ giờ}$ [6].

Trong 38 trường hợp nghiên cứu, chỉ có 1 (2,63%) trường hợp biến chứng do mảnh ghép đẩy sang phải đối diện, chèn ép rễ thần kinh S1 bên phải. Biến chứng được giải quyết bằng phẫu thuật lần 2 và bệnh nhân hồi phục tốt, không để lại di chứng. Không có các biến chứng nặng như nhiễm trùng, tổn thương màng cứng tủy, rễ thần kinh hay các mạch máu lớn trước cột sống. Kết quả này chứng tỏ phẫu thuật có tính an toàn. Các nghiên cứu khác cũng có kết quả tương tự. Choi nghiên cứu 21 bệnh nhân GXLTĐ qua lỗ liên hợp XLTT và VCC qua da, có 1 trường hợp bị rách màng cứng và 1 trường hợp đặt vít sai vị trí [1]. Các tác giả khác như Wang [5] và Rouben [6] có một vài trường hợp nhiễm trùng vết mổ nông.

Các triệu chứng và dấu hiệu của bệnh lý TĐS do tình trạng hẹp ống sống và mất vững cột sống gây ra. Kết quả của phẫu thuật cũng được đánh giá bằng sự cải thiện của các chỉ số lâm sàng phản ánh các triệu chứng của bệnh. Cụ thể là thang điểm đau VAS lưng, thang điểm đau VAS chân, chỉ số chức năng ODI, phân loại tổn thương thần kinh ASIA và khoảng cách đi cách hồi thần kinh.

Kết quả trong nghiên cứu này cho thấy có sự cải thiện của tất cả các chỉ số lâm sàng của các bệnh nhân sau phẫu thuật: VAS lưng giảm còn $2,63 \pm 1,19$ so với $6,13 \pm 1,37$ so với trước phẫu thuật, VAS chân giảm còn $1,74 \pm 1,69$ so với $6,21 \pm 2,09$ trước phẫu thuật, chỉ số ODI giảm còn $22,31 \pm 10,51$ so với $44,26 \pm 11,25$ trước phẫu thuật và khoảng cách đi cách hồi tăng $249,09 \text{ m} \pm 186,87 \text{ m}$ so với $119,04 \text{ m} \pm 156,53 \text{ m}$ trước phẫu thuật. Xét về thương tổn thần kinh, 28,95% bệnh nhân có phân loại ASIA D đều phục hồi hoàn toàn (ASIA E) sau phẫu thuật. Kết quả này chứng tỏ phẫu thuật GXLTĐ qua lỗ liên hợp XLTT kết hợp VCC qua da có hiệu quả điều trị tốt bệnh lý TĐS 1 phân đoạn, độ thấp (I, II).

Các nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho các kết quả tương đồng. Trong nghiên cứu của Wang, VAS lưng giảm từ 5,2 xuống 1,9, VAS chân giảm từ 6,8 đến 0,9, ODI giảm từ 53,7% xuống 30,8% sau phẫu thuật [5], của Choi VAS lưng giảm từ 5,9 xuống 1,8, VAS chân giảm từ 6,2 xuống 1,2, chỉ số ODI giảm từ 38,3 % xuống 16,5 % sau phẫu thuật [1]. Jatupon tập hợp 98 nghiên cứu, trên 1530 bệnh nhân GXLTĐ qua lỗ liên hợp XLTT kết hợp VCC qua da, trị số giảm

điểm VAS lưng trung bình của tổ hợp là 2,1, giảm điểm VAS chân trung bình của tổ hợp 1,54 và trị số giảm ODI trung bình của tổ hợp là 17,14 (tất cả đều ở mức độ tin cậy 95%) sau phẫu thuật [2].

Khoos trong hội nghị kỹ thuật và phẫu thuật XLTT thế giới năm 2008, cho thấy kết quả lâm sàng của 2 nhóm phẫu thuật mở quy ước và phẫu thuật XLTT tương tự nhau trong 2 năm đầu. Tuy nhiên, tác giả cũng ghi nhận sau 4 năm theo dõi, bệnh nhân nhóm XLTT có khuynh hướng tiếp tục giảm các chỉ số VAS và ODI, trong khi các chỉ số này có khuynh hướng tăng trong nhóm phẫu thuật mở quy ước [3].

Phẫu thuật GXLTĐ có tác dụng giải ép thần kinh, mở rộng ống sống trực tiếp qua việc cắt mấu khớp, dây chằng vàng và 1 phần mảnh cung của đốt sống trên. Việc nắn trượt nếu được thực hiện an toàn sẽ làm giảm độ hẹp ống sống trung tâm và lỗ liên hợp tại tầng trượt. Ngoài ra, việc phục hồi chiều cao khoảng đĩa đệm cũng giúp giải ép gián tiếp cho lỗ liên hợp. Điều này giải thích sự cải thiện rõ rệt của khoảng cách đi cách hồi của bệnh nhân trượt đốt sống sau phẫu thuật [2].

Trong nghiên cứu, tổng cộng 38 bệnh nhân, xét theo phân loại thần kinh ASIA, trước phẫu thuật có 71,05% bệnh nhân phân loại ASIA E, chỉ có 28,95% bệnh nhân có phân loại ASIA D. Do phẫu thuật có tác dụng giải ép trực tiếp lỗ liên hợp và ống sống bên bị chèn ép do cắt thành phần sau của lỗ liên hợp, dây chằng vàng và đĩa đệm thoát vị, giải ép gián tiếp ống sống và lỗ liên hợp bên đối diện bằng tác dụng nắn trượt và phục hồi khoang đĩa đệm phẫu thuật nên có hiệu quả điều trị tốt cho những trường hợp chèn ép thần kinh chèn ép thần kinh nhẹ và vừa [7]. Tất cả 9 bệnh nhân phân loại ASIA D đều hồi phục hoàn toàn khiếm khuyết thần kinh, trở thành phân loại ASIA E sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật GXLTĐ qua lỗ liên hợp XLTT kết hợp với VCC qua da có kết quả điều trị lâm sàng tốt thể hiện bằng sự cải thiện rõ rệt của thang điểm đau VAS lưng, VAS chân, chỉ số chức năng ODI, tăng khoảng cách đi cách hồi và phục hồi

được các khiếm khuyết thần kinh do tình trạng chèn ép thần kinh gây nên. Phẫu thuật này có các ưu điểm của phương pháp phẫu thuật XLTT như mất máu ít, không cần truyền máu và dẫn lưu, sớm rời khỏi giường bệnh sau mổ, ít biến chứng. Những điều trên cho thấy phẫu thuật này an toàn và hiệu quả, có thể thay thế phẫu thuật mở quy ước trong điều trị các trường hợp TĐS độ thấp (I, II) một phân đoạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Choi W. S., J. S. Kim, K. S. Ryu, et al. (2016) Clinical study minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion at L5-S1 through a unilateral approach: technical feasibility and outcomes. Biomed research international, <http://dx.doi.org/10.1155/2016/2518394>
2. Jatupon Kongtharvonskul, Gun Keorochana, Kitipong Setkrasing, et al. (2016) Clinical outcomes after minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion and lateral lumbar interbody fusion for treatment of degenerative lumbar disease: a systematic review and meta-analysis. Neurosurg Rev, 0806-8.
3. Khan A., Terman SW., Yee T., et al. (2013) Comparison of perioperative outcomes following open versus minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion in obese patients. Neurosurg Focus, 35(2): 10-15.
4. Mayer H. M. (Ed.) (2006) Minimally Invasive Spine Surgery. In: Minimally Invasive Spine Surgery, 2th Edition, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 3 - 7.
5. Michael Y., Wang, Jeffrey S. et al. (2005) Minimally Invasive Posterior Lumbar Fusion Techniques. Oper Tech Neurosurg, 7: 64 - 71.
6. Rouben D., Casnellie M., Ferguson M. (2011) Longterm durability of minimal invasive posterior transforaminal lumbar interbody fusion: A clinical and radiographic followup. J Spinal Disord Tech, 24: 288-96.
7. Tang S., X. Meng (2011) Does disc space height of fused segment affect adjacent degeneration in alif? A finite element study. Turkish Neurosurgery, 21 (3): 296-303.
8. Winn H. R. (2011) Pediatric spondylolisthesis. In: Youmans neurological neurological surgery, 6th edition, Elsevier Saunders, People's Republic of China, 1, 2935-2945.

NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI TUẦN HOÀN BÀNG HỆ MẠCH VÀNH TRÊN CHỤP MẠCH SỐ HÓA XÓA NỀN Ở BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG BA THÂN ĐỘNG MẠCH VÀNH

Nguyễn Thị Thơ*, Ngô Xuân Khoa**,
Đỗ Hoàng Dương***, Nguyễn Thị Hồng Yến****

TÓM TẮT²

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và mức độ THBH ở những bệnh nhân tổn thương ba thân ĐMV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang 41 phim chụp mạch vành qua da ở những bệnh nhân tổn thương 3 thân ĐMV từ tháng 7/2018- tháng 07/2019. Tại Trung tâm Can thiệp tim mạch – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Các bệnh nhân có tuổi trung bình là 71,54 ± 9,71 tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 1,92/1. Trong 41 bệnh nhân tổn thương 3 thân ĐMV thì có 44,4% có THBH mạch vành. Tỉ lệ các mức độ THBH Rentrop 1 đến Rentrop 3 trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu lần lượt là 14,6%, 24,4% và 4,9%. Động mạch (ĐM) thủ phạm 33,2% là ĐM liên thất trước, 5,6% là động mạch mũ và 16,7% trường hợp phối hợp cùng lúc hai ĐM thủ phạm. **Kết luận:** Qua quá trình nghiên cứu đã xác định được tỉ lệ xuất hiện và mức độ tuần hoàn bàng hệ mạch vành theo thang điểm Rentrop.

Từ khóa: Tổn thương ba thân ĐMV, chụp mạch vành qua da, THBH mạch vành.

SUMMARY

DETERMINE THE PREVALENCE AND THE DEGREE OF CORONARY COLLATERALS IN PATIENTS WITH MULTI-VESSEL CORONARY ARTERY DISEASE

Purpose: To determine the prevalence and the degree of coronary collaterals in patients with multi-vessel coronary artery disease. **Subjects and Methods:** The retrospective cross-sectional description study was proceeded at Cardiovascular Intervention Center, Hanoi Medical University Hospital from July 2018 to July 2019. A total of 41 patients with multi-vessel coronary artery disease were recruited to this study. **Results:** In this study, a total of 41 patients with multi-vessel coronary artery disease received DSA of coronary artery with mean age of 71.54±7.91 years and the male/female sex ratio was 1.92/1. 44.4% of these patients had the existence of coronary collaterals. Coronary collateral

circulation was graded Rentrop 1 in 14.6%, Rentrop 2 in 24.4% and Rentrop 3 in 4.9% of these patients. The coronary artery occlusion was found in left anterior descending artery (33.2%) or 5.6% was circumflex coronary artery (5.6%) or both these arteries (4.9%). **Conclusions:** The degree of collateral circulation assessed by the Rentrop score is a useful methods in the population with multi-vessel coronary artery disease.

Keywords: Multivessel coronary artery disease, percutaneous coronary intervention, coronary collateral circulation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ BN có tổn thương ba thân ĐMV ngày càng cao chiếm trên 40% tổn thương ĐMV [1]. Tổn thương ba thân ĐMV là tổn thương khi mức độ hẹp ≥ 50% cả ba nhánh ĐMV, trong đó ít nhất 1 mạch hẹp ≥ 70%, tổn thương có ý nghĩa thân chung ĐMV trái (hẹp ≥ 50%) kết hợp với tổn thương ĐMV phải (hẹp ≥ 70%) [2]. Theo suy luận thông thường, khi tổn thương 3 thân động mạch vành thì tưới máu mô cơ tim giảm, biến đổi cấu trúc mô cơ tim, làm giảm sức co bóp tâm thất dẫn đến suy tim, biểu hiện trên siêu âm tim với chỉ số EF < 50%. Trên thực tế, khoảng 1/3 tỷ lệ bệnh nhân bị tổn thương 3 thân động mạch vành không có bất thường cả về lâm sàng, điện tâm đồ và siêu âm tim (chức năng thất trái bình thường, EF > 50%). Năm 1986 Rentrop và Cohen tiến hành chụp ĐMV qua da cho 142 bệnh nhân, ghi nhận 23 bệnh nhân có THBH động mạch vành được mô tả là những vòng nối tự nhiên được tạo nên bởi những mạch máu nối giữa các đoạn của cùng 1 động mạch vành hoặc giữa các đoạn của những động mạch vành khác nhau [3]. Sự phát triển của tuần hoàn bàng hệ như là nguồn cung cấp máu thay thế cho động mạch vành chi phối vùng cơ tim đó bị mất hoặc giảm chức năng cấp máu, tuần hoàn bàng hệ cũng là một phản ứng thích nghi với sự thiếu máu cơ tim cấp hoặc mạn tính và có vai trò như là một ống thông bắc cầu qua đoạn mạch vành bị hẹp [4], [5]. Chụp mạch vành qua da đã đánh giá chính xác mức độ hẹp ĐMV và sự phát

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình,

**Trường Đại học Y Hà Nội,

***Bệnh viện Đại học Y Hà Nội,

****Trường Đại học Điều Dưỡng Nam Định.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thơ.

Email: nguyenthitho.ytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/9/2019

Ngày phản biện khoa học: 22/9/2019

Ngày duyệt bài: 2/10/2019

triển của tuần hoàn bàng hệ mạch vành. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu hình thái THBH mạch vành trên chụp mạch số hóa xóa nền ở bệnh nhân tổn thương ba thân ĐMV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 41 phim chụp mạch vành qua da ở những bệnh nhân tổn thương 3 thân ĐMV từ tháng 07/2018- tháng 07/2019 tại Trung tâm Can thiệp tim mạch- Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Loại trừ phim không rõ nét, chồng lấn hình ảnh và BN đã được điều trị can thiệp mạch vành.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang. Phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng chung nhóm nghiên cứu

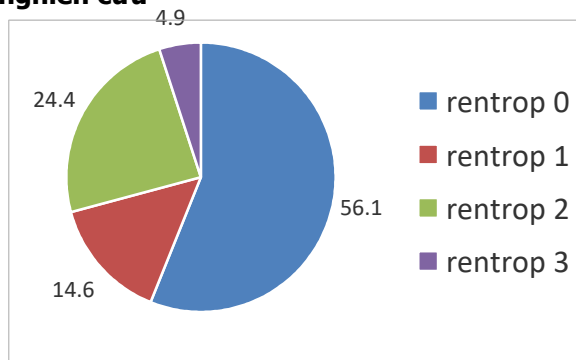
Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu (n=41)

Đặc điểm chung		Giá trị
Tuổi	Thấp nhất	45
	Cao nhất	90
	TB $\pm$ ĐLC	71,54 $\pm$ 9,71
Giới (n, %)	Nam	27 (65,9%)
	Nữ	14 (34,1%)

Nhận xét: - Tuổi trung bình của 41 BN là 71,54 $\pm$ 9,71 tuổi, trong đó BN thấp tuổi nhất là 45 và cao tuổi nhất là 90 tuổi.

- Bệnh nhân nghiên cứu phần lớn là nam giới (27 BN) chiếm 65,9% cao hơn 1,92 lần so với BN là giới nữ (14 BN) chiếm 34,1%.

2. Phân bố mức độ THBHMV ở mẫu nghiên cứu



Biểu đồ 2.1 Phân bố mức độ tuần hoàn bàng hệ

Nhận xét: Trong 41 bệnh nhân nghiên cứu có 23 bệnh nhân không có THBH ứng với

Rentrop0 chiếm 56,1%. Có 18 bệnh nhân xuất hiện THBH mạch vành (43,9%), trong đó mức độ THBH Rentrop1 chiếm 14,6% (6 BN), Rentrop2 chiếm 24,4% (10 BN) và Rentrop3 là 4,9% (2 BN).

3. Phân bố bệnh nhân có THBHMV theo từng động mạch vành thủ phạm

Bảng 3.2: Phân bố mức độ THBH mạch vành theo ĐMV thủ phạm

ĐMV thủ phạm	Số lượng	Tỉ lệ %
ĐMV phải	8	44,4
ĐM gian thất trước	6	33,2
ĐM mũ	1	5,6
ĐMV phải + ĐM gian thất trước	1	5,6
ĐMV phải + ĐM mũ	1	5,6
ĐM gian thất trước + ĐM mũ	1	5,6
Tổng	18	100,0

Nhận xét: Trong số 18 bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ có 8 bệnh nhân (44,4%) có động mạch thủ phạm là ĐMV phải. Có 6 bệnh nhân (33,2%) có động mạch thủ phạm là ĐM liên thất trước. Có 1 bệnh nhân (5,6%) có động mạch thủ phạm là động mạch mũ. Trong nghiên cứu của chúng tôi còn ghi nhận thấy sự xuất hiện của 3 trường hợp phối hợp cùng lúc hai động mạch thủ phạm chiếm tỉ 16,7%.

IV. BÀN LUẬN

1. Về độ tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu khá cao là 71,54 $\pm$ 9,71 tuổi, đây cũng là độ tuổi có nguy cơ cao bị các bệnh mạch vành nói chung và đặc biệt tổn thương 3 thân ĐMV. Tuy nhiên cũng có bệnh nhân chỉ 45 tuổi đã bị tổn thương 3 thân ĐMV trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cũng phù hợp với xu hướng thế giới ngày nay, độ tuổi mắc các bệnh tim mạch đang ngày càng trẻ hóa.

2. Về giới tính. Bệnh nhân nghiên cứu phần lớn là nam giới (27 bệnh nhân chiếm 65,9%) cao hơn 1,9 lần so với bệnh nhân nữ (14 bệnh nhân chiếm 34,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Meier và cộng sự 2013 về tuần hoàn bàng hệ của bệnh nhân tim mạch trên 5412 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có 70% là nam giới, và cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Hoàng Văn Năm (2006), nghiên cứu về tuần hoàn bàng hệ ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim.

3. Phân bố mức độ tuần hoàn bàng hệ của nghiên cứu. Trong 41 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân không có tuần hoàn bàng hệ chiếm 56,1%. Số bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ động mạch vành chiếm 43,9%. Theo phân loại của Rentrop thì trong đó mức độ tuần hoàn bàng hệ Rentrop 1 chiếm 14,6%, mức độ tuần hoàn bàng hệ Rentrop 2 có 24,4% và mức độ tuần hoàn bàng hệ Rentrop 3 là 4,9%. Nhóm bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ tốt là nhóm những bệnh nhân có mức độ tuần hoàn bàng hệ Rentrop 2 và Rentrop 3 là 29,3% tổng số 41 bệnh nhân bệnh nhân tổn thương ba thân ĐMV. Kết quả này cao hơn với kết quả 18,7% bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ tốt trong nghiên cứu của A. Kurtul và cộng sự năm 2017[6], và cũng cao hơn so với 16% bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ tốt trong nghiên cứu của Meier và cộng sự năm 2013 [7]. Kết quả này có thể được giải thích là do đối tượng bệnh nhân của chúng tôi lựa chọn là những bệnh nhân hẹp có ý nghĩa cả ba ĐMV, theo thời gian có sự thích nghi của cơ thể với tổn thương. Sự hình thành và phát triển tuần hoàn bàng hệ phụ thuộc vào mức độ hẹp của động mạch vành, thời gian thiếu máu và một số yếu tố kích thích sự hình thành và phát triển của các tuần hoàn bàng hệ.

4. Về đặc điểm hình thái tuần hoàn bàng hệ động mạch vành. Trong 18 bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ mạch vành có 44,4% bệnh nhân có động mạch thủ phạm là động mạch vành phải. Có 33,2% bệnh nhân có động mạch thủ phạm là động mạch liên thất trước. Có 5,6 % bệnh nhân có động mạch thủ phạm là động mạch mũ. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp có sự phối hợp đồng thời 2 động mạch thủ phạm, tồn tại 2 dạng THBH trên cùng 1 bệnh nhân. Theo giải phẫu bình thường vòng nối hệ ĐMV rất nghèo nàn, nhưng trong nghiên cứu ở những bệnh nhân tổn thương mạch vành đặc biệt bệnh nhân hẹp cả 3 thân ĐMV thì THBH phát triển rất phong phú thích nghi với tổn thương. Sự có mặt của THBH sẽ bảo

vệ và bảo tồn cơ tim khỏi những cơn thiếu máu,tăng cường co bóp tồn dư của cơ tim,bảo tồn chức năng thất trái. Sự xuất hiện của THBH phụ thuộc vào số lượng ĐMV tổn thương.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân tổn thương ba thân ĐMV xuất hiện THBH là 18 bệnh nhân (43,9%), trong đó mức độ THBH tốt Rentrop 2 và Rentrop 3 là 29,3%. THBH xuất hiện nhiều hình thái khác nhau tùy theo động mạch thủ phạm. ĐMV thủ phạm là ĐMV phải là 44,4%, động mạch liên thất trước là 33,2%, động mạch liên thất trước là 5,6%. Sự phối hợp 2 động mạch thủ phạm là 16,7%. Như vậy, số lượng nhánh ĐMV bị tổn thương làm tăng khả năng xuất hiện THBH ở các mức độ khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Hồng Thi, Nguyễn Thị Loan. (2016).** Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân tăng huyết áp bằng chụp cắt lớp vi tính đa dãy (256 dãy), Hội nghị Tim mạch toàn quốc.
2. **Tsuiki K et all. (1991).** Significant stenosis of coronary arteries in patients with single and multiple vessel diseases without previous myocardial infarction, *Circulation*. Vol 5, 427- 436.
3. **M.D. MARC COHEN and K. P. RENTROP (1986).** Limitation of myocardial ischemia by collateral circulation during sudden controlled coronary artery occlusion in human subjects: a prospective study. *Circulation*, 469-476.
4. **S. S. Fujita M, Ohno A, Nakajima H, Asanoi H. (1987).** Importance of angina for development of collateral circulation. *Br Heart J*, 57, 139-143.
5. **S. G. B. G (1987).** Coronary circulation on normal and pathologic heart.
6. **A. Kurtul v và S. Ozturk (2017).** Prognostic value of coronary collaterals in patients with acute coronary syndromes. *Coronary Artery Disease*, 28, 406-412.
7. **P. M. v. C. Seiler (2013).** The coronary collateral circulation--clinical relevances and therapeutic options. *Heart*, 13 (897-898).

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI NHA RĂNG VIÊM QUANH CUỐNG MẠN TÍNH, CÓ SỬ DỤNG BIODENTINE

Trịnh Thị Thái Hà*, Phạm Thị Tuyết Nga*,
Phạm Quang Dương*, Nguyễn Minh Anh*, Lưu Liên Hương**.

TÓM TẮT³

Mục đích: Nhận xét các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân có răng viêm quanh cuống mạn tính và hiệu quả sau điều trị nội nha phẫu thuật có sử dụng Biodentine. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không có đối chứng. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có răng viêm quanh cuống mạn tính gặp ở nam cao hơn ở nữ. Lý do bệnh nhân đến khám chủ yếu là do sưng đau và chảy mủ (chiếm 72,22%), nhóm răng cửa và răng nanh là nhóm răng hay gặp bệnh lý viêm quanh cuống mạn và có chỉ định điều trị nội nha phẫu thuật. Về kết quả điều trị sau 6 tháng, tỷ lệ thành công chiếm 90,70%. **Kết luận:** Điều trị nội nha phẫu thuật có sử dụng Biodentine là phương pháp đem lại tỷ lệ thành công cao ở những răng viêm quanh cuống mạn tính đã được điều trị tủy nhưng vẫn còn triệu chứng kéo dài.

Từ khóa: Biodentine, điều trị nội nha phẫu thuật

SUMMARY

EVALUATION EFFECTIVE OF ENDODONTIC SURGERY IN CHRONIC APICAL PERIODONTITIS PATIENT USING BIODENTINE

Purpose: Describe the clinical and radiographical features of chronic apical periodontitis and the effect of endodontic surgery treatment using Biodentine. **Methods:** Randomized clinical trial study. **Results:** Rate of chronic apical periodontitis between males and female patient is not significantly different. The main chief complaint in most of the patients is swelling and draining sinus (72,22%). The anterior teeth group is the most affected group. Six months after treatment, 90,70% of the teeth's healing is considered success. **Conclusion:** Endodontic surgery is a highly effective treatment in cases which non surgical endodontic treatment is not successful for the tooth with persistent apical pathology

Keywords: Biodentine, endodontic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những yếu tố quan trọng nhất khi điều trị nội nha đó là việc hàn kín khít toàn bộ hệ thống ống tủy, từ đó tạo ra nút chặn ngăn không cho dịch tủy mô quanh chóp thẩm vào trong khoang tủy[1]. Cùng với đó, các triệu chứng của răng mang bệnh cũng phải được giảm đi dần theo thời gian. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ về vật liệu nội nha, dụng cụ cũng như kỹ thuật, trong nhiều trường hợp bệnh lý vùng cuống vẫn kéo dài. Trong những trường hợp như vậy, một trong những phương pháp điều trị đó là tiến hành điều trị nội nha phẫu thuật. Nội nha phẫu thuật là phương pháp điều trị được chỉ định trong các trường hợp như vật liệu dư vùng chóp ngăn cản sự liền thương, các ống tủy tắc hẹp không thể hàn được kín, gãy dụng cụ,... Với tỷ lệ thành công dao động từ 30%[2] tới hơn 80%[3]. Mục đích của phẫu thuật này nhằm tạo ra môi trường cho phép sự liền thương và tái tạo lại cementum và dây chằng quanh răng ở vùng cuống.

Trong y văn đã mô tả nhiều vật liệu được sử dụng làm chất hàn ngược. Từ các vật liệu với bản chất kim loại như vàng, amalgam cho tới các xi măng nha khoa như ZOE, IRM, Super-EBA, Cavit, kẽm polycarboxylate cho tới các vật liệu gần đây hơn như GIC, resin,... đã được đưa vào ứng dụng. Tuy nhiên, chưa có vật liệu nào đáp ứng được hoàn toàn yêu cầu của một vật liệu hàn ngược lý tưởng. Gần đây hơn, một số loại cement với bản chất và cơ chế tác dụng gần giống như calcium hydroxide đã được ra đời như mineral trioxide aggregate (MTA), Biodentine. Các vật liệu mới này giữ nguyên các đặc tính ưu việt của calcium hydroxide nhưng đồng thời lại khắc phục được các nhược điểm của vật liệu này. Tuy vậy, cho tới nay vẫn ít có các tài liệu trong y văn nói về hiệu quả của Biodentine khi được sử dụng làm chất hàn ngược sau khi cắt cuống so với các vật liệu khác. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội nha răng viêm quanh cuống mạn tính có sử dụng Biodentine".

*Trường Đại học Y Hà Nội.

**Viện Y học ứng dụng Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Dương

Email: phamquangduonghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 14/9/2019

Ngày duyệt bài: 30/9/2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 18 bệnh nhân, với 43 răng được chẩn đoán viêm quanh cuống mạn tính. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2018 đến tháng 2/2019, tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có răng cửa hoặc/và răng hàm nhỏ được chẩn đoán viêm quanh cuống mạn tính, có chỉ định điều trị nội nha phẫu thuật. Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân có bệnh lý toàn thân nặng, các bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật hay tham gia nghiên cứu, các răng không thể phục hồi, nứt dọc chân răng, các răng có tổn thương xương xuyên thấu, có tổn thương mô nha chu tiến triển.

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý theo phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	10	55,56
Nữ	8	44,44
Tổng	18	100,0

Bảng 3.2. Lý do tới khám của bệnh nhân

Lý do đi khám	Số lượng	Tỷ lệ %
Răng đổi màu	4	22,22
Sưng đau – chảy mủ - lung lay	13	72,22
Ngẫu nhiên	1	5,56
Tổng	18	100,0

3.2. Đánh giá kết quả nội nha phẫu thuật

Bảng 3.4. Đặc điểm liền thương trên X quang theo kích thước tổn thương sau phẫu thuật 6 tháng

Đặc điểm liền thương	Kích thước tổn thương			Tổng
	< 5 mm	5-9 mm	> 9 mm	
Liền thương hoàn toàn	6	5	4	15
Liền thương chưa hoàn toàn	0	3	21	24
Liền thương chưa chắc chắn	0	1	2	3
Không liền thương	0	1	0	1
Tổng	6	10	27	43

Qua đo đặc tổn thương trên Xquang ở 43 răng, chúng tôi nhận thấy có 6 tổn thương nhỏ hơn 5 mm chiếm 13,95%, 10 tổn thương từ 5 đến 9 mm chiếm 23,26%, 27 tổn thương lớn

Bảng 3.3. Đặc điểm răng tổn thương theo vị trí

Vị trí răng tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
Răng cửa và nanh	32	74,42
Răng hàm nhỏ	11	25,58
Tổng	43	100,0

Qua nghiên cứu ở 18 bệnh nhân với 43 răng viêm quanh cuống mạn tính chúng tôi nhận thấy, số bệnh nhân nữ chiếm 44,44% ít hơn bệnh nhân nam chiếm 55,56%. Tổn thương quanh cuống xuất hiện ở tất cả các nhóm răng, trong đó, nhóm răng cửa chiếm đa số với tỷ lệ 74,42%; cao hơn nhóm răng hàm nhỏ, với tỷ lệ 25,58%. Lý do chủ yếu khiến bệnh nhân tới khám đó là bệnh nhân thấy sưng đau, chảy mủ chiếm 72,22% cao hơn các lý do khác. Ngoài ra bệnh nhân còn đi khám do răng đổi màu, chiếm 22,22% và có 1 trường hợp bệnh nhân phát hiện được khi tình cờ đi khám răng miệng. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất khi thăm khám bệnh nhân là đau khi gõ dọc với 33 răng (76,44%), tiếp theo đó là đau khi sờ ngách tiền đình với 29 răng (67,44%) và sưng với 24 răng (55,81%). Trong 28 răng không mang phục hình, chỉ có 3 răng có đổi màu (6,97%)

Theo nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hà thì 82,4% trường hợp viêm quanh cuống mạn tính có đổi màu men răng. Theo Phan Văn Việt tỷ lệ này 83,3%. Nghiên cứu của chúng tôi có một tỷ lệ khác biệt lớn, tuy nhiên điều này cũng là dễ hiểu vì hiện nay với yêu cầu thẩm mỹ cao của bệnh nhân, bệnh nhân sẽ đi khám sớm ngay khi phát hiện răng có đổi màu. Tuy vậy số lượng răng đau khi gõ dọc hay sưng vẫn gần tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hùng Hiệp.

hơn 9 mm chiếm 62,79%. Sau 6 tháng phẫu thuật có 15 răng liền thương hoàn toàn chiếm 34,88%, 24 răng liền thương chưa hoàn toàn chiếm 55,81%. Còn lại 3 răng liền thương chưa

chắc chắn và 1 răng liền thương chưa tốt. Toàn bộ các răng có tổn thương < 5mm đều liền thương hoàn toàn, trong khi đó đa số các răng có tổn thương > 9 mm liền thương chưa hoàn toàn.

Bảng 3.5. Kết quả thành công của phẫu thuật nội nha sau 6 tháng

Thành công	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	39	90,70
Không	4	9,30

Việc đánh giá kết quả thành công hay không thành công được dựa trên các tiêu chí về khám lâm sàng răng không có triệu chứng sưng đau, không lung lay, không có túi quanh răng thông thương với tổn thương vùng cuống cũng như sự liền thương trên phim Xquang. Trong các bệnh nhân đến tái khám sau 6 tháng, xuất hiện 1 răng còn sưng và có lỗ dò, chiếm 2,32%. Có 2 răng xuất hiện túi quanh răng > 4mm, chiếm 4,65%, cho thấy có sự thông thương với tổn thương vùng cuống. Một trong hai răng này được chẩn đoán nứt dọc thân răng, đã được nhổ bỏ. Tỷ lệ liền thương hoàn toàn xuất hiện ở cả ba nhóm kích thước nhỏ, vừa và lớn. Sau 6 tháng phẫu thuật dạng liền thương chủ yếu gặp là dạng liền thương không hoàn toàn trên Xquang (55,81%) (Bảng 4). Sau 6 tháng phẫu thuật, kết quả thành công đạt 90,7%, không thành công chiếm 9,3%. Trong 3 răng điều trị không thành công, 2 răng đã được chỉ định nhổ bỏ, còn lại 1 răng tiếp tục được chỉ định theo dõi. 15 răng đã có liền thương hoàn toàn. Rudd cho rằng, các thay đổi khi liền thương chủ yếu diễn ra trong một năm đầu sau phẫu thuật và duy trì ổn định sau theo dõi 4 năm. Do đó, các bác sĩ nên theo dõi tối thiểu một năm và nên tái khám lại tới 4 năm đối với các trường hợp liền thương chưa chắc chắn [4].

So sánh với các nghiên cứu khác về nội nha phẫu thuật hay phẫu thuật cắt cuống khác ở Việt Nam, chúng tôi thấy tỷ lệ thành công của chúng tôi cũng tương tự như đối với nghiên cứu của Nguyễn Hùng Hiệp (92.1%) [5] và Phan Văn Việt (91%) [6]. Tuy nhiên, với các nghiên cứu có theo dõi kéo dài, thì tỷ lệ thành công của nội nha phẫu thuật với phương pháp truyền thống theo Tobrabinjad sẽ giảm xuống 77,8% sau 2-4 năm, và còn 62,9% sau 6 năm [7]. Trong khi đó, nội nha phẫu thuật bằng phương pháp hiện đại có tỷ lệ thành công cao và vẫn duy trì ổn định trên 90% sau thời gian theo Christiansen [8] và

cộng sự. Sự thay đổi này do các hạn chế khi đánh giá các thực thể bệnh lý ở vùng quanh cuống. Tuy nhiên, nội nha phẫu thuật bằng phương pháp truyền thống vẫn có tỷ lệ thành công kéo dài lớn hơn 50%, do việc loại bỏ được các thực thể bệnh lý ngoài cuống răng.

Từ kết quả trên chúng tôi nhận thấy, đối với các trường hợp bệnh lý vùng cuống kéo dài, các trường hợp ống tủy đặc biệt không thể điều trị thông thường việc sử dụng điều trị nội nha phẫu thuật đem lại cho bệnh nhân một lựa chọn nhằm giữ lại răng tự nhiên với tỷ lệ thành công cao, ít biến chứng. Với kỹ thuật hiện đại giúp giảm sang chấn cũng như đảm bảo kết quả phẫu thuật kéo dài, trong đó có việc sử dụng vật liệu hàn ngược an toàn sinh học như Biodentine.

* Một số ưu nhược điểm của Biodentine

- Ưu điểm: Khi sử dụng trên lâm sàng của Biodentine đó là thời gian cứng nhanh (từ 12 đến 15 phút). Đây được coi là một ưu điểm khi so sánh với thời gian cứng 170 phút của MTA do thời gian cứng chậm dần tới khả năng tiêu vật liệu và thay đổi bề mặt khi kết thúc phẫu thuật (làm sạch và bơm rửa hốc xương). Một đặc điểm khác của Biodentine đó là việc được đóng gói trong nhộng. Bột của Biodentine chủ yếu chứa tricalcium silicate, calcium carbonate và zirconium oxide là chất tăng cản quang, còn nước chứa calcium chloride là chất ức tác cứng và tạo nước. Việc sử dụng đúng tỷ lệ sử dụng các thiết bị trộn sẵn cho phép vật liệu được sử dụng ở một tỷ lệ đúng với các tính chất ổn định mỗi khi sử dụng.

Chúng tôi cũng tìm thấy vài nhược điểm của Biodentine. Đầu tiên đó là việc sử dụng không dễ như nhà sản xuất báo cáo. Một nhược điểm khác chung của tất cả các cement có gốc silicate đó là khả năng không thể tạo hình vật liệu thành các con nhỏ để đưa vào xoang trám ngược như đối với IRM hay Super EBA. Có thể sử dụng khối Lee nhưng việc sử dụng các hệ thống đưa như MAP làm cho phẫu thuật trở nên dễ dàng hơn. Trong quá trình thao tác của chúng tôi, chúng tôi đưa từng khối Biodentine nhỏ vào sau đó lên bằng cây lên nhỏ. Chúng tôi không sử dụng côn giấy do khả năng làm thay đổi tỷ lệ bột/nước của hỗn hợp.

- Nhược điểm: Chính trên lâm sàng của Biodentine đó là mức độ cản quang thấp. Mặc dù trong hỗn hợp đã có chất cản quang nhưng mức độ cản quang không tốt như MTA có chứa Bismuth oxide. Việc mức độ cản quang thấp

khiến cho việc đánh giá khối hàn ngược khó khi sử dụng ít vật liệu. Khi sử dụng nhiều vật liệu thì dễ nhìn hơn. Hơn nữa sẽ làm tăng nguy cơ để lại vật liệu trong hốc xương. Nhược điểm này chủ yếu do chỉ định ban đầu của Biodentine đó là sử dụng với các phục hồi ở thân răng. Trong các trường hợp này, việc ít cản quang có ưu điểm hơn. Ngược lại, mức độ cản quang rất quan trọng trong các trường hợp hàn ngược.

V. KẾT LUẬN

Nội nha phẫu thuật sử dụng hàn ngược bằng Biodentine là phương pháp điều trị có tỷ lệ thành công cao trong điều trị bệnh lý viêm quanh cuống mạn tính, giúp bảo tồn răng trên các răng có phục hình, cắm chốt, bệnh lý kéo dài mặc dù đã điều trị nội nha cũng như các răng đã phẫu thuật nội nha nhưng thất bại từ trước đó. Phương pháp này giúp kéo dài tuổi thọ của răng trên miệng bệnh nhân, thay thế cho việc nhổ răng và làm phục hình về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ozata F., Erdilek N., Tezel H. (1993), A comparative sealability study of different retrofilling materials. Int Endod J, 26(4), pp.241-245.
2. Jansson L., Sandstedt P., et al. (1997), Relationship between apical and marginal healing in periradicular surgery, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 83(5), pp. 596-601.
3. Rud, J., Andreasen J.O., et al., (1972), Radiographic criteria for the assessment of healing after endodontic surgery, Int J Oral Surg, 1(4), pp. 195-214.
4. Rud J., Andreasen J.O., et al., (1972), A follow-up study of 1,000 cases treated by endodontic surgery, Int J Oral Surg, 1(4), pp. 215-228.
5. Nguyễn Hùng Hiệp, Hà Ngọc Chiêu (2016), Đánh giá hiệu quả của phương pháp cắt cuống răng, Tạp chí Y học Việt Nam, 444(2).
6. Phan Văn Việt (2003), Nhận xét đặc điểm lâm sàng thương tổn vùng cuống răng mãn tính và kết quả phẫu thuật cắt cuống răng. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 55-77.
7. Torabinejad M., Corr R., et al. (2009), Outcomes of nonsurgical retreatment and endodontic surgery: a systematic review. J Endod, 35(7), pp. 930-937.
8. Christiansen R., Kirkevang L.L., et al. (2009), Randomized clinical trial of root-end resection followed by root-end filling with mineral trioxide aggregate or smoothing of the orthograde gutta-percha root filling--1-year follow-up. Int Endod J, 42(2), pp. 105-114.

TÌNH HÌNH VÀ ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2016 -2017

Phạm Vũ Thụy*

TÓM TẮT⁴

Đặt vấn đề: Ngày nay, người ta thấy rối loạn lipid máu là một trong 10 nguy cơ hàng đầu gây tử vong [6]. Do đó, nhằm giảm gánh nặng cho xã hội về tần suất mắc bệnh tim mạch thì việc tìm hiểu RLLP máu ở bệnh nhân THA là rất cần thiết. **Mục tiêu:** Đánh giá tình hình và đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. Tìm hiểu mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với vận động thể lực, béo bụng trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. **Đổi**

tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 255 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát được điều trị ngoại trú tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ từ 5/2016-4/2017. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp là 94,5%, trong đó nam chiếm 34,4% và nữ chiếm 65,6. Rối loạn từng phần lipid máu: tăng triglycerid chiếm 82,7%, tăng cholesterol chiếm 71%, tăng LDL-c chiếm 55,3% và giảm HDL-c chiếm 18,0%. Nguy cơ rối loạn lipid máu ở người có béo bụng theo vòng eo có nguy cơ cao hơn 1,26 lần so với người không béo bụng. Người tăng huyết áp không vận động thể lực có nguy cơ rối loạn lipid máu cao hơn 2,54 lần so với người có vận động thể lực. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát rất cao (94,5%), người có độ

*Bệnh viên Đa khoa Kiên Giang
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Vũ Thụy
Email: phamvuthuykg@gmail.com
Ngày nhận bài: 3/9/2019
Ngày phản biện khoa học: 20/9/2019
Ngày duyệt bài: 30/9/2019

tuổi 50-69 mắc cao nhất. Chưa thấy mối liên quan chặt chẽ giữa rối loạn lipid với béo bụng và ít vận động thể lực.

Từ khóa: Lipid máu, rối loạn lipid máu

SUMMARY

SITUATION AND CHARACTERS OF DYSLIPIDEMIA ON PRIMARY HYPERTENSIVE PATIENTS AT CANTHO UNIVERSITY- HOSPITAL OF MEDICINE AND PHARMACY, 2016-2017

Background: Nowadays, it is found that dyslipidemia is one of 10 first risks causing death. Thus, to decrease social burdens on prevalence of cardiovascular diseases means to find out level of dyslipidemia on primary hypertensive patients is essential. **Objective:** To evaluate situation and characters of dyslipidemia on primary hypertensive patients. Relations among the dyslipidemia and fat abdomen, inactivity patients. **Subject and Method:** Cross-sectional study is carried out on 255 primary hypertensive patients outtreating at Cantho university-hospital of medicine and pharmacy from May 2016 to April 2017. **Results:** Rate of dyslipidemia on hypertensive patients is 94,5%, with 34,4 % of male and 65,6% of female patients. Lipidemia balance: Increasing of triglyceride 82,7%, cholesterol 71%, LDL-c 55,3%, and decreasing of HDL-c 18,0%. Risk of dyslipidemia on fat abdomen patient is 1,26 times greater than the normal abdomen one. Risk of dyslipidemia on hypertensive patient without activity is 2,54 times greater than the activity one. However, the differences is not significant statistics. **Conclusion:** Rate of dyslipidemia on hypertensive patients is very high (94,5%). Lipid metabolic disorders have been found the most at age of 50-69. There aren't close relations between dyslipidemia and fat abdomen, inactivity patients.

Keyword: Lipidemia, Dyslipidemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh mạn tính phổ biến nhất ở nước ta cũng các nước trên thế giới [8]. Bệnh lý này ngày càng gia tăng và đã trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng [3]. Theo điều tra dịch tễ học của Viện Tim Mạch quốc gia Việt Nam, năm 2008 tỉ lệ tăng huyết áp trong dân số là 25,1% và tỉ lệ này tăng lên đến 33% năm 2013 [8]. Tại Hoa Kỳ, năm 2004 tỉ lệ tăng huyết áp ở người lớn khoảng 29,3% và tại Canada vào năm 2007 là 25 % [3]. Tổ chức y tế thế giới ước đoán năm 2025 sẽ có khoảng 1,56 tỉ người bị tăng huyết áp [5]. Tăng huyết áp nguy hiểm bởi vì biến chứng của bệnh này không

chỉ gây chết người, mà còn để lại nhiều di chứng nặng nề như nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, tạo nên gánh nặng cho người bệnh, cho gia đình và cho xã hội [8].

Rối loạn lipid (RLLP) máu là 1 trong 6 yếu tố nguy cơ tim mạch chính của bệnh THA và là yếu tố diễn tiến âm thầm, ít được bệnh nhân quan tâm, nhưng lại là một trong những nguy cơ hàng đầu gây tử vong và các biến cố tim mạch [6].

Kinh tế phát triển, đời sống nhân dân khá lên, thay đổi chế độ ăn uống tốt hơn, ăn nhiều thịt, uống nhiều rượu và đời sống công nghiệp tập nập làm việc không có thời gian tập thể dục, ngồi lâu, ít vận động. Đây là những yếu tố nguy cơ làm tăng rối loạn lipid máu.

Từ cơ sở trên, chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu sau:

1. *Xác định tỉ lệ và đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh Viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.*
2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh Viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Dân số mẫu:** Tất cả các bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát, được chẩn đoán và điều trị ngoại trú tại khoa khám, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 05/2016 đến 04/2017.

- **Đối tượng lựa chọn đưa vào nghiên cứu:** Những bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát từ 18 tuổi trở lên theo tiêu chuẩn JNC VII khi HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATT_r ≥ 90 mmHg đến khám hoặc đang điều trị tăng huyết áp ngoại trú.

- **Đối tượng loại trừ:** Bệnh nhân đang sử dụng các loại thuốc có thể ảnh hưởng đến lipid máu như: Thuốc lợi tiểu thiazid liều >25 mg/ngày, thuốc chẹn β liều cao: Bisoprolol >5 mg/ngày, Metoprolol >50 mg/ngày; corticoid liều cao kéo dài, cyclosporin. Bệnh nhân đã dùng statin, fenofidrat, niacin trong vòng 4 tuần qua. Viêm gan mạn, suy thận mạn, bệnh viêm cơ, suy tim nặng, nhồi máu cơ tim cấp, đau thắt ngực nặng hoặc đau thắt ngực không ổn định. Đái tháo đường, cường giáp, suy giáp, hội chứng Cushing.

Bệnh nhân THA thứ phát và bệnh nhân không đồng ý.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang
- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Kỹ thuật thu thập số liệu:** Đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng, đo huyết áp và phân loại THA theo tiêu chuẩn JNC VII, thu thập thông tin theo bệnh án nghiên cứu và xét nghiệm lipid máu, men gan và phân loại rối loạn lipid máu và mức độ rối loạn từng thành phần lipid theo NCEP ATP III.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

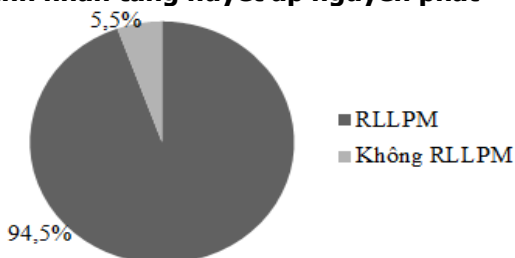
Tổng số 255 bệnh nhân tăng huyết áp, nam chiếm 34,1%, nữ chiếm 65,9%. Nhóm tuổi 60-69 chiếm tỉ lệ cao nhất 31,0%. Độ tuổi trung bình là $58,41 \pm 12,80$ tuổi.

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm BN tăng huyết áp	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đang điều trị	224	87,8
Mới phát hiện (theo JNC VII)	THA độ I	21
	THA độ II	10
Tổng	255	100,0

Nhận xét: Có 224 bệnh nhân đang điều trị THA (87,8%), 31 bệnh nhân mới được chẩn đoán THA (12,2%). Đa số bệnh nhân mắc THA dưới 5 năm (71,0%).

3.2. Tỉ lệ rối loạn lipid máu chung ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát



Biểu đồ 3.1. Tỉ lệ rối loạn lipid máu chung của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỉ lệ rối loạn lipid máu chung ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát 94,5%.

3.3. Đặc điểm rối loạn lipid máu bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát

- **Tỉ lệ rối loạn các thành phần lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp**

Bảng 3.2. Tỉ lệ rối loạn từng thành phần lipid máu ở đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Số lượng (n=255)	Tỉ lệ (%)
Cholesterol $\geq 5,2$ mmol/L	181	71,0
Triglycerid $\geq 1,7$ mmol/L	211	82,7
LDL-c $\geq 3,36$ mmol/L	141	55,3
HDL-c $\leq 0,9$ mmol/L	46	18,0

Nhận xét: Rối loạn triglycerid có tỉ lệ cao nhất với 82,7%, kế đó là Cholesterol 71%.

Bảng 3.3. Tỉ lệ rối loạn lipid máu theo số thành phần lipid bị rối loạn

Số thành phần LP rối loạn	Số lượng (n=241)	Tỉ lệ (%)
1 thành phần	44	18,2
2 thành phần	77	31,9
3 thành phần	101	41,9
4 thành phần	19	7,9
Tổng cộng	241	100,0

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân rối loạn 3 thành phần Lipid chiếm cao nhất chiếm 41,9%; kế đến là rối loạn 2 thành phần chiếm 31,9%.

-Mức độ rối loạn các thành phần Lipid máu ở bệnh nhân THA nguyên phát

Tăng cholesterol cao giới hạn là 39,6%, cao là 31,4%; tăng triglycerid cao giới hạn là 20,4%, cao là 56,9%; tăng LDL-c cao giới hạn là 33,3%, cao là 14,9% và rất cao là 7,1%; HDL-c giảm 37,3%.

3.4 Tương giữa thời gian THA, béo bụng, thói quen vận động với RLLP máu

Bảng 3.4. Liên quan giữa thời gian mắc THA với rối loạn lipid máu

Thời gian THA	Rối loạn lipid máu		OR 95% CI	p
	Có n (%)	Không n (%)		
< 5 năm	173 (95,6)	8 (4,4)	-	-
5 – 9 năm	49 (94,2)	3 (5,8)	0,76 (0,2-2,9)	0,687
≥ 10 năm	19 (86,4)	14 (13,6)	0,29 (0,07-1,2)	0,09

Nhận xét: Ghi nhận sự khác nhau về tỉ lệ rối loạn lipid máu ở thời gian mắc THA khác nhau của bệnh nhân THA nguyên phát, tuy nhiên sự khác biệt trên không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.5. Liên quan giữa béo bụng với rối loạn lipid máu ở BN THA nguyên phát

Béo bụng theo vòng eo	Rối loạn lipid máu		OR 95% CI	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Béo bụng	151(94,9)	8(5,1)	1,26	0,688
Không béo bụng	90(93,8)	6(6,2)	0,42-3,72	

Nhận xét: Bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có và không có béo bụng có tỉ lệ rối loạn lipid máu tương đương nhau (94,9%/93,8%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.6. Liên quan giữa thói quen vận động với RLLP máu ở BN THA

Chế độ vận động	Rối loạn lipid máu		OR 95% CI	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Không vận động thể lực	158(96,3%)	6(3,7%)	2,54	0,087
Có vận động thể lực	83(91,1%)	8(8,9%)	0,85-7,51	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân THA nguyên phát không vận động thể lực có tỉ lệ rối loạn lipid máu (96,3%) cao hơn bệnh nhân THA có vận động thể lực (91,1%) với OR=2,54, tuy nhiên sự khác biệt trên chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Rối loạn lipid (RLLP) máu là một yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch. Ngày nay, người ta thấy RLLP máu là một trong 10 nguy cơ hàng đầu gây tử vong [6]. Do đó, nhằm giảm gánh nặng cho xã hội về tần suất mắc bệnh tim mạch thì việc tìm hiểu RLLP máu ở bệnh nhân THA là rất cần thiết. Đồng thời cũng giúp cho công tác phòng bệnh có nhiều chứng cứ khoa học và giúp cho công tác điều trị đạt hiệu quả tốt hơn.

4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Trong tổng số 255 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $58,48 \pm 12,8$ thấp hơn nghiên cứu của Huỳnh Minh Ngọc $67,3 \pm 11,5$ [5]; Nguyễn Văn Hoàng $75,24 \pm 8,3$ [4], và tuổi 60-69 mắc bệnh cao nhất chiếm 31,0%. Độ tuổi này gần bằng với nghiên cứu của Huỳnh Minh Ngọc 30,8%; Lê Văn Thành 29,5% [7]; Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như của Huỳnh Minh Ngọc, Lê Văn Thành, Nguyễn Minh Hùng thể hiện rõ độ tuổi >50 thì tỉ lệ bệnh ngày càng tăng dần. Điều này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu đã nhận xét tuổi có liên quan đến sự phát triển của Hội chứng chuyển hóa (HCCH), độ tuổi càng cao thì tỉ lệ

mắc bệnh HCCH ngày càng tăng và tỉ lệ tăng nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 50 trở lên [5].

Điểm đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi là tỉ lệ bệnh ở nữ giới cao hơn nam giới là 65,9% và 31,1%, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Huỳnh Minh Ngọc [5] nữ chiếm 62,7%, và nam chiếm 37,3%; Lê Văn Thành [7] nữ chiếm 73,7%, nam chiếm 26,3%; Nguyễn Văn Hoàng [4] nữ 66,5%, nam 33,5%.

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi và của các tác giả nêu trên cho thấy tỉ lệ THA ở bệnh nhân nữ cao gần gấp 2 lần so với bệnh nhân nam, có tác giả giải thích rằng nồng độ estrogen là yếu tố hiển nhiên nhất có tác dụng bảo vệ, chống lại bệnh tật, nữ giới sau tuổi 50, rơi vào giai đoạn mãn kinh, mất yếu tố bảo vệ nên bệnh tật nhiều hơn nam giới.

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chính của bệnh lý tim mạch. Bệnh nhân tăng huyết áp có rối loạn lipid máu làm tăng thêm nguy cơ ho bệnh lý tim mạch và tử vong của bệnh nhân [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy đa số bệnh nhân bị THA dưới 5 năm (71%). Kết quả này cao hơn với nghiên cứu Nguyễn Văn Hoàng có tỉ lệ THA dưới 5 năm là 57% [4].

4.2. Tình hình rối loạn lipid máu ở đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi

trên 255 bệnh nhân THA thì tỉ lệ rối loạn lipid máu chiếm 94,5%, kết quả này giống với nghiên cứu của Võ Như An 95,9% [1] nhưng cao hơn Huỳnh Minh Ngọc là 86,2% [5], Lê Văn Thành là 84,8%[7]. Vì thế, RLLP máu ở bệnh nhân THA rất cao nên khuyến cáo cho các thầy thuốc lâm sàng quan tâm điều trị càng sớm càng tốt nhằm phòng tránh biến chứng cho bệnh nhân.

Tỉ lệ rối loạn lipid máu ở nam giới THA trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 34,4% và nữ giới chiếm 65,6%. Rối loạn lipid máu tăng dần theo độ tuổi, cao nhất tập trung ở độ tuổi 50- 69 (60,2%). Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Văn Hoàng (2010) [3], Lê Văn Thành (2013) [7] và Huỳnh Minh Ngọc (2014) [5].

Rối loạn lipid máu có thể biểu hiện ở nhiều dạng nhưng tăng cholesterol và tăng LDL-c được quan tâm nhiều nhất do có nhiều bằng chứng mạnh và thuyết phục cho thấy việc kiểm soát cholesterol và LDL-c có thể phòng ngừa bệnh tim mạch.

Qua nghiên cứu của chúng tôi ở bệnh nhân THA có RLLP nhận thấy tỉ lệ tăng triglycerid rất cao 82,7%, tăng cholesterol chiếm 71%, tăng LDL-c 55,3% và giảm HDL-c chiếm 18%, cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hoàng (2010) có tăng triglycerid 51,2%, tăng cholesterol 50,4%, tăng LDL-c 54,8% và giảm HDL-c 14,3% [3]; Theo nghiên cứu của Huỳnh Minh Ngọc trên 260 bệnh nhân THA nguyên phát đã ghi nhận tăng triglycerid rất cao chiếm 75,4%, cholesterol chiếm 68,8%, tiếp đến LDL-c tăng 36,5% và giảm HDL-c 23,1% [5].

Nhìn chung, trong các nghiên cứu trên cho thấy mức độ rối loạn các thành phần lipid máu đều tăng, trong đó rối loạn tăng triglycerid nhiều nhất, kế đến là cholesterol, rồi LDL-c và giảm HDL-c.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận RLLP máu với một thành phần số chiếm 18,2%, hai thành phần số chiếm 31%, ba thành phần chiếm 41,9%. Trong khi nghiên cứu của Võ Như An có RLLP máu với một thành phần 22,2%, hai thành phần 69,9% và ba thành phần 5,7% [1]. Vì thế, các nghiên cứu cho thấy rối loạn một và hai thành phần là chủ yếu.

4.3. Liên quan giữa béo phì, thói quen vận động và thời gian tăng huyết áp với rối loạn lipid máu

Theo cảnh báo của các nhà chuyên môn tim mạch và nội tiết thì béo phì và RLLP máu được xem là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch và ĐTĐ, các công trình trên thế

giới và Việt Nam đã khẳng định rằng tăng cân quá mức, nhất là béo phì nói chung và béo phì dạng nam nói riêng đều làm tăng tỉ lệ bệnh tật, tăng tỉ lệ tử vong và giảm khả năng lao động là một thực trạng mà xã hội phát triển đang phải đối mặt [7].

Ghi nhận từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì béo bụng có mối liên quan chặt chẽ với RLLP máu, chiếm tỉ lệ 94,9% cao hơn nhóm người không béo bụng. Kết quả này thấp hơn Huỳnh Minh Ngọc là 97,9% [5] và cao hơn Lê Văn Thành là 87,4% [7].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm người tăng huyết áp ít vận động thể lực có RLLP máu cao hơn người có vận động thể lực là 96,3% so với 91,1%, người ít vận động có rối loạn lipid máu gấp 2,54 lần người vận động. Trong nghiên cứu của Huỳnh Minh Ngọc cũng ghi nhận người không hoạt động thể lực có RLLP cao hơn người hoạt động thể lực lần lượt là 88,8% và 73,9% [5].

Hoạt động thể lực mang lại nhiều điểm lợi cho sức khỏe con người. Bởi vì nó ngoài việc giảm lipid máu có hại, tăng lipid máu có lợi, hoạt động thể lực còn giúp giảm HA, giảm được nguy cơ tim mạch. Qua nhiều nghiên cứu chúng tôi thấy hoạt động thể lực là yếu tố bảo vệ quan trọng, tránh được các bệnh lý về tim mạch và chuyển hóa. Vì thế cần khuyến khích bệnh nhân hoạt động thể lực hằng ngày, nhất là người phải ngồi làm việc lâu trong các văn phòng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự khác nhau về tỉ lệ rối loạn lipid máu ở thời gian mắc THA khác nhau của bệnh nhân THA nguyên phát, tuy nhiên sự khác biệt trên không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về rối loạn lipid máu ở 255 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại bệnh viện trường ĐHYD Cần Thơ, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

5.1. Tỉ lệ và mức độ rối loạn lipid máu

Tỉ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp rất cao chiếm 94,5%, trong đó nam chiếm 34,4% và nữ chiếm 65,6%, độ tuổi từ 50-69 mắc cao nhất chiếm 60,2%. Rối loạn từng thành phần lipid máu: tăng triglycerid chiếm 82,7%, tăng cholesterol chiếm 71%, tăng LDL-c chiếm 55,3% và giảm HDL-c chiếm 18,0%.

Mức độ rối loạn: tăng cholesterol cao giới hạn là 39,6%, cao là 31,4%; tăng triglycerid cao giới hạn là 20,4%, cao là 56,9%; tăng LDL-c cao giới hạn là 33,3%, cao là 14,9% và rất cao là 7,1%; HDL-c giảm 37,3%.

5.2. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA

Nguy cơ rối loạn lipid máu ở người có béo bụng theo vòng eo có nguy cơ cao hơn 1,26 lần so với người không béo bụng.

Người tăng huyết áp không vận động thể lực có nguy cơ rối loạn lipid máu cao hơn 2,54 lần so với người có vận động thể lực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Như An (2013)**, Điều trị tăng huyết áp và đặc điểm rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận, đề tài nghiên cứu cấp bệnh viện.
2. **Phạm Thanh Bình (2016)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng rosuvastatin trong kiểm soát LDL-c ở bệnh nhân bệnh động mạch vành tại bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ, luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Cần Thơ.

3. **Nguyễn Văn Hoàng (2010)**, Nghiên cứu bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Long An, luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

4. **Nguyễn Văn Hoàng (2015)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương cơ quan đích và đánh giá kết quả điều trị bằng hypotiazide phối hợp với irbesartan ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp nguyên phát tại bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang, luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Cần Thơ.

5. **Huỳnh Minh Ngọc (2014)**, Nghiên cứu rối loạn lipid máu và đánh giá kết quả điều trị bằng Ruvastatin ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ, luận án chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

6. **Đặng Vạn Phước (2015)**, Cập nhật các biện pháp điều trị tăng LDL-cholesterol, chúng ta đang ở đâu?, Hội nghị tim mạch học 2015, tr. 1-15.

7. **Lê Văn Thành (2013)**, Nghiên cứu rối loạn lipid máu và đánh giá kết quả điều trị bằng atorvastatin trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu Bến Tre, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

8. **Nguyễn Lâm Việt (2015)**, 14 Thực hành bệnh tim mạch, NXB Y học, tr. 368-378.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG KÉM NHẠY CẢM ANDROGEN

Tạ Thị Hà Phương*, Trần Thiết Sơn*, Tạ Thị Hồng Thuý*

TÓM TẮT

Bài báo nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cơ quan sinh dục trên bệnh nhân có Hội chứng kém nhạy cảm Androgen (AIS). Từ 01/2008 tới 01/2019 tại khoa Phẫu thuật tạo hình – Bệnh viện Xanh Pôn đã khám chẩn đoán và điều trị cho 13 bệnh nhân (BN) với chẩn đoán AIS. Trong nghiên cứu tuổi trung bình phát hiện là 12,8 trong đó 6/13 BN có kiểu hình cơ quan sinh dục (CQSD) thuộc Hội chứng kém nhạy cảm androgen hoàn toàn (CAIS) và 7/13 BN bị Hội chứng kém nhạy cảm androgen một phần (PAIS). Nhóm CAIS có 6/6 BN kiểu CQSD ngoài Prader typ I. Nhóm PAIS có CQSD ngoài mơ hồ thuộc typ

II, III, IV, V. 100% nghiên cứu cả bộ nhiễm sắc thể (NST) là 46,XY và đều không phát hiện thấy buồng trứng và tử cung trên siêu âm. Kết luận đặc điểm CQSD ngoài biến đổi tùy mức độ: thể nhẹ PAIS có kiểu hình và CQSD ngoài giống nam, nhưng dương vật nhỏ, nặng hơn một chút có biểu hiện mơ hồ giới tính, thể nặng CAIS có tuyến vú, kém phát triển lông mu và CQSD ngoài giống nữ giới. Tất cả các BN AIS đều có bộ NST là 46,XY, không có tử cung và buồng trứng.

Từ khóa: Hội chứng kém nhạy cảm androgen, nữ tính hoá tinh hoàn, AIS, CAIS, PAIS.

SUMMARY

THE CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTIC OF SEXUAL ORGANS IN PATIENTS WITH ANDROGEN INSENSITIVITY SYNDROME.

To describe the clinical and laboratory characteristic of sexual organs in patients with Androgen Insensitivity Syndrome (AIS). From 01/2008

*Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Hà Phương

Email: haphuongta@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/9/2019

Ngày duyệt bài: 27/9/2019

to 01/2009, the Plastic and Reconstructive Surgery of Saint-Paul Hospital has diagnosed and treated 13 patients with AIS. In our case series, the average age of diagnosis is 12.8; 6/13 patients (46.2%) have Complete Androgen Insensitivity Syndrome (CAIS) phenotype and the other 7/13 (53.8%) have Partial Androgen Insensitivity Syndrome (PAIS) phenotype. In the CAIS group, all 6 have Prader grade I external genitalia. Patients of the PAIS group have ambiguous genitalia that fall in Prader grade II, III, IV and V. All 13 have 46,XY karyotype and without sign of uterus or ovary in abdominal ultrasound. In conclusion, all AIS patients have 46,XY karyotype. The characteristic of external genitalia varies: mild PAIS patients have male phenotype but with microphallus, moderate PAIS ones have more ambiguous appearance, while the severe CAIS patients have gynecomastia, undeveloped pubic hair and female external genitalia phenotype.

Key words: Androgen insensitivity syndrome, testicular feminization syndrome, AIS, CAIS, PAIS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Kém nhạy cảm Androgen (AIS: Androgen Insensitivity Syndrome) là hội chứng hiếm gặp, xảy ra do sự đột biến của gen AR là gen quy định sự nhạy cảm hay tiếp nhận của thụ thể với androgen. Không có sự tác động của androgen, cơ thể sẽ phát triển theo hướng nữ dưới tác dụng của estrogen. Kết quả là dù tinh hoàn vẫn phát triển và sản xuất androgen bình thường, nhưng hình dáng bên ngoài của BN vẫn phát triển theo hướng nữ [1]. Đây là bệnh lý hiếm gặp, không gây tử vong, nhưng tuổi phát hiện bệnh thường muộn và mức độ biểu hiện bệnh khác nhau, ảnh hưởng lớn lên đời sống nội tâm và đời sống xã hội của bệnh nhân cũng như người thân trong gia đình, việc điều trị cũng rất phức tạp, nhiều giai đoạn và yêu cầu sự phối hợp đa ngành. Trong đó việc chẩn đoán sớm bệnh lý và điều trị phẫu thuật tạo hình cơ quan sinh dục ngoài giữ vai trò tối quan trọng, giúp bệnh nhân xoá bỏ mặc cảm tự ti về ngoại hình kém toàn vẹn, tạo hình đã thay đổi cuộc sống của họ. Hội chứng Kém nhạy cảm Androgen được phân loại thành 3 dưới nhóm phụ thuộc và kiểu hình cơ quan sinh dục: Hội chứng Kém nhạy cảm Androgen Hoàn toàn (Complete androgen insensitivity syndromes – CAIS); Hội chứng Kém nhạy cảm Androgen Một phần (Partial androgen insensitivity syndromes – PAIS) và Hội chứng Kém nhạy cảm Androgen Nhẹ (Mild androgen insensitivity syndromes – MAIS) [2]. Khả năng phát hiện sớm bệnh thường gặp ở thể PAIS,

MAIS, trẻ ngay sau sinh có những bất thường cơ quan sinh dục khiến cha mẹ phải đưa trẻ đi khám sớm. Tuy mức độ nặng nhẹ của những bất thường cơ quan sinh dục ngoài mà có các hướng điều trị khác nhau. Nhờ việc chẩn đoán sớm nhiều thể không cần can thiệp phẫu thuật hoặc can thiệp phẫu thuật sớm để tránh ảnh hưởng tới tâm sinh lý. Năm được tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cơ quan sinh dục trên bệnh nhân có hội chứng kém nhạy cảm Androgen.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

13 BN chẩn đoán AIS được khám và điều trị tại khoa Phẫu thuật tạo hình - Thẩm mỹ bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ 1/2008 đến 1/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được khám, lấy số liệu theo một bệnh án nghiên cứu mẫu bao gồm:

Hỏi bệnh và khám lâm sàng: Tuổi phát hiện bệnh, tiền sử gia đình, phân bố thể bệnh lâm sàng: CAIS, PAIS. Đặc điểm lâm sàng biến đổi CQSD ngoài theo Prader và CQSD phụ và đặc tính sinh dục thứ phát theo Tanner và vị trí tinh hoàn (nếu có)

Đặc điểm cận lâm sàng nghiên cứu: Xét nghiệm NST: 46,XX hay 46,XY, nồng độ Hormon sinh dục (nồng độ LH, nồng độ Testosteron, nồng độ estrogen, AMH). Siêu âm, chụp MRI ổ bụng và tiểu khung tìm tử cung, buồng trứng (tinh hoàn) và đánh giá vị trí tinh hoàn (nếu có): trong ống bẹn, trong ổ bụng, bìu/môi lớn...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nhóm nghiên cứu, thể CAIS gặp 6/13 (53,8%) bệnh nhân, thể PAIS có 7/13 (46,2%) bệnh nhân mắc.

Tuổi trung bình phát hiện bệnh là 12,8 tuổi, sớm nhất ngay sau sinh (3 trường hợp), muộn nhất là 34 tuổi. Bệnh nhân nhóm CAIS thường phát hiện bệnh muộn sau tuổi dậy thì. Còn bệnh nhân nhóm PAIS phát hiện bệnh sớm hơn.

Nguyên nhân phát hiện bệnh của nhóm CAIS là do không có kinh nguyệt trong thời kỳ dậy thì còn nguyên nhân đi khám của nhóm PAIS là: xuất hiện các bất thường cơ quan sinh dục được biểu hiện như âm vật phì đại, môi lớn dính liền ở phía sau, sờ thấy khối trong ống bẹn.

Trong 13 bệnh nhân, có 2 trường hợp có anh trai và em trai có tình trạng bất thường cơ quan sinh dục. Các trường hợp khác không có tiền sử bất thường về gia đình và trong quá trình mẹ mang thai.

Trong nhóm CAIS (6/6 BN) (100%) có kiểu hình cơ quan sinh dục ngoài gần như hoàn toàn giống nữ. Bệnh nhân này có âm hộ bình thường, môi lớn môi bé bình thường, âm vật có thể bình thường hoặc hơi phì đại (âm vật có thể dài 1-2 cm), vú vẫn phát triển bình thường, da dẻ mịn màng và vóc dáng, giọng nói cao trong, điều bộ

tính cách nữ tính như một người phụ nữ bình thường.

Trong khi đó nhóm PAIS có đặc điểm cơ quan sinh dục ngoài thay đổi tùy theo mức độ kém nhạy cảm của androgen, từ cơ quan sinh dục ngoài mơ hồ, không rõ ràng đến cơ quan sinh dục ngoài giống nam nhưng mức độ nam hoá kém (âm vật phì đại, âm vật dài và to (2-3 cm), các môi lớn dính nhau một phần hoặc dính nhau hoàn toàn như bùi, tinh hoàn có thể nằm trong ống bẹn hoặc di chuyển và nằm trong bìu...)

Nghiên cứu đặc điểm các biến đổi CQSD ngoài và CQSD phụ theo thể bệnh:

Bảng 3.1 Đặc điểm biến đổi CQSD ngoài và CQSD phụ theo thể bệnh

Kiểu hình cơ quan sinh dục ngoài theo phân loại của Prader					
	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5
CAIS	6	0	0	0	0
PAIS	0	1	1	3	2
Đặc điểm phát triển lông mu theo phân loại của Tanner					
	PH1	PH2	PH3	PH4	PH5
CAIS	3	2	1		
PAIS	0	2	3	1	1
Đặc điểm phát triển tuyến vú theo phân loại Tanner					
	B1	B2	B3	B4	B5
CAIS	0	0	3	2	1
PAIS	5	1	1	0	0

Nhóm CAIS có tất cả các bệnh nhân (6/6) có kiểu hình CQSD ngoài hoàn toàn giống nữ. Tuyến vú thường phát triển bình thường. 5/6 bệnh nhân không có lông mu hoặc lông mu thưa. Đa phần BN (4/6) tinh hoàn nằm trong ống bẹn, 1/6 BN không tìm thấy tinh hoàn.

Nhóm PAIS có 5/7 bệnh nhân CQSD ngoài biểu hiện xu hướng nam thuộc typ 4, typ 5 và 2/7 bệnh nhân PAIS có biểu hiện CQSD ngoài mơ hồ ở typ 2 và typ 3. 5/7 BN PAIS có lông mu phát triển từ giai đoạn PH3 trở lên và 6/7 bệnh nhân tuyến vú không phát triển. 5/7 BN tinh hoàn nằm ở bìu, 2/7 BN PAIS tinh hoàn nằm trong ống bẹn.

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có xét nghiệm bộ nhiễm sắc thể là 46,XY, SRY(+). Trong số 13 bệnh nhân nghiên cứu, có 8 bệnh nhân được làm xét nghiệm nồng độ hormone trong máu. Tất cả các bệnh nhân có nồng độ hormone Testosterone và LH cao hơn hoặc nằm trong giới hạn bình thường ở nam giới. 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều không phát hiện thấy buồng trứng và tử cung trên siêu âm và MRI. Có 10/13 bệnh nhân

(76,9%) phát hiện được tinh hoàn trên siêu âm. Không tìm thấy tinh hoàn trên siêu âm là 3 bệnh nhân, trong đó có 2 bệnh nhân đã cắt bỏ tinh hoàn từ nhỏ. Chỉ có 1 bệnh nhân là vừa không thăm khám thấy tinh hoàn vừa không phát hiện được cả trên siêu âm, MRI.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu tuổi trung bình phát hiện bệnh là 12,8 tuổi, trong đó thể CAIS, bệnh nhân được phát hiện bệnh ở sau tuổi dậy thì từ 10-18 tuổi, triệu chứng đầu tiên của BNCAIS thường xuất hiện ở tuổi dậy thì do không thấy kinh nguyệt khi đến tuổi dậy thì thì mới đi khám. Các bệnh nhân nhóm PAIS thường được phát hiện bệnh sớm hơn do xuất hiện các bất thường cơ quan sinh dục được biểu hiện như âm vật phì đại, môi lớn dính liền ở phía sau, sờ thấy khối trong ống bẹn. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Ngân (2016) [3]. Hầu hết bệnh nhân AIS (11/13 BN) không có tiền sử gia đình. Bệnh chủ yếu phát sinh do các đột biến mới xảy ra trong quá trình hình thành giao tử, đó là đột biến của gen AR – gen quy

định sự tiếp nhận của thụ thể androgen, đột biến gen dẫn đến mất hoàn toàn hoặc một phần thụ thể androgen làm androgen được sản xuất ra nhưng không đủ thụ thể tiếp nhận, do đó không phát huy được tác động của androgen lên cơ thể. Có hơn 1000 loại đột biến khác nhau của gene AR được báo cáo [4].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, có 6/13 bệnh nhân có kiểu hình cơ quan sinh dục thuộc nhóm CAIS, có 7/13 bệnh nhân có kiểu hình cơ quan sinh dục thuộc nhóm PAIS. Kết quả của chúng tôi khác biệt với kết quả nghiên cứu của Gottlieb B và cộng sự (1993), Ahmed SF và cộng sự (2000), Galani và cộng sự (2008) tỉ lệ CAIS phổ biến hơn so với PAIS [5-6]. Có sự khác biệt này có thể do nghiên cứu trên đối tượng có vấn đề bất thường cơ quan sinh dục phát hiện ở tuổi trưởng thành. Tất cả bệnh nhân nhóm CAIS (6/6) (100%) có kiểu hình cơ quan sinh dục ngoài gần như hoàn toàn giống nữ. Bệnh nhân này có âm hộ bình thường, môi lớn môi bé bình thường, âm vật có thể bình thường hoặc hơi phì đại (âm vật có thể dài 1-2 cm), vú vẫn phát triển bình thường, da dẻ mịn màng và vóc dáng, giọng nói cao trong, điệu bộ tính cách nữ tính như một người phụ nữ bình thường. Đây cũng chính là khó khăn lớn nhất cho việc chẩn đoán sớm bệnh. Hầu hết các bệnh nhân chỉ được phát hiện bệnh khi mà vô kinh ở tuổi dậy thì [6]. Trong khi đó nhóm PAIS có đặc điểm cơ quan sinh dục ngoài thay đổi tùy theo mức độ kém nhạy cảm của androgen, từ cơ quan sinh dục ngoài mơ hồ, không rõ ràng đến cơ quan sinh dục ngoài giống nam nhưng mức độ nam hoá kém (âm vật phì đại, âm vật dài và to (2-3 cm), các môi lớn dính nhau một phần hoặc dính nhau hoàn toàn như bìu, tinh hoàn có thể nằm trong ống bẹn hoặc di chuyển và nằm trong bìu...). Cụ thể có 5/7 bệnh nhân biểu hiện nam hoá kém Prader thuộc type 4, type 5 và 2/7 bệnh nhân PAIS có biểu hiện cơ quan sinh dục ngoài mơ hồ với Prader typ 2 và typ 3. Đặc điểm này cũng được nói đến trong nghiên cứu của Gottlieb, B và cộng sự (2005) [2]. Các bất thường về cơ quan sinh dục ở những bệnh nhân PAIS được phát hiện khá là sớm, thường được phát hiện trước tuổi dậy thì, có những bệnh nhân được phát hiện từ khi sinh ra. Điều này cũng được ghi lại trong nghiên cứu của Ahmed SF và cộng sự (2000) khi nghiên cứu 178 trường hợp mắc PAIS [7]. Tuy nhiên những đặc điểm lâm

sàng này cũng có thể nhầm lẫn trong một số bệnh lý nam khoa khác (suy trục dưới đồi - tuyến yên - tinh hoàn, sử dụng quá nhiều hormone nam giới ngoại sinh, ...) nên ta cần phải làm thêm các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định bệnh như xét nghiệm NST là 46,XY; nồng độ hormone LH và testosterone bình thường hoặc tăng nhẹ và xét nghiệm xác định gen đột biến [8]. Khi bệnh nhân PAIS được chẩn đoán sớm ngay từ nhỏ và được điều trị với liệu pháp testosterone nội sinh theo đúng chỉ định và liều lượng thì dương vật có thể phát triển và bệnh nhân có khả năng hoạt động tình dục như người bình thường.

Có sự khác biệt giữa sự phát triển lông mu của hai nhóm bệnh CAIS, PAIS. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm CAIS có tới 3/6 bệnh nhân không có lông mu; 2/6 BN có lông mu thưa và chỉ có 1/6 NB có lông mu phát triển đến PH3. Kết quả tương đồng với các tác giả như Galani và cộng sự (2008) [1]. Ngược lại, nhóm PAIS 5/7 BN có lông mu phát triển từ giai đoạn PH3 trở lên. Mức độ phát triển lông có thể đánh giá một phần nào mức độ nam hoá của các bệnh nhân PAIS. Trong nghiên cứu của Gottlieb B. và cộng sự (2017) cũng đã đề cập đến những bệnh nhân PAIS có lông mu phát triển ở mức độ vừa phải [4].

Trong nhóm CAIS có 1 bệnh nhân không tìm thấy tinh hoàn, 4/6 bệnh nhân (66,7%) tinh hoàn nằm trong ống bẹn, 1/6 bệnh nhân tinh hoàn nằm ở môi lớn. Trong nhóm PAIS, 5/7 bệnh nhân tinh hoàn nằm ở bìu, 2/7 bệnh nhân có tinh hoàn nằm trong ống bẹn. Kết quả nghiên cứu này ta thấy được phần nào tác động của androgen đến sự di chuyển của tinh hoàn. Với các bệnh nhân CAIS, đột biến gen mất gần như hoàn toàn thụ thể với androgen, do đó cơ thể người bệnh gần như hoàn toàn không chịu tác động của androgen nên hầu như tinh hoàn không di chuyển xuống bìu/môi lớn, thậm chí là còn không xuất hiện trong ống bẹn mà lạc chỗ trong ổ bụng. Trong khi đó ở nhóm PAIS do đột biến mất một phần thụ thể androgen, những bệnh nhân PAIS vẫn chịu tác dụng và đáp ứng được một phần của androgen nên tinh hoàn có khả năng di chuyển xuống bìu sau sinh. Điều này cũng được giải thích trong nghiên cứu của Ahmed, S.F và cộng sự (2000) khi nghiên cứu trên 278 trường hợp AIS [7]. Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có xét nghiệm

bộ nhiễm sắc thể là 46,XY, SRY(+). Đây cũng là một trong các tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán (AIS). Điều này nói lên rằng bản chất giới tính thực sự bệnh nhân mắc AIS thực sự là đàn ông, do đột biến gen tùy mức độ nặng nhẹ mà đặc điểm cơ quan sinh dục ngoài của họ sẽ thay đổi từ nam sang nữ. Trong số 13 bệnh nhân nghiên cứu, có 8 bệnh nhân được làm xét nghiệm nồng độ hormon trong máu. Tất cả các bệnh nhân có nồng độ hormon Testosterone và LH cao hơn hoặc nằm trong giới hạn bình thường ở nam giới. Điều này được giải thích do sự đột biến của gen AR nên bệnh nhân dù tinh hoàn vẫn phát triển bình thường và sản xuất androgen bình thường nhưng androgen không có khả năng tác động lên được tế bào và dư thừa trong máu. Trong nghiên cứu của Judd HL và cộng sự cũng đã mô tả bệnh nhân AIS trưởng thành thường có nồng độ LH huyết tương tăng và nồng độ testosterone bình thường hoặc tăng [8].

Tất cả các bệnh nhân (100%) trong nghiên cứu đều không phát hiện thấy buồng trứng và tử cung trên siêu âm. Kết quả nghiên cứu này cũng được nói đến trong rất nhiều các kết quả nghiên cứu về AIS của tác giả Morris JM (1953), Quigley CA và cộng sự (1995), Ferlin A và cộng sự (2006), Zuccarello D và cộng sự (2008). Có 10/13 bệnh nhân phát hiện được tinh hoàn trên siêu âm. Không tìm thấy tinh hoàn trên siêu âm là 3 bệnh nhân, trong đó có 2 bệnh nhân đã cắt bỏ tinh hoàn từ nhỏ. Chỉ có 1 bệnh nhân là vừa không thăm khám thấy tinh hoàn vừa không phát hiện được cả trên siêu âm, MRI. Các xét nghiệm cận lâm sàng này vô cùng quan trọng giúp chẩn đoán xác định các bệnh nhân có hội chứng AIS mà không bị chẩn đoán nhầm với các bệnh có đặc điểm lâm sàng tương tự, ví dụ như các bệnh nhân CAIS cần phân biệt với bệnh nhân có hội chứng Mayer – Rokitansky – Kuster – Hauser; bệnh nhân PAIS cần phân biệt với Tăng sản thượng thận bẩm sinh, loạn sản sinh dục,

bệnh lý nam khoa khác (suy trực dưới đồi - tuyến yên - tinh hoàn) [6].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân bị hội chứng AIS tùy theo mức độ nặng nhẹ mà có biểu hiện bên ngoài hoàn toàn giống nữ, giống nam hay mơ hồ giới tính. Siêu âm và MRI không có tử cung và buồng trứng, Xét nghiệm hormon sinh dục nam luôn trong giới hạn bình thường hoặc cao hơn bình thường. Xét nghiệm nhiễm sắc thể luôn là 46, XY.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Galani A., Kitsiou-Tzeli S., Sofokleous C. et al. (2008).** Androgen insensitivity syndrome: clinical features and molecular defects. *Hormones (Athens)*, **7(3)**, 217–229.
2. **Gottlieb B., Lombroso R., Beitel L.K. et al. (2005).** Molecular pathology of the androgen receptor in male (in)fertility. *Reproductive BioMedicine Online*, **10(1)**, 42–48.
3. **Phạm Thị Ngân (2017),** Nghiên cứu hội chứng nữ tính hoá tinh hoàn, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội. .
4. **Gottlieb B., Trifiro M.A. (2017).** Androgen Insensitivity Syndrome. *GeneReviews®*. University of Washington, Seattle, Seattle (WA). 23.
5. **Danilovic D.L.S., Correa P.H.S., Costa E.M.F. et al. (2007).** Height and bone mineral density in androgen insensitivity syndrome with mutations in the androgen receptor gene. *Osteoporos Int*, **18(3)**, 369–374.
6. **Hughes I.A. và Deeb A. (2006).** Androgen resistance. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, **20(4)**, 577–598.
7. **Ahmed S.F., Cheng A., Dovey L. et al. (2000).** Phenotypic Features, Androgen Receptor Binding, and Mutational Analysis in 278 Clinical Cases Reported as Androgen Insensitivity Syndrome. **85(2)**, 8.
8. **Migeon C.J., Brown T.R., Lanes R. et al. (1984).** A Clinical Syndrome of Mild Androgen Insensitivity. *N Engl J Med*, **59(4)**, 672–678.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KIỂM SOÁT LDL-C Ở NHÓM NGUY CƠ TIM MẠCH CAO VÀ TRUNG BÌNH TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2016-2017

Phạm Vũ Thụy*

TÓM TẮT⁶

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kiểm soát LDL-c ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao và trung bình theo thang điểm SCORE trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có rối loạn lipid máu. Theo dõi các tác dụng phụ của thuốc Rosuvastatin trong việc điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 255 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát được điều trị ngoại trú tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 5/2016-4/2017. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp là 94,5%, trong đó nam chiếm 34,4% và nữ chiếm 65,6. Rối loạn tăng thành phần lipid máu: tăng triglycerid chiếm 82,7%, tăng cholesterol chiếm 71%, tăng LDL-c chiếm 55,3% và giảm HDL-c chiếm 18,0%. Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị LDL-c nhóm nguy cơ cao là 87,5% và nhóm nguy cơ trung bình là 76,6%. Tỷ lệ bệnh nhân đạt LDL-c mục tiêu chung là 78,2%. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt LDL-c mục tiêu theo khuyến cáo ESC/EAS 2011 và CVD 2012 là 78,2%. Bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu có tỷ lệ đạt LDL-c mục tiêu cao hơn 20 lần so với BN không đạt huyết áp mục tiêu. Tác dụng phụ: Tỷ lệ bệnh nhân có tăng men gan dưới 3 lần là 29,6% và tăng trên 3 lần là 3,6%, không ghi nhận bệnh nhân có đau cơ và rối loạn tiêu hóa.

Từ khóa: Lipid máu, rối loạn lipid máu, LDL-c mục tiêu

SUMMARY

TO ASSESS THE HIGH AND MODERATE CARDIOVASCULAR RISK GROUPS ON PRIMARY HYPERTENSIVE PATIENTS AT CANTHO UNIVERSITY- HOSPITAL OF MEDICINE AND PHARMACY, YEAR OF 2016-2017

Objective: To evaluate the effectiveness of LDL-c controlling in dyslipidemia management with high and moderate cardiovascular risk groups on primary

hypertensive patient and side effects due to Rosuvastatin. **Subject and Method:** Cross-sectional study is carried out on 255 primary hypertensive patients outtreating at Cantho university- hospital of medicine and pharmacy from May 2016 to April 2017.

Results: Rate of dyslipidemia on hypertensive patients is 94,5%, with 34,4 % of male and 65,6% of female patients. Lipidemia balance: Increasing of triglyceride 82,7%, cholesterol 71%, LDL-c 55,3%, and decreasing of HDL-c 18,0%. Rate of the objective LDL-c controlling is 78,2%, with high risk group is 87,5%, and moderate risk group is 76,6%.

Conclusion: Rate of the objective LDL-c controlling according to ESC/EAS 2011 và CVD 2012 guidelines is 78,2%. Patients with well objective blood pressure is to have the objective LDL-c controlling 20 times higher than patients without objective blood pressure. Side effect: Liver enzymes (SGOT, SGPT) increase under 3 times is 29,6% and above 3 times is 3,6%. There aren't any myalgia and gastrointestinal disorders at all.

Keyword: Lipidemia, dyslipidemia, target LDL-c controlling

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid (RLLP) máu, hút thuốc lá, đái tháo đường (ĐTĐ), tuổi >55, giới nam hoặc nữ sau tuổi mãn kinh, tiền sử gia đình có người thân bị bệnh mạch vành sớm (nam <55 tuổi, nữ <65 tuổi) là 6 yếu tố nguy cơ tim mạch chính của bệnh THA [4]. Trong các yếu tố nguy cơ chính đó, RLLP máu là yếu tố diễn tiến âm thầm, ít được bệnh nhân quan tâm, nhưng lại là một trong những nguy cơ hàng đầu gây tử vong và các biến cố tim mạch [3].

Kinh tế phát triển, đời sống nhân dân khá lên, thay đổi chế độ ăn uống tốt hơn, ăn nhiều thịt, uống nhiều rượu và đời sống công nghiệp tập nập làm việc không có thời gian tập thể dục, ngồi lâu, ít vận động. Đây là những yếu tố nguy cơ làm tăng rối loạn lipid máu.

ESC/EAS 2011 khẳng định ý nghĩa nền tảng của việc giảm LDL-cholesterol qua nghiên cứu CTT trên 26 thử nghiệm lâm sàng với 170.000 bệnh nhân năm 2010, cho thấy cứ giảm 1mmol/L LDL-c sẽ giảm 10% tử vong do mọi

*Bệnh viên Đa khoa Kiên Giang
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Vũ Thụy
Email: phamvuthuykg@gmail.com
Ngày nhận bài: 3/9/2019
Ngày phản biện khoa học: 20/9/2019
Ngày duyệt bài: 30/9/2019

nguyên nhân, giảm 15% đột quỵ, giảm 20% tử vong do bệnh mạch vành, giảm 24% các biến cố mạch vành chính. Những phát hiện từ phân tích tổng hợp CTT một lần nữa đã khẳng định rằng LDL-c vẫn chính là mục tiêu điều trị nền tảng [2],[5]. Do đó, việc phát hiện sớm và điều trị tích cực rối loạn lipid máu sẽ làm giảm tỉ lệ bệnh tim mạch và tử vong cho người bệnh tăng huyết áp.

Giảm LDL-c là mục tiêu chính trong điều trị rối loạn lipid máu (I,A), mục tiêu LDL-c thay đổi theo nguy cơ tim mạch được tính theo thang điểm SCORE [3],[4],[5]. Năm 2015, Hội tim mạch quốc gia Việt Nam cũng đưa ra khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị RLLP máu tương tự như ESC/EAS 2011 và CVD 2012 để hướng dẫn các bác sỹ thực hành lâm sàng điều trị rối loạn lipid máu. Từ cơ sở trên, chúng tôi thực hiện đề tài với 2 mục tiêu sau:

1. *Xác định tỉ lệ và đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh Viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.*

2. *Đánh giá kết quả kiểm soát LDL-c bằng rosuvastatin ở nhóm nguy cơ tim mạch cao và trung bình trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại bệnh viện trường đại học y dược cần thơ năm 2016-2017*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- **Dân số mẫu:** Tất cả các bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có rối loạn lipid máu, được chẩn đoán và điều trị ngoại trú tại khoa khám, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ 05/2016 đến 04/2017.

- **Đối tượng lựa chọn đưa vào nghiên cứu:** Những bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát từ 18 tuổi trở lên theo tiêu chuẩn JNC VII khi HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg và có rối loạn lipid máu thuộc nhóm nguy cơ cao và nguy cơ trung bình theo thang điểm SCORE, được điều trị bằng Rosuvastatin 10 mg ngày và theo dõi 12 tuần điều trị. Nhóm nguy cơ cao: Có điểm SCORE $\geq 5\%$ và $< 10\%$. Nguy cơ trung bình: có điểm SCORE là từ 1 đến $< 5\%$ [4].

- **Đối tượng loại trừ:** Bệnh nhân đang sử dụng các loại thuốc có thể ảnh hưởng đến lipid máu như: Thuốc lợi tiểu thiazid liều > 25 mg/ngày, thuốc chẹn β liều cao: Bisoprolol > 5 mg/ngày, Metoprolol > 50 mg/ngày; corticoid liều cao kéo dài, cyclosporin. Bệnh nhân đã dùng

statin, fenofidrat, niacin trong vòng 4 tuần qua. Viêm gan mạn, suy thận mạn, bệnh viêm cơ, suy tim nặng, nhồi máu cơ tim cấp, đau thắt ngực nặng hoặc đau thắt ngực không ổn định. Đái tháo đường, cường giáp, suy giáp, hội chứng Cushing. Bệnh nhân THA thứ phát và bệnh nhân không đồng ý.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu được thiết kế mô tả cắt ngang
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

- Kỹ thuật thu thập số liệu: Đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng, đo huyết áp và phân loại THA theo tiêu chuẩn JNC VII, thu thập thông tin theo bệnh án nghiên cứu và xét nghiệm lipid máu theo dõi LDL-c mục tiêu và men gan. Theo khuyến cáo của ESC/EAS 2011 và CVD 2012, mục tiêu giảm lipid theo nguy cơ tim mạch như sau [3]: Nhóm nguy cơ cao thì mục tiêu LDL-c $< 2,5$ mmol/L (100mg%) và nhóm Nguy cơ trung bình thì mục tiêu LDL-c < 3 mmol/L (115mg%).

- **Xử lý số liệu:** Số liệu sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 255 tăng huyết áp nguyên phát được đưa vào nghiên cứu có đặc điểm như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tổng số 255 bệnh nhân tăng huyết áp, nam chiếm 34,1%, nữ chiếm 65,9%. Nhóm tuổi 60-69 chiếm tỉ lệ cao nhất 31,0%. Độ tuổi trung bình là $58,41 \pm 12,80$ tuổi.

Bảng 3.1. *Đặc điểm bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu*

Đặc điểm BN tăng huyết áp		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đang điều trị		224	87,8
Mới phát hiện (theo JNC VII)	THA độ I	21	8,2
	THA độ II	10	3,9
Tổng		255	100,0

Nhận xét: Có 224 bệnh nhân đang điều trị THA (87,8%), 31 bệnh nhân mới được chẩn đoán THA (12,2%). Đa số bệnh nhân mắc THA dưới 5 năm (71,0%).

3.2. Tỉ lệ rối loạn lipid máu chung ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỉ lệ rối loạn lipid máu chung ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát 94,5%, không rối loạn là 5,5%.

3.3. Đặc điểm rối loạn lipid máu bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát

Bảng 3.2. Tỷ lệ rối loạn từng thành phần lipid máu ở đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Số lượng (n=255)	Tỷ lệ (%)
Cholesterol $\geq 5,2$ mmol/L	181	71,0
Triglycerid $\geq 1,7$ mmol/L	211	82,7
LDL-c $\geq 3,36$ mmol/L	141	55,3
HDL-c $\leq 0,9$ mmol/L	46	18,0

Nhận xét: Rối loạn triglycerid có tỷ lệ cao nhất với 82,7%, kế đó là Cholesterol 71%.

3.4. Kết quả điều trị rối loạn lipid máu bằng rosuvastatin trong kiểm soát LDL-c và một số tác dụng phụ liên quan đến thuốc ở bệnh nhân tha

Theo dõi kết quả điều trị bằng rosuvastatin ở tất cả bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có nguy cơ tim mạch cao theo thang điểm SCORE với mức LDL-c $\geq 2,5$ mmol/L (100mg%) và nguy cơ tim mạch trung bình theo thang điểm SCORE với mức LDL-c ≥ 3 mmol/L (115mg%), nhưng do mất mẫu nên chúng tôi chỉ theo dõi được 55 trường hợp sau 12 tuần can thiệp.

3.4.1. Phân bố nguy cơ tim mạch trên 55 mẫu can thiệp dựa vào thang điểm SCORE Châu Âu

Bảng 3.3. Phân bố nguy cơ tim mạch của mẫu can thiệp

Nguy cơ tim mạch	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ cao	8	14,5
Nguy cơ trung bình	47	85,5
Tổng	55	100,0

3.4.4. Môi trường quan giữa kiểm soát LDL-c mục tiêu và huyết áp đạt mục tiêu điều trị

Bảng 3.6. Môi trường quan giữa kiểm soát mục tiêu HA và LDL-c đạt mục tiêu

HA \ LDL	LDL-c		Tổng	OR 95% CI	p
	Đạt	Không đạt			
HA đạt	41 (87,2%)	6 (12,8%)	47 (100%)	20,5	0.01
HA không đạt	2 (25%)	6 (75%)	8 (100%)		
Tổng	43 (78,2%)	12 (21,8%)	55 (100%)		

Nhận xét: Bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu 41/43 (87,2%) có tỷ lệ đạt LDL-c mục tiêu cao hơn BN không đạt HA mục tiêu 2/43 (25%) với OR=20,5. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,01).

3.4.5 Tác dụng phụ của thuốc rosuvastatin ở mẫu can thiệp

Nhận xét: Trong 55 bệnh nhân theo dõi điều trị, có 14,5% bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao về tim mạch, 85,5% nguy cơ trung bình

3.4.2 Kết quả kiểm soát LDL-c mục tiêu trên 55 mẫu can thiệp theo ESC/EAS 2011 và CVD 2012

Bảng 3.4. Kết quả kiểm soát LDL-c đạt mục tiêu theo khuyến cáo

Kết quả kiểm soát LDL-c	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đạt mục tiêu	43	78,2
Không đạt mục tiêu	12	21,8
Tổng	55	100

Nhận xét: Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị LDL-c theo khuyến cáo ESC/EAS 2011 là 78,2%.

3.4.3. Kết quả kiểm soát LDL-c mục tiêu ở nhóm nguy cơ cao và trung bình trên 55 mẫu can thiệp theo ESC/EAS 2011 và CVD 2012

Bảng 3.5. Kết quả kiểm soát LDL-c nhóm nguy cơ cao và trung bình

Nhóm nguy cơ	Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-c sau điều trị theo khuyến cáo ESC/EAS 2011	
	Đạt (n %)	Không đạt (n%)
Cao LDL-c < 2,5 mmol/L	7 87,5%	1 12,5%
Trung bình LDL-c < 3,0 mmol/L	36 76,6%	11 23,4%
Tổng	43 78,2	12 21,8

Nhận xét: Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị LDL-c nhóm nguy cơ cao là 87,5% và nhóm nguy cơ trung bình là 76,6%.

Bảng 3.7. Tác dụng phụ của thuốc rosuvastatin

Tác dụng phụ	Rosuvastatin	
	Tần số(n)	Tỷ lệ %

Đau cơ	0	0
Rối loạn tiêu hoá	0	0
Tăng SGOT < 3 lần	4	7,8
Tăng SGOT > 3 lần	1	1,8
Tăng SGPT < 3 lần	12	21,8
Tăng SGPT > 3 lần	1	1,8

Nhận xét: Ghi nhận tác dụng phụ tăng SGOT < 3 lần là 7,8%, tăng SGOT > 3 lần 1,8%, tăng SGPT < 3 lần là 21,8%, và tăng SGPT > 3 lần là 1,8%. Hai trường hợp tăng men gan > 3 lần ở tháng thứ 3 và cho ngưng thuốc statin.

IV. BÀN LUẬN

Rối loạn lipid (RLLP) máu là một yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch. Ngày nay, người ta thấy RLLP máu là một trong 10 nguy cơ hàng đầu gây tử vong [7]. Do đó, nhằm giảm gánh nặng cho xã hội về tần suất mắc bệnh tim mạch thì việc tìm hiểu RLLP máu ở bệnh nhân THA là rất cần thiết. Đồng thời cũng giúp cho công tác phòng bệnh có nhiều chứng cứ khoa học và giúp cho công tác điều trị đạt hiệu quả tốt hơn.

4.1 Tình hình rối loạn lipid máu ở đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi trên 255 bệnh nhân THA thì tỉ lệ rối loạn lipid máu chiếm 94,5%, kết quả này cao hơn Huỳnh Minh Ngọc là 86,2% [1]. Vì thế, RLLP máu ở bệnh nhân THA rất cao nên khuyến cáo cho các thầy thuốc lâm sàng quan tâm điều trị càng sớm càng tốt nhằm phòng tránh biến chứng cho bệnh nhân.

Tỉ lệ rối loạn lipid máu ở nam giới THA trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 34,4% và nữ giới chiếm 65,6%. Rối loạn lipid máu tăng dần theo độ tuổi, cao nhất tập trung ở độ tuổi 50- 69 (60,2%). Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Huỳnh Minh Ngọc (2014) [1].

Rối loạn lipid máu có thể biểu hiện ở nhiều dạng nhưng tăng cholesterol và tăng LDL-c được quan tâm nhiều nhất do có nhiều bằng chứng mạnh và thuyết phục cho thấy việc kiểm soát cholesterol và LDL-c có thể phòng ngừa bệnh tim mạch.

Qua nghiên cứu của chúng tôi ở bệnh nhân THA có RLLP nhận thấy tỉ lệ tăng triglycerid rất cao 82,7%, tăng cholesterol chiếm 71%, tăng LDL-c 55,3% và giảm HDL-c chiếm 18%; Theo nghiên cứu của Huỳnh Minh Ngọc trên 260 bệnh nhân THA nguyên phát đã ghi nhận tăng triglycerid rất cao chiếm 75,4%, cholesterol

chiếm 68,8%, tiếp đến LDL-c tăng 36,5% và giảm HDL-c 23,1% [1].

Nhìn chung, trong các nghiên cứu trên cho thấy mức độ rối loạn các thành phần lipid máu đều tăng, trong đó rối loạn tăng triglycerid nhiều nhất, kế đến là cholesterol, rồi LDL-c và giảm HDL-c.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận RLLP máu với một thành phần số chiếm 18,2%, hai thành phần số chiếm 31%, ba thành phần chiếm 41,9%. Vì thế, các nghiên cứu cho thấy rối loạn một và hai thành phần là chủ yếu.

4.2. Đánh giá kết quả kiểm soát LDL-c đạt mục tiêu theo khuyến cáo của Hội tim mạch/ Hội xơ vữa Châu Âu 2011 (ESC/EAS) và khuyến cáo Châu Âu về phòng bệnh tim mạch 2012 (CVD) cho đối tượng nguy cơ cao và trung bình

Rối loạn lipid máu là một trong những nguy cơ tử vong hàng đầu. Tăng lipoprotein và rối loạn lipoprotein là những yếu tố nguy cơ chính của xơ vữa động mạch [3]. Nhiều nghiên cứu lớn đã chứng minh lợi ích rõ ràng của việc giảm biến cố tim mạch khi kiểm soát LDL-c tích cực "càng thấp càng tốt" [5]. Năm 2004, khuyến cáo điều trị theo NCEP ATP III thì bước đầu tiên điều trị rối loạn lipid máu là giảm LDL-c bằng thuốc và thay đổi lối sống, tiếp theo đó Hội tim mạch và xơ vữa Châu Âu 2011 (ESC/EAS) khẳng định ý nghĩa nền tảng của giảm LDL-c thông qua phân tích tổng hợp CTT (cholesterol treatment trialist) trên 170.000 bệnh nhân trong 26 nghiên cứu ngẫu nhiên cho kết quả: cứ giảm 01 mmol/L LDL-c sẽ giảm 10% tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân, giảm 20% tử vong do bệnh mạch vành, giảm 24% các biến cố chính của bệnh mạch vành và giảm 15% đột quỵ [5]. Do đó, ESC/EAS 2011 đưa ra mục tiêu giảm LDL-c dựa trên nguy cơ tim mạch: nguy cơ trung bình: LDL-c < 3mmol/L (<115mg%) (I,A); nguy cơ cao: LDL-c < 2,5 mmol/L (<100mg%) (I,A); nguy cơ rất cao: LDL-c < 1,8 mmol/L (<70mg%) (I,A).

Một năm sau, khuyến cáo Châu Âu 2012 (CVD) đưa ra hướng dẫn tương tự như trên. Nguy cơ tim mạch dựa theo thang điểm SCORE [3]. Hội tim mạch Châu Âu (ESC) và hội xơ vữa mạch máu Châu Âu (EAS) đã đồng thuận chọn thang điểm SCORE là nền tảng cho hướng dẫn điều trị RLLM [3].

Vì thế, giảm LDL-c là mục tiêu chính trong điều trị rối loạn lipid máu (I,A) và mục tiêu LDL-c thay đổi theo nguy cơ tim mạch được tính theo

thang điểm SCORE [3],[4],[5]. Năm 2015, Hội tim mạch quốc gia Việt Nam cũng đưa ra khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị RLLP máu tương tự như ESC/EAS 2011 và CVD 2012 để hướng dẫn các bác sỹ thực hành lâm sàng điều trị rối loạn lipid máu.

Nhưng thực tế thì việc điều trị đạt mục tiêu LDL-c còn khá thấp, có khá nhiều bằng chứng từ các nước phương tây cho thấy điều này. Nghiên cứu CEPHEUS pan-Europe ở 8 nước khu vực Châu Âu năm 2010 đã phát hiện hơn 45% bệnh nhân đang điều trị bằng thuốc hạ lipid máu không đạt mục tiêu LDL-c [2]. Tương tự, nghiên cứu L-TAP 2 năm 2009 tại Hoa Kỳ cũng cho thấy chỉ có 30% bệnh nhân ở nhóm nguy cơ rất cao đạt mục tiêu LDL-c [2]. Trong khi đó, thực trạng điều trị RLLP máu ở Châu Á sẽ phản ánh rõ qua hai nghiên cứu REALITY-Asia và CEPHEUS pan-Asia. Nghiên cứu REALITY-Asia cũng đã phát hiện chỉ có 48% bệnh nhân đạt LDL-c mục tiêu theo tiêu chuẩn NCEP ATP III [2], còn nghiên cứu CEPHEUS pan-Asia thực hiện tại 405 trung tâm ở 8 nước khu vực Châu Á (Hàn Quốc, Hồng Kông, Đài loan, Thái Lan, Philippines, Indonesia, Malaysia và Việt Nam) với mẫu 8064 bệnh nhân, đã công bố kết quả năm 2011 chỉ có 49,1% bệnh nhân đạt LDL-c mục tiêu, và cho thấy rằng nguy cơ càng cao thì tỉ lệ đạt mục tiêu LDL-c càng thấp; chỉ có 34,9% bệnh nhân có nguy cơ rất cao đạt LDL-c mục tiêu [2]. Tính trên từng quốc gia thì Hồng Kông đạt tỉ lệ LDL-c mục tiêu cao nhất (82,9%) và Indonesia là quốc gia có tỉ lệ đạt LDL-c mục tiêu thấp nhất (31,3%); Việt Nam có tỉ lệ đạt LDL-c mục tiêu là 40,1% [2]. Như vậy rõ ràng, vẫn còn tỉ lệ cao bệnh nhân RLLP máu đang điều trị bằng thuốc hạ lipid máu chưa đạt mục tiêu LDL-c, và cho thấy một cảnh báo rất quan trọng là nguy cơ tim mạch càng cao thì tỉ lệ đạt LDL-c mục tiêu càng thấp, những bệnh nhân này sẽ có nhiều khả năng bị các biến cố tim mạch nặng nề.

Trong mẫu can thiệp của chúng tôi chọn được 55 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có RLLP máu với nguy cơ cao (8 bệnh nhân) và nguy cơ trung bình (47 bệnh nhân) theo thang điểm SCORE, được điều trị bằng rosuvastatin 10mg/ngày và theo dõi 12 tuần, có kết quả như sau: tỉ lệ đạt LDL-c mục tiêu là 78,2%, cao hơn hẳn so với các nghiên cứu L-TAP 2 tại Hoa Kỳ (30%), cao hơn nghiên cứu CEPHEUS pan-Europe ở Châu Âu (45%), cao hơn nghiên cứu

REALITY-Asia (48%) [32] và thấp hơn nghiên cứu CEPHEUS tại Hồng Kông (82,9%) [2]. Có lẽ gần đây, bệnh nhân ý thức được sự nguy hiểm của RLLP máu nên đến khám đều đặn, uống thuốc thường xuyên liên tục, đồng thời cũng nghiêm túc trong việc thực hành thay đổi lối sống.

Tính tỉ lệ đạt mục tiêu LDL-c cho từng nguy cơ: trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm nguy cơ cao đạt LDL-c mục tiêu là 87,5% và nhóm nguy cơ trung bình là 76,6%, cao hơn nghiên cứu CEPHEUS pan-Asia thực hiện tại Việt Nam (2011) có kết quả lần lượt là 45,6% và 63,3% [2]. Nguyên nhân của sự khác biệt là do nhóm nguy cơ khác nhau. Qua đó, cho thấy nhóm có nguy cơ càng cao thì tỉ lệ đạt được LDL-c mục tiêu càng thấp, và điều này cũng tương tự như nhận định của các tác giả trong nghiên cứu L-TAP 2, CEPHEUS pan-Asia và CEPHEUS pan-Europe [2].

Ngoài ra, chúng tôi thấy bệnh nhân kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu thì có tỉ lệ đạt LDL-c mục tiêu cao hơn rất nhiều (20lần) so với bệnh nhân không đạt huyết áp mục tiêu. Vì thế, kiểm soát huyết áp càng tốt thì tỉ lệ đạt mục tiêu LDL-c càng cao.

4.3. Tác dụng phụ của thuốc rosuvastatin

Điều trị RLLP máu ở bệnh nhân tăng huyết áp bằng nhóm thuốc statin là thuốc được lựa chọn hàng đầu, trong đó có rosuvastatin (I,A) [5]. Bằng chứng lâm sàng về hiệu quả của statin được chứng minh rõ qua các thử nghiệm lớn như: CTT, JUPITER, ARMYDA, METEOR, ASTEROID. Trong đó, liệu pháp statin đã trở thành một trong mười thành tựu nổi bật của ngành tim mạch trong mười năm qua [3]. Tác dụng của statin ngoài việc làm giảm lipid máu, còn làm giảm kích thước lõi lipid và giúp ổn định mảng xơ vữa, tác dụng chống viêm, cải thiện chức năng nội mạc và tác dụng chống oxy hóa [3]. Tuy nhiên, khi sử dụng bất kỳ loại thuốc nào chúng ta cũng cần theo dõi tác dụng phụ của thuốc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân điều trị rosuvastatin đều được theo dõi men gan (SGOT, SGPT), rối loạn tiêu hóa, men creatine kinase khi bệnh nhân có triệu chứng đau cơ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 4 bệnh nhân tăng SGOT < 3 lần (7,8%) so với giá trị bình thường và 12 bệnh nhân tăng

SGPT < 3 lần (21,8%) so với giá trị bình thường, 1 bệnh nhân tăng SGOT > 3 lần và 1 bệnh nhân nữa tăng SGPT > 3 lần (1,8%). Như vậy, tỉ lệ tăng men gan < 3 lần trong nghiên cứu của chúng tôi là 29,6% và tăng > 3 lần chiếm tỉ lệ 3,6%, không ghi nhận trường hợp nào đau cơ và rối loạn tiêu hóa.

Trong nghiên cứu của Phạm Thanh Bình ghi nhận tăng ALT (SGPT) trên 3 lần giá trị bình thường là 1,8%, không tăng hoặc tăng dưới 3 lần bình thường 98,2%. Tác giả Huỳnh Minh Ngọc ghi nhận tác dụng phụ của rosuvastatin trong 12 tuần điều trị là tăng SGOT dưới 3 lần chiếm 7,8%, tăng SGPT dưới 3 lần là 11,8%.

Theo nghiên cứu của McAfee, MingE et al về tính an toàn của rosuvastatin trên 48.000 bệnh nhân cho thấy tăng creatine kinase cao hơn 3 lần so với giới hạn bình thường xảy ra ở 0,1-0,4% bệnh nhân dùng 5-10mg Rosuvastatin, không có trường hợp nào tiêu cơ vân được báo cáo; tăng men gan (ALT) bằng 3 lần so với mức bình thường đã được báo cáo là 0,5%, 0,1%, 0,1% và 0,3% tương ứng với số bệnh nhân dùng liều 5, 10, 20 và 40mg rosuvastatin. Protein niệu dương tính đã được báo cáo: 0,2%, 0,6% và 0,7% tương ứng với liều rosuvastatin 5, 10, 20mg. Khi dùng Atovastatin, Simvastatin, Pravastatin cũng được báo cáo với tỉ lệ tương tự như Rosuvastatin. Protein trong nước tiểu chủ yếu là trọng lượng phân tử thấp, cho thấy giảm tái hấp thu so với tăng độ lọc cầu thận là nguyên nhân chính. Protein niệu được báo cáo thoáng qua và không liên quan với giảm độ lọc cầu thận (GFR) trong thời gian theo dõi [1],[6].

Tóm lại, qua nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sau 12 tuần điều trị thì 78,2% đạt LDL-c mục tiêu theo khuyến cáo ESC/EAS 2011. Kiểm soát huyết áp càng tốt thì tỉ lệ đạt LDL-c mục tiêu càng cao. Đồng thời, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ tăng men gan trên 3 lần so với giá trị bình thường không đáng kể (3,6%). Tỉ lệ này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng ở liều thấp là 10mg/ngày và cỡ mẫu nhỏ, nên cần những nghiên cứu lớn hơn, liều cao hơn để xác định tác dụng phụ do Rosuvastatin gây ra.

V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp là 94,5%, trong đó nam chiếm 34,4% và nữ chiếm 65,6%, độ tuổi từ 50-69 mắc cao

nhất chiếm 60,2%, kể đến là tuổi ≥ 70 chiếm 18,3%. Rối loạn tăng thành phần lipid máu: tăng triglycerid chiếm 82,7%, tăng cholesterol chiếm 71%, tăng LDL-c chiếm 55,3% và giảm HDL-c chiếm 18,0%. Mức độ rối loạn: tăng cholesterol cao giới hạn là 39,6%, cao là 31,4%; tăng triglycerid cao giới hạn là 20,4%, cao là 56,9%; tăng LDL-c cao giới hạn là 33,3%, cao là 14,9% và rất cao là 7,1%; HDL-c giảm 37,3%.

- Kết quả điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA bằng rosuvastatin sau 3 tháng:

Tỉ lệ bệnh nhân đạt LDL-c mục tiêu theo khuyến cáo ESC/EAS 2011 và CVD 2012 là 78,2%. Bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu có tỉ lệ đạt LDL-c mục tiêu cao hơn 20 lần so với BN không đạt huyết áp mục tiêu. Tác dụng phụ: Tỉ lệ bệnh nhân có tăng men gan dưới 3 lần là 29,6% và tăng trên 3 lần là 3,6%, không ghi nhận bệnh nhân có đau cơ và rối loạn tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Minh Ngọc (2014)**, Nghiên cứu rối loạn lipid máu và đánh giá kết quả điều trị bằng Rosuvastatin ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ, luận án chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. **Đặng Vạn Phước (2011)**, Thực trạng điều trị rối loạn lipid máu hiện nay và hướng dẫn điều trị rối loạn lipid máu theo ESC/EAS 2011, chuyên đề tìm mạch học tháng 12/2011, Hội tim mạch thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Đặng Vạn Phước (2015)**, Cập nhật các biện pháp điều trị tăng LDL-cholesterol, chúng ta đang ở đâu?, Hội nghị tim mạch học 2015, tr. 1-15.
4. **Nguyễn Lâm Việt (2015)**, Thực Hành Bệnh Tim Mạch, NXB Y học, tr. 368 - 378.
5. **Phạm Nguyễn Vinh (2014)**, Cập nhật các khuyến cáo điều trị rối loạn lipid máu và dự phòng bệnh tim mạch, Hội nghị tim mạch lần thứ 14, 2014.
6. **McAfee AT, Ming EE et al (2006)**, The comparative safety of rosuvastatin: a retrospective matched cohort study in over 48,000 initiators of statin therapy, Pharmacoepidemiol Drug Saf, 15 (7), pp. 444-453.
7. **The National Heart, Lung, and Blood Institute (2001)**, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III), No. 01-3670.
8. **Zeljko Reiner, Alberico L, Catapano Guy De Backer, et al (2001)**, "ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias", European Heart Journal, 32, pp. 1769 - 1818.

GIẢI PHẪU DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC TRÊN PHIM CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ

Nguyễn Thị Hồng Yến*, Nguyễn Văn Hoạt**,
Ngô Xuân Khoa**, Nguyễn Thị Thơ***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các kích thước của dây chằng chéo trước trên phim chụp cộng hưởng từ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang 40 phim chụp cộng hưởng từ (CHT) khớp gối của bệnh nhân được chẩn đoán không có tổn thương dây chằng chéo trước (DCCT) từ tháng 10/2018- tháng 6/2019, nhằm đưa ra các kích thước của DCCT. **Kết quả:** các bệnh nhân có tuổi trung bình là 31,75 tuổi. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, gối phải nhiều hơn gối trái. Đo được chiều dài trung bình của DCCT trên mặt phẳng cắt đứng dọc là $36,63 \pm 2,15$ mm; trong đó của nam là $37,07 \pm 2,10$ mm; của nữ là $35,61 \pm 2,00$ mm; gối phải là $36,76 \pm 2,21$ mm; gối trái là $36,39 \pm 2,10$ mm. Đường kính trung bình tại điểm giữa của DCCT trên mặt cắt đứng dọc là $9,19 \pm 1,84$ mm, trong đó của nam là $9,44 \pm 1,85$ mm; của nữ là $8,60 \pm 1,73$ mm; gối phải là $9,08 \pm 2,00$ mm; gối trái là $9,40 \pm 1,57$ mm. **Kết luận:** Qua quá trình nghiên cứu đã đo được chiều dài DCCT và đường kính tại điểm giữa DCCT. So sánh được các kích thước giữa hai giới, hai bên gối.

Từ khóa: Dây chằng chéo trước, cộng hưởng từ

SUMMARY

ANATOMICAL STUDY OF THE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT USING MRI

Purpose: Measurement of the anterior cruciate ligament (ACL) using MRI. **Subjects and Methods:** retrospectively study 40 cases native anterior cruciate ligament using MRI from October/2018 to June/2019, the research is measurement of the anterior cruciate ligament using MRI. **Results:** the average age is 31,75. Male prominent, right knee prominent too. In the sagittal plane, the average ACL length was $36,63 \pm 2,15$ mm; the average in males were $37,07 \pm 2,10$ mm; the average in females were $35,61 \pm 2,00$ mm; $36,76 \pm 2,21$ mm in right knee; $36,39 \pm 2,10$ mm in left knee. In the sagittal plane, the average ACL width

was $9,19 \pm 1,84$ mm; the average in males were $9,44 \pm 1,85$ mm; the average in females were $8,60 \pm 1,73$ mm; $9,08 \pm 2,00$ mm in right knee; $9,40 \pm 1,57$ mm in left knee. **Conclusion:** the result of the research is the average ACL length and the average ACL width. They compared between left and right knees and between genders.

Keywords: Anterior cruciate ligament, MRI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dây chằng chéo trước là thành phần quan trọng đảm bảo sự vững chắc về mặt động học theo chiều trước sau của khớp gối. Chấn thương khớp gối là một chấn thương rất hay gặp và tổn thương thường gặp nhất trong chấn thương này là tổn thương đứt hay dập dẫm DCCT [1]. Phẫu thuật tạo hình dây chằng chéo trước đã trở nên phổ biến và hiện nay được thực hiện hầu hết qua phẫu thuật nội soi. Để đáp ứng đòi hỏi ngày càng cao về hiểu biết giải phẫu DCCT trong chẩn đoán, điều trị và can thiệp phẫu thuật tạo hình lại dây chằng đạt những kết quả tốt, ngày nay chúng còn được quan tâm nghiên cứu dựa trên những kỹ thuật hiện hình ngày càng hiện đại hơn. Chụp cộng hưởng từ là một phương pháp thăm dò không xâm lấn rất ưu việt, cho phép tái tạo hình ảnh dây chằng chi tiết và rõ nét với độ phân giải cao [2]. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu là xác định các kích thước của dây chằng chéo trước trên phim chụp cộng hưởng từ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 40 phim chụp CHT khớp gối người trưởng thành tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2018- tháng 6/2019. Các phim chụp được bác sỹ chuyên khoa xác định không có tổn thương trực tiếp hay gián tiếp DCCT, loại trừ nhưng phim chụp bệnh nhân đã được tái tạo DCCT.

2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên cơ sở các phim chụp CHT khớp gối để xác định các kích thước giải phẫu của DCCT.

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định,

**Trường Đại học Y Hà Nội,

***Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Yến

Email: yendhdd@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/9/2019

Ngày phản biện khoa học: 22/9/2019

Ngày duyệt bài: 1/10/2018

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Giới: Trong 40 phim khớp gối được nghiên cứu của 40 bệnh nhân thì có 28 nam và chỉ có 12 nữ, tỷ lệ nam/nữ là 7:3.

2. Tuổi: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 31,75. Trong đó độ tuổi 18 - 30 tuổi là cao nhất gồm 21 người chiếm tỷ lệ 52,5%, nhóm tuổi 31 - 40 có 12 người chiếm 30%, nhóm tuổi 41 - 50 có 6 người chiếm 15%, thấp nhất là nhóm

bệnh nhân có tuổi 51 - 60 tuổi chỉ có 1 người chiếm tỷ lệ 2,5%.

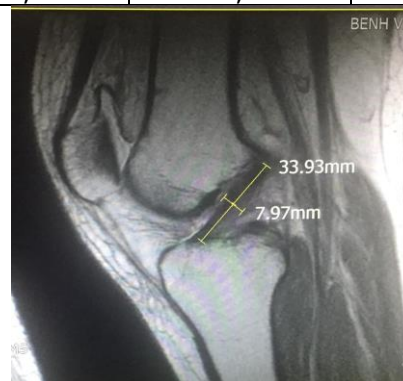
3. Vị trí: Tỷ lệ gối phải lớn hơn gối trái. Số lượng gối phải 26 chiếm 65%. Số lượng gối trái 14 chiếm 35%. Ở nam giới số gối phải 19 gối chiếm 67,86%, số gối trái 9 gối chiếm 32,14%. Ở nữ giới gối phải 7 gối chiếm 58,33%, số gối trái 5 gối chiếm 41,67%.

4. Chiều dài của DCCT

Bảng 1. Chiều dài của DCCT đo trên CHT

Giới \ DCCT	N	Min	Max	Trung bình	SD
Chung	40	32,55	41,27	36,63	2,15
Nam	28	32,55	41,27	37,07	2,10
Nữ	12	33,01	38,76	35,61	2,00
Gối phải	26	32,55	41,27	36,76	2,21
Gối trái	14	32,74	39,51	36,39	2,10

Chiều dài trung bình của DCCT đo ở mặt cắt đứng dọc trên CHT là $36,63 \pm 2,15$ mm, trong đó dài nhất 41,27 mm, ngắn nhất 32,55 mm. Ở nam giới chiều dài DCCT trung bình là $37,07 \pm 2,10$ mm, dài nhất 41,27 mm, ngắn nhất 32,55 mm. Ở nữ giới chiều dài DCCT trung bình là $35,61 \pm 2,00$ mm, dài nhất 38,76 mm, ngắn nhất 33,01 mm. Chiều dài trung bình của DCCT ở gối phải $36,76 \pm 2,21$ mm, trong đó dài nhất 41,27 mm, ngắn nhất 32,55 mm. Chiều dài trung bình của DCCT ở gối trái $36,39 \pm 2,10$ mm, trong đó dài nhất 39,51 mm, ngắn nhất 32,74 mm.



Hình 1. Bệnh nhân Phạm Thị T 47 tuổi, đo chiều dài và đường kính DCCT trên mặt phẳng cắt đứng dọc

5. Đường kính của DCCT

Bảng 2. Đường kính của DCCT đo trên CHT

Giới \ DCCT	N	Min	Max	Trung bình	SD
Chung	40	5,60	12,77	9,19	1,84
Nam	28	5,60	12,77	9,44	1,85
Nữ	12	6,39	10,91	8,60	1,73
Gối phải	26	5,60	12,77	9,08	2,00
Gối trái	14	6,52	12,30	9,40	1,57

Đường kính trung bình tại điểm giữa của DCCT đo ở mặt phẳng đứng dọc trên CHT là $9,19 \pm 1,84$ mm, trong đó dài nhất 12,77 mm, ngắn nhất 5,60 mm. Đường kính trung bình của DCCT ở nam giới $9,44 \pm 1,85$ mm, trong đó dài nhất 12,77 mm, ngắn nhất 5,60 mm. Đường kính trung bình của DCCT ở nữ giới $8,60 \pm 1,73$ mm, trong đó dài nhất 10,91 mm, ngắn nhất 6,39 mm. Đường kính trung bình của DCCT ở gối

phải $9,08 \pm 2,00$ mm, trong đó dài nhất 12,77 mm, ngắn nhất 5,60 mm. Đường kính trung bình của DCCT ở gối trái $9,40 \pm 1,57$ mm, trong đó dài nhất 12,30 mm, ngắn nhất 6,52 mm.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ là 7/3. Có sự chênh lệch khá lớn này có thể lý giải do nam giới có xu hướng vận động nhiều

hơn nên các chấn thương nói chung và chấn thương gối nói riêng hay gặp ở nam giới nên nhu cầu chụp khớp gối ở nam lớn hơn. Có lẽ còn do sự phân bố tỷ lệ nam/nữ khám bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội có xu hướng nam cao hơn nữ.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 31,75 trong đó chủ yếu là nhóm tuổi 18 – 30 tuổi cũng có thể giải thích do xu hướng vận động của nhóm tuổi trẻ là cao hơn nên nhu cầu chụp khớp gối ở nhóm này là lớn hơn.

Về vị trí gối, ở nghiên cứu này gối phải gặp nhiều hơn gối trái. Thực tế ở nhiều nghiên cứu thì chấn thương gặp ở hai bên gối với tỷ lệ tương tự nhau. Và yếu tố chân thuận hay chân không thuận là quan trọng và có ý nghĩa thống kê.

DCCT là cấu trúc quan trọng của khớp gối, trong các chấn thương gối thì tổn thương DCCT lại rất hay gặp. Do vậy phẫu thuật tạo hình DCCT đã trở nên phổ biến và hiện nay được thực hiện hầu hết qua phẫu thuật nội soi. Mặc dù giải phẫu của DCCT đã được nghiên cứu từ rất sớm, kỹ lưỡng bằng các kỹ thuật phẫu tích trên xác và được mô tả khá đầy đủ trong các sách giáo khoa giải phẫu kinh điển [3]. Tuy nhiên để đáp ứng đòi hỏi ngày càng cao về hiểu biết giải phẫu trong chẩn đoán, điều trị và can thiệp phẫu thuật tạo hình lại dây chằng đạt những kết quả tốt hơn chúng vẫn tiếp tục được quan tâm nghiên cứu dựa trên những kỹ thuật hiện hình ngày càng hiện đại hơn. Trong đó kỹ thuật chụp cộng hưởng từ là một phương pháp thăm dò không xâm lấn rất ưu việt, cho phép tái tạo hình ảnh dây chằng chi tiết và rõ nét với độ phân giải cao [2].

Từ nghiên cứu này chúng tôi đã đo đạc được các kích thước của DCCT như sau

Chiều dài trung bình của DCCT đo ở mặt phẳng đứng dọc trên CHT là $36,63 \pm 2,15$ mm; trong đó dài nhất chúng tôi đo được là 41,27 mm và ngắn nhất là 32,55 mm. Theo nhiều tác giả thì chiều dài trung bình của DCCT nằm trong khoảng từ 37 – 41 mm [1], [3]. Tuy nhiên, một số tác giả khác lại công bố kết quả có sự khác biệt một chút, sự khác biệt này là do việc đo đạc thực hiện ở tư thế gấp hay duỗi gối, căng chân xoay trong hay ngoài. Trong chụp cộng hưởng từ khớp gối thì tư thế gối cần chụp gấp nhẹ, xoay bàn chân ra ngoài khoảng $10 - 15^\circ$ so phương thẳng đứng (để quan sát dây chằng chéo trước tốt hơn). Có lẽ vì vậy mà chiều dài của DCCT hơi ngắn hơn so với các nghiên cứu khác. Theo

Mohamed Hamid Awadelsied cũng đo DCCT trên phim chụp cộng hưởng từ thì chiều dài trung bình của DCCT đo trên mặt cắt đứng dọc là $3,70 \pm 0,42$ cm trong đó dài nhất là 4,4 cm và ngắn nhất là 3,1 cm [4]. Như vậy chiều dài DCCT chúng tôi đo được không có khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Mohamed Hamid Awadelsied.

Chiều dài trung bình của DCCT ở nam giới $37,07 \pm 2,10$ mm, trong đó dài nhất 41,27 mm, ngắn nhất 32,55 mm. Chiều dài trung bình của DCCT ở nữ giới $35,61 \pm 2,00$ mm, trong đó dài nhất 38,76 mm, ngắn nhất 33,01 mm. Kết quả này cũng không có nhiều khác biệt so với của H.P.Wang và cộng sự [5]. Theo H.P.Wang đo được chiều dài DCCT đo ở mặt phẳng đứng dọc trên CHT trung bình ở nam giới là $36,98 \pm 4,12$ mm và ở nữ giới là $35,80 \pm 4,67$ mm. Kết quả của chúng tôi có lớn hơn so với nghiên cứu của Wei Chen và cộng sự (2013) [6]. Theo Wei Chen cũng đo DCCT trên phim chụp cộng hưởng từ nhưng ở mặt cắt theo hướng đi của dây chằng thì chiều dài trung bình của DCCT đo được ở nam giới và nữ giới lần lượt $36,45 \pm 1,98$ mm và $34,52 \pm 1,93$ mm.

Chiều dài trung bình của DCCT đo trên CHT ở gối phải so với gối trái không có sự khác biệt lần lượt là $36,76 \pm 2,21$ mm và $36,39 \pm 2,10$ mm. Kết quả này tương tự như kết quả thu được từ nghiên cứu của H.P.Wang và cộng sự đo được chiều dài của DCCT ở nam và nữ : $36,98 \pm 4,12$ mm và $35,80 \pm 4,67$ mm [5]. Theo Wei Chen cũng đo DCCT trên phim chụp cộng hưởng từ nhưng ở mặt cắt theo hướng đi của dây chằng thì chiều dài trung bình của DCCT đo được ở gối phải và gối trái cũng không có sự khác biệt: $35,31 \pm 1,76$ mm và $35,66 \pm 2,53$ mm [6].

Đường kính trung bình tại điểm giữa của DCCT ở mặt phẳng đứng dọc trên CHT đo được trong nghiên cứu của chúng tôi là $9,19 \pm 1,84$ mm, trong đó dài nhất 12,77 mm, ngắn nhất 5,60 mm. Kích thước này nhỏ hơn so với các nghiên cứu được thực hiện trên xác khác (trung bình 11 mm) nhưng lại lớn hơn so với nghiên cứu trên cộng hưởng từ của Mohamed Hamid Awadelsied là 0,8 cm [4]. Đường kính trung bình của DCCT đo trên CHT ở nam giới lớn hơn ở nữ giới và lần lượt $9,44 \pm 1,85$ mm và $8,60 \pm 1,73$ mm. Kết quả này tương tự như ở các nghiên cứu trước. Đường kính trung bình của DCCT đo trên CHT ở gối phải và ở gối trái không có sự khác biệt là : $9,08 \pm 2,00$ mm và $9,40 \pm 1,57$ mm.

V. KẾT LUẬN

Qua quá trình nghiên cứu chúng tôi đo được các kích thước của DCCT như sau: chiều dài trung bình của DCCT đo ở mặt phẳng đứng dọc trên CHT là 36,63 mm; trong đó ở nam dài hơn ở nữ và ở gối phải dài tương đương ở gối trái. Đường kính trung bình tại điểm giữa của DCCT đo ở mặt phẳng đứng dọc trên CHT là 9,19 mm; trong đó ở nam đường kính lớn hơn ở nữ và ở gối trái đường kính tương đương gối phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zantop T, Petersen C.W and Fu F.H. (2005). Anatomy of the Anterior Cruciate Ligament. Oper Tech Orthop. 15, pp 20 - 28.
2. Nacey NC, Geeslin MG, Miller GW, Pierce JL. (2017). Magnetic resonance imaging of the knee: An overview and update of conventional and state

- of the art imaging. J Magn Reson Imaging. 45(5), pp 1257-1275
3. Girgis FG, Marshall JL, Monajem A. (1975). The cruciate ligaments of the knee joint. Anatomical, functional and experimental analysis. Clin Orthop Relat Res. (106), pp 216-231.
4. Mohamed Hamid Awadelsied. (2015). Radiological Study of Anterior Cruciate Ligament of the Knee Joint in Adult Human and its Surgical Implication. Universal Journal of Clinical Medicine. Vol. 3(1), pp 1 - 5.
5. Wang HP, Cui HK, Yue W, et al.(2015). Determination of patellar ligament and anterior cruciate ligament geometry using MRI. Genet Mol Res.14(4), pp 12352-61.
6. Wei C, Bing X, Guo-Hong Zu, et al. (2013). Oblique coronal view of the ACL double-bundle: Comparison of the Chinese Visible Human dataset and low-field MRI. Exp Ther Med. 6(2), pp 606 - 610.

ĐIỀU TRỊ LÉP MÔI TRÊN VÀ NỀN MŨI SAU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MÔI VÒM BẨM SINH MỘT BÊN BẰNG GHÉP TRUNG BÌ MỠ

Dương Hà Liên*, Trần Thiết Sơn*, Phạm Thị Việt Dung*,

TÓM TẮT⁸

Mục tiêu nhằm đánh giá kết quả ghép trung bì mỡ trong điều trị lép môi trên và nền mũi sau phẫu thuật đóng khe hở môi- vòm miệng bẩm sinh một bên. Tiến hành nghiên cứu trên 08 bệnh nhân có biến dạng lép môi trên và nền mũi di chứng sau phẫu thuật KHM_VM bẩm sinh 1 bên tại khoa Phẫu thuật tạo hình- Bệnh viện đa khoa Xanh pôn từ tháng 10/2017 đến tháng 7/2019. Cả 8 Bn được ghép trung bì mỡ tại môi trắng trên và nền mũi, trong đó 6 bệnh nhân có khuyết môi đỏ kèm theo được ghép thêm trung bì mỡ tại môi đỏ. Kết quả trong 8 bệnh nhân nghiên cứu có 5 BN nam, 3 BN nữ. Sau 6 tháng phẫu thuật chiều cao môi đỏ c2/c1 có cải thiện. Chỉ số khuyết môi đỏ/c1 đã giảm đáng kể với c/c1 trước phẫu thuật là 0.190 ± 0.134 , sau 6 tháng $c/c1 = 0.021 \pm 0.06$. Chỉ số tương quan môi trên môi dưới (Ls/Li) sau 6 tháng chưa đạt mức hài hòa với $Ls/Li = 0.97 \pm 0.370$ nhưng so với trước phẫu thuật đã có sự cải thiện. Chỉ số góc nền mũi α , trước phẫu thuật cả 8 bệnh nhân đều có

chỉ số góc nền mũi là dưới 0° . Sau 6 tháng chiều cao nền mũi bên khe hở đã được cải thiện tương đối bằng bên lành. Như vậy, ghép trung bì mỡ cải thiện đáng kể trong lép môi trên, nền cánh mũi, thể tích của mô ghép thay đổi, tiêu dẫn trong những tháng đầu và ổn định hơn sau 3 tháng.

Từ khóa: Ghép trung bì mỡ, khe hở môi vòm.

SUMMARY

TREATMENT OF DEFORMED UPPER LIP AND NOSE FLOOR IN DEFORMITY SECONDARY UNILATERAL CLEFT LIP BY USING THE DERMAL GRAFT

The purpose of the results of using the dermal graft in the treatment of secondary Unilateral cleft lip. The perioperative study of 08 patients with deformed upper lip deformity in secondary Unilateral cleft lip was examined and treated at the Department of Plastic Surgery - Saint Paul Hospital from October 2017 to July 2019. All 8 patients were used Acellular dermal graft on the upper lip and nose base, of which 6 patients with vermilion defects. After 6 months of surgery, the height of vermilion c2 / c1 improved with (mean $\pm$ SD) before surgery (0.976 ± 0.304) after 6 months (0.994 ± 0.072). The index of (Ls / Li) is also significantly improved. Nasal angle index α , before surgery, all 8 patients had baseline angle index below

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Hà Liên

Email: duonghalien8990@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/9/2019

Ngày duyệt bài: 28/9/2019

0 ° average $\alpha = -7,125^\circ \pm 2,800$. Results after 6 months compared with before surgery. In Conclusion, the Acellular dermal graft significantly improved the deformity of the upper lip, the base of the nose, the volume of the graft changed, gradually decreased in the first months and stabilized after 3 months.

Key word: Acellular dermal graft, cleft lip and cleft plate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi-vòm miệng (KHM-VM) là dị tật bẩm sinh phổ biến nhất vùng đầu mặt cổ [1]. Có nhiều phương pháp phẫu thuật đóng KHM, kết quả ban đầu đa phần thỏa đáng trong đa số các trường hợp, tuy nhiên có một phần không nhỏ kết quả ban đầu có sự biến dạng, hơn thế nữa sau phẫu thuật trở loạn sự tăng trưởng và phát triển của trẻ ít nhiều gây ra các biến dạng mũi môi thứ phát, vấn đề này tác động không nhỏ đến tâm lý của trẻ và gia đình, do đó việc quản lý và điều trị biến dạng thứ phát sau phẫu thuật KHM-VM là phần không thể thiếu trong lộ trình điều trị các bệnh nhân dị tật bẩm sinh KHM-VM [2]. Các di chứng sau phẫu thuật KHM-VM rất đa dạng trong đó biến dạng lép toàn bộ chiều dày của môi, nền cánh mũi và khuyết môi đỏ là biến dạng thường gặp và rất khó xử lý nên ngoài việc sắp xếp lại đúng vị trí giải phẫu thì sửa di chứng KHM cần phải quan tâm đến việc bù đắp lại khối lượng và thể tích và sự cân đối của môi. Để tăng thể tích ở môi, có nhiều chất liệu đã được các tác giả trên thế giới đề cập đến như tế bào mỡ tự do, trung bì mỡ, cân thái dương, cân sau tai, sụn vành tai... Các vật liệu nhân tạo như chất làm đầy filler, botox, trung bì nhân tạo, mỡ nhân tạo... Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng mảnh ghép là trung bì mỡ tự thân để ghép nhằm làm tăng thể tích của môi trên. Phương

pháp này đơn giản, dễ thực hiện, trung bì mỡ tự thân sẵn có và nơi cho dấu sẹo... Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về phương pháp ghép trung bì mỡ tự thân để cải thiện tình trạng lép môi trên nền cánh mũi do biến dạng thứ phát sau phẫu thuật KHM-VM nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên một nhóm bệnh nhân có thiếu sản môi trên nền mũi và khuyết môi đỏ do di chứng KHM-VM với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị lép môi trên, nền cánh mũi bằng mảnh ghép trung bì mỡ trên bệnh nhân có biến dạng môi sau phẫu thuật khe hở môi vòm miệng 1 bên bẩm sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến hành trên 08 bệnh nhân có biến dạng lép môi trên và nền cánh mũi sau phẫu thuật KHM-VM bẩm sinh 1 bên đã được khám và phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật tạo hình - Bệnh viện Xanh Pôn thời gian từ tháng 10/2017 đến tháng 7/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

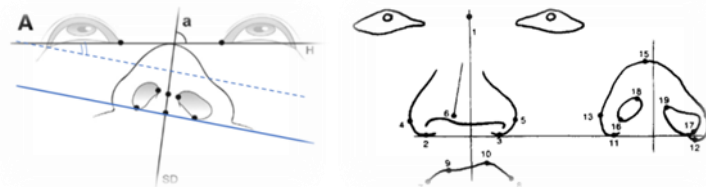
2.2.1. Khám lâm sàng, chụp ảnh trước mổ, đo đạc các kích thước: đo và đánh giá 4 chỉ số trên ảnh tiêu chuẩn:

- Chiều cao môi đỏ và chiều cao khiếm khuyết môi đỏ: Tính các tỉ lệ: $c2/c1$ và c/c

Trong đó: $c1$ - là chiều cao môi đỏ bên lành, $c2$ - là chiều cao môi đỏ bên bệnh, c - Là chiều cao khuyết môi đỏ

- Tương quan môi trên môi dưới: Đo khoảng cách từ điểm lõm nhất của môi trên đến đường thẳng Burston kí hiệu Ls , từ điểm lõm nhất môi dưới đến đường Burston là Li .

- Chỉ số nền mũi:



Hình 2.1: Cách đo chỉ số góc của biến dạng thiếu sản nền mũi [3]

Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy đường đi qua góc mắt trong 2 bên làm đường thẳng để xác định (đường en-en). Góc tạo bởi đường đi qua nền mũi với đường thẳng en-en trên ảnh ngửa cổ tiêu chuẩn gọi là góc α . Bình thường nền mũi 2 bên cân đối góc $\alpha = 0$.



Hình 2.2: BN7 a- hình ảnh trước phẫu thuật ($\alpha = -10^\circ$). b- Ngay sau phẫu thuật $\alpha = 0$

*Sau khi các bệnh nhân được đo đặc các kích thước trước mổ tiến hành phẫu thuật ghép trung bì mỡ lên môi bệnh nhân. Bệnh nhân được phẫu thuật dưới gây tê tại chỗ.

2.2.2. Thực hiện phẫu thuật: song song 2 kíp phẫu thuật:

- Kíp 1 tiến hành lấy mảnh ghép trung bì mỡ lấy từ vùng nếp lằn bụng hoặc nếp bẹn.
- Kíp 2: Tiến hành phẫu thuật sửa sẹo biến dạng môi mũi: sửa sẹo xấu, sẹo lõm ở môi trắng kèm tạo đường hầm đi vào gờ nhân trung từ phần môi đỏ đi lên. Một số trường hợp tiến hành tạo hình bằng vật chữ Z tại khuyết môi đỏ hoặc kèm nâng mũi, chỉnh trụ mũi.

Bệnh nhân sau phẫu thuật được theo dõi và chụp ảnh sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi của bệnh nhân giao động từ 12 đến 32 tuổi. Độ tuổi trung bình là 21,6. Trong đó có 5 nam và 3 nữ, về vị trí khe hở môi có 5 bệnh nhân có khe hở môi bên trái và 3 bệnh nhân có khe hở môi bên phải. Các bệnh nhân đã được theo dõi trên 6 tháng. Tất cả các bệnh nhân phục hồi không có biến chứng, sẹo vùng môi sau phẫu thuật tiến triển tốt, chức năng môi không ảnh hưởng.

Bảng 3.1. Kết quả giá trị trung bình 4 chỉ số nghiên cứu

Chỉ số	Trước PT (mean $\pm$ SD)	Sau cắt chỉ (mean $\pm$ SD)	Sau 1 tháng (mean $\pm$ SD)	Sau 3 tháng (mean $\pm$ SD)	Sau 6 tháng (mean $\pm$ SD)
c2/c1	0.976 $\pm$ 0.304	1.138 $\pm$ 0.093	1.074 $\pm$ 0.085	1.015 $\pm$ 0.060	0.994 $\pm$ 0.072
c/c1	0.190 $\pm$ 0.134	-	-	-	0.021 $\pm$ 0.06
Ls/Li	0.710 $\pm$ 0.335	1.458 $\pm$ 0.705	1.376 $\pm$ 0.612	1.033 $\pm$ 0.416	0.97 $\pm$ 0.370
Góc α	-7.125 $\pm$ 2.800	1.000 $\pm$ 1.927	-0.25 $\pm$ 1.581	-2.500 $\pm$ 1.069	-3.00 $\pm$ 1.195

- Sau 6 tháng phẫu thuật chiều cao môi đỏ c2/c1 có cải thiện với (mean $\pm$ SD) trước phẫu thuật là (0.976 $\pm$ 0.304) Sau 6 tháng (0.994 $\pm$ 0.072). Chỉ số khuyết môi đỏ c/c1 đã giảm đáng kể với c/c1 trước phẫu thuật là 0.190 $\pm$ 0.134 sau 6 tháng c/c1=0.021 $\pm$ 0.06 sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p = 0.003$).

- Chỉ số tương quan môi trên môi dưới (Ls/Li) sau 6 tháng chưa đạt mức hài hòa với Ls/Li = 0.97 $\pm$ 0.370 nhưng so với trước phẫu thuật đã có sự cải thiện và sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p = 0.026$).

- Chỉ số góc nền mũi α , trước phẫu thuật cả 8 bệnh nhân đều có chỉ số góc nền mũi là dưới 0° trung bình $\alpha = -7,125^\circ \pm 2,800$. Sau 6 tháng chiều cao nền mũi bên khe hở đã được cải thiện tương đối bằng bên lành và kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ ($p = 0.002$).

IV. BÀN LUẬN

Chỉ số chiều cao môi đỏ sau ghép trung bì mỡ tại môi đỏ nhận thấy có sự sung nề nhẹ trong tháng đầu sau ghép, mảnh ghép sẽ tiêu ngót một phần trong vòng 3 tháng đầu, sau 3 tháng kết quả mảnh ghép đi dần vào ổn định sự tiêu ngót tổ chức ít. So với ban đầu trước phẫu thuật, kết quả sau ghép 6 tháng chiều cao môi đỏ 2 bên đã tương đối san bằng. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Attar và CS năm 2016 chiều cao môi đỏ đã được tăng lên đáng kể ở cả 2 bên là bên bình thường và bên khe hở, tuy nhiên sự gia tăng không có ý nghĩa thống kê ở bên bình thường, sự thay đổi độ dày môi cho thấy sự gia tăng nhiều hơn ở bên khe hở, có ý nghĩa thống kê. [4]

Chỉ số khuyết môi đỏ trước phẫu thuật cả 6 ca bệnh được chọn đều có khiếm khuyết môi đỏ, với c/c1=0.190 $\pm$ 0.134. Sau 6 tháng

$c/c1=0.021\pm0.06$ như vậy kết quả đã cải thiện ở môi đồ, sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p=0.003$). Kết quả này cũng tương tự kết quả của tác giả Attar và CS năm 2016 [5]: Trong nghiên cứu của tác giả chiều cao khiếm khuyết đã thay đổi đáng kể, giá trị nhỏ hơn đã thu được ở vị trí khiếm khuyết như vậy khiếm khuyết đã giảm và nghiêng về tình trạng bình thường, sự chênh lệch trước và sau phẫu thuật là $(3,43\pm4,42)\text{mm}$ với $p < 0,001$.

Tương quan môi trên/môi dưới Ls/Li: tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có tương quan Ls/Li nhỏ hơn 1,6 ($Ls/Li=0.710\pm0.335$), tức là có tình trạng thiếu sản tăng mặt giữa tùy mức độ. Sau cắt chỉ ta thấy có sự tăng lên rõ rệt, $Ls/Li=0.97\pm0.370$. Kết quả ngay sau cắt chỉ sự tăng lên đáng kể cũng được giải thích là do tình trạng còn sưng nề tổ chức và sự ghép dư thừa tổ chức và sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p=0.003$), và trong 3 tháng đầu có sự tiêu ngót tổ chức với $p=0.027$, và kết quả sau 6 tháng tổ chức trung bì tiêu ít hơn, sự tiêu này là không đáng kể. Kết quả ghép trung bì mỡ sau 6 tháng tương quan môi trên/ môi dưới ($Ls/Li=0.97\pm0.370$) chưa đạt mức hài hòa nhưng so với trước phẫu thuật đã có sự cải thiện và sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p=0.026$).

Chỉ số góc nền mũi α : Trước phẫu thuật $\alpha=7,125^\circ\pm2.800$, kết quả sau 6 tháng $\alpha=3.00\pm1.195$ chiều cao nền mũi bên khe hở đã được cải thiện và kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ ($p=0.002$). Trong nghiên cứu của Jeeman Kim và CS công bố năm 2017 [6] tác giả sử dụng mảnh ghép trung bì mỡ ở phần môi trên nền mũi kết quả cũng chỉ ra rằng sự chênh lệch giữa 2 bên nhân trung và nền mũi 2 bên đã được cải thiện đáng kể với $p < 0,01$.

Trong nghiên cứu này chúng tôi không can thiệp vào xương chúng tôi chỉ ghép trung bì mỡ vào môi mục đích tăng thể tích môi trên giúp cải thiện 1 phần tình trạng thiếu sản tăng mặt giữa thông qua việc tác động vào mô mềm.

V. KẾT LUẬN

Biến dạng lép môi trên, nền cánh mũi do di chứng khe hở môi vòm miệng gây ảnh hưởng mặt thẩm mỹ. Nghiên cứu ghép mỡ trung bì để tăng thể tích môi trong sẹo biến dạng môi di chứng khe hở môi, chúng tôi nhận thấy rằng phương pháp này giúp cải thiện đáng kể tình trạng thiếu sản môi, phẫu thuật không phức tạp và nơi cho chất liệu không gây biến chứng, sẹo được dấu vào các nếp tự nhiên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bắc Hùng (2006)**, Khe hở môi bẩm sinh. Phẫu thuật tạo hình, Trường ĐH Y Hà Nội, NXB Y học.
2. **Trần Thiết Sơn (2014)**. Khe hở môi một bên bẩm sinh. Các vấn đề cơ bản trong phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ. Trường Đại Học Y Hà Nội. NXB Y Học.
3. **Võ Trương Như Ngọc (2014)**, Phân tích kết cấu đầu- mặt và thẩm mỹ khuôn mặt, Hà Nội: Nhà Xuất Bản Y Học.
4. **Anonymous**, Cleft Lip and Palate Evolution of surgical technique .2018.
5. **Movahedian Attar và CS (2016)**., Acellular Dermal Graft in Secondary Cleft Lip Deficiencies: Assessment of Results With a Reproducible Quantitative Technique. J Craniofac Surg,. **27**(2): p. 313-6.
6. **Jeeman Kim và CS (2017)**, Formation of the Philtral Column Using a Dermal Graft in Secondary Unilateral Cleft Lip. J Craniofac Surg, 2017. **28**(7): p. 1661-1663.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG DỊ DẠNG MAO MẠCH VÙNG MẶT CỔ

Nguyễn Văn An*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng dị dạng mao mạch vùng mặt cổ. **Đối tượng và phương pháp:** 51 bệnh nhân (14 nam, 37 nữ) lứa tuổi từ 1 tháng đến 66 được khám và điều trị tại Khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ Bệnh viện Xanh Pôn từ 2010 đến 5/2019 và Khoa Phẫu thuật laser Bệnh viện Da liễu Hà Nội từ năm 2017 đến 5/2019. Tất cả 51 bệnh nhân được chẩn đoán dị dạng mao mạch vùng mặt cổ. **Kết quả và kết luận:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 21,4. Tỷ lệ: nam/nữ $\approx 1/2$. 80.4% bệnh nhân có 1 dị dạng. 96% các dị dạng xuất hiện ngay sau sinh. Phân loại các thể dị dạng: chủ yếu nốt rượu vang đơn thuần (90.2%). Đặc điểm dị dạng mao mạch: màu đỏ sẫm (82,35%), bề mặt da CM phẳng (78.43%), phát triển theo sự phát triển của cơ thể (100%).

Từ khóa: Dị dạng mao mạch, vùng cổ mặt, đặc điểm lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CAPILLARY MALFORMATION ON FACE AND NECK

Objectives: Describe symptoms and signs of capillary malformations on face and neck. **Patients and Methods:** 51 patients (14 males, 37 females) of age from 1 month to 66 years were evaluated and treated in Department of Plastic and Aesthetic Surgery – Saint Paul Hospital from 2010 to May 2019 and Department of Laser Surgery – Hanoi Dermatology Hospital from 2017 to May 2019. All 51 patients were diagnosed with capillary malformations on face and neck. **Results and conclusion:** The average age is 21.4. Ratio of male/female : $1/2$. 80.4% of patients have 1 malformation. 96% of malformations appear after birth. Classification of malformations: mostly port wine stain (90.2%). Characteristics: dark red (82.35%), flat surface (78.43%), grow follow the development of the body (100%).

Keywords: Capillary malformation, face and neck, clinical characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

*Bệnh viện Da liễu, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn An

Email: nguyenvanan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2/9/2019

Ngày phản biện: 22/9/2019

Ngày duyệt bài: 2/10/2019

Các vấn đề bất thường mạch máu là bệnh lý rất hay gặp ở trẻ em và được các tác giả nghiên cứu từ nhiều thập kỷ trước [1, 2]. Theo Hiệp hội quốc tế nghiên cứu về các bất thường mạch máu, các bất thường mạch máu được phân chia thành 2 nhóm khác nhau gồm: Dị dạng mạch máu và U mạch máu [3].

Để điều trị các bất thường mạch máu cần sự phối hợp của nhiều chuyên khoa: nhi khoa, da liễu, phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật mạch máu, chẩn đoán hình ảnh, gây mê hồi sức...

Dị dạng mao mạch không ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe, tuy vậy sự hiện diện của nó trên mặt gây ảnh hưởng nặng nề về tâm lý đối với bệnh nhân. Nếu để lâu dị dạng mao mạch phát triển dày lên, thành các nốt sần gây chảy máu. Các thương tổn phối hợp có thể ảnh hưởng đến chức năng của các cơ quan liên quan như mắt, mũi, tiêu hóa. Tại Việt Nam việc điều trị căn bệnh này khó, dai dẳng và vẫn chưa có tính hệ thống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 51 bệnh nhân (14 nam, 37 nữ) lứa tuổi từ 1 tháng đến 66 tuổi được khám và điều trị tại khoa phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ bệnh viện Xanh Pôn và khoa phẫu thuật laser bệnh viện da liễu Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

*Bệnh nhân được khám lâm sàng. Thông tin bệnh nhân được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, với các dữ liệu:

- Đặc điểm dịch tễ học: tuổi, giới tính.

- Đặc điểm lâm sàng: vị trí, màu sắc, bề mặt, kích thước và các mối liên quan.

*Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

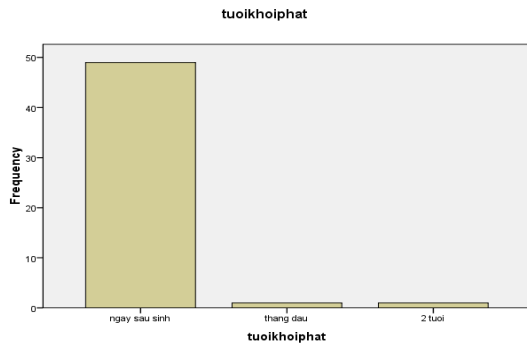
3.1. Tuổi, giới

Bảng 3.1. Độ tuổi người bệnh

	n	TB $\pm$ SD
Nam	14	21.4 $\pm$ 2.36
Nữ	37	19.6 $\pm$ 1.70
Chung	51	20.1 $\pm$ 2.63

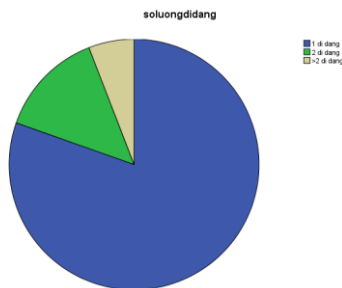
Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 20.1 (từ 1 tháng tuổi đến 66 tuổi). Tỷ lệ bệnh nhân nữ /nam là 2:1 (37/ 14).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của dị dạng mao mạch.



Biểu đồ 3.1. Tuổi khởi phát

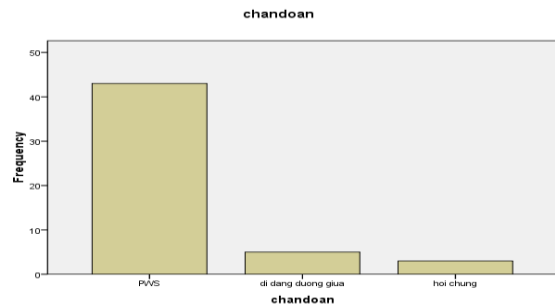
Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu thấy: hầu hết các dị dạng xuất hiện sớm ngay sau sinh (96%), số ít xuất hiện muộn hơn 2 BN (4%)



Biểu đồ 3.2. Số lượng dị dạng

Nhận xét: Trong 51 bệnh nhân nghiên cứu thấy: các dị dạng mạch máu chủ yếu xuất hiện

với 1 dị dạng (80,4%) và với số lượng >2 dị dạng ít nhất (5.9%).



Biểu đồ 3.3. Thể dị dạng

Nhận xét: Trong số bệnh nhân nghiên cứu: đa số các bệnh nhân đều ở dạng bột rượu vang (90.2%). Trong số bệnh nhân bột rượu vang thì có tỷ lệ nhỏ bệnh nhân nằm trong hội chứng Sturge- Weber (5.9%)

Bảng 3.2. Vị trí bột rượu vang liên quan dây thần kinh V

Vị trí dị dạng	n	%
V1	8	18.6%
V2	13	30.23%
V3	5	11.63%
V1 + V2	8	18.6%
V2+ V3	3	6.98%
V1 + V2+ V3	6	13.95%
Tổng	43	100%

Nhận xét: trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu có 43 bệnh nhân dị dạng mao mạch dạng bột rượu vang, trong đó tổn thương dị dạng chủ yếu phân bố theo nhánh V2 (30.23%).

Bảng 3.3. Liên quan màu sắc dị dạng với bề mặt dị dạng

Màu sắc \ Bề mặt TT	Bề mặt phẳng		gồ		lỗm	
	n	%	n	%	n	%
Đỏ tím	32	62.75%	7	13.73%	3	5.88%
Đỏ tươi	0	0%	0	0%	0	0%
Hồng	8	15.69%	0	0%	1	2%

Nhận xét: Trong các bệnh nhân nghiên cứu: màu sắc tổn thương có 2 màu là đỏ tím và màu hồng, trong đó màu đỏ chiếm đại đa số (82.36%). Đa số bệnh nhân có tổn thương màu đỏ tím và tổn thương bằng phẳng với mặt da (62.75%).

Bảng 3.4. Diện tích tổn thương

Kích thước	< 1 đv GP	2 đv GP	>2 đv GP
< 20 cm ²	17	8	0
≥ 20 cm ²	3	4	19
Tổng	20	12	19

Nhận xét: Trong số 51 bệnh nhân nghiên cứu: đa số các bệnh nhân có diện tích tổn thương lớn đều chiếm từ 2 đơn vị giải phẫu trở lên (88.46%). Có một tỷ lệ khá lớn các bệnh nhân có diện tích dị dạng mao mạch nhỏ (<

20cm²) mà dị dạng nằm ở hai đơn vị thẩm mỹ (32%).

IV. BÀN LUẬN

Qua theo dõi, đánh giá quá trình điều trị và thống kê những kết quả đạt được chúng tôi thấy có một số điều cần đưa ra bàn luận như sau:

***Tuổi:** Nghiên cứu của chúng tôi thấy (bảng 3.1) tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu tương đối trẻ 21.4. Tuổi cao nhất 66 và ít tuổi nhất 1 tháng. Điều này được lý giải là đại đa số bệnh nhân nhóm nghiên cứu được lấy chủ yếu là nhóm bệnh nhân đến điều trị, có nhu cầu cải thiện về mặt thẩm mỹ trên khuôn mặt. Kết quả này cũng chứng minh các dị dạng mao mạch là dị tật bẩm sinh xuất hiện từ lúc sinh. Số bệnh nhân nhiều tuổi đến khám và điều trị càng chứng tỏ dị dạng mạch máu không tự mất đi, khác với U mạch máu ở trẻ em [4].

***Giới:** Qua bảng 3.1 thấy có tỷ lệ nam/nữ là 14/37. Kết quả này không khẳng định tỷ lệ mắc khác nhau ở nam và nữ mà chỉ khẳng định nhu cầu điều trị khác nhau giữa nam và nữ. Vì tổn thương dị dạng mao mạch này ở vị trí vùng mặt cổ ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ và nhu cầu thẩm mỹ của nữ cao hơn nam.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới (về phân bố giới tính) như: Yoojeong Kim (2012)[5], Wenhao Shi (2013)[5, 6].

***Thời gian bắt đầu xuất hiện dị dạng** (biểu đồ 3.1): Trong nghiên cứu của chúng tôi dị dạng xuất hiện ngay sau sinh 49 bệnh nhân (96%), 1 tháng đầu là (2%), 2 tuổi là (1%).

***Số lượng dị dạng:** Nghiên cứu của chúng tôi thấy có 41 bệnh nhân (80,4%) có 1 vị trí dị dạng, 2 bệnh nhân có 2 dị dạng (13.7%), còn lại trên 2 dị dạng (biểu đồ 3.2). Trung bình có 1,25 dị dạng. Kết quả trên chứng tỏ dị dạng mao mạch phần lớn xuất hiện 1 cách độc lập ở một vị trí, số ít có 2 dị dạng và hiếm khi có trên 2 dị dạng.

***Các thể dị dạng:** Trong 51 bệnh nhân dị dạng mao mạch chúng tôi gặp 42 bệnh nhân (82.35%) dị dạng mao mạch dạng vết rượu vang đơn thuần, 6 bệnh nhân (11.76%) dị dạng đường giữa, 3 bệnh nhân (5.9%) dị dạng vết rượu vang nằm trong hội chứng Sturge-Weber.[2]

Ý nghĩa của việc phân loại thể dị dạng mao mạch có giá trị chẩn đoán và điều trị vô cùng quan trọng, tránh tối đa biến chứng và di chứng.

Vì với các dị dạng đường giữa không cần điều trị thường sẽ tự mất đi sau vài năm, còn với dị dạng vết rượu vang khi được chẩn đoán sớm và điều trị bằng Laser màu cho kết quả cao.

***Phân bố vết rượu vang theo các nhánh TK V** (bảng 3.2): Theo nghiên cứu của chúng tôi: 50.98% phân bố 1 trong 3 nhánh của thần kinh V, theo nhánh V2 chiếm 30.23% nhiều nhất, tiếp theo phối hợp V1&V2 là 18,6%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác. Kết quả trên cho thấy vết rượu vang chủ yếu phân bố ở nhánh V2 của dây V, giúp cho phân biệt trên lâm sàng giữa vết rượu vang với U mạch máu ở trẻ em và giữa vết rượu vang với thể dị dạng đường giữa.

***Đặc điểm màu sắc của CM:** Qua bảng 3.3 trên 51 bệnh nhân: 42 bệnh nhân có màu đỏ tím (82.35%), 9 bệnh nhân có màu hồng (17.6%). Chúng tôi thấy giống với các nghiên cứu đánh giá màu sắc CM của các tác giả trên thế giới Marler (2005), Garzon (2007), Hochman (2011)[7],[8].

Kết quả nghiên cứu này giúp chẩn đoán dị dạng mao mạch dựa vào màu sắc biểu hiện trên da một cách dễ dàng hơn, phân biệt được với các thể dị dạng khác.

***Đặc điểm bề mặt da của CM:**

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi trên 51 bệnh nhân dị dạng mao mạch chúng tôi thấy bề mặt da: phẳng 40 bệnh nhân (78.43%), gồ 7 BN (13.72%), lõm 4 bệnh nhân (7.84%). Số bệnh nhân dị dạng mao mạch có bề mặt da gồ gập khi lớn tuổi và thường kèm biến dạng tổ chức.

Kết quả nghiên cứu này phản ánh các dị dạng mạch máu từ khi sinh ra phẳng, nhẵn khi lớn lên có thể gồ và phì đại, giúp cho việc chẩn đoán CM và phân biệt với U mạch máu thể nông.

Dựa vào mối tương quan giữa bề mặt và màu sắc của dị dạng mao mạch: đa phần bệnh nhân có màu sắc dị dạng nhạt màu (màu hồng) thì không ảnh hưởng đến tổ chức dưới da tại vị trí nốt (15.69%). Tổn thương da càng đậm màu thì tổ chức dưới da hay gặp quá phát hơn (13.73%).

Mối tương quan giữa bề mặt dị dạng mao mạch và các can thiệp điều trị trước đó: 4 bệnh nhân có bề mặt teo lõm đều đã có các điều trị can thiệp trước đó (7.84%), các bệnh nhân này đều đã được can thiệp xạ trị từ bé hiện tại bề mặt ngoài dị dạng mao mạch còn xen lẫn sẹo và teo lõm tổ chức phần mềm dưới da. 4 bệnh nhân có bề mặt dị dạng bằng phẳng có can thiệp trước đó (7.84%), các bệnh nhân này chủ yếu là

các can thiệp bằng điều trị laser ở các bước sóng khác (1064nm hoặc 755nm) mà không phải là laser PDL. Ở nhóm bệnh nhân có bề mặt dị dạng gồ không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân có can thiệp trước đó và nhóm bệnh nhân không có can thiệp. Điều này chứng tỏ sự quá phát tổ chức dưới da tại vị trí dị dạng mao mạch là tiến triển và các yếu tố bên trong chứ không phải do các yếu tố bên ngoài tác động.

* Diện tích dị dạng mao mạch

Phân chia theo cm², trong nghiên cứu có 49.02% bệnh nhân có diện tích CM nhỏ (<20cm²), 50.98% bệnh nhân có diện tích CM lớn hơn 20cm².

Phân loại theo đơn vị thẩm mỹ, trong nhóm bệnh nhân có CM nhỏ thì đa phần các CM nằm gọn trong một đơn vị thẩm mỹ (68%) phù hợp cho việc lựa chọn điều trị bằng laser cũng như các biện pháp phẫu thuật đơn giản như cắt toàn bộ hay cắt dần CM. Trong nhóm bệnh nhân có CM lớn thì đa phần các CM nằm trải dài ở nhiều đơn vị thẩm mỹ khác nhau (88.46%), vì vậy ở các bệnh nhân này việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cũng hạn chế hơn và giảm thiểu các biến chứng có thể xảy ra. Việc lựa chọn điều trị laser PDL ở những bệnh nhân có diện tích CM lớn cũng cần tư vấn bệnh nhân kỹ hơn về các tác dụng không mong muốn có thể gặp như đau rát, phỏng rộp.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

- BN đến khám và điều trị có độ tuổi trung bình 21.4.
- Tỷ lệ: nam/nữ $\approx 1/2$
- Đa phần mọi người đi khám vì sức khỏe hoặc thẩm mỹ.
- Số lượng dị dạng trên 1 bệnh nhân chủ yếu 1 dị dạng (80.4%).
- Thời gian xuất hiện các dị dạng mao mạch :96% các dị dạng xuất hiện ngay sau sinh. Để

phân biệt dị dạng mạch máu và u mạch máu ở trẻ em có thể dựa vào thời gian xuất hiện để phân biệt.

- Phân loại các thể dị dạng: chủ yếu bớt rượu vang đơn thuần (90.2%), tỷ lệ nhỏ bớt rượu vang nằm trong hội chứng Sturge-Weber (5.9%).

- Vị trí bớt rượu vang theo vùng chi phối của dây thần kinh V: CM chủ yếu nằm riêng biệt theo 3 vùng chi phối của dây V (60.47%), trong đó ở vùng V2 chiếm chủ yếu (30.23%).

- Đặc điểm CM: màu đỏ sẫm (82,35%), bề mặt da CM phẳng (78.43%), phát triển theo sự phát triển của cơ thể (100%). Dựa vào những đặc điểm trên có

thể chẩn đoán được dị dạng mao mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Garzon, M.C., et al.,** Vascular malformations: Part I. Journal of the American Academy of Dermatology, 2007. **56**(3): p. 353-370.
2. **Garzon, M.C., et al.,** Vascular malformations: Part II: Associated syndromes. Journal of the American Academy of Dermatology, 2007. **56**(4): p. 541-564.
3. **<ISSVA-Classification-2018.pdf>.**
4. **Werner, J.A., et al.,** Current concepts in the classification, diagnosis and treatment of hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 2001. **258**(3): p. 141-149.
5. **Kim, Y., et al.,** Surgical treatment of dermatomal capillary malformations in the adult face. Arch Plast Surg, 2012. **39**(2): p. 126-9.
6. **<Treatment of port wine stains with pulsed dye laser.pdf>.**
7. **Marler, J.J. and J.B. Mulliken,** Current management of hemangiomas and vascular malformations. Clin Plastic Surg, 2005. **32**: p. 99-116.
8. **Hochman, M., D.M. Adams, and T.D. Reeves,** Current knowledge and management of vascular anomalies: I. Hemangiomas. Arch Facial Plast Surg, 2011. **13**(3): p. 145-51.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP HÚT ÁP LỰC ÂM (VAC) TRONG ĐIỀU TRỊ TỔN KHUYẾT PHẦN MỀM CHI DƯỚI

Vũ Nguyên Bình*, Phạm Thị Việt Dung*

TÓM TẮT¹⁰

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp VAC áp dụng cho các tổn khuyết phần mềm chi dưới tại khoa Phẫu thuật tạo hình – thẩm mỹ, bệnh viện Xanh Pôn từ 03/2018 - 7/2019. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 18 bệnh nhân tổn khuyết phần mềm chi dưới được sử dụng phương pháp VAC. **Kết quả:** Tình trạng nhiễm khuẩn trước khi sử dụng VAC là 77.78% và sau VAC là 5.56%. Diện tích trung bình của tổn thương trước dùng VAC là 52.22 cm² và sau VAC là 43.11 cm². Tình trạng lộ gân xương trước VAC là 66.67% và sau VAC là 38.89% với diện tích lộ gân trước và sau VAC lần lượt là 16.5 cm² và 9.25 cm². Sử dụng ghép da và các vật đơn giản là 88.89%, vật vi phẫu là 11.11%. **Kết luận:** Sử dụng VAC giúp làm giảm tỉ lệ nhiễm trùng đối với các vết thương vùng chi dưới, làm giảm kích thước tổn thương, tăng kích thích tạo tổ chức hạt để che phủ các vùng vết thương lộ gân xương. Từ đó làm giảm chỉ định sử dụng các phương pháp tạo hình phức tạp.

Từ khóa: Khuyết phần mềm chi dưới, VAC

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTS OF THE VACUUM ASSISTED CLOSURE (VAC) IN TREATMENT FOR LOWER LIMB DEFECTS

Objective: To evaluate the effects of the vacuum assisted closure (VAC) on patients with lower limb defects at the Department of Plastic Surgery, Xanh Pôn Hospital from 03/2018 - 7/2019. **Subjects and Methods:** A prospective study of 18 patients with lower limb defects using the VAC. **Results:** The rate of infection in wounds before and after using VAC is 77.78% and 5.56%. The average area of the defects before and after using VAC is 52.22 cm² and 43.11 cm². 66.67% patients have tendon, bone-exposed tissue defects before VAC and after VAC is 38.89%. The rate of using simple reconstruction methods and free flap is 88.89% and 11.11%, respectively. **Conclusion:** Using VAC reduces infection rates for lower limb wounds and the size of defects, increases stimulation of granulation organization to cover

tendon and bone exposed tissue. This reduces the indication to use complex reconstruction methods.

Keywords: Lower limb defect, VAC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tổn khuyết chi dưới, là một trong những bệnh lý thường gặp ở các cơ sở phẫu thuật tạo hình trên cả nước. Đặc điểm vùng chi dưới là cấu trúc phần mềm che phủ nghèo nàn, đặc biệt là mặt trước cẳng chân, cổ chân, mu chân. Khả năng cấp máu cho các vùng của chi dưới cũng kém hơn so với các phần khác trên cơ thể, do đó khi bị tổn khuyết phần mềm vùng chi dưới, nếu không được chăm sóc và che phủ kịp thời sẽ có nguy cơ cao nhiễm trùng lan tỏa rất khó điều trị và có thể phải cắt cụt chi thể, gây ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân.

Có nhiều phương pháp để chăm sóc vết thương trước và sau khi tạo hình tổn khuyết. Trong đó liệu pháp hút áp lực âm (VAC) để điều trị các tổn khuyết phần mềm lớn với những ưu điểm vượt trội hơn so với phương pháp thay băng thông thường.

Từ năm 2017, chúng tôi bắt đầu sử dụng phương pháp hút áp lực âm (VAC) với chế độ hút chu kỳ để điều trị các tổn khuyết phần mềm khó lành với kết quả khả quan. Mục đích báo cáo này nhằm đánh giá kết quả bước đầu của phương pháp VAC áp dụng cho các tổn khuyết phần mềm chi dưới tại khoa Phẫu thuật tạo hình – thẩm mỹ, bệnh viện Xanh Pôn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 18 bệnh nhân được áp dụng phương pháp VAC chế độ hút chu kỳ để điều trị các khuyết phần mềm chi dưới tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình, bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 03/2018 đến tháng 7/2019

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu trên 18 bệnh nhân. Xử lý số liệu bằng SPSS.

Bệnh nhân được sử dụng hệ thống tẩm xốp - ống hút – miếng dán trong suốt CuraVAC (Daewoong) – máy hút CuraSys (Daewoong). Máy hút được để chế độ hút theo chu kỳ với áp lực 50 – 125 mmHg. Thời gian mỗi lần thay hệ thống

*Bệnh viện Xanh Pôn, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Nguyên Bình

Email: vnbinh.90@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/9/2019

Ngày duyệt bài: 30/9/2019

VAC trung bình từ 3 – 5 ngày. Tiến hành đo kích thước tổn thương bằng giấy chia ô 1x1cm, mức độ tổn thương gân, xương, diện tích tổ chức hạt trước

và sau mỗi lần thay hệ thống VAC, dịch lấy tại vết thương được nuôi cấy tìm vi khuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Vị trí tổn thương và tính chất lộ gân xương:

Bảng 1: Vị trí tổn thương và lộ gân xương

Vị trí tổn thương	Lộ gân xương		Tổng
	Có	Không	
Cẳng chân	0	3(16.67%)	3(16.67%)
Cổ chân	3(16.67%)	1(5.56%)	4(22.22%)
Mu chân	5(27.78%)	0	5(27.78%)
Gót chân	1(5.56%)	1(5.56%)	2(11.11%)
Gan chân + mu chân	1(5.56%)	0	1(5.56%)
Cổ chân + mu chân	2(11.11%)	1(5.56%)	3(16.67%)
Tổng	12(66.67%)	6(33.33%)	18

3.2. Tình trạng nhiễm khuẩn:

Bảng 2: Cấy khuẩn sau thực hiện phương pháp VAC

Vi khuẩn	VAC lần 1 (n=18)		VAC lần 2 (n=10)		VAC lần 3 (n=2)		Trước PT (n = 18)
	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau	
S. Aureus	11(61.11%)	5(27.78%)	4(40%)	1(10%)	1(50%)	0	1(5.56%)
Proteus mirabilis	1(5.56%)	1(5.56%)	1(10%)	0	0	0	0
A. baumannii	1(5.56%)	0	0	0	0	0	0
E. Coli	1(5.56%)	1(5.56%)	1(10%)	0	0	0	0
Tổng	14(77.78%)	7(38.89%)	6(60%)	1(10%)	1(50%)	0	1(5.56%)

3.3. Kích thước tổn khuyết

Bảng 3: Diện tích tổn thương

Diện tích trung bình	VAC lần 1 (n=18)	VAC lần 2 (n=10)	VAC lần 3 (n=2)	Trước PT
Trước VAC (cm ²)	52.22	39.6	24	52.22
Sau VAC (cm ²)	46.44	34.2	20.5	43.11

3.4. Diện tích lộ gân xương

Bảng 4: Tính chất lộ gân xương

	Tỉ lệ BN lộ gân, xương		Diện tích trung bình(cm ²)	
	Trước VAC	Sau VAC	Trước VAC	Sau VAC
VAC lần 1(n=18)	12(66.67%)	10(55.56%)	16.5	11.33
VAC lần 2(n=10)	6(60%)	3(30%)	7.5	3.5
VAC lần 3(n=2)	1(50%)	1(50%)	4	3.0
Trước PT	12(66.67%)	7(38.89%)	16.5	9.25

3.5. Phương pháp tạo hình sau khi điều trị bằng phương pháp VAC:

- Liền thương thì hai : 3/18 (16.67%)
- Ghép da: 7/18 (38.89%)
- Vạt tại chỗ: 3/18 (16.67%)
- Vạt lân cận: 3/18 (16.67%)
- Vạt tự do: 2/18 (11.11%)

Trong các vị trí tổn thương, khuyết phần mềm vùng mu chân và cổ chân chiếm tỉ lệ lớn lần lượt là 22.22% và 27.78%, bên cạnh đó có các tổn thương lớn chiếm nhiều đơn vị giải phẫu cũng chỉ yếu tập trung quanh vùng cổ chân và mu chân, chiếm 22.22%. Các tác giả Bhandarivà Hollenbeck cũng có kết quả tương tự [1],[2]. Vùng cổ chân và mu chân là vùng vận động vì vậy việc tạo hình đòi hỏi phải được thực hiện

IV. BÀN LUẬN

sớm để tránh nhiễm khuẩn, cũng như tránh việc hạn chế vận động cổ chân. Bên cạnh đó, tỉ lệ lộ gân xương chiếm 66.67% và đặc biệt chủ yếu vùng lộ gân xương là cổ chân chiếm 16.67% và mu chân chiếm 27.78%, cũng như các tổn thương phối hợp nhiều đơn vị quanh vùng cổ chân và mu chân chiếm 16.67%. Da vùng mu chân rất mỏng, cần phải chọn được chất liệu tạo hình phù hợp nhằm bảo vệ chức năng cũng như yêu cầu thẩm mỹ.

Khi cấy khuẩn dịch vết thương trước khi thực hiện phương pháp VAC, tỉ lệ nhiễm khuẩn tại vết thương là 77.78%. Sau khi thay foam lần 1, chỉ còn 38.89% bệnh nhân nhiễm khuẩn, giảm 50%. Khi thực hiện VAC lần 2, số lượng bị nhiễm khuẩn còn 1 bệnh nhân. Qua đó cho thấy khả năng giúp làm giảm tình trạng nhiễm khuẩn tại vết thương của phương pháp VAC rất có ý nghĩa trong việc điều trị tổn thương. Sau khi sử dụng phương pháp VAC, chỉ còn 5.56% bệnh nhân còn tình trạng nhiễm khuẩn. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với kết quả Stannard là 5.4% và Rinker là 5.9% [3],[4]. Huang cũng đưa ra kết luận rằng không có tình trạng nhiễm trùng sau khi bệnh nhân sử dụng phương pháp VAC [3]. Moues cũng cho rằng lượng vi khuẩn giảm rõ rệt trên xét nghiệm cấy khuẩn sau khi sử dụng phương pháp VAC [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau khi sử dụng phương pháp VAC, diện tích tổn thương được thu nhỏ lại khoảng 17%. Đây cũng là một trong những tác dụng tốt của VAC đã được công bố trước đây. Theo Lee HJ, kích thước tổn thương giảm 24% sau khi sử dụng VAC [6]. Còn theo Moues, kích thước tổn thương giảm trong tất cả các trường hợp được sử dụng VAC [5]. Điều này giúp giảm chi định cho các phương pháp tạo hình phức tạp.

Trước khi sử dụng VAC, có đến 12/18 bệnh nhân có tổn khuyết với tính chất lộ gân xương, chiếm 66.67%. Với tính chất tổn thương như vậy thì việc sử dụng vật để có thể che phủ vùng lộ gân xương là lựa chọn tuyệt đối. Tuy nhiên sau khi sử dụng VAC, việc hình thành tổ chức hạt che phủ vùng lộ gân xương giúp số lượng bệnh nhân này chỉ còn 7/18 bệnh nhân (38.89%). Bên cạnh đó, diện tích vùng lộ gân xương cũng được thu nhỏ đáng kể, giúp cho việc lựa chọn phương pháp tạo hình được hiệu quả và đơn giản hơn. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của DeFranzo khi ông đã công bố rằng VAC có thể

kích thích mô hạt che phủ tổ chức bị bộc lộ ở vết thương [7].

Dựa vào đặc điểm tổn thương trước khi sử dụng VAC, có đến 12/18 bệnh nhân (66.67%) có lộ gân xương cần phải tạo hình bằng vật thì sau khi sử dụng VAC có 8/18 bệnh nhân tạo hình bằng vật chiếm 44.45%, trong đó chỉ có 2 bệnh nhân (11.11%) do kích thước tổn thương quá lớn nên phải sử dụng vật tự do, còn chủ yếu là dùng vật tại chỗ và vật lân cận có thể che phủ được tổn thương. Điều này cho thấy việc sử dụng VAC giúp làm giảm đáng kể chi định sử dụng vật và thay vào đó là các phương pháp đơn giản hơn như liền thương thì 2, khâu đóng trực tiếp hay ghép da. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây của Bhattacharyya, Dedmond, Parrett khi cho rằng dùng VAC giúp giảm chi định dùng sử dụng vật để tạo hình [8].

V. KẾT LUẬN

Sử dụng VAC giúp làm giảm tỉ lệ nhiễm trùng đối với các vết thương vùng chi dưới. Bên cạnh đó, VAC cũng giúp kích thích tổn thương nhỏ lại, tăng kích thích tạo tổ chức hạt để che phủ các vùng vết thương lộ gân xương. Từ đó, chỉ định sử dụng các phương pháp tạo hình phức tạp như sử dụng vật được giảm bớt, giúp việc che phủ tổn khuyết dễ dàng hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **P. Bhandari, A. Bath, L. Sadhotra và các cộng sự. (2005)**, "Management of Soft Tissue Defects of the Ankle and Foot", Med J Armed Forces India, **61(3)**, tr. 253-5.
2. **S. T. Hollenbeck, S. Woo, I. Komatsu và các cộng sự. (2010)**, "Longitudinal outcomes and application of the subunit principle to 165 foot and ankle free tissue transfers", Plast Reconstr Surg, **125(3)**, tr. 924-34.
3. **Masters JP, Nanchahal J, Costa ML. (2016)**. "Negative pressure wound therapy and orthopaedic trauma: Where are we now?", The Bone & Joint Journal, **98B(8)**, tr. 1011-1013.
4. **Rinker B, Amspacher JC, Wilson PC và các cộng sự (2008)**. "Subatmo-spheric pressure dressing as a bridge to free tissue transfer in the treatment of open tibia fractures". Plast Reconstr Surg.;121:1664-1673.
5. **Moues CM, van den Bemd GJ, Heule F (2007)**. « Comparing conventional gauze therapy to vacuum-assisted closure wound therapy: a

prospective randomised trial". J Plast Reconstr Aesthet Surg.;60:672–681.

6. Lee HJ, Kim JW, Oh CW và cộng sự. (2009), "Negative pressure wound therapy for soft tissue injuries around the foot and ankle", Journal of Orthopaedic Surgery and Research, **4(14)**, tr. 20-25.
7. DeFranzo AJ, Argenta LC, Marks MW và cộng sự(2001). "The use of vacuum-assisted closure

therapy for the treatment of lower-extremity wounds with exposed bone". Plast Reconstr Surg, 108:1184-1191.

8. Schlatterer RD, Hirschfeld AG, Webb LX (2015). "Negative Pressure Wound Therapy in Grade IIIB Tibial Fractures: Fewer Infections and Fewer Flap Procedures?", Clinical Orthopaedics and Related Research.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM DỊ TẬT BẨM SINH THỪA NGÓN TAY CÁI

Hoàng Thị Vân*, Tạ Thị Hồng Thúy*

TÓM TẮT¹¹

Mục tiêu nhằm mô tả các hình thái lâm sàng, phân loại và định hướng điều trị dị tật bẩm sinh thừa ngón tay cái. Nghiên cứu được thực hiện trên 46 bệnh nhân (26 nam và 20 nữ) với 51 bàn tay thừa ngón từ 1/2015 đến 6/2019. Kết quả cho thấy thừa ngón bàn tay phải chiếm tỉ lệ cao (52,2%), ngón bờ quay lệch trục nhiều và hạn chế vận động hơn ngón bờ trụ. Phân loại theo Islam không có ngón tay thừa loại I trong khi loại IV và V hay gặp nhất (20,8%). Về phương pháp điều trị 17/51 bàn tay thừa ngón được cắt bỏ ngón bờ quay đơn thuần, 33/51 bàn tay được cắt bỏ ngón bờ quay và tạo hình ngón bờ trụ, 1/51 bàn tay sử dụng phương pháp on-top plasty. Kết luận đặc điểm ngón thừa rất đa dạng, mô tả và phân loại chính xác giúp phẫu thuật viên lựa chọn được kỹ thuật tạo hình thích hợp.

Từ khóa: Thừa ngón tay cái, phân loại Islam, phẫu thuật tạo hình.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF THUMB POLYDACTYLY

This article aims to describe clinical features, classification and treatment methods of thumb polydactyly. Our study was performed in 46 patients (26 males and 20 females) with 51 hands from 1/2015 to 6/2019. Results showed that there was a high rate of right thumb polydactyly (52,2%). The radial thumb was small, the miss – alignment was great and the mobility was limited. 17/51 patients were only resected of radial thumb, 33/51 patients were resected of radial thumb and reconstructed of ulnar

retaining thumb. 1/51 patient was performed on-top plasty. According to Islam's classification, there was no hand with type I. Type IV and V were the most common (20,8%). In conclusion the morphological characteristics of the thumb polydactyly are variable, accurate description and classification help surgeons to choose the appropriate procedures.

Keywords: Thumb polydactyly, Islam's classification, plastic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn tay 5 ngón bình thường gồm 4 ngón dài và một ngón cái, trong đó ngón tay cái chiếm đến 50% chức năng của bàn tay[1]. Thừa ngón tay cái là dạng dị tật bẩm sinh hay gặp nhất trong các dị tật ở chi trên. Dị tật này có thể gặp với tần suất thay đổi từ 0.08 đến 1,4 trên 1000 trẻ sinh ra sống[2]. Dị tật thừa ngón tay cái biểu hiện trên lâm sàng rất đa dạng, với những biến đổi giải phẫu của da, tổ chức dưới da, móng, dây chằng, gân, xương, khớp...với nhiều mức độ khác nhau về sự phát triển của ngón thừa: có thể là một trụ da đơn giản cho tới một ngón phát triển khá hoàn thiện cả về hình dáng và chức năng. Thừa ngón tay cái tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng gây biến đổi về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ của bàn tay, ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt và tâm lý của bệnh nhân và gia đình. Điều trị thừa ngón tay cái bẩm sinh theo nguyên tắc cắt bỏ ngón thừa, giữ lại ngón có chức năng tốt hơn, tận dụng tối đa tổ chức của ngón cắt bỏ để tạo hình mang lại hiệu quả cao nhất về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Ứng với mỗi loại thừa ngón tay cái khác nhau có đặc điểm lâm sàng khác nhau từ đó lựa chọn phương pháp điều trị khác nhau sao cho đạt hiệu quả cao nhất. Trên thế giới và Việt Nam có rất

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Vân

Email: htvan92@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/9/2019

Ngày duyệt bài: 1/10/2019

nhiều tác giả nghiên cứu sâu về điều trị dị tật thừa ngón tay cái, nhưng chỉ tập trung vào một số type thường gặp mà ít nghiên cứu các type khác. Để giúp các phẫu thuật viên hiểu sâu về đặc điểm lâm sàng, phân loại từ đó lựa chọn được kỹ thuật tạo hình thích hợp nhằm đạt kết quả tối ưu trong điều trị, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, phân loại và định hướng điều trị dị tật thừa ngón tay cái bẩm sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 46 bệnh nhân trong đó có 27 bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và 19 bệnh nhân được hồi cứu qua hồ sơ bệnh án.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Được chẩn đoán dị tật bẩm sinh thừa ngón tay cái.

+ Có đầy đủ hồ sơ lưu trữ, phim X-quang chụp bàn tay.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Không có đầy đủ hồ sơ lưu trữ, phim X-quang chụp bàn tay.

+ Bệnh nhân và/hoặc cha mẹ bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm: Khoa Phẫu thuật tạo hình bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn và khoa Chấn thương chỉnh hình bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang.

Thời gian: Từ T1/2015 đến T6/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Hồi bệnh và khám lâm sàng

- Tuổi, giới, tiền sử bệnh nhân và gia đình, tiền sử thai sản, bệnh lý dị tật phối hợp.

- Khám tình trạng toàn thân, phát hiện các bệnh lý hoặc dị tật phối hợp

- Khám để so sánh kích thước hai ngón cái và so sánh với ngón cái bên lành

- Khám vận động của ngón cái: Khám cả vận động chủ động và vận động thụ động của các khớp liên đốt (gấp - duỗi), khớp bàn ngón (gấp - duỗi), khớp cổ tay đốt bàn (gấp - duỗi, dạng - khép, đối chiếu). Khám cả bên dị tật và bên bình thường để so sánh.

2.2.2. Cận lâm sàng

Chụp phim X quang bàn tay: tư thế thẳng và nghiêng để xác định: Vị trí, hình dáng, kích thước, số lượng của đốt, ngón thừa. Đặc điểm

xương đốt bàn, đốt gần, đốt xa, diện khớp, trục của ngón cái.

2.2.3. Phân loại

Các trường hợp thừa ngón được phân loại theo Islam (1992) dựa trên hình ảnh XQ.

- Loại I: Xương đốt xa tách đôi một phần.

- Loại II: Đốt xa tách đôi hoàn toàn, đốt gần tách đôi tiếp khớp với hai đốt xa

- Loại III: Đốt xa tách đôi hoàn toàn, đốt gần tách đôi tiếp khớp với hai đốt xa

- Loại IV: Đốt gần tách đôi hoàn toàn, hai ngón cái có đốt gần, xa riêng cùng khớp với đốt bàn.

- Loại V: Đốt gần thừa hoàn toàn, đốt bàn tách đôi kiểu chữ Y, mỗi nhánh của chữ Y tiếp khớp với một ngón cái riêng.

- Loại VI: Đốt bàn thừa hoàn toàn, mỗi ngón có đốt bàn, đốt gần và xa riêng

- Loại VII: Hai ngón cái với ngón cái 3 đốt

- Loại VIII: Thừa ngón cái phụ.

2.2.4. Lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật

Dựa trên hình thái lâm sàng và cận lâm sàng, các bệnh nhân được phẫu thuật theo 3 phương pháp:

- Cắt bỏ ngón bờ quay đơn thuần

- Cắt bỏ ngón bờ quay và tái tạo ngón bờ trụ

- Kỹ thuật on-top.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 46 bệnh nhân nghiên cứu có 26 bệnh nhân nam (56,5%) và 20 bệnh nhân nữ (43,5%). Tuổi trung bình phẫu thuật là $3,8 \pm 2,5$ tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 8 tháng tuổi và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 25 tuổi.

Vị trí tay bị dị tật 24/46 bệnh nhân bị thừa ngón tay phải (52,2%), 17/46 bệnh nhân bị thừa ngón tay trái (37%) và 5/46 bệnh nhân bị thừa ngón cái cả 2 bên (10,9%). Đặc điểm trục của ngón trên 42 bàn tay thừa ngón (loại trừ 9 bàn tay loại VIII, ngón thừa chỉ liên kết với ngón chính bằng một cầu da) cho kết quả: Lệch trục khớp liên đốt trung bình của ngón thừa bờ trụ và bờ quay lần lượt là $10,3^\circ$ và $37,2^\circ$. Lệch trục khớp bàn ngón trung bình của ngón thừa bờ trụ và bờ quay lần lượt là $19,4^\circ$ và $23,6^\circ$. Nếu chia lệch trục ngón ra làm 3 mức độ: không lệch ($<10^\circ$), lệch vừa ($10-20^\circ$), lệch nhiều ($>20^\circ$) nhận thấy mức độ lệch nhiều chiếm phần lớn.

Bảng 1. Độ lệch trục của khớp (n=42)

		Không lệch	Lệch vừa	Lệch nhiều	Tổng
Khớp bàn ngón	Bờ quay	11(26,2%)	9 (21,4%)	22 (52,4%)	42 (100%)
	Bờ trụ	16 (38,1%)	6 (14,3%)	20 (47,6%)	42 (100%)
Khớp liên đốt	Bờ quay	6(14,3%)	9 (21,4%)	27 (64,3%)	42 (100%)
	Bờ trụ	16(38,1%)	6 (14,3%)	20 (47,6%)	42 (100%)

Nghiên cứu đặc điểm gấp khớp liên đốt trên 27 bệnh nhân tiến cứu với 30 bàn tay thừa ngón và 24 bàn tay bình thường (3 bệnh nhân thừa ngón tay cái 2 bên), trong đó 3 bàn tay thừa ngón loại VIII không đưa vào phân tích. Gấp khớp liên đốt trung bình của ngón thừa bờ trụ là 67,6°, ngón thừa bờ quay là 35,8 ° và của ngón bình thường là 85,2°. Nếu chia gấp khớp liên đốt ra làm 3 mức độ: tốt (>70°), khá (từ 50 đến 70°) và kém (<50°) ta có kết quả sau:

Bảng 2. Vận động gấp khớp liên đốt của ngón tay cái (n=27)

		Kém	Khá	Tốt	Tổng
Khớp liên đốt	Bờ trụ	6(22,2%)	7(25,9%)	14(51,9%)	27 (100%)
	Bờ quay	16(59,3)	7(25,9%)	4(14,8%)	27(100%)
	Bình thường	0(0%)	1(4,2%)	23(95,8%)	24(100%)

Đánh giá khả năng đối chiếu ngón theo thang điểm của Kapandji, điểm đối chiếu trung bình của ngón tay cái thừa bờ trụ là 7,6 điểm, thấp nhất là 4 và cao nhất là 9 điểm. Điểm đối chiếu trung bình của ngón tay cái bình thường là 8,8 điểm, thấp nhất là 8 và cao nhất là 10 điểm.

Trong 51 bàn tay thừa ngón được nghiên cứu có 3 bàn tay không nằm trong phân loại của Islam, 48 bàn tay thừa ngón được phân loại không có thừa ngón loại I, có 9 ngón thừa loại II

(18,8%), 1 ngón thừa loại III (2,1%), 10 ngón thừa loại IV (20,8%), 10 ngón thừa loại V (20,8%), 1 ngón thừa loại VI (2,1%), 8 ngón thừa loại VII (16,6%) và 9 ngón thừa loại VIII (18,8%).

Dựa trên đặc điểm hình thái lâm sàng và cận lâm sàng, chúng tôi đã lựa chọn phương pháp kỹ thuật phẫu thuật được thể hiện ở bảng 3. Không có trường hợp nào được phẫu thuật theo phương pháp Bilhaut – Cloquet.

Bảng 3. Phương pháp điều trị dị tật bẩm sinh thừa ngón tay cái

Phương pháp phẫu thuật	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	BN không xếp loại	Tổng	%
Cắt bỏ ngón bờ quay đơn thuần	0	4	1	0	3	0	0	9	0	17	33,3
Cắt ngón bờ quay, tái tạo ngón bờ trụ	0	5	0	10	7	1	8	0	2	33	64,7
Kỹ thuật On - top	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2,0

IV. BÀN LUẬN

Tuổi phẫu thuật trung bình trong nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi là 3.8 ± 2.5 tuổi, nhỏ nhất là 6 tháng và lớn nhất là 12 tuổi, tương tự kết quả nghiên cứu của Hung L. và cộng sự là 3 tuổi [3]. Mức tuổi này là sớm hơn so với nghiên cứu của Dương Mạnh Chiến là 6.5 tuổi và Nguyễn Mạnh Khánh là 7.4 tuổi. Bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật ở tuổi nhỏ hơn nhiều, điều này có thể được lý giải là theo thời gian, trình độ dân trí nâng cao, công tác phổ biến kiến thức chăm sóc sức khỏe được tăng cường nên người dân quan tâm hơn đến tình trạng bệnh tật, dị tật của con em mình. Vì vậy mà tuổi phẫu thuật có xu hướng giảm dần theo thời gian.

Vị trí tay bị dị tật: tỉ lệ giữa tay phải:tay trái là 1,4 :1. Tay phải thường là tay thuận. Hơn nữa có 5/46 bệnh nhân bị dị tật cả 2 tay, do đó càng phải yêu cầu phẫu thuật tạo hình tốt nhằm tái tạo lại ngón cái có chức năng, hình thể và thẩm mỹ tốt nhất.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, cả ngón thừa bờ quay và bờ trụ đều lệch trục. Ngón bờ quay có xu thế lệch trục hơn ngón bờ trụ ở cả khớp bàn ngón và khớp liên đốt. Trong nhóm ngón bờ trụ, là ngón được giữ lại để tái tạo lại ngón tay cái, tỉ lệ lệch trục mức độ nhiều ở cả khớp bàn ngón và khớp liên đốt là 47,6%. Điều này cho thấy, trong phẫu thuật việc chỉnh lại trục ngón bờ

trụ là bắt buộc nếu không ngón sẽ bị lệch trục, làm ảnh hưởng lớn đến kết quả sau mổ[3].

Về chức năng vận động gấp khớp liên đốt của ngón cái dao động trong khoảng 80° đến 90° . Trong nghiên cứu của chúng tôi, gấp khớp liên đốt trung bình của ngón thừa bờ trụ là $69,6^\circ$, ngón thừa bờ quay là $36,8^\circ$ và của ngón bình thường là $85,2^\circ$. Dựa vào 3 mức độ đánh giá vận động khớp liên đốt theo Dijkman năm 2016 [4] chúng tôi thấy hầu hết các ngón bờ quay đều vận động kém hoặc khá, mà chủ yếu là kém (70,8%). Ngược lại với ngón bờ quay, có đến 45,9% ngón tay cái bờ trụ có biên độ vận động tốt. Ngón bờ quay vận động rất kém, chủ yếu phụ thuộc vào vận động khớp MP của ngón bờ trụ, khớp IP của ngón bờ quay thường không vận động được hoặc vận động được rất ít. Nhận định này cũng trùng với đánh giá của Dương Mạnh Chiến khi nghiên cứu đặc điểm vận động khớp IP của hai ngón tay cái với gấp khớp IP trung bình của ngón bờ trụ là $67,6^\circ$, của ngón bờ quay là $41,8^\circ$ và của ngón bình thường là $83,6^\circ$ [5].

Trên lâm sàng, chúng tôi khám đối chiếu của hai ngón tay cái trước mổ theo thang điểm của Kapandji được 24 bệnh nhân với 27 bàn tay trong nhóm tiến cứu, thấy 26/27 bàn tay điểm đối chiếu cao nhất là của ngón bờ trụ, ngón bờ quay hạn chế vận động và thường phụ thuộc vào vận động của ngón bờ trụ, chỉ có một trường hợp điểm đối chiếu của ngón bờ quay cao hơn. Điểm đối chiếu trung bình là 7.6. Dương Mạnh Chiến cũng đánh giá điểm đối chiếu hai ngón tay cái và ngón tay cái bình thường theo Kapandji với tương ứng 46 và 42 bàn tay thấy điểm đối chiếu trung bình của ngón tay cái bình thường là 8.98 điểm (8 – 10 điểm), của hai ngón tay cái là 8.02 điểm (5 – 10 điểm)[5]. Hay theo nghiên cứu của Vũ Tú Nam đánh giá điểm đối chiếu của 10 bàn tay loại IV theo Wassel thấy 9/10 bàn tay điểm đối chiếu cao nhất là của ngón bờ trụ, chỉ có một trường hợp điểm đối chiếu của ngón bờ quay cao hơn. Điểm đối chiếu trung bình là 7.2 ± 1.3 (từ 5 đến 10 điểm)[6].

Mặc dù dị tật thừa ngón tay cái đã được mô tả từ rất lâu nhưng phân loại dị tật này không được chú trọng cho đến thế kỉ XX. Harry Wassel là người đầu tiên đưa ra hệ thống phân loại bằng tiếng anh vào năm 1969 và được chấp nhận, sử dụng rộng rãi đến ngày nay. Phân loại dựa trên hình ảnh XQ, theo đó Wassel chia thừa ngón cái làm 7 loại từ I đến VII. Tuy nhiên, năm 1992

Islam và cộng sự nghiên cứu trên 158 bàn tay nhận thấy có 23 ngón tay cái chiếm 14,6% không nằm trong 7 loại theo phân loại của Wassel, ngón thừa này thiếu sản và xuất hiện phía bờ quay của ngón cái ở bất kì mức nào, nó không liên kết với ngón chính bởi cấu trúc xương hay dây chằng mà bằng phần mềm. Islam bổ sung thêm loại này vào phân loại Wassel thành loại VIII: thừa ngón cái phụ. Đây là cách phân loại đơn giản, được áp dụng rộng rãi hiện nay và rất có ích trong chỉ định phẫu thuật vì chỉ cần cắt bỏ ngón thừa đơn thuần mà không để lại di chứng gì. Theo đó, trong nghiên cứu của chúng tôi có 46 bệnh nhân với 51 bàn tay thừa ngón, 3 bàn tay không nằm trong phân loại của Islam, gồm 1 trường hợp ngón bờ quay có 4 đốt, xương bàn ngón tách đôi phần chỏm, 1 trường hợp ngón bờ trụ có 4 đốt, ngón bờ quay có 1 đốt dài. Trường hợp thứ 3 cả ngón bờ quay và ngón bờ trụ đều có 3 đốt. Trong 48 bàn tay còn lại, loại IV và loại V chiếm tỉ lệ cao nhất, tương tự với kết quả của các tác giả khác[7], [8].

Cách thức phẫu thuật được thực hiện rất đa dạng. Ngoại trừ 1 trường hợp được tạo hình theo phương pháp on-top plasty (là trường hợp không nằm trong phân loại của Islam, ngón bờ quay có 1 đốt dài, ngón bờ trụ có 4 đốt. Vận động của ngón bờ quay tốt hơn ngón bờ trụ nên chúng tôi đã tái tạo lại ngón cái bằng cách lấy phần trung tâm của ngón bờ quay kết hợp với phần ngoại vi của ngón bờ trụ), còn lại 98% bàn tay thừa ngón được cắt bỏ ngón bờ quay. Loại VIII được phẫu thuật đơn giản nhất với 100% bàn tay thừa ngón loại này chỉ cần cắt bỏ đơn thuần ngón thừa bờ quay mà không cần tạo hình ngón bờ trụ. Tất cả các trường hợp thừa ngón loại IV, VI và VII sau khi cắt bỏ ngón bờ quay đều phải tái tạo lại ngón bờ trụ. Không có trường hợp nào sử dụng phương pháp Bilhaut - Cloquet vì phương pháp này khá phức tạp và có nhiều báo cáo về kết quả cũng như biến dạng sau mổ của phẫu thuật này. Có nhiều kĩ thuật được sử dụng riêng lẻ hay phối hợp nhằm tái tạo ngón bờ trụ, mà chủ yếu để chỉnh lại trục ngón, từ khâu tạo hình bao khớp, chuyển gân giàng ngắn ngón cái đến tái tạo dây chằng bên, găm kim giữ trục...

V. KẾT LUẬN

Thay đổi giải phẫu của dị tật bẩm sinh thừa ngón tay cái rất phức tạp và đa dạng. Việc phân loại chính xác dị tật này là rất cần thiết giúp các

phẫu thuật viên chỉ định phương pháp phẫu thuật thích hợp cho từng loại. Qua 51 bàn tay thừa ngón, chúng tôi nhận thấy phân loại của Islam tương đối đầy đủ, đơn giản, dễ áp dụng và có thể phân loại hầu hết các dạng thừa ngón tay cái. Từ phân loại đó có thể định hướng lựa chọn phương pháp điều trị để đạt được kết quả tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cohen (1998)**. Thumb duplication. Hand clinics. Ed by Elexander D.Mih, W. B. Saunders, **2(1)**, 17-27.
2. **C. A. Goldfarb, L. B. Wall, D. C. Bohn et al (2015)**. Epidemiology of congenital upper limb anomalies in a midwest United States population: an assessment using the Oberg, Manske, and Tonkin classification. J Hand Surg Am, **40 (1)**, 127-132 e121-122.
3. **L. Hung, J. C. Cheng, R. Bundoc et al (1996)**. Thumb duplication at the metacarpophalangeal joint. Management and a new classification. Clin Orthop Relat Res, **3(23)**, 31-41.
4. **R. R. Dijkman, R. W. Selles, W. Hulsemann et al (2016)**. A Matched Comparative Study of the Bilhaut Procedure Versus Resection and Reconstruction for Treatment of Radial Polydactyly Types II and IV. J Hand Surg Am, **41 (5)**, e73-83.
5. **Dương Mạnh Chiến (2012)**. Đánh giá kết quả tạo hình dị tật thừa ngón tay cái bẩm sinh. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường đại học y Hà Nội.
6. **Vũ Tú Nam (2016)**. Kết quả điều trị phẫu thuật hai ngón tay cái độ IV theo phân loại Wassel ở trẻ em tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường đại học y Hà Nội.
7. **Ogino T and I. S (1996)**. Long-term result of surgical treatment of thumb polydactyly. J Hand Surg [Am], **21(3)**, 478-486.
8. **Nguyễn Mạnh Khánh (2001)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị phẫu thuật dị tật thừa ngón cái bẩm sinh. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú các bệnh viện, Trường đại học y Hà Nội,

BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CYTOKINE HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN ĐIỀU TRỊ KIỂM SOÁT THEO GINA SAU 3 THÁNG

Nguyễn Giang Nam*, Tạ Bá Thắng*, Nguyễn Văn Đoàn**

TÓM TẮT¹²

Các cytokine có vai trò quan trọng trong bệnh sinh và liên quan đến mức độ nặng nhẹ, theo dõi tiến triển và đánh giá đáp ứng điều trị ICS trong hen phế quản. Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá biến đổi nồng độ IL-4, IL-5, IL-13 và TNF α huyết thanh ở bệnh nhân hen phế quản điều trị kiểm soát bằng ICS và LABA theo GINA sau 3 tháng. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu trên 66 bệnh nhân hen phế quản điều trị kiểm soát bằng ICS và LABA theo GINA tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 2/2014 đến tháng 8/2016. Xét nghiệm nồng độ IL4, IL5, IL13, TNF α huyết thanh bằng phương pháp miễn dịch huỳnh quang. Kết quả: Nồng độ IL- 5, IL-13 giảm rõ rệt sau 3 tháng điều trị. Nồng độ TNF α giảm rõ rệt ngay từ sau 1 tháng và giảm nhiều nhất sau 3 tháng điều trị kiểm soát. Kết luận: Nồng độ các

cytokine huyết thanh biến đổi rõ rệt sau điều trị kiểm soát hen phế quản theo GINA.

Từ khóa: Hen phế quản; Cytokine huyết thanh; Điều trị kiểm soát hen phế quản theo GINA.

SUMMARY

CHANGES OF SERUM CYTOKINES ON PATIENTS WITH ASTHMA CONTROL ACCORDING TO GINA

Cytokines play an important role in the pathogenesis and related to the severity, monitor progress and evaluate ICS therapeutic response in asthma. **Research objectives:** Evaluate changes in serum levels of IL4, IL5, IL13 and TNF α in patients with asthma control according to GINA after 3 months. **Subjects and methods:** Research on 66 patients with asthma control by ICS and LABA according to GINA at Bach Mai Hospital from February 2014 to August 2016. Serum levels of IL4, IL5, IL13 and TNF α are tested by immuno-fluorescence assay. **Results:** The concentration of IL-5, IL-13 decrease significantly after 3 months of control. The concentration of TNF α decreased significantly after 1 months of control and decreased the most after 3 months of control.

*Học viện Quân y

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Giang Nam

Email: phuyenpathfinder@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/8/2019

Ngày phản biện khoa học: 15/9/2019

Ngày duyệt bài: 1/10/2019

Conclusion: The concentration of serum cytokines change significantly after asthma control.

Keywords: Asthma; serum cytokine; Asthma control treatment according to GINA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là bệnh không đồng nhất, đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính đường thở do nhiều yếu tố khác nhau. Viêm đường thở mạn tính với sự tham gia của nhiều tế bào viêm và các chất trung gian hóa học viêm như các cytokine, leukotriene, IgE... là cơ chế bệnh sinh chủ đạo trong HPQ. Các cytokine như interleukin (IL) 3, 4, 5, 13, yếu tố hoại tử u (Tumor necrosis factor-TNF) α có vai trò quan trọng trong đáp ứng viêm ở bệnh nhân HPQ. Các nghiên cứu cho thấy sự thay đổi các cytokine huyết thanh có tương quan với mức độ bệnh tốt hơn diễn biến lâm sàng và là cơ sở để dự đoán đợt cấp cũng như phát triển các thuốc điều trị đích chống viêm mới kiểm soát bệnh trong hiện tại và tương lai. Sử dụng corticosteroid đường hít (Inhaled corticosteroid -ICS) kết hợp với thuốc chủ vận β_2 adrenergic tác dụng kéo dài (Long acting β_2 adrenergic agonist-LABA) trong điều trị kiểm soát HPQ theo Chiến lược toàn cầu về hen (Global initiative for asthma-GINA) đã đạt hiệu quả tốt trong điều trị kiểm soát HPQ. Tuy nhiên mức độ kiểm soát có tương ứng với thay đổi tình trạng viêm đường thở thông qua sự thay đổi nồng độ các cytokine huyết thanh ở bệnh nhân như nào trong quá trình điều trị kiểm soát vẫn còn ít được nghiên cứu. Mục tiêu nghiên cứu của đề tài là: Đánh giá biến đổi nồng độ IL-4, IL-5, IL-13 và TNF α huyết thanh ở bệnh nhân hen phế quản điều trị kiểm soát bằng ICS và LABA sau 3 tháng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 66 bệnh nhân HPQ ngoài đợt cấp được điều trị kiểm soát ngoại trú tại Trung tâm dị ứng

- miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 2 năm 2014 đến tháng 8 năm 2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: chẩn đoán xác định HPQ theo tiêu chuẩn của GINA (2011), ngoài đợt cấp, tuân thủ điều trị kiểm soát bằng ICS và LABA (Seretide) theo hướng dẫn của GINA (2011); chấp nhận khám và xét nghiệm định kỳ hàng tháng theo chỉ định bác sỹ.

Loại trừ các bệnh nhân đang trong đợt cấp, không tuân thủ điều trị kiểm soát bằng ICS/LABA và các xét nghiệm theo chỉ định; không chấp nhận tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu và theo dõi dọc. Hỏi bệnh và khám lâm sàng ở các thời điểm nghiên cứu: trước điều trị, sau 1, 2, 3 tháng điều trị. Phân chia thể bệnh theo lâm sàng: hen ngoại lai và hen nội sinh. Phân bậc hen theo GINA (2011): bậc I, II, III, IV. Điều trị kiểm soát bằng ICS và LABA (Seretide) theo hướng dẫn của GINA (2011), liều dùng được điều chỉnh hàng tháng tùy theo bậc hen. Khi bệnh nhân có đợt cấp được hướng dẫn điều trị ngoại trú, nếu triệu chứng không giảm sẽ nhập viện để điều trị. Sau mỗi tháng bệnh nhân được tái khám và làm các xét nghiệm cần thiết để đánh giá mức độ kiểm soát và điều chỉnh thuốc điều trị kiểm soát. Đánh giá mức độ kiểm soát theo GINA (2011).

Xét nghiệm nồng độ IL-4, IL-5, IL-13, TNF α huyết thanh: các bệnh nhân được lấy máu tĩnh mạch xét nghiệm nồng độ các cytokine huyết thanh tại các thời điểm: trước khi bắt đầu điều trị kiểm soát và sau 1, 2, 3 tháng điều trị kiểm soát. Định lượng nồng độ các cytokine huyết thanh được tiến hành bằng kỹ thuật hấp phụ miễn dịch vi hạt huỳnh quang tại Labo xét nghiệm của bộ môn miễn dịch học viện Quân y. Các số liệu được quản lý và xử lý trên phần mềm SPSS 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Giới	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Tuổi						
< 20	1	1,5	1	1,5	2	3,0
20 - 29	3	4,5	8	12,1	11	16,7
30 - 39	9	13,6	9	13,6	18	27,3
40 - 49	1	1,5	5	7,6	6	9,1

50 - 59	2	3,0	13	19,7	15	22,7
≥ 60	6	9,1	8	12,1	14	21,2
Tổng	22	33,3	44	66,7	66	100
$\bar{X} \pm SD$	45,3 ± 16,74					

Nhận xét: tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 45,3 ± 16,74 tuổi, trong đó gặp nhiều ở các nhóm tuổi từ 20 - 39 (44%); Tỷ lệ nữ chiếm (66,7%) cao hơn nam giới rõ rệt.

Bảng 3.2: Đặc điểm lâm sàng chung của đối tượng nghiên cứu

Lâm sàng	n	%
Thời gian mắc bệnh ($\bar{X} \pm SD$):	8,44 ± 6,52	
Khởi phát:		
Sớm	13	19,7
Muộn	53	80,3
Bậc hen:		
- I	7	10,6
- II	26	39,4
- III	14	21,2
- IV	19	28,8

Nhận xét: thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân là 8,44 ± 6,52 tuổi; Bệnh khởi phát muộn gặp nhiều khởi phát sớm (80,3% so với 19,7%); hen bậc II gặp nhiều nhất (39,4%), tiếp đến hen bậc IV 28,8%, hen bậc III là 21,2% và thấp nhất là hen bậc I (10,6%).

3.2. Biến đổi một số cytokine huyết thanh sau điều trị kiểm soát

Bảng 3.3: Biến đổi giá trị trung bình các cytokine theo thời gian điều trị kiểm soát (n=66)

Thời gian	Trước điều trị (1)	Sau 1 tháng (2)	Sau 2 tháng (3)	Sau 3 tháng (4)	p
Cytokine	Trung vị (min-max)				
IL-4	1,01 (1,01- 22,61)	1,01 (1,01 - 41,23)	1,01 (1,01 - 1,01)	1,01 (1,01- 12,58)	P1,2>0,05 P1,4>0,05
IL-5	0,75 (0,75- 31,21)	0,75 (0,075 - 6,46)	0,75 (0,075 - 0,75)	0,075 (0,075-17,45)	P1,2>0,05 P1,4<0,05
IL-13	6,73 (6,73-656,69)	11,97 (1,6 - 3808,52)	11,97 (11,97 - 64,91)	1,6 (1,6 - 53,22)	P1,2>0,05 P1,4<0,001
TNFα	8,77 (0,5-21,12)	0,5 (1,0 - 262,87)	0,5 (0,5 - 17,21)	0,1 (0,1- 32,31)	P1,2<0,05 P1,4<0,05

Nhận xét: Sau 1, 2, 3 tháng điều trị kiểm soát nồng độ IL- 4 huyết thanh thay đổi không có sự khác biệt so với trước điều trị (p > 0,05). Nồng độ IL- 5, IL-13 giảm rõ rệt sau 3 tháng điều trị; nồng độ TNFα giảm rõ rệt ngay từ sau 1 tháng và giảm nhiều nhất sau 3 tháng điều trị kiểm soát (p < 0,05).

Bảng 3.4: Biến đổi IL-13 theo thời gian điều trị kiểm soát (n = 66)

Thời gian	Sau 1 tháng (1)		Sau 2 tháng (2)		Sau 3 tháng (3)		p
Thay đổi nồng độ IL-13 so với trước điều trị	n	%	n	%	n	%	
Không thay đổi	13	19,7	0	0	0	0	P1&2 = 0,003
Giảm	27	40,9	24	36,4	64	97	P1&3 = 0,776
Tăng	26	39,4	42	63,6	2	3,0	P2&3 = 0,278

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị kiểm soát tỷ lệ bệnh nhân giảm IL-13 so với trước điều trị chiếm đa số (97%).

Bảng 3.5: Biến đổi TNFα theo thời gian điều trị kiểm soát (n=66)

Thay đổi nồng độ TNF α so với trước điều trị	Thời gian		Sau 1 tháng (1)		Sau 2 tháng (2)		Sau 3 tháng (3)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không thay đổi	9	13,6	7	10,6	0	0,0			$P_{1\&2} < 0,001$
Giảm so với trước điều trị	48	72,8	53	80,3	63	95,5			$P_{1\&3} = 0,292$
Tăng so với trước điều trị	9	13,6	6	9,1	3	4,5			$P_{2\&3} = 0,389$

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân giảm nồng độ TNF α tăng rõ rệt theo thời gian điều trị kiểm soát.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $45,3 \pm 16,74$ tuổi, trong đó nhóm tuổi 20-39 chiếm tỷ lệ cao nhất (44%). Chi C.H. et al (2016) cho thấy hen xảy ra chủ yếu ở bệnh nhân từ 24-58 tuổi [4]. Tạ Bá Thắng (2002) nghiên cứu HPQ nhập viện gấp độ tuổi trung bình là $45,2 \pm 16,9$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu về lứa tuổi HPQ nhập viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 67,9% nữ và 32,1% nam. Lê Thị Tuyết Lan và Huỳnh Anh Kiệt (2013) nghiên cứu trên 108 bệnh nhân hen tại Phòng khám Hô hấp - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ mắc hen ở nữ là 65,74% và 34,26% nam giới. Thời gian mắc bệnh trung bình của các bệnh nhân là $8,44 \pm 6,52$ năm. Bệnh khởi phát muộn chiếm chủ yếu (80,3%). Tỷ lệ bệnh nhân hen bậc II gặp nhiều nhất, chiếm (39,4%) và hen bậc I thấp nhất (10,6%). Chu Thị Cúc Hương (2008) gặp bệnh nhân chủ yếu là hen bậc III và IV (lần lượt với tỷ lệ là 41,5% và 30,9%). Lê Thị Tuyết Lan và cộng sự (2013) cho thấy 43,52% bệnh nhân là hen bậc I. Reed C.E (1999) gặp bệnh nhân hen bậc III và IV cao hơn bệnh nhân bậc I, II.

4.2. Biến đổi một số Cytokine trong huyết thanh sau điều trị kiểm soát

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau 1, 2, 3 tháng điều trị kiểm soát nồng độ IL-4 huyết thanh thay đổi không có sự khác biệt so với trước điều trị ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cho thấy có sự khác biệt với kết quả của chúng tôi: Nghiên cứu của Shahid SK (2002), thấy có sự khác biệt rõ rệt về nồng độ trung bình của IL-4 trước và sau điều trị ICS lần lượt là $\{(53,7 \pm 4,2 \text{ pg/ml})$ và $(37,5 \pm 6,2 \text{ pg/ml})$, với $p < 0,05$ [3]. Chi CH và cs (2016), theo dõi bệnh nhân HPQ trước điều trị và sau 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần điều trị bằng ICS thấy nồng độ trung bình IL-4 giảm dần, từ

$(1,92 \pm 0,56 \text{ pmol/L})$ trước khi điều trị xuống $(1.54 \pm 0.81 \text{ pmol/L})$ sau 12 tuần điều trị, với $p < 0,05$. Leung TF và CS (2005), nồng độ IL-4 cao hơn đã được ghi nhận ở những bệnh nhân HPQ có cơn liên tục phải dùng ICS và LABA liều cao so với những người dùng liều thấp ICS và LABA [4]. Nhìn chung dưới tác dụng của corticocorticoid đường toàn thân hoặc tại chỗ (ICS) nồng độ IL-4 giảm ở hầu hết các nghiên cứu đã công bố trước đó. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy biến đổi nồng độ IL-4 trước và sau các thời điểm kiểm soát có thể do thời gian theo dõi sau điều trị còn ngắn. Nakamura Y. và CS (2016) cũng không tìm thấy có sự khác biệt nồng độ trung bình IL-4 trên bệnh nhân HPQ sau 1 năm và 2 năm điều trị kiểm soát bằng ICS so với trước điều trị [5].

Ở các bệnh nhân nghiên cứu: nồng độ IL-5, IL-13 giảm rõ rệt sau 3 tháng điều trị, nồng độ TNF α giảm rõ rệt ngay từ sau 1 tháng và giảm nhiều nhất sau 3 tháng điều trị kiểm soát ($p < 0,05$). Như vậy IL-5, 13 và TNF α giảm rõ rệt sau 3 tháng điều trị kiểm soát. Kết quả này tương tự với các tác giả như Nasser M Al-Daghri và CS (2014), không thấy có sự khác biệt về nồng độ IL-13 trước và sau điều trị ICS $\{(4.9 \pm 1.3) \text{ pg/ml}$ và $(4.3 \pm 1.0) \text{ pg/ml}$, $p=0.56$) [6]. Theo Elena Jovanovska Janeva (2015), khi nghiên cứu 27 bệnh nhân được điều trị bằng ICS và LABA thấy nồng độ trung bình IL-13 trong huyết thanh của bệnh nhân HPQ trước điều trị là $(907,37 \pm 601,95 \text{ pg/ml})$ và sau 6 tháng điều trị giảm xuống còn $(527,47 \pm 577,25 \text{ pg/ml})$, sự khác biệt có ý nghĩa, với ($p = 0,001$). Theo Sahid và CS (2000), cho rằng corticocorticoid đường uống làm giảm các ĐBP của HPQ và giảm nồng độ IL-5 trong huyết thanh của bệnh nhân HPQ từ 5,59 pg/ml xuống 2,19 pg/ml, với $p=0,0001$ [3]. Nasser M Al-Daghri (2014), cho rằng, nồng độ IL-4, IL-5 có thể được sử dụng như một dấu ấn sinh học trong sự hiểu biết hen nặng, giảm sau khi được điều trị kiểm soát tốt [6]. Elena

Jovanovska Janeva (2012), sự phối hợp giữa ICS và LABA và thêm Montelukast làm giảm mức độ nặng của hen và giảm nồng độ IL-13 sau 6 tháng so với trước điều trị với $p < 0,001$. J Joseph và cs (2004), trong số 54 bệnh nhân HPQ có 24 bệnh nhân hen được sử dụng thường xuyên corticocorticoid hít (ICS), thấy có sự khác biệt về thay đổi nồng độ trung bình của IL-13 trong huyết thanh với các mức độ của hen, $p < 0,01$ [8]. Tương tự các nghiên cứu trên, sau 3 tháng các cytokine IL-5, IL-13 và TNF α , đều giảm rõ rệt theo mức độ nhẹ của hen, sự khác biệt với $p < 0,05$. Tuy nhiên Shehata IH và cs (2007), chưa thấy có sự khác biệt về nồng độ IL-13 trong huyết thanh giữa bệnh nhân HPQ được dùng và không được dùng corticocorticoid hít (ICS) và corticocorticoid đường toàn thân [7].

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu biến đổi một số cytokine huyết thanh trên bệnh nhân HPQ điều trị kiểm soát theo GINA, chúng tôi nhận thấy nồng độ các cytokine IL-5, IL-13, TNF α giảm rõ rệt sau điều trị kiểm soát (Nồng độ IL-5, IL-13 giảm rõ rệt sau 3 tháng điều trị; Nồng độ TNF α giảm rõ rệt ngay từ sau 1 tháng và giảm nhiều nhất sau 3 tháng điều trị kiểm soát).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Đoàn và cs**, Nghiên cứu thực trạng hen phế quản ở Việt Nam năm 2009 - 2011, Đề tài khoa học công nghệ cấp Bộ, Hà Nội 2013.
2. **Reed C.E.**, The natural history of asthma in adults: the problem of irreversibility, *J. Allergy.Clin. Immunol.*, 2010, 103(4), pp: 539 – 547.
3. **Shahid SK, Kharitonov SA, Wilson NM, Bush A, Barnes PJ**: Increased interleukin-4 and decreased interferon-gamma in exhaled breath condensate of children with asthma., 2002, 165(9):1290-1293.
4. **Leung TF, Wong GW, Ko FW, Li CY, Yung E, Lam CW, et al**: Analysis of growth factors and inflammatory cytokines in exhaled breath condensate from asthmatic, *Int Arch Allergy Immunol.*, 2005, 137:66–72.
5. **Y. Nakamura et al.**, therapeutic implication of genetic variants of IL-13 and STAT4 in airway remodeling with bronchial asthma, *Clinical & Experimental Allergy.*, 2016, 46, 1152–1161.
6. **Nasser M Al-Daghri và cs.**, Th1/Th2 cytokine pattern in Arab children with severe asthma, *Int J Clin Exp Med.*, 2014, 7(8): 2286-2291.
7. **Shehata IH, Mostafa MM, Ziada KW, Saeed AM.**, Role of IL-13 in the pathogenesis of bronchial asthma, *Egypt J Immunol.*, 2007, 14(2):19-27.
8. **J Joseph, S Benedict, S Al-sowaidi, M Joseph, T Zoubeydi.**, Serum Interleukin-13 Levels Are Elevated In Mild And Moderate Persistent Asthma, *The Internet Journal of Asthma, Allergy and Immunology.*, 2004.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HOẠT ĐỘNG CỦA CƠ ĐỘNG KINH TRONG QUÁ TRÌNH MANG THAI Ở PHỤ NỮ BỊ ĐỘNG KINH

Nguyễn Thị Thanh Bình*, Lê Văn Thính*

TÓM TẮT¹³

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng cũng như tìm hiểu một số các yếu tố (trong đó có việc tư vấn thần kinh trước mang thai) có thể tác động đến hoạt động của cơ động kinh trong quá trình mang thai. **Phương pháp nghiên cứu:** là nghiên cứu mô

tả hồi và tiến cứu có theo dõi và so sánh giữa hai nhóm trong nghiên cứu, bệnh nhân bị động kinh có thai đến thăm khám tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai được chọn vào nghiên cứu, so sánh về đặc điểm lâm sàng và hoạt động cơ động kinh trong quá trình mang thai giữa hai nhóm: nhóm 1 đã được theo dõi, quản lý và tư vấn tại khoa trước khi mang thai và nhóm 2 đến khám chuyên khoa thần kinh khi đã mang thai, không được lập kế hoạch trước mang thai. **Kết quả:** Một số chỉ số về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu: tuổi trung bình 26,6 (17-40), số lần mang thai trung bình 1,55 (1-4), số tuổi thai trung bình ở lần đầu đi khám thần kinh

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Bình

Email: bichnguyenngoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 1/9/2019

Ngày phản biện khoa học: 21/9/2019

Ngày duyệt bài: 7/10/2019

15,9 tuần (4-37), tỷ lệ bệnh nhân có cơn động kinh toàn thể 72,6%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa hai nhóm nghiên cứu về tuổi thai trung bình khi đến khám lần đầu, tỷ lệ sử dụng acid folic bổ sung trước mang thai, tỷ lệ bệnh nhân: sử dụng valproate, sử dụng levetiracetam, không có cơn trong vòng một năm trước mang thai, không có cơn trong thời kỳ mang thai, không có cơn giật tăng cường khi mang thai, tuân thủ điều trị, chỉnh liều thuốc điều trị động kinh khi mang thai. Bệnh nhân động kinh được tư vấn thần kinh trước mang thai và tình trạng bệnh nhân không có cơn co giật trước mang thai tối thiểu một năm là các yếu tố có tác động lên hoạt động của cơn co giật trong quá trình mang thai. **Kết luận:** Tư vấn thần kinh trước mang thai có hiệu quả đối với việc kiểm soát cơn giật trong thai kỳ của phụ nữ bị động kinh.

Từ khóa: Động kinh ở phụ nữ có thai, tư vấn lập kế hoạch trước mang thai.

SUMMARY

EPILEPSY IN PREGNANCY: CLINICAL CHARACTERISTICS AND SEVERAL FACTORS THAT COULD INFLUENCE ON SEIZURE ACTIVITY

Aims: Describe clinical characteristics and evaluate the role of several factors (particularly preconception counseling) in impact on seizure activity during the pregnancy. **Methods:** A retro-prospective descriptive study in 73 patients who are divided into 2 groups: group 1 with patients who had been followed in a specialized epilepsy clinic before conception ($n=29$) and group 2 with patients who referred to the clinic after the pregnancy was recognized ($n=44$). The comparison of clinical characteristics and the factors which could influence on seizure activity during pregnancy between the two groups was conducted. **Results:** Average age was 26.6 (17 to 40), average number of pregnancies 1.55 (1-4), patients in study made their first visitation to the Epilepsy Clinic during week 16th of gestation (4th -37th), 71,4% had general seizures. There was a statistically difference between the two groups (p -value $< 0,05$) of average week of the gestation for the first visitation to the Epilepsy Clinic, the rate of patients who take valproate, levetiracetam, have no seizures for at least 1 year before pregnancy, no-seizure attacks and intensive seizures during pregnancy, using folic acid prepregnancy, number of AEDs for treatment, adjustment in dose during pregnancy and the compliance of patients for treatment. Prepregnancy counseling and seizures free for at least 1 year before conception are factors which can influence on seizure activity during pregnancy. **Conclusions:** Preconception planning should be recommended that can make a positive influence on seizure activity of epileptic women during pregnancy.

Keywords: Epileptic woman in pregnancy, preconception planning (prepregnancy counseling).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu của các nghiên cứu trong quần thể, tỷ lệ bị động kinh ở nhóm phụ nữ mang thai là 0,7%, trong các nghiên cứu dựa trên đăng ký tỷ lệ này dao động 0,2-0,4% [1], [2]. Phụ nữ bị động kinh chịu nhiều mặc cảm nên tỷ lệ kết hôn và sinh đẻ thấp hơn so với quần thể chung. Mặc dù hơn 90% sản phụ bị động kinh đều có quá trình mang thai thuận lợi, nhưng bệnh động kinh cũng góp phần làm tăng 2-3 lần khả năng gặp nguy cơ xấu cho các bà mẹ và thai nhi, bao gồm những tác động gây quái thai của các loại thuốc chống động kinh (AEDs), những tác động của cơn động kinh lên bào thai và sản phụ, các rủi ro di truyền của mẹ [2],[3],[6].

Mặc dù có vài hướng dẫn đề cập tới việc lập kế hoạch mang thai cho phụ nữ bị động kinh nhưng hiệu quả của việc lập kế hoạch chưa thống nhất. Việc tư vấn được khuyến cáo là có hiệu quả cho việc giảm mắc dị tật bẩm sinh cho thai nhi nhưng hiệu quả đối với việc kiểm soát cơn động kinh trong thai kỳ thì chưa được đánh giá rõ ràng [3],[5],[6],[7].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: là những bệnh nhân động kinh có thai đến khám tại khoa Thần Kinh bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 10/2015 đến tháng 09/2018.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: là nghiên cứu mô tả hồi và tiến cứu có theo dõi

Bệnh nhân thai được chia làm 2 nhóm

- Nhóm 1: Bệnh nhân có thai bị động kinh đã được theo dõi bởi bác sỹ chuyên thần kinh trước và trong khi có thai.

- Nhóm 2: Bệnh nhân bị động kinh đến khám tại chuyên khoa thần kinh sau khi đã có thai.

3. Các biến số nghiên cứu

- Về đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, số lần mang thai, tuổi thai khi thăm khám thần kinh lần đầu, việc sử dụng acid folic trước và trong quá trình mang thai, việc được tư vấn chuẩn bị trước khi mang thai

- Về điều trị thuốc kháng động kinh khi mang thai: số lượng và thành phần thuốc kháng động kinh đang sử dụng, việc chỉnh liều thuốc và việc tuân thủ điều trị trong quá trình mang thai

- Về hoạt động của cơ động kinh: tần số cơn co giật trong vòng 1 năm trước có thai, tần số cơn giật trong 3 quý của thai kỳ, tần số xuất hiện cơn giật trở lại trong thai kỳ, tỷ lệ bệnh nhân không có cơn co giật trong thai kỳ, loại cơn động kinh nguyên nhân của cơn động kinh

4. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS để nhập và xử lý các biến số, tính ra các giá trị trung bình của từng nhóm với các biến định lượng và các tỷ lệ % với các biến định tính. So sánh giá trị trung bình giữa hai nhóm có sử dụng phương pháp kiểm định Fisher với mức độ tin

cậy $P < 0,05$, sử dụng Test khi bình phương để so sánh các tỷ lệ phần trăm, từ đó tìm ra những yếu tố có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã tiến hành ở 73 bệnh nhân động kinh có thai tại khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 10/2015 đến tháng 9/2018; nhóm 1 gồm 29 bệnh nhân (39,73%), nhóm 2 có 44 bệnh nhân (60,27%).

Bảng 3.1: Đặc điểm lâm sàng chung

Đặc điểm lâm sàng chung				
Các biến số nghiên cứu	Nhóm 1	Nhóm 2	Chung	Giá trị P
Số lần mang thai trung bình	1,41	1,64	1,55	0,191
Tuổi trung bình của bệnh nhân	25,8	27,1	26,58	0,26
Tuổi thai trung bình khi đến khám lần đầu (tuần)	12,7	18,3	16,07	0,001

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân về tuổi thai trung bình khi đến khám lần đầu ($p=0,001$)

Bảng 3.2 Đặc điểm về cơn co giật của bệnh nhân

Các biến số nghiên cứu	Nhóm 1		Nhóm 2		Chung	P
Cơn co giật ĐK toàn thể ĐK cục bộ	22/29 7/29	75,8% 24,2%	31/44 13/44	70,5% 29,5%	72,6%	0,728
Bệnh nhân không có cơn giật ít nhất 1 năm trước khi có thai	17/29	58,6%	8/44	23,5%	34,25%	0,014
Bệnh nhân không có cơn co giật suốt thai kỳ	15/29	51,7%	10/44	22,7%	34,25%	0,048
Tần số cơn giật Tăng Không đổi Giảm	7 20 2	24,1% 68,96% 6,94%	23 10 11	52,3% 22,7% 25 %	41,09%	0,028
Cơn giật tăng cường khi mang thai: Tổng số: Cơn giật tái phát Tăng tần số cơn giật	7/29 2/29 5/29	24,1%	23/44 3/44 20/44	52,3%	41,09%	0,028

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về: tỷ lệ bệnh nhân không có cơn co giật ít nhất 1 năm trước khi có thai ($p=0,014$), tỷ lệ bệnh nhân không có cơn co giật trong suốt thai kỳ ($p=0,048$), tỷ lệ bệnh nhân có cơn giật tăng cường khi mang thai ($p=0,028$).

Bảng 3.3: Đặc điểm về thuốc điều trị động kinh trong thai kỳ

Các biến số nghiên cứu	Nhóm 1	Nhóm 2	Chung	Giá trị P
Đơn trị liệu: Levetiracetam Valproat Lamotrigine/oxcarbazepine Thuốc khác	21/29 19/29 2/29	26/44 11/44 8/44	47/73 30/73 10/73	0,32
Đa trị liệu: Có lamotrigine/oxcarbazepine	8/29 2/29	18/44 0/44	26/73 2/73	

Valproat	4/29	11/44	15/73	
Loại khác	4/29	9/44	13/73	
Có dùng valproate	6/29	19/44	25/73	0,04
Có dùng levetiracetam	21/29	15/44	35/73	0,001
Chỉnh thuốc trong thai kỳ				
Có	7/29	28/44	35/73	0,02
Không	22/29	16/44	38/73	
Tuân thủ điều trị				
Có	27/29	33/44	60/73	0,04
Không (tự ý bỏ thuốc)	2/29	11/44	13/73	
Sử dụng acid folic 3 tháng trước khi mang thai	16/29	9/44	25/73	0,001

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về: tỷ lệ bệnh nhân có dùng valproate điều trị động kinh ($p=0,04$); tỷ lệ bệnh nhân có dùng levetiracetam ($p=0,001$); tỷ lệ bệnh nhân giữ nguyên liều thuốc điều trị động kinh trong thai kỳ ($p=0,02$); tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị ($p=0,04$); tỷ lệ bệnh nhân dùng acid folic trước khi mang thai ($p=0,001$).

Bảng 3.4: Các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của cơn động kinh trong thai kỳ

Biến số	Cơn giật tăng cường (n=30)	Cơn giật giảm hoặc không đổi (n=44)	P
Tỷ lệ được tư vấn trước mang thai	7/30	22/43	0.017
Tỷ lệ cắt cơn trên 1 năm trước mang thai	6/30	19/43	0.001
Tỷ lệ dùng đơn trị liệu	22/30	25/43	0.18
Tỷ lệ có tổn thương não	10/30	12/43	0.619
Tỷ lệ có cơn cục bộ	11/30	10/43	0,342

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân có cơn giật tăng cường và cơn giật không tăng cường trong thai kỳ về tỷ lệ bệnh nhân được tư vấn trước mang thai ($p=0,017$), tỷ lệ bệnh nhân cắt cơn trên 1 năm trước khi mang thai ($p=0,001$).

IV. BÀN LUẬN

1. Các đặc điểm lâm sàng

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân về: tuổi trung bình ($p=0,26$), số lần mang thai trung bình ($p=0,191$). Tuổi trung bình khi mang thai nhóm nghiên cứu là 26,58, tuổi thai trung bình là 1,55. Nhìn chung, phụ nữ bị động kinh chịu nhiều mặc cảm nên thường kết hôn muộn hơn so với phụ nữ bình thường khác, thậm chí nhiều người còn lựa chọn không kết hôn. Vì vậy, tuổi trung bình của phụ nữ bị động kinh khi có thai cao hơn so với tỷ lệ chung. Thêm nữa, phụ nữ bị động kinh còn lo lắng về cơn động kinh và việc dùng thuốc kháng động kinh có thể ảnh hưởng xấu đến thai nhi nên họ cũng hạn chế số lượng con được sinh, do đó tỷ lệ sinh đẻ thấp hơn so với phụ nữ không mắc bệnh động kinh [1],[2],[8].

Nhóm được tư vấn đến thăm khám thần kinh sau khi mang thai sớm hơn nhóm không được tư vấn ($p=0,001$). Thật vậy, các bệnh nhân nhóm 1 đến thăm khám thần kinh theo hẹn của bác sỹ trong quý 1 của thai kỳ, còn nhóm 2 thường đến

khám muộn hơn. Nguyên nhân đến khám của nhóm 2 thường là do cơn co giật xuất hiện trở lại (với các bệnh nhân không còn cơn trước mang thai) hoặc tăng tần suất cơn giật. Vì lý do kinh tế và thiếu cập nhật thông tin nên các bệnh nhân đã được kiểm soát tốt cơn giật thường chủ quan không tiếp tục khám lại mà chủ động tự dùng thuốc điều trị. Chỉ đến khi có cơn giật xuất hiện lúc mang thai, họ mới đến khám chuyên khoa thần kinh. Cũng có một số trường hợp, bệnh nhân động kinh có thai đến khám tại cơ sở tuyến dưới được cắt thuốc kháng động kinh đang dùng đột ngột và chuyển sang một loại thuốc khác với lý do thuốc cũ có khả năng cao gây dị tật cho thai, hậu quả của việc dùng thuốc là làm cơn giật xuất hiện trở lại. Còn có một vài bệnh nhân tự động bỏ thuốc động kinh vì sợ tác hại của thuốc đối với thai nhi, kết quả là cơn giật cũng quay lại, thậm chí có bệnh nhân còn nhập viện với trạng thái động kinh nặng nề. Như vậy, những cách xử lý chưa phù hợp nêu trên có thể gây ra hậu quả đáng tiếc cho người bệnh và thai nhi. Việc cung cấp thông tin về hướng điều trị và

tư vấn lập kế hoạch trước mang thai cho người bệnh rõ ràng là cần thiết góp phần hạn chế được những sai sót không đáng có này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có một vài điểm cần nhấn mạnh đó là tỷ lệ bệnh nhân không có cơn co giật trong thai kỳ cũng như tỷ lệ bệnh nhân không có cơn giật tăng cường trong thai kỳ cao hơn có ý nghĩa khác biệt so với nhóm không được tư vấn. Hơn nữa, bệnh nhân của nhóm 1 khi có cơn co giật xuất hiện nhiều hơn trong thai kỳ đa số đều có cơn với tính chất nhẹ hơn, thời gian cơn ngắn hơn và hầu hết bệnh nhân vẫn đồng ý duy trì thuốc điều trị theo tư vấn của bác sỹ cũng như tự điều chỉnh chế độ sinh hoạt hợp lý (tránh stress và tình trạng mất ngủ) [4],[8].

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tỷ lệ bệnh nhân sử dụng valproat ($p=0,044$). Kết quả này phản ánh thực hành lâm sàng trong điều trị của các bác sỹ thần kinh trong việc điều chỉnh liều thấp nhất có thể các thuốc kháng động kinh thích hợp và chuyển đổi từ valproat sang thuốc kháng động kinh khác theo đúng khuyến cáo. Ngoài ra nhóm bệnh nhân không lập kế hoạch trước sinh có tỷ lệ bệnh nhân phải chỉnh thuốc cao hơn rõ rệt so với nhóm 1 ($p=0,02$), phần lớn bệnh nhân cần chỉnh liều thuốc là do hai nguyên nhân chính: đang dùng valproat và có thai ngoài kế hoạch nên được bác sỹ thần kinh giảm liều valproat kèm thay thế loại thuốc khác thích hợp để tránh gây nguy cơ quái thai, hoặc bệnh nhân đang dùng thuốc động kinh và có thai nên quyết định ngừng thuốc để tránh tác động xấu của thuốc đối với thai nhi. Như vậy, các khuyến cáo về việc chỉnh liều thuốc động kinh và tư vấn trước mang thai cho bệnh nhân chưa được áp dụng thích hợp cho nhóm bệnh nhân này. Điều này thể hiện bởi cách chỉnh thuốc không phù hợp khi bệnh nhân đã có thai (sai thời điểm, cắt thuốc cũ đột ngột, tư vấn không hợp lý gây hoang mang cho bệnh nhân dẫn đến việc bỏ điều trị).

Chúng tôi cũng nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân dùng levetiracetam trong nghiên cứu cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ bệnh nhân dùng lamotrigine (47,9% vs 2,7%). Trong số các thuốc thể hệ mới, levetiracetam và lamotrigine là hai thuốc vừa có tác dụng kiểm soát tốt cơn động kinh cho mẹ cũng như ít gây nguy cơ dị tật bẩm sinh cho thai nhi. Việc phải điều chỉnh liều lamotrigine một cách sát sao trong quá trình mang thai, quá trình điều chỉnh liều nhiều lần đòi hỏi bệnh nhân phải

tuân thủ điều trị nghiêm ngặt hơn nữa việc định lượng nồng độ thuốc trong máu chưa được tiến hành thường quy dẫn đến loại thuốc này ít được sử dụng hơn so với thuốc động kinh thể hệ mới khác, cụ thể là thuốc levetiracetam trong nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu còn cho thấy tỷ lệ bệnh nhân dùng acid folic ít nhất 3 tháng trước khi mang thai, tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc điều trị cao hơn có ý nghĩa ở nhóm 1 so với nhóm 2 ($p=0,041$ và $0,01$). Kết quả này có thể được giải thích một phần do những bà mẹ đã được cung cấp các thông tin chính xác trong quá trình tư vấn trước khi mang thai về những rủi ro của thuốc kháng động kinh cho thai nhi, sự cần thiết phải dùng thuốc kháng động kinh để kiểm soát cơn động kinh khi mang thai và lợi ích của acid folic trong dự phòng các khuyết tật ống sống cho trẻ [3].

2. Các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động của cơn động kinh trong thai kỳ

Theo các nghiên cứu, tần suất cơn giật trong thai kỳ tăng lên ở khoảng 17-33% bệnh nhân bị động kinh, cơn giật khó kiểm soát ở khoảng 15-35% và cải thiện ở khoảng 1/3-1/2 số bệnh nhân mà không phụ thuộc vào loại cơn giật và không liên quan đến việc kiểm soát cơn trước mang thai [1],[2],[6],[8]. Ngược lại, một vài nghiên cứu hồi cứu lại cho rằng yếu tố tiên lượng quan trọng nhất đối với hoạt động của cơn giật trong quá trình mang thai là việc có xuất hiện cơn co giật trong tháng ngay trước khi mang thai, yếu tố tiên lượng độc lập tiếp theo là cơn cục bộ (so với cơn toàn thể) và việc điều trị đa trị liệu [5],[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân có cơn giật tăng cường và cơn giật không tăng cường trong thai kỳ về tỷ lệ bệnh nhân được tư vấn trước mang thai ($p=0,017$), tỷ lệ bệnh nhân cắt cơn trên 1 năm trước khi mang thai ($p=0,001$). Như vậy, việc bệnh nhân được tư vấn trước mang thai và tình trạng bệnh nhân không có cơn động kinh tối thiểu 1 năm trước mang thai có vẻ có tác động tích cực đến hoạt động của cơn giật khi mang thai. Các yếu tố khác như: bệnh nhân dùng thuốc đơn trị liệu, cơn động kinh cục bộ chưa có tác động rõ rệt với hoạt động của cơn trong nghiên cứu. Nguyên nhân có thể là do trong nghiên cứu này số lượng bệnh nhân có cơn giật cục bộ và số lượng bệnh nhân dùng đa trị liệu còn ít, do đó các kết quả so

sánh còn thiếu độ tin cậy. Việc tiếp tục tiến hành nghiên cứu trên một quần thể lớn hơn và với nhiều phương tiện hỗ trợ hiện đại hơn là cần thiết để có thể có những kết quả có giá trị cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu bước đầu ở 73 bệnh nhân động kinh có thai tại khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 10/2015 đến tháng 9/2018, chúng tôi rút ra một số những kết quả và kiến nghị sau:

- Một số chỉ số về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu: tuổi trung bình 26,6 (17-40), số lần mang thai trung bình 1,55 (1-4), số tuổi thai trung bình ở lần đầu đi khám thần kinh 16,07 tuần (4-37), tỷ lệ bệnh nhân có cơn động kinh toàn thể 72,6%.

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa hai nhóm nghiên cứu về tuổi thai trung bình khi đến khám lần đầu, tỷ lệ sử dụng acid folic bổ sung trước mang thai, tỷ lệ bệnh nhân: sử dụng valproate, sử dụng levetiracetam, không có cơn trong vòng một năm trước mang thai, không có cơn trong thời kỳ mang thai, không có cơn giật tăng cường khi mang thai, tuân thủ điều trị, không cần chỉnh liều thuốc điều trị động kinh khi mang thai.

- Trong nghiên cứu này, tư vấn về thần kinh trước khi mang thai và bệnh nhân không có cơn giật trong vòng 1 năm trước khi mang thai là yếu

tố có tác động tích cực lên hoạt động của cơn giật trong thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fairgrieve SD, Jackson M, Jonas P, et al. Population based, prospective study of the care of women with epilepsy in pregnancy. Br Med J 2000;321:674-5.
2. Meador K, Reynolds M.W, Crean S, Fahrback K, Probst C. Pregnancy outcomes in women with epilepsy: a systematic review and meta-analysis of published pregnancy registries and cohorts. Epilepsy Res, 81 (2008), pp. 1-13
3. Kjaer D, Horvath-Puho E, Hiilesmaa V, et al. Antiepileptic drug use, folic acid supplementation, and congenital abnormalities: a population -based case-control study. Br J Obstet Gynaecol 2008;115: 98-103.
4. Winterbottom JB, Smyth RM, Jacoby A, Barker JA. Preconception counseling for woman with epilepsy to reduce adverse pregnancy outcome. Cochrane Database Syst Rev 2008;CD006645.
5. Tomson T, Battino D et al. EURAP: an international registry of antiepileptic drugs and pregnancy. Epilepsia 2004; 45: 1463-4.
6. Schachter SC, Lockwood CJ. Management of epilepsy and pregnancy. Uptodate 2018; last updated: Dec 06, 2016.
7. Schmidt D, Canger R and al. Change of seizure frequency in pregnant epileptic woman. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1983;46:751-5.
8. Sabers A et al. Influences on seizures activity in pregnant women with epilepsy. Epilepsy and Behavior 15(2009): 230-234.

KHẢO SÁT MỘT SỐ CHỈ SỐ HUYẾT ĐỘNG ĐỘNG MẠCH THẬN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH

Phạm Quốc Toàn**, Lê Việt Thắng*, Nguyễn Văn Đức*

TÓM TẮT¹⁴

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm một số chỉ số huyết động động mạch thận và mối liên quan với một số đặc điểm bệnh nhân bệnh thận mạn tính. **Đối tượng và**

phương pháp: Nghiên cứu thực hiện trên 65 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn tính. Các bệnh nhân được siêu âm Doppler động mạch thận để xác định các chỉ số huyết động động mạch thận. **Kết quả:** 65 bệnh nhân bệnh thận mạn có độ tuổi trung bình là $46,97 \pm 18,86$, trong đó tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1, mức lọc cầu thận trung bình là $44,28 \pm 41,45$ ml/ph/1,73 m². Không có sự khác biệt về một số chỉ số huyết động động mạch thận tại rốn thận giữa hai bên thận phải và thận trái ở bệnh nhân bệnh thận mạn; có sự tăng lên của các giá trị RI và giảm Vd khi so sánh với nhóm chứng khỏe mạnh ($p < 0,05$) với tỷ lệ giảm giá trị Vd là 32,3% , tăng RI là: 63,1%. Biến đổi các chỉ

*Học viện Quân y

** Bệnh viện Quân y 121

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Toàn

Email: drquoctoan121@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/9/2019

Ngày phản biện khoa học: 1/10/2019

Ngày duyệt bài: 10/10/2019

số huyết động động mạch thận tại rốn thận liên quan tới tình trạng tăng CRP máu, mức lọc cầu thận và tình trạng giảm albumin máu ($p < 0,05$). Giá trị Vs, Vd tại rốn thận ở bệnh nhân bệnh thận mạn có mối tương quan Thuận rất chặt với MLCT ($r = 0,905$; $p < 0,01$); giá trị RI có mối tương quan nghịch mức độ rất chặt chẽ với MLCT ($r = -0,72$; $p < 0,01$). **Kết luận:** Thay đổi huyết động động mạch thận là thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính.

Từ khóa: Bệnh thận mạn tính, huyết động động mạch thận, siêu âm động mạch thận

SUMMARY

SURVEY ON SOME HEMODYNAMIC INDEX OF RENAL ARTERY IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Objectives: Survey on characteristics of several renal arterial hemodynamic indicators and relationship with these characteristics of patients with chronic kidney disease. **Subjects and methods:** The study involved in 65 patients diagnosed with chronic kidney disease. Patients underwent renal artery Doppler ultrasound to determine renal arterial hemodynamic indicators. **Results:** The average age in this study was 46.97 ± 18.86 years. The rate of male/female was 1.6/1, the average creatinin clearance was 44.28 ± 41.45 ml/ph/1.73 m². There was not significant difference in several renal arterial hemodynamic indicators at umbilical cord between right and left kidney in patients with chronic kidney disease. There were an increase in RI values, at 63.1% and a decreased Vd, at 32.3%. The altered renal arterial hemodynamic indicators correlated with the increase of CRP in serum, creatinin clearance index and hypoalbuminemia ($p < 0.05$). There was a strong, positive correlation between Vs, Vd values at renal navel and creatinin clearance index with coefficient $r = 0.905$ ($p < 0.01$). In contrast, there was a strong negative correlation between RI value and creatinin clearance index with coefficient $r = -0.72$ ($p < 0.01$). **Conclusion:** Renal artery hemodynamic changes are common in patients with chronic kidney disease.

Keywords: Chronic kidney disease, renal artery hemodynamics, renal artery ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tần suất bệnh thận mạn trong cộng đồng theo nghiên cứu NHANES III (Third National Health and Nutrition Examination Survey) tiến hành trên 15.625 người trưởng thành trên 20 tuổi, công bố năm 2007 là 13%. Dự đoán vào năm 2020 trên thế giới có khoảng trên 3 triệu người BTM giai đoạn cuối được điều trị thay thế thận (80% các nước phát triển, 10% - 20% các nước đang phát triển) [1]. Xơ hóa và hyalin

thành các động mạch thận thường được quan sát thấy ở các bệnh nhân bị bệnh thận mạn tính. Xơ hóa mạch máu làm thu hẹp diện tích mạch máu thận, làm tăng sức kháng mạch, giảm tưới máu cầu thận và tăng áp lực trong cầu thận, làm tiến triển xơ hóa cầu thận và suy giảm chức năng ống thận. Việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời và dự đoán tiên lượng của tình trạng suy thận sẽ làm chậm tiến triển của bệnh, bảo vệ, cải thiện được chức năng thận và đặc biệt có ý nghĩa rất quan trọng trong việc quyết định lựa chọn các phương pháp điều trị cho bệnh nhân. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Nghiên cứu một số chỉ số huyết động động mạch thận ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính" với mục tiêu:

1. Khảo sát một số đặc điểm huyết động vùng rốn thận trên siêu âm doppler mạch ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính.
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa các chỉ số đặc điểm huyết động vùng rốn thận trên siêu âm doppler mạch với một số đặc điểm bệnh nhân bệnh thận mạn tính chưa lọc máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là 65 bệnh nhân bệnh được chẩn đoán là bệnh thận mạn theo tiêu chuẩn KDIGO 2012 điều trị nội trú tại khoa Thận – Lọc máu, Bệnh viện Quân y 103 từ 9/2018 – 5/2019. Loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân suy thận mạn đã được điều trị thay thế. Nhóm chứng gồm 30 người khỏe mạnh có tuổi, giới tương đương với nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

2. Phương pháp. Mô tả cắt ngang.

3. Nội dung

Tất cả các bệnh nhân được khai thác tiền sử, triệu chứng lâm sàng và khảo sát các xét nghiệm huyết học, hóa sinh.

Mức lọc cầu thận được tính theo công thức của Crockcoff - Gault.

Bệnh nhân được siêu âm doppler động mạch thận đo các chỉ số huyết động:

Tốc độ đỉnh tâm thu - Peak Systolic Velocity (Vs): đo ở đỉnh cao nhất của sóng tâm thu (cm/s).

Tốc độ cuối tâm trương - End Diastolic Velocity (Vd): đo ở đoạn cuối tâm trương, trước lúc xuất phát một sóng tâm thu tiếp theo (cm/s).

Chỉ số kháng - Resistive Index (RI):

$$RI = \frac{Vs - Vd}{Vs}$$

4. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm thống kê: EPI-info 7 và SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: - Tổng số bệnh nhân nghiên cứu là 65

bệnh nhân, trong đó tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1, tuổi trung bình là $46,97 \pm 18,86$.

- Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn 1-2(32,4%), 3-4 (33,8%), 5 (33,8%).

2. Đặc điểm huyết động động mạch thận ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính: Các chỉ số huyết động động mạch thận trong nghiên cứu này được đo tại vị trí: rốn thận ở mỗi bên.

Bảng 1: So sánh chỉ số huyết động DMT hai bên ở nhóm bệnh

Chỉ số huyết động	Chỉ số huyết động tại rốn thận		
	Rốn thận phải	Rốn thận trái	p
Vs (cm / s)	$61,22 \pm 15,81,99$	$62,68 \pm 15,25$	$> 0,05$
Vd (cm / s)	$16,63 \pm 9,45$	$16,83 \pm 9,01$	$> 0,05$
RI	$0,73 \pm 0,91$	$0,73 \pm 0,9$	$> 0,05$

Không có sự khác biệt giữa Vs, Vd, RI ở 2 bên động mạch thận tại vị trí rốn thận với $p > 0,05$, do đó Vs, Vd, RI trung bình tại rốn thận được tính bằng trung bình cộng của hai bên động mạch thận phải và động mạch thận trái.

Bảng 2: So sánh chỉ số huyết động DMT nhóm bệnh và nhóm chứng

Chỉ số	Chỉ số huyết động của động mạch tại rốn thận		
	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	P
Vs (cm / s)	$61,94 \pm 15,24$	$59,85 \pm 13,24$	$> 0,05$
Vd (cm / s)	$16,23 \pm 9,09$	$24,20 \pm 6,48$	$< 0,05$
RI	$0,73 \pm 0,08$	$0,6 \pm 0,05$	$< 0,05$

Nhóm bệnh có RI tăng, Vd giảm hơn so với nhóm chứng $p < 0,05$.

Bảng 3: Tỷ lệ tăng, giảm chỉ số huyết động DMT nhóm bệnh với chứng

Chỉ số	Giảm		Bình thường		Tăng	
	N	%	N	%	N	%
Vs (cm/s)	0	0	57	87,7	8	12,3
Vd (cm/s)	21	32,3	42	64,6	2	3,1
RI	0	0	24	36,9	41	63,1

Gặp giảm Vd với tỷ lệ 32,3%; Chủ yếu gặp Vs, Vd trong giá trị bình thường 87,7%, 64,6%; tăng RI là: 63,1%.

3. Liên quan giữa các chỉ số huyết động động mạch thận một số đặc điểm ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính:

Bảng 4: Liên quan giữa chỉ số huyết động DMT với tình trạng tăng CRP máu

Chỉ số	Tăng CRP máu		p
	Không (n = 55)	Có (n = 10)	
Vs (cm/s)	$63,62 \pm 15,86$	$52,70 \pm 5,47$	$< 0,05$
Vd (cm/s)	$17,81 \pm 9,21$	$10,75 \pm 5,68$	$< 0,05$
RI	$0,72 \pm 0,08$	$0,78 \pm 0,09$	$< 0,05$

Bệnh nhân bệnh thận mạn có tăng CRP máu thì giá trị RI tăng và giá trị Vd, Vs giảm có ý nghĩa so với nhóm bệnh thận mạn không tăng CRP máu.

Bảng 5: Liên quan giữa chỉ số huyết động DMT với tình trạng giảm albumin

Chỉ số	Albumin máu		p
	Không (n = 23)	Giảm (n = 42)	
Vs (cm/s)	$50,80 \pm 4,87$	$68,04 \pm 15,55$	$< 0,05$
Vd (cm/s)	$10,64 \pm 3,88$	$20,03 \pm 9,46$	$< 0,05$
RI	$0,78 \pm 0,07$	$0,71 \pm 0,08$	$< 0,05$

Vs, Vd tăng, RI giảm hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn có giảm albumin máu so với nhóm bệnh thận mạn không giảm albumin máu.

Bảng 6: Liên quan giữa chỉ số huyết động ĐMT với giai đoạn bệnh thận mạn

Chỉ số	MLCT (ml/ph/1,73 m ²)			p
	>60 (n = 21)	15-60 (n = 22)	<15 (n = 22)	
Vs (cm/s)	79,95 ± 11,72	57,41 ± 6,03	49,25 ± 15,24	1-2;1-3,2-3 <0,05
Vd (cm/s)	27,61 ± 6,4	13,38 ± 4,43	9,68 ± 3,34	1-2;1-3,2-3 <0,05
RI	0,65 ± 0,04	0,76 ± 0,07	0,79 ± 0,06	1-2;1-3 < 0,05 2-3 >0,05

Chỉ số Vs,Vd giảm, RI tăng theo giai đoạn bệnh thận mạn có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7: Tương quan một số chỉ số huyết động với MLCT nhóm bệnh nhân

Chỉ số	Giá trị		Phương trình tương quan
	r	p	
Vs (cm/s)	0,905	< 0,01	Vs = 0,333 x MLCT + 47,188
Vd (cm/s)	0,905	< 0,01	Vd = 0,199 x MLCT + 7,906
RI	-0,72	< 0,01	RI = -0,002 x MLCT + 0,806

- Có mối tương quan thuận mức độ rất chặt giữa giá trị Vs, Vd của động mạch tại rốn thận với MLCT; r = 0,905; p < 0,01.

- Tương quan giữa giá trị RI của ĐMT tại rốn thận với MLCT là tương quan nghịch mức độ rất chặt chẽ; r = -0,72; p < 0,01.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là 65 bệnh nhân, độ tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 46,97 ± 18,86, trong đó tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1, mức lọc cầu thận trung bình là 44,28 ± 41,45 ml/ph/1,73 m².

Giá trị trung bình các chỉ số hình thái, huyết động động mạch tại rốn thận phải và rốn thận trái không có sự khác biệt (p > 0,05). Các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho kết quả tương tự. Joel F.Platt và cộng sự, nghiên cứu trên bệnh nhân với nhiều mức độ tổn thương thận khác nhau. Cũng không thấy sự khác biệt lớn trên siêu âm Doppler giữa thận phải và thận trái trên cùng một bệnh nhân[2].

Không có sự khác biệt về giá trị trung bình của tốc độ đỉnh tâm thu Vs và đường kính động mạch tại rốn thận giữa nhóm bệnh và nhóm chứng. Trong khi giá trị Vd lại giảm có ý nghĩa so với nhóm chứng (p < 0,05). Ngược lại chỉ số RI của động mạch tại rốn thận ở bệnh nhân bệnh thận mạn cao hơn có ý nghĩa so với chỉ số RI ở nhóm chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân bệnh thận mạn có giá trị trung bình RI là 0,73 ± 0,08, Vs là 61,94 ± 15,24 cm/s, Vd là 16,23 ± 9,09 cm/s. Kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Valentina Rovella[3] với giá trị trung bình các chỉ số Vs,Vd, RI lần lượt trên bệnh nhân bệnh thận mạn là 52,8 ± 9,4 cm/s, 14,37 ± 2,67 cm/s, 0,73 ± 0,05;

Xét trong mối quan hệ với một số giá trị giới hạn các chỉ số huyết động của nhóm chúng nhận thấy. Vs tại rốn thận ở bệnh nhân bệnh thận mạn có giá trị bình thường chiếm tỷ lệ 87,7%. Chỉ số Vd cũng tại rốn thận trên bệnh nhân bệnh thận mạn giảm chiếm tỷ lệ 32,3%. Trong khi lại có sự tăng về chỉ số RI của động mạch tại rốn thận ở bệnh nhân bệnh thận mạn. Tỷ lệ tăng chỉ số RI là 63,1%. Không ghi nhận được trường hợp nào giảm chỉ số RI của động mạch tại rốn thận ở bệnh nhân bệnh thận mạn (bảng 3).

Bệnh nhân bệnh thận mạn có tăng CRP máu thì giá trị RI tăng và Vd, Vs giảm có ý nghĩa so với nhóm bệnh thận mạn không tăng CRP máu với p < 0,05 (bảng 4). Viêm xuất hiện sớm trong bệnh lý thận mạn và thúc đẩy quá trình hình thành xơ vữa động mạch. Sự gia tăng nồng độ các dấu ấn sinh học của viêm trong bệnh lý thận mạn có thể do tăng tổng hợp, giảm thanh thải hoặc cả hai cơ chế trên. Suy chức năng thận có thể trực tiếp gây ra tăng các dấu ấn sinh học của viêm thông qua cơ chế tăng tình trạng oxy hoá dẫn đến tích lũy các sản phẩm chuyển hoá đầu cuối của glycation (AGEs). Nồng độ các chất này tăng khi mức lọc cầu thận giảm gây ra hoạt hoá bạch cầu đơn nhân và tổng hợp các cytokin bao gồm hs-CRP.

Vs, Vd tăng, RI giảm có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn có giảm albumin máu so với nhóm bệnh thận mạn không giảm albumin máu với p < 0,05 (bảng 5). Albumin đại diện cho một chất chống oxy hóa lưu thông rất phong

phủ và quan trọng. Đánh giá này tập hợp những hiểu biết gần đây về các đặc tính chống oxy hóa albumin. Đầu tiên, nó tập trung vào các hoạt động khác nhau của albumin liên quan đến chống oxy hóa protein. Cụ thể, chúng tôi mô tả vai trò của albumin trong các hoạt động liên kết và bắt gốc tự do. Ngoài ra, các tình huống sinh lý và bệnh lý làm thay đổi tính chất chống oxy hóa của albumin được báo cáo. Yasuhiro Kawa (2018) albumin huyết thanh có đặc tính chống oxy hóa, có thể có tác dụng bảo vệ không chỉ trong mạch máu mà còn trong các tế bào trung mô và albumin huyết thanh thấp là yếu tố nguy cơ độc lập đối với tỷ lệ mắc bệnh thận giai đoạn cuối[4].

Vs, Vd động mạch thận tại rốn thận ở bệnh nhân bệnh thận mạn giảm theo giai đoạn bệnh thận mạn; RI tăng theo giai đoạn bệnh thận mạn có ý nghĩa thống kê. Chỉ số RI ở nhóm bệnh nhân có MLCT 15 - 60 ml/ph/1,73 m² là $0,76 \pm 0,07$, <15 ml/ph/1,73 m² là $0,79 \pm 0,06$. Kết quả này tương đương Jae Hoon Kim (2017) nghiên cứu 119 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3,4 có RI là $0,79 \pm 0,08$ [5].

Có mối tương quan thuận mức độ rất chặt giữa giá trị Vs, Vd của động mạch tại rốn thận với MLCT; r là 0,905 và; $p < 0,01$. Tương quan giữa chỉ số RI của động mạch tại rốn thận với MLCT ở bệnh nhân bệnh thận mạn là tương quan nghịch mức độ rất chặt chẽ với $r = -0,72$; $p < 0,01$. Kết quả của chúng tôi tương đương tác giả, L. J. Petersen RI có mối tương quan nghịch mức độ khá chặt chẽ với MLCT với $r = -0,52$, $p = 0,02$ [6].

Các tác giả cho thấy có mối tương quan nghịch chặt chẽ giữa RI và mức lọc cầu thận, nên có thể dùng RI để theo dõi quá trình diễn tiến của suy thận. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi đã khảo sát chỉ số sức cản động mạch thận ở các bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính cũng như tìm hiểu mối liên quan giữa RI động mạch thận và mức lọc cầu thận ở nhóm bệnh nhân này. Từ đó chúng tôi đưa ra nhận định chỉ số sức cản động mạch thận càng tăng cao khi mức độ suy thận càng nặng, việc siêu âm doppler động mạch thận để đánh giá chỉ số sức cản động mạch thận là rất quan trọng ở những bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính vì chúng góp phần tiên lượng mức độ nặng và sự tiến triển đến bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối để

giúp người thầy thuốc kịp thời đưa ra hướng điều trị tích cực nhằm hạn chế sự tiến triển của

bệnh đồng thời giúp bệnh nhân có kế hoạch chuẩn bị trong tương lai cho tình trạng bệnh của họ.

V. KẾT LUẬN

- Không có sự khác biệt về một số chỉ số huyết động động mạch thận tại rốn thận giữa hai bên thận phải và thận trái ở bệnh nhân bệnh thận mạn.

- Bệnh nhân bệnh thận mạn có sự tăng lên của các giá trị RI và giảm Vd động mạch thận tại rốn thận khi so sánh với nhóm chứng khỏe mạnh ($p < 0,05$). Tỷ lệ giảm giá trị Vd là 32,3% , tăng RI là: 63,1%.

- Động mạch thận tại rốn thận ở bệnh nhân bệnh thận mạn có giá trị RI tăng dần; Vs, Vd giảm dần theo mức độ bệnh thận mạn với $p < 0,05$.

- Bệnh nhân bệnh thận mạn có tăng CRP máu thì giá trị RI tại rốn thận tăng ; Vs, Vd động mạch thận tại rốn thận lại giảm hơn so với nhóm bệnh thận mạn không tăng CRP máu với $p < 0,05$. Ở bệnh nhân bệnh thận mạn có giảm albumin máu thì ngược lại, RI giảm; Vs, Vd tăng.

- Giá trị Vs, Vd tại rốn thận ở bệnh nhân bệnh thận mạn có mối tương quan Thuận rất chặt với MLCT ($r = 0,905$; $p < 0,01$); giá trị RI có mối tương quan nghịch mức độ rất chặt chẽ với MLCT ($r = -0,72$; $p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2015), "Bệnh thận mạn giai đoạn cuối", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận - tiết niệu, tr.139 - 145
2. **Joel F.Platt, et al.** (1990), "Intrarenal Arterial Doppler Sonography in Patients with Nonobstructive Renal Disease: Correlation of Resistive Index with Biopsy Findings, AJR 154, June 1990, Tr 1223 - 1227
3. **Valentina Rovella, et al.** (2018), "Effects of fenoldopam on renal blood flow in hypertensive chronic kidney disease", Journal of Nephrology 219(2), pp. 419-426
4. **Yasuhiro Kawa, et al.** (2018), "Association between serum albumin level and incidence of end-stage renal disease in patients with Immunoglobulin A nephropathy: A possible role of albumin as an antioxidant agent", PLoS ONE 13(5)
5. **Jae Hoon Kim, et al.** (2017), "Resistive index as a predictor of renal progression in patients with moderate renal dysfunction regardless of angiotensin converting enzyme inhibitor or angiotensin receptor antagonist medication", Kidney Res Clin Pract 2017 36, pp. 58-67
6. **Petersen, L.J, et al.** (1997), "The pulsatility index and the resistive index in renal arteries with long-term progression in chronic renal failure", Nephrol Dial Transplant, 12, pp.1376 - 1380

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU CỔ TÚI PHÌNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN BẰNG CÁN THIỆP NỘI MẠCH

Nguyễn Văn Quảng*, Trần Quyết Tiến**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa đặc điểm giải phẫu cổ túi phình và kết quả điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận bằng can thiệp nội mạch tại bệnh viện Chợ Rẫy. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả dọc tiến cứu, thực hiện trên tất cả bệnh nhân phình động mạch chủ bụng dưới thận có kèm hoặc không kèm theo phình động mạch chậu tại khoa Phẫu thuật Mạch máu Bệnh viện Chợ Rẫy, trong thời gian từ tháng 5/2012 đến tháng 8/2017 được điều trị bằng can thiệp nội mạch. **Kết quả:** Có 95 bệnh nhân (71 nam/24 nữ) đủ tiêu chuẩn đưa vào nhóm nghiên cứu. Tuổi trung bình là $73,8 \pm 17,6$. Có 54 trường hợp có CTL và 41 trường hợp có CKTL. Các đặc điểm lâm sàng, đặc điểm can thiệp, kết quả sớm và trung hạn hầu hết không khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân. Trong nhóm CKTL, nhóm cổ ngắn có tỷ lệ cao rò nội mạch loại IA sớm (4 trường hợp, 57,1%). **Kết luận:** Can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận có thể được thực hiện an toàn và hiệu quả ở bệnh nhân có đặc điểm giải phẫu cổ túi phình thuận lợi và không thuận lợi. Kết quả điều trị và tỷ lệ các biến chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân có cổ túi phình ngắn có nguy cơ rò nội mạch loại IA sớm và tỉ lệ can thiệp lại cao hơn.

Từ khóa: Phình động mạch chủ bụng, đặt ống ghép nội mạch, cổ không thuận lợi

Từ viết tắt: CTK: cổ thuận lợi, CKTL: cổ không thuận lợi, EVAR: endovascular aneurysm repair

SUMMARY

THE RELATION BETWEEN THE AORTIC NECK ANATOMY AND THE OUTCOMES OF ENDOVASCULAR REPAIR FOR INFRARENAL ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM

Objective: To determine the correlation between the anatomical features of aneurysms neck and the treatment results of endovascular aneurysm repair (EVAR) at Cho Ray Hospital. Subject and method: This is a prospective study. All cases of infrarenal abdominal aortic aneurysm were treated by EVAR at Vascular surgery Department, Cho Ray Hospital from May-2012 to August-2017. **Results:** 95 patients were enrolled to this study, favorable neck anatomy was presented in 54 patients, hostile neck anatomy was

presented in 41 patients. There was insignificant differences in clinical, interventional features, early and midterm outcomes. In the group which had short neck aneurysm, the rate of endoleak type IA was higher than the other groups (4 cases, 57,1%).

Conclusion: EVAR can be effective and safe in the treatment of the patients who had either hostile or favorable aortic neck anatomy. There were no statistically significant difference between the two groups regarding the efficacy and safety. However, the patients with short neck aneurysm had a higher rates of early endoleak type IA and reintervention.

Keywords: Abdominal aortic aneurysm (AAA), Endovascular aneurysm repair, Hostile neck anatomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự ra đời của phương pháp đặt ống ghép qua can thiệp nội mạch (EVAR) đã mở ra một cuộc cách mạng lớn trong điều trị ngoại khoa phình động mạch chủ. Tính hiệu quả và an toàn của EVAR đã được chứng minh qua các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đơn trung tâm và đa trung tâm với thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp. Tính khả thi của EVAR ở những bệnh nhân có nguy cơ cao cũng đã được chứng minh [4]. Tuy nhiên, tính hiệu quả và an toàn của EVAR ở nhóm bệnh nhân có đặc điểm hình thái giải phẫu cổ túi phình không thuận lợi vẫn còn đang được bàn cãi. Một số nghiên cứu cho rằng đặc điểm giải phẫu cổ túi phình là yếu tố liên quan trực tiếp đến đến tỷ lệ biến chứng và kết quả can thiệp [1]. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, EVAR đã được ứng dụng trong điều trị phình động mạch chủ bụng từ năm 2012. Liệu rằng kết quả điều trị và tỷ lệ các biến chứng có khác biệt nhau giữa các nhóm cổ thuận lợi và nhóm cổ không thuận lợi hay không? Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định mối liên quan giữa đặc điểm giải phẫu cổ túi phình và kết quả điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận bằng can thiệp nội mạch tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả dọc tiến cứu

Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định phình động mạch chủ bụng dưới thận có kèm hoặc không kèm theo phình động mạch chậu tại khoa Phẫu thuật Mạch máu Bệnh viện Chợ Rẫy, trong thời gian từ tháng

*Bệnh viện Chợ Rẫy

**Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Quảng

Email: drquangptmmcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.9.2019

Ngày duyệt bài: 3.10.2019

5/2012 đến tháng 8/2017 được điều trị bằng phương pháp đặt ống ghép qua can thiệp nội mạch (EVAR).

- Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: (1) Các bệnh nhân có phình động mạch chủ ngực, phình động mạch thân tạng, động mạch mạc treo tràng trên kèm theo. (2) Có phẫu thuật động mạch chủ trước đó. (3) Bệnh nhân có hẹp, tắc động mạch chậu đùi hai bên kèm theo. (4) Có bệnh lý ác tính, bệnh nội khoa nặng tiên lượng sống dưới 6 tháng.

Phương pháp nghiên cứu:

- Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: nhóm có cổ thuận lợi (CTL) và nhóm có cổ không thuận lợi (CKTL) dựa trên đặc điểm giải phẫu học cổ túi phình xác định trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT).

- Cổ túi phình được xem là CKTL khi có một trong hai hoặc cả hai yếu tố giải phẫu sau đây: (1) Chiều dài cổ ngắn hơn 15mm và trên 10mm; (2) Góc gấp trên 60 độ. Các trường hợp không có các đặc điểm trên được xem là CTL. CKTL được chia thành 3 nhóm nhỏ: cổ ngắn đơn thuần, cổ gấp góc đơn thuần, và cổ ngắn kèm gấp góc.

- Các kết quả sẽ được phân tích dựa trên hai nhóm cổ túi phình nêu trên bao gồm:

+ Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật: Tuổi, giới, các bệnh kèm theo, đặc điểm cổ túi phình: (1) Đường kính ngang cổ túi phình; (2) Chiều dài cổ túi phình; (3) Góc cổ túi phình, (4) Đường kính túi phình.

+ Đánh giá kết quả sớm (trong vòng 30 ngày) dựa trên các biến số: (1) Các đặc điểm của can thiệp; (2) Tỷ lệ rò nội mạch sớm; (3) Tỷ lệ biến chứng, tử vong sớm; (4) Can thiệp lại, lý do can thiệp lại.

+ Đánh giá kết quả trung hạn (sau 30 ngày) qua các biến số: (1) Tỷ lệ tử vong chung, tử vong do tim mạch, tử vong liên quan phình; (2) Tỷ lệ rò nội mạch muộn, phương pháp xử lý; (3) Tỷ lệ can thiệp lại, lý do can thiệp lại

- Rò nội mạch được định nghĩa khi vẫn còn dòng máu chảy vào bên trong túi phình, ngoài ống ghép sau can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ. Rò nội mạch sớm là rò được xác định trong lúc can thiệp ngay sau khi bung ống ghép bằng chụp động mạch chủ chậu cản quang và rò sau khi kết thúc can thiệp đến 30 ngày sau can thiệp qua CLVT. Rò nội mạch muộn là rò được phát hiện từ sau 30 ngày trở đi sau can thiệp được xác định thông qua CLVT. Phân loại rò nội mạch: Loại 1: Rò từ cổ gần hoặc xa của túi phình (Loại IA là rò từ đầu gần, loại IB là rò từ đầu xa, loại IC là rò từ chỗ làm tắc động mạch chậu chung vào túi phình trong trường hợp đặt ống ghép chủ chậu một bên và làm cầu nối đùi – đùi); Loại 2: Rò từ các nhánh động mạch vào túi phình như: động mạch thắt lưng, mạc treo tràng dưới, chậu trong; Loại 3: Rò từ chỗ hở giữa các khúc nối của ống ghép; Loại 4: Rò từ các chỗ hở của thân ống ghép; Loại 5: Tăng áp lực bên trong túi phình, không thấy rò [1]. Nghiên cứu này tập trung vào rò nội mạch liên quan đến cổ túi phình đó là rò loại IA.

- Tăng kích thước túi phình được định nghĩa khi tăng trên 5mm đường kính ngang túi phình đo trên phim chụp CLVT tại thời điểm kết thúc nghiên cứu so với phim chụp trước can thiệp.

- Phương pháp xử lý rò:

+ Rò nội mạch loại IA trong lúc can thiệp ngay sau khi bung ống ghép: Nong bóng hoặc đặt thêm ống ghép cho đoạn cổ gần.

+ Rò nội mạch IA muộn: Đặt thêm ống ghép cho đoạn cổ gần hoặc chuyển mổ mở tùy theo chiều dài cổ túi phình từ vị trí ống ghép đến động mạch thận (bên thấp hơn) còn đủ 10mm hay ngắn hơn.

Phân tích thống kê: bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Cổ thuận lợi (n=54)	Cổ không thuận lợi (n=41)	Giá trị P
Tuổi (năm)	73,7 ± 9,1	73,2 ± 8,9	0,7209
Giới tính			0,3420
- Nữ	16 (29,6%)	8 (19,5%)	
- Nam	38 (70,4%)	33 (80,5%)	
Tăng huyết áp	44 (81,5%)	34 (82,9%)	1,0000
Rối loạn lipid máu	38 (70,4%)	30 (73,2%)	0,8213
Hút thuốc lá	33 (61,1%)	28 (68,3%)	0,5218
Đái tháo đường	4 (7,4%)	5 (12,2%)	0,4931

Đặc điểm	Cổ thuận lợi (n=54)	Cổ không thuận lợi (n=41)	Giá trị P
Bệnh mạch vành	25 (46,3%)	15 (36,6%)	0,4041
Đặt stent mạch vành	14 (25,9%)	11 (26,8%)	1,0000
Suy thận	1 (1,9%)	2 (4,9%)	0,5761
Bệnh mạch máu não	9 (16,7%)	9 (22,0%)	0,6006
Bệnh phổi	11 (20,4%)	6 (14,6%)	0,5921

Nhận xét: Có 95 bệnh nhân (71 nam/24 nữ) đủ tiêu chuẩn đưa vào nhóm nghiên cứu. Tuổi trung bình là $73,8 \pm 17,6$, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 51 tuổi, lớn tuổi nhất là 91. Có 54 trường hợp có CTL và 41 trường hợp có CKTL. bệnh lý kèm phổ biến của hai nhóm bệnh nhân là tăng huyết áp (CTL:81,5% và CKTL:82,9%) và rối loạn lipid máu (CTL:70,4% và CKTL: 73,2%). Các bệnh lý khác ít gặp hơn bao gồm: bệnh mạch vành, mạch não và bệnh phổi. Tỷ lệ các bệnh kèm không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân.

Bảng 3.2: Đặc điểm cổ túi phình

Đặc điểm	Cổ thuận lợi (n=54)	Cổ không thuận lợi (n=41)	Giá trị P
Đường kính ngang cổ túi phình (mm)	$20,7 \pm 3,2$	$21,3 \pm 3,5$	0,4769
Chiều dài cổ túi phình (mm)	$26,1 \pm 9,9$	$27,7 \pm 12,6$	0,9162
Đường kính túi phình (mm)	$58,7 \pm 6,3$	$61,5 \pm 9,1$	0,2691
Góc cổ túi phình (độ)	$42,6 \pm 10,7$	$65,1 \pm 15,5$	<0,0001

Nhận xét: Đường kính ngang cổ túi phình và chiều dài cổ túi phình của hai nhóm bệnh nhân khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong khi đó, góc cổ túi phình ở nhóm bệnh nhân có CTL nhỏ hơn nhóm CKTL ($42,6 \pm 10,7$ so với $65,1 \pm 15,5$), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Trong nhóm bệnh nhân có CKTL, có 7 trường hợp cổ ngắn đơn thuần, 30 trường hợp cổ gấp góc đơn thuần và 4 trường hợp cổ ngắn kèm gấp góc.

Bảng 3.3: Đặc điểm can thiệp hai nhóm cổ túi phình

Đặc điểm	Cổ thuận lợi (n=54)	Cổ không thuận lợi (n=41)	Giá trị P
Thời gian can thiệp (phút)	$166,4 \pm 49,2$	$193,2 \pm 76,4$	0,1026
Lượng cản quang sử dụng (ml)	$109,3 \pm 16,9$	$115,7 \pm 29,1$	0,5152
Lượng máu mất (ml)	$111,7 \pm 78,8$	$131,7 \pm 91,3$	0,2173
Thời gian hậu phẫu (ngày)	$5,1 \pm 2,6$	$5,9 \pm 2,2$	0,0451
Thành công về mặt kỹ thuật	53 (98,1%)	41 (100,0%)	1,0000

Nhận xét: EVAR được thực hiện trên hai nhóm có tỷ lệ thành công cao (CTL: 98,1% và CKTL:100%). Trong khi thời gian can thiệp, lượng thuốc cản quang sử dụng, lượng máu mất ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê, thì thời gian nằm viện ở nhóm CKTL dài hơn nhóm CTL ($5,9 \pm 2,2$ ngày so với $5,1 \pm 2,6$ ngày), khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4: Kết quả sớm và trung hạn hai nhóm bệnh nhân

Kết cuộc	Cổ thuận lợi (N=54)	Cổ không thuận lợi (N=41)	RR (KTC 95%)	Giá trị p
Kết quả sớm				
Rò lúc can thiệp	17 (31,5%)	14 (34,1%)	1,08 (0,61 - 1,94)	0,8275
Rò loại I lúc can thiệp	9 (16,7%)	8 (19,5%)	1,17 (0,49 - 2,77)	0,7902
Rò loại IA lúc can thiệp	4 (7,4%)	6 (14,6%)	1,98 (0,6 - 6,55)	0,3198
Ống ghép thêm cho đoạn cổ gần	1 (1,9%)	2 (4,9%)	2,63 (0,25 - 28,06)	0,5761
Nong cổ gần	7 (13,0%)	8 (19,5%)	1,51 (0,59 - 3,81)	0,4090
Có biến chứng trong/sau can thiệp	6 (11,1%)	7 (17,9%)	1,54 (0,56 - 4,23)	0,3781
Kết quả trung hạn				

Rò loại IA muộn	0 (0,0%)	2 (4,9%)	-	0,1876
Tăng kích thước túi phình	1 (1,9%)	5 (12,2%)	6,46 (0,79 - 53,2)	0,0825
Can thiệp lại	2 (3,8%)	4 (9,8%)	2,63 (0,51 - 13,69)	0,3984
Tử vong do mọi nguyên nhân	14 (25,9%)	7 (17,1%)	0,66 (0,29 - 1,48)	0,3309
Tử vong do tim mạch	3 (5,6%)	4 (9,8%)	1,76 (0,42 - 7,42)	0,4602
Tử vong liên quan phình	1 (1,9%)	1 (2,4%)	1,32 (0,08 - 20,44)	1,0000

Nhận xét: Kết quả sớm ghi nhận tỷ lệ cao biến chứng rò nội mạch ngay sau khi bung ống ghép. Tỷ lệ rò nội mạch liên quan đến cổ túi phình (IA) ở nhóm CTL là 7,4% và ở nhóm CKTL là 14,6%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,3198$). Kết quả trung hạn ghi nhận hai trường hợp rò loại IA ở nhóm CKTL, không có bệnh nhân nào thuộc nhóm CTL. Số lượng bệnh nhân tăng kích thước túi phình khi theo dõi và phải can thiệp lại cũng cao hơn ở nhóm CKTL, tuy nhiên, khác biệt giữa hai nhóm vẫn không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân ở nhóm CTL là 25,9% và nhóm CKTL là 17,1%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5: Kết quả sớm và trung hạn từng nhóm cổ không thuận lợi

	Cổ thuận lợi	Cổ ngắn đơn thuần		Cổ gấp góc đơn thuần		Cổ ngắn kèm gấp góc	
Kết cuộc	(N=54)	(N=7)	RR (KTC 95%)	(N=30)	RR (KTC 95%)	(N=4)	RR (KTC 95%)
Kết quả sớm							
Rò lúc can thiệp	17 (31,5%)	4 (57,1%)	1,82 (0,86 - 3,85)	9 (30,0%)	0,95 (0,49 - 1,87)	1 (25,0%)	0,79 (0,14 - 4,54)
Rò loại I lúc can thiệp	9 (16,7%)	4 (57,1%)	3,43 (1,43 - 8,23)	3 (10,0%)	0,60 (0,18 - 2,05)	1 (25,0%)	1,50 (0,25 - 9,07)
Rò loại IA lúc can thiệp	4 (7,4%)	4 (57,1%)	7,71 (2,47 - 24,13)	1 (3,3%)	0,45 (0,05 - 3,85)	1 (25,0%)	3,38 (0,48 - 23,53)
Ống ghép thêm cho đoạn cổ gần	1 (1,9%)	1 (14,3%)	7,71 (0,54 - 110,02)	1 (3,3%)	1,80 (0,12 - 27,76)	0 (0,0%)	-
Nong cổ gần	7 (13,0%)	3 (42,9%)	3,31 (1,10 - 9,93)	4 (13,3%)	1,03 (0,33 - 3,23)	1 (25,0%)	1,93 (0,31 - 12,05)
Có biến chứng trong/sau can thiệp	6 (11,1%)	1 (14,3%)	1,29 (0,18 - 9,17)	4 (14,3%)	1,20 (0,37 - 3,92)	2 (50,0%)	4,50 (1,31 - 15,50)
Kết quả trung hạn							
Rò loại IA muộn	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	1 (3,3%)	-	1 (25,0%)	-
Tăng kích thước túi phình	1 (1,9%)	0 (0,0%)	-	4 (13,3%)	7,07 (0,83 - 60,37)	1 (25,0%)	13,25 (1,01 - 174,65)
Can thiệp lại	2 (3,8%)	0 (0,0%)	-	3 (10,0%)	2,70 (0,48 - 15,27)	1 (25,0%)	6,75 (0,77 - 59,42)
Tử vong do mọi nguyên nhân	14 (25,9%)	1 (14,3%)	0,55 (0,08 - 3,57)	5 (16,7%)	0,64 (0,26 - 1,61)	1 (25,0%)	0,96 (0,17 - 5,58)
Tử vong do tim mạch	3 (5,6%)	1 (14,3%)	2,57 (0,31 - 21,46)	3 (10,0%)	1,80 (0,39 - 8,37)	3 (10,0%)	-
Tử vong liên quan phình	1 (1,9%)	0 (0,0%)	-	1 (3,3%)	1,80 (0,12 - 27,76)	0 (0,0%)	-

Nhận xét: Phân tích sâu hơn các kết quả sớm của các nhóm cổ không thuận lợi (bao gồm nhóm cổ ngắn, nhóm cổ gấp góc và nhóm cổ ngắn kèm gấp góc) ghi nhận: tỷ lệ rò nội mạch loại IA ở nhóm cổ ngắn đơn thuần là 57,1% cao hơn so với nhóm CTL (7,4%), khác biệt có ý nghĩa thống kê (RR: 7,71, khoảng tin cậy 95%: 2,47-24,13), Trong khi đó, tỷ lệ biến chứng chu phẫu của nhóm cổ ngắn kèm gấp góc lại cao hơn nhóm CTL (khác biệt có ý nghĩa thống kê), Kết quả trung hạn ghi nhận các tỷ lệ rò nội mạch, tăng kích thước túi phình và các biến chứng khác không khác biệt giữa các nhóm. Ngoại trừ nhóm cổ ngắn kèm gấp góc có tỉ lệ tăng kích thước túi phình cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm CTL.

IV. BÀN LUẬN

Về phương diện đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước can thiệp, kết quả của chúng tôi ghi nhận được bệnh nhân phình động mạch chủ bụng trong nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình cao (>70 tuổi), nam giới chiếm ưu thế. Các bệnh lý kèm theo phổ biến là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và bệnh mạch vành. Các đặc điểm này đều tương đương nhau ở hai nhóm cổ. Các đặc điểm cổ túi phình trước mổ cũng không khác biệt nhiều giữa hai nhóm ngoại trừ góc cổ túi phình ở nhóm cổ không thuận lợi cao hơn nhóm còn lại là điều hiển nhiên. Kết quả này cũng phản ánh đúng đặc điểm của bệnh lý phình động mạch chủ bụng như các nghiên cứu khác trên thế giới như: Aburahma A. F [1], Propper B.W [4].

Các đặc điểm can thiệp của hai nhóm bệnh nhân cũng khá tương đồng nhau. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật của hai nhóm đạt khá cao, 98,1% ở nhóm CTL và 100% ở nhóm CKTL. Thời gian can thiệp trung bình ở nhóm CKTL dài hơn nhóm CTL ($193,2 \pm 76,4$ so với $166,4 \pm 49,2$), lượng cản quang sử dụng, lượng máu mất ở nhóm CKTL cũng cao hơn nhóm còn lại. Tuy vậy, các kết quả này khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Xét về phương diện này, các nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tương tự. Điển hình như nghiên cứu của tác giả AbuRahma và cộng sự thực hiện trên 89 bệnh nhân CTL và 149 CKTL, kết quả cho thấy thời gian can thiệp, lượng cản quang sử dụng cao hơn ở nhóm CKTL, tuy vậy khác biệt vẫn không có ý nghĩa thống kê [1].

Giải phẫu cổ túi phình là một trong những yếu tố quan trọng trong chỉ định EVAR. Những bệnh nhân có cổ túi phình khó là một trong những

thách thức cho các phẫu thuật viên. Tính an toàn và hiệu quả trong ứng dụng EVAR cho các trường hợp cổ túi phình không thuận lợi vẫn còn nhiều tranh cãi. Thật vậy, nghiên cứu EUROSTAR khảo sát sự ảnh hưởng của kích thước túi phình, đường kính cổ, góc cổ túi phình đến kết quả dài hạn của EVAR, qua đó kết luận rằng: có một tỷ lệ cao các biến chứng như vỡ túi phình, chuyển mổ mở, tỷ lệ tử vong trong nhóm bệnh nhân có đường kính cổ lớn hơn 26mm [7]. Trong một nghiên cứu khác, tác giả Leurs và cộng sự kết luận rằng cổ túi phình ngắn hơn 15mm liên quan đến tăng tỷ lệ rò nội mạch loại IA sớm và muộn [3]. Như vậy, giải phẫu cổ túi phình không thuận lợi là một trong những yếu tố liên quan đến các biến chứng rò nội mạch loại IA, di lệch ống ghép qua đó làm tăng cao tỷ lệ tăng kích thước túi phình, tỷ lệ chuyển mổ mở và tỷ lệ tử vong.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy rằng, nhóm bệnh nhân có cổ túi phình ngắn có liên quan với sự tăng tỷ lệ rò nội mạch loại IA ngay trong can thiệp so với nhóm CTL. Tuy nhiên, biến chứng này hoàn toàn có thể kiểm soát được bằng viện chẩn đoán sớm ngay trong lúc can thiệp, qua đó có thể tiến hành nong bóng hoặc đặt thêm ống ghép cho đoạn cổ gần. Kết quả trung hạn cũng cho thấy tỷ lệ rò nội mạch loại IA ở nhóm CKTL tương đương với nhóm CTL. Mặc dù vậy, tỷ lệ bệnh nhân có tăng kích thước túi phình ở nhóm cổ ngắn kèm gấp góc lại cao hơn nhóm CTL. Trong hai trường hợp tăng kích thước túi phình kèm rò nội mạch loại IA muộn chúng tôi xử trí bằng can thiệp lại đặt thêm ống ghép cho đoạn cổ gần cho trường hợp thứ nhất, trường hợp còn lại chuyển mổ hở ghép mạch nhân tạo. Do đó, chúng tôi khuyến nghị nên theo dõi sát bệnh nhân sau EVAR, đặc biệt ở những bệnh nhân có đặc điểm giải phẫu học túi phình không thuận lợi để phát hiện các biến chứng và can thiệp kịp thời.

Mặc dù biến chứng rò nội mạch loại IA cao hơn ở nhóm cổ ngắn đơn thuần, tuy nhiên, khi xét đến tổng thể nhóm bệnh nhân có CKTL và CTL, các khác biệt hầu hết không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm này. Các nghiên cứu trên thế giới cũng kết luận rằng việc khó khăn trong can thiệp ở nhóm bệnh nhân có giải phẫu cổ túi phình không thuận lợi khó hơn nhóm có CTL là điều đương nhiên. Cùng với sự phát triển của các dụng cụ can thiệp phù hợp với đặc điểm giải phẫu, kinh nghiệm của phẫu thuật viên,

những khó khăn hầu như có thể giải quyết được, các biến chứng có thể được hạn chế và kiểm soát khi bệnh nhân được theo dõi tốt sau can thiệp [6]. Nghiên cứu của Dillavou và cộng sự kết luận rằng không có sự khác biệt giữa tỷ lệ các biến chứng sớm hoặc muộn trên hai nhóm bệnh nhân [2]. Tác giả Robbins và cộng sự cũng kết luận tương tự, tuy nhiên, nhóm CKTL có tỷ lệ dùng thêm các ống ghép bổ sung, nông bóng hơn nhiều so với nhóm CTL [5].

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận ở nhóm bệnh nhân có đặc điểm cổ túi phình không thuận lợi vẫn có tính khả thi và an toàn. Kết quả điều trị sớm và trung hạn giữa cổ túi phình thuận lợi và không thuận lợi khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, khi so sánh kết quả cho từng loại cổ không thuận lợi thì nhóm cổ ngắn có tỷ lệ rò nội mạch loại IA trong lúc can thiệp cao hơn và cần có thủ thuật bổ sung để giải quyết rò. Cần có những nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn, cỡ mẫu lớn hơn để xác nhận tính an toàn, hiệu quả khi thực hiện can thiệp nội mạch đặt ống ghép trên nhóm bệnh nhân cổ túi phình không thuận lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aburahma A. F., Campbell J. E., Mousa A. Y., et al. (2011)**, "Clinical outcomes for hostile versus favorable aortic neck anatomy in endovascular aortic aneurysm repair using modular devices", *J Vasc Surg*, 54 (1), pp. 13-21.
2. **Dillavou E. D., Muluk S. C., Rhee R. Y., et al. (2003)**, "Does hostile neck anatomy preclude successful endovascular aortic aneurysm repair?", *J Vasc Surg*, 38 (4), pp. 657-63.
3. **Leurs L. J., Buth J., Harris P. L., et al. (2007)**, "Impact of study design on outcome after endovascular abdominal aortic aneurysm repair. A comparison between the randomized controlled DREAM-trial and the observational EUROSTAR-registry", *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 33 (2), pp. 172-6.
4. **Propper B. W., Abularrage C. J. (2013)**, "Long-term safety and efficacy of endovascular abdominal aortic aneurysm repair", *Vascular health and risk management*, 9, pp. 135-141.
5. **Robbins M., Kritpracha B., Beebe H. G., et al. (2005)**, "Suprarenal endograft fixation avoids adverse outcomes associated with aortic neck angulation", *Ann Vasc Surg*, 19 (2), pp. 172-7.
6. **Bryce Y., Kim W., Katzen B., et al. (2018)**, "Outcomes over Time in Patients with Hostile Neck Anatomy Undergoing Endovascular Repair of Abdominal Aortic Aneurysm", *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 29 (7), pp. 1011-1016.
7. **Hobo R., Kievit J., Leurs L. J., et al. (2007)**, "Influence of Severe Infrarenal Aortic Neck Angulation on Complications at the Proximal Neck following Endovascular AAA Repair: A EUROSTAR Study", *Journal of Endovascular Therapy*, 14 (1), pp. 1-11.

ĐẶC ĐIỂM KHỐI U TUYẾN VÚ TRÊN SIÊU ÂM 2D VÀ SIÊU ÂM ĐÀN HỒI MÔ

Hồ Quang Minh¹, Nguyễn Minh Hải²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm xác định đặc điểm các khối u lành tính và ác tính trên hình ảnh siêu âm 2D và siêu âm đàn hồi mô. **Phương pháp:** 52 bệnh nhân có 67 khối u vú, chia thành 2 nhóm theo giải phẫu bệnh là nhóm lành tính (36 u) và nhóm ác tính (31u). Các khối u vú được đánh giá lâm sàng, siêu âm tuyến vú 2D và siêu âm đàn hồi mô với các chỉ tiêu: vị trí, hình dạng, trục, giới hạn, độ hồi âm, hồi âm phía sau, hồi âm mô

cạnh u và vi vôi hóa. **Kết quả:** Tuổi của nhóm u vú ác tính cao hơn so với nhóm tuổi có u lành tính ($52,52 \pm 13,74$ tuổi so với $39,28 \pm 10,46$ tuổi). Các đặc điểm hình thái của khối u như hình dạng, trục, giới hạn, độ hồi âm, hồi âm phía sau, mô cạnh u và vi vôi hóa đều liên quan có ý nghĩa thống kê với tính chất lành hay ác của khối u. Tỷ số đàn hồi dE/dB có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 90,32% và 94, 44%. **Kết luận:** Hình ảnh siêu âm 2D và siêu âm đàn hồi mô có vai trò quan trọng trong chẩn đoán phân biệt khối u lành và u ác tuyến vú.

Từ khóa: u tuyến vú, siêu âm 2D, siêu âm đàn hồi mô

SUMMARY

FEATURES OF BREAST TUMOR ON 2D ULTRASOUND AND SHEAR WAVE ELASTOGRAPHY

¹Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Quang Minh

Email: nmhaidr@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.9.2019

Ngày duyệt bài: 8.10.2019

Objectives: To characterize benign and malignant tumors on 2D ultrasound Shear wave elastography.

Methods: 52 patients had 67 breast tumors, divided into 2 groups according to the pathology, benign (36 tumors) and malignant (31 tumors). Breast tumors were clinically evaluated, breast 2D ultrasound and shear wave elastography with the following criteria: position, shape, orientation, margin, echo pattern, posterior features, associated features and micro calcification. **Results:** The age of the malignant group was higher than that of the group with benign tumors (52.52 ± 13.74 compared to 39.28 ± 10.46 years old). The morphological characteristics of tumors such as shape, orientation, margin, echogenicity, posterior feature, surrounding tissue and microcalcifications were all statistically significant different between malignant tumors and benign ones. The elastic ratio dE / dB had sensitivity and specificity of 90,32% and 94,44% respectively. **Conclusions:** 2D ultrasound and Shear wave elastography play an important role in the differential diagnosis of benign and malignant breast tumors.

Keywords: Breast tumor, 2D ultrasound, Shear wave elastography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là một trong những nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất trên thế giới, với tỷ lệ 11,5% trong tất cả các ung thư ở nữ giới [6]. Việc chẩn đoán sớm và chính xác bản chất khối u vú luôn đi cùng việc cải tiến máy móc và trang thiết bị hiện đại. Siêu âm luôn là phương tiện chẩn đoán được lựa chọn đầu tiên trong khảo sát khối u vú vì những ưu điểm: dễ trang bị, nhanh chóng, không gây đau, không nhiễm tia xạ, giá thành rẻ, có thể lặp lại nhiều lần ...

Bên cạnh siêu âm B mode, Doppler màu, gần đây có thêm Siêu âm đàn hồi mô (SADH) đã được tích hợp cùng lúc trên máy, để nâng cao giá trị chẩn đoán chính xác tổn thương. SADH dựa trên đặc tính là mô ác tính thường cứng hơn mô lành, và độ cứng của mô có thể đo và chuyển đổi thành hình ảnh [5].

Cho đến nay đã có nhiều công trình nghiên cứu về giá trị siêu âm đàn hồi mô ở nước ngoài. Tuy nhiên, ở Việt Nam kỹ thuật này mới ứng dụng nên các đánh giá về nó còn chưa đầy đủ, chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm đánh giá đặc điểm các khối u tuyến vú lành tính và ác tính trên hình ảnh siêu âm 2D và siêu âm đàn hồi mô.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 52 bệnh nhân có 67 khối u, chia làm hai nhóm. Nhóm 1 gồm 36 khối u được chẩn đoán tế bào học lành tính, nhóm 2 gồm 31 khối u được chẩn đoán tế bào học ác tính. Toàn bộ các ca được thực hiện tại trung tâm Medic Hòa Hảo, Thành phố Hồ Chí Minh, thời gian từ tháng 10 năm 2018 đến tháng 05 năm 2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Được khảo sát đầy đủ Siêu âm 2D, xếp theo BIRADS thuộc nhóm từ BIRADS 3 đến BIRADS 5 và có Siêu âm đàn hồi mô.

- Có kết quả bệnh học: FNAC, Sinh thiết lõi, sinh thiết sau phẫu thuật.

- Tiêu chí chọn mẫu trên SA: Tất cả các khối u vú nhận thấy trên SA kích thước $\geq 0,5$ mm và ≤ 5 cm, có hay không có vi vôi hóa bên trong (không có bóng lưng, kích thước vôi hóa $< 0,5$ mm), không có hiện tượng abscess hóa hay hoại tử bên trong.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có phẫu thuật ung thư vú trước đó. Mô vú xơ hóa.

- Tổn thương nông (< 3 mm dưới da), độ sâu tối đa > 8 cm.

- Bệnh nhân không đủ dữ liệu nghiên cứu.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có so sánh đối chứng

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

- Máy Siêu âm: Máy siêu âm Siemens Acuson S2000, có tích hợp chức năng Elastoscanner

- Đầu dò phẳng Linear 9L4 Multi D tần số 12 MHz. Các thông số cài đặt sẵn cho Siêu âm vú, luôn mặc định trong suốt thời gian nghiên cứu, thực hiện với tất cả các ca, sử dụng chỉ một đầu dò trong suốt thời gian nghiên cứu.

Các biến số khi làm Siêu âm vú 2D:

- Vị trí u: $\frac{1}{4}$ trên ngoài; trên trong; dưới ngoài; dưới trong.

- Hình dáng: Bầu dục, tròn, đa cung, không đều.

- Trục: song song hay không song song với bề mặt da, trục của khối u được hiểu là đường thẳng đi qua đường kính lớn nhất của khối u.

- Giới hạn u: rõ; không rõ; có Halo;

- Độ hồi âm của u: Echo trống, echo kém; đồng echo với mô xung quanh; echo dày; echo hỗn hợp (echo trống, kém, dày, xen kẽ nhau);
- Độ hồi âm phía sau u: tăng âm; không đổi; giảm âm sau; hỗn hợp.
- Thay đổi mô xung quanh: không thay đổi; co kéo; có viêm với quầng echo sáng xung quanh u (Halo); hoặc thay đổi cấu trúc mô xung quanh.

- Vi vôi hóa: chỉ những trường hợp vi vôi hóa (nhỏ, không bóng lũng) mới được chọn mẫu, loại trừ những trường hợp vôi hóa lớn, có bóng lũng.

Khảo sát SA đàn hồi

Tỉ số E/B: Sau khi có hình ảnh 2D rõ, sẽ khởi động SADH định tính để cho hình ảnh đàn hồi trên khối u, dùng phép đo tỉ lệ để đo tổn thương trên hình 2D và hình đàn hồi, cho tỉ lệ E/B.

Trị số E: kích thước tổn thương trên hình đàn hồi mô.

Trị số B: kích thước tổn thương trên hình 2D.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tuổi trung bình của hai nhóm theo giải phẫu bệnh

Tuổi	Giải phẫu bệnh			P
	Lành tính (n=36)	Ác tính (n=31)	Chung (n=67)	
Nhỏ nhất (tuổi)	18	27	18	< 0,001
Lớn nhất (tuổi)	65	85	85	
Trung bình (tuổi)	39,28 ± 10,46	52,52 ± 13,74	45,40 ± 13,71	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm có u ác tính là 52,52 ± 13,74 tuổi. Ở nhóm có u ác tính, độ tuổi trung bình cao hơn so với tuổi nhóm u lành tính. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P < 0,001.

Bảng 3.2. Đặc điểm sinh con giữa 2 nhóm phân theo giải phẫu bệnh

Đặc điểm	Giải phẫu bệnh			P
	Lành tính (n,%)	Ác tính (n,%)	Chung (n)	
Có sinh con	28 (50,9)	27 (49,1)	55	0,321*
Chưa sinh	8 (66,7)	4 (33,3)	12	
Tổng	36 (53,7)	31 (46,3)	67	

*: Fisher's exact test

Nhận xét: Đặc điểm có con hay chưa có con của đối tượng nghiên cứu độc lập với kết quả giải phẫu bệnh của khối u.

Bảng 3.3. Các đặc điểm về hình thái của khối u lành và u ác trên siêu âm 2D

Đặc điểm		Giải phẫu bệnh		P
		Lành tính (n, %)	Ác tính (n, %)	
Vị trí	Trên ngoài	19 (47,5)	21 (52,5)	0,507
	Trên trong	6 (54,5)	5 (45,5)	
	Dưới ngoài	5 (62,5)	3 (37,5)	
	Dưới trong	6 (75,0)	2 (25,0)	
Hình dạng	Bầu dục	22 (75,9)	7 (24,1)	0,011
	Tròn	2 (40,0)	3 (60,0)	
	Đa cung	12 (38,7)	19 (61,3)	
	Không đều	0	2 (100)	
Trục	Song song bề mặt da	29 (72,5)	11 (27,5)	<0,001
	Không song song	7 (25,9)	20 (74,1)	
Giới hạn	Rõ	34 (94,4)	2 (5,6)	<0,001
	Không rõ	2 (10,0)	18 (90,0)	
	Có Halo	0	11 (100)	

Nhận xét: - Không có sự khác biệt về vị trí của khối u tuyến vú ở 2 nhóm.

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hình dạng, trục, giới hạn và kết quả giải phẫu bệnh của khối u. Trong số các u lành tính, đa số

là các u có hình bầu dục chiếm 22/36= 61,1%. Trong khi đó ở những u ác tính, phần lớn u hình đa cung 19/31=61,3%. Các u lành tính thường

song song mặt da và có giới hạn rõ. Ngược lại, các khối u ác tính thường có giới hạn không rõ và trực không song song mặt da.

Bảng 3.4. Các đặc điểm về độ hồi âm của 2 nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Giải phẫu bệnh		P
		Lành tính (n, %)	Ác tính (n, %)	
Độ hồi âm	Echo kém	33 (66,0)	17 (34,0)	0,002
	Đồng echo	0	1 (100)	
	Echo hỗn hợp	3 (18,8)	13 (81,2)	
Hồi âm phía sau	Tăng âm	26 (86,7)	4 (13,3)	<0,001
	Không thay đổi	8 (50,0)	8 (50,0)	
	Giảm âm	2 (11,8)	15 (88,2)	
	Hỗn hợp tăng và giảm	0	4 (100)	
Mô cạnh u	Không thay đổi	35 (87,5)	5 (12,5)	<0,001
	Có kéo mô	0	7 (100)	
	Viêm, Halo	1 (8,3)	11 (91,7)	
	Thay đổi cấu trúc	0	8 (100)	
Vi vôi hóa	Không có	35 (63,6)	20 (36,4)	<0,001
	Có	1 (8,3)	11 (91,7)	

Nhận xét: - Về độ hồi âm: đa số khối u lành tính có cấu trúc echo kém, trong khi đa số khối u ác tính có echo hỗn hợp. Sự liên quan có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$

- Hình ảnh hồi âm sau khối u có khác biệt giữa hai nhóm: 86,7% u lành có tăng âm sau, trong khi 88,2% u ác có giảm âm sau,

- Đặc điểm thay đổi mô cạnh u: với u lành không thay đổi mô xung quanh hoặc với tỉ lệ nhỏ có viêm + halo, so với đa số u có viêm +halo là ác tính, u có biểu hiện co kém và thay đổi mô xung quanh có tỉ lệ 100% là ác tính.

- Có khác biệt ý nghĩa ở đặc điểm vi vôi ở hai nhóm lành và ác tính: u ác tính có tỉ lệ vi vôi hóa vượt trội.

Bảng 3.5. Tỉ số đàn hồi dE/dB

Tỉ lệ E/B	Giải phẫu bệnh		
	Ác tính (n)	Lành tính (n)	Chung (n)
Ác tính (≥ 1)	28	2	30
Lành tính (<1)	3	34	37
Cộng	31	36	67

Nhận xét: Độ nhạy: 90,32%

Độ đặc hiệu: 94,44%

Độ chính xác: 92,54%

Giá trị tiên đoán dương: 93,33%

Giá trị tiên đoán âm: 91,89%

IV. BÀN LUẬN

Nguy cơ mắc ung thư vú (UTV) tăng lên theo tuổi, bệnh hiếm gặp ở tuổi 20-30, trên 45 tuổi là yếu tố nguy cơ UTV ở phụ nữ. Kết quả nghiên cứu của Võ Thị Kim Yến nhóm u tuyến vú lành tính có độ tuổi $29,2 \pm 10$ tuổi [7]. Tác giả J.D.C.B. Thanh Xuân nghiên cứu 99 TH ung thư vú có tuổi trung bình là $49,3 \pm 11,0$ [4]. So sánh với tuổi trung bình của các nghiên cứu trên, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tuổi tương đương.

Khi nghiên cứu yếu tố liên quan như sinh con, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ đã sinh con chiếm đa số (82,1%). Điều này do độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu cao, ở mức $45,40 \pm 13,71$ tuổi. Tuy nhiên chúng tôi cũng chưa ghi nhận có mối liên quan giữa có con và chưa có con với kết quả giải phẫu bệnh lý.

Theo nghiên cứu bệnh lý tuyến vú của 434 bệnh nhân nữ từ 40 tuổi trở lên, tác giả Hồ Hoàng Thảo Quyên và cs ghi nhận các yếu tố liên quan với nguy cơ UTV là hình dạng không xác định, đường bờ không đều, đậm độ cao, kích thước lớn, vi vôi hóa, độ đàn hồi kém, cấu trúc âm không đồng nhất, hình dạng không rõ, đường bờ không đều, trực dọc, giảm âm sau tổn thương, kích thước lớn trên siêu âm [3].

Về vai trò của SADH, chỉ số cao nhất khi u ác tính được cho là tương đương khi vùng cứng được xác định trên SADH lớn hơn kích thước tổn

thương trên hình ảnh B-mode. Tuy nhiên, vùng cứng thấy được trên SAPH không cần thiết dùng để đo kích thước u vì sau đó kích thước u đã được xác định trên chẩn đoán mô học. Siêu âm đàn hồi có ưu điểm lớn để tham khảo đối với những u không đo được kích thước theo chiều dọc do hiện tượng giảm hoặc mất âm vùng lũng [1].

Nghiên cứu của Feldmann A. và cs cho thấy u ác tính có tỉ lệ hồi âm hỗn hợp nhiều hơn u lành tính ($p < 0,001$). Siêu âm đàn hồi đánh giá hồi âm hỗn hợp tiên lượng ác tính có độ nhạy 89%, độ đặc hiệu 60%, GTTĐ dương 65% và GTTĐ âm là 87% [2].

Đánh giá đàn hồi trong u vú hai đặc điểm quan trọng là kích thước và độ cứng. Những u cứng biểu hiện trên SAPH lớn trên siêu âm do sự khác nhau về các kích thước đo. Hiện tượng này là do phản ứng xơ dính trên nhiều loại u vú. Sự khác biệt về kích thước có thể được biểu diễn bằng tỉ lệ kích thước trên SAPH (dE) trên kích thước siêu âm 2D (dB), $dE/dB \geq 1$ gợi ý là u ác tính [2].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Denis M, Bayat M, Mehrmohammadi M, Gregory A, Song P, Whaley DH, Pruthi S, Chen S, Fatemi M, Alizad A. (2015). Update on Breast Cancer Detection Using Comb-Push Ultrasound Shear Elastography. IEEE Trans Ultrason Ferroelectr Freq Control;62(9):1644-50.
2. Feldmann A, Langlois C, Dewailly M, Martinez EF, Boulanger L, Kerdraon O, Faye N. (2015), Shear wave elastography: an analysis of breast lesion characterization in 83 breast lesions, Ultrasound Med Biol;41(10):2594-604.
3. Hồ Hoàng Thảo Uyên, Võ Tấn Đức, Hứa Thị Ngọc Hà (2009), "Tình hình bệnh lý tuyến vú của bệnh nhân nữ trên 40 tuổi tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, tập 13, phụ bản số 1.
4. Jasmine Thanh Xuân, Võ Nguyễn Thục Uyên (2003), Mô hình chẩn đoán phối hợp Siêu âm + Nhũ ảnh + Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ tại khoa siêu âm Medic. Kết quả bước đầu qua 81 trường hợp ung thư vú nữ, Tạp chí Y học TPHCM, Tập 7, Phụ bản của Số 4, tr.304-308.
5. Mutala TM, Ndaiga P, Aywak A (2016), Comparison of qualitative and semiquantitative strain elastography in breast lesions for diagnostic accuracy. Cancer Imaging,16(1):12.
6. Nguyễn Chấn Hùng (2012), Đại cương về ung thư, NXB Y học.
7. Võ Thị Kim Yến, Nguyễn Phước Bảo Quân, Nguyễn Thanh Thảo (2017). Ứng dụng siêu âm đàn hồi ARFI trong chẩn đoán tổn thương khu trú tuyến vú, Tạp chí Y Dược học, Tập 7, số 1.

HIỆU QUẢ CỦA GIẢI PHÁP CAN THIỆP NHẪM NÂNG CAO KHẢ NĂNG ĐÁP ỨNG PHÒNG CHỐNG DỊCH TAY – CHÂN – MIỆNG TẠI MỘT SỐ XÃ THUỘC HUYỆN ĐẠI TỪ TỈNH THÁI NGUYÊN

Bùi Duy Hưng¹, Nguyễn Minh Tuấn¹, Hạc Văn Vinh²

TÓM TẮT¹⁷

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp nâng cao năng lực phòng chống dịch tay chân miệng cho tuyến y tế cơ sở tại 4 xã thuộc huyện Đại Từ tỉnh Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng được áp dụng trong nghiên cứu này. Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ cán bộ y tế tại các xã

trên địa bàn nghiên cứu. **Kết quả:** Đã có sự cải thiện về năng lực phòng chống dịch tại các xã can thiệp. Xã Hoàng Nông, đối tượng cho rằng phối hợp liên ngành trong phòng chống dịch đạt mức độ tốt tăng 28,6% lên 71,4%; tại xã Bản Ngoại tăng từ 25% lên 75% sau can thiệp. Kỹ năng đáp ứng phòng chống dịch của CBYT tại nhóm can thiệp đều tăng lên trong đó kỹ năng điều tra dịch và khử khuẩn môi trường tăng từ 26,7% lên 73,3% sau can thiệp. Phòng chống dịch bệnh tay chân miệng tại cộng đồng cần có sự tham gia của chính quyền địa phương các ban ngành, đoàn thể và người dân. Trạm y tế xã cần nâng cao trình độ chuyên môn và vai trò tham mưu cho chính quyền địa phương để huy động tối đa sự tham gia của cộng đồng.

¹Trường Cao Đẳng Y Tế Thái Nguyên

²Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Từ khóa: Khả năng đáp ứng phòng chống dịch; Tay Chân Miệng; Đại Từ - Thái Nguyên

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF INTERVENTION SOLUTIONS ON ENHANCING HAND – FOOT – MOUTH DISEASE PREVENTION CAPACITY IN SOME COMMUNES OF DAITU DISTRICT IN THAI NGUYEN PROVINCE

Objective: The objective of this study was to evaluate the effectiveness of some health intervention solutions on enhancing capacity of HFM prevention for local medical routes in 4 communes of Daitu district in Thai Nguyen. **Methods:** The interventional study design was applied in this study. All of healthcare staffs and health workers in 4 communes of Daitu districts were recruited in this study. **Results:** There has been improvement in epidemic prevention capacity after intervention in the the interventional communes. In Hoang Nong Commune, the objects supposed the interdisciplinary coordination in epidemic prevention achieved a good level, increased from 28.6% to 71.4% after intervention; in Ban Ngoai Commune it increased from 25% to 75% after intervention. The healthcare staffs' epidemic prevention responding skills in the intervened group increased in which the skills of investigating and disinfecting the environment increased from 26.7% to 73.3% after interference. The prevention of HFM disease in the community requires local government involvement in departments, unions and people. Local infirmaries need to improve the professional qualifications and role of counsel for local governments to mobilize the participation of the community.

Keywords: Prevention capacity; Hand – Foot – Mouth disease; Daitu – Thai Nguyen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay nhân loại đang phải đối mặt với sự diễn biến phức tạp của các dịch bệnh truyền nhiễm, đặc biệt ở các nước đang phát triển, bao gồm cả bệnh dịch mới xuất hiện cũng như dịch bệnh cũ quay trở lại, mà đặc biệt là các bệnh gây dịch nguy hiểm như: Ebola, sốt xuất huyết, tay chân miệng... [1], [4]. Tay chân miệng là một bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ có khả năng phát triển thành dịch lớn gây ra nhiều hậu quả về kinh tế-xã hội. Đây là một bệnh virus cấp tính do nhóm Enterovirus gây ra, bệnh có thể gây biến chứng nguy hiểm thậm chí dẫn tới tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử lý kịp thời [5].

Theo Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization - WHO) thì bệnh tay chân miệng đã

xảy ra tại nhiều nước trên thế giới, nhưng bệnh tập trung chủ yếu và đe dọa sức khỏe trẻ em tại các nước khu vực Châu Á-Thái Bình Dương [8]. Khu vực Tây Thái Bình Dương, đã xuất hiện những vụ dịch tay chân miệng lan rộng ở một số nước châu Á bao gồm Úc, Brunei, Trung Quốc, Nhật Bản, Malaysia, Hàn Quốc, Singapore và Việt Nam [8]. Tại Việt Nam, bệnh tay chân miệng đã và đang là vấn đề y tế quan trọng [3]. Theo báo cáo của Bộ Y tế, bệnh tay chân miệng gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương trong cả nước. Trong năm 2012 cả nước có trên 153.550 trường hợp mắc, 45 trường hợp tử vong và 3 tháng đầu năm 2013, cả nước ghi nhận hơn 14.260 trường hợp mắc bệnh tay chân miệng tại 63/63 tỉnh/thành phố trong đó đã có 4 trường hợp tử vong [2].

Thái Nguyên là một tỉnh miền núi, cửa ngõ giao lưu kinh tế - xã hội giữa vùng trung du miền núi với vùng đồng bằng Bắc Bộ; điều kiện sống, điều kiện vệ sinh và trình độ nhận thức của người dân còn chưa cao [6]. Theo Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Nguyên, dịch bệnh tay chân miệng bùng phát tại Thái Nguyên từ năm 2011 với 236 ca mắc tay chân miệng được giám sát [7]. Và liên tục là bệnh có tỷ lệ mắc cao trong những năm gần đây. Trên 9 huyện thành của tỉnh Thái Nguyên thì huyện Đại Từ là huyện có tỷ lệ mắc cao nhất trong năm 2011-2015. Dịch bệnh gia tăng đồng nghĩa với việc cần một lực lượng y tế dự phòng mạnh. Mặt khác, công tác phòng chống dịch bệnh của Thái Nguyên vẫn còn gặp rất nhiều khó khăn, nhất là tại tuyến huyện. Vấn đề đặt ra là giải pháp nào có thể phòng ngừa và ngăn chặn dịch bệnh tay chân miệng trên địa bàn? Đây thực sự là vấn đề có giá trị thực tiễn để giúp ngành y tế tỉnh Thái Nguyên dùng làm cơ sở khoa học chủ động xây dựng kế hoạch phòng chống dịch tay chân miệng trong địa bàn tỉnh Thái Nguyên. Ngoài ra, những nghiên cứu can thiệp trên địa bàn tỉnh Thái Nguyên về phòng chống dịch tay chân miệng còn hạn chế, điều này chỉ ra sự cần thiết của việc áp dụng một số biện pháp can thiệp nhằm hỗ trợ tuyến y tế cơ sở nâng cao năng lực phòng chống dịch trong phòng bệnh tay chân miệng. Nhận thức được tầm quan trọng của vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *"Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp nâng cao năng lực phòng chống*

dịch tay chân miệng cho tuyến y tế cơ sở tại 4 xã thuộc huyện Đại Từ tỉnh Thái Nguyên năm 2018”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Cán bộ y tế công tác tại Trung tâm y tế huyện và trạm y tế xã; Văn bản, hồ sơ, báo cáo giám sát về bệnh tay chân miệng.

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu: Huyện Đại từ. Đây là huyện thuộc địa bàn miền núi, có tỷ lệ mắc bệnh TCM khá cao trong số 9 huyện/thành của tỉnh Thái Nguyên.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: Tháng 10/2016 - 4/2018

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp trước sau có đối chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu: Chọn mẫu chủ đích toàn bộ CBYT (Bản Ngoại 08, Hoàng Nông 07, Khôi Kỳ 08, Bình Thuận 06) công tác tại trạm y tế các xã

nghiên cứu để phân tích, đánh giá năng lực phòng chống dịch bệnh TCM.

2.3.3. Nội dung can thiệp: Tập huấn về Kỹ năng giám sát cho CBYT về phòng chống TCM; Kiện toàn ban chỉ đạo CSSKBD và công tác PCD tuyến xã; Tập huấn một số kỹ năng đáp ứng PCD cho CBYT xã; Lập kế hoạch và diễn tập PCD theo kịch bản, tình huống giả định...

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu: Hiệu quả can thiệp với Thành phần ban chỉ đạo; Kiện toàn Ban chỉ đạo; Chất lượng ban chỉ đạo; Sự phối hợp liên ngành, kỹ năng phòng chống dịch của CBYT.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin: Phòng vấn trực tiếp CBYT/ trên bộ câu hỏi đã được chuẩn bị; Quan sát kỹ năng đáp ứng phòng chống dịch của CBYT; Quan sát các phương tiện phòng chống dịch, hoá chất,...

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu trong nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 19.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đánh giá của CBYT về thành phần BCD sau can thiệp

Cơ sở y tế		Trước can thiệp		Sau can thiệp	
		Hợp lý	Chưa hợp lý	Hợp lý	Chưa hợp lý
Xã CT	Hoàn Nông SL = 07	2 (28,6%)	5 (71,4%)	6 (85,8%)	1 (14,2%)
	Bản Ngoại SL = 08	2 (25%)	6 (75%)	7 (87,5%)	1 (12,5%)
Xã ĐC	Khôi Kỳ SL = 08	3 (37,5%)	5 (62,5%)	4 (50%)	4 (50%)
	Bình Thuận SL = 06	3 (50%)	3 (50%)	4 (66,7%)	2 (33,3%)

Nhận xét: Có sự thay đổi rõ rệt với nhận xét của CBYT về sự hợp lý của thành phần BCD ở 02 xã can thiệp. Cụ thể, tại xã Hoàng Nông, đối tượng cho rằng thành phần BCD là phù hợp tăng 28,6% lên 85,8%; tại xã Bản Ngoại tỷ lệ này tăng từ 25% lên 87,5% sau can thiệp. Tại 02 xã đối chứng không có sự thay đổi rõ rệt về sự phù hợp của thành phần BCD trước và sau can thiệp.

Bảng 3.2. Đánh giá của CBYT về chất lượng Ban chỉ đạo sau can thiệp

Cơ sở y tế		Trước can thiệp			Sau can thiệp		
		Tốt	TB	Kém	Tốt	TB	Kém
Xã CT	Hoàn Nông SL = 07	2 (28,6%)	2 (28,6%)	3 (42,8%)	5 (71,4%)	2 (28,6%)	0
	Bản Ngoại SL = 08	2 (25%)	2 (25%)	4 (50%)	6 (75%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)
Xã ĐC	Khôi Kỳ SL = 08	3 (37,5%)	3 (37,5%)	2 (25%)	4 (50%)	2 (25%)	2 (25%)
	Bình Thuận SL = 06	3 (50%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	4 (66,6%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)

Nhận xét: Sau can thiệp có sự thay đổi rõ rệt về nhận xét của CBYT về sự hiệu quả của BCD ở 02 xã can thiệp. Cụ thể, tại xã Hoàng Nông đối tượng cho rằng BCD hoạt động tốt tăng từ 28,6% lên 71,4%; tỷ lệ này tại xã Bản Ngoại tăng từ 25% lên 75% sau can thiệp. Tại 02 xã đối chứng không có sự thay đổi rõ rệt về đánh giá của đối tượng đối với sự hiệu quả của BCD trước và sau can thiệp.

Bảng 3.3. Hiệu quả trong việc thực hiện toàn các hoạt động phòng chống dịch

Cơ sở Y tế	Các chỉ số	Trước can thiệp	Sau can thiệp
TTYTDP Huyện SL = 36	Lập KH PCD	03 (5,6%)	03 (5,6%)
	Tư vấn phòng và điều trị bệnh	0	03 (8,3%)
	Viết bài phát thanh	03 (8,3%)	03 (8,3%)
	Báo cáo cơ quan y tế địa phương	02 (5,6%)	02 (5,6%)
	Cách ly ca nghi mắc	11 (30,5%)	11 (30,5%)
Trạm Y tế xã HN SL = 07	Lập KH PCD	01 (14,3%)	03 (42,9%)
	Tư vấn phòng và điều trị bệnh	02 (28,6%)	03 (42,9%)
	Viết bài phát thanh	01 (14,3%)	6 (85,8%)
	Báo cáo cơ quan y tế địa phương	02 (28,6%)	6 (85,8%)
	Cách ly ca nghi mắc	0 (0%)	1 (14,3%)
Trạm Y tế xã KK SL = 07	Lập KH PCD	1 (12,5%)	1 (12,5%)
	Tư vấn phòng và điều trị bệnh	2 (25%)	2 (25%)
	Viết bài phát thanh	2 (25%)	2 (25%)
	Báo cáo cơ quan y tế địa phương	1 (12,5%)	1 (12,5%)
	Cách ly ca nghi mắc	0 (0%)	0 (0%)
Trạm Y tế xã BN SL = 08	Lập KH PCD	02 (25%)	06 (75%)
	Tư vấn phòng và điều trị bệnh	03 (37,5%)	06 (75%)
	Viết bài phát thanh	02 (25%)	06 (75%)
	Báo cáo cơ quan y tế địa phương	04 (50%)	06 (75%)
	Cách ly ca nghi mắc	0 (0%)	01 (12,5%)
Trạm Y tế xã BT SL = 06	Lập KH PCD	01 (16,7%)	01 (16,7%)
	Tư vấn phòng và điều trị bệnh	02 (33,4%)	02 (33,4%)
	Viết bài phát thanh	01 (16,7%)	01 (16,7%)
	Báo cáo cơ quan y tế địa phương	01 (16,7%)	01 (16,7%)
	Cách ly ca nghi mắc	0 (0%)	0 (0%)

Nhận xét: Sau can thiệp tại 02 xã là Bản Ngoại và Hoàng Nông đã có sự cơ cấu lại đầy đủ các thành phần trong Ban phòng chống dịch, số người tham gia Lập KH PCD; Tư vấn phòng, điều trị bệnh; Viết bài phát thanh; Báo cáo cơ quan y tế địa phương tại xã Bản Ngoại đều tăng lần lượt là (25% lên 75%; 37,5% lên 75%; 25% lên 75%; 50% lên 75%), các khía cạnh này tại xã Hoàng Nông lần lượt là (14,3% lên 42,9%; 28,6% lên 42,9%; 14,3% lên 85,8%; 28,6% lên 85,8%) và tại 2 xã đều có người làm nhiệm vụ cách ly ca mắc bệnh sau can thiệp. Bên cạnh đó 02 xã đối chứng chưa không có sự thay đổi gì so với trước can thiệp.

Bảng 3.4. Đánh giá của CBYT về phối hợp liên ngành trong PCD sau can thiệp

Cơ sở Y tế	Mức độ	Trước CT	Sau CT
Xã CT	Hoàng Nông	Tốt	2 (28,6%)
		Bình thường	2 (28,6%)
		Chưa tốt	3 (42,8%)
	Bản Ngoại	Tốt	2 (25%)
		Bình thường	2 (25%)
		Chưa tốt	4 (50%)
Xã ĐC	Khôi Kỳ	Tốt	2 (25%)
		Bình thường	3 (37,5%)
		Chưa tốt	3 (37,5%)
	Bình Thuận	Tốt	1 (16,7%)
		Bình thường	2 (33,3%)

	Bình thường	3 (50%)	2 (33,3%)
	Chưa tốt	2 (33,3%)	2 (33,3%)

Nhận xét: Có sự thay đổi rõ rệt về nhận xét của CBYT về sự phối hợp liên ngành trong PCD ở 02 xã can thiệp. Cụ thể, tại xã Hoàng Nông, đối tượng cho rằng phối hợp liên ngành trong PCD đạt mức độ tốt tăng từ 28,6% lên 71,4%; tại xã Bản Ngoại tỷ lệ tăng từ 25% lên 75% sau can thiệp. 02 xã đối chứng không có sự thay đổi rõ rệt trước và sau can thiệp.

3.5. Sự thay đổi một số kỹ năng đáp ứng PCD của CBYT xã

	Nhóm can thiệp (%)			Nhóm đối chứng (%)		
	Trước SL = 15	Sau SL = 15	p	Trước SL = 14	Sau SL = 14	p
Phát hiện ca bệnh lâm sàng	5 (33,3%)	10 (66,7%)	< 0,05	5 (35,7%)	7 (50%)	> 0,05
Điều tra dịch	4 (26,7%)	11 (73,3%)	< 0,05	5 (35,7%)	6 (42,9%)	> 0,05
Xác định dịch	4 (26,7%)	10 (66,7%)	< 0,05	4 (28,6%)	7 (50%)	> 0,05
Cách ly nguồn bệnh	4 (26,7%)	10 (66,7%)	< 0,05	4 (28,6%)	5 (35,7%)	> 0,05
Khoanh vùng dịch, phòng cho người lành	4 (26,7%)	9 (60%)	< 0,05	5 (35,7%)	7 (50%)	> 0,05
Khử khuẩn môi trường	4 (26,7%)	11 (73,3%)	< 0,05	4 (28,6%)	6 (42,9%)	> 0,05
Điều trị ca bệnh tại cộng đồng	5 (33,3%)	10 (66,7%)	< 0,05	4 (28,6%)	5 (35,7%)	> 0,05

Nhận xét: Kỹ năng phòng chống dịch TCM của CBYT tại nhóm can thiệp đều tăng lên có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp trong đó kỹ năng điều tra dịch và khử khuẩn môi trường tăng từ 26,7% trước can thiệp lên 73,3% sau can thiệp. Trong khi đó các kỹ năng phòng chống dịch TCM của CBYT tại các xã đối chứng mặc dù có thay đổi tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy sau can thiệp có sự thay đổi rõ rệt nhận xét của CBYT về sự hợp lý của thành phần BCD ở 02 xã can thiệp. Cụ thể, tại xã Hoàng Nông, trước can thiệp có 28,6% đối tượng cho rằng thành phần BCD là phù hợp, sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 85,8%; tại xã Bản Ngoại tỷ lệ đối tượng cho rằng thành phần BCD hợp lý trước và sau can thiệp lần lượt 25% và 87,5%. Sau can thiệp có sự thay đổi rõ rệt về nhận xét của CBYT về sự hiệu quả của BCD ở 02 xã can thiệp. Cụ thể, tại xã Hoàng Nông, trước can thiệp có 28,6% đối tượng cho rằng BCD hoạt động tốt, sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 71,4%; tại xã Bản Ngoại tỷ lệ đối tượng cho rằng thành phần BCD hợp lý trước và sau can thiệp lần lượt 25% và 75%. Ngoài ra 02 xã can thiệp là Bản Ngoại và Hoàng Nông đã có sự cơ cấu lại đầy đủ các thành phần trong Ban phòng chống dịch, số người tham gia Lập KHPCD; Tư vấn phòng, điều trị bệnh; Viết bài phát thanh; Báo cáo y tế địa phương tại xã Bản

Ngoại đều tăng lần lượt là (25% lên 75%; 37,5% lên 75%; 25% lên 75%; 50% lên 75%), các tiêu chí này tại xã Hoàng Nông lần lượt là (14,3% lên 42,9%; 28,6% lên 42,9%; 14,3% lên 85,8%; 28,6% lên 85,8%) cũng sau can thiệp 2 xã Bản Ngoại và Hoàng Nông đã có người làm nhiệm vụ cách ly ca mắc bệnh. Trong khi đó 02 xã đối chứng chưa có sự cơ cấu lại đầy đủ các thành phần và không có sự thay đổi gì so với trước can thiệp. Có sự thay đổi rõ rệt về sự phối hợp liên ngành trong phòng chống dịch ở 02 xã can thiệp. Cụ thể, tại xã Hoàng Nông, trước can thiệp có 28,6% đối tượng cho rằng phối hợp liên ngành trong PCD đạt mức độ tốt, sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 71,4%; tại xã Bản Ngoại tỷ lệ đối tượng cho rằng phối hợp liên ngành trong PCD đạt mức độ tốt trước và sau can thiệp lần lượt 25% và 75%. Tại 02 xã đối chứng không có sự thay đổi rõ rệt đối với phối hợp liên ngành trong PCD trước và sau can thiệp.

Trên thực tế khi có dịch xảy ra, hiệu quả trong hoạt động của BCD phòng chống dịch và

sự phối hợp liên ngành đóng vai trò rất quan trọng. Các yếu tố này cũng ảnh hưởng đến kết quả kiểm soát dịch bệnh tại địa phương. Kết quả nghiên cứu cho thấy can thiệp đã có hiệu quả nhất định trong thay đổi về tính phù hợp, hiệu quả của BCD phòng chống dịch, hiệu quả của phối hợp liên ngành cũng đã được tăng lên sau can thiệp. Dựa vào kết quả của nghiên cứu, các nghiên cứu tiếp theo có thể sử dụng để đánh giá hiệu quả của can thiệp này trên quần thể lớn hơn và đối tượng đa dạng hơn, nhằm đưa ra hướng dẫn phù hợp nhằm nâng cao hiệu quả, hiệu lực của BCD phòng chống dịch cũng như nâng cao hiệu quả của sự phối hợp liên ngành trong phòng chống dịch.

Kỹ năng phòng chống dịch TCM của CBYT cơ sở tại nhóm can thiệp đều tăng lên có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp trong đó kỹ năng điều tra dịch và khử khuẩn môi trường tăng từ 26,7% trước can thiệp lên 73,3% sau can thiệp. Trong khi đó các kỹ năng phòng chống dịch TCM của CBYT tại các xã đối chứng mặc dù có thay đổi tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê.

Mặc dù trong phạm vi của đề tài, chúng tôi không đủ nguồn lực để thay đổi và nâng cao về điều kiện vật chất cũng như kinh phí cho các địa phương trên địa bàn nghiên cứu. Tuy nhiên trong quá trình can thiệp chúng tôi đã thực hiện nhiều hoạt động như công tác tập huấn, TT-GDSK về phòng chống dịch bệnh TCM cho nhiều đối tượng, Kiện toàn ban chỉ đạo, Kỹ năng huy động sự tham gia của cộng đồng, từ thực tế kể trên đã giúp cho CBYT cơ sở tăng tính chủ động đặc biệt xây dựng kế hoạch phục vụ cho phòng dịch. Đặc biệt trong chương trình can thiệp tại địa bàn, nhóm nghiên cứu đã xây dựng tình huống dịch giả định theo kịch bản và đầu tư nguồn lực: tổ chức diễn tập phòng chống dịch ở cụm dân cư và trường mầm non tại 2 xã can thiệp là xã Bản ngoại và Hoàng Nông. Diễn tập có sự tham gia của cộng đồng (chính quyền địa phương, các ban ngành đoàn thể, người dân...). Qua diễn tập phòng chống dịch năng lực chuyên môn của NVYT cơ sở được cải thiện. Từ thực tế diễn tập phòng chống dịch theo tình huống đã giúp cho tuyến y tế cơ sở tại địa bàn nghiên cứu có cơ sở để định hướng và đầu tư trang thiết bị cơ sở vật chất cũng như có kế hoạch dự trữ kinh phí phù hợp nhằm đáp ứng với những tình huống dịch có thật xảy ra tại địa bàn, đồng thời

nhận thức rõ được vai trò của cộng đồng trong công tác CSSK nói chung và trong công tác phòng chống bệnh TCM nói riêng.

V. KẾT LUẬN

- 02 xã can thiệp: số người tham gia Lập kế hoạch phòng chống dịch; Tư vấn phòng, điều trị bệnh; Viết bài phát thanh; Báo cáo y tế địa phương đều tăng. Sau can thiệp trạm y tế 2 xã Bản Ngoại và Hoàng Nông đã có người làm nhiệm vụ cách ly ca mắc.

- Xã Hoàng Nông, đối tượng cho rằng phối hợp liên ngành trong phòng chống dịch đạt mức độ tốt tăng 28,6% lên 71,4%; tại xã Bản Ngoại tăng từ 25% lên 75% sau can thiệp.

- Kỹ năng đáp ứng phòng chống dịch của cán bộ y tế tại nhóm can thiệp đều tăng lên trong đó kỹ năng điều tra dịch và khử khuẩn môi trường tăng từ 26,7% lên 73,3% sau can thiệp.

KHUYẾN NGHỊ

- Để phòng chống dịch bệnh tay chân miệng có hiệu quả cần nâng cao khả năng đáp ứng phòng chống dịch cho cán bộ y tế, trong đó cần cải thiện các kỹ năng đáp ứng phòng chống dịch cho cán bộ y tế cơ sở và diễn tập phòng chống dịch là biện pháp gắn với thực tế, do đó các địa phương có nguy cơ cao nên xây dựng kế hoạch diễn tập phòng chống dịch ít nhất 1 lần vào tháng 3 hàng năm, trước mùa dịch xảy ra.

- Phòng chống dịch bệnh tay chân miệng tại cộng đồng cần có sự tham gia của chính quyền địa phương các ban ngành, đoàn thể và người dân. Trạm y tế xã cần nâng cao trình độ chuyên môn và vai trò tham mưu cho chính quyền địa phương để huy động tối đa sự tham gia của cộng đồng

Các đơn vị y tế dự phòng nói chung, có thể áp dụng và nhân rộng mô hình can thiệp cho những địa phương có nguy cơ mắc bệnh tay chân miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Anh (2009)**, Thực trạng công tác phòng chống dịch bệnh tiêu chảy cấp nguy hiểm tỉnh Thái Nguyên năm 2008, Luận văn Thạc sĩ, Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.
2. **Bộ Y tế - Cục Y tế dự phòng (2013)**, Báo cáo số 887/BC-BYT: Báo cáo tình hình bệnh tay chân miệng ở Việt Nam, Hà Nội.

3. **Bộ Y tế (2012)**, Báo cáo 557/BC-BYT: Báo cáo tình hình các bệnh truyền nhiễm gây dịch và các giải pháp phòng chống, Hà Nội.
4. **Bộ Y tế - Cục Y tế dự phòng và môi trường (2009)**, Dịch tễ học thực địa, Bộ Y tế, Hà Nội.
5. **Bộ Y tế (2012)**, Quyết định 581/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh tay chân miệng, Hà Nội.
6. **Cục thống kê Thái Nguyên (2013)**, Niên giám thống kê 2012, Nhà xuất bản thống kê, Hà Nội.
7. **Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Thái Nguyên (2012)**, Kế hoạch số: 78/KH-YTDP: Kế hoạch phòng, chống dịch bệnh tay chân miệng tỉnh Thái nguyên năm 2012, Thái Nguyên.
Tài liệu Tiếng Anh
8. **WHO (2011)**, A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot and Mouth Disease (HFMD), Switzerland.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Trần Quốc Ngọc Thanh¹, Nguyễn Trung Kiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018 – 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 88 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang điều trị tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** T-score CSTL tỷ lệ loãng xương 31,82%, tỷ lệ giảm mật độ xương 42,05%. T-score CXĐ tỷ lệ loãng xương 43,18%, giảm mật độ xương 32,95%. T-score chung CSTL và CXĐ tỷ lệ loãng xương 25,5%, tỷ lệ giảm mật độ xương 64,3%, mật độ xương bình thường 10,2%. Tỷ lệ loãng xương có liên quan với tình trạng hút thuốc ($p=0,011<0,05$), chỉ số khối cơ thể ($p=0,018<0,05$), thời gian mắc bệnh ($p=0,039<0,05$). **Kết luận:** bệnh nhân COPD có tỷ lệ giảm mật độ khoáng xương khá cao (42,05%), tình trạng giảm mật độ khoáng xương liên quan đến tình trạng hút thuốc, BMI, thời gian mắc bệnh nhưng không liên quan với giới tính, nhóm tuổi, thói quen vận động, vitamin D.

Từ khóa: giảm mật độ khoáng xương, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

SUMMARY

RESEARCH SITUATION OF MINERAL DENSITY DEFINITION AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENT DISEASES OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT CANTHO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To investigate some factors related to osteoporosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Can Tho Central General Hospital in 2018- 2019. **Subjects and methods:** cross-sectional descriptive research over 88 patients diagnosed with COPD are being treated at Can Tho Central General Hospital. **Results:** T-score lumbar spine rate of osteoporosis 31.82%, bone density reduction rate of 42.05%. T-score the femoral neck has an osteoporosis rate of 43.18%, a bone density reduction of 32.95%. General T-score of lumbar spine and femur neck rate of osteoporosis was 25.5%, the rate of bone density reduction was 64.3%, normal bone density was 10.2%. The prevalence of

osteoporosis is related to smoking status ($p = 0.011 < 0.05$), body mass index ($p = 0.018 < 0.05$), duration of illness ($p = 0.039 < 0.05$). **Conclusion:** COPD patients had a high rate of bone mineral density reduction (42.05%), bone mineral density reduction was related to smoking status, BMI, duration of disease but not related to gender, count, age group, motor habits, vitamin D.

Key words: decreased bone mineral density, chronic obstructive pulmonary disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease) là một bệnh phổ biến, có thể dự phòng và điều trị được, đặc trưng bởi sự hiện diện dai dẳng các triệu chứng hô hấp và giới hạn dòng khí do bất thường ở đường dẫn khí và/ hoặc bất thường ở phế nang thường được gây ra bởi tiếp xúc với hạt và khí độc hại [2]. Gánh nặng về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính dự kiến sẽ tăng trong những thập kỉ tới, ước tính vào năm 2020 tử vong do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sẽ đứng hàng thứ 3 trên thế giới [9].

Loãng xương là bệnh đi kèm và thường gặp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhưng ít được chẩn đoán cho đến khi gãy xương xảy ra [1]. Nghiên cứu của Sin và cộng sự (2003) nguy cơ của giảm mật độ xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tăng 30% ở mức độ trung bình và 70% đối với người ở mức độ nặng. Nguy cơ loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tăng 2.1 đối với mức độ trung bình và 2.8 lần trên bệnh nhân bệnh phổi mạn tính dùng nhiều corticoid để điều trị, giảm chức năng hô hấp và giảm chỉ số khối cơ thể [4].

Tại Việt Nam, vấn đề này ngày càng được quan tâm hơn. Công tác chăm sóc sức khỏe ngày càng được nâng tầm về chất lượng và hiệu quả điều trị. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018 - 2019" với mục tiêu như sau:

1. Xác định tỉ lệ, mức độ loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018 - 2019.

¹Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Ngọc Thanh

Email: tranquocngocthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.9.2019

Ngày duyệt bài: 1.10.2019

2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018 - 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán COPD đang điều trị tại phòng khám hô hấp của Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu từ 03/2018 đến tháng 3/2019.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định COPD theo GOLD: [12].

+ Tuổi từ 40 trở lên, có triệu chứng ho và/hoặc khạc đàm mẫn tính, khó thở khi gắng sức mạn tính, đo thông khí phổi có $FEV_1/FVC < 0.7$ sau nghiệm pháp hồi phục phế quản

+ Tình trạng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định: bệnh nhân không có các triệu chứng của đợt cấp ít nhất trong vòng 8 tuần cho đến thời gian nghiên cứu. Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được chẩn đoán khi bệnh nhân có ít nhất một trong các triệu chứng gồm tăng khó thở, tăng ho và ho khạc đờm, thay đổi màu sắc đờm, BN không có tiền sử bị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính phải nhập viện hay phải đi khám cấp cứu trong vòng 8 tuần, được điều trị kháng sinh và/ hoặc corticoid toàn thân.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

o Bệnh nhân đang có đợt cấp COPD (kể cả đợt cấp chưa ổn định) hoặc mắc các bệnh phổi khác.

o Bệnh nhân COPD có kèm các bệnh lý liên quan đến chuyển hóa xương như: cường giáp trạng, suy giáp, cường cận giáp trạng tiên phát, nam cắt bỏ tinh hoàn, nữ cắt bỏ buồng trứng <40 tuổi (với bệnh nhân nữ), bệnh gan-thận mạn tính, cắt dạ dày-ruột, viêm khớp dạng thấp, đái tháo đường phụ thuộc insulin, đa u tủy xương (Kahler), ung thư di căn xương.

o Bệnh nhân gù vẹo lồng ngực, biến dạng lồng ngực do nguyên nhân bẩm sinh hoặc chấn thương.

o Bệnh nhân đang sử dụng thuốc chống co giật, thuốc độc tế bào, Heparin, Thyroxin...

o Phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

- **Cỡ mẫu:** sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ trong quần thể với p: tỉ lệ loãng xương ở bệnh nhân COPD ước tính từ

nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy [3] tỉ lệ loãng xương chung ở cả hai vị trí cổ xương đùi và cột sống thắt lưng ở bệnh nhân COPD là 68,2 %, với sai số cho phép $d=0.1$, tính ra $n = 84$, thực tế chúng tôi thu thập được 88 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đủ số lượng nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ **Tỉ lệ và mức độ loãng xương:** đo mật độ khoáng xương bằng phương pháp DEXA với máy Lunar Prodigy Pro của công ty GE Healthcare. Đo tại phòng thăm dò chức năng (TDCN) Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ. Đánh giá loãng xương qua chỉ số T-score theo tiêu chuẩn của WHO năm 1994 [13]. Chia làm 4 nhóm:

+ Bình thường: T-score $> -1SD$

+ Thiếu xương: $-2,5 SD < T-score < -1 SD$

+ Loãng xương: T-score $< -2,5 SD$

+ Loãng xương nặng: T-score $< -2,5 SD$ và có 1 lần gãy xương

+ Đánh giá các yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương: tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể (BMI), thói quen vận động, tiền sử bổ sung canxi, vitamin D, thời gian mắc bệnh COPD, chất lượng cuộc sống,...

- **Thu thập và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

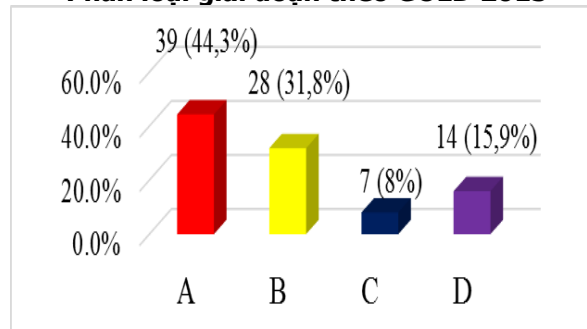
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 03/2018 đến tháng 3/2019 của chúng tôi tại phòng khám hô hấp của Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ. Kết quả thu được như sau:

3.1. Tỷ lệ và mức độ giảm mật độ khoáng xương ở bệnh nhân COPD

3.1.1. Tỷ lệ giảm mật độ khoáng xương

- Phân loại giai đoạn theo GOLD 2015



Biểu đồ 1. Phân loại giai đoạn theo GOLD 2015

Nhận xét: Phân loại theo GOLD 2015 mức độ loãng xương nhóm A chiếm tỷ lệ cao nhất

44,3%, nhóm B chiếm tỷ lệ 31,8%. Thấp nhất nhóm C chỉ có 8%.

- **Phân loại giai đoạn theo mức độ tắc nghẽn đường thở**

Bảng 1. Phân loại giai đoạn theo mức độ tắc nghẽn đường thở

Mức độ tắc nghẽn đường thở	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 0	31	35,3
Độ I	33	37,5
Độ II	15	17,0
Độ III	5	5,7
Độ IV	4	4,5
Tổng cộng	88	100

Nhận xét: Trong 88 bệnh nhân được chẩn đoán COPD, tắc nghẽn đường thở độ IV chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,5% (4 bệnh nhân), độ I nhiều nhất 37,5% (33 bệnh nhân), không tắc nghẽn đường thở chiếm 35,3% (31 bệnh nhân).

3.1.2. Mật độ xương và đặc điểm phân bố mật độ xương ở bệnh nhân COPD

- **Mật độ xương tại vị trí cột sống thắt lưng**

Bảng 2. Mật độ xương tại vị trí cột sống thắt lưng

Bảng 4. Tỷ lệ loãng xương chung

T-score CSTL		T-score CXĐ			Tổng cộng
		T-score < -2,5	-2,5 < T-score < -1	T-score > -1	
T-score < -2,5	n	25	3	0	28
	%	89,3	10,7	0	100
-2,5 < T-score < -1	n	7	19	11	
	%	18,9	51,4	29,7	100
T-score > -1	n	6	7	10	
	%	26,1	30,4	43,5	100
Tổng cộng	n	38	29	21	
	%	43,1	33,0	23,9	100
T-score chung		n		%	
T-score < -2,5		25		25,5	
-2,5 < T-score < -1		63		64,3	
T-score > -1,0		10		10,2	
Tổng cộng		88		100	

Nhận xét: T-score chung < 2,5 chiếm tỷ lệ 25,5% (25 bệnh nhân).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến giảm mật độ khoáng xương

3.2.1. Liên quan giữa giảm mật độ khoáng xương với giới, nhóm tuổi, tình trạng hút thuốc, BMI, thói quen vận động của bệnh nhân COPD

Bảng 5.. Phân bố mật độ xương theo giới tính

Giới tính	Cổ xương đùi		Cột sống thắt lưng	
	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)
Nam	34 (42)	47 (58)	26 (32,1)	55 (67,9)
Nữ	4 (57,1)	3 (42,9)	2 (28,6)	5 (71,4)
p	0,694		1,0	
OR (KTC)	0,54 (0,11 – 2,58)		1,18 (0,22 – 6,50)	

Mật độ xương ở vị trí CSTL	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	23	26,1
Thiếu xương	37	42,0
Loãng xương	23	26,1
Loãng xương nặng	5	5,8
Tổng cộng	88	100

Nhận xét: Ở vị trí cột sống thắt lưng, mức độ loãng xương nặng chiếm 5,8% (5 bệnh nhân), mức độ thiếu xương chiếm 42% (37 bệnh nhân), mức độ loãng xương chiếm 26,1% (23 bệnh nhân).

- **Mật độ xương tại vị trí cổ xương đùi**

Bảng 3. Mật độ xương tại vị trí cổ xương đùi

Mật độ xương ở vị trí CXĐ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	21	23,8
Thiếu xương	29	33,0
Loãng xương	30	34,1
Loãng xương nặng	8	9,1
Tổng cộng	88	100

Nhận xét: Ở vị trí cổ xương đùi, mức độ loãng xương nặng chiếm 9,1% (8 bệnh nhân), mức độ thiếu xương chiếm 33% (29 bệnh nhân), mức độ loãng xương chiếm 34,1% (30 bệnh nhân).

- **Tỷ lệ loãng xương chung**

Nhận xét: Ở nam giới, tình trạng loãng xương ở cổ xương đùi chiếm 42%, loãng xương ở cột sống thắt lưng chiếm 32,1%.

Bảng 6. Phân bố mật độ xương theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Cổ xương đùi		Cột sống thắt lưng	
	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)
>60 tuổi	34 (44,7)	42 (55,3)	26 (34,2)	50 (65,8)
≤60 tuổi	4 (33,3)	8 (66,7)	2 (16,7)	10 (83,3)
p	0,542		0,324	
OR (KTC)	1,62 (0,45 – 5,84)		2,60 (0,53 – 12,76)	

Nhận xét: Ở độ tuổi >60 tuổi, tình trạng loãng xương ở cổ xương đùi chiếm 44,7%, loãng xương ở cột sống thắt lưng chiếm 34,2%.

Bảng 7. Phân bố mật độ xương theo tình trạng hút thuốc

Hút thuốc	Cổ xương đùi		Cột sống thắt lưng	
	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)
Có	29 (52,7)	26 (47,3)	22 (40)	33 (60)
Không	9 (27,3)	24 (72,7)	6 (18,2)	27 (81,8)
p	0,026		0,037	
OR (KTC)	2,97 (1,17 – 7,55)		3 (1,06 – 8,46)	

Nhận xét: Tình trạng có hút thuốc thì mức độ loãng xương ở cổ xương đùi chiếm 52,7% ($p < 0,05$), loãng xương ở cột sống thắt lưng chiếm 40% ($p < 0,05$).

Bảng 8. Phân bố mật độ xương theo chỉ số khối cơ thể

Chỉ số khối cơ thể (kg/m ²)	Cổ xương đùi		Cột sống thắt lưng	
	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)
BMI ≤ 25	38 (46,9)	43 (53,1)	28 (34,6)	53 (65,4)
BMI > 25	0 (0)	7 (100)	0 (0)	7 (100)
p	0,018		0,092	

Nhận xét: Chỉ số khối cơ thể ≤ 25 có mức độ loãng xương ở cổ xương đùi chiếm 46,9%, loãng xương ở cột sống thắt lưng chiếm 34,6%.

Bảng 9. Phân bố mật độ xương theo thói quen vận động

Thói quen vận động	Cổ xương đùi		Cột sống thắt lưng	
	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)
Có	19 (46,3)	22 (53,7)	15 (36,6)	26 (63,4)
Không	19 (40,4)	28 (59,6)	13 (27,7)	34 (72,3)
p	0,668		0,492	
OR (KTC)	1,27 (0,55 – 2,97)		1,51 (0,61 – 3,72)	

Nhận xét: Bệnh nhân có thói quen vận động cơ thể có 46,3% loãng xương khi đo ở cổ xương đùi, 36,6% loãng xương khi đo vùng cột sống thắt lưng.

3.2.2. Liên quan giữa giảm mật độ khoáng xương với thời gian mắc bệnh COPD

Bảng 10. Phân bố mật độ xương theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Cổ xương đùi		Cột sống thắt lưng	
	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)
≥ 5 năm	13 (65)	7 (35)	9 (45)	11 (55)
< 5 năm	25 (36,8)	43 (63,2)	19 (27,9)	49 (72,1)
p	0,039		0,177	
OR (KTC)	3,19 (1,12-9,06)		2,11 (0,76-5,89)	

Nhận xét: Bệnh nhân có bệnh COPD thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm có tỷ lệ loãng xương đo tại cổ xương đùi là 65%, có khả năng loãng xương cao gấp 3,19 lần bệnh nhân có bệnh COPD < 5 năm.

3.2.3. Liên quan giữa giảm mật độ khoáng xương với các giai đoạn của COPD

Bảng 11. Phân bố mật độ xương theo giai đoạn COPD

Giai đoạn COPD	Cổ xương đùi		Cột sống thắt lưng	
	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)	Loãng xương n (%)	Không loãng xương n (%)
A	13 (33,3)	26 (66,7)	10 (25,6)	29 (74,4)
B	11 (39,3)	17 (60,7)	9 (32,1)	19 (67,9)
C	3 (42,9)	4 (57,1)	4 (57,1)	3 (42,9)
D	11 (78,6)	3 (21,4)	5 (35,7)	9 (64,3)
Tổng cộng	38 (43,2)	50 (56,8)	28 (31,8)	60 (68,2)

Nhận xét: Giai đoạn D bệnh COPD tỷ lệ loãng xương đo ở cổ xương đùi là 78,6%, còn ở vùng cột sống thắt lưng là 35,7%.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi khảo sát 88 bệnh nhân có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, có kèm bệnh lý loãng xương và đang điều trị ngoại trú. Trong đó nam giới chiếm 92% (81 bệnh nhân), nhiều hơn nữ giới là 8% (7 bệnh nhân).

- Về tình trạng giảm mật độ khoáng xương, loãng xương ở bệnh nhân COPD:

Loãng xương cũng có xu hướng tiến triển ở bệnh nhân COPD. Theo nghiên cứu của Graat-Verboom L theo dõi ba năm, tỷ lệ loãng xương tăng từ 47% lên 61% ở bệnh nhân COPD ổn định [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: theo T-score CSTL tỷ lệ loãng xương chiếm 31,82%, tỷ lệ giảm mật độ xương là 42,05%. Tại vị trí CXĐ tỷ lệ loãng xương là 43,18% và giảm mật độ xương là 32,95%. Tính chung theo T-score tại cả 2 vị trí CSTL và CXĐ thì tỷ lệ loãng xương chiếm 25,5%, tỷ lệ giảm mật độ xương là 64,3%, mật độ xương bình thường chiếm tỷ lệ rất thấp 10,2%.

Theo Samiha và Cs (2014) bệnh nhân COPD có mật độ xương thấp (loãng xương và giảm mật độ xương) chiếm khoảng 56,6% [11]; nghiên cứu của Parthasarathi và Cs (2011) cho thấy 73% bệnh nhân COPD có mật độ xương thấp và 27% mật độ xương bình thường [10]; Jorgensen và Schwarte (2008) trong báo cáo của mình đã chỉ ra sự suy giảm mật độ xương trong khoảng 50% bệnh nhân COPD [6]. Theo kết quả nghiên cứu của Trần Văn Ban (2012) tại vị trí CSTL: tỷ lệ loãng xương là 76,7%, tỷ lệ giảm mật độ xương là 13,3%. Tại CXĐ: tỷ lệ loãng xương là 20%; tỷ lệ giảm mật độ xương là 60%.

Khi phân loại COPD theo GOLD 2015, trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân thuộc nhóm A chiếm tỷ lệ cao nhất 44,3%, nhóm B chiếm tỷ lệ 31,8%, nhóm C chiếm tỷ lệ 8% và nhóm D chiếm tỷ lệ 15%. Tác giả Nguyễn Thị Thủy phân

nhóm theo GOLD 2015, bệnh nhân nhóm D chiếm tỷ lệ cao nhất 52,3%, đứng thứ 2 là nhóm B chiếm tỷ lệ 25,9%, nhóm A và C chiếm tỷ lệ tương đương nhau 10% và 11,8% [3]. Kết quả này không tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Thông thường, bệnh nhân thường đến khám và điều trị khi bệnh đã ở giai đoạn muộn và có nhiều triệu chứng ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống. Do vậy, việc phân loại theo GOLD 2015 giúp ta đánh giá toàn diện hơn về bệnh nhân COPD từ đó có những kế hoạch điều trị phù hợp và tích cực giúp giảm nguy cơ đợt cấp, nguy cơ nhập viện và tử vong.

- Về một số yếu tố liên quan đến tình trạng giảm mật độ khoáng xương ở bệnh nhân COPD:

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ loãng xương ở nam giới khác với nữ giới ở cả 2 vị trí đo. Kết quả ở bảng 3.18, tại vị trí CSTL tỷ lệ loãng xương của giới nam là 32,1% cao hơn so với nữ giới là 28,6%; tại vị trí CXĐ tỷ lệ loãng xương của nữ giới là 57,1% cao hơn so với nam giới là 42%. Phân tích mối liên quan cho thấy những bệnh nhân nữ có nguy cơ bị loãng xương cao hơn nam giới (tại vị trí CXĐ) sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,694$). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Văn Ban (2012) tỷ lệ loãng xương CSTL và CXĐ nữ là 91% và 50%, ở nam giới tỷ lệ tương ứng là 72,9% và 14%; nghiên cứu của tác giả Hồ Phạm Thục Lan và Cs (2011) trên 540 đối tượng ≥ 50 tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh bằng phương pháp DEXA cho thấy tỷ lệ loãng xương CSTL của nữ là 53,1%, nam giới là 31,1%. Bản thân nữ giới đã là một yếu tố nguy cơ loãng xương không thể can thiệp do khối lượng xương đỉnh thấp hơn nam giới, tình trạng mãn kinh, mất xương ở tuổi già, vì vậy nữ giới có nguy cơ loãng xương cao hơn nam giới và trên bệnh nhân COPD tỷ lệ này còn cao hơn nhiều.

Nghiên cứu này cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ loãng xương giữa các nhóm tuổi trên và dưới 60 tuổi theo các vị trí đo mật độ xương. Nghiên cứu của Trần Văn Ban (2012) cũng chỉ ra không có sự khác biệt về mật độ xương trung bình cũng như tỷ lệ loãng xương CSTL và CXĐ ở 2 nhóm tuổi 60 - 69 và trên 70. Theo Samiha và Cs (2014) nhóm bệnh nhân COPD với mật độ xương thấp có độ tuổi cao hơn nhóm có mật độ xương bình thường, tuy nhiên sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê. Lunt M và cộng sự (1997), trong một nghiên cứu về mật độ xương của nam và nữ từ 50 - 80 tuổi tại 16 dân tộc thuộc cộng đồng Châu Âu, đã nhận thấy trị số mật độ xương giảm rõ rệt theo tuổi và hiện tượng này xuất hiện từ tuổi 50 ở cả hai giới [8]. Loãng xương ở nhân COPD không tuân theo quy luật trên có thể là do các đối tượng này có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới mật độ xương như: thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh, thời gian dùng thuốc corticoid, chỉ số khối cơ thể thấp... Tuy nhiên một số nghiên cứu lại cho kết quả khác. Đặng Hồng Hoa (2008) nhận thấy ở độ tuổi dưới 40 và trên 60 tuổi mật độ xương vùng CXĐ chịu ảnh hưởng rõ rệt của thuốc lá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Sparrow trên 341 bệnh nhân trong độ tuổi từ 40 - 80 cho thấy hút thuốc lá có nguy cơ mất xương tăng theo tuổi. Trong khoảng tuổi này, những người hút thuốc có vỏ xương mỏng hơn những người không hút thuốc.

Tỷ lệ loãng xương trong nghiên cứu của chúng tôi tăng dần theo thời gian mắc bệnh tính theo T-score CXĐ, những người mắc bệnh ≥ 5 năm có nguy cơ loãng xương cao hơn 3,19 lần những người mắc bệnh < 5 năm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,039<0,05$). Đối với T-score CSTL, những người mắc bệnh ≥ 5 năm có nguy cơ loãng xương cao hơn 2,11 lần những người mắc bệnh < 5 năm, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của Trần Văn Ban (2012) cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ loãng xương CSTL và CXĐ ở 2 nhóm bị bệnh ≥ 5 năm và nhóm bị bệnh < 5 năm. Hoạt động bình thường chịu trọng lượng đã được chứng minh để duy trì khối lượng xương. Hoàn toàn cố định như tê liệt hoặc bất động làm giảm mật độ xương. Bệnh nhân COPD không hoàn toàn bất động, tuy nhiên tiến triển theo thời gian bệnh thường kết hợp với tình trạng giảm chức năng và tính di động, giảm khả

năng chịu đựng tập thể dục, nguyên nhân thường là do khó thở, do sự yếu kém về hô hấp và cơ xương ngoại biên.

Việc bổ sung Calci, vitamin D ở những bệnh nhân COPD được điều trị corticosteroids theo các mức độ của tắc nghẽn cải thiện được triệu chứng thở ngắn quặng, sự khó chịu cho bệnh nhân cũng như cứu sống tính mạng và rút ngắn thời gian nằm viện. Tuy vậy, bên cạnh những lợi ích và hiệu quả cải thiện chức năng phổi thì sử dụng corticosteroids cũng có rất nhiều tác dụng phụ, trong đó có loãng xương. Kết quả nghiên cứu cho thấy mật độ xương ở CXĐ và CSTL với hiệu quả của việc bổ sung calci, vitamin D không cải thiện tình trạng loãng xương. Tỷ lệ bệnh nhân loãng xương được bổ sung calci, vitamin D thấp hơn bệnh nhân không được bổ sung. Điều này nói lên tình trạng loãng xương ở bệnh nhân COPD còn chịu tác động của thuốc điều trị bệnh nền, làm gia tăng tình trạng loãng xương. Hàm lượng vitamin D thấp làm giảm canxi huyết thanh. Sự gia tăng của PTH làm tăng sản xuất và giải phóng calcitriol từ thận; nồng độ canxi được ổn định ở mức bình thường bởi các hoạt động của calcitriol trên ruột và xương [7]. Khi nồng độ canxi huyết thanh ổn định bình thường sẽ ức chế sản xuất PTH từ tuyến cận giáp. Khi vitamin D thiếu, kiểm soát cân bằng nội môi này bị mất; sẽ tăng tạo PTH và dẫn đến tình trạng loãng xương.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ, mức độ loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

T-score CSTL tỷ lệ loãng xương 31,82%, tỷ lệ giảm mật độ xương 42,05%. T-score CXĐ tỷ lệ loãng xương 43,18%, giảm mật độ xương 32,95%. T-score chung CSTL và CXĐ tỷ lệ loãng xương 25,5%, tỷ lệ giảm mật độ xương 64,3%, mật độ xương bình thường 10,2%.

- Các yếu tố liên quan đến loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Tỷ lệ loãng xương không liên quan giới tính; nhóm tuổi; thói quen vận động; tiền sử bổ sung calci, vitamin D.

Tỷ lệ loãng xương có liên quan với tình trạng hút thuốc ($p=0,011<0,05$), chỉ số khối cơ thể ($p=0,018<0,05$), thời gian mắc bệnh ($p=0,039<0,05$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 **Bình Dương Thanh Bình (2018)**, "Thực trạng loãng xương ở phụ nữ mãn kinh đến khám tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba - Đồng Hới", Tạp chí Thông tin khoa học & công nghệ Quảng Bình, 5, tr. 79-81.
- 2 **Thư Lê Anh Thư, Trần Ngọc Hữu Đức (2016)**, Đánh giá khối lượng xương bằng phương pháp DXA trung tâm, Hội nghị loãng xương Tp. Hồ Chí Minh, tại TP. Nha Trang, tháng 7/2016.
- 3 **Thủy Nguyễn Thị (2015)**, Nghiên cứu đặc điểm loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại đơn vị quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính – Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- 4 **A.A. Ionescu, E. Schoon (2003)**, "Osteoporosis in chronic obstructive pulmonary disease", Eur Respir J, 22(Suppl. 46), pp. 64s–75s.
- 5 **Graat-Verboom L, Smeenk FW, van den Borne BE, et al (2012)**, "Progression of osteoporosis in patients with COPD: a 3 year follow-up study", Respir Med, 106(6), pp. 861–870.
- 6 **Jørgensen NR, Schwarz P (2008)**, "Osteoporosis in chronic obstructive pulmonary disease patients", Curr Opin Pulm Med, 14(2), pp. 122-127.
- 7 **Li-Ru Chen, Yu-Tang Wen, Chih-Lin Kuo (2014)**, "Calcium and Vitamin D Supplementation on Bone Health: Current Evidence and Recommendations", International Journal of Gerontology, 8, pp. 183-188.
- 8 **Lunt M., Felsenberg D., Adams J., et al (1997)**, "Population- base geographic variations in DXA bone density in Europe: the EVOS study", Osteoporosis – Int, 7(3), pp. 175-189.
- 9 **Meeta, C. V. Harinarayan, Raman Marwah, Rakesh Sahay, Sanjay Kalra (2013)**, "Clinical practice guidelines on postmenopausal osteoporosis: *An executive summary and recommendations", Journal of Mid-life Health, 4(2), pp. 109-126.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ NĂM 2018 – 2019

Lê Thị Mai Linh*, Cao Thị Vui*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch cấp tính (ITP) là một bệnh rất hay gặp ở trẻ em Việt Nam. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và đánh giá kết quả điều trị bệnh ITP ở trẻ em năm 2018 -2019. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp cắt ngang mô tả trên 60 bệnh nhi tại Khoa Tim mạch – Huyết học bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2018-2019. **Kết quả:** Khảo sát 60 trẻ XHGTCT miễn dịch tại Khoa Tim mạch – Huyết học bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ ghi nhận: thường gặp ở trẻ < 12 tháng tuổi, tuổi trung bình là 1,3 tuổi, tỉ lệ nam / nữ là 1,72/1, 71,6% trường hợp cư trú tại các tỉnh. Về lâm sàng: đa số xuất huyết trung bình 70%, tác dụng phụ do thuốc corticoid khá thấp bao gồm thèm ăn chiếm tỉ lệ 18,3%, tăng cân 6,7%. Về xét nghiệm: số lượng tiểu cầu trung bình là 12.833,33/mm³, lượng Hemoglobin trung bình là 10,66 g/dl, số lượng bạch cầu trung bình là 9.354 /mm³. Tỷ lệ điều trị thành công với thành công với

corticosteroid cao 90%. **Kết luận:** bệnh thường gặp ở trẻ <12 tháng tuổi, tỉ lệ nữ giới là 36,7%; đa số xuất huyết trung bình 63,6%, thành công với corticosteroid cao 90%, biến chứng do corticoid thấp.

Từ khóa: Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CHILDREN IMMUNE THROMBOCYTOPENIC PURPURA AT CHILDREN'S HOSPITAL CAN THO FROM 4/2018 TO 6/2019

Objective: To determine the clinical, laboratory and treatment characteristics of children immune thrombocytopenic purpura at Children's hospital Can Tho. **Method:** Cross - sectional study. **Result:** For epidemiological factors, the main findings were as follows: the mean age was about 1,36 years, the male/female ratio was 1,72/1, 71,66% patients from the other provinces. Clinical symptoms showed the rate of average hemorrhagic was 70%, the side-effects by corticoid including increased cravings (18.3%), over weight (6,7%), Laboratory results showed that the average platelet was 12,833/mm³, the average Hemoglobin was 12,66 g/dl, the average white blood cell was 9.354/mm³. **Conclusion:** It appears majorly for children being older than 12 months, the female rate was 36,75%, the everage hemorrhagic

*Trung tâm Y tế thành phố Vị Thanh, Tỉnh Hậu Giang

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Mai Linh

Email: bsmailinh201174@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 26.9.2019

Ngày duyệt bài: 3.10.2019

rate was 70%, the side-effects by corticoid was low. The successful with corticosteroid was 70%.

Key words: immune thrombocytopenic purpura.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch hay còn gọi là xuất huyết giảm tiểu cầu tự phát (ITP) là một trong những rối loạn cầm máu thường gặp nhất ở trẻ em có liên quan đến tiểu cầu ở máu ngoại biên bị phá huỷ do miễn dịch. Chẩn đoán ITP chủ yếu dựa vào biểu hiện xuất huyết trên lâm sàng, kết hợp xét nghiệm máu có số lượng tiểu cầu giảm đơn thuần, sau khi đã loại trừ các bệnh có giảm tiểu cầu thứ phát khác. Điều trị ITP ở trẻ em, liệu pháp corticoide vẫn là lựa chọn ưu tiên hàng đầu, ngoài ra globulin miễn dịch chống D (Anti D immunoglobulin), kháng – CD20 (Rituximad) và cắt lách... hiếm sử dụng ở trẻ em. Trên thực tế hiện nay, nhiều nghiên cứu điều trị bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch chỉ dựa trên đáp ứng tăng tiểu cầu, còn rất ít nghiên cứu hướng tới đến các đáp ứng lâm sàng toàn thể, xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch tại Khoa Tim mạch- Huyết học Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2018- 2019" nhằm các mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em tại Khoa Tim mạch- huyết học Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2018-2019.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ em tại Khoa Tim mạch - huyết học Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2018-2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 6 năm 2019. Cỡ mẫu là 60 bệnh nhi nhập viện điều trị tại khoa Tim mạch- Huyết học bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ với chẩn đoán xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch.

Đối tượng nghiên cứu: trẻ trên 01 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch với các đặc điểm sau : có biểu hiện XH (da, niêm mạc hay nội tạng), TC < 100.000/mm³, không có gan, lách, hạch to, không có bệnh lý khác giải thích tình trạng giảm TC.

Bệnh nhi XH có giảm tiểu cầu hay có rối loạn

đông máu như bệnh bạch cầu cấp, suy tủy, Hemophilia A, Hemophilia B, đông máu nội mạch lan tỏa, nhiễm trùng nặng, cường lách, Henoch-Scholein... Bệnh nhi trốn viện, gia đình bệnh nhi không đồng ý tham gia nghiên cứu không được đưa vào nghiên cứu.

Thu thập số liệu bằng cách tra cứu bệnh án, phỏng vấn trực tiếp cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ, khám lâm sàng, điền vào bộ câu hỏi soạn sẵn được thiết kế rõ ràng, dễ hiểu, chặt chẽ, dễ trả lời. Ghi nhận kết quả công thức máu, phết máu ngoại biên, kết quả điều trị. Nghiên cứu nhập liệu bằng phần mềm SPSS 18.0. Sử dụng tần số và tỉ lệ % để mô tả các biến số.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3. 1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm khởi phát xuất huyết

Bảng 3.1. Đặc điểm và triệu chứng khởi phát

Đặc điểm khởi phát xuất huyết	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tự nhiên	58	96,7
Sau va chạm	2	3,3
Tổng	60	100,0
Xuất huyết dưới da	60	100
Xuất huyết niêm mạc	17	28,3
Xuất huyết nội tạng	1	1,7

Nhận xét: bệnh chủ yếu khởi phát tự nhiên chiếm 96,7%, XH da 100%, XH niêm 28,3%, XH nội tạng 1,7%.

3.1.2. Đặc điểm vị trí, hình thái xuất huyết

Bảng 3.2. Đặc điểm các dạng xuất huyết

Dạng xuất huyết	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Xuất huyết da	60	100,0
Chấm	60	100,0
Nốt	4	6,7
Mảng	19	31,7
Xuất huyết niêm	43	71,7
Kết mạc mắt	4	6,7
Mũi	2	3,3
Chân răng	3	5,0
Vòm họng	39	65,0
Xuất huyết tiêu hóa	0	0
Xuất huyết nội tạng	4	6,7
Tiểu máu	4	6,7
Rong kinh	0	0
XH não-màng não	0	0

Nhận xét: - Tất cả bệnh nhi đều XH da, XH niêm 71,7%, XH nội tạng 6,7%, trong đó

XH da dạng chấm chiếm 100%, mảng 31,7%, nốt 6,7%. Trên bệnh nhi XH niêm thì XH vòm họng chiếm 65%. Trên bệnh nhi XH nội tạng chủ yếu là tiểu máu 6,7%.

3.1.3. Đặc điểm về mức độ xuất huyết trên lâm sàng

Bảng 3.3. Đặc điểm các mức độ xuất huyết

Mức độ xuất huyết	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
XH nhẹ	14	23,3

XH trung bình	42	70,0
XH nặng	4	6,7
Tổng	60	100,0

Nhận xét: mức độ xuất huyết trung bình

chiếm tỷ lệ cao (70%). Mức độ xuất huyết nhẹ chiếm 23,3% và xuất huyết nặng là 6,7%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm dòng tiểu cầu, hồng cầu, các xét nghiệm hỗ trợ khác

Bảng 3.4. Đặc điểm tiểu cầu, dung tích hồng cầu, xét nghiệm khác

Số lượng tiểu cầu (/mm ³)	Tần số (n=60)	Tỷ lệ
Giảm nhẹ (TC > 50.000)	1	1,7
Giảm vừa (TC: 20.000 -50.000)	10	16,7
Giảm nặng (TC < 20.000)	49	81,7
Kích thước trung bình TC(MPV)	Tần số (n=60)	Tỷ lệ (%)
Nhỏ (<7fl)	1	1,67
Trung bình(7-11fl)	51	85
To (>11fl)	8	13,3
Giá trị Hct	Tần số (n=60)	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu nhẹ/ bình thường: > 30%	46	76,7
Thiếu máu trung bình: 20 – 30%	13	21,7
Thiếu máu nặng: < 20%	1	1,7
Xét nghiệm khác	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tổng phân tích nước tiểu (n=31)	HC (+)	2
	HC (-)	29
Soi phân (n=4)	HC (+)	0
	HC (-)	4
Siêu âm não xuyên thóp (n=22)	XHN(+)	0
	XHN(-)	22

Nhận xét: trẻ có số lượng tiểu cầu giảm nặng chiếm đa số (81,7%), giảm vừa chiếm 16,7%, giảm nhẹ có 1,7%, kích thước trung bình chiếm 85%, kích thước to chiếm 13,3%, kích thước nhỏ chiếm 1,67%.

3.2.2. Mối liên quan giữa mức độ giảm tiểu cầu với mức độ xuất huyết

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa mức độ giảm tiểu cầu với mức độ xuất huyết

Mức độ giảm tiểu cầu	Mức độ xuất huyết						p
	Nhẹ		Trung bình		Nặng		
	n	%	n	%	n	%	
Nhẹ	1	100	0	0	0	0	0,062
Trung bình	5	50	5	50	0	0	
Nặng	8	16,3	37	75,5	4	8,2	
Tổng	14	23.3	42	70.0	4	6.7	

Nhận xét: Trẻ có TC giảm nhẹ xuất huyết ở mức độ nhẹ là chủ yếu (100%), trẻ giảm TC trung bình xuất huyết mức độ nhẹ, trung bình là 50%, trẻ giảm TC nặng xuất huyết chủ yếu mức độ trung bình (75,5%), nặng (8,2%), nhẹ (16,3%).

- Không có sự khác biệt giữa mức độ giảm TC với mức độ xuất huyết $p > 0,05$.

3.2.3. Đặc điểm dòng hồng cầu

Bảng 3.6. Mức độ thiếu máu theo dung tích hồng cầu

Giá trị Hct	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu nhẹ/ bình thường: > 30%	46	76,7
Thiếu máu trung bình: 20 – 30%	13	21,7
Thiếu máu nặng: < 20%	1	1,7
Tổng	60	100,0

Nhận xét: đa số trẻ có thiếu máu nhẹ hoặc bình thường chiếm 76,7%, thiếu máu trung bình chiếm 21,7%, trẻ có thiếu máu nặng chiếm 1,7%.

Bảng 3.7. Giá trị trung bình của các chỉ số hồng cầu

Chỉ số	Trung bình	Độ lệch chuẩn (sd)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Hb (g/dl)	10,662	1,2700	6,5	13,8
Hct (%)	33,252	4,8146	19,0	51,0
MCV (fl)	82,510	6,3432	59,0	93,1
MCH (pg)	26,803	2,5292	17,1	32,8
Chỉ số	Tần số (n = 60)		Tỷ lệ (%)	
MCV	Nhỏ: < 80fl	19	31,7	
	Đẳng bào: 80 – 100fl	41	68,3	
MCH	Nhược sắc: < 27pg	29	48,3	
	Đẳng sắc: 27 – 33pg	31	51,7	
	Ưu sắc: > 33pg	0	0	

Nhận xét: Đa số trẻ có thiếu máu nhẹ hoặc bình thường chiếm 76,7%, thiếu máu trung bình chiếm 21,7%, trẻ có thiếu máu nặng chiếm 1,7%.

- Giá trị trung bình của Hb là 10,662g/dl ở mức thiếu máu nhẹ hoặc bình thường. Giá trị trung bình của Hct là 33,252% mức thiếu máu

nhẹ hoặc bình thường. Giá trị trung bình của MCV là 82,5fl ở mức HC nhỏ. Giá trị trung bình của MCH là 26,803pg ở mức HC nhược sắc. Trẻ có hồng cầu đẳng bào (68,3%) và đẳng sắc chiếm đa số (51,7), hồng cầu nhỏ chiếm 31,7% và nhược sắc là 48,3%.

3.2.5. Các xét nghiệm khác

Bảng 3.12. Đặc điểm các xét nghiệm khác

Tổng phân tích nước tiểu (n=31/60)	HC (+)	2	6,5
	HC (-)	29	93,5
Soi phân (n=4/60)	HC (+)	0	0
	HC (-)	4	100
Siêu âm não xuyên thóp (n=22/60)	XHN(+)	0	0
	XHN(-)	22	100

Nhận xét: phết máu ngoại biên bình thường chiếm (95,8%), APTT, PT bình thường chiếm tỷ lệ 100%. Không tìm thấy HC trong phân chiếm 100%, có HC trong nước tiểu chiếm 6,5%, không có trường hợp xuất huyết não.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

3.3.1. Phương pháp điều trị

Bảng 3.8. Đặc điểm về phương pháp điều trị

Sử dụng thuốc	Tần số (n = 60)	Tỷ lệ (%)
Không dùng thuốc	2	3,3
Prednisolone	5	8,3
Methylprednisolone + Prednisolone	47	78,3
Methylprednisolone + Gamma globulin	1	1,7
Prednisolone+Methylprednisolone+ Gamma globulin	5	8,3
Tổng	60	100,0
Truyền máu và tiểu cầu	Tần số (n = 60)	Tỷ lệ (%)
Truyền TC đậm đặc	36	60,0
Truyền TC đậm đặc + Truyền HC lắng	1	1,7
Không truyền	23	38,3
Tổng	60	100,0

Nhận xét: Trẻ được điều trị bằng Methylprednisolone + Prednisolone chiếm 78,3%, trẻ được

dùng thêm Gamma globulin có 10%, không dùng thuốc là 3,3% Trẻ được truyền TC đậm đặc chiếm 60%, vừa truyền TC đậm đặc và HC lỏng là 1,7%.

3.3.2. Đánh giá kết quả điều trị

3.3.2.1. Đặc điểm theo dõi diễn tiến điều trị

Bảng 3.9. Đặc điểm về đáp ứng điều trị với corticoid

Kết quả	Sau 3 ngày		Sau 7 ngày	
	n	%	n	%
Đáp ứng hoàn toàn	33	55,0	45	75,0
Có đáp ứng	19	31,7	15	25,0
Không đáp ứng	8	13,3	0	0
Tổng	60	100,0	60	100,0
Thời điểm	Số lượng TC trung bình/mm ³			p
Lúc nhập viện	12833,33 ± 16057,277			<0,001
Sau 3 ngày	142484,13 ± 113125,504			
Sau 7 ngày	209450,00 ± 146930,679			

Nhận xét: Đáp ứng hoàn toàn với corticoide sau 3 ngày là 55%, 7 ngày 75%, có đáp ứng sau 3 ngày chiếm 31,7%, 7 ngày 25%, không đáp ứng sau 3 ngày có 13,3%.

Sự khác biệt số lượng TC trung bình sau 3 ngày điều trị là 129.650/mm³, sau 7 ngày điều trị là 196.616/mm³. Số lượng TC trung bình lúc nhập viện và sau 3 và 7 ngày điều trị corticoid khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

3.3.2.2. Thời gian điều trị và tiêu chuẩn khi xuất viện

Bảng 3.10 Đặc điểm kết quả điều trị

Đặc điểm	Tần số (n = 60)		Tỷ lệ(%)	
Thành công	54		90,0	
Thất bại	6		10,0	
Tổng	60		100	
Thời gian điều trị nội trú	Tần số (n = 60)		Tỷ lệ(%)	
< 7 ngày	28		46,7	
7- <14 ngày	30		50,0	
≥14 ngày	2		3,3	
Tổng	60		100,0	
Số lượng TC khi ra viện	Trung bình	Độ lệch chuẩn (sd)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
	205.766,67	149.734,496	28.000	838.000
Kết quả	Tần số (n = 60)		Tỷ lệ(%)	
Điều trị khỏi	28		87,5	
Tái phát	4		12,5	
Mạn tính	0		0	
Tổng	32		100	
Tác dụng phụ	Tần số (n = 60)		Tỷ lệ (%)	
Thèm ăn	11		18,33	
Tăng cân	4		6,67	
Mụn	0		0	
Cushing	0		0	
Đau thượng vị	2		3,3	
Tăng huyết áp	0		0	
Không	43		71,67	
Tổng	60		100	

Nhận xét: điều trị thành công với corticoide là 90%, thất bại là 10%, thời gian điều trị nội trú

dưới 7 ngày chiếm 46,7%, 7- <14 ngày chiếm 50%, ≥14 ngày chiếm 3,3%. Kết quả tốt chiếm tỷ lệ 100%, không có trường hợp nào biến chứng, chuyển viện hoặc tử vong. Tỷ lệ tái phát sau theo dõi 6 tháng là 12,5%, khỏi hoàn toàn 87,5%. Số lượng TC lúc xuất viện trung bình là $205.766 \pm 149.734/\text{mm}^3$, thấp nhất là $28.000/\text{mm}^3$, cao nhất là $838.000/\text{mm}^3$. Tác dụng phụ do điều trị corticoid có 17/60 bệnh nhi chiếm 28,33% (trong đó thường gặp là tăng cảm giác thèm ăn chiếm 18,3%, tăng cân chiếm 6,7%, đau thượng vị có 3,3%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi, giới, nơi cư trú

Tuổi trung bình của XHGTCMD ở trẻ em theo nghiên cứu của chúng tôi là 1,36 tuổi. Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ nam/nữ là 1,72/1 phù hợp các nghiên cứu khác cũng ghi nhận tỉ lệ nam giới chiếm ưu thế trong XHGTCMD. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ tình cao hơn khá nhiều so với Thành phố có thể lí giải do đặc điểm phân tuyến chuyển viện từ các tỉnh lên Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ.

Tiền căn bản thân về nhiễm siêu vi, dị ứng, dinh dưỡng; tiền căn gia đình. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tiền căn nhiễm siêu vi có 28,3%, tiền căn bệnh lý huyết học chiếm tỉ lệ không đáng kể chỉ có 6,7%. Theo nghiên cứu các tài liệu tham khảo chúng tôi ghi nhận bệnh XHGTCMD có thể bị ảnh hưởng bởi các đợt nhiễm siêu vi trước đó nhưng chưa được xác định cũng như chưa có tỉ lệ rõ ràng. Đa số trẻ XHGTCMD đều hoàn toàn khỏe mạnh, phát triển tâm thần vận động bình thường phù hợp với ghi nhận nhiều y văn.

Cách khởi phát xuất huyết. Cách khởi phát xuất huyết cũng giống ghi nhận trong y văn là đa số khởi phát tự nhiên và một số ít do va chạm, thủ thuật (tiêm chích, nhổ răng, cắt amidan, phẫu thuật) cụ thể cách khởi phát của XHGTCMD của nghiên cứu chúng tôi là khởi phát xuất huyết tự nhiên 96,7%; còn xuất huyết do va chạm chiếm 3,3%.

Mức độ xuất huyết. Trong nhóm XHGTCMD, đa số xuất huyết mức độ trung bình 70%, mức độ nhẹ và nặng lần lượt là 23,3% và 6,7%. Điều này cho thấy trong XHGTCMD dù số lượng tiểu cầu thấp nhưng mức độ xuất huyết thường nhẹ, kết quả phù hợp y văn: đa số bệnh

nhân XHGTCMD có tiểu cầu giảm nặng <20.000/mm³ nhưng thường chỉ xuất huyết mức độ nhẹ, do sự tăng sản xuất ở tuỷ đáp ứng với tình trạng phá hủy tiểu cầu ở máu ngoại vi. Nên hiện nay, theo Hiệp hội huyết học Hoa Kỳ, việc quyết định điều trị XHGTCMD dựa vào triệu chứng xuất huyết lâm sàng hơn là mức độ giảm tiểu cầu⁽⁹⁾.

Thiếu máu. Tỉ lệ thiếu máu lúc nhập viện theo nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thấp 5% (3 trường hợp), có lẽ do XHGTCMD ít xuất huyết nặng nên ít gây thiếu máu.

Đặc điểm số lượng tiểu cầu, hemoglobin, bạch cầu. Theo nghiên cứu của chúng tôi số lượng tiểu cầu trung bình lúc nhập viện của xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch $12.833/\text{mm}^3$; hemoglobin trung bình là 10,66/dl như vậy do đặc điểm của xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch biểu hiện xuất huyết ở mức trung bình là chủ yếu nên ít có thiếu máu kèm theo; Bạch cầu trung bình là $9.354/\text{mm}^3$, có 22 (36,7%) trường hợp bạch cầu tăng >10.000/mm³, không ghi nhận trường hợp nào giảm bạch cầu. Số trẻ có bạch cầu tăng chiếm tỉ lệ cao có lẽ tăng bạch cầu do phản ứng tủy khi xuất huyết, tăng bạch cầu do dùng corticoid, do tình trạng bệnh nhiễm trùng trước đó hoặc kèm theo.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Phương pháp điều trị, kết quả nội trú và ngoại trú. Trẻ được điều trị bằng Methylprednisolone + Prednisolone chiếm 78,3%, prednisolone uống đơn thuần, trẻ được dùng thêm Gamma globulin có 10%, không dùng thuốc là 3,3%. Trẻ được truyền TC đậm đặc chiếm 60%, vừa truyền TC đậm đặc và HC lỏng.

Tỷ lệ thành công với corticosteroid là 90%, thất bại và phải phối hợp thêm gammaglobulin là 10%. Tuy nhiên tất cả 100% trẻ đều xuất viện, không có trẻ nào phải chuyển viện, biến chứng hoặc tử vong. Thời gian điều trị nội trú < 7 ngày là 46,7%, > 7 ngày chiếm 53,3%. Tỷ lệ điều trị khỏi hoàn toàn sau 6 tháng là 87,5%, tái phát chiếm 12,5%.

Tác dụng phụ do thuốc: tăng cảm giác thèm ăn, tăng cân. Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận tăng cảm giác thèm ăn có tỉ lệ 18,3%, tăng cân 6,7%. Các tác dụng phụ này rất thay đổi tùy nghiên cứu: Từ rất ít tác dụng phụ như kết quả của chúng tôi, trong khi đó, theo nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Mai Anh tỉ lệ Cushing 8,9%, tăng cân 44,9%. Tác dụng phụ do hậu quả của điều trị corticoid kéo dài, hậu

quả này có thể do thời gian điều trị kéo dài theo y lệnh của bác sĩ hoặc do bệnh nhân không tuân thủ tái khám dẫn đến việc lạm dụng corticoid kéo dài.

Từ những lí do này chúng tôi nghĩ rằng corticoid hiện nay vẫn là lựa chọn đầu tay, điều trị dựa vào đặc điểm lâm sàng xuất huyết hơn là vào xét nghiệm tiểu cầu, cũng như mạnh dạn ngưng corticoid khi không cần thiết để hạn chế các tác dụng phụ.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

• Đặc điểm lâm sàng

- Bệnh gặp nhiều nhất ở trẻ nhóm tuổi >1 tháng -12 tháng, không có sự khác biệt về giới. Bệnh xuất hiện quanh năm và thường sau một đợt nhiễm siêu vi.

- Biểu hiện xuất huyết dưới da thường gặp nhất chiếm 100%, XH vòm họng xuất hiện 65%, không có trường hợp rong kinh hay xuất huyết não màng não. Xuất huyết da dạng chấm chiếm 100%, xuất huyết nội tạng chiếm 6,7% chủ yếu là tiểu máu.

- Mức độ xuất huyết trung bình là phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 70%.

• Đặc điểm cận lâm sàng

- TC trung bình của bệnh nhi lúc nhập viện là $12.833,33 /\text{mm}^3$. Số lượng tiểu cầu ở mức dưới 2000 là chủ yếu chiếm tỷ lệ 80%.

- Hb trung bình là $10,66 \pm 2,70\text{g/dl}$ và Hct trung bình là $33,25 \pm 4,81\%$.

- BC trung bình là $9.354,00 \pm 2.701,88/\text{mm}^3$.

- TPTNT có 2 /31 trường hợp có HC trong nước tiểu.

2. Kết quả điều trị

Phương pháp điều trị

- Tỷ lệ điều trị methylprednisolone+ prednisolone (78,3%), prednisolone (8,3%), phối hợp prednisolone+ methylprednisolone+ Gamma globulin có 10%, không dùng corticoid (3,3%), truyền tiểu cầu đậm đặc (60%), vừa truyền tiểu cầu và truyền hồng cầu lắng (1,7%).

Kết quả điều trị:

- Sau 3 ngày điều trị corticoid, đáp ứng hoàn toàn (55%), có đáp ứng (31%) và không đáp ứng (13,3%). Sau 7 ngày đáp ứng hoàn toàn

(75%), có đáp ứng (25%).

- Số lượng TC lúc xuất viện trung bình là $205.77 \pm 149.73/\text{mm}^3$.

- Tỷ lệ điều trị thành công với corticoid là 90%, thất bại là 10%.

- Xuất viện 100%, không có trường hợp nào chuyển viện, tử vong.

- Tỷ lệ theo dõi tái khám sau 6 tháng là 53,3%, trong đó khỏi hoàn toàn là (87,5%), tái phát là (12,5%). Tác dụng phụ thường gặp của điều trị corticoid là tăng cảm giác thèm ăn chiếm 18,3%, tăng cân chiếm 6,7%, đau thượng vị có 3,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Huân, Lâm Thị Mỹ (2006), "Đặc điểm điều trị bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ nhũ nhi tại bệnh viện Nhi Đồng 1", Tạp Chí Y Học thành phố Hồ Chí Minh, Tập 10 (1), tr. 68-75.
2. Nguyễn Công Khanh (2008), "Xuất huyết giảm tiểu cầu tự phát", Huyết học lâm sàng nhi khoa, tr. 239-249.
3. Nguyễn Ngọc Lanh (2008), "Sinh lý tiểu cầu và đông máu", Sinh lý bệnh học, Nhà xuất bản Y học, tr. 288- 300.
4. Lâm Thị Mỹ, Nguyễn Trọng Lân và Cs (2003), "Chẩn đoán và điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch", Tạp Chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 7 (1), tr. 33-37.
5. Lâm Thị Mỹ (2006), "Bệnh tiểu cầu", Nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, tr.1039-1050.
6. Lâm Thị Mỹ (2013), "Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch", Phác đồ điều trị nhi khoa - Bệnh viện Nhi Đồng 1, tr. 871-875.
7. Huỳnh Nghĩa, Nguyễn Tú Anh (2011), "Đánh giá hiệu quả của Immunoglobulin truyền tĩnh mạch và Prednisone trong điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch giai đoạn cấp ở trẻ em tại bệnh viện Truyền Máu Huyết Học thành phố Hồ Chí Minh", Tạp Chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 15 (4), tr. 121-126.
8. Cooper N, (2017), "How I manage immune thrombocytopenia", British journal of hematology, pp: 39- 54
9. Erlacher M, Strahm B. Missing cells (2015), "pathophysiology, diagnosis, and management of (Pan)cytopenia in childhood ", Front Pediatr, vol 3, pp:64.

TẦN SUẤT NHIỄM *HELICOBACTER PYLORI* VÀ BỆNH LÝ DẠ DÀY Ở NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ VIỆT NAM

Bùi Chí Nam¹, Vũ Văn Khiên², Phan Quốc Hoàn²

TÓM TẮT²⁰

Mục tiêu: Tìm hiểu tần suất nhiễm *Helicobacter pylori* (H. pylori) và yếu tố độc lực của H. pylori ở người dân tộc thiểu số Việt Nam. **Phương pháp:** Chúng tôi đã tuyển chọn 494 người tình nguyện (210 nam và 284 nữ), tuổi 17-78 tuổi, từ 13 dân tộc khác nhau, sống tại tỉnh Đắk Lắk và tỉnh Lào Cai, Việt Nam. Xác định tỷ lệ nhiễm H. pylori bằng 5 phương pháp khác nhau: test urease nhanh, cấy khuẩn, mô bệnh học bao gồm cả hóa mô miễn dịch và huyết thanh học. Đánh giá tổn thương dạ dày bằng nội soi và mô bệnh học. **Kết quả:** Tần suất chung nhiễm H. pylori chiếm tỷ lệ: 38,0%, tăng cao nhiều ở Đắk Lắk so với Lào Cai (51,0% đối với 29,3%, $p < 0,001$), và tăng nhiều bệnh nhân loét dạ dày so với bệnh nhân viêm dạ dày mạn (60,7% đối với 37,1%, $p < 0,001$). Tỷ lệ cagA đạt 99,4% (170/171), bao gồm: 56,1% (97/170) typ cagA Đông Á và 42,9% (73/170) typ cagA phương Tây. Đa đa số các chủng H. pylori được phân lập từ nhóm người dân tộc Ê Đê sinh sống tại Đắk Lắk là các typ cagA phương Tây (82%) và có chỉ số viêm, viêm teo, dị sản ruột thấp hơn so với nhóm bệnh nhân khác mang gen cagA Đông Á. Cấu trúc gen cagA phương Tây tại Đắk Lắk khác hẳn cagA phương Tây ở các nước châu Âu. **Kết luận:** Phần lớn tần suất nhiễm gặp ở người Ê Đê với chủng mới H. pylori mang gen cagA phương Tây và gây tổn thương nhẹ ở dạ dày tá tràng, mức độ viêm dạ dày (theo thang điểm Sydney cập nhật), mức độ viêm teo (atrophy) và dị sản ruột ở người Ê Đê thấp hơn so với người dân tộc khác ($p < 0,05$).

Từ khóa: *Helicobacter pylori* (H. pylori); ung thư dạ dày (UTDD), viêm dạ dày mạn (VDDM)

SUMMARY

PREVALENCE OF *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION AND GASTRODUODENAL DISEASES IN MINOR ETHNIC GROUPS IN VIETNAM

Aim: To investigate the prevalence of *Helicobacter pylori* (H. pylori) infection and virulence genes of

H. pylori in minor ethnic groups in Vietnam. **Methods:** We recruited 494 volunteers (210 males and 284 females), aged 18-78 years from 13 ethnic groups living in Daklak and Laocai province, Vietnam. The status of H. pylori infection was determined by 5 methods: rapid urease test, culture, histology including immunohistochemistry, and serology. cagA and vacA status were determined by PCR and sequencing. The genealogy of CagA was analyzed by multilocus sequence typing (MLST). **Results:** The overall H. pylori infection rate was 38.0%, being significantly higher in Daklak than Laocai (51.0% vs 29.3%, $p < 0.001$), and higher in subjects with peptic ulcers than those with gastritis (60.7% vs 37.1%, $p < 0.001$). The prevalence of cagA was 99.4% (170/171), including 56.1% (97/170) East-Asian-type and 42.9% (73/170) Western-type. Majority of H. pylori isolated from E De group living in Daklak possessed Western-type cagA (82.0%), and had lower levels of inflammation, atrophy, and intestinal metaplasia than other groups, in which cagA was all East-Asian-type. The structure of Western-type CagA in Daklak was different from that of typical Western-type CagA found in Western countries. MLST analysis showed that these Western-type CagA strains belonged to novel population type. **Conclusion:** H. pylori infection was first reported in minor ethnic groups in Vietnam. Majority of Ede group had infected with novel genotype of H. pylori with atypical Western-type CagA, and had mild gastric damages.

Keywords: *Helicobacter pylori* (H. pylori); gastric cancer, gastritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) đứng hàng thứ 3 trong các loại ung thư gây tử vong trên thế giới (theo thống kê của Hiệp hội ung thư, GLOBOCAN 2012, bệnh có tiên lượng nặng nề, tỷ lệ tử vong cao, nếu như bệnh không được phát hiện sớm. Tuy nhiên, tần suất mắc UTDD có khác nhau giữa các quốc gia, chủng tộc và thậm chí có sự khác nhau về tỷ lệ mắc ngay trong cùng một nước [4,5]. Mặc dầu, nhiễm H. pylori có liên quan chặt chẽ đến UTDD, tuy nhiên có những quốc gia có tỷ lệ nhiễm H. pylori rất cao, nhưng tỷ lệ mắc UTDD lại không cao [6]. Những thông tin này được coi là "Hiện tượng nghịch lý châu Á" đề cập đến tỷ lệ nhiễm H. pylori rất cao, nhưng tỷ lệ mắc UTDD lại rất thấp [4]. Hiện tượng đã

¹Bệnh viện Đa khoa Lào Cai

²Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Chí Nam

Email: namlaocaihp1@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

có thể lý giải một phần nào về sự khác nhau về yếu tố độc lực của vi khuẩn *H. pylori* ở các quốc gia khác nhau [7].

Việt Nam nằm trong khu vực Đông Nam Á, gồm 54 dân tộc. Trong đó, dân tộc kinh gặp phổ biến chiếm tỷ lệ 87% trong cộng đồng Việt Nam. Các dân tộc khác (53 dân tộc) thường sống ở các vùng cao trải dài từ Bắc tới Nam. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về dịch tễ học, tần suất và các yếu tố độc lực của *H. pylori* (*cagA*, *vacA*...) thì tập trung chủ yếu ở người Kinh. Có một số nghiên cứu khác về tần suất nhiễm *H. pylori* ở người dân tộc, nhưng chủ yếu về dịch tễ học trên đối tượng trẻ em. Nghiên cứu của Lê Quang Tâm ở người Dân tộc thiểu số tại Đắc Lắc bước đầu mới chỉ dừng lại về tần suất nhiễm *H. pylori* và mối liên quan đến yếu tố môi trường... Trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn tìm hiểu về tần suất nhiễm, các yếu tố độc lực và phân tích yếu tố độc của *H. pylori* với bệnh lý dạ dày tá tràng ở người dân tộc tại 2 tỉnh: Lào Cai (miền Bắc) và Đắc Lắc (miền Trung), Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Chúng tôi tuyển chọn 494 tình nguyện viên (210 nam và 284 nữ), tuổi trung bình $39,8 \pm 12,5$ tuổi (18-78 tuổi). Cuộc điều tra được tiến hành trong 9 khu vực nông thôn tỉnh Đắc Lắc và tỉnh Lào Cai, Việt Nam, từ tháng 7 năm 2012 đến tháng 4 năm 2013. Chúng tôi đã đi đến các khu vực này nhiều lần và trải qua ít nhất 2 ngày liên tục trong một thời gian để thu thập người tình nguyện tham gia nghiên cứu này. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức tại hai bệnh viện Đắc Lắc, Lào Cai và được Bộ Y tế Việt Nam phê duyệt.

2. Phương pháp nghiên cứu:

* **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, mô tả, cắt ngang

* **Trình tự nghiên cứu:** tất cả bệnh nhân được phỏng vấn, thu thập thông tin và đồng ý tham gia nghiên cứu theo quy trình: nội soi dạ dày, sinh thiết (5 mảnh sinh thiết), xét nghiệm huyết thanh.

* **Nội soi dạ dày:**

- Đánh giá tổn thương viêm dạ dày mạn (VDDM) dựa trên hệ thống Sydney cập nhật

- Lấy 3 mẫu sinh thiết từ hang vị để xét nghiệm nhanh urease, cấy khuẩn tìm *H. Pylori* và mô bệnh học. Lấy 01 mẫu ở thân vị để xét nghiệm hóa mô miễn dịch.

* **Lấy mẫu huyết thanh:** Lấy mẫu huyết thanh (3 ml) và được để trong -80°C để bảo quản.

*Xác định tình trạng nhiễm *H. pylori*

Nhằm tăng mức độ chính xác tình trạng *H. pylori*, 4 phương pháp khác nhau đã được thực hiện, bao gồm: test nhanh urease, cấy khuẩn, mô bệnh học và tìm kháng kháng *H. pylori* trong huyết thanh. Xác định nhiễm *H. pylori* khi kết quả nuôi cấy cho dương tính. Khi nuôi cấy âm tính, xác định có nhiễm *H. pylori* khi có ít nhất 2 trong số xét nghiệm còn lại (MBH, test urease, test huyết thanh) cho kết quả dương tính. Nếu chỉ có một trong số xét nghiệm trên cho kết quả dương tính thì được xem như không xác định rõ nhiễm *H. pylori*. Không bị nhiễm *H. pylori* khi cả 4 xét nghiệm trên đều cho kết quả âm tính.

* **Bệnh lý dạ dày tá tràng:** Đánh giá tổn thương dạ dày tá tràng qua chẩn đoán nội soi và mô bệnh học: Tổn thương qua nội soi đánh giá quan sát niêm mạc trong quá trình nội soi, tiêu chuẩn đánh giá dựa trên phân loại Sydney cải tiến, đánh giá tổn thương trên mô bệnh học phân loại theo OLGA.

* **Phân tích thống kê.** Sử dụng phân tích Chi bình phương, Fisher's exact test, và phân tích ANOVA một chiều. Khác biệt với $p < 0.05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở người dân tộc tỉnh Lào Cai và Đắc Lắc

Chúng tôi nghiên cứu *H. pylori* trên 494 người tình nguyện, tại 2 tỉnh Đắc Lắc và Lào Cai. Tại tỉnh Đắc Lắc gồm: 183 người Ede, 9 người Nùng, 3 người Tày, 2 người Dao, 1 người Vân Kiều, 1 người Trung Quốc, 1 người Thái; tại tỉnh Lào Cai có 105 người H'Mong, 15 người Nùng, 80 người Tày, 58 người Dao, 24 người Xa Phó, 5 người Dáy, 4 người Ráy, 2 người Bo Y, 1 người Mán.

Bảng 3.1. Tần suất nhiễm *H. pylori* trong các xét nghiệm khác nhau.

H. pylori (+) trên các xét nghiệm	Nhóm tuổi					
	≤ 29 tuổi	30-39 tuổi	40-49 tuổi	50-59 tuổi	≥ 60 tuổi	Tổng
	n=118	n=156	n=107	n=67	n=46	n=494
Cấy khuẩn (%)	35 (29,7)	61 (39,1)	31 (28,9)	29 (43,9)	15 (32,6)	171 (34,6)

Mô bệnh học (%)	37 (31,4)	62 (39,7)	37 (34,6)	33 (49,3)	16 (34,8)	185 (37,4)
Urease test (%)	41 (34,7)	64 (41,0)	37 (34,6)	36 (53,7)	17 (37,0)	195 (39,5)
Huyết thanh (%)	41 (34,7)	64 (41,1)	37 (34,6)	35 (52,2) ^a	13(28,2) ^a	190 (38,4)
Tỷ lệ chung (%)	38 (32,2)	63 (40,4)	36 (33,6)	33 (49,3) ^b	16(34,8) ^b	188(38,0)

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm chung nhiễm *H. pylori* chiếm 38%. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* có xu hướng tăng theo tuổi. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* tăng nhiều ở xét nghiệm huyết thanh học và tăng cao có ý nghĩa ($p = 0,047$) ở nhóm tuổi: 50-59 tuổi so với nhóm tuổi ≥ 60 tuổi.

Bảng 3.2. So sánh tỷ lệ nhiễm *H. pylori* của người dân tộc tại 2 tỉnh Đắk Lắk và Lào Cai

Tỉnh Đắk Lắk	n (%)	Tỉnh Lào Cai	n (%)
Người Ê Đê	94/183 (51,4%)	Người H' Mông	40/105 (38,1)
Người Nùng	6/9 (66,7%)^c	Người Nùng	2/15 (13,3)^c
Người Tày	0/3 (0) ^d	Người Tày	15/80 (18,8) ^d
Người Dao	0/2 (0)	Người Dao	12/58 (20,7)
Người Vân kiều	1/1 (100)	Người Xa Pho	13/24 (54,2)
Người Thái	1/1 (100)	Người Dáy	1/5 (20,0)
Người Trung Quốc	0/1(0)	Người Ráy	2/4 (50,0)
Tổng	102/200 (51%)^a	Người Bô Y	0/2 (0)
		Người Mán	1/1 (100)
		Tổng	86/294 (29,3%)^a
Tỷ lệ Nam nhiễm <i>H. pylori</i>	90/210 (42,9%)		
Tỷ lệ nữ nhiễm <i>H. pylori</i>	98/284 (34,5%)		

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở tỉnh Đắk Lắk (51%) cao hơn có ý nghĩa ($p = 0,001$) so với tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở tỉnh Lào Cai. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* người Nùng tỉnh Đắk Lắk (66,7%) cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với tỷ lệ nhiễm *H. pylori* người Nùng tỉnh Lào Cai (29,3%). Tính chung: người Ê Đê, Xa Phó có tỷ lệ nhiễm *H. pylori* cao hơn so với người Nùng, H'Mong, Tày và Dao ($p < 0,05$). Nam giới nhiễm *H. pylori* (42,9%) cao hơn so với nữ giới (34,5%) ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* trong các bệnh lý dạ dày

Bệnh lý dạ dày tá tràng	Tỷ lệ (%)

Viêm dạ dày mạn (VDDM)	167/446 (37,4%) ^a
Loét dạ dày-tá tràng (DDTT)	17/28 (60,7%) ^a
Trào ngược dạ dày thực quản	4/19 (21,1%)
Ung thư dạ dày (UTDD)	0/1(0%)
Tổng	188/494 (38,0%)

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* trong loét DDTT chiếm (60,7%), cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,001$) so với tỷ lệ nhiễm *H. pylori* trong VDDM (37,7%).

Bảng 3.4. So sánh mức độ VDDM ở các nhóm người dân tộc khác nhau

	Ê Đê (n=90)	Nùng (n=6)	H' Mông (n=39)	Tày (n=12)	Dao (n=9)	Xa Phó (n=11)
Hang vị						
BC đa nhân	1,2(1)	2,0 (2)*	1,7 (2) [#]	1,7 (2) [†]	1,7 (2) [*]	2,0 (2) [*]
BC đơn nhân	1,5 (2)	2,3(2.5)*	2,1 (2) [#]	2,2 (2) [†]	2,0 (2)	2,2 (2) [*]
Viêm teo	0,9 (1)	1,5 (1)	1,0 (1)	1,2 (1)	0,9 (1)	1,0 (1)
Dị sản	0,02 (0)	0.0 (0)	0,2 (0) [#]	0,2 (0) [†]	0,0 (0)	0,4 (0) [*]
Thân vị						
BC đa nhân	0,7 (1)	0,8 (1)	1,0 (1) [#]	0,9 (1)	1,1 (1)	0,9 (1)
BC đơn nhân	0,5 (1)	0,5 (0.5)	1,2 (1) [#]	1,1 (1) [†]	1,2(1) [*]	0,6 (1)
Viêm teo	0,02(0)	0.0 (0)	0,2 (0) [#]	0,2 (0) [†]	0,2(0) [*]	0,0 (0)
Dị sản	0,01 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
0,9 (1)	1,5 (1)	1,1 (1)	1,2 (1)	0,9 (1)		1,0 (1)

1,9 (2)	2,7 (2,5)*	2,7 (3) [#]	2,7 (2,5) [†]	2,6 (2)*	2,4 (2) [*]

Nhận xét: Tính tổng thể: mức độ viêm dạ dày (theo thang điểm Sydney cập nhật), mức độ viêm teo (atrophy) và dị sản ruột ở người Ê Đê thấp hơn so với người dân tộc khác ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tần suất nhiễm H. pylori ở người dân tộc. Các nghiên cứu về H. pylori ở người Việt Nam thì hầu hết tập trung ở người Kinh, đang sinh sống ở các đô thị hoặc đồng bằng. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tần suất nhiễm H. pylori tăng cao trong xét nghiệm cộng đồng và trong các bệnh lý dạ dày. Nghiên cứu của Nguyễn Lâm Tùng và cs (2010), phối hợp với Trường Đại học Oita [8], nghiên cứu trên người Kinh tại 2 thành phố lớn: Hồ Chí Minh và Hà Nội, cho biết tần suất nhiễm H. pylori trong các bệnh lý dạ dày chiếm 65,6%. Như vậy, tần suất nhiễm H. pylori trong các bệnh lý dạ dày ở người Kinh là khá cao.

Tuy nhiên, các nghiên cứu về H. pylori ở người dân tộc còn khá khiêm tốn và phần lớn thực hiện thông qua điều tra dịch tễ học trên đối tượng trẻ em (< 16 tuổi) [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.1) cho biết tần suất nhiễm H. pylori chiếm tỷ lệ thấp: 38%. Tuy nhiên, tần suất nhiễm H. pylori ở hai tỉnh có khác nhau và cũng có sự khác nhau ở các dân tộc khác nhau. Kết quả bảng 3.2 cho biết: Tỷ lệ nhiễm H. pylori ở tỉnh Đắk Lắk (51%) cao hơn có ý nghĩa ($p = 0,001$) so với tỷ lệ nhiễm H. pylori ở tỉnh Lào Cai. Tỷ lệ nhiễm H. pylori người Nùng tỉnh Đắk Lắk (66,7%) cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với tỷ lệ nhiễm H. pylori người Nùng tỉnh Lào Cai (29,3%). Tính chung: người Ê Đê, Xa Phó có tỷ lệ nhiễm H. pylori cao hơn so với người Nùng, H'Mông, Tày và Dao ($p < 0,05$). Một số nghiên cứu ở các nước trong khu vực châu Á Thái Bình Dương cho biết: điều kiện môi trường, tập tục, thói quen sinh hoạt và điều kiện kinh tế có ảnh hưởng đến tần suất nhiễm H. pylori. [4,5]. Với đồng bào dân tộc tại Đắk Lắk, do điều kiện giao thông khá phát triển, sống gần gũi người Kinh, nhưng điều kiện vệ sinh ngoại cảnh chưa tốt... vì vậy, đây có thể là một trong yếu tố làm tăng tỷ lệ nhiễm H. pylori cao hơn so với đồng bào dân tộc tại Lào Cai.

4.2. Tần suất nhiễm H. pylori và đặc điểm MBH trong các bệnh lý dạ dày người dân tộc

Dựa trên các kết quả về nội soi và mô bệnh học, chúng tôi đã phân lập ra các mặt bệnh khác

nhau ở những người đã tham gia tình nguyện trong nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu trong bảng 3.3 cho biết: Tỷ lệ nhiễm H. pylori trong loét DDTT chiếm (60,7%), cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,001$) so với tỷ lệ nhiễm H. pylori trong VDDM (37,7%). Như vậy, có liên quan chặt chẽ giữa tần suất nhiễm H. pylori với tỷ lệ loét DDTT. Nghiên cứu của Lê Quang tâm ở người trưởng thành Ê-Đê (Đắk Lắk) cho biết tần suất nhiễm H. pylori chiếm tỷ lệ tương đương (60,4%) với nghiên cứu của chúng tôi trên bệnh nhân có loét dạ dày-tá tràng

Thông thường có mối liên quan thuận giữa mức độ tổn thương dạ dày, mô bệnh học và tần suất nhiễm H. pylori. Trong nghiên cứu (bảng 3.2) cho biết tần suất nhiễm H. pylori ở người Ê Đê chiếm tỷ lệ khá cao (51,4%) so với người dân tộc khác. Tuy nhiên, khi phân tích đặc điểm mô bệnh học (bảng 3.4) lại thấy có sự trái ngược. Kết quả cho biết: mức độ viêm dạ dày (theo thang điểm Sydney cập nhật), mức độ viêm teo (atrophy) và dị sản ruột ở người Ê Đê thấp hơn so với người dân tộc khác ($p < 0,05$) trong cùng một nghiên cứu và khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$) so với nghiên cứu của người Kinh. Các nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy: yếu tố gen của H. pylori, yếu tố vật chủ và môi trường có liên quan chặt chẽ đến mức độ tổn thương ở dạ dày-tá tràng [4,5,8]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tỷ lệ nhiễm và các yếu tố độc lực của H. pylori với bệnh lý dạ dày

- Tần suất nhiễm H. pylori ở người dân tộc chiếm 38% và có xu hướng tăng dần theo tuổi
- Tỷ lệ nhiễm H. pylori ở tỉnh Đắk Lắk (51%) cao hơn có ý nghĩa ($p = 0,001$) so với tỷ lệ nhiễm H. pylori ở tỉnh Lào Cai.
- Tỷ lệ nhiễm H. pylori trong loét DDTT chiếm (60,7%), cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,001$) so với tỷ lệ nhiễm H. pylori trong VDDM (37,7%).
- Mức độ viêm dạ dày (theo thang điểm Sydney cập nhật), mức độ viêm teo (atrophy) và dị sản ruột ở người Ê Đê thấp hơn so với người dân tộc khác ($p < 0,05$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quang Tâm** . Viêm loét dạ dày tá tràng và nhiễm *Helicobacter pylori* trên bệnh nhân dân tộc Ê Đê tại bệnh viện tỉnh Đắk Lắk. Luận văn Thạc sỹ Y học – TP Hồ Chí Minh (2011)
2. **Lê Thọ** . Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em vùng Tây nguyên, Việt Nam. Luận án Tiến sỹ Y học- Đại học Y Hà Nội (2014)
3. **Goh Goh KL**, Cheah PL, Md N, Quek KF, Parasakthi N. Ethnicity and *H. pylori* as risk factors for gastric cancer in Malaysia: A prospective case control study. *Am J Gastroenterol* 2007; 102(1): 40-5.
4. **Uemu Uemura N**, Okamoto S, Yamamoto S. *H. pylori* infection and the development of gastric cancer. *Keio J Med* 2002; 51 Suppl 2: 63-8.
5. **Yamaoka Y**. Mechanisms of disease: *Helicobacter pylori* virulence factors. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2010; 7(11): 629-41.
6. **Nguyen TL**, Uchida T, Tsukamoto Y, et al. *Helicobacter pylori* infection and gastroduodenal diseases in Vietnam: a cross-sectional, hospital-based study. *BMC Gastroenterol* 2010; 10: 114.
7. **Yama Yamaoka Y**, Osato MS, Sepulveda AR, et al. Molecular epidemiology of *Helicobacter pylori*: separation of *H. pylori* from East Asian and non-Asian countries. *Epidemiol Infect* 2000; 124(1): 91-6.
8. **Qabandi A.A.**, Mustafa A.S, Siddique I. et al. Distribution of *vacA* and *cagA* genotypes of *Helicobacter pylori* in Kuwait. *Acta Tropica* 2005; 93, pp. 283-8.

VẬN ĐỘNG THỂ LỰC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THAI PHỤ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NAM ANH, BÌNH DƯƠNG, 2019

Võ Thị Kim Anh*, Trần Mạnh Hà**

TÓM TẮT²¹

Mở đầu: Xác định mức độ vận động thể lực (VĐTL) và một số yếu tố liên quan đến mức độ VĐTL ở phụ nữ mang thai đến khám tại bệnh viện Đa khoa Nam Anh, Bình Dương. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 277 thai phụ đến khám tại bệnh viện Đa khoa Nam Anh từ tháng 12/2018-05/2019, đánh giá mức độ VĐTL của bệnh nhân theo công cụ đánh giá vận động thể lực chuẩn hóa PPAQ (Pregnancy Physical Activity Questionnaire). **Kết quả:** Tổng cường độ VĐTL của thai phụ là 139,1 (109,6 – 178,8) MET-h/tuần. Trong 4 nhóm hoạt động, VĐTL dành cho công việc nhiều nhất (52,5%) và cường độ VĐTL đạt 75,3 (56,0 – 113,4) MET-h/tuần, tiếp theo là dành cho việc nhà (33,5%) đạt cường độ VĐTL là 39,4 (28,0 – 52,2) MET-h/tuần. Chỉ một số ít thai phụ hoạt động trong đi lại và giải trí/thể dục với tỷ lệ lần lượt là 12,7% và 1,3%. Tỷ lệ thai phụ đạt mức VĐTL đủ theo khuyến nghị của WHO (≥ 150 phút/tuần luyện tập ngoài trời với cường độ trung bình hoặc ≥ 75 phút/tuần với cường độ mạnh) chưa cao với 64,3%. Một số yếu tố có liên quan đến mức độ VĐTL của thai phụ bao gồm ngành nghề, nhóm tuổi hay tình trạng thai kỳ. **Kết luận:** Mức độ VĐTL của thai phụ chưa cao, cần truyền thông sức khỏe, tư vấn

và đề xuất các giải pháp hỗ trợ nâng cao VĐTL cho thai phụ tại Bình Dương.

Từ khóa: vận động thể lực, phụ nữ mang thai, bệnh viện đa khoa Nam Anh.

SUMMARY

PHYSICAL ACTIVITY LEVEL AND SOME RELATED FACTORS OF PREGNANT WOMEN AT NAM ANH GENERAL HOSPITAL, BINH DUONG, 2019

Objectives: Determined physical activity level and some related factors of pregnant women at Nam Anh General Hospital, 2019. **Methods:** Cross-sectional descriptive study performed on 277 pregnant women at Nam Anh General Hospital from 12/2018 to 05/2019, assessing the level of physical activity of patients with the physical exercise assessment tool PPAQ Pregnancy Physical Activity Questionnaire. **Results:** The total intensity of physical activity of pregnant women was 139.1 (109.6 - 178.8) MET-h / week. Among the 4 activity groups, physical activity is the most for work (52.5%) and intensity is 75.3 (56.0 - 113.4) MET-h / week, followed by work houses (33.5%) reached the intensity of 39.4 (28.0 - 52.2) MET-h / week. Only a small number of women are active in travel and recreation / physical education, with 12.7% and 1.3% respectively. The proportion of pregnant women who achieved adequate physical activity as recommended by the WHO (≥ 150 minutes / week of outdoor exercise with moderate intensity or ≥ 75 minutes / week of high intensity) was not high with

*

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

64.3% . Some factors that are related to the level of physical activity of a pregnant woman include industry, age group or pregnancy status.

Keywords: physical activity, pregnant women, Nam Anh General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ít VĐTL là một trong những yếu tố quan trọng làm tăng nguy cơ mắc các bệnh mãn tính, đây là vấn đề sức khỏe cộng đồng trong thế kỷ 21 [8]. Ở phụ nữ mang thai, ít vận động thể lực là xu hướng chung có thể dẫn đến tăng cân quá mức, các bệnh lý của thai kỳ như đái tháo đường thai kỳ, sinh non, sinh con nhẹ cân, gặp khó khăn trong chuyển dạ và quá trình hồi phục sau sinh chậm hơn [9]. Tuy nhiên, VĐTL để phòng ngừa các bệnh mãn tính khó đạt được trên toàn dân nói chung và đặc biệt là ở phụ nữ mang thai [1, 2], [3]. Đánh giá mức độ VĐTL là cần thiết giúp ích trong thực hành chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ mang thai cũng như đề xuất giải pháp can thiệp hỗ trợ tăng cường vận động thể lực cho phụ nữ mang thai, nhưng hiện nay các nhà nghiên cứu cũng như các bác sĩ lâm sàng chưa thực sự quan tâm đến vấn đề này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: mô tả mức độ VĐTL và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai đến khám tại bệnh viện Đa khoa Nam Anh, Bình Dương, 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Phụ nữ mang thai đến khám thai tại bệnh viện đa khoa Nam Anh, tỉnh Bình Dương trong thời gian từ tháng 12/2018 đến tháng 5/2019.

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

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức:

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

$Z = 1,96$ là trị số phân phối chuẩn, với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$ là xác suất sai lầm loại 1; $d = 0,05$ là sai số cho phép; $p = 0,236$ là tỷ lệ thai phụ VĐTL đáp ứng khuyến nghị của WHO ước tính theo nghiên cứu của Hồ Thị Như Ý [3], do đó nghiên cứu khảo sát 277 thai phụ.

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện liên tục, tất cả thai phụ đến khám thỏa các tiêu chí chọn mẫu được tiếp cận, thông tin và xin chấp thuận tham gia nghiên cứu, sau khi chấp thuận,

họ sẽ được mời vào nghiên cứu, quá trình này thực hiện liên tục cho đến khi đủ số lượng mẫu.

Thu thập số liệu

- Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân theo bộ câu hỏi cấu trúc soạn sẵn đã xây dựng với sự kết hợp giữa công cụ đánh giá vận động thể lực được chuẩn hóa PPAQ (Pregnancy Physical Activity Questionnaire) [4] được dịch từ nguyên bản tiếng Anh sang tiếng Việt và thu thập các thông tin về một số đặc điểm của thai phụ.

Tiêu chuẩn đánh giá mức độ vận động thể lực
Đánh giá vận động thể lực của bệnh nhân theo 3 mức độ (nhẹ, vừa, nặng) dựa trên công cụ PPAQ [4]:

- Hoạt động tĩnh tại: tổng cường độ vận động trong tuần của các câu C8, C9, C10, C19, C29.

- Hoạt động cường độ nhẹ: tổng cường độ vận động trong tuần của các câu C1, C2, C4, C12, C13, C14, C16, C31 và C27, C28 (nếu cường độ vận động của C27 và C28 $\leq 2,9$ METs).

- Hoạt động cường độ trung bình: tổng cường độ vận động trong tuần của các câu C3, C5, C6, C7, C11, C15, C17, C20, C21, C24, C25, C26, C30, C32, C33 và C27, C28 (nếu cường độ vận động $3 \leq C27$ và $C28 \leq 6,0$ METs).

- Hoạt động cường độ mạnh: là biến số định lượng, được tính bằng tổng cường độ vận động trong tuần của các câu C18, C22, C23 và C27, C28 (nếu cường độ vận động của C27 và C28 $\geq 6,0$ METs)..

- Vận động thể lực đáp ứng khuyến nghị: VĐTL ngoài trời ≥ 150 phút/tuần (2,5h/tuần) ở cường độ trung bình hoặc ≥ 75 phút/tuần (1,25h/tuần) ở cường độ mạnh (theo khuyến nghị vận động cho người trưởng thành của WHO).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm tuổi: tỷ lệ nhóm 26-35 tuổi cao nhất (55,2%), tiếp đến là 18-25 tuổi (32,5%) và 36-44 tuổi (12,3%).

Đặc điểm trình độ học vấn: hầu hết học văn trung học phổ thông (45,9%) và trên THPT (37,2%), tỷ lệ trung học cơ sở hoặc dưới trung học cơ sở thấp (17,0%).

Đặc điểm nghề nghiệp chính: đa phần là công nhân (33,9%) hoặc cán bộ nhân viên (28,2%), nội trợ là 13,7% và nghề tự do khác 24,2%.

Đặc điểm thai kỳ: hầu hết thai phụ được khảo sát mang thai 3 tháng giữa thai kỳ (53,1%), tiếp đến là 3 tháng cuối thai kỳ (27,4%) và 3 tháng đầu thai kỳ (19,5%).

Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng trước khi mang thai: có 8,7% thừa cân/béo phì, 86,3% có

cân nặng bình thường và 5,0% thiếu cân.

Đặc điểm bệnh lý kèm theo: có 2,5% mắc đái tháo đường thai kỳ.

Cường độ và mức độ vận động thể lực của thai phụ

Bảng 1. Cường độ vận động thể lực theo 4 nhóm hoạt động của thai phụ trong tuần (n=277)

Đặc tính (MET-h/tuần)	Trung vị (Khoảng tứ phân vị)	Tỷ lệ (%)
Hoạt động trong công việc	75,3 (56,0 – 113,4)	52,5
Hoạt động trong việc nhà	39,4 (28,0 – 52,2)	33,5
Hoạt động trong đi lại	16,8 (5,6 – 33,6)	12,7
Hoạt động trong giải trí/thể dục	1,6 (0,0 – 3,1)	1,3
Tổng các hoạt động	139,1 (109,6 – 178,8) MET-h/tuần	

Trong 1 tuần, hoạt động trong công việc chiếm ưu thế nhất trong 4 nhóm hoạt động với 52,5% trong công việc và cường độ VDTL là 75,3 (56 – 113,4) MET-h/tuần, tiếp theo đó là hoạt động làm việc nhà với 33,5% đạt cường độ vận động 39,4 (28 – 52,2) MET-h/tuần. Bên cạnh đó, chỉ một số ít thai phụ hoạt động trong đi lại và giải trí/thể dục với tỷ lệ lần lượt là 12,7% và 1,3%. Tổng cường độ hoạt động thể lực của các thai phụ có điểm trung bình là 139,1 (109,6 – 178,8) MET-h/tuần.

Bảng 2. Cường độ vận động thể lực theo 4 mức độ hoạt động của thai phụ trong tuần (n=277)

Đặc tính (MET-h/tuần)	Trung vị (Khoảng tứ phân vị)	Tỷ lệ (%)
Hoạt động tĩnh tại	81,0 (36,1 – 94,7)	48,7
Hoạt động cường độ nhẹ	53,6 (34,0 – 93,5)	44,3
Hoạt động cường độ trung bình	5,3 (0,0 – 9,1)	6,6
Hoạt động cường độ mạnh	0,0 (0,0 – 0,0)	0,2
Tổng các hoạt động	139,1 (109,6 – 178,8) MET – h/tuần	

Trong 1 tuần, việc thai phụ tham gia vào 4 mức cường độ VDTL cho thấy đóng góp nhiều nhất là hoạt động tĩnh tại với 48,7% và cường độ đạt 81,0 (36,1 – 94,7) MET-h/tuần, kế đến là hoạt động cường độ nhẹ chiếm 44,3%, cường độ 53,6 (34,0 – 93,5) MET-h/tuần, phần còn lại đóng góp vào hoạt động trung bình và mạnh lần lượt là 6,6% và 0,2%. Tổng cường độ vận động của thai phụ trong 1 tuần là 139,1 (109,6 – 178,8) MET-h/tuần.

Bảng 3. Tỷ lệ vận động thể lực đáp ứng đủ theo khuyến nghị của WHO (n=277)

Đáp ứng VDTL theo khuyến nghị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	178	64,3
Không	99	35,7
Tổng cộng	277	100

Tỷ lệ thai phụ đạt được mức VDTL đủ theo khuyến nghị của WHO (≥ 150 phút/tuần luyện tập ngoài trời với cường độ trung bình hoặc ≥ 75 phút/tuần với cường độ mạnh) chưa cao với 64,3%.

Một số đặc điểm của thai phụ liên quan đến vận động thể lực

Bảng 4. Một số đặc điểm của thai phụ liên quan đến mức độ VDTL

Đặc tính dân số xã hội		Vận động thể lực				p	OR (KTC 95%)
		Đủ (n= 178)		Không đủ (n=99)			
		SL	%	SL	%		
Nhóm tuổi*	18 – 25 tuổi	46	51,1	44	48,9		1
	26 – 35 tuổi	108	70,6	45	29,4	0,003	2,30 (1,34 – 3,94)
	36 – 44 tuổi	24	70,6	10	29,4	0,054	2,30 (0,99 – 5,35)
Trình độ	≤ Tiểu học	5	83,3	1	16,7		1

học vấn	THCS	27	65,9	14	34,2	0,405	0,39 (0,04 – 3,63)
	PTTH	80	63,0	47	37,0	0,332	0,34 (0,04 – 3,00)
	Trên PTTH	66	64,1	37	35,9	0,355	0,36 (0,04 – 3,170)
Nghề nghiệp	Công nhân	53	56,4	41	43,6		1
	Nội trợ	22	57,9	16	42,1	0,874	1,06 (0,50 - 2,28)
	CBVC	52	66,7	26	33,3	0,170	1,55 (0,83 - 2,88)
	Lao động tự do	51	76,1	16	23,9	0,011	2,47 (1,23 - 4,94)
Giai đoạn thai kỳ	Ba tháng đầu	38	70,4	16	29,6		1
	Ba tháng giữa	100	68,0	47	40,0	0,751	0,90 (0,45 - 1,77)
	Ba tháng cuối	40	52,6	36	47,4	0,044	0,47 (0,22 - 0,98)
Tình trạng dinh dưỡng	Bình thường	154	64,4	85	35,6		1
	Thiếu cân	8	57,1	6	42,8	0,582	1,36 (0,46 - 4,05)
	Thừa cân	16	66,7	8	33,3	0,558	1,50 (0,39 - 5,83)
ĐTĐ thai kỳ	Không	172	63,7	98	36,3		1
	Có	6	85,7	1	14,3	0,230	3,42 (0,40 - 158,8)

* **Phân tích có tính khuynh hướng**

Tỷ lệ vận động thể lực đủ ở thai phụ trong độ tuổi từ 26 – 35 tuổi là 70,6% cao hơn so với nhóm thai phụ trong độ tuổi từ 18 – 25 tuổi là 51,1% ($p < 0,05$; OR=2,30; KTC95%: 1,34 – 3,94).

Không có khác biệt về tỷ lệ VDTL đủ theo học vấn của thai phụ ($p > 0,05$).

Tỷ lệ vận động thể lực đủ ở thai phụ có nghề nghiệp lao động tự do (thợ may, thợ mộc, uốn tóc...) là 76,1% cao hơn so với nhóm thai phụ có nghề nghiệp công nhân là 56,4% ($p < 0,05$; OR=2,47; KTC 95%: 1,23 - 4,94).

Tỷ lệ vận động thể lực đủ ở thai phụ có thời gian mang thai 3 tháng cuối thai kỳ là 52,6% thấp hơn so với nhóm thai phụ có thời gian mang thai 3 tháng đầu thai kỳ là 70,4% ($p < 0,05$; OR=0,47; KTC 95%: 0,22 - 0,98).

Không có khác biệt về tỷ lệ VDTL đủ theo khuyến nghị của WHO theo tình trạng dinh dưỡng trước khi mang thai.

IV. BÀN LUẬN

Mức độ vận động thể lực của bệnh nhân

Trong nghiên cứu, kết quả hoạt động trong công việc chiếm ưu thế nhất trong 4 nhóm hoạt động với 52,5% và với cường độ VDTL là 75,3 (56 – 113,4) MET-h/tuần, tiếp theo đó là hoạt động làm việc nhà với 33,5% đạt 39,4 (28 – 52,2) MET-h/tuần. Bên cạnh đó, chỉ một số ít thai phụ hoạt động trong đi lại và giải trí/thể dục với tỷ lệ lần lượt là 12,7% và 1,3%. Một nghiên cứu ở Mỹ cho thấy hoạt động chủ yếu trong thời kỳ mang thai là làm việc nhà/chăm sóc gia đình, chiếm từ 56% đến 60% trong tổng số các hoạt

động, trong khi đó thể thao/tập thể dục chiếm tỷ lệ thấp nhất với 10% [5]. Đây là điều dễ hiểu do sự khác biệt trong văn hóa, phong tục tập quán và trình độ kinh tế xã hội giữa các vùng miền.

Khi phân tích theo mức độ VDTL, kết quả cho thấy thai phụ tham gia hoạt động tĩnh tại với 48,7% và cường độ đạt 81,0 (36,1 – 94,7) MET-h/tuần, kể đến là hoạt động cường độ nhẹ chiếm 44,3%, cường độ 53,6 (34,0 – 93,5) MET-h/tuần, phần còn lại đóng góp vào hoạt động trung bình và mạnh lần lượt là 6,6% và 0,2%. Tổng cường độ hoạt động thể lực của các thai phụ có điểm trung bình là 139,1 (109,6 – 178,8) MET-h/tuần, có thể thấy cường độ VDTL ở thai phụ trong nghiên cứu thấp. Ngày nay, sự phát triển của các phương tiện đi lại và các máy móc trong hoạt động sản xuất làm giảm cường độ VDTL của người dân nói chung và đặc biệt ở nhóm đối tượng phụ nữ mang thai, trong bối cảnh sự phát triển về mặt xã hội, dường như phụ nữ mang thai được chăm sóc đầy đủ và tốt hơn nhiều, thường ít phải vận động để tránh hạn chế ảnh hưởng đến thai nhi, tuy nhiên đây cũng là quan điểm sai lầm, bởi vì phụ nữ mang thai ít vận động thể lực có nhiều ảnh hưởng không tốt đến quá trình sinh sản cũng như sức khỏe của bà mẹ và của trẻ sau này [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ VDTL của thai phụ thấp hơn so với một số nghiên cứu trước trên thế giới [6], [7].

Trong nghiên cứu, tỷ lệ thai phụ trong nghiên cứu đạt được mức VDTL đủ theo khuyến nghị của WHO (≥ 150 phút/tuần luyện tập ngoài trời với cường độ trung bình hoặc ≥ 75 phút/tuần với cường độ mạnh) là thấp với 64,3%, mặc dù vậy

kết quả này vẫn cao hơn so với nghiên cứu của Cao Hoàng Hương Trang tại Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản Tp.HCM, tỷ lệ VDTL đáp ứng khuyến nghị chỉ là 37,1% [2], hay nghiên cứu của Lê Thị Thanh Hiền ở bệnh viện đa khoa khu vực Hóc Môn, tỷ lệ này là 58,3%, hay nghiên cứu của Hồ Thị Như Ý tại Trung tâm Y tế huyện Trảng Bàng, tỷ lệ này chỉ đạt 23,6% [1],[3]. Khi mang thai các thai phụ có nhiều hạn chế trong vận động, trong bối cảnh điều kiện phát triển khoa học hiện nay khiến việc thực hiện các khuyến nghị về VDTL khó đạt được mục tiêu, đặc biệt ở đối tượng phụ nữ mang thai vì họ thường e ngại những ảnh hưởng không tốt đến thai nhi do quá trình vận động mạnh gây ra, hoặc do ảnh hưởng của cân nặng khi mang thai khiến họ hạn chế các hoạt động hằng ngày.

Một số đặc điểm của thai phụ liên quan đến vận động thể lực

Kết quả cho thấy tỷ lệ vận động thể lực đủ ở thai phụ trong độ tuổi từ 26 – 35 tuổi là 70,6% cao hơn nhiều so với nhóm độ tuổi từ 18 – 25 tuổi là 51,1% ($p < 0,05$; $OR = 2,30$; $KTC95\%: 1,34 - 3,94$). Thông thường phụ nữ mới sinh lần đầu, trẻ tuổi thường được chăm sóc thai kỳ kỹ lưỡng và họ thường phải hạn chế các hoạt động thể lực do chưa có kinh nghiệm trong sinh đẻ, e sợ những bất lợi đến thai nhi do vận động mạnh. Có lẽ đó là lý do thai phụ trẻ tuổi (18-25 tuổi) trong nghiên cứu của chúng tôi có mức độ VDTL thấp hơn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hồ Thị Như Ý, thai phụ từ 18 – 25 tuổi dành nhiều thời gian cho hoạt động tĩnh tại trong khi đó thai phụ từ 26 – 35 tuổi chủ yếu hoạt động cường độ nhẹ ($p < 0,05$) [3].

Đối với yếu tố nghề nghiệp, tỷ lệ VDTL đủ ở thai phụ có nghề nghiệp lao động tự do (thợ may, thợ mộc, uốn tóc...) cao hơn so với nhóm nghề nghiệp công nhân ($p < 0,05$; $OR = 2,88$; $KTC95\%: 1,36 - 6,13$). Có thể lý giải rằng công nhân thường phải đứng hoặc ngồi làm một chỗ theo dây chuyền sản xuất, do đó ít có điều kiện đi lại, còn những công việc tự do thì phải di chuyển nhiều. Điều này tương tự trong nghiên cứu của Hồ Thị Như Ý, những thai phụ có nghề nghiệp làm công nhân có thời gian hoạt động tĩnh tại là cao nhất với $p < 0,001$ [3].

Theo đặc điểm về thời kỳ mang thai, kết quả cho thấy tỷ lệ vận động thể lực đủ ở thai phụ có thời gian mang thai 3 tháng cuối thai kỳ là 52,6% thấp hơn so với nhóm thai phụ có thời

gian mang thai 3 tháng đầu thai kỳ là 70,4% ($p < 0,05$; $OR = 0,47$; $KTC95\%: 0,22 - 0,98$).

V. KẾT LUẬN

Tổng cường độ hoạt động thể lực của các thai phụ có điểm trung bình là 139,1 (109,6 – 178,8) MET-h/tuần. Trong 4 nhóm hoạt động, VDTL dành cho công việc nhiều nhất (52,5%) và cường độ VDTL đạt 75,3 (56,0 – 113,4) MET-h/tuần, tiếp theo là dành cho việc nhà (33,5%) đạt cường độ VDTL là 39,4 (28,0 – 52,2) MET-h/tuần. Chỉ một số ít thai phụ hoạt động trong đi lại và giải trí/thể dục với tỷ lệ lần lượt là 12,7% và 1,3%. Tỷ lệ thai phụ đạt được mức VDTL đủ theo khuyến nghị của WHO (≥ 150 phút/tuần luyện tập ngoài trời với cường độ trung bình hoặc ≥ 75 phút/tuần với cường độ mạnh) chưa cao với 64,3%. Một số yếu tố có liên quan đến mức độ VDTL của thai phụ bao gồm ngành nghề, nhóm tuổi hay tình trạng thai kỳ.

Mức độ VDTL của thai phụ chưa cao, cần truyền thông sức khỏe, tư vấn và đề xuất các giải pháp hỗ trợ nâng cao VDTL cho thai phụ tại Bình Dương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Lê Thị Thanh Hiền (2016)** Tỷ lệ vận động thể lực ở thai phụ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Hóc Môn năm 2016, Luận văn tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công cộng, Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 33 - 38.
- 2. Cao Hoàng Hương Trang (2015)** Tỷ lệ vận động thể lực của thai phụ đến khám tại Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe sinh sản TP.HCM, Luận văn tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công cộng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr. 26-27.
- 3. Hồ Thị Như Ý (2017)** Tỷ lệ vận động thể lực ở thai phụ và các yếu tố liên quan tại huyện Trảng Bàng, tỉnh Tây Ninh, năm 2018, Khóa luận Tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công cộng, Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
- 4. CHASAN-TABER L., SCHMIDT M.D., ROBERTS D.E., et al. (2004)** "Development and validation of a pregnancy physical activity questionnaire". *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 36 (10), 1750-1760.
- 5. Lynch K.E., Landsbaugh J.R., Whitcomb B.W., et al. (2012)** "Physical Activity of Pregnant Hispanic Women". *American journal of preventive medicine*, 43 (4), pp. 434-439.
- 6. Okesene-Gafa K., Chelimo C., Chua S., et al. (2016)** "Knowledge and beliefs about nutrition and physical activity during pregnancy in women

from South Auckland region, New Zealand". Aust N Z J Obstet Gynaecol, 56 (5), pp. 471-483.

7. Santos P.C., Abreu S., Moreira C., et al. (2016) "Physical Activity Patterns During Pregnancy in a Sample of Portuguese Women: A Longitudinal Prospective Study". Iran Red Crescent Med J, 18 (3), e22455.

8. World Health Organization (2012) Physical Inactivity: A Global Public Health Problem. Physical Inactivity: A Global Public Health Problem.

9. World Health Organization (2017) 10 facts on physical activity, <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/physical-activity>.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ HẠ HUYẾT ÁP CỦA PHENYLEPHRINE GIAI ĐOẠN KHỞI MÊ TRONG PHẪU THUẬT TIM CÓ SỬ DỤNG TUẦN HOÀN NGOÀI CƠ THỂ

Phạm Tuấn Anh**, Lưu Quang Thùy*

TÓM TẮT²²

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng điều trị tụt huyết áp của phenylephrine giai đoạn khởi mê trong phẫu thuật tim mở có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp lâm sàng so sánh trước – sau dùng phenylephrine trên 40 bệnh nhân lớn hơn 16 tuổi phẫu thuật tim tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2018 đến 8/2018. **Kết quả nghiên cứu:** Trong giai đoạn khởi mê, phenylephrine làm tăng huyết áp động mạch trung bình nhiều nhất ở thời điểm T2 (tăng 43,6%) và T3 (tăng 43,5%). Số lần tiêm tĩnh mạch trung bình của phenylephrine trong giai đoạn khởi mê là 1,1 lần, liều phenylephrine sử dụng trung bình là $0,9 \pm 0,3 \mu\text{g/kg}$. **Kết luận:** Trong giai đoạn khởi mê, phenylephrine làm tăng huyết áp động mạch trung bình nhiều nhất ở thời điểm sau tiêm 2-3 phút, sau đó xu hướng giảm dần và duy trì trong giới hạn bình thường.

Từ khóa: phenylephrine, tụt huyết áp, phẫu thuật tim, tuần hoàn ngoài cơ thể

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTS OF PHENYLEPHRINE FOR HYPOTENSION TREATMENT DURING THE EXCITEMENT ANESTHESIA PHASE IN CARDIAC SURGERY USING EXTRACORPOREAL CIRCULATION

*Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Việt Đức

**Bệnh viện E Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Objectives: To evaluate the effects of phenylephrine for hypotension treatment in the excitement anesthesia phase in patients undergoing open - heart surgery using the extracorporeal circulation (ECC). **Methods:** Pre-post clinical interventional study on 40 patients older than 16 years old using phenylephrine undergoing cardiac surgery at Viet Duc Hospital from 1/2018 to 8/2018. **Results:** During the excitement anesthesia phase, phenylephrine helped to increase the mean arterial pressure (MAP) most at T2 (increased by 43.6%) and T3 (increased by 43.5%). The average times of phenylephrine intravenous injections during the excitement phase was 1.1 times, the average dose of phenylephrine was $0.9 \pm 0.3 \mu\text{g} / \text{kg}$. **Conclusions:** During the excitement anesthesia phase, phenylephrine helped to increase the mean arterial pressure (MAP) most at the time of 2-3 minute after injection, then the trend gradually decreased and remained within the normal range.

Keywords: phenylephrine, hypotension, cardiac surgery, extracorporeal circulation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụt huyết áp rất thường gặp khi gây mê mổ tim mở có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể [1]. Hậu quả của tụt huyết áp gây giảm áp lực tưới máu các tạng, làm tăng tỷ lệ tử vong và các biến chứng sau mổ [2]. Trong giai đoạn khởi mê, tụt huyết áp xảy ra thường kèm tăng tần số tim do thuốc mê gây giãn mạch làm giảm sức cản mạch máu dẫn đến thiếu thể tích tuần hoàn (tiền gánh) tương đối. Để nâng huyết áp, có thể truyền dịch, nhưng dễ quá tải dịch gây suy tim mất bù ở bệnh nhân tim mạch, và dùng thuốc co mạch để tăng sức cản mạch máu [3]. Ở giai đoạn khởi mê, vai trò của các thuốc co mạch là hết

sức quan trọng, giúp hạn chế được rất nhiều các đáp ứng sinh lý bất lợi của cơ thể khi tụt huyết áp [4]. Phenylephrin là một thuốc co mạch thường được lựa chọn đầu tay để nâng huyết áp trong khởi mê vì không gây tăng tần số tim và không bị giảm dẫn tác dụng thuốc như ephedrin. Tuy nhiên, ở Việt Nam mới có thuốc này và hiện chưa có nghiên cứu nào được thực hiện ở bệnh nhân phẫu thuật tim mở có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể, đặc biệt ở giai đoạn khởi mê. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá tác dụng điều trị tụt huyết áp của phenylephrine trong giai đoạn khởi mê và giai đoạn chạy tuần hoàn ngoài cơ thể ở bệnh nhân được phẫu thuật tim mở.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu : Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Tuổi > 16 tuổi có chỉ định phẫu thuật tim và sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể. Sau khởi mê có tụt huyết áp $\geq 20\%$ giá trị nền trước lúc khởi mê kèm tần số tim ≥ 60 chu kỳ/phút. Trong tuần hoàn ngoài cơ thể có tụt huyết áp trung bình ≤ 60 mmHg dù lưu lượng bơm $\geq 2,1$ L/phút/m². Không có chống chỉ định với thuốc phenylephrine.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau.

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Gây mê và hồi sức ngoại khoa, khoa phẫu thuật lồng ngực - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2018 tới tháng 8/2018.

2.2.3. Cỡ mẫu: 40 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, lấy mẫu thuận tiện.

2.2.4. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3.1. Các chỉ số tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI, Giới, diện tích da

Đặc điểm chung	Số bệnh nhân
Tuổi (năm)	51,9 $\pm$ 13,1
Giới	19 (nam)/21 (nữ)
Chiều cao (cm)	160,5 $\pm$ 8,2
Cân nặng (kg)	53,7 $\pm$ 7,5
BMI	20,8 $\pm$ 2,4

Nhận xét: Tuổi bệnh nhân phẫu thuật thấp nhất là 24 và cao nhất là 68, độ tuổi của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của tôi tập trung ở nhóm tuổi trung niên. Tỷ lệ nam nữ là tương đương.

Bảng 3.2. Các đặc điểm liên quan đến bệnh tim trước mổ

Đặc điểm		N = 40
EURO Score (điểm) (min – max)		2,8±1,4 (0 - 4)
NYHA (%)	I	7,5
	II	62,5
	III	30,0

Nhận xét: Phân suất tổng máu (EF) trước mổ của tất cả các bệnh nhân đều lớn hơn 45%, phần lớn các bệnh nhân phẫu thuật đều có tình trạng suy tim mức độ vừa (NYHA II).

3.2. Tác dụng điều trị tụt huyết áp của phenylephrine trong giai đoạn khởi mê giai đoạn khởi mê

Bảng 3.3. Thời điểm tụt huyết áp $\geq 20\%$ huyết áp nền sau khi khởi mê

Thời gian	Nhóm nghiên cứu
$\bar{X} \pm SD$ (phút)	7,1 $\pm$ 2,8
Min – Max (phút)	3 – 14

Nhận xét: thời điểm tụt huyết áp trên 20% huyết áp nền sau khi khởi mê của nhóm nghiên cứu là 7,1 $\pm$ 2,8 phút. Có một trường hợp sau khi khởi mê xong đến phút thứ 12 huyết áp mới tụt.

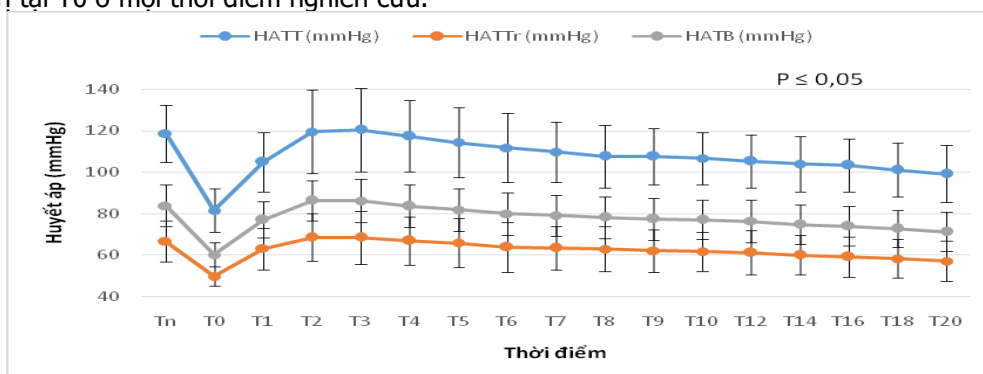
Bảng 3.4. Biến đổi huyết áp động mạch

Thời gian	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)	HATB (mmHg)
Tn	118,6 $\pm$ 13,8	66,6 $\pm$ 10,1	83,8 $\pm$ 10,0
T0	81,5 $\pm$ 10,4	49,7 $\pm$ 5,8	60,1 $\pm$ 4,6
T1	104,9 $\pm$ 14,3*	63,1 $\pm$ 8,8*	77,0 $\pm$ 10,1*
T2	119,5 $\pm$ 20,1*	68,5 $\pm$ 9,7*	86,3 $\pm$ 11,3*
T3	120,5 $\pm$ 20,2*	68,4 $\pm$ 10,6*	86,2 $\pm$ 12,9*
T4	117,3 $\pm$ 17,3*	66,9 $\pm$ 10,3*	83,6 $\pm$ 11,7*
T5	114,3 $\pm$ 16,9*	65,8 $\pm$ 10,4*	81,8 $\pm$ 11,7*
T6	111,8 $\pm$ 16,6*	63,7 $\pm$ 10,1*	79,8 $\pm$ 12,1*

T7	109,7 ± 14,7*	63,4 ± 9,9*	79,2 ± 10,4*
T8	107,6 ± 15,2*	62,8 ± 10,1*	78,2 ± 10,8*
T9	107,6 ± 13,5*	62,0 ± 10,1*	77,4 ± 10,4*
T10	106,7 ± 12,6*	61,7 ± 9,6*	77,0 ± 9,5*
T12	105,3 ± 12,9*	61,1 ± 10,3*	76,3 ± 10,7*
T14	103,9 ± 13,3*	59,9 ± 9,5*	74,6 ± 9,5*
T16	103,3 ± 12,9*	59,1 ± 9,4*	73,9 ± 9,6*
T18	101,1 ± 13,0*	58,2 ± 8,9*	72,7 ± 9,2*
T20	99,1 ± 13,8*	57,0 ± 9,4*	71,2 ± 9,7*

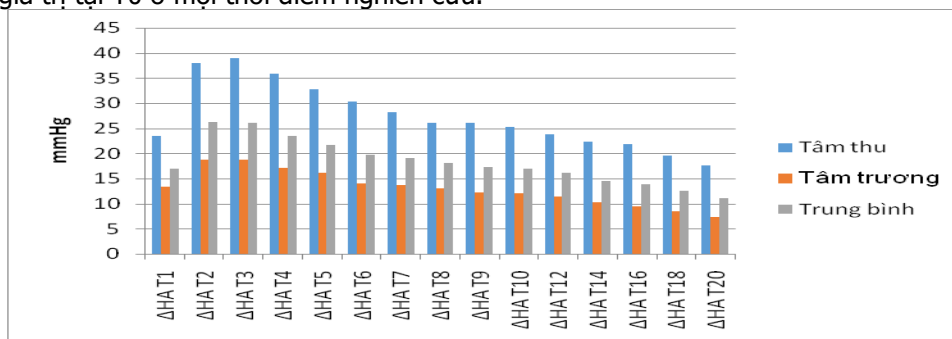
Các giá trị có * tương ứng $p < 0,05$ khi so sánh ở thời điểm nghiên cứu với thời điểm ban đầu T0.

Nhận xét: cả huyết áp động mạch tâm thu, tâm trương và trung bình đều tăng có giá trị thống kê so với giá trị tại T0 ở mọi thời điểm nghiên cứu.



Biểu đồ 3.1. Diễn biến huyết áp động mạch tại các thời điểm nghiên cứu

Nhận xét: cả huyết áp động mạch tâm thu, tâm trương và trung bình đều tăng có giá trị thống kê so với giá trị tại T0 ở mọi thời điểm nghiên cứu.



Biểu đồ 3.2. Chênh lệch huyết áp tâm thu, tâm trương và trung bình so với thời điểm trước tiêm thuốc

Nhận xét: huyết áp tâm thu tăng cao nhất so với trước khi tiêm thuốc ở thời điểm T3 (Δ HA tâm thu trung bình là $39,6 \pm 8,4$ mmHg); huyết áp tâm trương tăng cao nhất so với trước tiêm thuốc ở thời điểm T2 (Δ HA tâm trương trung bình là $18,8 \pm 6,1$); huyết áp trung bình tăng cao nhất so với trước tiêm ở thời điểm T2 (Δ HA trung bình trung bình là $26,2 \pm 6,9$).

Bảng 3.5. Số lần tiêm phenylephrine và tổng liều trung bình cả nhóm

Chỉ tiêu	$\bar{X} \pm SD$ (Min – Max)

Số lần tiêm	1,1 ± 0,3 (1 – 2)
Liều (µg/kg)	0,91 ± 0,28
Tổng liều(µg)	55 ± 15 (50 – 100)

Nhận xét: số lần sử dụng thuốc trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $1,1 \pm 0,3$ (ít nhất là 1 lần, nhiều nhất là 2 lần). Có 5 bệnh nhân trên tổng số 40 bệnh nhân nghiên cứu (12,5%) tái tụt huyết áp sau tiêm phenylephrine lần 1 và được tiêm nhắc lại lần 2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Theo bảng 3.1, tuổi bệnh nhân trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $51,9 \pm 13,1$ tuổi, bệnh nhân trẻ nhất là 24 tuổi và già nhất là 68 tuổi. Tuổi đã được chứng minh là một trong những yếu tố độc lập ảnh hưởng tới huyết áp trong mổ. Bệnh nhân lớn hơn 65 tuổi có nguy cơ tụt huyết áp và huyết áp thấp trong mổ gây nhiều ảnh hưởng lên cơ quan đích hơn nhóm bệnh nhân <65 tuổi [1], [2]. Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân nghiên cứu phần lớn ở độ tuổi trung niên. Về phân bố giới tính, tỷ lệ nam và nữ được phẫu thuật trong nghiên cứu là tương đương nhau. Sự khác biệt về giới tính của bệnh nhân không phải là yếu tố nguy cơ cho tụt huyết áp trong mổ.

Chiều cao trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là: $160,5 \pm 8,2$ cm và cân nặng trung bình là: $53,7 \pm 7,5$ Kg; với BMI trung bình là $20,8 \pm 2,4$ nằm trong giới hạn hằng số bình thường của người Việt Nam (bảng 3.1)[4]. Những bệnh nhân béo phì (BMI >30kg/m²) làm tăng nguy cơ tụt huyết áp, sử dụng thuốc trợ tim, tăng các biến chứng về hô hấp, nhiễm trùng [5]. Tuy nhiên, chỉ số khối cơ thể của nhóm bệnh nhân nghiên cứu dao động trong giới hạn bình thường, không có bệnh nhân nào béo phì với BMI >30kg/m²).

EURO score II (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation II) là thang điểm thường được dùng để đánh giá nguy cơ tử vong sau phẫu thuật tim ở người lớn. Theo Bouma và cộng sự, nghiên cứu trên 50 bệnh nhân thay hoặc sửa van hai lá, những bệnh nhân có EURO score II: 40% nguy cơ tử vong cũng như thời gian sống sau phẫu thuật tim sẽ ngắn lại [6].

NYHA (New York Heart Association): là phân độ suy tim theo hiệp hội tim mạch New York. NYHA sắp xếp các bệnh nhân theo 4 bậc, dựa theo những hạn chế khi có hoạt động thể chất. Theo nghiên cứu của Ishwar Buhkal và cộng sự trên 88 bệnh nhân được phẫu thuật tim có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể thì tỷ lệ tử vong của bệnh nhân sau phẫu thuật là 0% với nhóm bệnh nhân có NYHA I và II trước mổ, tỷ lệ này là 28% với NYHA III và tới 67% với NYHA IV[6].

4.2. Tác dụng điều trị tụt huyết áp của phenylephrine trong giai đoạn khởi mê giai đoạn khởi mê

Một nghiên cứu tổng hợp của D Reich và cộng sự, thực hiện trên 352 bệnh nhân được gây mê toàn thể, có xuất hiện tụt huyết áp trong giai đoạn khởi mê, thì trong đó tới 273 (77,6%)

trường hợp xuất hiện tụt huyết áp từ phút từ 5-10 sau khi khởi mê, chỉ có 22,4% trường hợp tụt huyết áp trong 0-5 phút sau khi khởi mê [7]. Kết quả trong bảng 3.3 thể hiện thời điểm tụt huyết áp cho cảnh báo nghiên cứu của chúng tôi là $7,1 \pm 2,8$ phút, trong đó ca tụt huyết áp sớm nhất là sau khi khởi mê 3 phút và ca tụt huyết áp muộn nhất là sau 14 phút. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của nhóm tác giả trên.

Theo bảng 3.4, sau khi sử dụng thuốc phenylephrine, huyết áp động mạch tăng lên. Thời điểm tăng nhiều nhất là T2-T3 (phút thứ 2 tới phút thứ 3 sau khi tiêm thuốc). Tại mọi thời điểm trong nghiên cứu sau tiêm thuốc, huyết áp đều tăng có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước khi tiêm (cả huyết áp động mạch tâm thu, tâm trương và trung bình với $p < 0,05$).

*Thời điểm T2: Huyết áp trung bình nhóm nghiên cứu tăng 43,6%

*Thời điểm T3: Huyết áp trung bình nhóm nghiên cứu tăng 43,5%

*Sau thời điểm T5, huyết áp trung bình xu hướng giảm dần, nhưng vẫn luôn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước khi tiêm thuốc. Và duy trì ở giới hạn an toàn, không gây nguy hiểm cho bệnh nhân.

Theo biểu đồ 3.1, có 33/40 bệnh nhân (82,5%) tăng huyết áp tối đa trên 20% giá trị huyết áp trước khi tiêm phenylephrine, tỷ lệ này là 37/40 bệnh nhân (92,5%) đối với huyết áp tâm trương. Chỉ có 1 bệnh nhân có chênh lệch tối đa huyết áp <10% huyết áp trước tiêm thuốc, và chỉ xảy ra với huyết áp tâm thu. Sự khác biệt này có thể do phenylephrine là một thuốc co mạch tác động chủ yếu lên thụ thể alpha 1 gây co mạch, tăng huyết áp, trong đó chủ yếu là tăng huyết áp tâm trương do tăng trở kháng mạch máu.

Điều này phản ánh tác dụng tăng huyết áp của thuốc: tăng trên 20% huyết áp trung bình ở 90% bệnh nhân nghiên cứu sau khi tiêm thuốc.

Theo biểu đồ 3.2, chênh lệch huyết áp tâm thu nhiều nhất so với trước khi tiêm thuốc ở thời điểm T3, chênh lệch huyết áp tâm trương nhiều nhất so với trước khi tiêm thuốc ở thời điểm T2. Sau đó giảm dần nhưng huyết áp trung bình vẫn luôn cao hơn giá trị trước tiêm tối thiểu là 11,1 mmHg ở thời điểm T20.

Nghiên cứu của A. F. Kalmar và cộng sự năm 2018 thấy rằng chênh lệch huyết áp trung bình sau 5 phút (Δ HATB T5) so với trước khi tiêm là

34mmHg, cao hơn của chúng tôi (21,7mmHg). Điều này có thể do trong nghiên cứu trên, các tác giả đã sử dụng liều phenylephrine (2µ/kg) cao hơn của chúng tôi[8].

Sau khi hết tác dụng co mạch phản ứng tại các vùng không bị ức chế của thuốc thì một số trường hợp bị tụt huyết áp trở lại, đây là tình trạng tái tụt huyết áp. Tái tụt huyết áp là tình trạng bệnh nhân có tụt huyết áp trước đó mà đã được nâng huyết áp về mức bình thường bằng thuốc co mạch. Theo bảng 3.5, trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân chiếm 12,5% tổng số bệnh nhân xuất hiện tái tụt huyết áp sau tiêm phenylephrine lần 1 và cần được tiêm nhắc lại lần 2.

Nghiên cứu của M. Cannesson và cộng sự năm 2012 đã chỉ ra rằng tác dụng của phenylephrine rất phụ thuộc vào liều thuốc, liều càng cao thì tác dụng lên huyết áp càng mạnh và kéo dài [9].

V. KẾT LUẬN

- Trong giai đoạn khởi mê, phenylephrine làm tăng huyết áp động mạch trung bình nhiều nhất ở thời điểm T2(tăng 43,6%) và T3 (tăng 43,5%).

- Số lần tiêm tĩnh mạch trung bình của phenylephrine trong giai đoạn khởi mê là 1,1 lần, liều phenylephrine sử dụng trung bình là 0,9 ± 0,3 µg/kg.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. N. I. O. A. A. (UK) (2017). Intraoperative Hypotension in Elder Patients (IHypE): An

Observational Study of Intraoperative Hypotension in patients aged over 65 in UK Hospitals.

2. I Friedrich, A Simm, J Kotting et al (2009). Cardiac surgery in the elderly patient. Dtsch Arztebl Int, 106 (25), 416-422.
3. J Bijker, W Klei, T Kappen et al (2007). Incidence of intraoperative hypotension as a function of the chosen definition: literature definitions applied to a retrospective cohort using automated data collection. Anesthesiology, 107(2), 213-220.
4. Nhà xuất bản Y học, Các giá trị sinh học người Việt nam bình thường thập kỷ 90- thế kỷ XX 14-20, 122-123.
5. Nguyễn Thụy (2014). Huyết áp động mạch. Bài giảng gây mê hồi sức, 1(8), 78-81.
6. I Ahmed, C House, W Nelson (2009). Predictors of inotrope use in patients undergoing concomitant coronary artery bypass graft (CABG) and aortic valve replacement (AVR) surgeries at separation from cardiopulmonary bypass (CPB). J Cardiothorac Surg, 4(1),
7. D Reich, S Hossain, M Krol et al (2005). Predictors of hypotension after induction of general anesthesia. Anesth Analg, 101(3), 622-628, table of contents.
8. A Kalmar, S Allaert, P Pletinckx et al (2018). Phenylephrine increases cardiac output by raising cardiac preload in patients with anesthesia induced hypotension. J Clin Monit Comput,
9. M Cannesson, Z Jian, G Chen et al (2012). Effects of phenylephrine on cardiac output and venous return depend on the position of the heart on the Frank-Starling relationship. J Appl Physiol (1985), 113(2), 281-289.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG LỘ TUYẾN CỔ TỬ CUNG BẰNG THỦ THUẬT LEEP TẠI TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT TỈNH BẮC NINH

Đặng Đình Thảo¹, Phạm Mỹ Hoài², Hoàng Thị Ngọc Trâm²,
Bùi Thị Thu Hương², Nguyễn Thị Bình²,
Nguyễn Thị Hồng², Nguyễn Thị Tú Quỳnh³

TÓM TẮT²³

¹Trung tâm kiểm soát bệnh tật Tỉnh Bắc Ninh

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

³Bệnh viện đa khoa Tỉnh Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Đình Thảo

Email: dangdinhthao68@gmail.com

Thủ thuật LEEP là phương pháp cắt cụt cổ tử cung hình nón nhằm lấy được vùng chuyển tiếp. Bộ Y tế khuyến cáo thủ thuật LEEP được áp dụng để điều trị

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

lộ tuyến cổ tử cung. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị lộ tuyến cổ tử cung bằng thủ thuật LEEP. **Đối tượng:** 105 phụ nữ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được điều trị bằng LEEP. **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tiến cứu, theo dõi dọc. **Kết quả:** Tuổi trung bình $39,7 \pm 7,3$. Lý do khám bệnh chủ yếu là ra khí hư chiếm 84,8%. Soi cổ tử cung lộ tuyến cổ tử cung chiếm 81,9%, đường kính tổn thương từ 2-3cm chiếm 45,7%. Thời gian thủ thuật trung bình $6,6 \pm 1,8$ phút. Tỷ lệ thành công 92,4%, thất bại 7,6%.

Từ khóa: Soi cổ tử cung, LEEP, lộ tuyến cổ tử cung, CIN, cắt cụt cổ tử cung

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF TREATMENT OF CERVICAL GLAND LESIONS BY LEEP PROCEDURE AT BAC NINH CENTER FOR DISEASE CONTROL

The LEEP procedure is a cone cervical amputation procedure to get the transitional region. The Ministry of Health recommends LEEP procedure to be used to treat cervical routes. **Objectives:** To describe clinical, subclinical characteristics and evaluate the results of cervical gland treatment by LEEP. **Subjects:** 105 women who met the selection criteria were treated with LEEP. **Method:** cross-sectional description, forward research, vertical tracking. **Results:** Average age is of 39.7 ± 7.3 . The main reason for medical examination was the cervical vaginal discharge disorder, accounting for 84.8% of patients. Cases of cervical examination revealed cervical gland accounted for 81.9%, patients of cervical diameter canal injury from 2-3cm accounted for 45.7%. The average procedure time 6.6 ± 1.8 minutes. Success rate is 92.4%, failure 7.6%.

Key words: Cervical colposcopy, LEEP, cervical gland route, CIN, cervical amputation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ lộ tuyến cổ tử cung tại Việt Nam khoảng trên 50-60%. Người bị lộ tuyến cổ tử cung có nguy cơ mắc bệnh ung thư cổ tử cung cao gấp 10 lần những người không mắc bệnh này. Thủ thuật LEEP là phương pháp cắt cụt cổ tử cung hình nón nhằm lấy được vùng chuyển tiếp. Vừa là chẩn đoán xác định, vừa là phương pháp điều trị [7]. Bộ Y tế khuyến cáo thủ thuật LEEP được áp dụng để điều trị lộ tuyến cổ tử cung.

Tỉnh Bắc Ninh năm 2015 Trung tâm CSSKSS khám 9286 ca và phát hiện > 6000 trường hợp lộ tuyến cổ tử cung, tỷ lệ 64,6%.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị lộ tuyến cổ tử

cung bằng thủ thuật LEEP tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2018 - 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Soi CTC: Hình ảnh tái tạo không điển hình mức độ 1 (CIN I) + cổ tử cung lộ tuyến rộng, không phẳng, gõ ghê không áp lạnh được và đã điều trị bằng phương pháp khác thất bại. Tế bào loạn sản mức độ 1.

- Hình ảnh CIN II, CIN III, không thấy rõ giới hạn

- Cổ tử cung lộ tuyến rộng, không phẳng, gõ ghê không áp lạnh được

- Các trường hợp cổ tử cung lộ tuyến đã điều trị bằng phương pháp khác thất bại.

- Bệnh nhân chấp nhận điều trị và ký cam kết thủ thuật.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu và đồng ý khám lại sau thủ thuật 2 tháng.

2. Tiêu chuẩn loại trừ

Ra máu âm đạo bất thường, Ung thư tại chỗ, Ung thư xâm lấn, Nhiễm trùng cấp: Vùng chậu, cổ tử cung, âm đạo; Có thai, sau đẻ ≤ 03 tháng, Rối loạn đông máu, Tăng huyết áp.

3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang, tiến cứu, theo dõi dọc.

4. Phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Dựa vào công thức ước lượng tỷ lệ:

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

Theo công thức trên, cỡ mẫu cần thiết sẽ là: 101 người. Nghiên cứu lấy tròn 105 người.

5. Kỹ thuật chọn mẫu: Thuận tiện có chủ đích.

6. Tiêu chuẩn đánh giá

***Thành công:** + Khỏi: Hết khí hư, soi cổ tử cung thấy bề mặt cổ tử cung nhẵn hồng, được phủ hoàn toàn bằng biểu mô lát, test lugol dương tính đều.

+ Khá: khí hư giảm rõ, soi cổ tử cung còn tuyến nhưng diện tổn thương thu hẹp lại, test lugol dương tính không đều.

*** Thất bại:** Không hết khí hư, soi cổ tử cung thấy hình ảnh tổn thương như ban đầu hoặc tổn thương thu hẹp lại nhưng không đáng kể và không có khả năng tái tạo hoặc xuất hiện tái tạo bất thường, test lugol không bắt màu.

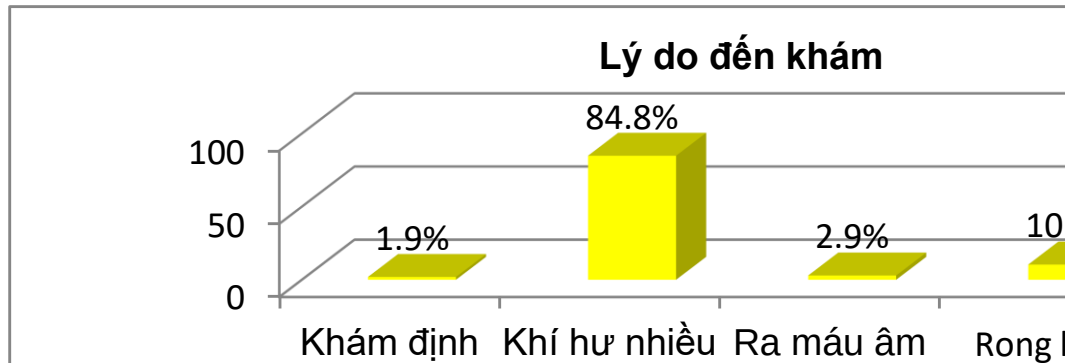
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1: Nhóm tuổi tham gia nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 22 tuổi	0	0
23- 32 tuổi	19	18,1
33-39 tuổi	33	31,4
≥ 40 tuổi	53	50,5
Tuổi trung bình	39,7 ± 7,3	
Min-Max	23-60	

Tổng số	105	100

Nhận xét: Nhóm tuổi ≥ 40 tuổi chiếm 50,5%, nhóm tuổi từ 33-39 tuổi chiếm 32,4%. Tuổi trung bình 39,7 ± 7,3, cao nhất 60 tuổi, trẻ nhất 23 tuổi. Theo nghiên cứu của Chu Hoàng Hạnh độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 39,8 ± 6,6 tuổi [1].

**Biểu đồ 3.1: Lý do đến khám của đối tượng nghiên cứu**

Nhận xét: Lý do đến khám vì khí hư ra nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất là 84,8%. Với tính chất dịch âm đạo là dịch nhầy trong chiếm 91,9%, còn lại là dịch âm đạo có dịch nhầy, vàng đục chiếm 18,1%.

Soi cổ tử cung là phương pháp hữu ích để xác định, đánh giá các tổn thương ở cổ tử cung, đặc biệt là các tổn thương tiền ung thư.

Bảng 3.2: Đặc điểm tổn thương cổ tử cung qua soi cổ tử cung

Phân loại tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
Lộ tuyến cổ tử cung	86	81,9
Biến đổi không điển hình mức độ I	17	16,2
Biến đổi không điển hình mức độ II	02	1,9
Biến đổi không điển hình mức độ III	0	0
Tổng	105	100

Nhận xét: Tổn thương cổ tử cung ở hình thái lộ tuyến cổ tử cung chiếm 81,9%, tiếp đến 16,2% là tổn thương biến đổi không điển hình mức độ 1, biến đổi không điển hình mức độ 2 chiếm 1,9%.

Bảng 3.3: Đường kính tổn thương cổ tử cung qua soi cổ tử cung

Đường kính (cm)	Số lượng	Tỷ lệ %
< 1	3	2,9

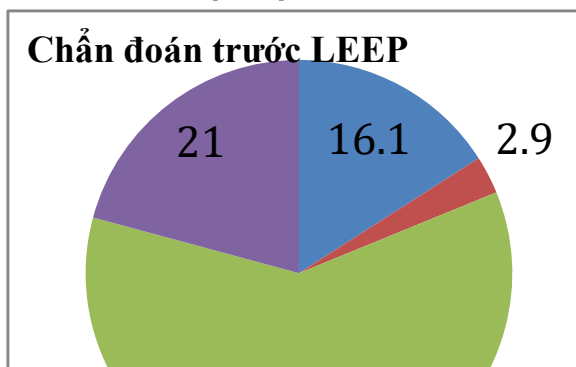
1 - < 2	24	22,8
2 - 3	48	45,7
> 3	30	28,6
Tổng	105	100

Nhận xét: Đường kính tổn thương ở nhóm 2 - 3 cm chiếm 45,7%. Đường kính tổn thương cổ tử cung có ý nghĩa rất quan trọng trong việc quyết định điều trị và ảnh hưởng tới kết quả sau điều trị của phương pháp. Đường kính tổn thương càng nhỏ tỉ lệ thành công càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.05.

Bảng 3.4: Kết quả xét nghiệm tế bào qua phiến đồ âm đạo - cổ tử cung

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tế bào viêm (lành tính)	86	81,9
Tế bào loạn sản nhẹ (CIN1)	17	16,2
Tế bào loạn sản vừa (CIN2)	2	1,9
Tế bào loạn sản nặng (CIN3)	0	0
Tổng	105	100

Nhận xét: Tế bào viêm chiếm 81,9%, tế bào loạn sản mức độ 1 là 16,2%, loạn sản mức độ vừa chiếm 1,9%, không có tế bào loạn sản mức độ nặng chiếm 0%. Nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so nghiên cứu của Hoàng Đức Vĩnh (2012) với tỷ lệ bất thường là 89,2% [3].

Biểu đồ 3.2: Phân bố chẩn đoán trước khi tiến hành thực hiện LEEP

Nhận xét: Tỷ lệ CIN 1 chiếm 16,1%, tỷ lệ CIN 2 chiếm 2,9%, CTC trông gồ ghề chiếm 61% và phương pháp khác thất bại chiếm 21%.

Bảng 3.5: Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình

Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình	6,6 ± 1,8 (phút)

Nhận xét: Thời gian thực hiện thủ thuật ngắn với thời gian thực hiện trung bình là 6,6 ± 1,8 phút. Thời gian ngắn nhất làm thủ thuật 4 phút. Ở trường hợp này CTC tư thế trung gian, chỉ cần mở mỏ vịt là đã bộc lộ được rõ CTC và tiến hành thủ thuật nên rút ngắn thời gian làm thủ thuật. Thời gian làm thủ thuật lâu nhất 12 phút do vị trí cổ tử cung treo cao, dính sát vào mặt trên thành âm đạo, việc bộc lộ được rõ vị trí làm thủ thuật là rất khó khăn nên khiến thời gian làm thủ thuật kéo dài hơn.

Bảng 3.6: Kết quả của thủ thuật LEEP (khám lại sau 2 tháng thủ thuật LEEP).

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Thành công		
Khỏi	78	74,3
Khá	19	18,1
Thất bại	8	7,6
Tổng	105	100

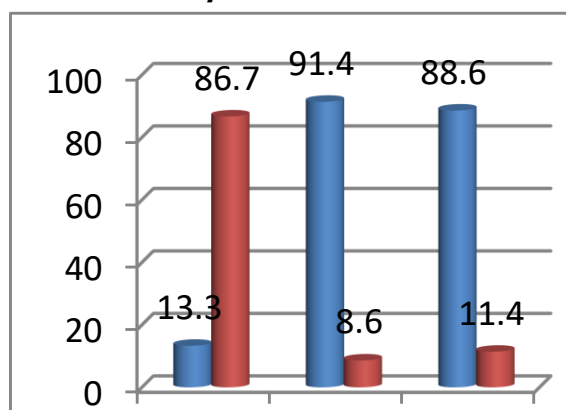
Nhận xét: Tỷ lệ thành công chiếm 92,4% trong đó: tỷ lệ mức độ khỏi chiếm 74,3%, tỷ lệ đạt mức độ khá chiếm 18,1%. Tỷ lệ thất bại chiếm 7,6%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân thấy đau trong quá trình thực hiện thủ thuật là rất thấp, chỉ chiếm 12/105 các trường hợp chiếm 11,4%. Không có trường hợp nào bị chảy máu nhiều khi làm thủ thuật LEEP.

Về mức độ đau khi làm thủ thuật thì đa phần bệnh nhân cảm thấy đau nhẹ (9,5%) hoặc không đau chiếm 88,6%. Mức độ đau vừa phải chiếm 1,9%. Không có trường hợp nào bệnh

nhân cảm thấy đau nhiều, đau dữ dội, đau khiếp khủng, không thể chịu đựng được.

Tác giả Rema (2009) thực hiện LEEP trên 384 bệnh nhân, kết quả cho thấy, tỷ lệ đau vừa chỉ gặp <1%, đau ít gặp 21/384 bệnh nhân [6]. Nghiên cứu phân tích cộng gộp của tác giả Chamot (2010) cũng cho thấy, tỷ lệ đau khi thực hiện thủ thuật LEEP là thấp, chỉ từ 1-5% các trường hợp tùy từng nghiên cứu [4]. Đây cũng chính là đặc điểm mà LEEP càng ngày càng được áp dụng rộng rãi hơn và được thực hiện ngay tại phòng khám.

Biểu đồ 3.3: Tình trạng bệnh nhân sau khi làm thủ thuật LEEP

Nhận xét: Tỷ lệ chảy máu sau khi làm LEEP chiếm 13,3%, tỷ lệ đau hạ vị sau khi làm LEEP chiếm 91,4%, tỷ lệ ra dịch âm đạo sau làm LEEP chiếm 88,6%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, không có bệnh nhân nào xuất hiện chảy máu nghiêm trọng trong và ngay sau quá trình thực hiện thủ thuật. Biến chứng chảy máu thường xảy ra sau 5-7 ngày thực hiện thủ thuật chiếm 85,7% các trường hợp chảy máu; chỉ có 2 trường hợp chảy máu ở ngày thứ 9 sau thủ thuật. Tất cả các trường hợp này đều được phát hiện và xử trí kịp thời, có kết quả tốt và không ảnh hưởng gì đến kết quả điều trị.

Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi là cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Việt Thanh tỷ lệ chảy máu trong nghiên cứu của tác giả là 2,9% [2].

Nghiên cứu của tác giả Kietpeeracol .C trên bệnh nhân Thái Lan cho thấy, tỷ lệ chảy máu sau LEEP là 3,3%, toàn bộ các trường hợp chảy máu đều xuất hiện sau thực hiện LEEP 3-4 ngày[5].

Trong đó nhóm ra dịch âm đạo dưới 7 ngày chiếm 84,8%, nhóm ra dịch âm đạo từ 7-14

ngày là 15,2%. Không có trường hợp nào ra dịch âm đạo > 14 ngày.

Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn chút so với nghiên cứu của Chu Hoàng Hạnh có 78,8% bệnh nhân xuất hiện chảy dịch âm đạo sau thủ thuật [1].

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình $39,7 \pm 7,3$, cao nhất 60 tuổi, trẻ nhất 23 tuổi, hay gặp nhất ở độ tuổi >40 tuổi chiếm 50,5%. Lý do khám bệnh chủ yếu là ra khí hư chiếm 84,8%. Tổn thương cổ tử cung ở hình thái lộ tuyến cổ tử cung chiếm 81,9%. Đường kính tổn thương từ 2-3cm là chủ yếu chiếm 45,7%. Kết quả tế bào học trước thủ thuật có tỷ lệ chẩn đoán tế bào viêm chiếm 81,9%. Thời gian thực hiện ngắn trung bình là $6,6 \pm 1,8$ phút. Kết quả đánh giá sau 2 tháng làm thủ thuật: tỷ lệ thành công chiếm 92,4% trong đó: tỷ lệ mức độ khỏi chiếm 74,3%, tỷ lệ đạt mức độ khá chiếm 18,1%. Tỷ lệ thất bại chiếm 7,6%. Tình trạng bệnh nhân sau thủ thuật: chảy máu (13,3%), đau hạ vị (91,4%), ra dịch âm đạo (88,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chu Hoàng Hạnh (2016)**, Đánh giá kết quả điều trị tổn thương CIN II cổ tử cung bằng kỹ thuật LEEP tại Bệnh viện K, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội
2. **Phạm Việt Thanh (2009)**. Điều trị các tổn thương tân sinh trong biểu mô cổ tử cung độ II và III bằng phương pháp khoét chóp sử dụng vòng cắt đốt điện (LEEP), Tạp chí Y học thực hành, tr 3-9.
3. **Hoàng Đức Vĩnh (2012)**. Đánh giá hiệu quả điều trị các tổn thương tại cổ tử cung bằng kỹ thuật LEEP tại bệnh viện phụ sản Trung ương, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Chamot E., Kristensen S., Stringer J. S. et al (2010)**. Are treatments for cervical precancerous lesions in less-developed countries safe enough to promote scaling-up of cervical screening programs? A systematic review, BMC Womens Health. 10- 11.
5. **Kietpeerakool C., Srisomboon J., Khobjai A. et al (2006)**. Complications of loop electrosurgical excision procedure for cervical neoplasia: a prospective study, J Med Assoc Thai. 89(5), 583-7.
6. **Rema P., Suchetha S., Thara S. et al (2008)**. Effectiveness and safety of loop electrosurgical excision procedure in a low-resource setting, Int J Gynaecol Obstet. 103(2),105-10.
7. **International Agency for Research on Cancer GLOBOCAN 2012 (2012)**. Cervical Cancer Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012.

MÔ TẢ TỔN THƯƠNG TRÊN PHIM CỘNG HƯỞNG TỪ SỌ NÃO CỦA VIÊM NÃO NHẬT BẢN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Thế Việt*, Vũ Thị Dinh*, Nguyễn Văn Lâm*

TÓM TẮT²⁴

Viêm não Nhật Bản là nguyên nhân hàng đầu gây viêm não ở trẻ em, với tỷ lệ nặng và di chứng sau điều trị còn cao. Hình ảnh cộng hưởng từ sọ não có giá trị chẩn đoán và tiên lượng cho bệnh nhi Viêm não Nhật Bản. Nghiên cứu tổn thương trên phim cộng hưởng từ của Viêm não Nhật Bản là cần thiết. Mục tiêu: Mô tả tổn thương trên phim cộng hưởng từ sọ não ở bệnh nhi Viêm Não Nhật Bản. Đối tượng và phương pháp: 37 bệnh nhi được chẩn đoán viêm não

Nhật Bản từ 1 tháng đến 15 tuổi điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 9/2017 đến hết tháng 8/2018. Phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang. Kết quả: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 1-10 tuổi chiếm 68%. Số lượng bệnh nhi mắc bệnh vào viện cao nhất là tháng 6 chiếm 68,9%, trong đó 75,4% bệnh nhi chưa được tiêm phòng hoặc tiêm không đầy đủ. Tổn thương trên phim CHT sọ não gặp ở 78,6% số trường hợp. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là vùng đồi thị chiếm 59,5% với hình thái tổn thương tăng tín hiệu 67,6%, phù não 29,7% , dịch hoá nhu mô 18,9%. Kết luận: Viêm não Nhật Bản vẫn là bệnh lý hay gặp ở trẻ em, tổn thương trên phim CHT sọ não có giá trị tiên lượng và chẩn đoán bệnh.

Từ khóa: Viêm não nhật bản, cộng hưởng từ sọ não, trẻ em

**Bệnh Viện Nhi Trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lâm

Email: nguyenvanlam73@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY**DESCRIBE LESIONS ON BRAIN MRI AND FACTORS RELATED TO THE SEVERE PROGNOSIS OF JAPANESE ENCEPHALITIS IN CHILDREN AT THE NATIONAL PEDIATRIC HOSPITAL**

Objective: Describe lesions on cranial magnetic resonance films in Japanese Brain Infections. **Subjects and methods:** 37 patients were diagnosed with Japanese encephalitis from 1 month to 15 years of inpatient treatment at National Children Hospital from September 2017 to the end of August 2018. **Research method,** cross-sectional description. **Results:** General characteristics of the research group: the most common age group is 1-10 years old, accounting for 68%. The highest number of hospitalized patients was June, accounting for 68.9%, of which 75.4% of children were not vaccinated or incomplete. Lesions on cranial CHT film were encountered in 78.6% of the cases. The most common lesion location is the hypothalamus, which accounts for 59.5% with increased signal and cerebral edema. The morphology of lesions was increased signal on T2 accounted for 67.6%, cerebral edema 29.7%, parenchymal 18.9% and ventricular dilatation of 10.8%. **Conclusion:** Japanese encephalitis is still a common disease in children, lesions on cranial CHT film have prognostic value and diagnosis.

Keywords: Japanese Encephalitis (JE), brain MRI, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não Nhật Bản là một bệnh nhiễm virus cấp tính ở hệ thần kinh trung ương. Tổ chức Y tế Thế giới ước tính có ít nhất 50.000 ca Viêm não Nhật Bản ở châu Á mỗi năm, trong đó khoảng 10.000 ca tử vong. Tại khoa Truyền Nhiễm Bệnh viện Nhi Trung Ương vẫn tiếp nhận và điều trị từ 60-100 ca bệnh Viêm não Nhật Bản mỗi năm. Để chẩn đoán xác định Viêm não Nhật Bản cần chọc dò tủy sống và làm xét nghiệm Elisa Viêm não Nhật Bản. Tuy nhiên, để biết được các hình thái và mức độ tổn thương não cũng như các biến chứng nội sọ của Viêm não Nhật Bản cần có sự trợ giúp của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh mà trong đó cộng hưởng từ sọ não có vai trò đặc biệt quan trọng. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: mô tả tổn thương trên phim cộng hưởng từ sọ não ở bệnh nhi Viêm não Nhật Bản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Gồm tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán Viêm não Nhật Bản từ 1 tháng đến 15

tuổi, được điều trị tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 09/2017 đến hết tháng 08/2018.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả, tiến cứu trong 1 năm từ tháng 9 năm 2017 đến hết tháng 8 năm 2018 từ lúc bệnh nhân vào viện đến lúc bệnh nhân ra viện.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán viêm não của hội đồng thuận viêm não năm 2013.

- Tiêu chuẩn chính: bệnh nhân có rối loạn tri giác từ nhẹ đến nặng, kéo dài >24 giờ và không xác định do các căn nguyên khác.

- Tiêu chuẩn phụ:

+ Sốt hoặc tiền sử có sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ trong vòng 72 giờ bị bệnh.

+ Co giật (cơn toàn thể hay khu trú) không do các bệnh lý đã được xác định (như động kinh).

+ Có triệu chứng thần kinh khu trú mới xuất hiện trước đó.

+ Có tăng bạch cầu trong dịch não tủy.

+ Chụp CT hoặc MRI: nghi ngờ viêm não.

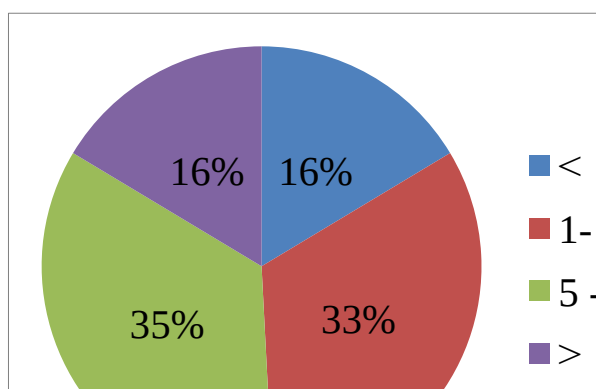
- Chẩn đoán ca bệnh viêm não Nhật Bản khi có 1 tiêu chuẩn chính + 2 tiêu chuẩn phụ kèm theo có xét nghiệm Elisa Viêm não Nhật Bản trong dịch não tủy (+) và/hoặc trong máu (+).

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê sinh học: sử dụng các thuật toán dựa theo phần mềm thống kê SPSS 16.0

Đạo đức nghiên cứu: các đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút ra khỏi nghiên cứu khi không muốn tham gia. Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được bảo đảm bí mật.

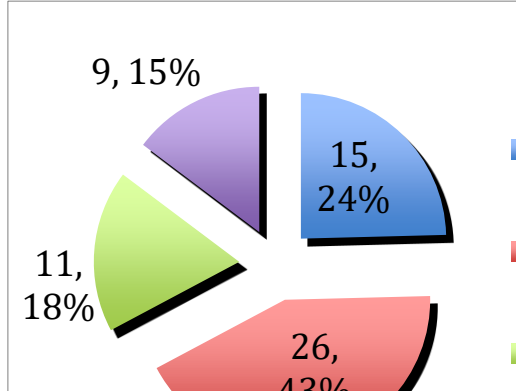
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 37 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu từ tháng 9 năm 2017 đến hết tháng 8 năm 2018.



Hình 1. Phân bố bệnh nhi Viêm não Nhật Bản theo tuổi (n=37)

Nhận xét: Nhóm tuổi hay gặp nhất là 1 - 10 tuổi, chiếm tỉ lệ 68%, 2 nhóm < 1 tuổi và > 10 tuổi có tỉ lệ tương đương là 16%.



Hình 2. Tiền sử tiêm phòng VNNB của nhóm bệnh nhân (n=37)

Nhận xét: Số trẻ được tiêm phòng đầy đủ các mũi VNNB là 15 trẻ (chiếm 24,6%). 75,4% số bệnh nhân chưa được tiêm hoặc tiêm phòng không đầy đủ.

Bảng 1. Tình trạng tổn thương trên CHT sọ não của bệnh nhân VNNB

Tổn thương	Số BN (n = 37)	Tỉ lệ (%)
Không rõ tổn thương	8	21,6
Tổn thương một vị trí	28	75,7
Tổn thương ≥ 2 vị trí	1	2,7
Tổng số	37	100

Nhận xét: Trong số 37 bệnh nhân được chụp CHT sọ não, có 21,6% số trường hợp không có hình ảnh tổn thương, 78,6% số trường hợp có tổn thương, trong đó chủ yếu là tổn thương 1 vị trí, chỉ có 1 trường hợp (2,7%) có tổn thương nhiều hơn 1 vị trí (đồi thị và thùy trán).

Bảng 2. Vị trí tổn thương trên phim CHT sọ não của bệnh nhân VNNB

Vị trí	Số BN (n = 37)	Tỉ lệ (%)
Đồi thị	22	59,5
Bán cầu đại não	6	16,2
Thùy trán	2	5,4
Không tổn thương	8	21,6

Nhận xét: Trong số 37 bệnh nhân được chụp CHT sọ não, có 3 vị trí tổn thương có thể gặp là đồi thị, bán cầu đại não và thùy trán với tỉ lệ lần lượt là 59,5%, 16,2% và 5,4%.

Bảng 3. Hình thái tổn thương trên phim CHT sọ não của bệnh nhân VNNB

Hình thái	Số BN (n = 37)	Tỉ lệ (%)
Phù não	11	29,7
Tăng tín hiệu trên T2	25	67,6
Dịch hoá nhu mô	7	18,9
Giãn não thất	4	10,8

Nhận xét: Trong số 37 bệnh nhân được chụp CHT sọ não, có 4 hình thái tổn thương có thể gặp là tăng tín hiệu trên T2, phù não, dịch hoá nhu mô và giãn não thất, trong đó tăng tín hiệu trên T2 là hình ảnh được mô tả nhiều nhất. Các tỉ lệ tổn thương lần lượt là 67,6%, 29,7%, 18,9% và 10,8%.

Bảng 4. Một số đặc điểm CHT sọ não liên quan đến tình trạng di chứng của bệnh nhân VNNB

	Nhóm không di chứng (n = 13)	Nhóm có di chứng (n = 24)	p
Tổn thương đồi thị	23,1%	79,2%	0,001
Tổn thương bán cầu não	23,1%	12,5%	0,643
Tổn thương thùy trán	0%	8,3%	0,532
Phù não	15,4%	37,5%	0,262
Tăng tín hiệu trên T2	38,5%	83,3%	0,010
Dịch hoá nhu mô não	7,7%	25,0%	0,383
Giãn não thất	15,4%	8,3%	0,602

Nhận xét: Về vị trí tổn thương trên CHT sọ não, nhóm di chứng có tỷ lệ tổn thương đồi thị cao hơn nhóm không di chứng (79,2% so với 23,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Về hình thái tổn thương trên CHT sọ não, nhóm di chứng có tỷ lệ tổn thương tăng tín hiệu trên T2 cao hơn nhóm không di chứng (83,3% so với 38,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong số 37 bệnh nhi tham gia nghiên cứu có 21,6% số trường hợp không có hình ảnh tổn thương, 78,6% số trường hợp có tổn thương, chủ yếu là tổn thương 1 vị trí, chỉ có 1 trường hợp (2,7%) có tổn thương nhiều hơn 1 vị trí (đồi thị và thùy trán). 3 vị trí tổn thương hay gặp là đồi thị, bán cầu đại não và thùy trán với tỉ lệ lần

lượt là 59,5%, 16,2% và 5,4%. 4 hình thái tổn thương có thể gặp là tăng tín hiệu trên T2, phù não, dịch hoá nhu mô và giãn não thất, trong đó tăng tín hiệu trên T2 là hình ảnh được mô tả nhiều nhất. Các tỉ lệ tổn thương lần lượt là 67,6%, 29,7%, 18,9% và 10,8%.

Năm 2013, Qi Meng và cộng sự nghiên cứu trên 92 bệnh nhân VNNB tại Trung Quốc. 65 bệnh nhân được CHT sọ não trong vòng 2-32 ngày sau khi khởi phát. 24,62% số trường hợp không có tổn thương. 75,38% số trường hợp có tổn thương. Các hình thái tổn thương thường gặp là tăng tín hiệu trên xung FLAIR và T2, đồng tín hiệu đến giảm tín hiệu nhẹ trên xung T1. Kết quả CHT của 30 bệnh nhân có tình trạng viêm khu trú rõ ràng bao gồm các mức độ tổn thương vùng đồi thị khác nhau ngoại trừ 2 bệnh nhân. Tổn thương ở các vị trí khác cũng được ghi nhận

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 37 bệnh nhân Viêm não Nhật Bản chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Tổn thương trên cộng hưởng từ sọ não ở bệnh Viêm não Nhật Bản: 78,6% số trường hợp có tổn thương trên phim cộng hưởng từ sọ não. Hình thái tổn thương là tăng tín hiệu trên T2 chiếm 67,6%, phù não 29,7% , dịch hoá nhu mô 18,9% và giãn não thất 10,8%. Vị trí tổn thương gặp là đồi thị chiếm 59,5%, bán cầu đại não 16,2% và thùy trán 5,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Solomon T., Ni H., Beasley D. W. et al (2003).** Origin and evolution of Japanese encephalitis virus in southeast Asia. *J Virol*, 77 (5), 3091-3098.
2. **Thomas S., Endy T. P., Rothman A. et al (2014).** Flaviviruses (Dengue, Yellow Fever, Japanese Encephalitis, West Nile Encephalitis, St. Louis Encephalitis, Tick-Borne Encephalitis, Kyasanur Forest Disease, Alkhurma Hemorrhagic Fever, Zika),
3. **Mokkappan S., Basheer A., Iqbal N. et al (2015).** Bilateral thalamic bleed and cerebral venous sinus thrombosis in Japanese encephalitis. *BMJ Case Rep*, 2015,
4. **Nguyễn Thị Thanh Vân (2001).** Nhận xét đặc điểm lâm sàng một số di chứng của Viêm não Nhật Bản ở trẻ em. Đại học y Hà Nội,
5. **Meng Q Z. Y., Bu H, He JY (2014).** Imaging and cytological analysis of 92 patients with Japanese encephalitis. *Neuroimmunol Neuroinflammation*, 1 (1), 29-34.
6. **Trần Thị Thanh Thuý. (2001).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố dịch tễ, tiên lượng bệnh Viêm não Nhật Bản ở trẻ em Hải Phòng. Đại học y Hà Nội,
7. **Morita K., Nabeshima T. và Buerano C. C. (2015).** Japanese encephalitis. *Rev Sci Tech*, 34 (2), 441-452.
8. **Lê Đức Hình, Nguyễn Chương. (2001).** Viêm não Nhật Bản. Thần kinh học trẻ em, (Nhà xuất bản Y học), 177-190.
9. **Vaughn DW H.C. (2002).** The epidemiology of Japanese encephalitis: prospects for prevention. *Epidemiol RV*, 14, 197-221.

NỒNG ĐỘ MỘT SỐ CHỈ SỐ LIPID MÁU TRƯỚC VÀ SAU KHI DÙNG CAO GIẢO CỔ LAM TRÊN THỰC NGHIỆM

Lê Thị Minh Hiền¹, Nguyễn Văn Dũng¹,
Trần Ngọc Anh¹, Nguyễn Khánh Ly¹, Vũ Thị Hoài Thu¹

TÓM TẮT²⁵

Mục tiêu: Xác định nồng độ một số chỉ số lipid máu trước và sau dùng cao giảo cổ lam trên thực nghiệm. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đánh giá tác dụng làm thay đổi nồng độ một số chỉ số lipid máu của giảo cổ lam trên mô hình gây tăng cholesterol máu ngoại sinh ở chuột cống trắng và trên mô hình gây tăng cholesterol máu nội sinh bằng P407 ở chuột nhắt trắng. **Kết quả:** Trên mô hình ngoại sinh, cao giảo cổ lam liều 1,5g/kg và liều 3,0g/kg đều thể hiện tác dụng làm giảm nồng độ Cholesterol TP (TC), LDL-C ($p < 0,01$), giảm Triglycerid (TG) ($p < 0,05$) và tăng HDL-c ($p < 0,05$) ở chuột cống trắng. Tuy nhiên, trên mô hình nội sinh giảo cổ lam 2,5g/kg và liều 5,0g/kg không làm thay đổi nồng độ TC, TG, HDL-C, LDL-C máu chuột nhắt trắng ($p > 0,05$).

Từ khóa: Giảo cổ lam, lipid máu, mô hình nội sinh, mô hình ngoại sinh.

SUMMARY

THE SERUM LIPID LEVELS BEFORE AND AFTER USING GYNOSTEMMA PENTAPHYLLUM (THUNB.), MAKINO IN VIVO

Objective: Determination of serum lipid levels before and after using Gynostemma pentaphyllum (Thunb.), Makino in vivo. **Method:** Study on the effect of changing the concentration of some blood lipids of Gynostemma pentaphyllum (Thunb.), Makino on the model of exogenous hyperlipidemia in rats and endogenous hyperlipidemia induced P407 in mice. **Result:** At doses of 1,5g/kg and 3,0g/kg showed decrease concentration Cholesterol Total (TC), LDL-C ($p < 0.01$), decrease Triglyceride (TG) ($p < 0.05$) and increased HDL-c ($p < 0.05$) on the exogenous hyperlipidemia model. However, on the endogenous model, at doses of 2,5g/kg and 5,0g/kg did not change the concentration of TC, TG, HDL-C, LDL-C in mice ($p > 0.05$).

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Minh Hiền
Email: leminhhien143@gmail.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

Key word: Gynostemma pentaphyllum (Thunb.), Makino, blood lipids, exogenous hyperlipidemia model, endogenous hyperlipidemia model.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Không chỉ riêng Việt Nam, mà tại các nước khác trên thế giới việc điều trị rối loạn lipid (RLLP) máu chủ yếu dùng các loại thuốc theo y học hiện đại như: nhóm statin, fibrat, niacin... Mặc dù các thuốc trên có tác dụng hạ lipid máu nhanh, nhưng chúng cũng gây ra rất nhiều các tác dụng không mong muốn nghiêm trọng như: đau cơ, viêm cơ, viêm gan, thận... và cũng có thể xảy ra tương tác với một số thuốc phối hợp. Điều này dẫn tới việc điều trị RLLP máu gặp phải khó khăn và một số trường hợp bệnh nhân đã phải ngừng điều trị vì các tác dụng phụ và các tương tác thuốc xảy ra khi dùng thuốc. Chính vì vậy, sử dụng các thuốc và sản phẩm có nguồn gốc dược liệu hiện nay được coi là một xu hướng tiếp cận an toàn, hạn chế được các tác dụng không mong muốn so với khi sử dụng các thuốc điều trị y học hiện đại.

Giảo cổ lam (Gynostemma pentaphyllum (Thunb.), Makino) là vị dược liệu rất quen thuộc, đã được sử dụng rất nhiều trong y học cổ truyền cũng như theo kinh nghiệm dân gian. Nhiều hoạt tính sinh học của giảo cổ lam đã được chứng minh trên thế giới như kháng oxy hóa, kháng khuẩn, hạ đường huyết, chống béo phì, chống tăng huyết áp,... và tác dụng điều chỉnh rối loạn lipid máu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này là một hướng nghiên cứu mới nhằm làm rõ hơn tác dụng của giảo cổ lam trong việc điều chỉnh RLLP máu, đồng thời khai thác được nguồn nguyên liệu sẵn có, dồi dào, ổn định. Với mục tiêu đánh giá tác dụng điều chỉnh RLLP máu của cây Giảo cổ lam (GCL) được thu hái tại Thái Nguyên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Xác định nồng độ một số chỉ số lipid máu trước và sau dùng cao giảo cổ lam trên thực nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Nguyên liệu:** Phần trên mặt đất của cây giảo cổ lam (*Gynostemma pentaphyllum* (Thunb.) Makino), họ Bí (*Cucurbitaceae*) được thu hái tại Thái Nguyên.

Cây giảo cổ lam được sấy khô ở nhiệt độ 50 – 60°C và xay thành bột mịn. Ngâm bột trong dung dịch ethanol 70% tỷ lệ 1:10 (dung môi, v/v) trong 2 giờ ở nhiệt độ phòng, sau đó chiết bằng phương pháp ngâm kiệt, tốc độ rút dịch chiết là 1ml/phút. Gộp dịch chiết, cất thu hồi dung môi dưới áp suất giảm rồi cho bốc hơi dung môi trên nồi cách thủy cho đến hết dung môi. Thu được cao đặc. Hiệu suất chiết là 15,3%, độ ẩm cao 15%.

* **Động vật thử nghiệm:** Chuột cống trắng chủng Wistar khỏe mạnh, cả 2 giống, cân nặng 150 – 180g và chuột nhắt trắng chủng Swiss khỏe mạnh, cả 2 giống, cân nặng 18 – 20g.

* **Hóa chất và máy móc, thiết bị**

Hóa chất: Dầu lạc, Cholesterol tinh khiết, Acid cholic, Propylthiouracil viên nén 50mg, Poloxamer 407, Atorvastatin viên nén 10mg

Máy móc, thiết bị: Máy xét nghiệm sinh hóa tự động OLYMPUS AU480

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Nghiên cứu ảnh hưởng của cao chiết giảo cổ lam trên các chỉ số lipid máu bằng mô hình gây tăng cholesterol máu ngoại sinh (dùng chuột cống):**

Áp dụng mô hình theo Nassiri và cộng sự (2009) [4] có điều chỉnh tỷ lệ trong thành phần hỗn hợp dầu cholesterol

(cholesterol:acid cholic: Propylthiouracil:dầu lạc = 0,1:0,01:0,005:vừa đủ 1ml).

Chuột cống được chia thành 5 lô, mỗi lô 10 con, các lô được uống thuốc trong 4 tuần:

- Lô 1 (Chứng sinh học): Hàng ngày chuột uống nước cất với cùng thể tích nhóm uống thuốc.

- Lô 2 (Mô hình): Hàng ngày chuột uống hỗn hợp dầu cholesterol 1ml/100g chuột, sau đó 2 giờ cho uống nước cất 1ml/100g chuột.

- Lô 3 (Uống atorvastatin): Hàng ngày chuột uống hỗn hợp dầu cholesterol 1ml/100g chuột, sau đó 2 giờ cho uống Atorvastatin 10mg/kg chuột.

- Lô 4 (Uống GCL liều thấp): Hàng ngày chuột uống hỗn hợp dầu cholesterol 1ml/100g chuột, sau đó 2 giờ cho uống giảo cổ lam liều 1,5g cao/kg.

- Lô 5 (Uống GCL liều cao): Hàng ngày chuột uống hỗn hợp dầu cholesterol 1ml/100g chuột, sau đó 2 giờ cho uống giảo cổ lam liều 3,0g cao/kg.

Cân trọng lượng chuột ở tất cả các lô tại thời điểm trước và sau thí nghiệm hàng tuần. Vào ngày đầu tiên và ngày thứ 29 (sau 4 tuần) của thí nghiệm, cho chuột nhịn ăn qua đêm sau đó lấy máu đuôi chuột và tiến hành định lượng TC, TG, HDL-C, LDL-C.

* **Nghiên cứu ảnh hưởng của cao chiết giảo cổ lam trên các chỉ số lipid máu bằng mô hình gây tăng cholesterol máu nội sinh (dùng chuột nhắt):**

Sử dụng và điều chỉnh mô hình gây tăng lipid máu nội sinh bằng P407 theo Millar và cộng sự, chuột nhắt trắng được chia làm 5 lô, mỗi lô 10 con [5]:

- Lô 1 (Chứng sinh học): Tiêm màng bụng nước muối sinh lý 0,9% với thể tích 0,1ml/10g thể trọng chuột, sau đó uống nước cất với cùng thể tích nhóm uống thuốc

- Lô 2 (Mô hình): Tiêm màng bụng dung dịch P407 5% liều 250mg/kg (0,1ml/10g), ngay sau đó uống nước cất với cùng thể tích nhóm uống thuốc.

- Lô 3 (Uống Atorvastatin): Tiêm màng bụng dung dịch P407 5% liều 250mg/kg (0,1ml/10g), ngay sau đó uống atorvastatin liều 100mg/kg với thể tích 0,2ml/10g.

- Lô 4 (Uống cao GCL liều thấp): Tiêm màng bụng dung dịch P407 2% liều 200mg/kg (0,1ml/10g), ngay sau đó uống GCL liều 2,5g cao/kg.

- Lô 5 (Uống cao GCL liều 5,0g/kg): Tiêm màng bụng dung dịch P407 2% liều 200mg/kg (0,1ml/10g), ngay sau đó uống GCL liều 5,0g/kg.

Chuột uống nước cất và thuốc thử 7 ngày liên tục trước khi tiêm màng bụng dung dịch P407. Sau khi được tiêm P407, chuột được cho nhịn đói hoàn toàn nhưng vẫn được uống nước tự do.

Sau 24 giờ kể từ khi được tiêm P407, tất cả các chuột được lấy máu động mạch cảnh làm xét nghiệm định lượng TC, TG, LDL-C, HDL-C.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm EXECL 2016.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Ảnh hưởng của giảo cổ lam lên chỉ số lipid máu trên mô hình ngoại sinh

Gây RLLP máu bằng cách dùng nguồn lipid ngoại sinh bổ sung qua đường tiêu hóa. Mô hình này chúng tôi thực hiện trên chuột cống vì đây là loài động vật ăn tạp, thành phần thức ăn gần giống với người hơn nên kết quả đáng tin cậy. Chúng tôi áp dụng theo mô hình đã điều chỉnh của một số nhà nghiên cứu bổ sung thêm 2 chất là acid cholic và Propylthiouracil (PTU) giúp tăng hấp thu cholesterol và làm giảm chuyển hoá cholesterol thành acid mật, vì vậy gây được mô hình có độ ổn định, độ đồng nhất cao hơn và rút ngắn thời gian nghiên cứu [1]. Thuốc chúng tôi chọn nhóm thuốc statin (ức chế tổng hợp lipid, cơ chế tác dụng là ức chế cạnh tranh HMG-CoA-Reductase nên làm giảm tổng

hợp TC, tăng sinh LDL-receptor màng tế bào nên được ưu tiên chọn lựa trong RLLPM. Liều trên người là 10 - 80mg/ngày. Chúng tôi chọn liều dùng trong nghiên cứu là 10mg/kg/ngày (liều tương đương liều trên người với hệ số 6), đây cũng là liều mà rất nhiều nghiên cứu trên thế giới đã sử dụng để so sánh trong các nghiên cứu của mình [6].

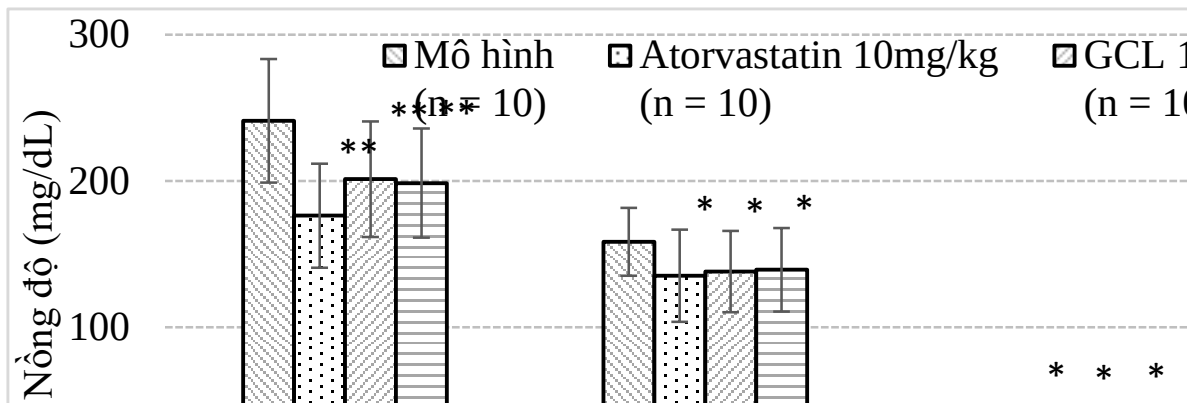
Từ liều giao cổ lam dùng trên người là 60g được liệu/ngày ngoại suy ra liều có hiệu quả tương đương sử dụng trên chuột cống trắng (hệ số 6) là 1,2g cao/kg/ngày, chúng tôi lựa chọn mức liều thấp để tiến hành nghiên cứu là 1,5g cao/kg/ngày.

Bảng 3.1. Mô hình gây RLLP máu bằng hỗn hợp dầu cholesterol

Chỉ số lipid	Chứng sinh học (n=10) ($\bar{X} \pm SD$, mg/dL)		Mô hình (n=10) ($\bar{X} \pm SD$, mmol/L)	
	Trước	Tuần 4	Trước	Tuần 4
TC	112,05 $\pm$ 16,12	116,3 $\pm$ 13,23	116,8 $\pm$ 14,09	241,2 $\pm$ 42,19 ⁺⁺⁺
TG	128,6 $\pm$ 19,16	131,1 $\pm$ 18,13	129,37 $\pm$ 21,15	158,47 $\pm$ 23,12 ⁺
HDL-C	15,8 $\pm$ 3,13	15,4 $\pm$ 2,39	16,7 $\pm$ 3,47	25,7 $\pm$ 4,21 ⁺
LDL-C	79,6 $\pm$ 14,26	82,1 $\pm$ 15,27	81,7 $\pm$ 13,14	174,4 $\pm$ 37,72 ⁺⁺⁺

Trước nghiên cứu thì sự khác biệt về nồng độ lipid ở lô chuột cống trắng chứng sinh học và chuột cống trắng mô hình không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Sự khác biệt về tình trạng RLLP máu giữa lô mô hình và lô chứng sinh học được thể hiện rõ rệt sau 4 tuần uống hỗn hợp dầu cholesterol, tăng TC và LDL-c có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,001$, tăng TG và HDL-c có ý nghĩa với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Tác dụng của Giao cổ lam lên nồng độ lipid máu ở mô hình ngoại sinh sau 4 tuần

Chú thích: *: Khác biệt so với lô mô hình với $p < 0,05$

** *: Khác biệt so với lô mô hình với $p < 0,01$

Atorvastatin 10mg/kg làm giảm rõ rệt nồng độ TC và LDL-c so với lô mô hình ($p < 0,01$), làm giảm TG và tăng HDL-c so với lô mô hình ($p < 0,05$). Giao cổ lam liều thấp và liều cao đều thể

hiện tác dụng hạn chế RLLP máu ở chuột uống hỗn hợp dầu cholesterol so với lô mô hình thông qua sự giảm nồng độ TC, LDL-c có ý nghĩa thống

kê ($p < 0,01$), giảm TG ($p < 0,05$) và tăng HDL-C ($p < 0,05$).

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh, thành phần hóa học của giảo cổ lam gồm: saponin, flavonoid, carotenoid, polysaccharid, sterol..., trong đó saponin có tác dụng hạ mỡ máu, đặc biệt là cholesterol. Saponin có tác dụng giúp làm giảm sự tạo thành các mảng xơ vữa động mạch do chế độ ăn giàu cholesterol thông qua cơ chế hoạt hóa thụ thể gắn kết LDL-C, giảm sự tái hấp thu acid cholic của ruột non, kích hoạt sự chuyển dạng sinh học acid cholic thành acid cholic dự trữ trong gan, tăng đào thải cholesterol.

3.2. Tác dụng điều chỉnh lipid máu trên mô hình nội sinh

Gây mô hình nội sinh là gây RLLP máu bằng cách dùng các chất ảnh hưởng đến quá trình tổng hợp, chuyển hóa lipid tại gan. Các chất hay được sử dụng để gây mô hình tăng cholesterol máu nội sinh là tween 80, triton WR1339 (tyloxapol) và P407, đã được chứng minh có cơ chế là làm tăng tổng hợp cholesterol tại gan. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn P407 vì P407 có khả năng gây tăng nhiều cholesterol và

an toàn hơn cả cho động vật thực nghiệm. P407 đã được chứng minh có cơ chế liên quan đến nhiều enzym trong quá trình chuyển hóa lipid: Ức chế enzym lipoprotein lipase huyết tương, C7αH [2], kích thích hoạt động của HMG-CoA reductase và làm giảm số lượng LDL-receptor [3]. Nên P407 sẽ gây tăng cả TC và TG máu. Atorvastatin liều 100mg/kg được sử dụng làm thuốc đối chứng. Sở dĩ chúng tôi chọn liều này vì thời gian tiến hành nghiên cứu nội sinh diễn ra trong 1 tuần, khá là ngắn, nên để đánh giá được chính xác tác dụng điều chỉnh RLLPM của bài thuốc, chúng tôi sử dụng atorvastatin với liều cao. Atorvastatin và các thuốc trong nhóm statin có cơ chế tác dụng là ức chế cạnh tranh HMG-CoA-Reductase nên làm giảm tổng hợp TC, tăng sinh LDL-receptor màng tế bào nên được ưu tiên chọn lựa trong RLLP máu.

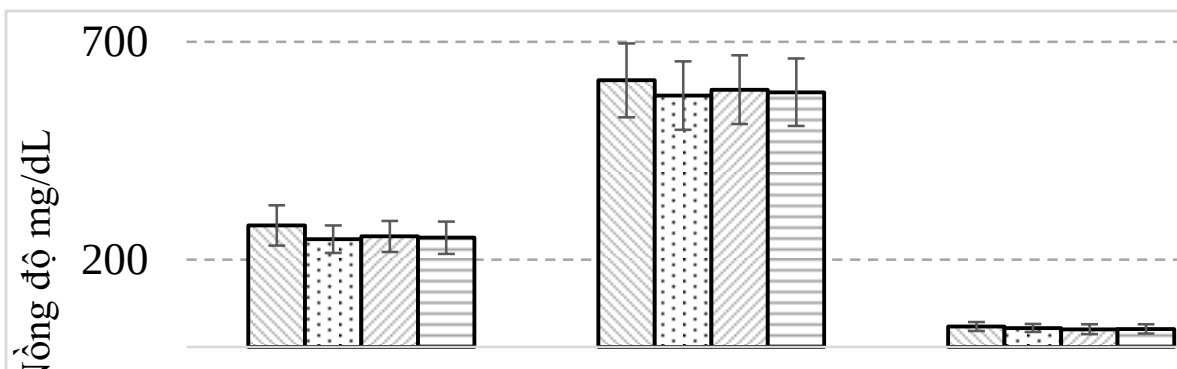
Từ liều giảo cổ lam sử dụng trên người là 60g được liệu/ngày ngoại suy ra liều tương đương có hiệu quả sử dụng trên chuột nhắt trắng (hệ số 12) là 2,4g cao/kg/ngày, chúng tôi lựa chọn mức liều thấp để tiến hành nghiên cứu là 2,5g cao/kg/ngày.

Bảng 3.2. Mô hình gây RLLP máu bằng P407

Chỉ số lipid	Chứng sinh học ($\bar{X} \pm SD$, mg/dL, n=10)	Mô hình ($\bar{X} \pm SD$, mg/dL, n=10)	Phần trăm tăng so với chứng sinh học (%)
TC	100,7 $\pm$ 13,96	278,6 $\pm$ 46,19 ⁺⁺⁺	176,67
TG	133,7 $\pm$ 20,81	611,7 $\pm$ 84,66 ⁺⁺⁺	357,52
HDL-C	18,8 $\pm$ 4,06	47,2 $\pm$ 10,16 ⁺⁺⁺	151,06
LDL-C	90,2 $\pm$ 17,38	205,1 $\pm$ 40,25 ⁺⁺⁺	127,38

Chú thích: +++: Khác biệt so với lô chứng sinh học với $p < 0,001$

Sau tiêm màng bụng, dung dịch P-407 5% liều 250mg/kg (0,1mL/10g) có tác dụng gây RLLPM rõ rệt trên chuột nhắt. Ở lô mô hình, nồng độ TC, TG, HDL-C và LDL-C đều tăng có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,001$.



Biểu đồ 3.2. Tác dụng của Giảo cổ lam lên nồng độ lipid máu ở mô hình nội sinh

Atorvastatin liều 100mg/kg làm giảm nồng độ LDL-C máu so với lô mô hình có ý nghĩa thống kê

($p < 0,05$) nhưng không có sự khác biệt về nồng độ TC, TG và HDL-C máu so với lô mô hình ($p >$

0,05).

Giảo cổ lam liều thấp và liều cao có xu hướng làm giảm nồng độ TC, TG, LDL-C, HDL-C máu so với lô mô hình, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. KẾT LUẬN

Trên mô hình ngoại sinh: giảo cổ lam liều 1,5g/kg và liều 3,0g/kg đều thể hiện tác dụng làm giảm nồng độ TC, LDL-c có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$), giảm TG ($p < 0,05$) và tăng HDL-c ($p < 0,05$) trên chuột cống trắng được uống hỗn hợp dầu cholesterol so với lô mô hình.

Trên mô hình nội sinh: Giảo cổ lam liều 2,5g/kg và liều 5,0g/kg có xu hướng làm giảm nồng độ TC, TG, LDL-c, HDL-c so với lô mô hình, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu đã chứng minh cao chiết cây giảo cổ lam thu hái tại Thái Nguyên có tác dụng làm hạn chế RLLP máu trên chuột cống trắng và trên chuột nhắt trắng. Với mong muốn có thể đưa sản phẩm này vào ứng dụng thực tiễn, chúng tôi kiến nghị được tiếp tục nghiên cứu sâu hơn về độc tính, đặc biệt là độc tính trên gan ở các loài động vật khác với số lượng mẫu bệnh phẩm lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Phương Thanh (2011)**, Nghiên cứu độc tính và tác dụng điều chỉnh rối loạn lipid máu của Monachos trên thực nghiệm, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
2. **Johnston TP, Nguyen LB, Chu WA, Shefer S (2001)**, Potency of select statin drugs in a new mouse model of hyperlipidemia and atherosclerosis, International journal of pharmacology, 229(1): 75-86.
3. **Leon C, Wasan KM, Sachs-Barrable K, Johnston TP (2006)**, Acute P-407 administration to mice causes hypercholesterolemia by inducing cholesterol synthesis and down-regulating low-density lipoprotein receptor expression, Pharmaceutical research, 23(7): 1597-1607.
4. **Marjan NASSIRI-ASL et al (2009)**, "Effects of Urtica dioica extract on lipid profile in hypercholesterolemic rats", Journal of Chinese Integrative Medicine, 7 (5): 428 – 433.
5. **Millar J. S., Cromley D. A., et al. (2005)**, "Determining hepatic triglyceride production in mice: comparison of poloxamer 407 with Triton WR-1339", J Lipid Res, 46(9), pp. 2023-8
6. **Rachh P, Rachh M, Ghadiya N, Modi D, Modi K, Patel N, et al. (2010)**, Antihyperlipidemic activity of Gymnema sylvestre R. Br. leaf extract on rats fed with high cholesterol diet, Int J Pharmacol, 6(2): 138-141.

XÂY DỰNG QUY TRÌNH ĐỊNH LƯỢNG MANGIFERIN TRONG LÁ XOÀI (MANGIFERA INDICA) BẰNG SẮC KÝ LỎNG HIỆU NĂNG CAO

Chữ Văn Mến*, Nguyễn Thị Thanh Hằng*

TÓM TẮT²⁶

Phương pháp định lượng hoạt chất Mangiferin (Man) trong lá Xoài bằng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao (HPLC) đã được xây dựng, bao gồm các điều: cột Optimapak C₁₈ (250 mm x 4,6mm; 5μm); pha động: MeOH – acid formic 0,5% (40:60) ; tốc độ dòng 0,8 ml/phút; thể tích tiêm 10 μL; detector PDA-UV tại

bước sóng 258 nm. Kết quả thẩm định cho thấy phương pháp có độ đặc hiệu, độ tuyến tính, độ chính xác, độ đúng cao, giới hạn định lượng thấp. Kết quả định lượng cho thấy hàm lượng Mangiferin trong lá Xoài thay đổi nhiều giữa các mẫu được thu hái từ các vùng khác nhau (dao động 1,34- 3,14%).

Từ khóa: Lá xoài; mangiferin; HPLC.

SUMMARY

DETERMINATION OF MANGIFERIN IN MANGO LEAVES (MANGIFERA INDICA) BY HIGH PERFORMANCE LIQUID CHROMATOGRAPHY

An HPLC method for the determination of

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Chữ Văn Mến

Email: chuvanmen@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

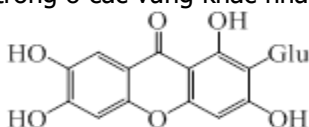
Ngày duyệt bài:

Mangiferin (Man) in mango leaves was developed and fully validated. Using a isocratic program of methanol and 0.5% formic acid as the mobile phase and UV detection of 258 nm, stationary phase included optimapak C₁₈ column (250 mm x4,6mm; 5µm), flow rate: 0.8ml/min, injection volume was 10 µL. The method validation showed good specificity and linearity, good precision and accuracy, low limit of quantitation. The content of Man was highly fluctuated among samples collected from different area.

Key words: Mango leaves; mangiferin; HPLC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoài (*Mangifera indica*) là dược liệu có nguồn gốc từ Mianma- Ấn Độ, được trồng phổ biến ở các tỉnh miền Tây và miền Đông Nam Bộ Việt Nam [1]. Trong lá xoài có chứa Mangiferin- dẫn xuất nhóm xanthonoid có nhiều tác dụng sinh học như kháng virus, kháng khuẩn, chống viêm, 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 [2] có ý nghĩa rất lớn để phát triển thành chế phẩm hỗ trợ điều trị bệnh ĐTĐ. Với mục đích góp phần tiêu chuẩn hóa nguyên liệu lá xoài ở Việt Nam, tiến hành xây dựng và thẩm định phương pháp định lượng Mangiferin trong lá xoài bằng HPLC. Đồng thời ứng dụng phương pháp để đánh giá hàm lượng của Mangiferin trong một số mẫu lá xoài được trồng ở các vùng khác nhau.



Hình 1. Cấu trúc hóa học của Mangiferin

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, vật liệu nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Lá xoài được thu hái ở 3 vùng khác nhau: Sơn La, Bình Thuận, Cần Thơ được thu hái vào tháng 2/2015 đã được rửa sạch, phơi khô và nghiền nhỏ.

2.1.2. Hóa chất và dung môi. Mangiferin chuẩn đạt tiêu chuẩn phòng thí nghiệm. Methanol, acid formic, Ethanol và các hóa chất khác đạt tiêu chuẩn phân tích HPLC.

2.1.3. Thiết bị. Máy sắc ký lỏng hiệu năng

cao Waters- Mỹ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Xây dựng quy trình định lượng

* Lựa chọn điều kiện sắc ký

- Cột Optimapak C₁₈ (250mm x4,6mm; 5µm); pha động: MeOH – acid formic 0,5% (40:60); tốc độ dòng 0,8 ml/phút; thể tích tiêm 10 µL; detector PDA-UV tại bước sóng 258 nm.

* Chuẩn bị dung dịch chuẩn và thử

- Dung dịch chuẩn: Hòa tan Man chuẩn trong MeOH để được dung dịch có nồng độ khoảng 20µg/ml.

- Dung dịch thử: Cân chính xác khoảng 1000,0mg bột lá xoài chiết Soxhlet với 100 ml EtOH 70% trong 6 giờ. Bốc hơi dung môi lấy phần dịch chiết, lọc nóng, ly tâm với tốc độ 10000 vòng/5 phút, gạn lấy lớp trên, lọc qua màng lọc 0,45 µm.

* Thẩm định phương pháp phân tích [5]

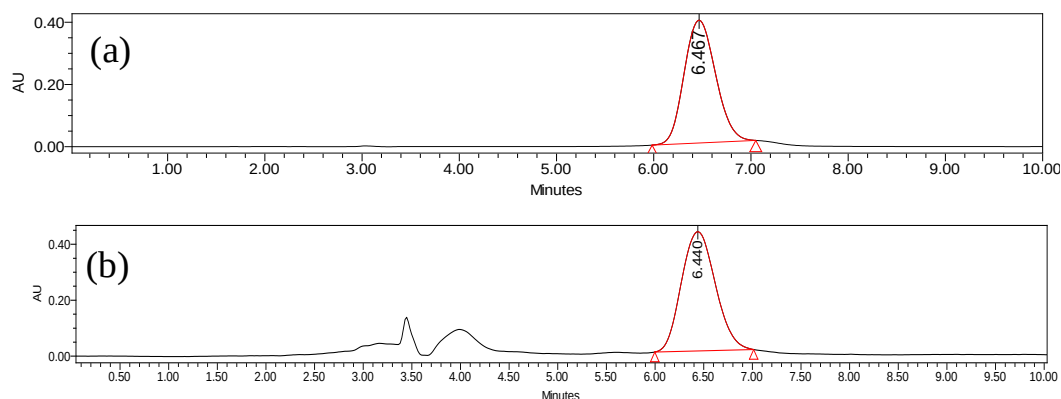
Phương pháp phân tích được thẩm định theo yêu cầu chung của ICH (International Conference on Harmonization) về thẩm định phương pháp phân tích: Tính tương thích của hệ thống sắc ký, độ đặc hiệu, khoảng tuyến tính, độ đúng và độ lặp lại, giới hạn phát hiện (LOD) và giới hạn định lượng (LOQ).

2.2.2. Áp dụng phương pháp xây dựng được để định lượng các mẫu

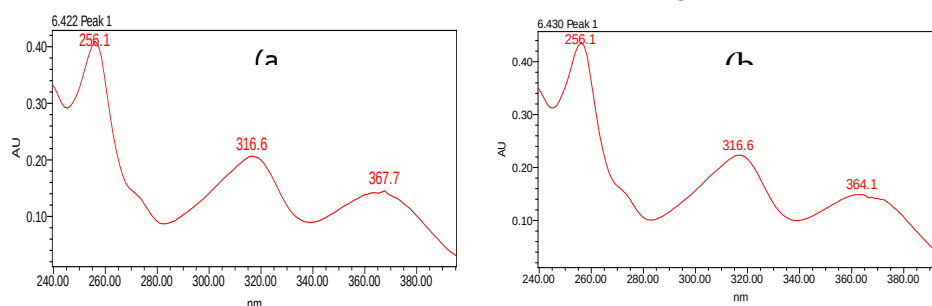
Áp dụng phương pháp để định lượng một số mẫu lá xoài thu hái ở các vùng khác nhau.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Với điều kiện sắc ký và phương pháp xử lý mẫu đã lựa chọn, sắc ký đồ cho thấy các pic tách rõ ràng, nhiều nền thấp thể hiện qua sắc ký đồ của mẫu lá xoài và mẫu chuẩn Man. Pic Man của mẫu thử có thời gian lưu (6,440 phút) tương ứng với thời gian lưu của pic Man trong trong sắc ký đồ của mẫu chuẩn (6,467 phút) (Hình 3.1). Tiến hành so sánh phổ hấp thụ UV của mẫu chuẩn và mẫu thử. Kết quả chồng phổ cho thấy: Độ trùng khít của phổ mẫu thử và mẫu chuẩn là 0,9997 (Hình 3.2). Điều này chứng tỏ: pic thu được trên sắc ký đồ của mẫu thử tinh khiết và các thành phần khác có trong mẫu thử không ảnh hưởng đến quá trình phân tích Mangiferin, qua đó cho phép tiến hành định tính, định lượng.



Hình 2: Sắc ký đồ của mangiferin chuẩn (a) và dịch chiết trong EtOH của mẫu lá xoài (b).



Hình 3. Phổ UV của Man chuẩn (a) và dịch chiết trong EtOH của mẫu lá xoài (b).

3.1. Kết quả thẩm định phương pháp

3.1.1. Tính tương thích của hệ thống sắc ký. Tính thích hợp hệ thống sắc ký được khảo sát dựa vào việc phân tích 5 lần một mẫu chuẩn (nồng độ Man chuẩn là 10 µg/ml) trên máy HPLC với cùng điều kiện đã nêu. Đánh giá tính thích hợp của hệ thống sắc ký dựa vào độ lệch chuẩn tương đối của thời gian lưu, diện tích pic.

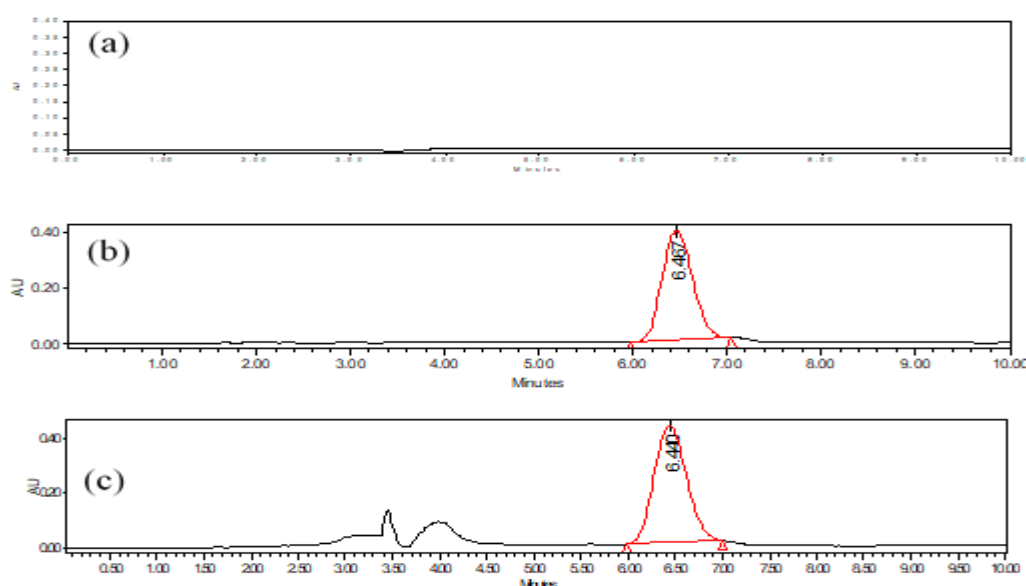
Bảng 1. Kết quả đánh giá tính tương thích của hệ thống sắc ký

STT	Thời gian lưu (phút)	Diện tích pic (mAU*s)
1	6,47	486604
2	6,48	485656
3	6,42	479164
4	6,47	483527
5	6,45	483540

$\bar{X} \pm SD$	6,458 ± 0,024	483698 ± 2867
RSD (%)	0,369	0,593

Kết quả ở bảng 1 cho thấy: Độ biến thiên diện tích pic và thời gian lưu lần lượt là 0,593 và 0,369 nhỏ hơn 2%. Điều đó chứng tỏ hệ thống sắc ký phù hợp để kiểm tra mẫu.

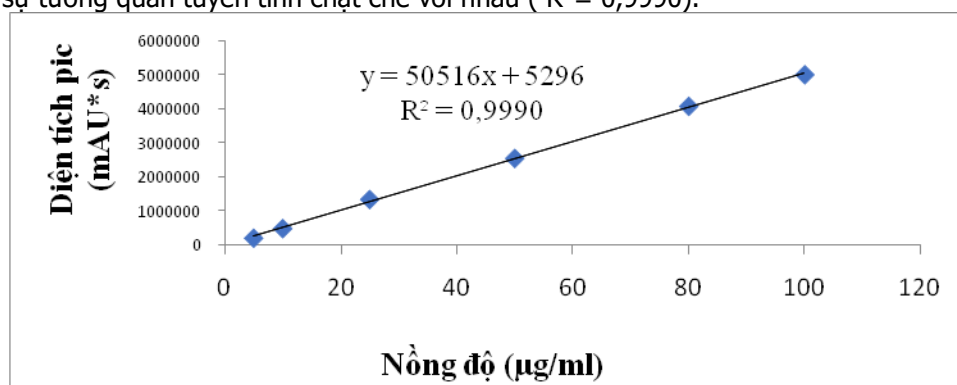
3.1.2. Độ đặc hiệu. Tiến hành phân tích đồng thời mẫu chuẩn Man, mẫu trắng và mẫu thử. Kết quả cho thấy: tại vị trí xuất hiện pic của Man trên sắc ký đồ mẫu thử cũng đồng thời xuất hiện pic tương ứng trên mẫu chuẩn. Tại vị trí này, không xuất hiện pic tương ứng trên mẫu trắng. Trên sắc ký đồ mẫu thử ta thấy pic Man tách hoàn toàn khỏi pic tạp. Do vậy, phương pháp này đảm bảo độ chọn lọc và đặc hiệu cho quá trình phân tích (Hình 4)



Hình 4 : Sắc ký đồ của mangiferin trong mẫu trắng (a), mẫu chuẩn (b), mẫu thử (c)

3.1.3. Khoảng tuyến tính

Để khảo sát khoảng tuyến tính của phương pháp, tiến hành pha một dãy dung dịch chuẩn có nồng độ 5; 10; 20; 25; 80; 100 $\mu\text{g/ml}$, sau đó xác định tương quan giữa diện tích pic và nồng độ các dung dịch chuẩn. Kết quả cho thấy trong khoảng nồng độ khảo sát, diện tích pic và nồng độ Man chuẩn có sự tương quan tuyến tính chặt chẽ với nhau ($R^2 = 0,9990$).



Hình 5. Đồ thị tương quan giữa diện tích pic và nồng độ Man chuẩn

3.1.4. Độ đúng và độ lặp lại

Độ đúng và độ lặp lại trong ngày và giữa các ngày thực hiện bằng cách phân tích dung dịch chuẩn 5 lần/ ngày và trong 5 ngày liên tiếp.

Bảng 2. Độ đúng và độ lặp lại của Man ($n=5$)

Nồng độ ban đầu ($\mu\text{g/ml}$)	Trong ngày			Giữa các ngày		
	Nồng độ phát hiện ($\mu\text{g/ml}$)	Độ đúng (%)	Độ lặp (%)	Nồng độ phát hiện ($\mu\text{g/ml}$)	Độ đúng (%)	Độ lặp (%)
5	$4,96 \pm 0,046$	98,4	1,62	$4,98 \pm 0,093$	99,5	1,86
25	$25,19 \pm 0,269$	100,7	1,07	$25,22 \pm 0,899$	102,5	1,62
50	$50,63 \pm 0,741$	101,3	1,46	$50,65 \pm 1,094$	102,9	1,08

Phương pháp có độ đúng và độ lặp lại trong ngày cũng như giữa các ngày đạt yêu cầu.

3.1.5. Giới hạn phát hiện và giới hạn định lượng. Đối với giới hạn phát hiện (LOD) và

giới hạn định lượng (LOQ), dung dịch chuẩn được hòa loãng tới những nồng độ thích hợp bằng MeOH và tiêm vào hệ thống HPLC để phân tích. Đánh giá LOD dựa trên pic thấp nhất để

phát hiện trên sắc ký đồ có giá trị tỷ lệ tín hiệu/nhiều bằng 3. Đánh giá LOQ dựa trên nồng độ thấp nhất có thể định lượng được có giá trị tín

hiệu/ nhiều bằng 10. Kết quả khảo sát cho thấy LOD và LOQ của Man với phương pháp lần lượt là 0,33 µg/mL và 1,00 µg/mL.

3.2. Kết quả xác định hàm lượng Man trong lá xoài thu hái ở các vùng khác nhau

Bảng 3. Hàm lượng Man trong lá xoài ở các vùng khác nhau (n=5)

Nguyên liệu	KL dược liệu (mg)	Khối lượng Man thu được (mg)	Hàm lượng (%)
Lá xoài Sơn La	100,17±0,0002	28,3±0,00048	2,82±0,047
Lá xoài Hậu Giang	100,13±0,0004	31,4±0,00013	3,14±0,013
Lá xoài Bình Thuận	100,19±0,0003	13,4±0,00014	1,34±0,013

Hàm lượng Man trong lá xoài thu hái ở các vùng khác nhau có sự khác biệt rõ rệt, lá xoài Hậu Giang có hàm lượng Man cao nhất là 3,14 %, trong khi đó hàm lượng Man trong lá xoài Bình Thuận chỉ 1,34%.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi đã xây dựng và thẩm định được phương pháp định lượng hoạt chất Mangiferin (Man) trong lá Xoài bằng sắc ký lỏng hiệu năng cao (HPLC). Điều kiện sắc ký bao gồm các điều: cột Optimapak C₁₈ (250 mm x4,6mm; 5µm); pha động: MeOH – acid formic 0,5% (40:60) ; tốc độ dòng 0,8 ml/phút; thể tích tiêm 10 µL; detector PDA-UV tại bước sóng 258 nm. Kết quả thẩm định cho thấy phương pháp có độ đặc hiệu, độ tuyến tính, độ chính xác, độ đúng cao, giới hạn định lượng thấp. Kết quả định lượng cho thấy hàm lượng Mangiferin trong lá Xoài thay đổi nhiều giữa các mẫu được thu hái từ các vùng khác nhau (dao động 1,34- 3,14%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện Dược Liệu** (2003), Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam Tập 2, NXB Khoa học kỹ thuật, Hà Nội.
2. **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.
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. **ICH (2005)**, "Validation of analytical procedures: text and methodology. Q2R1".

THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG TẠI MỘT CÔNG TY THUỘC TỈNH HẢI DƯƠNG VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH BỤI PHỔI SILIC NĂM 2018

Lê Thị Hương¹, Lê Thị Thanh Xuân¹, Khương Văn Duy¹,
Trần Như Nguyên¹, Nguyễn Ngọc Anh¹, Nguyễn Thanh Thảo¹,
Phạm Thị Quân¹, Nguyễn Quốc Doanh¹, Phan Thị Mai Hương¹,
Tạ Thị Kim Nhung¹, Đinh Thị Liên², Lương Mai Anh³,
Nguyễn Thị Thu Huyền³, Nguyễn Thị Liên Hương³

TÓM TẮT²⁷

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực hành của người lao động tại một công ty thuộc tỉnh Hải Dương về phòng chống bệnh bụi phổi silic năm 2018.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tiến hành phỏng vấn đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi cấu trúc sẵn có. Bộ câu hỏi gồm 3 phần: phần hành chính, phần đặc trưng đối tượng gồm 5 câu hỏi, phần thực hành gồm 10 câu hỏi. **Kết quả:** Tỷ lệ NLĐ tuân thủ khám sức khỏe định kỳ hàng năm là 66,6%, tuân thủ vệ sinh lao động là 64,7%, khám bệnh nghề nghiệp hàng năm là 39,1%. Có 2,9% NLĐ không sử dụng khẩu trang và 2,3% NLĐ sử dụng khẩu trang không thường xuyên khi làm việc, tỷ lệ NLĐ sử dụng khẩu trang vải là 87,4%, tỷ lệ NLĐ sử dụng khẩu trang N95 là 6,7%, sử dụng khẩu trang y tế dùng 1 lần là 2,9%. **Kết luận:** Tỷ lệ áp dụng các biện pháp phòng chống bụi của NLĐ còn nhiều hạn chế, vẫn có 2,9% NLĐ không sử dụng khẩu trang và 2,3% NLĐ sử dụng khẩu trang không thường xuyên khi làm việc; tỷ lệ NLĐ khám bệnh nghề nghiệp là 39,1%. Phải nâng cao tỷ lệ NLĐ thực hành phòng bệnh đúng để giảm thiểu những hậu quả nghiêm trọng do bệnh gây ra.

Từ khóa: bụi phổi silic, người lao động, Hải Dương

Cross – sectional study was applied to interview workers who directly exposure to silic dust with structured questionnaires. This questionnaire consisted of 3 parts, including the general information section, the participant's characteristics section with 5 questions and the practice section with 10 questions.

Results: The rate of workers had the annual health examination was 66.6%. The rate of workers complied with occupational hygiene rule was 64.7%. The rate of workers entered annual occupational diseases' exam was 39.1%. There were 2.9% of workers who did not use masks and 2.3% of workers used irregular masks when working. The proportion of workers used cloth masks was 87.4%. The proportion of workers using N95 masks was 6.7%. The proportion of workers using surgical masks was 2.9%. **Conclusion:** The practices of workers on silicosis prevention measures was limited. There were still 2.9% of workers who did not use masks and 2.3% of workers used irregular masks when working. The proportion of workers examining occupational diseases was 39.1%. Thus, workers practising the disease prevention must be improved to reduce the serious consequences caused by silicosis.

Keywords: silicosis, workers, Hai Duong.

SUMMARY

PRACTICES OF WORKERS ABOUT PREVENTION OF SILICOSIS AT ONE COMPANY IN HAI DUONG PROVINCE IN 2018

Objective: This study aimed to describe practices of workers about prevention of silicosis at one company in Hai Duong province in 2018. **Method:**

¹Viện ĐT YHDP&YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

² Trung tâm nghiên cứu, sản xuất vắc-xin và sinh phẩm Polyvac

³Cục quản lý môi trường Y tế, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hương

Email: lethihuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), bệnh bụi phổi silic (BPSi) là bệnh nghề nghiệp đã được phát hiện từ lâu, tiến triển không hồi phục, thậm chí ngay cả khi đã ngừng tiếp xúc với bụi. Hiện nay, trình độ khoa học kỹ thuật phát triển nhưng bệnh BPSi vẫn chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Theo WHO, tỷ lệ hiện mắc bệnh BPSi ở các nước đang phát triển trong số người lao động (NLĐ) làm nghề phải tiếp xúc với bụi silic vào khoảng 20-50% [1]. Ở Việt Nam, cho tới nay, bệnh BPSi chưa có xu hướng giảm theo thời gian [2] và vẫn là một trong số những bệnh nghề nghiệp được giám định nhiều nhất [3]. Tuy nhiên, bệnh BPSi là bệnh có thể phòng tránh được bằng cách thực hiện các biện pháp cụ thể. Trên thế giới, để đánh giá về tỷ lệ NLĐ thực hành đúng trong phòng

chống bệnh BPSi, hiện nay mới chỉ có nghiên cứu tại Nam Phi với tỷ lệ thực hành đúng là 89,5% [4]. Công ty xi măng Phúc Sơn thuộc tỉnh Hải Dương là công ty có số lượng lớn NLĐ làm việc tại nhà máy đang phải tiếp xúc trực tiếp với bụi silic. Tại Việt Nam nói chung và tại Hải Dương nói riêng các nghiên cứu về thực hành đúng của NLĐ trong phòng bệnh BPSi còn hạn chế. Chính vì vậy nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: “Mô tả tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống bệnh bụi phổi silic của người lao động tại một công ty ở Hải Dương năm 2018”. Kết quả nghiên cứu sẽ định hướng cho các cơ quan chức năng và doanh nghiệp đề ra những chính sách phù hợp nhằm bảo vệ sức khỏe, phòng chống bệnh bụi phổi silic nghề nghiệp cho NLĐ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. NLĐ làm việc trong các nhà máy có tiếp xúc trực tiếp với bụi silic và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang
- **Cỡ mẫu:** Toàn bộ NLĐ có tiếp xúc trực tiếp với bụi silic ít nhất 1 năm trong môi trường lao động (MTLĐ) ở công ty xi măng Phúc Sơn.
- **Chọn mẫu:** Chọn chủ đích công ty xi măng Phúc Sơn thuộc tỉnh Hải Dương có phát sinh bụi silic trong MTLĐ theo danh sách các công ty/ doanh nghiệp trong tỉnh Hải Dương có hồ sơ quản lý vệ sinh lao động của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Hải Dương. Sau đó, lập danh sách toàn bộ NLĐ có tiếp xúc trực tiếp với bụi silic ở công ty này đồng ý tham gia nghiên cứu và đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng. Quá trình chọn mẫu đã chọn được **691** NLĐ tham gia vào nghiên cứu.

- **Thời gian nghiên cứu.** Thời gian nghiên cứu: từ tháng 11/2018 đến tháng 06/2019, thời gian thu thập số liệu: tháng 12/2018

- Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi cấu trúc sẵn có được xây dựng dựa trên thông tư 15/2016 của Bộ Y tế về bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm và tham khảo bộ câu hỏi của nghiên cứu Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh bụi phổi silic ở Nam Phi [4]. Bộ câu hỏi được thiết kế gồm các phần: phần hành chính; phần đặc trưng đối tượng nghiên cứu gồm 5 câu hỏi và phần thực hành phòng chống bụi gồm 10 câu hỏi. Bộ câu hỏi được rà soát cẩn thận trong

nhóm nghiên cứu trước khi điều tra chính thức tại thực địa.

- Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi đã xây dựng, chỉnh sửa, bổ sung để tiến hành phỏng vấn đối tượng. Mỗi bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp người lao động từ 20 đến 25 phút. Mỗi bộ câu hỏi sau khi hoàn thành phỏng vấn được kiểm tra ngay tại thực địa (kiểm tra tính đầy đủ, logic thông tin) trước khi nộp cho nhóm xử lý số liệu.

2.3 Xử lý số liệu. Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập vào phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được phân tích trên phần mềm Stata 12.0. Thống kê mô tả được áp dụng để trình bày các tần suất, tỷ lệ % về thực hành phòng bệnh bụi phổi silic của các đối tượng nghiên cứu.

2.4 Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng một phần số liệu trong đề tài cấp nhà nước “Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học phân tử, yếu tố nguy cơ và ứng dụng kỹ thuật tiên tiến trong chẩn đoán sớm bệnh bụi phổi silic tại Việt Nam” – Mã số: KC.10.33/16-20, thuộc chương trình: “Nghiên cứu ứng dụng và phát triển công nghệ tiên tiến phục vụ bảo vệ chăm sóc sức khỏe cộng đồng” – Mã số: KC.10/16-20. Đề tài đã được chấp thuận của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của trường Đại học Y Hà nội (số 42/BB-HĐĐĐ-ĐHYHN ngày 31/10/2018). Vấn đề nghiên cứu không ảnh hưởng tới sức khỏe cũng như các vấn đề về khác của đối tượng. Các thông tin thu thập được từ các đối tượng chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và hoàn toàn được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nội dung		Số lượng (n=691)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	558	80,8
	Nữ	133	19,2
Nhóm tuổi	20 – 29 tuổi	85	12,3
	30 – 39 tuổi	386	55,9
	40 – 49 tuổi	206	29,8
	≥ 50 tuổi	14	2,0
Nhóm tuổi nghề	< 5 năm	96	13,9
	5 – 9 năm	188	27,2
	10 – 14 năm	389	56,3
	15 – 19 năm	16	2,3

	≥ 20 năm	2	0,3
Trình độ học vấn	Tiểu học	4	0,6
	Trung học cơ sở	160	23,2
	Trung học phổ thông	204	29,5
	Sơ/trung cấp	239	34,7
	Cao đẳng/ đại học trở lên	83	12,0
Tên phân xưởng làm việc	Cơ khí	65	9,4
	Lò	81	11,7
	Mỏ	46	6,7
	Bao bì	321	46,5
	Xây dựng	23	3,3
	Nghiên thô	58	8,4
	Nghiên xi	46	6,7
	Quản lý chất lượng	33	4,8
	Cảng nhập	17	2,5

Trong 691 NLĐ được nghiên cứu, NLĐ đa số là nam (80,8%). Chủ yếu NLĐ thuộc nhóm tuổi

30 – 39 tuổi (55,9%), chỉ có 2% thuộc nhóm tuổi trên 50 tuổi. Tuổi trung bình là $36,8 \pm 6,2$ (tuổi), NLĐ lớn tuổi nhất là 56 tuổi, nhỏ nhất là 23 tuổi. NLĐ thuộc nhóm tuổi nghề 10 – 14 năm chiếm tỷ lệ cao (56,3%), tiếp đến là nhóm tuổi nghề 5 – 9 năm chiếm 27,2%, nhóm tuổi nghề dưới 5 năm chiếm 13,9%, nhóm tuổi nghề trên 15 năm chiếm tỷ lệ thấp (2,6%). Tuổi nghề trung bình là $9,8 \pm 3,9$ (năm), tuổi nghề nhỏ nhất là 2 năm, lớn nhất là 22 năm. NLĐ được nghiên cứu có trình độ học vấn cấp sơ/trung cấp chiếm tỷ lệ cao nhất (34,7%), tiếp đến là cấp trung học phổ thông chiếm 29,5%, trình độ trung học cơ sở chiếm 23,2%, trình độ cao đẳng đại học trở lên chiếm 12,0%, trình độ tiểu học có tỷ lệ thấp là 0,6%. NLĐ được nghiên cứu đa số thuộc phân xưởng bao bì (46,5%), tiếp theo là phân xưởng lò (11,7%), cơ khí (9,4%), nghiên thô (8,4%), mỏ (6,7%), nghiên xi (6,7%), quản lý chất lượng (4,8%), xây dựng (3,3%), cuối cùng là phân xưởng cảng nhập (2,5%).

Bảng 2. Tỷ lệ người lao động thực hiện các biện pháp phòng chống bệnh bụi phổi silic

Nội dung	Có		Không	
	n	%	n	%
Khám sức khỏe định kỳ hàng năm	460	66,6	231	33,4
Khám bệnh nghề nghiệp hàng năm	270	39,1	421	60,9
Tuân thủ an toàn lao động	445	64,4	246	35,6
Tuân thủ vệ sinh lao động	447	64,7	244	35,3
Tuân thủ nội quy phân xưởng	394	57,0	297	43,0
Không làm gì	48	7,0	643	93,1

Khám sức khỏe định kỳ hàng năm là biện pháp phòng chống bệnh BPSi được làm chiếm tỷ lệ cao nhất (66,6%), sau đó đến tuân thủ vệ sinh lao động (64,7%), tuân thủ an toàn lao động (64,4%), tuân thủ nội quy phân xưởng chiếm tỷ lệ thấp hơn (57,0%), khám bệnh nghề nghiệp hàng năm chiếm tỷ lệ biện pháp được làm thấp nhất (39,1%). Tuy nhiên vẫn còn 7% số NLĐ không làm gì phòng chống bệnh.

Bảng 3. Thực trạng sử dụng khẩu trang của người lao động

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sử dụng khẩu trang (n=691)	Có	671	97,1
	Không	19	2,9
Tần suất sử dụng khẩu trang	Thường xuyên	656	94,9
	Thỉnh thoảng	16	2,3
	Không sử dụng	19	2,9

(n=691)			
Loại khẩu trang (n=670)	Khẩu trang vải	604	87,4
	Khẩu trang N95	46	6,7
	Khẩu trang y tế dùng 1 lần	20	2,9

Hầu hết NLĐ đều sử dụng khẩu trang (96,8%). Trong đó, NLĐ sử dụng khẩu trang ở mức độ thường xuyên chiếm tỷ lệ cao nhất với 94,9%. Tuy nhiên vẫn còn 19 NLĐ không sử dụng khẩu trang khi lao động, chiếm tỷ lệ 2,9%. Trong số 670 NLĐ sử dụng khẩu trang, tỷ lệ NLĐ sử dụng khẩu trang vải chiếm tỷ lệ cao nhất là 87,4%, tiếp theo là khẩu trang N95 (6,7%), khẩu trang y tế dùng 1 lần (2,9%).

Bảng 4. Thực trạng phòng chống bụi tại phân xưởng

Nội dung	Số lượng (n=691)	Tỷ lệ (%)

Tưới nước ra nền xương	227	33,1
Làm sạch nền xương	369	53,8
Dùng quạt thông gió hút bụi	382	55,7
Không biết	105	15,3

Tại phân xưởng, tỷ lệ biện pháp chống bụi phổ biến nhất theo NLĐ là dùng quạt thông gió hút bụi (55,7%), tiếp đến là biện pháp làm sạch nền xương (53,8%), tưới nước ra nền xương (33,1%). Tuy nhiên có đến 15,3% không biết các biện pháp phòng chống bụi tại phân xưởng của mình.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, để trả lời câu hỏi thực hành của người lao động về BPSi, chúng tôi đã phỏng vấn theo bộ câu hỏi cấu trúc có sẵn. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi nghề trung bình của NLĐ được nghiên cứu là $9,8 \pm 3,9$ (năm), thấp hơn so với tuổi nghề của NLĐ trong nghiên cứu của Lê Thị Hằng là $17,2 \pm 5,1$ (năm) [5]. Kết quả này phù hợp, do nhóm tuổi nghề ở nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ đa số là nhóm từ 10-14 năm (56,3%), tiếp đến là nhóm tuổi nghề 5-9 năm chiếm 27,2%, nhóm tuổi nghề trên 15 năm chiếm tỷ lệ thấp (2,6%). NLĐ tham gia nghiên cứu đa số có trình độ học vấn từ Trung học phổ thông trở lên (76,2%). Nhà máy xi măng Phúc Sơn hoạt động theo quy trình chia thành nhiều phân xưởng khác nhau và có sự tiếp xúc với bụi silic ở các mức độ khác nhau. NLĐ tham gia vào nghiên cứu thuộc 9 phân xưởng: Cơ khí, lò, mỏ, xây dựng, nghiền thô, nghiền xi, quản lý chất lượng, cảng nhập, bao bì.

Khám sức khỏe định kỳ hàng năm (66,6%), tuân thủ vệ sinh lao động (64,7%), tuân thủ an toàn lao động (64,4%), tuân thủ nội quy phân xưởng (57,0%), khám bệnh nghề nghiệp hàng năm (39,1%) là những biện pháp được NLĐ ở công ty xi măng Phúc Sơn áp dụng để phòng chống bệnh BPSi. Tuy nhiên các tỷ lệ này đều không đạt 100% theo như quy định của Luật An toàn vệ sinh lao động quy định [6]. Kết quả cho thấy, NLĐ chưa làm đúng nghĩa vụ của mình đồng thời cũng tự làm mất đi quyền lợi của mình. Có thể lý giải kết quả do nhiều NLĐ không cho rằng khám sức khỏe định kỳ và khám bệnh nghề nghiệp hàng năm là biện pháp có thể phòng bệnh bụi phổi silic. Hoặc cũng có thể do NLĐ chưa thực sự được khám hoặc họ nhầm lẫn giữa khám bệnh nghề nghiệp và khám sức khỏe định kỳ. Một

nguyên nhân khác theo chúng tôi có thể là do công ty chưa tổ chức khám bệnh nghề nghiệp. Vì vậy, NLĐ cần có ý thức trách nhiệm hơn. Đồng thời người sử dụng lao động đơn đốc NLĐ thực hiện theo quy định của Luật và nội quy phân xưởng, giải thích rõ cho NLĐ hiểu về ý nghĩa của các cuộc khám sức khỏe định kỳ, khám bệnh nghề nghiệp hàng năm, cũng như có những hình thức thưởng phạt xứng đáng để đảm bảo an toàn cũng như đó là biện pháp để phòng bệnh BPSi.

Đa số NLĐ đều sử dụng khẩu trang khi làm việc (96,8%), điều này cho thấy NLĐ đã có ý thức trách nhiệm hơn trong bảo vệ và phòng chống bệnh BPSi. Trong điều kiện MTLĐ khắc nghiệt, thường xuyên tiếp xúc với bụi vẫn có 2,3% NLĐ sử dụng khẩu trang không thường xuyên và 2,9% NLĐ không sử dụng khẩu trang khi làm việc. Họ sử dụng không thường xuyên có thể là do khi sử dụng có cảm giác không thoải mái, chưa tập được thói quen sử dụng các loại BHLĐ thường xuyên đồng thời chưa thực sự quan tâm và ý thức phòng bệnh chưa cao nên trong điều kiện nhiệt độ MTLĐ cao dễ làm cho NLĐ không sử dụng BHLĐ. Trong nghiên cứu của Lê Thị Hằng năm 2006 trên 3168 NLĐ ở 3 nhóm NLĐ về tỷ lệ và mức độ sử dụng khẩu trang, tỷ lệ NLĐ có sử dụng khẩu trang là 88,7%, trong số đó, tỷ lệ NLĐ sử dụng khẩu trang thường xuyên là 89%, hai tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ của chúng tôi, tỷ lệ NLĐ không sử dụng khẩu trang thường xuyên là 11%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ sử dụng khẩu trang của chúng tôi và nghiên cứu của Lê Thị Hằng lại cao hơn so với nghiên cứu tại Trung Quốc cho 302 NLĐ, tỷ lệ này chỉ có 56,7%. Cũng trong nghiên cứu, tác giả cho biết, trong số 11% người sử dụng khẩu trang không thường xuyên, có 7,7% số NLĐ mắc bệnh, trong số 89 % số NLĐ sử dụng thường xuyên có 3,3% số NLĐ mắc bệnh BPSi [7]. Như vậy, ta thấy, không đeo khẩu trang thường xuyên, tỉ lệ mắc bệnh BPSi sẽ cao hơn, nhưng đeo khẩu trang thường xuyên vẫn có khả năng bị bệnh. Vì thế, NLĐ cần thường xuyên đeo khẩu trang và đeo khẩu trang đúng quy định có độ lọc bụi cao, cụ thể là nâng tỷ lệ sử dụng khẩu trang N95 cao lên để bảo vệ sức khỏe được tốt nhất. Điều này gợi ý cho người sử dụng lao động, cần cần nhắc các nguồn lực để cấp phát cho NLĐ các loại bảo hộ lao động tốt nhất (ví dụ

như loại khẩu trang N95) để đảm bảo sức khỏe cho NLĐ và tăng năng suất lao động cho công ty.

Bệnh BPSi là bệnh đường hô hấp, vì thế, việc sử dụng khẩu trang đúng quy định là một biện pháp phòng tránh hiệu quả nhất. Khẩu trang N95 là khẩu trang được NIOSH chứng nhận tiêu chuẩn lọc N95 (khả năng lọc $\geq 95\%$): lọc bụi phát sinh trong quá trình chà, mài, đánh bóng... và bụi phát sinh trong quá trình lao động. Khẩu trang vải là khẩu trang được may 2 lớp vải. Chủ yếu khẩu trang này ngăn chúng ta hít phải các hạt bụi, khói khi đi lại ngoài đường. Khẩu trang y tế hay còn gọi là khẩu trang phẫu thuật tuy mỏng nhưng thường được làm bằng 3 lớp vải không dệt và tiết trùng kỹ càng. Loại khẩu trang này thường có các nếp gấp và một thanh chì giúp khẩu trang ôm khít vào mặt người đeo. Khẩu trang y tế có thể ngăn được hầu hết các giọt bắn nên có thể giúp chúng ta phòng ngừa được nhiều bệnh lây truyền qua giọt nhỏ nhưng không ngăn được lây truyền qua không khí. Ở đây ta có thể sử dụng cả 3 loại khẩu trang cho việc ngăn ngừa bụi, nhưng tùy từng bộ phận mà sử dụng khẩu trang cho đúng. Trong 670 NLĐ có sử dụng khẩu trang, chủ yếu sử dụng khẩu trang vải (87,4%), ngoài ra có tỷ lệ nhỏ NLĐ sử dụng khẩu trang N95 (6,7%) và khẩu trang y tế dùng 1 lần (2,9%).

Để thực hiện đúng nội quy an toàn vệ sinh lao động tại nơi làm việc người sử dụng lao động cần tuân thủ: "Bảo đảm nơi làm việc phải đạt yêu cầu về không gian, độ thoáng, bụi, hơi, khí độc, phóng xạ, điện từ trường, nóng, ẩm, ồn, rung, các yếu tố nguy hiểm, yếu tố có hại khác được quy định tại các quy chuẩn kỹ thuật liên quan và định kỳ kiểm tra, đo lường các yếu tố đó phù hợp tại nơi làm việc theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế" [6]. Tại phân xưởng làm việc, theo NLĐ tham gia nghiên cứu có các biện pháp làm giảm bụi phổ biến nhất là dùng quạt thông gió hút bụi (55,7%), làm sạch nền xưởng (53,8%), tưới nước ra nền xưởng (33,1%). Kết quả cho thấy, các người sử dụng lao động cũng có trách nhiệm trong việc phòng chống bệnh

BPSi và tạo MTLĐ tốt cho NLĐ. Tuy nhiên không phải là tất cả NLĐ cho rằng có biện pháp giảm bụi tại phân xưởng (15,3%), có thể do NLĐ không để ý đến và không hiểu các biện pháp tại phân xưởng và khi làm nghiên cứu NLĐ chưa nghiêm túc trả lời câu hỏi.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ áp dụng các biện pháp phòng chống bụi của NLĐ còn một số hạn chế. Vẫn có 2,9% NLĐ không sử dụng khẩu trang và 2,3% NLĐ sử dụng khẩu trang không thường xuyên khi làm việc; tỷ lệ NLĐ khám bệnh nghề nghiệp hàng năm là 39,1%. Vì vậy, cần phải nâng cao tỷ lệ NLĐ thực hành phòng bệnh đúng để giảm thiểu những hậu quả nghiêm trọng do bệnh gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Churchyard G.J., Ehrlich R. and TeWater Naude J.M. (2004). Silicosis prevalence and exposure-response relations in South African goldminers. *Occup Environ Med*, **61**, 811 - 816.
2. Nguyễn Khắc Hải (2006). Định hướng hoạt động y học lao động ở Việt Nam năm 2006-2010, Hội nghị khoa học YHLD lần thứ III.
3. Cục Quản lý MTYT (2018). Báo cáo công tác y tế lao động và phòng chống bệnh nghề nghiệp năm 2017.
4. Select Research (Pvt) LTD (2015). Knowledge, Attitudes and Practises (KAP) on TB, HIV and Silicosis Among Key Populations Aged 15 and 59 years in Southern Africa, Prepared for Wits Health Consortium (WHC), Final report, Zimbabwe.
5. Lê Thị Hằng, Trương Việt Dũng và Đào Xuân Vinh (2006). Tỷ lệ mới mắc, chỉ số mật độ mới mắc và một số yếu tố liên quan của bệnh bụi phổi - silic ở công nhân sản xuất vật liệu xây dựng. *Tạp chí YHĐ*, **10(555)**, 72-74.
6. Quốc hội (2015). Luật số 84/QH13 - Luật An toàn, vệ sinh lao động năm 2015, Cục QLMTYT.
7. Lê Thị Hằng, Đào Xuân Vinh, Huy Hậu và cs (2002). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học bệnh bụi phổi silic ở công nhân sản xuất vật liệu xây dựng và hiệu quả biện pháp can thiệp. *Tạp chí YHĐ*, **2(408)**, 73-75.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LẤY HUYẾT KHỐI BẰNG DỤNG CỤ Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Văn Khoa¹, Nguyễn Trung Kiên²,
Dương Thiện Phước², Lê Đức Thanh³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: đột quy não vẫn còn là vấn đề thời sự của y học và xã hội vì tuổi thọ trung bình ngày càng tăng, trong khi nguy cơ mắc bệnh lại tăng theo tuổi. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá kết quả điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ ở bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp điều trị trên 35 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên bị nhồi máu não cấp đến bệnh viện dưới 6 giờ, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0. **Kết quả:** sự thay đổi điểm Glasgow khi vào viện và ra viện có ý nghĩa thống kê, $p=0,004$; NIHSS trung bình vào viện là $15,8\pm6,4$ và ra viện là $13,91\pm10,2$; khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p=0,197$. Kết quả chung sau điều trị 28,6% bệnh nhân tử vong; bệnh nhân đạt kết quả tốt 42,9%. **Kết luận:** lấy huyết khối bằng dụng cụ giúp khoảng 50% bệnh nhân nhồi máu não cấp được phục hồi.

Từ khóa: đột quy, huyết khối, dụng cụ, nhồi máu não, cấp tính.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULTS OF BLOOD DISEASE TREATMENT WITH EQUIPMENT IN DISEASES OF BLOOD-LEAD HUMAN RISK IN CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Brain stroke is still a topical problem in medicine and society because of the increasing life expectancy, while the risk of disease increases with age. **Objectives:** assess the results of instrumental thrombotic treatment in patients with acute stroke in Can Tho Central General Hospital. **Material and methods:** intervention research on 35 patients 18 years of age and older with acute cerebral infarction to hospitals less than 6 hours, data analysis using SPSS 18.0 software. **Results:** There was a statistically

significant change in Glasgow score on admission and discharge. The average NIHSS admitted to hospital was 15.8 ± 6.4 and discharged from hospital was 13.91 ± 10.2 ; The difference is not statistically significant, $p=0.197$. Overall results after treatment 28.6% of patients died; The patient achieved a good result of 42.9%. **Conclusion:** Taking blood clots with instruments helps about 50% of patients with acute cerebral infarction be recovered.

Keywords: stroke, blood clots, instrument, acute, cerebral infarction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não vẫn còn là vấn đề thời sự của y học và xã hội vì tuổi thọ trung bình ngày càng tăng, trong khi nguy cơ mắc bệnh lại tăng theo tuổi [1]. Mặc dù hiện nay y học đã có nhiều tiến bộ, song đột quy não vẫn có tỷ lệ tử vong cao và nếu sống sót thì vẫn mang các di chứng gây giảm và mất khả năng sống độc lập. Do vậy đây là một vấn đề thời sự cấp thiết của y học đối với mọi nước, mọi dân tộc, ở người cao tuổi và cả người trẻ tuổi, không phân biệt nam hay nữ, ở nông thôn hay thành thị [3],[5].

Tại Mỹ, một thống kê mới nhất cho thấy cứ mỗi 40 giây có một bệnh nhân đột quy não, mỗi 4 phút có một trường hợp tử vong. Tần suất bệnh lý này tăng dần theo tuổi và có xu hướng ngày càng tăng, dự báo đến năm 2030, đột quy não sẽ tăng thêm 20,5% so với năm 2012. Theo Donkor E tại Ghana, tỷ lệ đột quy nhồi máu não chiếm 78,1%.

Tại Việt Nam, đã có những công trình nghiên cứu chứng minh hiệu quả trong việc sử dụng thuốc tiêu sợi huyết và đã cho thấy những kết quả khả quan ở bệnh nhân nhồi máu não cấp. Sau đó, các nghiên cứu về liệu pháp Alteplase đường tĩnh mạch ở bệnh nhân nhồi máu não cấp như: Mai Duy Tôn (2012) đã cho thấy những hiệu quả rõ rệt về hồi phục lâm sàng và độ an toàn, hiệu quả của liệu pháp. Tuy nhiên trong trường hợp tắc mạch máu não lớn thì thuốc tiêu sợi huyết không hiệu quả, thay vào đó vai trò của tái thông mạch máu não bằng dụng cụ là

¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Trung tâm Y tế quận Ninh Kiều

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Khoa

Email: nguyenvankhoavl@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2019

Ngày duyệt bài: 30.9.2019

cần thiết. Và hiện nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả của phương pháp can thiệp này. Vào cuối năm 2016, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ bắt đầu triển khai điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch và lấy huyết khối bằng dụng cụ cho bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp với mong muốn hạn chế tử vong và tàn phế. Nhằm có thêm những chứng cứ của liệu pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ, chúng tôi thực hiện đề tài: *"Đánh giá kết quả điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018-2019"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp được chỉ định lấy huyết khối bằng dụng cụ, đến bệnh viện dưới 6 giờ tại Phân khoa Can thiệp Đột quỵ Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: 35 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện không xác suất.

Nội dung nghiên cứu:

* Đặc điểm chung của nhân viên bán thuốc: tuổi, giới tính.

* Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm Glasgow, NIHSS, mRS tại 2 thời điểm là vào viện và ra viện:

- Điểm Glasgow: thang điểm này gồm có đáp ứng bằng mắt, lời nói và vận động. Điểm cao nhất 15 điểm bình thường (người bệnh hoàn toàn tỉnh), thấp nhất là 3 điểm (người bệnh hôn mê rất sâu hoặc chết), hôn mê sâu 4-5 điểm, nặng 6-8 điểm, nhẹ 9-14 điểm [4].

Bảng 3.1. Tri giác của bệnh nhân theo thang điểm Glasgow

Tri giác	Vào viện		Ra viện		p
	n	%	n	%	
Hôn mê rất sâu	0	0	11	31,4	0,004
Hôn mê sâu	2	5,7	5	14,3	
Nặng	8	22,9	0	0	
Nhẹ	22	62,8	11	31,4	
Bình thường	3	8,6	8	22,9	
Tổng	35	100,0	35	100,0	
TB±SD	9,86±2,7		9,06±5,4		

Điểm Glasgow ra viện giảm có ý nghĩa thống kê, $p=0,004$.

- Điểm NIHSS được chia thành 4 nhóm:

+ ≤6 điểm: nhẹ.

+ 7-10 điểm: trung bình.

+ 11-15 điểm: trung bình-nặng.

+ 16-22 điểm: nặng [6].

- Thang điểm mRS [2]:

Hoàn toàn không có triệu chứng: 0 điểm

Triệu chứng nhẹ không mất chức năng đáng kể: 1 điểm

Mất chức năng nhẹ, có thể tự chăm sóc bản thân: 2 điểm

Mất chức năng trung bình, có thể tự đi lại được không cần trợ giúp: 3 điểm

Mất chức năng khá nặng, không thể tự đi nếu không có trợ giúp: 4 điểm

Mất chức năng nặng, liệt giường, không kiểm soát tiêu tiểu: 5 điểm

Tử vong: 6 điểm

- Tỷ lệ bệnh nhân tử vong sau điều trị: có và không.

- Tỷ lệ bệnh nhân được tái thông mạch máu não từ TICI 2b trở lên.

- Kết quả chung sau điều trị: tốt, trung bình và không tốt.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

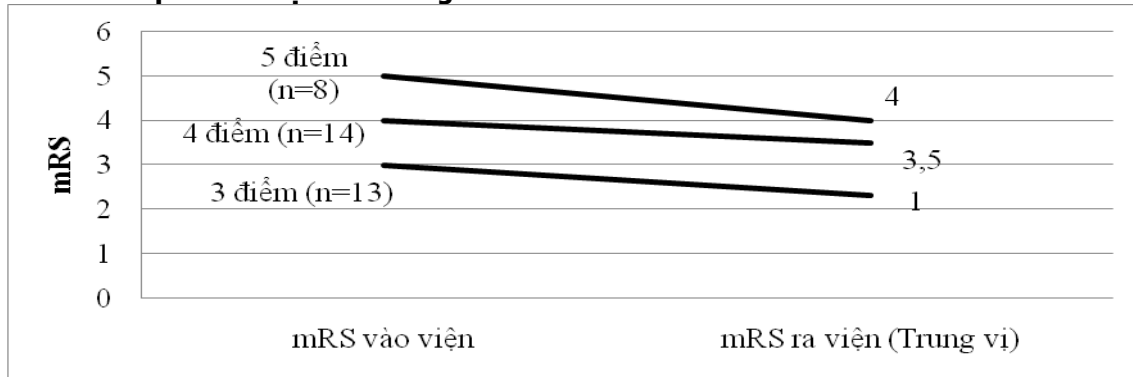
số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 18.0 để phân tích, sử dụng T-Test để so sánh trung bình của một nhóm trước sau điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân. Bệnh nhân có tuổi trung bình là $59,7 \pm 13,8$; nhỏ nhất: 30 tuổi; lớn nhất: 83 tuổi. Trong độ tuổi từ 60-69 chiếm 31,4% và từ 30-39 chiếm 11,4%; bệnh nhân là nam giới chiếm 71,4% và nữ 28,6%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả điều trị theo thang điểm Glasgow

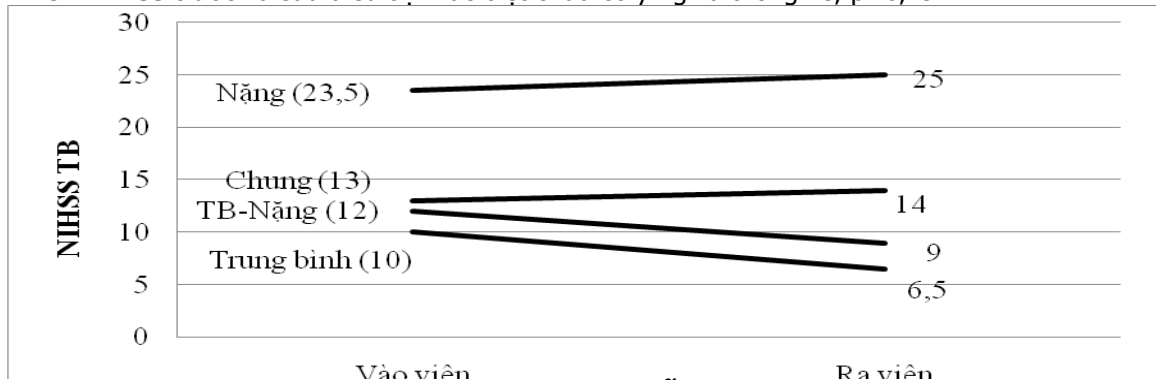
3.2.2. Kết quả điều trị theo thang điểm mRS**Biểu đồ 3.1. Đánh giá sự thay đổi điểm mRS vào viện và ra viện**

Các bệnh nhân vào viện với mRS=3, trung vị ra viện là 1; mRS=4 có trung vị ra viện là 3,5 và mRS=5 có trung vị ra viện là 4.

3.2.3. Kết quả điều trị theo thang điểm NIHSS**Bảng 3.2. Kết quả điều trị theo thang điểm NIHSS**

NIHSS	Vào viện		Ra viện		p
	n	%	n	%	
Nhẹ	0	0	13	37,1	0,197
Trung bình	10	28,6	4	11,4	
Trung bình – nặng	11	31,4	3	8,6	
Nặng	14	40,0	15	42,9	
Tổng	35	100,0	35	100,0	
TB±SD	15,8±6,4		13,91±10,2		

Điểm NIHSS trước và sau điều trị khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, p=0,197.

**Biểu đồ 3.2. Điểm NIHSS trung vị ở mỗi nhóm vào viện và ra viện**

Khi ra viện, điểm NIHSS trung vị ở các nhóm TB và nhóm TB-nặng giảm; nhóm nặng và NIHSS chung tăng.

3.2.4. Kết quả chung sau điều trị**Bảng 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân tử vong sau điều trị**

Tử vong	Tần số	Tỷ lệ %
Có	10	28,6
Không	25	71,4
Tổng	35	100,0

Có 28,6% bệnh nhân tử vong.

Bảng 3.4. Tình hình bệnh nhân được tái thông mạch máu não từ TICI 2b trở lên

Tái thông từ TICI 2b	Tần số	Tỷ lệ %
Có	21	60,0
Không	14	40,00
Tổng	35	100,0

Bệnh nhân được tái thông mạch máu não từ TICI 2b trở lên đạt 60%.

Bảng 3.5. Kết quả chung sau điều trị

Kết quả chung	Tần số	Tỷ lệ %
Tốt	15	42,9
Trung bình	6	17,1
Không tốt	14	40,0
Tổng	35	100,0

Kết quả chung sau điều trị, 42,9% bệnh nhân đạt kết quả tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là $59,7 \pm 13,8$ tuổi, một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng cho kết quả tương tự bệnh nhân đa số là người cao tuổi, nghiên cứu của Hacke W và cộng sự năm 2008, bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 65 tuổi; tác giả Carolyn A. Cronin và cộng sự độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 69,3 tuổi.

Trong nghiên cứu, nam giới chiếm tỷ lệ 71,4% cao hơn nữ. Kết quả này phù hợp với các số liệu thống kê trước đó về tần suất mắc bệnh nhồi máu não ở nam thường hơn ở nữ và kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Mỹ [9], bệnh nhân nam chiếm 59,8%; nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Võ Khoa [7], nam chiếm 53,6%.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Kết quả điều trị theo thang điểm Glasgow. Kết quả đánh giá tri giác của bệnh nhân theo thang điểm Glasgow cho thấy, điểm Glasgow trung bình của bệnh nhân ($9,06 \pm 5,4$) giảm so với lúc vào viện ($9,86 \pm 2,7$), sự thay đổi tỷ lệ ở các nhóm là có ý nghĩa thống kê, $p=0,004$. Cụ thể: tại thời điểm ra viện tỷ lệ bệnh nhân hôn mê rất sâu tăng lên đáng kể (31,4%) so với lúc vào viện (0%), tỷ lệ bệnh nhân hôn mê sâu tăng từ 5,7% lên 14,3% tại thời điểm ra viện, tỷ lệ bệnh nhân nặng giảm từ 22,9% xuống còn 0%, tỷ lệ bệnh nhân nhẹ giảm từ 62,8% xuống còn 31,4%, và tỷ lệ bệnh nhân có tri giác bình thường tăng từ 8,6% lên 22,9%.

4.2.2. Đánh giá sự thay đổi điểm mRS vào viện và ra viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các bệnh nhân vào viện với mRS=3, trung vị ra viện là 1; mRS=4 có trung vị ra viện là 3,5 và mRS=5 có trung vị ra viện là 4.

4.2.3. Kết quả điều trị theo thang điểm NIHSS. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có mức độ đột quỵ nhẹ tăng từ 0% lên 37,1% lúc ra viện, tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ trung bình giảm từ 28,6% xuống còn 11,4% lúc ra viện, tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ trung bình – nặng giảm từ 31,4% xuống còn 8,6% lúc ra viện và tỷ lệ bệnh nhân ở mức độ nặng tăng từ 40,0% lúc vào viện lên 42,9% lúc ra viện, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Qua khảo sát chúng tôi ghi nhận, tại thời điểm ra viện điểm NIHSS trung vị ở nhóm trung bình và trung bình-nặng đều giảm so với thời điểm vào viện, cụ thể: ở nhóm bệnh nhân có

NIHSS vào viện ở mức trung bình điểm NIHSS trung vị lúc ra viện giảm từ 10 còn 6,5 điểm; nhóm trung bình – nặng điểm NIHSS trung vị khi ra viện giảm từ 12 còn 9 điểm. Tuy nhiên ở nhóm bệnh nhân vào viện với NIHSS nặng, khi ra viện NIHSS trung vị tăng từ 23,5 điểm lên 25 điểm. NIHSS trung vị chung tăng từ 13 lên 14 điểm khi ra viện.

4.2.4. Kết quả chung sau điều trị. Trong số 35 bệnh nhân nhập viện điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp, sau điều trị có 10 bệnh nhân tử vong chiếm 28,6%. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Phương và cộng sự, có 14,9% bệnh nhân tử vong sau điều trị; nghiên cứu của Vũ Đăng Lưu, Nguyễn Quang Anh có 13,3% bệnh nhân tử vong [8]; nghiên cứu của Vũ Anh Nhị, Phạm Nguyên Bình tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân là 16,7%. Có sự khác nhau này có thể là do mức độ đột quỵ của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nặng hơn các nghiên cứu này và tỷ lệ các yếu tố nguy cơ kết hợp làm tăng tình trạng bệnh cao hơn ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, kết quả điều trị chung của 35 bệnh nhân nhập viện điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học có 42,9% bệnh nhân có kết quả điều trị tốt, 17,1% bệnh nhân có kết quả điều trị trung bình và 40,0% bệnh nhân có kết quả điều trị không tốt; nghiên cứu của Vũ Đăng Lưu, Nguyễn Quang Anh [8] có 86,6% bệnh nhân có kết quả tái thông não tốt, 13,4% bệnh nhân có kết quả tái thông mạch không tốt; nghiên cứu của Vũ Anh Nhị, Phạm Nguyên Bình cho thấy tỷ lệ đạt tái thông mạch máu não rất cao 88,9%; nghiên cứu của tác giả Chế Thanh Đoàn, Nguyễn Đình Kha ghi nhận sau điều trị tỷ lệ tái thông thành công là 84,0%.

Như vậy, dù vẫn còn các trường hợp có kết quả điều trị không tốt, tuy nhiên từ kết quả trên đã cho thấy hiệu quả bước đầu đáng ghi nhận của việc điều trị bằng phương pháp lấy huyết khối cơ học, trên thực tế hiện nay việc tái thông mạch bằng thuốc tiêu huyết khối đường động mạch không còn được sử dụng nhiều do hiệu quả không cao, ngược lại can thiệp lấy huyết khối cơ học ngày càng được quan tâm, đặc biệt với các dụng cụ mới được chấp thuận.

V. KẾT LUẬN

Điểm Glasgow khi vào viện và ra viện thay đổi có ý nghĩa thống kê, $p=0,004$. Sự thay đổi điểm NIHSS vào viện và ra viện khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê, $p=0,197$. Kết quả chung sau

điều trị 28,6% bệnh nhân tử vong; bệnh nhân đạt kết quả tốt 42,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đạt Anh (2015)**, Xử lý cấp cứu tình trạng đột quỵ cấp, Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai.
2. **Bộ Y tế (2014)**, Tiêu chuẩn chất lượng về xử trí đột quỵ não áp dụng thí điểm trong bệnh viện ở Việt Nam.
3. **Nguyễn Văn Chi (2016)**, "Cập nhật về chẩn đoán và xử trí đột quỵ não cấp", Hội nghị Tim mạch toàn quốc 2016.
4. **Nguyễn Văn Chương (2013)**, Thực hành lâm sàng Thần kinh học, Tập 5: Điều trị học, Nhà xuất bản Y học, tr.90-138.
5. **Trần Chí Cường (2016)**, Chẩn đoán và điều trị bệnh mạch máu Thần kinh-Đột quỵ, Nhà xuất bản Y học, tr.123-194.
6. **Trịnh Trọng Đạt, Trần Quốc Bảo (2010)**, Nghiên cứu đánh giá tác dụng bài thuốc DQNM - 08 điều trị đột quỵ nhồi máu não giai đoạn cấp qua các chỉ tiêu cận lâm sàng, Tạp chí Y học Việt Nam Tháng 12 - số 2/2012, Tr.227-232.
7. **Nguyễn Ngọc Võ Khoa (2015)**, Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ Glucose huyết tương với mức độ nặng của nhồi máu não giai đoạn cấp, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
8. **Vũ Đăng Lưu, Nguyễn Quang Anh (2015)**, Kết quả của phương pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học Stent solitaire trong điều trị nhồi máu não tối cấp, Tạp chí Nghiên cứu Y học 94(2) - 2015, Tr.33-40.
9. **Nguyễn Văn Mỹ (2017)**, Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng bệnh nhân nhồi máu não cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.

TÌNH HÌNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM TRÙNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG 2018-2019

Hồ Minh Châu¹, Mai Long Thủy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương thận cấp là một yếu tố tiên lượng xấu ở mọi bệnh nhân sốc nhiễm trùng, góp phần gia tăng đáng kể tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện cũng như sau khi xuất viện. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ, mức độ, thời điểm xuất hiện tổn thương thận cấp; tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tổn thương thận cấp và đánh giá sự hồi phục chức năng thận ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 bệnh nhân sốc nhiễm trùng tại Khoa Hồi sức tích cực-Chống độc Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang 06/2018-06/2019. **Kết quả:** Tỷ lệ tổn thương thận cấp theo tiêu chuẩn RIFLE ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng là 75,3%; mức độ: R (26,5%); I (31,9%); F (41,6%). Thời điểm xuất hiện tổn thương thận cấp chủ yếu ở ngày thứ nhất sau nhập viện (80,5%). Thang điểm SOFA, số tạng suy, suy tim là yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng với OR lần lượt là 3,92; 9,25; 14. Tỷ lệ hồi phục chức năng thận là 50,4%; tỷ lệ hồi phục chức năng thận ở từng mức độ R (66,7%); I (58,3%); F (34%). Mức độ tổn thương thận cấp càng nhẹ thì khả năng hồi phục chức năng thận càng cao và ngược lại ($p=0,01$). Ở nhóm có hồi

phục chức năng thận thì cải thiện tỷ lệ tử vong hơn nhóm không có hồi phục chức năng thận ($p=0,000$). **Kết luận:** Mức độ tổn thương thận có liên quan đến sự hồi phục chức năng thận.

Từ khóa: tổn thương thận cấp, sốc nhiễm trùng, điều trị, An Giang.

SUMMARY

INFACIT AND RESULTS OF TREATMENT OF ACUTE KIDNEY INJURY IN SEPTIC SHOCK PATIENTS AT GENERAL HOSPITAL OF AN GIANG AREA PROVINCE 2018-2019

Background: Acute kidney injury is a poor prognostic factor in all septic shock patients, that is significantly contributing to the increase in mortality rates during hospitalize as well as after discharge. **Objectives:** To determine the ratio, the injury degree, the appearance time acute kidney injury; to research the related factors in acute kidney injury and evaluating the kidney function recovery in septic shock. **Materials and methods:** Cross-sectional observational study on 150 septic shock patients at intensive care unit in general Hospital of An Giang area province 06/2018-06/2019. **Results:** The rate of acute kidney injury in patients with septic shock was 75.3%; the degree: R (26.5%); I (31.9%); F (41.6%). The time of acute kidney injury appeared mainly in the first day after hospitalization (80.5%). SOFA score, number of organ failure and heart failure were independent risk factors leading to acute kidney injury in patients with septic shock with OR respectively 3.92; 9.25; 14. The ratio of kidney function recovery was 50.4 %; the ratio of recovery in each degree R (66.7%); I (58.3%); F (34%). The degree of injury

¹Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Minh Châu

Email: hominhchau1209@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2019

Ngày duyệt bài: 30.9.2019

was more minimum more was high the kidney function recovery and opposite ($p=0.01$). In the group with kidney function recovery was more the improved mortality rate than the group without kidney function recovery ($p=0.000$). **Conclusion:** The degree of kidney injury has related to kidney function recovery.

Keywords: Acute kidney injury, septic shock, treatment, An Giang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm trùng (SNT) là một tình trạng bệnh lý rất nặng nề và luôn chiếm tỷ lệ cao nhất ở bệnh nhân nằm khoa Hồi sức tích cực [16]. Tổn thương thận cấp (TTTC) là một yếu tố tiên lượng xấu ở mọi bệnh nhân sốc nhiễm trùng nằm tại khoa hồi sức, làm kéo dài thời gian nằm viện và góp phần gia tăng đáng kể tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện cũng như sau khi xuất viện, chính việc kiểm soát và hồi phục TTTC này sẽ hỗ trợ cho việc ngăn chặn số lượng bệnh nhân bệnh thận mạn về sau [5], [8]. Tại Việt Nam, vấn đề này còn tương đối mới, ít được quan tâm nhiều. Để góp phần vào việc phát hiện sớm chủ động trong điều trị đồng thời tiên lượng bệnh nhân sốc nhiễm trùng có TTTC, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: **"Tình hình và kết quả điều trị tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng tại Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang 2018-2019"** với mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ, mức độ và thời điểm xuất hiện tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng.
3. Đánh giá sự hồi phục chức năng thận ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng tại Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm trùng nhập vào khoa Hồi sức tích cực-Chống độc tại Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: - Bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm trùng theo tiêu chuẩn chẩn đoán sốc nhiễm trùng của Hội nghị Đồng thuận Quốc tế lần thứ 3 năm 2016 [17]: bệnh nhân nghi ngờ nhiễm trùng có SOFA ≥ 2 điểm kèm tụt huyết áp cần phải sử dụng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp trung bình ≥ 65 mmHg và có lactat huyết thanh >2 mmol/L dù đã được bù đủ dịch.

- Từ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân nằm điều trị ít hơn 24 giờ, không đủ số liệu theo dõi.

- Bệnh nhân bệnh thận mạn có GFR <15 ml/phút/1,73m² da.

- Bệnh nhân mới phẫu thuật thận và tiết niệu.
- Bệnh nhân bị các loại sốc khác: do giảm thể tích, do phản vệ, do tim, do suy thượng thận cấp.

Phương pháp nghiên cứu

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

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu

- Tỷ lệ, mức độ và thời điểm xuất hiện TTTC ở bệnh nhân SNT.

Tiêu chuẩn xác định TTTC theo tiêu chuẩn RIFLE [5]: tăng creatinin huyết thanh gấp 1,5 lần mức nền.

Mức độ TTTC (mức cao nhất) theo tiêu chuẩn RIFLE [5] trong quá trình nằm viện (tính từ thời điểm nhập khoa Hồi sức tích cực-Chống độc cho đến khi xuất viện hoặc chuyển tuyến trước điều trị hoặc bệnh nhân nặng tử vong/xin về để chết).

+ N: trong quá trình nằm viện creatinin huyết thanh tăng $<1,5$ lần mức nền.

+ R: trong quá trình nằm viện đã tổn thương thận ở mức độ nhẹ R (Risk): tăng creatinin huyết thanh gấp 1,5-1,9 lần mức nền.

+ I: trong quá trình nằm viện đã tổn thương thận ở mức độ I (Injury): tăng creatinin huyết thanh gấp 2-2,9 lần mức nền.

+ F: trong quá trình nằm viện đã tổn thương thận ở mức độ F (Failure): tăng creatinin huyết thanh gấp 3 lần mức nền.

Thời điểm xuất hiện TTTC: chia theo từng ngày, tính từ thời điểm nhập viện.

- Một số yếu tố liên quan đến TTTC ở bệnh nhân SNT: giới tính, nhóm tuổi, BMI, tiền sử bệnh nội khoa đi kèm, mức độ nặng của bệnh (thang điểm APACHE II, thang điểm SOFA, số tạng suy), suy tim, suy gan, một số đặc điểm lâm sàng (phù, thể tích nước tiểu 24 giờ, CVP), một số xét nghiệm cận lâm sàng (CTM, SHM, KMDM), thở máy.

Chúng tôi so sánh các nguy cơ ở cả 2 nhóm có và không có TTTC. Sau khi phân tích đơn biến chúng tôi tiếp tục đưa vào phân tích đa biến và tìm ra các yếu tố liên quan độc lập đến nguy cơ TTTC ở bệnh nhân SNT.

- Đánh giá sự hồi phục chức năng thận ở bệnh nhân SNT.

Bệnh nhân hồi phục chức năng thận khi creatinin máu trở về mức creatinin nền trong quá trình điều trị cho đến khi xuất viện.

Kết cục lâm sàng

+ Bệnh nhân ổn định: bệnh nhân khỏi bệnh và được xuất viện.

+ Bệnh nhân tử vong: được xác định khi chết lâm sàng tại bệnh viện hoặc bệnh nặng xin về.

Phương pháp thu thập số liệu. Các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng thường quy mỗi ngày và được thực hiện một số xét nghiệm theo phiếu thu thập số liệu đã được thiết kế sẵn, theo dõi đến khi xuất viện hoặc tử vong hay bệnh nặng xin về.

Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu sau khi được thu thập sẽ được mã hóa theo mẫu, nhập và phân tích số liệu theo phương pháp thống kê y học và được sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ, mức độ và thời điểm xuất hiện tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng

Bảng 1. Tỷ lệ tổn thương thận cấp

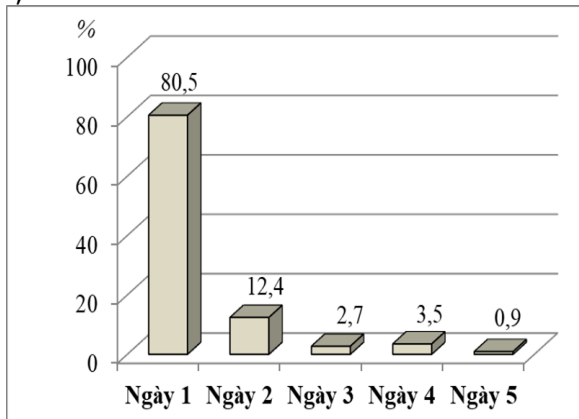
AKI	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có	113	75,3%
Không	37	24,7%
Tổng	150	100%

Nhận xét: bệnh nhân SNT có TTTC chiếm tỷ lệ gấp 3 lần số bệnh nhân không TTTC.

Bảng 2. Mức độ tổn thương thận cấp

Mức độ AKI	Tần số	Tỷ lệ (%)
R	30	26,5%
I	36	31,9%
F	47	41,6%
Tổng	113	100%

Nhận xét: tỷ lệ mức độ TTTC tăng dần từ R, I, F.



Biểu đồ 1. Thời điểm xuất hiện tổn thương thận cấp

Nhận xét: thời điểm xuất hiện TTTC chủ yếu ở ngày thứ nhất sau nhập viện.

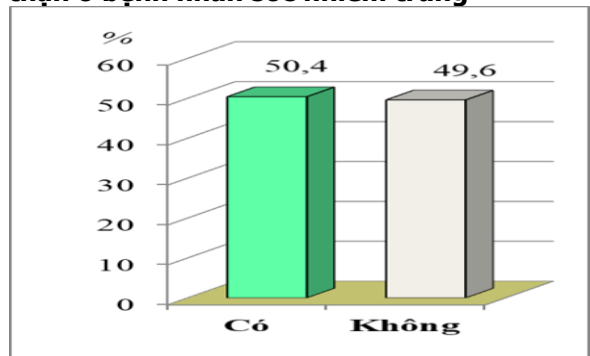
3.2. Một số yếu tố liên quan đến tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến

Yếu tố	OR	KTC 95%	'p
CVP thấp	0,16	0,01-1,77	0,13
SOFA	3,92	1,77-8,70	0,02
APACHE II	1,06	0,87-1,28	0,59
Số tạng suy	9,25	5,54-15,44	0,002
Suy tim	14	1,54-17,36	0,02
Thở máy	0,07	0,004-1,27	0,07
pH	0,035	0,00-2,52	0,84
PaCO ₂	1,15	0,81-1,63	0,45
HCO ₃ ⁻	0,61	0,29-1,26	0,18
K ⁺	2,17	0,49-9,65	0,31
Lactat	0,63	0,38-1,04	0,07
Toan chuyển hóa	0,56	0,02-17,56	0,74

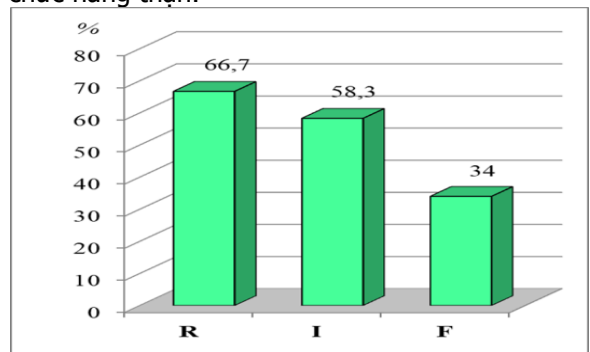
Nhận xét: thang điểm SOFA, số tạng suy và suy tim là 3 yếu tố nguy cơ độc lập có liên quan đến TTTC.

3.3. Đánh giá sự hồi phục chức năng thận ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng



Biểu đồ 2. Tỷ lệ hồi phục chức năng thận

Nhận xét: 50,4% bệnh nhân có hồi phục chức năng thận.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ hồi phục chức năng thận ở từng mức độ

Nhận xét: mức độ tổn thương thận càng thấp thì khả năng hồi phục chức năng thận càng cao.

Bảng 4. Đánh giá sự hồi phục chức năng thận ở từng mức độ TTTC

Mức độ tổn thương thận cấp	Hồi phục chức năng thận		'Tổng	'p
	Có 'n (%)	Không 'n (%)		
R	20 (66,7%)	10 (33,3%)	30	0,01
I	21 (58,3%)	15 (41,7%)	36	
F	16 (34%)	31 (66%)	47	
'Tổng	57 (50,4%)	56 (49,6%)	113	

Nhận xét: sự khác biệt giữa các mức độ TTTC với khả năng hồi phục chức năng thận là có ý nghĩa thống kê ($p=0,01$).

Bảng 5. Đánh giá sự hồi phục chức năng thận với kết cục lâm sàng

Hồi phục chức năng thận	Kết cục lâm sàng		Tổng	'p
	Sống 'n (%)	Tử vong 'n (%)		
Có	37 (64,9%)	20 (35,1%)	57	0,000
Không	6 (10,7%)	50 (89,3%)	56	
Tổng	43 (38,1%)	70 (61,9%)	113	

Nhận xét: ở nhóm có hồi phục chức năng thận thì cải thiện tỷ lệ tử vong hơn nhóm không có hồi phục chức năng thận ($p=0,000$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ, mức độ và thời điểm xuất hiện tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng

4.1.1. Tỷ lệ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng. Ở nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận được 113 bệnh nhân có TTTC trong tổng số 150 bệnh nhân SNT với tỷ lệ 75,3% theo tiêu chuẩn RIFLE [5]. Cần lưu ý là tỷ lệ TTTC ở bệnh nhân SNT rất thay đổi từ 13% đến 78% theo từng nghiên cứu cụ thể [4],[7]. Tỷ lệ này dao động rộng có lẽ là do định nghĩa về TTTC khác nhau, đối tượng nghiên cứu khác nhau và cách thức xác định mức creatinin cơ bản là khác nhau.

Nghiên cứu của Lê Thị Diễm Tuyết ghi nhận tỷ lệ này là 71,9% [2]. Tỷ lệ TTTC ở nghiên cứu này và nghiên cứu của chúng tôi khá cao >70%. Đặng Thị Xuân đã ghi nhận tỷ lệ TTTC thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi và Lê Thị Diễm Tuyết với tỷ lệ là 45,5% [3]. Điều khác biệt này có thể là do tiêu chí chọn bệnh của cả ba nghiên cứu khác nhau dù cả ba nghiên cứu của Lê Thị Diễm Tuyết [2], Đặng Thị Xuân [3] và nghiên cứu của chúng tôi có dùng chung một tiêu chí chẩn đoán TTTC theo tiêu chuẩn RIFLE. Nguyễn Trường Sơn đã thực hiện nghiên cứu và cho ra tỷ lệ TTTC rất cao, 100% [1]. Điều này có thể là do ở nghiên cứu của Nguyễn Trường Sơn, gần 80% bệnh nhân nhập khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy là từ các bệnh viện tỉnh chuyển đến với thang điểm APACHE II và SOFA khá cao, số còn lại thì nhập từ các khoa lâm sàng của bệnh viện, cụ thể là những đối tượng bị SNT nhập vào khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện

Chợ Rẫy đã vào tình trạng suy đa tạng, toan chuyển hóa nặng cần phải lọc máu liên tục, vì kỹ thuật này hầu như các bệnh viện tuyến tỉnh chưa thực hiện được [1].

Các nghiên cứu của tác giả nước ngoài cũng cho ra một tỷ lệ TTTC ở bệnh nhân SNT dao động 55-78% [4]. Năm 2009, Bagshaw đã nghiên cứu trên 4532 bệnh nhân SNT nằm ở các ICU của 22 bệnh viện ở Canada, Hoa Kỳ và Ả Rập Saudi, kết quả ghi nhận được tỷ lệ TTTC ở bệnh nhân SNT trong vòng 24 giờ khởi phát tụt huyết áp là 64,4%[4]. Năm 2010, Yegenaga đã nghiên cứu song song tại hai khoa hồi sức của Bệnh viện Đại học ở Thổ Nhĩ Kỳ và đã ghi nhận có 79 trong tổng số 139 bệnh nhân có TTTC chiếm tỷ lệ 56,8%. Năm 2011, Piccinni đã thực hiện ở 10 đơn vị ICU ở Ý và đây là một nghiên cứu đa trung tâm tiến cứu về dịch tễ học tổn thương thận trong ICU, ở nghiên cứu này ông đã ghi nhận có 116 bệnh nhân TTTC trong 149 bệnh nhân SNT chiếm tỷ lệ 77,8%. Và cũng năm 2011, Plataki đã thực hiện một nghiên cứu đoàn hệ quan sát trên 390 bệnh nhân SNT có 237 bệnh nhân bị TTTC sau trung bình 7,5 giờ sau khi bắt đầu SNT chiếm tỷ lệ 61%. Năm 2012, Payen đã thực hiện một nghiên cứu đa trung tâm về TTTC trong NTH nặng và SNT ở 4 đơn vị ICU của hai Bệnh viện trường đại học có 129 bệnh nhân bị TTTC trong 176 bệnh nhân SNT chiếm tỷ lệ 73,3% [11]. Năm 2013, Suh thực hiện nghiên cứu ở ICU của Bệnh viện Đại học Quốc gia Chonnam Hàn Quốc, nghiên cứu được thực hiện trên 992 bệnh nhân bị NTH nặng và SNT trong đó có 573 bệnh nhân bị TTTC chiếm tỷ lệ 57,7%.

4.1.2. Mức độ tổn thương thận cấp. Việc phân mức độ nặng của TTTC là rất cần thiết, vì giúp cho các nhà lâm sàng trong việc tiên lượng và điều trị bệnh nhân trong quá trình nằm viện [5], [8]. Ở nghiên cứu này, trong 113 bệnh nhân SNT có TTTC chiếm tỷ lệ ở từng mức độ lần lượt tương ứng theo thứ tự R, I, F là 26,5%; 31,9%; 41,6%. Ứng với ba mức độ này thì kết quả của Lê Thị Diễm Tuyết là R (26,9%), I (28,1%), F (45%) [2]; của Đặng Thị Xuân là R (24,7%), I (28,6%) và F (46,7%) [3] và của Nguyễn Trường Sơn là R (7,6%), I (34,8%), F (57,6%) [1]. Các nghiên cứu nước ngoài cũng có kết quả tương tự. Tác giả Gurjar ghi nhận được R (24%), I (34%), F (42%) [6]. Một tác giả khác ở Bồ Đào Nha, Lopes ghi nhận được R (23,9%), I (28,2%), F (47,9%) [9]. Ở Ý có tác giả Piccinni cũng cho ra kết quả như sau R (27,6%), I (25%), F (47,4%) khi thực hiện nghiên cứu trên 149 bệnh nhân SNT. Nhìn chung, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các tác giả nói trên từ trong nước lẫn ngoài nước. Một điều nhận thấy là mức độ F chiếm gần một nửa tổng số bệnh nhân có TTTC, một nửa còn lại thì mức độ I và R gần như tương đương nhau. Có một điều mà chúng ta nhận thấy rằng là các đối tượng nghiên cứu khác nhau mà cụ thể là khác nhau về màu da, về chủng tộc và được thực hiện ở những địa điểm hoàn toàn khác nhau về địa lý, cũng như khác nhau về ngò vào gây SNT nhưng lại cho ra những tỷ lệ lại gần giống nhau, mặc dù là các thiết kế có phần khác nhau tùy vào mỗi nghiên cứu. Điều này có thể nói lên được là kể từ khi tiêu chuẩn RIFLE ra đời, nó đã góp phần lên tiếng nói chung của cộng đồng mà trước đây mỗi nơi mỗi định nghĩa khác nhau về TTTC [5].

4.1.3. Thời điểm xuất hiện tổn thương thận cấp. Thời điểm xuất hiện TTTC trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở ngày thứ nhất sau nhập viện chiếm tỷ lệ 80,5%, ngày thứ hai chiếm 12,4%. Đặng Thị Xuân thì ghi nhận TTTC xuất hiện trung bình sau vào viện 1,8 ngày [3]. Ở một nghiên cứu đa trung tâm của Bagshaw ông đã đưa ra kết luận TTTC do nhiễm trùng xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau khi nhập ICU [4]. Plataki đã thực hiện một nghiên cứu đoàn hệ quan sát trên 390 bệnh nhân SNT có 237 bệnh nhân bị TTTC sau trung bình 7,5 giờ sau khi bắt đầu SNT. Các kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng. Sau khi phân tích đơn biến chúng tôi đã đưa các yếu tố có liên quan đến TTTC: CVP

thấp, thang điểm SOFA, APACHE II, số tạng suy, suy tim, thở máy, pH, PaCO₂, HCO₃⁻, K⁺, lactat, toan chuyển hóa vào mô hình hồi quy logistic đa biến. Kết quả thu được như sau: SOFA (OR 3,92; p=0,02), số tạng suy (OR 9,25; 0,002), suy tim (OR 14; p=0,02). Ở tác giả Đặng Thị Xuân cũng có kết luận phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi là suy tim và số tạng suy là yếu tố nguy cơ độc lập có liên quan đến TTTC với OR tương ứng lần lượt là 7,3 và 2,6 [3]; tuy nhiên có một số yếu tố như: tuổi cao, CVP thấp, suy gan, APACHE II ≥20 điểm mà tác giả Đặng Thị Xuân có ghi nhận là yếu tố nguy cơ độc lập có liên quan đến TTTC; tuy nhiên những yếu tố này lại bị loại ra sau khi chúng tôi đưa vào phân tích hồi quy đa biến. Các tác giả nước ngoài Yegenaga, Gurjar [6], Qianyi sau khi đưa vào phân tích đa biến thì cả ba tác giả này đều ghi nhận thang điểm SOFA là yếu tố nguy cơ độc lập có ảnh hưởng đến TTTC ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng, trong khi đó thang điểm APACHE II khi đưa vào mô hình phân tích đa biến thì lúc này p>0,05. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước.

4.3. Đánh giá sự hồi phục chức năng thận ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng. Qua khảo sát 150 bệnh nhân SNT có 113 bệnh nhân bị TTTC, qua quá trình điều trị hồi sức nội khoa tích cực thì chúng tôi thu được kết quả 57 bệnh nhân đã hồi phục hoàn toàn chức năng thận trở về bình thường chiếm tỷ lệ là 50,4%. Đặng Thị Xuân đã ghi nhận kết quả về tỷ lệ hồi phục chức năng thận là 40,8% và như vậy là có 59,2% còn lại là chức năng thận chưa hồi phục khi ra viện hay tử vong, với kết quả này thì tỷ lệ hồi phục chức năng thận thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [3]. Một nghiên cứu đa trung tâm tiến cứu đã thực hiện tại Ý do tác giả Piccinni thực hiện đã ghi nhận tỷ lệ hồi phục chức năng thận hoàn toàn là 59,4%; có 13,5% đã hồi phục một phần chức năng thận và có 27,2% là không hồi phục chức năng thận tại thời điểm tử vong hoặc xuất viện, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với tác giả này.

Từ biểu đồ 3. và bảng 4. cho thấy mức độ tổn thương thận càng nhẹ thì khả năng hồi phục càng cao và ngược lại (p=0,01). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đặng Thị Xuân [3]. Từ đó chúng tôi nhận thấy việc phân mức độ TTTC là rất có ý nghĩa trên lâm sàng; ngăn ngừa và nếu can thiệp điều trị càng sớm càng tốt khi mà mức độ tổn thương thận còn thấp thì khả năng hồi phục càng cao. Nhưng liệu hồi phục chức

năng thận có mang lại kết cục lâm sàng khả quan hơn hay không? Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm có hồi phục chức năng thận thì cải thiện được tỷ lệ tử vong trong bệnh viện hơn nhóm không có hồi phục chức năng thận một cách có ý nghĩa thống kê với $p=0,000$. Ở nghiên cứu của Đặng Thị Xuân cho thấy mức độ tổn thương thận R có hiệu quả điều trị tốt hơn các nhóm khác một cách rõ rệt như: tử vong thấp nhất (38,2%, $p<0,001$), hồi phục chức năng thận nhiều nhất (58,8%, $p<0,001$) [3]. Tác giả Piccinni cũng ghi nhận trong 225 bệnh nhân TTTC đã hồi phục chức năng thận hoàn toàn thì có 33 bệnh nhân tử vong trong lúc nằm viện chiếm 14,7%. Cũng tỷ lệ này ở nghiên cứu của chúng tôi là 35,1%. Tác giả Piccinni còn ghi nhận tỷ lệ tử vong trong lúc nằm viện ở bệnh nhân hồi phục một phần và bệnh nhân không hồi phục chức năng thận lần lượt là 35,3% và 56,3%; còn ở nghiên cứu của chúng tôi thì ghi nhận ở nhóm không hồi phục chức năng thận có tỷ lệ tử vong khá cao 89,3%. Như vậy, kết quả này ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khá nhiều so với tác giả Piccinni.

Hạn chế của đề tài chúng tôi là thời gian đánh giá sự hồi phục chức năng thận chỉ ghi nhận được trong quá trình điều trị nằm viện cho đến khi bệnh nhân được xuất viện. Như vậy vẫn chưa đủ thời gian để đánh giá thêm một số bệnh nhân hồi phục chức năng thận muộn, đây cũng là giới hạn của đề tài chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ, mức độ và thời điểm xuất hiện tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng

Tỷ lệ tổn thương thận cấp theo tiêu chuẩn RIFLE ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng là 75,3%; mức độ: R (26,5%); I (31,9%); F (41,6%). Thời điểm xuất hiện tổn thương thận cấp chủ yếu ở ngày thứ nhất sau nhập viện (80,5%).

5.2. Một số yếu tố liên quan đến tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng

Thang điểm SOFA, số tạng suy, suy tim là yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến tổn thương thận cấp ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng với OR lần lượt là 3,92; 9,25; 14.

5.3. Đánh giá sự hồi phục chức năng thận ở bệnh nhân sốc nhiễm trùng

Tỷ lệ hồi phục chức năng thận là 50,4%; tỷ lệ hồi phục chức năng thận ở từng mức độ R (66,7%); I (58,3%); F (34%). Mức độ tổn thương thận cấp (theo tiêu chuẩn RIFLE) càng nhẹ thì khả năng hồi phục chức năng thận càng cao và ngược lại ($p=0,01$). Ở nhóm có hồi phục chức năng thận thì cải thiện tỷ lệ tử vong hơn nhóm không có hồi phục chức năng thận ($p=0,000$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trường Sơn (2016)**, Khảo sát tình hình tổn thương thận cấp ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức Bệnh viện Chợ Rẫy, Luận án tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
2. **Lê Thị Diễm Tuyết (2010)**, Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị suy thận cấp trong hồi sức nội khoa, Luận án Tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Đặng Thị Xuân (2017)**, Nghiên cứu áp dụng phân độ RIFLE trong đánh giá mức độ, tiến triển và tiên lượng tổn thương thận cấp ở bệnh nhân hồi sức, Luận án Tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học Y-Dược lâm sàng 108.
4. **Bagshaw S.M., Lapinsky S., Dial S., et al. (2009)**, "Acute kidney injury in septic shock: clinical outcomes and impact of duration of hypotension prior to initiation of antimicrobial therapy", *Intensive Care Med*, 35, pp. 871-881.
5. **Bellomo R., Ronco C., Kellum J.A., et al. (2004)**, "Acute renal failure-definition, outcome, measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the second international consensus conference of the acute dialysis quality initiative (ADQI) group", *Crit Care*, 8 (20), pp. 204-212.
6. **Gurjar M., Baronia A.K., Azim A., et al. (2013)**, "Septic acute kidney injury in critically ill Indian patients", *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 17 (1), pp. 49-52.
7. **Hoste E.A., Lameire N.H., Vanholder R. C., et al. (2003)**, "Acute renal failure in patients with sepsis in a surgical ICU: predictive factors, incidence, comorbidity and outcome", *J Am Soc Nephrol*, 14, pp. 1022-1030.
8. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Work Group (2012)**, "KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury", *Kidney Int Suppl.*, 2, pp. 1-138.
9. **Lopes J.A., Jorge S., Resina C., et al. (2009)**, "Acute kidney injury in patients with sepsis: a contemporary analysis", *International Journal of Infectious Diseases*, 13, pp. 176-181.

THỰC TRẠNG TỬ VONG TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI HUYỆN NẬM PỒ, ĐIỆN BIÊN

Nguyễn Thị Thu Hà*, Phạm Văn Trọng*,
Phạm Thị Mỹ Hạnh*, Nguyễn Văn Mạnh*.

TÓM TẮT³⁰

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu về tỷ lệ tử vong của trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Nậm Pồ, tỉnh Điện Biên từ tháng 8 đến tháng 12/2018. Tổng số trẻ tử vong trong năm 2017 của huyện là 161 trẻ. Chúng tôi tiến hành thu thập thông tin bằng 2 phương pháp, thông qua phỏng vấn phụ huynh của các trẻ đã tử vong và tiến hành nghiên cứu các hồ sơ lưu tại cơ sở y tế. Kết luận của chúng tôi cho thấy: (i) Tỷ lệ tử vong của trẻ sơ sinh ở độ tuổi từ 1-5 tháng là cao nhất (chiếm 56,6% tổng số trẻ tử vong). Tỷ lệ trẻ trai tử vong (48,4%) thấp hơn trẻ gái (51,6%); (ii) Không có sự khác biệt giữa tỷ lệ trẻ tử vong theo thứ tự trẻ sinh ra trong gia đình. Tỷ lệ tử vong của trẻ thuộc các hộ nghèo và rất nghèo chiếm phần lớn (71,4%); (iii) Tỷ lệ trẻ tử vong chưa được tiêm vắc xin là 75,2%; (iv) Trong tổng số trẻ tử vong, tỷ lệ các bà mẹ chưa được tiêm phòng uốn ván trong khi mang thai là 41%; (v) Có 8 nguyên nhân chính dẫn đến trẻ tử vong ở độ tuổi dưới 5 tuổi, trong số đó nguyên nhân tử vong do viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (67,7%).

SUMMARY

MORTALITY OF CHILDREN UNDER FIVE YEARS OLD IN NAM PO, DIEN BIEN

We conducted a research to investigate mortality of children under the age of 5 in Nam Po district, Dien Bien province from August to December 2018. Total number of child mortality in 2017 was 161 cases. Information was collected by interviewing dead children's parents and documenting from hospital records. The findings included: (i) Mortality rate at the age of 1-5 months accounted for the highest (56.6%). The death rate of boys accounted for 48.4%, lower than girls (51.6%); (ii) There was no difference in infant mortality rate by child order in the family. The death rate among the poor and very poor families accounted for the majority (71.4%); (iii) The rate of children dying without vaccination was 75.2%; (iv) Of the total number of children who died, the rate of mothers not being vaccinated against tetanus during

pregnancy was 41%; (v) There were more than 8 causes leading to death of children under 5 years old, of which the cause of severe pneumonia accounted for the highest proportion (67.7%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vấn đề về tử vong trẻ em (TVTE) được cho là "một trong những chỉ số rõ nhất về tình hình sức khỏe chung của một quốc gia" (Perkins và cộng sự 2006). Việt Nam là một trong số các quốc gia đang phát triển khá nhanh trong các năm qua cùng với đa số các chỉ số xã hội, trong đó phải kể đến thành công trong việc giảm tỷ lệ tử vong trẻ dưới 5 tuổi (U5MR). Báo cáo Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam cho thấy tỷ lệ TVTE dưới 5 tuổi đã giảm khá tốt, xuống còn 19,7‰. Tuy nhiên tỷ lệ trẻ tử vong tại các tỉnh miền núi và nông thôn vẫn còn khá cao so với trung bình cả nước, một số nơi còn có xu hướng tăng nhẹ trong các năm gần đây. Theo Báo cáo của Sở Y tế tỉnh Điện Biên năm 2017, tỷ lệ TVTE dưới 5 tuổi của toàn tỉnh là 37,7‰, đặc biệt tại huyện Nậm Pồ tỷ lệ TVTE dưới 5 tuổi năm 2017 có sự tăng cao đột biến từ 62,2‰ năm 2016 lên 83,1‰ năm 2017. Do chưa có nghiên cứu nào về tình hình TVTE dưới 5 tuổi của tỉnh Điện Biên nói chung, huyện Nậm Pồ nói riêng để đề xuất các biện pháp can thiệp hiệu quả nhằm giảm tỷ lệ TVTE dưới 5 tuổi của huyện nên tôi tiến hành đề tài nghiên cứu "Thực trạng tử vong trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Nậm Pồ, tỉnh Điện Biên năm 2018".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu.

Một trăm sáu mươi một trẻ dưới 5 tuổi tử vong năm 2017 trên địa bàn huyện Nậm Pồ theo danh sách lưu trữ tại TYT xã, PKĐKKV, Bệnh viện thuộc TTYT huyện Nậm Pồ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Chúng tôi nghiên cứu toàn bộ hồ sơ lưu trữ của trẻ dưới 5 tuổi tử vong năm 2017 có tại các cơ sở y tế thuộc TTYT huyện Nậm Pồ trong thời gian từ tháng 8 năm 2018 đến hết tháng 12 năm 2018.

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: thuhtb@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

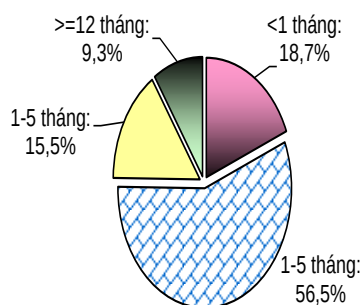
08 biến số chính được sử dụng bao gồm: biến số về đặc điểm nhân khẩu học, thời gian tử vong, tiền sử của trẻ, gia đình và tiền sử của bố mẹ trẻ, địa điểm tử vong, nguyên nhân tử vong, biến số về sơ cấp cứu và tiếp cận dịch vụ của trẻ. Phương pháp thu thập số liệu được sử dụng là phương pháp hồi cứu và phân tích thống qua các "Phiếu thu thập thông tin về trẻ dưới 5 tuổi tử vong" do chúng tôi thiết kế, gồm hai phần chính: Phần một bao gồm nội dung phỏng vấn trực tiếp bố mẹ hoặc người thân của trẻ. Phần hai ghi nhận các thông tin có sẵn theo các hồ sơ tại các cơ sở y tế và hoặc bổ sung thông tin từ các nhân viên y tế đã từng xử lý trường hợp đó.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu nhóm biến về nhân chủng học cho thấy: (i) tỷ lệ tử vong trẻ dưới 5 tuổi toàn huyện 83,1‰, các xã nội địa (100‰) có tỷ lệ tử vong cao hơn các xã biên giới (73,5‰); (ii) Đa phần tỷ lệ trẻ em tử vong là người dân tộc Mông (chiếm 94,4‰); (iii) tỷ lệ trẻ em tử vong ở độ tuổi từ 1-5 tháng chiếm 56,6‰; tiếp đó là độ tuổi sơ sinh chiếm 18,6‰; từ 6-11 tháng chiếm 15,5‰ và ở độ tuổi từ 12 tháng trở lên chiếm 9,3‰.

Bảng 1. Đặc điểm trẻ tử vong theo dân tộc và giới tính

Địa bàn xã Dân tộc	Xã biên giới (n=91) (1)		Xã nội địa (n=70) (2)		Tổng (n=161)		p _{1,2}
	SL	%	SL	%	SL	%	
Mông	87	95,6	65	92,9	152	94,4	> 0,05
Thái	2	2,2	2	2,9	4	2,5	
Dao	2	2,2	1	1,3	3	1,9	
Dân tộc khác	0	0	2	2,9	2	1,2	



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ tử vong trẻ em theo độ tuổi

Nghiên cứu nhóm biến về tiền sử của trẻ và gia đình cho thấy: (i) Đa số trẻ tử vong đều thuộc điều kiện kinh tế gia đình ở mức rất nghèo và nghèo (chiếm 71,4‰); (ii) Tỷ lệ bà mẹ không tiêm phòng uốn ván khi mang thai là 41‰; (iii) Tỷ lệ người đỡ đẻ cho bà mẹ khi sinh là người nhà chiếm 65,2‰; người đỡ đẻ là nhân viên y tế bản chiếm 27‰; (iv) Tỷ lệ trẻ tử vong không được tiêm vaccin chiếm 75,2‰.

Bảng 2. Đặc điểm về tiền sử sơ sinh của trẻ tử vong

Địa bàn xã Tiền sử sơ sinh của trẻ	Xã biên giới (n=91) (1)		Xã nội địa (n=70) (2)		Tổng (n=161)		p _{1,2}
	SL	%	SL	%	SL	%	
Tiêm vaccin							< 0,05
Có	17	18,7	23	32,9	40	24,8	
Không	74	81,3	47	67,1	121	75,2	
Nơi sinh							> 0,05
Ở nhà	78	85,7	65	92,9	143	88,8	

Trạm y tế	2	2,2	1	1,4	3	1,9
Phòng khám	4	4,4	0	0	4	2,5
Bệnh viện huyện	4	4,4	1	1,4	5	3,1
Bệnh viện tỉnh	1	1,1	3	4,3	4	2,5
Khác	2	2,2	0	0	2	1,2

Nghiên cứu nhóm biến về địa điểm tử vong, nguyên nhân tử vong và biến số về sơ cấp cứu và tiếp cận dịch vụ của trẻ cho thấy: (i) tỷ lệ trẻ tử vong tại nhà chiếm phần lớn (55,9%); tại bệnh viện tỉnh chiếm 13,7%; (ii) nguyên nhân tử vong của trẻ chủ yếu do viêm phổi nặng chiếm 67,7%; các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 3. Đặc điểm về nơi tử vong của trẻ

Nơi tử vong	Địa bàn xã	Xã biên giới (n=91) (1)		Xã nội địa (n=70) (2)		Tổng (n=161)		p _{1,2}
		SL	%	SL	%	SL	%	
Tại nhà		57	62,6	33	47,1	90	55,9	<0,05
Bệnh viện tỉnh		7	7,7	15	21,4	22	13,7	<0,05
Bệnh viện/ TTYT huyện		12	13,2	5	7,1	17	10,6	>0,05
Trên đường từ CSYT → nhà		4	4,4	5	7,1	9	5,6	>0,05
Trên đường từ nhà → CSYT		4	4,4	3	4,3	7	4,3	>0,05
Khác		7	7,7	9	12,8	16	10,9	>0,05

Kết quả bảng 2 cho thấy tỷ lệ trẻ tử vong tại nhà chiếm 55,9%; tại bệnh viện tỉnh chiếm 13,7%; tại bệnh viện huyện chiếm 10,6%; tử vong trên đường từ nhà đến cơ sở y tế chiếm 4,3%; từ cơ sở y tế về nhà chiếm 5,6%; trên đường từ cơ sở y tế lên tuyến trên chiếm 4,3%; tử vong tại các địa điểm khác như suối, hồ, nương rẫy... chiếm 10,9%.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ trẻ tử vong dưới 5 tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ TVTE dưới 5 tuổi huyện Nậm Pồ 83,1‰ [4] cao ở mức đáng báo động, cao hơn rất nhiều so với các nước trên thế giới (cao gấp 1,3 lần các nước kém phát triển nhất, cao gấp 3,2 lần khu vực Đông Nam Á, cao gấp 16,6 lần khu vực Châu Âu); so với các khu vực khác trong cả nước năm 2016 (cao gấp 2,27 lần đến 6,5 lần các khu vực địa lý trong nước); cao nhất các huyện trong tỉnh Điện Biên năm 2017 (cao gấp từ 1,8 đến 7,4 lần so với các huyện, thị xã, thành phố của tỉnh) [5]. Các xã nội địa có tỷ lệ tử vong cao (100‰), trong khi đó các xã biên giới lại có tỷ lệ tử vong thấp hơn (73,5‰). Nguyên nhân là do mặc dù là xã nội địa nhưng nhiều xã kinh tế xã hội, giao thông đi lại còn khó khăn hơn nhiều so với xã biên giới. Vấn đề đặt ra là cần phải phát triển mạng lưới giao thông liên xã, liên bản để hỗ trợ công tác đưa người bệnh đến nơi cứu chữa kịp thời.

Về nguyên nhân tử vong. Kết quả nghiên cứu cho thấy nguyên nhân chính dẫn đến TVTE

dưới 5 tuổi tại huyện Nậm Pồ là viêm phổi nặng (67,7%). Tỷ lệ này hơn hẳn các nghiên cứu khác về nguyên nhân tử vong trẻ em trên thế giới (16%) [3] và tại Việt Nam (12%) [8]. Nguyên nhân của vấn đề này có thể do huyện Nậm Pồ có khí hậu tương đối khắc nghiệt (nhiệt độ ngày đêm chênh lệch đến 15 độ); nóng, lạnh đột ngột làm cho cơ thể trẻ khó thích nghi trong khi trẻ chưa được gia đình quan tâm giữ ấm đúng mức. Vấn đề đặt ra là cần phải làm tốt công tác phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em bao gồm: giáo dục nhận thức cho người dân về chăm sóc sức khỏe trẻ em trong điều kiện thời tiết khắc nghiệt, nâng cao trình độ chuyên môn cho cán bộ y tế và đầu tư về cơ sở hạ tầng trang thiết bị y tế.

Đặc điểm tử vong theo nơi tử vong của trẻ. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ tử vong tại nhà nói chung (63,3%) cao hơn tại cơ sở y tế nói chung (36,7%). Nguyên nhân chủ yếu do hạn chế về mặt nhận thức của người dân khi trẻ ốm không đưa trẻ đến cơ sở y tế để khám và điều trị ngay mà để tự chữa ở nhà hoặc đưa đến nhà thầy lang ở bản chữa không đúng cách; khi bệnh không khỏi, nặng lên mới đưa đến cơ sở y tế để khám và điều trị. Vấn đề đặt ra là cần làm tốt công tác truyền thông thay đổi nhận thức và hành vi về chăm sóc sức khỏe trẻ em.

Đặc điểm tử vong theo dân tộc, độ tuổi, điều kiện kinh tế gia đình trẻ

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa phần trẻ dưới 5 tuổi tử vong đều thuộc hoàn cảnh gia đình

nghèo và rất nghèo (71,4%), kết quả này phản ánh khá đúng đặc điểm dân cư (69,18% dân tộc Mông) và tỷ lệ hộ nghèo của dân tộc Mông năm 2017 của huyện Nậm Pồ (83,04%) [5]. Do điều kiện kinh tế khó khăn nên việc chăm sóc con còn hạn chế, chưa quan tâm đến chăm sóc sức khỏe trẻ em. Vấn đề đặt ra là cần phải phát triển kinh tế xã hội, kinh tế gia đình để người dân có điều kiện nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ em.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong ở độ tuổi từ 1-5 tháng chiếm cao nhất (56,6%); tử vong ở độ tuổi từ 12 tháng trở lên chiếm thấp nhất (9,3%). Tỷ lệ trẻ trai tử vong chiếm 48,4% cao hơn so với trẻ gái (51,6%).

Không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong trẻ theo thứ tự trẻ trong gia đình. Tỷ lệ trẻ tử vong thuộc các gia đình nghèo, rất nghèo chiếm đa số (71,4%).

Tỷ lệ trẻ tử vong không tiêm vaccine là 75,2%. Tỷ lệ trẻ tử vong tại nhà là 63,3%.

Trong tổng số trẻ tử vong thì tỷ lệ có mẹ không tiêm phòng uốn ván khi mang thai là 41%. Tỷ lệ người đỡ đẻ cho bà mẹ khi sinh là người nhà chiếm 65,2; người đỡ đẻ là cán bộ y tế chiếm 17,4%.

Có trên 8 nguyên nhân dẫn đến tử vong của trẻ dưới 5 tuổi, trong đó nguyên nhân do viêm phổi nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (67,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2009)**, Kế hoạch hành động Quốc gia vì sự sống còn của trẻ em giai đoạn 2009 - 2015, tr 4-5.
2. **Bộ Y tế (2015)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, Ban hành kèm theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. **Tỉnh Điện Biên và Unicef (2010)**, Báo cáo phân tích tình hình trẻ em tỉnh Điện Biên, tr 61-62, tr 142.
4. **Trung tâm Y tế huyện Nậm Pồ (2017)**, Báo cáo tình hình thực hiện công tác Y tế năm 2017 và phương hướng nhiệm vụ năm 2018.
5. **Cục Thống kê tỉnh Điện Biên (2018)**, Niên giám thống kê tỉnh Điện Biên 2017, Nhà xuất bản Thống kê, tr 470- 471.
6. **Amare Deribew, John Ojal, Boniface Karia, et al. (2016)**, Under-five mortality rate variation between the Health and Demographic Surveillance System (HDSS) and Demographic and Health Survey (DHS) approaches, BMC Public Health 2016, 16.
7. **Bahareh Yazdizadeh, Mahboubeh Parsaeian, Reza Majdzadeh, et al. (2017)**, Impact of Health Research Systems on Under-5 Mortality Rate: A Trend Analysis, International Journal of Health Policy and Management, 6(7), pp. 395-402.
8. **Unicef Việt Nam (2012)**, Hai căn bệnh gây tử vong hàng đầu cho trẻ em khu vực Châu Á- Thái Bình Dương và Việt Nam, truy cập ngày 08/3/2018, tại trang web https://www.unicef.org/vietnam/vi/media_19463.html.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI U BUỒNG TRỨNG LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Trần Hoàng Tiến¹, Phạm Mỹ Hoài², Hoàng Thị Ngọc Trâm²
Nguyễn Thị Bình², Trần Thị Mai Phương¹, Trần Thị Thu Huyền¹

TÓM TẮT³¹

PTNS hay được áp dụng nhất trong phụ khoa là phẫu thuật u buồng trứng bao gồm cắt buồng trứng hoặc bóc u. Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận

lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng lành tính tại bệnh viện tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng:** 144 trường hợp u buồng trứng có chỉ định PTNS. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Lý do vào viện gặp nhiều nhất là đau tức bụng dưới với tần suất là 36,2%. Kích thước khối u trung bình trên siêu âm là $7,1 \pm 2,6$ cm. Tỷ lệ thành công của PTNS là 92,3%. Phương pháp được áp dụng chủ yếu trong PTNS là bóc u (66%). **Kết luận:** Kích thước khối u có liên quan đến phương pháp phẫu thuật, kích thước khối u càng lớn thì chỉ định cắt cả buồng trứng tăng lên và ngược lại.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, khối u buồng trứng,

¹ Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

² Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Tiến Email: tientriet@gmail.com.

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

siêu âm, bóc u, cắt u buồng trứng

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF BENIGN OVARIAN TUMOR SURGERY AT PHU THO GENERAL HOSPITAL

The most commonly used endoscopic surgery in gynecology is surgery for ovarian tumors including removal of the ovaries or removal of tumors. **Objectives:** To describe clinical, subclinical characteristics and evaluate the results of benign ovarian tumor surgery at Phu Tho Hospital. **Subjects:** 144 patients of ovarian tumors indicated for laparoscopic surgery. **Method:** cross sectional description. **Results:** The most common reason for hospital admission was lower abdominal pain with a frequency of 36.2%. The average tumor size on ultrasound is 7.1 ± 2.6 cm. The success rate of laparoscopic surgery is 92.3%. The method used mainly in laparoscopic surgery is to remove the tumor (66%). **Conclusion:** The size of the tumor is related to the surgery method, the larger the tumor size, the higher the indication of the ovary removal increases and vice versa.

Key words: Endoscopic surgery, ovarian tumor, ultrasound, tumor removal, ovarian cystectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc loại bỏ u buồng trứng được thực hiện với nhiều phương pháp điều trị khác nhau tùy vào tính chất khối u, tuổi sinh đẻ nhằm mục đích bảo

tồn chức năng sinh sản và các chức năng sinh dục khác. Đặc biệt tại các cơ sở phẫu thuật lớn, điều trị u buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) đã phần lớn thay thế phẫu thuật mở bụng cổ điển.

Một trong những PTNS hay được áp dụng nhất trong phụ khoa là phẫu thuật u buồng trứng bao gồm cắt buồng trứng hoặc bóc u.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng lạnh tính tại bệnh viện tỉnh Phú Thọ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

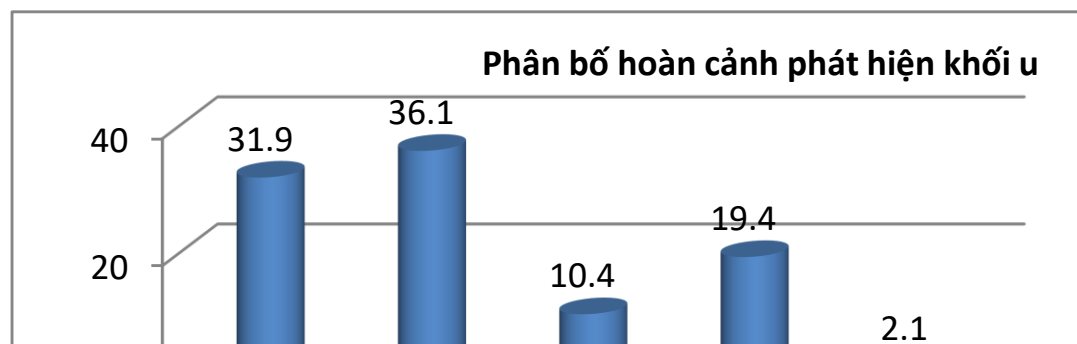
2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán là u buồng trứng lành tính và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi, Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u buồng trứng lành tính, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có u buồng trứng kèm theo có thai, có chống chỉ định PTNS, có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư buồng trứng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện có chủ đích.

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Phụ Sản, Bệnh Viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. Từ 01 tháng 01 năm 2018 đến 31 tháng 12 năm 2018.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. Phân bố hoàn cảnh phát hiện khối u

Nhận xét: Nhóm đối tượng đau bụng do u chiếm 36,1%, đi khám phát hiện ra u chiếm 31,9%.

Bảng 3.1. Một số tính chất của khối u khi khám lâm sàng

Tính chất		Số lượng	Tỷ lệ %
Mật độ	Mềm	87	60,4
	Cứng	57	39,6
Ranh	Rõ	121	84,0

giới	Không rõ	23	16,0
	Dễ	113	78,5
	Hạn chế	25	17,4
	Không di động	06	4,2

Nhận xét: Tỷ lệ u buồng trứng có mật độ mềm chiếm 60,4%, ranh giới rõ chiếm 84%.

Bảng 3.2. Phân bố kích thước u trên siêu âm.

Giá trị	Kích thước
Tối thiểu (cm)	3,2
Tối đa (cm)	17,1
Trung bình (cm)	7,1
Độ lệch chuẩn	2,6

Nhận xét: Kích thước khối u lớn nhất khi phát hiện trên siêu âm là 17,1 cm, kích thước khối u nhỏ nhất là 3,2cm. Kích thước khối u trung bình khi siêu âm là $7,1 \pm 2,6$ cm

Bảng 3.3. Một số tính chất của khối u khi siêu âm

Tính chất		Số lượng	Tỷ lệ %
Bề mặt u	Nhẵn	125	86,8
	Gồ ghề	19	13,2
Vỏ u	Mỏng	64	44,4
	Dày	80	55,6
Lòng u	Có nhú	00	00
	Không có nhú	144	100
Vách	Có vách	16	11,1
	Không có vách	128	88,9
Âm vang	Thừa âm vang	56	38,9
	Đậm âm vang	54	37,5
	Hỗn hợp	34	23,6
Ranh giới	Rõ	128	88,9
	Không rõ	16	11,1
Dịch cổ tử cung	Có	11	7,6
	Không	133	92,4
Tổng số			

Nhận xét: Bề mặt nhẵn chiếm 86,8%; vỏ u dày chiếm 55,6%; lòng u không có nhú chiếm 100%; Không có vách chiếm 88,9%; thừa âm vang chiếm 38,9%; ranh giới rõ chiếm 88,9%.

Bảng 3.7. Liên quan giữa kích thước u và phương pháp phẫu thuật

Kích thước (cm)	≤ 5		6 – 10		> 10		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
PPPT							
Cắt u	1	3,4	6	5,9	4	28,6	<0,05
Bóc u	20	69,0	72	71,3	3	21,4	
Cắt phần phụ	8	27,6	23	22,8	7	50,0	
Tổng	29	20,1	101	70,1	14	9,8	

Nhận xét: u có kích thước ≤ 5 cm thì tỷ lệ bóc u là 69,0%, cắt u chiếm 3,4% và cắt phần phụ chiếm 27,6%. Nhóm khối u có kích thước >10 cm thì tỷ lệ bóc u là 21,4%, cắt u là 28,6% và cắt phần phụ chiếm 50%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4 Kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thành công	133	92,3
Chuyển mổ mở	08	5,6
Tai biến	03	2,1
Tổng	144	100

Nhận xét: Tỷ lệ phẫu thuật nội soi u buồng trứng thành công chiếm 92,3%

Tỷ lệ phải chuyển mổ mở chiếm 5,6%. Tỷ lệ tai biến chiếm 2,1%.

Bảng 3.5. Phân bố phương pháp phẫu thuật u buồng trứng

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cắt u	11	7,6
Bóc u	95	66,0
Cắt phần phụ	38	26,4
Tổng	144	100

Nhận xét: Tỷ lệ bóc u chiếm 66%, cắt phần phụ chiếm 26,4% và cắt u chiếm 7,6%

Bảng 3.6. Nguyên nhân chuyển mổ mở

Nguyên nhân		Số lượng	Tỷ lệ (%)
U sau phúc mạc		01	12,5
Dính nhiều	Lạc NMTC dính nhiều	04	62,5
	Dính nhiều do vết mổ cũ ổ bụng	01	
Kích thước lớn và bản chất u: U bì, kt > 15cm		01	12,5
Chảy máu		01	12,5
Tổng		08	

Nhận xét: Tỷ lệ dính nhiều phải chuyển mổ mở chiếm 62,5%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu nhóm đối tượng đau bụng do u chiếm 36,1%, tiếp theo là nhóm đối tượng đi khám phát hiện ra u chiếm tỉ lệ cao nhất 31,9%, nhóm đối tượng đi siêu âm thấy u chiếm 19,4%, do rối loạn kinh nguyệt chiếm 10,4% và nhóm đối tượng tự sờ thấy u chiếm ít nhất 2,1%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác. Theo tác giả Nguyễn Văn Tuấn nghiên cứu 86 trường hợp PTNS UBT thì lý do vào viện do đi khám phụ khoa chiếm 35,0%, do đau tức bụng dưới là 33,6%, RLKN 16,3%, tự sờ thấy u 11,4% và khám vô sinh 3,7% [5]. Theo Abduljabbar và cs năm 2015, triệu chứng vào viện gặp nhiều nhất là đau bụng chiếm 58,2%, còn theo tác giả Fouedjio năm 2016, lý do vào viện cũng chủ yếu do đau bụng hạ vị chiếm 93,9% [6].

Về mật độ của khối u buồng trứng có mật độ mềm chiếm 60,4%, mật độ cứng chiếm 39,6%; ranh giới của khối u buồng trứng có ranh giới rõ chiếm 84%, ranh giới không rõ chiếm 16%. Về độ di động của khối u buồng trứng thì di động dễ chiếm 78,5%, di động hạn chế chiếm 17,4% và không di động chiếm 4,2%. Kết quả này có chút khác biệt so với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác.

Theo Nguyễn Thị Bích Thanh thì khám có mật độ mềm chiếm tỷ lệ 92,6%, u có ranh giới rõ là 66,9% và u có độ di động dễ khi khám chiếm tỷ lệ 60,1% [4].

Có sự khác biệt này theo chúng tôi nghĩ: thứ nhất do việc đánh giá tính chủ quan về mật độ u của các phẫu thuật viên là khác nhau. Thứ hai là do sự phân bố các loại u theo các nghiên cứu là khác nhau. Tuy nhiên, đặc điểm chung cho khối u buồng trứng lành tính là mật độ mềm theo các nghiên cứu thì vẫn là đặc điểm thường gặp.

Kích thước khối u buồng trứng cho thấy kích thước khối u lớn nhất khi phát hiện trên siêu âm là 17,1 cm, kích thước khối u nhỏ nhất là 3,2cm; kích thước khối u trung bình khi siêu âm là $7,1 \pm 2,6$ cm. Tỷ lệ khối u có kích thước ≤ 5 chiếm 20,1%, từ 6-10 chiếm 70,1% và kích thước khối u > 10 chiếm 9,7%. Trong 14 trường hợp u có kích thước ≥ 10 cm trong đó 02 trong số 03 trường hợp khối u có kích thước từ 17cm mà chúng tôi vẫn chỉ định phẫu thuật nội soi thành công, chỉ duy nhất có 1 trường hợp kích thước

khối u quá lớn và u hỗn hợp nên chúng tôi tiến hành chuyển mổ mở.

Tính chất của khối u trên siêu âm cho thấy tính chất khối u theo siêu âm có bề mặt nhẵn chiếm 86,8%; vỏ u dày chiếm 55,6%; lòng u không có nhú chiếm 100%; Không có vách chiếm 88,9%; thưa âm vang chiếm 38,9%; ranh giới rõ chiếm 88,9%; Không có dịch cổ tử cung 92,4%.

So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn thì siêu âm khối u có tính chất phản âm hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao nhất 37,78%, khối u có tính chất trống âm và giảm âm có tỉ lệ là 21,67% và 29,44%, có tính chất tăng âm chiếm 9,0%, còn lại buồng trứng có vách nhú chiếm 6,11 % [5].

Theo nghiên cứu của Nguyễn Bình An trên siêu âm khối u có tính chất phản âm hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao nhất 35%, khối u có tính chất trống âm và giảm âm có tỉ lệ xấp xỉ nhau là 22,5% và 23,5%, có tính chất tăng âm chiếm 8,0%, còn lại u nang buồng trứng có vách và có nhú chiếm 11,0% [1].

Tỷ lệ phẫu thuật nội soi u buồng trứng thành công chiếm 92,3%, tỷ lệ phải chuyển mổ mở chiếm 5,6%, tỷ lệ tai biến chiếm 2,1%.

Kết quả của chúng tôi tương đương với báo cáo năm 2018 của Hoàng Thị Kim Thái, với tỷ lệ thành công 93,6% [3].

Về phân bố phương pháp phẫu thuật u buồng trứng cho thấy tỷ lệ bóc u chiếm 66%, cắt phần phụ chiếm 26,4% và cắt u chiếm 7,6%.

Theo tác giả Nguyễn Hải Linh (2013), có 296/447 trường hợp chỉ phẫu thuật bóc u (66,2%), có 79 trường hợp cắt u và cắt buồng trứng (17,7%), có 72 trường hợp phẫu thuật triệt để (16,1%) và có 35 trường hợp sau phẫu thuật có điều trị hỗ trợ hóa xạ [2].

Các nguyên nhân chuyển mổ mở trong nghiên cứu của chúng tôi có 08 trường hợp phải mổ mở trong đó có 05 trường hợp dính nhiều (04 trường hợp do lạc nội mạc tử cung dính nhiều và 01 trường hợp dính do vết mổ cũ ở ổ bụng), còn lại là u sau phúc mạc; u có kích thước u quá lớn và chảy máu.

Mối liên quan giữa kích thước u và phương pháp phẫu thuật thì kích thước khối u phản ánh rõ nét thái độ xử trí, với khối u nhỏ quá trình phẫu thuật sẽ bớt khó khăn hơn, buồng trứng ít bị tổn thương hơn do đó tỉ lệ bóc u bảo tồn buồng trứng cũng đạt kết quả tốt hơn.

Cụ thể: nhóm khối u có kích thước ≤ 5 cm thì tỉ lệ bóc u là 69,0%, cắt u chiếm 3,4% và cắt

phần phụ chiếm 27,6%, u có kích thước >10cm thì tỉ lệ bóc u là 21,4%, cắt u là 28,6% và cắt phần phụ chiếm 50%. Sự khác biệt về kích thước khối u và phương pháp phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Lý do vào viện gặp nhiều nhất là đau tức bụng dưới với tần suất là 36,2%. Kích thước khối u trung bình trên siêu âm là $7,1 \pm 2,6$ cm. Tỷ lệ thành công của PTNS KUBT là 92,3%. Phương pháp được áp dụng chủ yếu trong PTNS KUBT là bóc u (66%). Kích thước khối u có liên quan đến phương pháp phẫu thuật, kích thước khối u càng lớn thì chỉ định cắt cả buồng trứng tăng lên và ngược lại.

KHUYẾN NGHỊ: Nên trang bị cơ sở vật chất để phát triển phẫu thuật nội soi đến các cơ sở y tế tuyến huyện, đào tạo, nâng cao trình độ phẫu thuật nội soi tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh và tuyến huyện, phát triển các kỹ thuật phẫu thuật nội soi trong phụ khoa như: nội soi vô sinh, nội soi cắt tử cung...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bình An và Nguyệt Đặng Thị Minh (2011)**, Phẫu thuật nội soi điều trị u nang buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Tạp chí Y Dược học quân sự, 2, tr. 147-150.
2. **Nguyễn Hải Linh (2013)**, Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật các khối u buồng trứng tại Bệnh viện phụ sản trung ương từ tháng 1/2012 đến tháng 12/2012, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Hoàng Thị Kim Thái (2018)**, Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u nang buồng trứng tại Bệnh viện Quân y 91 - Quân khu 1 giai đoạn 2014 - 2016, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 13 (1), tr. 99-100.
4. **Nguyễn Thị Bích Thanh (2018)**, Kết quả phẫu thuật nội soi khối su buồng trứng tại Bệnh viện Sản Nhi Tỉnh Bắc Ninh, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
5. **Nguyễn Văn Tuấn (2012)**, "Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội", Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 75 trang.
6. **Abduljabbar H. S, Bukhari Y. A., Al Hachim E. G., et al. (2015)**, "Review of 244 cases of ovarian cysts", Saudi Med J, 36 (7), pp. 834-838.
7. **Eltabbakh G (2016)**, "Laparoscopic surgery for large ovarian cysts: review", Trends Gynecol Oncol, 2, pp. 109.

MÔ TẢ TỈ LỆ MẮC VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA CÁC RỐI LOẠN TIÊU HÓA CHỨC NĂNG Ở NHÓM TRẺ 0 - 6 THÁNG TUỔI

Lưu Thị Thảo Nguyên¹, Lê Kiến Ngải², Nguyễn Thị Việt Hà^{1,2}

TÓM TẮT³²

Mục tiêu: Mô tả tỉ lệ mắc và các yếu tố nguy cơ của các rối loạn tiêu hóa chức năng ở nhóm trẻ 0 - 6 tháng tuổi tại Phòng tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 752 trẻ 0 - 6 tháng tuổi khỏe mạnh tại Phòng tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 3/2019 - 7/2019. **Kết quả:** Theo tiêu chuẩn ROME IV, 12,6% trẻ mắc ít nhất một loại rối loạn tiêu hóa chức năng. Tỉ lệ mắc trào ngược

dạ dày thực quản là 9,3%, đau bụng co thắt là 2,5%, khó đại tiện chức năng là 0,9%, táo bón chức năng là 1,9%. Hầu hết các rối loạn tiêu hóa chức năng hay gặp ở trẻ < 4 tháng tuổi. Trong khi đó, tỉ lệ mắc táo bón chức năng cao nhất ở nhóm trẻ 5 - 6 tháng và có xu hướng tăng theo tuổi. Trẻ non và cân nặng sơ sinh thấp là hai yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ trào ngược dạ dày thực quản và đau bụng co thắt. **Kết luận:** Rối loạn tiêu hóa chức năng hay gặp nhất ở trẻ 0 - 6 tháng tuổi là trào ngược dạ dày thực quản. Trẻ non và cân nặng sơ sinh thấp là yếu tố nguy cơ của trào ngược dạ dày thực quản và đau bụng co thắt.

Từ khóa: Rối loạn tiêu hóa chức năng, trẻ 0 - 6 tháng tuổi, trào ngược dạ dày thực quản, đau bụng co thắt, khó đại tiện chức năng, táo bón chức năng, ROME IV.

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY**DESCRIBE THE PREVALENCE AND RISK FACTORS OF FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS IN INFANTS 0 – 6 MONTHS OLD**

Aim: To describe the prevalence and risk factors of functional gastrointestinal disorders in infants 0 – 6 months old at The Immunization Department, National Children's Hospital. **Material and methods:** A prospective, cross – sectional study was carried on in 752 healthy infants at The Immunization Department, National Children's Hospital from 3/2019 – 7/2019. **Results:** According to ROME IV criteria, 12.6% of infants have functional gastrointestinal disorders. The prevalence of infants regurgitation is 9.3%, colic is 2.5%, dyschezia is 0.9% and constipation is 1.9%. Most of FGIDs (regurgitation, colic, dyschezia) are common in infants < 4 months old. Meanwhile, the incidence of functional constipation was highest among children aged 5-6 months and increases with age. Pre – term and low birth weight are risk factors of infants regurgitation and colic. **Conclusion:** Infant regurgitation is FGID which is most common in children 0 – 6 months. Pre – term and low birth weight are risk factors of infants regurgitation and infants colic.

Keywords: Functional gastrointestinal disorders, 0 – 6 months old, regurgitation, colic, dyschezia, constipation, ROME IV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tiêu hóa chức năng là rối loạn đặc trưng bởi đau bụng, hoặc khó chịu và thay đổi thói quen ruột mạn tính, hay tái phát mà không ghi nhận được tổn thương thực thể. Các rối loạn tiêu hóa chức năng rất thường gặp ở nhóm tuổi 0 – 6 tháng và gây ra nhiều gánh nặng về mặt kinh tế, tâm lý cho gia đình và xã hội [1]. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về rối loạn tiêu hóa chức năng chủ yếu sử dụng tiêu chuẩn ROME III và được tiến hành trên nhóm trẻ lớn. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả tỉ lệ mắc và các yếu tố

nguy cơ của các rối loạn tiêu hóa chức năng ở nhóm trẻ 0 – 6 tháng tuổi tại Phòng tiêm chủng, Bệnh viện Nhi Trung Ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các trẻ khỏe mạnh (phát triển thể chất, tâm thần – vận động bình thường, không có tiền sử mắc bệnh đường tiêu hóa) đến theo dõi và tiêm phòng tại Phòng tiêm chủng của bệnh viện Nhi Trung ương, lứa tuổi 0-6 tháng, trong thời gian 5 tháng từ 07/03/2019 – 10/07/2019. Cha mẹ/người chăm sóc trực tiếp đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

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

Nhập và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức trong 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

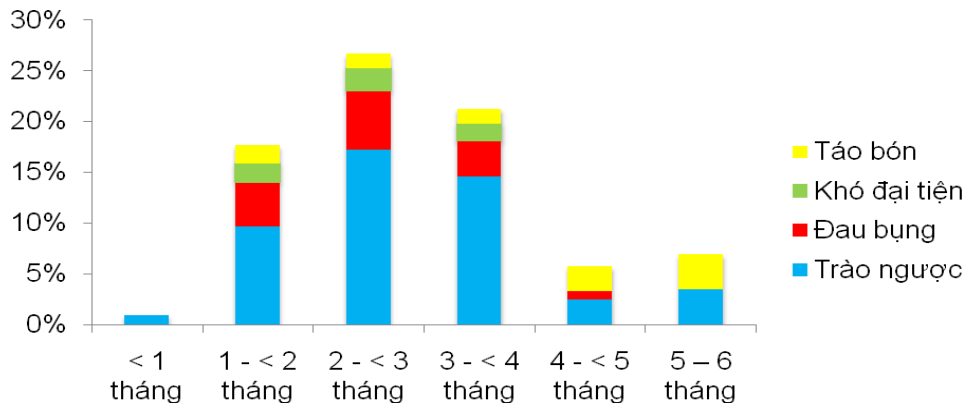
Trong số 752 trẻ khỏe mạnh đến tiêm phòng tại Phòng tiêm chủng, Bệnh viện Nhi Trung ương, tỉ lệ trẻ nam và nữ lần lượt là 54,9% và 45,1%. Tỉ lệ trẻ nam/nữ là 1,2/1. Tuổi trung bình của trẻ là $3,17 \pm 1,73$ tháng, tuổi thai trung bình là $38,92 \pm 1,46$ (tuần), cân nặng và chiều dài trung bình lần lượt là: $6,18 \pm 1,49$ (kg) và $60,33 \pm 5,47$ (cm).

1. Tỉ lệ mắc: 12,6% trẻ mắc ít nhất một loại rối loạn tiêu hóa chức năng, trong đó có 9,5% trẻ đồng mắc 2 rối loạn. Tỉ lệ mắc trào ngược dạ dày thực quản là 9,3%, đau bụng co thắt là 2,5%, khó đại tiện chức năng là 0,9%, táo bón chức năng là 1,9%.

Bảng 1: Phân bố tỉ lệ mắc các rối loạn chức năng dạ dày – ruột theo giới

	Trào ngược	Đau bụng	Khó đại tiện	Táo bón
Nam	39 (60,94%)	10 (52,63%)	4 (57,14%)	13 (92,86%)
Nữ	25 (39,06%)	9 (47,37%)	3 (42,86%)	1 (7,14%)
p	0,080	0,819	0,905	0,001

Nhận xét: Tỉ lệ mắc táo bón chức năng ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$.



Biểu đồ 1: Phân bố tỉ lệ mắc các rối loạn chức năng dạ dày – ruột theo tuổi

Nhận xét: Rối loạn chức năng dạ dày – ruột hay gặp nhất ở trẻ 1 - < 4 tháng tuổi. Trong đó, trào ngược dạ dày thực quản là rối loạn thường gặp nhất (64/95).

2. Yếu tố nguy cơ:

Bảng 2: Các yếu tố nguy cơ của trào ngược dạ dày thực quản

Tiêu chí đánh giá		Trào ngược		Không trào ngược		OR 95% CI	p
		n	%	n	%		
Tuổi thai (tuần)	≤34	3	27,3	8	72,7	4,12 1,06 - 16,13	0,027
	35 – 37	10	15,9	53	84,1	2,07 0,99 – 4,31	0,047
	38 – 42	51	8,3	560	91,7	1	
Cân nặng lúc sinh (kg)	≤1,5	1	50	1	50	11,111 0,69 – 166,67	0,033
	1,6 – 2,4	4	12,1	29	87,9	1,534 0,52 – 4,51	0,434
	≥ 2,5	59	9,1	491	90,9	1	
Địa dư	Thành phố	35	9,1	348	90,9	1	
	Nông thôn	29	9,6	273	90,4	1,056 0,630 – 1,771	0,836

Nhận xét: Những trẻ đẻ non ≤ 34 tuần thai và trẻ có cân nặng sơ sinh ≤ 1,5 kg có nguy cơ mắc trào ngược dạ dày thực quản cao hơn với $p < 0,05$.

Bảng 3: Các yếu tố nguy cơ của đau bụng co thắt

Tiêu chí đánh giá		Đau bụng		Không đau bụng		OR 95% CI	p
		n	%	n	%		
Tuổi thai (tuần)	≤34	1	9,1	10	90,9	4,37 (0,52 – 35,71)	0,137
	35 – 37	3	4,2	69	95,8	1,89 (0,54 – 6,71)	0,314
	38 – 42	15	2,2	654	97,8	1	
Cân nặng lúc sinh (kg)	≤1,5	1	50	1	50	38,46 (2,33 – 500)	< 0,001
	1,6 – 2,4	0	0	45	100		
	≥ 2,5	7	3,0	224	97,0	1	
Địa dư	Thành phố	8	1,9	415	98,1	1	

	Nông thôn	11	3,3	321	96,7	1,79 (0,71 - 4,51)	0,208

Nhận xét: Những trẻ có cân nặng sơ sinh $\leq 1,5$ kg có nguy cơ mắc đau bụng co thắt cao hơn với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Tỉ lệ mắc: Tỉ lệ trẻ mắc rối loạn tiêu hóa chức năng trong nhóm nghiên cứu là 12,6% (95/752). Trong đó, tỉ lệ mắc trào ngược, đau bụng co thắt, khó đại tiện chức năng và táo bón chức năng lần lượt là 9,3%, 2,5%, 0,9%, 1,9%. Trong nghiên cứu khác của Samantha G. và cs, sử dụng tiêu chuẩn ROME IV trên 1515 trẻ 0 – 18 tuổi, tỉ lệ mắc các rối loạn trên lần lượt là 24,1%, 5,2%, 0% và 12,1% [2]. Có sự khác biệt này là do khác biệt trong quần thể nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Samantha, số lượng bệnh nhân < 1 tuổi chỉ chiếm 4,6% (58/1515). Trong một nghiên cứu khác của Miranda và cộng sự, sử dụng tiêu chuẩn ROME III trên 1515 trẻ 0 – 3 tuổi, tỉ lệ này là 25,9%, 5,9%, 2,4%, 4,7% [3]. Có thể thấy trong tất cả các nghiên cứu, loại rối loạn tiêu hóa chức năng thường gặp nhất là trào ngược dạ dày thực quản, ít gặp nhất là khó đại tiện chức năng. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

2. Yếu tố nguy cơ: Những trẻ có tiền sử đẻ non và cân nặng sơ sinh thấp là yếu tố nguy cơ của trào ngược dạ dày thực quản và đau bụng co thắt. Cụ thể, những trẻ đẻ non 35 – 37 tuần có nguy cơ mắc trào ngược dạ dày thực quản và đau bụng co thắt cao hơn lần lượt 2,07 lần ($p = 0,047$) và 1,894 lần ($p = 0,314$) so với trẻ đủ tháng. Trẻ đẻ non < 34 tuần, nguy cơ này sẽ tăng lên lần lượt là 4,115 lần ($p = 0,027$) và 4,367 lần ($p = 0,137$). Tương tự, những trẻ cân nặng thấp $< 1,5$ kg có nguy cơ mắc trào ngược và đau bụng co thắt cao gấp 11 và 38 lần so với trẻ đủ tháng ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Silvia S. và cs trên 1152 trẻ sơ sinh cũng đưa ra kết luận tương tự. Đồng thời, các tác giả còn thấy sinh mổ, nuôi sữa công thức và sử dụng kháng sinh

trong thời kì sơ sinh làm tăng tỉ lệ rối loạn tiêu hóa chức năng [4]. Nghiên cứu của Pensabene L. và cộng sự còn chỉ ra dị ứng đạm sữa bò là một yếu tố nguy cơ của rối loạn tiêu hóa chức năng ở trẻ em [5].

V. KẾT LUẬN

Rối loạn tiêu hóa chức năng khá phổ biến ở trẻ nhỏ. Ở nhóm trẻ 0 – 6 tháng tuổi, tỉ lệ mắc cao nhất là trào ngược dạ dày thực quản. Đẻ non và cân nặng sơ sinh thấp là hai yếu tố nguy cơ của trào ngược dạ dày thực quản và đau bụng co thắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Park R., Mikami S., LeClair J., et al. (2015). Inpatient Burden of Childhood Functional GI Disorders in the United States: An Analysis of National Trends in the U.S. from 1997 to 2009. *Neurogastroenterol Motil*, **27**(5), 684–692.
2. 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.
3. van Tilburg M.A.L., Hyman P.E., Walker L., et al. (2015). Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. *J Pediatr*, **166**(3), 684–689.
4. Salvatore S., Baldassarre M.E., Di Mauro A., et al. (2019). Neonatal Antibiotics and Prematurity Are Associated with an Increased Risk of Functional Gastrointestinal Disorders in the First Year of Life. *The Journal of Pediatrics*, **212**, 44–51.
5. Pensabene L., Salvatore S., D'Auria E., et al. (2018). Cow's Milk Protein Allergy in Infancy: A Risk Factor for Functional Gastrointestinal Disorders in Children? *Nutrients*, **10**(11).

TỒN DƯ DẪN CƠ SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG

Phạm Thị Hằng Nga*, Nguyễn Văn Chinh**

TÓM TẮT³³

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tồn dư dẫn cơ sau phẫu thuật nội soi ổ bụng, các yếu tố liên quan đến tồn dư dẫn cơ và so sánh sự khác biệt giữa tỷ số TOF $\geq 0,9$ và dấu hiệu hết dẫn cơ trên lâm sàng. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang được thực hiện trên 105 người bệnh phẫu thuật nội soi ổ bụng có bơm hơi. Tỷ số kích thích chuỗi bốn được theo dõi tại phòng hồi tỉnh. **Kết quả:** Tỷ lệ tồn dư dẫn cơ sau phẫu thuật nội soi ổ bụng tại các thời điểm người bệnh đến phòng hồi tỉnh, rút ống nội khí quản, 15 phút, 30 phút, 60 phút sau rút ống nội khí quản lần lượt là 60%; 40%; 25,7%; 17,1% và 6,7%. Yếu tố nguy cơ độc lập của tồn dư dẫn cơ tại thời điểm người bệnh nhập phòng hồi tỉnh là tuổi (OR = 1,07, 95% CI (1,03 – 1,12), $p = 0,001$), thời gian gây mê (OR = 1,1, 95% CI (1,03 – 1,19), $p < 0,05$) và tổng liều thuốc dẫn cơ (OR = 0,98, 95% CI (0,96 – 0,99), $p = 0,001$). Đánh giá hết dẫn cơ dựa vào tiêu chuẩn nhắc đầu lên khỏi giường hơn 5 giây có độ nhạy là 59,5%, độ đặc hiệu là 34,9%, giá trị dự báo dương tính là 37,8%, giá trị dự báo âm tính là 56,4%. **Kết luận:** Các dấu hiệu của sự phục hồi thần kinh cơ được đánh giá trên lâm sàng có thể chưa loại bỏ hết dẫn cơ tồn dư, do đó cần được theo dõi bằng các thiết bị định lượng chính xác. Khuyến cáo giải dẫn cơ một cách thường quy sau mổ, đặc biệt trong phẫu thuật nội soi ổ bụng có bơm hơi và trên những người bệnh có các yếu tố nguy cơ tồn dư dẫn cơ sau mổ.

Từ khoá: dẫn cơ tồn dư, nội soi ổ bụng, rocuronium, tỷ số kích thích chuỗi bốn.

SUMMARY

RESIDUAL NEUROMUSCULAR BLOCK AFTER LAPAROSCOPIC ABDOMINAL SURGERY

Objectives: To determine the percentage of residual neuromuscular block after laparoscopic abdominal surgery, to identify factors related to residual neuromuscular block and compare the difference between the TOF ratio ≥ 0.9 and clinical signs of muscle relaxation. **Subjects and methods:** Prospective study, cross-sectional study was

performed on 105 patients with inflatable laparoscopic abdominal surgery. Train of four ratio was monitored in the recovery room. **Results:** The percentage of residual neuromuscular block after laparoscopic abdominal surgery including entering post anesthesia care unit, extubation, 15 minutes, 30 minutes, 60 minutes after extubation were 60%; 40%; 25.7%; 17.1% and 6.7%, respectively. The independent risk factors for residual neuromuscular block at the time the patients were admitted to the hospital were age (OR = 1.07, 95% CI (1.03 - 1.12), $p = 0.001$), duration anesthesia (OR = 1.1, 95% CI (1.03 - 1.19), $p < 0.05$) and total dose of muscle relaxants (OR = 0.98, 95% CI (0.96 - 0.99), $p = 0.001$). The criteria to evaluate muscle relaxation based on lifting head off bed more than 5 seconds has sensitivity of 59.5%, specificity is 34.9%, positive predictive value is 37.8%, and negative predictive value is 56.4%. **Conclusions:** Clinical signs of recovery from neuromuscular functions may not completely eliminate residual muscle relaxation, therefore, it is needed to monitored with accuracy quantitative equipments. A routine muscle relaxation is recommended after surgery, especially in anesthesia with laparoscopic abdominal surgery and in patients with risk factors for postoperative muscle relaxation.

Keywords: Residual neuromuscular block, laparoscopic abdominal surgery, rocuronium, train of four ratio.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thời gian xuất viện lâu hơn đáng kể ở người bệnh có tỷ số TOF $< 0,9$ khi đến PACU⁽¹⁾ và chi phí trung bình để điều trị các biến chứng hô hấp cũng không thấp, điều này gây tổn kém cho cả người bệnh và các cơ sở y tế. Quan niệm cũ cho rằng dẫn cơ tồn dư chỉ xuất hiện khi sử dụng các thuốc dẫn cơ không khử cực có thời gian tác dụng dài như pancuronium, pipercuronium, d – tubocurarin... nhưng sự thực khi sử dụng các thuốc dẫn cơ thời gian tác dụng trung bình như vecuronium, rocuronium, cisatracurium... cũng không loại trừ được hoàn toàn tồn dư dẫn cơ, thậm chí tình trạng dẫn cơ tồn dư xảy ra với cả thuốc dẫn cơ thời gian tác dụng ngắn như mivacurium.

Các chiến lược để ngăn ngừa tình trạng tồn dư dẫn cơ và các biến chứng của nó do đó đem lại lợi ích kinh tế to lớn. Do nhiều yếu tố khách quan mà các thiết bị có thể đo tỷ số TOF không

*Bệnh viện Quận Thủ Đức

**Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hằng Nga

Email: Phamthihangnga1988@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

có ở hầu hết các phòng mổ và việc đánh giá chủ quan dựa trên dấu hiệu hết dẫn cơ trên lâm sàng là rất không chính xác. Vì vậy, cần có cái nhìn khách quan, chính xác về tỷ lệ tồn dư dẫn cơ sau mổ để tìm cách giảm tỷ lệ này xuống, hướng tới xây dựng chiến lược dùng thuốc an toàn, theo dõi dẫn cơ hợp lý và giải dẫn cơ hiệu quả hơn, tăng an toàn cho người bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với những mục tiêu sau đây:

1. *Xác định tỷ lệ tồn dư dẫn cơ sau phẫu thuật nội soi ổ bụng.*
2. *Khảo sát các yếu tố liên quan đến tồn dư dẫn cơ.*
3. *So sánh sự khác biệt giữa tỷ số TOF $\geq 0,9$ và dấu hiệu hết dẫn cơ trên lâm sàng (Test nhấc đầu 05 giây)*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được phẫu thuật nội soi ổ bụng tại khoa Gây mê hồi sức, bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh, thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 07/2019.

Tiêu chí chọn mẫu. Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên, dự kiến được phẫu thuật nội soi ổ bụng có bơm hơi, được gây mê toàn diện có sử dụng thuốc dẫn cơ, có khả năng hiểu, định hướng và tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ. Người bệnh có bệnh lý thần kinh cơ, chuyển mổ mở trong quá trình phẫu thuật, có biến cố khi phẫu thuật cần phải nằm tại phòng chăm sóc đặc biệt sau phẫu thuật.

Cỡ mẫu. Được tính theo công thức ước tính tỷ lệ của một dân số:

$$n \geq \left(\frac{1,96}{m} \right)^2 p (1 - p)$$

Trong đó: n: cỡ mẫu ước lượng

m : sai số mong muốn (10%)

p : Tỷ lệ tồn dư dẫn cơ theo nghiên cứu của tác giả Naguib M (2007) ⁽⁶⁾ với thuốc dẫn cơ không khử cực thời gian tác dụng trung bình không được theo dõi bằng máy kích thích thần kinh cơ trong quá trình phẫu thuật là p = 54,4%

Thay các tham số vào công thức tính được n = 95,3. Để bù lại sự mất mẫu 10% có thể xảy ra, do đó chọn 105 người bệnh đưa vào nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu

Biến số nghiên cứu chính. Dẫn cơ tồn dư (tỷ số kích thích chuỗi bốn – Train of four (TOF <0,9)

tại thời điểm người bệnh nhập phòng hồi tỉnh, sau rút ống nội khí quản, 15 phút, 30 phút, 60 phút, 90 phút và 120 phút sau rút ống nội khí quản.

Biến số nghiên cứu phụ. Khả năng nhấc đầu lên khỏi giường ≥ 05 giây

Phương pháp thực hiện

Tại phòng tiền phẫu: người bệnh đủ tiêu chí chọn và không có tiêu chí loại sẽ được tư vấn tham gia nghiên cứu. Sau khi người bệnh đồng ý và ký đồng thuận tham gia nghiên cứu, thông qua thăm khám và tham khảo bệnh án, nghiên cứu viên ghi nhận các thông tin cá nhân, thông tin phẫu thuật, các biến số nền.

Tại phòng mổ: nghiên cứu viên không tham gia vào qui trình gây mê và phẫu thuật, chỉ quan sát và thu thập số liệu: phương pháp phẫu thuật và gây mê; chủng loại, tổng liều và thời điểm dùng thuốc dẫn cơ, giải dẫn cơ, và các thuốc khác (nếu có).

Tại phòng hồi tỉnh: người bệnh sẽ được theo dõi và điều trị tiếp tục tùy theo bác sĩ phụ trách (theo quy trình của bệnh viện hiện tại). Bên cạnh đó, việc đo dẫn cơ tồn dư (bằng máy TOF – Watch) sẽ được thực hiện tại các thời điểm nhất định: ngay sau khi đến phòng hồi tỉnh, sau khi rút ống nội khí quản, 15 phút, 30 phút, 60 phút, 90 phút và 120 phút sau rút ống nội khí quản. Ngay sau các thời điểm đo TOF, các chỉ số sinh hiệu cũng được ghi nhận.

Phân tích và xử lý số liệu

Thống kê mô tả. Chúng tôi dùng phép kiểm định Kolmogorov – Smirnov, biểu đồ đường cong chuẩn (Histograms with normal curve), biểu đồ xác suất chuẩn (normal Q – Q plot) để kiểm định phân phối chuẩn của các biến số định lượng. Các biến số định lượng được trình bày bằng số trung bình cộng và độ lệch chuẩn (TB $\pm$ SD) nếu thuộc phân phối chuẩn; trình bày bằng số trung vị và khoảng tứ phân vị 25 và 75 nếu không thuộc phân phối chuẩn. Các biến số định danh được trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm.

Thống kê phân tích. Kiểm định Chi bình phương (hoặc kiểm định Fisher's exact khi phép kiểm Chi bình phương không đủ điều kiện) dùng để mô tả mối liên quan giữa tồn dư dẫn cơ tại các thời điểm nghiên cứu với khả năng nhấc đầu 05 giây, phân nhóm độ tuổi, giới tính, phân độ BMI, phân độ ASA, lặp lại thuốc dẫn cơ, giải dẫn cơ, phân nhóm thời gian gây mê.

Mô hình hồi quy logistic đơn biến dùng để đánh giá mối liên hệ giữa biến kết cục chính (tồn

dư dẫn cơ) và các biến số: tuổi, thời gian gây mê, liều lượng thuốc dẫn cơ, tổng liều fentanyl, tổng liều propofol. Các biến số có $p < 0,05$ được đưa vào hồi quy logistic đa biến. Kết quả được trình bày dưới dạng tỷ số chênh OR và khoảng tin cậy 95%.

Kiểm định Mann – Whitney dùng để kiểm tra sự khác biệt về trung vị thời gian lưu tại phòng hồi tỉnh giữa hai nhóm người bệnh có tồn dư dẫn cơ và không có tồn dư dẫn cơ tại thời điểm rút nội khí quản.

Xác định khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 105 người bệnh được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của người bệnh là $48,9 \pm 15,6$ tuổi. Nhóm tuổi nguy cơ (≥ 50 tuổi) chiếm 45,7%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,28/1. Đa số các người bệnh thuộc phân độ ASA II (64,8%). Bệnh lý đi kèm thường gặp nhất là tăng huyết áp (17,1%).

Thời gian gây mê trung bình là 145 ± 57 phút. Thời gian phẫu thuật có trung vị và khoảng tứ phân vị (25-75) là 120 (80 – 170) phút.

Tất cả các trường hợp đều dùng thuốc dẫn cơ là rocuronium. Có 16 trường hợp có dùng suxamethonium trước khi dùng rocuronium. Đa số các trường hợp được lập lại thuốc dẫn cơ trong mổ (80%). Thời gian từ lúc tiêm liều cuối thuốc dẫn cơ đến lúc rút ống nội khí quản có trung vị và khoảng tứ phân vị 25 – 75 là 100 (80 – 122,5) phút. Các người bệnh được giải dẫn cơ với neostigmine và atropin chiếm tỷ lệ 56,2%, còn lại là không giải dẫn cơ. Thời gian từ lúc giải dẫn cơ đến lúc nhập phòng hồi tỉnh có trung vị và khoảng tứ phân vị (25-75) là 15 (5-25) phút.

Thời gian lưu tại phòng hồi tỉnh có trung vị và khoảng tứ phân vị (25-75) là 190 (150 – 375) phút, thời gian lớn nhất là 1130 phút và nhỏ nhất là 60 phút.

Bảng 1. Tỷ lệ tồn dư dẫn cơ

Thời điểm nghiên cứu	TOF < 0,9	
	Số người bệnh	Tỷ lệ %
Nhập hồi tỉnh	63	60
Rút ống NKQ	42	40
15 phút sau rút NKQ	27	25,7
30 phút sau rút NKQ	18	17,1
60 phút sau rút NKQ	7	6,7
90 phút sau rút NKQ	0	0
120 phút sau rút NKQ	0	0

Bảng 2. Mối liên quan giữa tiêu chuẩn hết dẫn cơ trên lâm sàng và tồn dư dẫn cơ tại thời điểm rút

Nhắc đầu hơn 5 giây	Tồn dư dẫn cơ khi rút NKQ			p
	Có	Không	Tổng số	
Có	25	41	66	>0,05
Không	17	22	39	
Tổng số	42	63	105	

Đánh giá hết dẫn cơ dựa vào tiêu chuẩn nhắc đầu lên khỏi giường hơn 5 giây có độ nhạy là 59,5%, độ đặc hiệu là 34,9%, giá trị dự báo dương tính là 37,8%, giá trị dự báo âm tính là 56,4%.

Bảng 3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến tồn dư dẫn cơ tại thời điểm người bệnh đến phòng hồi tỉnh

Các yếu tố nguy cơ	OR	95% CI	P
Tuổi	1,07	1,03 – 1,12	<0,01
Tổng liều rocuronium (mg)	1,1	1,03 – 1,19	<0,05
Thời gian tiêm liều cuối dẫn cơ (phút)	0,98	0,96 – 0,99	<0,01

IV. BÀN LUẬN

Với định nghĩa dẫn cơ tồn dư khi tỷ số TOF < 0,9, chúng tôi ghi nhận 63 trường hợp (60%) có dẫn cơ tồn dư tại thời điểm nhập phòng hồi tỉnh. Tỷ lệ tồn dư dẫn cơ có khuynh hướng giảm dần theo thời gian. Thời điểm rút ống nội khí quản tỷ lệ tồn dư dẫn cơ là 40%, 15 phút sau rút ống nội khí quản là 25,7%, giảm còn 17,1% sau 30 phút và 6,7% sau 60 phút rút ống nội khí quản, không có trường hợp tồn dư dẫn cơ nào sau thời điểm 90 phút sau khi rút ống nội khí quản. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Murphy⁽⁵⁾, Kumar⁽⁴⁾, và thấp hơn nghiên cứu của Đàm Trung Tín⁽²⁾.

Chúng tôi phân hai nhóm có và không có tồn dư dẫn cơ tại thời điểm rút ống nội khí quản để so sánh sự khác biệt về thời gian lưu tại phòng hồi tỉnh của hai nhóm này. Kết quả ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,37$). Nghiên cứu của Butterly A. lại cho thấy thời gian lưu tại phòng hồi tỉnh dài hơn đáng kể ở những người bệnh có tồn dư dẫn cơ so với những người bệnh có sự hồi phục hoàn toàn dẫn truyền thần kinh cơ ($p = 0,026$)⁽¹⁾. Trong nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện trường hợp

nào xảy ra biến cố hô hấp tại phòng hồi tỉnh. Các giá trị SpO₂, nhịp hô hấp không khác biệt có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm nghiên cứu. Khi phân tích hồi quy logistic đa biến cho kết quả có 3 yếu tố là nguy cơ độc lập của tồn dư dẫn cơ thời điểm người bệnh đến phòng hồi tỉnh là tuổi (OR = 1,07, 95% CI (1,03 – 1,12), p = 0,001), thời gian gây mê (OR = 1,1, 95% CI (1,03 – 1,19), p < 0,05) và tổng liều thuốc dẫn cơ (OR = 0,98, 95% CI (0,96 – 0,99), p = 0,001). Nghiên cứu năm 2019 của Huỳnh Thị Mai Phương trên nhóm đối tượng người cao tuổi cũng cho thấy các người bệnh lớn hơn 70 tuổi gia tăng nguy cơ tồn dư dẫn cơ so với người bệnh nhỏ hơn 70 tuổi⁽³⁾. Đánh giá hết dẫn cơ dựa vào tiêu chuẩn nhắc đầu lên khỏi giường hơn 5 giây có độ nhạy cao nhưng độ đặc hiệu và giá trị dự báo dương tính thấp (<50%), nghiệm pháp này bị ảnh hưởng bởi ý thức và sự phối hợp của người bệnh, nó kém chính xác hơn khi người bệnh chưa tỉnh mê hoàn toàn.

V. KẾT LUẬN

Dẫn cơ tồn dư là một nguyên nhân quan trọng gây suy hô hấp sau phẫu thuật. Việc phát hiện dẫn cơ tồn dư sau mổ là một yêu cầu cơ bản của giai đoạn thoát mê và hậu phẫu. Các dấu hiệu của sự phục hồi thần kinh cơ được

đánh giá trên lâm sàng có thể chưa loại bỏ hết dẫn cơ tồn dư, do đó cần được theo dõi bằng các thiết bị định lượng chính xác. Khuyến cáo giải dẫn cơ một cách thường quy sau mổ, đặc biệt trong phẫu thuật nội soi ổ bụng có bơm hơi và trên những người bệnh có các yếu tố nguy cơ tồn dư dẫn cơ sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Butterly A, et al (2010)**, "Postoperative residual curarization from intermediate-acting neuromuscular blocking agents delays recovery room discharge", Br J Anaesth, 105(3): 304–309.
2. **Đàm Trung Tín, Nguyễn Văn Chính (2016)**, "Tình hình dẫn cơ tồn lưu sau phẫu thuật", Y học thành phố Hồ Chí Minh, 20(1): 209 – 216.
3. **Huỳnh Thị Mai Phương, Nguyễn Thị Quý (2019)**, "Dẫn cơ tồn dư sau phẫu thuật trên người cao tuổi", Y học thành phố Hồ Chí Minh, 23(4): 145 – 151.
4. **Kumar GV, et al (2012)**, "Residual neuromuscular blockade affects postoperative pulmonary function", Anesthesiology, 117(6): 1234 – 44.
5. **Murphy GS, et al (2008)**, "Intraoperative acceleromyographic monitoring reduces the risk of residual neuromuscular blockade and adverse respiratory events in the postanesthesia care unit", Anesthesiology, 109:389-98.
6. **Naguib M, et al (2007)**, "Neuromuscular monitoring and postoperative residual curarization: a meta – analysis", British Journal of Anaesthesia, 98 (3): 302 – 316.

TÁC DỤNG CHỐNG VIÊM VÀ CẢI THIẾN HOẠT ĐỘNG BỆNH CỦA HOÀN CHỈ THỐNG TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Nguyễn Vinh Quốc¹, Phạm Xuân Phong¹, Trần Thị Mai²

TÓM TẮT³⁴

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng chống viêm và cải thiện mức độ hoạt động bệnh của Hoàn chỉ thống trong điều trị viêm khớp dạng thấp. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 60 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp tuổi từ 33-79, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Được

điều trị bằng Hoàn chỉ thống 8,5g/viên x 4 viên/ngày liên tục trong 28 ngày. **Kết quả:** số khớp sưng (giảm từ 7,53 xuống 1,17) và các chỉ số viêm khác (tốc độ máu lắng, CRP) đều giảm có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Cải thiện HAQ trung bình -1,35 ± 0,48 (điểm); cải thiện DAS28-CRP trung bình 2,70 ± 0,53, 100% bệnh nhân cải thiện theo tiêu chuẩn ACR 20. Kết luận: Hoàn chỉ thống có tác dụng chống viêm và cải thiện mức độ hoạt động bệnh trong điều trị viêm khớp dạng thấp.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, chống viêm, hoàn chỉ thống.

SUMMARY

THE ANTI-INFLAMMATORY EFFECT AND IMPROVE DISEASE ACTIVITY OF "HOAN

¹Viện Y học cổ truyền Quân đội

²Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vinh Quốc

Email: quocnguyenvinh@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

CHI THONG"ON TREATMENT FOR RHEUMATOID ARTHRITIS

Objectives: the purpose of the research is to evaluate the anti-inflammatory effects and improve disease activity level of Hoan chi thong in the treatment of rheumatoid arthritis. Subject and Method: 60 patients with rheumatoid arthritis aged 33-79, regardless of gender, occupation, volunteered for study. Treatment with Hoan chi thong 8.5g/tablet x 4 tablets per day continuously for 28 days. **Results:** the number of swollen joints (from 7.53 to 1.17) and others inflammation index (ESR, CRP) were significantly reduced with ($p < 0.001$). The average HAQ improvement was -1.35 ± 0.48 (points), DAS28-CRP improved was 2.70 ± 0.53 , 100% of patients improved on ACR 20 standards. Conclusion: Hoan chi thong has an anti-inflammatory effects and improve disease activity level in treating rheumatoid arthritis.

Keywords: Rheumatoid arthritis, anti-inflammatory, hoan chi thong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh lý xương khớp mang tính xã hội do sự phổ biến và chiếm tỷ lệ khá cao trong các bệnh xương khớp. Ở Việt Nam, tỷ lệ VKDT chiếm 0,5% dân số và 20% các bệnh về khớp [1]. Bệnh thường diễn biến kéo dài xen kẽ với các đợt cấp tính, hậu quả dẫn đến tàn phế, ảnh hưởng nhiều tới khả năng lao động, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống người bệnh [1].

Y học cổ truyền (YHCT) không có bệnh danh VKDT. Các triệu chứng mô tả trong bệnh VKDT thuộc phạm vi chứng tý, lịch tiết, hạc tất phong [2]. YHCT đã có những đề cập sâu sắc tới nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, các phương pháp điều trị VKDT, nhiều bài thuốc được ứng dụng trong thực tế điều trị và mang lại những kết quả khả quan [3], [4]...

"Hoàn chỉ thống" là thuốc YHCT được Viện YHCT Quân đội sản xuất theo đề tài khoa học công nghệ cấp Bộ Quốc phòng. Theo lý luận YHCT, "Hoàn chỉ thống" có tác dụng khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, thông kinh lạc, bổ khí huyết, ích can thận. Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy Hoàn chỉ thống có tác dụng chống viêm giảm đau trên thực nghiệm và giảm đau trên các bệnh nhân VKDT [5], [6]. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá tác dụng chống viêm và cải thiện mức độ hoạt động bệnh của Hoàn chỉ thống trên bệnh nhân VKDT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu

- Thuốc Hoàn chỉ thống (HCT) do Viện YHCT Quân đội sản xuất, thuốc được bào chế dạng viên hoàn mềm 8,5g/viên, gồm các vị thuốc: Dây gấm, Dây đau xương, Bạch chỉ, Ngưu tất, Quế chi, Kê huyết đằng. Thuốc đã được Viện kiểm nghiệm thuốc Trung ương/Bộ Y tế thẩm định đạt tiêu chuẩn cơ sở.

- Celebrex 200mg dạng viên nang của hãng Pfizer Pharmaceuticals. Liều dùng: 200 mg/lần x 2 lần/ngày sau ăn no (sử dụng khi có chỉ định can thiệp bằng thuốc kháng viêm giảm đau non-steroid).

2.2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng mở, có can thiệp, so sánh kết quả trước và sau điều trị. 60 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán VKDT theo tiêu chuẩn của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ và Liên đoàn chống Thấp khớp Châu Âu 2010 ACR/EULAR 2010, giai đoạn I - II theo tiêu chuẩn của Stein - broker [3]. Không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Điều trị nội trú tại Viện YHCT Quân đội từ tháng 06/2016 tới tháng 06/2017. Tuổi cao nhất mắc bệnh là 79, thấp nhất là 33 tuổi; tuổi trung bình $58,60 \pm 11,95$; nữ 81,7%, nam 18,3%. 66,7% đối tượng là lao động phổ thông, thời gian mắc bệnh trung bình là $7,95 \pm 6,09$ năm [6].

Không đưa vào nghiên cứu các BN có kèm các bệnh mạn tính về tim mạch, suy gan, suy thận, bệnh truyền nhiễm, bệnh của hệ thống tạo huyết, đái tháo đường, bệnh về thần kinh tâm thần, rối loạn cảm giác, ung thư, BN trong vòng 1 tháng gần đây có sử dụng các thuốc corticoid hoặc thuốc ức chế miễn dịch chậm.

Các BN nghiên cứu được điều trị bằng uống HCT ngày 04 viên, chia 2 lần, mỗi lần 02 viên, sau khi ăn sáng và ăn tối 1 giờ, liên tục trong 28 ngày. Trường hợp xuất hiện đau nhiều và đề nghị dùng thuốc giảm đau sẽ được dùng Celebrex 200mg.

2.3. Chỉ tiêu theo dõi và đánh giá

- Đánh giá tác dụng chống viêm: số khớp sưng, tốc độ máu lắng, Protein phản ứng C (CRP).

- Đánh giá tác dụng cải thiện mức độ hoạt động bệnh của HCT: cải thiện chức năng vận động theo HAQ, mức độ cải thiện bệnh theo ACR, mức độ cải thiện hoạt động bệnh theo chỉ số DAS28 - CRP [7].

Các chỉ tiêu theo dõi và đánh giá được thực hiện tại thời điểm trước và sau 28 ngày điều trị.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS IBM 22.0. Sử dụng các thuật toán tính tỷ lệ phần trăm, tính số trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh 2 giá trị trung bình dùng test t – student.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả đánh giá tác dụng chống viêm của Hoàn chỉ thống

- Số khớp sưng trước và sau điều trị:

Bảng 1. Cải thiện số khớp sưng sau điều trị

Chỉ số	Thời điểm (n=60; $\bar{X} \pm SD$)		p
	D ₀	D ₂₈	
Số khớp sưng	7,53 ± 4,21	1,17 ± 1,26	<0,001
Cải thiện số khớp sưng	6,36 ± 3,31		
Mức độ cải thiện (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
- Không giảm (<20%)	0	0	
- Giảm 20- 49%	0	0	
- Giảm 50- 69%	4	6,7	
- Giảm ≥70%	56	93,3	

Sau điều trị, số khớp sưng giảm có ý nghĩa thống kê (p<0,001), cải thiện số khớp sưng trung bình là 6,36 ± 3,31 khớp. 93,3% BN giảm ≥70% số khớp sưng.

- Tốc độ máu lắng trước và sau điều trị:

Bảng 2. Cải thiện tốc độ máu lắng sau điều trị

Chỉ số	Thời điểm (n=60; $\bar{X} \pm SD$)		p
	D ₀	D ₂₈	
Tốc độ máu lắng giờ đầu (mm)	47,85 ± 24,90	30,28 ± 13,07	<0,001
Cải thiện tốc độ máu lắng	-17,56 ± 14,24		
Mức độ cải thiện (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
- Không giảm (<20%)	13	21,7	
- Giảm 20- 49%	38	63,3	
- Giảm 50- 69%	9	15,0	
- Giảm ≥70%	0	0	

Tốc độ máu lắng giờ đầu sau điều trị giảm có ý nghĩa so với trước điều trị (p<0,001), cải thiện tốc độ máu lắng trung bình là -17,56 ± 14,24 mm. Trong đó, 78,3% số BN giảm ≥20%.

- Protein phản ứng C trước và sau điều trị:

Bảng 3. Cải thiện Protein phản ứng C sau điều trị

Chỉ số	Thời điểm (n=60; $\bar{X} \pm SD$)		p
	D ₀	D ₂₈	
Protein phản ứng C (mg/dl)	14,35 ± 10,19	9,56 ± 2,47	<0,001
Cải thiện protein phản ứng C	-4,79 ± 10,00		
Mức độ cải thiện (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
- Không giảm (<20%)	16	26,7	
- Giảm 20- 49%	43	71,7	
- Giảm 50- 69%	0	0	
- Giảm ≥70%	1	1,7	

Nồng độ CRP sau điều trị giảm có ý nghĩa so với trước điều trị (p<0,001), cải thiện CRP trung bình là -4,79 ± 10,00 mg/dl. 73,4% BN cải thiện CRP ở mức ≥20%.

3.2.4. Kết quả đánh giá cải thiện mức độ hoạt động bệnh của Hoàn chỉ thống

- Cải thiện chức năng vận động theo HAQ trước và sau điều trị:

Bảng 4. Cải thiện chức năng vận động theo HAQ sau điều trị

Chỉ số	Thời điểm (n=60; $\bar{X} \pm SD$)		p
	D ₀	D ₂₈	
Chức năng vận động (HAQ)	2,92 ± 0,74	1,57 ± 0,62	<0,001

Cải thiện chức năng vận động	$-1,35 \pm 0,48$	
Mức độ cải thiện	Số BN	Tỷ lệ (%)
- Không giảm (<20%)	0	0
- Giảm 20- 49%	20	33,3
- Giảm 50- 69%	40	66,7
- Giảm $\geq 70\%$	0	0

Điểm chức năng vận động theo HAQ sau điều trị giảm có ý nghĩa so với trước điều trị ($p < 0,001$), cải thiện HAQ trung bình là $-1,35 \pm 0,48$ điểm.

- Mức độ cải thiện bệnh theo ACR:

Bảng 5. Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện ACR sau điều trị

Mức độ cải thiện	Số BN	Tỷ lệ (%)
Không cải thiện	0	0
Cải thiện ACR20	60	100,0
Cải thiện ACR50	59	98,3
Cải thiện ACR70	13	21,7

Sau điều trị, tỷ lệ BN cải thiện theo tiêu chuẩn ACR lần lượt là: ACR 20 là 100,0%, ACR 50 là 98,3% và ACR 70 là 21,7%.

- Mức độ cải thiện hoạt động bệnh theo chỉ số DAS28-CRP:

Bảng 5. Mức độ cải thiện hoạt động bệnh theo DAS28-CRP

Chỉ số	Thời điểm (n=60; $\bar{X} \pm SD$)		p
	D ₀	D ₂₈	
DAS28-CRP	$5,79 \pm 0,73$	$3,08 \pm 0,68$	<0,001
Cải thiện DAS28- CRP	$2,70 \pm 0,53$		
Mức độ cải thiện DAS28-CRP	Số BN	Tỷ lệ (%)	
- Không (Hiệu số <0,6)	0	0	
- Trung bình ($1,2 > \text{Hiệu số} \geq 0,6$)	1	1,7	
- Tốt (Hiệu số $\geq 1,2$)	59	98,3	

Chỉ số DAS28-CRP sau điều trị giảm có ý nghĩa so với trước điều trị ($p < 0,001$), mức cải thiện DAS28-CRP trung bình $2,70 \pm 0,53$. 100% BN cải thiện hoạt động bệnh theo DAS28-CRP ở mức trung bình và tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về thuốc Hoàn chỉ thống

Theo lý luận YHCT, "Thông thì bất thống, bất thông tất thống". Thận chủ cốt, lưng là phủ của thận. Can chủ gân, đầu gối là nơi tụ hội của gân, can thận bất túc, khí huyết hư suy, gân cốt mất đi sự nuôi dưỡng dẫn tới đau, hạn chế vận động. Tà khí xâm nhập vào gân cốt nên đau mỏi các khớp, tê bì bứt rứt khó chịu. Pháp điều trị cần phải khứ phong thấp, chỉ thống tý, bổ ích can thận, bổ ích khí huyết, chính tà kiêm trị [2]. Thành phần thuốc Hoàn chỉ thống gồm các vị Vương tôn, Dây đau xương, Bạch chỉ, Ngưu tất, Quế chi, Kê huyết đằng. Đây là những vị thuốc YHCT có tác dụng hoạt huyết hóa ứ, giảm đau chống viêm thường được sử dụng trong điều trị các bệnh lý xương khớp: tinh dầu trong Quế chi có tác dụng chống co giật, giảm đau; Ngưu tất có tác dụng giảm đau với chuột đã bị gây đau theo phương pháp Koster; Bạch chỉ có tác

dụng kháng lại tình trạng ức chế trung khu thần kinh do nhiễm độc nọc rắn, tác dụng chống viêm, giảm đau trên thực nghiệm ...[8]. Cấu trúc được xây dựng của bài thuốc qua đánh giá phân tích có tác dụng khu phong, trừ thấp, hoạt huyết, thông kinh lạc, bổ khí huyết, ích can thận. Kết quả nghiên cứu cũng đã chứng minh HCT có tác dụng chống viêm giảm đau trên thực nghiệm và tác dụng giảm đau ở các BN VKDT [5], [6]. Do vậy chúng tôi thấy rằng việc lựa chọn HCT làm chất liệu nghiên cứu tác dụng chống viêm và cải thiện mức độ hoạt động bệnh trên BN VKDT là hoàn toàn có cơ sở khoa học và mang tính khả thi.

4.2. Kết quả chống viêm của Hoàn chỉ thống

- Cải thiện số khớp sưng:

Sưng khớp là phản ứng viêm tại màng hoạt dịch khớp, là kết quả của quá trình xuất tiết tạo dịch rỉ viêm cùng với các sản phẩm của rối loạn chuyển hóa trong quá trình viêm [1]. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau điều trị, số lượng khớp

sưng giảm có ý nghĩa thống kê, cải thiện số khớp sưng trung bình là $6,36 \pm 3,31$ (khớp). 100% BN giảm trên 20% số khớp sưng. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu về thuốc YHCT điều trị VKDT của một số tác giả khác: Nguyễn Thị Thanh Tú (2015) nghiên cứu tác dụng của viên nang cứng Hoàng Kinh nhận thấy số khớp sưng trung bình của nhóm nghiên cứu giảm có ý nghĩa thống kê sau 30 ngày điều trị, cải thiện trung bình là $1,17 \pm 1,36$ (khớp), tỷ lệ cải thiện trên 20% số khớp sưng là 58,33% [3]. Đinh Thị Lam (2017) sử dụng Cao xoa Bách xà kết hợp bài thuốc Quế chi thược dược trị mấu thang thấy mức cải thiện số khớp sưng của nhóm nghiên cứu là $5,55 \pm 2,28$ (khớp), tỷ lệ cải thiện trên 20% số khớp sưng là 88,89% [4].

- Cải thiện tốc độ máu lắng:

Tốc độ máu lắng rất có ý nghĩa để đánh giá mức độ hoạt động bệnh và theo dõi hiệu quả điều trị [1]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tốc độ máu lắng giờ đầu sau điều trị giảm có ý nghĩa so với trước điều trị, cải thiện tốc độ máu lắng trung bình là $-17,56 \pm 14,24$ (mm). Tương tự nghiên cứu của một số thuốc YHCT khác: Nguyễn Thị Thanh Tú [3] nghiên cứu tác dụng của viên nang cứng Hoàng Kinh thấy tốc độ máu lắng trung bình giờ đầu ở nhóm nghiên cứu trước điều trị là $37,38 \pm 18,09$ (mm) sau điều trị giảm xuống còn $27,22 \pm 16,99$ (mm), thay đổi có ý nghĩa thống kê. Cải thiện tốc độ máu lắng trung bình $-10,16 \pm 19,40$ (mm). Đinh Thị Lam [4] sử dụng Cao xoa Bách xà kết hợp bài thuốc Quế chi thược dược trị mấu thang nhận thấy tốc độ máu lắng trung bình giờ đầu trước điều trị là $42,39 \pm 13,79$ (mm) sau điều trị giảm còn $35,83 \pm 16,02$ (mm), cải thiện tốc độ máu lắng trung bình $-6,56 \pm 16,13$ (mm).

- Protein phản ứng C (CRP):

CRP là chỉ số quan trọng để đánh giá mức độ viêm và tiên lượng điều trị, BN cần phải được tiếp tục điều trị khi các triệu chứng lâm sàng giảm đi nhưng CRP vẫn tăng [1]. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau điều trị bằng HCT, nồng độ CRP giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), cải thiện CRP trung bình là $-4,79 \pm 10,00$ mg/dl. Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tú về tác dụng của viên nang cứng Hoàng Kinh: sau điều trị CRP của BN nhóm nghiên cứu cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$), cải thiện CRP trung bình là $-0,45 \pm 1,26$ (mg/dl) [3]. Đinh Thị Lam sử dụng Cao xoa

Bách xà kết hợp bài thuốc Quế chi thược dược trị mấu thang thấy CRP trước điều trị là $10,46 \pm 22,41$, sau điều trị giảm còn $4,03 \pm 5,37$ (mg/dl), khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cải thiện CRP trung bình $-6,42 \pm 20,83$ (mg/dl) [4].

Như vậy, nghiên cứu cho thấy HCT có tác dụng cải thiện các triệu chứng viêm trên lâm sàng và cận lâm sàng. Tác dụng này cũng hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu trên thực nghiệm: HCT có tác dụng chống viêm cấp trên mô hình gây phù chân chuột cống trắng bằng carrageenin, làm giảm số lượng bạch cầu trong dịch rỉ viêm và tác dụng chống viêm mạn tính trên mô hình gây u hạt thực nghiệm ở chuột nhắt trắng [5].

4.3. Kết quả cải thiện mức độ hoạt động bệnh của Hoàn chỉ thống

- *Cải thiện chức năng vận động đánh giá theo bộ câu hỏi HAQ*: HAQ là bộ câu hỏi đánh giá chức năng vận động đầu tiên và trở thành một công cụ hữu ích trong rất nhiều lĩnh vực bệnh tật khác nhau nhất là các bệnh về xương khớp trong đó có VKDT [7]. Đây là chỉ số đánh giá mức độ tổn thương khớp làm ảnh hưởng đến các hoạt động thường ngày của BN, có độ nhạy cao do có tương quan chặt chẽ giữa các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Mức độ cải thiện chức năng vận động HAQ phụ thuộc vào mức độ giảm đau và giảm sưng trên lâm sàng. Khi mức độ đau, sưng cải thiện càng nhiều thì mức độ cải thiện chức năng vận động HAQ càng rõ [7]. Kết quả nghiên cứu cho thấy trước điều trị, điểm HAQ của BN là $2,92 \pm 0,74$ (điểm). Sau điều trị, điểm chức năng vận động giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), cải thiện HAQ trung bình là $-1,35 \pm 0,48$ điểm trong đó 100% số BN cải thiện trên 20%. Mức độ cải thiện chức năng vận động trong nghiên cứu này tương đương với kết quả của Nguyễn Thị Thanh Tú (cải thiện HAQ trung bình ở nhóm nghiên cứu là $-1,15 \pm 0,58$ điểm, 97,22% BN cải thiện trên 20%) và Đinh Thị Lam (cải thiện HAQ trung bình ở nhóm nghiên cứu là $-0,79 \pm 0,29$ điểm, 86,11% BN cải thiện trên 20%) [3], [4]. Như vậy, kết quả đánh giá mức độ cải thiện chỉ số HAQ trong nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với kết quả nghiên cứu tác dụng chống viêm giảm đau trên thực nghiệm của HCT [5].

- *Cải thiện bệnh theo tiêu chuẩn ACR*: Các nghiên cứu thử nghiệm thuốc trên BN VKDT thường sử dụng tiêu chuẩn ACR với 3 mức độ để

đánh giá (ACR20, ACR50, ACR70). Tức là cải thiện $\geq 20\%$; $\geq 50\%$; $\geq 70\%$ của 5 trong 7 tiêu chuẩn (số khớp sưng, số khớp đau, HAQ, VAS1, VAS2, VAS3, tốc độ máu lắng) [7]. Do VKDT là một bệnh tự miễn, mạn tính, dễ tái phát, điều trị khó khăn nên trong các thử nghiệm lâm sàng thì mức cải thiện 20% là ngưỡng thường được sử dụng để đánh giá xem BN có đáp ứng với thuốc hay một phương pháp điều trị, có lợi ích cải thiện bệnh hay không và có bao nhiêu BN được cải thiện. Chúng tôi đã tổng hợp các kết quả cải thiện trên 20% của các chỉ tiêu đánh giá nhận thấy tất cả các đối tượng trong nghiên cứu đều đáp ứng với điều trị. Kết quả này tương đương với nghiên cứu điều trị VKDT bằng Viên nang Hoàng Kinh của Nguyễn Thị Thanh Tú và Cao xoa Bách xà kết hợp bài thuốc Quế chi thược dược tri mẫu thang của Đinh Thị Lam [3], [4].

- *Cải thiện hoạt động bệnh theo chỉ số DAS28-CRP*: DAS28 là một chỉ số gồm nhiều biến số dùng đánh giá mức độ hoạt động của bệnh. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng DAS28-CRP, đây là công thức được Hội thấp khớp học Châu Âu khuyến cáo sử dụng. Mức độ cải thiện DAS28-CRP phụ thuộc vào mức độ cải thiện số khớp sưng, số khớp đau, nồng độ CRP và VAS1 [7]. Kết quả nghiên cứu cho thấy trước điều trị DAS28-CRP là $5,79 \pm 0,73$. Sau điều trị, chỉ số này giảm có ý nghĩa thống kê, cải thiện DAS28-CRP trung bình $2,70 \pm 0,53$. Trong đó 100% BN cải thiện hoạt động bệnh theo DAS28-CRP ở mức độ trung bình và tốt. Sự biến đổi DAS28-CRP trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Đinh Thị Lam [4] sử dụng Cao xoa Bách xà kết hợp bài thuốc Quế chi thược dược tri mẫu thang, chỉ số DAS28-CRP trước điều trị ở nhóm nghiên cứu là $4,79 \pm 0,34$, sau điều trị là $2,76 \pm 0,63$, thay đổi có ý nghĩa thống kê, mức độ giảm là $2,03 \pm 0,63$, tương đương với mức độ bệnh cải thiện tốt theo tiêu chuẩn EULAR, tỷ lệ BN cải thiện tốt ở nhóm nghiên cứu là 88,89%.

Như vậy, từ các kết quả thu được trong nghiên cứu, có thể bước đầu nhận định HCT có tác dụng chống viêm, cải thiện hoạt động bệnh trên các BN VKDT giai đoạn I và giai đoạn II. Farzaei M. H. và cộng sự (2016) cho rằng các thuốc YHCT có hiệu quả điều trị VKDT thông qua một số cơ chế như điều biến cytokine tiền viêm như TNF- α , IL-6 và NF- κ B, ức chế stress oxy hóa, ức chế sự thoái hóa sụn với phá hủy metalloproteinase và tăng cường hiệu suất

chống oxy hoá. Những thành phần hóa học có trong các vị thuốc YHCT có hoạt tính sinh học theo cơ chế này bao gồm các flavonol, lignan, coumarins, terpenes, glycosyl flavon, dihydroflavonols, phytoestrogens, sesquiterpene lactones, anthraquinones, alkaloids và thymoquinones [theo 4]. Các vị thuốc trong thành phần HCT có chứa các flavonoid, thành phần này có tác dụng chống oxy hóa, làm giảm gốc tự do, làm giảm sự oxy hóa lớp phospholipid màng tế bào và giảm giải phóng một số chất trung gian hóa học, do đó có tác dụng chống viêm, giảm đau và cải thiện hoạt động bệnh [5], [8].

V. KẾT LUẬN

Thuốc Hoàn chỉ thống có tác dụng chống viêm và cải thiện mức độ hoạt động bệnh trên bệnh nhân Viêm khớp dạng thấp: số khớp sưng trung bình, tốc độ máu lắng trung bình giờ đầu và CRP giảm có ý nghĩa so với trước điều trị. Cải thiện chức năng vận động theo thang điểm HAQ, cải thiện bệnh theo DAS28-CRP sau điều trị khác biệt có ý nghĩa so với trước điều trị. Tất cả các đối tượng trong nghiên cứu đều đáp ứng với điều trị thông qua đánh giá hiệu quả cải thiện bệnh theo ACR 20.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân (2002)**. Viêm khớp dạng thấp. Bệnh Thấp khớp, NXB Y học, Hà Nội, 83-99.
2. **Viện Y học cổ truyền Quân đội (2013)**. Bệnh tật. Một số chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền, NXB Quân đội nhân dân, Hà Nội, 240-273.
3. **Nguyễn Thị Thanh Tú (2015)**. Nghiên cứu tính an toàn và tác dụng của viên nang cứng Hoàng Kinh trong điều trị viêm khớp dạng thấp, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 75-92.
4. **Đinh Thị Lam (2017)**. Nghiên cứu tính an toàn, tác dụng chống viêm, giảm đau của cao xoa Bách xà trên thực nghiệm và lâm sàng bệnh viêm khớp dạng thấp, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 88-101.
5. **Nguyễn Vinh Quốc, Trần Công Trường (2018)**. Đánh giá tác dụng chống viêm giảm đau của thuốc Hoàn chỉ thống trên thực nghiệm. Tạp chí Y học Việt nam, 1 (9), 48-53.
6. **Trần Thị Mai, Nguyễn Vinh Quốc (2019)**. Tác dụng giảm đau của thuốc Hoàn chỉ thống trong điều trị viêm khớp dạng thấp. Tạp chí Y dược học cổ truyền Quân sự, 1 (9), 56-64.
7. **Jonathan Kay, Katherine S. Upchurch (2012)**. ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. Rheumatology, 51, vi5-vi9.

8. 周慎, 何清湖 (2004). 止痛本草, 中医古籍出版社, 北京. Châu Thận, Hà Thanh Hồ (2004). Bản thảo chỉ thống, NXB Y học cổ truyền, Bắc Kinh.

HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở NHÂN VIÊN Y TẾ TRƯỚC VÀ SAU KHI CAN THIỆP

Châu Hữu Hầu*, Hia Kim Khuê*, Đỗ Thị Quốc Trinh*

TÓM TẮT³⁵

Công trình nghiên cứu này đặt mục tiêu xác định tỷ lệ hiện mắc hội chứng chuyển hóa (HCCH) ở nhân viên y tế (NVYT) của bệnh viện Nhật Tân (tỉnh An Giang) và áp dụng các biện pháp can thiệp có tính khả thi nhằm giảm tỷ lệ hiện mắc. Đối tượng nghiên cứu là toàn bộ nhân viên của bệnh viện được khám sức khỏe 2 lần vào tháng 7/2018 và tháng 7/2019. Phương pháp sử dụng là nghiên cứu can thiệp, tiến cứu. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ hiện mắc HCCH ở nhân viên bệnh viện Nhật Tân ban đầu là 18,8%, giảm xuống còn 15,9% ($p < 0,001$; $n = 245$) sau 6 tháng can thiệp bằng nhiều biện pháp tự nguyện thay đổi chế độ ăn uống và tăng cường vận động... Trong đó, tỷ lệ nhóm đối tượng có BMI thấp cân giảm từ 8,6% xuống còn 5,3%; nhóm có BMI trung bình từ 47,8% tăng lên 50,6%, nhóm BMI quá cân tăng từ 21,2% lên 24,9% và nhóm BMI béo phì từ 22,4% xuống còn 19,2%. Khuyến nghị có từ nghiên cứu là cần áp dụng các biện pháp can thiệp có tính khả thi để làm giảm tỷ lệ hiện mắc HCCH ở NVYT, qua đó giảm nguy cơ bệnh cho chính NVYT và tạo được hình ảnh cơ thể có tính thuyết phục hơn khi đứng trước người bệnh.

Từ khóa: Hội chứng chuyển hóa (HCCH), nhân viên y tế (NVYT), CAP (thông số giảm âm có kiểm soát), bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD)

SUMMARY

METABOLIC SYNDROME (MS) IN HEALTHCARE WORKERS (HCWS) BEFORE AND AFTER THE INTERVENTION

This study aims to determine the prevalence of MS in HCWs at Nhat Tan Hospital (An Giang Province) and apply feasible intervention to reduce the prevalence. The study subjects were all hospital staff who were examined twice in July 2018 and July 2019. The used

method is prospective study with interventions. Results: The prevalence of MS in Nhat Tan hospital staff was initially 18.8%, reduced to 15.9% ($p < 0.001$; $n = 245$) after 6 months of intervention by many measures voluntarily change diet and increase movement ... In particular, the proportion of subjects with low BMI decreased from 8.6% to 5.3%; the average BMI group increased from 47.8% to 50.6%, the overweight BMI group increased from 21.2% to 24.9% and the obese BMI group from 22.4% to 19.2%. The recommendations from the study are that feasible interventions should be implemented to reduce the prevalence of MS in HCWs, thereby reducing the risk of disease for health workers themselves and creating a healthy body appearance more convincing when standing in front of the patient.

Keywords: Metabolic Syndrome (MS), HealthCare Workers (HCWs), Controlled attenuation parameter (CAP), Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa (Metabolic syndrome - MS) ngày càng gia tăng trong cộng đồng dân cư trên toàn thế giới. Các nghiên cứu ở Hoa Kỳ đã ước tính tỷ lệ hiện mắc của HCCH vào khoảng 34,7% dân số trưởng thành vào năm 2011-2012 so với năm 2003-2004 là 32,9% và tỷ lệ lưu hành tăng theo tuổi [1]. Tỷ lệ mắc HCCH trong một cộng đồng thường tương đương với tỷ lệ béo phì và tỷ lệ mắc bệnh tiểu đường týp 2. Theo Trần Quang Bình và cs, tỷ lệ hiện mắc HCCH tại thành phố Hồ Chí Minh là 12% ở người ≥ 20 tuổi vào năm 2001, và 8,2% dân số ≥ 15 tuổi vào năm 2003 ở Khánh Hòa [2]. Trong khi đó tỷ lệ hiện mắc HCCH ở Trung Quốc năm 2017 vào khoảng 15,5% dân số [3].

Yeh và cs nghiên cứu tại Đài Loan, nhận thấy các NVYT dường như luôn phơi nhiễm với nhiều tác động xấu đến sức khỏe, do khối lượng công việc nặng, căng thẳng, thời gian làm việc dài và làm việc theo ca nên nguy cơ mắc HCCH cao hơn

*Bệnh viện Đa khoa Nhật Tân, An Giang

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

cộng đồng chung. Tỷ lệ hiện mắc HCCH chung trong nghiên cứu của Yeh và cs là 12,0%. Bác sĩ có tỷ lệ hiện mắc HCCH cao nhất với 2 bệnh phổ biến là béo phì và đái tháo đường [3]. Tại Iran, nghiên cứu của Niazi và cs cho thấy tần suất của HCCH là 22,4%; tuổi cao, làm việc theo ca và ít hoạt động thể lực có liên quan đến tần số mắc HCCH. Các tác giả đề nghị điều chỉnh các yếu tố nghề nghiệp và tâm lý xã hội liên quan đến HCCH cho các NVYT [4]

Tại Việt Nam, NVYT cũng có nhiều nguy cơ dẫn đến HCCH do khối lượng công việc lớn, chế độ trực gác, việc giao tiếp với bệnh nhân và thân nhân người bệnh, hay ở trong tình trạng căng thẳng với bệnh tật và với bệnh nhân. Hơn nữa, NVYT luôn cần phải xuất hiện trước người bệnh với hình thức, vóc dáng dễ thuyết phục nhất. Nếu như chính họ lại mắc phải HCCH với tình trạng béo phì hay quá ốm gầy thì làm sao hướng dẫn cho người bệnh và người nhà cách phòng chống bệnh tật.

Hiện chưa có công trình nghiên cứu thử nghiệm can thiệp phòng, chống HCCH trên NVYT tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: 1) Mô tả tỷ lệ hiện mắc HCCH ở NVYT của bệnh viện Nhật Tân, năm 2018; 2) Đánh giá kết quả biện pháp can thiệp có tính khả thi và do NVYT tự nguyện thực hiện nhằm giảm thiểu các nguy cơ dẫn đến HCCH.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Là NVYT của bệnh viện Nhật Tân thuộc thành phố Châu Đốc, tỉnh An Giang. Đối tượng loại trừ gồm NVYT của bệnh viện đang nghỉ việc, đang mang thai hoặc nghỉ sau sinh, đi học, người không có mặt đủ 2 lần khám sức khỏe định kỳ của Bệnh viện.

2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu.

3. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Số NVYT của bệnh viện Nhật Tân được đưa vào nghiên cứu là 245 người, có tuổi đời từ 21 tới 72 tuổi, tuổi trung bình $33,8 \pm 10,2$; nam: 96 người và nữ: 149 người. Chọn mẫu: Đưa vào danh sách nghiên cứu toàn bộ NVYT đáp ứng đúng yêu cầu tuyển chọn và có mặt vào 2 đợt khám sức khỏe định kỳ của Bệnh viện vào tháng 7/2018 (khám trước can thiệp) và tháng 7/2019 (khám sau can thiệp).

4. Chỉ số nghiên cứu và cách thu thập số liệu: Nghiên cứu sử dụng kết quả khám sức khỏe định kỳ cho NVYT của Bệnh viện, các chỉ số

huyết áp, cân nặng, chiều cao, vòng eo, ngoài ra có các xét nghiệm cần cho nghiên cứu: Sinh hóa (glucose, HDL-C, triglyceride), fibroscan để xác định mức nhiễm mỡ gan với thông số giảm âm có kiểm soát (CAP). Chỉ số BMI áp dụng theo tiêu chí TCYTTG (WHO) cho khu vực châu Á-Thái Bình Dương. Thể hiện mối tương quan của ROC với các yếu tố nguy cơ.

a. Tiêu chí xác định HCCH: Chúng tôi dùng tiêu chí của IDF (International Diabetes Federation) cập nhật năm 2006 được ưa dùng nhất hiện nay [6]

Béo phì trung tâm với vòng eo ở nam ≥ 90 cm và nữ ≥ 80 cm;

Cộng với bất kỳ 2 trong số các yếu tố sau đây:

- Triglyceride ≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/l) hoặc điều trị tăng triglyceride;
- HDL-C nam < 40 mg/dl (1,03 mmol/l); HDL-C nữ < 50 mg/dl (1,29 mmol/l) hoặc có điều trị;
- Huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg, huyết áp tâm trương ≥ 85 hoặc đang điều trị tăng HA;
- FPG ≥ 100 mg/dL (5,6 mmol/l) hoặc đái tháo đường typ 2 đã được chẩn đoán; có thể dùng thử nghiệm dung nạp glucose ở bệnh nhân bị FPG tăng, nhưng không bắt buộc.

b. Dùng fibroscan đo gan nhiễm mỡ với thông số giảm âm (CAP) đơn vị decibel/m.

5. Biện pháp can thiệp: Tiến hành từ tháng 2/2019 đến hết tháng 8/2019 (6 tháng), sử dụng Khuyến cáo tất cả NVYT tự nguyện bảo vệ và tăng cường sức khỏe bằng nhiều biện pháp tự chọn thích hợp, khả thi. Bệnh viện tổ chức các biện pháp hỗ trợ cho nhân viên và đánh giá kết quả cuối kỳ can thiệp.

- Đối với người có BMI thấp: Dùng các thức ăn có chỉ số glucose (glucose index - GI) cao. Ngược lại những người có BMI cao dùng thức ăn có GI thấp.

- Khuyến khích các thức ăn có lợi, hạn chế các thức ăn có hại cho sức khỏe (theo Khuyến cáo của Viện Dinh dưỡng Quốc gia) và hạn chế thuốc lá, rượu bia...

- Chúng ngừa các bệnh các bệnh thường gặp do bệnh viện tổ chức miễn phí.

- Tăng cường thể dục thể thao: Tập võ, tập gym, tự tập luyện theo sở thích của mình như: nhảy dây, đi bộ, hạn chế dùng thang máy...

6. Xử lý thống kê: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20. Dùng one-way ANOVA để so sánh các giá trị trung bình. Dùng biểu đồ ROC để tìm hiểu các yếu tố

nguy cơ lên HCCH trước và sau khi can thiệp. Số liệu có ý nghĩa khi $p < 0.05$.

7. Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được hỏi ý kiến đồng thuận trước khi

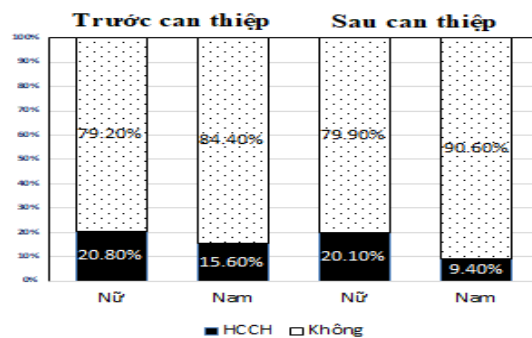
được đưa vào danh sách nghiên cứu. Các công bố kết quả bảo vệ bí mật cá nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ mắc HCCH chung và theo giới tính trước và sau khi can thiệp

Giới	Tổng số	HCCH trước CT, $p=0,311$		HCCH sau CT, $p=0,025$		crosstables: χ^2	p
		Không	HCCH	Không	HCCH		
Nữ	149 (100%)	118 (79,2%)	31 (20,8%)	119 (79,9%)	30 (20,1)	55.61	<0,001
Nam	96 (100%)	81 (84,4%)	15 (15,6%)	87 (90,6%)	9 (9,4%)		
Cộng	245 (100%)	199 (81,2%)	46 (18,8%)	206 (84,1%)	39 (15,9%)		

Nhận xét: Trước khi can thiệp số nhân viên mắc HCCH là 46/245 (18,8%), trong đó nữ mắc 20,8% cao hơn nam 15,6%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p=0.311$. Sau khi can thiệp, tỷ lệ hiện mắc HCCH chung giảm còn 15,9%, trong đó nữ 20,1% và nam 9,4%. Như vậy tỷ lệ hiện mắc chung cả hai giới đã giảm gần 3% (từ 18,8% còn 15,9%), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nếu dùng crosstables để so sánh tỷ lệ mắc HCCH chung trước và sau can thiệp có $\chi^2=55.61$ và $p < 0,001$.



Hình 1. Tỷ lệ mắc HCCH trước và sau can thiệp (n=245)

Bảng 2. Chỉ số BMI trước và sau khi can thiệp (n=245)

BMI	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Mức chênh lệch BMI
Thấp cân (<18.5 kg/m ²)	21 (8.6%)	13 (5.3%)	+8
Bình thường (18,5-22,9 kg/m ²)	117 (47.8%)	124 (50.6%)	-7
Quá cân (23-24,9 kg/m ²)	52 (21,2%)	61 (24.9%)	-9
Béo phì (≥25 kg/m ²)	55 (22.4%)	47 (19.2%)	+8

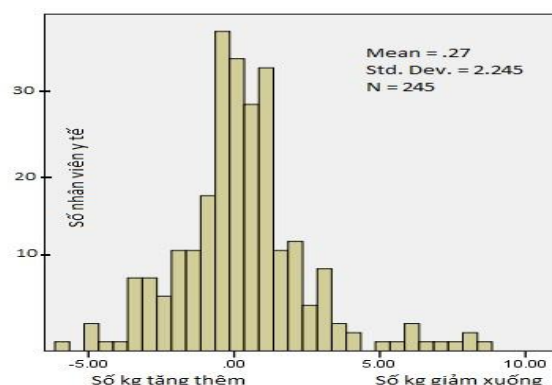
Nhận xét: Nhóm nhân viên thấp cân giảm từ 8.6% xuống 5.3% (mức chênh lệch BMI: +8). Các nhân viên có BMI bình thường đã tăng từ 47,8% lên 50,6% (mức chênh lệch: -7). Nhóm các nhân viên quá cân lại có xu hướng tăng từ 21,2% lên 24,9% (mức chênh lệch: -9). Các nhân viên béo phì giảm từ 22.4% xuống còn 19,2% (mức chênh lệch: +8).

Bảng 3. Biến động BMI cụ thể ở từng nhóm trước-sau khi can thiệp

BMI ban đầu (số người và tỷ lệ)		BMI sau 6 (số người và tỷ lệ)			
		Thấp cân	Bình thường	Quá cân	Béo phì
Thấp cân (<18.5 kg/m ²)	21 (8,6%)	13	8	0	0
Bình thường (18,5-22,9 kg/m ²)	117 (47,8%)	0	107	10	0
Quá cân (23-24,9 kg/m ²)	52 (21,2%)	0	9	36	7
Béo phì (≥25 kg/m ²)	55 (22,4%)	0	0	15	40
Cộng	245 (100%)	13(5.3%)	124 (50.6%)	61 (24.9%)	47 (19.2%)

Nhận xét: Trong số 21 nhân viên thấp cân ban đầu chỉ còn lại 13 người còn thấp cân, 8 người còn lại chuyển qua BMI bình thường. Trong khi đó 117 người có BMI bình thường ban đầu còn lại

107 người sau khi can thiệp và 10 người vào nhóm BMI quá cân. Trong 55 người béo phì ban đầu thì có 15 người về quá cân, chỉ còn lại 40 người còn BMI béo phì.



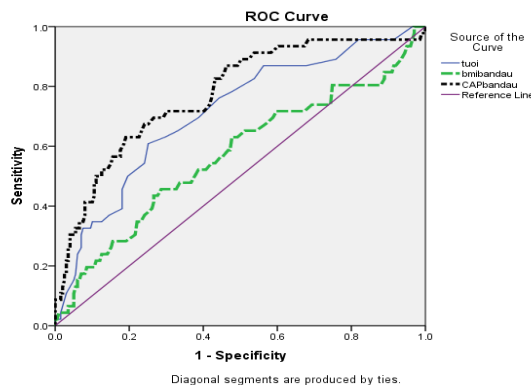
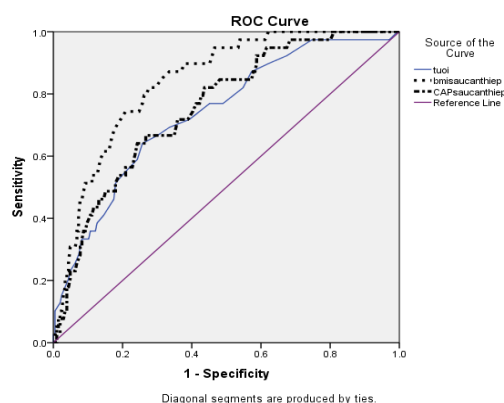
Hình 2. Biến đổi thể trọng sau khi can thiệp (n=245)

Nhận xét: Phân tích biến đổi tăng giảm trọng lượng cơ thể (kg) của đối tượng NVYT có kết quả phân bố theo Hình 2. Nếu xem chênh lệch trọng lượng $\pm 0,5$ kg là bình thường, thì có 75 (30,6%) người không thay đổi cân nặng. Số có thay đổi theo xu hướng giảm cân là 72 (29,4%); trong khi đó số người thay đổi theo chiều hướng tăng cân là 98 (40%). Cá biệt có đối tượng giảm 8,7 kg trong khi có người tăng cao nhất là 5,9 kg.

Chỉ số trước CT	AUC %	Độ nhạy %	Đặc hiệu %	p-value
Tuổi	73,8	74,3	64,1	0,000
BMI 1	60,0	53,8	66,0	0.049
CAP 1	76,4	97,4	45,1	0.000

Chỉ số sau CT	AUC %	Độ nhạy %	Đặc hiệu %	p-value
Tuổi	71,2	60,9	74,9	0.000
BMI 2	50,5	76,1	74,4	0.000
CAP 2	47,6	71,7	75,9	0.000

Bảng 4. Biểu đồ ROC thể hiện các yếu tố nguy cơ: tuổi, BMI, CAP (NAFLD) với HCCH trước và sau can thiệp (CT)



Hình 3. Biểu đồ ROC thể hiện tương quan của HCCH và các yếu tố nguy cơ

Nhận xét: Nghiên cứu HCCH với các yếu tố nguy cơ như tuổi, BMI và CAP lần 1 (trước can thiệp) và lần 2 (sau can thiệp) thì thấy HCCH chịu tác động của 3 yếu tố này khá cao.

IV. BÀN LUẬN

Nhật Tân là một bệnh viện ngoài công lập nằm tại thành phố Châu Đốc tỉnh An Giang. Bệnh viện được cấp phép hoạt động kể từ ngày 08/3/2004. Hai năm gần đây số NVYT thường xuyên của bệnh viện trên 300 người, phục vụ việc chăm sóc sức khỏe và khám chữa bệnh cho bà con trong và ngoài tỉnh. Sau những nghiên cứu về thực trạng mắc HCCH trong NVYT vào năm 2017-2018, chúng tôi tiến hành nghiên cứu

can thiệp phòng ngừa mắc bệnh tiếp theo. Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ hiện mắc HCCH chung ở nhân viên y tế bệnh viện Nhật Tân vào thời điểm tháng 7/2018 (trước khi can thiệp) là 18,8%, trong đó nữ mắc HCCH có phần cao hơn với 20,8% so với nam chỉ có 15,6%, nhưng khác biệt giữa 2 giới không có ý nghĩa thống kê với $p=0,311$. Tác giả Trần Quang Bình và cs nghiên cứu trên người trung niên ở vùng đồng bằng sông Hồng vào năm 2014 cho biết tỷ lệ hiện mắc

HCCH là 16,3% [2]. Khi phân tích theo từng nhóm NVYT như bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên hành chánh thì không thấy khác biệt có ý nghĩa. Yeh và cs [3] nghiên cứu tại một trung tâm y tế ở phía bắc Đài Loan về tỷ lệ hiện mắc HCCH chung là 12%; nhưng bác sĩ có tỷ lệ mắc HCCH cao nhất (18,3%) và thấy béo phì và đường huyết cao là những bất thường phổ biến, lần lượt là 29,3% và 10,5%; NVBV nói chung có tỷ lệ mắc HCCH trung bình trong khi các bác sĩ và nhân viên hành chánh có tỷ lệ mắc cao hơn so với các nhóm nhân viên khác. Hiện nay HCCH có xu hướng tăng nhanh, nhất là ở các nước Nam Mỹ, Flores và cs [5] nghiên cứu ở NVYT Mexico năm 2010 cho thấy khoảng 68% nam giới và 74% phụ nữ ở Mexico bị thừa cân hoặc béo phì, và những con số này được dự đoán sẽ tăng lên 88% và 91%, tương ứng vào năm 2050. Tỷ lệ mắc HCCH được ước tính lên tới 40 % trong số những người trưởng thành ở Mexico.

Kết quả sau khi can thiệp trong thời gian liên tục 6 tháng bằng nhiều biện pháp khả thi cho cá nhân và tập thể, tỷ lệ hiện mắc HCCH chung cho toàn bộ 245 đối tượng NVYT đã giảm từ 18,8% xuống còn 15,9%, sự khác biệt rất rõ với $p < 0,01$. Trong khi tỷ lệ nhân viên nữ thay đổi không nhiều (từ 20,8% còn 20,1%, $p > 0,05$) thì đối tượng nam giới giảm mắc HCCH rõ rệt hơn (từ 15,6% còn 9,4%, $p < 0,001$). Sau khi can thiệp, nhóm các nhân viên thấp cân ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$) giảm từ 9% xuống còn 5,3% cho thấy biện pháp can thiệp của chúng tôi không chỉ khuyến khích người có BMI cao giảm cân mà còn khuyến khích nhân viên thấp cân (người ốm/gầy) cải thiện được thể trọng của mình. Các nhân viên có BMI có mức bình thường ($18,5\text{-}22,9 \text{ kg/m}^2$) đã tăng từ 47,8% lên 50,6%. Nhưng các nhân viên quá cân (BMI từ $23\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$) cũng tăng từ 21,2% lên 24,9%, trong khi các nhân viên béo phì ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) giảm từ 22,4% xuống còn 19,2%. Điều này cho thấy số nhân viên quá cân và béo phì còn cần một quá trình can thiệp lâu dài để cải thiện, dù rằng có một số người đã giảm cân khá ấn tượng (lên tới 8,7 kg/trong 6 tháng).

Trên biểu đồ ROC chúng tôi nhận thấy các yếu tố như tuổi đời, BMI và CAP (BGNMKDR) đối với HCCH trước và sau khi can thiệp, chúng tôi đều thấy các yếu tố này đều có ý nghĩa thống kê (bảng 4). BGNMKDR ngày càng được nói đến nhiều về vai trò của nó trong HCCH và nhiều nghiên cứu còn cho rằng BGNMKDR là một thành

phần không thể thiếu của HCCH, nhất là khi HCCH có xu hướng mắc tăng cao hơn.

Về vấn đề can thiệp thể lực giúp giảm tỷ lệ hiện mắc HCCH, Satoh và cs [7] ở Nhật Bản cho rằng cần có vai trò quan trọng của các nhà vật lý trị liệu trong việc cung cấp hướng dẫn để ngăn ngừa HCCH. Một trong các biện pháp can thiệp là cho người lao động, công nhân tập thể dục tại nơi làm việc nhằm ngăn ngừa hoặc cải thiện nhiều loại chỉ số về hình thể và xét nghiệm sinh hóa của hội chứng này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu can thiệp trong vòng 6 tháng ở các nhân viên y tế bệnh viện Nhật Tân bằng nhiều biện pháp mang tính khả thi như dùng thức ăn theo chỉ số glucose, hạn chế các thức ăn uống có hại, chủng ngừa các bệnh thường gặp, tăng cường hoạt động thể lực đã góp phần giảm tỷ lệ hiện mắc hội chứng chuyển hóa của đối tượng từ 18,8% trước khi can thiệp xuống còn 15,9% sau khi can thiệp ($p < 0,001$). Sự thay đổi theo chiều hướng tích cực các chỉ số BMI và CAP (BGNMKDR) không chỉ ở đối tượng thừa cân, béo phì mà còn thấy với nhóm đối tượng có thể trọng bình thường và thấp cân. Kết quả nghiên cứu cho thấy khả năng dự phòng nguy cơ của hội chứng chuyển hóa bằng những biện pháp chủ động và khả thi do chính các nhân viên y tế bệnh viện thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aguilar M, Bhuket T, Torres S, Liu B, Wong RJ. Prevalence of the Metabolic Syndrome in the United States, 2003-2012. JAMA. 2015;313(19):1973-1974.
2. Tran Quang Binh, Pham Tran Phuong, Bui Thi Nhung, Do Dinh Tung. Metabolic syndrome among a middle-aged population in the Red River Delta region of Vietnam. BMC Endocr Disord. 2014; 14: 77
3. Yeh WC, Chuang HH, Lu MC, Tzeng IS, Chen JY. Prevalence of metabolic syndrome among employees of a taiwanese hospital varies according to profession. Medicine (Baltimore). 2018 Aug; 97(31): e11664.
4. Niazi E, Saraei M, Aminian O, Izadi N. Frequency of metabolic syndrome and its associated factors in health care workers. Diabetes Metab Syndr. 2019 Jan - Feb;13(1):338-342.
5. Flores YN, Auslander A, Crespi CM, Rodriguez M, Zhang ZF, Durazo F, Salmerón J. Longitudinal association of obesity, metabolic

syndrome and diabetes with risk of elevated aminotransferase levels in a cohort of Mexican health workers. J Dig Dis. 2016 May;17(5):304-12.

6. **IDF.** The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. ©International Diabetes Federation, 2006:10-15

7. **Satoh T, Nemoto Y, Utumi T, Munakata M.** Physical Therapy for Metabolic Syndrome Prevention in Workers: Novel Role of Physical Therapist. Nihon Eiseigaku Zasshi. 2016;71(2):119-25.

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN DUNG NẠP GLUCOSE MÁU TRÊN NGƯỜI DÂN ĐỘ TUỔI 30-69 TẠI XÃ ĐỒNG TRÚC, THẠCH THẤT, HÀ NỘI, NĂM 2019

Nguyễn Thị Thanh Loan¹, Bùi Thị Minh Thái¹, Nguyễn Nhật Cẩm¹,
Trịnh Duy Ứng², Nguyễn Thị Tý², Đỗ Thị Thanh Toàn³,

TÓM TẮT³⁶

Mục tiêu: Mô tả thực trạng rối loạn dung nạp glucose máu và một số yếu tố liên quan trên người dân độ tuổi 30 – 69 tại xã Đồng Trúc, huyện Thạch Thất, Hà Nội năm 2019. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 338 người dân từ 30 – 69 tuổi. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn dung nạp glucose máu (RLDNG) ở đối tượng nghiên cứu là 37%. Tỷ lệ mắc ở nữ (41,7%) cao hơn nam (30,8%); tỷ lệ RLDNG tăng dần theo tuổi, cao nhất là nhóm 60 -69 tuổi (45,2%). Người 45 - 69 tuổi có nguy cơ mắc RLDNG cao hơn người 30 - 44 tuổi (OR:2,1; 95%CI: 1,2–3,7). Người trong gia đình có người bị ĐTĐ có nguy cơ RLDNG cao hơn (OR:3; 95%CI: 1,1–10,0). Người thường xuyên uống rượu quá tiêu chuẩn nguy cơ mắc RLDNG cao hơn người không có thói quen đó (OR:2,5; 95%CI: 1,1–5,0). Người hút thuốc hàng ngày ≥ 10 điếu có nguy cơ mắc RLDNG cao hơn người không hút (OR:2,0; 95%CI: 1,1–3,3). Nguy cơ mắc RLDNG ở người có vòng eo tăng cao hơn người có vòng eo bình thường (OR:2,5; 95%CI: 1,1–5,0). **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn dung nạp glucose máu trên người dân độ tuổi 30 – 69 tại xã Đồng Trúc, huyện Thạch Thất, Hà Nội năm 2019 đang trong tình trạng báo động và là nguy cơ làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường trong tương lai.

Từ khóa: Rối loạn dung nạp glucose, yếu tố liên quan, người dân độ tuổi 30 - 69, Hà Nội.

SUMMARY

BLOOD GLUCOSE TOLERANCE DISORDERS SITUATION AMONG PEOPLE AGE 30-69 IN DONG TRUC COMMUNE, THACH THAT, HANOI, 2019

Objectives: Describe the situation of blood glucose tolerance disorder and some related factors among people aged 30-69 at Dong Truc commune, Thach That district, Hanoi in 2019. **Methods:** A cross-sectional descriptive study design on 338 people aged 30-69 years. **Results:** The percentage of blood glucose tolerance disorder at the participants was 37%. The rate in female (41.7%) is higher than that in male (30.8%); The rate of blood glucose tolerance disorder increases with age, the highest is in the age group of 60-69 years (45.2%). People who aged from 45-69 years old had higher risk of having blood glucose tolerance disorder than those from 30-44 years old (OR: 2.1; 95% CI: 1.2–3.7). People with family members with diabetes are at higher risk of having blood glucose tolerance disorder (OR: 3; 95% CI: 1.1–10.0). People who regularly drink alcohol in excess of standards are at higher risk than those who do not have a habit of drink alcohol (OR: 2.5; 95% CI: 1.1–5.0). Daily smokers of ten or more cigarettes are at higher risk of having blood glucose tolerance disorder than non-smokers (OR: 2.0; 95% CI: 1.1–3.3). The risk of developing blood glucose tolerance disorder in people with waist circumference is higher than that of people with normal waistline (OR: 2.5; 95% CI: 1.1–5.0). **Conclusion:** The rate of blood glucose tolerance disorder among people aged 30-69 in Dong Truc commune, Thach That district, Hanoi in 2019 is an alarming situation and is a risk to increase the rate of diabetes in the future.

Keywords: Blood Glucose tolerance disorder, related factors, people aged 30 - 69, Hanoi.

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội.

²Trung tâm Y tế huyện Thạch Thất;

³Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Loan
Email: thanhloan.cdchn@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn dung nạp glucose (RLDNG) là một dạng “tiền đái tháo đường” có tỷ lệ tiến triển thành đái tháo đường (ĐTĐ) cao. Đái tháo đường là một trong những bệnh mạn tính phổ biến, đang gia tăng nhanh chóng và trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng, đặc biệt đối với các nước đang phát triển. Theo Liên đoàn Đái tháo đường thế giới (IDF), năm 2010 ước tính trên toàn thế giới có khoảng 344 triệu người (7,9%) trong lứa tuổi 20-79 tuổi có RLDNG [6]. Tại Việt Nam, kết quả điều tra của Bệnh viện Nội tiết Trung ương, trong 10 năm từ 2002 - 2012 tỷ lệ RLDNG và ĐTĐ ở người dân 30-64 tuổi đã tăng gần 200% (7,3% và 12,8%; 2,7% và 5,4%) [7], [2]. Tỷ lệ tiền ĐTĐ ở người dân từ 30-69 tuổi tại Hà Nội trong nghiên cứu của Hoàng Đức Hạnh và cộng sự (2014) là 27,4%. Đây là điều đáng báo động khi tỷ lệ RLDNG đang ngày càng tăng [1].

Hà Nội đã triển khai hoạt động phòng chống đái tháo đường từ năm 2010 nhưng cho tới nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu xác định thực trạng RLDNG trên người dân từ 30 – 69 tuổi. Từ năm 2018, Thạch Thất được chọn làm nơi thử nghiệm đầu tiên về hoạt động điểm can thiệp lồng ghép phòng chống đái tháo đường dựa vào cộng đồng. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào để đánh giá thực trạng RLDNG tại Thạch Thất một cách khoa học. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng rối loạn dung nạp glucose máu và một số yếu tố liên quan trên người dân độ tuổi 30 – 69 ở xã Đồng Trục, huyện Thạch Thất. Kết quả nghiên cứu cung cấp các dữ liệu khoa học để xây dựng và triển khai hoạt động phòng chống ĐTĐ và tiền ĐTĐ trong giai đoạn mới tại Hà Nội hiệu quả hơn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tỷ lệ rối loạn dung nạp glucose máu ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm glucose máu mao mạch 2 lần.

Kết quả XN	ĐTĐ	Tiền ĐTĐ			Bình thường	Tổng số
		RLGMLĐ	RLDNG	Chung		
Tần số (n)	34	79	125	204	100	338
Tỷ lệ (%)	10,0	23,4	37	60,4	29,6	100

Bảng 1 cho thấy kết quả sau 2 lần xét nghiệm máu cách nhau 2 giờ thì tỷ lệ ĐTĐ là 10.0%, tỷ lệ tiền ĐTĐ là 60,4% (RLGMLĐ là 23.4% và RLDNG là 37%).

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ RLDNG theo giới tính, nhóm tuổi

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. Người dân trong độ tuổi từ 30 – 69 có hộ khẩu và đang sinh sống trên địa bàn xã Đồng Trục, huyện Thạch Thất, Hà Nội năm 2019.

2.1.2 Địa điểm nghiên cứu: xã Đồng Trục, huyện Thạch Thất, Hà Nội.

2.1.3 Thời gian nghiên cứu. Tháng 4 năm 2019 đến tháng 10 năm 2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2 Cỡ mẫu, chọn mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ tính được cỡ mẫu tối thiểu $n=338$, thực tế tổng số mẫu điều tra là 338 người dân độ tuổi 30 – 69.

Chọn mẫu: Kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Phỏng vấn trực tiếp đối tượng bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn;

- Cân đo chỉ số nhân trắc: chiều cao, cân nặng, vòng eo, vòng hông;

- Xét nghiệm đường máu mao mạch 02 lần (đường máu lúc đói và đường máu sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose).

4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức, được sự đồng ý của chính quyền, địa phương xã Đồng Trục, huyện Thạch Thất, Hà Nội.

Đối tượng được giải thích về mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Các thông tin thu thập chỉ phục vụ nghiên cứu và được giữ bí mật.

5. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được làm sạch trước khi nhập. Nhập liệu bằng Epidata và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata.

nhân khẩu	RLDNG/ RLĐMLĐ (N=74)	RLDNG/Không RLĐMLĐ (N=51)	Chung
Giới tính			
Nam (N=146)	25 17,1	20 13,7	45 30,8
Nữ (N=192)	49 25,5	31 16,2	80 41,7
Nhóm tuổi			
30 – 39 (N=89)	13 14,6	13 14,6	26 29,2
40 – 49 (N=91)	16 17,6	15 16,5	31 34,1
50 – 59 (N=96)	23 24	17 17,7	40 41,7
60 – 69 (N=62)	22 35,5	6 9,7	28 45,2

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ RLDNG ở đối tượng có RLĐMLĐ cao hơn đối tượng không có RLĐMLĐ. Trong đó:

- Tỷ lệ RLDNG tăng dần theo nhóm tuổi, thấp nhất là 30 – 39 tuổi (29,2%), cao nhất là 60 – 69 tuổi (45,2%)

- Tỷ lệ RLDNG ở nữ cao hơn nam (41,7% và 30,8%)

2. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn dung nạp glucose máu

Bảng 3. Liên quan giữa RLDNG với tuổi và tiền sử gia đình có người mắc ĐTĐ

Đặc điểm		RLDNG (n=125)	Bình thường (n=100)	OR (95%CI)
Nhóm tuổi	45 - 69 tuổi (N=131)	83 63,4	48 36,6	2,1 (1,2 – 3,7)
	30 – 44 tuổi (N=94)	42 44,7	52 55,3	
GĐC NMB	Có (N=22)	17 77,3	5 22,7	3,0 (1,1 – 10,0)
	Không (N=203)	108 53.2	95 46.8	

Bảng 3 cho thấy nguy cơ bị RLDNG ở nhóm tuổi 45 - 69 cao gấp 2,1 lần nhóm tuổi 30 - 44 có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% ($p < 0,05$); nhóm đối tượng trong gia đình có người mắc ĐTĐ có nguy cơ bị RLDNG gấp 3,0 lần so với nhóm trong gia đình không có người mắc ĐTĐ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% ($p < 0,05$).

Bảng 4. Liên quan giữa RLDNG và thói quen uống bia rượu, hút thuốc

Thói quen uống bia rượu, hút thuốc		RLDNG (n=125)	Bình thường (n=100)	OR (95%CI)
Uống bia rượu quá tiêu chuẩn	Có (N=30)	22 73,3	8 26,7	2,5 (1,1 – 5,0)
	Không (N=195)	103 52,8	92 47,2	
Hút thuốc ≥10 điều/ngày	Có (N=53)	36 67,9	17 32,1	2,0 (1,1 – 3,3)
	Không (N=172)	89 51,7	83 48,3	

Bảng 4 cho thấy, nguy cơ bị RLDNG ở nhóm đối tượng uống bia rượu quá tiêu chuẩn cho phép gấp 2,5 lần nguy cơ mắc ở nhóm không có thói quen đó; nhóm đối tượng có thói quen hút thuốc lá ≥10 điều/ngày có nguy cơ mắc RLDNG gấp 2 lần nguy cơ mắc RLDNG ở nhóm không có thói quen, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% ($p < 0,05$).

Bảng 5. Liên quan giữa RLDNG và thói quen ăn uống.

Thói quen ăn uống		RLDNG (n=125)	Bình thường (n=100)	OR (95%CI)
Ăn rau/quả ≥5 đơn vị /ngày	Có (N=72)	30 41,7	42 58,3	0,4 (0,2 – 0,8)
	Không (N=153)	95 62,1	58 37,9	
Ăn món xào/rán dầu mỡ	Có (N=124)	69 55,7	55 44,3	1 (0,6 – 1,7)
	Không (N=101)	56 55,5	45 44,5	
Ăn/uống đồ ngọt	Có (N=34)	18 52,9	16 47,1	0,9 (0,4 – 2,0)
	Không (N=191)	107 56,0	84 44,0	

Kết quả bảng 5 cho thấy, nguy cơ bị RLDNG ở nhóm đối tượng có thói quen ăn đủ lượng rau quả ≥5 đơn vị/ngày chỉ bằng 0,4 lần nguy cơ mắc ở nhóm không có thói quen đó, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% ($p < 0,05$); chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thói quen ăn món xào/rán dầu mỡ và thói quen ăn/uống đồ ngọt đến nguy cơ mắc RLDNG.

Bảng 6. Liên quan giữa RLDNG và hoạt động thể lực

Cường độ HĐTL	RLDNG (n=125)	Bình thường	OR (95%CI)

		(n=100)	
≥30 phút/ngày (N=157)	80 51,0	77 49,0	0,5 (0,3 – 0,9)
<30 phút/ngày (N=68)	45 66,2	68 33,8	

Bảng 6 cho thấy, nguy cơ bị RLDNG ở nhóm đối tượng có thói quen hoạt động thể lực ≥30 phút/ngày cao chỉ bằng khoảng 0,5 lần nhóm có hoạt động thể lực <30 phút/ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% ($p<0,05$)

Bảng 7. Liên quan giữa RLDNG và chỉ số nhân trắc

Chỉ số nhân trắc		RLDNG (n=125)	Bình thường (n=100)	OR (95%CI)
BMI	≥ 23 (N=51)	30 58,8	21 41,2	1,3 (0,6 – 2,5)
	< 23 (N=174)	95 54,6	79 45,4	
WHR	Cao (N=140)	79 56,4	61 43,6	1,1 (0,6 – 2,0)
	Bình thường (N=85)	46 54,1	39 45,9	
Vòng eo	To (N=35)	25 71,4	10 28,6	2,5 (1,1 – 5,0)
	Bình thường (N=190)	100 52,6	90 47,4	

Bảng 7 cho thấy, nguy cơ bị RLDNG ở nhóm đối tượng có vòng eo tăng gấp 2,5 lần nhóm có vòng eo bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% ($p<0,05$); chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các chỉ số BMI, WHR với nguy cơ bị RLDNG.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn dung nạp glucose ở người dân 30 – 69 tại xã Đồng Trúc, Thạch Thất, Hà Nội năm 2019 là 37%. Trong đó tỷ lệ RLDNG ở nữ cao hơn nam (41,7% và 30,8%) và tỷ lệ này tăng dần theo tuổi, đặc biệt tỷ lệ tăng cao ở nhóm tuổi 50 – 69, cao nhất là nhóm tuổi 60-69 (45,2%). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác. Như nghiên cứu của Tạ Văn Bình và cộng sự tại Hà Nội (2005), tỷ lệ RLDNG là 7,6%, tỷ lệ này ở nữ cao hơn nam (7,5% và 6,1%) và tăng dần

theo tuổi: thấp nhất nhóm tuổi 30-39 (3,8%) và cao nhất là 18,7% ở nhóm tuổi > 70 tuổi [4]; Kết quả nghiên cứu của Bệnh viện Nội tiết TW (2012) cho thấy tỷ lệ RLDNG là 12,8% và tỷ lệ mắc cũng tăng theo nhóm tuổi [2]; Tương tự nghiên cứu của Phan Hướng Dương (2014) tại Hải Phòng, tỷ lệ RLDNG là 7%, tỷ lệ ở nam thấp hơn nữ (5,7% và 7,9%) và tỷ lệ RLDNG cao nhất ở nhóm tuổi 50 – 59 (7,7%) [5].

Tuy nhiên, tỷ lệ RLDNG trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả khác, có thể do phạm vi nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn. Hơn thế nữa, chúng tôi nghiên cứu ở vùng ngoại thành của Hà Nội là nơi đang đô thị hóa mạnh, một số lượng lớn người dân có sự thay đổi về lối sống, tập quán ăn uống và vận động nên cũng ảnh hưởng đến tốc độ phát triển bệnh. Ngoài ra, tỷ lệ RLDNG ở lứa tuổi 60 – 69 cao như vậy là do sự phát triển kinh tế xã hội cũng như việc chăm sóc y tế của chúng ta ngày càng tốt hơn. Chính vì vậy tuổi thọ trung bình ngày càng cao, lứa tuổi trên 60 ngày càng tăng.

Tìm hiểu những yếu tố có thể liên quan đến tình trạng RLDNG ở người dân độ tuổi 30 – 69 đang sinh sống trên địa bàn xã Đồng Trúc nói riêng và huyện Thạch Thất nói chung đóng một vai trò rất quan trọng trong quản lý cũng như dự phòng, làm giảm tỷ lệ mắc bệnh ĐTDĐ tại cộng đồng.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra, nhóm người tuổi cao, tiền sử gia đình có người mắc ĐTDĐ, uống rượu/bia quá tiêu chuẩn, hút thuốc hàng ngày ≥10 điếu, chế độ ăn uống thiếu rau/quả, ít hoạt động thể lực và béo bụng là những yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng RLDNG của các đối tượng nghiên cứu.

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh tuổi có liên quan đến sự xuất hiện bệnh [3], [4], [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng mắc RLDNG và tuổi của đối tượng. Tuổi càng cao thì nguy cơ mắc RLDNG càng tăng. Người ở nhóm tuổi 45-69 có nguy cơ mắc RLDNG cao gấp 2,1 lần nhóm tuổi 30-44 ($p<0,05$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm đối tượng trong gia đình có người mắc ĐTDĐ có nguy cơ bị RLDNG gấp 3,0 lần so với nhóm trong gia đình không có người mắc ĐTDĐ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% ($p<0,05$). Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên

cứu khác [4], [5]. Điều đó chứng tỏ yếu tố gia đình có liên quan với RLDNG.

Đã có nhiều nghiên cứu chứng minh uống rượu bia quá tiêu chuẩn và hút thuốc là yếu tố nguy cơ của ĐTĐ nói chung và RLDNG nói riêng. Và nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương đồng: người uống rượu/bia quá tiêu chuẩn cho phép có nguy cơ mắc RLDNG gấp 2,5 lần nguy cơ mắc ở nhóm không có thói quen này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% ($p < 0,05$). Đồng thời, nhóm có thói quen hút thuốc ≥ 10 điếu/ngày có nguy cơ mắc RLDNG gấp 2 lần nguy cơ mắc ở nhóm không có thói quen này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% ($p < 0,05$). Qua đó, cần xây dựng những biện pháp phù hợp để phòng chống, giảm tình trạng lạm dụng rượu bia và hút thuốc lá của người dân.

Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ mắc RLDNG ở nhóm có thói quen ăn đủ lượng rau quả ≥ 5 đơn vị/ngày chỉ bằng 0,4 lần nhóm không có thói quen ăn đủ lượng rau quả tiêu chuẩn (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Chưa thấy mối liên quan giữa RLDNG với việc sử dụng hàng ngày các thực phẩm giàu chất béo và đồ ngọt ở các đối tượng được nghiên cứu.

Kết quả của chúng tôi chỉ ra, nhóm đối tượng hoạt động thể lực ≥ 30 phút/ngày có nguy cơ mắc RLDNG chỉ bằng khoảng 0,5 lần nhóm không có thói quen này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức tin cậy 95% ($p < 0,05$). Tương tự nghiên cứu của Bệnh viện Nội tiết TW năm 2002, cho thấy nhóm đối tượng ít vận động thể lực có nguy cơ bị mắc RLDNG gấp 1,4 lần so với nhóm hoạt động thể lực nhiều ($p < 0,001$) [7].

Thêm vào đó, những người có vòng eo to có nguy cơ mắc RLDNG gấp 2,5 lần nhóm có vòng eo bình thường (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$). Béo bụng, ngay cả với những người không béo phì hay không quá cân vẫn là một nhân tố độc lập gây rối loạn mỡ máu, THA và rối loạn chuyển hóa đường (bao gồm cả ĐTĐ và RLDNG).

Kết hợp kết quả của nghiên cứu này và những kết quả đã từng được công bố gần đây, chúng ta đã thấy rõ hơn nguy cơ gây RLDNG gồm rất nhiều yếu tố có quan hệ với nhau. Do vậy, cần có những cách tiếp cận tổng thể và toàn diện để xây dựng chiến lược và kế hoạch can thiệp sau này.

V. KẾT LUẬN

Người trưởng thành độ tuổi từ 30 – 69 tại xã Đồng Trục, huyện Thạch Thất, Hà Nội năm 2019 có tỷ lệ rối loạn dung nạp glucose máu là 37%. Trong đó, tỷ lệ RLDNG ở nữ cao hơn nam (41,7% và 30,8%); tỷ lệ này tăng dần theo tuổi, cao nhất là nhóm 60 – 69 tuổi (45,2%).

Một số yếu tố liên quan với tình trạng rối loạn dung nạp glucose máu là: Nam giới so với nữ giới; Người 45-69 tuổi so với người 30-44 tuổi; Người trong gia đình có người mắc ĐTĐ so với người gia đình không có người mắc; Người có thói quen uống rượu/bia quá tiêu chuẩn với người không có thói quen uống; Người đang hút thuốc hàng ngày ≥ 10 điếu so với người không có thói quen; Người có thói quen ăn ít rau/quả so với người thường xuyên ăn đủ rau/quả theo tiêu chuẩn; Người thường hoạt động thể lực < 30 phút/ngày so với người thường xuyên hoạt động thể lực ≥ 30 phút/ngày; Người có vòng eo tăng với người có vòng eo bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Đức Hạnh và CS (2014)**, Tỷ lệ hiện mắc bệnh đái tháo đường typ 2 và tiền đái tháo đường của người dân từ 30 – 69 tuổi tại thành phố Hà Nội, năm 2014, Tạp chí Y học dự phòng. 2(175-2016), pp. 94-100.
2. **Nguyễn Vinh Quang và CS (2014)**, Kết quả hoạt động điều tra lập bản đồ dịch tễ học bệnh đái tháo đường toàn quốc năm 2012, Tạp chí Y học thực hành. 929+930, pp. 82-86.
3. **Phạm Thị Hồng Hoa và CS (2007)**, Tỷ lệ rối loạn đường huyết lúc đói và đái tháo đường type 2 ở đối tượng có nguy cơ cao khu vực Hà Nội, Nxb Y học, Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học, pp. 513.
4. **Tạ Văn Bình và CS (2007)**, Đánh giá tỷ lệ đái tháo đường và các yếu tố nguy cơ tại một quận nội thành và một huyện ngoại thành Hà Nội, Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học, Nxb Y học, pp. 617.
5. **Phan Hướng Dương (2014)**, Thực trạng tiền Đái tháo đường và hiệu quả can thiệp có bổ sung Metformin ở người có BMI ≥ 23 kg/ m² tại thành phố Hải Phòng năm 2012 - 2014, Luận án tiến sĩ y học, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
6. **Peter C.Y.Tong Ronald C.W, editor (2010)**, Epidemiology of type 2 diabetes, Textbook of diabetes, vol 4, 45-68.
7. **Bệnh viện Nội tiết Trung ương, editor (2006)**, Dịch tễ học bệnh đái tháo đường ở Việt Nam các phương pháp điều trị và biện pháp dự phòng, vol, Nxb Y học, Hà Nội. .

THỰC TRẠNG BÁN THUỐC KHÁNG SINH DÙNG CHO TRẺ EM CỦA CÁC NHÀ THUỐC TƯ NHÂN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI THỊ XÃ DĨ AN, TỈNH BÌNH DƯƠNG, 2019

Võ Thị Kim Anh*, Lê Minh Phương**

TÓM TẮT³⁷

Đặt vấn đề: Vấn đề lạm dụng kháng sinh, sử dụng thuốc kháng sinh không theo chỉ định của bác sĩ hiện nay ngày càng khó kiểm soát, để lại hậu quả kháng thuốc, tăng gánh nặng bệnh tật, chi phí cho y tế. Tại Việt Nam, ít có báo cáo về thực trạng bán thuốc kháng sinh không theo đơn tại các nhà thuốc tư nhân. Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bán thuốc kháng sinh sử dụng cho trẻ em của các nhà thuốc tư nhân.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 230 cơ sở bán thuốc tư nhân trên địa bàn thị xã Dĩ An, tỉnh Bình Dương. Sử dụng các tình huống giả định. **Kết quả:** Tỷ lệ nhà thuốc tư nhân có bán thuốc kháng sinh sử dụng cho trẻ là rất cao với 77,4%. Trong đó, tỷ lệ đơn thuốc có kháng sinh nhưng không được không dán nhãn là 5,6%. Phần lớn nhà thuốc bán kháng sinh cho người mua với 2 liều (58,4%) và 3 liều (34,3%). Tỷ lệ bán thuốc kháng sinh ở quầy thuốc cao hơn nhà thuốc ($p < 0,05$; OR=2,99; KTC 95%: 1,36 - 7,09). Tỷ lệ bán thuốc kháng sinh ở nhà thuốc không đạt chuẩn GPP cao hơn so với nhà thuốc đạt chuẩn GPP ($p < 0,05$; OR=3,91; KTC 95%: 1,68 - 10,15). Tỷ lệ có bán thuốc kháng sinh ở nhân viên có trình độ trung cấp cao hơn so với trình độ được sĩ đại học ($p < 0,05$; OR=3,67; KTC 95%: 1,56 - 8,62). Cần tăng cường giám sát và kiểm tra chặt chẽ việc bán thuốc không theo toa của bác sĩ trên địa bàn nghiên cứu.

Từ khóa: bán thuốc kháng sinh, trẻ em, nhà thuốc tư nhân.

SUMMARY

SITUATION OF SELLING ANTIBIOTICS TO TREAT CHILDREN AND SOME RELATED FACTORS AT PRIVATE PHARMACIES IN DI AN, BINH DUONG PROVINCE, 2019

* Đại học Thăng Long

**

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Introductions: The problem of antibiotic abuse, use of antibiotics not prescribed by doctors is increasingly difficult to control, leaving the consequences of drug resistance, increasing the burden of disease, and medical costs. In Vietnam, there have been few reports on the sale of over-the-counter antibiotics by physicians at private pharmacies. The study was conducted with the objective of describing the situation and some factors related to selling antibiotics used for children of private pharmacies. **Methods:** The cross-sectional study design described over 230 private pharmacies in Di An, Binh Duong province. Use hypothetical situations. **Results:** The percentage of private pharmacies selling antibiotics used for children is very high with 77.4%. In particular, the percentage of prescriptions with antibiotics but not labeled is 5.6%. Most drugstores sell antibiotics to buyers with 2 doses (58.4%) and 3 doses (34.3%). The proportion of antibiotics sold at small medicine counter was higher than that of drugstores ($p < 0.05$; OR = 2.99; 95% CI: 1.36 - 7.09). The proportion of antibiotics sold in drugstores that did not meet GPP standards pharmacies was higher than GPP pharmacies ($p < 0.05$; OR = 3.91; 95% confidence interval: 1.68 - 10.15). The proportion of antibiotics sold among employees with intermediate education is higher than that of university pharmacists ($p < 0.05$; OR = 3.67; 95% CI: 1.56 - 8.62). There is a need to strengthen supervision and close inspection of the sale of over-the-counter medications by doctors in the study area.

Keywords: sell antibiotics, children, private pharmacies

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vấn đề lạm dụng kháng sinh cũng như việc sử dụng kháng sinh không đúng chỉ định trở nên rất khó kiểm soát trên thế giới và tại Việt Nam. Điều này đã gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng khi tình trạng kháng thuốc của các vi khuẩn ngày càng trầm trọng và không thể kiểm soát [7], [11], đặc biệt ở đối tượng trẻ em. Trên thế giới có nhiều báo cáo về tình trạng lạm dụng thuốc kháng sinh hoặc sử dụng kháng sinh không theo toa của bác sĩ cho thấy tỷ lệ này rất cao, nhiều

báo cáo trong số đó cũng đã nhận định rằng, trên thực tế tỷ lệ còn cao hơn [6], [8]. Tại Việt Nam, mặc dù tình trạng sử dụng kháng sinh không có chỉ định của bác sĩ rất phổ biến, nhưng có ít nghiên cứu đo lường một cách chính xác về vấn đề này ở các nhà thuốc tư nhân. Nhằm cung cấp thông tin khoa học cho ngành y tế địa phương, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bán thuốc kháng sinh sử dụng cho trẻ em của các nhà thuốc tư nhân tại thị xã Dĩ An, tỉnh Bình Dương, năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các cơ sở tư nhân bán thuốc tây được cấp phép tại thị xã Dĩ An, tỉnh Bình Dương, trong thời gian từ tháng 12/2018 đến tháng 05/2019.

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

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

Chọn toàn bộ 230 cơ sở tư nhân bán thuốc tây được cấp phép bởi Phòng Y tế huyện.

Thu thập dữ liệu: Sử dụng giả định 2 tình huống mua thuốc điều trị viêm đường hô hấp trên. Phương pháp này đã được áp dụng trên thế giới và tại Việt Nam [3], [12], [13]. Tình huống này sẽ thống nhất khi thực hiện mua thuốc ở tất cả các cơ sở bán thuốc. Người thu thập số liệu sẽ đóng vai người đến mua thuốc cho trẻ bị bệnh và ghi nhận lại thông tin thuốc.

Tình huống 1: mua thuốc cho người thân là em bé (4 tuổi, nam, nặng 18 kg) bị bệnh ngày thứ 2 với các triệu chứng: chảy nước mũi, ho khan, đau họng, đau đầu, sốt 38°C, không khò khè, các triệu chứng biểu hiện ở mức độ trung bình, không có tiền sử dị ứng, chưa uống thuốc gì, không có bệnh gì khác.

Tình huống 2: mua thuốc cho người thân là em bé (4 tuổi, nam, nặng 18kg) bị bệnh ngày thứ 3 với các triệu chứng: hắt hơi, nghẹt mũi, chảy nước mũi, ho khan, đau đầu, sốt 38°C, không khò khè, các triệu chứng biểu hiện ở mức độ trung bình, không có tiền sử dị ứng, chưa uống thuốc gì, không có bệnh gì khác.

Vấn đề đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu không có nguy cơ nào cho người tham gia, các cơ sở bán thuốc không hề được biết mục đích sử dụng của các điều tra viên, tất cả các thông tin ghi nhận được hoàn toàn được bảo mật và chỉ sử dụng mục đích nghiên cứu, nghiên cứu

không ghi nhận các thông tin nhận diện được nhà thuốc. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Thăng Long và Phòng Y tế thị xã Dĩ An.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm của cơ sở bán thuốc tư nhân. Quy mô cơ sở bán thuốc: nhà thuốc 63,5% và quầy thuốc 36,5%. Có 64,4% cơ sở đạt chuẩn GPP. Trình độ chuyên môn chủ yếu của nhân viên trực tiếp bán thuốc chủ yếu là dược sĩ trung cấp có tỷ lệ là 67,4%. Tỷ lệ nhân viên trực tiếp bán thuốc có chứng chỉ hành nghề là 63,5%, có 78,3% có tham gia tập huấn về dược và thời gian hành nghề chủ yếu dưới 6 tháng chiếm 50,4%.

Bảng 1. Thực hành bán thuốc của nhân viên bán thuốc (n=230)

Thực hành bán thuốc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Yêu cầu xem toa	Có	30
	Không	200
Hỏi triệu chứng bệnh	Có	209
	Không	21
Hỏi tiền sử dị ứng	Có	62
	Không	186
Hỏi tiền sử sử dụng thuốc	Có	47
	Không	183
Hỏi tiền sử bệnh	Có	64
	Không	166
Tư vấn nên đi khám bác sĩ	Có	90
	Không	140
Để người mua quyết định liều dùng	Có	24
	Không	206
Tư vấn cách sử dụng thuốc	Có	226
	Không	4
Tư vấn dinh dưỡng	Có	52
	Không	178
Tư vấn dấu hiệu nên đi khám bác sĩ	Có	80
	Không	150
Yêu cầu dùng đủ liều	Có	123
	Không	107

Tỷ lệ nhân viên trực tiếp bán thuốc có yêu cầu người mua cho xem toa là 13,0%, có hỏi triệu chứng bệnh khi bán thuốc là 90,9%, có hỏi tiền sử dị ứng khi bán thuốc là 27,0%, có tư vấn nên đi khám bác sĩ 39,1%, không để người mua tự quyết định liều dùng là 89,6%, có tư vấn cách sử dụng thuốc cho người mua là 98,3%, có tư

vấn dinh dưỡng cho người mua thuốc 22,6%, có tư vấn dấu hiệu nên đi khám bác sĩ là 34,8%, có yêu cầu dùng đủ liều là 53,5%.

Tình hình bán thuốc kháng sinh sử dụng cho trẻ em

Bảng 2. Đặc điểm thuốc kháng sinh được bán tại cơ sở bán thuốc tư nhân

Đặc điểm kháng sinh được bán		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh (n=230)	Có	178	77,4
	Không	52	22,6

Kháng sinh có nhãn (n=178)	Có	168	94,4
	Không	10	5,6
Liều thuốc chứa kháng sinh (n=178)	2 liều	104	58,4
	3 liều	61	34,3
	≥ 4 liều	10	7,3

Tỷ lệ cơ sở bán thuốc tư nhân có kê kháng sinh là 77,4%. Trong đó, tỷ lệ toa thuốc có kê kháng sinh không có dán nhãn là 5,6%. Phần lớn các cơ sở bán thuốc kê kháng sinh cho người mua 2 liều với tỷ lệ là 58,4%, kê 3 liều kháng sinh với tỷ lệ là 34,3%.

Một số yếu tố liên quan đến bán thuốc kháng sinh cho trẻ em của nhà thuốc tư nhân

Bảng 3. Một số đặc điểm của nhà thuốc liên quan đến việc bán thuốc kháng sinh cho trẻ em

Đặc điểm		Bán thuốc kháng sinh				p	OR (KTC 95%)
		Có (n=178)		Không (n=52)			
		SL	%	SL	%		
Quy mô	Nhà thuốc	104	71,2	42	28,8	0,003	1
	Quầy thuốc	74	8,1	10	11,9		2,99 (1,36 - 7,09)
Nhà thuốc đạt chuẩn GPP	Có	104	70,3	44	29,7	<0,001	1
	Không	74	90,2	8	9,8		3,91(1,68- 10,15)

Quy mô nhà thuốc có liên quan đến việc bán thuốc kháng sinh cho trẻ em. Cụ thể, tỷ lệ bán thuốc kháng sinh ở quầy thuốc là 88,1% cao hơn so với ở nhà thuốc là 71,2% ($p < 0,05$; OR=2,99; KTC 95%: 1,36 - 7,09).

Nhà thuốc đạt chuẩn GPP có liên quan đến việc bán thuốc kháng sinh cho trẻ em. Cụ thể, tỷ lệ bán thuốc kháng sinh ở nhà thuốc không đạt chuẩn GPP là 90,2% cao hơn so với nhà thuốc đạt chuẩn GPP là 70,3% ($p < 0,05$; OR=3,91; KTC 95%: 1,68 - 10,15).

Bảng 4. Một số đặc điểm của nhân viên trực tiếp bán thuốc liên quan đến việc bán thuốc kháng sinh cho trẻ em

Đặc điểm của nhân viên trực tiếp bán thuốc		Bán thuốc kháng sinh				p	OR (KTC 95%)
		Có (n=178)		Không (n=52)			
		SL	%	SL	%		
Trình độ chuyên môn	Đại học	17	58,6	12	41,4		1
	Trung cấp	130	83,9	25	16,1	0,003	3,67 (1,56 - 8,62)
	Cao đẳng	16	64,0	9	36,0	0,686	1,25 (0,42 - 3,78)
	Dược tá	15	71,4	6	28,6	0,354	1,76 (0,53 - 5,86)
Chứng chỉ hành nghề	Có	115	78,8	31	21,2		1
	Không	63	75,0	21	25,0	0,511	0,81 (0,41 - 1,61)
Có tham gia tập huấn về dược	Có	140	77,8	40	22,2		1
	Không	38	76,0	12	24,0	0,790	0,90 (0,41 - 2,09)
Thời gian hành nghề	< 6 tháng	85	73,3	31	26,7		1
	6 - 12 tháng	79	80,6	19	19,4	0,208	1,52 (0,79 - 2,90)
	> 12 tháng	14	87,5	2	12,5	0,232	2,55 (0,55 - 11,88)

Trình độ chuyên môn của nhân viên trực tiếp bán thuốc liên quan đến việc bán thuốc kháng sinh cho trẻ em. Cụ thể, tỷ lệ có bán thuốc kháng sinh ở nhân viên có trình độ dược sĩ trung cấp là 83,9% cao hơn so với nhân viên có trình độ dược sĩ đại học là 58,6% ($p < 0,05$; OR=3,67; KTC 95%: 1,56 - 8,62).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, kết quả cho thấy tỷ lệ cơ sở bán thuốc tư nhân có kê kháng sinh là 77,4%. Trong đó, tỷ lệ toa thuốc có kê kháng sinh không có dán nhãn là 5,6%. Phần lớn các cơ sở bán thuốc kê kháng sinh cho người mua 2 liều với tỷ lệ là 58,4%, kê 3 liều kháng sinh với tỷ lệ là 34,3%.

Bảng 5. Tỷ lệ toa thuốc có kê kháng sinh tại các cơ sở bán thuốc qua một số nghiên cứu

Địa điểm	Năm	Tỷ lệ sử dụng kháng sinh (%)
Các xã đồng bằng [4]	2012	65,4
Hà Nội [10]	2017	44,0
Lào Cai [2]	2018	58,2
Nghiên cứu này	2019	77,4

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ cao hơn so với các nghiên cứu trước, có thể giải thích do sự phát triển của đô thị, người dân có thể dễ dàng mua thuốc cũng như tiện lợi nhanh chóng ở các nhà thuốc tư nhân, hơn nữa ý thức về sử dụng thuốc kháng sinh của người dân chưa cao. Đây là vấn đề đáng lo ngại vì theo quy định của Bộ Y tế về kháng sinh là thuốc phải kê đơn và bán theo toa [1] nhưng người dân ngày càng dễ mua được kháng sinh từ các nhà thuốc tư nhân. Tỷ lệ này cao hơn một nghiên cứu tại bệnh viện Đa khoa huyện Văn Bàn tỉnh Lào Cai của tác giả Trần Ngọc Hoàng cho thấy tỷ lệ sử dụng kháng sinh trước khi nhập viện là 58,82% [2].

Tuy phần lớn các cơ sở bán thuốc đều có nhãn cho kháng sinh nhưng vẫn còn khoảng 5,6% cơ sở chưa có dán nhãn cho các lọ thuốc kháng sinh. Việc không dán nhãn ở lọ chứa kháng sinh có thể gây nhầm lẫn khi bán thuốc. Nguyên nhân của tình trạng này có thể do thuốc được chứa trong hộp, lọ, khi bán thì phải lấy lẻ từng viên nên không có nhãn.

Về liều thuốc kháng sinh, phần lớn các cơ sở bán thuốc kê kháng sinh cho người mua 2 liều với tỷ lệ là 58,4%, mặc dù theo khuyến cáo sử dụng từ 3 đến 5 ngày. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Phi Yến (2015) tại các nhà thuốc tư nhân thành phố Cà Mau, thời gian sử dụng kháng sinh dưới 3 ngày chiếm 32,2%, trong đó nhóm người tự ý mua thuốc kháng sinh không có đơn của bác sĩ có thói quen sử dụng kháng sinh dưới 3 ngày chiếm 45,8% [5].

Thuốc kháng sinh là những thuốc khi sử dụng phải có đơn nhưng vẫn được bán không cần có

đơn và người dân vẫn tự quyết định sử dụng kháng sinh khi bị bệnh. Việc sử dụng thuốc kháng sinh không đúng không những gây lãng phí thuốc, tốn kém chi phí mà còn gia tăng việc kháng kháng sinh của vi khuẩn. Chính thói quen tự chữa trị và "bắt chước" đơn thuốc của người dân dẫn đến tình trạng sử dụng kháng sinh tùy tiện, góp phần làm gia tăng sự kháng thuốc. Bên cạnh đó, trình độ cán bộ y tế, trang thiết bị của một số cơ sở bán thuốc tư nhân còn hạn chế, chưa có điều kiện, khả năng làm kháng sinh đồ nên người bệnh không được sử dụng kháng sinh hợp lý.

Một số yếu tố liên quan đến bán thuốc kháng sinh cho trẻ em của nhà thuốc tư nhân

Kết quả cho thấy quy mô nhà thuốc có liên quan đến việc bán thuốc kháng sinh cho trẻ em. Cụ thể, tỷ lệ bán thuốc kháng sinh ở quầy thuốc là 88,1% cao hơn so với ở nhà thuốc là 71,2% ($p < 0,05$). Điều này cho thấy sự chênh lệch trong thực hành nhà thuốc tốt giữa các cơ sở bán thuốc nhỏ lẻ và nhà thuốc lớn.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ bán thuốc kháng sinh ở nhà thuốc không đạt chuẩn GPP là 90,2% cao hơn so với nhà thuốc đạt chuẩn GPP là 70,3% ($p < 0,05$; OR=3,91; KTC 95%: 1,68 – 10,15). Nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Thúy Nga và cộng sự thực hiện tại Hà Nội đã xét mối liên quan giữa quy mô cơ sở bán thuốc tư nhân với tỷ lệ kê thuốc kháng sinh không theo toa nhưng không tìm thấy sự khác biệt đáng kể giữa nhà thuốc đạt chuẩn GPP so với các nhà thuốc không đạt chuẩn GPP liên quan đến thực hành pha chế kháng sinh ($p > 0,05$) [9].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy rằng trình độ chuyên môn của nhân viên trực tiếp bán thuốc liên quan đến việc bán thuốc kháng sinh cho trẻ em. Cụ thể, tỷ lệ có bán thuốc kháng sinh ở nhân viên có trình độ được sĩ trung cấp là 83,9% cao hơn so với nhân viên có trình độ được sĩ đại học là 58,6% ($p < 0,05$; OR=3,67; KTC 95%: 1,56 - 8,62). Được sĩ đại học được đào tạo bài bản và cung cấp đủ kiến thức kỹ năng chuyên môn, do đó có xu hướng cẩn trọng hơn trong sử dụng kháng sinh cho trẻ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cơ sở bán thuốc tư nhân có kê kháng sinh sử dụng cho trẻ là rất cao với 77,4%. Trong đó, tỷ lệ toa thuốc có kê kháng sinh không có dán nhãn là 5,6%. Phần lớn các cơ sở bán thuốc

kê kháng sinh cho người mua 2 liều với tỷ lệ là 58,4%, kê 3 liều kháng sinh với tỷ lệ là 34,3%. tỷ lệ bán thuốc kháng sinh ở quầy thuốc là 88,1% cao hơn so với ở nhà thuốc là 71,2% ($p < 0,05$; $OR = 2,99$; KTC 95%: 1,36 - 7,09). Tỷ lệ bán thuốc kháng sinh ở nhà thuốc không đạt chuẩn GPP là 90,2% cao hơn so với nhà thuốc đạt chuẩn GPP là 70,3% ($p < 0,05$; $OR = 3,91$; KTC 95%: 1,68 - 10,15). Tỷ lệ có bán thuốc kháng sinh ở nhân viên có trình độ dược sĩ trung cấp là 83,9% cao hơn so với nhân viên có trình độ dược sĩ đại học là 58,6% ($p < 0,05$; $OR = 3,67$; KTC 95%: 1,56 - 8,62). Cần giám sát và kiểm tra chặt chẽ việc bán thuốc không theo toa của bác sĩ tránh việc tự ý lạm dụng thuốc kháng sinh làm cho tỷ lệ kháng kháng sinh ngày một cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2008)** Công văn 1517/BYT-KCB ngày 06 tháng 3 năm 2008 về hướng dẫn thực hiện Quy chế kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú, Hà Nội.
- Trần Ngọc Hoàng (2018)** Phân tích tình hình sử dụng thuốc kháng sinh điều trị viêm phổi cộng đồng tại khoa nhi, bệnh viện Đa khoa huyện Văn Bàn, tỉnh Lào Cai, Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp I, Trường đại học Dược Hà Nội, tr. 33-40.
- Nguyễn Minh Nhân (2016)** Đặc điểm phân bố nhà thuốc và thực trạng bán thuốc kháng sinh điều trị tiêu chảy trẻ em tại huyện Đất Đỏ, Bà Rịa- Vũng Tàu, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Y học Dự phòng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 25.
- Trần Thị Thoa (2012)** Nghiên cứu thực trạng và tính công bằng trong tiếp cận và sử dụng thuốc, thuốc thiết yếu tại tuyến xã, Luận án Tiến sĩ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội, tr.105-126.
- Lê Phi Yến (2008)** Tỷ lệ tự ý sử dụng kháng sinh và các yếu tố liên quan của khách hàng ở nhà thuốc tư nhân tại thành phố Cà Mau, tỉnh Cà Mau, Khóa luận Tốt nghiệp Bác sĩ Y học Dự phòng, Khoa y tế công cộng, Đại học y dược Tp.HCM, 51.
- Alabid A.H.M., Ibrahim M.I.M., Hassali M.A. (2014)** "Antibiotics Dispensing for URTIs by Community Pharmacists (CPs) and General Medical Practitioners in Penang, Malaysia: A Comparative Study using Simulated Patients (SPs)". *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 8 (1), pp. 119-123.
- Aminov R.I. (2009)** "Minireview The role of antibiotics and antibiotic resistance in nature". *Environmental Microbiology*, 11 (12), pp.2970-2988.
- Chang J., Ye D., Lv B., et al. (2017)** "Sale of antibiotics without a prescription at community pharmacies in urban China: a multicentre cross-sectional survey". *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 72 (4), 1235-1242.
- Chúc N.T.K., Hoa N.P., Hoa N.Q., et al. (2014)** "Antibiotic sales in rural and urban pharmacies in northern Vietnam: an observational study". *BMC Pharmacology and Toxicology*, 15 (1), 6.
- Hoa N.Q., Lan P.T., Phúc H.D., et al. (2017)** "Antibiotic prescribing and dispensing for acute respiratory infections in children: effectiveness of a multi-faceted intervention for health-care providers in Vietnam". *Glob Health Action*, 10 (1), pp. 4-10.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KIỂM SOÁT LDL-c BẰNG ATORVASTATIN KẾT HỢP VỚI EZETIMIBE Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2018-2019

Võ Thị Thuý An¹, Phạm Thanh Phong¹, Nguyễn Trung Kiên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) là một bệnh cấp cứu cần được chẩn đoán và điều trị sớm với tỉ lệ tử vong cao. Nguyên nhân thường gặp nhất là do rối loạn lipid máu, chủ yếu là tăng LDL-c. Kiểm soát tốt LDL-c sẽ giúp cải thiện triệu chứng ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. Kết hợp atorvastatin với ezetimibe giúp giảm LDL-c hiệu quả hơn so với atorvastatin đơn trị liệu. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả kiểm soát LDL-c bằng atorvastatin kết hợp với ezetimibe ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tại khoa Nội Tim mạch – Khớp và khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ 2018-2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích. Có 193 bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp, trong đó có 158 bệnh nhân HCMVC nhập viện có mức nồng độ LDL-c $\geq 70\text{mg/dL}$. **Kết quả:** 193 bệnh nhân HCMVC có 60,6% là nam giới và 39,4% là nữ giới, tuổi trung bình là $66,03 \pm 12,06$ tuổi, tỉ lệ nồng độ LDL-c $\geq 70\text{mg/dL}$ là 81,9%, Sau 10 ngày điều trị, tỉ lệ nồng độ LDL-c đạt mục tiêu ở nhóm điều trị bằng atorvastatin 40mg + ezetimibe 10mg là 48,1%, ở nhóm điều trị bằng atorvastatin 40mg là 29,9% ($p < 0,05$). **Kết luận:** atorvastatin kết hợp với ezetimibe giúp kiểm soát tốt nồng độ LDL-c ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp.

Từ khóa: hội chứng mạch vành cấp, rối loạn LDL-c, atorvastatin kết hợp với ezetimibe.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF LDL-c CONTROL BY ATORVASTATIN COMBINATION WITH EZETIMIBE ON PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL 2018-2019

Background: Acute coronary syndrome is the leading cause of death in the world and is a consequence of unstable plaque due to dyslipidemia,

primarily with elevated LDL cholesterol. Reduction in LDL-c improves clinical outcomes in patients with acute coronary syndrome. The combination of atorvastatin/ezetimibe produces reductions in LDL-c compared to atorvastatin monotherapy. **Objective:** Evaluate the results of LDL-c control by atorvastatin combination with ezetimibe on patients with acute coronary syndrome at Can Tho Central general hospital. **Subjects and methods:** A cross – sectional study with analysis. A total of 193 patients participated in the study, including 158 patients with acute coronary syndrome with LDL-c levels $\geq 70\text{mg/dL}$ at Can Tho Central general hospital. **Results:** 193 patients with acute coronary syndrome: 60.6% male and 39.4% female, average age is 66.03 ± 12.06 years, 81.9% LDL-c levels $\geq 70\text{mg/dL}$. After 10 days of treatment, The target LDL-c concentration in the group treated with atorvastatin 40mg + ezetimibe 10mg was 48.1%, in the group treated with atorvastatin 40mg was 29.9% ($p < 0.05$). **Conclusion:** atorvastatin combination with ezetimibe help control LDL-c levels in patients with acute coronary syndrome.

Key words: acute coronary syndrome, LDL-c, atorvastatin combination with ezetimibe.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng mạch vành cấp bao gồm đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên và nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên. Đây là một bệnh cấp cứu cần được chẩn đoán và điều trị sớm với tỉ lệ tử vong cao. Nguyên nhân thường gặp nhất là do rối loạn lipid máu, chủ yếu là tăng LDL-c. Tăng LDL-c sẽ làm rối loạn chức năng của nội mạc mạch máu, tích tụ lipid trong thành của động mạch, dẫn đến xơ vữa, hẹp lòng động mạch, tắc động mạch, gây thiếu máu cơ tim từ đó dẫn đến nhồi máu cơ tim [1].

Tỉ lệ rối loạn lipid máu xảy ra ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp khá cao và thường gặp nhất là tăng LDL-c. Nhiều nghiên cứu lớn cũng đã chứng minh rằng giải quyết được rối loạn lipid máu là điều kiện cần thiết để hạn chế tai biến mạch vành.

Trên thực tế, việc đạt mục tiêu LDL-c không phải dễ thực hiện, ngay cả khi dùng liều tối đa của atorvastatin. Vì vậy, phối hợp atorvastatin

¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thuý An

Email: vttan9978@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2019

Ngày duyệt bài: 1.10.2019

với ezetimibe trong điều trị rối loạn LDL-c làm giảm nồng độ LDL-c tốt hơn so với đơn trị liệu, giúp cải thiện kết cục về tim mạch ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp, đồng thời không làm gia tăng tác dụng phụ của atorvastatin.

Từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả kiểm soát rối loạn LDL-c bằng atorvastatin kết hợp ezetimibe ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018-2019. **Mục tiêu nghiên cứu:**

- *Xác định tỉ lệ tăng LDL-c ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018-2019.*

- *So sánh kết quả kiểm soát LDL-c bằng atorvastatin kết hợp ezetimibe với nhóm atorvastatin đơn trị ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018-2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch – Khớp và khoa Tim mạch Can thiệp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 6/2018 đến tháng 4/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp (gồm cơn đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên và nhồi máu cơ tim ST chênh lên) theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Hoa Kỳ 2014 [7].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp nhưng có kèm các bệnh nội khoa như: Suy thận mạn mức độ nặng, bệnh xơ gan, viêm gan thể hoạt động, bệnh nhân tăng lipid máu thứ phát... và bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, trong khoảng thời gian từ 6/2018 đến tháng 4/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: 193 trường hợp HCMVC thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu

được đưa vào nghiên cứu trong thời gian từ 6/2018 đến tháng 4/2019. Trong đó có 158 bệnh nhân HCMVC có nồng độ LDL-c $\geq 70\text{mg/dL}$ ($1,8\text{mmol/L}$), chúng tôi chia ngẫu nhiên đối tượng nghiên cứu thành 2 nhóm A và B.

- Nhóm A: được điều trị rối loạn LDL-c bằng atorvastatin 40mg kết hợp với ezetimibe 10mg.

- Nhóm B: được điều trị rối loạn LDL-c bằng atorvastatin 40mg.

Nội dung nghiên cứu: nghiên cứu đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, tỉ lệ tăng LDL-c và so sánh kết quả kiểm soát LDL-c bằng atorvastatin kết hợp ezetimibe với nhóm atorvastatin đơn trị ở bệnh nhân HCMVC.

Phương pháp thu thập mẫu: Khám lâm sàng, ghi nhận cận lâm sàng, tiến hành điều trị bằng atorvastatin 40mg và đánh giá kết quả điều trị sau 10 ngày.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

193 trường hợp hội chứng mạch vành cấp, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Mô tả dưới dạng tần suất (%) hoặc trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
Tuổi (năm)	66,03 $\pm$ 12,06
Giới nam (%)	60,6

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 66,03 $\pm$ 12,06 tuổi. Nam giới chiếm 60,6%.

3.2. Tỉ lệ tăng LDL-c

Bảng 2: Tỉ lệ LDL-c $\geq 70\text{mg/dL}$ ($1,8\text{mmol/L}$),

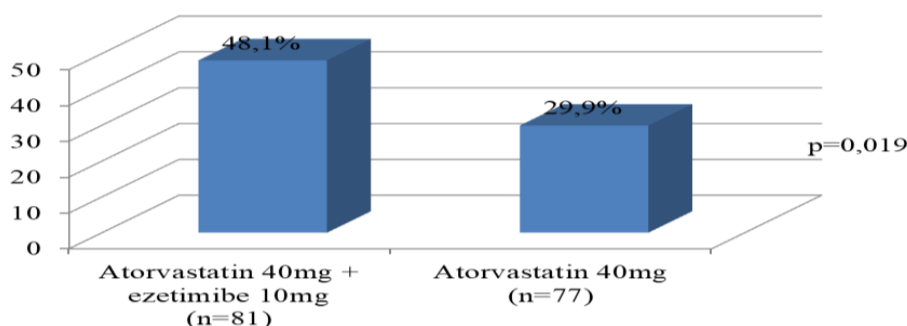
	Tần số (n=193)	Tỉ lệ (%)
Có	158	81,9
Không	35	18,1
Tổng	193	100

Nhận xét: Có 81,9% bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp có nồng độ LDL-c $\geq 70\text{mg/dL}$.

3.3. Tỷ lệ LDL-c đạt mục tiêu sau điều trị ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp**3.3.1. Đặc điểm chung ở hai nhóm trước điều trị****Bảng 3.3: Đặc điểm chung của 2 nhóm trước điều trị**

Đặc điểm	Nhóm A (n=81)	Nhóm B (n=77)	p
Nữ, n(%)	30 (46,2%)	35 (53,8%)	0,282
Tuổi trung bình	64,67	67,23	0,258
BMI, Kg/m ²	22,37	22,92	0,254
NMCT ST chênh lên	44 (55,7%)	35 (44,3%)	0,531
Nồng độ LDL-c (mmol/L)	3,65	3,30	0,103

Nhận xét: Khi so sánh đặc điểm chung của 2 nhóm A và nhóm B trước điều trị chúng tôi nhận thấy các giá trị gần như tương đương nhau. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.2. Tỷ lệ LDL-c đạt mục tiêu sau điều trị ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp**Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ LDL-c đạt mục tiêu sau 10 ngày điều trị**

Nhận xét: Kết quả LDL-c đạt mục tiêu sau điều trị ở nhóm điều trị kết hợp cao hơn so với nhóm đơn trị có tỉ lệ lần lượt là 48,1% và 29,9% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,019$.

3.3.3. Nồng độ LDL-c trước và sau điều trị**Bảng 3.4: Nồng độ LDL-c trước và sau điều trị**

	Nồng độ LDL-c (mmol/L)	
	Trước điều trị	Sau điều trị
Atorvastatin 40mg + ezetimibe 10mg (n=81)	3,65 ± 1,09	1,92 ± 0,58
Atorvastatin 40mg (n=77)	3,30 ± 1,09	2,27 ± 0,76
p	0,103	0,002

Nhận xét: Nồng độ LDL-c sau điều trị ở nhóm điều trị bằng atorvastatin 40mg kết hợp với ezetimibe 10mg là $1,92 \pm 0,58$ mmol/L thấp hơn nhóm điều trị bằng atorvastatin 40mg là $2,27 \pm 0,76$ mmol/L và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002$.

3.3.4. Tác dụng phụ của thuốc**Bảng 3.5: Tác dụng phụ của thuốc**

Biến chứng	Atorvastatin 40mg + ezetimibe 10mg (n=81)		Atorvastatin 40mg (n=77)	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Tăng AST	0	0,0	2	2,6
Tăng ALT	5	6,2	6	7,8
Tăng CK	0	0,0	1	1,3
Đau cơ	0	0,0	0	0,0
Rối loạn tiêu hóa	0	0,0	0	0,0

Nhận xét: Ở nhóm điều trị bằng atorvastatin 40mg kết hợp với ezetimibe 10mg không ghi nhận bệnh nhân sau điều trị có tăng AST và 6,2% tăng ALT.

Ở nhóm điều trị bằng atorvastatin 40mg có 2,6% bệnh nhân sau điều trị có tăng AST và 7,8% tăng ALT và 1,3 % có tăng CK.

Ở cả 2 nhóm điều trị không ghi nhận các tác dụng phụ khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $66,03 \pm 12,06$ tuổi. Nam giới chiếm 60,6%. Tác giả Nguyễn Hoàng Tài My ghi nhận tuổi trung bình $63 \pm 11,8$ tuổi, nam giới chiếm 69,9% [4]. Dương Đình Chinh nghiên cứu 764 trường hợp HCMVC ghi nhận tuổi trung bình là $66,63 \pm 12,54$ tuổi [2]. Andrikopoulos G và cộng sự nghiên cứu trên 800 bệnh nhân HCVC ở 37 bệnh viện ở Hy Lạp ghi nhận nam giới chiếm tỉ lệ 78% cao hơn gấp 3 lần so với nữ giới [8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu khác cho thấy nam giới bị bệnh động mạch vành sớm hơn nữ 10-15 năm, dưới 45 tuổi nam bị NMCT 10 lần nhiều hơn nữ. Nam giới ở độ tuổi 35-65 có nguy cơ bệnh mạch vành tăng dần theo quá trình tích tuổi. Trên 75 tuổi tỉ lệ bệnh mạch vành ở nữ giống như nam. Tỉ lệ nữ giới mắc bệnh thấp hơn nam giới có thể do trong thời kỳ kinh nguyệt nữ có yếu tố estrogen bảo vệ nên khởi bệnh mạch vành chậm hơn nam giới [5].

4.2. Tỉ lệ tăng LDL-c. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ nồng độ LDL-c $\geq 70\text{mg/dL}$ là 81,9%. Kết quả này cao hơn các tác giả khác.

Phạm Ngọc Đan và cộng sự nghiên cứu trên 275 bệnh nhân ≥ 60 tuổi bệnh động mạch vành ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ LDL-c $\geq 2,6\text{mmol/L}$ là 51,3% [3].

Nguyễn Ngọc Quang và Đàm Trung Hiếu nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 819 bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên ghi nhận tăng LDL-c chiếm 66,83%. Tỉ lệ rối loạn lipid máu sinh xơ vữa là 77,46% [6].

Rối loạn lipid máu là một trong những yếu tố chính của bệnh động mạch vành. Nhưng đây là yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được. Vì vậy, việc kiểm soát tốt tình trạng rối loạn lipid máu sẽ làm giảm tỉ lệ mắc bệnh động mạch vành cấp.

4.3. Tỉ lệ LDL-c đạt mục tiêu sau điều trị ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp

Sau điều trị, chúng tôi nhận thấy có sự liên quan về kết quả của 2 nhóm điều trị: kết quả LDL-c đạt mục tiêu sau điều trị ở nhóm điều trị kết hợp cao hơn so với nhóm đơn trị có tỉ lệ lần lượt là 48,9% và 29,9% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,019$.

Tác giả Dai YY và cộng sự nghiên cứu trên 202 bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp có can thiệp động mạch vành qua da và có rối loạn lipid máu chia thành 2 nhóm. Nhóm điều trị bằng

atorvastatin + ezetimibe và nhóm chỉ điều trị bằng atorvastatin. Sau 01 tháng điều trị nhận thấy tỉ lệ giảm LDL-C cao hơn đáng kể ở nhóm kết hợp ezetimibe-statin so với nhóm statin 40mg ($p < 0,001$). Tỉ lệ bệnh nhân đạt được mục tiêu LDL-C cao hơn ở nhóm phối hợp ezetimibe-statin (69,1%, $p = 0,007$) và nhóm statin 80mg (67,9%, $P = 0,047$) so với nhóm statin 40mg (46,9%) ở mức 1 tháng sau PCI. Không có sự khác biệt đáng kể giữa ba nhóm liên quan đến mức độ men gan, mức độ creatine kinase (CK) và tỉ lệ mắc các triệu chứng đau cơ.

***Nồng độ LDL-c sau điều trị.** Nồng độ LDL-c sau điều trị ở nhóm điều trị bằng atorvastatin 40mg kết hợp với ezetimibe 10mg là $1,92 \pm 0,58\text{mmol/L}$ thấp hơn nhóm điều trị bằng atorvastatin 40mg là $2,27 \pm 0,76\text{mmol/L}$ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,008$. Giá trị nồng độ LDL-c giảm sau điều trị ở nhóm atorvastatin 40mg kết hợp với ezetimibe 10mg là $1,72 \pm 1,05\text{mmol/L}$ cao hơn nhóm chỉ điều trị bằng atorvastatin 40mg là $1,03 \pm 0,90\text{mmol/L}$ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,015$.

Kết quả này tương tự với tác giả sau: Liu Y và cộng sự nghiên cứu trên 230 bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp ghi nhận nồng độ LDL-c trước điều trị ở nhóm phối hợp là $2,2 \pm 0,6\text{mmol/L}$, ở nhóm đơn trị là $2,3 \pm 0,8\text{mmol/L}$. Sau điều trị nồng độ LDL-c giảm ở nhóm phối hợp là $1,4 \pm 0,5\text{mmol/L}$ và ở nhóm đơn trị là $1,5 \pm 0,6\text{mmol/L}$ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Trong hướng dẫn điều trị mới nhất 2018 của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (American Diabetes Association – ADA) có khuyến cáo như sau: Nên dùng ezetimibe phối hợp với statin liều trung bình cho những bệnh nhân đái tháo đường tuổi ≥ 40 : (1) mới bị hội chứng mạch vành cấp và có LDL-C $\geq 50\text{mg/dL}$, hoặc (2) có tiền sử bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch và không dung nạp statin liều cao [9].

Vì vậy điều trị rối loạn LDL-c bằng phối hợp atorvastatin 40mg và ezetimibe 10mg là cần thiết nhằm kiểm soát LDL-c ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tốt hơn.

*** Tác dụng phụ của thuốc**

Ở nhóm điều trị bằng atorvastatin 40mg kết hợp với ezetimibe 10mg không ghi nhận bệnh nhân sau điều trị có tăng AST và 6,2% tăng ALT.

Ở nhóm điều trị bằng atorvastatin 40mg có 2,6% bệnh nhân sau điều trị có tăng AST và 7,8% tăng ALT và 1,3 % có tăng CK.

Ở cả 2 nhóm điều trị không ghi nhận các tác dụng phụ khác.

Kết quả nghiên cứu IMPROVE-IT ghi nhận tác dụng phụ của thuốc gồm: tăng men gan 2,5%, phản ứng bất lợi ở túi mật 3,1%, đau cơ 0,1%, rạn da 0,2%.

Có thể nghiên cứu của chúng tôi có thời gian theo dõi ngắn (10 ngày) nên chúng tôi chưa ghi nhận đầy đủ các tác dụng phụ của thuốc. Cần theo dõi với thời gian dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nồng độ LDL-c đạt mục tiêu ở nhóm điều trị bằng atorvastatin 40mg + ezetimibe 10mg là 48,1%, ở nhóm điều trị bằng atorvastatin 40mg là 29,9% ($p < 0,05$). Vì vậy, nên kết hợp sớm atorvastatin với ezetimibe ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp giúp kiểm soát tốt nồng độ LDL-c tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Quang Bình (2009)**, "Bệnh động mạch vành", Bệnh học nội khoa, NXB Y học TP. Hồ Chí Minh, tr. 62-74.
2. **Dương Đình Chính, Phạm Hồng Phương (2012)**, "Đánh giá kết quả chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An", Y học thực hành, 843 (10), tr.6-9.
3. **Phạm Ngọc Dzan, Bàng Ái Viên, Võ Thành Nhân (2016)**, "Mối liên quan giữa chỉ số mắt cá chân - cánh tay và tổn thương mạch vành ở người

- cao tuổi có bệnh động mạch vành", Y Học TP. Hồ Chí Minh, Phụ Bản Tập 20 (1), tr.167-173.
4. **Nguyễn Hoàng Tài My, Huỳnh Kim Phượng, Nguyễn Thương Nghĩa (2018)**, "Mối liên hệ giữa độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung và điểm số gensini cải tiến ở bệnh nhân hội chứng vành cấp", Y Học TP. Hồ Chí Minh, Phụ Bản Tập 22 (55), tr.37 – 43.
 5. **Hội Tim Mạch học Việt Nam (2010)**, "Khuyến cáo 2010 của Hội Tim Mạch học Việt nam về dự phòng bệnh lý mạch vành ở phụ nữ", Khuyến cáo 2010 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, Nhà xuất bản Y học, tr.1-4.
 6. **Nguyễn Ngọc Quang, Đàm Trung Hiếu (2018)**, "Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Viện Tim mạch Việt Nam", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, 84+85, tr.254.
 7. **Amsterdam EA, Wenger NK, Chair V, et al (2014)**, "2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines", Circulation, 130, pp.e344-e426.
 8. **Andrikopoulos G, Tzeis S, Vlachopoulos C, Et al (2016)**, "Epidemiological characteristics, management and early outcomes of acute coronary syndromes in Greece: The PHAETHON study", Hellenic Journal of Cardiology, 57, pp.157-166.
 9. **Chamberlain JJ, Johnson EL, Et al (2018)**, "Cardiovascular Disease and Risk Management: Review of the American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes 2018", Ann Intern Med, 168 (9), pp.640-650.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỘT SỐ TỔN THƯƠNG CƠ QUAN ĐÍCH Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Nguyễn Trường Phát*, Đoàn Thị Tuyết Ngân*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc tầm soát bệnh tăng huyết áp giúp chẩn đoán và điều trị kịp bệnh thời, hạn chế các tổn thương do tăng huyết áp gây ra. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và mức độ tổn thương trên cơ quan đích và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tổn thương trên cơ quan đích ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát điều trị tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt

ngang trên 150 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát điều trị tại BV Đại học Y dược Cần Thơ năm 2018-2019. **Kết quả:** Tỷ lệ tổn thương cơ quan đích là 66,0%, trong đó tổn thương tại 1 cơ quan (tổn thương tại tim hoặc thận) là 47,33%, nhóm có tổn thương tim và thận chiếm 18,67%. Lipid máu cao, không vận động thể lực làm tăng tỉ lệ tổn thương tim. Bệnh nhân >65 tuổi, thời gian mắc bệnh >15 năm, không vận động thể lực hoặc thừa cân/ béo phì làm tăng tỉ lệ tổn thương thận. **Kết luận:** tổn thương cơ quan đích là biến chứng phổ biến của tăng huyết áp nguyên phát. Trong đó tuổi, thời gian mắc bệnh, không vận động thể lực, thừa cân hoặc béo phì có liên quan đến tỉ lệ tổn thương cơ quan đích.

Từ khóa: Tăng huyết áp nguyên phát, tổn thương cơ quan đích.

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Phát

Email: truongphat@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2019

Ngày duyệt bài: 30.9.2019

SUMMARY**RESEARCH ON CHARACTERISTICS AND FACTORS RELATED TO TARGET ORGANS DAMAGE IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTENSION TREATED AT CAN THO UNIVERSITY HOSPITAL OF MEDICINE AND PHARMACY**

Background: Screening for hypertension helps diagnose and treat the disease promptly, limiting the damage caused by hypertension. **Objectives:** Determine the rate and the extent of damage to target organs and investigate some factors related to target organ damage in patients with primary hypertension treated at Can Tho University Hospital of Medicine and Pharmacy. **Subjects and methods:** A cross sectional descriptive study was 150 patients with primary hypertension at Can Tho University Hospital of Medicine and Pharmacy from 2018 to 2019. **Results:** The rate of target organ damage was 66.0%, of which damage to one organ (either heart or kidney damage) was 47.33%, the group had damage to heart and kidney accounted for 18.67%, high blood lipid and physical inactivity were associated with an increased rate of heart damage. Patients > 65 years, duration of illness > 15 years, physical inactivity or obesity are associated with an increased rate of kidney damage. **Conclusions:** Target organ damage is a common complication of primary hypertension, in which age, duration of illness, physical inactivity, overweight or obesity are related to the rate of target organ damage.

Keywords: Primary hypertension, target organ damage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh mãn tính phổ biến nhất trên Thế giới và hiện nay đang trở thành một vấn đề thu hút sự quan tâm của toàn xã hội. Tỷ lệ tăng huyết áp tại Việt Nam đang ngày càng gia tăng, từ 1% năm 1960 lên đến 11,7% năm 1992 và đến 47,3% ở người từ 25 tuổi trở lên. Tỷ lệ người tăng huyết áp biết mình bị bệnh, được điều trị và kiểm soát huyết áp còn thấp, đồng thời bệnh diễn biến thầm lặng trong thời gian dài từ 15-20 năm đầu và không gây bất kỳ triệu chứng gì. Xuất phát từ thực trạng đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Nghiên cứu tình hình và một số yếu tố liên quan đến một số tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát điều trị tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Cần Thơ năm 2018-2019" với mục tiêu "Xác định tỉ lệ và mức độ các tổn thương trên cơ quan đích và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến các tổn thương trên cơ quan đích ở bệnh

tăng huyết áp nguyên phát điều trị tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Cần Thơ năm 2018-2019".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân từ 25 tuổi trở lên nhập viện tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Cần Thơ được chẩn đoán THA nguyên phát từ tháng 04/2018 đến tháng 09/2019.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** bệnh nhân được chẩn đoán THA khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg, hoặc đang điều trị thuốc hạ áp hàng ngày, đồng ý tham gia nghiên cứu và không có tiêu chuẩn loại trừ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những người THA có nguyên nhân, đang dùng thuốc gây THA, đang mắc các bệnh cấp tính, đang mắc các bệnh quá nặng không đi lại được hoặc có tiền sử tổn thương tim, thận không do THA.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 150 trường hợp đạt tiêu chuẩn.

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:** đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới. Đặc điểm tổn thương cơ quan đích của bệnh THA trên tim: phì đại thất trái, thiếu máu cục bộ cơ tim, suy tim. Đặc điểm tổn thương cơ quan đích trên thận: tổn thương thận khi $GFR < 60$ mL/phút. Một số yếu tố liên quan đến tổn thương cơ quan đích gồm tuổi, thời gian phát hiện bệnh, thừa cân béo phì, mức độ tuân thủ điều trị, thói quen ăn mặn, hút thuốc lá, vận động thể lực, đái tháo đường, rối loạn lipid máu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: nam giới chiếm tỉ lệ 51,33% và nữ là 48,67%. Tuổi >65 chiếm tỉ lệ cao nhất với 53,33%, tuổi từ 46-65 chiếm tỉ lệ 42,67%.

3.2. Đặc điểm tổn thương cơ quan đích của bệnh tăng huyết áp nguyên phát

Bảng 1. Tỉ lệ tổn thương tim và thận ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát

Đặc điểm tổn thương	Tổn thương thận (%)	Tổn thương tim (%)
Có	33,33	51,44
Không	66,67	48,67

Nhận xét: BN tổn thương thận chiếm

33,33% và BN có tổn thương tim chiếm 51,33%.

Bảng 2. Tỷ lệ các tổn thương trên tim ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát

Đặc điểm tổn thương	Phì đại thất trái (%)	Suy tim (%)	Nhồi máu cơ tim/TMCBCT (%)
Có	16,67	10,67	32,00
Không	83,33	89,33	68,00

Nhận xét: Nhồi máu cơ tim/TMCBCT chiếm 32,00%, phì đại thất trái chiếm 16,67% và suy tim chiếm 10,67%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát

3.3.1. Yếu tố liên quan đến tổn thương tim

Bảng 3. Liên quan giữa tuổi, thời gian mắc bệnh và tổn thương tim

Yếu tố	Phân nhóm	Có		Không		Chung		p
		n	%	n	%	n	%	
Tuổi	25 – 45	4	5,2	2	2,7	6	4	0,14
	46 – 65	27	35,1	37	50,7	64	42,7	
	Trên 65	46	59,7	34	46,6	80	53,3	
Thời gian mắc bệnh	1 – 5	2	2,6	5	6,8	7	4,7	0,044
	6 – 10	19	24,7	30	41,1	49	32,7	
	11 – 15	25	32,5	21	28,8	46	30,7	
	Trên 15	31	40,3	17	23,3	48	32	

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương tim tăng khi thời gian mắc THA tăng ($p < 0,05$).

Bảng 4. Liên quan giữa chỉ số cơ thể, đái tháo đường, rối loạn lipid và tổn thương tim

Yếu tố liên quan	Phân nhóm	Có		Không		Chung		p
		n	%	n	%	n	%	
Thừa cân/béo phì	Có	44	57,1	33	45,2	77	51,3	0,144
	Không	33	42,9	40	54,8	73	48,7	
Đái tháo đường	Có	39	50,6	31	42,5	70	46,7	0,315
	Không	38	49,4	42	57,5	80	53,3	
Rối loạn lipid	Có	58	75,3	41	56,2	99	66	0,013
	Không	19	24,7	32	43,8	51	34	

Nhận xét: BN có rối loạn lipid có tỷ lệ tổn thương tim cao hơn nhóm còn lại, ($p < 0,05$).

Bảng 5. Liên quan giữa vận động thể lực, tuân thủ điều trị, thói quen ăn mặn, hút thuốc lá và tổn thương tim

Yếu tố liên quan	Phân nhóm	Có		Không		Chung		p
		n	%	n	%	n	%	
Vận động thể lực	Có	43	44,2	56	76,7	99	66	0,007
	Không	34	55,8	17	23,3	51	34	
Tuân thủ điều trị	Có	31	40,3	28	38,4	59	39,3	0,811
	Không	46	59,7	45	61,6	91	60,7	
Thói quen ăn mặn	Có	4	5,2	4	5,5	8	5,3	0,938
	Không	73	94,8	69	94,5	142	94,7	
Hút thuốc lá	Có	24	31,2	29	39,7	53	35,3	0,273
	Không	53	68,8	44	60,3	97	64,7	

Nhận xét: BN không vận động thể lực có tỷ lệ tổn thương tim cao hơn nhóm còn lại, ($p < 0,05$).

3.3.2. Yếu tố liên quan đến tổn thương thận

Bảng 6. Liên quan giữa tuổi, thời gian mắc bệnh và tổn thương thận

Yếu tố liên quan	Phân nhóm	Có		Không		Chung		p
		n	%	n	%	n	%	
Tuổi	25 – 45	0	0	6	6	6	4	0,003
	46 – 65	14	28	50	50	64	42,7	
	>65	36	72	44	44	80	53,3	
Thời gian mắc	1 – 5	1	2	6	6	7	4,7	<0,001

bệnh (năm)	6 – 10	10	20	39	39	49	32,7	
	11 – 15	11	22	35	35	46	30,7	
	>15	28	56	20	20	48	32	

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương thận tăng ở Bn lớn tuổi và thời gian mắc THA kéo dài ($p < 0,05$).

Bảng 7. Liên quan giữa vận động thể lực, tuân thủ điều trị, thói quen ăn mặn, hút thuốc lá và tổn thương thận

Yếu tố liên quan	Phân nhóm	Có		Không		Chung		p
		n	%	n	%	n	%	
Vận động thể lực	Có	26	52	73	73	99	66	0,01
	Không	24	48	27	27	51	34	
Tuân thủ điều trị	Có	21	42	38	38	59	39,3	0,636
	Không	29	58	62	62	91	60,7	
Thói quen ăn mặn	Có	3	6	5	10	8	5,3	0,797
	Không	47	94	95	95	142	94,7	
Hút thuốc lá	Có	14	28	39	39	53	35,3	0,184
	Không	36	72	61	61	97	64,7	

Nhận xét: Bn không vận động thể lực có tỷ lệ tổn thương thận cao hơn nhóm còn lại, ($p < 0,05$).

Bảng 8. Liên quan giữa thừa cân/béo phì, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và tổn thương thận

Yếu tố liên quan	Phân nhóm	Có		Không		Chung		p
		n	%	n	%	n	%	
Thừa cân/Béo phì	Có	15	30	62	62	77	51,3	< 0,001
	Không	35	70	38	38	73	48,7	
Đái tháo đường	Có	27	54	43	43	70	46,7	0,203
	Không	23	46	57	57	80	53,3	
Rối loạn lipid máu	Có	30	60	69	69	99	66	0,273
	Không	20	40	31	31	51	34	

Nhận xét: Bn có thừa cân/béo phì có tỷ lệ tổn thương thận cao hơn nhóm còn lại, ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam là 51,33% và nữ là 48,67%. Nhóm tuổi >65 chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,33%, nhóm từ 46 – 65 chiếm tỷ lệ 42,67%. Theo Đào Duy An (2005), tỷ lệ THA của bệnh nhân độ tuổi 60 - 80 là 49,3% [1]. Theo thống kê năm 2002, khoảng 153 triệu người trưởng thành Trung Quốc bị THA, tỷ lệ hiện mắc cao hơn ở nam (20%) so với nữ (17%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như một số tác giả trong nước và quốc tế. Điều này được giải thích rằng THA với tuổi tác chủ yếu liên quan đến sự thay đổi độ cứng động mạch là yếu tố chính dẫn đến THA. Nam giới thường có các yếu tố làm tăng huyết áp như hút thuốc lá, uống rượu do đó tỷ lệ nam thường cao hơn nữ.

4.2. Tỷ lệ cơ quan đích bị tổn thương ở bệnh nhân tăng huyết áp: theo kết quả nghiên cứu, nhóm có tổn thương tại tim hoặc thận là 47,3%, nhóm không có tổn thương tim và thận là 34,0%, nhóm vừa có tổn thương cả hai chiếm tỷ lệ 18,67%. Nghiên cứu của Ayodele

tại Nigeria cho thấy tỷ lệ tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân THA là 66,7%. Kết quả của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt rất nhỏ so với các nghiên cứu khác. Có lẽ là do thời gian phát hiện bệnh tương đối muộn nên việc kiểm soát huyết áp thường xuyên lại bắt đầu ở giai đoạn đã có những tổn thương cơ quan đích.

4.3. Tỷ lệ tổn thương tim và tổn thương thận ở bệnh nhân tăng huyết áp:

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm tổn thương tại thận chiếm tỷ lệ 33,33% nhóm có tổn thương tại tim chiếm tỷ lệ 51,33%. Theo Bùi Văn Tân (2010), tổn thương tim đứng đầu trong các tổn thương cơ quan đích, trong đó suy chức năng tâm trương (83,9%), phì đại thất trái (48,2%), và tổn thương thận (23,1%) [8]. Theo tác giả Huỳnh Ngọc Diệp (2015), suy thận mạn là tổn thương cơ quan đích thường gặp nhất với 40,64% [2]. Huyết áp tăng cao gây phá hủy bộ lọc ở cầu thận, dẫn đến hậu quả là thận không thể loại bỏ những chất cặn bã độc hại cũng như nước dư thừa ra ngoài.

4.3. Tỷ lệ các tổn thương trên tim ở bệnh nhân tăng huyết áp:

Theo kết quả nghiên cứu,

phì đại thất trái chiếm tỉ lệ 16,67%, suy tim chiếm tỉ lệ 10,67%, và NMCT/thiếu máu cục bộ cơ tim là 32,0%. Nghiên cứu của tác giả Ayodele tại Nigeria cho thấy tỉ lệ suy tim ở bệnh nhân THA là 8,8%. Nghiên cứu của Võ Thị Hà Hoa (2013) cho thấy tỉ lệ bệnh tim thiếu máu cục bộ và phì đại thất trái ở nhóm THA ẩn giấu cao hơn so với nhóm không THA ẩn giấu [5].

4.4. Các yếu tố liên quan đến tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân tăng huyết áp

4.4.1. Độ tuổi: Chưa tìm thấy mối liên quan thống kê giữa độ tuổi với tổn thương tại tim ở bệnh nhân THA. Nhưng những BN THA ≥ 65 tuổi có nguy cơ bị tổn thương tại thận cao hơn những người THA < 65 tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Những bệnh nhân THA không kiểm soát cho thấy sự suy giảm nhanh chóng chức năng thận. Nguy cơ tăng lên ở nhóm bệnh nhân có HA bình thường cao so với nhóm có HA tối ưu $< 120/80$ mmHg [3].

4.4.2. Thời gian mắc bệnh: BN mắc THA > 15 năm có nguy cơ tổn thương tại tim và thận cao hơn so với nhóm còn lại ($p < 0,05$). Các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy nguy cơ tổn thương cơ quan đích do THA phụ thuộc rất lớn vào phát hiện và kiểm soát HA. Những bệnh nhân THA phát hiện muộn, không được kiểm soát là yếu tố liên quan trực tiếp đối với các tổn thương cơ quan sau này.

4.4.3. Vận động thể lực: Những người mắc bệnh THA có vận động thể lực thì ít nguy cơ tổn thương tại tim 0,384 lần và tại thận 0,401 so nhóm còn lại ($p < 0,05$). Theo tác giả Bùi Văn Tân (2010), cho thấy ít vận động thể lực là yếu tố nguy cơ cao của tăng huyết áp (62,8%) [8]. Hiện nay, ở nhiều nước trên thế giới, do kinh tế phát triển, cuộc sống có đầy đủ vật chất hơn làm cho con người dễ sa vào lối sống ít vận động thể lực, bên cạnh đó một chế độ ăn uống không hợp lý (quá nhiều calo, nhiều mỡ động vật, nhiều chất ngọt [3].

4.4.4. Tuân thủ điều trị: Chưa tìm thấy mối liên quan thống kê giữa tuân thủ điều trị với tổn thương tại tim và tổn thương tại thận trên bệnh nhân THA. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Lan (2016) đánh giá mối quan hệ giữa mức độ tuân thủ và nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp, có 49,8% bệnh nhân được tuân thủ. Sự tuân thủ ở nữ cao gấp 1,5 lần so với nam giới nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) [7].

4.4.5. Thói quen ăn mặn: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 5% BN THA có thói quen ăn mặn. Kết quả nghiên cứu này chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Theo Feng J He và cộng sự (2013), có mối liên quan chặt chẽ giữa mức độ giảm muối và mức độ giảm huyết áp, so với điều trị thông thường, chế độ ăn giảm muối làm giảm huyết áp 2,6/1,1 mmHg. Theo Hồng Mừng Hai (2014), người ăn mặn có nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,1 lần so với nhóm còn lại [4]. Ở Việt Nam, thói quen ăn mặn đã trở thành thói quen của nhiều người, cả ở người cao tuổi có THA. Việc ăn nhiều muối làm tăng hoạt động của hệ thần kinh giao cảm, tăng hoạt động của hệ renin - angiotensin, dẫn đến tăng tái hấp thu natri ở ống thận. Ion natri vào nhiều trong tế bào của cơ trơn gây co mạch, tăng sức cản ngoại vi và THA.

4.4.6. Hút thuốc lá: tỉ lệ bệnh nhân hút thuốc lá là 35%, kết quả nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Theo WHO, có bằng chứng có sự kết hợp giữa hút thuốc với tăng huyết áp theo cấp số nhân làm tăng nguy cơ tim mạch. Nghiên cứu của Trương Thị Thủy Dương cho thấy có mối liên quan giữa hút thuốc với THA ($p < 0,05$). Các nghiên cứu cho thấy hút thuốc lá làm tăng nguy cơ NMCT lên 4 lần, đột tử lên 5 lần, tai biến mạch máu não lên 1,5 lần, nguy cơ mắc bệnh THA cao gấp 1,45 lần so với người không hút thuốc lá [3].

4.4.7. Chỉ số cơ thể (BMI): Có 51% BN thuộc nhóm thừa cân/béo phì. Chưa tìm thấy mối liên quan thống kê. Những người bệnh THA có thừa cân/béo phì có nguy cơ tổn thương tại thận cao so với nhóm còn lại 3,807 lần ($p < 0,05$). Theo Lý Huy Khanh, thừa cân/béo phì làm tăng nguy cơ THA 5,9 lần [6]. Thừa cân béo phì thường kèm theo tích tụ mỡ dưới da và nội tạng, dẫn đến tăng sản xuất cholesterol LDL xấu vào máu khiến cho động mạch cứng và hẹp hơn. Đây là điều đáng lo ngại vì béo phì và RLLM thường song hành cùng nhau, đó là hậu quả của lối sống và dinh dưỡng không hợp lý.

4.4.7. Đái tháo đường: Chưa tìm thấy mối liên quan thống kê giữa đái tháo đường với tổn thương tại tim và tổn thương tại thận trên bệnh nhân THA. Nghiên cứu của Fan Wang (2011) cho thấy bệnh nhân THA có ĐTĐ làm tăng tỉ lệ tổn thương trên mắt và mạch máu. Theo thống kê người ta ước tính có khoảng 27% người bị THA có đề kháng insulin hoặc suy giảm glucose. THA thường gặp liên quan chặt chẽ với sự tiến triển

của bệnh lý thận ở bệnh nhân ĐTĐ. Bệnh thận và tiểu đường là một yếu tố quan trọng liên quan đến sự phát triển của bệnh cao huyết áp ở bệnh nhân.

4.4.8. Rối loạn lipid máu: Những BN THA có lipid máu cao có nguy cơ tổn tại tim gấp 2,383 lần so với nhóm còn lại ($p < 0,05$). Chưa tìm thấy mối liên quan thống kê giữa rối loạn lipid máu tổn thương tại thận trên bệnh nhân THA. Nghiên cứu của tác giả Viridis A cho thấy nguy cơ tổn thương não tăng cao gấp 1,31 lần ở những bệnh nhân có rối loạn lipid máu [9]. Khoảng 90% bệnh nhân béo phì, béo bụng gặp rối loạn mỡ máu. Bên cạnh là nguyên nhân gây huyết áp cao, rối loạn lipid máu còn là một trong những yếu tố quan trọng gây ra bệnh xơ vữa động mạch, làm trầm trọng thêm những tổn thương của bệnh tai biến mạch máu não [3].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 150 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát nhập viện tại Bệnh Viện Đại học Y Dược Cần Thơ, chúng tôi rút ra kết luận:

Tỉ lệ tổn thương cơ quan đích là 66,0%, tổn thương tại 1 cơ quan chiếm 47,3%, tổn thương tại tim và thận chiếm 18,7%. Tỉ lệ tổn thương tại tim là 51,3% và thận là 33,33%. Có mối liên quan thống kê giữa thời gian mắc bệnh THA, không vận động thể lực, lipid máu cao và tỉ lệ tổn thương tại tim ($p < 0,05$). Có mối liên quan thống kê giữa tuổi ≥ 65 , THA trên 15 năm,

không vận động thể lực, thừa cân béo phì và tỉ lệ tổn thương thận ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Duy An (2005)**, "Nhận thức cơ bản và cách xử trí ở bệnh nhân tăng huyết áp". Kỷ yếu các đề tài khoa học hội nghị Tim mạch khu vực phía nam lần thứ 7, tr10-15.
2. **Huỳnh Ngọc Diệp, Huỳnh Kim Phượng (2015)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tăng huyết áp nằm viện tại bệnh viện đa khoa khu vực Tháp Mười". Tạp chí tim mạch học Việt Nam.
3. **Phạm Tử Dương (2005)**, "Bệnh tăng huyết áp", NXB Y học.
4. **Hồng Mừng Hai (2014)**, "Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp ở người từ 25 tuổi trở lên và kết quả can thiệp tại huyện Phú Tân tỉnh Cà Mau năm 2014". Tạp chí y học Dự phòng, Tập XXV, tr333.
5. **Võ Thị Hà Hoa (2013)**, "Khảo sát mối liên quan giữa tăng huyết áp ẩn giấu với các yếu tố nguy cơ tim mạch và tổn thương cơ quan đích". Tạp chí tim mạch học Việt Nam, xuất bản số 65/2013, tr74-80.
6. **Lý Huy Khanh (2011)**, "Khảo sát mối tương quan giữa tăng huyết áp với BMI, vòng eo, tỉ số eo mông ở người dân Phường Hòa Thạnh Quận Tân Phú". Chuyên đề Tim mạch học, tr78-95.
7. **Nguyễn Thị Phương Lan (2012)**, "Mô hình dự đoán gánh nặng rủi ro bệnh tim mạch tại vùng nông thôn miền núi Việt Nam", tr64-73.
8. **Bùi Văn Tân (2010)**, "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ, triệu chứng lâm sàng, tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát". Tạp chí y học thực hành 705, số 2, tr66-70.
9. **A Viridis (2010)**, "Cigarette smoking and hypertension". Curr Pharm Des, 16(23), pp 2518-25.

PHÂN TÍCH YẾU TỐ ĐỘC LỰC CỦA H. PYLORI Ở NGƯỜI DÂN TỘC TỈNH LÀO CAI VÀ TỈNH ĐẮC LẮC TẠI VIỆT NAM

Bùi Chí Nam¹, Vũ Văn Khiên², Phan Quốc Hoàn²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đa khoa Lào Cai

²Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Chí Nam

Email: namlaocaihp1@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2019

Ngày duyệt bài: 1.10.2019

Mục tiêu: Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm H. pylori, các yếu tố độc lực của H. pylori và mối liên quan giữa MBH với mô bệnh học ở bệnh nhân VDDM tại tỉnh Đắc Lắc và Lào Cai. **Phương pháp:** Chúng tôi đã tuyển chọn 494 người tình nguyện (210 nam và 284 nữ), tuổi 17-78 tuổi, từ 13 dân tộc khác nhau, sống tại tỉnh Đắc Lắc và tỉnh Lào Cai, Việt Nam. Xác định tỷ lệ nhiễm H. pylori bằng 5 phương pháp khác nhau: test urease nhanh, cấy khuẩn, mô bệnh học bao gồm cả hóa mô miễn dịch và huyết thanh học. Xác định về cagA và vacA dựa trên kỹ thuật PCR và giải trình tự

gen. Phân tích gen *cagA* dựa trên kỹ thuật MLST (multilocus sequence typing: MLST). **Kết quả:** Tần suất chung nhiễm *H. pylori* chiếm tỷ lệ: 38,0%, tăng cao nhiều ở Đắk Lắk so với Lào Cai (51,0% đối với 29,3%, $p < 0,001$). Tỷ lệ *cagA* đạt 99,4% (170/171), bao gồm: 56,1% (97/170) typ *cagA* Đông Á và 42,9% (73/170) typ *cagA* phương Tây. Đa đa số các chủng *H. pylori* được phân lập từ nhóm người dân tộc Ê Đê sinh sống tại Đắk Lắk là các typ *cagA* phương Tây (82%) và có chỉ số viêm, viêm teo, dị sản ruột thấp hơn so với nhóm bệnh nhân khác mang gen *cagA* Đông Á. **Kết luận:** Đây là báo cáo đầu tiên về *H. pylori* ở người dân tộc thiểu số tại Việt Nam. Phần lớn tần suất nhiễm gặp ở người Ê Đê với chủng mới *H. pylori* mang gen *cagA* phương Tây và gây tổn thương nhẹ ở dạ dày tá tràng.

Từ khóa: *Helicobacter pylori* (*H. pylori*); ung thư dạ dày (UTDD), viêm dạ dày mạn (VDDM)

SUMMARY

ANALYSIS VIRULENCE FACTORS OF *H. PYLORI* OF ETHNIC IN LAO CAI & DAK LAK (VIETNAM)

Aim: Studied the prevalence of *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) infection, virulence genes of *H. pylori* and correlation with histopathology in patients with minor ethnic groups in Dak Lak - Lao Cai province. **Methods:** We recruited 494 volunteers (210 males and 284 females), aged 18-78 years from 13 ethnic groups living in Daklak and Laocai province, Vietnam. The status of *H. pylori* infection was determined by 5 methods: rapid urease test, culture, histology including immunohistochemistry, and serology. *cagA* and *vacA* status were determined by PCR and sequencing. The genealogy of *CagA* was analyzed by multilocus sequence typing (MLST). **Results:** The overall *H. pylori* infection rate was 38.0%, being significantly higher in Daklak than Laocai (51.0% vs 29.3%, $p < 0.001$). The prevalence of *cagA* was 99.4% (170/171), including 56.1% (97/170) East-Asian-type and 42.9% (73/170) Western-type. Majority of *H. pylori* isolated from E De group living in Daklak possessed Western-type *cagA* (82.0%), and had lower levels of inflammation, atrophy, and intestinal metaplasia than other groups, in which *cagA* was all East-Asian-type. The structure of Western-type *CagA* in Daklak was different from that of typical Western-type *CagA* found in Western countries. **Conclusion:** *H. pylori* infection was first reported in minor ethnic groups in Vietnam. Majority of Ede group had infected with novel genotype of *H. pylori* with atypical Western-type *CagA*, and had mild gastric damages.

Keywords: *Helicobacter pylori* (*H. pylori*); gastric cancer, gastritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ khi phát hiện ra vi khuẩn *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) đã mở ra một kỷ nguyên mới trong hiểu biết cơ chế bệnh sinh bệnh lý dạ dày tá tràng. Khả năng gây bệnh của *H. pylori* phụ thuộc rất nhiều vào yếu tố độc lực như: *cagA*, *cagE*, *vacA*, *babA*, *opiA*, *iceA* và *homb* [8]. *CagA* là một trong các yếu tố độc lực chính của vi khuẩn *H. pylori* và được chia thành 2 týp: *cagA* Đông Á và *cagA* phương Tây [4]. Tỷ lệ *cagA* Đông Á tại các nước Hàn Quốc, Nhật Bản và Trung Quốc... chiếm trên 95%. Trong khi đó, *cagA* phương Tây chiếm chủ yếu, giao động: 50-70% [5,6].

VacA là một yếu tố độc lực khác của *H. pylori* cũng được nghiên cứu khá rộng rãi [4]. Yếu tố độc lực của *vacA* phụ thuộc vào cấu trúc vùng tín hiệu (gồm s1 và s2) và vùng giữa (gồm m1 và m2) [7], [8]. Các gene *vacAs1* hoặc *vacAm1* có nguy cơ gây loét DDTT và UTDD so với *vacAs2* hoặc *vacAm2* [8].

Tại Việt Nam, từ trước tới nay, việc nghiên cứu về *cagA*, *vacA* ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn (VDDM) người dân tộc còn hạn chế và chỉ tập trung ở người Kinh [2]. Do vậy, từ năm 2012 đến nay, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu về *H. pylori* và các yếu tố độc lực (*cagA* và *vacA*) ở người dân tộc tại hai tỉnh: Lào Cai và Đắk Lắk, với 2 mục đích:

+ Khảo sát tỷ lệ nhiễm *H. pylori*, các yếu tố độc lực của *H. pylori* (*cagA*, *vacA*) ở người dân tộc tỉnh Lào Cai và Đắk Lắk

+ Mối liên quan giữa MBH với *cagA* Đông Á và *cagA* phương Tây ở người Ê Đê (Tỉnh Đắk Lắk)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Có 494 bệnh nhân VDDM đã được đưa vào nghiên cứu, trong thời gian: 07/2012 đến 04/2013, tại 9 huyện của hai tỉnh Lào Cai và Đắk Lắk. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức và được Bộ Y tế Việt Nam phê duyệt.

2. Phương pháp nghiên cứu:

* **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu, mô tả, cắt ngang

* **Trình tự nghiên cứu:** tất cả bệnh nhân được phỏng vấn, thu thập thông tin và đồng ý tham gia nghiên cứu theo quy trình: nội soi dạ dày, sinh thiết, xét nghiệm huyết thanh.

* **Nội soi dạ dày:**

- Đánh giá tổn thương viêm dạ dày mạn (VDDM) dựa trên hệ thống Sydney cập nhật

- Lấy mẫu sinh thiết để xét nghiệm: CLO test, nuôi cấy, mô bệnh học, hóa mô miễn dịch.

* **Lấy mẫu huyết thanh:** Lấy mẫu huyết thanh (3 ml), ly tâm tách huyết thanh và bảo quản lạnh (-80°C)

* **Xác định tình trạng nhiễm *H. pylori*.** Xác định nhiễm *H. pylori* khi kết quả nuôi cấy cho dương tính. Khi nuôi cấy âm tính, xác định có nhiễm *H. pylori* khi có ít nhất 2 trong số xét nghiệm còn lại (MBH, test urease, test huyết thanh) cho kết quả dương tính. Nếu chỉ có một trong số xét nghiệm trên cho kết quả dương tính thì được xem như không xác định rõ nhiễm *H. pylori*. Không bị nhiễm *H. pylori* khi cả 4 xét nghiệm trên đều cho kết quả âm tính.

* **Xác định yếu tố độc lực *cagA* và *vacA*.** Các mẫu sinh thiết lấy từ hang vị được đưa vào môi trường nuôi cấy chuẩn để phân lập vi khuẩn *H. pylori*. Tách chiết DNA của *H. pylori* được thực

hiện bằng QIAamp DNA kit (QIAGEN, Valencia, CA) và dùng kỹ thuật PCR để khuếch đại gen *cagA* [9]. Thông qua quá trình khuếch đại PCR để xác định giải trình tự và phân tít cho *cagA* bao gồm: (*cagA* Đông Á hay *cagA* Phương Tây, với số liệu về EPIYA motifs). *VacA* được phân chia: s1, s2, m1, và m2. Tất cả quy trình này được thực hiện tại Khoa Môi trường và Y tế Cộng đồng- Trường Đại học Oita (Nhật Bản).

***Phân tích thống kê.** Sử dụng phân tích Chi bình phương, Fisher's exact test, và phân tích ANOVA một chiều. Khác biệt với $p < 0.05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 494 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tại 2 tỉnh Đắk Lắk (n = 200) và Lào Cai (n = 294), với tuổi trung bình: $39,8 \pm 12,5$ tuổi (18-78 tuổi). Tỷ lệ giới: Nam (n = 210), nữ (n = 284). Sau đây, là kết quả nghiên cứu cụ thể:

Bảng 3.1. Tần suất nhiễm *H. pylori* trong các xét nghiệm khác nhau.

H. pylori (+) trên các xét nghiệm	Nhóm tuổi					
	≤ 29 tuổi	30-39 tuổi	40-49 tuổi	50-59 tuổi	≥ 60 tuổi	Tổng
	n=118	n=156	n=107	n=67	n=46	n=494
Cấy khuẩn (%)	35 (29,7)	61 (39,1)	31 (28,9)	29 (43,9)	15 (32,6)	171 (34,6)
Mô bệnh học (%)	37 (31,4)	62 (39,7)	37 (34,6)	33 (49,3)	16 (34,8)	185 (37,4)
Urease test (%)	41 (34,7)	64 (41,0)	37 (34,6)	36 (53,7)	17 (37,0)	195 (39,5)
Huyết thanh (%)	41 (34,7)	64 (41,1)	37 (34,6)	35 (52,2) ^a	13(28,2) ^a	190 (38,4)
Tỷ lệ chung (%)	38(32,2)	63 (40,4)	36 (33,6)	33 (49,3)^b	16(34,8)^b	188(38,0)

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm chung nhiễm *H. pylori* chiếm 38%. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* có xu hướng tăng theo tuổi. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* tăng nhiều ở xét nghiệm huyết thanh học và tăng cao có ý nghĩa ($p = 0,047$) ở nhóm tuổi: 50-59 tuổi so với nhóm tuổi ≥ 60 tuổi.

Bảng 3.2. Tỷ lệ *cagA* và *vacA* ở bệnh nhân người dân tộc tỉnh Đắk Lắk và Lào Cai

Cấy <i>H. pylori</i> dương tính	<i>cagA</i> positive	<i>cagA</i> genotype		<i>vacA</i> s and m	
		Phương Tây	Đông Á	s1m1	s1m2
Đắk Lắk (n = 96)	95 (99,0%)	73 (76,8%)	22 (23,2%)	78 (81,3%)	18 (18,8%)
Ê Đê	89 (98,9%)	73 (82,0%)	16 (18,0%)	74 (82,2%)	16 (17,8%)
Nùng*	4 (100%)		4 (100%)	2 (50,0%)	2 (50,0%)
Vân Kiều	1 (100%)		1 (100%)	1 (100%)	
Thái	1 (100%)		1 (100%)	1 (100%)	
Lào Cai (n = 75)	75 (100%)		75 (100%)	34 (45,3%)	39 (52%)
H'Mông	39 (100%)		39 (100%)	17 (43,6%)	20 (51,3%)
Nùng*	2 (100%)		2 (100%)	2 (100%)	
Tày*	12 (100%)		12 (100%)	7 (41,7%)	7 (58,3%)
Dao *	9 (100%)		9 (100%)	4 (44,4%)	5 (55,6%)
Xa Phó	11 (100%)		11 (100%)	4 (36,4%)	7 (63,6%)
Ráy	1 (100%)		1 (100%)	1 (100%)	

Mán	1 (100%)		1 (100%)	1 (100%)	
Tổng (n = 171)	170 (94,4%)	73 (42,9%)	97 (56,1%)	112 (65,5%)	57 (33,5%)

Nhận xét: Tỷ lệ cagA đạt 99,4% (170/171), trong đó typ cagA Đông Á: 57,1%, cagA Phương Tây: 42,9%. CagA phương Tây ở người Ê Đê (82%). Tỷ lệ vacA s1 chiếm: 100%, trong đó VacAm1 (65,5%) và VacAm2 (33,3%); tỷ lệ VacAs1m1 chiếm ưu thế ở người Ê Đê chiếm tỷ lệ: 82,2%.

Bảng 3.3. So sánh mức độ VDDM ở các nhóm người dân tộc khác nhau

	Ê Đê (n=90)	Nùng (n=6)	H' Mông (n=39)	Tày (n=12)	Dao (n=9)	Xa Phó (n=11)
Hang vị						
BC đa nhân	1,2(1)	2,0 (2)*	1,7 (2)#	1,7 (2) ⁺	1,7(2)*	2,0 (2)*
BC đơn nhân	1,5 (2)	2,3 (2,5)*	2,1 (2)#	2,2 (2) ⁺	2,0 (2)	2,2 (2)*
Viêm teo	0,9 (1)	1,5 (1)	1,0 (1)	1,2 (1)	0,9 (1)	1,0 (1)
Dị sản	0,02 (0)	0,0 (0)	0,2 (0)#	0,2 (0) ⁺	0,0 (0)	0,4 (0)*
Thân vị						
BC đa nhân	0,7 (1)	0,8 (1)	1,0 (1)#	0,9 (1)	1,1 (1)	0,9 (1)
BC đơn nhân	0,5 (1)	0,5 (0,5)	1,2 (1)#	1,1 (1) ⁺	1,2(1)*	0,6 (1)
Viêm teo	0,02 (0)	0,0 (0)	0,2 (0)#	0,2 (0) ⁺	0,2(0)*	0,0 (0)
Dị sản	0,01 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
OLGA	0,9 (1)	1,5 (1)	1,1 (1)	1,2 (1)	0,9 (1)	1,0 (1)
Mức độ VDDM	1,9 (2)	2,7(2,5)*	2,7 (3)#	2,7 (2,5) ⁺	2,6(2)*	2,4 (2)*

Nhận xét: Tính tổng thể: mức độ viêm dạ dày (theo thang điểm Sydney cập nhật), mức độ viêm teo (atrophy) và dị sản ruột ở người Ê Đê thấp hơn so với người dân tộc khác ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa MBH với cagA Phương Tây và cagA Đông Á ở người Ê Đê

Mô bệnh học	CagA Phương Tây ở người Ê Đê (n=73)	CagA Đông Á ở người Ê Đê (n =16)	CagA Đông Á ở dân tộc khác (n = 81)
Hang vị			
BC đa nhân	1,2 (1)	1,2 (1)	1,7 (2)*
BC đơn nhân	1,5 (2)	1,7 (2)	2,1 (2)*
Viêm teo	0,9 (1)	1,1 (1)	1,1 (1)
Dị sản	0,03 (0)	0,0 (0)	0,2 (0)*
Thân vị			
BC đa nhân	0,8 (1)	0,6 (1)	0,9 (1)
BC đơn nhân	0,6 (1)	0,5 (1)	1,0 (1)*
Viêm teo	0,02 (0)	0,0 (0)	0,2 (0)*
Dị sản	0,01 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Phân loại OLGA	0,9 (1)	1,1 (1)	1,1 (1)
Phân loại OLGIM	0,04 (0)	0,0 (0)	0,2 (0)*
Mức độ VDDM	2,0 (2)	2,0 (2)	2,6 (2)*

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa chỉ số MBH người Ê Đê mang gene cagA Đông Á so với chỉ số MBH ở người dân tộc khác mang gene cagA Đông Á ($p > 0,05$). Tuy nhiên, chỉ số MBH ở người Ê Đê mang gen cagA phương Tây thì thấp hơn có ý nghĩa so với người Ê Đê (nói riêng) và dân tộc khác mang gen cagA Đông Á ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tần suất nhiễm H. pylori ở người dân tộc. Trước đây, tại Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu về H. pylori tập trung nhiều ở người Kinh [2]. Nguyễn Văn Thịnh (2010) nghiên cứu trên 279 bệnh nhân VDDM [2], sử dụng 4

phương pháp khác nhau để phát hiện H. Pylori, kết quả cho biết tỷ lệ H. pylori dương tính với: CLO test, PCR, MBH và nuôi cấy chiếm tỷ lệ tương ứng: 58,1%, 58,1%, 56,3% và 57,0% [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Lâm Tùng và cs (2010), phối hợp với Trường Đại học Oita [5], cho biết tỷ

lệ nhiễm *H. pylori* ở người Kinh chiếm 65,6%. Như vậy, tần suất nhiễm *H. pylori* trong các bệnh lý dạ dày ở người Kinh là khá cao.

Tuy nhiên, các nghiên cứu về *H. pylori* ở người dân tộc còn khá khiêm tốn, phần lớn thông qua điều tra dịch tễ học trên đối tượng trẻ em (< 16 tuổi) [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.1) cho biết tần suất nhiễm *H. pylori* chiếm tỷ lệ thấp: 38%. Tuy nhiên, tần suất nhiễm *H. pylori* ở hai tỉnh có khác nhau và cũng có sự khác nhau ở các dân tộc khác nhau. Kết quả bảng 3.2 cho biết: Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở tỉnh Đắk Lắk (51%) cao hơn có ý nghĩa ($p = 0,001$) so với tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở tỉnh Lào Cai. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* người Nùng tỉnh Đắk Lắk (66,7%) cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với tỷ lệ nhiễm *H. pylori* người Nùng tỉnh Lào Cai (29,3%). Tính chung: người Ê Đê, Xa Phó có tỷ lệ nhiễm *H. pylori* cao hơn so với người Nùng, H'Mông, Tày và Dao ($p < 0,05$).

4.2. Phân bố các týp cagA và vacA của H. Pylori ở người dân tộc. Kết quả nghiên cứu trình bày trong bảng 3.5 cho biết: Tỷ lệ cagA đạt 99,4% (170/171), trong đó cagA Đông Á: 57,1%, cagA Phương Tây: 42,9%. CagA phương Tây ở người Ê Đê chiếm tỷ lệ rất cao: 82%, số còn lại là cagA Đông Á (18%). Nghiên cứu cũng cho biết: Tỷ lệ vacA s1 chiếm: 100%, trong đó VacAm1 (65,5%) và VacAm2 (33,3%); tỷ lệ VacAs1m1 chiếm ưu thế ở người Ê Đê (82,2%).

Các nghiên cứu trên thế giới cho biết: tỷ lệ cagA thay đổi rất lớn và có liên quan đến các vùng địa lý khác nhau. Tỷ lệ chủng *H. pylori* có cagA rất cao ở những nước Đông Á như Hàn Quốc, Nhật Bản (xấp xỉ 100%), trong khi ở các khu vực khác thì thấp hơn nhiều. Nghiên cứu tại Ý của Paoluzi O.A. và CS ghi nhận tỷ lệ *H. pylori* mang cagA là 60,7%, nghiên cứu của Gonzalez C.A. tại Tây Ban Nha có kết quả 47,7%. Điều đáng lưu ý là những nước có tỷ lệ *H. pylori* có cagA cao, đặc biệt là cagA týp Đông Á, thì những nước đó có tỷ lệ loét dạ dày và UTDD rất cao [6-8]. Như vậy, sự hiện diện cagA Đông Á sẽ dự báo nguy cơ mắc UTDD nhiều hơn so cagA phương Tây.

Tại Đắk Lắk, mặc dầu tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở người Ê Đê khá cao (51,4%) so với người dân tộc khác, nhưng sự phân bố về cagA Đông Á và cagA phương Tây khác hơn so với dân tộc khác (Nùng, Vân Kiều, Thái...). Tỷ lệ cagA phương Tây ở người Ê Đê chiếm 82% và có thể cagA

phương Tây là một trong các yếu tố có liên quan đến chỉ số MBH ở bệnh nhân VDDM người Ê Đê.

Các nghiên cứu khác cũng cho biết với những bệnh nhân nhiễm *H. pylori* với chủng vacA m1 thì có nguy cơ gây loét DDTT, UTDD tăng cao hơn so với bệnh nhân có chủng vacA m2 [4-7,8]. Nghiên cứu của Yamaoka và cs [5] cho biết: vacAm1 có thể là một yếu tố liên quan đến tần suất mắc UTDD khác nhau giữa hai miền Nam-Bắc của Việt Nam [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở người Ê Đê cho biết: tần suất của vacAm1 lại tăng cao (65,5%) hơn so với tỷ lệ vacAm2 (35,5%), kết quả này lại trái ngược với kết quả tổn thương MBH dạ dày, và cũng trái ngược với phân týp của cagA. Điều này gợi ý rằng, một mình vacA hoặc cagA chưa đủ bằng chứng thuyết phục các hiện tượng bệnh lý quan sát được trong nghiên cứu này.

4.3. Mô bệnh học dạ dày và mối liên quan của nó với cagA ở người dân tộc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các đối tượng nghiên cứu đều được nội soi dạ dày và sinh thiết làm MBH. Một số nghiên cứu cho rằng có mối liên quan giữa tần suất nhiễm *H. pylori* với mức độ tổn thương MBH.

Để lý giải về kết quả này, chúng tôi đã tiến hành phân tích mối liên quan giữa MBH người Ê Đê với cagA Phương Tây và cagA Đông Á (bảng 3.5). Kết quả nghiên cứu cho biết: Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa chỉ số MBH người Ê Đê mang gene cagA Đông Á so với chỉ số MBH ở người dân tộc khác mang gene cagA Đông Á ($p > 0,05$). Tuy nhiên, chỉ số MBH ở người Ê Đê mang gen cagA phương Tây thì thấp hơn có ý nghĩa so với người Ê Đê (nói riêng) và dân tộc khác mang gen cagA Đông Á ($p < 0,05$). Sự hiện diện về cagA Phương Tây và đặc điểm MBH ở người Ê Đê đã giải thích một phần mức độ tổn thương không nhiều nội soi. Tuy nhiên, để đánh giá đúng mức độ tổn thương dạ dày, cần phải đối thường xuyên trên nội soi và cần phối hợp với xét nghiệm sinh học phân tử khác (yếu tố vật chủ) để sàng lọc phát hiện sớm UTDDT ở người có nhiễm *H. pylori*.

V. KẾT LUẬN

2. Tỷ lệ nhiễm và các yếu tố độc lực của H. pylori với bệnh lý dạ dày

- Tỷ lệ cagA đạt 99,4% (170/171), trong đó týp cagA Đông Á: 57,1%, cagA Phương Tây: 42,9%. Týp cagA phương Tây ở người Ê Đê

(82%). Tỷ lệ vacA s1 chiếm: 100%, trong đó VacAm1 (65,5%) và VacAm2 (33,3%); tỷ lệ VacAs1m1 chiếm ưu thế ở người Ê Đê chiếm tỷ lệ: 82,2%. Mức độ viêm dạ dày (theo thang điểm Sydney cập nhật), mức độ viêm teo (atrophy) và dị sản ruột ở người Ê Đê thấp hơn so với người dân tộc khác ($p < 0,05$).

3. Mối liên quan đặc điểm MBH với cagA Đông Á và cagA phương ở người Ê Đê.

- Ở người Ê Đê: Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa chỉ số MBH người Ê Đê mang gene cagA Đông Á so với chỉ số MBH ở người dân tộc khác mang gene cagA Đông Á ($p > 0,05$).

- Chỉ số MBH ở người Ê Đê mang gen cagA phương Tây thì thấp hơn có ý nghĩa so với người Ê Đê (nói riêng) và dân tộc khác mang gen cagA Đông Á ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quang Tâm.** Viêm loét dạ dày tá tràng và nhiễm *Helicobacter pylori* trên bệnh nhân dân tộc

Ê Đê tại bệnh viện tỉnh Đắk Lắk. Luận văn Thạc sỹ Y học – TP Hồ Chí Minh (2011)

2. **Nguyễn Văn Thịnh.** Nghiên cứu tình trạng nhiễm *Helicobacter pylori*, một số vi khuẩn kỵ khí khác và những tổn thương niêm mạc dạ dày trong viêm dạ dày mạn. Luận án Tiến sỹ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y được lâm sàng 108, Hà Nội (2010)

3. **Lê Thọ.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học nhiễm *Helicobacter pylori* ở trẻ em vùng Tây nguyên, Việt Nam. Luận án Tiến sỹ Y học- Đại học Y Hà Nội (2014)

4. **Yamaoka Y.** Mechanisms of disease: *Helicobacter pylori* virulence factors. Nat Rev Gastroenterol Hepatol **2010**; 7(11): 629-41.

5. **Yamaoka Y, Kodama T, Kashima K, et al.** Variants of the 3' region of the cagA gene in *Helicobacter pylori* isolates from patients with different H. pylori-associated diseases. J Clin Microbiol **1998**; 36(8): 2258-63.

6. **Yamaoka Y, Orito E, Mizokami M, et al.** *Helicobacter pylori* in North and South America before Columbus. FEBS Letters **2002**; 517(1-3): 180-4.

7. **Leunk RD.** Production of a cytotoxin by *Helicobacter pylori*. Rev Infect Dis **1991**; 13 Suppl 8: S686-9.

8. **Atherton JC, Cao P, Peek RM, et al.** Mosaicism in Vacuolating Cytotoxin Alleles of *Helicobacter pylori*. Journal of Biological Chemistry **1995**; 270(30): 17771-7.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN CỦA CHỈ SỐ ĐAU ANI VỚI ĐIỂM PRST TRONG GÂY Mê TOÀN THÂN PHẪU THUẬT Ổ BỤNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Ngô Minh Diệp*, Lưu Quang Thuỳ*,
Phạm Quang Minh**, Công Quyết Thắng**

TÓM TẮT⁴¹

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan của chỉ số đau ANI với điểm PRST trong gây mê toàn thân phẫu thuật ổ bụng ở người cao tuổi. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả, cắt ngang, phân tích trên bệnh nhân >60 tuổi, ASA I,II,III, có chỉ định mổ phình vào vùng bụng, được gây mê nội khí quản. Không sử dụng các thuốc chẹn beta giao cảm hoặc hủy phó giao cảm. Không bị các bệnh lý rối loạn về nhịp tim hoặc đang đặt máy tạo nhịp. **Kết quả nghiên cứu:** ANI có mối tương quan nghịch với PRST. Mức tương quan yếu với chỉ số mối tương quan khi theo dõi theo thời điểm $r = -0,434$ và mức tương quan mạnh khi cho fentanyl với chỉ số tương quan $r = -0,792$. **Kết luận:** ANI là một

công cụ hiệu quả cho việc đánh giá mức độ đau của bệnh nhân trong phẫu thuật.

Từ khóa: ANI, PRST, phẫu thuật người cao tuổi

SUMMARY

EVALUATE THE RELATIONSHIP OF ANALGESIA NOCICEPTION INDEX AND PRST SCORE IN GENERAL ANESTHESIA ON ABDOMINAL LAPAROSCOPIC SURGERY FOR THE ELDERLY

Objective: To evaluate the relationship of analgesia nociception index (ANI) and PRST score in general anesthesia on abdominal laparoscopic surgery for the elderly. **Method:** description, cross – sectional analysis study on the patients > 60 years old, ASA I, II, III, indicated elective abdominal laparoscopic surgery with general anesthesia. Do not use the beta blockers or non – cholinergic drugs. Do not suffer from arrhythmia or have a pacemaker installed. **Results:** ANI index had inverse correlation with PRST score. The correlation was weak with the time – following correlation coefficient $r = -0,434$ and strong

*Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Việt Đức

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thuỳ

Email: drluoquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

with the coefficient after giving fentanyl $r = -0,792$ according to the equation $PRST_{fen} = -0,088 \cdot ANI + 6,1$. **Conclusion:** The ANI index is an effective tool for assessing pain severity in abdominal laparoscopic surgery for the elderly.

Key words: ANI, PRST, surgery on the elderly

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê toàn thân có đặt nội khí quản là một phần quan trọng của các phương pháp vô cảm để thực hiện phẫu thuật với các thành phần phối hợp là mất tri giác, giảm đau, ổn định thần kinh thực vật và giãn cơ. Để đạt được điều này đòi hỏi cần phối hợp thuốc mê, thuốc giảm đau, thuốc giãn cơ và đặt nội khí quản để kiểm soát hô hấp [1]. Từ năm 2007, trên thế giới có nhiều tác giả đã nghiên cứu và ứng dụng hai chỉ số đau số hóa SPI và ANI vào đánh giá độ đau trong gây mê. Đây là hai chỉ số được coi là khách quan để theo dõi và đánh giá độ đau trong gây mê. ANI (Analgesia Nociception Index) là chỉ số dựa trên sự biến thiên nhịp tim. Công nghệ này phân tích liên tục ảnh hưởng của nhịp hô hấp lên nhịp tim thông qua mối liên quan với trương lực thần kinh phó giao cảm. Trong thực hành lâm sàng giá trị ANI được thể hiện bằng các con số từ 0 đến 100, giá trị 0 biểu thị cho đáp ứng ở mức cao của hệ thần kinh tự động với kích thích đau hoặc mức độ giảm đau thấp, giá trị 100 biểu thị cho mức độ đáp ứng thấp của hệ thần kinh tự động bệnh nhân không đau [2]. Người cao tuổi với những biến đổi sinh lý bệnh trong quá trình tăng tuổi. Việc sử dụng thuốc trong gây mê cần sự chính xác do giảm khả năng chuyển hóa và thải trừ thuốc khi chức năng gan, thận bị suy giảm theo sự già hóa [3]. Hiện tại ở Việt Nam chưa có nghiên cứu về ANI trong thực hành lâm sàng, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá mối liên quan của chỉ số đau ANI với điểm PRST trong gây mê toàn thân phẫu thuật ổ bụng ở người cao tuổi".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân >60 tuổi, ASA I,II,III, có chỉ định mổ phình vào vùng bụng, được gây mê nội khí quản. Không sử dụng các thuốc chẹn beta giao cảm hoặc hủy phó giao cảm. Không bị các bệnh lý rối loạn về nhịp tim hoặc đang đặt máy tạo nhịp. Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang, mô tả, phân tích

2.2.1 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô, từ tháng 01/2018 đến 08/2018.

2.3 Xử lý số liệu: Phân tích và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, chiều cao, cân nặng, giới, ASA

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$	Tỉ lệ (n)
Tuổi (năm)	72,6 $\pm$ 7,4	
Chiều cao (cm)	162,8 $\pm$ 5,9	
Cân nặng (kg)	58,12 $\pm$ 8,9	
Giới (nam/nữ)		53/7
ASA (I/II/III)		1/51/8

Nhận xét: Bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 72,6 với nam nhiều gần gấp 8 lần nữ, chủ yếu có ASA II và có chiều cao, cân nặng trung bình lần lượt là: 162,8 cm và 58,12 kg.

3.2 Thay đổi PRST và ANI theo các thời điểm trong mổ

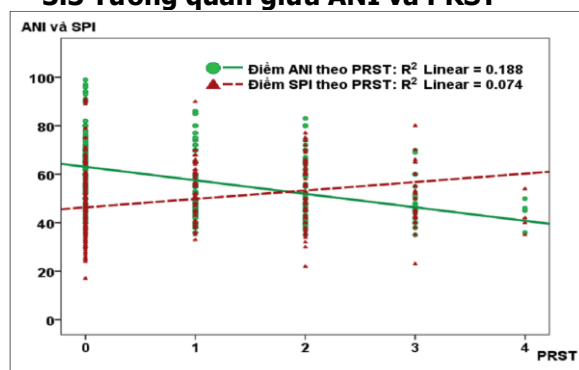
Bảng 3.2. Thay đổi PRST, ANI theo các thời điểm trong mổ

Thời điểm	PRST	ANI
H1	$\bar{X} \pm SD$	64,1 $\pm$ 9,6
	Min - Max	55-91
H2	$\bar{X} \pm SD$	0,0 $\pm$ 0,0
	Min - Max	0 - 1
H3	$\bar{X} \pm SD$	0,0 $\pm$ 0,0
	Min - Max	0 - 1
H4	$\bar{X} \pm SD$	1,3 $\pm$ 1,2*
	Min - Max	0 - 4
H5	$\bar{X} \pm SD$	1,1 $\pm$ 0,9
	Min - Max	0 - 3
H6	$\bar{X} \pm SD$	0,0 $\pm$ 0,0
	Min - Max	0 - 0
H7	$\bar{X} \pm SD$	0,4 $\pm$ 0,8
	Min - Max	0 - 3
H8	$\bar{X} \pm SD$	0,1 $\pm$ 0,4
	Min - Max	0 - 3
H9	$\bar{X} \pm SD$	0,7 $\pm$ 0,6
	Min - Max	0 - 2
H10	$\bar{X} \pm SD$	0,05 $\pm$ 0,2
	Min - Max	0 - 1
H11	$\bar{X} \pm SD$	60,7 $\pm$ 3,1*
	Min - Max	52 - 70

*: Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ so với thời điểm trước thời điểm được đánh giá.

Nhận xét: Điểm ANI tại thời điểm trước đặt NKQ là cao nhất, sau đặt NKQ 2 phút là thấp nhất. Có sự thay đổi đáng kể về chỉ số ANI ở trước thời điểm rạch da và sau khi rạch da 2 phút. Tại thời điểm trước đặt NKQ, điểm PRST của các bệnh nhân đều là 0, tại thời điểm sau đặt NKQ, điểm PRST tăng cao nhất. sau đó tới thì rạch da điểm PRST có nhiều thay đổi nhất.

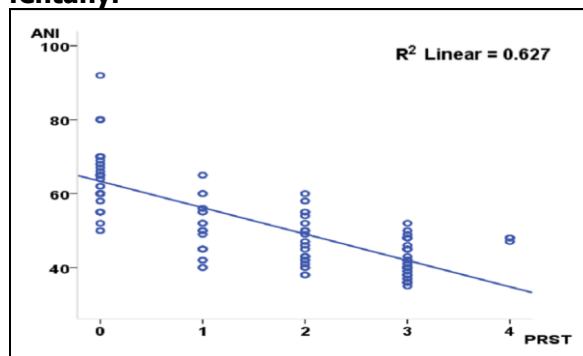
3.3 Tương quan giữa ANI và PRST



Biểu đồ 3.1. Tương quan của ANI với PRST

Nhận xét: ANI và PRST có mối quan hệ nghịch biến và có tương quan trung bình với $r = -0,434$.

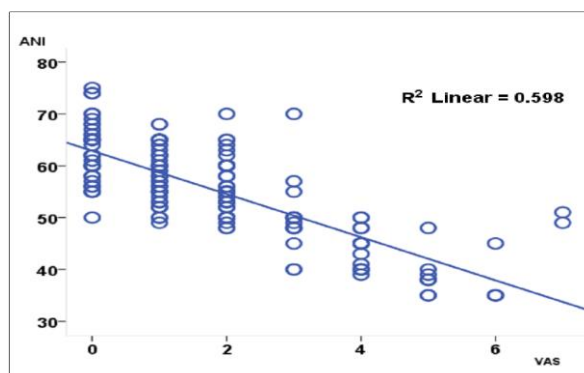
3.4 Thay đổi ANI theo PRST khi cho fentanyl



Biểu đồ 3.2. Thay đổi của ANI theo PRST khi cho fentanyl

Nhận xét: ANI và PRST khi cho fentanyl có mối quan hệ nghịch biến với mức độ tương quan chặt $r = -0,792$.

3.5 Tương quan giữa ANI và VAS



Biểu đồ 3.3. Tương quan của ANI với VAS sau mổ

Nhận xét: VAS và ANI có mối quan hệ tương quan chặt chẽ với nhau với $r = -0,773$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $72,6 \pm 7,4$. Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác có thể do sự phân bố khác nhau về lứa tuổi liên quan tới các phẫu thuật được nghiên cứu. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là phẫu thuật cắt dạ dày, gan – mật, đại tràng. Đây là các chỉ định phẫu thuật thường có lứa tuổi cao do các bệnh lý mạn tính hoặc ung thư.

Cân nặng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $58,12 \pm 8,9$ kg, chiều cao trung bình là $162,8 \pm 5,9$ cm. Kết quả của chúng tôi cũng thấp hơn kết quả của một số tác giả khác có thể do vấn đề chủng tộc. Người châu Âu thường có chiều cao, cân nặng lớn hơn châu Á.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm tỷ lệ đa số với tỷ lệ lên tới 88,3%, nhóm bệnh nhân phẫu thuật của chúng tôi chủ yếu là phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa, đặc điểm nhóm bệnh ung thư đường tiêu hóa chủ yếu lại gặp ở nam giới.

Phân loại tình trạng sức khỏe theo ASA, trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu bệnh nhân có ASA 2 với tỷ lệ là 85%. Chỉ có 8 bệnh nhân (chiếm 13,3%) có mức ASA 3. Với độ tuổi trong nghiên cứu là 72,6, mô hình bệnh tật chủ yếu là ung thư thì mức ASA như phân bố ở trên là phù hợp.

4.2 Tương quan của ANI và PRST. Từ bảng 3.2 chúng ta thấy tại thời điểm trước đặt NKQ, điểm PRST của các bệnh nhân đều là 0, tại thời điểm sau đặt NKQ – thời điểm có kích thích mạnh nhất, điểm PRST trung bình tăng cao nhất

(1.3 ± 1.2) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước đặt ống nội khí quản. Sau đó tới thì rạch da điểm PRST thay đổi ít hơn (0.4 ± 0.8) sau rạch da so với trước rạch da (0 ± 0). Sau khi khởi mê ANI tăng lên (68.3 ± 9.9) so với trước khi khởi mê (64.1 ± 9.6), điều này có thể lý giải do bệnh nhân mất thức tỉnh cũng làm mất đi sự lo lắng, stress tinh thần, chính những yếu tố này làm cho tăng hoạt tính thần kinh giao cảm và ảnh hưởng lên giá trị ANI. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Boselie 2016 nghiên cứu ảnh hưởng của an thần lên trương lực phó giảm cảm được đánh giá bởi ANI trên người tình nguyện khỏe mạnh. 40 đối tượng (31 nữ, 9 nam) được đưa vào nghiên cứu, thời điểm nghiên cứu gồm: T0 (ổn định vị trí ngồi một cách thoải mái), T1 (tiến hành gây mê bằng an thần), T2 (trạng thái thoải mái sau an thần), T3 (tỉnh trở lại bình thường). Kết quả: giá trị trung bình $\pm$ SD của ANI tại T2 (84 ± 12) cao hơn một cách có ý nghĩa so với tại T0 (60 ± 10), T1 (62 ± 9) và T3 (59 ± 11) [4]. Tại thời điểm sau đặt nội khí quản 2 phút chúng tôi thấy ANI giảm sâu xuống (46.5 ± 6.1) so với trước đặt ống NKQ (74.0 ± 8.4), điều này phù hợp với kích thích giao cảm mạnh do đặt ống nội khí quản. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Ledowski năm 2012 thực hiện trên 30 bệnh nhân người lớn phẫu thuật chủ động dưới gây mê toàn thân bằng sevofluran, fentanyl cho thấy giá trị trung bình ANI giảm từ 52.4 ± 18.8 (trước đặt ống nội khí quản) xuống 33.0 ± 11.9 (sau đặt nội khí quản), $P < 0.005$ [5]. Tại thời điểm rạch da ANI 63.9 ± 8.5 (trước) giảm xuống 52.1 ± 10.6 (sau 2 phút) $p < 0.05$. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của Ledowski và cộng sự (2012) [5]. Từ kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy, có mối tương quan giữa chỉ số ANI và PRST khi theo dõi bệnh nhân trong gây mê. Kết quả cho thấy, mối tương quan có độ mạnh trung bình với $r = -0,434$. Từ việc tính toán về mối tương quan giữa ANI với PRST chúng tôi thấy hai chỉ số có mối tương quan trung bình với hằng số $b=2,662$ và $a= -0,033$. Dựa vào các chỉ số trên chúng tôi có phương trình mối tương quan giữa hai chỉ số là: **PRST = $-0.033*ANI + 2,66$** . Tác dụng giảm đau của fentanyl mạnh hơn morphin 50 - 100 lần. Nếu tiêm tĩnh mạch, thuốc có tác dụng giảm đau sau 30 giây, tác dụng tối đa sau 4 đến 5 phút và kéo dài 20 đến 30 phút [6]. Thời gian bán hủy dài,

người lớn là 4 giờ. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng sau khi bổ sung 1mcg/kg fentanyl để xử lý tình huống khi PRST >3 , 5 phút sau tiêm fentanyl ANI tăng lên đáng kể, PRST giảm một cách có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước khi tiêm fentanyl. Từ biểu đồ cho thấy mối tương quan nghịch ở mức độ cao với chỉ số tương quan $r = -0,792$. Như vậy ANI có mối tương quan nghịch với PRST khi cho fentanyl với mức tương quan cao. Dựa vào tính toán chúng tôi có hằng số $b= 6,1$ và $a= -0,088$. Như vậy phương trình mối tương quan giữa ANI với PRST khi cho fentanyl là: **PRST_{fen} = $-0,088*ANI + 6,1$** . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Ledowski năm 2012, ANI tăng lên khi cho thêm Fentanyl 53.3 ± 17.9 (trước cho fentanyl) lên 59.4 ± 18.7 (sau cho fentanyl), $P < 0.05$ [5].

4.3 Tương quan giữa ANI và VAS. Theo khuyến cáo của nhà sản xuất, ANI có thể sử dụng để đánh giá đau trên bệnh nhân tỉnh, vì vậy chúng tôi cũng theo dõi ANI trong 60 phút kể từ sau khi rút ống nội khí quản, chúng tôi thu thập số liệu tại các thời điểm sau 15 phút, sau 30 phút, sau 45 phút và sau 60 phút, chúng tôi nhận thấy ANI có mối tương quan nghịch với điểm đau VAS. Từ biểu đồ 3.3 chúng tôi thấy điểm VAS thấp thì điểm ANI cũng cao, với mức VAS ≤ 2 thì điểm ANI >50 tương ứng với mức đau nhẹ hoặc không đau, không có nhu cầu thêm thuốc giảm đau. Trong khi đó tại các trường hợp có điểm VAS ≥ 4 thì điểm ANI <50 tương ứng đau trung bình đến đau nặng, cần bổ sung thuốc giảm đau. Phân tích của chúng tôi cho thấy chỉ số $r = -0,773$ cho thấy giữa ANI với VAS có mối tương quan nghịch ở mức độ mạnh. Các hằng số tính toán được là $b = 9,713$ và $a = -0,144$. Như vậy phương trình mối tương quan là: **VAS = $-0,144*ANI + 9,713$** . E. Boselli và cộng sự năm 2012 tiến hành nghiên cứu đánh giá đau ngay sau mổ bằng chỉ số ANI trên 200 bệnh nhân phẫu thuật chủ động dưới gây mê toàn thân, kết quả ghi nhận tương quan tuyến tính nghịch giữa ANI và thang điểm đau NRS. Tại ngưỡng giá trị ANI 57 độ nhạy và độ đặc hiệu để xác định điểm NRS >3 tương ứng là 78% và 80%, với giá trị dự đoán âm tính là 88% tương ứng với diện tích dưới đường cong ROC 0.86, tại ngưỡng ANI 48, độ nhạy và độ đặc hiệu của ANI để xác định NRS ≥ 7 tương ứng là 92 và 82%, với giá trị dự đoán âm tính là 99% tương

ứng với diện tích dưới đường cong ROC 0.91. Tác giả kết luận ANI tương quan một cách có ý nghĩa thống kê với thang điểm NRS trong việc đánh giá đau ngay sau mổ, ANI có thể sử dụng để đánh giá đau thời kì ngay sau mổ [7]. Năm 2012 M. Le Gruenewald và cộng sự thực hiện nghiên cứu đánh giá chỉ số đau ANI trong quá trình đau đẻ, nghiên cứu trên 45 sản phụ tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu cổ tử cung mở 3.5 ± 1.1 cm. Tổng số có 180 cặp điểm VAS và ANI được ghi lại, trong đó 84 cặp trong các cơn co tử cung, 96 cặp giữa các cơn co. Điểm VAS cao hơn và ANI thấp hơn trong lúc có cơn co tử cung ($P < 0.001$). Cơn co tử cung ảnh hưởng đến ANI một cách có ý nghĩa thống kê với mức giảm trung bình 9.3 ± 1.8 so với giá trị lúc không có cơn co. Có mối tương quan tuyến tính nghịch giữa điểm VAS và ANI với sự có mặt của cơn co tử cung. Cơn co tử cung làm giảm đáng kể giá trị ANI ($P < 0.0001$). Điểm VAS > 30 được sử dụng để xác định cảm giác đau, ANI < 49 được xác định là đau với độ tin cậy 95%. Tác giả kết luận ANI có mối tương quan nghịch với điểm VAS [8].

V. KẾT LUẬN

ANI có mối tương quan nghịch với PRST. Mức tương quan yếu với chỉ số mối tương quan khi theo dõi theo thời điểm $r = -0,434$ và mức tương quan mạnh khi cho fentanyl với chỉ số tương quan $r = -0,792$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kim Bích Liên (2006), Gây mê toàn thân bằng đường tĩnh mạch, Bài giảng gây mê hồi sức - trường đại học y hà nội. 1, 615-620.
2. Matthias Gruenewald, MD, Associate Professor of Anaesthesiology, Christoph Ilies, MD, DESA, Consultant in Anaesthesiology (2013), Monitoring the nociception-anti-nociception balance, Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 27, 235-247.
3. Vũ Văn Dũng và Nguyễn Văn Chường (2005), Gây mê hồi sức trong phẫu thuật người cao tuổi, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 9 (1), 2.
4. E. Boselli, H. Musellec, L. Martin et al (2017), Effects of hypnosis on the relative parasympathetic tone assessed by ANI (Analgesia/Nociception Index) in healthy volunteers: a prospective observational study, J Clin Monit Comput 32, 487-492.
5. T. Ledowski, L. Averhoff, W. S. Tiong and C. Lee (2014), Analgesia Nociception Index (ANI) to predict intraoperative haemodynamic changes: results of a pilot investigation, Acta Anaesthesiol Scand 58, 74-79.
6. Hoàng Tích Huyền (1998), Thuốc giảm đau gây ngủ, Dược lý học, Bộ môn Dược lý, Trường đại học Y khoa Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, 164 - 175.
7. E. Boselli, M. Daniela-Ionescu, G. Be'gou, et al (2013), Prospective observational study of the non-invasive assessment of immediate postoperative pain using the analgesia/nociception index (ANI), British Journal of Anaesthesia 1-7.

KHẢO SÁT TỔN THƯƠNG DÂY CHẰNG KHỚP GỐI ĐI KÈM GÂY MÂM CHẼY

Võ Thành Toàn*, Nguyễn Minh Dương*

TÓM TẮT⁴²

Mục tiêu: Khảo sát tổn thương dây chằng khớp gối đi kèm gây mâm chày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu 51 trường hợp gây mâm chày được chụp Xquang (XQ), MRI khảo sát trước mổ tại bệnh viện Thống Nhất từ

1/2014 đến 1/2016. Theo dõi 1 năm với 51 bệnh nhân (BN). Tổn thương dây chằng được xác định bằng MRI trước mổ, stress test trước và sau mổ, và nội soi chẩn đoán. Gãy xương được phân loại theo Schatzker. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 46 (thấp nhất 17 và cao nhất 73). Có 30 nam và 21 nữ. Thời gian nằm viện trung bình là 17 ngày (4-21). 19 tổn thương ACL, 5 LCL, 12 tổn thương nhiều dây chằng, 15 không có tổn thương dây chằng. 27 BN (nhóm 1) không được sửa chữa các dây chằng tổn thương và 24 BN (nhóm 2) có sửa chữa dây chằng tổn thương. Kết xương nẹp vít được thực hiện trên tất cả các BN. Đánh giá (thang điểm 100) bao gồm các yếu tố chủ quan, chức năng và giải phẫu, kết quả có 16 xuất sắc và tốt, 6 trung bình và 5

* Bệnh viện Thống Nhất, TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: vothanhtoan1990@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

kém ở nhóm 1; có 18 xuất sắc và tốt, 5 trung bình và 1 kém ở nhóm 2. **Kết luận:** Tổn thương dây chằng khớp gối đi kèm trong gãy mâm chày là thường gặp và MRI trước mổ có giá trị phát hiện thương tổn đi kèm.

Từ khóa: gãy xương mâm chày, tổn thương dây chằng, MRI gãy mâm chày

SUMMARY

LIGAMENTS INJURIES ASSOCIATED WITH TIBIAL PLATEAU FRACTURES

Objective Make a survey of ligaments injuries associated with tibial plateau fractures at Thong Nhat hospital. **Subjects and methods:** 51 patients were entered into a retrospective study consisting of pre-operative radiographic and MRI evaluation in Thong Nhat hospital from 1/2014 to 1/2016. All the patients had follow up in 1 year. Ligamentous injury was determined pre-operative MRI, pre- and postfixation stress testing and diagnostic arthroscopy. Tibia plateau fractures were classified by Schatzker. **Results:** Among 51 patients, 21 were females. Average age was 46 years old (17 – 73). The mean length of hospital stay after surgery was 17 days (4 - 21 days). There were 19 isolated ACL injuries, 5 LCL injuries, 12 combined ligament injuries. 27 patients (Group 1) did not have operative repair of the injured ligaments, and 24 patients (Group 2) had primary repair of the injured ligaments. Open reduction and internal fixation with plate of the plateau fractures were performed in all the patients. Follow-up evaluation (100-point scale), including subjective, functional, and anatomic factors, revealed 16 excellent and good, 6 fair, and 5 poor results in group 1. There were 18 excellent and good, 5 fair, and 1 poor results in group 2. **Conclusions:** Ligaments injuries associated with tibial plateau fractures are common and pre – operative MRI evaluation is effective to accurately detect all knee damages.

Keywords: tibial plateau fracture, ligament injury, magnetic resonance imaging

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày chiếm 1% các gãy xương, trong đó tổn thương dây chằng đi kèm chiếm tỉ lệ đáng kể [1][2][4][5][6]. Sửa chữa dây chằng đem lại kết quả tốt hơn [3]. MRI có giá trị đánh giá tổn thương dây chằng để phối hợp điều trị [6][7][8].

Việc đánh giá tổn thương đầy đủ trước mổ có ý nghĩa quan trọng giúp lập kế hoạch điều trị và theo dõi tốt hơn, giúp cải thiện chức năng tốt hơn cho BN, đặc biệt là đối với các BN được kết xương kèm sửa chữa dây chằng.

Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích: Khảo sát tổn thương dây chằng khớp gối đi kèm gãy mâm chày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Từ 1/2014 đến 1/2016, 51 BN gãy mâm chày được chụp MRI khảo sát tổn thương dây chằng trước mổ tại BV Thống Nhất. Các BN được theo dõi và đánh giá trong 1 năm đầu. Tất cả BN đều khỏe mạnh trước chấn thương, không có gãy xương khác cùng chi khi chấn thương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp đoàn hệ hồi cứu. Thu thập thông tin: các thông tin về đặc điểm BN (tuổi, giới, thời gian nằm viện); tổn thương đi kèm (dây chằng); phẫu thuật (kết xương, nội soi).

Các BN được chụp XQ, MRI khảo sát trước mổ, ra viện điều trị ngoại trú tại phòng khám, họ được yêu cầu điền vào 1 bảng câu hỏi (điểm Neer^[A] và HSS^[B] gối), khám vận động được thực hiện, kiểm tra lỏng lẻo gối. X Quang chấn thương được phân loại theo Schatzker. 27 trạng thái chức năng được đánh giá qua thang điểm Neer và HSS gối. Nhóm 1 không được nội soi do không đủ kinh phí, nhóm 2 được nội soi chẩn đoán và sửa chữa dây chằng.

Số liệu được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới: Tuổi trung bình của chấn thương là 46 (17-73 tuổi). Tuổi tại thời điểm chấn thương không tương quan (hệ số tương quan 0.27; $p=0.004$) với điểm Neer hay HSS (hệ số tương quan 0.19; $p=0.043$). Có 30 nam (58.8%) và 21 nữ (41.2%). Thời gian nằm viện trung bình là 17 ngày (4- 21 ngày).

3.2. Tổn thương dây chằng: Trong các BN có 19 (37.2%) tổn thương ACL, 5 (9.8%) LCL, 12 (23.5%) nhiều dây chằng, 15 (29.5%) không có tổn thương dây chằng. Nội soi chẩn đoán phát hiện 2 trường hợp tổn thương thêm PCL so với MRI (98.37%). Kết quả có 36 BN (70.6%) có tổn thương dây chằng và 15 BN (29.4%) không có tổn thương dây chằng.

Tại thời điểm 1 năm theo dõi, 51 BN (100%) cho thấy liền xương chắc không có biến chứng xảy ra. Đánh giá (thang điểm 100) bao gồm các yếu tố chủ quan, chức năng và giải phẫu, đã tiết lộ có 16 xuất sắc và tốt, 6 trung bình và 5 kém ở nhóm 1; có 18 xuất sắc và tốt, 5 trung bình và 1 kém ở nhóm 2.

3.3. Dạng gãy(theo phân loại Schatzker): Loại II, 17 gãy xương (33%) với 8 dây chằng (47%); loại III, 3 gãy xương (6%) với 3 dây chằng (100%); loại IV, 9 gãy xương (18%) với 4 dây chằng (44%); loại V, 4 gãy xương (8%) với 3 dây chằng (75%); và loại VI, 18 gãy xương (35%) với 16 dây chằng (89%).

Một sự khác biệt đáng kể nào tồn tại giữa các nhóm liên quan đến tỷ lệ chấn thương dây chằng ($p < 0,05$) và cũng có liên quan đến tổn thương gãy mâm chày. 31 BN (60.8%) tổn thương nặng lượng cao (Schatzker loại IV, V, VI) có 23 (74.2%) tổn thương dây chằng; và 20 BN (39.2%) tổn thương nặng lượng thấp (Schatzker loại I, II, III) có 11 (55%) tổn thương dây chằng.

3.4. Biện chứng: 1 BN (1.96%) đã phát triển 1 nhiễm trùng vết mổ sâu trong 10 ngày đầu điều trị và được xử trí bằng phẫu thuật cắt lọc. BN sau đó ổn định ra viện 3 tuần.

2 BN (3.92%) ở nhóm 1 thoái hóa khớp nặng sau 1 năm.

3.5. Kết quả chức năng sau mổ:

ROM trung bình 143° ($0-155^\circ$). 2 BN (3%) nhóm 1 và 4 BN (6%) nhóm 2 có lỏng lẻo lâm sàng 5-10mm; và 8 BN (12%) nhóm 1 và 4 BN (6%) nhóm 2 có lỏng lẻo >10 mm.

Điểm Neer: trung bình 84.8 (28-100 điểm). 67,6% xuất sắc và tốt, 20.6% trung bình, và 11.8% kém.

Điểm HSS gối: trung bình 86.4 (45-100 điểm). 73.5% xuất sắc và tốt, 23.5% trung bình, và 14.7% kém.

3.6. Kết quả XQ (Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp của Kellgren và Lawrence):

35 BN (68.6%) không thấy dấu hiệu thoái hóa khớp thứ phát (độ 0), 10 BN (19.6%) có dấu hiệu nhẹ (độ 1), 4 BN (7.8%) có dấu hiệu vừa (độ 2), và 2 BN (4%) có dấu hiệu nặng (độ 3).

3.6. Mức độ thoái hóa khớp thứ phát và chức năng gối sau phẫu thuật:

BN không có dấu hiệu thoái hóa khớp thứ phát có 1 thống kê điểm Neer và HSS cao hơn so với BN có phát triển thoái hóa khớp từ vừa đến nặng (MWU; $p=0.007$, $p=0.001$, tương ứng).

IV. BÀN LUẬN

Điều trị gãy mâm chày và khảo sát tổn thương phần mềm là 1 vấn đề đã được thảo luận từ nhiều thập kỷ. Trong đó tổn thương mô mềm kèm theo là phổ biến, gây ảnh hưởng đáng kể

đến chức năng và phục hồi sau mổ cho BN, cũng như nguy cơ thoái hóa khớp sau này. MRI trước mổ cũng được đặt ra và có giá trị chẩn đoán tổn thương mô mềm khá chính xác.

Gãy mâm chày là 1 tổn thương phức tạp, điều trị gãy mâm chày bằng phẫu thuật cho kết quả tốt. Rademakers MV và cộng sự theo dõi 109 BN được mổ kết xương đơn thuần, chưa xử lý phần mềm, cho thấy sự mất vững khớp gối khiến kết quả chức năng xấu hơn, nguy cơ thoái hóa khớp về sau [10]. Dickob M và cộng sự khảo sát thấy tổn thương dây chằng kèm theo gãy mâm chày tăng nguy cơ thoái hóa khớp thứ phát [2].

Tổn thương mô mềm trong gãy mâm chày là phổ biến, trong đó tổn thương dây chằng là 1 yếu tố quan trọng gây mất vững gối. Theo Bennett WF và cộng sự, có tới 56% tổn thương mô mềm kèm theo gãy mâm chày, kết quả thay đổi giữa các nghiên cứu [1][2][3][4][5][6], trong đó tổn thương dây chằng là đáng kể, phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Chính vì tầm quan trọng của tổn thương mô mềm trong gãy mâm chày, có nhiều cách đánh giá tổn thương phần mềm, nhưng chủ yếu là sau mổ dựa trên kết quả XQ và khám lâm sàng, cho kết quả tương đối [3][4]. MRI có giá trị ít xâm lấn và có thể khảo sát sớm trước mổ cho BN, đem lại kết quả khá chính xác [6][7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các BN được chụp MRI trước mổ, phát hiện các tổn thương mô mềm với tỉ lệ không nhỏ. Để kiểm chứng kết quả MRI, nội soi chẩn đoán và stress test được thực hiện [4][8][9] cho kết quả chẩn đoán chính xác hơn và sửa chữa các tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 20 BN được nội soi chẩn đoán và sửa chữa, kết quả khả quan hơn theo đánh giá chủ quan. Tuy nhiên cần nghiên cứu dài hơn để đánh giá nguy cơ thoái hóa khớp thứ phát.

Theo phân tích trên, tầm quan trọng của MRI trước mổ trong tổn thương gãy mâm chày và nội soi chẩn đoán, sửa chữa đem lại kết quả tốt hơn cho BN.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương dây chằng trong gãy mâm chày là đáng kể và MRI chẩn đoán kết hợp với nội soi sửa chữa có kết quả chức năng tốt hơn cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1) Gardner MJ và cộng sự (2006), "Prediction of soft-tissue injuries in Schatzker II tibial plateau fractures

- based on measurements of plain radiographs", J Trauma, 60(2):319-23; discussion 324.
- 2) **Dickob M và cộng sự(1994)**, "Fractures of the proximal tibia and knee ligament injuries", Unfallchirurgie, 20(2):88-93.
 - 3) **Delamarter RB và cộng sự(1990)**, "Ligament injuries associated with tibial plateau fractures", Clin Orthop Relat Res, (250):226-33.
 - 4) **Bennett WF và cộng sự(1994)**, "Tibial plateau fractures: a study of associated soft tissue injuries", J Orthop Trauma, 8(3):183-8.
 - 5) **Stannard JP và cộng sự (2010)**, "Soft tissue injury of the knee after tibial plateau fractures", J Knee Surg, 23(4):187-92.
 - 6) **Mattiassich G và cộng sự(2015)**, "Magnetic resonance evaluation in long term follow up of operated lateral tibial plateau fractures". BMC Musculoskelet Disord, 16:168. doi: 10.1186/s12891-015-0633-z.
 - 7) **Monto RR và cộng sự(2006)**, "Magnetic resonance imaging in the evaluation of tibial eminence fractures in adults", J Knee Surg, 19(3):187-90.
 - 8) **Abdel-Hamid MZ và cộng sự(2006)**, "Arthroscopic evaluation of soft tissue injuries in tibial plateau fractures: retrospective analysis of 98 cases". Arthroscopy, 22(6):669-75.
 - 9) **Chen XZ và cộng sự(2014)**, "Arthroscopy-assisted surgery for tibial plateau fractures", Arthroscopy, 31(1):143-53. doi: 10.1016/j.arthro.2014.06.005.
 - 10) **Rademakers MV và cộng sự(2007)**, "Operative treatment of 109 tibial plateau fractures: five- to 27-year follow-up results", J Orthop Trauma, 21(1):5-10.

ĐẶC ĐIỂM U TUYẾN GIÁP TRÊN SIÊU ÂM THEO PHÂN LOẠI FRENCH TIRADS

Hoàng Quốc Lợi¹, Nguyễn Minh Hải²

TÓM TẮT⁴³

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm hình ảnh siêu âm hướng đến tính chất ác tính theo phân loại French TIRADS. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 105 bệnh nhân được chẩn đoán có khối bất thường được phát hiện trên siêu âm hay qua khám lâm sàng (126 u), có hoặc không có triệu chứng. Các bệnh nhân được tiến hành khảo sát siêu âm B mode, đánh giá khối u theo phân loại French TIRADS. Sau phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật lồng ngực, các khối u được sinh thiết xét nghiệm mô bệnh học để đối chứng. **Kết quả:** Trong số 126 u tuyến giáp được làm giải phẫu bệnh có 34 u được chẩn đoán ác tính, 92 u lành tính. Các đặc điểm độ phản âm, giới hạn, hình dạng và vôi hóa đều có mối liên quan với tính chất lành hay ác tính của khối u. **Kết luận:** Các dấu hiệu gợi ý ác tính trên siêu âm là: Giảm hồi âm, giới hạn không rõ, chiều cao lớn hơn chiều rộng và vi vôi hóa trong u.

Từ khóa: Siêu âm tuyến giáp, u tuyến giáp, French TIRADS.

SUMMARY

FEATURES OF THYROID NODULES ON ULTRASOUND FOLLOWING FRENCH TIRADS CATEGORY

Objective: To investigate several malignant features of thyroid nodules on ultrasound following French TIRADS category. **Subjects and Methods:** 105 patients diagnosed with abnormal mass were detected on ultrasound or clinical examination (126 masses), with or without symptoms. They were performed B mode ultrasound, and assessed according to French TIRADS classification. After surgery at the Department of Thoracic Surgery- 103 hospital, nodular biopsy for histopathological examination. **Results:** Of the 126 thyroid nodules that were performed pathologically, 34 were malignant, 92 were benign. Features of the echogenicity, margin, shape and calcification were related to the benign or malignant nature of the tumor. **Conclusions:** Suggestive malignant signs on ultrasound were: hypoechogenicity, unclear margin, taller- than- wide nodules and microcalcification inside.

Keywords: Thyroid ultrasound, Thyroid nodule, French TIRADS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến giáp là bệnh lý phổ biến, có tới trên 50% dân số có u tuyến giáp [2]. Phần lớn các u tuyến giáp được phát hiện tình cờ trên siêu âm,

¹Bệnh xá lữ đoàn 1, Binh chủng đặc công

²Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hải

Email: nmhaidr@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

khám lâm sàng chỉ phát hiện được khoảng 4 - 7%. Tuy nhiên chỉ có dưới 10% các u tuyến giáp là ác tính [1]. Ung thư tuyến giáp chiếm khoảng 1% trong tổng số các loại ung thư và là loại ung thư tuyến nội tiết hay gặp nhất.

Theo ước tính ở Mỹ tỷ lệ mới mắc trung bình khoảng 2 - 4 ca/100.000 dân/năm. Năm 2011 có khoảng 1.700 ca tử vong do ung thư tuyến giáp [5]. Ở Việt Nam, theo ghi nhận của Hiệp hội phòng chống ung thư quốc tế (UICC), năm 2002, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 2,7/100.000 dân với nữ và 1,3/100.000 dân đối với nam [6]. Đa số ung thư tuyến giáp là thể biệt hoá, tiến triển chậm, có tiên lượng tốt.

Trong những năm gần đây siêu âm đóng vai trò to lớn trong khảo sát các tạng nông như tuyến vú, tuyến giáp. Hình ảnh siêu âm cho độ phân giải cao, không gây hại, có thể làm đi làm lại nhiều lần. Để thống nhất thuật ngữ cũng như đánh giá định lượng các nguy cơ ác tính, giảm thiểu chọc hút tế bào bằng kim nhỏ không cần thiết ở các khối u tuyến giáp, các tác giả người Pháp đã đưa ra một cách phân loại có tên gọi French TIRADS [8]. Cách phân loại này đã được nhiều nơi trên thế giới sử dụng và có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào cụ thể đánh giá các khối u tuyến giáp theo cách phân loại này ở Việt Nam. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm khảo sát một số đặc điểm hình ảnh siêu âm hướng đến tính chất ác tính theo phân loại French TIRADS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 105 bệnh nhân có u tuyến giáp đến khám tại khoa Khám bệnh bệnh viện Quân y 103, phát hiện được 126 khối u.

- Tiêu chuẩn lâm sàng: sờ thấy bướu ở cổ hoặc nghi ngờ có bướu tuyến giáp.

- Không cường giáp hay viêm tuyến giáp cấp tính.

- Được siêu âm đánh giá trước mổ và làm giải phẫu bệnh sau khi đã phẫu thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu có so sánh đối chứng các đặc điểm lâm sàng, siêu âm, kết quả mô bệnh học sau mổ.

Đánh giá kết quả siêu âm theo các đặc điểm

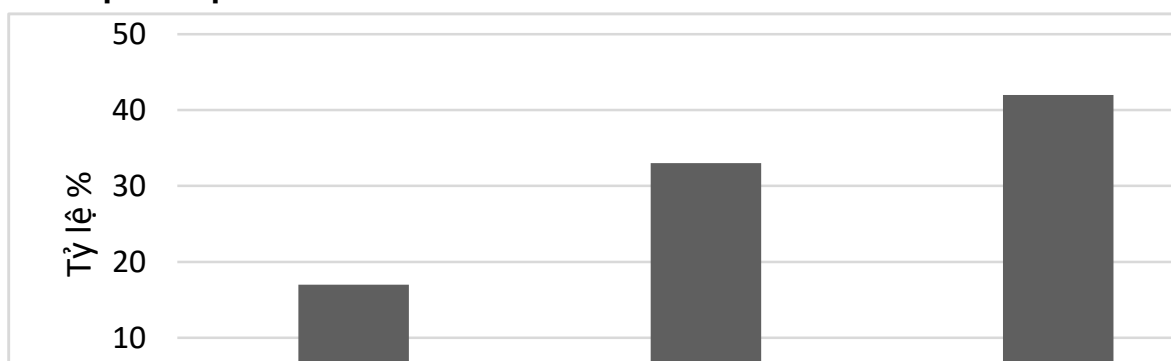
- Tính chất phản âm
- Hình dạng u
- Giới hạn u
- Vôi hóa trong u

3. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.0. Sử dụng thuật toán Chi bình phương với độ tin cậy 95% tương ứng $p = 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu. Các chỉ định siêu âm và xét nghiệm giải phẫu bệnh sử dụng trong nghiên cứu cũng là những xét nghiệm thường qui trong thực hành lâm sàng để chẩn đoán ở bệnh u bướu u tuyến giáp nhằm chẩn đoán, điều trị và tiên lượng cho bệnh u. Tất cả bệnh u đều tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm phân bố lứa tuổi



Biểu đồ 3.1: Đặc điểm phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu (n= 105).

Nhận xét: Bệnh nhân ở lứa tuổi 46 - 60 tuổi có u tuyến giáp nhiều nhất, chiếm tỉ lệ 42%. Thấp nhất là nhóm tuổi trên 60 tuổi (13%).

3.2. Đặc điểm về tính chất phản âm của khối u

Bảng 3.1: Tính chất phản âm của u tuyến giáp

Độ phản âm	Nhóm lành tính	Nhóm ác tính	P

	n₁ = 92	%	n₂ = 34	%	
Trống âm	12	13	1	2,9	< 0,001
Hỗn hợp âm	44	47,8	1	2,9	
Đồng âm	8	8,7	0	0	
Tăng âm	11	11,9	0	0	
Giảm âm	17	18,6	32	94,2	

Nhận xét: Trong nhóm lành tính, đa số các khối u không giảm âm, chỉ có 18,6% có tính chất giảm âm. Trong khi đó, ở nhóm ác tính, tỷ lệ khối u giảm âm chiếm 94,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.3. Đặc điểm về giới hạn khối u

Bảng 3.2: Đặc điểm về giới hạn của u trên siêu âm

Giới hạn u	Nhóm lành tính		Nhóm ác tính		P
	n₁ = 92	%	n₂ = 34	%	
Rõ	87	94,6	9	26,5	<0,001
Không rõ	5	5,4	25	73,5	

Nhận xét: Trong nhóm lành tính, số u giới hạn rõ chiếm tỷ lệ 94,6%. Trong nhóm ác tính, đa số các u có giới hạn không rõ, chỉ có 26,5% là có giới hạn rõ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.4. Đặc điểm về hình dạng khối u trên siêu âm

Bảng 3.3. Đặc điểm về hình dạng u trên siêu âm

Hình dạng u	Nhóm lành tính		Nhóm ác tính		P
	n₁ = 92	%	n₂ = 34	%	
Chiều cao $\geq$ Chiều rộng	5	5,4	7	20,6	0,017*
Chiều cao < Chiều rộng	87	94,6	27	79,4	

*: Fisher's exact test

Nhận xét: Trong nhóm lành tính, các u có đặc điểm chiều cao < chiều rộng chiếm tỷ lệ 94,6%. Trong nhóm ác tính, các u có đặc điểm chiều cao $\geq$ chiều rộng chỉ chiếm tỷ lệ 20,6%. Có mối liên quan giữa hình dạng khối u và kết quả giải phẫu bệnh với $p < 0,05$.

3.5. Đặc điểm vôi hóa của các khối u

Bảng 3.4: Đặc điểm vôi hóa của u trên siêu âm

Tính chất vôi hóa của khối u	Nhóm lành tính		Nhóm ác tính		P
	n₁ = 92	%	n₂ = 34	%	
Không có	81	88	9	26,4	<0,001
Vôi hóa thô	5	5,4	1	3	
Vi vôi hóa	6	6,6	24	70,6	

Nhận xét: Tỷ lệ vi vôi hóa trong các u ác tính là 70,6%; ở nhóm u lành tính tỷ lệ này là 6,6%. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi phát hiện ra khối u tăng lên đến 60 tuổi, hay gặp nhất từ 46- 60 tuổi. Trong khi đó, một nghiên cứu gần đây của tác giả Norra Kwong (2015) cho thấy, cùng với sự tăng lên của lứa tuổi thì tỷ lệ các khối u có biểu hiện lâm sàng tăng lên, trong khi đó tỷ lệ u ác tính lại giảm đi. Tuy nhiên khi phát hiện ra các khối u ác tính ở người cao tuổi hơn thì khả năng kiểu hình có độ ác tính cao hơn [7].

Nhóm dấu hiệu gợi ý ác tính của chúng tôi là: giảm hồi âm, giới hạn không rõ, chiều cao khối u

lớn hơn chiều rộng và vi vôi hóa trong u. Kết quả này cùng hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của các tác giả [3]. Trong một vài trường hợp chúng tôi gặp cần phải chẩn đoán phân biệt với các nang giáp nhưng có cấu trúc âm trên siêu âm giống tổn thương đặc, không thấy tăng âm sau như cấu trúc nang bình thường. Điều này dễ gây chẩn đoán nhầm trên siêu âm 2D, tuy nhiên với siêu âm Doppler không có tăng sinh mạch giúp xác định, loại trừ thương tổn ác tính.

Dấu hiệu giới hạn không rõ của thương tổn ác tính trong nghiên cứu cũng có tỷ lệ khá cao (73,5%) và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

so với nhóm lành tính. Tỷ lệ này cũng gần tương tự với nghiên cứu của tác giả Lê Hồng Cúc [4]. Chúng tôi nhận thấy khó xác định rõ giới hạn trên siêu âm, không rạch ròi giữa đầu là vùng lành tính, vùng chuyển tiếp, vùng ác tính xung quanh tổn thương. Điều này theo chúng tôi có thể do độ phân giải của máy hoặc do cảm nhận chủ quan của người làm. Do đó có thể gây đánh giá sai trên siêu âm 2D về kích thước và sự lan tỏa của thương tổn ác tính. Ngoài ra các dấu hiệu như: vi vôi hóa trong u cũng có ý nghĩa gợi ý ác tính cao.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi rút ra kết luận như sau: các dấu hiệu nghi ngờ u tuyến giáp ác tính trên siêu âm là u giảm âm, giới hạn không rõ, chiều cao khối u lớn hơn chiều rộng và vi vôi hóa trong u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ali Nawaz Khan (2010)**, Thyroid Nodule Imaging, Medscape, 1-18.
2. **Ezzat S, Sarti DA and Cain DR (1994)**, Thyroid incidentalomas. Prevalence by palpation and ultrasonography, PubMed, 154(16), 1838-40.

3. **Jenny K. Hoang, William D. Middleton, Alfredo E. Farjat, Jill E. Langer, Carl C. Reading, Sharlene A. Teefey, Nicole Abinanti, Fernando J. Boschini, Abraham J. Bronner, Franklin N. Tessler et. al. (2018)**, Reduction in Thyroid Nodule Biopsies and Improved Accuracy with American College of Radiology Thyroid Imaging Reporting and Data System. Radiology. Vol. 287, No. 1.
4. **Lê Hồng Cúc (2005)**, Phát hiện sớm ung thư tuyến giáp bằng siêu âm kết hợp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, Trung tâm ung bướu Medicon, TP Hồ Chí Minh, 1- 11.
5. **NCCN (2012)**, Thyroid carcinoma, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.
6. **Nguyễn Bá Đức (2007)**, Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư, 152-161.
7. **Norra Kwong, Marco Medici, Trevor E. Angell, Xiaoyun Liu, Ellen Marqusee, Edmund S. Cibas, Jeffrey F. Krane, Justine A. Barletta, Matthew I. Kim et al. (2015)**, The Influence of Patient Age on Thyroid Nodule Formation, Multinodularity, and Thyroid Cancer Risk. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 100, Issue 12, Pages 4434-4440.
8. **Russ G (2016)**, Risk stratification of thyroid nodules on ultrasonography with the French TI-RADS: description and reflections. Ultrasonography; 35:25-38.

ĐÁNH GIÁ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHỮA Ở SẴO MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Thị Thu Nghĩa¹, Nguyễn Thị Bình², Hoàng Thị Ngọc Trâm²,
Bùi Thị Thu Hương², Nguyễn Thị Hồng², Hoàng Thị Chung¹

TÓM TẮT⁴⁴

CSMLT là hiện tượng túi thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ lấy thai của tử cung và gây biến chứng nặng nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả một số phương pháp điều trị của CSMLT tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng:** 75 trường hợp được chẩn đoán CSMLT và điều trị tại Khoa Phụ Sản- Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. **Kết**

quả: Dấu hiệu chậm kinh + ra máu âm đạo chiếm nhiều nhất 34,7%, tuổi thai < 6 tuần chiếm 65,3%. Tỷ lệ thành công chiếm 90,1%, tỷ lệ thất bại chiếm 9,3% chủ yếu là điều trị bằng MTX + hút thai chiếm 78,7%. Nhóm không có tăng sinh mạch tỷ lệ thành công 100%.

Từ khóa: chữa ở sẹo mổ lấy thai, làm tổ, MTX, phẫu thuật lấy khối chứa, hút thai

SUMMARY

RESEARCH TO TREAT C-SECTION SCAR PREGNANCY IN THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNEACOLOGY AT PHU THO GENERAL HOSPITAL

Caesarean scar pregnancy (CSP) is a phenomenon of implantation at the site of C-section scar in the

¹Bệnh viện Sản Nhi Phú Thọ

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Nghĩa

Email: doctornghia83@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

uterus, which causes serious complications if not diagnosed early and treated promptly. **Objectives:** To describe clinical, subclinical characteristics and evaluate the results of some treatment methods for CSP at Phu Tho Provincial General Hospital. **Subjects:** 75 cases were diagnosed with FMD and treated at the Department of Obstetrics and Gynecology - Phu Tho General Hospital. **Results:** The cases of menstruation disorder plus vaginal bleeding accounted for the most 34.7%, the gestation age <6 weeks accounted for 65.3%. The rate of success made up 90.1%, the failure rate accounted for 9.3%, mainly for treatment with IDR plus abortion accounted for 78.7%. The group without vascular proliferation had a 100% success rate.

Key words: pregnancy at cesarean scarring, implantation, MTX, mass removal surgery, abortion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ở sẹo mổ lấy thai (CSMLT) là hiện tượng túi thai làm tổ tại vị trí sẹo mổ lấy thai của tử cung. Nguyên nhân CSMLT có thể do tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng, sự phát triển của thụ tinh trong ống nghiệm và phương tiện chẩn đoán ngày càng phát triển. Việc chẩn đoán sớm rất có giá trị cho điều trị. CSMLT gây biến chứng nặng nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời. Bệnh có nguy cơ gây vỡ tử cung và băng huyết đe dọa tính mạng người bệnh hoặc mất khả năng sinh sản khi bệnh nhân còn rất trẻ.

Cho đến nay trên thế giới cũng như Việt Nam đã đưa ra nhiều phương pháp can thiệp song chưa có sự thống nhất về phương pháp điều trị tối ưu. Khuyết hướng hiện nay là điều trị bảo tồn bằng Methotrexate và can thiệp ngoại khoa tối thiểu như phẫu thuật lấy khối chứa bảo tồn tử cung hoặc hút thai dưới siêu âm... nhằm kết thúc thai kỳ sớm, nhờ đó tránh phải phẫu thuật lớn, duy trì khả năng sinh sản và đảm bảo sức khỏe

cho bệnh nhân. Đối với những trường hợp tuổi thai lớn, bệnh nhân phải đối diện với phương pháp phẫu thuật. Phương pháp dễ dẫn đến phải cắt tử cung làm mất khả năng sinh sản của bệnh nhân. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả một số phương pháp điều trị của CSMLT tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các trường hợp chẩn đoán xác định là CSMLT với các tiêu chuẩn sau: Bệnh nhân có thai và có tiền sử mổ lấy thai trước đó và tuổi thai trong quý I của thai kỳ tức là từ 4 – 12 tuần.

Kết hợp 1 trong các tiêu chuẩn sau:

+ Siêu âm đầu dò âm đạo túi thai nằm thấp tại vị trí sẹo mổ lấy thai có thể nằm hoàn toàn trong thành trước tử cung, có thể nằm 1 phần trong BTC và 1 phần trong thành trước tử cung. Ống cổ tử cung rộng/ hoặc hình ảnh đại thể khi phẫu thuật : khối thai ở vị trí sẹo mổ lấy thai, dẫn căng đội bàng quang lên/ hoặc giải phẫu bệnh khi phẫu thuật cắt tử cung: hình ảnh gai rau xâm lấn thành bó vào cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ lấy thai/ hoặc chụp cộng hưởng từ chẩn đoán xác định chứa vết mổ.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Thai ở ống CTC, Sảy thai dờ dang, Các trường hợp không đủ thông tin nghiên cứu.

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

2.4. Cỡ mẫu: thuận tiện có chủ đích

2.5. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: từ tháng 1/ 2016 đến hết tháng 12/ 2018 tại khoa Phụ sản- Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Phân bố triệu chứng lâm sàng của chửa ở sẹo mổ lấy thai

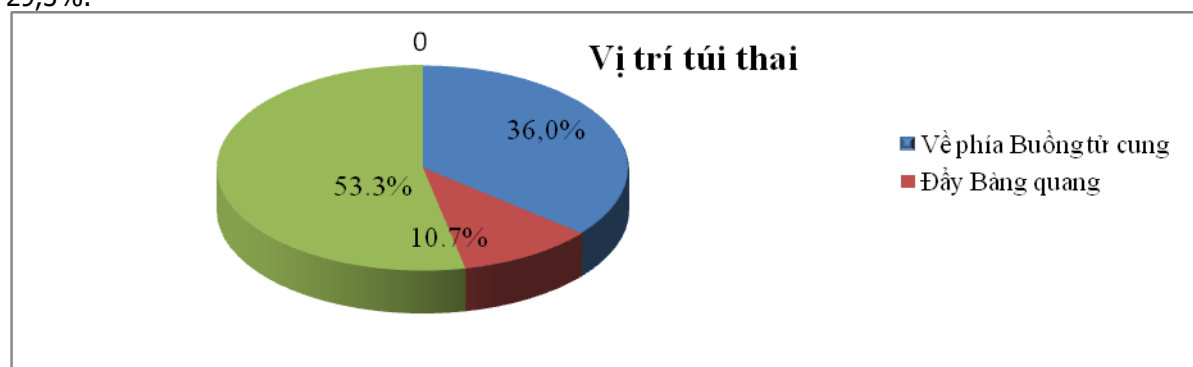
Triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chậm kinh	24	32,0
Ra máu âm đạo	05	6,7
Đau bụng hạ vị	01	1,3
Không có dấu hiệu	01	1,3
Chậm kinh + ra máu âm đạo	26	34,7
Đau bụng + Ra máu âm đạo	06	8,0
Băng huyết	02	2,7
Chậm kinh + ra máu âm đạo + đau bụng	10	13,3
Tổng	75	100

Nhận xét: Dấu hiệu chậm kinh + ra máu âm đạo chiếm 34,7%, Dấu hiệu chậm kinh chiếm 32%, đau bụng 1,3%, ra máu âm đạo chiếm 6,7%.

Bảng 3.2: Tuổi thai trên siêu âm và hoạt động tim thai của chữa ở sọ mổ lấy thai

Tuổi thai	Số bệnh nhân		Hoạt động tim thai	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Có	Không có
< 6 tuần	49	65,3	06	43
6 – 7 tuần	19	25,3	12	07
≥ 8 tuần	07	9,3	04	03
Tổng	75	100	22	53

Nhận xét: Tuổi thai < 6 tuần chiếm 65,3%, tuổi thai 6-7 tuần chiếm 25,3%. Tim thai (+) chiếm 29,3%.



Biểu đồ 3.1: Vị trí túi thai trên siêu âm

Nhận xét: Tỷ lệ chữa về phía buồng tử cung chiếm 36%, chữa đầy bàng quang 10,7%, chữa tại vết mổ chiếm 53,3%

Bảng 3.3: Liên quan giữa mức độ tăng sinh mạch máu với tuổi thai của CSMLT

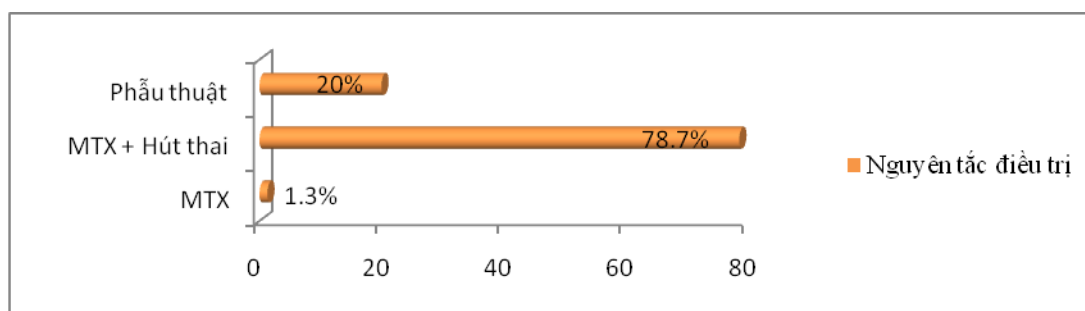
Mức độ tăng sinh mạch	Tuần thai ≤ 6 tuần		7 – ≤8 tuần		>8-12 tuần		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Dày đặc	08	50,0	03	18,8	05	31,2	>0,05
Rải rác	32	71,1	12	26,7	01	2,2	
Không tăng sinh	09	64,3	04	28,6	01	7,1	
Tổng	49	65,4	19	25,3	07	9,3	

Nhận xét: Về mức độ tăng sinh mạch dày đặc ở nhóm tuổi thai ≤ 6 tuần chiếm 50%, 7 – ≤8 tuần chiếm 18,8% và nhóm tuổi thai > 8-12 tuần chiếm 31,2%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê p > 0,05.

Bảng 3.4. Kết quả điều trị chữa ở sọ mổ lấy thai

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thành công	68	90,1
Thất bại	07	9,3
Tổng	75	100

Nhận xét: Tỷ lệ thành công chiếm 90,1%, tỷ lệ thất bại chiếm 9,3%.



Biểu đồ 3.2: Các phương pháp điều trị chữa ở sẹo mổ lấy thai

Nhận xét: Điều trị bằng MTX + hút thai chiếm 78,7%

Bảng 3.5: Phân bố kết quả điều trị theo phương pháp điều trị CSMLT

Phương pháp điều trị	Kết quả điều trị				Tổng số	
	Thành công		Thất bại			
	SL	%	SL	%	SL	%
Hút thai DSA	25	100,0	00	0,0	25	33,3
Hút thai DSA+ đặt sonde Foley	02	66,7	01	33,3	03	4,0
Hút thai DSA+ Đặt bóng	12	100,0	00	0,0	12	16,0
Hút thai DSA+MTX+ Đặt sonde	01	33,3	02	66,7	03	4,0
MTX + Hút thai DSA	14	82,4	03	17,6	17	22,7
MTX	01	50,0	01	50,0	02	2,7
MTX sau hút	04	100,0	00	0,0	04	5,3
MTX toàn thân+tại chỗ+ hút thai	01	100,0	00	0,0	01	1,9
Mổ lấy khối chứa	08	100,0	00	0,0	08	10,1
Tổng số	68	90,7	07	9,3	75	100

Nhận xét: Hút thai dưới siêu âm có 25 trường hợp chiếm 33,3% với tỷ lệ thành công 100%. MTX + Hút thai DSA có 14 trường hợp chiếm 22,7% với tỷ lệ thành công 82,4%, chuyển phương pháp là 17,6%.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa kết quả điều trị và mức độ tăng sinh mạch

Mức độ tăng sinh mạch	Thành công		Thất bại		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Có tăng sinh mạch	54	88,5	07	11,5	< 0,001
Không tăng sinh mạch	14	100,0	00	0,0	
Tổng	68	90,7	07	9,3	

Nhận xét: Nhóm không có tăng sinh mạch tỉ lệ thành công 100%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$

IV. BÀN LUẬN

Với những trường hợp thai nghén bất thường triệu chứng cơ năng thường gặp là đau bụng, ra máu âm đạo, băng huyết. Những triệu chứng này cũng là triệu chứng hay gặp của chữa ngoài tử cung hay dọa sảy thai. Khi nghiên cứu 75 trường hợp CSMLT thì triệu chứng hay gặp nhất là chậm kinh + ra máu âm đạo chiếm 34,7%, tiếp theo là triệu chứng chậm kinh gặp trong 32%. Số bệnh nhân vào viện vì có triệu chứng chậm kinh + ra máu âm đạo + đau bụng chiếm 13,3%. Còn lại là triệu chứng đau bụng hạ vị, chậm kinh + đau bụng, hay ra máu âm đạo + đau bụng. Như vậy

triệu chứng lâm sàng của CSMLT khá nghèo nàn và dễ nhầm với dọa sảy thai, chữa ngoài tử cung, đặc biệt là chữa ống cổ.

Nghiên cứu của Trần Thị Bích Hòa triệu chứng có tới 37,2% (GD1), 38,1% (GD2) là không có triệu chứng lâm sàng, vào viện khám vì chậm kinh thì tình cờ phát hiện chữa tại sẹo mổ cũ trên siêu âm [1].

Trong nhóm tuổi thai < 6 tuần chiếm 65,3% trong số đó có 06 trường hợp tim thai (+); nhóm tuổi thai 6-7 tuần có 19 trường hợp tương đương 25,3% trong số đó có 12 trường hợp tim thai (+). Tuổi thai càng nhỏ thì phương pháp xử trí

càng đơn giản và tỷ lệ thành công càng cao. Theo một số tác giả nước ngoài thì tác giả Rotas [16] tuổi thai chẩn đoán được từ 5 – 12 tuần, trung bình $7,5 \pm 2,5$ tuần [4].

Nhóm tuổi thai ≥ 8 tuần chiếm 9,3%, trong số đó có 04 trường hợp tim thai (+).

Tuổi thai phát hiện khá muộn một số có lý do cố gắng theo dõi thai đến khi phải xử trí thì tuổi thai đã lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 03 trường hợp không có tim thai (thai lưu) với tuổi thai ≥ 8 tuần chiếm 42,8%. Tuổi thai càng lớn thì kích thước túi thai càng to, rau bám rộng, đặc biệt trường hợp thai sống, có tim thai dương tính, dễ gây chảy máu nhiều khi can thiệp vào túi thai.

Chúng tôi sử dụng siêu âm đường bụng khi bàng quang đầy nước tiểu kết hợp với siêu âm đầu dò âm đạo. Siêu âm giúp đánh giá tuổi thai, vị trí túi thai, sự hoạt động của tim thai, mức độ tăng sinh mạch trong siêu âm Doppler, có giá trị rất lớn trong việc lựa chọn phương pháp điều trị. Vị trí túi thai phát triển về phía bàng quang chiếm 10,7%. Đây là hiện tượng toàn bộ rau bám vào vết mổ và bàng quang, mạch máu tăng sinh nhiều, có thể có rau cài răng lược sớm. Hình thái này đe dọa vỡ tử cung khi thai lớn, vấn đề xử trí cũng khó khăn với bất kỳ phương pháp nào. Túi thai ở vị trí vết mổ cũ: chiếm 53,3%. Rau thai phần lớn ăn sâu vào sẹo mổ nhưng có một phần túi ối sát với niêm mạc tử cung, thai lớn có một phần túi thai lồi vào buồng tử cung. Hình thái này mạch máu tăng sinh nhiều, tuy nhiên khi xử trí bằng phương pháp hút thai thường phải phối hợp tiêm MTX điều trị sau thủ thuật để giải quyết khối âm vang hỗn hợp tại vùng vết mổ và làm giảm β hCG. Túi thai có xu hướng phát triển về phía buồng tử cung có 36%. Có một phần nhỏ rau thai bám vào bề mặt sẹo mổ, không ăn sâu vào tổ chức sẹo, có rất ít mạch máu tăng sinh tại vị trí sẹo mổ lấy thai. Khi xử trí không gây chảy máu, lượng β hCG giảm nhanh, khối rau thai tại sẹo mổ ít, nhanh hết kể cả khi tuổi thai lớn.

Chỉ có siêu âm Doppler mới đánh giá được mức độ tăng sinh mạch và rau cài răng lược sớm, liên quan mức độ tăng sinh mạch với bó mạch tử cung hai bên. Mức độ tăng sinh mạch dày đặc ở nhóm tuổi thai ≤ 6 tuần chiếm 50%, $7 - \leq 8$ tuần chiếm 18,8% và nhóm tuổi thai $> 8-12$ tuần chiếm 31,2%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị

Kim Ngân không tăng sinh mạch chiếm 11,9%; có tăng sinh mạch chiếm 76,2 % [2].

Mức độ tăng sinh mạch máu quanh túi thai và tuổi thai có giá trị quyết định hướng xử trí và tiên lượng bệnh.

Kết quả điều trị chữa ở sẹo mổ lấy thai thì tỷ lệ thành công chiếm 90,1%, tỷ lệ thất bại (chuyển phương pháp) chiếm 9,3%. Theo nghiên cứu của Diễm Thị Thanh Thủy là tỷ lệ thành công là 87,5% [3].

Về các nguyên tắc điều trị: điều trị bằng MTX + hút thai chiếm 78,7%, điều trị bằng phẫu thuật chiếm 20% và có 1,3% dùng MTX đơn độc và theo dõi nhằm mục đích loại bỏ khối thai, ngăn chặn chảy máu ồ ạt, bảo tồn tử cung duy trì khả năng sinh sản trong điều kiện cho phép.

Theo tác giả Diễm Thị Thanh Thủy [3] tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội giai đoạn 2010-2012 có 192 trường hợp CSMLT với các phương pháp xử trí: hút thai đơn thuần dưới siêu âm (71,3%), MTX toàn thân (13,5%), hút thai + MTX (12,5%), phẫu thuật cắt khối chứa bảo tồn tử cung (2,7%).

Về phân bố các phương pháp điều trị nội khoa chữa ở sẹo mổ lấy thai thì tỷ lệ hút thai có 25 trường hợp điều trị nội khoa chiếm 33,3%. Trong đó tỷ lệ hút thai thành công 100%, không ca nào thất bại.

Trên thế giới: theo tổng kết của Timor Tristch [5], tỷ lệ biến chứng của phương pháp hút thai đơn thuần là 62,9% và kỹ thuật nong, nạo cũng được nhiều tác giả khuyến cáo không nên áp dụng vì có nhiều biến chứng và tiên lượng không tốt về sau.

Như vậy tại Việt Nam, phương pháp hút thai dưới siêu âm ngày một được áp dụng rộng rãi và là phương pháp điều trị hiệu quả với tuổi thai < 7 tuần hoặc thai có xu hướng phát triển về phía buồng tử cung.

Chúng tôi nhận thấy phương pháp hút thai nên áp dụng với tuổi thai < 7 tuần. Nếu tuổi thai > 7 tuần, siêu âm thai phát triển về phía buồng tử cung, siêu âm Doppler ít mạch máu tăng sinh, khi hút nếu có chảy máu thì chèn bóng vào vị trí khối chứa để cầm máu, kết quả thành công cao. Các trường hợp tuổi thai > 7 tuần, đặc biệt có tim thai (+), vị trí túi thai trung gian hoặc phát triển về phía bàng quang, siêu âm mạch máu tăng sinh nhiều thì hút thai rất dễ thất bại, biến chứng chảy máu trong thủ thuật, phải chuyển mổ cấp cứu và truyền máu.

Hút thai DSA + đặt bóng chèn thuận tiện hơn so với đặt sonde foley có 12 trường hợp chiếm 17,9% với tỷ lệ thành công 100%.

Theo Timor – Tritsch và cộng sự [6] đặt bóng mục đích ngăn ngừa kiểm soát chảy máu sau điều trị MTX toàn thân, MTX tại chỗ, hút thai dưới siêu âm. Việc đặt bóng dễ thực hiện, bóng có thể được lưu tối đa đến ngày thứ 21. Thời gian lưu bóng trung bình 3.6 ngày.

MTX + Hút thai DSA có 17 trường hợp cho tỉ lệ 22,7%. Đây là một trong những phương pháp hiện nay hay được áp dụng để điều trị nội khoa CVMLT. Tỷ lệ thành công của phương pháp này là 82,4%, còn lại 17,6% là thất bại phải chuyển phẫu thuật.

MTX sau hút thai DSA phác đồ này được áp dụng trong những trường hợp đã hút thai dưới siêu âm, xét nghiệm nồng độ β hCG không giảm hoặc không giảm nhiều chúng tôi chỉ định dùng thêm MTX sau thủ thuật. Trong nghiên cứu có 04 trường hợp chiếm 5,9%. Tỷ lệ thành công 100%. Đa số các tác giả khuyến cáo điều trị nội khoa kết hợp là phương pháp điều trị khả thi nhất.

- **Phẫu thuật lấy khối chứa** có 08 trường hợp chiếm 10,1%. Tất cả các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật đều được mổ mở lấy khối chứa và khâu bảo tồn. Theo Yang và Yeng [7] đề xuất kết hợp truyền tắc động mạch tử cung chọn lọc trước phẫu thuật để giảm tai biến và bảo tồn khả năng sinh sản. Mức độ tăng sinh mạch máu cũng có ảnh hưởng đến thái độ xử trí của thầy thuốc. Nếu không tăng sinh mạch máu thậm chí có thể chỉ định hút thai đơn thuần vì nguy cơ chảy máu ít, tỉ lệ thành công cao, nhưng nếu tăng sinh mạch máu đặc biệt là tăng sinh mạch máu dày đặc thì việc cân nhắc hút thai hay không, nên chăng có hay không phẫu thuật cũng là câu hỏi lớn khiến thầy thuốc sản khoa phải quyết định dứt khoát.

V. KẾT LUẬN

Chậm kinh kết hợp ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,7%, các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Tuổi thai chủ yếu < 6 tuần chiếm 65,3%; Siêu âm đường bụng kết hợp với siêu âm đường âm đạo là phương tiện chẩn đoán chính.

Kết quả điều trị: Tỷ lệ thành công chiếm 90,1%, thất bại (chuyển phương pháp) chiếm 9,3%. Nguyên tắc điều trị: điều trị bằng MTX + hút thai chiếm 78,7%, điều trị bằng phẫu thuật chiếm 20%, MTX chiếm 1,3%. Điều trị nội khoa bao gồm các phương pháp: Hút thai DSA chiếm 33,3%; Hút thai DSA + đặt bóng chiếm 16%; MTX + Hút thai DSA chiếm 22,7%, ngoài ra còn kết hợp các phương pháp hội khoa như hút thai, MTX, đặt bóng... Mổ mở lấy khối chứa là phương pháp phẫu thuật được lựa chọn trong nghiên cứu với nguyên tắc là lấy khối chứa, khâu bảo tồn tử cung, có hoặc không kèm theo triệt sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Bích Hòa (2017)**, "Nghiên cứu chữa sẹ mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 giai đoạn 2011-2012 và 2015-2016", Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 81 tr.
2. **Nguyễn Thị Kim Ngân (2018)**, "Nghiên cứu điều trị các trường hợp chữa sẹ mổ lấy thai bằng phẫu thuật tại bệnh viện phụ sản trung ương", Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 66 tr.
3. **Diêm Thị Thanh Thủy (2013)**, "Nghiên cứu chữa sẹ mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội", Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 70 trang.
4. **Rotas Michael A, Haberman Shoshana, and Levgur Michael (2006)**, "Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management", *Obstetrics & Gynecology*, 107 (6), pp. 1373-1381.
5. **Timor-Tritsch Ilan E, Monteagudo Ana, Santos Rosalba, et al. (2012)**, "The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 207 (1), pp. 44. e1-44. e13.
6. **Timor-Tritsch Ilan E and Monteagudo Ana (2012)**, "Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 207 (1), pp. 14-29.
7. **Yang, M.J. and Jeng M.H., (2003)**. Combination of transarterial embolization of uterine arteries and conservative surgical treatment for pregnancy in a cesarean section scar. A report of 3 cases. *J Reprod Med.* 48(3), 213-6.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI TRÊN TRẺ NHIỄM HIV TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Ngô Thị Thu Tuyền*, Đào Hữu Hưng*, Nguyễn Văn Lâm*

TÓM TẮT⁴⁵

Nhiễm HIV khiến trẻ dễ mắc nhiều bệnh nhiễm trùng cơ hội, đặc biệt là trong năm đầu đời. Xác định căn nguyên các bệnh nhiễm trùng cơ hội là yếu tố quan trọng làm tăng hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ tử vong. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với **mục tiêu**: Tìm hiểu căn nguyên gây nhiễm trùng cơ hội trên trẻ nhiễm HIV. **Đối tượng nghiên cứu**: Bệnh nhi được chẩn đoán nhiễm HIV/AIDS có mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội được điều trị nội trú tại khoa Truyền nhiễm, bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/05/2015 – 30/04/2018. **Phương pháp nghiên cứu**: mô tả hồi cứu loạt ca bệnh. **Kết quả**: trẻ mắc nhiễm trùng cơ hội phải nhập viện nhiều nhất là dưới 12 tháng tuổi chiếm 29,6%. Có 84,5% trẻ suy giảm miễn dịch nặng, 11,9% trẻ không suy giảm miễn dịch. Có 30,4% trẻ có số lượng bạch cầu $\leq 4000/\text{mm}^3$ máu, 12,8% trẻ có số lượng bạch cầu tăng cao $> 20000/\text{mm}^3$. Căn nguyên vi khuẩn, nấm gây nhiễm trùng cơ hội thường gặp là: viêm phổi do PCP (12%), lao phổi (6,4%), lao hạch (2,4%) do *M. tuberculosis*, nhiễm nấm *Penicillium marneffei* (5,6%), *Toxoplasma* (1,6%).

Từ khóa: HIV, nhiễm trùng cơ hội.

SUMMARY

THE CAUSES OF OPPORTUNISTIC INFECTIONS IN HIV-INFECTED CHILDREN

HIV infection makes children vulnerable to many opportunistic infections, especially in the first year of life. Identifying the etiology of opportunistic infections is an important factor that increases treatment efficacy and reduces mortality. We, therefore, conducted this study with the **objective**: Understanding the causes of opportunistic infections in HIV-infected children. **Study subjects**: Children diagnosed with HIV/AIDS infection who have had opportunistic infections receiving inpatient treatment at the Department of Infectious Diseases, Vietnam National Children's Hospital from May 1, 2015 - April 30, 2018. **Research methodology**: retrospective description of case series. **Results**: Children less than 12 months old with opportunistic infections were most

hospitalized accounted for 29.6%. There were 84.5% of children with severe immunodeficiency, 11.9% of children without immunodeficiency. 30.4% of children had leukocyte count $\leq 4000 / \text{mm}^3$ blood, 12.8% of children had an increased number of white blood cells $> 20000 / \text{mm}^3$. The most common causes of opportunistic infections are: PCP pneumonia (12%), pulmonary tuberculosis (6.4%), lymph node TB caused by *M. tuberculosis* (2.4%), *Penicillium marneffei* infection (5.6%), *Toxoplasma* (1.6%).

Keywords: HIV, opportunistic infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm HIV khiến trẻ dễ mắc nhiều bệnh nhiễm trùng cơ hội, đặc biệt là trong năm đầu đời. Xác định căn nguyên các bệnh nhiễm trùng cơ hội là yếu tố quan trọng làm tăng hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ tử vong. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với **mục tiêu**: Tìm hiểu căn nguyên gây nhiễm trùng cơ hội trên trẻ nhiễm HIV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhi được chẩn đoán nhiễm HIV/AIDS có mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội được điều trị nội trú tại khoa Truyền nhiễm, bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/05/2015 – 30/04/2018.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả hồi cứu loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn tất cả bệnh nhân vào điều trị tại khoa truyền nhiễm bệnh viện Nhi Trung ương đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

-Trẻ từ 1 tháng đến 18 tuổi, được xác định là nhiễm HIV/AIDS vào điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương và mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc bệnh lý liên quan đến nhiễm HIV.

+ Chẩn đoán xác định nhiễm HIV: Trẻ trên 18 tháng xét nghiệm máu được khẳng định có kháng thể HIV dương tính với 3 loại sinh phẩm kháng nguyên khác nhau. Trẻ dưới 18 tháng có xét nghiệm PCR với HIV-AND/ARN dương tính [1],[2].

* Bệnh Viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lâm

Email: nguyenvanlam73@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

+ Trẻ mắc nhiễm trùng cơ hội hoặc các bệnh lý liên quan đến HIV

- Trẻ đến điều trị tại Khoa Truyền nhiễm, bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/05/2015 – 30/04/2018.

- Hồ sơ bệnh án rõ ràng, đáp ứng đủ các yêu cầu thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ

Không đáp ứng đủ các tiêu chuẩn trên:
Những trẻ có test nhanh HIV (+) hoặc trẻ phơi

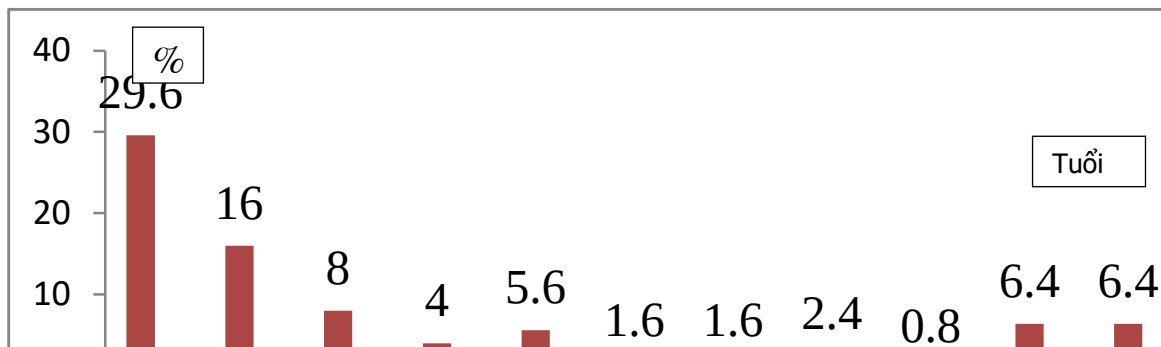
nhiễm HIV nhưng sau khi làm xét nghiệm khẳng định âm tính với HIV.

Các chỉ số nghiên cứu: tuổi, giới, tế bào T_{CD4}, giai đoạn miễn dịch, công thức máu, protein phản ứng (CRP), căn nguyên gây bệnh.

Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm Statistical Package for Social Sciences (SPSS20.0)

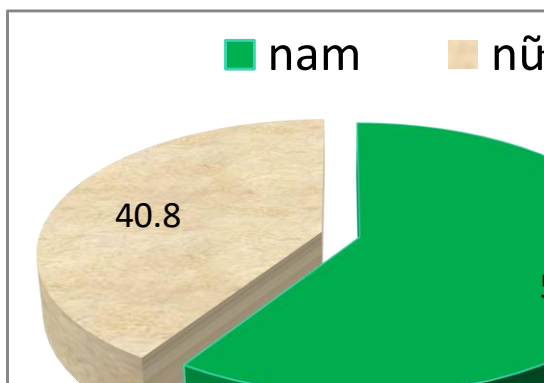
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 3.1: phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét: trẻ mắc nhiễm trùng cơ hội gặp nhiều ở trẻ dưới 1 tuổi có 37 trẻ chiếm 29,6%, từ 1 đến 2 tuổi có 20 trẻ chiếm 16%, sau đó tần suất mắc giảm dần theo tuổi. khi trẻ được 10 tuổi trở lên, số trẻ mắc nhiễm trùng cơ hội lại tăng lên.



Biểu đồ 3.2: Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhận xét: Số trẻ nam chiếm 59,2% nhiều hơn nhóm trẻ nữ 40,8%

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Đánh giá mức độ suy giảm miễn dịch theo tuổi

Suy giảm miễn dịch liên quan đến HIV	Tần số (n)	%
Không suy giảm	13	11,9
Suy giảm nhẹ	2	1,8
Suy giảm tiến triển	2	1,8
Suy giảm nặng	92	84,5
Tổng	109	100

Nhận xét: Hầu hết trẻ nhập viện trong giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng chiếm 84,5%

Bảng 3.2: Phân loại bạch cầu tại thời điểm nhập viện

Chỉ số bạch cầu chung (G/l)	Tần số (n)	%
0 - ≤4	38	30,4
4 - ≤10	42	33,6
10 - ≤20	28	22,4
> 20	16	12,8
Tổng	125	100

Nhận xét: Nhiều trẻ nhập viện trong tình trạng giảm số lượng bạch cầu chiếm 30,4%, trẻ có bạch cầu máu tăng cao chiếm 12,8%, số trẻ còn lại bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ.

Bảng 3.3: Phân loại CRP tại thời điểm nhập viện

Chỉ số CRP (mg/l)	Tần số (n)	%
0 - ≤6	38	33,2

>6	80	66,8
Tổng	118	100

Nhận xét: Hầu hết trẻ nhập viện có tăng protein phản ứng (CRP) chiếm 66,8%, số trẻ còn lại không tăng CRP chiếm 33,2%

3.3. Đặc điểm căn nguyên gây bệnh ở trẻ nhiễm HIV

Bảng 3.4: Căn nguyên gây nhiễm trùng cơ hội do vi khuẩn – nấm

	Dịch tỷ hầu	Dịch nội khí quản	Máu	Phân	Da	Dịch màng phổi	Dịch ổ bụng	Dịch hạch	Dịch tủy xương	Dịch mủ tai	Dịch dạ dày	Dịch não tủy
PCP	15											
Candida	4			6						1		
P. marneffei	1		7		2			1	1			
M. tuberculosis								3			8	
Staphylococcus aureus	2					1						
Streptococcus pneumonia	2		1									
Escherichia coli	3			1								
Haemophilus influenzae	1	1										
Toxoplasma												2

Nhận xét: Số trẻ mắc nhiễm trùng cơ hội nhiều nhất là nhiễm nấm Pneumocystis jirovecii (PCP) là 15 trẻ (12%), sau đó là trẻ mắc lao 11 trẻ (8,8%), mắc Penicillium marneffei có 7 trẻ (5,6%), sau đó là các loại vi khuẩn khác. Trong đó có 1 trẻ đồng nhiễm lao và P.marneffei.

Bảng 3.5: Căn nguyên gây nhiễm khuẩn bệnh viện ở trẻ

	Dịch tỷ hầu	Dịch nội khí quản	Máu
Acinetobacter baumannii	3	3	2
Klebsiella pneumoniae	6	2	1
Pseudomonas aeruginosa	5	2	1
Enterobacter cloacae		1	
Elizabethkingia meningoseptica		1	
Stenotrophomonas maltophilia			1
Sphingomonas paucimobilis			1

Nhận xét: Trẻ có nhiễm trùng cơ hội nặng và đồng nhiễm thêm vi khuẩn bệnh viện: có 9 trẻ nhiễm Klebsiella pneumoniae, có 6 trẻ nhiễm

Acinetobacter baumannii, có 6 trẻ nhiễm Pseudomonas aeruginosa, có 1 trẻ nhiễm Enterobacter cloacae, có 1 trẻ nhiễm Elizabethkingia meningoseptica, có 1 trẻ nhiễm Stenotrophomonas maltophilia và 1 trẻ nhiễm Sphingomonas paucimobilis.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 3.1 độ tuổi trẻ mắc nhiễm trùng cơ hội phải nhập viện nhiều nhất là dưới 12 tháng tuổi chiếm 29,6%. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Lâm (2017), độ tuổi của trẻ trong nhóm dưới 12 tháng tuổi chiếm 40%[4]. Trong nghiên cứu của Đỗ Thiện Hải và cộng sự (2012), độ tuổi của nhóm trẻ nghiên cứu gặp chủ yếu dưới 3 tuổi[3]. Có sự tương đồng giữa các nghiên cứu này có thể là do virus HIV tấn công vào tế bào T_{CD4} làm tế bào này mất chức năng và nhanh chóng bị tiêu diệt. Trẻ nhỏ dưới 1 tuổi, chức năng của hệ miễn dịch thể và tế bào chưa trưởng thành nên dễ bị nhiễm bệnh hơn so với trẻ lớn.

Về giới tính của trẻ bị nhiễm HIV trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trẻ trai 59,2% cao hơn so với trẻ gái là 40,8%. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của các tác

giả Phạm Thị Vân Hạnh (2004) tỷ lệ trẻ nam là 55% và trẻ nữ là 45%[5]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Lâm (2017) tỷ lệ trẻ nam là 52,6% và trẻ nữ là 47,4%[4].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Xét nghiệm chỉ số T_{CD4} là thước đo để đánh giá mức độ suy giảm miễn dịch của trẻ nhiễm HIV. Từ kết quả này chúng ta tiên lượng bệnh nhân có nguy cơ mắc nhiễm trùng cơ hội không, một số loại nhiễm trùng cơ hội thường xuất hiện tương ứng với mỗi giá trị T_{CD4} giảm nhất định. Tuy nhiên ở trẻ em nhiễm HIV, đặc biệt là trẻ dưới 1 tuổi có thể đồng nhiễm nhiều loại căn nguyên gây bệnh mà không phụ thuộc vào tế bào T_{CD4} . Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 109 trẻ được làm xét nghiệm T_{CD4} trong đó có 92 trẻ suy giảm miễn dịch nặng chiếm 84,5%, 13 trẻ không suy giảm miễn dịch chiếm 11,9%, còn lại là trẻ suy giảm miễn dịch nhẹ và tiến triển là 3,6%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Phạm Thị Vân Hạnh (2004), trẻ có suy giảm miễn dịch nặng là 26/32 bệnh nhân chiếm 81,2%[5].

Bệnh nhân có nhiễm khuẩn nặng thường đi kèm với biểu hiện bạch cầu máu giảm nặng hoặc tăng cao. Theo nghiên cứu của chúng tôi, trẻ có số lượng bạch cầu $\leq 4000/mm^3$ máu là 38 trẻ chiếm 30,4%, trẻ có số lượng bạch cầu tăng cao $> 20000/mm^3$ máu là 16 trẻ chiếm 12,8%.

4.3. Đặc điểm căn nguyên gây bệnh ở trẻ nhiễm HIV

Trong số 125 trẻ nhập viện vì nhiễm trùng cơ hội và các bệnh lý liên quan đến HIV có 15 trẻ viêm phổi do PCP chiếm 12%, có 8 trẻ mắc lao phổi chiếm 6,4%, có 3 trẻ mắc lao hạch chiếm 2,4%, trong đó có 1 trẻ mắc lao toàn thể chiếm 9,1% (1/11) số trẻ mắc lao. Có 7 trẻ mắc *Penicillium marneffe* chiếm 5,6%, trong đó có 1 trẻ đồng nhiễm lao và *P.marneffe*. Đặc biệt có 1 trẻ viêm não do *Toxoplasma* tại 2 thời điểm khác nhau vì trẻ không tuân thủ điều trị ARV và điều trị dự phòng thứ phát nhiễm trùng cơ hội bằng cotrimoxazol. Có 2 trẻ mắc viêm phổi 1 trẻ mắc viêm màng phổi do *S. aureus*, 2 bệnh nhân viêm phổi và 1 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *S. pneumoniae*. 3 bệnh nhân viêm phổi và 1 bệnh nhân viêm ruột do *E. coli*. 2 bệnh nhân viêm phổi do *H. influenza*. Như vậy, ngoài những bệnh nhiễm trùng cơ hội hay gặp ở trẻ suy giảm miễn

dịch, thì trẻ nhiễm HIV vẫn mắc các loại vi khuẩn thông thường.

Trẻ mắc bệnh nhiễm trùng cơ hội nặng, có can thiệp xâm nhập như trẻ sử dụng máy thở, đặt catheter tĩnh mạch khiến trẻ đồng nhiễm thêm nhiều loại vi khuẩn bệnh viện: 9 trẻ nhiễm *Klebsiella pneumoniae*, có 6 trẻ nhiễm *Acinetobacter baumannii*, có 6 trẻ nhiễm *Pseudomonas aeruginosa*, có 1 trẻ nhiễm *Enterobacter cloacae*, có 1 trẻ nhiễm *Elizabethkingia meningoseptica*, có 1 trẻ nhiễm *Stenotrophomonas maltophilia* và 1 trẻ nhiễm *Sphingomonas paucimobilis*.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- Độ tuổi trẻ mắc nhiễm trùng cơ hội phải nhập viện nhiều nhất là trẻ dưới 12 tháng tuổi chiếm 29,6%.

- Về giới tính: tỷ lệ trẻ trai 59,2% cao hơn so với trẻ gái là 40,8%.

5.2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

- Có 84,5% (92/109) trẻ suy giảm miễn dịch nặng, 13/109 trẻ không suy giảm miễn dịch chiếm 11,9%, còn lại là trẻ suy giảm miễn dịch nhẹ và tiến triển là 3,6%.

- Có 30,4% (38/125) trẻ có số lượng bạch cầu $\leq 4000/mm^3$ máu, trẻ có số lượng bạch cầu tăng cao $> 20000/mm^3$ máu là 16/125 trẻ chiếm 12,8%.

- 66,8% trẻ có tăng CRP trên 6mg/l

5.3. Đặc điểm căn nguyên gây bệnh ở trẻ nhiễm HIV

- Căn nguyên vi khuẩn nấm gây nhiễm trùng cơ hội thường gặp là: viêm phổi do PCP, lao phổi, lao hạch do *M. tuberculosis*, nhiễm nấm *Penicillium marneffe*, *Toxoplasma*.

- Một số căn nguyên gây bệnh thường gặp khác là: *S.aureus*, *S.pneumoniae*, *E.coli*, *H.influenza*.

- Trẻ mắc bệnh nhiễm trùng cơ hội nặng đồng nhiễm thêm vi khuẩn bệnh viện: *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *P.aeruginosa*, *Enterobacter cloacae*, *Elizabethkingia meningoseptica*, *Stenotrophomonas maltophilia* *Sphingomonas paucimobilis*.

KHUYẾN NGHỊ

Cần chẩn đoán tình trạng nhiễm HIV sớm để trẻ được điều trị ARV, tránh mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2009)**. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS, Số 3003/QĐ-BYT, Nhà xuất bản y học Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2017)**, Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, số 5418/QĐ-BYT ngày 01/12/2017, Hà Nội.
3. **Đỗ Thiện Hải, Phạm Nhật An, Trần Văn Toàn (2012)**. "Nhiễm trùng cơ hội trên trẻ nhiễm HIV/AIDS được điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Trung Ương". Tạp chí Nghiên cứu Y học, 80 (3A), 199-203.
4. **Nguyễn Văn Lâm (2015)**, "Nghiên cứu tác nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi ở trẻ em nhiễm HIV". Luận văn Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Phạm Thị Vân Hạnh và cộng sự (2004)**. "Nghiên cứu một số yếu tố dịch tễ biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm ở trẻ em nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện trẻ em Hải Phòng". Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

TÁC DỤNG ĐIỀU CHỈNH RỐI LOẠN LIPID MÁU TRÊN THỰC NGHIỆM CỦA CAO CHIẾT CÂY MÂM XÔI (RUBUS ALCEAEFOLIUS POIR., HỌ HOA HỒNG ROSACEAE) THU HÁI TẠI THÁI NGUYÊN

Nguyễn Văn Dũng¹, Trần Ngọc Anh¹, Lê Thị Minh Hiền¹

TÓM TẮT⁴⁶

Mục tiêu: Nghiên cứu tác dụng điều chỉnh RLLPM của cao chiết cây Mâm xôi trên thực nghiệm. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đánh giá tác dụng làm thay đổi nồng độ một số chỉ số lipid máu của mâm xôi trên mô hình gây tăng cholesterol máu ngoại sinh ở chuột cống trắng và trên mô hình gây tăng cholesterol máu nội sinh bằng P407 ở chuột nhắt trắng. **Kết quả:** Cao mâm xôi liều 0,5g/kg và 1g/kg đã thể hiện rõ tác dụng hạn chế RLLPM ở chuột cống trắng trên mô hình gây RLLP máu ngoại sinh bằng hỗn hợp dầu cholesterol. Cao mâm xôi liều 2g/kg thể hiện tác dụng làm giảm chỉ số TC, TG và LDL – c máu ở chuột nhắt trắng trên mô hình gây RLLPM bằng P407.

Từ khóa: Cao chiết cây mâm xôi, mô hình nội sinh, mô hình ngoại sinh, rối loạn lipid máu, hạ lipid máu.

SUMMARY

ANTI-DYSLIPIDEMIA EFFECT OF RUBUS ALCEAEFOLIUS POIR. EXTRACT, ROSACEAE IN THAI NGUYEN

Objective: Study on the anti-dyslipidemia effect of Rubus alceaefolius Poir. in vivo. **Method:** Study on

the effect of changing the concentration of blood lipids of Rubus alceaefolius Poir. on the model of exogenous hyperlipidemia in rats and endogenous hyperlipidemia induced Poloxamer 407 (P-407) in mice. **Result:** On the exogenous model, oral administration of the Rubus Alceaefolius Poir. at doses of 0,5g/kg and 1g/kg showed effect control dyslipidemia in rats. The dose of 2g/kg proved very potential in controlling dyslipidemia by decreasing TC, TG, LDL – c (p < 0,05) on endogenous hyperlipidemia model.

Key word: Rubus Alceaefolius Poir. extract, exogenous hyperlipidemia model, endogenous hyperlipidemia model, dyslipidemia, lipid – lowering.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLPM), béo phì, tiểu đường, tim mạch thuộc nhóm bệnh chuyển hóa có nguy cơ cao gây xơ động mạch và tử vong. Tỷ lệ tử vong do nhóm bệnh này gây ra ngày càng tăng lên tại các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Vai trò của RLLPM trong bệnh lý xơ động mạch đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu dịch tễ học, thực nghiệm và cả những nghiên cứu tiền cứu có can thiệp.

Hiện nay thuốc có nguồn gốc hóa được điều trị RLLPM có cơ chế rõ ràng, hiệu quả nhanh nhưng phải sử dụng lâu dài nên gây nhiều tác dụng không mong muốn và chi phí điều trị cao. Vì vậy, nghiên cứu sản xuất thuốc theo hướng thuốc có nguồn gốc thiên nhiên trở thành xu

¹Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: dung.dhdt@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

hướng ngày càng tăng trên thế giới trong đó có Việt Nam.

Cây Mâm xôi (*Rubus alceaefolius* Poir., họ Hoa Hồng Rosaceae) được người dân sử dụng khá nhiều trong cuộc sống hằng ngày để ăn và chữa một số bệnh thông thường. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy thành phần alkaloid có trong cây cho tác dụng giảm triglycerid, giảm cholesterol, giảm LDL-c và tăng HDL-c trên thực nghiệm. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Nghiên cứu tác dụng điều chỉnh rối loạn lipid máu của cao chiết cây Mâm xôi trên thực nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Nguyên liệu:** Cành lá cây Mâm xôi (*Rubus alceaefolius* Poir.) được thu hái vào tháng 3 tại huyện Định Hóa, Tỉnh Thái Nguyên.

Sấy khô mâm xôi ở 50 – 60°C và xay thành bột thô. Bột dược liệu ngâm với ethanol 60% tỷ lệ 1:10 (dược liệu: dung môi) ở nhiệt độ phòng trong 2 giờ sau đó chiết bằng phương pháp ngâm kiệt, tốc độ rút dịch chiết là 1ml/phút. Gộp dịch chiết và cất thu hồi dung môi dưới áp suất giảm rồi cho bốc hơi dung môi trên nồi cách thủy cho đến hết dung môi. Thu được cao đặc. Hiệu suất chiết là 9,7%, độ ẩm cao là 15%.

* **Động vật thử nghiệm:** Chuột cống trắng cả 2 giống, chủng Wistar, 150 - 180g Học viện Quân Y cung cấp. Chuột nhắt trắng chủng Swiss albino, 18 - 20g, Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương cung cấp. Động vật được nuôi trong phòng thí nghiệm Bộ môn Dược lý, Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên 5 ngày trước khi nghiên cứu bằng thức ăn tiêu chuẩn do Viện vệ sinh Dịch tễ Trung ương cung cấp, uống nước tự do.

* **Hóa chất:** Dầu lạc, Cholesterol tinh khiết, Acid cholic, Propylthiouracil 50mg, Poloxamer 407, Atorvastatin 10mg, các hóa chất làm xét nghiệm và kit định lượng các enzym, chất chuyển hóa trong máu (TC, TG, HDL-c, LDL-c).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Nghiên cứu tác dụng điều chỉnh rối loạn lipid máu của cao chiết cây Mâm xôi trên mô hình gây tăng cholesterol máu ngoại sinh**

Áp dụng mô hình Nassiri và cộng sự (2009) [4], điều chỉnh tỷ lệ thành phần hỗn hợp dầu cholesterol (cholesterol:acid cholic:PTU:dầu lạc = 0,1:0,01:0,005:vừa đủ 1ml).

Chuột cống chia thành 5 lô, mỗi lô 10 con, các lô được uống thuốc trong 4 tuần:

- Lô 1 (Chứng sinh học): uống nước cất.
- Lô 2 (Mô hình): uống hỗn hợp dầu cholesterol và nước cất (1ml/100g chuột).
- Lô 3 (Atorvastatin): uống hỗn hợp dầu cholesterol và atorvastatin (10mg/kg chuột).
- Lô 4 (Mâm xôi liều thấp): uống hỗn hợp dầu cholesterol 1ml/100g và mâm xôi 0,5g cao/kg.
- Lô 5 (Mâm xôi liều cao): uống hỗn hợp dầu cholesterol 1ml/100g và mâm xôi 1g cao/kg.

Cân chuột tại thời điểm trước, sau thí nghiệm hàng tuần. Vào ngày đầu tiên và cuối cùng của thí nghiệm, để chuột nhịn ăn qua đêm. Lấy máu đuôi chuột định lượng TC, TG, HDL-c, LDL-c.

* **Nghiên cứu tác dụng điều chỉnh rối loạn lipid máu của cao chiết cây mâm xôi trên mô hình gây tăng cholesterol máu nội sinh.** Sử dụng và điều chỉnh mô hình gây tăng lipid máu nội sinh bằng P407 [5]:

Chuột nhắt trắng chia làm 5 lô, mỗi lô 10 con. Các lô được tiêm và uống thuốc:

- Lô 1 (Chứng sinh học): Tiêm màng bụng nước muối sinh lý 0,9% với thể tích 0,1ml/10g thể trọng chuột, sau đó uống nước cất.
- Lô 2 (Mô hình): Tiêm màng bụng dung dịch P407 5% liều 250mg/kg (0,1ml/10g), ngay sau đó uống nước cất.
- Lô 3 (Uống atorvastatin): Tiêm màng bụng dung dịch P407 5% liều 250mg/kg (0,1ml/10g), ngay sau đó uống atorvastatin liều 100mg/kg với thể tích 0,1ml/10g.
- Lô 4 (Uống mâm xôi liều thấp): Tiêm màng bụng dung dịch P407 5% liều 250mg/kg (0,1ml/10g), ngay sau đó uống mâm xôi liều 1g cao/kg (0,1ml/10g).
- Lô 5 (Uống mâm xôi liều cao): Tiêm màng bụng dung dịch P407 5% liều 250mg/kg (0,1ml/10g), ngay sau đó uống mâm xôi liều 2g cao/kg (0,1ml/10g).

Chuột được uống nước cất và thuốc thử 7 ngày liên tục trước khi tiêm màng bụng dung dịch P407. Sau khi tiêm P407, chuột nhịn đói hoàn toàn, uống nước tự do, 24 giờ sau lấy máu động mạch cảnh làm xét nghiệm định lượng TG, TC, LDL-c, HDL-c.

2.3. Xử lý số liệu: trên phần mềm Excel

2016. Số liệu biểu diễn dưới dạng $\bar{X} \pm SD$. Kiểm định các giá trị bằng t-test Student hoặc test trước-sau (Avant – Apres). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

	p ≤ 0,05	p ≤ 0,01	p ≤ 0,001	chứng sinh học			
Khác biệt so với lô	+	++	+++	Khác biệt so với lô mô hình	*	**	***

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tác dụng điều chỉnh lipid máu trên mô hình ngoại sinh

Bảng 3.1. Sự thay đổi cân nặng của chuột cống trắng sau 4 tuần

Lô nghiên cứu	Trọng lượng chuột cống trắng ($\bar{X} \pm SD$, gam)				
	Trước	Tuần 1	Tuần 2	Tuần 3	Tuần 4
Chứng sinh học	155,3±15,17	176,5±12,27	207,6±17,32	227,1±17,26	232,3±20,12
Mô hình	161,5±18,34	181,2±19,43	208,7±14,72	215,1±12,39	218,2±11,54
Atorvastatin 10mg/kg	163,2±19,43	182,4±26,21	204,5±22,83	192,1±31,23	191,5±24,59
Mâm xôi 0,5g/kg	159,5±22,37	178,2±27,06	195,7±24,27	188,7±32,93* (↓12,3%)	181,5±19,85* (↓16,8%)
Mâm xôi 1g/kg	158,5±21,18	175,8±19,24	182,1±21,93* (↓12,7%)	177,1±26,51* (↓17,6%)	179,3±22,39* (↓17,8%)

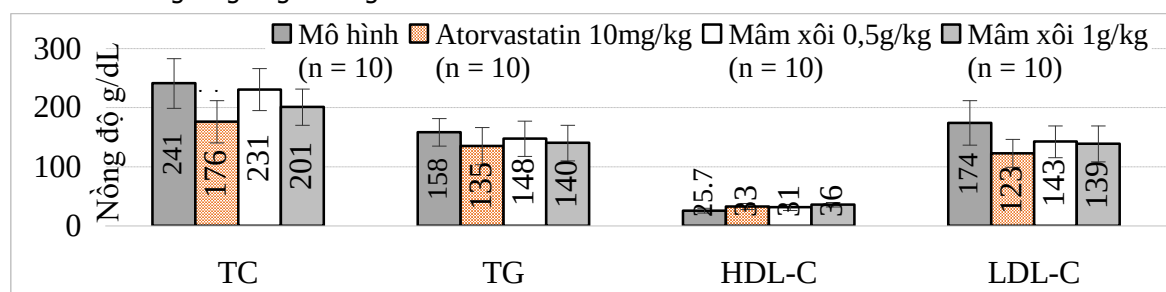
Chuột ở các lô đều có xu hướng gia tăng trọng lượng theo thời gian. Lô uống Mâm xôi liều 0,5g cao/kg/ngày có xu hướng tăng trọng lượng ít hơn so với lô mô hình ở tuần thứ 3, 4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Lô uống Mâm xôi liều 1g cao/kg/ngày có xu hướng tăng trọng lượng ít hơn so với lô mô hình ở tuần thứ 2, 3, 4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Mô hình gây rối loạn lipid máu bằng hỗn hợp dầu cholesterol

Chỉ số lipid	Chứng sinh học (n=10) ($\bar{X} \pm SD$, mg/dL)		Mô hình (n=10) ($\bar{X} \pm SD$, mmol/L)	
	Trước	Tuần 4	Trước	Tuần 4
TC	112,05±16,12	116,3±13,23	116,8±14,09	241,2±42,19***
TG	128,6±19,16	131,1±18,13	129,37±21,15	158,47±23,12 ⁺
HDL-C	15,8±3,13	15,4±2,39	16,7±3,47	25,7±4,21 ⁺
LDL-C	79,6±14,26	82,1±15,27	81,7±13,14	174,4±37,72***

Hỗn hợp dầu cholesterol có tác dụng gây RLLP máu trên chuột cống trắng sau 4 tuần, biểu hiện qua sự tăng rõ rệt nồng độ TC, LDL-c, TG và HDL-c máu. Gây RLLPM bằng cách dùng nguồn lipid ngoại sinh bổ sung qua đường tiêu hóa. Mô hình này chúng tôi thực hiện trên chuột cống vì đây là loài động vật ăn tạp, thành phần thức ăn gần giống với người hơn nên kết

quả đáng tin cậy. Chúng tôi áp dụng theo mô hình đã điều chỉnh của một số nhà nghiên cứu bổ sung thêm acid cholic và PTU giúp tăng hấp thu cholesterol và làm giảm chuyển hoá cholesterol thành acid mật, vì vậy gây được mô hình có độ ổn định, độ đồng nhất cao hơn và rút ngắn thời gian nghiên cứu [1].



Biểu đồ 3.1. Sự thay đổi nồng độ lipid máu chuột cống sau 4 tuần uống thuốc

Thuốc chúng dương chúng tôi chọn nhóm tranh HMG-CoA-Reductase nên làm giảm tổng hợp TC, tăng sinh LDL-receptor màng tế bào, ưu

tiên chọn lựa trong RLLPM. Liều trên người là 10 - 80mg/ngày. Chúng tôi chọn liều dùng trong nghiên cứu là 10mg/kg/ngày (liều tương đương liều trên người với hệ số 6), đây cũng là liều nhiều nghiên cứu trên thế giới đã sử dụng [6]. Kết quả cho thấy atorvastatin 10mg/kg làm giảm rõ rệt nồng độ TC, LDL-c so với lô mô hình ($p <$

0,01), làm giảm nồng độ TG ($p < 0,05$) và tăng nồng độ HDL-c so với lô mô hình ($p < 0,05$). Mâm xôi liều 0,5g cao/kg làm giảm nồng độ LDL-c và tăng nồng độ HDL-c so với lô mô hình ($p < 0,05$). Mâm xôi liều 1g cao/kg làm giảm nồng độ TC, TG, LDL-c và làm tăng nồng độ HDL-c so với lô mô hình ($p < 0,05$).

3.2. Tác dụng điều chỉnh lipid máu trên mô hình nội sinh

Bảng 1.3. Sự thay đổi trọng lượng chuột nhắt trắng trong nghiên cứu

Lô nghiên cứu	n	Trọng lượng cơ thể chuột ($\bar{X} \pm SD$, g)		
		Trước	Sau 7 ngày	Tăng (%)
Chứng sinh học	10	23,6 $\pm$ 1,95	25,2 $\pm$ 2,15	6,78
Mô hình	10	24,8 $\pm$ 1,42	26,5 $\pm$ 2,47	6,85
Atorvastatin 100mg/kg	10	24,2 $\pm$ 2,74	25,7 $\pm$ 3,12	6,20
Mâm xôi 1g/kg	10	24,6 $\pm$ 2,51	25,9 $\pm$ 2,51	5,28
Mâm xôi 2g/kg	10	24,5 $\pm$ 3,03	26,1 $\pm$ 3,43	6,53

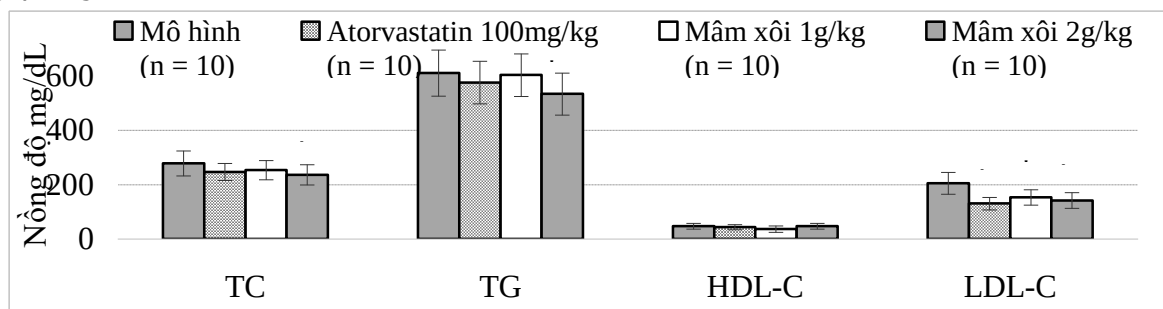
Tất cả các lô chuột nhắt trắng đều có sự tăng cân sau 7 ngày nghiên cứu. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Mô hình gây rối loạn lipid máu bằng P407

Chỉ số lipid	Chứng sinh học ($\bar{X} \pm SD$, mg/dL, n=10)	Mô hình ($\bar{X} \pm SD$, mg/dL, n=10)	Phần trăm tăng so với chứng sinh học (%)
TC	100,7 $\pm$ 13,96	278,6 $\pm$ 46,19 ⁺⁺⁺	176,67
TG	133,7 $\pm$ 20,81	611,7 $\pm$ 84,66 ⁺⁺⁺	357,52
HDL-C	18,8 $\pm$ 4,06	47,2 $\pm$ 10,16 ⁺⁺⁺	151,06
LDL-C	90,2 $\pm$ 17,38	205,1 $\pm$ 40,25 ⁺⁺⁺	127,38

Sau tiêm màng bụng dung dịch P-407 5% liều 250mg/kg (0,1mL/10g) có tác dụng gây RLLPM rõ rệt trên chuột nhắt. Ở lô mô hình, nồng độ TC, TG, HDL-C và LDL-C đều tăng có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,001$. Chúng tôi chọn P407 gây mô hình RLLPM nội sinh vì P407 có khả năng gây tăng nhiều cholesterol và an toàn hơn cả cho

động vật thực nghiệm. P407 có cơ chế liên quan đến nhiều enzym trong quá trình chuyển hóa lipid: Ức chế enzym lipoprotein lipase huyết tương, C7aH [2], kích thích hoạt động của HMG-CoA reductase và làm giảm số lượng LDL-receptor [3], nên sẽ gây tăng cả TC và TG máu.



Biểu đồ 3.2. Tác dụng của mâm xôi lên nồng độ lipid máu ở mô hình nội sinh

Atorvastatin liều 100mg/kg được sử dụng làm thuốc đối chứng. Chúng tôi chọn liều này vì thời gian tiến hành nghiên cứu nội sinh diễn ra trong 1 tuần, khá là ngắn, nên để đánh giá được chính xác tác dụng điều chỉnh RLLPM của bài thuốc,

chúng tôi sử dụng atorvastatin với liều cao. Atorvastatin và các thuốc trong nhóm statin có cơ chế tác dụng là ức chế cạnh tranh HMG-CoA-Reductase nên làm giảm tổng hợp TC, tăng sinh

LDL-receptor màng tế bào nên được ưu tiên chọn lựa trong RLLPM.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, atorvastatin liều 100mg/kg và mướp đắng liều 1g/kg làm giảm rõ rệt nồng độ LDL-C máu so với lô mô hình ($p < 0,05$) nhưng không làm thay đổi nồng độ TC, TG, HDL-C máu so với lô mô hình ($p > 0,05$). Mướp đắng liều 2g/kg thể hiện tác dụng làm giảm nồng độ TC, TG, LDL-C máu so với lô mô hình ($p < 0,05$) nhưng không làm thay đổi nồng độ HDL-C máu so với lô mô hình ($p > 0,05$).

IV. KẾT LUẬN

Đã gây được mô hình gây RLLP máu bằng hỗn hợp dầu cholesterol và P407.

Cao mướp đắng thể hiện tác dụng làm giảm cân trên chuột cống trắng sau 2 đến 4 tuần uống liên tục. Cao mướp đắng liều 0,5g/kg và 1g/kg đã thể hiện rõ tác dụng hạn chế RLLP máu ở chuột cống trắng trên mô hình gây RLLP máu ngoại sinh bằng hỗn hợp dầu cholesterol.

Cao mướp đắng liều 2g/kg thể hiện tác dụng làm giảm chỉ số TC, TG và LDL-C máu ở chuột nhắt trắng trên mô hình gây RLLP máu bằng P407.

KIẾN NGHỊ

Chúng tôi bước đầu đã chứng minh cao chiết cây mướp đắng thu hái tại Thái Nguyên có tác dụng làm hạn chế RLLPM trên chuột cống trắng và trên chuột nhắt trắng. Với mong muốn đưa sản

phẩm này vào ứng dụng thực tiễn, chúng tôi kiến nghị được tiếp tục nghiên cứu sâu hơn về độc tính, đặc biệt là độc tính trên gan ở các loài động vật khác với số lượng mẫu bệnh phẩm lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johnston TP, Nguyen LB, Chu WA, Shefer S (2001), Potency of select statin drugs in a new mouse model of hyperlipidemia and atherosclerosis, International journal of pharmaceuticals, 229(1): 75-86.
2. Leon C, Wasan KM, Sachs-Barrable K, Johnston TP (2006), Acute P-407 administration to mice causes hypercholesterolemia by inducing cholesterol synthesis and down-regulating low-density lipoprotein receptor expression, Pharmaceutical research, 23(7): 1597-1607.
3. Marjan NASSIRI-ASL et al (2009), "Effects of Urtica dioica extract on lipid profile in hypercholesterolemic rats", Journal of Chinese Integrative Medicine, 7 (5): 428 – 433.
4. John S. Millar, Debra A. Cromley, Mary G. McCoy, Daniel J. Rader, and Jeffrey T. Billheimer (2005), "Determining hepatic triglyceride production in mice: comparison of poloxamer 407 with Triton WR-1339", Journal of Lipid Research, 46: 2023 – 2028.
5. Rachh P, Rachh M, Ghadiya N, Modi D, Modi K, Patel N, et al. (2010), Antihyperlipidemic activity of Gymnema sylvestre R. Br. leaf extract on rats fed with high cholesterol diet, Int J Pharmacol, 6(2): 138-141.

THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN AN TOÀN VỆ SINH THỰC PHẨM CỦA CÁC CƠ SỞ SẢN XUẤT NƯỚC UỐNG ĐÓNG CHAI TẠI TỈNH ĐỒNG NAI NĂM 2018 - 2019

Nguyễn Văn Hữu*, Nguyễn Trung Kiên*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngày nay, với sự phát triển của kinh tế, xã hội thì việc sử dụng nước uống đóng chai (NUĐC) đang ngày trở nên phổ biến. Tuy nhiên, thực tế NUĐC không phải luôn luôn an toàn. Do đó, việc nghiên cứu thực trạng an toàn thực phẩm (ATTP) nước uống đóng chai tại tỉnh Đồng Nai, nơi đang phát triển công nghiệp nhanh là cần thiết. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ cơ sở sản xuất NUĐC đạt các điều kiện an toàn thực phẩm, tỉ lệ mẫu nước uống đóng chai đạt theo tiêu chuẩn, mối liên quan và hiệu quả can thiệp của công tác truyền thông. **Phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên toàn bộ 120 cơ sở sản xuất NUĐC tại tỉnh Đồng Nai, 249 người sản xuất, các mẫu chọn theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống. Các chỉ tiêu đánh giá chất lượng nước theo QCVN: 6-1:2010-BYT. **Kết quả nghiên cứu:** Trong 120 mẫu NUĐC có 62,50% mẫu NUĐC đạt tiêu chuẩn. Trong đó, chỉ tiêu vi sinh đạt 64,17%, lý hóa đạt 98,33%. Điều kiện về thiết kế nhà xưởng đạt (83,33%), điều kiện nhà vệ sinh đạt (92,50%), trang thiết bị, dụng cụ đạt (88,33%), vệ sinh bao bì đạt (97,5%), điều kiện con người đạt (87,5%). Trong 249 người sản xuất được khảo sát, tỉ lệ có kiến thức đúng về thực hành sản xuất tăng từ 30,12% lên 38,55% ($p < 0,001$). **Kết luận:** Thực trạng về điều kiện vệ sinh cơ sở, con người và quá trình vệ sinh bao bì là cao. Tỉ lệ NUĐC đạt theo tiêu chuẩn thấp, đặc biệt là chỉ tiêu vi sinh vật. Có mối liên quan thiết kế nhà xưởng, trang thiết bị dụng cụ với chất lượng NUĐC.

Từ khóa: thực trạng, an toàn thực phẩm, nước uống đóng chai, cơ sở sản xuất

SUMMARY

THE ACTUAL SITUATION OF FOOD-SAFETY CONDITIONS OF BOTTLED DRINKING WATER MANUFACTURERS OF DONG NAI PROVINCE 2018-2019

*Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm tỉnh Đồng Nai

**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hữu

Email: huonguyen77@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2019

Ngày duyệt bài: 2.10.2019

Background: Nowadays, with the development of economy and society, the use of bottled drinking water is becoming more and more popular, the bottled water is not always safe. Therefore, examining food safety status of bottled water in Đồng Nai province, where there is a rapidly developing industry is necessary. **Objectives:** To identify the proportion of bottled water complied with food safety standards, the production facilities of bottled water complied with food safety standards and percent age of producers who have proper knowledge on food safety practice.

Method: A descriptive cross-sectional study was conducted on the whole 120 production facilities of bottled water in Đồng Nai province, 249 producers, water samples were selected by systematic random method. The criteria for evaluating water quality according to Vietnamese standards: 6 - 1:2010 - Ministry of Health. **Results:** Only 62,50% of the bottled water samples complied with food safety standards. In particular, the microorganic, heavy metal were 64,17%, 98,33% respectively. The conditions of food safety at the production facilities were high: including toilet (92,50%); people (87,5%); hygiene packaging (97,5%), equipment tools (88,33%), factory design (83,33%). The producers had proper knowledge about production practices were very low (30,12%). There was an association between the quality of bottled water with the equipment tools [PR=9,58; KTC95% (1,23-74,53); $p=0,04$], factory design [PR=5,49; KTC95% (1,33-22,67); $p=0,02$]. After the intervention, the producers had proper knowledge about production practices increased from 30,12% to 38,55% ($p < 0,001$).

Conclusion: Situation of sanitation conditions, people and processes Hygiene packaging is high. The proportion of bottled drinking water meets low standards, especially microbiological criteria. There is a connection between factory design, equipment and tools with bottled drinking water quality.

Key words: actual situation, food-safety condition, bottled drinking water, manufacturer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, nhu cầu sử dụng nước uống đóng chai đang trở nên phổ biến ở nhiều quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Người tiêu dùng tìm đến NUĐC là do sự tiện lợi, sạch sẽ và có chất lượng tốt. Thực tế NUĐC không phải luôn

luôn an toàn. Báo cáo của Cục An toàn vệ sinh thực phẩm - Bộ Y tế năm 2007, chất lượng NUĐC không đạt về vi sinh 42,9%.[1]. Tỉnh Đồng Nai theo thống kê của Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm đến 9/2017 đã có 120 cơ sở sản xuất NUĐC [2]. Tuy nhiên, nghiên cứu đánh giá chất lượng, tìm hiểu các yếu tố nguy cơ gây ô nhiễm nguồn nước đầu vào và đánh giá chất lượng NUĐC theo QCVN 6-1:2010/BYT là chưa có [3]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu thực trạng và đánh giá kết quả can thiệp cải thiện điều kiện vệ sinh ATTP của các cơ sở sản xuất NUĐC tại tỉnh Đồng Nai năm 2018-2019". Mục tiêu sau:

1. Xác định tỉ lệ cơ sở sản xuất NUĐC đạt các điều kiện vệ sinh ATTP theo Thông tư số 16/2012/TT-BYT tại tỉnh Đồng Nai năm 2018-2019.
2. Xác định tỉ lệ mẫu NUĐC thành phẩm tại các cơ sở sản xuất đạt chất lượng theo QCVN 6-1:2010/BYT và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Đồng Nai năm 2018-2019.
3. Đánh giá kết quả can thiệp bằng truyền thông cải thiện các điều kiện vệ sinh ATTP của các cơ sở sản xuất NUĐC tại tỉnh Đồng Nai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu: Tìm hiểu 120 cơ sở sản xuất NUĐC trên địa bàn tỉnh Đồng Nai. Thời điểm là từ 01/01/2018 đến 31/12/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả, can thiệp không nhóm chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu và tiêu chí chọn mẫu

Cỡ mẫu đánh giá thực trạng cơ sở sản xuất NUĐC: toàn bộ 120 cơ sở sản xuất NUĐC trên địa bàn tỉnh Đồng Nai.

Cỡ mẫu NUĐC thành phẩm: 120 mẫu NUĐC thành phẩm

Cỡ mẫu cho người trực tiếp sản xuất NUĐC: khảo sát tất cả người trực tiếp sản xuất theo danh sách quản lý của cơ sở là 249.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu:

Đánh giá điều kiện sản xuất kinh doanh NUĐC: 8 tiêu chuẩn, 22 tiêu chí. Tỉ lệ mẫu NUĐC thành phẩm đạt chất lượng theo QCVN 6-1:2010/BYT: chỉ tiêu kim loại nặng, hóa học, vi sinh vật. Các yếu tố liên quan đến chất lượng NUĐC gồm các đặc tính cơ sở (nguồn nước sử dụng, quy trình công nghệ và công suất) và 8

tiêu chuẩn đánh giá điều kiện sản xuất kinh doanh.

Hiệu quả can thiệp của công tác truyền thông cải thiện các điều kiện sản xuất kinh doanh đảm bảo ATTP và kiến thức của người trực tiếp sản xuất về khám sức khỏe, trang phục, vệ sinh bàn tay, tập huấn an toàn vệ sinh thực phẩm.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Nhập và kiểm soát số liệu bằng phần mềm Epi 3.1. Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê y học Stata 12.0. Xác định tần số, tỷ lệ, mối liên quan bằng kiểm định Chi bình phương, Fisher và OR với mức ý nghĩa 5%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng vệ sinh an toàn thực phẩm cơ sở sản xuất nước uống đóng chai

Bảng 1. Thực trạng điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm cơ sở sản xuất nước uống đóng chai

Thực trạng điều kiện	Đạt (%)	Không đạt (%)
Địa điểm, môi trường	120 (100)	0 (0)
Thiết kế nhà xưởng	100 (83,33)	20 (16,67)
Kết cấu nhà xưởng	99 (82,50)	21 (17,50)
Trang thiết bị dụng cụ	106 (88,33)	14 (11,67)
Hệ thống xử lý chất thải	110 (91,67)	10 (8,33)
Khu vực nhà vệ sinh, thay đồ bảo hộ lao động	111 (92,50)	9 (7,50)
Điều kiện con người	105 (87,50)	15 (12,50)
Nguồn gốc và vệ sinh bao bì	117 (97,50)	3 (2,50)

Nhận xét: Trên 82% cơ sở sản xuất NUĐC có điều kiện cơ sở đảm bảo vệ sinh ATTP.

Bảng 2. Đánh giá chung về điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm cơ sở sản xuất nước uống đóng chai (n=120)

Đánh giá chung	Tần số	Tỉ lệ %
Đạt	117	97,5
Không đạt	3	2,5

Nhận xét: hầu hết các cơ sở đạt điều kiện vệ sinh ATTP trong sản xuất NUĐC (97,5%).

3.2. Chất lượng mẫu nước đóng chai và các yếu tố liên quan

Bảng 3. Chất lượng mẫu nước đóng chai (n=120)

Kết quả xét nghiệm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Đạt chỉ tiêu kim loại nặng	120	100
Đạt chỉ tiêu hóa học	118	98,33
Đạt chỉ tiêu vi sinh	77	64,17
Đạt đủ 2 tiêu chí trên	75	62,50

Nhận xét: Tỉ lệ mẫu nước đạt cả ba chỉ tiêu về kim loại nặng, hóa học và vi sinh chiếm 62,5%. Trong đó, chỉ tiêu vi sinh chỉ đạt 64,17%.

Bảng 4. Chất lượng nước và các yếu tố liên quan

Các đặc tính	PR	KTC95%	p
Thiết kế nhà xưởng	5,49	1,33-22,67	0,02
Vệ sinh bao bì đạt	0,21	0,64-15,23	0,22
Trang thiết bị dụng cụ đạt	9,58	1,23-74,53	0,03
Nhà vệ sinh đạt	3,11	0,64-15,24	0,16

Nhận xét: Cơ sở có trang thiết bị, dụng cụ đạt tiêu chuẩn có chất lượng nước đạt cao gấp 9,58 lần cơ sở không đạt về trang thiết bị, dụng cụ. Cơ sở thiết kế nhà xưởng đạt tiêu chuẩn có chất lượng nước đạt cao gấp 5,49 lần cơ sở không đạt về thiết kế nhà xưởng.

3.3. Kết quả can thiệp thay đổi về điều kiện cơ sở và kiến thức về thực hành sản xuất

Bảng 5. Hiệu quả can thiệp cải thiện các điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm

Điều kiện	Trước can thiệp		Sau can thiệp		HQCT (%)	p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Thiết kế nhà xưởng						
Đạt	100	88,33	115	95,83	16,16	<0,001
Không đạt	20	11,67	5	4,17		
Kết cấu nhà xưởng						
Đạt	99	82,50	115	95,83	15	<0,001
Không đạt	21	17,50	5	4,17		
Trang thiết bị, dụng cụ						
Đạt	106	88,33	115	95,83	8,50	0,002
Không đạt	14	11,67	5	4,17		
Hệ thống xử lý chất thải						
Đạt	110	91,67	118	98,33	7,27	0,005
Không đạt	10	8,33	2	1,67		
Khu vực nhà vệ sinh, thay đồ bảo hộ lao động						
Đạt	111	92,50	119	99,16	7,2	0,005
Không đạt	9	7,50	1	0,84		
Điều kiện con người						
Đạt	105	87,50	116	96,67	0,85	<0,001
Không đạt	15	12,50	4	3,33		
Nguồn gốc, vệ sinh bao bì						
Đạt	117	97,50	118	98,33	12,37	0,32
Không đạt	3	2,50	2	1,67		

Nhận xét: Sau can thiệp, tỷ lệ các điều kiện đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm nước uống đóng chai tại các cơ sở là tăng.

Bảng 6. Hiệu quả can thiệp về kiến thức khám sức khỏe

Kiến thức	Trước can thiệp		Sau can thiệp		HQCT (%)	p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Cần phải khám sức khỏe định kỳ	246	98,80	248	99,60	0,8	0,16
Định kỳ khám 1 năm/lần	225	90,36	245	98,39	8,16	<0,0001

Kiến thức về các bệnh truyền nhiễm:						
Lao tiến triển	240	96,39	247	99,20	2,83	0,008
Tả, lỵ, thương hàn	231	92,77	245	98,39	5,71	0,0005
Sốt phát, sốt đái, ỉa chảy	234	93,98	244	97,99	4,09	0,002
Viêm gan A, E	225	90,36	230	92,37	2,18	0,06
Viêm đường hô hấp cấp tính	234	93,98	242	97,19	3,3	0,01
Tổn thương da nhiễm trùng	240	96,39	246	98,80	2,44	0,01
Người lành mang trùng	213	85,54	233	93,57	8,58	<0,0001
Kiến thức về khám sức khỏe đúng	216	86,75	244	97,99	11,47	<0,0001

Nhận xét: tỉ lệ có kiến thức về khám sức khỏe tăng, can thiệp là hầu hết đều có hiệu quả; trừ tiêu chí phải khám sức khỏe định kỳ, viêm gan A, E.

Bảng 7. Hiệu quả can thiệp về kiến thức trang phục sản xuất

Kiến thức	Trước can thiệp		Sau can thiệp		HQCT (%)	p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Phải có trang phục riêng	243	98,78	249	100	1,22	0,01
Mũ	225	90,36	237	95,18	5,06	<0,0001
Áo	240	96,39	249	100	3,61	0,003
Khẩu trang	234	93,98	244	97,99	4,09	0,002
Ủng hoặc giày dép riêng	228	91,57	238	95,58	4,19	0,002
Găng tay	198	79,52	232	92,17	13,72	<0,0001
Kiến thức về trang phục đúng	174	69,88	201	80,72	13,43	<0,0001

Nhận xét: người tham gia sản xuất có kiến thức đúng về trang phục sản xuất còn thấp (69,88%). Sau can thiệp, kiến thức đúng về trang phục sản xuất là 80,72%, hiệu quả can thiệp là 13,43% (p<0,05).

Bảng 8. Hiệu quả can thiệp về kiến thức vệ sinh bàn tay

Nội dung	Trước can thiệp		Sau can thiệp		HQ CT (%)	p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Không được đeo trang sức	204	81,93	212	85,14	3,77	0,005
Cắt ngắn móng tay	249	100	249	100		
Thời điểm rửa tay	171	68,67	212	85,14	19,34	0,005
Cách thức rửa tay	129	51,81	187	75,10	31,01	0,0001
Kiến thức đúng về vệ sinh bàn tay	96	38,55	116	46,59	17,26	<0,0001

Nhận xét: Sau can thiệp, tỉ lệ có kiến thức đúng về vệ sinh bàn tay tăng từ 38,55 lên 46,59%, hiệu quả can thiệp là 17% (p<0,05).

Bảng 9. Hiệu quả can thiệp về kiến thức tập huấn an toàn vệ sinh thực phẩm

Kiến thức	Trước can thiệp		Sau can thiệp		HQ CT (%)	p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Tập huấn kiến thức	243	97,59	245	98,39	0,81	0,16
Định kỳ cập nhật 1 năm/lần	213	85,54	231	92,77	7,79	<0,0001
Kiến thức đúng	213	85,54	226	90,76	5,75	<0,001

Nhận xét: Sau can thiệp, tỉ lệ người tham gia sản xuất hiểu là cần định kỳ cập nhật kiến thức 1 năm/lần tăng từ 85,54% lên 92,77%, can thiệp có hiệu quả (p<0,05)

Bảng 10. Hiệu quả can thiệp kiến thức chung về vệ sinh an toàn thực phẩm

Kiến thức	Trước can thiệp		Sau can thiệp		HQCT (%)	p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Kiến thức chung						
Đúng	75	30,12	96	38,55	21,87	<0,0001
Chưa đúng	174	69,88	153	61,45		

Nhận xét: Sau can thiệp, tỉ lệ kiến thức chung đúng tăng từ 30,12% lên 38,55%, hiệu quả can thiệp là 22% (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng ATTP cơ sở sản xuất NUĐC. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 100% các cơ sở đều được xây dựng cách nguồn ô nhiễm. Nghiên cứu xác định 100/120 cơ sở đạt về mặt thiết kế nhà xưởng. Kết quả này cao hơn nghiên cứu thực hiện năm 2017 tại Cà Mau và nghiên cứu khác thực hiện năm 2016 ở Long An [4], [5]. Kết cấu nhà xưởng tại các cơ sở sản xuất NUĐC đạt tỉ lệ cao (82,50%), so với nghiên cứu tại Long An năm 2016 thì tỉ lệ này là cao hơn (đạt 76%) [5]. Điều kiện trang thiết bị dụng cụ đạt 106/120 cơ sở. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Mai được thực hiện năm 2014 tại Hà Nội và nghiên cứu thực hiện tại Cà Mau, Bắc Giang [4], [6], [7]. Hệ thống xử lý chất thải đạt tiêu chuẩn ATTP là tương đối cao 91,67%. So với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Mai, năm 2014 kết quả nghiên cứu này là cao hơn (89,5%) [6]. Trong nghiên cứu này, xét các tiêu chí đánh giá khu vực nhà vệ sinh, thay đồ bảo hộ lao động thì có 92,50% cơ sở đạt. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Phương Mai [6]. Một nghiên cứu khác được thực hiện tại Long An năm 2016, thì tỉ lệ này chỉ đạt 47,9% [5].

Về người trực tiếp sản xuất có 87,50% cơ sở đạt vệ sinh về mặt người sản xuất. Trong thời gian tới cần phải có biện pháp can thiệp nhằm nâng cao ý thức chấp hành cho chủ cơ sở và cho người sản xuất nhằm hạn chế đến mức thấp nhất nguy cơ ô nhiễm từ người sản xuất.

Tỉ lệ cơ sở có tiêu chuẩn nguồn gốc và vệ sinh bao bì đạt tiêu chuẩn ATTP là cao (97,50%). Trong đó, vật liệu làm vỏ chai, nắp chai đạt vệ sinh cao hơn qua quá trình sản xuất vỏ chai, nắp chai. So với kết quả khi điều tra của một nghiên cứu được thực hiện năm 2014 tại Hà Nội và Bắc Giang [6], [7].

4.2 Chất lượng NUĐC. Tỉ lệ mẫu NUĐC đạt tiêu chuẩn theo QCVN: 6-1:2010-BYT là thấp, 62,5%. Kết quả này thấp hơn so với khảo sát thực hiện tại Hà Nội năm 2014 có 76,3% mẫu nước đạt QCVN 6-1: 2010/BYT [6]; tuy nhiên, kết quả trong nghiên cứu là cao hơn so với kết quả của nghiên cứu tại Bạc Liêu năm 2016 đạt 50%, nghiên cứu tại Sóc Trăng năm 2015 [8], [9]. Chất lượng NUĐC trên địa bàn tỉnh Đồng Nai đang là vấn đề cấp thiết và cần có chính sách can thiệp, cải thiện chất lượng NUĐC nhằm bảo vệ sức khỏe cho người tiêu dùng. Các yếu tố

nguy cơ cần phải được quan tâm là *Pseudomonas aeruginosa*, Coliform tổng số.

4.3 Kết quả can thiệp

Về điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm:

Can thiệp làm tăng tỉ lệ các cơ sở đạt điều kiện vệ sinh ATTP trước và sau can thiệp. Tăng cường thanh, kiểm tra và xử lý nghiêm các trường hợp không thực hiện đúng quy định về ATTP trong sản xuất NUĐC. Đồng thời ghi nhận, đánh giá lại những nhắc nhở, khuyến cáo và hướng dẫn trong cải tiến kĩ thuật sản xuất là những giải pháp hữu hiệu góp phần vào phòng chống nguy cơ tiềm ẩn gây mất an toàn trong sản xuất.

Về kiến thức khám sức khỏe: người sản xuất biết được cần phải khám sức khỏe định kỳ là cao (98,80%) nhưng chỉ có 90,36% người sản xuất biết được định kỳ 1 năm khám 1 lần, kết quả này là cao hơn so với nghiên cứu được thực hiện tại Bà Rịa – Vũng Tàu năm 2009 (73,8%). Tỉ lệ người sản xuất có kiến thức đúng về khám sức khỏe là cao (86,75%). Sau can thiệp, tỉ lệ này tăng lên 97,99%, hiệu quả đạt 12% ($p < 0,005$).

Kiến thức về trang phục: đa số người sản xuất biết cần phải có mũ, áo, khẩu trang, giày dép (trên 90%) khi sản xuất NUĐC, tỉ lệ cao hơn so với nghiên cứu tại Bà Rịa - Vũng Tàu, năm 2009 (83,3%). Đánh giá chung về kiến thức trang phục sản xuất đạt 69,88%. Kết quả này cho thấy cơ sở sản xuất cần quan tâm hơn nữa các quy định về trang phục. Sau can thiệp: tỉ lệ này tăng từ 69,88% lên 80,72% ($p < 0,005$). Có thể thấy hiệu quả của truyền thông giúp đồng bộ lại hệ thống kiến thức còn khuyết thiếu về trang phục khi tham gia sản xuất NUĐC.

Kiến thức về vệ sinh bàn tay: tỉ lệ người sản xuất có kiến thức đúng về vệ sinh tay là thấp (38,55%). Kết quả này là thấp hơn so với nghiên cứu trước đây tại Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2009 (97,1%) [9]. Tỉ lệ này tăng lên là 46,59% sau khi được tuyên truyền và hướng dẫn đảm bảo vệ sinh ATTP trong quá trình tham gia sản xuất.

Kiến thức về tập huấn ATTP: người sản xuất đã biết cần tập huấn kiến thức ATTP, có 85,54% người sản xuất biết được cần phải xác nhận và tập huấn lại 1 năm/lần. Kiến thức đúng về thực hành sản xuất là rất thấp (30,12)%. Kết quả tương tự nghiên cứu của Vũ Thị Hương thực hiện tại Cà Mau năm 2017, người sản xuất có kiến thức đầy đủ về ATTP trong sản xuất NUĐC.

Kiến thức chung về vệ sinh ATTP: tỉ lệ tăng từ 30,12% lên 38,55%, hiệu quả can thiệp là 22% ($p < 0,05$). Tỉ lệ này là thấp là do kiến thức về thực hành vệ sinh bàn tay của người tham gia sản xuất còn thấp và do đánh giá kiến thức chung trên tất cả các tiêu chí phải đúng nên việc nhớ tổng thể các kiến thức là khó.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ đạt điều kiện vệ sinh ATTP của 120 cơ sở là 97,5%. Tỉ lệ mẫu nước đạt chất lượng là 62,50%, trong đó, chỉ tiêu kim loại nặng đạt 100%; hóa học 97,33%; vi sinh vật đạt 64,17%. Tỷ lệ kiến thức chung đúng về vệ sinh ATTP của người tham gia sản xuất NUĐC rất thấp 30,12%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cục An toàn thực phẩm (2007)**, Tài liệu hội nghị tổng kết chương trình mục tiêu quốc gia VSATTP năm 2007, Lưu hành nội bộ, Bộ Y tế. .
2. **Chi cục ATVSTP Đồng Nai (2017)**, Báo cáo công tác ATTP năm 2017, Chi cục ATVSTP Đồng Nai, tr8.
3. **Bộ Y tế (2010)**, Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia đối với nước khoáng thiên nhiên và nước uống đóng chai QCVN 6-1:2010/BYT, Thông tư 34/2010/TT-BYT, Hà Nội.
4. **Vũ Thị Hương, Đặng Vũ Phương Linh (2017)**, "Tỉ lệ nhiễm vi sinh vật trong nước uống đóng

chai trên địa bàn tỉnh Cà Mau", Tạp chí Khoa học Nghiên cứu sức khỏe và Phát triển, tập 1(1), tr.105-111.

5. **Lê Thanh Minh (2016)**, Đánh giá việc tuân thủ các quy định an toàn thực phẩm và kiến thức – thực hành của người tham gia sản xuất tại các cơ sở nước uống đóng chai tỉnh Long An năm 2016, Luận văn thạc sĩ chuyên ngành Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
6. **Nguyễn Thị Phương Mai (2014)**, Đánh giá việc bảo đảm an toàn thực phẩm tại các cơ sở sản xuất nước uống đóng chai trên địa bàn quận Hoàng Mai, Hà Nội năm 2014, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y tế Công Cộng.
7. **Vũ Kim Yến (2016)**, Thực trạng thực hiện một số quy định về vệ sinh an toàn thực phẩm của các cơ sở sản xuất nước uống đóng chai tại tỉnh Bắc Giang năm 2016, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
8. **Tạ Thanh Hoàng (2014)**, Giải pháp để triển khai áp dụng hệ thống quản lý chất lượng TCVN ISO 9001:2008 cho các doanh nghiệp nhỏ sản xuất nước uống đóng chai địa bàn tỉnh Bạc Liêu nhằm nâng cao chất lượng sản phẩm, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Khoa học Xã hội và Nhân văn.
9. **Quách Vĩnh Thuận (2015)**, Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến nhiễm vi sinh vật trong nước uống đóng chai tại các cơ sở sản xuất trên địa bàn tỉnh Sóc Trăng năm 2015, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.

ĐÁNH GIÁ ĐỘC TÍNH CẤP VÀ BÁN TRƯỜNG DIỄN CỦA VIÊN NANG KARDI Q10 TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

Chử Văn Mến*, Nguyễn Văn Chuyên*, Nguyễn Văn Ba*

TÓM TẮT

Viên nang Kardi Q10 được bào chế từ bột cao khô tỏi đen, cao khô lá sen và Coenzyme Q10- fumarat, có tác dụng điều trị các bệnh liên quan tới rối loạn lipid máu và bệnh béo phì. Trong nghiên cứu này, tôi tiến hành thử nghiệm độc tính cấp và bán trường diễn của viên nang Kardi Q10 để đánh giá độ an toàn của sản phẩm. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Chưa tìm thấy LD₅₀ trên chuột nhắt trắng theo đường uống. Bằng đường uống liên tục trong 42 ngày, viên nang Kardi

Q10 không làm ảnh hưởng đến sự phát triển trọng lượng thỏ, không biến đổi điện tim thỏ, không biến đổi các chỉ số huyết học như hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và hàm lượng hemoglobin, các chỉ số đánh giá chức năng gan (hoạt độ AST, ALT), thận (nồng độ ure, creatin) trong giới hạn bình thường. Hình ảnh mô bệnh học gan, thận và lách thỏ bình thường.

Từ khóa: Kardi Q10, LD₅₀, độc tính bán trường diễn.

SUMMARY

EVALUATION OF THE ACUTE AND SUBCHRONIC TOXICITY OF KARDI Q10 CAPSULE

Kardi Q10 capsule is prepared from natural herbal sources such as garlic and lotus leaves. It support the

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Chử Văn Mến

Email: chuvanmen@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2019

Ngày duyệt bài: 23.9.2019

treatment of diseases related to dyslipidemia and obesity. In this study, the acute and subchronic toxicity of Kardi Q10 have been evaluated. The results showed that, the median lethal dose, LD₅₀ hasn't been found with maximum oral dosage on mice. At the dosage continuously administered for 42 days didn't affect the normal increment of body weight of rabbit, didn't change the electrocardiogram, hematological indices such as red blood cell, white blood cell, platelet and hemoglobin content, hepatic indices (AST, ALT activity), renal indices (urea, creatinin levels) were within normal limits.

Key words: Kardi Q10, LD₅₀, subacute toxicity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất hiện tại Nhật Bản từ năm 2005, tỏi đen được biết đến với tác dụng phòng và chữa nhiều loại bệnh, trong đó nổi bật là đặc tính chống oxy hóa, lão hóa. Các hoạt chất trong tỏi đen có tác dụng chống đông máu, ngăn không cho các tiểu cầu đóng thành cục, giảm chứng cao huyết áp, thiếu máu não và tim mạch. Lá sen (Folium Nelumbinis) có tác dụng an thần, chống co thắt cơ trơn, ức chế loạn nhịp tim. Coenzyme Q 10 là chất hòa tan trong lipid (chất béo) và được tìm thấy trong hầu như tất cả các màng tế bào, cũng như lipoprotein. Các nghiên cứu ở chuột thiếu apolipoprotein, mô hình động vật của xơ vữa động mạch, thấy rằng coenzyme Q10 bổ sung ức chế đáng kể sự hình thành các tổn thương xơ vữa động mạch. Từ 3 thành phần trên, Học viện Quân Y đã nghiên cứu bào chế được viên nang Kardi Q10 có tác dụng hỗ trợ điều trị các bệnh liên quan tới rối loạn lipid và bệnh béo phì. Để đảm bảo an toàn cho người dùng, việc đánh giá tính an toàn của chế phẩm rất quan trọng. Trong nghiên cứu này, tôi tiến hành thử độc tính cấp và bán trường diễn của chế phẩm Kardi Q10.

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 do Học viện Quân Y sản xuất, đạt tiêu chuẩn cơ sở.

Thỏ chủng Orytolgus cuniculus, cả 2 giống, trưởng thành, khỏe mạnh, trọng lượng 2 - 2,5 kg do Học viện Quân y cung cấp, số lượng 36 con. Chuột nhắt trắng chủng Swiss, cả hai giống, khỏe mạnh, trọng lượng 18 - 22g của Học viện Quân y cung cấp.

2.1.2. Hóa chất, dung môi

- Các kit xác định hàm lượng lipid máu và

glucose máu của hãng Sigma.

- Các kit xét nghiệm huyết học của hãng Sysmex.

2.1.3. Thiết bị

- Máy xét nghiệm huyết học tự động XE2100, hãng Sysmex.

- Bộ dụng cụ mổ động vật cỡ nhỏ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp thử độc tính cấp

Theo quyết định số 371/BYT-QĐ ngày 12/3/1996 của Bộ Y tế và của WHO về xác định độ an toàn cho các chế phẩm có nguồn gốc thiên nhiên.[2]

Chuột nhắt trắng đủ tiêu chuẩn thí nghiệm được chia ngẫu nhiên thành các lô, mỗi lô 12 con. Trước khi cho chuột uống thuốc, chuột bị bỏ đói trong 16 giờ.

Thuốc nghiên cứu được cho uống với các mức liều tăng dần. Trong số các mức liều đem thử, khoảng cách giữa mức liều cao nhất chưa gây chết một con chuột nào và mức liều thấp nhất gây chết 100% số chuột trong nhóm được sử dụng để tính toán. Sau khi cho uống thuốc, chuột được nuôi dưỡng và theo dõi, ăn thức ăn tổng hợp do xưởng sản xuất thức ăn động vật thí nghiệm cung cấp, nước uống tự do. Thời gian theo dõi liên tục trong 72 giờ. [1,2,3]

Các chỉ tiêu theo dõi: Số chuột chết, tỷ lệ chuột có bất thường về vận động tự động (đi lại bình thường, co cụm một góc ở lồng nuôi chuột, rối loạn vận động), tỷ lệ chuột có biểu hiện co giật, run, vã mồ hôi, tím tái, tỷ lệ chuột có thay đổi bất thường về tiêu hóa (ỉa chảy), tỷ lệ chuột có biểu hiện bất thường về tạng gan, lách và thận (quan sát đại thể bằng kính lúp 10x).

Thời gian theo dõi: Các chỉ tiêu trên được theo dõi ở các thời điểm trước khi uống thuốc, sau khi uống thuốc 12, 24, 26, 36, 48, 60, 72 giờ.

2.2.2. Phương pháp thử độc tính bán trường diễn

Theo phương pháp Abraham, quy định của Tổ chức Y tế thế giới và Bộ Y tế về hiệu lực và an toàn thuốc.[1,2,4]

- Thỏ được chia thành 3 lô, mỗi lô 12 con:

Lô chứng: uống dung dịch Natri clorid 0,9 %, liều 2,5 ml/kg/24 h, uống liên tục trong thời gian 42 ngày.

Lô thử liều 1: uống chế phẩm mức liều 1,0g/kg/24h, uống liên tục trong thời gian 42 ngày.

Lô thử liều 2: uống chế phẩm mức liều 1,5g/kg/24h, uống liên tục trong thời gian 42 ngày.

Tất cả thỏ nghiên cứu được cho uống cùng một thể tích. Thời gian uống liên tục trong 42 ngày. Sau đó kiểm tra lại cân nặng, điện tim, lấy máu làm xét nghiệm sinh hóa AST, ALT, ure, creatinin. Lấy gan, lách, thận làm tiêu bản giải phẫu bệnh.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả thử độc tính cấp

Theo dõi tình trạng chuột, tỷ lệ sống chết ở mỗi lô trong thời gian 72 giờ sau khi uống thuốc. Kết quả được trình bày ở bảng 1 dưới đây:

Bảng 1. Tỷ lệ chuột chết sau 72 giờ uống thuốc Kardi Q10

Liều sử dụng (g/kg TLCT/24h)	n	Số lượng động vật	Số lượng động vật sống

		vật chết	
74,0	12	0	12
60,0	12	0	12
40,0	12	0	12
20,0	12	0	12
10,0	12	0	12
5,0	12	0	12
2,0	12	0	12
1,0	12	0	12

Sau khi dùng Kardi Q10 đến mức liều cao nhất có thể cho chuột nhắt uống 74,0 g TLCT/24h, đây cũng là hỗn dịch đặc nhất còn có thể qua kim cho chuột nhắt uống và đây cũng là lượng thuốc lớn nhất mà chuột có thể uống được trong 24h. Sau 72 giờ không thấy chuột thí nghiệm nào chết ở tất cả các lô nghiên cứu.

3.2. Kết quả thử độc tính bán trường diễn

3.2.1. Ảnh hưởng của Kardi Q10 đến trọng lượng thỏ

Ảnh hưởng của viên nang Kardi Q10 đến trọng lượng thỏ thí nghiệm khi dùng dài ngày được trình bày ở bảng 2 sau:

Bảng 2. Ảnh hưởng của Kardi Q10 đối với trọng lượng cơ thể thỏ (n=12)

Thời điểm xét nghiệm	TLCT (kg)	Lô nghiên cứu			p
		Lô chứng	Kardi Q10 liều 1 (2)	Kardi Q10 liều 2 (3)	
		(1)	(2)	(3)	
t (a)	n	12	12	12	p2-1 > 0,05 p3-2 > 0,05 p3-1 > 0,05
	$\bar{x}$	2,03	1,98	2,12	
	SD	0,12	0,13	0,12	
t3 (b)	n	12	12	12	p2-1 > 0,05 p3-2 > 0,05 p3-1 > 0,05
	$\bar{x}$	2,15	2,09	2,21	
	SD	0,12	0,13	0,12	
t6 (c)	n	12	12	12	p2-1 > 0,05 p3-2 > 0,05 p3-1 > 0,05
	$\bar{x}$	2,11	2,17	2,06	
	SD	0,12	0,11	0,10	
P		pb-a < 0,05; pc-b < 0,05; pc-a < 0,05			

Từ bảng trên cho thấy, so sánh trọng lượng cơ thể của thỏ ở hai lô dùng Kardi Q10 với lô chứng sinh học tại các thời điểm thấy thay đổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. So sánh giữa các thời điểm sau so với trước thấy TLCT thỏ của ba lô tăng, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.1.2. Ảnh hưởng đến điện tim thỏ

Ảnh hưởng của Kardi Q10 đối với điện tim thỏ ở đạo trình DII được trình bày ở bảng 3 dưới đây:

Bảng 3. Ảnh hưởng của Kardi Q10 đối với điện tim thỏ (n = 12)

Thời điểm xét nghiệm	Lô chứng (1)	Liều 1 (2)	Liều 2 (3)	p
Tần số tim (CK/phút, $\bar{x} \pm SD$)				

t0 (a)	269,61± 36,57	263, 42± 40, 37	268,73± 32,58	p2-1> 0,05
t3 (b)	264,35± 35,04	266,91± 39,29	270,63± 42,07	p3-2> 0,05
t6 (c)	266,74± 36,82	263,67± 39,07	265,32± 33,50	p3-1> 0,05
Biên độ QRS (mV)				
t0 (a)	0,351± 0,063	0,354± 0,075	0,359± 0,069	p2-1> 0,05
t3 (b)	0,356± 0,061	0,354± 0,069	0,360± 0,067	p3-2> 0,05
t6 (c)	0,356± 0,066	0,356± 0,071	0,358± 0,074	p3-1> 0,05
p	pb-a > 0,05; pc-b > 0,05; pc-a > 0,05			
Sóng bất thường	Không	Không	Không	-

Từ bảng trên nhận thấy, so sánh trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm và so sánh giữa các lô ở cùng một thời điểm, tần số và biên độ của điện tim thỏ thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Không có sóng bất thường trên điện tim của các lô thỏ tại các thời điểm nghiên cứu.

3.1.3. Ảnh hưởng đến một số chỉ tiêu về huyết học của thỏ

Ảnh hưởng của Kardi Q10 đối với một số chỉ tiêu về huyết học của thỏ được trình bày ở các bảng 4 dưới đây:

Bảng 4. Chỉ số huyết học của thỏ ở các lô nghiên cứu ($n = 12$)

Thời điểm xét nghiệm	Số lượng HC thỏ			
	Lô chứng (1)	Liều 1 (2)	Liều 2 (3)	p
t0 (a)	4,99 ± 0,39	4,82 ± 0,68	4,91 ± 0,62	p2-1> 0,05
t3 (b)	4,87 ± 0,47	4,93 ± 0,56	5,14 ± 0,51	p3-2> 0,05
t6 (c)	5,13 ± 0,52	4,96 ± 0,43	5,05 ± 0,45	p3-1> 0,05
Hàm lượng huyết sắc tố (G/I) ở các lô				
t0 (a)	115,38± 9,36	112,07± 10,87	116,50± 12,37	p2-1> 0,05
t3 (b)	107,63± 12,42	109,13± 11,79	114,38± 8,09	p3-2> 0,05
t6 (c)	108,63± 10,63	115,13± 8,38	109,75± 9,50	p3-1> 0,05
Số lượng Bạch cầu thỏ (G/I) ở các lô				
t0 (a)	6,13± 2,11	6,04± 2,35	6,29± 2,09	p2-1> 0,05
t3 (b)	6,32± 1,88	6,13± 2,16	6,07± 1,97	p3-2> 0,05
t6 (c)	6,21± 1,91	5,95± 2,25	6,18± 2,01	p3-1> 0,05
Số lượng TC thỏ ở các lô				
t0 (a)	482,61± 119,79	448,34± 125,19	461,53± 106,36	p2-1> 0,05
t3 (b)	503,32± 92,75	471,78± 123,43	479,85± 121,37	p3-2> 0,05
t6 (c)	467,13± 147,68	437,26± 108,82	449,96± 93,74	p3-1> 0,05
P	pc-a > 0,05; pb-a > 0,05; pc-b > 0,05			

Kết quả bảng 4 cho thấy, so sánh giữa các lô giữa các thời điểm thí nghiệm và so sánh giữa các lô cùng một thời điểm, số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và huyết sắc tố thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.4. Ảnh hưởng đối với chức năng gan, thận thỏ thực nghiệm.

Kết quả nghiên cứu ảnh hưởng của Kardi Q10 đối với chức năng gan, thận thỏ thí nghiệm được trình bày ở bảng 5 dưới đây:

Bảng 5. Chỉ số chức năng gan thận của các lô thỏ nghiên cứu ($n = 12$)

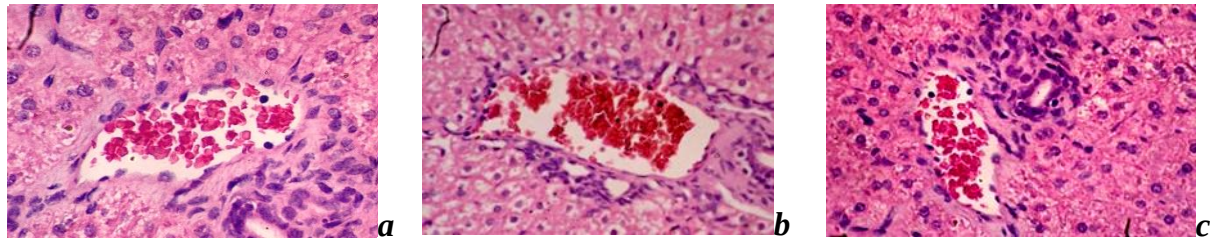
Thời điểm xét nghiệm	Hoạt độ enzym AST (IU/I) của các lô			
	Lô chứng (1)	Liều 1 (2)	Liều 2 (3)	p
t0 (a)	53,87± 16,39	55,39± 18,81	57,14± 17,47	p2-1> 0,05
t3 (b)	52,69± 15,94	56,73± 18,33	58,32± 15,85	p3-2> 0,05
t6 (c)	58,45± 17,23	54,38± 16,25	56,93± 18,49	p3-1> 0,05
Hoạt độ enzyme ALT (IU/I) của các lô				
t0 (a)	115,38± 14,31	112,67± 17,42	115,72± 15,72	p2-1> 0,05
t3 (b)	109,13± 16,25	111,71± 13,56	112,62± 13,89	p3-2> 0,05
t6 (c)	114,25± 17,57	113,84± 15,38	114,08± 14,34	p3-1> 0,05

Hàm lượng creatinin (mmol/l) máu thỏ ở các lô				
t0 (a)	52,51 ± 8,37	53,19 ± 9,12	52,78 ± 8,76	p2-1> 0,05
t3 (b)	54,89 ± 8,26	54,28 ± 8,73	52,25 ± 7,92	p3-2> 0,05
t6 (c)	51,73± 8,73	52,16± 9,26	54,49± 8,12	p3-1> 0,05
Nồng độ ure máu thỏ (mmol/l)				
t0 (a)	3,47 ± 1,12	3,17 ± 0,93	3,38 ± 1,01	p2-1> 0,05
t3 (b)	3,61 ± 1,05	3,44 ± 1,14	3,41 ± 1,19	p3-2> 0,05
t6 (c)	3,24 ± 0,96	3,35 ± 0,91	3,22 ± 0,92	p3-1> 0,05
P	pc-a > 0,05; pb-a > 0,05; pc-b > 0,05			

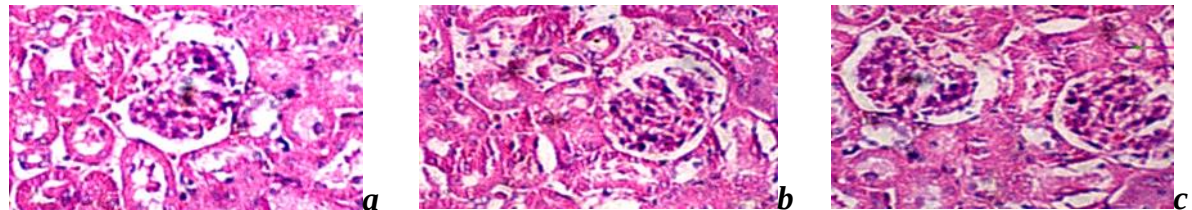
Kết quả bảng 5 cho thấy, so sánh giữa các lô giữa các thời điểm thí nghiệm và so sánh giữa các lô cùng một thời điểm, hoạt độ enzyme AST, ALT, ure, creatinin máu thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.1.4. Mô bệnh học gan, thận và lách của thỏ thí nghiệm

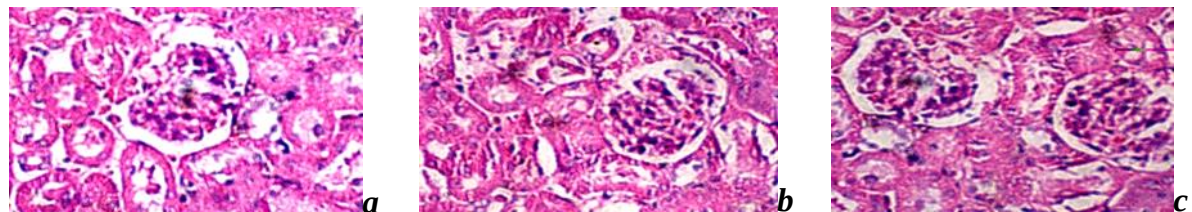
Kết thúc đợt nghiên cứu, thỏ được gây mê nhẹ bằng ketamin, sau đó phẫu tích bóc tách các cơ quan gan, lách và thận. Quan sát và so sánh đại thể bằng mắt thường và dưới kính lúp có độ phóng đại 25 lần thấy: màu sắc, hình thái của gan, lách và thận ở hai lô dùng Kardi Q10 không khác so với lô chứng.



Hình 1. Ảnh gan thỏ thực nghiệm (HE, 100X)



Hình 2. Ảnh mô bệnh học thận thỏ thực nghiệm (HE, 100X)



Hình 3. Ảnh lách thỏ thực nghiệm (HE, 100X)

(a): lô dùng liều 1, (b): lô dùng liều 2; (c): lô chứng

- Lô chứng: các bề gan và tiểu thùy gan không thay đổi về cấu trúc. Tế bào gan không có tổn thương thoái hóa, không có xâm nhập viêm.

Cấu trúc vùng vỏ, vùng tủy, cầu thận bình thường, không có tổn thương.

- Lô thử (liều 1 và liều 2): thùy gan và bề gan không thay đổi về cấu trúc. Tế bào gan

không có tổn thương thoái hóa. Tĩnh mạch trung tâm không giãn, không xung huyết, Khoang cửa không có xâm nhập viêm. Cấu trúc vùng vỏ, vùng tủy, cầu thận bình thường, không thấy hình ảnh tổn thương.

Kardi Q10 dùng đường uống liên tục trong 42 ngày, không gây tổn thương trên gan, thận, lách của thỏ.

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. **Abrham W.B (1978):** Techniques of animal and clinical toxicology, Med. Pub. Chicago, pp 55- 68.
2. **Bộ Y tế (1996),** Quy chế đánh giá tính an toàn và hiệu lực thuốc cổ truyền, Quyết định số 371/BYT- QĐ ngày 12/3/1996.
3. **Đỗ Trung Đàm,** Phương pháp xác định độc tính cấp của thuốc, Nhà xuất bản Y học.
4. **WHO (1993):** Research guidelines for evaluating the safety and efficacy of herbal medicines, Manila, Philipin, pp 35- 41.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH VAN BA LÁ BẰNG VÒNG MỀM ST.JUDE TAILOR Ở BỆNH NHÂN HỞ VAN BA LÁ CÓ HẸP KHÍT VAN HAI LÁ HẬU THẤP ĐƯỢC PHẪU THUẬT THAY VAN NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Lâm Việt Triều¹, Phạm Văn Linh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong các bệnh van tim mắc phải thì tổn thương van ba lá thường là hậu quả thứ phát do các bệnh van tim ở buồng tim trái. Thông thường tổn thương van ba lá sẽ được thực hiện sửa chữa cùng lúc khi tiến hành phẫu thuật van hai lá hoặc van động mạch chủ. Trong đó, tạo hình van ba lá bằng vòng mềm thích hợp với sinh lý của buồng tim phải, không cần sử dụng kháng đông kéo dài, ít gây biến chứng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả tạo hình van ba lá bằng vòng mềm St.Jude Taylor ở bệnh nhân hở van ba lá có hẹp khít van hai lá hậu thấp được phẫu thuật thay van nhân tạo tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ 03/2018 đến tháng 02/2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích. Có 35 bệnh nhân hở van ba lá có hẹp khít van hai lá hậu thấp được phẫu thuật thay van nhân tạo, trong đó có 100% bệnh nhân có tạo hình van ba lá bằng vòng mềm St.Jude Taylor. **Kết quả:** 35 bệnh nhân hở van ba lá có hẹp khít van hai lá, nam giới chiếm 17,1% và 82,9% là nữ giới, tuổi trung bình là $52,37 \pm 11,89$ tuổi, hở van ba lá trung bình chiếm 62,9% và 37,1% hở van ba lá nặng, 100% bệnh nhân có dẫn vòng van ba lá, đường kính $\geq 35\text{mm}$, 80,0% áp lực động mạch phổi tăng trung bình. Sau phẫu thuật tạo hình van ba lá bằng vòng mềm St.Jude Taylor, có 22,9% không hở van ba lá, 77,1% hở van ba lá mức độ nhẹ, 100% bệnh nhân có kết quả tạo hình van ba lá bằng vòng mềm St.Jude Taylor thành công. **Kết luận:** Tạo hình van ba lá bằng vòng mềm St.Jude Taylor nên được lựa chọn trong phẫu thuật sửa chữa hở van ba lá với tỉ lệ thành công rất cao 100%.

Từ khóa: nhân hở van ba có hẹp khít van hai lá, mềm St.Jude Taylor

SUMMARY

RESULT OF TRICUSPID ANNULOPLASTY USING SJ.JUDE TAILOR FLEXIBLE RING IN PATIENT WITH SECONDARY TRICUSPID REGURGITATION RESULT FROM SEVERE

¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Việt Triều

Email: lamviettrieu@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2019

Ngày duyệt bài: 1.10.2019

RHEUMATIC MITRAL VALVE STENOSIS UNDERGOING PROTHESIS HEART VALVE REPLACEMENT AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: In acquired heart valve diseases, secondary tricuspid regurgitation is most frequently related to heart valve diseases of left heart chamber. Frequently, concomitant tricuspid valve repair when the patient undergoing mitral or aortic valve surgery. Tricuspid annuloplasty using St.Jude Taylor flexible ring is property with physical function of right heart chamber, long-term anticoagulation is not necessary and the patient have less complications of anticoagulation. **Objective:** To assess result of tricuspid annuloplasty using St.Jude Taylor flexible ring in patient with secondary tricuspid regurgitation result from severe rheumatic mitral valve stenosis undergoing prosthetic heart valve replacement at Can Tho Central General Hospital from March 2018 to February 2019. **Patients and methods:** A cross – sectional study with analysis. 35 patients with secondary tricuspid regurgitation result from severe rheumatic mitral valve stenosis undergoing prosthetic heart valve replacement, and all of patients is used St.jude Taylor flexible ring. **Results:** 35 patients with secondary tricuspid regurgitation result from severe rheumatic mitral valve stenosis, 17,1 % male and 82,9% female, mean age was $52,37 \pm 11,89$. 62,9% moderate tricuspid regurgitation, 37,1% severe tricuspid regurgitation. 100% tricuspid valve annular dilation with diameter $> 35\text{mm}$. Moderate pulmonary hypertension was 80%. Post-operative observation, 22,9% of patients was not tricuspid regurgitation and 77,1% mild tricuspid regurgitation, 100% of patients undergoing tricuspid annuloplasty by St.jude Taylor flexible ring was successful. **Conclusion:** Tricuspid annuloplasty by St.jude Taylor flexible ring should be used in tricuspid regurgitation repair with rate of success was high (100%).

Key words: secondary tricuspid regurgitation; severe rheumatic mitral valve; St.jude Taylor flexible ring

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các bệnh van tim mắc phải thì tổn thương van ba lá thường là hậu quả thứ phát do các bệnh van tim ở buồng tim trái và bệnh cơ tim làm tăng áp lực động mạch phổi gây giãn thất phải, dẫn đến giãn vòng van [9].

Thông thường thương tổn van ba lá sẽ được thực hiện sửa chữa cùng lúc khi tiến hành phẫu thuật van hai lá hoặc van động mạch chủ. Có rất nhiều kỹ thuật sửa chữa van ba lá trong đó kỹ thuật sửa van ba lá theo DeVega và sửa van có vòng van được thế giới sử dụng nhiều hơn cả, tuy nhiên cần phải đánh giá chính xác thương tổn của van ba lá khi tiến hành phẫu thuật để có thể lựa chọn kỹ thuật thích hợp nhằm tránh tình trạng hở van ba lá nặng lên sau phẫu thuật [3], [7].

Sửa van ba lá có vòng van có thể sử dụng vòng van cứng hay vòng van mềm. Vòng van cứng có nhiều nhược điểm: sử dụng kháng đông kéo dài, tổn thương động mạch vành phải...Vòng van mềm (vòng St.Jude Tailor...) mới được nghiên cứu và ứng dụng lâm sàng trong thời gian gần đây dựa trên sự hiểu biết về sinh lý, hoạt động của buồng tim phải và van ba lá. Vì thế, vòng van mềm thích hợp với sinh lý của buồng tim phải, khắc phục được các nhược điểm của vòng van cứng và tỉ lệ không bị hở van ba lá từ vừa đến nặng sau 5 năm điều trị chiếm tỉ lệ cao [7].

Tuy nhiên, cho tới nay tại Việt Nam chưa có công trình nghiên cứu nào về tạo hình van ba lá bằng vòng mềm. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với tên đề tài: *"Đánh giá kết quả tạo hình van ba lá bằng vòng mềm St.Jude Tailor ở bệnh nhân hở van ba lá có hẹp khít van hai lá hậu thấp được phẫu thuật thay van nhân tạo tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ"* với các mục tiêu:

- Khảo sát mức độ và chỉ định tạo hình van ba lá ở bệnh nhân hở van ba lá có hẹp khít van hai lá hậu thấp được phẫu thuật thay van nhân tạo tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018-2019.

- Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tạo hình van ba lá bằng vòng mềm St.Jude Tailor ở bệnh nhân hở van ba lá có hẹp khít van hai lá hậu thấp được phẫu thuật thay van nhân tạo tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018-2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán hở van ba lá có hẹp van hai lá hậu thấp và được phẫu thuật thay van hai lá nhân tạo kết hợp với phẫu thuật tạo hình van

ba lá bằng vòng mềm St.Jude Tailor tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân hở van ba lá có kèm hẹp van hai lá hậu thấp có chỉ định phẫu thuật theo Hiệp hội Tim mạch Châu Âu và Hội Phẫu thuật lồng ngực – Tim mạch Châu Âu [2]:

- Chỉ định tạo hình van ba lá:

- + Hở van ba lá từ mức độ trung bình trở lên ($\geq 2,5/4$). Và

- + Dẫn đường kính vòng van ba lá ($\geq 35\text{mm}$). Và/hoặc

- + Có tăng áp lực động mạch phổi từ mức độ trung bình trở lên ($\geq 41\text{mmHg}$).

- Chỉ định phẫu thuật ở bệnh nhân hẹp van 2 lá: diện tích mở van hai lá $< 1,5\text{cm}^2$ và có triệu chứng lâm sàng mệt khó thở khi gắng sức và/hoặc khó thở về đêm.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân hở van ba lá phối hợp với các bệnh tim bẩm sinh, hở van ba lá trong bệnh Ebstein.

- Những bệnh nhân có hở van ba lá mà không được can thiệp phẫu thuật đồng thời với phẫu thuật van hai lá.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

n: là cỡ mẫu tối thiểu, α : mức ý nghĩa = 0,05, d: sai số tương đối cho phép = 0,05

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, chọn hệ số tin cậy là 95% $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

$p = 98\%$ là tỉ lệ bệnh nhân có van ba lá không hở sau khi theo dõi 06 tháng theo nghiên cứu của Song H và cộng sự năm 2007 [10].

$\rightarrow n = 31$. Thực tế mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là 35 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu: nghiên cứu mức độ, chỉ định và

Phương pháp thu thập mẫu: đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tạo hình van ba lá bằng vòng mềm St.Jude Tailor ở bệnh nhân hở van ba

lá có hẹp khít van hai lá hậu thấp được phẫu thuật thay van nhân tạo.

Phương pháp xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

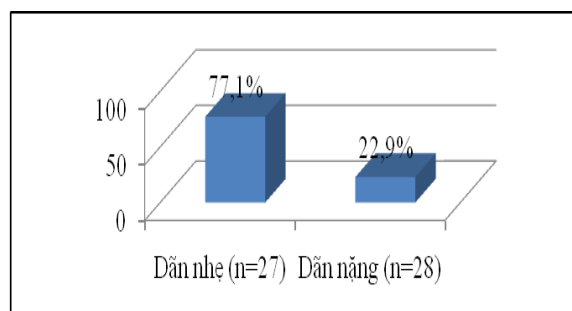
Qua phân tích 35 bệnh nhân hở van ba lá có hẹp khít van hai lá hậu thấp được phẫu thuật thay van nhân tạo có tuổi trung bình là $52,37 \pm 11,89$ tuổi; nữ giới chiếm 82,9%, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

3.1. Mức độ và chỉ định tạo hình van ba lá

Bảng 3.1: Mức độ hở van ba lá trên siêu âm tim

Mức độ hở van ba lá trên siêu âm tim	Tần số (n=35)	Tỉ lệ (%)
Hở trung bình	22	62,9
Hở nặng	13	37,1
Tổng	35	100

Nhận xét: bệnh nhân hở van ba lá có mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 62,9%, mức độ hở nặng là 37,1% và không có trường hợp hở van ba lá mức độ nhẹ.



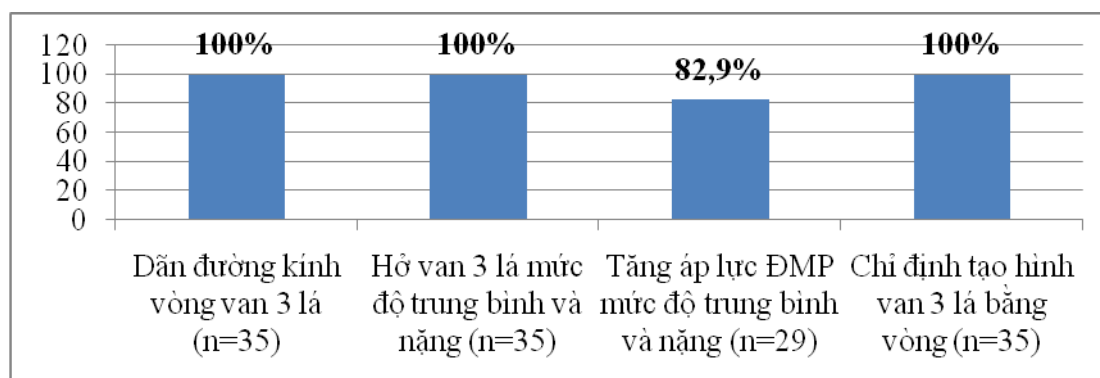
Biểu đồ 3.1: Đường kính vòng van ba lá

Nhận xét: bệnh nhân hở van ba lá có đường kính vòng van ba lá dẫn nhẹ chiếm tỉ lệ cao 77,1% và 22,9% có đường kính vòng van ba lá dẫn nặng.

Bảng 3.2: Đặc điểm áp lực động mạch phổi ở bệnh nhân hở van ba lá

Đặc điểm áp lực động mạch phổi	Tần số (n=35)	Tỉ lệ (%)
Tăng nhẹ	6	17,1
Tăng trung bình	28	80,0
Tăng nặng	1	2,9
Tổng	35	100

Nhận xét: bệnh nhân hở van ba lá có áp lực động mạch phổi tăng trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 80,0%, 17,1% tăng nhẹ và chỉ có 2,9% tăng nặng.



Biểu đồ 3.2: Chỉ định tạo hình van ba lá bằng vòng

Nhận xét: có 100% bệnh nhân hở van ba lá có chỉ định phẫu thuật tạo hình van ba lá bằng vòng.

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật tạo hình van ba lá bằng vòng mềm St.Jude Tailor ở bệnh nhân hở van ba lá

Bảng 3.3: Đặc điểm trong phẫu thuật tạo hình van ba lá và thay van hai lá nhân tạo

Đặc điểm trong phẫu thuật	Đơn vị tính	Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian tạo hình vòng van ba lá	Phút	$17,60 \pm 2,13$	15	25
Thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể	Phút	$138,06 \pm 33,28$	85	230
Thời gian kẹp động mạch chủ	Phút	$105,09 \pm 26,87$	60	180

Nhận xét: bệnh nhân hở van ba lá có hẹp khít van 2 lá, thời gian phẫu thuật tạo hình van ba lá bằng vòng mềm St.Jude Tailor $17,60 \pm 2,13$. Ngắn hơn rất nhiều so với tổng thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể là $138 \pm 33,28$ phút, thời gian kẹp động mạch chủ là $105,09 \pm 26,87$ phút.

Bảng 3.4 Đặc điểm hở van ba lá trước và sau phẫu thuật

Mức độ hở van ba lá	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật		p
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Không hở	0	0,0	10	28,6	0,000
Hở nhẹ	0	00,0	25	71,4	
Hở trung bình	22	62,9	0	0,0	
Hở nặng	13	37,1	0	0,0	
Tổng	35	100	35	100	

Nhận xét: sau phẫu thuật có 28,6% bệnh nhân không còn hở van ba lá trên siêu âm tim và 71,4% còn hở van ba lá mức độ nhẹ.

Bảng 3.5: Áp lực động mạch phổi trước và sau trước và sau phẫu thuật tạo hình van ba lá trên siêu âm tim

	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật
Áp lực động mạch phổi (mmHg)	$51,57 \pm 11,00$	$24,40 \pm 5,63$
p	0,000	

Nhận xét: sau phẫu thuật, bệnh nhân hở van ba lá có áp lực động mạch phổi giảm nhiều so với trước phẫu thuật và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

***Kết quả điều trị phẫu thuật tạo hình van ba lá bằng vòng vòng mềm St.Judde Tailor**

Bảng 3.7: Kết quả điều trị phẫu thuật tạo hình van ba lá bằng vòng mềm St.Judde Tailor

Kết quả điều trị phẫu thuật tạo hình van ba lá bằng vòng mềm	Tần số (n=35)	Tỉ lệ (%)
Thành công	35	100
Tái phát	0	0,0
Tổng	35	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân có kết quả tạo hình van ba lá bằng vòng thành công.

Chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp có tai biến, biến chứng phẫu thuật tạo hình van ba lá bằng vòng mềm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mức độ và chỉ định tạo hình van ba lá. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân hở van ba lá có mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 62,9%, mức độ hở nặng là 37,1% và không có trường hợp hở van ba lá mức độ nhẹ, đường kính vòng van ba lá dẫn nhẹ chiếm tỉ lệ

cao 77,1% và 22,9% có đường kính vòng van ba lá dẫn nặng; áp lực động mạch phổi tăng trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 80,0%, 17,1% tăng nhẹ và chỉ có 2,9% tăng nặng và đặc biệt 100% bệnh nhân hở van ba lá có chỉ định tạo hình van ba lá bằng vòng.

Tác giả Trương Nguyễn Hoài Linh ghi nhận kết quả can thiệp van ba lá có đặt vòng van ở các bệnh nhân có đường kính vòng van ba lá giãn lớn, đường kính thất phải giãn, áp lực động mạch phổi tăng cao, rung nhĩ cao hơn so với nhóm bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình van ba lá theo kỹ thuật không đặt vòng van [1].

Một số tác giả như Dreyfus và Tager đề nghị sửa van ba lá kèm theo khi phẫu thuật van hai lá dựa vào kích thước vòng van ba lá. Theo Dreyfus, nên sửa van ba lá kèm theo (bất kể mức độ hở van ba lá trước mổ là bao nhiêu) khi phẫu thuật van hai lá, nếu kích thước vòng van ba lá tính từ mép trước-vách đến mép trước-sau đo trong khi mổ $\geq 70\text{mm}$. Nhược điểm của cách tiếp cận này là phải chờ đến khi mở tim ra mới có thể đưa ra chỉ định sửa van ba lá. Tager khuyến cáo nên sửa van ba lá kèm theo (ngay cả khi hở van ba lá không nặng) khi phẫu thuật van hai lá nếu kích thước vòng van ba lá đo bằng siêu âm tim trước mổ $\geq 30\text{mm}$ [4]. Matsuyama thì đề nghị sửa van ba lá kèm theo khi phẫu thuật van hai lá nếu nhĩ trái giãn nhiều ($\geq 60\text{mm}$) hoặc bệnh nhân rung nhĩ ngay cả khi mức độ hở van ba lá trước phẫu thuật chỉ là 2+(2/4) [5].

Hiện nay, các tác giả đã chấp nhận rằng tất cả các bệnh nhân với hở van ba lá từ độ 2+ nên được sửa van ba lá đồng thời với phẫu thuật van hai lá. Tuy nhiên, chỉ định ngoại khoa cho các bệnh nhân với hở van ba lá $\leq$ độ 2+ vẫn còn tranh luận. Những bệnh nhân với mức độ hở van

ba lá $\leq$ độ 2+, mức độ trầm trọng của giãn vòng van ba lá là một biến quan trọng khác nên được xem xét chỉ định phẫu thuật. Trong hướng dẫn mới nhất của Trường Môn Tim mạch và Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ có đề cập đến chỉ định sửa van ba lá kèm theo khi phẫu thuật van hai lá. Theo hướng dẫn này chỉ định sửa van ba lá kèm theo khi phẫu thuật van hai lá được xếp là chỉ định loại I (chắc chắn có lợi) nếu mức độ hở van ba lá là nặng. Trong trường hợp mức độ hở van ba lá không nặng, việc sửa van ba lá kèm theo cũng có thể được xem xét khi phẫu thuật van hai lá nếu bệnh nhân có tăng áp động mạch phổi hoặc giãn vòng van ba lá. Tuy nhiên chỉ định này chỉ được xếp loại IIB, tức là ít có chứng cứ ủng hộ. Trong đó hướng dẫn có xác định tăng áp động mạch phổi là khi áp lực động mạch phổi tâm thu trên 55mmHg, tuy nhiên như thế nào là giãn vòng van ba lá thì không được đề cập [8].

4.3. Kết quả điều trị phẫu thuật tạo hình van ba lá bằng vòng mềm St.Jude Tailor trong hở van ba lá

4.3.1. Đặc điểm phẫu thuật

Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận bệnh nhân phẫu thuật thay van hai lá nhân tạo kèm tạo hình van ba lá bằng vòng có thời gian chạy máy ngoài cơ thể là $138 \pm 33,28$ phút, thời gian kẹp động mạch chủ là $105,09 \pm 26,87$ phút.

Tạo hình van ba lá bằng vòng chiếm thời gian rất ít trong cuộc phẫu thuật tim. Vì vậy, phẫu thuật tạo hình van ba lá đồng thời với phẫu thuật thay van hai lá nhân tạo trên bệnh nhân hở van ba lá có hẹp van hai lá là đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân nhưng cuộc phẫu thuật lại không kéo dài nhiều ảnh hưởng đến thời gian hậu phẫu của bệnh nhân.

4.3.2. Kết quả phẫu thuật tạo hình van ba lá. Qua nghiên cứu 35 bệnh nhân hẹp van hai lá hậu thấp được thay van nhân tạo kèm tạo hình van ba lá bằng vòng. Kết quả nghiên cứu như sau:

Sau phẫu thuật có 28,6% bệnh nhân không còn hở van ba lá trên siêu âm tim và 71,4% còn hở van ba lá mức độ nhẹ (1/4), sau phẫu thuật áp lực động mạch phổi giảm nhiều so với trước phẫu thuật và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Áp lực động mạch phổi trước phẫu thuật là $51,57 \pm 11,00$ mmHg, sau phẫu thuật là $24,40 \pm 5,63$ mmHg.

Nghiên cứu của Trương Nguyễn Hoài Linh và cộng sự ghi nhận kết quả phẫu thuật can thiệp van ba lá đánh giá ngay sau phẫu thuật là

rất tốt với sự giảm mạnh tỉ lệ hở van ba lá (trên 2+) trước phẫu thuật từ 44,95% (ở nhóm tạo hình van ba lá có đặt vòng van 44,8%, nhóm không đặt vòng van 45%) giảm còn 6,97% (nhóm tạo hình van ba lá có đặt vòng van 4,4%, không đặt vòng van 9,1%) ở thời điểm một tháng sau phẫu thuật; có sự giảm mạnh tỉ lệ áp lực động mạch phổi tâm thu (trên 55mmHg) trước phẫu thuật từ 38,34% (nhóm tạo hình van ba lá có đặt vòng van 39,4%, nhóm không đặt vòng van 37,6%) giảm còn 6,78% (nhóm tạo hình van ba lá có đặt vòng van 6,2%, nhóm không đặt vòng van 6,8%) ở thời điểm một tháng sau phẫu thuật [1].

Theo công trình nghiên cứu của Tang và các cộng sự (2006) thực hiện trên 702 bệnh nhân được sửa van ba lá theo hai phương pháp: 493 bệnh nhân được sửa van ba lá theo phương pháp không đặt vòng van (phương pháp sửa van ba lá theo DeVega); 209 bệnh nhân được sửa van ba lá theo phương pháp có đặt vòng van vòng van. Thời gian theo dõi trong vòng 15 năm, các tác giả nhận thấy kết quả sửa van ba lá có đặt vòng van giúp cải thiện thời gian sống còn so với sửa van ba lá theo phương pháp DeVega. Tỉ lệ hở van ba lá tái phát ở nhóm có vòng van là 18%, nhóm không có vòng van là 61% [11].

Một công trình nghiên cứu khác của Mc Carthy và cộng sự (2004) cũng được thực hiện trên một số lượng lớn bệnh nhân đã được sửa van ba lá: trên 790 bệnh nhân được sửa van ba lá theo các phương pháp khác nhau: sửa van ba lá không đặt vòng kiểu DeVega và sửa van ba lá có đặt vòng van (vòng van ba lá của Carpentier và Cosgrove), kết quả cho thấy tỉ lệ tiến triển hở van ba lá vừa và nặng ở nhóm DeVega cao hơn hẳn so với nhóm sử dụng vòng van. Vì vậy các nghiên cứu này khuyến cáo nên sử dụng phương pháp sửa van ba lá có đặt vòng van ở những bệnh nhân với mức độ hở van ba lá nặng để tránh tiến triển hở van ba lá về lâu dài [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ hở van ba lá sau phẫu thuật thấp hơn các tác giả khác do thời gian nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn. Chúng tôi chỉ theo dõi phẫu thuật 06 tháng.

*** Kết quả phẫu thuật**

Qua kết quả khảo sát theo 3 tiêu chí đánh giá, chúng tôi ghi nhận kết quả sớm trong điều trị phẫu thuật tạo hình van ba lá bằng vòng 100% thành công sau 06 tháng phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả khác.

Tác giả Trương Nguyễn Hoài Linh nghiên cứu trên 652 bệnh nhân phẫu thuật van hai lá không kèm hoặc có kèm can thiệp phẫu thuật van ba lá (có đặt vòng van và không đặt vòng van), sau 6,16 năm theo dõi tỉ lệ hở van ba lá tái phát là 13,84% [1].

Trong nghiên cứu của tác giả Tang, sửa van ba lá theo phương pháp tạo hình van ba lá có đặt vòng van ở 209 bệnh nhân, sau 5,9 năm theo dõi ghi nhận: các triệu chứng nặng liên quan đến tình trạng tim mạch sau phẫu thuật chiếm 9%, tình trạng suy tim theo phân độ NYHA III hay IV xuất hiện với tỉ lệ 20%. Kết quả siêu âm tim ở lần tái khám gần nhất trong nghiên cứu của tác giả Tang, ghi nhận ở nhóm bệnh nhân được tạo hình van ba lá theo kỹ thuật có đặt vòng van: 15% không bị tái hở van ba lá, 55% bị tái hở nhẹ, 30% bị tái hở nặng [11]. Công trình nghiên cứu của tác giả Matsuyama và cộng sự ghi nhận 45% bệnh nhân tái hở van ba lá ở mức độ 2+ và 3+ sau phẫu thuật ở nhóm được tạo hình van ba lá theo kỹ thuật có đặt vòng van là 6%. Theo dõi 39 ± 23 tháng thì tỉ lệ không bị tái hở van ba lá 94% ở nhóm bệnh nhân tạo hình van ba lá có đặt vòng van [5].

Nghiên cứu hồi cứu phân tích trên 717 hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân được phẫu thuật van ba lá từ năm 1975 đến 2009 với nhóm bệnh nhân tạo hình van ba lá theo kỹ thuật có đặt vòng. Trong thời gian 10 năm theo dõi, tỉ lệ bệnh nhân không có triệu chứng tái hở van ba lá là 98,4%. Như vậy qua các công trình nghiên cứu cho thấy phương pháp sửa van ba lá có đặt vòng van được ghi nhận là cải thiện tốt với tỉ lệ sống sót cao hơn và tỉ lệ không phải phẫu thuật lại thấp hơn khi so với phương pháp sửa van ba lá không có đặt vòng van.

Từ những kết quả nghiên cứu, kỹ thuật tạo hình van ba lá có đặt vòng van được khuyến cáo sử dụng khi sửa van ba lá nhằm tránh tái hở trong tương lai, đặc biệt ở những bệnh nhân bị hở van ba lá nặng.

V. KẾT LUẬN

Tạo hình van ba lá bằng vòng mềm St.Jude Tailor nên được lựa chọn trong phẫu thuật sửa chữa hở van ba lá với tỉ lệ thành công rất cao 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Nguyễn Hoài Linh, Nguyễn Văn Phan, Phạm Thọ Tuấn Anh (2014)**, "Kết quả lâu dài phẫu thuật tạo hình van ba lá có đặt vòng van và tạo hình không vòng van tại Viện tim Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2000 - 2012", Y học thực hành, 914 (4), tr.105-110.
2. **Baumgartner H, Falk V, Et al (2017)**, "2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease", European Heart Journal, 38 (36), pp.2739-2791.
3. **Belluschi I, Forno BD, Et al (2018)**, "Surgical Techniques for Tricuspid Valve Disease", Front Cardiovasc Med, 5 (118), pp.1-6.
4. **Dreyfus GD, Corbi PJ, Et al (2005)**, "Secondary tricuspid regurgitation or dilatation: which should be the criteria for surgical repair?", Ann Thorac Surg, 79 (1), pp.127-132.
5. **Matsuyama K, Matsumoto M, Et al (2003)**, "Predictors of residual tricuspid regurgitation after mitral valve surgery", Ann Thorac Surg, 75 (6), pp.1826-1828.
6. **McCarthy PM, Bhudia SK, Et al (2004)**, "Tricuspid valve repair: Durability and risk factors for failure", J Thorac Cardiovasc Surg, 127 (3), pp. 674-685.
7. **Mestres CA, Fita G, Et al (2012)**, "Tricuspid valve surgery", HSR Proceedings in Intensive Care and Cardiovascular Anesthesia, 4 (4), pp.: 261-267.
8. **Nishimura RA, Otto CM, Et al (2017)**, "2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines", Circulation, 135 (No 25)
9. **Sadeghpour A, Hassanzadeh M, Et al (2013)**, "Impact of Severe Tricuspid Regurgitation on Long Term Survival", Res Cardiovasc Med, 2 (3), pp.121-126.

NHU CẦU ĐÀO TẠO VỀ SƠ CẤP CỨU BAN ĐẦU CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG TẠI TỈNH NINH BÌNH NĂM 2019

Tổng Hữu Phương¹, Lê Thị Thanh Xuân²

TÓM TẮT⁵⁰

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả nhu cầu đào tạo về sơ cấp cứu ban đầu của người lao động tại một số doanh nghiệp khai thác và sản xuất vật liệu xây dựng tại tỉnh Ninh Bình năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tiến hành phỏng vấn đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi cấu trúc sẵn có được thử nghiệm trên 25 người lao động trước khi điều tra chính thức. Các nội dung về nhu cầu đào tạo bao gồm 06 biến số. **Kết quả:** tất cả đều đã có thâm niên làm việc trên 1 năm, có đến 66,66% có thâm niên làm việc trên 5 năm. Tại nơi làm việc, loại tai nạn mà các đối tượng hay gặp nhất là vết thương chảy máu (61,4%), vết thương rách da (56,43%), bỏng (40,94%), ít khi gặp trường hợp chó mèo cắn (0%), rắn cắn (0,29%), đuối nước (0,58%). Chỉ có 35,4% đối tượng đã từng được đào tạo về sơ cấp cứu. 92% đối tượng có nhu cầu được đào tạo về sơ cấp cứu. Hình thức và phương pháp các đối tượng mong muốn được tạo tạo là tập huấn ngắn hạn tại nơi công tác. Nội dung mà các đối tượng có nhu cầu được đào tạo nhiều nhất là sơ cấp cứu vết thương rách da, bỏng, gãy xương và điện giật. **Kết luận:** Nhu cầu đào tạo về sơ cấp cứu của người lao động trong ngành khai thác và sản xuất vật liệu xây dựng cao. Vì vậy cần tổ chức các khóa tập huấn về sơ cấp cứu cho người lao động trong những ngành nghề có nguy cơ cao bị tai nạn lao động.

Từ khóa: nhu cầu đào tạo, sơ cấp cứu, người lao động

SUMMARY

TRAINING NEED ON FIRST AID AMONG WORKERS IN NINH BINH PROVINCE IN 2019

Objective: This study aimed to describe training need on first aid among workers that that exploit and produce construction materials at six companies in Ninh Binh province in 2019. **Method:** Cross – sectional study was applied to interview workers who are working in six companies directly exploited and produced construction materials with structured

questionnaires. This questionnaire consisted of 6 variables and was pretested before official use.

Results: All study participants had working experience for more than 1 year, up to 66.66% had working over 5 years. In the workplace, the most common types of accidents were bleeding wounds (61.4%), cut skin injuries (56.43%), burns (40.94%), and rarely faced withh cats and dogs bites (0%), snakes bites (0.29%), drowning (0.58%). Only 35.4% of the subjects had received training in first aid. 92% of the subjects had the need for first aid training. The form and method of training that study participants expected was short-term training at the workplace. The content that the subjects wished to receive the most training for was first aid for skin torn wounds, burns, fractures and electric shocks. **Conclusion:** The need for first aid training of workers in the industry of exploitation and production of construction materials was high. Therefore, it is necessary to organize training courses on first aid for workers in occupations at high risk of occupational accidents.

Keywords: workers, the need, first aid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sơ cấp cứu tại chỗ nhờ sự hiểu biết các kiến thức cơ bản về y tế trong sơ cấp cứu từ những người đồng nghiệp (người lao động không phải trong ngành y) là cực kỳ cần thiết. Luật An toàn vệ sinh lao động có hiệu lực từ năm 2016 quy định người lao động có nghĩa vụ chủ động tham gia cấp cứu, khắc phục sự cố, tai nạn lao động theo phương án xử lý sự cố, ứng cứu khẩn cấp hoặc khi có lệnh của người sử dụng lao động hoặc cơ quan nhà nước có thẩm quyền [1].

Giá trị của việc sơ cấp cứu sớm là vậy tuy nhiên những người có khả năng sơ cấp cứu khi tai nạn xảy ra là rất ít. Theo một nghiên cứu được tiến hành ở Edinburgh cho thấy chỉ có 13% mọi người có thể xử lý một cách chính xác trường hợp khẩn cấp ở trẻ em[2]. Trong một nghiên cứu khác được thực hiện bởi Kenya cũng cho rằng chỉ có 45,5% các huấn luyện viên đội bóng đá có thể thực hiện cấp cứu cho các cầu thủ của mình[3].

Ngành công nghiệp khai thác và sản xuất vật liệu xây dựng có điều kiện lao động hết sức phức tạp. Người lao động phải làm việc ở những địa hình nguy hiểm hoặc vận hành các dây chuyền

¹Trung tâm kiểm soát bệnh tật Ninh Bình,

²Viện ĐT YHDP & YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tổng Hữu Phương

Email: phuong.th.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

máy móc lớn phức tạp, nếu xảy ra tai nạn thì thường rất nặng nề, khó tiếp cận nhanh các dịch vụ y tế, bỏ lỡ thời điểm vàng để hỗ trợ y tế cho các nạn nhân từ đó ảnh hưởng nghiêm trọng đến tính mạng hoặc để lại tàn tật suốt đời cho nạn nhân. Theo thông báo tình hình tai nạn lao động 6 tháng đầu năm 2018 của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội lĩnh vực sản xuất vật liệu xây dựng là lĩnh vực xảy ra tai nạn chết người đứng thứ 2 (10,1 % tổng số vụ và 9,8% tổng số người chết) chỉ sau lĩnh vực xây dựng (21,8% tổng số vụ tai nạn và 20,2% tổng số người chết)[4].

Ninh Bình là một tỉnh có tiềm năng và thế mạnh phát triển công nghiệp vật liệu xây dựng với trữ lượng khoáng sản vô cùng dồi dào. Theo đó, có không ít người lao động tham gia vào các hoạt động khai thác và sản xuất vật liệu xây dựng trên địa bàn tỉnh và hàng ngày không thể tránh khỏi các tai nạn thương tích xảy ra. Mặc dù đã có một số nghiên cứu về sơ cấp cứu trên thể giới xong ở Việt Nam những nghiên cứu về sơ cấp cứu là chưa nhiều, đặc biệt là trên đối tượng người lao động nói chung và người lao động trong lĩnh vực khai thác và sản xuất vật liệu xây dựng nói riêng. Vì vậy, để tìm hiểu kiến thức về sơ cấp cứu ban đầu và nhu cầu đào tạo của người lao động tại các doanh nghiệp khai thác và sản xuất vật liệu xây dựng giúp cung cấp các dữ liệu cần thiết cho các nghiên cứu tiếp theo và cũng là căn cứ quan trọng để xây dựng kế hoạch, nội dung, triển khai các khóa đào tạo huấn luyện nhằm nâng cao kiến thức về sơ cấp cứu cho người lao động, giảm thiểu hậu quả do tai nạn lao động tại nơi làm việc, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: “Mô tả nhu cầu đào tạo về sơ cấp cứu ban đầu của người lao động một số doanh nghiệp khai thác và sản xuất vật liệu xây dựng tại tỉnh Ninh Bình năm 2019”. Kết quả nghiên cứu sẽ định hướng cho các cơ quan chức năng và doanh nghiệp đề ra những chính sách phù hợp nhằm tăng cường công tác sơ cấp cứu tại các cơ sở sản xuất khai thác và sản xuất vật liệu xây dựng cho NLĐ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Là người lao động đang làm việc tại 06 cơ sở khai thác và sản xuất vật liệu xây dựng tỉnh Ninh Bình.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2 Cỡ mẫu:

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

Trong đó:

- n: cỡ mẫu cần thiết
- α : Mức ý nghĩa thống kê (Chọn $\alpha = 0,05$ ứng với độ tin cậy 95% thay vào bảng ta được $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1,96$)
- p: tỷ lệ người lao động có nhu cầu đào tạo sơ cấp cứu ban đầu qua điều tra thử trên 25 người lao động (92%)
- $\varepsilon = 0,3$: Sai số mong muốn giữa mẫu nghiên cứu và quần thể.

.Thực tế đã điều tra 342 người lao động tại 06 cơ sở sản xuất

2.2.3 Chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống dựa trên lập danh sách người lao động đang làm việc tại 06 cơ sở sản xuất lựa chọn gồm 1374 người lao động. Lập danh sách tất cả các người lao động đang trực tiếp lao động tại các doanh nghiệp tham gia nghiên cứu trong thời điểm nghiên cứu theo thứ tự các doanh nghiệp (thứ tự các doanh nghiệp và thứ tự công nhân trong mỗi doanh nghiệp được sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái ABC). Xác định khoảng cách mẫu $k = N/n = 1374/313 \approx 4,39$ (làm tròn là 4) và số đầu tiên chọn ngẫu nhiên là 3 theo danh sách được lập.

2.3 Thời gian nghiên cứu. Từ tháng 02/2019 đến tháng 09/2019, trong đó thời gian thu thập số liệu được thực hiện trong tháng 5 và tháng 6 năm 2019

2.4 Công cụ và phương pháp thu thập số liệu. Số liệu được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp dựa trên bộ câu hỏi tự điền đã được thiết kế sẵn. Bộ công cụ thu thập số liệu đã được thử nghiệm trên 25 người lao động trước khi được đưa vào áp dụng chính thức để thu thập số liệu cho nghiên cứu.

2.5 Xử lý số liệu. Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1. Các phân tích được thực hiện bằng phần mềm STATA 12. Thống kê mô tả được áp dụng để trình bày tần suất và tỷ lệ % về nhu cầu đào tạo sơ cấp cứu của người lao động.

2.6 Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ tiến hành khi được Hội đồng thông qua

đề cương nghiên cứu của Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận và lãnh đạo địa phương đồng ý cho phép triển khai. Vấn đề nghiên cứu không ảnh hưởng tới sức khỏe cũng như các vấn đề về khác của người lao động. Các thông tin thu thập được từ các đối tượng chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và hoàn toàn được giữ bí mật.

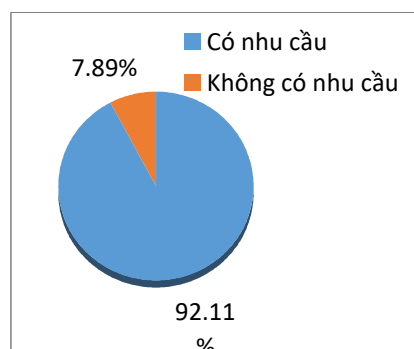
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thông tin chung đối tượng nghiên cứu: các đối tượng tham gia trả lời phỏng vấn chủ yếu là nam giới (chiếm 78,36%), nữ giới chiếm số lượng ít (21,64%). Tập trung chủ yếu ở lứa tuổi từ 30 đến 50 tuổi (66,37%). Trình độ học trung cấp, cao đẳng chiếm đa số (41,81%) sau đó là THCS (25,15%), THPT (24,27%), đại học và sau đại học chỉ chiếm 7,31%, có 5 đối tượng ở trình độ học văn từ mức tiểu học trở xuống với 1 đối tượng mù chữ. Các đối tượng chủ yếu cư trú ở nông thôn đồng bằng (68,13%) và tất cả đều đã có thâm niên làm việc trên 1 năm, có đến 66,66% có thâm niên làm việc trên 5 năm. Tại nơi làm việc, loại tai nạn mà các đối tượng hay gặp nhất là vết thương chảy máu (61,4%), vết thương rách da (56,43%), bỏng (40,94%), ít khi gặp trường hợp chó mèo cắn (0%), rắn cắn (0,29%), đuối nước (0,58%).

Bảng 1: Tỷ lệ đối tượng đã được đào tạo về sơ cấp cứu

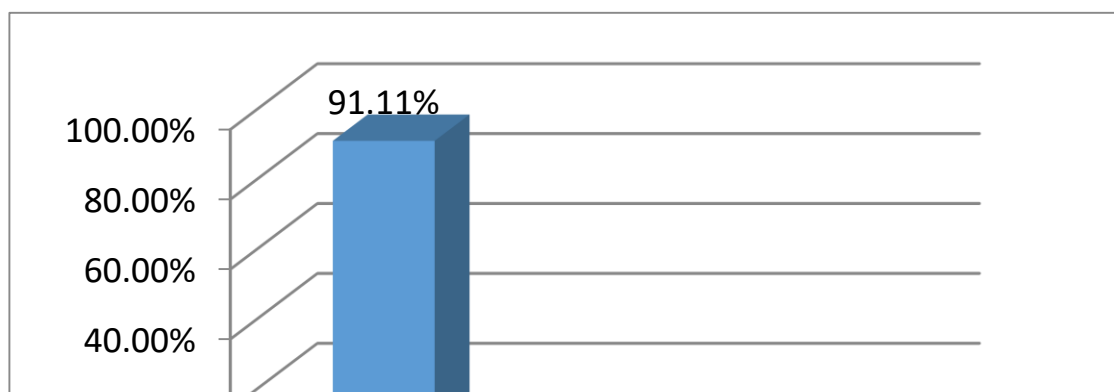
Nội dung	Tần suất	Tỷ lệ %
Đã được đào tạo	121	35,4
Chưa được đào tạo	221	64,6
Tổng cộng	342	100

Nhận xét: Gần hai phần ba đối tượng tham gia nghiên cứu chưa từng được tham gia một khóa đào tạo nào về sơ cấp cứu ban đầu. Chỉ có 35,4% đối tượng đã từng được đào tạo về sơ cấp cứu.



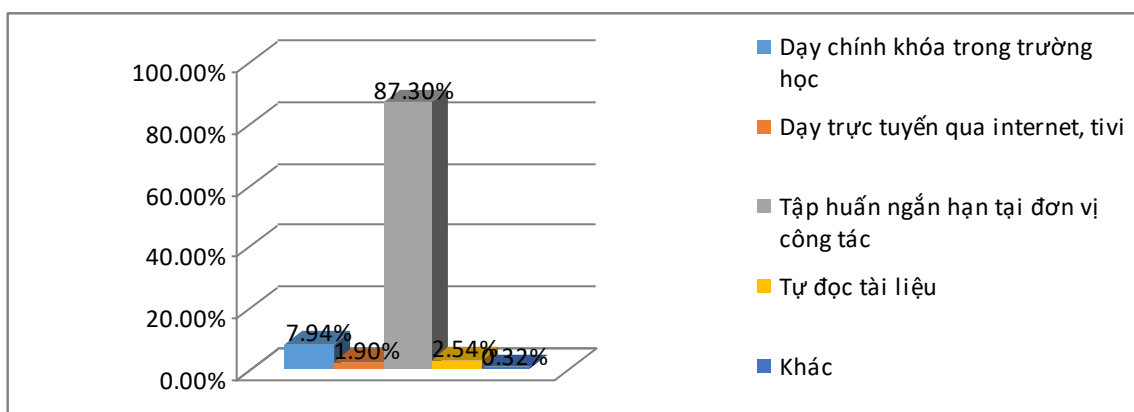
Biểu đồ 1: Tỷ lệ đối tượng có nhu cầu được đào tạo về sơ cấp cứu

Nhận xét: 92,11% đối tượng có nhu cầu và 7,89% đối tượng không có nhu cầu được đào tạo về sơ cấp cứu.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ nơi mà các đối tượng muốn được đào tạo

Nhận xét: Hầu hết các đối tượng đều muốn được đào tạo ngay tại nơi công tác (91,11%), một số ít khác muốn được đào tạo ở trường học (3,49%), các tổ chức xã hội, đoàn thể (3,81%), chương trình ngoại khóa (0,63%).



Biểu đồ 3: Tỷ lệ đối tượng có nhu cầu được đào tạo theo các phương pháp

Nhận xét: Về hình thức, phương pháp đào tạo, có đến 87,3% đối tượng muốn được đào tạo về sơ cấp cứu thông qua các lớp tập huấn ngắn hạn và 7,94% đối tượng cho rằng chương trình đào tạo sơ cấp cứu nên được dạy chính khóa khi còn đang được học trong trường học.

Bảng 2: Tỷ lệ các nội dung mong muốn được đào tạo (n=342)

Nội dung	Tần suất	Tỷ lệ %
Sơ cấp cứu ngừng tim phổi	42	13,33
Sơ cấp cứu vết thương rách da	107	33,97
Sơ cấp cứu người bị bỏng	121	38,41
Sơ cấp cứu gãy xương	124	39,37
Sơ cấp cứu ngộ độc	45	14,29
Sơ cấp cứu ngất, xỉu	65	20,63
Sơ cấp cứu chó mèo cắn	15	4,76
Sơ cấp cứu đuối nước	30	9,52
Sơ cấp cứu điện giật	138	43,81
Sơ cấp cứu rắn cắn	13	4,13
Sơ cấp cứu choáng sốc	40	12,70
Sơ cấp cứu ngạt do dị vật đường thở	64	20,32
Sơ cấp cứu vết thương chảy máu	53	16,83

Nhận xét: Về nội dung đào tạo sơ cấp cứu, sơ cấp cứu vết thương rách da, bỏng, gãy xương, điện giật là những nội dung mà các đối tượng có nhu cầu được đào tạo nhiều hơn so với các tai nạn khác (trên 30% đối tượng muốn được đào tạo).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, để trả lời câu hỏi nhu cầu đào tạo về sơ cấp cứu của người lao động tại các cơ sở khai thác và sản xuất vật liệu xây dựng của người lao động, chúng tôi đã phỏng vấn theo bộ câu hỏi cấu trúc có sẵn. Nghiên cứu chỉ ra rằng, tỉ lệ các đối tượng có nhu cầu đào tạo về sơ cấp cứu rất cao (92,11%). Trong số này phần lớn có mong muốn tham gia các lớp tập huấn ngắn hạn tại nơi công tác. Căn cứ vào tính chất công việc của các doanh nghiệp xét thấy việc tổ chức các lớp đào tạo ngắn hạn là hợp lý do hạn chế trong bố trí nhân lực làm việc không thể cho lượng lớn người lao động đi tập huấn trong thời gian dài sẽ ảnh hưởng tới hoạt động sản xuất cũng như tổn kém về mặt kinh phí.

Xét nhu cầu đào tạo theo nội dung, các đối tượng có nhu cầu đào tạo không tập trung, nên về cơ bản có thể đưa đầy đủ các nội dung đã đề cập khảo sát vào các lớp tập huấn. Các nội dung sơ cấp cứu như chó mèo cắn, đuối nước, rắn cắn là những nội dung có nhu cầu thấp (lần lượt là 4,76%, 9,52%, và 4,13%), đồng thời cũng là những tai nạn các đối tượng ít gặp nơi làm việc cũng như sinh hoạt hàng ngày, tuy phần lớn các đối tượng xử trí sai khi gặp những trường hợp này nhưng có thể đưa vào với dung lượng ít hơn, trên cơ sở so sánh, lưu ý sự khác biệt với trường hợp xử trí các tai nạn khác để tạo ấn tượng nhấn mạnh cho các đối tượng. Nhu cầu đào tạo sơ cấp cứu có mối liên hệ với đánh giá mức độ quan trọng của sơ cấp cứu, biểu hiện điều kiện tiếp cận thông tin, nhận thức của các đối tượng về ý nghĩa của sơ cấp cứu có ảnh hưởng lớn đến động lực, nhu cầu học tập của đối tượng. Việc đưa vào nội dung về tầm quan trọng, ý nghĩa sơ

cấp cứu với số liệu cụ thể và hướng dẫn kĩ năng trực quan sẽ tăng động lực, hiệu quả của quá trình tiếp nhận kiến thức.

Xét nhu cầu đào tạo sơ cấp cứu giữa những người đánh giá khác nhau về tầm quan trọng của sơ cấp cứu, nhận thấy người biết về tầm quan trọng của sơ cấp cứu thì có nhu cầu đào tạo cao hơn so với nhóm không biết về tầm quan trọng của sơ cấp cứu. Như vậy có thể thấy, người xác định rõ tầm quan trọng của sơ cấp cứu sẽ có mong muốn được đào tạo, tập huấn về sơ cấp cứu cao hơn những đối tượng chưa xác định được tầm quan trọng của sơ cấp cứu. Từ kết quả này có thể thấy, để việc đào tạo tập huấn về sơ cấp cứu được người lao động đón nhận tích cực, học tập có hiệu quả thì việc truyền thông nâng cao nhận thức của người lao động nói riêng và cộng đồng nói chung về tầm quan trọng của sơ cấp cứu là vô cùng cần thiết. Phải để họ thấy rõ được vai trò to lớn của những thao tác sơ cấp cứu ban đầu đối với việc cứu nạn nhân thoát khỏi cơn nguy kịch họ mới có ý thức chủ động tham gia và học tập tích cực trong những khóa đào tạo về sơ cấp cứu, như vậy việc đào tạo sơ cấp cứu mới thu được hiệu quả cao.

V. KẾT LUẬN

Nhu cầu đào tạo về sơ cấp cứu của người lao động trong ngành khai thác và sản xuất vật liệu xây dựng cao. 92% đối tượng có nhu cầu được đào tạo về sơ cấp cứu. Hình thức và phương pháp các đối tượng mong muốn được tạo tạo là tập huấn ngắn hạn tại nơi công tác. Nội dung mà các đối tượng có nhu cầu được đào tạo nhiều nhất là sơ cấp cứu vết thương rách da, bong, gãy xương và điện giật;

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quốc hội khóa XIII**, Luật an toàn, vệ sinh lao động, 2015: Hà Nội.
2. **Conrad R.P and Beattie T.F**, Knowledge of pediatric first aid among general population. *Accid Emerg Nurs*, 1996. **4**: p. 68-72.
3. **Najororai (1994)**, Administration of first-aid and prevention of injuries in Kenyan soccer. *East Afr Med*, 1994. **71**: p. 724-726.
4. **Bộ Lao động** - Thương binh và Xã hội. Thông báo tình hình tai nạn lao động 6 tháng đầu năm 2018. 2018 25/9/2018 [cited 2019 15/3/2019]; Available from: <http://antoanlaodong.gov.vn/catId/Pages/chitiettin.aspx?IDNews=2216>.
5. **Jonh Morris (2012)**. Everyday Learning First Aid Training Manual, Everyday Learning Pty Ltd,

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI KIẾN XƯƠNG, THÁI BÌNH

Nguyễn Thị Thu Hà*, Phạm Thị Mỹ Hạnh*,
Vũ Trung Kiên*, Đoàn Thị Thanh Bình*.

TÓM TẮT⁵¹

Người cao tuổi là nhóm dân số có nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh cao, tuy nhiên hiện vẫn còn thiếu những nghiên cứu mô tả thực trạng sử dụng dịch vụ này ở người cao tuổi sống tại vùng nông thôn. Để tìm hiểu thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người cao tuổi (NCT) sống tại vùng nông thôn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 752 người cao tuổi tại 2 xã thuộc huyện Kiến Xương, Thái Bình. Kết quả cho thấy có 675 NCT

(89,8%) đã từng ốm đau ít nhất 1 lần trong năm qua; số lần ốm đau trung bình/người/năm là $21,9 \pm 37,8$. Trong năm qua tỷ lệ NCT được điều trị ngoại trú là 69,8%, được điều trị nội trú là 21,8%. Tỷ lệ cụ ông có số ngày nằm điều trị nội trú trên 7 ngày là 78,9 %, tỷ lệ cụ bà tương ứng là 72,8%. NCT khi điều trị nội trú không có người thân chăm sóc là 8,6%. Tỷ lệ này ở nhóm điều trị ngoại trú cao hơn rất nhiều, ở mức 35,8%. Khi đi khám chữa bệnh, đa phần NCT chọn bệnh viện huyện (66,5%) và có rất ít chọn phòng khám tư nhân (3,7%).

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: thuhaytb@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY

THE USE OF MEDICAL SERVICES BY OLD PEOPLE IN KIEN XUONG, THAI BINH

Old people are the group of people with high demand of health care. However, there is lack of study

to examine the use of medical services of this population, especially for those living in rural area. To describe the use of medical services by old people living in rural area, we conducted a cross-sectional study on 752 old people living in two communes in Kien Xuong distric, Thai Binh province. The result shows that there was 675 people (89,8%) having been sick at least once during last year; mean time of being sick was $21,9 \pm 37,8$. In the last year, the prevalence of out-hospital treatment was 69,8% while the prevalence of in-hospital treatment was 21,8%. The prevalence of men who had been admitted for 7 or more days was 78,9% and the corresponding number for women was 72,8%. There was 8,6 % of inpatients having no relatives to take care them during hospital stay. The corresponding number for outpatients was much higher, at 35,8%. Many old people (66,5%) in the study chose distric hospital for their medical visits while only 3,7% chose private clinics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo dự báo của Liên Hiệp Quốc, già hóa dân số là một trong những xu hướng dân số quan trọng nhất của thế kỷ 21 và trở thành một vấn đề xã hội có tác động rất lớn đến tiến trình phát triển chung của tất cả các nước trên nhiều lĩnh vực kinh tế, xã hội trong đó có y tế. Sự thay đổi về cấu trúc dân số dẫn đến biến đổi về mô hình bệnh tật, trong đó có mô hình bệnh tật của người cao tuổi, đặc biệt là của người cao tuổi sống ở các vùng nông thôn Việt Nam. Điều này dẫn đến hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế của người cao tuổi cũng thay đổi đáng kể [9]. Theo kết quả nghiên cứu "Điều tra mức sống dân cư năm 1994" cho thấy khoảng 62% người từ 60-64 tuổi và 66% người trên 65 tuổi tự điều trị ở nhà khi ốm đau; tỷ lệ người cao tuổi ở nông thôn đến khám ở các cơ sở chăm sóc y tế chưa cao. Hiện nay phần lớn người cao tuổi chưa có thói quen đi kiểm tra sức khỏe định kỳ, nhiều người không biết mình có bệnh hoặc biết có bệnh nhưng không tuân thủ theo đúng hướng dẫn điều trị [10]. Qua báo cáo của Bộ Y tế năm 2003 và 2006 cũng cho thấy việc sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi thường bị hạn chế, đặc biệt là đối với người cao tuổi ở những vùng nông thôn không có thể bảo hiểm y tế [6].

Nhằm hiểu rõ hơn thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của NCT, chúng tôi đã thực hiện đề tài nghiên cứu "Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi tại Kiến Xương, Thái Bình".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại thị trấn Bình Nguyên và xã Thanh Nê, huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình, trong thời gian từ tháng 3/2015 đến tháng 8/2015. Thị trấn Thanh Nê được chọn chủ đích để đại diện cho vùng thành thị và xã Bình Nguyên được bốc thăm từ danh sách 36 xã của huyện Kiến Xương để đại diện cho vùng nông thôn.

Đối tượng nghiên cứu là những người từ 60 đến 70 tuổi, sống tại địa bàn nghiên cứu từ 6 tháng trở lên, có tham gia sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh ở bệnh viện các tuyến trong 6 tháng trước thời điểm điều tra, không bị các rối loạn tâm thần và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước tính một tỷ lệ, trong đó sử dụng giá trị tham khảo $p = 0,763$, là tỷ lệ NCT sử dụng dịch vụ y tế theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tiến năm 2014 [7], khoảng sai lệch mong muốn $d = 0,05$, hệ số thiết kế mẫu bằng 2 và mức ý nghĩa thống kê bằng 0,05. Theo đó, cỡ mẫu cần cho mỗi xã là 277 người, và cho toàn bộ địa bàn nghiên cứu là 556 người. Trên thực tế, chúng tôi điều tra được 752 người. Tại mỗi xã, NCT đầu tiên được chọn ngẫu nhiên, sau đó áp dụng phương pháp cổng liên cổng để phỏng vấn NCT tiếp theo cho đến khi đủ số 376 NCT ở mỗi xã.

Các chỉ số về số lần ốm đau, số lần khám, tỷ lệ điều trị nội trú, tỷ lệ điều trị ngoại trú, số ngày điều trị nội trú, tỷ lệ NCT có người thân chăm sóc khi điều trị nội trú và ngoại trú, tỷ lệ tham gia và sử dụng thẻ BHYT, tỷ lệ NCT chọn các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế khác nhau được điều tra và báo cáo.

Thông tin được thu thập bằng hình thức phỏng vấn trực tiếp sử dụng bộ phiếu hỏi được xây dựng sẵn bởi nhóm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng khoa học và y đức Trường ĐH Y Dược Thái Bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 752 người cao tuổi tham gia nghiên cứu, có 426 (56,6%) là nữ. Hầu hết NCT đều biết chữ (99,5%), trong đó NCT học hết cấp

2 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,1%), tiếp đến là trình độ học vấn tiểu học (cấp 1) (15,8%) và trung cấp trở lên (14,4%). Số người cao tuổi không biết đọc/viết chiếm tỷ lệ thấp nhất 0,5%.

Bảng 3.1. Tỷ lệ người cao tuổi theo hoàn cảnh sống

Hoàn cảnh sống	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sống cùng vợ/chồng, con/cháu	701	93,2
Sống một mình	38	5,1
Sống với người khác	13	1,7
Tổng	752	100

Xét về hoàn cảnh sống, chỉ 1,7% NCT sống với người khác, ngoài ra cũng có 5,1% sống một mình. Còn đại đa số NCT sống cùng vợ/chồng, con/cháu: 93,2%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ người cao tuổi theo tình trạng hôn nhân (n=752)

Tình trạng hôn nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độc thân	52	6,9
Có vợ/chồng	630	83,8
Ly thân/ly dị	12	1,6
Góa	58	7,7
Tổng	752	100

Về tình trạng hôn nhân, số NCT có vợ/chồng là 630 người, chiếm tỷ lệ cao nhất. Những NCT độc thân hoặc góa chiếm tỷ lệ ít hơn (6,9% và 7,7%). Còn trường hợp NCT ly thân/ly dị chỉ có 12 người, chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,6%).

Bảng 3.3. Tỷ lệ người cao tuổi theo thực trạng sử dụng BHYT (n=752)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sử dụng BHYT		
Có BHYT	712	94,7
Không có BHYT	40	5,3
Hình thức BHYT		
BHYT tự nguyện	284	39,9
BHYT bắt buộc	428	60,1
Tần suất sử dụng BHYT		
Sử dụng thường xuyên	634	89,0
Ít sử dụng	78	11,0

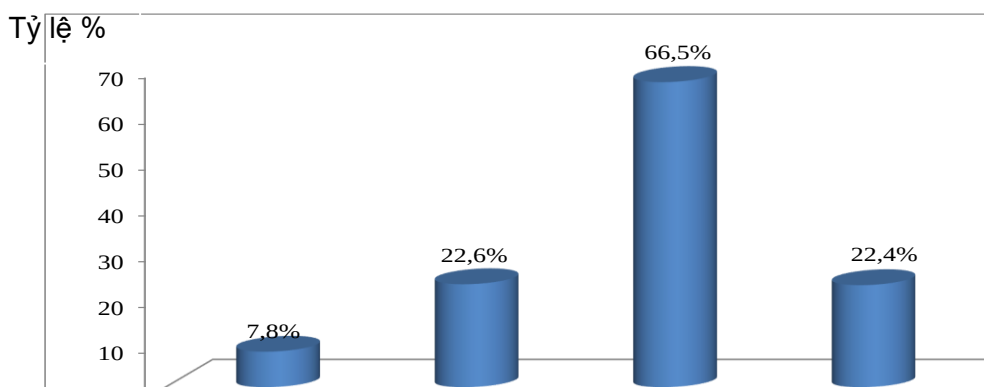
Về vấn đề sử dụng BHYT, có đến 94,7% số NCT có thẻ BHYT trong đó 39,9% là bảo hiểm tự nguyện và 89% NCT sử dụng thẻ BHYT thường xuyên để khám chữa bệnh. Chỉ có 5,3% NCT không có thẻ BHYT.

Bảng 3.4. Khoảng cách trung bình từ nhà của NCT đến các CSYT (n=752)

Khoảng cách đến CSYT (km)	Trung bình $\pm$ ĐLC*	Max	Min
TYT xã	1,05 $\pm$ 0,7	10,5	0,1
Bệnh viện huyện	5,0 $\pm$ 4,1	14,0	0,1

*ĐLC: độ lệch chuẩn

Khoảng cách từ nhà NCT đến các CSYT trung bình là: 1,05 $\pm$ 0,7 với TYT xã và 5,0 $\pm$ 4,1 km với bệnh viện huyện. Khoảng cách xa nhất với TYT xã là 10,5 km và bệnh viện huyện là 14,0 km. Khoảng cách gần nhất với TYT xã là 0,1 km và bệnh viện huyện là 0,1 km.



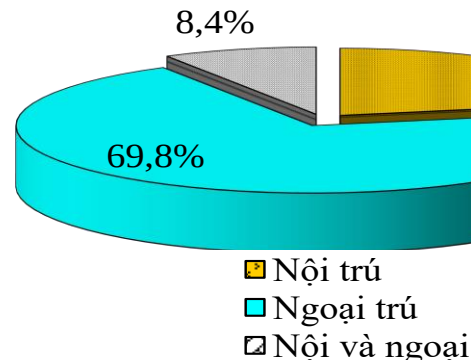
Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ NCT đến CSYT để KCB trong 1 năm qua (n= 752)

Hầu hết NCT chọn bệnh tuyến công lập để khám chữa bệnh, trong đó viện tuyến huyện được lựa chọn nhiều nhất chiếm tỷ lệ 66,5%. Chỉ có 3,7% số NCT chọn thầy thuốc/phòng khám tư nhân để khám chữa bệnh.

Bảng 3.5. Tỷ lệ người cao tuổi theo mức độ ốm đau và KCB của NCT trong 1 năm qua (n=752)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có ốm đau trong 1 năm qua		
Có	675	89,8
Không	77	10,2
Số lần ốm đau, bệnh tật		
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	21,9 ± 37,8	

Trong 1 năm qua: có đến 89,8% NCT có ốm đau, số không ốm đau chỉ chiếm 10,2%. Số lần ốm đau bệnh tật trung bình là 21,9±37,8%.



Biểu đồ 3.2. Hình thức KCB của người cao tuổi trong 1 năm qua (n=656)

Đa phần NCT được điều trị ngoại trú (69,8%). Còn phương thức điều trị nội trú ít hơn (21,8%). Hình thức điều trị vừa nội trú vừa ngoại trú chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,4%.

Bảng 3.6. Số ngày nằm viện điều trị nội trú của người cao tuổi theo giới lần gần đây

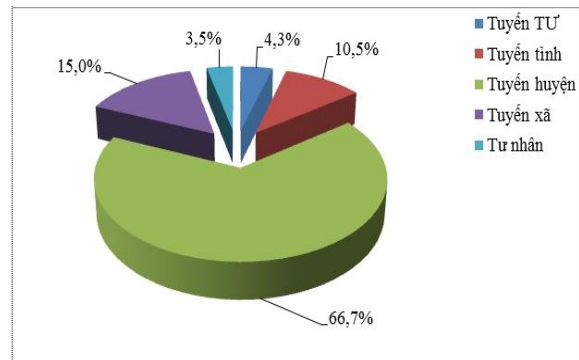
Số ngày nằm điều trị nội trú	Cụ ông		Cụ bà	
	Số lượng (n=95)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n=103)	Tỷ lệ (%)
1 – 3 ngày	2	2,1	2	1,9
4 – 7 ngày	18	28,9	26	25,2
Trên 7 ngày	75	78,9	75	72,8
Tổng	95	100	103	100
Giá trị p	>0,05			

Số ngày nằm viện điều trị nội trú của NCT phần lớn trên 7 ngày ở cả 2 giới (78,9% ở cụ ông và 72,8% ở cụ bà). Chỉ một phần nhỏ NCT nằm viện từ 1-3 (2,1% ở cụ ông và 1,9% ở cụ bà).

Bảng 3.7. Tỷ lệ NCT có người chăm sóc chính trong đợt điều trị nội trú lần gần đây

Người chăm sóc chính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vợ/chồng	118	59,6
Con	55	27,8
Cháu	6	3,0
Họ hàng/người thân	2	1,0
Không ai chăm sóc	17	8,6
Tổng	198	100

Khi NCT nằm viện thì tỷ lệ NCT có vợ/chồng đến chăm sóc chính chiếm tỷ lệ cao nhất: 59,6%, tiếp đến là con 27,8%. NCT phải nhờ đến họ hàng/người thân chỉ chiếm 1%.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ NCT đến CSYT trong lần điều trị ngoại trú gần đây (n=513)

Tuyến huyện là nơi NCT lựa chọn nhiều nhất (66,7%) để đến CSYT trong đợt điều trị ngoại trú gần đây. Bên cạnh đó cũng có một số NCT lựa chọn tuyến khác: 15% lựa chọn tuyến xã, 10,5% tuyến tỉnh, 4,5% tuyến trung ương, 3,5% tuyến tư nhân.

Bảng 3.8. Tỷ lệ NCT có người chăm sóc chính trong đợt điều trị ngoại trú lần gần đây

Người chăm sóc chính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vợ/chồng	195	38,0
Con	122	23,8
Cháu	6	1,2
Bạn bè	1	0,2
Họ hàng/người thân	4	0,8
Người giúp việc	1	0,2
Không ai chăm sóc	184	35,8
Tổng	513	100

Về vấn đề chăm sóc người cao tuổi khi đau ốm thì qua 3.16 ta nhận thấy: người chăm sóc chính là vợ/chồng chiếm tỷ lệ cao nhất: 38,0%, bên cạnh đó NCT khi điều trị ngoại trú không ai chăm sóc cũng chiếm tỷ lệ khá cao 35,8%. Việc phải nhờ bạn bè hoặc người giúp việc chỉ chiếm 0,2%.

IV. BÀN LUẬN

Trình độ học vấn có quan hệ ít nhiều đến thu nhập, điều kiện sống, thái độ, hành vi ứng xử xã hội. Kết quả điều tra cho thấy trình độ học vấn của người cao tuổi học cấp 2 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,1%); tiếp đến là tỷ lệ người cao tuổi học cấp 1 chiếm 15,8%. Tỷ lệ người cao tuổi học trung cấp trở lên cũng chiếm tỷ lệ khá cao 14,4%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đình Kiên (2013) có tỷ lệ đối tượng được đào tạo học văn trung cấp và cao đẳng chiếm 12,8%, đối tượng được đào tạo học văn đại học và sau đại học chiếm 2,2% [2]. Học văn cao giúp người bệnh có thể hiểu tốt hơn các tư vấn cũng như chỉ định của thầy thuốc khi họ mắc bệnh và được điều trị qua đó góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc và điều trị bệnh cho bản thân mình.

Đối với tình trạng hôn nhân, đây cũng là yếu tố quan trọng vì vợ/chồng của người cao tuổi có thể là nguồn hỗ trợ và chia sẻ chủ yếu về vật chất, tinh thần cũng như chăm sóc khi bị ốm đau. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm người cao tuổi có vợ/có chồng chiếm tỷ lệ cao nhất 83,8%, nhóm người cao tuổi góa vợ/chồng chỉ chiếm 7,7% (Bảng 3.2); tỷ lệ này khác hoàn toàn với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tiến thực hiện tại Kiến Xương, tỉnh Thái Bình tỷ lệ góa lên đến 19% [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Kiên (2013) cho thấy tỷ lệ góa vợ chiếm 22% và góa chồng chiếm 55% [2]. Điều này có thể giải thích

được vì nhóm đối tượng trong nghiên cứu chúng tôi chỉ chọn ở nhóm tuổi 60 -70 tuổi; mặt khác tuổi thọ trung bình của người Việt Nam hiện nay là 73 tuổi. Theo tập quán phương đông nói chung, Việt Nam nói riêng, người cao tuổi ở nước ta có truyền thống thích sống trong gia đình đông con cháu để tăng thêm sự gắn kết tình cảm giữa các thế hệ đồng thời các cụ có thể truyền đạt kinh nghiệm sống cũng như dạy dỗ con cháu được tốt hơn, NCT trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không ngoại lệ; tỷ lệ các cụ sống cùng vợ/ chồng/ con/ cháu chiếm đến 93,2%. Chính vì vậy mà số lượng người cao tuổi có người chăm sóc chiếm tỷ lệ rất cao, tới 91,4% đối với điều trị nội trú (Bảng 3.7).

Việc có 89,0% đối tượng thường xuyên sử dụng BHYT (Bảng 3.3), cho thấy nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức cao. Điều này có thể do tình trạng ốm đau bệnh tật thường xuyên của đối tượng hoặc người cao tuổi tin tưởng vào dịch vụ khám chữa bệnh có bảo hiểm y tế và đồng thời cũng phải kể đến việc do có BHYT trong tay, có thời gian cho phép mà tỷ lệ đối tượng tham gia khám chữa bệnh có thể tăng cao hơn so với thực tế. Chính vì thế đây cũng là điều mà ngành BHYT cần quan tâm. Có biện pháp tuyên truyền phù hợp để người cao tuổi có nhận thức đúng hơn trong việc sử dụng thẻ BHYT trong việc khám chữa bệnh.

Khoảng cách từ nhà NCT đến các CSYT ở địa bàn nghiên cứu là không quá xa. Kết quả bảng 3.8 cho thấy: khoảng cách từ nhà NCT đến TYT xã trung bình là $1,05 \pm 0,7$ km, đến bệnh viện huyện là $5,0 \pm 4,1$ km. Trong đó khoảng cách xa nhất với TYT xã là 10,5 km và bệnh viện huyện là 14 km. Đối với những người cao tuổi còn có sức khỏe cho phép thì khoảng cách từ nhà người cao tuổi đến các CSYT như đã nêu trên là thuận lợi cho họ. Tuy nhiên, khoảng cách trên đối với những người tuổi rất cao hoặc sức khỏe yếu cũng phần nào ảnh hưởng tới khả năng tiếp cận dịch vụ của họ.

Các thói quen sử dụng dịch vụ y tế của người cao tuổi khi ốm trong 12 tháng qua hầu hết là đến bệnh viện huyện 66,5%. Điều này cũng dễ giải thích do tuyến huyện là tuyến chữa bệnh cách nhà NCT không xa, là nơi cứu chữa cơ bản phục vụ nhân dân (khoảng 66,7% dịch vụ y tế của khu vực nông thôn được sử dụng tại tuyến huyện); chiếm khoảng 50% tổng số giường bệnh Bệnh viện trong cả nước. Đối tượng nghiên cứu

đến khám, chữa bệnh tại bệnh viện tuyến tỉnh chiếm 22,6% cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của tác giả Trần Hoàng Lộc tại Thanh Miện, Hải Dương [3] tỷ lệ này chiếm có 1,8%. Khám tại trạm y tế xã chiếm 22,4% (Biểu đồ 3.1), tương đương với nghiên cứu của Dương Thị Minh Tâm tại huyện Cần Đước, Long An [5] là 19,7% nhưng lại thấp hơn so với nghiên cứu của một số tác giả như Trần Hoàng Lộc (2005) [3].

Trạm y tế xã cũng là nơi mà người cao tuổi đến khám chữa bệnh khi ốm đau, tuy nhiên cũng vẫn chưa thu hút được số lượng cao NCT đến khám tại đây. Lý do là ở thời điểm hiện tại trạm y tế xã chưa có đầy đủ trang thiết bị để phục vụ cho người dân mặt khác hiện nay bảo hiểm y tế người dân chủ yếu đăng ký nơi khám chữa bệnh ban đầu là tại bệnh viện tuyến huyện. Bên cạnh đó phải kể đến việc định mức chi của BHYT cho mỗi lượt khám chữa bệnh còn rất thấp so với thực tế. Điều này tạo nên việc kém hấp dẫn người bệnh nói chung, người cao tuổi nói riêng chọn trạm y tế xã là nơi khám chữa bệnh thường xuyên của họ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có 3,7% số NCT chọn thầy thuốc/phòng khám tư nhân. Theo nghiên cứu của Đặng Xuân Tin (2005) đến cơ sở y tế tư nhân cũng là một hình thức sử dụng dịch vụ y tế rất phổ biến của NCT [8]. Lý giải việc các cụ đến cơ sở y tế tư nhân thì chủ yếu là do quên biết hoặc từng có người thân điều trị có hiệu quả ở đó rồi. Thực tế cho thấy mới chỉ có số ít phòng khám tư nhân có chế độ khám chữa bệnh thanh toán qua BHYT. Với việc phần lớn người cao tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi có thẻ BHYT, việc chỉ có số rất ít người cao tuổi đến khám chữa bệnh tại phòng khám tư nhân cũng là điều dễ hiểu.

Tỷ lệ ốm đau bệnh tật của người cao tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao. Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ tương ứng trong nghiên cứu tại Gia Lâm, Hà Nội (77%); tại Ba Vì, Hà Tây năm 2005 (61,9%) [1]. Việc chênh lệch về tỷ lệ trên có thể giải thích qua điều kiện đi lại của người cao tuổi trên địa bàn nghiên cứu của chúng tôi thuận lợi hơn so với điều kiện tại hai nghiên cứu tương ứng đã nêu.

Tỷ lệ ốm đau của người cao tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tỷ lệ ốm chung trong cộng đồng [6]. Điều này cũng phù hợp với thực tế người cao tuổi thường có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn những lứa tuổi khác. Đây là vấn đề xã

hội đã và đang quan tâm. Nhà nước đang xây dựng các chính sách phù hợp hơn để giúp cho người cao tuổi có thể hạn chế ốm đau. Đồng thời khi có bệnh, họ có thể tiếp cận được các cơ sở y tế phù hợp với đặc điểm bệnh tật của họ. Có thể kể đến như: Khoa điều trị bệnh lão trong bệnh viện đa khoa, Bệnh viện Lão khoa.

Hình thức khám chữa bệnh trong lần gần đây chiếm tỷ cao nhất là ngoại trú 69,8%, hình thức nội trú chiếm 21,8%, số đối tượng khám chữa bệnh dưới hình thức cả nội và ngoại trú chiếm 8,4% (Biểu đồ 3.2). Hiện nay, khi ốm đau người dân có rất nhiều nơi để khám chữa bệnh và điều trị. Việc lựa chọn nơi điều trị phụ thuộc và nhiều yếu tố như tính sẵn có, khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế, điều kiện kinh tế... Do vậy, tỉ lệ lựa chọn các hình thức khám chữa bệnh cũng đa dạng như được nêu ra trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Mai Oanh (2000), lý do khiến các cụ ông và cụ bà lựa chọn cơ sở y tế đó là gần nhà [4]. Theo kết quả biểu đồ 3.1; tỷ lệ người cao tuổi đến cơ sở y tế điều trị lần gần đây cao nhất là tuyến huyện với 66,5%. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Nguyễn Văn Tiến [7].

V. KẾT LUẬN

Có 56,1% người cao tuổi trong nghiên cứu có trình độ học vấn cấp 2; 94,7% người cao tuổi có người sống cùng và 91,8% đối tượng có người chăm sóc.

Còn 5,3% người cao tuổi chưa tham gia BHYT.

Có 87,2% người cao tuổi đã đi khám bệnh trong 1 năm qua; trong đó số điều trị ngoại trú chiếm 69,8% và 75,8% số đối tượng điều trị nội trú với thời gian trên 7 ngày.

Cơ sở y tế được người cao tuổi chọn nhiều nhất là bệnh viện huyện, chiếm 66,5%. Cơ sở y tế tư nhân ít được người cao tuổi lựa chọn, chỉ chiếm 3,7%.

KHUYẾN NGHỊ

Các cơ sở y tế tư nhân cần có những giải pháp phù hợp để thu hút nhiều hơn người cao tuổi khi các đối tượng này tìm kiếm dịch vụ y tế.

Cần tuyên truyền vận động người dân nói chung, người cao tuổi nói riêng tham gia bảo hiểm y tế để giảm thiểu tối đa chi trả cho dịch vụ khám chữa bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Kim Chúc (2005)**, "Tìm hiểu gánh nặng chi phí KCB cho NCT không có thẻ BHYT tại Ba Vì, Hà Tây", Tạp chí Nghiên cứu Y Học, vol 39(6), pp. 102-106.
2. **Nguyễn Đình Kiên (2013)**, "Thực trạng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe, phúc lợi xã hội của người cao tuổi tại một số xã tỉnh Thái Bình năm 2013", Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Thái Bình.
3. **Trần Hoàng Lộc (2005)**, "Tình hình sử dụng dịch vụ y tế và chi phí khám chữa bệnh của người cao tuổi không có BHYT tại huyện Thanh Miện, tỉnh Hải Dương, năm 2005", Trường Đại học Y tế công cộng, tr. 4-54.
4. **Trần Thị Mai Oanh (2000)**, "Mô hình ốm đau và hành vi tìm kiếm sức khỏe của người già ở một vùng nông thôn Việt Nam", Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Stockholm, p.p 4-20.
5. **Dương Thị Minh Tâm, Phùng Đức Nhật (2010)**, "Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng dịch vụ của người cao tuổi tại huyện Cần Đước tỉnh Long An năm 2009", Tạp chí Y học TP. HCM, tập 14, phụ bản số 2, tr 92-98.
6. **Bộ Y tế (2003)**, "Điều tra Y tế quốc gia 2001-2002", Hà Nội.
7. **Nguyễn Văn Tiến (2014)**, "Sự khác biệt giới về việc sử dụng dịch vụ y tế và tình trạng ốm đau của người cao tuổi ở một số xã huyện Kiến Xương, tỉnh Thái Bình năm 2014 và một số yếu tố ảnh hưởng", Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Đặng Xuân Tín (2005)**, "Nghiên cứu tình trạng sức khỏe và nhu cầu chăm sóc tác động đến sức khỏe của người cao tuổi tại huyện An Hải Hải Phòng", Luận án tiến sĩ y học, trường đại học y Hà Nội.
9. **Trần Thị Mai Oanh (2000)**, "Illness patterns and health seeking behavior of elderly men and women in one rural district of VietNam", Karolinska Institute.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI BẮC NINH

Nguyễn Thị Tú Quỳnh¹, Phạm Quỳnh Hoa², Đặng Đình Thảo³,
Nguyễn Thị Bình², Nguyễn Thị Hồng² Hoàng Thị Ngọc Trâm²

TÓM TẮT⁵²

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) là thủ thuật bơm mẫu tinh trùng đã được xử lý vào trong buồng tử cung người phụ nữ. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ có thai và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại bệnh viện sản nhi Bắc Ninh. **Đối tượng:** 65 cặp vợ chồng đến điều trị vô sinh và có đủ điều kiện để thực hiện kỹ thuật IUI. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang, tiền cứu, theo dõi dọc. **Kết quả:** Tỷ lệ có thai sau IUI chiếm 20%, thai sinh hóa chiếm 26,2%. Tỷ lệ thành công ở nhóm vô sinh I là 16,7%, nhóm vô sinh II là 25,9%. Kích thước nang noãn 20 - 24 mm có tỷ lệ thành công là 32,3%. Nhóm niêm mạc tử cung 8-10mm tỉ lệ có thai chiếm 27,8%

Từ khóa: IUI, vô sinh, niêm mạc tử cung, nang noãn, có thai

¹ Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương

² Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

³ Trung tâm kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tú Quỳnh

Email: tq33mb@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND FUNCTION OF LEFT HEART VENTRICLE ON A CARDIAC DOPPLER ULTRASOUND IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS IN BAC NINH GENERAL HOSPITAL

Rheumatoid is a chronic systemic inflammatory disease. In addition to synovitis and joint damage, damage to the heart is increasingly concerned. **Objectives:** To describe morphological characteristics of left ventricular function on cardiac doppler ultrasound and disease activity according to DASS 28 index in patients with rheumatoid arthritis treated at Bac Ninh General Hospital. **Subjects:** 35 patients diagnosed with rheumatoid arthritis according to EULAR 2010. **Method:** cross sectional description. **Results:** The study group are at average age of 59.2 ± 11.56. 94.3% of them had RF (+) and 80% had Anti-CCP (+); 88.6% had diastolic ventricular septum. 65.7% of patients had left ventricular hypertrophy. Those having left ventricle thickening is highest in the group at the age of ≥ 50

Keywords: Rheumatoid arthritis, left ventricular thickening, anti-CCP, RF, ventricular septal thickening

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua lĩnh vực điều trị vô sinh của nước ta đã có những bước tiến bộ vượt bậc như bơm tinh trùng vào buồng tử cung, thụ tinh trong ống nghiệm hay tiêm tinh trùng vào bào tương noãn... Tuy nhiên lựa chọn phương pháp nào còn tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể.

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI) là thủ thuật bơm mẫu tinh trùng đã được xử lý vào trong buồng tử cung người phụ nữ, mẫu tinh trùng có thể lấy từ người chồng hoặc từ người hiến tinh trùng. Người vợ được theo dõi phóng noãn trong chu kỳ tự nhiên hoặc được kích thích buồng trứng bằng thuốc. Đây là phương pháp điều trị phù hợp với thực tiễn nền kinh tế Việt Nam vì đây là một kỹ thuật tương đối đơn giản, thuận tiện, ít xâm lấn và chi phí thấp. IUI là một kỹ thuật tương đối đơn giản, ít tai biến, hiệu quả tương đối cao nếu thực hiện đúng chỉ định, đúng kỹ thuật, có thể áp dụng rộng rãi đến tuyến tỉnh và các trung tâm y tế có cán bộ được đào tạo và có đủ trang thiết bị đáp ứng cho kỹ thuật IUI.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ có thai và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại bệnh viện sản nhi Bắc Ninh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các cặp vợ chồng đến bệnh viện sản nhi Bắc Ninh điều trị vô sinh và có đủ điều kiện để thực hiện kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa

*Tiêu chuẩn chọn với người vợ: Có ít nhất một vòi trứng thông, Buồng trứng còn hoạt động, Không bị viêm âm đạo, cổ tử cung.

* Tiêu chuẩn chọn với người chồng: Tất cả các người chồng (cả trường hợp tinh trùng yếu, ít hay không có tinh trùng - xin tinh trùng).

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

* Người vợ có 1 trong các tiêu chuẩn sau:mắc

các bệnh lây qua đường sinh dục đang trong giai đoạn cấp tính, viêm âm đạo cổ tử cung cấp tính, Tắc 2 vòi tử cung, Vô kinh nguyên phát, Kích thước nang noãn < 16mm, Độ dày niêm mạc TC < 5mm (khi theo dõi bằng siêu âm đầu dò âm đạo).

* Người chồng có 1 trong các tiêu chuẩn sau: Loại trừ các bệnh nhân có các bệnh lây qua đường sinh dục đang trong giai đoạn cấp tính, nếu mắc phải thì điều trị trước khi làm IUI.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiến cứu, theo dõi dọc.

2.3. Cỡ mẫu

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{(ep)^2}$$

Theo Lê Minh Châu tại bệnh viện phụ sản Trung Ương (2009) , tỷ lệ có thai trên tổng số bệnh nhân là 26,7%, chúng tôi lấy p= 0,27[2]

Thay vào công thức trên ta có n= 65.

2.4. Chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích.

2.5. Thời gian và địa điểm: Từ ngày 01/07/2018 đến 31/07/2019 tại đơn nguyên phụ nội hỗ trợ sinh sản bệnh viện sản nhi Bắc Ninh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Tỷ lệ có thai lâm sàng sau IUI.

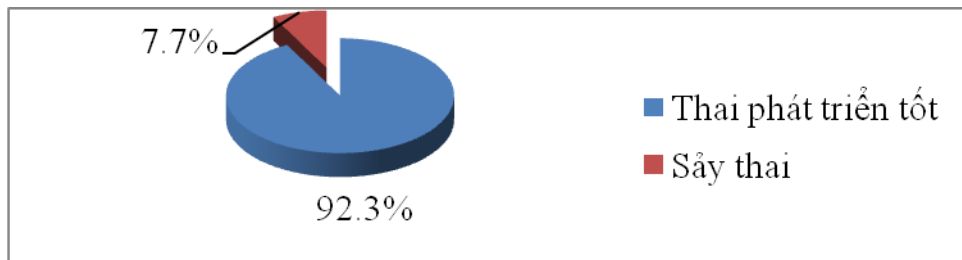
Thai lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ
Có thai	13	20,0
Không có thai	52	80,0
Tổng số	65	100

Nhận xét: Tỷ lệ có thai sau IUI trên tổng số bệnh nhân chiếm 20%

Bảng 3.2: Tỷ lệ có thai sinh hóa biểu hiện trên cận lâm sàng

Xét nghiệm HCG (+)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	17	26,2
Không	48	73,8
Tổng	65	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ có thai sinh hóa biểu hiện trên cận lâm sàng chiếm tỷ lệ 26,2%

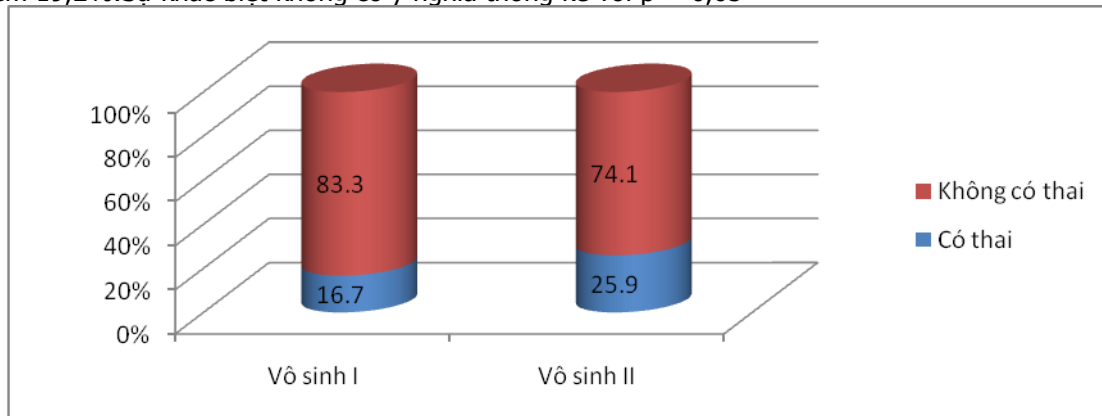
**Biểu đồ 3.2: Kết quả siêu âm thai sau 5 tuần thực hiện IUI**

Nhận xét: Tỷ lệ thai phát triển tốt chiếm 92,3% và sảy thai chiếm 7,7%.

Bảng 3.3: Mối liên quan giữa kết quả IUI với nguyên nhân vô sinh.

Nguyên nhân vô sinh	Thành công		Thất bại		Tổng số		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Do vợ	04	15,4	22	84,5	26	40,0	0,381
Do chồng	05	19,2	21	80,8	26	40,0	
Do cả 2 vợ chồng	01	20,0	04	80,0	05	7,7	
Không rõ nguyên nhân	03	37,5	05	62,5	08	12,3	
Tổng	13	20,0	52	80,0	65	100	

Nhận xét: Nguyên nhân vô sinh do vợ tỉ lệ thành công là 15,4%, do chồng tỉ lệ thành công chiếm 19,2%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

**Biểu đồ 3.2: Mối liên quan giữa kết quả bơm IUI với loại vô sinh.**

Nhận xét: Nhóm vô sinh I tỷ lệ thành công là 16,7%, Nhóm vô sinh II tỷ lệ thành công là 25,9%

Bảng 3.4: Liên quan kích thước nang noãn ngày tiêm thuốc gây phóng noãn và kết quả bơm IUI.

Kích thước nang noãn	Thành công		Thất bại		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
< 20 mm	03	8,8	31	91,2	< 0,05
20 – 24 mm	10	32,3	21	67,7	
Tổng	13	20,0	52	80,0	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, kích thước nang noãn 20 - 24 mm có tỷ lệ thành công là 32,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5: Liên quan độ dày niêm mạc tử cung ngày tiêm thuốc gây phóng noãn và kết quả của IUI.

NMTC	Kết quả	Thành công		Thất bại		p
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
> 10 mm		3	11,1	24	88,9	< 0,05

8 – 10	10	27,8	26	72,2	
< 8 mm	0	0	2	100	
Tổng số	13	20,0	52	80,0	

Nhận xét: Nhóm niêm mạc tử cung 8-10mm tỉ lệ có thai chiếm 27,8%

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 3.6: Liên quan giữa mật độ tinh trùng trước rửa và kết quả IUI

Đặc điểm tinh trùng		Thành công		Thất bại		p
		SL	%	SL	%	
Mật độ tinh trùng ($10^6/\text{ml}$)	≤ 10	1	33,3	2	66,7	0,388
	10 - 40	3	20,0	15	80,0	
	$> 40.10^6$	9	20,5	35	79,5	
Số lượng tinh trùng loại A	< 5 %	0	0,0	02	100,0	<0,05
	5 – 10 %	01	14,3	06	85,7	
	> 10 %	12	21,4	44	78,6	

Nhận xét: Mật độ tinh trùng $> 40.10^6/\text{ml}$ có 9 trường hợp thành công chiếm 20,5%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tinh trùng di động loại A > 10% tỷ lệ thành công chiếm 21,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ có 1 thai lâm sàng của IUI là 13 trường hợp chiếm 20,0%, tỷ lệ không có thai chiếm 80,0%. Có thai sinh hóa biểu hiện trên cận lâm sàng chiếm 26,2%. Kết quả siêu âm thai sau 5 tuần thực hiện IUI ta thấy có 92,3% thai phát triển tốt, có 7,7% là thai bị sảy sớm. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hà năm 2017 thấy tỷ lệ có thai lâm sàng đạt 12,4% [3].

Theo nghiên cứu của rất nhiều tác giả thì tỷ lệ thành công của IUI phụ thuộc vào nguyên nhân vô sinh hay nói cách khác nguyên nhân vô sinh ảnh hưởng lên đến khả năng thành công của phương pháp IUI. Mỗi liên quan giữa kết quả bơm IUI với loại vô sinh cho ta thấy: vô sinh I hay gọi là vô sinh nguyên phát có 23 trường hợp (35,4%) trong đó tỷ lệ có thai chiếm 16,7%; nhóm vô sinh II hay còn gọi là vô sinh thứ phát có 42 trường hợp (64,6%) trong đó tỷ lệ có thai chiếm 25,9%

Kết quả nghiên cứu của tôi cho thấy nhóm vô sinh có thời gian vô sinh dưới 2 năm chiếm tỷ lệ khá cao là do trong điều kiện như hiện nay, công tác tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe ngày càng tốt đã tác động làm thay đổi kiến thức, thái độ của người dân nói chung và những cặp vợ chồng vô sinh nói riêng vì vậy họ đã đi khám bệnh sớm hơn. Kết quả cũng phù hợp với các nghiên cứu khác là thời gian vô sinh càng lâu thì tỷ lệ có thai càng giảm.

Nghiên cứu của Lê Thị Hoài Chung cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ có thai ở nhóm nguyên nhân vô sinh nguyên phát là 18%, ở nhóm vô

sinh thứ phát là 15,4% thấp hơn so với vô sinh nguyên phát, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [1].

Kích thước nang noãn ngày tiêm thuốc gây phóng noãn và kết quả bơm IUI cho ta thấy nhóm có kích thước nang noãn 20 - 24 mm có tỷ lệ thành công là 32,3%, nhóm có kích thước dưới 20 mm tỷ lệ thành công chiếm 8,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo tác giả Vũ Thùy Dương ta thấy tỷ lệ có thai gặp đa số ở bệnh nhân có kích thước nang noãn 20 - 24 mm chiếm 55,8%, tỷ lệ có thai ở nhóm có kích thước nang noãn dưới 20 mm chỉ chiếm 29% [2]. Tất cả các bệnh nhân đều được sử dụng chung một phác đồ đó là sử dụng Clomiphen citrate để kích thích nang noãn. Điều này cho thấy sự đồng nhất trong nghiên cứu nên tăng tính tin cậy cho đề tài.

Niêm mạc tử cung là nơi trứng sau khi thụ tinh di chuyển về buồng tử cung làm tổ và phát triển. Hình ảnh niêm mạc tử cung thay đổi theo chu kỳ kinh do chịu sự tác động của hormon estrogen và progesteron của buồng trứng. Qua nhiều nghiên cứu, các tác giả đều nhận thấy rằng niêm mạc tử cung tốt thì tỷ lệ thụ tinh cao và cũng như thai sẽ phát triển tốt. Sự ảnh hưởng của niêm mạc tử cung nên khả năng thụ thai đã được nghiên cứu và cho rằng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Về liên quan độ dày niêm mạc tử cung ngày tiêm thuốc gây phóng noãn và kết quả IUI cho thấy nhóm niêm mạc tử cung 8-10mm tỉ lệ thành công chiếm 27,8%, nhóm niêm mạc tử cung >

10mm tỉ lệ thành công chiếm 11,1%. Không có trường hợp nào thành công mà niêm mạc tử cung < 8mm. Tác giả Đỗ Thị Hải (2006), nghiên cứu trên 605 chu kỳ IUI tại bệnh viện phụ sản Hải Phòng cho thấy tỷ lệ có thai của nhóm có niêm mạc tử cung trên 7mm là 12,6%, trong khi đó nhóm có niêm mạc tử cung dưới 7mm thì tỷ lệ có thai chỉ đạt gần bằng một nửa là 5,15% [4].

Nhóm tác giả Asha và cộng sự (2013), đánh giá mối liên quan giữa độ dày niêm mạc tử cung và tuổi vợ, cho kết quả: với độ tuổi từ 26 – 35 tuổi kết hợp niêm mạc tử cung dày từ 6 – 10 mm thì tỷ lệ có thai cao nhất [6].

Nghiên cứu của Esmailzadeh[59] trên 249 bệnh nhân được làm IUI. Esmailzadeh phát hiện rằng độ dày niêm mạc tử cung ở nhóm có thai là $10,1 \pm 3,0$ mm so với nhóm không có thai chỉ dày $7,7 \pm 3,5$ mm [7].

Từ kết quả nghiên cứu có thể nói niêm mạc tử cung là một yếu tố để tiên lượng cho sự thành công của kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung (niêm mạc tử cung tốt nhất cho sự làm tổ là trong khoảng 8 – 10mm, còn niêm mạc dày >10mm hoặc mỏng < 8mm đều không phải là điều kiện tốt cho sự làm tổ). Điều này hoàn toàn phù hợp vì khi niêm tử cung cũng như sự phát triển của thai. Đa phần bệnh nhân có niêm mạc tử cung đạt 8 đến 14mm, để có được kết quả này thì chúng tôi đã sử dụng estrogen làm dày niêm mạc tử cung và đây là 1 nghệ thuật điều trị vì sử dụng estrogen ở mỗi bệnh nhân lại khác nhau.

Mật độ tinh trùng trước lọc rửa trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình ($36,75 \pm 14,69$) $\times 10^6$ /ml. Mật độ trung bình của các mẫu trong nghiên cứu cao hơn tiêu chuẩn của WHO cho thấy các mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung là bình thường.

Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả có thai của phương pháp IUI trong đó yếu tố ảnh hưởng không kém phần quan trọng đến sự thành công của IUI là chất lượng tinh trùng sau lọc rửa.

liên quan giữa số lượng tinh trùng loại A sau lọc rửa và kết quả IUI cho thấy tinh trùng di động loại A > 10% tỷ lệ thành công (có thai) chiếm 21,4%, tinh trùng loại A từ 5-20% tỷ lệ thành công là 14,3%. Không có trường hợp nào có thai khi tinh trùng loại A < 5%. Vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi thì ngưỡng tối thiểu

tinh trùng di động loại A để có thể thành công (có thai) khi thực hiện IUI là > 5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Mật độ tinh trùng sau lọc rửa có ảnh hưởng rất lớn đến đến sự thành công của phương pháp IUI đây chính là phần tinh trùng được bơm trực tiếp vào buồng tử cung để tham gia quá trình thụ tinh. Rất nhiều nghiên cứu đã chứng minh số lượng tinh trùng sau lọc rửa là một trong những yếu tố góp phần cho sự thành công của phương pháp IUI.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ có thai lâm sàng 20,0%, tỷ lệ có thai sinh hóa là 26,2%. Độ dày niêm mạc tử cung khi làm IUI đạt từ 8 – 10mm chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ có thai cao khi kích thước nang noãn từ 20-24mm. Nhóm vô sinh II tỷ lệ có thai cao hơn so với nhóm vô sinh I.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hoài Chung (2011)**, Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung có sử dụng thuốc kích thích vào buồng tử cung có sử dụng thuốc kích thích phóng noãn trong điều trị vô sinh tại BVPSTU 6 tháng đầu năm 2011, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Vũ Thùy Dương (2017)**, Kết quả và một số yếu tố liên quan của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại Bệnh viện A Thái Nguyên, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
3. **Nguyễn Hoàng Hà (2017)**, Đánh giá kết quả bước đầu của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Vĩnh Phúc từ 6/2013 – 6/2017, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Đỗ Thị Hải (2006)**, Kỹ thuật bơm tinh trùng vào buồng tử cung (Intrauterine Insemination - IUI) tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng trong 2 năm 2004 - 2005, Hội nghị vô sinh và hỗ trợ sinh sản, Hà Nội.
5. **Đào Xuân Hiền (2007)**, Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả có thai của phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Asha V et al (2013)**, Endometrial thickness and pregnancy outcome in IUI cycles, Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences. 2(37), pp. 7120 - 7126.
7. **Esmailzadeh, S. and M. Faramarzi (2007)**, Endometrial thickness and pregnancy outcome after intrauterine insemination, Fertil Steril, 88(2): 432-437.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC NẶNG PHẢI THỞ MÁY TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Thị Hương Giang^{1,2}, Đặng Thị Xuân², Hà Trần Hưng^{1,2}

TÓM TẮT⁵³

Ngộ độc cấp là một cấp cứu thường gặp, trong đó ngộ độc nặng chiếm hơn 10% với nhiều yếu tố nguy cơ suy dinh dưỡng. **Mục tiêu:** đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ngộ độc nặng có thở máy.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 77 bệnh nhân ngộ độc cấp mức độ nặng phải thở máy, nằm viện trên 3 ngày tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai từ 6/2018 đến 6/2019.

Kết quả: Tuổi trung bình là $51,1 \pm 14,3$, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (78% và 22%). Tác nhân gây ngộ độc chủ yếu là ngộ độc thuốc (32,5%), rắn cắn (26%), ngộ độc rượu (13%), hóa chất trừ sâu (13%). Tỷ lệ suy dinh dưỡng khi vào viện theo BMI là 16,9%, theo SGA có nguy cơ suy dinh dưỡng là 98,7% (SGA B 46,8%, SGA C 51,8 %), theo BBT tỷ lệ có nguy cơ suy dinh dưỡng là 97,4% (mức độ nhẹ là 89,6%, mức độ nặng là 7,8%). Sau 3 ngày nhập viện, thay đổi cân nặng chủ yếu là giảm cân (39%), trong đó giảm cân chủ yếu là giảm từ 5 đến 10% (27,3%) và tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng (theo SGA) tăng lên là 100%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ngộ độc nặng có thở máy tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai.

Từ khóa: ngộ độc cấp, thở máy, suy dinh dưỡng, SGA, BBT

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF SEVERE POISONED PATIENTS REQUIRED MECHANICAL VENTILATION AT THE POISON CONTROL CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

Acute poisoning is a common emergency, in which severe poisoning accounts for more than 10% with many risk factors for malnutrition. **Objective:** To assess the nutritional status of severe poisoned patients required mechanical ventilation. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study included 77 patients with severe poisoning who placed on ventilator for more than 3 days at the Poison

Control Center of Bach Mai Hospital from 6/2018 to 6/2019. **Results:** The age was 51.1 ± 14.3 years old, the percentage of male was more than female (78% and 22%). The causes of poisonings were mainly medication overdose (32.5%), snakebite (26%), alcohol intoxication (13%), pesticide poisoning (13%). On admission, the rate of malnutrition according to BMI was 16.9%, according to SGA the risk of malnutrition was 98.7% (SGA B 46.8%, SGA C 51.8%), according to BBT, the risk of malnutrition was 97.4% (mild was 89.6%, severity was 7.8%). After 3 days hospitalization, 39% of the patients had weight loss, mainly from 5 to 10% (27.3%) and the proportion of patients at risk of malnutrition (according to SGA) increased to 100%. **Conclusion:** The study showed the nutritional status of severely poisoned patients with mechanical ventilation at the PCC of Bach Mai Hospital.

Keywords: acute poisoning, mechanical ventilation, malnutrition, SGA, BBT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc cấp là một cấp cứu thường gặp ở nước ta cũng như các nước trên thế giới. Trong số các bệnh nhân nhập viện do ngộ độc cấp, số bệnh nhân ngộ độc nặng là trên 10%. Bệnh nhân ngộ độc nặng thường có đặc điểm chung là không tự ăn được, cần nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch, thường có tổn thương tạng, tổn thương đường tiêu hóa, một số được điều trị bằng các biện pháp tẩy độc qua đường tiêu hóa, nhiều bệnh nhân nghiện rượu, nghiện ma túy, trầm cảm kéo dài... Đây là các yếu tố làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) ở bệnh nhân ngộ độc nặng. Suy dinh dưỡng làm tăng các biến chứng, ảnh hưởng đến diễn biến lâm sàng và kết quả điều trị, làm suy giảm chức năng miễn dịch, giảm sức cơ hô hấp, tăng tỷ lệ nhiễm trùng, kéo dài thời gian thở máy, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị [1] [2]. Vì vậy, điều quan trọng là có thể chẩn đoán sớm suy dinh dưỡng để sớm can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân, đặc biệt là bệnh nhân ngộ độc nặng [16]. Sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân nặng để đưa ra chỉ định can thiệp phù hợp, làm tăng khả năng điều trị, giảm thời gian nằm viện, giảm tỷ

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:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

lệ biến chứng và giảm chi phí điều trị [3]. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ngộ độc nặng có thở máy 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 mức độ nặng, có thở máy, nằm viện ≥ 3 ngày tại TTCD bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Chẩn đoán ngộ độc cấp (Nguyễn Thị Dụ, Hojer J) có 2/3 trong các tiêu chuẩn sau:

- Tiếp xúc chất độc (uống thuốc ngủ, thuốc trừ sâu...).
- Có biểu hiện lâm sàng ngộ độc.
- Xét nghiệm thấy chất độc trong dịch dạ dày, nước tiểu, máu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu,
- Không đủ thông tin để đánh giá tình trạng dinh dưỡng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

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. Mức độ nặng theo phân độ PSS.

Các thông số nhân trắc:

Cân nặng: vào viện trong vòng 48 giờ đầu, ngày điều trị thứ 3 và/hoặc trước khi ra viện. Kỹ thuật cân (sử dụng cân nằm Scale Tronix):

- + Chỉnh giường đầu bằng,
- + Lót dưới bệnh nhân tấm bạt của bộ cân để chuẩn bị cân, BN nằm vững ở chính giữa tấm bạt,
- + Móc 4 móc của cân vào đúng vị trí trên tấm bạt,
- + Bơm thủy lực nâng tấm bạt lên hoàn toàn với mặt giường và không bị vướng vào vật gì.
- + Ấn nút "ON" trên cân, và đọc thông số cân nặng của bệnh nhân,
- + Hạ thấp tấm bạt, tháo móc và lấy lại tấm bạt, chỉnh giường về vị trí như cũ.

Kỹ thuật đo chiều cao: trong vòng 48 giờ sau khi vào viện

+ Bệnh nhân nằm thẳng đầu bằng trên giường,

+ Chỉnh thước song song với bệnh nhân, đặt vị trí 0 cm ở gan chân bệnh nhân,

+ Đọc thông số chiều cao bệnh nhân ngang mức đỉnh đầu giống sang.

Đánh giá sàng lọc dinh dưỡng BMI, SGA, BBT: khi bệnh nhân vào viện trong 48 h, ngày điều trị thứ 3/ trước ra viện.

Đánh giá các tình trạng bệnh liên quan

- + Tiền sử nghiện rượu, ma túy, tiền sử bệnh tâm thần lo âu, trầm cảm, bệnh tiêu hóa, gan mật
- + Không ăn được đường miệng và hoặc phải nuôi dưỡng tĩnh mạch
- + Tổn thương đường tiêu hóa (thực quản, dạ dày, ruột) do chất độc
- + Các triệu chứng đường tiêu hóa: nôn, buồn nôn, đau bụng, chướng bụng, tiêu chảy, táo bón, trào ngược dạ dày – thực quản, dịch tồn dư dạ dày.
- + Suy gan, suy thận, viêm tụy
- + Tình trạng nhiễm khuẩn
- + Các tình trạng tăng dị hóa khác

Các xét nghiệm:

- + Các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu bao gồm: protein toàn phần, albumin khi vào viện trong vòng 48 giờ.
- + Các xét nghiệm được làm tại khoa Sinh hóa và khoa xét nghiệm Huyết học bệnh viện Bạch Mai.

Đường nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày và/hoặc tĩnh mạch: bằng khẩu phần ăn hàng ngày theo bệnh án và thực tế.

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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, có 77 BN đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là $51,1 \pm 14,3$, tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, lần lượt là 78% và 22%. Tác nhân gây ngộ độc chủ yếu là ngộ độc thuốc và rắn cắn (lần lượt là 32,5% và 26%), ngộ độc rượu (13%), hóa chất trừ sâu (13%), còn lại 15,6% do các nguyên nhân khác.

Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ngộ độc nặng có thở máy**Bảng 1: Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân khi vào viện theo BMI**

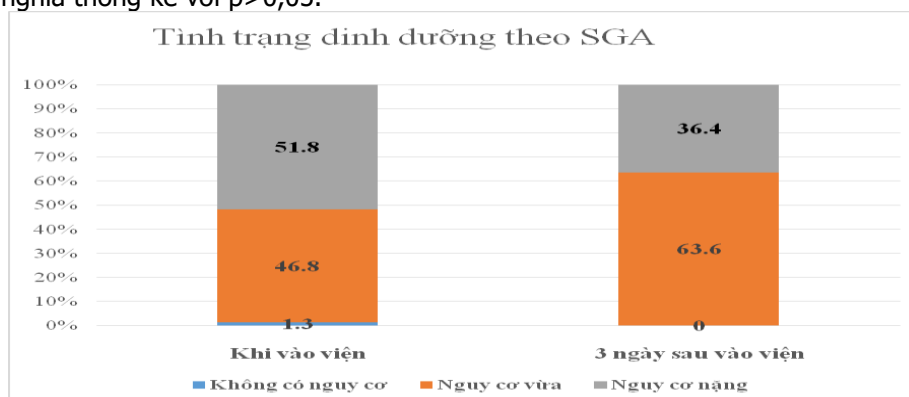
Tình trạng dinh dưỡng	Nam		Nữ		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Suy dinh dưỡng	9	15	4	23,5	13	16,9
Bình thường	45	75	11	64,7	56	72,7
Thừa cân	6	10	2	11,8	8	10,4
Chung	60	100	17	100	77	100

Nhận xét: Tỷ lệ suy dinh dưỡng khi vào viện theo BMI là 16,9%, tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nữ (23,5%) xu hướng cao hơn ở nam, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

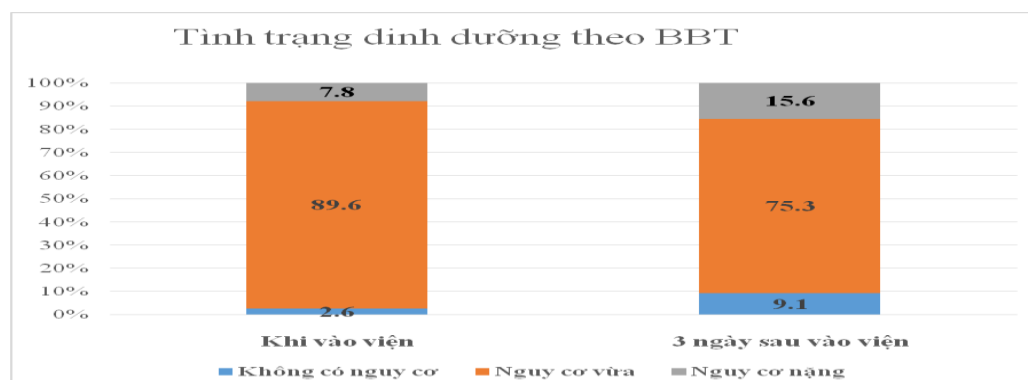
Bảng 2: Tình trạng dinh dưỡng khi vào viện theo các chỉ số hóa sinh

Tình trạng dinh dưỡng		Nam (n = 60)		Nữ (n = 17)		Chung (n = 77)	
		n	%	n	%	n	%
Albumin	<35	34	56,7	8	47,1	42	54,5
	≥35	26	43,4	9	52,9	35	45,5

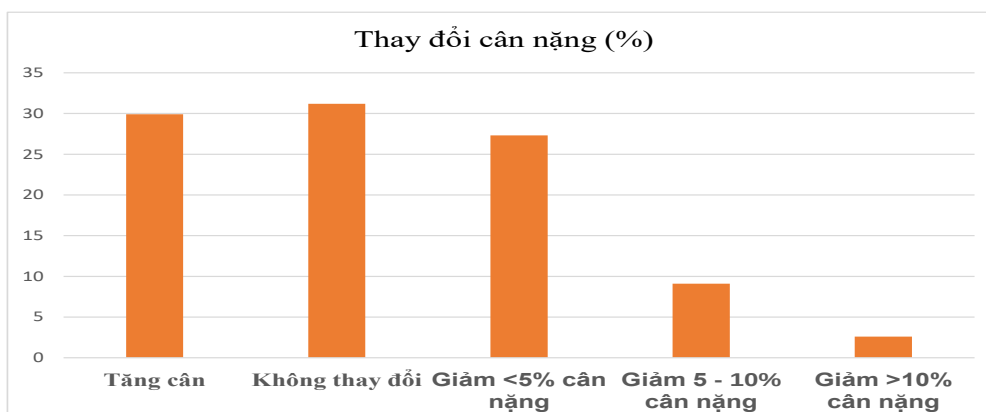
Nhận xét: Trong số 77 người bệnh, tỷ lệ người bệnh có nồng độ albumin thấp là 45,5%. Tỷ lệ người bệnh có albumin thấp trong hai nhóm nam và nữ lần lượt là 43,4% và 52,9%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

**Biểu đồ 1: Tình trạng dinh dưỡng theo SGA**

Nhận xét: Khi vào viện, theo SGA (Subject Global Assessment), tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng là 98,7% trong đó: nguy cơ mức độ nhẹ (SGA B) là 46,8%, nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng (SGA C) là 51,8 %. Sau 3 ngày nhập viện, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD là 100% trong đó: nguy cơ mức độ nhẹ (SGA B) là 63,6%, nguy cơ mức độ nặng là 36,4%.

**Biểu đồ 2: Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo BBT (Bach Mai Boston Tool).**

Nhận xét: Khi vào viện, theo BBT, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng là 97,4% trong đó: mức độ nhẹ là 89,6%, có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng là 7,8 %. Sau 3 ngày nhập viện, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD là 90,9% trong đó: mức độ nhẹ là 75,3%, nguy cơ mức độ nặng là 15,6%.



Biểu đồ 3: Sự thay đổi cân nặng của người bệnh 3 ngày sau vào viện hoặc khi ra viện

Nhận xét: Thay đổi cân nặng chủ yếu là giảm cân (39%), tăng cân chỉ chiếm 29,9% số người bệnh, cân nặng không thay đổi chiếm 31,2%. Trong đó, giảm cân chủ yếu là giảm từ 5 đến 10% so với cân nặng, 27,3%. Tỷ lệ người bệnh giảm cân trên 10% chiếm 2,6%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi vào viện, tỷ lệ người bệnh có suy dinh dưỡng theo BMI là 16,9%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng này thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang năm 2018 trên bệnh nhân người cao tuổi nhập viện khoa ICU bệnh viện Lão khoa trung ương là 38% [4], cũng thấp hơn trong nghiên cứu của Lorraine S Young năm 2016 về tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tại khoa ngoại tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai (38%) [5]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan về TTDD của người bệnh tại khoa HSTC bệnh viện Bạch Mai năm 2016 (18,9%) [6]. Có sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hoan đa phần người bệnh là lần đầu vào viện, nhóm bệnh lý cấp tính, với tình trạng dinh dưỡng trước đó bình thường.

Phương pháp đánh giá tổng thể đối tượng (SGA) hiện nay được nhiều nghiên cứu trên thế giới sử dụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ rất cao (98,7%), trong đó nguy cơ mức độ nặng (SGA C) chiếm 51,8%. Nguyên nhân là do ở người bệnh ngộ độc cấp phải thở máy, có 76,6% có các triệu chứng về tiêu hóa do ngộ độc, những biểu hiện này gây giảm khẩu phần ăn của người bệnh, kết quả có 94,8% người bệnh có giảm khẩu phần ăn đường miệng, trong

đó, giảm mức độ nặng chiếm 79,2%, mức độ nhẹ chiếm 15,6%.

Bạch Mai Boston Tool (BBT) là bộ công cụ được bệnh viện Bạch Mai và trường Đại học Boston hợp tác và chuẩn hóa để rút ngắn thời gian của chuyên gia y tế trong sàng lọc và đánh giá TTDD. Theo công cụ này, tỷ lệ người bệnh SDD chiếm 97,4%, trong đó, mức độ nhẹ (BBT B) chiếm tỷ lệ cao 89,6% số người bệnh, mức độ nhẹ (BBT C) chiếm 7,8% số người bệnh. Có sự khác biệt so với khi đánh giá bằng công cụ SGA do ở SGA, đánh giá là chủ quan của người đánh dựa trên câu hỏi và khám lâm sàng, có các câu hỏi về mức độ stress và bệnh lý nặng, trong khi các công cụ BBT đánh giá điểm số, thiên về các triệu chứng lâm sàng: giảm cân và giảm khẩu phần ăn. Sau 3 ngày nằm viện, tỷ lệ SDD theo BBT giảm, chiếm 90,9%, tỷ lệ SDD nặng tăng, chiếm 15,6%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ngộ độc nặng có thở máy tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai, trong đó theo SGA tỷ lệ có nguy cơ suy dinh dưỡng là 98,7% (nguy cơ mức độ nhẹ (SGA B) là 46,8%, nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng (SGA C) là 51,8 %). Sau 3 ngày nhập viện, thay đổi cân nặng chủ yếu là giảm cân (39%), trong đó giảm

cân chủ yếu là giảm từ 5 đến 10% (27,3%) và tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD tăng lên là 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lim SL, Ong KC, Chan YH et al (2012).** Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. Clin Nutr, 31 (3), 345-350.
2. **Correia MI, Waitzberg DL (2003).** The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clin Nutr, 22 (3), 235-239.
3. **Agarwal E, Ferguson M, Banks M et al (2013).** Malnutrition and poor food intake are associated with prolonged hospital stay, frequent readmissions, and greater in-hospital mortality:

results from the Nutrition Care Day Survey 2010. Clin Nutr, 32 (5), 737-745.

4. **Nguyễn Thị Trang (2018).** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng người bệnh tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Lão Khoa Trung ương năm 2017, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Young LS, Huong PT, Lam NT et al (2016).** Nutritional status and feeding practices in gastrointestinal surgery patients at Bach Mai Hospital, Hanoi, Vietnam. Asia Pac J Clin Nutr, 25 (3), 513-520.
6. **Nguyễn Hữu Hoan (2016).** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân tại khoa Điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai năm 2015, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA ĐỐT NHIỆT SÓNG CAO TẦN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN NGUYÊN PHÁT CÓ ĐƯỜNG KÍNH TỪ 3 – 7CM

Đặng Ngọc Tài*, Bùi Văn Giang*

TÓM TẮT⁵⁴

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của đốt nhiệt sóng cao tần (ĐNSCT) điều trị ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát (UTBMTGBNP) có đường kính từ 3 – 7cm. **Tổng quan:** Theo dữ liệu GLOBOCAN 2012 tại Việt Nam UTBMTGBNP đứng hàng thứ 2 về tỉ lệ mắc và hàng đầu về tỉ lệ tử vong[1]. Có khoảng 30-40% các bệnh nhân (BN) ở giai đoạn A theo phân loại Barcelona (BCLN) được chỉ định các phương pháp điều trị triệt để như phẫu thuật, ghép gan hay ĐNSCT, có tỉ lệ sống sau 5 năm từ 40 - 70%[2]. Cho tới nay đã có nhiều nghiên cứu quốc tế chứng minh hiệu quả của ĐNSCT đối với các BN có từ một tới ba khối u với đường kính < 3cm tương đương phẫu thuật (PT) [3]. Tuy nhiên, với những khối u có đường kính > 3cm thì hiệu quả của ĐNSCT vẫn còn là vấn đề tranh cãi [4]. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng vừa tiến cứu vừa hồi cứu các BN UTBMTGBNP có đường kính 3 – 7cm, từ tháng 05/2017 tới tháng 12/2018 tại Bệnh viện K Tân Triều. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 58. Yếu tố nguy cơ có tỉ lệ cao

nhất là HBV 78%. Tỉ lệ BN tăng AFP trên 400ng/ml thấp chiếm 17%. Sau điều trị, hoại tử khối hoàn toàn tại các thời điểm 1, 3 và 6 tháng lần lượt là 94%, 94% và 79%, không có tai biến nghiêm trọng nào xảy ra. Tuy nhiên, có 4 BN xuất hiện tổn thương mới tại các thời điểm 3 và 6 tháng.

Từ khóa: Đốt nhiệt sóng cao tần (ĐNSCT), ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát (UTBMTGBNP), đường kính u từ 3-7cm.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF RADIOFREQUENCY ABLATION (RFA) IN THE TREATMENT OF PRIMARY HEPATOCELLULAR CARCINOMA WITH A DIAMETER OF 3 - 7 CM

Objectives: To evaluate the effectiveness of radiofrequency ablation (RFA) in the treatment of primary hepatocellular carcinoma (HCC) with a diameter of 3 - 7cm. **Backgrounds:** According to GLOBOCAN 2012 data in Vietnam, HCC ranks 2nd in terms of incidence and leading in mortality [1]. About 30 - 40% of patients (patients) in stage A according to the Barcelona classification are prescribed radical treatments such as surgery, liver transplantation or RFA, with a 5-year survival rate from 40 to 70 % [2]. Up to now, there have been many international studies proving the effectiveness of RFA for patients

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Ngọc Tài

Email: dangngoctai1993@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

with one to three tumors with a diameter <3cm equivalent to surgery [3]. However, for tumors with a diameter > 3cm, the effectiveness of RFA is still controversial [4]. **Patients and methods:** A prospective and retrospective clinical intervention study of patients diagnosed HCC with a 3- 7cm diameter, from May 2017 to December 2018 at the K Tan Trieu Hospital. **Results:** The median age in the study group was 58. The risk factor with the highest rate was HBV 78%. The percentage of patients with AFP above 400ng/ml was low at 17%. After treatment, total necrotic mass at 1st month, the 3rd month and 6th month were 94%, 94%, and 79%, no serious complications occurred. However, there were 4 patients with new lesions in the 3rd month and 6th month.

Keywords: Radiofrequency ablation (RFA), primary hepatocellular carcinoma (HCC), tumor diameter from 3-7cm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị UTBMTBG, chỉ định điều trị phụ thuộc vào giai đoạn bệnh. Trong đó, ĐNSCT được coi là một trong những phương pháp điều trị triệt để có nhiều ưu điểm: hiệu quả điều trị tương đối tốt, tỉ lệ tái phát thấp, giá thành hợp lý và thường được áp dụng cho các BN thuộc giai đoạn (BCLN) A[2]. Tuy vậy, ngày càng nhiều cải tiến kỹ thuật với mục đích mở rộng chỉ định cho các khối u kích thước lớn hơn, do vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của ĐNSCT điều trị UTBMTBG có đường kính từ 3-7cm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 18 BN được chẩn đoán UTBMTBG có đường kính u 3-7cm, từ tháng 05/2017 tới tháng 12/2018 tại Bệnh viện K Tân Triều.

Thiết kế: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng một nhóm không đối chứng hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Tuổi trung bình là 58. Yếu tố nguy cơ có tỉ lệ cao nhất là HBV 78%. Có 1 BN thuộc giai đoạn BCLN B, 1 BN đã điều trị TACE và 2 BN đã PT trước ĐNSCT sau đó tái phát. 10 BN không tăng AFP, 5 BN tăng AFP nhưng chưa đạt ngưỡng, chỉ có 3 BN tăng AFP trên 400ng/ml.

Đặc điểm hình ảnh khối u

Bảng 3.1. Số lượng khối u trước ĐNSCT

Số BN	Có 1 khối u	Có 2 khối u	Có 3 khối u
N	16	2	0

Bảng 3.2. Kích thước khối u trước ĐNSCT

Số BN	3-4cm	4-5cm	>5m	Tung bình
N	16	2	0	3,33 ± 0,48

Đặc điểm kỹ thuật ĐNSCT

Bảng 3.3. Số lần đốt sóng cho các khối u gan ban đầu

Số lần đốt	Số khối u	Tỉ lệ (%)
1 lần	17	94,4
2 lần	1	5,6

Bảng 3.4. Thời gian đốt trung bình theo kích thước u

Thời gian đốt (phút) Kích thước u	Ngắn nhất	Dài nhất	Tổng thời gian	Thời gian trung bình	T - Test
Từ 3-4cm (n=16)	10	60	398	25 ± 14,4	p>0,05
Từ 4-5cm (n=2)	16	30	46	23 ± 9,9	

Đáp ứng sau điều trị

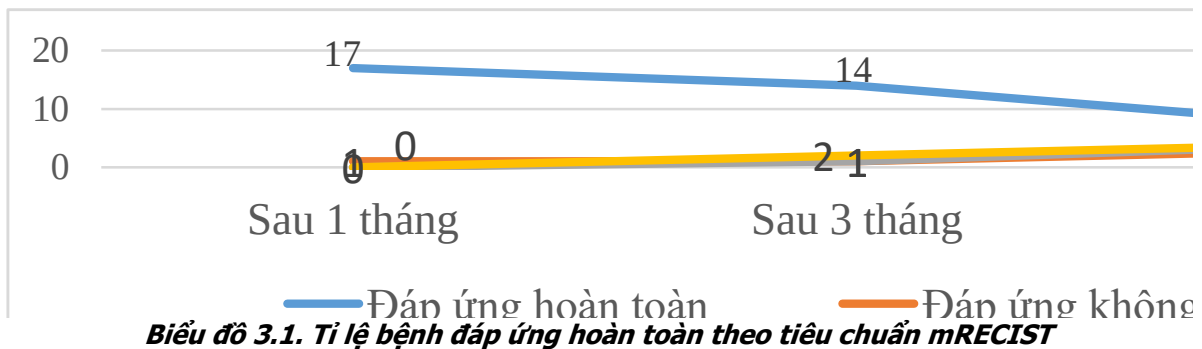
Bảng 3.5. Thay đổi kích thước u trước và sau điều trị

Kích thước u (mm)	Giá trị trung bình	Giá trị trung vị	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	T - test
Trước ĐSCT (n=18)	33 ± 5	30	30	45	P <0,05
Sau 1 tháng (n=18)	41 ± 7	40	32	52	
Sau 3 tháng (n=16)	37 ± 8	34	30	54	

Sau 6 tháng (n=14)	35 ± 8	33	26	51	P < 0,05

Bảng 3.6. Tỷ lệ hoại tử khối hoàn toàn sau điều trị ĐNSCT trong 6 tháng

Thời gian	1tháng (n=18)	3tháng (n=16)	6tháng (n=14)
Đáp ứng			
Hoàn toàn	94%	94%	79%
Không hoàn toàn	6%	6%	11%



IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình BN trong nghiên cứu là 58. Trong khi đó tại Nhật Bản, yếu tố nguy cơ chủ yếu là HCV thì tuổi trung bình là 65 [5]. Sự khác biệt về độ tuổi này có liên quan tới dịch tễ học của HBV và HCV: phơi nhiễm và mắc HBV thường xảy ra khi còn nhỏ, còn phơi nhiễm và mắc HCV xảy ra ở tuổi trưởng thành.

1 BN trong nghiên cứu có đường kính khối u là 43mm, đã điều trị TACE trước và sau đó ĐNSCT, đạt được đáp ứng hoàn toàn theo mRECIST sau 6 tháng. Theo Hiệp hội gan Nhật Bản (JSH), TACE có thể được chỉ định cho những BN thuộc giai đoạn A khi đường kính khối u trên 3cm [4].

Về chỉ số AFP trước điều trị: có 10 BN không tăng AFB, có 5 BN tăng AFP nhưng không đạt ngưỡng, chỉ có 3 BN tăng AFP > 400ng/ml. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Đào Việt Hằng năm 2016: 66 BN (50,8%) có nồng độ AFP thấp < 20 ng/ml, 38 BN (28,3%) có nồng độ AFP ≥ 200 ng/ml trong đó 25 BN (19,3%) có nồng độ AFP cao ≥ 400ng/ml [5]. Các kết quả trên cho thấy AFP có độ nhạy không cao trong chẩn đoán sớm UTBMTBG. Hiện AASLD không còn khuyến cáo sử dụng AFP trong chẩn đoán, thay vào đó sẽ sử dụng hình các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh học [6].

Trong thời gian nghiên cứu 6 tháng, chỉ có 1 BN (6%) được tiến hành đốt u lần thứ 2. Thời gian đốt trung bình đối với u 3-4cm là 24 ± 14,4

phút, đối với u 4-5cm là 23 ± 10 phút, sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê. Còn theo tác giả Đào Văn Long, thời gian đốt trung bình cho các u từ 3-5cm là 30 ± 18,6 phút, có sự khác biệt so với các u dưới 3 cm là 22 ± 9,5 phút [7]. Hai nghiên cứu sử dụng hai loại kim đốt khác nhau. Hệ thống làm mát đầu kim của thể hệ kim Cool tip sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi giúp hạn chế hiện tượng cháy thành than của nhu mô xung quanh đầu đốt, làm tăng hiệu quả truyền nhiệt và phá hủy tế bào u, dẫn tới giảm thời gian đốt, tăng diện tích hoại tử.

Kích thước u trung bình trước điều trị là 33 ± 5 mm, sau điều trị 1 tháng kích thước tăng lên 41 ± 7 mm, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kỹ thuật ĐNSCT yêu cầu diện đốt u phải bao phủ và lớn hơn đường kính u từ 0,5-1cm để đảm bảo hoại tử u hoàn toàn, do có hiện tượng các tế bào u vi di căn sang vùng mô lân cận. Nghiên cứu của tác giả Đào Văn Long và cs cũng cho kết quả tương tự: kích thước trung bình trước điều trị là 4,4 cm và sau 1 tháng là 4,8cm [7]. Có thể thấy rằng, với các loại kim đốt khác nhau trong các nghiên cứu thì hiệu quả đạt được về kích thước của u khá tương đồng. Ngược lại, sau 3 và 6 tháng kích thước u có xu hướng giảm xuống. Cụ thể, sau 3 tháng đường kính u trung bình là 37 ± 8mm và sau 6 tháng đường kính u trung bình là 35 ± 8 mm. Khi đã đạt được diện hoại tử rộng

sau đốt 1 tháng thì diện hoại tử ấy sẽ dần dần sẹo hóa và thu nhỏ thể tích.

Hoại tử khối u hoàn toàn nghĩa là khối u không còn ngấm thuốc sau điều trị, đánh giá tốt trên CLVT. Trong nghiên cứu tỉ lệ này sau 1, 3 và 6 tháng lần lượt là 94%, 94% và 79%. Tỉ lệ hoại tử u hoàn toàn này là khá cao khi so sánh với các nghiên cứu khác trong nước. Theo Đào Việt Hằng năm 2016: những khối ≤ 2 cm có tỉ lệ hoại tử hoàn toàn cao nhất 95,5% và các khối từ 3,1- 5cm có tỉ lệ hoại tử hoàn toàn thấp nhất 53,3%, khác biệt có ý nghĩa thống kê [5]. Theo Đào Văn Long, ở nhóm BN chỉ điều trị ĐNSCT sử dụng kim đơn cực đơn thuần thì tỉ lệ hoại tử hoàn toàn đạt 33%, cho dù kích thước u có tăng lên sau tháng thứ nhất. Như vậy, tăng kích thước u sau điều trị không đồng nghĩa với việc hoại tử u sau điều trị không đồng nghĩa với việc hoại tử u hoàn toàn. Mặc dù các tác giả điều chỉnh nhất tỉ lệ hoại tử u hoàn toàn giảm dần khi kích thước u tăng lên, một số nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra kết quả khả quan hơn. Theo L. Lupo, P. Panzera và cs năm 2007: các u có đường kính từ 3,1 – 5cm hoại tử hoàn toàn sau 40 ngày khi ĐNSCT đạt tới 94,6 % [8]. Ngoài kích thước u thì loại kim đốt và chế độ đốt thay đổi theo từng loại máy cũng như kinh nghiệm của từng bác sỹ là những yếu tố quan trọng quyết định thành công của phương pháp. Loại kim đơn cực sử dụng trong nghiên cứu của tác giả Đào Văn Long có tỉ lệ hoại tử hoàn toàn thấp nhất. Tỉ lệ đáp ứng bệnh hoàn toàn theo tiêu chuẩn mRECIST trong nghiên cứu của chúng tôi ngược lại không cao, sau 6 tháng chỉ đạt 50%. Nguyên nhân là do có 4 BN xuất hiện tổn thương mới, 4 BN này không được điều trị bổ sung trong thời gian chúng tôi theo dõi. Khác với PT, ĐNSCT có thể tiến hành lặp lại. Do vậy, tỉ lệ đáp ứng bệnh hoàn toàn 50% sau 6 tháng là chưa phản ánh chính xác hiệu quả của phương pháp.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Tuổi trung bình của các bệnh nhân UTBMTBGNP có đường kính 3-7cm là **58**. HBV là yếu tố nguy cơ gây bệnh chủ yếu **78%.17%** có tăng AFP > 400 ng/ml;

Đáp ứng sau điều trị đốt nhiệt sóng cao tần: Kỹ thuật an toàn, ít tai biến. Tỉ lệ hoại tử khối cao (**94%** sau 1 tháng). Bệnh tiến triển là do xuất hiện tổn thương mới hoặc tổn thương tái phát tại vị trí đốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer today.** <<http://gco.iarc.fr/today/home>>, accessed: 05/09/2019.
2. **Bruix J. và Sherman M. (2011).** Management of hepatocellular carcinoma: An update. *Hepatology*, **53**(3), 1020–1022.
3. **Cucchetti A., Piscaglia F., Cescon M. và cộng sự. (2013).** Cost-effectiveness of hepatic resection versus percutaneous radiofrequency ablation for early hepatocellular carcinoma. *Journal of Hepatology*, **59**(2), 300–307.
4. **Kokudo N., Takemura N., Hasegawa K. và cộng sự. (2019).** Clinical practice guidelines for hepatocellular carcinoma: The Japan Society of Hepatology 2017 (4th JSH-HCC guidelines) 2019 update. *Hepatology Res*, hepr.13411.
5. **Đào Việt Hằng (2016).** Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần với các loại kim được lựa chọn theo kích thước khối u.
6. **Bruix J., Sherman M., và American Association for the Study of Liver Diseases (2011).** Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology*, **53**(3), 1020–1022.
7. **Đào Văn Long (2009).** Đánh giá kết quả điều trị ung thư gan bằng phương pháp đốt nhiệt sóng cao tần.
8. **Lupo L., Panzera P., Giannelli G. và cộng sự. (2007).** Single hepatocellular carcinoma ranging from 3 to 5cm: radiofrequency ablation or resection? *HPB*, **9**(6), 429–434.

GIÁ TRỊ CÁC GÓC SNA, SNB, ANB TRÊN PHIM MẶT NGHIÊNG Ở NGƯỜI DÂN TỘC KINH 18-25 TUỔI

Nguyễn Lê Hùng, Tống Minh Sơn, Nguyễn Văn Huy,
Nguyễn Hoàng Minh, Trương Mạnh Dũng, Võ Trương Như Ngọc(*)

TÓM TẮT⁵⁵

Mục tiêu: Nhận xét một số kích thước trên khuôn mặt của người Kinh độ tuổi 18 - 25 bằng phương pháp đo trên phim mặt nghiêng từ xa kỹ thuật số. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 734 đối tượng dân tộc Kinh tại Hà Nội và Bình Dương. **Kết quả:** Tỷ lệ tương quan xương loại I là cao nhất chiếm 50,4%, tiếp đến là tương quan xương loại II chiếm 40,7% và thấp nhất là tương quan xương loại III chiếm 8,9%. Giá trị góc SNA: $83,69 \pm 4,12$; SNB: $80,43 \pm 4,21$; ANB: $3,26 \pm 2,49$. **Kết luận:** Tỷ lệ tương quan xương loại I là cao nhất. Chưa thấy sự khác biệt về giá trị trung bình giữa các góc ở nam và nữ.

Từ khóa: nhân trắc học, góc SNA, SNB, ANB, phim mặt nghiêng.

SUMMARY

THE SNA, SNB, ANB ANGLE VALUES ON CEPHALOMETRIC, TARGETED GROUP: KINH PEOPLE AGED FROM 18 TO 25

Purpose of research: to comment on the facial proportion in a group of Kinh people ranged from 18 to 25 years old by cephalometric films analysis. **Method of research:** Cross-sectional research on 734 Kinh people in Ha Noi and Binh Duong. **Results:** The skeletal correlation factor class I malocclusion takes up the highest proportion, accounting for 50.4%, followed by class II for whose figures are at 40.7% and the least significant factor is class III, which accounts for only 8.9%. The SNA angle values: 83.69 ± 4.12 ; The SNB angle values: 80.43 ± 4.21 ; The ANB angle values: 3.26 ± 2.49 . **Conclusion:** The skeletal class I malocclusion takes up the highest proportion. The SNA angle values: 83.69 ± 4.12 ; angle values SNB: 80.43 ± 4.21 ; angle values ANB: 3.26 ± 2.49 . From the observation, it is shown that there is no difference of average value among these angles compared between males and females.

Key words: Anthropometric, SNA, SNB, ANB, cephalometric.

(*)Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Hùng
Email: dr.nguyenlehung@gmail.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phim sọ nghiêng là một công cụ đắc lực hỗ trợ cho việc chẩn đoán và điều trị các bất hài hòa của sọ mặt, khắc phục được những hạn chế của phân loại khớp cắn dựa trên mẫu hàm. Hàng loạt những nghiên cứu về mặt đã được đánh giá qua phân tích trên phim. Một số phân tích được thực hiện với mục đích đưa ra các tiêu chuẩn đồng thời được sử dụng để xác định phương án điều trị trong chỉnh nha như các phân tích của Tweed (1954), Steiner (1960) và Ricketts (1961). Một số phân tích khác với mục đích tìm hiểu về khớp cắn, ổ răng hoặc cấu trúc xương. Các phân tích này cũng cố gắng làm sáng tỏ sự ảnh hưởng qua lại giữa các cấu trúc sọ mặt trong quá trình phát triển tự nhiên, các phân tích này đã được thực hiện bởi Bjork (1947), Downs (1948), Enlow (1971) và McNamara (1984). Việc phân tích được bắt đầu với việc dùng các điểm chuẩn trong phép đo sọ tiêu chí để vẽ các đường, các góc và các mặt phẳng tương tượng, đo đạc để đánh giá mối liên hệ răng và mặt trên phim Xquang. Các số liệu có được sẽ được so sánh với các giá trị bình thường và từ đó lập kế hoạch điều trị riêng biệt cho từng cá nhân.

Phim Xquang sọ nghiêng chụp theo kỹ thuật từ xa giúp chúng ta nghiên cứu những thay đổi do phát triển, giúp đánh giá cấu trúc mô xương và mô mềm khi chẩn đoán, lên kế hoạch điều trị, định hướng các thủ thuật điều trị chỉnh hình và phẫu thuật, và cuối cùng giúp theo dõi, đánh giá các kết quả điều trị. Nhằm góp phần xây dựng các giá trị chuẩn về số đo góc, mặt phẳng... ở người Việt qua hình ảnh Xquang, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Nhận xét một số kích thước trên khuôn mặt của người Kinh độ tuổi 18 - 25 bằng phương pháp đo trên phim mặt nghiêng từ xa kỹ thuật số".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người trưởng thành độ tuổi 18 - 25 dân tộc Kinh tại Hà Nội và Bình Dương.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Có bố, mẹ, ông bà nội ngoại là người Kinh.
- Có đủ 28 răng vĩnh viễn.
- Không mắc các dị tật bẩm sinh, các chấn thương hàm mặt nghiêm trọng, chưa từng trải qua phẫu thuật thẩm mỹ hàm mặt, chưa điều trị nắn chỉnh răng.
- Đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã bị mất ít nhất 01 răng vĩnh viễn vì bất kỳ nguyên nhân gì
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: 10/2016 – 4/2018.
- Địa điểm nghiên cứu: Thành phố Hà Nội, tỉnh Bình Dương. Xử lý số liệu tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính 1 chỉ số trung bình cho nghiên cứu điều tra cắt ngang:

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\delta^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

Z_{α} : Sai sót loại I (α): Chọn $\alpha = 0,05$, tương ứng có ít hơn 5% cơ hội rút ra một kết luận dương tính giả, khi đó $Z_{\alpha} = 1,96$.

Z_{β} : Sai sót loại II (β) hoặc lực mẫu (power là $1 - \beta$): Chọn $\beta = 0,1$ (hoặc lực mẫu = 0,9), tương ứng có 90% cơ hội tránh được một kết luận âm tính giả. $Z_{\beta} = 1,28$.

σ : độ lệch chuẩn.

δ : là sai số mong muốn (cùng đơn vị với σ).

Đối với các phim sọ mặt, tất cả các phim đạt yêu cầu nghiên cứu phải được chụp rõ nét, đúng kỹ thuật, khớp cắn ở tư thế cắn khít trung tâm. Do vậy, để đảm bảo kết quả nghiên cứu có độ chính xác tối đa, lựa chọn sai số mong muốn là 0,5 mm.

Chọn $\sigma = 4,18$. Theo kết quả nghiên cứu của Đồng Khắc Thẩm, Hoàng Tử Hùng (2009) nghiên cứu kích thước theo chiều đứng tầng mặt dưới (ANS-Me) của người lớn, dân tộc Kinh đo bằng phương pháp chụp phim sọ mặt thấy độ lệch chuẩn là 4,18 mm.

Thay vào công thức, có: $n = (1,96 + 1,28)^2 * 4,18^2 / 0,25 = 734$ người.

Thực tế chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 734 người trưởng thành.

2.4. Các bước tiến hành

- Thu thập thông tin chung: Phòng vấn qua phiếu khám
- Khám lâm sàng, sàng lọc đối tượng được chọn để nghiên cứu.
- Chụp phim sọ mặt từ xa:

Dụng cụ: máy chụp phim sọ mặt kỹ thuật số Orthophos XG5, hãng Sirona sản xuất, 60-84KV, 3-15mA, thời gian chiếu xạ 0.16s-2.5s, liều chiếu xạ cho mỗi lần chụp < 0.003mSv.

Kỹ thuật:

Răng ở tư thế chạm múi tối đa

Môi ở tư thế nghỉ

Đầu được định hướng theo tư thế thẳng bằng tự nhiên, theo kỹ thuật của Moorrees năm 1958. Để đạt được tư thế tự nhiên, người được chụp đứng thẳng, hai tay xuôi dọc cơ thể, mắt nhìn thẳng vào trong gương. Gương đặt cách người chụp 90 cm và có trục dọc trùng với đường thẳng đứng đi qua điểm giữa hai đồng tử của người được chụp.

Chùm tia đi qua tai vào thẳng góc với mặt phẳng phim chụp khi chụp phim sọ nghiêng.

Phim chụp được kết nối vào máy vi tính, đánh mã số đối tượng nghiên cứu và lưu vào ổ cứng.

Yêu cầu phim chụp: Phim có chất lượng tốt, cường độ sáng phù hợp sao cho thấy rõ các chi tiết cần đo đạc. Phim mặt thẳng phải cân đối hai bên so với mặt phẳng dọc giữa và không bị nghiêng hay xoay. Trên phim sọ nghiêng hình ảnh hai lỗ tai ngoài chồng khít lên nhau, thấy rõ cấu trúc mô mềm và mô cứng, đặt đúng thanh hướng dẫn vào điểm Nasion mô mềm, trên thanh hướng dẫn có chia độ dài.

2.5. Xử lý số liệu: phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0, sử dụng một số thuật toán thống kê y học.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu này tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức của đề tài cấp Nhà nước: "Nghiên cứu đặc điểm nhân trắc đầu mặt ở người Việt Nam để ứng dụng trong y học" đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học – Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số 202/HĐĐĐĐHYHN ngày 28/10/2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân loại tương quan xương theo giới (n=734)

Giới	Tương quan xương loại I		Tương quan xương loại II		Tương quan xương loại III		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Nam	160	47,6	143	42,6	33	9,8	0,347
Nữ	210	52,8	156	39,2	32	8,0	
Tổng	370	50,4	299	40,7	65	8,9	

*Kiểm định χ^2 test

Nhận xét: Tỷ lệ tương quan xương loại I là cao nhất, tiếp đến là tương quan xương loại II và thấp nhất là tương quan xương loại III. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa tương quan xương ở nam và nữ không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.2. Giá trị các góc SNA và SNB, ANB (n=734)

Kí hiệu	Nam (n=336)		Nữ (n=398)		Chung (n=734)		p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
SNA	83,84	4,22	83,56	4,04	83,69	4,12	0,3496**
SNB	80,52	4,36	80,35	4,08	80,43	4,21	0,7718**
ANB	3,32	2,57	3,21	2,43	3,26	2,49	0,2614**

Nhận xét: Giá trị trung bình của góc SNA là $83,69 \pm 4,12$. Giá trị trung bình của góc SNB là $80,43 \pm 4,21$. Giá trị trung bình của góc ANB là $3,26 \pm 2,49$.

-Nghiên cứu 03 góc mô cứng trên phim sọ nghiêng cho thấy giá trị trung bình của góc SNA, SNB và ANB ở nam lớn hơn ở nữ. Tuy nhiên, chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giá trị trung bình các góc ở nam và nữ ($p>0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Phân loại tương quan xương: Phân bố theo loại sai lệch khớp cắn do răng trên phim sọ nghiêng theo góc ANB, tỷ lệ tương quan xương loại I là hay gặp nhất (50,4%), tiếp đến là loại II (40,7%) và ít gặp nhất là loại III (8,9%). Kết quả nghiên cứu này tương đồng với các kết quả trong nước và thế giới khi cho rằng tỷ lệ tương quan xương loại I lớn nhất, tương quan xương loại III nhỏ nhất.

Giá trị các góc SNA và SNB, ANB: So sánh với các nghiên cứu trong nước

Bảng 4.1. So sánh với các nghiên cứu trong nước [1],[2],[3]

Phép đo	Nguyễn Lê Hùng(2019) n=734	Trần Tuấn Anh (2016)n=100		Võ Trương Như Ngọc (2010)n=143		Võ Thị Kim Liên (2006)n=35	
		GTTB	p*	GTTB	p*	GTTB	p*
SNA (°)	83,69±4,12	83,7±2,4	>0,05	83,9±2,5	>0,05	84,14±3,11	>0,05
SNB (°)	80,43±4,21	80,5±3,2	>0,05	80,5±3,39	>0,05	80,76±3,53	>0,05
ANB(°)	3,26±2,49	3,2±0,9	>0,05	3,2±2,3	>0,05	3,35±2,24	>0,05

So sánh kết quả của chúng tôi với các kết quả nghiên cứu trong nước khác chúng tôi thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4.2. So sánh giá trị trung bình của đối tượng nghiên cứu với các chủng tộc khác [4],[5],[6],[7]

Phép đo	Nhóm người Kinh (2018) (n=734)	Nhóm người Nhật Bản (n=90)		Nhóm người Hàn Quốc (n=80)		Nhóm người Ấn Độ (n=50)		Caucasian Steiner (n=74)	
		GTTB	p*	GTTB	p*	GTTB	p*	GTTB	p*
SNA (°)	83,69±4,12	81,3	<0,001	81,2	<0,001	84,1	<0,01	82,0	<0,001
SNB (°)	80,43±4,21	76,8	<0,001	78,7	<0,001	81,9	<0,001	80,0	<0,01
ANB (°)	3,26±2,49	4,5	<0,001	2,5	<0,001	2,3	<0,001	2,0	<0,001

Qua bảng 4 khi so sánh với các nghiên cứu của chủng tộc người Châu Á khác như Nhật, Hàn Quốc và Ấn Độ, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị các góc SNA, SNB, ANB của người dân tộc Kinh hầu hết có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm người Nhật Bản, Hàn Quốc và Ấn Độ. So sánh kết quả với nghiên cứu của Stainer trên người Châu Âu cũng cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này càng khẳng định cần có chỉ số đại diện cho mỗi quốc gia, chủng tộc và không nên áp dụng chỉ số dân tộc này cho dân tộc khác.

Lựa chọn góc SNA, SNB và ANB để đánh giá xương hàm trên và xương hàm dưới chưa tìm thấy sự khác biệt về giá trị trung bình giữa các góc này giữa nam và nữ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 734 phim sọ nghiêng chúng tôi thấy rằng tỉ lệ tương quan xương loại I là cao nhất, tiếp đến là tương quan xương loại II và thấp nhất là tương quan xương loại III.

Giá trị các góc SNA, SNB và ANB nằm trong khoảng giá trị cao so với người châu Âu, chưa tìm thấy sự khác biệt về giá trị trung bình giữa các góc này giữa nam và nữ.

LỜI CẢM ƠN

Trân trọng cảm ơn đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu. Chân thành cảm ơn Văn phòng các chương trình trọng điểm Quốc gia – Bộ Khoa học công nghệ, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt –

*t-test

Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện cho chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Nghiên cứu thuộc đề tài độc lập cấp Quốc gia: ĐTĐL.CN.27/16, Nghiên cứu đặc điểm nhân trắc đầu mặt ở người Việt Nam để ứng dụng trong y học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Tuấn Anh (2017).** Nghiên cứu một số đặc điểm hình thái, chỉ số đầu – mặt ở một nhóm người Việt độ tuổi từ 18-25 có khớp cắn bình thường và khuôn mặt hài hòa. Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 88-89.
2. **Võ Trương Như Ngọc (2010).** Nghiên cứu đặc điểm kết cấu sọ mặt và đánh giá khuôn mặt hài hòa ở một nhóm người Việt độ tuổi 18-25. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Võ Thị Kim Liên (2007).** Nhận xét khuôn mặt trên lâm sàng và trên phim cephalometric ở nhóm sinh viên 18 tuổi. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Răng Hàm Mặt.
4. **Miura F., Inone N. and Suzuki K. (1965).** Cephalometric standards for Japanese according to the Steiner analysis. American Journal of Orthodontics, 51(4), 288-295.
5. **Park I.C., Douglas B. and Lewis C. (1989).** A cephalometric study of Korean Adults. American journal of Orthodontics & dento facial orthopedics, 96(1), 54-59.
6. **Nanda R. and Nanda R.S. (1969).** Cephalometric Study of the Dentofacial Complex of North Indians. The Angle Orthodontist, 39(1), 22-28.
7. **Steiner C.C (1960).** The use of cephalometrics as an aid to planning and assessing orthodontic treatment: report of a case. American Journal of Orthodontics, 46(10), 721-735.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP HEN PHẾ QUẢN MẠN NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Trương Thị Diệu¹, Võ Phạm Minh Thu², Nguyễn Trung Kiên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hen phế quản là một trong các bệnh mạn tính, gây tử vong chủ yếu trên toàn thế giới, là một trong những nguyên nhân chiếm tỷ lệ hàng đầu nhập viện do bệnh phổi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị đợt cấp hen phế quản mạn theo phác đồ GINA cập nhật 2017 tại khoa Nội Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân bị đợt cấp hen phế quản mạn nhập viện, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** Kết quả chung sau điều trị, số ngày bệnh nhân nằm viện là $7 \pm 5,681$, kết quả tốt chiếm 98,2%, nặng xin về 1,2%. Bệnh nhân vào viện có mức độ đợt cấp càng nhẹ thì kết quả điều trị sau 24 giờ càng tốt và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả điều trị còn liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng hút thuốc lá, $p < 0,05$. Chưa đủ ý nghĩa thống kê để kết luận mối liên quan giữa kết quả điều trị với tiền sử đợt cấp, tình trạng kiểm soát hen, mức độ cơn hen, thể tích khí thở ra tối đa trong giây đầu tiên, bạch cầu ái toan trong máu với $p > 0,05$. **Kết luận:** Kết quả điều trị đợt cấp hen phế quản mạn tại khoa hô hấp bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ theo phác đồ GINA cập nhật 2017 đạt tỷ lệ ra viện ổn hơn 95%.

Từ khóa: Đợt cấp hen phế quản mạn, phác đồ GINA cập nhật 2017.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULTS OF ASTHMA EXACERBATIONS INPATIENTS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Asthma is still one of the major chronic and fatal diseases in the world, one of the leading causes of hospitalization for lung diseases. **Objectives:** Assess the results of asthma exacerbations in patients at Can Tho Central General Hospital. **Material and methods:** Intervention research on all patients with asthma exacerbations to hospitals, data analysis using SPSS 16.0 software, data analysis using SPSS 16.0 software. **Results:** The overall result after treatment, the number of days the patient was hospitalized was $7 \pm 5,681$; good results accounted for 98.2%; 1.2% of them were worse. There was a statistically significant change in severity of asthma exacerbation on results after 24-hour of hospitalization. Treatment outcomes were also statistically significant with smoking status, $p < 0,05$. Not

statistically significant to conclude the difference between treatment outcome and history of exacerbation, asthma control status, asthma severity, forced expiratory volume in the first second, eosinophilia with $p > 0,05$. **Conclusion:** More than 95% patients of asthma exacerbations are recovered after treatment.

Keywords: Asthma exacerbations, GINA regimen updated 2017.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản là một trong các bệnh mạn tính và gây tử vong chủ yếu trên toàn thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, hàng năm có khoảng 300 triệu người bị hen phế quản, 200.000 người tử vong mỗi năm, 10% - 25% phải nhập viện mỗi năm, dự đoán số người mắc hen phế quản sẽ tăng lên 400 triệu người vào năm 2025. Ở Việt Nam, năm 2010 số người mắc hen khoảng 5% dân số, tuy nhiên chỉ có 39,7% số bệnh nhân đạt được kiểm soát hen [4].

Bên cạnh những thành tựu quan trọng trong quản lý và điều trị hen thì đợt cấp hen phế quản mạn vẫn còn là một trong những nguyên nhân chiếm tỷ lệ hàng đầu nhập viện cấp cứu do bệnh phổi. Do vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: **"Đánh giá kết quả điều trị đợt cấp hen phế quản mạn theo phác đồ GINA cập nhật 2017 tại khoa Nội Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ"**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân bị đợt cấp hen phế quản mạn nhập viện Khoa Nội Hô hấp, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 04/2018 đến tháng 04/2019.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ, chúng tôi chọn được 55 bệnh nhân vào nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện không xác suất.

Nội dung nghiên cứu:

* Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, tiền sử chẩn đoán và điều trị hen, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng khi nhập viện.

¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Diệu

Email: bstuongdiu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 27.9.2019

Ngày duyệt bài: 7.10.2019

* Đánh giá kết quả điều trị:

- Sau 24 giờ và khi ra viện.
- Mỗi liên quan giữa kết quả điều trị với tình trạng hút thuốc lá của bệnh nhân, tình trạng kiểm soát hen, mức độ cơn khi nhập viện, thể tích thở ra tối đa trong một giây đầu tiên, bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS for window 16.0 để tính ra các đặc trưng thống kê là tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn. Phân tích mối tương quan bằng tính tương quan và hồi quy tuyến tính, so sánh bằng test Chi bình phương, ngưỡng có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $61,20 \pm 19,42$ tuổi, tỷ lệ nữ giới cao gần gấp hai lần nam giới với tỷ lệ lần lượt là 67,3% và 32,7%.

Bệnh nhân đợt cấp hen phế quản (HPQ) có thời điểm khởi phát hen khi còn trẻ (<18 tuổi) chiếm tỷ lệ cao nhất 34,5%. Bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn không đạt kiểm soát chiếm 87,3%, chỉ có 1,8% bệnh nhân kiểm soát hen tốt trước khi vào viện. Có 16,4% bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn có hút thuốc lá và 47,3% bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn có tiền sử nhập viện vì đợt cấp mức độ nặng. Tuy nhiên chỉ có 34,5% được điều trị dự phòng hen bằng ICS/LABA.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp lúc vào viện:

Bảng 3.1: Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện

Triệu chứng lúc vào viện	Tần số (n=55)	Tỉ lệ (%)
Khó thở	52	94,5
Khò khè	31	56,4
Ho khan	12	21,8
Sốt	15	27,3
Cảm cúm	7	12,7
Ho khạc đàm đục	29	52,7
Ran rít, ran ngáy	55	100

Đa số bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn có triệu chứng lâm sàng khởi phát lúc nhập viện là khó thở với tỷ lệ 94,5%, 100% ran rít, ran ngáy, 56,4% có triệu chứng khò khè, triệu chứng cảm cúm có tỷ lệ thấp nhất 12,7%. Bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn vào viện có triệu chứng nhiễm trùng hô hấp là 70,9%.

Bảng 3.2: Mức độ nặng của đợt cấp khi vào viện

Mức độ nặng của đợt cấp hen phế quản	Tần số (n=55)	Tỉ lệ (%)
Nhẹ	3	5,5
Trung bình	23	41,8
Nặng	29	52,7
Tổng	55	100

Bệnh nhân đợt cấp HPQ vào viện có mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao nhất 52,7% và thấp nhất là mức độ nhẹ với tỉ lệ là 5,5%.

Chỉ có 25,5% bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn có bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi tăng khi nhập viện. Phần lớn bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn có xét nghiệm protein phản ứng C tăng với tỉ lệ 65,5%.

Bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn có thể tích khí thở ra tối đa trong giây đầu tiên $FEV_1 \leq 60\%$ giá trị dự đoán chiếm tỉ lệ 60,0%. Bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn vào viện với cơn hen mức độ nặng thì có tỉ lệ thể tích khí thở ra tối đa trong giây đầu tiên $\leq 60\%$ là 69% cao hơn nhóm kiểm soát một phần và kiểm soát tốt với tỉ lệ là 50%.

Có 9,1% bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn có hình ảnh giãn phế nang cấp trên Xquang ngực thẳng.

3.2. Kết quả điều trị đợt cấp hen phế quản mạn. Kết quả điều trị được đánh giá vào hai thời điểm: Sau nhập viện 24 giờ và khi ra viện. Ngoài các điều trị đợt cấp hen phế quản mạn cơ bản theo GINA cập nhật 2017, nghiên cứu này còn có các điều trị hỗ trợ như thở oxy, thở máy, kháng sinh, có đến 100% bệnh nhân được chỉ định kháng sinh.

3.2.1. Kết quả điều trị sau 24 giờ điều trị. Bệnh nhân đợt cấp hen phế quản có triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt. Kết quả điều trị tốt chiếm 32,7%. Bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn có mức độ đợt cấp càng nhẹ thì kết quả điều trị sau 24h càng tốt và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.2. Kết quả điều trị khi ra viện. Số ngày nằm viện ở bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là $7 \pm 5,681$, thấp nhất là 1 ngày, cao nhất là 38 ngày.

Bảng 3.3: Kết quả điều trị khi ra viện

Kết quả điều trị sau 24 giờ	Tần số (n=55)	Tỉ lệ (%)
Tốt	54	98,2

Nặng xin về	1	1,8
Tổng	55	100

Sau điều trị, đa số bệnh nhân đợt cấp HPQ có kết quả tốt chiếm 98,2%.

3.2.3. Kết quả điều trị theo hút thuốc lá

Bảng 3.4: Kết quả điều trị theo hút thuốc lá

Hút thuốc lá	Kết quả điều trị				Tổng		p
	Ra viện ổn		Nặng hơn				
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Có	8	88,9	1	11,1	9	100	0,023
Không	46	100	0	0	46	100	
Tổng	54	98,2	1	1,8	55	100	

Kết quả điều trị liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng hút thuốc lá.

3.2.4. Kết quả điều trị theo mức độ kiểm soát hen

Bảng 3.5: Kết quả điều trị theo mức độ kiểm soát hen

Mức độ kiểm soát hen	Kết quả điều trị				Tổng		p
	Ra viện ổn		Nặng hơn				
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Hoàn toàn	1	100	0	0	1	100	0,928
Một phần	6	100	0	0	6	100	
Không kiểm soát	47	97,9	1	2,1	48	100	
Tổng	54	98,2	1	1,8	55	100	

Kết quả điều trị liên quan chưa đủ ý nghĩa thống kê với mức độ kiểm soát hen.

3.2.5. Kết quả điều trị theo mức độ cơn

Bảng 3.5: Kết quả điều trị theo mức độ cơn

Mức độ cơn	Kết quả điều trị				Tổng		p
	Ra viện ổn		Nặng hơn				
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Nhẹ và trung bình	26	96,6	0	3,4	26	100	0,339
Nặng	28	100	1	0	29	100	
Tổng	54	98,2	1	1,8	55	100	

Chưa đủ ý nghĩa thống kê để kết luận liên quan kết quả điều trị và mức độ cơn.

3.2.6. Kết quả điều trị theo thể tích thở ra tối đa trong một giây đầu tiên

Bảng 3.6: Kết quả điều trị theo thể tích thở ra tối đa trong một giây đầu tiên

Thể tích thở ra tối đa trong một giây đầu tiên (FEV1)	Kết quả điều trị				Tổng		p
	Ra viện ổn		Nặng hơn				
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
>60% giá trị dự đoán	22	100	0	0	22	100	0,410
≤60% giá trị dự đoán	32	97	1	3	33	100	
Tổng	54	98,2	1	1,8	55	100	

Chưa đủ ý nghĩa thống kê để kết luận liên quan kết quả điều trị và thể tích thở ra tối đa trong một giây đầu tiên.

3.2.7. Kết quả điều trị theo bạch cầu ái toan trong máu

Bảng 3.6: Kết quả điều trị theo bạch cầu ái toan trong máu

Bạch cầu ái toan trong máu ≥300 tế bào/mm ³ máu	Kết quả điều trị				Tổng		p
	Ra viện ổn		Nặng hơn				
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Không	40	97,6	1	2,4	41	100	0,555
Có	14	100	0	0	14	100	
Tổng	54	98,2	1	1,8	55	100	

Chưa đủ ý nghĩa thống kê để kết luận liên quan kết quả điều trị và bạch cầu ái toan trong máu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $61,20 \pm 19,42$ tuổi, nhỏ nhất là 17 tuổi và lớn nhất 87 tuổi. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu trong nước. Theo Nguyễn Hải Anh và cộng sự, khi nghiên cứu trên 87 bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn nhập viện ở Bệnh viện Bạch Mai, tuổi trung bình là $56,67 \pm 19,14$ tuổi, nhỏ nhất là 16 tuổi và lớn nhất 96 tuổi [1]. Nguyễn Văn Thành và cộng sự khi khảo sát trên 64 bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ thấy tuổi trung bình là 53 ± 19 , thấp nhất là 19 và cao nhất là 85 tuổi [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nữ giới 67,3% cao gần gấp hai lần nam giới 32,7%. Tương đồng với Nguyễn Hải Anh, nữ 73,6%, nam 26,4% [1], Chu Thị Hạnh nữ 72,6%, nam 27,3% [3].

Bệnh nhân đợt cấp HPQ có thời điểm khởi phát hen khi còn trẻ (<18 tuổi) chiếm tỉ lệ cao nhất 34,5%.

87,3% bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn không đạt kiểm soát hen, chỉ có 1,8% bệnh nhân kiểm soát hen tốt trước khi vào viện. 47,3% bệnh nhân có tiền sử nhập viện vì đợt cấp mức độ nặng. Tỉ lệ bệnh nhân được quản lý bằng ICS/LABA là 41,8%.

4.2. Kết quả điều trị đợt cấp hen phế quản mạn. 100% bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn được điều trị kháng sinh, trong khi tỉ lệ bệnh nhân có nhiễm trùng hô hấp là 70,9%. Điều này không phù hợp với khuyến cáo của GINA cập nhật 2017: Không có chứng cứ ủng hộ vai trò kháng sinh trong đợt cấp hen phế quản mạn trừ khi có chứng cứ vững chắc về nhiễm trùng phổi (như sốt và đàm mủ hoặc chứng cứ Xquang của viêm phổi). Điều trị tấn công với corticosteroid nên được tiến hành trước khi xem xét đến kháng sinh.

4.2.1. Đánh giá sau 24 giờ điều trị. Bệnh nhân đợt cấp hen phế quản có triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt, tỉ lệ khó thở còn 29,1%, khò khè 43,6%, tỉ lệ ran rít, ran ngáy ở phổi 49,1%, độ bão hòa oxy máu ngoại vi giảm chiếm tỉ lệ 23,6% thấp hơn so với trước điều trị là 45,5%. Đa số bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn sau điều trị 24 giờ có giảm CRP với tỉ lệ 98,2%. Kết quả điều trị tốt chiếm 32,7%. Bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn có mức độ đợt cấp càng nhẹ thì kết quả điều trị sau 24h càng tốt và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2.2. Kết quả điều trị khi ra khỏi khoa hô hấp. Sau điều trị, các triệu chứng lâm sàng bệnh nhân đợt cấp hen phế quản hầu như không còn. Độ bão hòa oxy máu ngoại vi bình thường chiếm tỉ lệ 98,2%. Kết quả tốt chiếm 98,2%, có 1,8% bệnh nặng xin về.

Số ngày bệnh nhân nằm viện ở bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là $7 \pm 5,681$, thấp nhất là 1 ngày, cao nhất là 38 ngày. Theo Nguyễn Hải Anh, số ngày nằm viện trung bình là $8,84 \pm 4,66$ [1]. Thời gian điều trị trung bình trong đợt cấp hen phế quản mạn là $11,22 \pm 7,26$ ngày theo nghiên cứu của Võ Thị Hồng Phượng [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thành là 5,6 ngày [9].

Bệnh nhân không hút thuốc lá có kết quả điều trị 100% ra viện ổn cao hơn so với tỉ lệ ra viện ổn của nhóm có hút thuốc lá là 88,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỉ lệ kết quả điều trị ra viện ổn của nhóm bệnh nhân không có tiền sử đợt cấp là 100%, cao hơn so với tỉ lệ kết quả điều trị ra viện ổn của nhóm bệnh nhân có tiền sử đợt cấp trong vòng 12 tháng qua chỉ đạt 97,7%. Tuy nhiên sự khác biệt này chưa đủ ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỉ lệ kết quả điều trị ra viện ổn của nhóm kiểm soát hoàn toàn và kiểm soát một phần đều là 100%, cao hơn so với tỉ lệ kết quả điều trị ra viện ổn của nhóm không kiểm soát chỉ đạt 97,9%. Tuy nhiên sự khác biệt này chưa đủ ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỉ lệ kết quả điều trị ra viện ổn của nhóm bệnh nhân vào viện với cơn hen mức độ nhẹ và trung bình là 96,6% khác với tỉ lệ kết quả điều trị ra viện ổn của nhóm vào viện với cơn hen mức độ nặng là 100%. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa đủ ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn vào viện với thể tích khí thở ra tối đa trong giây đầu tiên $> 60\%$ có tỉ lệ ra viện ổn là 100%, cao hơn so với tỉ lệ ra viện ổn của nhóm bệnh nhân có thể tích khí thở ra tối đa trong giây đầu tiên $\leq 60\%$ là 97%. Tuy nhiên sự khác biệt này chưa đủ ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

100% bệnh nhân có bạch cầu ái toan trong máu tăng có kết quả điều trị ra viện ổn. Trong khi đó, tỉ lệ kết quả điều trị ra viện ổn của nhóm không tăng bạch cầu ái toan máu ngoại vi là 97,6%. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa đủ ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỉ lệ kết quả điều trị ra viện ổn của nhóm bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn vào viện có kèm theo nhiễm trùng hô hấp là 97,4%. Trong khi đó, tỉ lệ kết quả điều trị ra viện ổn của

nhóm vào viện không kèm theo nhiễm trùng hô hấp đạt đến 100%. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa đủ ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Sau 24 giờ điều trị: Bệnh nhân đợt cấp hen phế quản có triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt. Bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn có mức độ đợt cấp càng nhẹ thì kết quả điều trị sau 24h càng tốt và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả điều trị ở bệnh nhân đợt cấp hen phế quản mạn khi ra khỏi khoa Hô hấp: Số ngày bệnh nhân nằm viện là $7 \pm 5,681$. Kết quả tốt chiếm 98,2%. Kết quả điều trị liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng hút thuốc lá, $p < 0,05$. Chưa đủ ý nghĩa thống kê để kết luận mối liên quan giữa kết quả điều trị với tiền sử đợt cấp, tình trạng kiểm soát hen, mức độ cơn hen, thể tích khí thở ra tối đa trong giây đầu tiên, bạch cầu ái toan trong máu với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hải Anh, Vũ Văn Giáp (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị hen phế quản tại Trung tâm hô hấp bệnh

viện Bạch Mai", Y học Việt Nam, (427), tháng 2, số 2/2015, tr.137-142.

2. Mai Văn Điển (2011), "Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân hen phế quản điều trị tại bệnh viện 175", Y học thực hành, (755), số 3/2011, tr. 34-37.
3. Chu Thị Hạnh, Nghiêm Đình Quân (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chức năng hô hấp của bệnh nhân hen phế quản", Y học Việt Nam, tháng 5, số đặc biệt/2015, tr.73-79.
4. Trần Thúy Hạnh, Nguyễn Văn Đoàn, và cộng sự (2012), "Một số đặc điểm dịch tễ học của hen phế quản ở người trưởng thành Việt Nam", Tạp chí Y học lâm sàng, 65, tr. 46-50.
5. Trịnh Mạnh Hùng, Nguyễn Tiến Dũng (2011), "Nghiên cứu một số đặc điểm hay gặp trên người bệnh có đợt bùng phát cơn hen phế quản mức độ nặng" Bệnh Viện Hữu Nghị Hà Nội.
6. Võ Thị Hồng Phượng, Nguyễn Thị Như Ngọc (2014), "Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc trên bệnh nhân hen phế quản điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Dược học, ISSN: 0866 – 7861.
7. Nguyễn Minh Sang (2018), "CRP sử dụng trong chuyên khoa hô hấp", Chuyên đề - tổng quan 2018 Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam, số 17/2018, tr.64-71.
8. Phạm Thành Suối, Trần Đỗ Hùng (2016), "Khảo sát tình hình sử dụng thuốc và đánh giá hiệu quả điều trị hen phế quản tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi Thành phố Cần Thơ", Y học Việt Nam, tháng 5, số 1/2016, tr.263-268.
9. Nguyễn Văn Thành và cộng sự (2008), "Cơn hen cấp nhập viện: đặc điểm bệnh nhân và đáp ứng điều trị", Tạp chí Y học thực hành, tr. 10-19.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI PHÒNG KHÁM BÁC SĨ GIA ĐÌNH, BỆNH VIỆN ĐA KHOA NAM ANH, TỈNH BÌNH DƯƠNG, 2019

Võ Thị Kim Anh*, Trần Thị Quỳnh Như*

TÓM TẮT

Mục tiêu. Đánh giá hài lòng người bệnh ngoại trú tại phòng khám Bác sĩ Gia đình Bệnh viện đa khoa Nam Anh năm 2019. **Phương pháp.** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 600 bệnh nhân ngoại trú sử dụng dịch vụ khám bác sĩ gia đình tại Bệnh viện đa khoa Nam Anh, tỉnh Bình Dương. Thực hiện phỏng vấn trực tiếp người bệnh theo phiếu khảo sát hài lòng của người bệnh ngoại trú của Bộ Y tế. **Kết quả.** Tỷ lệ

hài lòng của người bệnh về phòng khám bác sĩ gia đình là cao với 81,3%. Đối với từng yếu tố cụ thể, tỷ lệ hài lòng của người bệnh cao nhất về chi phí khám chữa bệnh là 89,2%, tiếp đến là hài lòng về sự đáp ứng của bệnh viện là 89,0%, thấp nhất là hài lòng về sự tin cậy của người bệnh đối với nhân viên y tế với 84,8%. Phòng khám bác sĩ gia đình cần thực hiện biện pháp cải tiến chất lượng nhằm tăng sự đáp ứng được nhu cầu ngày càng cao của người dân.

Từ khóa. Hài lòng người bệnh, phòng khám bác sĩ gia đình, Bệnh viện đa khoa Nam Anh.

SUMMARY

**SATISFACTION OF PATIENTS AT THE
FAMILY DOCTOR CLINIC, NAM ANH
GENERAL HOSPITAL, BINH DUONG
PROVINCE, 2019**

*Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2019

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2019

Ngày duyệt bài: 30.9.2019

Object. Evaluate satisfaction of patient at the family Doctor Clinic, Nam Anh General Hospital, Binh Duong province, 2019. **Methods.** Cross-sectional study design describing over 600 outpatients using the family doctor service at Nam Anh General Hospital, Binh Duong Province. Conduct a direct patient interview according to the Ministry of Health's outpatient satisfaction questionnaire. **Results.** The satisfaction rate of patients on the family doctor clinic was high with 81.3%. For each specific factor, the highest satisfaction rate of patients with medical examination and treatment costs was 89.2%, followed by the satisfaction of hospital response of 89.0%, the highest satisfaction rate for medical examination and treatment. The lowest satisfaction was the satisfaction of patients' confidence with the health workers with 84.8%. The family doctor's office need enhance of quality improvement activities to response some expectations of the patients.

Keyword: Satisfaction of patient, family doctor's clinic; Nam Anh general hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng dịch vụ là yếu tố quan trọng, quyết định sự tồn tại của bệnh viện [3]. Ngày nay, sự hài lòng của bệnh nhân được xem là một tiêu chí quan trọng dùng để đo lường sự đáp ứng của các cơ sở y tế đối với những mong đợi của bệnh nhân và đã được Bộ Y tế đưa vào nội dung kiểm tra công tác bệnh viện hàng năm [2]. Một số nghiên cứu ở Việt Nam đã cho thấy bệnh nhân chưa thật sự hài lòng về dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại các bệnh viện công lập. Tuy vậy chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về dịch vụ y tế tại các cơ sở đang thực hiện mô hình xã hội hóa y tế, đặc biệt là dịch vụ khám bác sĩ gia đình. Để đánh giá và có các biện pháp nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đáp ứng sự hài lòng bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu xác định tỷ lệ và mức độ hài lòng của người bệnh sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại phòng khám Bác sĩ Gia đình, bệnh viện Đa khoa Nam Anh, Bình Dương năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân trên 15 tuổi đến khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám Bác sĩ Gia đình, bệnh viện đa khoa Nam Anh, tỉnh Bình Dương.

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

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức:

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

$Z(1-\alpha/2)=1,96$ là trị số của phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%. $\alpha=0,05$ là xác suất sai lầm loại I, $d=0,03$ là sai số cho phép. $p = 0,88$ là tỷ lệ hài lòng của người bệnh ước tính theo nghiên cứu của Võ Thị Kim Anh (2016) [1]. Dự trữ mất mẫu 10%. Như vậy, cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 502 người. Thực tế nghiên cứu khảo sát 600 người bệnh.

Thu thập dữ liệu: Phòng vấn trực tiếp người bệnh bằng phiếu khảo sát hài lòng người bệnh ngoại trú, bộ câu hỏi được Bộ Y tế ban hành và hướng dẫn trong khảo sát hài lòng người bệnh ngoại trú tại các cơ sở y tế.

Tiêu chuẩn đánh giá hài lòng của người bệnh:

Mức độ hài lòng bệnh nhân được đánh giá theo 7 thành tố gồm phương tiện hữu hình, sự đáp ứng, sự đồng cảm, sự tin cậy, năng lực phục vụ, danh tiếng/uy tín, chi phí, dựa trên mô hình SERVQUAL. Mức độ hài lòng được tính theo thang điểm 7 tương ứng với 7 mức độ (hoàn toàn không hài lòng, rất không hài lòng, không hài lòng, trung lập, hài lòng, rất hài lòng, hoàn toàn hài lòng). Điểm hài lòng trung bình theo từng thành tố là tổng điểm hài lòng trung bình của các yếu tố thuộc thành tố đó.

Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata-13. Mô tả và phân tích kết quả nghiên cứu qua các bảng và tính tỷ lệ phần trăm. Sử dụng kiểm định χ^2 để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ hài lòng người bệnh theo các biến số độc lập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Giới tính: tỷ lệ nam giới 53,5% và nữ 47,5%. Nhóm tuổi: tỷ lệ cao nhất là nhóm 30-49 tuổi (47,7%), tiếp đến là nhóm 18-29 tuổi (31,7%), nhóm 50 tuổi trở lên (18,3%) và cuối cùng là nhóm dưới 18 tuổi (2,3%). Trình độ học vấn: Đa số có học vấn trung học cơ sở (28,8%) và trung học phổ thông với (35,7%); tiếp đến là học vấn trên THPT (22,5%) và thấp nhất là học vấn tiểu học/dưới tiểu học (13,0%). Tình trạng hôn nhân: 25,8% bệnh nhân chưa lập gia đình, 63,7% bệnh nhân đã kết hôn và góa/li dị/li thân 10,5%. Nghề nghiệp: đa số là công nhân (48,0%) và

kinh doanh buôn bán hoặc lao động tự do (19,4%).

Tỷ lệ tham gia bảo hiểm y tế đạt 89,0%. Phần lớn bệnh nhân đã nhiều lần sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện đa khoa Nam Anh.

Hài lòng của người bệnh ngoại trú về sử dụng dịch vụ khám bác sĩ gia đình

Bảng 1. Mức độ hài lòng về phương tiện, trang thiết bị cơ sở vật chất bệnh viện (n=600)

Hài lòng về phương tiện hữu hình	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Trang thiết bị chẩn đoán	4,9	0,8
Bác sĩ, y tá, nhân viên mặc đồng phục lịch sự	5,2	0,9
Khu vực công cộng sạch sẽ, không có rác	4,9	0,4
Nhà vệ sinh sạch sẽ, có nước và xà phòng	5,0	0,5
Giờ khám, chẩn đoán, xét nghiệm linh hoạt	5,0	0,5
Vị trí phòng khám gần khu chẩn đoán, nhà thuốc	5,3	0,7
Có chỗ ngồi chờ khám cho bệnh nhân và thân nhân	5,0	0,5
Điểm hài lòng chung	5,1	0,5

Điểm hài lòng trung bình về phương tiện hữu hình đạt $5,1 \pm 0,5$; trong đó về trang thiết bị chẩn đoán đạt $4,9 \pm 0,8$ điểm; về nhân viên y tế mặc đồng phục đạt $5,2 \pm 0,9$ điểm; về khu vực công cộng đạt $4,9 \pm 0,4$ điểm; về nhà vệ sinh sạch sẽ đạt $5,0 \pm 0,5$ điểm về giờ khám, chẩn đoán, xét nghiệm đạt $5,0 \pm 0,5$ điểm; về vị trí khoa khám bệnh $5,3 \pm 0,7$; về chỗ ngồi chờ khám đạt $5,0 \pm 0,5$ điểm.

Bảng 2. Đánh giá của bệnh nhân về đáp ứng bệnh viện (n=600)

Hài lòng về đáp ứng của bệnh viện	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Khám ngay khi đến lượt	5,0	0,7
NVYT dành thời gian trả lời, hướng dẫn	5,8	1,0
Bác sĩ luôn giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi	6,0	1,2
Bộ phận tiếp nhận trả lời điện thoại	5,8	1,1
Điểm hài lòng chung	5,7	0,8

Điểm hài lòng người bệnh trung bình về các đáp ứng của bệnh viện đạt $5,7 \pm 0,8$ điểm; trong đó: hài lòng về việc được khám ngay khi đến lượt đạt $5,0 \pm 0,7$ điểm; về nhân viên y tế dành thời gian trả lời, hướng dẫn đạt $5,8 \pm 1,0$ điểm; nhân viên y tế giúp đỡ, tạo điều kiện cho bệnh nhân $6,0 \pm 1,2$ điểm; về bộ phận tiếp nhận trả lời điện thoại đạt $5,8 \pm 1,1$ điểm.

Bảng 3. Đánh giá của bệnh nhân về sự đồng cảm của nhân viên y tế (n=600)

Hài lòng về sự đồng cảm	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Bác sĩ khi khám ân cần, lắng nghe ý kiến	4,8	0,8
Bác sĩ luôn động viên, an ủi và giải thích kỹ lưỡng	4,9	0,4
Thường xuyên sinh hoạt câu lạc bộ	5,7	0,9
Không tự di chuyển được, bác sĩ đến khám tại nhà	4,8	0,8
Bác sĩ khám kỹ và cho lời khuyên phù hợp	5,0	0,4
Điểm hài lòng chung	5,0	0,5

Điểm hài lòng trung bình về sự đồng cảm của nhân viên y tế đạt $5,0 \pm 0,5$ điểm; trong đó về việc bác sĩ khám ân cần, lắng nghe ý kiến đạt $4,8 \pm 0,8$; về bác sĩ luôn động viên, an ủi và giải thích kỹ lưỡng đạt $4,9 \pm 0,4$ điểm; về sinh hoạt câu lạc bộ đạt $5,7 \pm 0,9$ điểm; về bác sĩ đến nhà khám bệnh đạt $4,8 \pm 0,8$ điểm; về bác sĩ khám kỹ và đưa ra lời khuyên phù hợp đạt $5,0 \pm 0,4$ điểm.

Bảng 4. Mức độ tin cậy của bệnh nhân đối với bệnh viện (n=600)

Tin cậy của bệnh nhân	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thăm khám, nhận kết quả theo đúng lịch hẹn	5,2	1,0
Khám và theo dõi khám bệnh nhân định kỳ	5,4	0,7
Thắc mắc với nhân viên, đơn vị giải quyết thiện chí	5,6	1,2
Lập hồ sơ theo dõi ngay lần khám đầu tiên	5,3	1,3
Được thông báo kết quả rõ ràng	5,5	1,0
Điểm hài lòng chung	5,4	0,9

Điểm hài lòng trung bình về sự tin cậy của bệnh nhân với bệnh viện đạt $5,4 \pm 0,9$ điểm;

trong đó về việc được thăm khám, nhận kết quả đúng lịch hẹn đạt $5,2 \pm 1,0$ điểm; về khám và theo dõi định kỳ đạt $5,4 \pm 0,7$ điểm; thắc mắc với nhân viên, đơn vị được giải quyết thiện chí đạt $5,6 \pm 1,2$ điểm; về lập hồ sơ theo dõi ngay lần khám đầu tiên đạt $5,3 \pm 1,3$ điểm; về được thông báo kết quả rõ ràng $5,5 \pm 1,0$ điểm.

Bảng 5. Đánh giá của bệnh nhân về năng lực phục vụ của nhân viên y tế (n=600)

Hài lòng về năng lực phục vụ nhân viên y tế	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Bác sĩ tư vấn phương pháp điều trị và phòng bệnh	5,4	1,0
Bác sĩ xác định được các vấn đề ở giai đoạn sớm	5,1	0,6
Có lưu trữ hồ sơ đầy đủ và bảo mật	5,6	1,0
Ấn cần, tươi cười chào hỏi bệnh nhân	6,0	1,4
Chuyển khám chuyên khoa	6,4	1,0
Điểm hài lòng chung	5,7	0,8

Điểm hài lòng trung bình về năng lực phục vụ của nhân viên y tế đạt $5,7 \pm 0,8$ điểm; trong đó về tư vấn cho bệnh nhân là $5,4 \pm 1,0$ điểm; về xác định vấn đề ở giai đoạn sớm đạt $5,1 \pm 0,6$ điểm; về lưu trữ hồ sơ bệnh án đầy đủ, bảo mật đạt $5,6 \pm 1,0$ điểm; về thái độ ân cần, tươi cười chào hỏi đạt $6,0 \pm 1,4$ điểm; về được chuyển khám chuyên khoa nếu nghiêm trọng đạt $6,4 \pm 1,0$ điểm.

Bảng 6. Danh tiếng, uy tín bệnh viện (n=600)

Hài lòng về danh tiếng, uy tín	Trung bình	Độ lệch chuẩn

Tổ chức khám từ thiện, câu lạc bộ BN	4,8	0,7
Sinh hoạt câu lạc bộ BN	5,3	0,7
Đăng ký thăm khám dài hạn ở bệnh viện	5,7	1,1
Giới thiệu dịch vụ	5,7	1,3
Đường dây nóng, hộp thư góp ý	5,3	0,7
Điểm hài lòng trung bình	5,4	0,7

Điểm hài lòng trung bình về danh tiếng, uy tín bệnh viện đạt $5,4 \pm 0,7$ điểm; trong đó, về tổ chức khám từ thiện đạt $4,8 \pm 0,7$ điểm; về sinh hoạt câu lạc bộ bệnh nhân đạt $5,3 \pm 0,7$ điểm về đăng ký khám dài hạn ở bệnh viện đạt $5,7 \pm 1,1$ điểm; về giới thiệu dịch vụ đạt $5,7 \pm 1,3$ điểm; về đường dây nóng góp ý đạt $5,3 \pm 0,7$ điểm.

Bảng 7. Đánh giá của bệnh nhân về chi phí điều trị (n=600)

Hài lòng về chi phí	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thu phí khám, chẩn đoán phù hợp	5,1	0,8
Phương thức thanh toán linh hoạt	5,1	0,6
Mức tăng phí hợp lý	5,7	0,9
Chính sách giảm phí	5,5	1,1
Khám bảo hiểm y tế	5,9	1,0
Điểm hài lòng trung bình	5,5	0,8

Điểm hài lòng trung bình về chi phí đạt $5,5 \pm 0,8$ điểm; trong đó về việc thu phí khám, chẩn đoán phù hợp đạt $5,1 \pm 0,8$ điểm; về phương thức thanh toán linh hoạt đạt $5,1 \pm 0,6$ điểm; về mức tăng phí khám chữa bệnh hằng năm hợp lý đạt $5,7 \pm 0,9$ điểm; về chính sách giảm phí cho người có hoàn cảnh đặc biệt đạt $5,5 \pm 1,1$ điểm; về khám bảo hiểm y tế đạt $5,9 \pm 1,0$ điểm.

Bảng 8. Đánh giá hài lòng về chất lượng dịch vụ khám bác sĩ gia đình (n=600)

Nội dung	Hài lòng		Chưa hài lòng	
	n	%	n	%
Chi phí khám chữa bệnh	535	89,2	65	10,8
Đáp ứng của bệnh viện	534	89,0	66	11,0
Danh tiếng của bệnh viện	533	88,8	67	11,2
Năng lực phục vụ	529	88,2	71	11,8
Sự đồng cảm của nhân viên y tế	523	87,2	77	12,8
Phương tiện hữu hình	519	86,5	81	13,5
Sự tin cậy	509	84,8	91	15,2
Hài lòng chung	488	81,3	112	18,7

Tỷ lệ hài lòng của người bệnh về phòng khám bác sĩ gia đình là 81,3%. Đối với từng yếu tố cụ thể, tỷ lệ hài lòng của người bệnh cao nhất về chi phí khám chữa bệnh là 89,2%, tiếp đến là hài lòng

về sự đáp ứng của bệnh viện là 89,0%, thấp nhất là hài lòng về sự tin cậy của người bệnh đối với nhân viên y tế với 84,8%.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ hài lòng của người bệnh về phòng khám Bác sĩ Gia đình tại bệnh viện đa khoa Nam Anh là 81,3%. Tỷ lệ hài lòng của người bệnh cao nhất về chi phí khám chữa bệnh và thấp nhất là hài lòng về sự tin cậy của người bệnh đối với nhân viên y tế. Sự hài lòng về phòng khám bác sĩ gia đình cao cho thấy sự đáp ứng về mọi mặt của phòng khám bác sĩ gia đình, đó là sự cố gắng không ngừng của tập thể nhân viên y tế, luôn luôn hoàn thiện về kĩ năng chuyên môn và kĩ năng ứng xử với người bệnh, mang đến sự tin tưởng lâu dài. Mặc dù vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn thấp hơn một vài báo cáo trước, nghiên cứu của Nguyễn Trường Viên (2017) tại phòng khám bác sĩ gia đình bệnh viện Quận 2 với kết quả là 85,0% hài lòng [7] và nghiên cứu của Nguyễn Quang Vinh với 97,4% hài lòng [8]. Trong nghiên cứu của Trần Văn Khanh (2015) về phòng khám bác sĩ gia đình bệnh viện quận 2, kết quả cho thấy tỷ lệ người bệnh hài lòng cao ở các khía cạnh như: người bệnh hài lòng về việc xác định tình trạng bệnh ở giai đoạn sớm nhất là khá cao với 99,1% và có 97,6% người bệnh đồng ý sẵn sàng giới thiệu dịch vụ cho người thân bạn bè của mình [5].

Hài lòng của bệnh nhân về phương tiện hữu hình: Qua khảo sát về điểm số trung bình hài lòng về phương tiện hữu hình của phòng khám BSGĐ Bệnh viện đa khoa Nam Anh, đa số người dân đánh giá điểm trung bình hài lòng ở mức tương đối cao đạt $5,1 \pm 0,5$ điểm; trong đó về trang thiết bị chẩn đoán đạt $4,9 \pm 0,8$ điểm; về nhân viên y tế mặc đồng phục đạt $5,2 \pm 0,9$ điểm; về khu vực công cộng đạt $4,9 \pm 0,4$ điểm; về nhà vệ sinh sạch sẽ đạt $5,0 \pm 0,5$ điểm về giờ khám, chẩn đoán, xét nghiệm đạt $5,0 \pm 0,5$ điểm; về vị trí khoa khám bệnh $5,3 \pm 0,7$; về chỗ ngồi chờ khám đạt $5,0 \pm 0,5$ điểm. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu Trần Duy My về dịch vụ bác sĩ gia đình - Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, điểm số trung bình 3,5/5; nghiên cứu của Phùng Thị Hồng Hà tại Bệnh viện Việt Nam Cu Ba Đồng Hới - Quảng Bình [4]. Tuy vậy, về yếu tố nhà vệ sinh sạch sẽ, có nước rửa tay và xà phòng thì người dân đánh giá chưa cao, ngày nay, yếu tố môi trường công

cộng và nhà vệ sinh bệnh viện là yếu tố tích cực ảnh hưởng đến hài lòng của người dân.

Hài lòng của bệnh nhân về đáp ứng về dịch vụ khám bác sĩ gia đình: Điểm hài lòng người bệnh trung bình về khả năng đáp ứng của bệnh viện đạt $5,7 \pm 0,8$ điểm. Điểm hài lòng trung bình về đáp ứng đều lớn hơn 5 cho thấy mức độ hài lòng cao về việc được đáp ứng sự mong muốn và sẵn sàng của nhân viên phục vụ cung cấp dịch vụ cho người bệnh. Trong đó, điểm hài lòng trung bình về việc được khám ngay khi đến lượt đạt $5,0 \pm 0,72$ điểm; điểm hài lòng trung bình về nhân viên y tế dành thời gian trả lời, hướng dẫn đạt $5,8 \pm 1,02$ điểm; điểm hài lòng trung bình về nhân viên y tế giúp đỡ, tạo điều kiện cho người bệnh $6,0 \pm 1,15$ điểm; điểm hài lòng trung bình về bộ phận tiếp nhận trả lời điện thoại đạt $5,8 \pm 1,11$ điểm. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Quang Vinh với 6,07 điểm, cao hơn trong nghiên cứu của Trần Văn Khanh là $3,22 \pm 0,56$ điểm [5],[8]. Một yếu tố quan trọng trong đánh giá sự đáp ứng của bệnh viện là thời gian chờ có 92,2% hài lòng về thời gian chờ khám, đây cũng là một trong những điểm tích cực của phòng khám trong việc cải thiện sự hài lòng của người bệnh.

Hài lòng của bệnh nhân về đồng cảm của bác sĩ gia đình: Hài lòng về sự đồng cảm của nhân viên y tế thể hiện sự quan tâm chăm sóc đến từng người bệnh. Điểm hài lòng trung bình về sự đồng cảm của nhân viên y tế đạt $5,0 \pm 0,5$ điểm. Trong đó, về việc bác sĩ khám ân cần, lắng nghe ý kiến đạt $4,8 \pm 0,8$; về bác sĩ luôn động viên, an ủi và giải thích kỹ lưỡng đạt $4,9 \pm 0,4$ điểm; về sinh hoạt câu lạc bộ đạt $5,7 \pm 0,9$ điểm; về bác sĩ đến nhà khám bệnh đạt $4,8 \pm 0,8$ điểm; về bác sĩ khám kỹ và đưa ra lời khuyên phù hợp đạt $5,0 \pm 0,4$ điểm. Kết quả hài lòng về sự đồng cảm của nhân viên y tế tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Quang Vinh, cho thấy bệnh viện đang tích cực trong nâng cao trình độ chuyên môn của nhân viên y tế, cũng như sự quan tâm đồng cảm của nhân viên y tế đến người bệnh [8]. Trong nghiên cứu của Võ Chí Thương tỷ lệ hài lòng về khám kỹ và cho lời khuyên phù hợp đạt 87,8% [6]. Sự khác biệt có thể do số lượng nhân sự mỗi nơi khác nhau, Bệnh viện đa khoa Nam Anh đang từng bước

hoàn thiện và bổ sung nhân sự để đảm bảo phục vụ tốt nhất cho người bệnh.

Bệnh nhân tin cậy ở bác sĩ gia đình: Điểm hài lòng trung bình về sự tin cậy của người bệnh với bệnh viện đạt $5,4 \pm 0,88$ điểm. Kết quả của nghiên cứu thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Quang Vinh là 6,16 điểm (trên mức 7 điểm), sự khác biệt này có thể do tính chất của mỗi địa phương, Bệnh Viện Quận Bình Thạnh với lịch sử hình thành lâu hơn và là một bệnh viện lớn của Thành phố Hồ Chí Minh nên có sự khác biệt này [8]. Được lập hồ sơ bệnh án ngay lần khám đầu tiên là vấn đề mà người dân hài lòng nhất, lập hồ sơ bệnh án cho người dân ngay lần đầu đến khám tạo một cảm giác tin cậy vì bệnh tình của họ được quan tâm theo dõi xuyên suốt, liên tục, toàn diện và lâu dài. Người dân đến cơ sở y tế khám bệnh đều mong muốn được bày tỏ những vấn đề của bản thân, được nhân viên y tế chia sẻ, thấu hiểu, giải đáp, tư vấn, điều trị hợp lý.

Hài lòng của bệnh nhân về năng lực phục vụ: Điểm hài lòng trung bình về năng lực phục vụ của nhân viên y tế đạt $5,7 \pm 0,82$ điểm. Tỷ lệ hài lòng về năng lực phục vụ của nhân viên y tế đạt 88,2% cao hơn so với nghiên cứu của Võ Chí Thương lần lượt cho bệnh viện Đa Khoa Củ Chi và Bệnh viện Tân Phú là 63,9% và 76,7%, sự chênh lệch này giữa bệnh viện tại Thành Phố Hồ Chí Minh và Bình Dương là không quá cao. Dịch vụ khám bác sĩ gia đình được đánh giá là có năng lực phục vụ tốt thể hiện qua các mặt tư vấn cho người dân và gia đình về phương pháp điều trị và phòng bệnh trong buổi khám; xác định các vấn đề của người dân trong giai đoạn sớm; phòng khám có lưu trữ hồ sơ đầy đủ và bảo mật; NVYT luôn luôn ân cần, tươi cười chào hỏi người dân và nếu vượt quá khả năng bác sĩ sẽ chuyển sang chuyên khoa.

Hài lòng của bệnh nhân về danh tiếng bệnh viện

Điểm hài lòng trung bình về danh tiếng bệnh viện đạt $5,4 \pm 0,7$ điểm. Trong đó, điểm hài lòng trung bình về tổ chức khám từ thiện đạt $4,8 \pm 0,7$ điểm; điểm hài lòng trung bình về sinh hoạt câu lạc bộ người bệnh đạt $5,3 \pm 0,7$ điểm; điểm hài lòng trung bình về đăng ký khám dài hạn ở bệnh viện đạt $5,7 \pm 1,1$ điểm; điểm hài lòng trung bình về giới thiệu dịch vụ đạt $5,7 \pm 1,3$ điểm; điểm hài lòng trung bình về đường dây nóng góp ý đạt $5,3 \pm 0,7$ điểm. Tương tự như nghiên cứu của Trần Văn Khanh cho thấy các bệnh viện có quan tâm đến các dịch vụ đăng ký

khám dài hạn cho người bệnh, người bệnh đồng ý đăng ký khám dài hạn ở phòng khám (Bệnh viện quận 2) là 97,9% [5]. Thực tế, tổ chức các buổi khám từ thiện có ý nghĩa quan trọng nhằm chia sẻ, truyền đạt kiến thức, giáo dục sức khỏe cho người dân, giúp tự chăm sóc, phòng ngừa và nâng cao sức khỏe chính bản thân và gia đình của họ.

Hài lòng của bệnh nhân về chi phí:

Điểm hài lòng trung bình về chi phí khám chữa bệnh đạt $5,5 \pm 0,8$ điểm. Trong đó, điểm hài lòng trung bình về việc thu phí khám, chẩn đoán phù hợp đạt $5,1 \pm 0,8$ điểm; điểm hài lòng trung bình về phương thức thanh toán linh hoạt đạt $5,1 \pm 0,6$ điểm; điểm hài lòng trung bình về mức tăng phí khám chữa bệnh hằng năm hợp lý đạt $5,7 \pm 0,9$ điểm; điểm hài lòng trung bình về chính sách giảm phí cho người có hoàn cảnh đặc biệt đạt $5,5 \pm 1,1$ điểm; điểm hài lòng trung bình về khám bảo hiểm y tế đạt $5,9 \pm 1,0$ điểm. Cũng là trong một trong những yếu tố có điểm số hài lòng khá thấp, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Quang Vinh [8], đây có thể do sự khác biệt giữa bệnh viện công và bệnh viện tư nên mức chi phí chi trả cho dịch vụ sử dụng là khác nhau, ngoài ra, đa số người bệnh tìm đến các phòng khám, bệnh viện tư mong muốn được sử dụng dịch vụ nhanh và chất lượng nên họ sẵn sàng chi trả với một chi phí phù hợp với kinh tế của bản thân.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hài lòng của người bệnh về phòng khám bác sĩ gia đình là cao với 81,3%. Đối với từng yếu tố cụ thể, tỷ lệ hài lòng của người bệnh cao nhất về chi phí khám chữa bệnh là 89,2%, tiếp đến là hài lòng về sự đáp ứng của bệnh viện là 89,0%, thấp nhất là hài lòng về sự tin cậy của người bệnh đối với nhân viên y tế với 84,8%. Phòng khám bác sĩ gia đình cần thực hiện biện pháp cải tiến chất lượng nhằm tăng sự đáp ứng được nhu cầu ngày càng cao của người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Thị Kim Anh, Trần Văn Hưởng, Phan Trọng Lân, cs. (2016)** "Sự hài lòng của người bệnh mạn tính điều trị ngoại trú tại phòng khám bác sĩ gia đình thuộc phòng khám đa khoa Nam Anh, tỉnh Bình Dương, 2015 - 2016". Tạp chí Y học Dự phòng, Tập XXVI (số 13), 159.
2. **Bộ Y tế (2013)** Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện ban hành kèm theo Quyết định số

- 4858/QĐ-BYT ngày 03 tháng 12 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Hà Nội, tr.1-6.
3. **Phạm Trí Dũng, Lê Thị Thu Hà, Bùi Thị Thu Hương, et al. (2011)** "Nghiên cứu sự hài lòng của người bệnh ngoại trú về dịch vụ khám, chữa bệnh tại khoa khám bệnh của ba bệnh viện hạng III". Tạp chí Y học Thực hành, 756, tr.25-28.
 4. **Phùng Thị Hồng Hà, Trần Thị Thu Hiền (2012)** "Đánh giá sự hài lòng của khách hàng sử dụng dịch vụ y tế tại Bệnh viện Việt nam Cu ba Đồng Hới – Quảng Bình". Tạp chí Khoa học, Tập 72B (Số 3), 75-84.
 5. **Khanh T.V. (2015)** Đánh giá hoạt động mô hình phòng khám thực hành y học gia đình tại bệnh viện quận 2, thành phố Hồ Chí Minh Luận án Chuyên Khoa II, Chuyên ngành Quản Lý Y Tế, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
 6. **Võ Chí Thương (2017)** Sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại hai bệnh viện tuyến Quận/Huyện Tp. Hồ Chí Minh, năm 2018, Khóa luận Tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công cộng, Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Tp.HCM, tr.81.
 7. **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, Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Tp.HCM.
 8. **Nguyễn Quang Vinh, Bùi Quang Thái, Nguyễn Văn Tập (2017)** "Sự hài lòng của người bệnh về phòng khám Bác sĩ Gia đình, bệnh viện quận Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh năm 2017". Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 460 (số 2), 217-222.

ĐÁNH GIÁ SINH HỌC KHẢ NĂNG GÂY ĐỘC CHO TẾ BÀO VÀ GENE CỦA CHỈ KHÂU TỰ TIÊU PHỦ NANO BẠC DO CÔNG TY CỔ PHẦN NHÀ MÁY THIẾT BỊ Y HỌC VÀ VẬT LIỆU SINH HỌC CHẾ TẠO

Cao Văn Diễm*, Ngô Duy Thìn*, Lê Thị Hồng Nhung**

TÓM TẮT⁵⁸

Độc tính tế bào (cytotoxicity), độc tính gene (genotoxicity) là hai chỉ tiêu đánh giá an toàn sinh học của các thiết bị y tế khi đưa vào cơ thể theo ISO 10993 về các trang thiết bị cấy ghép y tế. Chỉ khâu phẫu thuật kháng khuẩn, tự tiêu phủ nano bạc của công ty cổ phần nhà máy thiết bị y học và vật liệu sinh học chế tạo, sau đó chúng tôi tiến hành đánh giá khả năng gây độc cho tế bào và gene. **Mục tiêu:** Đánh giá khả năng gây chết tế bào, khả năng gây tổn thương đứt gãy ADN của hai loại chỉ PGA và PG910. **Vật liệu và phương pháp:** Hai loại chỉ thử nghiệm PGA và PG910 cắt nhỏ, cho tiếp xúc với dòng tế bào thận phôi người 293 (HEK-293) và tế bào nguyên bào sợi chuột STO. Đánh giá tác động lên sức sống tế bào bằng MTT Assay Kit, đánh giá tác động lên gene bằng kỹ thuật Comet assay tại các nồng độ vật liệu và các thời điểm khác nhau. Kết quả: cả 2 mẫu vật liệu chỉ nhân tạo PGA, PG910 - Phủ Nano bạc 3 lần, sau khi

phơi nhiễm với tế bào thận phôi người và tế bào gốc trung mô trong máu dây rốn trẻ sơ sinh ở các nồng độ và thời gian khác nhau đều không thấy sự khác biệt về khả năng gây chết đối với tế bào và tổn thương ADN so với đối chứng.

Từ khóa: Cytotoxicity, Genotoxicity, sutures

SUMMARY

ASSESSMENT OF CYTOTOXICITY AND GENOTOXICITY OF SILVER NANOPARTICLES SELF-COATING SUTURES WERE MANUFACTURED BY MEDICAL DEVICES AND BIOMATERIAL PLANT JSC

Cytotoxicity, genotoxicity test was performed according to the ISO -10993 standard as its criteria for guiding the selection of biocompatibility testing for a given type of device. Antimicrobial suture were coated silver nanoparticles were manufactured by Medical devices and Biomaterial Plant JSC, then we evaluated of cytotoxicity and genotoxicity of sutures. **Objectives:** To assess the ability to cause cell death, the ability to damage DNA breaks of two samples of PGA and PG910. **Materials and methods:** Two samples of PGA and PG910 sutures are chopped, exposed to human embryonic kidney cell lines 293 (HEK-293) and fibroblast STO in medium. Assess the impact on cell vitality by MTT Assay Kit, evaluate the impact on genes by Comet assay technique at different

*Công ty cổ phần nhà máy thiết bị y học và vật liệu sinh học

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Duy Thìn

Email: ngodyuthin@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

concentrations of materials and at different times.
Results: 2 samples of artificial materials only PGA, PG910 –silver nanoparticles coating 3 times, after exposure to human embryonic kidney(HEK-293) cells fibroblast STO at different concentrations and times. There were no differences in cell morphology, most of the cell were healthy with respect to cells and DNA damage compared with controls.

Keywords: Cytotoxicity, Genotoxicity, sutures

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm nước ta tiêu thụ hàng triệu mét chỉ khâu phẫu thuật tự tiêu. Tuy nhiên cho đến nay gần như 100% phải nhập từ nước ngoài. Sản phẩm chỉ khâu tự tiêu phủ nano bạc do công ty cổ phần nhà máy thiết bị y học và vật liệu sinh học chế tạo ra đời sẽ cung cấp một phần chỉ khâu phẫu thuật tự tiêu với giá thành rẻ hơn, kết quả nghiên cứu của đề tài cũng từng bước góp phần nội địa hóa các sản phẩm y tế.

Để đảm bảo tính kháng khuẩn, nhóm các nhà khoa học của công ty cổ phần nhà máy thiết bị y học và vật liệu sinh học đã cho phủ một lớp nano bạc lên chỉ. Hiệu quả kháng khuẩn đã được đánh giá trong thử nghiệm với các chủng vi khuẩn thường gặp trong nhiễm trùng ngoại khoa. Tuy nhiên để đánh giá an toàn sinh học cho sản phẩm, đặc biệt là chỉ khâu phẫu thuật có phủ nano bạc, chúng tôi tiến hành nghiên cứu độc lập đánh giá khả năng gây độc cho tế bào và gene của hai loại chỉ PGA và PG910. Đây cũng là một tiêu chí bắt buộc phải thử nghiệm đối với sản phẩm cấy ghép y tế theo TCVN và ISO 10993.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 . Đối tượng:

Dòng tế bào HEK293 - là dòng tế bào thận phôi người (Human Embryonic Kidney)

Dòng tế bào nguyên bào sợi chuột STO

2.2 . Vật liệu

Có 2 loại chỉ tẩm phủ Nano bạc: PGA, PG910.

2.3. Phương pháp và quy trình thực hiện

2.3.1 Chuẩn bị tế bào

- Dòng tế bào HEK293: là dòng tế bào thận phôi người (Human Embryonic Kidney), là một dòng tế bào thương mại được sử dụng phổ biến trong các nghiên cứu trên tế bào, đặc biệt là chuyển nạp gen, biểu hiện protein và đánh giá độc tính của hóa chất-vật liệu. Tế bào được dùng thử nghiệm có nguồn gốc từ ATCC và lưu giữ trong ngân hàng tế bào, bộ môn Sinh học Tế

bào, khoa Sinh học, trường ĐHKHTN. Tế bào HEK293 có hình dạng đa giác, khả năng phân chia mạnh và sức sống ổn định qua nhiều lần cấy chuyển. Môi trường nuôi cấy được chuẩn bị như trong Bảng 2.1.2.

- Dòng tế bào nguyên bào sợi chuột, sử dụng để đánh giá độc tính gene, được duy trì trong điều kiện 37°C, 5% CO₂. Nồng độ chất thử với cả mẫu chỉ khâu PGA và PG910 đều được sử dụng trong thí nghiệm là 10,4 mg/ml. 10⁴ tế bào được cấy vào mỗi giếng của đĩa 96. Sau 24 giờ, vật liệu được thêm vào và ủ cùng tế bào trong 48 giờ bên trong tủ nuôi cấy tế bào ở 39°C, 5% CO₂ và độ ẩm bão hòa. Sau đó, tế bào được thu ở dạng tế bào đơn, rửa bằng PBS và chuyển vào dung dịch agarose nóng chảy thấp để tiến hành thử nghiệm đánh giá độc tính di truyền bằng Comet assay.

2.3.2 Dụng cụ và thiết bị nuôi cấy tế bào:

Chai nuôi cấy T25, pipette và tip 1000µl, tip 200 µl, tip 10 µl, buồng đếm tế bào, tủ ấm nuôi tế bào (37°C, 5%CO₂), máy ly tâm Hettich EBA 270.

- Một số hóa chất khác: PBS, Trypsin 0.25%/EDTA 0.02%

Môi trường nuôi cấy: DMEM high glucose, 10% FBS, Penicillin, Streptomycin

- Hoạt hóa và nuôi cấy tế bào HEK293 trong 1-2 tuần với 3 lần cấy chuyển để ổn định dòng tế bào trước khi tiến hành kiểm tra tác động của vật liệu.

2.3.3 Chuẩn bị mẫu vật liệu

- Dụng cụ nghiền mẫu gồm: Cắt nhỏ dùng phanh gấp mẫu, đĩa petri đựng mẫu và ống eppendorf (chứa mẫu sau khi nghiền). Tất cả các dụng cụ đều phải được khử trùng ướt (121°C, 20 phút) và sấy khô trước khi sử dụng.

- Các vật liệu thử nghiệm được cắt nhỏ bằng cơ học. Sau khi nghiền nhỏ, các mẫu được đựng trong ống Eppendorf 1.5mL, khử trùng trước khi pha vào trong môi trường nuôi tế bào để phòng tránh trường hợp bị nhiễm vi khuẩn khi xử lý nghiền mẫu.

2.3.4 Các bước tiến hành

-Đánh giá tác động lên sức sống tế bào bằng MTT Assay Kit

Quy trình:

- Cấy chuyển tế bào lên đĩa 96 giếng với mật độ tế bào 3000 tế bào/giếng

- Pha vật liệu vào trong môi trường nuôi cấy theo một dải nồng độ giảm dần.

Bảng 3. Dải nồng độ các vật liệu

Tên vật liệu	Dải nồng độ (mg/mL)				
PGA - Tắm 3 lần	1.2	2.2	3.1	5.2	8.4
PG910 - Tắm 3 lần	1.7	3.2	4.6	6.3	10.4

Sau 24h cấy chuyển tế bào, hút bỏ môi trường cũ, bổ sung môi trường chứa vật liệu vào giếng. Mỗi nồng độ vật liệu được tra vào 3 giếng để đảm bảo dữ liệu thu được đạt độ lặp lại có tính thống kê. Đối chứng âm là 3 giếng chứa tế bào chỉ nuôi môi trường bình thường không chứa vật liệu.

- Ủ đĩa vào tủ nuôi cấy trong 24 tiếng.
- Sau đó, bổ sung 0,1mg (50 μ L dung dịch 2mg/mL) MTT vào mỗi giếng
- Tiếp tục ủ trong tủ 37⁰ C trong 4h.
- Sau đó hút bỏ một cách nhẹ nhàng cẩn thận môi trường trong giếng
- Bổ sung 150 μ L dimethylsulfoxit vào mỗi giếng để hòa tan các tinh thể formazan.
- Đo ở bước sóng 540nm

-Đánh giá khả năng gây độc tính gen bằng phương pháp Comet assay

- Quy trình:

- Phơi nhiễm tế bào với vật liệu

Tế bào được chuẩn bị như mô tả ở phần phương pháp và phơi nhiễm với vật liệu chỉ khâu trong 48 giờ. Sau đó, tế bào được rửa bằng PBS và thu lại bằng cách xử lý với enzym trypsin rồi ly tâm. Tế bào được huyền phù trở lại bằng PBS để được dưới dạng tế bào đơn.

- Chuẩn bị lam kính cho điện di tế bào đơn

- Xử lý mẫu tế bào

- Ly giải và điện di

- Nhuộm tế bào và phân tích hình ảnh hiển vi

Rửa lại lam kính đã điện di với PBS 2 – 3 lần, nhuộm tế bào với Hoechst 33342 trong 15 phút trong hộp tối, rửa lại lam 2 – 3 lần trước khi đem soi dưới kính hiển vi huỳnh quang. Hình ảnh ADN tế bào sau điện di được chụp ảnh lại và phân tích sự tổn thương ADN bằng cấu trúc đuôi dạng sao chổi. Mỗi mẫu sẽ được phân tích 60 tế bào và tính tỷ lệ các tế bào có tổn thương ADN.

Chấm điểm và xử lý kết quả comet:

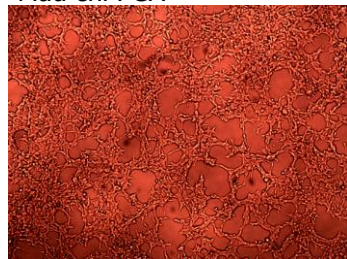
Chúng tôi sẽ chấm điểm (score) tự động các comet trên hình sử dụng phần mềm CometScore Pro ver 2.0 (Tritek, Sumerduck, VA, USA). Chương trình cho phép tự động bắt tất cả các điểm có cường độ pixel (Pixel intensity) lớn hơn mức độ nền.

Để so sánh thống kê giữa các nhóm phơi nhiễm chỉ nhân tạo với đối chứng, chúng tôi sử dụng Dunnet's test, với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$. Đánh giá thống kê được thực hiện trong chương trình Graphpad Prism 6.0.

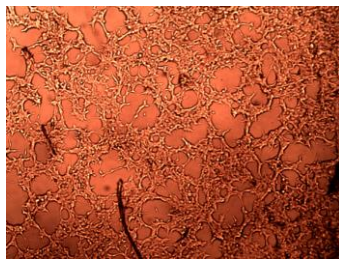
3. Kết quả và phân tích

3.1. Khả năng gây độc cho tế bào

- Mẫu chỉ PGA



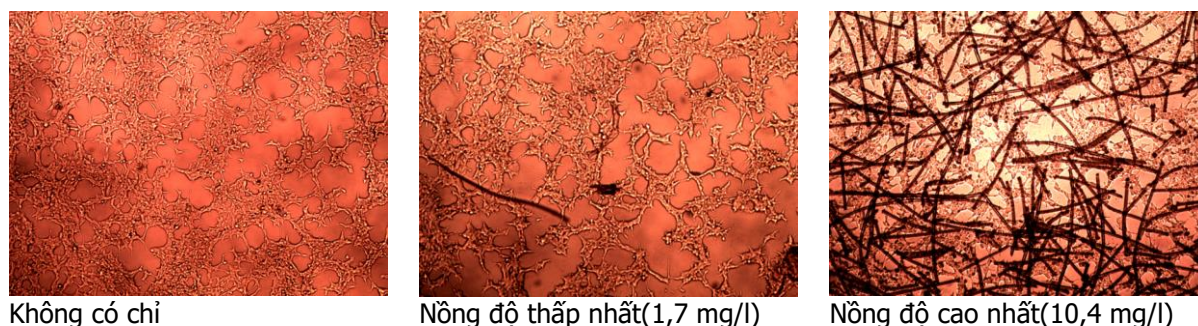
Không có chỉ
-Mẫu chỉ PG910



Nồng độ thấp nhất: 1.2mg/ml



Nồng độ cao nhất: 8.4mg/ml



Hình 3. Hình ảnh tế bào HEK293 sau 48 giờ phơi nhiễm ở ba nhóm: nhóm chứng (không tiếp xúc với chỉ), nhóm tiếp xúc với chỉ PGA, và chỉ PG910 ở nồng độ khác nhau

Từ hình ảnh chụp tế bào và so sánh với giếng đối chứng, có thể thấy rằng không có sự tác động của vật liệu chỉ PGA, PG 910 lên sức sống của tế bào HEK293. Tế bào ở tất cả các giếng đều có hình thái tế bào và mức độ tăng sinh bình thường. Quan sát trong ảnh có thể thấy được các mảnh sợi vật liệu nhỏ không tan trong môi trường nuôi cấy vì tính chất vật lý của bản thân vật liệu. Sức sống của tế bào không bị ảnh hưởng sau khi phơi nhiễm với vật liệu chỉ nhân tạo mẫu PGA kể cả ở những giếng có nồng độ vật liệu rất cao là 10,4 mg/l.

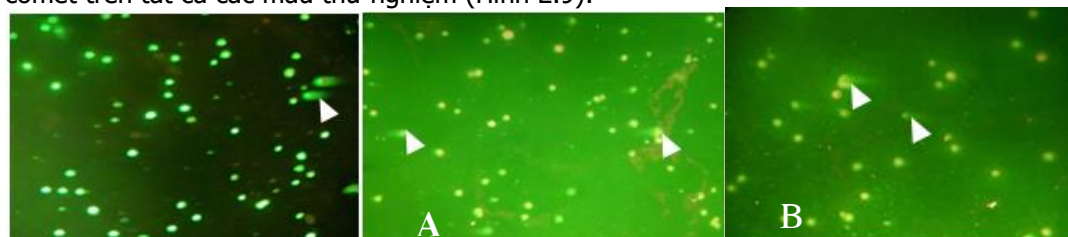
Đánh giá tương tự về ảnh hưởng của mẫu PG910 thông qua hình thái tế bào, có thể thấy không có sự ảnh hưởng đáng kể của vật liệu lên sức sống tế bào.

Kết quả thử nghiệm cả 2 mẫu vật liệu chỉ nhân tạo PGA, PG910 - Phủ Nano bạc 3 lần, sử dụng trong y tế đều chưa thấy có tác động gây chết đối với tế bào HEK293 ở mức độ quan sát hình thái đối với các nồng độ đã thử nghiệm.

3.2 Khả năng gây độc cho gene

Kết quả hình ảnh comet assay

Dựa trên ảnh chụp từ kính hiển vi huỳnh quang, chúng tôi quan sát được sự xuất hiện của các đuôi comet trên tất cả các mẫu thử nghiệm (Hình 2.9).



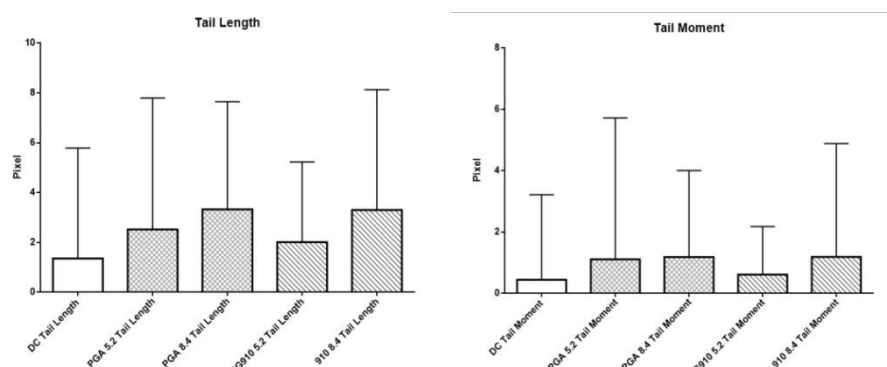
Hình ảnh comet và tế bào dưới kính hiển vi huỳnh quang.

A. Đối chứng, B. PGA 8.4 mg/ml, C. PG910 8.4 mg/ml

Mũi tên màu trắng trong hình chỉ vào các comet (hình sao chổi).

Hình dạng sao chổi xuất hiện ở tất cả các ảnh với mức độ thấp.

Cả 2 đồ thị về độ dài đuôi (Tail length) và Tail moment đều cho thấy có sự nhỉnh hơn của 4 mẫu thử



Hình 2.11: So sánh độ dài đuôi (Tail length) và giá trị đại diện Tail Moment

chỉ nhân tạo so với đối chứng, tuy nhiên ở mức độ tin cậy 95%, sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê.

Từ kết quả này, PGA có thể có ảnh hưởng lên DNA của tế bào, khiến xuất hiện nhiều đứt gãy nhiều hơn, từ đó khiến cường độ của phần đuôi lớn hơn và kết quả thu được có lượng Tail DNA nhiều hơn, tuy nhiên những ảnh hưởng này chưa đủ lớn nên sự khác biệt về Tail length và Tail moment là không đáng kể.

4. Kết luận chung

Cả hai loại chỉ PGA và PG910 tẩm nano bạc sau khi phơi nhiễm với tế bào thận phôi người và tế bào gốc trung mô phân lập từ dây rốn trẻ sơ sinh với thời gian và nồng độ khác nhau, so sánh với mẫu đối chứng (tế bào cùng loại nhưng không phơi nhiễm với bất cứ vật liệu nào) đều không thấy sự khác biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khoo JK, MD, Jae H.T. Lee, MD, MSc, Patrick H. Lam, MD, PhD, Ai-Qun Wei, MD, PhD, Jonathan Ronquillo, MD, FPOA, George A.C. Murrell, MD, DPhil (2019). Cytotoxicity and biomechanics of suture anchors used in labral repairs. JSES Open Access.; 3(1): 29–36.
2. Hayashida K, Yoneda M, Mizuno N, Fukushima S, Nakagawa S (2006). Arthroscopic Bankart repair with knotless suture anchor for traumatic anterior shoulder instability: results of short-term follow-up. Arthroscopy;22:620 - 6.
3. Milano G, Grasso A, Santagada DA, Saccomanno MF, Deriu L, Fabbriani C (2010). Comparison between metal and biodegradable suture anchors in the arthroscopic treatment of traumatic anterior shoulder instability: a prospective randomized study. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc ;18:1785 - 91.
4. Miller RA, Brady JM, Cutright DE (2007). Degradation rates of oral resorbable implants (polylactates and polyglycolates): rate modification with changes in PLA/PGA copolymer ratios. J Biomed Mater res;11:711-9.
5. Mueller MB, Fredrich HH, Steinhauser E, Schreiber U, Arians A, Imhoff AB (2005). Biomechanical evaluation of different suture anchors for the stabilization of anterior labrum lesions. Arthroscopy;21:611- 9.

SO SÁNH HIỆU QUẢ HỖ TRỢ HOÀNG THỂ BẰNG PROGESTERONE VI HẠT ĐẶT ÂM ĐẠO ĐƠN THUẦN VÀ KẾT HỢP VỚI DYDROGETERONE ĐƯỜNG UỐNG TRONG CHUYỂN PHÔI TƯƠI

Nguyễn Thị Xuyên*, Nguyễn Xuân Hợi**, Nguyễn Việt Tiến**

*Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec,

**Bệnh viện phụ sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả thai nghén của hỗ trợ hoàng thể bằng progesterone vi hạt đặt âm đạo (MVP) đơn thuần và kết hợp với dydrogesterone (DYD) đường uống trong chuyển phôi tươi.

Phương pháp: Nghiên cứu thu thập được 320 bệnh nhân trong TTTON đủ tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ, sử dụng MVP đơn thuần (156 chu kỳ) hoặc MVP kết hợp DYD (164 chu kỳ). Sau đó sử dụng phương pháp phân tích thiên hướng để lựa chọn được hai nhóm đồng nhất với nhóm MVP đơn thuần (94 chu kỳ) và MVP kết hợp DYD (99 chu kỳ). Tất cả bệnh nhân ≤ 35 tuổi có dự trữ buồng trứng bình thường được sử dụng phác đồ antagonist. Bệnh nhân được chuyển phôi tươi trong đó có ít nhất 01 phôi tốt. **Kết quả:** Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ở hai nhóm là tương đương nhau. Đặc điểm phôi chuyển của hai nhóm nghiên cứu là tương tự nhau. Kết quả thai nghén của nhóm hỗ trợ hoàng thể bằng MVP kết hợp DYD cao hơn so với nhóm MVP đơn thuần, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê: Tỷ lệ β hCG dương tính (MVP đơn thuần: 57,4% , MVP kết hợp DYD: 65,7% $p>0,05$); Tỷ lệ làm tổ : (MVP đơn thuần: 31,2%, MVP kết hợp DYD: 33,1%

$p > 0,05$); Tỷ lệ thai lâm sàng: (MVP đơn thuần: 54,3%, MVP kết hợp DYD: 61,6% $p > 0,05$); Tỷ lệ thai diễn tiến: (MVP đơn thuần: 53,2%, MVP kết hợp DYD: 59,6% ($p > 0,05$); Tỷ lệ có thai ra máu âm đạo: (MVP đơn thuần: 27,5%, MVP kết hợp DYD: 32,8% $p > 0,05$). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu phối hợp dydrogesterone và progesterone vi hạt trong hỗ trợ hoàng thể cho kết quả khả quan về tỷ lệ thai lâm sàng và thai diễn tiến. Dydrogesterone là một progesterone với liều thấp thông qua cơ chế miễn dịch đã mang đến một đường dùng thân thiện, hiệu quả trong hỗ trợ hoàng thể.

- **Từ khoá: Dydrogesterone, Progesterone vi hạt đặt âm đạo, antagonist, Hỗ trợ hoàng thể, thụ tinh trong ống nghiệm.**

ABSTRACT

Comparison of the efficacy of simple micronized vaginal progesterone versus add to oral dydrogesterone for luteal phase support at National ART Center 2018- 2019

Objective: To compare two groups of patients using simple micronized vaginal progesterone (MVP) versus MVP added to oral dydrogesterone (DYD) for luteal phase support in fresh embryo transfer (ET). **Methods:** Three hundred twenty patients undergoing IVF-ET were collected from two groups, receiving either simple MVP (156 cycles) or MVP added to DYD (164 cycles) for ovarian stimulation. After that, using propensity score analysis to get two homogeneous groups, 94 patients for simple MVP group and 99 patients for MVP added to DYD. Patients less than 35 years old with normal ovarian reserve who undergoing antagonist protocol in IVF was randomized. Patients were performed fresh embryo transfer with at least 01 good embryo. **Results:** The clinical and paraclinical characteristics of patients are similar among two groups of patients. The embryo transfer characteristic of two groups was similar. The outcome of MVP added to oral DYD group was higher than simple MVP group, with β hCG rate is positive (MVP: 57,4% , MVP added to DYD: 65,7% $p > 0,05$); implantation rate (MVP: 31,2%, MVP added to DYD: 33,1% $p > 0,05$); clinical pregnancy rate (MVP: 54,3%, MVP added to DYD: 61,6% $p > 0,05$); pregnancy rate at 12 weeks of gestation (MVP: 53,2%, MVP added to DYD: 59,6% $p > 0,05$); vaginal spotting during the first trimester of gestation (MVP: 27,5%, MVP added to DYD: 32,8% $p > 0,05$)

Conclusions: Data from the study shows that using MPV plus oral DYD for luteal phase support suggested satisfactory results with clinical pregnancy and pregnancy rate at 12 weeks of gestation. DYD is low dose progesterone stimulate immunity systems to bring friendly, effectively way in luteal phase support.

- **Keywords: Dydrogesterone, Micronized Vaginal Progesterone, Antagonist, Luteal phase support, IVF.**

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hỗ trợ hoàng thể được thực hiện thường quy và đóng vai trò quyết định tỷ lệ có thai của một chu kỳ TTTN[1]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng pha hoàng thể bị thiếu hụt, ngăn lại trong các phác đồ kích thích buồng trứng (KTBT). Thông qua cơ chế phản hồi âm lên tuyến yên, progesterone và estradiol ức chế sự sản xuất FSH, LH từ tuyến yên gây hiện tượng thiếu LH làm cho hoàng thể

thiếu kích thích, chức năng hoàng thể bị suy giảm, giảm tiết progesterone và pha hoàng thể bị ngắn lại [2],[3]. Đây là lý do mà một chu kỳ chuyển phôi tươi luôn cần chú trọng hỗ trợ kéo dài pha hoàng thể.

Hiện nay, có nhiều nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh bổ sung progesterone trong pha hoàng thể làm cải thiện rõ ràng tỷ lệ thai sinh sống [4]. Bổ sung progesterone đường đặt âm đạo được chứng minh có tác dụng chính tại chỗ hướng theo chiều dọc từ âm đạo, cổ tử cung, thân và đáy tử cung. Micronized vaginal progesterone (MVP) 800mg mỗi ngày luôn là thuốc đầu tay trong hỗ trợ hoàng thể [5],[6].

Hai năm gần đây, dydrogesterone (DYD) là một thuốc được biết đến trong điều trị dọa sảy thai, sảy thai liên tiếp đã được đưa vào sử dụng trong hỗ trợ sinh sản. DYD đường uống đã được chứng minh có hiệu quả cao trong hỗ trợ hoàng thể thông qua cơ chế miễn dịch. Trên thế giới, có nhiều quốc gia đã đồng thuận sử dụng DYD cho hỗ trợ hoàng thể; Tại Việt Nam, lĩnh vực TTTON đã được Bộ Y Tế chấp thuận sử dụng DYD từ tháng 7 năm 2018.

Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm đã công bố trên tạp chí Human Reproduction năm 2017 so sánh hiệu quả hỗ trợ hoàng thể bằng MVP với DYD, kết quả cho thấy DYD có hiệu quả tương đương MVP trong hỗ trợ hoàng thể [7]. Vậy việc sử dụng MVP 800mg đặt âm đạo kết hợp với DYD 20mg đường uống mỗi ngày vừa có tác dụng hỗ trợ hoàng thể tại chỗ, vừa tác động lên cơ chế miễn dịch có làm cải thiện tỷ lệ có thai trong chuyển phôi tươi hay không?

Để đánh giá bước đầu giá trị việc sử dụng MVP kết hợp DYD trong hỗ trợ hoàng thể chúng tôi tiến hành nghiên cứu ngày nhằm: So sánh kết quả thai nghén của hỗ trợ hoàng thể bằng progesterone vi hạt đặt âm đạo đơn thuần và kết hợp với dydrogesterone đường uống trong chuyển phôi tươi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh có chỉ định chuyển phôi tươi trong TTTON được KBTB bằng phác đồ GnRH antagonist tại Trung tâm Hỗ Trợ Sinh Sản Quốc Gia năm 2018 - 2019.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có tuổi ≤ 35 , có dự trữ buồng trứng bình thường, được KBTB bằng phác đồ GnRH antagonist, chuyển phôi tươi với ít nhất 01 phôi tốt, mỗi lần chuyển từ 2 đến 3 phôi, Progesterone ngày tiêm hCG: $< 1.5\text{ng/ml}$.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được kích thích bằng phác đồ dài, phác đồ ngắn, thất bại làm tổ nhiều lần, có bệnh lý buồng tử cung như u xơ tử cung, polyp buồng tử cung. Chồng có bất thường tinh dịch đồ nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện ít nhất mỗi nhóm 90 bệnh nhân.

Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi, BMI, thời gian vô sinh, nguyên nhân vô sinh, loại vô sinh, tỷ lệ làm tổ của phôi, tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ thai diễn tiến, tỷ lệ có thai ra máu âm đạo.

- Đặc điểm cận lâm sàng: độ dày niêm mạc tử cung, số phôi và số phôi tốt, nồng độ AMH, FSH, estradiol ngày 2 vòng kinh, nồng độ estradiol, progesteron ngày hCG, tinh dịch đồ, tỷ lệ βhCG dương tính ngày 12 -14 sau chuyển phôi.

Bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist có chỉ định chuyển phôi tươi được hỗ trợ hoàng thể bằng MVP đơn thuần và kết hợp với DYD. Thời gian hỗ trợ hoàng thể từ ngày chọc hút noãn. Bệnh nhân được chuyển phôi tươi ngày 03 và duy trì hỗ trợ hoàng thể đến khi thai 12 tuần. Tỷ lệ có thai được xác định khi thử $\beta\text{hCG} > 5\text{UI}$.

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 SPSS phiên bản 20.0. 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

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 320 người phụ nữ vào ngày chọc hút noãn. Tuy nhiên loại trừ 111 trường hợp đông phôi toàn bộ chuyển phôi đông lạnh. Nghiên cứu còn 209 bệnh nhân tham gia chuyển phôi tươi. Trong số 209 bệnh nhân có 16 trường hợp chuyển phôi mà trong đó không có phôi tốt nào (độ 3 và/ hoặc độ 4). Như vậy, nghiên cứu phân tích 193 chu kỳ chuyển phôi tươi của 193 người phụ nữ, phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn. 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 MVP	Nhóm MVP+DYD	P
Tuổi	29,15 ± 3,07	29,11 ± 3,25	0,934
BMI	20,67 ± 1,90	20,83 ± 2,72	0,635
Thời gian vô sinh	4,18 ± 2,59	3,84 ± 2,53	0,361
AMH trung bình	3,42 ± 1,88	3,66 ± 2,31	0,808
AFC trung bình	11,84 ± 3,86	11,87 ± 5,30	0,966

2. Đặc điểm phôi được chuyển phôi

Bảng 2: Đặc điểm phôi được chuyển phôi

Phân độ phôi	Nhóm MVP		Nhóm MVP + DYD		p
	n = 260	%	n = 272	%	
Số phôi tốt (độ 3 và độ 4)	235	90,38	246	90,44	P=0,982
Số phôi xấu (độ 1 và độ 2)	25	9,62	26	9,56	
Số phôi tốt (độ 3 và độ 4) trung bình được chuyển $\bar{X} \pm SD$	2,50 ± 0,65		2,48 ± 0,76		P=0,882
Số phôi chuyển trung bình $\bar{X} \pm SD$	2,77 ± 0,50		2,75 ± 0,59		P=0,815

Phôi được chuyển của cả hai nhóm chủ yếu là phôi tốt độ 3 và độ 4, nhóm MVP không chuyển phôi nào rất xấu tương đương độ 1. Không có sự khác biệt với $p>0,05$. Mỗi bệnh nhân được chuyển ít nhất một phôi tốt độ 3 hoặc độ 4 phù hợp tiêu chuẩn chọn bệnh nhân của nghiên cứu. Không có sự khác biệt về trung bình số phôi tốt (độ 3, độ 4) giữa nhóm MVP (2,50 ± 0,65) và nhóm MVP kết hợp DYD (2,48 ± 0,76); cũng như số phôi trung bình giữa 2 nhóm hỗ trợ hoàng thể với $p>0,05$ (bảng 2).

3. Kết quả thai nghén

Bảng 3: So sánh tỷ lệ có thai của hai nhóm nghiên cứu

Tỷ lệ có thai	Nhóm MVP		Nhóm MVP + DYD		p
	n	%	n	%	
Tỷ lệ β hC G dương tính	54/94	57,4	65/99	65,7	0,241
Tỷ lệ làm tổ	81/260	31,2	90/272	33,1	0,633
Tỷ lệ thai lâm sàng	51/94	54,3	61/99	61,6	0,300
Tỷ lệ thai diễn tiến	50/94	53,2	59/99	59,6	0,370
Tỷ lệ có thai ra máu âm đạo	14/51	27,5	20/61	32,8	0,541

Tỷ lệ beta hCG dương tính cao hơn ở nhóm sử dụng progesterone vi hạt đặt âm đạo kết hợp với uống dydroprogesterone. Không có sự khác biệt về tỷ lệ có thai này giữa hai nhóm hỗ trợ hoàng thể với $P>0,05$.

Tỷ lệ làm tổ của phôi ở nhóm sử dụng progesterone vi hạt đặt âm đạo kết hợp với uống dydroprogesterone cao hơn nhóm progesterone vi hạt đặt âm đạo đơn thuần. Không có sự khác biệt về tỷ lệ làm tổ giữa hai nhóm nghiên cứu với $P>0,05$ độ tin cậy 95%.

Tỷ lệ có thai lâm sàng cao hơn ở nhóm sử dụng progesterone vi hạt đặt âm đạo kết hợp với uống dydroprogesterone. Không có sự khác biệt về tỷ lệ có thai lâm sàng giữa hai nhóm hỗ trợ hoàng thể bằng MVP và MVP kết hợp DYD với $p>0,05$.

Tỷ lệ có thai diễn tiến cao hơn ở nhóm sử dụng progesterone vi hạt đặt âm đạo kết hợp với uống dydroprogesterone. Không có sự khác biệt về tỷ lệ có thai diễn tiến giữa hai nhóm hỗ trợ hoàng thể bằng MVP và MVP kết hợp với DYD với $p>0,05$.

Tỷ lệ có thai được hỗ trợ hoàng thể bằng progesterone vi hạt đặt âm đạo đơn thuần mà có biểu hiện ra máu thấp hơn ở nhóm sử dụng kết hợp với dydrogesterone. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Đối với mọi chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm, kết quả quan trọng nhất là tỷ lệ có thai. Hỗ trợ hoàng thể tại trung tâm Hỗ trợ sinh sản quốc gia được thực hiện từ ngày chọc hút noãn. Sau 12 – 14 ngày chuyển phôi, người phụ nữ sẽ xác định tình trạng có thai bằng xét nghiệm β hCG máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ β hCG dương tính khá cao ở cả hai nhóm: Nhóm MVP là 57,4% so với nhóm MVP kết hợp DYD là 65,7%, tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ beta hCG dương tính trong nghiên cứu của Lotus I công bố trên Human Reproduction 2017 so sánh giữa nhóm uống DYD đơn thuần 47,1% so với nhóm đặt MVP đơn thuần 45,5%[7]. Và cao hơn tỷ lệ có thai trong nghiên cứu của Lotus II trên Human Reproduction 2018 (47,4% beta hCG dương tính ở nhóm uống DYD đơn thuần so với 43,8% beta hCG dương tính ở nhóm MVP dạng gel đơn thuần[8]. Lý giải về tỷ lệ có thai cao hơn có thể là trong sự lựa chọn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều là phụ nữ trẻ tuổi ≤ 35 có dự trữ buồng trứng bình thường, phôi chuyển có ít nhất 01 phôi tốt. Còn trong nghiên cứu của nhóm tác giả người Đức đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 18 đến 42 tuổi, trong đó 71,9% bệnh nhân có tuổi ≤ 35 . Ngoài ra trong nghiên cứu, chúng tôi cũng nhận thấy rằng tỷ lệ có thai của nhóm hỗ trợ hoàng thể bằng MVP đặt âm đạo kết hợp với DYD đường uống cao hơn tỷ lệ có thai của nhóm MVP đơn thuần. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$ và đây mới chỉ là sự khởi đầu của quá trình hỗ trợ làm tổ.

Theo ICMART trên tạp chí Human Reproduction năm 2009[9], tỷ lệ làm tổ của phôi được định nghĩa là số lượng túi ối quan sát thấy trên siêu âm ở tuần thứ 6 của thai kỳ chia cho tổng số phôi mà bệnh nhân được chuyển vào buồng tử cung. Bên cạnh việc có được những phôi chất lượng tốt, hay xác định được cửa sổ làm tổ để đặt phôi, thì hỗ trợ hoàng thể sau chuyển phôi đóng một vai trò hết sức quan trọng trong việc nuôi dưỡng phôi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ làm tổ của phôi ở cả hai nhóm là như nhau; mặc dù tỷ lệ làm tổ ở nhóm hỗ trợ hoàng thể bằng MVP kết hợp với DYD (33,1%)

cao hơn tỷ lệ làm tổ ở nhóm MVP đơn thuần (31,2%) nhưng không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Nhìn lại đặc điểm phôi chuyển trong nghiên cứu, có trên 90% số phôi được chuyển của cả hai nhóm là phôi tốt (độ 3, độ 4). Như vậy, để có hiệu quả cao trong kết cục thụ tinh trong ống nghiệm thì vai trò của phôi vẫn luôn rất quan trọng.

Tại Việt Nam, số chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm hiện nay vào khoảng trên 15.000 chu kỳ/ năm, cao nhất trong khu vực Đông Nam Á. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ có thai lâm sàng sau chuyển phôi tươi được hỗ trợ hoàng thể bằng MVP kết hợp với DYD là 61,6% cao hơn so với nhóm chỉ sử dụng MVP để hỗ trợ hoàng thể với tỷ lệ thai lâm sàng là 54,3%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong một loạt các nghiên cứu Lotus thử nghiệm lâm sàng có đối chứng của nhóm tác giả người Đức công bố trên tạp chí Human Reproduction, nghiên cứu Lotus I năm 2017 tỷ lệ thai lâm sàng của nhóm MVP đặt đơn thuần (35,4%) cũng thấp hơn nhóm sử dụng DYD uống đơn thuần, kết quả tương tự với nghiên cứu Lotus II năm 2018. Như vậy, cần có nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn để thấy được vai trò của dydrogesterone trong hỗ trợ hoàng thể. Bởi chúng ta đã được biết trong y văn ghi nhận sự tác động của dydrogesterone lên cân cân tỷ lệ Th1 và Th2, và chính dydrogesterone đã đang được sử dụng rộng rãi trong việc điều trị dọa sảy thai trong quý đầu thai kỳ. Tại Trung Tâm Hỗ Trợ sinh sản quốc gia người phụ nữ sau chuyển phôi sẽ được hỗ trợ hoàng thể đến thai 12 tuần. Tỷ lệ thai diễn tiến (thai 12 tuần) ở nhóm được hỗ trợ hoàng thể bằng MVP kết hợp DYD (59,6%) là cao hơn so với nhóm hỗ trợ hoàng thể bằng MVP (53,2%); không có sự khác biệt về tỷ lệ này với $p > 0,05$. Tương tự như phần bàn luận so sánh tỷ lệ có thai lâm sàng của hai nhóm nghiên cứu, tỷ lệ có thai diễn tiến của chúng tôi cao hơn hẳn so với tỷ lệ có thai diễn tiến trong nghiên cứu Lotus I, II (33.1%)[7],[43]. Trong nghiên cứu Lotus III đã phân tích cộng gộp kết hợp kết quả của nghiên cứu Lotus I,II của Giáo sư Christophe Blockeel tại hội nghị ASRM – Hội Y học sinh sản Mỹ, tác giả đã trình bày kết quả DYD đường uống có liên quan đến tỷ lệ thai phát triển và tỷ lệ trẻ sinh sống trên mỗi 1000 phụ nữ cao hơn có ý nghĩa so với MVP ($p < 0,05$).

Ra máu âm đạo trong thai kỳ, đặc biệt là ba tháng đầu thai kỳ thường xuyên làm cho người bác sỹ lâm sàng phải suy nghĩ đến nguy cơ sảy thai của người bệnh. Như chúng ta đã biết sau khi chọc hút noãn làm thụ tinh ống nghiệm hoàng thể sẽ suy giảm nhanh chóng dẫn đến giảm tiết progesterone. Những dấu hiệu ra máu âm đạo của thai lâm sàng cũng có thể do việc hỗ trợ hoàng thể: người bệnh đã đặt thuốc đúng chưa, đủ chưa, hay sự hấp thụ progesterone tại âm đạo người phụ nữ có tốt hay không. Bên cạnh đó, người phụ nữ làm thụ tinh ống nghiệm thường có tâm lý nhạy cảm và căng thẳng hơn so với những người có thai tự nhiên, vậy nên dễ gây ra những cơn co bóp tử cung gây ra máu âm đạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm hỗ trợ hoàng thể bằng MVP có 14/51(27.5%) trường hợp ra máu âm đạo ở những bệnh nhân có thai lâm sàng; Còn nhóm được hỗ trợ hoàng thể bằng MVP kết hợp DYD có 20/61(32.8%) trường hợp ra máu âm đạo. Như vậy, nhóm hỗ trợ hoàng thể bằng MVP có tỷ lệ thai lâm sàng ra máu âm đạo ít hơn so với nhóm MVP kết hợp DYD, nhưng sự khác biệt về tỷ lệ này không có ý nghĩa thống kê. Câu hỏi đặt ra là liệu DYD có làm cho người phụ nữ có thai có những phản ứng ra máu nhiều hơn không. Cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá sự khác biệt này. Tuy nhiên, chúng ta đã biết DYD đóng vai trò quan trọng trong điều trị sảy thai nhiều năm nay, do nó tham gia vào quá trình cân bằng yếu tố Th1 với Th2.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu phối hợp dydrogesterone và progesteron vi hạt trong hỗ trợ hoàng thể cho kết quả khả quan về tỷ lệ thai lâm sàng và thai diễn tiến.

Dydrogesterone là một progesterone với liều thấp thông qua cơ chế miễn dịch đã mang đến một đường dùng thân thiện, hiệu quả trong hỗ trợ hoàng thể.

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. **Van der Linden M, Buckinham K, Farquha C, Kremer JA, Metwally M (2011)**, Luteal phase support for assisted reproduction cycles, Database Syst Rev. (10): CD009154
2. **Vương Thị Ngọc Lan (2013)**, Hỗ trợ hoàng thể trong điều trị vô sinh, Nội tiết sinh sản, Chủ biên: Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Nhà Xuất Bản Y Học, Trang. 349-363

3. **Thi Ngoc Lan Vuong , Manh Tuong Ho, Tan Duc Ha, Huy Tuan Phung, Gia Bao Huynh, Peter Humaidan, (2015)** Gonadotropin-releasing hormone agonist trigger in oocyte donors co-treated with a gonadotropin-releasing hormone antagonist: a dose-finding study, Fertil Steril 318-323
4. **VTN Lan, PH Tuan , LT Canh , HM Tuong , CM Howles, (2008)** ,Progesterone supplementation during cryopreserved embryo transfer cycles: efficacy and convenience of two vaginal formulations, Vol 17. No 3. 2008 318-323 Reproductive BioMedicine Online
5. **Edwards RG, Streptoe PC, Purdy Jm (1980)**, Establishing full-term human pregnancies using cleaving embryos grown in vitro. Br J Obstet Gynaecol 87:737-756.
6. **Vương Thị Ngọc Lan (2011)**, Kích thích buồng trứng và các tác động trên kết quả kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, Thụ tinh trong ống nghiệm, Chủ biên: Hồ Mạnh Tường, Đặng Quang Vinh, Vương Thị Ngọc Lan, Nhà xuất bản giáo dục, Trang. 343-362.
7. **Tournaye H, Sukhikh G, Kahler E, Griesinger G (2017)**, A Phase III randomized controlled trial comparing the efficacy, safety and tolerability of oral dydrogesterone versus micronized vaginal progesterone for luteal support in in vitro fertilization, Hum Reprod.32(5):1019-1027.
8. **Georg G , Christophe B, Gennady T, Ameet P , Bharati D , Dong-Zi Yang , Zi-Jiang Chen , Elke K, Claire PF, and Herman T(2018)**, Oral dydrogesterone versus intravaginal micronized progesterone gel for luteal phase support in IVF: a randomized clinical trial. Human Reproduction, Vol.33, No.12 pp. 2212–2221.
9. **The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO), (2009)**, Revised Glossary on ART Terminology, Human Reproduction, Vol.24, No.11 pp. 2683–2687, 2009

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Xuyên

Bệnh viện Đa Khoa Quốc Tế Vinmec Times City

Email: drnguyensexuyen@gmail.com

Điện thoại: 09 06 293 793

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG BIỂU MÔ GIÁC KÉO DÀI

Nguyễn Thùy Dung¹, Lê Xuân Cung², Trịnh Thị Hà³

¹ Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Mắt Trung Ương

³ Trường đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thùy Dung

Email: nguyenthuydung0713@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm tổn thương biểu mô giác kéo dài điều trị tại khoa Kết giác mạc, bệnh viện Mắt Trung ương năm 2018 - 2019

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt ca lâm sàng trên 43 mắt (43 bệnh nhân (BN)) tổn thương biểu mô giác mạc kéo dài điều trị tại khoa Kết giác mạc, bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 6 năm 2019. Thu thập hồi cứu thông tin bệnh sử, quá trình điều trị trước khi vào viện. Mô tả đặc điểm ổ tổn thương giác mạc và các tổn thương liên quan trước khi điều trị.

Kết quả: Tuổi trung bình $56,35 \pm 14,01$. Thời gian mắc bệnh trung bình $48,9 \pm 24,5$ (từ 20 – 132) ngày. Thời gian TTBMGMKD trung bình $19,6 \pm 16,2$ (từ 4 – 90) ngày. Nguyên nhân khởi phát gây tổn thương giác mạc chủ yếu là nhiễm trùng (76,7%), trong đó do virus chiếm 44,2%, vi khuẩn 20,9%. 14/43 mắt tổn thương tái phát. Tổn thương phối hợp gồm khô mắt (20/43 mắt), rối loạn chức năng

tuyến Meibomius (10/43 mắt), giảm cảm giác giác mạc (26/43 mắt), mủ tiền phòng (11/43 mắt). Tất cả đều sử dụng kháng sinh tra mắt liên tục từ khi xuất hiện bệnh, 22/43 mắt sử dụng thuốc kháng virus tại chỗ, 11/43 mắt sử dụng steroid và 18/43 mắt sử dụng NSAID kéo dài. Phần lớn ổ tổn thương có gờ cuộn biểu mô (62,8%). Diện tích tổn thương trung bình $19,01 \pm 11,65 \text{ mm}^2$. Độ sâu tổn thương chủ yếu dưới 2/3 chiều dày giác mạc (90,7%).

Từ khóa: tổn thương biểu mô giác mạc kéo dài, biểu mô hóa.

CHARACTERISTICS OF PERSISTENT CORNEAL EPITHELIAL DEFECT SUMMARY:

Purpose: Characteristics of persistent epithelial defect of cornea at Department of External and Corneal Diseases, Viet Nam National Eye Hospital from 2018 to 2019.

Methods: A series of 43 eyes of persistent corneal epithelial defect (PED) (43 patients) which were treated at Cornea Department, Viet Nam National Eye Hospital from April 2018 to June 2019. The history of disease, treatment progress and clinical features of PED were collected.

Results: Average age was 56.35 ± 14.01 . Median duration of illness was $48,9 \pm 24,5$ (from 20 to 132) days. PED time was 19.6 ± 16.2 days. There was 76,7% of them were positively diagnosed infection, by virus were 44,2%, bacterium were 20,9%. There were 14/43 eyes recurrent. Combined lesions include dry eyes (20/43), MGD (10/43), corneal sensation decrease (26/43), and hypopion (11/43). The topical antibiotic had been used continuously in all eyes. 22/43 eyes were treated with topical antiviral agent, 11/43 eyes were treated with steroid eyedrop and 18/43 eyes were used topical NSAIDs for long time. Almost of cases had elevated border of epithelial defect. The average size of corneal lesion was $19,01 \pm 11,65 \text{ mm}^2$. The depth of the most of PED was less than two third of corneal thickness (90,7%).

Key words: persistent corneal epithelial defect, epithelialisation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương biểu mô giác mạc kéo dài là tình trạng sau khi đã điều trị tích cực loại trừ nguyên nhân gây bệnh mà ổ tổn thương không có biểu hiện biểu mô hóa trong vòng 02 tuần. Mặc dù không phổ biến nhưng chúng có thể gây ra nhiều biến chứng như nhiễm trùng, sẹo giác mạc, thậm chí có thể ăn sâu dần vào nhu mô gây loét thủng, là bệnh lý nan giải với các thầy thuốc nhãn khoa [1], [2].

Cơ chế bệnh sinh của tổn thương biểu mô giác mạc kéo dài thường phức tạp, phối hợp nhiều yếu tố và rất khó xác định trong từng trường hợp cụ thể, vì vậy đến nay vẫn chưa có phương pháp điều trị nào là đặc hiệu cho tình trạng bệnh lý này. Đó có thể là hậu quả của nhiều tình trạng tổn thương khác nhau của giác mạc như viêm loét giác mạc nhiễm trùng, viêm dị ứng miễn dịch, chấn thương, khô mắt, hở mi, giảm cảm giác giác mạc, bỏng ... hay có thể là hậu quả của việc sử dụng một số thuốc nhỏ mắt kéo dài [3].

Việc khai thác bệnh sử, tìm hiểu nguyên nhân ban đầu gây tổn thương giác mạc, các yếu tố thuận lợi hình thành ổ tổn thương, các phương pháp và quá trình điều trị trước đây cũng như đặc điểm của ổ tổn thương biểu mô, tình trạng bề mặt nhãn cầu giúp chúng ta có thể xác định được cơ chế gây bệnh, từ đó có thể định hướng được phương pháp điều trị đúng đắn cho bệnh lý này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm: Nghiên cứu đặc điểm của tổn thương biểu mô giác mạc khó hàn gắn và các yếu tố liên quan

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

43 mắt của 43 BN tổn thương biểu mô giác mạc kéo dài điều trị tại khoa Kết giác mạc, bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 6 năm 2019.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán tổn thương biểu mô giác mạc kéo dài do các nguyên nhân, ở các mức độ khác nhau thỏa mãn yêu cầu sau:

- Nuôi cấy chất nạo ổ loét cho kết quả âm tính với vi khuẩn, nấm, xét nghiệm tế bào học âm tính

- Đã được điều trị nội khoa hết các dấu hiệu viêm cấp trên bề mặt nhãn cầu, ổ tổn thương có dấu hiệu khó hàn gắn với gờ buồn biểu mô bờ ổ loét, đáy trơ, không có biểu hiện biểu mô hóa thêm trong vòng 02 tuần.

• Tiêu chuẩn loại trừ: BN không thu thập được các thông tin quá trình bị bệnh, điều trị trước đây.

2. Phương pháp nghiên cứu

• Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca lâm sàng, mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu

Hồi cứu các thông tin về bệnh sử cũng như quá trình điều trị trước khi vào viện. Khám và mô tả đặc điểm ổ tổn thương, các tổn thương liên quan tại thời điểm nhập viện.

• Quy trình nghiên cứu:

- Hỏi bệnh: thu thập thông tin về:

❖ Tuổi, giới, số lần tái phát

❖ Nguyên nhân khởi phát gây tổn thương biểu mô giác mạc, thời gian mắc bệnh (tính từ khi bệnh nhân xuất hiện triệu chứng cơ năng đầu tiên đến khi bắt đầu dùng huyết thanh), thời gian TTBMGMKD (tính từ khi ổ tổn thương có biểu hiện khó hàn gắn đến khi bắt đầu dùng huyết thanh)

❖ Các phương pháp điều trị đã sử dụng

- Khám bệnh: mô tả đặc điểm ổ tổn thương:

❖ Diện tích tổn thương: được tính bằng cách lấy đường kính lớn nhất của diện khuyết biểu mô nhân với đường kính của diện khuyết vuông góc với nó, đơn vị mm².

❖ Độ sâu tổn thương: chia 3 nhóm: <1/3 chiều dày GM, từ 1/3 đến 2/3 chiều dày GM và ≥ 2/3 chiều dày GM

❖ Tình trạng bờ tổn thương: chia 2 nhóm: bờ gọn và có gờ cuộn biểu mô

❖ Đáy tổn thương: chia 4 nhóm sạch, nhầy, trơ và gờ ghề

❖ Các tổn thương liên quan: khô mắt, rối loạn chức năng tuyến Meibomius, giảm cảm giác giác mạc, mù tiền phòng...: được chia thành 2 nhóm có và không có tổn thương

- Thu thập và xử lý số liệu: số liệu được thu thập bằng bệnh án nghiên cứu và xử lý theo chương trình SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 43 mắt của 43 BN điều trị tại khoa Kết giác mạc - bệnh viện Mắt Trung ương. Tỷ lệ nam/ nữ = 1,15. Tuổi trung bình 56,35 ± 14,01 (từ 24 đến 81 tuổi). Đa số bệnh nhân sống ở nông thôn với tỷ lệ 69,8%.

Bảng 1: Nguyên nhân ban đầu gây tổn thương giác mạc

Nguyên nhân		Số mắt	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng	Virus	19	44,2
	Vi khuẩn	9	20,9
	Nấm	4	9,3
	Microsporidia	1	2,3
Sau phẫu thuật		8	18,6
Chấn thương (bong)		2	4,7
Tổng		43	100

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có nguyên nhân ban đầu gây tổn thương giác mạc liên quan đến nhiễm trùng, chiếm 76,7%. Kết quả này cũng phù hợp với đặc điểm địa dư của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, với 69,8% số bệnh nhân ở vùng nông thôn, nơi chủ yếu là lao động chân tay, ý thức phòng bệnh còn kém và nguy cơ chấn thương trong lao động là cao. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đình Ngân (2014) và Nguyễn Hữu Lê (2002), tỷ lệ tổn thương giác mạc do nhiễm trùng lần lượt là 70,3% và 86,1% [3], [4]. Trong nhóm nguyên nhân

khởi phát do nhiễm trùng, nhóm do virus Herpes chiếm tỉ lệ cao nhất, 44,2%. Theo chúng tôi, kết quả này liên quan đến đặc điểm tổn thương GM do virus có nguy cơ cao tiến triển thành TTBMGMKD. Cơ chế tổn thương giác mạc của nhóm bệnh này ngoài tổn thương trực tiếp mô GM do virus và yếu tố miễn dịch còn do tổn thương thần kinh dinh dưỡng. Tổn thương thần kinh làm giảm cảm giác giác mạc, dẫn đến giảm chế tiết nước mắt, làm suy giảm khả năng tái tạo, tăng sinh tế bào của biểu mô GM do thiếu hụt các chất trung gian hóa học của hệ thần kinh dinh dưỡng như acetylcholin, substance P. Hậu quả làm biểu mô giác mạc chậm liền.

Bảng 2: Các phương pháp điều trị trước đây

Phương pháp điều trị		Số mắt	Tỉ lệ (%)	Thời gian (ngày)
Ngoại khoa	Rửa mắt tiền phòng	1	2,3	
	Gọt giác mạc	3	6,9	
	Ghép màng ối	4	9,2	
	Khâu cò mi	0	0	
Nội khoa	Kháng sinh	43	100	43,46 ± 23,95
	Kháng virus	22	51,1	17,42 ± 21
	Kháng nấm	4	9,2	40,2 ± 15,08
	Steroid	11	25,6	29 ± 19,1
	NSAID	18	41,9	32,4 ± 15,32
	Nước mắt nhân tạo	40	93	28,42 ± 21,3
	Kính tiếp xúc	4	9,2	10,3 ± 15,6

Phân tích việc sử dụng thuốc trước đây của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy các thuốc gây ức chế quá trình biểu mô hóa và các thuốc có chất bảo quản độc với biểu mô còn được sử dụng phổ biến.

Trong 22 trường hợp điều trị thuốc kháng virus có 19 trường hợp nguyên nhân ban đầu gây tổn thương giác mạc là do virus, 02 trường hợp sau phẫu thuật mộng và 01 trường hợp sau ghép giác mạc điều trị sẹo đục giác mạc nghi ngờ do virus. Thuốc kháng virus được sử dụng là mỡ acyclovir 0,3% (Viropus, Hepacy). Thời gian sử dụng thuốc tương đối dài, trung bình là 17,42 ± 21 ngày, có bệnh nhân điều trị tới 70 ngày. Việc sử dụng mỡ acyclovir gây ức chế rõ rệt sự di cư và tăng sinh của tế bào biểu mô giác mạc [5].

Có 4/43 mắt điều trị thuốc tra Amphotret 0,15% với thời gian trung bình tới 40,2 ± 15,08 ngày. Amphotericin B đã được chứng minh gây độc với tế bào biểu mô, làm giảm tỉ lệ biểu mô hóa của giác mạc [6]. Ngoài ra, việc dùng kéo dài thuốc này gây tăng lắng đọng thuốc ở đáy ổ loét, làm cản trở quá trình tái tạo biểu mô, là cơ sở tạo nên tổn thương biểu mô kéo dài trên những bệnh nhân này. 11/43 mắt được sử dụng steroid tra mắt, trong đó có 06 trường hợp sau mổ ghép giác mạc, 02 trường hợp sau chấn thương và 03 trường hợp tổn thương biểu mô do vi khuẩn. Thời gian dùng thuốc trung bình là 29 ± 19,1 ngày, tối đa 90 ngày. Steroid được sử dụng ở 11 bệnh nhân này là dung dịch Maxitrol với chất bảo quản là BAK 0,1%. Thuốc chống viêm NSAID cũng được sử dụng cho 18/43 mắt với thời gian trung bình khá dài, 32,4 ± 15,32 ngày với mục đích giảm đau, chống viêm. Tuy nhiên khi dùng kéo dài chúng không chỉ ức chế liền biểu mô thông qua cơ chế thần kinh dinh dưỡng mà còn gây nhuyễn nhu mô, làm tế bào biểu mô di cư khó liên kết với đáy ổ loét [7]. Hơn nữa, trong số 18 bệnh nhân sử dụng NSAID, chỉ có 8 trường hợp dùng chống viêm Acuvail không có chất bảo quản, còn lại 10 trường hợp sử dụng Indocolyre với chất bảo quản là BAK 0,1%.

Trong nhóm nghiên cứu, các phương pháp đã được áp dụng để điều trị tổn thương biểu mô kéo dài còn rất hạn chế. Có 40/43 mắt được dùng nước mắt nhân tạo khi tổn thương biểu mô giác mạc kéo dài xảy ra. Tuy nhiên, hầu hết bệnh nhân đều sử dụng nước mắt nhân tạo có chất bảo quản (18

trường hợp sử dụng Sanlein với chất bảo quản là BAK và 10 trường hợp sử dụng Systane ultra với chất bảo quản là polyquad). Việc sử dụng thuốc có chất bảo quản đã làm hạn chế hiệu quả của phương pháp này. Chỉ có 4/43 mắt đã ghép màng ối và 4/43 trường hợp sử dụng kính tiếp xúc mềm trong nghiên cứu. Trong 4 bệnh nhân được ghép màng ối, có 2 bệnh nhân bị bong màng ối sau ghép 1 tuần và 2 tuần do bệnh nhân khó chịu nên dụi mắt nhiều, 2 trường hợp còn lại màng ối bám tốt nhưng diện tổn thương ban đầu lớn, quá trình liền biểu mô xảy ra chậm, sau một thời gian thì không biểu mô hóa thêm được nữa hình thành tổn thương biểu mô kéo dài trên diện ghép. Bốn trường hợp dùng kính tiếp xúc đều là sau ghép giác mạc, cơ chế tổn thương biểu mô kéo dài do tổn thương thần kinh dinh dưỡng, trong khi kính chỉ như một lớp băng che bảo vệ bề mặt nhãn cầu, ngăn cản sự cọ sát cơ học của mi mắt, làm giảm sự bốc hơi của phim nước mắt mà không có các yếu tố cần thiết để thúc đẩy quá trình hàn gắn tổn thương nên không có hiệu quả rõ rệt trong những trường hợp này. Đồng thời, nguyên nhân khởi phát gây tổn thương biểu mô trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là nhiễm trùng nên trong nghiên cứu của chúng tôi ít được sử dụng kính tiếp xúc do kính thường phải đặt liên tục và thường trong thời gian dài (đa số là 2 tuần) làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn.

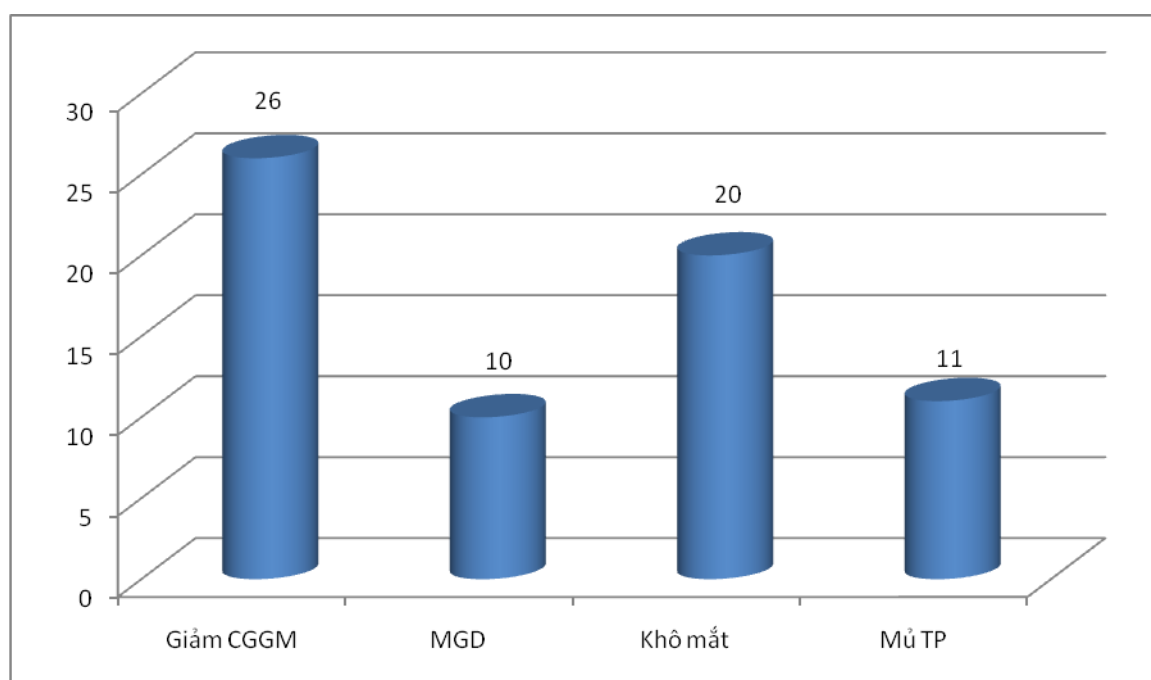
BN trong nghiên cứu có thời gian mắc bệnh khá dài, trung bình $48,9 \pm 24,5$ ngày. Thời gian TTBMGMKD trung bình $19,6 \pm 16,2$ ngày. Không có sự khác biệt về thời gian mắc bệnh và thời gian TTBMGMKD giữa các nhóm nguyên nhân.

Diện tích tổn thương trung bình là $19,01 \pm 11,65 \text{ mm}^2$, tối đa là 49 mm^2 , tối thiểu 04 mm^2 . Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Yoon với diện tích tổn thương trung bình là $7,86 \pm 7,32 \text{ mm}^2$ [8]. Điều này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân khởi phát chủ yếu là do nhiễm trùng (33/43 mắt), độc tố của tác nhân gây bệnh và các men tiêu protein gây phá hủy tổ chức giác mạc làm diện tổn thương rộng hơn, trong khi trong nghiên cứu của Yoon, nguyên nhân nhiễm trùng chỉ có 1/14 mắt.

Độ sâu của tổn thương trong nghiên cứu chủ yếu dưới 2/3 chiều dày giác mạc, chiếm 90,7%. Trong 4 mắt có tổn thương sâu trên 2/3 giác mạc, một mắt được xác định do trực khuẩn gram (-), vi khuẩn này sản xuất ra các men tiêu protein làm tan rã nhanh chóng các phức hợp ngoại bào, tổn thương ăn sâu vào giác mạc. Ba mắt còn lại do Herpes tái phát nhiều lần gây sẹo hóa, làm mỏng tổ chức giác mạc, tổn thương ăn sâu hơn.

Bờ tổn thương biểu mô trong nghiên cứu chủ yếu là có bờ cuộn biểu mô, chiếm 62,8%, kết quả này phù hợp với đặc điểm của tổn thương biểu mô kéo dài. Những mắt có bờ tổn thương gọn chủ yếu có nguyên nhân khởi phát là sau phẫu thuật (8/16 mắt) và chấn thương (2/16 mắt), cơ chế chủ yếu là do tổn thương thần kinh dinh dưỡng và suy tế bào gốc vùng rìa. Có 6 mắt có nguyên nhân khởi phát là do nhiễm trùng có bờ gọn. Những mắt này tổn thương đều là lần đầu.

Chưa tìm thấy sự liên quan giữa các đặc điểm của ổ tổn thương với thời gian mắc bệnh cũng như TTBMGMKD



Biểu đồ 1: Các tổn thương phối hợp

Trong nhóm nghiên cứu, có 26/43 mắt có giảm cảm giác giác mạc, trong đó có 19 mắt tổn thương do virus, 6 mắt sau ghép giác mạc và 1 mắt do vi khuẩn. Bệnh nhân có tổn thương giác mạc do vi khuẩn có giảm cảm giác giác mạc là bệnh nhân có tiền sử chấn thương sọ não cũ gây liệt thần kinh V. Như vậy, cơ chế chính tổn thương biểu mô kéo dài ở những bệnh nhân này là do tổn thương thần kinh dinh dưỡng. Tình trạng giảm cảm giác giác mạc làm giảm sức sống, giảm trao đổi chất, giảm khả năng phân chia của các tế bào biểu mô, góp phần gây ra tổn thương kéo dài [9].

Nước mắt có vai trò quan trọng trong quá trình biểu mô hóa giác mạc. Nhờ chứa các thành phần dinh dưỡng, các thành phần làm lành tổn thương như fibronectin, vitamin, các yếu tố tăng trưởng (EGF, TGF, FGF, NGF, PDGF), cũng như các lysozyme, IgG và bổ thể, nước mắt không chỉ có chức năng bôi trơn, rửa trôi mà còn có tính kháng khuẩn, nuôi dưỡng và tái tạo biểu mô và góp phần thúc đẩy quá trình biểu mô hóa của giác mạc. Vì vậy, khi có giảm chế tiết nước mắt sẽ gây ra những tổn thương bề mặt nhãn cầu phức tạp, lâu dài, thời gian hàn gắn tổn thương biểu mô cũng lâu hơn so với mắt không có. Các nghiên cứu khác khi sử dụng huyết thanh tự thân để điều trị PED cũng cho kết luận tương tự [3], [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 20/43 mắt có giảm chế tiết nước mắt và 10/43 mắt có rối loạn chức năng tuyến Meibomius. Hai tổn thương phối hợp này đều làm giảm chất lượng của phim nước mắt, qua các yếu tố gây viêm ảnh hưởng đến quá trình liền biểu mô của giác mạc.

Có 11 bệnh nhân trong nghiên cứu có mủ, xuất tiết tiền phòng. Tuy nhiên qua theo dõi, đánh giá lâm sàng chúng tôi thấy mủ này đã xơ hóa, là hậu quả của phản ứng viêm kéo dài chứ không phải do tình trạng nhiễm trùng còn hoạt tính. Tình trạng mủ tiền phòng cho thấy phản ứng viêm trên bề mặt nhãn cầu trước đây xảy ra mạnh. Điều này chứng tỏ cơ chế viêm bề mặt nhãn cầu đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành nên tổn thương biểu mô kéo dài.

IV. KẾT LUẬN

Qua đánh giá 43 mắt tổn thương biểu mô giác mạc kéo dài tại khoa Kết giác mạc - Bệnh viện Mắt Trung ương, chúng tôi thấy:

- Virus Herpes là nguyên nhân hay gặp hàng đầu dẫn đến TTBMGMKD (44,2%).
- Các thuốc gây ức chế quá trình biểu mô hóa và các thuốc có chất bảo quản độc với biểu mô còn được sử dụng phổ biến.
- Kết quả điều trị bệnh lý của giác mạc của các tuyến còn chưa cao do đó TTBMGMKD vẫn còn là vấn đề cần quan tâm của chuyên ngành giác mạc.

- Diện tích tổn thương trung bình là $19,01 \pm 11,65 \text{ mm}^2$. Độ sâu của tổn thương chủ yếu dưới 2/3 chiều dày giác mạc. Bờ tổn thương có gờ cuộn biểu mô là chủ yếu, chiếm 62,8%. Chưa tìm thấy sự liên quan giữa các đặc điểm của ổ tổn thương với thời gian mắc bệnh cũng như TTBMGMKD.

- Khô mắt và giảm cảm giác giác mạc là những tổn thương thường gặp phối hợp với TTBMGMKD.

Tài liệu tham khảo

1. Wattkin A. (2005). Pathogenesis of sterile corneal erosions and ulcerations. *Cornea*, 151–164.
2. Chiang C.-C., Chen W.-L., Lin J.-M. và cộng sự. (2009). Allogeneic serum eye drops for the treatment of persistent corneal epithelial defect. *Eye*, 23(2), 290–293.
3. Nguyễn Đình Ngân (2014), Nghiên cứu sử dụng tẩm biểu mô cuống rốn nuôi cấy điều trị loét giác mạc khó hàn gắn, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Hữu Lê (2002), Nghiên cứu phương pháp ghép màng ối điều trị loét giác mạc khó hàn gắn, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Dua H.S., Gomes J.A., và Singh A. (1994). Corneal epithelial wound healing. *Br J Ophthalmol*, 78(5), 401–408.
6. Lin C.-P. và Boehnke M. (2000). Effect of Fortified Antibiotic Solutions on Corneal Epithelial Wound Healing. *Cornea*, 19(2), 204.
7. Guidera A.C., Luchs J.I., và Udell I.J. (2001). Keratitis, ulceration, and perforation associated with topical nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Ophthalmology*, 108(5), 936–944.
8. Yoon K.-C., Heo H., Jeong I.-Y. và cộng sự. (2005). Therapeutic Effect of Umbilical Cord Serum Eyedrops for Persistent Corneal Epithelial Defect. *Korean J Ophthalmol*, 19(3), 174–178
9. Bonini S., Rama P., Olzi D. và cộng sự. (2003), Neurotrophic keratitis, Report, Nature Publishing Group.
10. Mirza A.U.B., Ghani N., và Khan A.B. (2008). Epitheliotropic effect of autologous serum in persistent corneal epithelial defects. *Pak J Ophthalmol*, 24(1).

TỶ LỆ HIỆN MẮC BỆNH BỤI PHỔI THAN TẠI CÔNG TY CỔ PHẦN THAN TÂY NAM ĐÁ MÀI - VINACOMIN QUẢNG NINH, NĂM 2019

Phạm Thị Thúy¹, Khương Văn Duy²

¹Trung tâm y tế Hoa Lư, Ninh Bình

²Bộ môn SKNN, Trường ĐHY Hà Nội

*Tác giả chính: Phạm Thị Thúy

Địa chỉ: Trung tâm y tế huyện Hoa Lư, tỉnh Ninh Bình

Số điện thoại: 0946 113 589

Email: thuypham.ytb@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: xác định tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than tại Công ty cổ phần Than Tây Nam Đá Mài - Vinacomin tỉnh Quảng Ninh, năm 2019. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang, phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu, khám lâm sàng và chụp phim phổi kỹ thuật số. Kết quả nghiên cứu: tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than là 28,5%, nam là 31,5%, nữ là 10,3%. Tỷ lệ có mật độ đám mờ từ 1/0 đến 1/2 chiếm 73,1%, tỷ lệ có mật độ đám mờ 2/1 đến 2/3 chiếm 22,7%, tỷ lệ có mật độ đám mờ từ 3/2 đến 3/+ chiếm 4,2%. Tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than thể đơn thuần chiếm

97,2% và thể biến chứng chiếm 2,8%. Nhóm tuổi 45 - 49 có tỷ lệ mắc 46,6% và từ 50 trở lên là 46,8%. Người lao động có tuổi nghề từ 21 năm trở lên có tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than 46,5%. Người lao động làm nghề vận tải và sửa chữa có tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than nhiều nhất. Kết luận: Tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than là 28,5%, nam là 31,5% nữ 10,3%. Nhóm tuổi từ 50 tuổi trở lên có tỷ lệ mắc cao nhất (46,8%). Tuổi trung bình mắc bệnh bụi phổi than là $38,6 \pm 8,06$ tuổi. Tuổi nghề trung bình mắc bệnh bụi phổi là $15,4 \pm 7,74$ năm. Tỷ lệ mắc bệnh bụi than thể đơn thuần 97,2% và thể xơ hóa màng tiến triển (PMF) 2,8%. 77,3% đối tượng mắc bệnh bụi phổi than là kích thước p/p và 72,4% có mật độ đám mờ từ 1/0 đến 1/2.

Từ khóa: bụi phổi than, kích thước đám mờ nhỏ, mật độ đám mờ, người lao động

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

"Bệnh phổi đen" ở công nhân khai thác than và tiếp xúc với bụi than đã chứng minh từ những năm 1831. Bụi than hít vào được tích lũy dần trong phổi và bụi than nằm lại trong phổi không đào thải ra ngoài dẫn đến gây viêm phổi, xơ hóa phổi và thậm chí gây hoại tử phổi.

Việt Nam là quốc gia có tiềm năng về khoáng sản năng lượng, trong đó có trữ lượng than đá đến hàng tỉ tấn. Hiện nay, công nghệ còn lạc hậu, công nhân phải làm việc trong điều kiện có nhiều yếu tố tác hại có thể gây nên nhiều bệnh nghề nghiệp. Từ năm 2014 thông tư số 36/2014/TT-BYT ban hành về việc bổ sung bệnh bụi phổi than vào danh mục bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm và hưởng dẫn chẩn đoán, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than của người lao động tại các công ty khai thác than để có thể đưa ra các khuyến cáo và các biện pháp dự phòng cho người lao động khai thác than. Một câu hỏi mà các nhà nghiên cứu đặt ra là tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than của người lao động tại các công ty khai thác than là bao nhiêu?

Quảng Ninh là tỉnh có trữ lượng than lớn nhất cả nước. Lực lượng lao động trong ngành khai thác than là tương đối lớn. Có nhiều công ty khai thác than trên địa bàn trong đó Công ty cổ phần Than Tây Nam Đá Mài - Vinacomin là thành viên độc lập của Tập đoàn Công nghiệp Than - Khoáng sản Việt Nam (TKV) nằm cách trung tâm vùng than Cẩm Phả - Quảng Ninh khoảng 3km, đây là công ty khai thác than lộ thiên. Những người lao động tại công ty hàng năm vẫn được khám sức khỏe định kỳ theo quy định, nhưng nghiên cứu tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than chưa được nghiên cứu. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "**Tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than tại Công ty cổ phần Than Tây Nam Đá Mài - Vinacomin tỉnh Quảng Ninh, năm 2019**" với các mục tiêu xác định tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than tại Công ty cổ phần Than Tây Nam Đá Mài - Vinacomin tỉnh Quảng Ninh, năm 2019.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: người lao động đang làm việc sản xuất trực tiếp tại các bộ phận khai thác than của Công ty cổ phần Than Tây Nam Đá Mài - Vinacomin, thuộc Tập đoàn Công nghiệp Than và Khoáng sản Việt Nam.

2. Địa điểm nghiên cứu: Công ty cổ phần Than Tây Nam Đá Mài - Vinacomin, Quảng Ninh, thuộc Tập đoàn Công nghiệp Than và Khoáng sản Việt Nam.

3. Thời gian nghiên cứu: thời gian nghiên cứu tiến hành từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 9 năm 2019. Thời gian thu thập số liệu dự kiến từ 10/5 đến 20/5 năm 2019.

4. Thiết kế nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

5. Cỡ mẫu nghiên cứu: 757 người những người lao động tiếp xúc trực tiếp với bụi than của Công ty cổ phần Than Tây Nam Đá Mài đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu.

6. Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ, có nghĩa là chọn tất cả (757 người lao động) tiếp xúc với bụi than của Công ty cổ phần Than Tây Nam Đá Mài thuộc Tập đoàn công nghiệp Than và Khoáng sản Việt Nam đủ tiêu chuẩn vào tham gia nghiên cứu.

7. Biến số nghiên cứu: tuổi, giới, bộ phận làm việc, thâm niên công tác, tình trạng hút thuốc lá, tổn thương bệnh bụi phổi trên phim Xquang...

8. Thu thập thông tin: phỏng vấn trực tiếp đối tượng tham gia nghiên cứu, khám lâm sàng và chụp phim phổi kỹ thuật số theo tiêu chuẩn chụp phim của ILO-1998.

9. Quản lý và xử lý số liệu: phiếu điều tra sau khi thu thập được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2010, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 22.0 để phân tích tính tỷ lệ hiện mắc.

Đọc phim bụi phổi than do chuyên gia đã được Hội đọc phim bụi phổi AIR Pneumo đọc theo phân loại của ILO-2000 và 2011, trên máy vi tính màn hình có độ phân giải lớn: 1920 x 1080 (3K) và trên phần mềm MicroDicom chuyên dụng để đọc phim kỹ thuật số.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi theo giới

Giới	Mắc bệnh bụi phổi				Cộng	
	Mắc bệnh		Không mắc			
	n	%	n	%	n	%
Nam	205	31,5	445	68,5	650	85,9
Nữ	11	10,3	96	89,7	107	14,1
Cộng	216	28,5	541	71,5	757	100,0

Trong tổng 757 người lao động tham gia nghiên cứu, tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than chiếm 28,5%, trong đó nam chiếm đa số (31,5%), nữ bị bệnh bụi phổi than chiếm tỷ lệ 10,3%. Sự khác nhau về tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than giữa hai nhóm tham gia nghiên cứu rất có ý nghĩa thống kê ($X^2 = 20,361$, $p = 0,000$).

Bảng 2: Tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi theo tuổi

Nhóm tuổi	Bệnh bụi phổi				Cộng	
	Mắc bệnh		Không mắc			
	n	%	n	%	n	%
≤ 25	4	9,1	40	90,9	44	5,8
26 - 29	20	18,0	91	82,0	111	14,7
30 - 34	55	27,9	142	72,1	197	26,0
35 - 39	56	27,2	150	72,8	206	27,2
40 - 44	25	31,6	54	68,4	79	10,4
45 - 49	34	46,6	39	53,4	73	9,6
≥ 50	22	46,8	25	53,2	47	6,2
Cộng	216	28,5	541	71,5	757	100,0

Nhóm tuổi từ 25 trở xuống tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than thấp nhất (9,1%). Tỷ lệ mắc cao nhất là nhóm tuổi từ 50 trở lên (46,8%) và nhóm tuổi 44 - 49 cũng chiếm tới 46,6%. Như vậy tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than tăng dần theo nhóm tuổi đời. Sự khác nhau về tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi giữa các nhóm tuổi rất có ý nghĩa thống kê ($X^2 = 34,121$, $p = 0,000$).

Tuổi trung bình của các đối tượng mắc bụi phổi than là $38,6 \pm 8,06$ tuổi.

Bảng 3: Tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi theo tuổi nghề

Nhóm tuổi nghề	Bệnh bụi phổi				Cộng	
	Mắc bệnh		Không mắc			
	n	%	n	%	n	%
≤ 5	19	15,0	108	75,0	127	16,8
5 -10	39	24,4	121	75,6	160	21,1
11 - 15	74	28,6	185	71,4	259	34,2
16 - 20	24	29,3	58	70,7	82	10,8
≥ 21	60	46,5	69	53,5	129	17,0
Cộng	216	28,5	541	71,5	757	100,0

Nhóm tuổi nghề ≤ 5 có tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than thấp nhất (15,0%), tiếp theo là nhóm tuổi nghề 5 - 10 năm (24,4%), nhóm tuổi nghề 11 - 15 (28,6%), nhóm tuổi nghề từ 16 - 20 (29,3%) và đặc biệt nhóm tuổi nghề ≥ 21 năm có tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than cao nhất (46,5%). Sự khác nhau về tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi giữa các nhóm tuổi nghề rất có ý nghĩa thống kê ($X^2 = 33,299$, $p = 0,000$).

Thâm niên tiếp xúc với bụi than trung bình của các đối tượng mắc bụi phổi than là $15,4 \pm 7,74$ năm.

Bảng 4: Tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi theo nhiệm vụ khai thác than

Nhiệm vụ khai thác	Bệnh bụi phổi				Cộng	
	Mắc bệnh		Không mắc			
	n	%	n	%	n	%
Khai thác trực tiếp	29	27,9	75	72,1	104	13,7
Sàng tuyển	14	18,9	60	81,1	74	8,9
Vận tải	106	31,5	230	68,5	336	44,4
Sửa chữa	28	36,5	46	63,5	74	9,8
Gạt	10	20,0	40	80,0	50	6,6
Khác	29	24,4	90	75,6	119	15,7
Cộng	216	28,5	541	71,5	757	100,0

Trong tổng số 216 đối tượng bị mắc bệnh bụi phổi than, nhóm người lao động làm việc bộ phận sửa chữa có tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than nhiều nhất (36,5%), tiếp theo là những người lao động làm việc tại bộ phận vận tải (31,5%), nhóm người lao động làm việc tại bộ phận khai thác chỉ chiếm 27,9%. Bộ phận có tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than thấp nhất là bộ phận gạt than (20,0%). Sự khác nhau về tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi giữa các nhóm công việc không có ý nghĩa thống kê ($X^2 = 10,8$, $p > 0,05$).

Bảng 5: Tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi thể đơn thuần và biến chứng theo nhóm tuổi nghề

Nhóm tuổi nghề	Bệnh bụi phổi				Cộng	
	Thể đơn thuần		Thể biến chứng			
	n	%	n	%	n	%
≤ 5	18	94,7	1	3,3	19	8,8
6 - 10	38	97,4	1	2,6	39	18,1
11 - 15	70	94,6	4	5,4	74	34,3
16 - 20	24	100,0	0	0,0	24	11,1
≥ 21	60	100,0	0	0,0	60	27,8
Cộng	209	97,2	6	2,8	216	100,0

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có thâm niên công tác từ 5 năm trở xuống bị mắc bệnh bụi phổi than thể biến chứng chiếm 3,3% (1/19); tỷ lệ nhóm đối tượng có tuổi nghề 6 - 10 năm bị mắc bệnh bụi phổi than thể biến chứng chiếm 2,6% và nhóm tuổi nghề 11 - 15 năm bị mắc bệnh bụi phổi than thể biến chứng chiếm tới 5,4%. Sự khác nhau về tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than thể đơn thuần và thể biến chứng giữa các nhóm tuổi nghề không có ý nghĩa thống kê ($X^2 = 4,773$, $p > 0,05$).

Bảng 5: Tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than theo mật độ và kích thước đám mờ

Mật độ đám mờ	Kích thước đám mờ						Cộng	
	p/p		q/q		s/p			
	n	%	n	%	n	%	n	%
1/0	34	79,1	6	14,0	3	7,0	43	19,9
1/1	63	75,0	6	7,1	15	17,9	84	38,9
1/2	24	77,4	0	0,0	7	22,6	31	14,3
2/1	23	71,9	0	0,0	9	28,1	32	14,8
2/2	13	92,9	0	0,0	1	7,1	14	6,5
2/3	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3	1,4
3/2	3	75,0	0	0,0	1	25,0	4	1,9
3/3	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5	2,3
Cộng	167	77,3	12	5,6	37	17,1	216	100,0

Trong số 216 người lao động bị bệnh bụi phổi than, tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than có kích thước đám mờ p/p chiếm tỷ lệ cao nhất (77,3%), số còn lại là kích thước q/q (5,6%) và s/p (17,1%). Tỷ lệ có mật độ đám mờ từ 1/0 đến 1/2 chiếm 73,1%, tỷ lệ có mật độ đám mờ từ 2/1 đến 2/3 chiếm 22,7%, tỷ lệ có mật độ đám mờ từ 3/2 đến 3/+ chiếm 4,2%. Trong các đối tượng có mật độ đám mờ từ 1/0 đến 1/2: tỷ lệ có kích thước p/p chiếm 76,6%, đám mờ có kích thước q/q chiếm 7,6% và s/p chiếm 15,8%. Trong các đối tượng bị mắc bệnh bụi phổi than có mật độ từ 2/1 đến 2/3: tỷ lệ kích thước đám mờ p/p chiếm 77,6% và s/p chiếm 22,4%. Trong các đối tượng có kích thước từ 3/2 đến 3/+: tỷ

lệ có kích thước đám mờ p/p chiếm 88,9% (8/9), đám mờ có kích thước s/p chiếm 11,1% (1/9). 100% số đối tượng bị mắc bệnh bụi phổi than với mật độ 1/0 - 1/1. Trong các đối tượng bị mắc bệnh bụi phổi có kích thước s/p: tỷ lệ có mật độ đám mờ từ 1/0 đến 1/2 chiếm 67,6%, đám mờ có mật độ đám mờ từ 2/1 đến 2/3 chiếm 29,7% và 1/37 đối tượng bị mắc bệnh bụi than có mật độ từ 3/2 trở lên (2,7%).

IV. BÀN LUẬN

Laney AS và cộng sự (2012) nghiên cứu về "bệnh bụi phổi và bệnh phổi nghề nghiệp thể tiến triển ở công nhân khai thác than bề mặt - 16 bang, 2010 - 2011", tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than bề mặt chiếm tới 48% số công nhân khai thác than [1]. Han L và cộng sự đã nghiên cứu về tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than (CWP) của công nhân khai thác ở Trung Quốc, 495 trường hợp được chẩn đoán mắc bệnh bụi phổi than từ khi xây dựng mỏ than đến cuối tháng 10 năm 2014 [2]. Ở Việt Nam Nguyễn Thị Hồng Tú bệnh bụi phổi ở công nhân than Việt Nam chủ yếu được phát hiện từ các trường hợp được giám định với tỷ lệ khác nhau giữa công nhân hầm lò (10,2%) và công nhân khai thác lộ thiên (1,2%). Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than là 28,5% trong đó tỷ lệ mắc bệnh ở nam là 31,5% nữ 10,3%, kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Laney AS và cộng sự (2012) tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than ở công nhân khai thác than bề mặt chiếm tới 48% trong tổng số công nhân khai thác than [1].

Giới tính: Shen và cộng sự [3] tiến hành nghiên cứu hồi cứu trong thời gian 41 tháng, tác giả chưa tìm thấy sự khác nhau về tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than giữa giới nam và nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nam bị mắc 31,5% và nữ mắc 10,3% và tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than giữa hai nhóm đối tượng này rất có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$).

Về tuổi đời: kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi có tỷ lệ người lao động mắc bệnh bụi phổi than nhiều nhất là các nhóm tuổi 45 - 49 và từ 50 tuổi trở lên (46,6% và 46,8% tương ứng với từng nhóm tuổi). Tuổi trung bình mắc bệnh bụi phổi than của chúng tôi $38,6 \pm 8,06$ tuổi. Những người lao động có tuổi đời trẻ hơn 45 tuổi ít bị mắc bệnh bụi phổi than hơn [2]. Tomaskova, H và cộng sự (2008) tuổi trung bình của những người mắc bệnh bụi phổi than là $48,8 \pm 12,5$ tuổi [4]. Zhang M và cộng sự, tuổi trung bình mắc bệnh bụi phổi than của công nhân khai thác than là 51,0 tuổi. Han L và cộng sự (2015) tuổi trung bình mắc bệnh bụi phổi than của công nhân là 50,3 tuổi [2].

Thâm niên công tác: nghiên cứu của Tomaskova, H (2008) thâm niên nghề nghiệp của những người mắc bệnh bụi trung bình là $21,1 \pm 7,9$ năm [4]. Kết quả nghiên cứu của Ying Xia và cộng sự (2014): tỷ lệ mắc bệnh bụi phổi than ở đối tượng có thời gian tiếp xúc với bụi than dưới 10 năm chiếm 33,32% [5]. Kết quả của Han L và cộng sự là 29,3 năm [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi nghề có tỷ lệ mắc bệnh nhiều nhất là nhóm từ 21 năm tuổi nghề trở lên (46,5%). Tuổi nghề trung bình mắc bệnh bụi phổi là $15,4 \pm 7,74$ năm. Như vậy, so với nghiên cứu của Tomaskova, H [4] tuổi nghề trung bình mắc bệnh bụi phổi của chúng tôi cao hơn và của Ying Xia [5] người lao động có tuổi nghề dưới 10 năm bị bệnh bụi phổi than thấp hơn.

Mật độ đám mờ: kết quả nghiên cứu của Viện sức khỏe nghề nghiệp quốc gia Ấn Độ không có trường hợp bị bệnh bụi phổi với mật độ tổn thương trên 2/2 [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi các đám mờ tập chung chủ yếu đám mờ p/p (77,0%) và mật độ đám mờ 1/1 (38,9%), tiếp theo là mật độ đám mờ 1/0 chiếm tỷ lệ 19,9%, đám mờ có mật độ 1/2 và 2/1 có tỷ lệ xấp xỉ nhau (14,8% và 14,3% tương ứng với từng mật độ). Nghiên cứu của Trần Phương Anh đám mờ có kích thước p/p chiếm tới 94,4%.

Đám mờ lớn: Laney AS và cộng sự [7] qua chụp phim phổi cho hơn 2000 thợ mỏ ở 16 bang của Mỹ từ năm 2010 - 2011, trên 2% công nhân khai thác than bề mặt bị mắc bệnh bụi phổi than. 0,5% những công nhân mỏ này bị thể xơ hóa màng tiến triển. Kết quả nghiên cứu của Viện sức khỏe nghề nghiệp quốc gia Ấn Độ [6] chỉ 3 công nhân khai thác than hầm lò bị xơ hóa màng tiến triển (PMF). Wade và cộng sự [8] những người lao động khai thác than bị mắc bệnh bụi phổi than thể xơ hóa màng tiến triển có tuổi trung bình là 52,6 tuổi và tuổi nghề tiếp xúc với bụi than là 30 năm và sau 12 năm tiếp xúc có bất thường trên phim Xquang phổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 06 (2,8%) đối tượng bị bệnh bụi phổi than thể biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiện mắc bệnh bụi phổi than là 28,5%, nam 31,5% nữ 10,3%. Nhóm tuổi từ 50 tuổi trở lên có tỷ lệ mắc cao nhất (46,8%). Tuổi trung bình mắc bệnh bụi phổi than là $38,6 \pm 8,06$ tuổi. Tuổi nghề trung bình mắc bệnh bụi phổi là $15,4 \pm 7,74$ năm. Tỷ lệ mắc bệnh bụi than thể đơn thuần 97,2% và thể xơ hóa màng tiến triển (PMF) 2,8%. 77,3% đối tượng mắc bệnh bụi phổi than là kích thước p/p và 72,4% có mật độ đám mờ từ 1/0 đến 1/2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Laney AS, Wolfe AL, Petsonk EL, Halldin CN (June 2012). "Pneumoconiosis and advanced occupational lung disease among surface coal miners - 16 states, 2010-2011". MMWR. 61 (23): 431-4. PMID 22695382. Retrieved July 6, 2012.
2. Han L, Han R, Ji X, Wang T, Yang J, Yuan J, Wu Q, Zhu B, Zhang H, Ding B, Ni C (2015), "Prevalence Characteristics of Coal Workers' Pneumoconiosis (CWP) in a State-Owned Mine in Eastern China". Int J Environ Res Public Health. Jul 10;12(7):7856-67. doi: 10.3390/ijerph120707856
3. Shen HN, Jerng JS, Yu CJ, Yang PC (2004). Outcome of coal worker's pneumoconiosis with acute respiratory failure. Chest. Mar. 125(3):1052-8. [Medline].
4. Tomaskova, H*; Jirak, Z†; Splichalova, A*; Urban, P‡; Holub, J§; Gromnica, R¶; Hajdukova, Z||; Landecká, I#; Machartova, V**; Korolova, E†† (2008). Lung Cancer Risk in Black-coal Miners with Pneumoconiosis in the Czech Republic. Epidemiology, Volume 19 - Issue 6 - pp S172-S173
5. Ying Xia, Jiafa Liu, Tingming Shi, Hao Xiang * and Yongyi Bi* (2014). Prevalence of Pneumoconiosis in Hubei, China from 2008 to 2013. Int. J. Environ. Res. Public Health, 11(9), 8612-8621
6. Habibullah N SAIYED* and Rajnarayan R TIWARI (2004). National Institute of Occupational Health, India. Pneumoconiosis and Other Respiratory Morbidities Among Coal Miners In India. Industrial Health 2004, 42, 141-148.
7. Laney AS, Petsonk EL and Attfield MD (2010). Pneumoconiosis among underground bituminous coal miners in the United States: is silicosis becoming more frequent? Occup. Environ. Med. 67: 652-656.
8. Wade WA, Petsonk EL, Young B, Mogri I (2011). Severe occupational pneumoconiosis among West Virginian coal miners: one hundred thirty-eight cases of progressive massive fibrosis compensated between 2000 and 2009. Chest. 2011 Jun. 139(6):1458-62. [Medline].

PREVALENCE OF COAL WORKER PNEUMOCONIOSIS AT TAY NAM DA MAI JIONT-STOCK COMPANY - VINAMIN QUANG NINH, YEAR 2019

Pham Thi Thuy¹, Khuong Van Duy²

¹Hoa Lu district Health Center, Ninh Binh Province

²Dept of Occupational Health, Ha Noi Medical University

ABSTRACT

Objective: to define the prevalence of CWP at Tay Nam Da Mai Jiont-stock Company - Vinamin Quang Ninh, year 2019. Method: cross-sectional study, direct interview and clinical examination and digital lung xray. Result: prevalence of CWP is 28.5%, male 31.5%, female 10.3%. Prevalence of the node profusion from 1/0 to 1/2 is 73.1%, prevalence of the node profusion from 2/1 to 2/3 is 22.7%, prevalence of the node profusion from 3/2 to 3/+ is 4.2%. Prevalence of simple CWP is 97.2% and

complicated CWP is 2.8%. Rate of CWP in age group 45 - 49 is 46.6% and from 50 year old to over is 46.8%. Coal mine workers with long year service from 21 year to over suffer from to get CWP is 46.5%. Transport of the coals and repairing machine suffer from CWP is highest. Conclusion: prevalence of the CWP is 28.5%, male 31.5% female 10.3%. Rate of CWP in age group from 50 year old to over get CWP is highest (46.8%). Average age has suffered from CWP is 38.6 ± 8.06 tuổi. Average long year services has suffered from CWP is 15.4 ± 7.74 years. Prevalence of simple CWP is 97.2%. Prevalence of complicated CWP (PMF) is 2.8%. 77.3% of CWP has p/p size and 72.4% of CWP has profusion from 1/0 to 1/2.

Keyword: Coal Worker Pneumoconiosis, size of opacity, profusion, worker

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Ông Ngọc Nguyễn, Nguyễn Khoa Diệu Vân

Trường Đại học Y Hà Nội

Người chịu trách nhiệm chính: Ông Ngọc Nguyễn; Tel: 0983438758

Email: uongngocnguyen@gmail.com

SUMMARY:

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS, TREATMENT RESPONSE AND SOME RELEVANT FACTORS OF DIABETIC PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS.

Objectives: To describe clinical and subclinical characteristics of diabetic patients with acute pancreatitis. To evaluate treatment response and some relevant factors in patients with mild and moderate pancreatitis. **Subjects and research methods:** patients diagnosed with diabetes based on the criteria of the American Diabetes Association 2018 and diagnosed with acute pancreatitis based on the recommendation of World Gastroenterology Organisation 2006. We selected those who had mild and moderately acute pancreatitis classified according to Imrie score and 2012 revised Atlanta classification. Descriptive cross-sectional study and convenience sampling. **Results:** the mean age of patients was 42.58 ± 11.67 , male predominance. The average BMI was 24.2 ± 4.0 . Main symptoms were epigastric pain, vomiting, nausea, abdominal distention and tachycardia. On admission, the average number of leucocytes: 13.65 ± 4.53 (G / L), blood glucose level: 12.5 ± 4.8 mmol/l, HbA1C: $9.5 \pm 1.9\%$. Management: the average amount of fluid replacement on the first day was 3.48 ± 0.57 (L), the mean of fasting time was 2.57 ± 1.03 days. The average length of stay in hospital was 8.4 ± 4.8 days. Hypertriglyceridemia accounting for 66.7% was the leading cause followed by alcohol constituting 18.3%. Patients with HbA1C above 10% had a longer hospital stay than that of those with HbA1C less than 10%. **Conclusion:** Acute pancreatitis in diabetic patients occurred more commonly in men, mostly in the age of 40 to 50 years old. Clinical manifestations included epigastric pain, vomiting, nausea, abdominal distention, and tachycardia. The average BMI of patients was within normal limit. Leucocytosis (more than 10 G / l), mainly neutrophilia, was observed in 81.6% of patients. Biochemical tests revealed primarily hypertriglyceridemia, hyperglycemia. The average HbA1C was $9.5 \pm 1.9\%$. Abdominal computerized tomography and abdominal ultrasound were two valuable diagnostic modalities. Management: the average amount of fluid replacement on the first day was 3.48 ± 0.57 (L), the mean fasting time was 2.57 ± 1.03 days. The average length of stay in hospital was 8.4 ± 4.8 days. Hypertriglyceridemia was the leading cause of acute pancreatitis in diabetic patients.

Keywords: Acute pancreatitis, diabetes mellitus

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm tụy cấp (VTC) có đái tháo đường (ĐTĐ). Nhận xét đáp ứng điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân VTC thể nhẹ và trung bình

của nhóm đối tượng trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ 2018, chẩn đoán VTC theo khuyến cáo của hội nghị Tiêu hóa Thế giới năm 2006, lựa chọn bệnh nhân có tiên lượng nhẹ và trung bình theo thang điểm Imrie và Atlanta 2012 sửa đổi. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Bệnh nhân có độ tuổi trung bình $42,58 \pm 11,67$, gặp chủ yếu ở nam giới. BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là $24,2 \pm 4,0$. Các triệu chứng chủ yếu của bệnh nhân là đau bụng thượng vị, nôn, buồn nôn, chướng bụng và mạch nhanh. Số lượng bạch cầu trung bình khi nhập viện : $13,65 \pm 4,53$ (G/L), đường máu: $12,5 \pm 4,8$ mmol/l, HbA1C: $9,5 \pm 1,9\%$. Điều trị: dịch bù ngày đầu tiên trung bình là $3,48 \pm 0,57$ lít, thời gian nhịn ăn trung bình : $2,57 \pm 1,03$ ngày. Số ngày nằm viện trung bình : $8,4 \pm 4,8$ ngày. Tăng Triglycerid là nguyên nhân hàng đầu chiếm 66,7%, đứng thứ 2 là rượu 18,3%. Những bệnh nhân có HbA1C trên 10% có thời gian nằm viện kéo dài hơn nhóm HbA1C dưới 10%. **Kết luận:** VTC trên bệnh nhân ĐTĐ gặp nhiều ở nam giới, chủ yếu nằm trong độ tuổi 40-50. Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân gặp nhiều nhất là đau bụng thượng vị, nôn, buồn nôn, chướng bụng, mạch nhanh. BMI trung bình của bệnh nhân giới hạn bình thường. Số lượng bạch cầu tăng cao trên 10 G/l chiếm 81,6%, chủ yếu tăng tỷ lệ bạch cầu trung tính. Biểu hiện trên xét nghiệm sinh hóa chủ yếu là tăng triglycerid, tăng đường máu. HbA1C trung bình: $9,5 \pm 1,9\%$. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và siêu âm ổ bụng là 2 phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị chẩn đoán cao. Điều trị dịch bù ngày đầu tiên trung bình là $3,48 \pm 0,57$ lít, thời gian nhịn ăn trung bình là $2,57 \pm 1,03$ ngày. Số ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân VTC có ĐTĐ là $8,4 \pm 4,8$ ngày. Tăng triglycerid là nguyên nhân hàng đầu gây VTC ở bệnh nhân ĐTĐ.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, đái tháo đường

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTĐ là bệnh lý thường gặp nhất trong các bệnh rối loạn chuyển hóa, đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết mạn tính. Bệnh mang tính chất toàn cầu, là gánh nặng đối với sự phát triển kinh tế và xã hội đối với nhiều đất nước, đặc biệt là các nước đang phát triển. Bệnh kéo dài gây ra nhiều biến chứng quan trọng. Trong đó, có những biến chứng về hệ tiêu hóa, đặc biệt bệnh làm tăng nguy cơ mắc bệnh VTC[1].

VTC là một bệnh lý đặc trưng bởi quá trình tổn thương cấp tính của tụy. Bệnh biểu hiện với nhiều triệu chứng lâm sàng phức tạp. Có nhiều nguyên nhân gây ra VTC, đứng hàng đầu là rượu, sỏi mật, tăng triglycerid máu, ngoài ra còn các nguyên nhân nhiễm trùng, thuốc,...[2].

Bệnh cảnh lâm sàng ở bệnh nhân VTC có ĐTĐ càng phức tạp hơn. Hai hormon điều hòa đường huyết quan trọng trong cơ thể là insulin và glucagon bị ảnh hưởng bởi tình trạng viêm tụy, bởi vậy VTC là nguyên nhân gây ra rối loạn đường huyết và làm nặng hơn tình trạng tăng đường huyết. Ngược lại tình trạng tăng đường huyết cũng làm nặng thêm tình trạng nhiễm trùng, từ đó làm nặng thêm tình trạng VTC. Như vậy có thể thấy bệnh cảnh VTC có ĐTĐ có cơ chế và bệnh cảnh lâm sàng phức tạp gây ra khó khăn trong việc điều trị. Tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này. Vì vậy, để góp phần chẩn đoán và điều trị kịp thời, cải thiện tiên lượng cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân VTC có ĐTĐ. 2. Nhận xét đáp ứng điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân VTC thể nhẹ và trung bình của nhóm đối tượng trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Bao gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán VTC có ĐTĐ tại khoa Tiêu hóa và Nội tiết Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2018 đến tháng 07/2019 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

1. Chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn của ADA 2018. Khi có một trong các tiêu chuẩn dưới đây:

- Đường huyết bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/l kèm theo các triệu chứng của tăng đường huyết (khát nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, gầy sút nhiều).
- Glucose máu huyết tương lúc đói (nhịn ăn 8 - 14h) $\geq 7,0$ mmol/l trong hai buổi sáng khác nhau, định lượng ít nhất hai lần.
- Glucose máu huyết tương sau 2h khi uống 75g glucose $\geq 11,1$ mmol.
- HbA1C $\geq 6,5\%$ (định lượng bằng phương pháp sắc ký lỏng).

2. Chẩn đoán VTC theo khuyến cáo của hội nghị Tiêu hoá Thế giới 2006 [3]. Tiêu chuẩn là một triệu chứng lâm sàng kèm với ít nhất một trong hai triệu chứng cận lâm sàng:

- Triệu chứng lâm sàng: cơn đau bụng điển hình.
- Amylase/Lipase máu tăng cao ≥ 3 lần so với giá trị bình thường.
- Chẩn đoán hình ảnh: Chẩn đoán xác định VTC.
- Lựa chọn bệnh nhân VTC có tiên lượng nhẹ và trung bình theo thang điểm Imrie và Atlanta 2012 sửa đổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân đang trong đợt cấp của viêm tụy mạn

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện

Tiêu chuẩn ra viện khi: - Kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu 7,8 – 10 mmol/l theo ADA 2018.

- VTC ổn định theo Quy trình chuyên môn Khám chữa bệnh VTC của BHYT 2016:

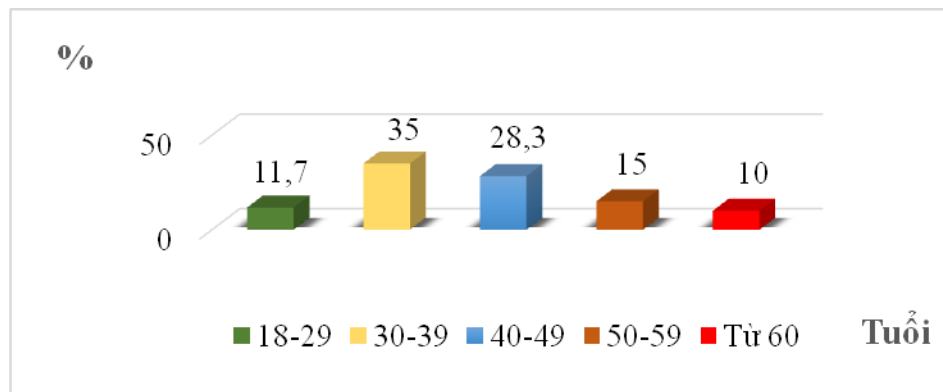
Tiêu chuẩn xuất viện	- VTC nhẹ - Ăn uống được - Không có bằng chứng của bệnh lý đường mật
Tình trạng xuất viện	- Đau bụng được kiểm soát bằng thuốc uống - Kiểm soát được hết các biến chứng - Dung nạp được chế độ ăn đủ năng lượng qua đường miệng

Phương pháp xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

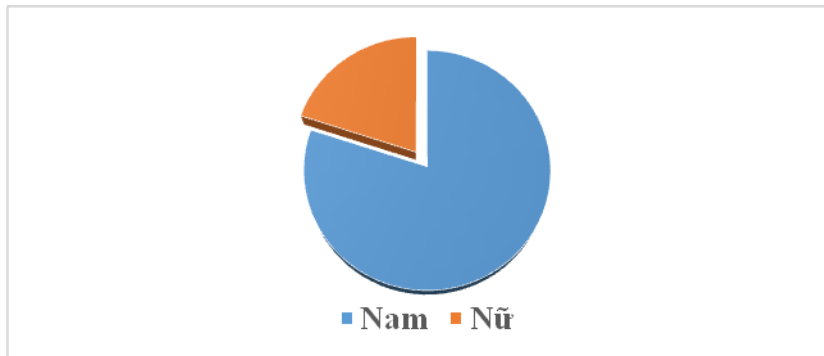
3.1.1. Đặc điểm về tuổi



Biểu đồ 0.1. Đặc điểm về tuổi

Nhận xét : Tuổi trung bình là $42,58 \pm 11,67$ tuổi.

3.1.2. Đặc điểm về giới

**Biểu đồ 3.2. Đặc điểm về giới**

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn so với nữ giới : 80% và 20%.

3.2. Kết quả nghiên cứu lâm sàng bệnh nhân nghiên cứu

3.2.1. Các triệu chứng cơ năng và thực thể

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng và thực thể

Triệu chứng	Bệnh nhân
Đau bụng thượng vị	60 (100%)
Nôn, buồn nôn	46 (76.7%)
Bí trung, đại tiện	16 (26.7%)
Bụng chướng	59 (98.3%)
Phản ứng thành bụng	19 (31.7%)
Điểm đau sườn lưng	7 (11.7%)

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở bệnh nhân nghiên cứu là đau bụng thượng vị (100%), nôn, buồn nôn (76.7%). Triệu chứng thực thể khi thăm khám thường gặp nhất là chướng bụng (98.3%), các dấu hiệu phản ứng thành bụng và điểm đau sườn lưng ít gặp hơn (31.7% và 11.7%).

3.2.2. Các triệu chứng toàn thân

Bảng 3.1. Triệu chứng toàn thân

Triệu chứng toàn thân		Bệnh nhân (n=60)
Huyết áp tâm thu	>13	60 (100%)
	≥90mmHg	60 (100%)
	Trung bình	130.5±17.2
Mạch	≤ 100 lần/phút	47 (78.3%)
	>100 lần/phút	13 (21.7%)
Nhiệt độ (°C)	≥ 37.5	9 (15%)
	< 37	51 (85%)
BMI	Trung bình	24.2 ± 4.0

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào tụt huyết áp và giảm ý thức, đa số bệnh nhân có mạch nhanh. Chỉ số BMI trung bình là 24.2 ± 4.0. Cao nhất là 38, thấp nhất là 16.6.

3.3. Kết quả nghiên cứu cận lâm sàng bệnh nhân nghiên cứu

3.3.1. Xét nghiệm huyết học

Bảng 3.3. Xét nghiệm huyết học

Triệu chứng cận lâm sàng	Bệnh nhân
Hồng cầu	4.56 ± 0.68 (T/L)
Hematocrit	0.40 ± 0.06

Bạch cầu	13.65 ± 4.53 (G/L)
Tỷ lệ bạch cầu trung tính	76.6 ± 11.9
Tiểu cầu	257.14 ± 98.03 (G/L)

Nhận xét: Công thức máu có bạch cầu tăng cao 13.65 ± 4.53 (G/L).

3.3.2. Xét nghiệm sinh hóa

Bảng 3.3. Xét nghiệm sinh hóa

Triệu chứng sinh hóa		Bệnh nhân
Men tụy tăng trên 3 lần		33 (55%)
Glucose (mmol/l)	≥ 10	37 (61.8%)
	Trung bình	12.5 ± 4.8
HbA1C (%)		9.5 ± 1.9
Cholesterol (mmol/l)		10.0 ± 6.8
Triglycerid (mmol/l)	≥ 5.6	40 (66.7%)
	Trung bình	20.8 ± 25.4

Nhận xét: Tỷ lệ đường máu khi nhập viện trên 10 mmol/l là 61.8%. Tỷ lệ bệnh nhân có Triglycerid tăng trên 5.6 mmol/l chiếm tỷ lệ 66.7%. HbA1C trung bình 9.5±1.9%.

3.3.3. Chẩn đoán hình ảnh

Bảng 0.4. Kết quả siêu âm và CLVT

Chuẩn đoán hình ảnh phát hiện VTC	Bệnh nhân(n=60)
Siêu âm	53 (88.3%)
CLVT	58 (96.7%)

Nhận xét: Siêu âm ổ bụng và chụp CLVT có độ chính xác cao trong phát hiện VTC.

3.4. Đáp ứng điều trị

3.4.1. Lượng dịch bù trong ngày đầu tiên

Bảng 0.5. Lượng dịch bù trong ngày đầu tiên

Lượng dịch (lít)	Bệnh nhân(n=60)
Trung bình	3.48 ± 0.57
Cao nhất	5
Thấp nhất	2.5

Nhận xét: Lượng dịch truyền ngày đầu tiên trung bình của bệnh nhân là 3.48±0.57 lít.

3.4.2. Thời gian nhịn ăn

Bảng 0.8. Thời gian nhịn ăn

Thời gian nhịn ăn (ngày)		Bệnh nhân(n=60)
Số ngày	≤ 3 ngày	49 (81.7%)
	> 3 ngày	11 (18.3%)
	Trung bình	2.57 ± 1.03

Nhận xét: Thời gian nhịn ăn trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 2.57 ± 1.03 ngày. Nhanh nhất là 1 ngày, lâu nhất là 5 ngày.

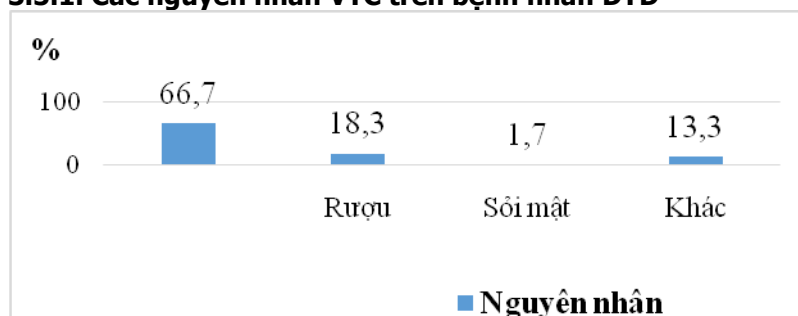
3.4.3. Số ngày nằm viện

Bảng 3.12. Số ngày nằm viện

Kết quả điều trị	Bệnh nhân(n=60)
Số ngày điều trị	8.4±4.8

Nhận xét: Số ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân VTC có ĐTĐ là 8.4±4.8 ngày.

3.5. Một số yếu tố liên quan

3.5.1. Các nguyên nhân VTC trên bệnh nhân ĐTĐ**Biểu đồ 0.2. Các nguyên nhân gây VTC trên bệnh nhân ĐTĐ**

Nhận xét: Tăng triglycerid là nguyên nhân hàng đầu gây VTC ở bệnh nhân ĐTĐ (66.7%). Nguyên nhân đứng hàng thứ 2 là rượu (18.3%). Các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp hơn.

3.5.2. Liên quan HbA1C và thời gian nằm viện**Bảng 0.13. Liên quan HbA1C và thời gian nằm viện**

HbA1C (%)	Thời gian mắc điều trị (ngày)	p
≥ 10	10.1±4.3	< 0.05
< 10	7.0±4.8	

Nhận xét: Số ngày nằm viện trung bình ở nhóm có HbA1C từ 10% trở lên cao hơn so với nhóm HbA1C < 10%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 42.58±11.67, tuổi cao nhất là 70, thấp nhất là 22. Trong đó nhóm tuổi 30-39 và 40-49 chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 35% và 28.3%. Đây là nhóm tuổi đang trong độ tuổi lao động cũng là nhóm tuổi thường xuyên uống rượu. Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu, có 48 bệnh nhân nam giới, chiếm 80%. Như vậy tỷ lệ nam/nữ bị VTC có ĐTĐ là 4/1. Nghiên cứu của Satoh tại Nhật Bản (2011) cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 2/1 [4]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả nam/nữ cao hơn nhiều so với tác giả trên. Sự khác biệt này có thể do cơ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ, lựa chọn đối tượng chỉ là VTC thể nhẹ và trung bình và bao gồm cả những đối tượng có ĐTĐ vừa mới phát hiện. Mặt khác, sự khác biệt về địa lý, văn hóa, thói quen uống rượu, cũng góp phần tạo nên sự khác biệt hơn so với các nghiên cứu trên thế giới.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy 100% các bệnh nhân nhập viện đều có triệu chứng đau bụng thượng vị, 76.7% có biểu hiện nôn, buồn nôn. Nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình (2012) cũng thấy rằng 98.7% bệnh nhân vào viện có đau bụng thượng vị, 92.0% có triệu chứng nôn, buồn nôn và 87.6% có biểu hiện bí trung đại tiện [5].

Triệu chứng phản ứng thành bụng gặp ở 19 bệnh nhân (31.7%). Theo Jeffrey (2019), tỷ lệ phản ứng thành bụng gặp trong VTC là 68% [6], cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Điểm đau sườn lưng hay còn gọi là dấu hiệu Mayo Robson là một triệu chứng đặc hiệu và quan trọng của VTC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 7 bệnh nhân (11.7%) có dấu hiệu điểm đau sườn lưng. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình (2012): 69,3%[5]. Có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi không nặng bằng các nghiên cứu trên.

Hầu hết các bệnh nhân nhập viện đều không có tình trạng sốt (85%). Một số nghiên cứu cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ VTC không có sốt khi nhập viện như Nguyễn Thị Hằng (2002): 73% [7]. BMI của trung bình là 24.2 ± 4.0. Như vậy, kết quả cho thấy chỉ số BMI cao trên trung bình của người bình thường. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Gia Bình (2012): 13.3% và BMI trung bình: 22,60 ± 2,659 [5].

Bạch cầu của các bệnh nhân khi nhập viện là 13.65±4.53 G/L. Trường hợp cao nhất là 22 G/l, thấp nhất là 3.5 G/l. Chỉ số bạch cầu cao là biểu hiện của tình trạng đáp ứng viêm hệ thống trên bệnh nhân VTC. Kết quả của chúng tôi tương tự tác giả Tae Joo Jeon và cộng sự (2017): 11.90 ± 5.61 G/l [8], Nguyễn Gia Bình (2012): 12.38±4.51 G/l [5]. Ghi nhận có 49 bệnh nhân (81.6%) có bạch cầu tăng trên 10 G/l. Nguyên nhân có thể do đối tượng của chúng tôi là những bệnh nhân có ĐTĐ kèm

theo với nhập viện có đường máu cao, là điều kiện thuận lợi cho tình trạng nhiễm trùng và đáp ứng viêm mạnh hơn so với các đối tượng khác.

Men tụy là xét nghiệm thường dùng để chẩn đoán VTC. Tỷ lệ bệnh nhân có men tụy tăng trên 3 lần trong nghiên cứu của chúng tôi là 33%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình (2012) 52% [5]. Nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số đường huyết trung bình là 12.5 ± 4.8 mmol/l. HbA1C trung bình là $9.5 \pm 1.9\%$. Kết quả cao hơn so với tác giả Nguyễn Gia Bình (2012) : 11.1 ± 6.0 mmol/l.

Chúng tôi nhận thấy những bệnh nhân VTC có ĐTĐ có mỡ máu rất cao. Trong đó có 40% bệnh nhân tăng triglycerid. Giá trị trung bình triglycerid là 20.8 ± 25.4 mmol/l, Cholesterol: 10.0 ± 6.8 mmol/l. Có 58/60 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng chẩn đoán VTC, 53/60 bệnh nhân được siêu âm phát hiện VTC. Kết quả cho thấy các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh có độ nhạy cao và đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán VTC. Kết quả này tương tự tác giả Nguyễn Gia Bình (2012) : 57/67 bệnh nhân [5].

Lượng dịch truyền trong ngày đầu tiên trung bình là 3.48 ± 0.57 lít. Cao nhất là 5 lít, thấp nhất là 2.5 lít. Thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình (2012) : $6866,7 \pm 2128,80$ ml, Phạm Công Phúc (2017) : 4.6 ± 1.6 lít. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nhịn ăn trung bình là 2.57 ± 1.03 ngày, nhanh nhất là 1 ngày, lâu nhất là 5 ngày. Trong đó có 18.3% bệnh nhân nhịn ăn trên 3 ngày. Kết quả này thấp hơn so với Nguyễn Gia Bình (2012): 57.7% [5]. Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ và đối tượng là thể nhẹ hơn. Số ngày nằm viện trung bình là 8.4 ± 4.8 ngày. So với nghiên cứu về VTC thông thường, bao gồm cả bệnh nhân nặng cũng cho thấy số ngày nằm viện trung bình theo Nguyễn Gia Bình (2012): 9.9 ± 6.4 ngày [5]. Như vậy, những bệnh nhân VTC thể nhẹ và trung bình nếu có ĐTĐ kèm theo thì cũng làm tăng thời gian nằm viện như VTC bao gồm những trường hợp nặng nói chung.

Tăng triglycerid là nguyên nhân hàng đầu gây VTC ở bệnh nhân ĐTĐ (66.7%). VTC thông thường nói chung thường do soi mật và rượu là 2 nguyên nhân hàng đầu. Tuy nhiên ở bệnh nhân ĐTĐ, VTC có thường đi kèm với tăng Triglycerid. Nguyên nhân ở bệnh nhân ĐTĐ thường có thiếu hụt insulin dẫn đến quá trình lipolysis trong mô mỡ với sự giải phóng các axit béo tự do. Tăng lượng axit béo tự do đến gan gây ra tăng sản xuất các lipoprotein tỷ trọng rất thấp, kết hợp với việc ức chế lipoprotein lipase ở các mô ngoại biên, dẫn đến tăng triglyceride máu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân có chỉ số HbA1C cao trên 10% có thời gian nằm viện kéo dài hơn so với nhóm có HbA1C dưới 10%: 10.1 ± 4.3 ngày soi với 7.0 ± 4.8 ngày. Những bệnh nhân đường máu càng cao và không ổn định sẽ gây khó khăn trong việc kiểm soát đường huyết và kéo dài thời gian điều trị

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân VTC có ĐTĐ thể nhẹ và trung bình tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2018 đến tháng 07/2019, chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

- VTC trên bệnh nhân ĐTĐ gặp nhiều ở nam giới, chủ yếu nằm trong độ tuổi trung niên
- Biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân gặp nhiều nhất là đau bụng thượng vị, nôn, buồn nôn, chướng bụng. BMI trung bình của bệnh nhân giới hạn bình thường.
- Số lượng bạch cầu tăng cao trên 10 G/l chiếm 81.6%. Biểu hiện trên xét nghiệm sinh hóa chủ yếu là tăng triglycerid, tăng đường máu. HbA1C trung bình: $9.5 \pm 1.9\%$.
- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và siêu âm ổ bụng là 2 phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị chẩn đoán cao với tỷ lệ phát hiện VTC lần lượt là 96.7% và 88.3%.
- Điều trị dịch bù ngày đầu tiên trung bình là 3.48 ± 0.57 lít, thời gian nhịn ăn trung bình là 2.57 ± 1.03 ngày. Số ngày nằm viện trung bình của bệnh nhân VTC có ĐTĐ là 8.4 ± 4.8 ngày.
- Tăng triglycerid là nguyên nhân hàng đầu gây VTC ở bệnh nhân ĐTĐ.
- Bệnh nhân kiểm soát đường huyết càng kém, HbA1C cao sẽ kéo dài thời gian điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zawada, A.E., et al., Gastrointestinal complications in patients with diabetes mellitus. Adv Clin Exp Med, 2018.

2. Lankisch, P.G., M. Apte, and P.A. Banks, Acute pancreatitis. *Lancet*, 2015. **386**(9988): p. 85-96.
3. Peter A. Banks, M.D., M.A.C.G, Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*, 2006. **101**(10): p. 2379-2400.
4. Satoh, K., et al., Nationwide epidemiological survey of acute pancreatitis in Japan. *Pancreas*, 2011. **40**(4): p. 503-507.
5. Nguyễn Gia Bình, H.Đ.C., Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglycerid. Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp cơ sở, 2012. **Bệnh Viện Bạch Mai**.
6. Tang, J.C.F. Acute Pancreatitis. *Gastroenterology* 2019 [cited 2019 Jul 25].
7. Hằng, N.T., Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng và hình ảnh siêu âm của Viêm tụy cấp. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, 2002. **Trường Đại học Y Hà Nội**.
8. Jeon, T.J. and J.Y. Park, Clinical significance of the neutrophil-lymphocyte ratio as an early predictive marker for adverse outcomes in patients with acute pancreatitis. *World J Gastroenterol*, 2017. **23**(21): p. 3883-3889.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA P53, EGFR, HER2 VÀ THỜI GIAN SỐNG THÊM UNG THƯ LƯỠI GIAI ĐOẠN III, IV (M0) ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ TC BỔ TRỢ TRƯỚC PHẪU THUẬT VÀ/HOẶC XẠ TRỊ

Ngô Xuân Quý *

* ThS - Khoa Ngoại đầu cổ - Bệnh viện K

Email: ngoxuanquy1979@gmail.com

Số điện thoại: 0963512222.

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ bộc lộ các dấu ấn p53, EGFR, Her2 và mối liên quan tới thời gian sống thêm của ung thư lưỡi giai đoạn III- IV.

Đối tượng và phương pháp: Đối tượng nghiên cứu gồm những BN được chẩn đoán là ung thư lưỡi phần di động giai đoạn III, IV (M₀) được điều trị hoá chất bổ trợ trước bằng phác đồ TC, sau đó phẫu thuật và/ hoặc xạ trị tại Bệnh viện K từ tháng 1/2012 đến tháng 10/2018

Kết quả: Thời gian sống trung bình $36,48 \pm 2,23$ tháng. Tỷ lệ sống thêm 5 năm đạt 24,1%. Tỷ lệ bộc lộ EGFR, Her2, p53 dương tính lần lượt là 36,8; 4,8% và 33,6%. Thời gian sống thêm ở nhóm có EGFR dương tính ngắn hơn thời gian sống thêm ở nhóm có EGFR âm tính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,016$. Chưa thấy mối tương quan giữa tình trạng bộc lộ Her2, p53 và thời gian sống thêm

Kết luận: Tỷ lệ bộc lộ EGFR, Her2, p53 dương tính lần lượt là 36,8; 4,8% và 33,6%. Tình trạng bộc lộ EGFR có ảnh hưởng tới thời gian sống thêm.

Từ khóa: ung thư lưỡi giai đoạn III, IV, hoá chất bổ trợ trước, sống thêm, p53, EGFR, Her2

Abstract: THE RELATIONSHIP BETWEEN EGFR, HER2, P53 WITH OVERALL SURVIVAL IN OUTCOME OF PATIENTS WITH STAGE III-IV (M0) MOBILE TONGUE CANCER TREATED BY TC FOLLOWED BY SURGERY AND/OR RADIATION

Objectives: We aimed to identify the rate of expression of EGFR, Her2, p53 and the result of overall survival in neoadjuvant chemotherapy with TC in patients with stage III-IV(M₀) mobile tongue cancer followed by surgery and/or radiation. The relationship between expression of EGFR, Her2, p53 and overall survival were revealed.

Patients and Methods: 125 cases with stage III-IV (M0) mobile tongue cancer were investigated in this prospective study, treated by neoadjuvant chemotherapy with TC regimen followed by surgery and/or radiation at K hospital from 2012 to 2018

Result: Thời gian sống trung bình $36,48 \pm 2,23$ tháng. Tỷ lệ sống thêm 5 năm đạt 24,1%. Tỷ lệ bộc lộ EGFR, Her2, p53 dương tính lần lượt là 36,8%; 4,8% và 33,6%. Thời gian sống thêm ở nhóm có EGFR dương tính ngắn hơn thời gian sống thêm ở nhóm có EGFR âm tính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,016$. Chưa thấy mối tương quan giữa tình trạng bộc lộ Her2, p53 và thời gian sống thêm.

The mean overall survival was $36,48 \pm 2,23$ months. The five-year survival rate was 24,1%. The proportions of expression of EGFR, Her2, p53 were 36,8%; 4,8% và 33,6%, respectively. The expression of EGFR was related with OS of oral patients with stage III-IV (M0), $p=0,016$. Her2, p53 were not associated with overall survival.

Conclusions: The proportions of expression of EGFR, Her2, p53 were 36,8%; 4,8% và 33,6%, respectively. The expression of EGFR was related with OS of oral patients with stage III-IV (M0)

Key words: oral tongue cancer, neo-adjuvant chemotherapy, survival rate, EGFR, Her2, p53.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi là ung thư thường gặp nhất trong các ung thư vùng khoang miệng. Theo GLOBOCAN 2018, hàng năm có khoảng 354.860 ca mắc mới và 177.354 ca tử vong do ung thư khoang miệng với tỷ lệ nam/nữ là 2,27 [1].

Ung thư lưỡi là bệnh có thể phát hiện và chẩn đoán sớm. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân ung thư lưỡi đến điều trị ở giai đoạn muộn ở nước ta còn cao [2]. Do đó cần phải có sự kết hợp nhiều phương pháp điều trị nhằm nâng cao hiệu quả. Một trong những phương pháp đó là điều trị hoá chất bổ trợ trước (hay còn gọi là điều trị hoá chất trước phẫu thuật và xạ trị). Mục đích của điều trị hoá chất bổ trợ trước nhằm hạ thấp giai đoạn bệnh, tạo thuận lợi cho phẫu thuật, xạ trị, làm giảm các biến chứng, hạn chế di căn xa [3].

Ở Việt Nam cho đến nay nghiên cứu về vai trò của hoá chất bổ trợ trước trong ung thư đầu mặt cổ nói chung, ung thư lưỡi nói riêng còn ít và thường dung phác đồ không có nhóm Taxane. Với phác đồ điều trị bổ trợ trước có nhóm Taxane sẽ làm tăng tỷ lệ đáp ứng, đồng thời tăng tỷ lệ sống thêm một cách có ý nghĩa so với các phác đồ khác. Ngoài ra, những nghiên cứu gần đây cho thấy thời gian sống thêm có thể ảnh hưởng bởi một số dấu ấn sinh học phân tử của u như sự bộc lộ p53, Her2, EGFR [4].

Với mong muốn không ngừng cải thiện kết quả điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: **Xác định tỷ lệ bộc lộ các dấu ấn p53, EGFR, Her2 và một số yếu tố liên quan thời gian sống thêm của ung thư lưỡi giai đoạn III- IV.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 125 BN được chẩn đoán là ung thư lưỡi phần di động giai đoạn III, IV (M₀) được điều trị hoá chất bổ trợ trước bằng phác đồ TC, sau đó phẫu thuật và/ hoặc xạ trị tại Bệnh viện K từ tháng 01/2012 đến tháng 10/2018. Tất cả BN được xét nghiệm hoá mô miễn dịch các dấu ấn p53, EGFR, Her2.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Các BN ung thư lưỡi phần di động giai đoạn III, IV (M₀) theo UICC 2009.
- Tuổi < 70.
- Các BN được điều trị lần đầu.

- Chỉ số toàn trạng từ 0-2 theo ECOG
- Có chẩn đoán mô bệnh học tại u là ung thư biểu mô vảy.
- Chức năng tuỷ xương còn tốt, chức năng gan thận còn tốt
- BN không mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian gần, không mắc bệnh ung thư khác ngoài bệnh ung thư lưỡi.
- Được làm xét nghiệm hoá mô miễn dịch p53, EGFR, Her2.
- Có thông tin về tình trạng bệnh sau điều trị

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: không đủ các tiêu chuẩn trên

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả lâm sàng. Thời điểm bắt đầu chọn BN vào nghiên cứu: thống nhất lấy ngày vào viện.
- Thời điểm kết thúc nghiên cứu: ngày chết hoặc ngày xuất hiện tái phát, di căn; ngày mất theo dõi; bị kiểm duyệt do hết thời gian nghiên cứu

2.3. Các bước tiến hành

- Sau khi các bệnh nhân được chẩn đoán là UTL có đầy đủ các tiêu chuẩn trên được điều trị bằng hoá chất phác đồ TC
- Chẩn đoán HMMD xác định tỷ lệ và mức độ bộc lộ của các dấu ấn P53, Her2, EGFR
- Điều trị phẫu thuật và/hoặc xạ trị sau 3 đợt hoá chất Taxane + Cisplatin 3 chu kỳ.
- Thời gian sống thêm toàn bộ, tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm và 5 năm.
- Phân tích thời gian sống thêm theo mức độ bộc lộ của các dấu ấn P53, Her2, EGFR.

2.4. Xử lý số liệu

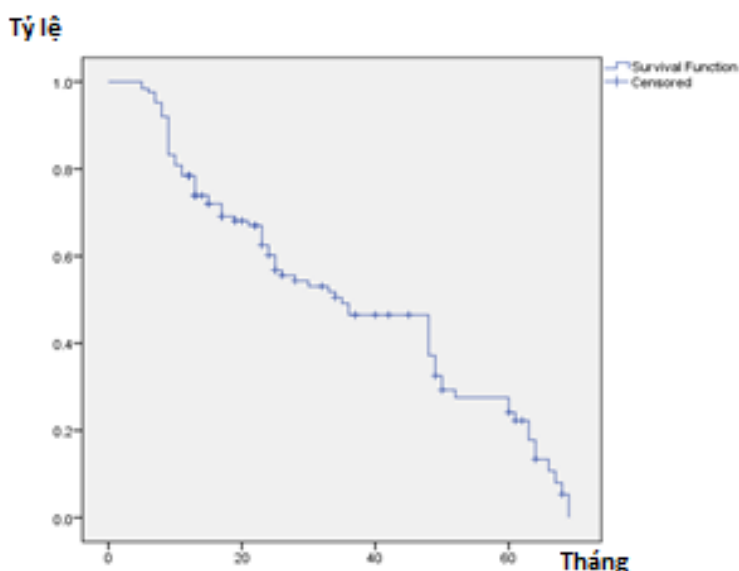
- Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.
- Phân tích thời gian sống thêm: sử dụng phương pháp Kaplan - Meier để ước tính thời gian sống thêm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 125 bệnh nhân chúng tôi rút ra một số kết quả như sau:

Thời gian sống thêm toàn bộ

Sống thêm toàn bộ

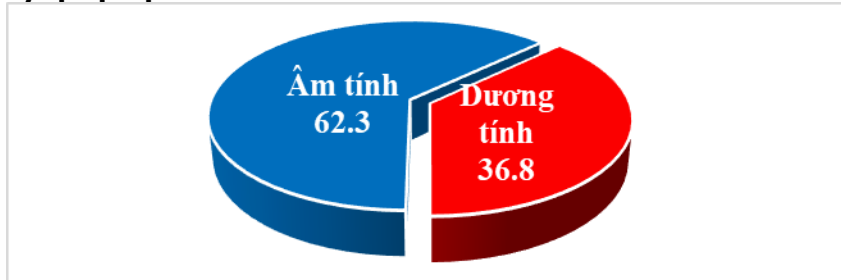


Biểu đồ 3.1. Đồ thị sống thêm toàn bộ

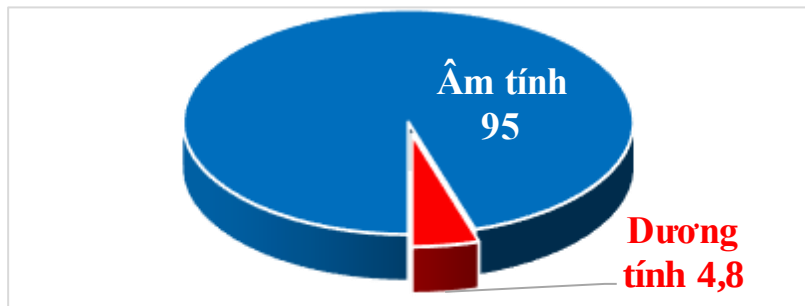
Bảng 3.1. Bảng sống thêm toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm, 5 năm

Thời gian sống thêm	1 năm	2 năm	3 năm	4 năm	5 năm
Tỷ lệ %	78,4	60,2	46,5	37,2	24,1

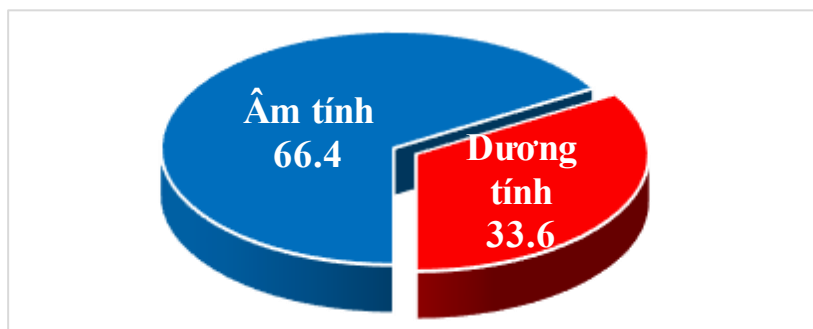
Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm 5 năm đạt 24,1%. Thời gian sống trung bình $36,48 \pm 2,23$ tháng

Tỷ lệ bộc lộ các dấu ấn p53, EGFR, Her2**Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn EGFR****Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn EGFR**

Nhận xét: Tỷ lệ bộc lộ EGFR dương tính là 36,8%

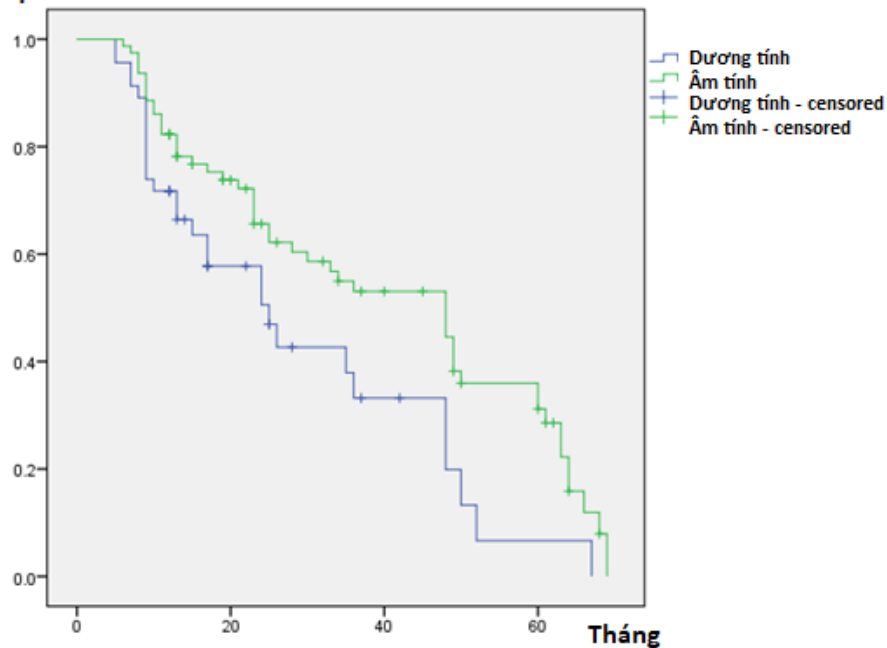
Tỷ lệ bộc lộ các dấu ấn Her2**Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn Her2**

Nhận xét: Tỷ lệ bộc lộ Her2 dương tính là 4,8%

Tỷ lệ bộc lộ các dấu ấn p53**Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn p53**

Nhận xét:

Tỷ lệ bộc lộ p53 dương tính là 33,6%

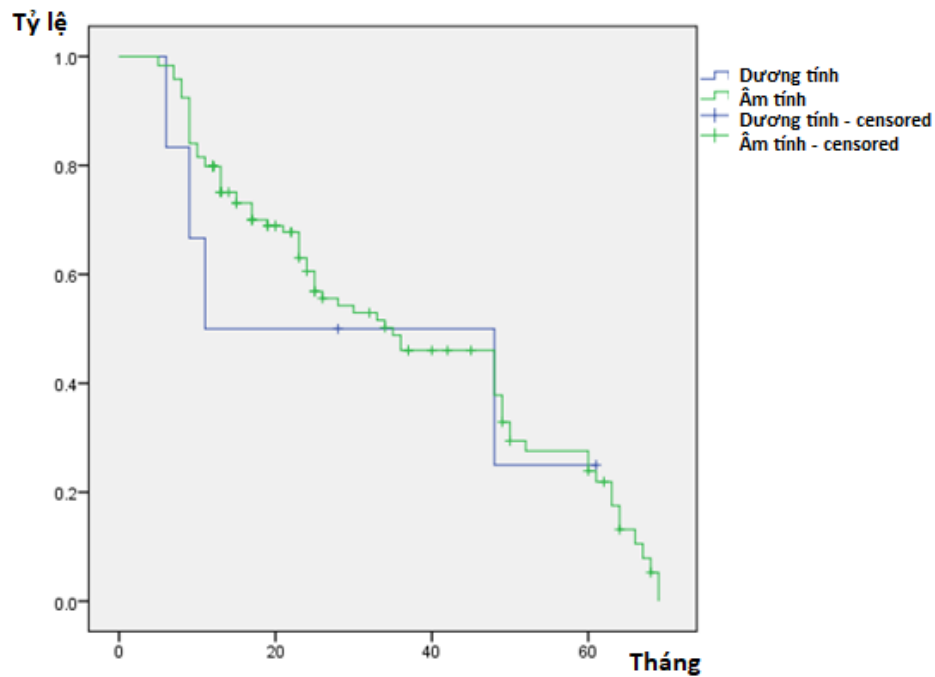
Mối liên quan tình trạng bộc lộ EGFR với thời gian sống thêm**Tỷ lệ****Biểu đồ 3.5. Sống thêm 5 năm theo theo tình trạng bộc lộ EGFR**

Bảng 3.2. Sống thêm 5 năm theo theo tình trạng bộc lộ EGFR

	Dương tính	Âm tính
Số bệnh nhân	46	79
Thời gian sống trung bình	29,1	40,2
P = 0,016		

Nhận xét:

Thời gian sống thêm ở nhóm có EGFR dương tính ngắn hơn thời gian sống thêm ở nhóm có EGFR âm tính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,016$.

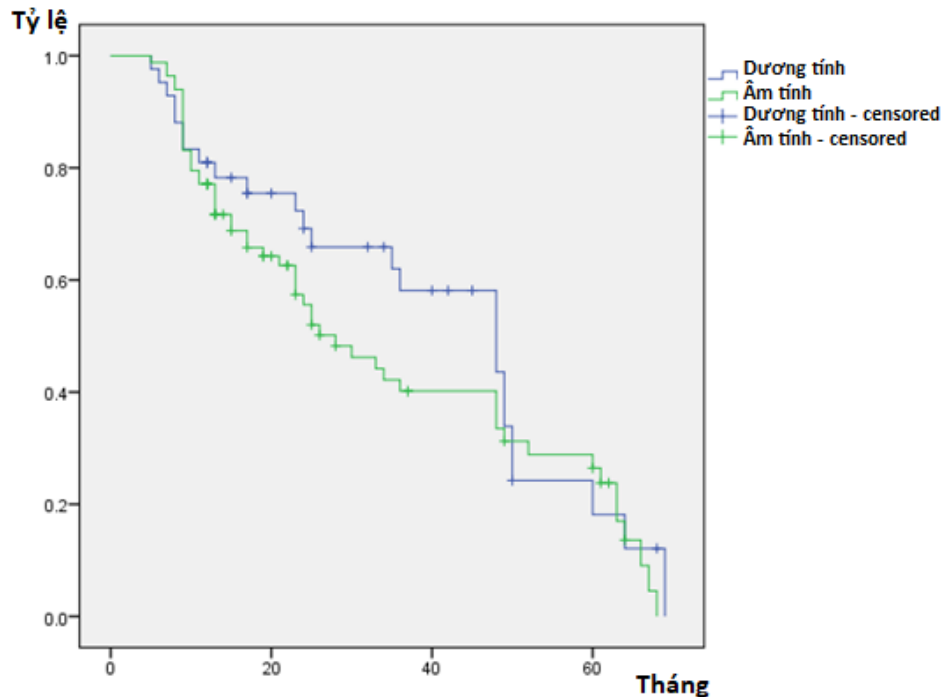
Mối liên quan tình trạng bộc lộ Her2 với thời gian sống thêm**Biểu đồ 3.6. Sống thêm 5 năm theo theo tình trạng bộc lộ Her2**

Bảng 3.3. Sống thêm 5 năm theo theo tình trạng bộc lộ Her2

	Dương tính	Âm tính
Số bệnh nhân	6	119
Thời gian sống trung bình	31,6	36,7
P = 0,739		

Nhận xét:

Chưa thấy mối tương quan giữa tình trạng bộc lộ Her2 và thời gian sống thêm

Mối liên quan tình trạng bộc lộ p53 với thời gian sống thêm**Biểu đồ 3.7. Sống thêm 5 năm theo theo tình trạng bộc lộ p53****Bảng 3.4. Sống thêm 5 năm theo theo tình trạng bộc lộ p53**

	Dương tính	Âm tính
Số bệnh nhân	42	83
Thời gian sống trung bình	39,8	34,7
P = 0,277		

Nhận xét:

Chưa thấy mối tương quan giữa tình trạng bộc lộ p53 và thời gian sống thêm

IV. BÀN LUẬN**Sống thêm toàn bộ**

Việc theo dõi kết quả điều trị, đặc biệt là thời gian sống thêm đối với ung thư nói chung và ung thư lưỡi nói riêng đóng vai trò rất quan trọng. Từ kết quả đó người ta sẽ tiếp tục phương pháp cũ, hay nghiên cứu các phương pháp mới nhằm kéo dài thời gian sống của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 125 BN, thời gian sống thêm toàn bộ 12 tháng là 78,4%, sau 24 tháng 60,2%, sau 36 tháng 46,5%, sau 48 tháng 37,2% và sau 60 tháng là 24,1%.

Tỷ lệ bộc lộ các dấu ấn p53, EGFR, Her2

Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn EGFR và mối liên quan tới đặc điểm bệnh học.

Kết quả của chúng tôi cho thấy, trong số 125 bệnh nhân trong nghiên cứu, có 46 bệnh nhân bộc lộ EGFR dương tính, chiếm 36,8%. Khi so sánh với các tác giả khác, tỷ lệ bộc lộ EGFR dương tính dao động trong khoảng từ 35% - 60% tùy theo các nghiên cứu.

Nghiên cứu của Xia và cộng sự (1999) trên 111 bệnh nhân ung thư vảy vùng khoang miệng, tác giả dùng hoá mô miễn dịch đánh giá mức độ bộc lộ đối với EGFR, Her2-neu, Her-3 và Her-4, kết quả về bộc lộ EGFR cho thấy có 37% bộc lộ dương tính [5]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Chen và cộng sự (2003) được tiến hành trên 59 bệnh nhân ung thư khoang miệng tại Anh, kết quả cho thấy có 34 bệnh nhân có bộc lộ với EGFR (chiếm 57,6%) [6]. Vanessa (2012), Singla (2016) cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân có EGFR dương tính lần lượt là 53,8% và 57,5% số bệnh nhân [7],[8].

Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn Her2

Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn Her2 dao động khác nhau giữa các nghiên cứu khác nhau. Hanken và cộng sự cho kết quả 2% số bệnh nhân có Her2 dương tính khi nghiên cứu trên 196 bệnh nhân ung thư khoang miệng. Vanessa cũng cho kết quả chỉ có 2,2% số bệnh nhân dương tính với Her2 [7]. Tuy nhiên, tác giả Xia và cộng sự (1999), kết quả cho thấy có tới 36% số bệnh nhân có dương tính với Her2 [5]. Tương tự như vậy Chen và cộng sự (2003) nghiên cứu trên 59 bệnh nhân ung thư khoang miệng tại Anh, có tới 40,7% số bệnh nhân Her2 dương tính [6]. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả này là 4,8%. Sở dĩ có sự khác nhau như vậy có thể là do cỡ mẫu của các tác giả chưa đủ lớn và đối tượng nghiên cứu khác nhau.

Tỷ lệ bộc lộ dấu ấn p53

Tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có HMMD p53 dương tính là 33,6%. Tất cả cho kết quả 37% số bệnh nhân trong nghiên cứu của ông có HMMD dương tính tới p53. Tác giả Perrone cũng cho kết quả tương tự, tuy có cao hơn một chút với tỷ lệ là 45%.

Sống thêm theo hoá mô miễn dịch

Thời gian sống thêm ở nhóm có EGFR dương tính ngắn hơn thời gian sống thêm ở nhóm có EGFR âm tính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,016$. Ở nhóm có EGFR dương tính, thời gian sống thêm trung bình là 29,1 tháng, thấp hơn so với nhóm bệnh nhân có EGFR âm tính với thời gian sống thêm trung bình là 40,2 tháng. Tuy nhiên, chúng tôi thấy rằng Her2 và p53 không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm với p lần lượt là 0,739 và 0,277.

Nghiên cứu của Xia và cộng sự (1999) trên 111 bệnh nhân ung thư vảy vùng khoang miệng, trong đó chỉ có 47 bệnh nhân được đánh giá thời gian sống thêm, kết quả cho thấy cả EGFR và Her2 đều ảnh hưởng tới thời gian sống thêm [5].

Chen và cộng sự (2003) khi phân tích đến thời gian sống thêm, tác giả cho rằng tình trạng bộc lộ EGFR có ảnh hưởng tới thời gian sống thêm, cụ thể ở nhóm bệnh nhân dương tính với EGFR có thời gian sống thêm ngắn hơn so với nhóm âm tính với $p = 0,001$. Tuy nhiên, tình trạng bộc lộ Her-2 không ảnh hưởng tới thời gian sống thêm, với $p = 0,928$ [6].

KẾT LUẬN

- Thời gian sống trung bình $36,48 \pm 2,23$ tháng. Tỷ lệ sống thêm 5 năm đạt 24,1%
- Tỷ lệ bộc lộ EGFR, Her2, p53 dương tính lần lượt là 36,8; 4,8% và 33,6%.
- Tình trạng bộc lộ EGFR ảnh hưởng tới thời gian sống thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 68(6): p. 394-424.
2. Nguyễn Quốc Bảo (2011), Chẩn đoán và điều trị ung thư đầu cổ. Nhà xuất Bản Y Học. Trường Đại học Y Hà Nội

3. Ma J, Liu Y, Yang X, et al (2013). Induction chemotherapy in patients with resectable head and neck squamous cell carcinoma: a meta-analysis. *World J Surg Oncol*, 11: p. 67.
4. Poeta ML, Manola J, Goldwasser MA, et al (2007). TP53 mutations and survival in squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med*, 357(25): p. 2552-61.
5. Xia W, Lau YK, Zhang HZ, et al (1999) Combination of EGFR, HER-2/neu, and HER-3 is a stronger predictor for the outcome of oral squamous cell carcinoma than any individual family members. *Clin Cancer Res*, 5(12): p. 4164-74.
6. Chen IH, Chang JT, Liao CT, et al (2003). Prognostic significance of EGFR and Her-2 in oral cavity cancer in betel quid prevalent area cancer prognosis. *Br J Cancer*, 89(4): p. 681-6.
7. Vanessa F Bernardes, Frederico O Gleber-Netto, Sílvia F Sousa, et al (2010). Clinical significance of EGFR, Her-2 and EGF in oral squamous cell carcinoma: a case control study. *J Exp Clin Cancer Res*. 29: p. 40.
8. Singla S, Singla G, Zaheer S, et al (2018) Expression of p53, epidermal growth factor receptor, c-erbB2 in oral leukoplakias and oral squamous cell carcinomas. *J Cancer Res Ther*, 14(2): p. 388-393.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ CỦA ĐỢT CẤP Ở BỆNH NHÂN SUY THƯỢNG THẬN DO THUỐC

Vũ Thị Thục Trang, Nguyễn Khoa Diệu Vân

Trường đại học Y Hà Nội

Người chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thục Trang: Tel: 0388084568

Email: drvutrang1993@gmail.com

ABSTRACT:

CLINICAL CHARACTERISTICS, CLINICAL EXAMINATION AND RESPONSE TO TREATMENT OF ACUTE ILLNESS IN PATIENTS WITH EXOGENOUS ADRENAL INSUFFICIENCY

Objectives: To investigate patient characteristics, comorbidities and treatments of adrenal crisis. **Subjects and Methods:** We conducted a cross-sectional study of patients who have clinical symptoms of acute adrenal insufficiency and have history of using GCs or have been diagnosed with adrenal insufficiency previously at admission from May 2018 to August 2019, at Bach Mai hospital. **Results:** Thirty-three patients were treated for adrenal crisis in the hospital, the majority (58%) of whom were male and up to 69.7% aged 60 and older. The age-related hospitalization rate is increasing. The most common clinical symptom of acute adrenal insufficiency is fatigue and vomiting (100%), followed by lower BP, and abdominal pain accounts for less. The diagnosis of infection was found in 26 patients (78.9%) and the most common infection was respiratory infection in 19 cases (57.6%); Urinary tract infections, soft tissues ... account for lesser percentage. The study showed that the older the age and the associated infections increased the number of treatment days, as well as the number of GCs, but there was no difference in the average GCs and the average infusion volume.

Key word: adrenal crisis, Acute adrenal insufficiency, adrenal insufficiency cause by glucocorticoid, exogenous adrenal insufficiency.

TÓM TẮT:

Mục tiêu: đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng điều trị của đợt cấp ở bệnh nhân suy thượng thận do thuốc. **Đối tượng:** 33 bệnh nhân được chẩn đoán suy thượng thận cấp do thuốc nhập viện Bạch Mai điều trị từ tháng 5/2018 đến 8/2019. **Kết quả:** 33 bệnh nhân được điều trị cơn suy thượng thận cấp trong bệnh viện, phần lớn (58%) bệnh nhân là nam và có tới 69.7% ở độ tuổi từ 60 trở lên. Tỷ lệ nhập viện liên quan đến tuổi ngày càng gia tăng. Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất của cơn suy thượng thận cấp là mệt mỏi và nôn (100%), tiếp theo hạ HA, sốt đau bụng chiếm tỷ lệ ít hơn. Chẩn đoán về nhiễm trùng được tìm thấy ở 26 bệnh nhân (78.9%) và nhiễm trùng thường gặp nhất là nhiễm trùng đường hô hấp ở 19 trường hợp (57.6%); nhiễm trùng tiết niệu, mô mềm ... chiếm tỷ lệ ít hơn. Trong nghiên cứu cho thấy tuổi càng cao và có bệnh nhiễm trùng kèm theo làm tăng số ngày điều trị, cũng như số ngày tiêm GCs nhưng không có sự khác biệt về lượng tiêm GCs trung bình và lượng dịch truyền trung bình.

Từ khóa: suy thượng thận cấp, khủng hoảng thượng thận, suy thượng thận do thuốc

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay việc sử dụng glucocorticoid rất rộng rãi, trong rất nhiều các chuyên ngành, thậm chí việc tự ý sử dụng corticoid không theo đơn và sự theo dõi của bác sĩ là tình trạng rất phổ biến ở Việt Nam cũng như sự thiếu hiểu biết của người bệnh về tác dụng không mong muốn của glucocorticoid còn nhiều hạn chế dẫn tới suy thượng thận do điều trị glucocorticoid là nguyên nhân thường gặp nhất trong các suy thượng thận thứ phát.

Cơ suy thượng thận cấp là một biến chứng nặng nề của suy thượng thận và thường xảy ra trên nền suy thượng thận mạn do các yếu tố mất bù làm không đáp ứng đủ nhu cầu hormone vỏ thượng thận. Các yếu tố thuận lợi hay gặp là: nhiễm trùng hay gặp nhất nhiễm trùng hô hấp, phẫu thuật, chấn thương, stress tâm thần kinh, mất nước do nhiều nguyên nhân...[2]

Suy thượng thận cấp cũng là một cấp cứu nội khoa do vỏ thượng thận mất hoặc giảm mạnh chức năng tiết hormone một cách đột ngột gây ra tình trạng nguy kịch [1]. Nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời có thể dẫn đến tử vong, đây cũng là một trong những nguyên nhân gây đột tử thường dễ bị bỏ sót với chẩn đoán truy mạch không rõ nguyên nhân. Do vậy cần được điều trị kịp thời ngay khi chưa có chẩn đoán xác định và khi mới chỉ có vài triệu chứng nghi ngờ. Tuy nhiên ở nước ta chưa có nghiên cứu nào về suy thượng thận cấp ở bệnh nhân suy thượng thận do thuốc.

Do lý do trên nên chúng tôi tiến hành làm đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng điều trị của đợt cấp ở những bệnh nhân suy thượng thận do thuốc" với hai mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố khởi phát đợt cấp ở bệnh nhân suy thượng thận do thuốc. Nhận xét đáp ứng điều trị cơn suy thượng thận cấp trên bệnh nhân suy thượng thận do thuốc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán suy thượng thận cấp do thuốc tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2018 đến 8/2019

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: bệnh nhân tiền sử chẩn đoán suy thượng thận do thuốc hoặc tiền sử sử dụng glucocorticoid, đợt này vào viện vì triệu chứng cấp suy thượng thận (mệt mỏi, buồn nôn, nôn, sốt, tiêu chảy, đau bụng, hạ HA tư thế, tụt HA, rối loạn ý thức) có nồng độ Cortisol 8 giờ sáng < 83 nmol/l hoặc không đáp ứng với nghiệm pháp với synacthen.

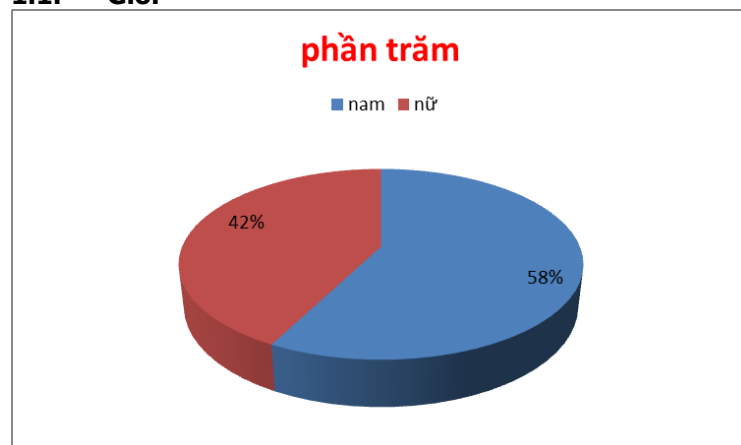
- Tiêu chuẩn loại trừ: khi bệnh nhân có một trong số triệu chứng sau

- + bệnh nhân tiền sử sử dụng thuốc (Megestrol, Ketoconazole, Metyrapone, Aminoglutethimide)
- + bệnh nhân chẩn đoán lao, tiền sử mắc lao trước đây
- + bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

1.1. Giới



Biểu đồ 1: tỷ lệ phần trăm giới tính

Nhận xét:

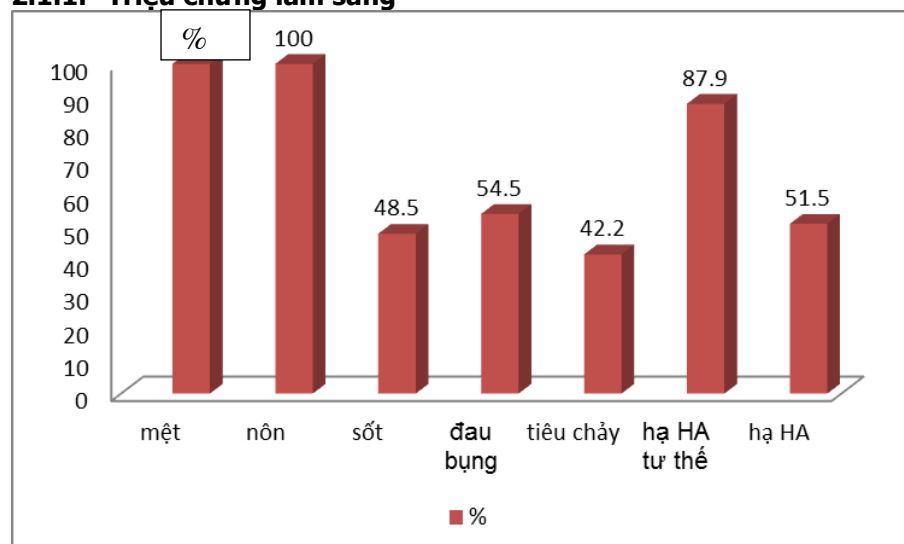
- trong đó tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là: 1,38

1.2. Tuổi**Bảng 1. Phân bố nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo độ tuổi**

Nhóm tuổi	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
< 30	0	0
30 – 50	04	12,1
51 – 70	19	57,6
>70	10	30,3
Tổng	33	100
Tuổi TB $\pm$ SD	63,42 $\pm$ 10,16	

Nhận xét:

- Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 63,42 $\pm$ 10,16 tuổi.
- Nhóm tuổi gặp chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là: 51 – 70 tuổi chiếm 57,6%; tuổi thấp nhất của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 43 tuổi và cao tuổi nhất là 78 tuổi.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố khởi phát**2.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG****2.1.1. Triệu chứng lâm sàng****Biểu đồ 2:** phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng**Nhận xét:**

- Tất cả 100% bệnh nhân suy thượng thận cấp trong nhóm nghiên cứu có triệu chứng mệt mỏi và nôn, có 87,9% có triệu chứng hạ HA tư thế; các triệu chứng tiêu chảy, sốt, đau bụng xuất hiện ít hơn.

❖ HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN**Bảng 2:** huyết áp trong cơn suy thượng thận cấp

Huyết áp	Huyết áp tâm thu	Huyết áp tâm trương
Giá trị trung bình	87,12 $\pm$ 1,98	58,19 $\pm$ 1,04
Số BN hạ HA(n)	18	24
Tỷ lệ hạ HA(%)	54,5	72,7

Nhận xét:

- Trong số 33 bệnh nhân nghiên cứu, huyết áp tâm thu có giá trị trung bình $87,12 \pm 1,98$, huyết áp tâm trương có giá trị trung bình $58,19 \pm 1,04$, trong đó có 54,5% bệnh nhân có huyết áp tâm thu hạ, 72,7% bệnh nhân có huyết áp tâm trương hạ.

2.1.2. ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG

2.1.2.1. **Nồng độ Cortisol máu 8h sáng:** trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $51,12 \pm 2,42$ nmol/l

2.1.2.2. Giá trị điện giải

❖ Giá trị Natri máu trong cơn suy thượng thận cấp

Bảng 3: giá trị natri máu trong cơn suy thượng thận cấp

Na ngày 1	Tần số	Phần trăm
Na máu giảm	27	81,8%
Na máu giảm nặng <120 mmol/l	5	15,2%
Na máu giảm vừa (120-130 mmol/l)	9	27,3%
Na máu giảm nhẹ (130-135 mmol/l)	13	39,8%
Na máu bình thường (135-145 mmol/l)	6	18,2%
Giá trị trung bình	$129,7 \pm 8,07$	

Nhận xét:

- Trong cơn suy thượng thận cấp, đa phần bệnh nhân có Na máu giảm nhẹ, vừa (39,8% và 27,3%), chỉ có 15,2% số bệnh nhân có mức giảm Na máu nặng dưới 120 mmol/l

2.2. Yếu tố khởi phát

Bảng 4: các yếu tố khởi phát cơn suy thượng thận cấp

Các yếu tố khởi phát	Số bệnh nhân(n)	Phần trăm (%)
Bệnh nhiễm trùng	Hô hấp	19
	Cơ xương khớp	4
	Tiết niệu	1
	Tiêu hóa	1
	Hô hấp, CXK	1
Không nhiễm trùng	7	21,1
Chấn thương	1	3,03
Nhiễm trùng + bỏ thuốc	18	54,55
Tỷ lệ bỏ thuốc	25	75,8

Nhận xét:

- Trong số 33 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 57,6% số bệnh nhân bị nhiễm trùng đường hô hấp, số bệnh nhân không mắc bệnh nhiễm trùng chiếm 21,1%, tỷ lệ bỏ thuốc chiếm 75,8%.

3. NHẬN XÉT QUẢ ĐIỀU TRỊ CƠN SUY THƯỢNG THẬN CẤP

- Trong số 33 bệnh nhân có suy thượng thận cấp do thuốc ở nghiên cứu của chúng tôi thì không có bệnh nhân nào tử vong

- Sau khi phân tích tích 33 trường hợp chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Thời gian nằm viện và thời gian BN sử dụng glucocorticoid đường tĩnh mạch

Bảng 5: thời gian nằm viện và thời gian dùng glucocorticoid đường tĩnh mạch

		Thời gian nằm viện		Thời gian điều trị glucocorticoid tĩnh mạch	
Tuổi		Số BN	TB	Số BN	TB
	<65	19	$9,84 \pm 5,53$	19	$3,74 \pm 1,85$
	>=65	14	$14,07 \pm 6,01$	14	$5,36 \pm 4,14$

P	0,045	0,138
Giá trị trung bình	11,64 ± 6,03	4,42 ± 3,09

Nhận xét:

- số ngày điều trị trung bình là 11,64 ± 6,03, trong đó ngày điều trị dài nhất 27 ngày, ngày điều trị ngắn nhất 3 ngày; nhóm bệnh nhân tuổi ≥ 65 có thời gian điều trị dài hơn so với nhóm < 65 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. số ngày tiêm hydrocortisone trung bình 4,42 ± 3,09, số ngày tiêm dài nhất là 17 ngày, số ngày tiêm ngắn nhất là 1 ngày.

3.2. Đáp ứng điều trị với glucocorticoid**3.2.1. Lượng dịch truyền trong cơn suy thượng thận cấp****Bảng 6:** lượng dịch truyền trong cơn suy thượng thận cấp

Loại dịch	Số bệnh nhân	Trung bình
Natri clorua 0.9%	33	1901 ± 907
Glucose 5%	2	1000

Nhận xét:

- tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được truyền dịch Natri clorua 0,9% với mức trung bình 1901 ± 907 ml và có 6,1% số bệnh nhân được truyền glucose 5%.

3.2.2. Lượng Hydrocortisone tiêm tĩnh mạch

100% bệnh nhân được dùng hydrocortisone đường tĩnh mạch với mức hydrocortisone trung bình khoảng 102,7 ± 62,4 mg/ ngày.

3.2.3. Giá trị HA của bệnh nhân qua các ngày điều trị

Ngày điều trị	Huyết áp tâm thu	Huyết áp tâm trương	P
Ngày 1	87,12 ± 1,98	58,19 ± 1,04	0,000
Ngày 2	104,2 ± 18,4	68,2 ± 10,4	

Bảng 7: giá trị huyết áp của bệnh nhân sau 01 ngày điều trị**Nhận xét:**

- sau 01 ngày điều trị HA tăng về mức bình thường cả HATT và HATT_r, mức khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000$

3.2.4. Đáp ứng Na máu trong quá trình điều trị**Bảng 8:** giá trị natri máu trong các ngày điều trị

Ngày điều trị	Số bệnh nhân	Giá trị trung bình	P
Na ngày 1	33	129,7 ± 8,07	0.001
Na ngày 2	29	134,8 ± 6,85	
Na ngày 3	22	137,7 ± 4,72	

Nhận xét:

- qua các ngày điều trị, mức độ Na máu tăng dần, sau 01 ngày điều trị mức Na máu trung bình gần như trở về bình thường 134,8 ± 6,85, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001 < 0,05$. sau 03 ngày điều trị mức Na máu trở về giá trị bình thường với mức trung bình 137,7 ± 4,72.

3.2.5. K máu qua các ngày điều trị**Bảng 9:** nồng độ kali máu trong các ngày điều trị

Ngày điều trị	Số bệnh nhân	Giá trị trung bình	P
K ngày 1	33	3.68 ± 0.74	$p_{1,4} = 0.005$

K ngày 2	29	3.57 ± 0.57	
K ngày 3	22	3.53 ± 0.61	
K ngày 4	16	3.31 ± 0.44	

Nhận xét:

- trong quá trình điều trị, K máu có xu hướng giảm dần, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ngày thứ 1 và ngày thứ 4 sau điều trị.

3.3. So sánh kết quả điều trị của nhóm có bệnh nhiễm trùng và không có bệnh nhiễm trùng

Các yếu tố	Có NT	Không NT	P
Số ngày điều trị	13,42 ± 5,5	5,0 ± 1,63	0,000
Số ngày tiêm GCs	5,0 ± 3,2	2,29 ± 1,25	0,037
Lượng dịch truyền	1200 ± 931	1157 ± 879	0,93
Lượng GCs tiêm	104 ± 72,7	97,61 ± 7,3	0,075
Lượng GCs uống	32,69 ± 14,64	31,42 ± 8,99	0,83

Nhận xét:

- Số ngày điều trị trung bình ở nhóm có nhiễm trùng là 13,42 ± 5,5 lớn hơn nhóm không có nhiễm trùng 5,0 ± 1,63, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,000<0,05$
- Số ngày tiêm GCs ở nhóm có nhiễm trùng là 5,0 ± 3,2, trong khi ở nhóm không nhiễm trùng chỉ là 2,29 ± 1,25, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,037$
- Lượng dịch truyền trung bình (ml/ ngày) và lượng GCs tiêm cũng như uống không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở hai nhóm có nhiễm trùng và không nhiễm trùng.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân lớn tuổi nhập viện do cơn suy thượng thận cấp cao hơn so với người trẻ tuổi, có tới trên 1/2 (67,9%) số bệnh nhân trên 60 tuổi và trong nghiên cứu thấy rằng tỷ lệ nam/ nữ: 1,38, số bệnh nhân nam nhiều hơn so với bệnh nhân nữ, kết quả này khác so với kết quả của R Louise Rushworth nghiên cứu trên 824 bệnh nhân tại Austraudia, điều này có thể lý giải bởi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác, cỡ mẫu của chúng tôi khá nhỏ.

Trong nghiên cứu, dấu hiệu lâm sàng hay gặp nhất trong cơn suy thượng thận cấp là mệt mỏi và nôn chiếm đến 100% các bệnh nhân, triệu chứng khác chiếm tỷ lệ ít hơn 48,5% số bệnh nhân có sốt; 87,9% số bệnh nhân có hạ huyết áp tư thế và có hơn một nửa trong số đó có sốc.

Những thay đổi trong điện giải đồ trong cơn suy thượng thận cấp là rất quan trọng, có thể thấy trong nghiên cứu của chúng tôi có mức natri máu giảm với nồng độ trung bình là 129.7 ± 8.07 mmol/l, trong đó mức natri máu giảm nhẹ và vừa lần lượt là 39,8% và 27,3%, có 15,2% bệnh nhân có mức natri máu giảm nặng < 120 mmol/l, bệnh nhân có mức natri máu thấp nhất là 112,0 mmol/l, bệnh nhân có mức natri máu cao nhất là 142 mmol/l.

- Nhiễm trùng là yếu tố khởi phát chính của cơn suy thượng thận cấp, có tới 78,9% số bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng khi nhập viện, trong đó có 57,6% số bệnh nhân nhiễm trùng hô hấp, tiếp theo là viêm mô tế bào, nhiễm khuẩn tiết niệu và có tới 75,8% số bệnh nhân trước cơn suy thượng thận cấp có bỏ thuốc. Kết quả nghiên cứu này cũng giống với kết quả nghiên cứu của R Louise Rushworth và Ysoke Ono cũng nghiên cứu về suy thượng thận cấp.

- Tất cả các bệnh nhân nhập viện đều được sử dụng glucocorticoid đường tĩnh mạch, việc lựa chọn các loại glucocorticoid khác nhau phụ thuộc vào bệnh lý nền, tính sẵn có của loại corticoid và kế hoạch tiếp theo của bệnh nhân. Các dấu hiệu lâm sàng phục hồi khá tốt, huyết áp sau 1 ngày trở về bình thường, natri máu của bệnh nhân cũng tăng lên về bình thường sau 03 ngày điều trị. Và trong nhóm có bệnh lý nhiễm trùng kèm theo sẽ làm tăng số ngày điều trị cũng như số ngày tiêm glucocorticoid hơn so với nhóm không có nhiễm trùng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy bệnh lý nhiễm trùng kèm theo cơn suy thượng thận cấp có thể làm tình trạng bệnh nặng hơn, đòi hỏi thời gian điều trị dài hơn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T. H. Quang (2001). bệnh nội tiết. nhà xuất bản y học năm 2005, 385-393.
2. Đ. T. Quân (2012). suy thượng thận nam tính. nhà xuất bản y học Hà Nội năm 2012, 360-372.
3. Y. Ono, S. Ono, H. Yasunaga và cộng sự (2017). Clinical features and practice patterns of treatment for adrenal crisis: a nationwide cross-sectional study in Japan. Eur J Endocrinol, 176(3), 329-337.
4. T. Đ. Thọ (2002). suy vỏ thượng thận kinh điển. bài giảng bệnh học nội khoa tập 1, nhà xuất bản y học, 232-262.
5. P. T. M. Đức (2002). sinh lý nội tiết. nhà xuất bản y học Hà Nội năm 2012, 295-297.
6. W. B. A. Arlt (2003). Adrenal insufficiency. The Lancet, 361.
7. W. a. Forter (2000). Text book of endocrinology. printed in the United States of American 2004, 489-5991.
8. B. Bleicken, S. Hahner, M. Ventz và cộng sự (2010). Delayed diagnosis of adrenal insufficiency is common: a cross-sectional study in 216 patients. Am J Med Sci, 339(6), 525-531

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ KHÁNG THỂ KHÁNG GLUTAMIC ACID DECARBOXYLASE 65 HUYẾT THANH TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

BS. Chu Thị Thu*, PG.TS. Đặng Thị Ngọc Dung*

*Trường Đại học y Hà Nội

Địa chỉ liên hệ: Chu Thị Thu, bộ môn Hóa Sinh, Trường Đại học Y Hà Nội.

SĐT: 0987991708

Email: thuchu.hmu@gmail.com

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Kháng thể Glutamic Acid Decarboxylase 65 (GAD65) là một trong những chỉ điểm huyết thanh ở bệnh nhân đái tháo đường thể tự miễn. Sự hiện diện của GAD65 giúp phân biệt được đái tháo đường tự miễn tiềm ẩn ở người lớn (LADA) với đái tháo đường type 2. **Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ, tỷ lệ dương tính với kháng thể GAD65 huyết thanh và mối liên quan của GAD65(+) với một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 được chẩn đoán trên lâm sàng. **Đối tượng & phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 315 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2 trên lâm sàng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 12/2018 đến tháng 8/2019. Các bệnh nhân được ghi nhận các dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng và được định lượng nồng độ GAD65 huyết thanh. **Kết quả:** tỷ lệ GAD65(+) là 4,8% trong nhóm được chẩn đoán ĐTĐ type 2 trên lâm sàng. **Kết luận:** Nên tiến hành định lượng GAD65 ở bệnh nhân mới được chẩn đoán ĐTĐ nhằm phân type cụ thể hơn và tiên lượng nhu cầu điều trị insulin.

Từ khóa: kháng thể kháng glutamic acid decarboxylase 65, đái tháo đường tự miễn, GAD65, LADA.

SERUM TITERS OF GLUTAMIC ACID DECARBOXYLASE 65 AUTOANTIBODY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Summary

Background: Glutamic Acid Decarboxylase 65 (GAD65) antibody is one of the serum markers in patients with autoimmune diabetes mellitus. The presence of GAD65 helps distinguish latent autoimmune diabetes in adults (LADA) from type 2 diabetes. **Objective:** Survey concentration, positive rate with serum GAD65 antibodies and the association of GAD65 (+) with some clinical and subclinical indicators in patients with type 2 diabetes diagnosed clinically. **Subjects & methods:** cross-sectional descriptive study of 315 patients diagnosed with clinical type 2 diabetes at the Hanoi Medical University Hospital from December 2018 to August 2019. Patients were recorded clinical and subclinical data and quantified serum GAD65 concentration. **Results:** the GAD65 (+) ratio was 4.8% in the group diagnosed with type 2 diabetes mellitus. **Conclusion:** GAD65 should be quantified in

newly diagnosed patients with diabetes in order to more specific classification and predict the need for insulin treatment.

Keywords: Glutamic Acid Decarboxylase 65 antibody, Autoimmune diabetes mellitus, GAD65, LADA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý rối loạn chuyển hóa không đồng nhất, với đặc điểm tăng glucose máu do khiếm khuyết về tình trạng tiết insulin, về tác động của insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide và gây nhiều biến chứng nguy hiểm [1]. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới (IDF), năm 2015 toàn thế giới có 415 triệu người (trong độ tuổi 20-79) mắc ĐTĐ, tương đương cứ 11 người có 1 người bị ĐTĐ, đến năm 2040 con số này sẽ là 642 triệu, tương đương cứ 10 người có 1 người bị ĐTĐ [2]. Điều này đặt ra những thách thức mới trong vấn đề chẩn đoán và quản lý điều trị bệnh nhân ĐTĐ.

Tự kháng thể kháng Glutamic Acid Decarboxylase (GAD65) là một trong các chất chỉ điểm huyết thanh ở bệnh nhân ĐTĐ thể tự miễn. Sự hiện diện của kháng thể GAD65 ở bệnh nhân ĐTĐ lớn tuổi giúp phân biệt được ĐTĐ tự miễn tiềm ẩn ở người lớn (LADA) với ĐTĐ type 2 [3]. Trong nghiên cứu bệnh tiểu đường tương lai của Anh (UKPDS), khoảng 10% người trưởng thành được chẩn đoán ĐTĐ type 2 có tự kháng thể GAD65(+) và phần lớn những trường hợp đó tiến triển thành phụ thuộc insulin trong vòng 6 năm sau chẩn đoán. Điều này gợi ý một tỷ lệ tương đối cao bệnh nhân LADA tiềm ẩn trong nhóm ĐTĐ type 2 với sự phá hủy tế bào β tự miễn tiến triển dần theo thời gian mà không được dự báo trước.

Tại Việt Nam, số liệu về tỷ lệ kháng thể GAD65 hay ĐTĐ thể LADA trong số bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là ĐTĐ type 2 còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Khảo sát nồng độ, tỷ lệ dương tính với kháng thể GAD65 huyết thanh và mối liên quan của GAD65(+) với một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 được chẩn đoán trên lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: 315 bệnh nhân ĐTĐ type 2 tới khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 12/2018 – 8/2019.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2 trên lâm sàng theo ADA 2018.
- Khởi phát bệnh ở độ tuổi trưởng thành (≥ 30 tuổi).
- Thời gian từ khi được chẩn đoán ĐTĐ tới khi tham gia vào nghiên cứu ≤ 5 năm.
- Bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có thai hoặc bệnh nhân mắc ĐTĐ thứ phát.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, với cách chọn mẫu thuận tiện.

- Đo nồng độ GAD65 huyết thanh được thực hiện bằng phương pháp miễn dịch hóa phát quang trên hệ thống Maglumi 800, sinh phẩm được cung cấp bởi hãng Snibe. Tiến hành phân tích mẫu bệnh phẩm khi đã có kết quả hiệu chuẩn và nội kiểm đạt trong ngưỡng cho phép. Nhận định kết quả: mẫu bệnh phẩm được xem là có kháng thể kháng GAD65 dương tính nếu nồng độ kháng thể cao hơn ngưỡng người bình thường do hãng sản xuất qui định là 17 IU/ml.

- Các chỉ số xét nghiệm khác (glucose lúc đói, HbA1C, các chỉ số lipid máu: Cholesterol toàn phần, Triglycerid, HDL-C, LDL-C) được thực hiện theo quy trình chuẩn tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Thu thập thông tin về các đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, tuổi bệnh hay thời gian mắc bệnh, tuổi vào thời điểm được chẩn đoán, BMI, huyết áp, tiền sử gia đình và điều trị.

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

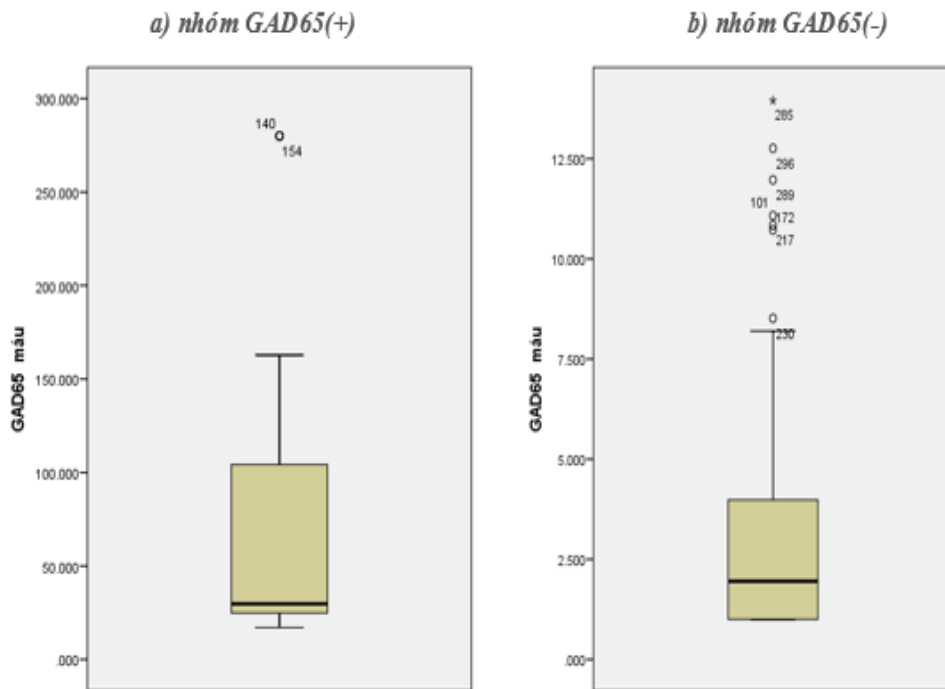
III. KẾT QUẢ

Nhóm nghiên cứu bao gồm 315 đối tượng mới được chẩn đoán ĐTĐ type 2 trong 5 năm gần đây đến khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tuổi trung bình của các đối tượng là 47.18 ± 7.68 tuổi, bao gồm 180 (57.1 %) nam và 135 (42.9 %) nữ.

Bảng 1. Nồng độ kháng thể GAD65 trên nhóm ĐTĐ type 2

Nồng độ GAD65	n	%
< 17 IU/mL *	300	95,2
≥ 17 IU/mL	15	4,8

* Nồng độ kháng thể GAD65 ≥ 17 là ngưỡng dương tính được khuyến cáo bởi nhà sản xuất.
 Nhận xét: Tỷ lệ dương tính với GAD65 trong nhóm nghiên cứu là 4,8%.



n	$\bar{X} \pm SD$	Trung vị	Tứ phân vị 25% – 75%	Min	Max
15	87,53 ± 105,72	29,72	22,73 – 162,8	17,12	280

n	$\bar{X} \pm SD$	Trung vị	Tứ phân vị 25% – 75%	Min	Max
300	2,80 ± 2,21	1,95	1,00 – 3,99	1,00	13,95

Biểu đồ 1. Phân bố nồng độ trong các nhóm âm tính và dương tính với GAD65

Nhận xét: Bệnh nhân dương tính có nồng độ GAD 65 thấp nhất là 17,12 IU/mL, khoảng tứ phân vị trong nhóm các bệnh nhân dương tính là 22,73 – 162,8. Bệnh nhân âm tính có nồng độ cao nhất 13,95 IU/mL, khoảng tứ phân vị trong nhóm bệnh nhân GAD 65 âm tính là 1 – 3,99.

Bảng 2 : So sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa 2 nhóm

Đặc điểm	Kháng thể kháng GAD65		p
	Có (n= 15)	Không (n= 300)	
Tuổi (năm)	44,33±10,60	47,33±7,50	0,297
Giới (Nam/Nữ)	8/7	172/128	0,794

Tuổi phát hiện ĐTĐ (năm)	40,77±9,18	45,38±7,80	0,028
BMI (kg/m ²)	22,00±2,54	23,73±3,18	0,041
Huyết áp tâm thu	118,67±11,26	128,92±15,56	0,013
Huyết áp tâm trương	76,00±7,37	81,31±8,19	0,015
Glucose máu lúc đói (mmol/L)	11,82±7,04	9,19±3,19	0,171
HbA1C (%)	9,31±2,45	8,13±1,61	0,087
Cholesterol máu (mmol/L)	4,81±1,35	5,04±1,26	0,493
Triglycerid máu (mmol/L)	1,95±1,64	3,07±2,81	0,127
HDL-C máu (mmol/L)	1,09±0,30	1,05±0,29	0,714
LDL-C máu (mmol/L)	3,05±1,04	2,92±0,98	0,633

Nhận xét:

So với nhóm GAD65(-), nhóm bệnh nhân ĐTĐ có GAD65(+) khởi phát bệnh ở độ tuổi trẻ hơn với $p = 0,028$. Chỉ số BMI và huyết áp cũng thấp hơn ở nhóm ĐTĐ có GAD65(+) với $p < 0,05$.

Các đặc điểm về tuổi, giới và các chỉ số cận lâm sàng ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê mặc dù bệnh nhân ĐTĐ có GAD65(+) có xu hướng kiểm soát đường huyết kém hơn và mức độ rối loạn lipid máu thấp hơn so với nhóm ĐTĐ có GAD65(-).

Bảng 3. Đặc điểm về thể trạng

Thể trạng	n	GAD65 (+) n (%)	GAD65 (-) n (%)	p	OR (95%CI)
Không thừa cân, béo phì	113	11 (9,7%)	102 (90,3%)	0,013	4,34 (1,346-14,00)
Thừa cân, béo phì	165	4 (2,4%)	161 (97,6%)		

Nhận xét: tỷ lệ GAD65 (+) trong nhóm không thừa cân, béo phì và nhóm có thừa cân, béo phì là 9,7% và 2,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,013$. Tỷ suất chênh OR= 4,34 có ý nghĩa thống kê do khoảng tin cậy 95% CI không chứa 1.

Bảng 4: Nhu cầu điều trị insulin trong 5 năm sau chẩn đoán ở 2 nhóm

Điều trị	n	GAD65 (+) n (%)	GAD65 (-) n (%)	p	OR (95%CI)
Có insulin	14	5 (35,7%)	9 (64,3%)	<0,001	14,11 (3,99-49,88)
Không insulin	264	10 (3,8%)	254 (96,2%)		

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường nhóm GAD 65 (+) phải điều trị tiêm insulin cao hơn nhóm GAD 65(-), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bệnh nhân đái tháo đường có GAD65 (+) làm tăng nguy cơ điều trị insulin bằng thuốc tiêm hơn so với bệnh nhân GAD 65 (-) 14,11 lần (95% CI 3,99-49,88).

IV. BÀN LUẬN

Bệnh đái tháo đường type 1A là kết quả của sự phá hủy tự miễn của các tế bào β đảo tụy có vai trò sản xuất insulin. Trong đó GAD65 (+) là dấu hiệu tự miễn dịch được phát hiện ở 70% đến 80% bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường loại 1 [3]. LADA được định nghĩa là tình trạng ban đầu không cần insulin trong điều trị với các dấu hiệu tự miễn của bệnh tiểu đường loại 1, trong đó tự kháng thể phổ biến nhất là GAD65. Sự phá hủy tế bào β đảo tụy xảy ra từ từ bằng các cơ chế tự miễn dịch được coi là cơ chế bệnh sinh chính của LADA. GAD65 đã được chứng minh là có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn so với các dấu ấn tự miễn khác trong chẩn đoán đái tháo đường thể LADA [3]. Do đó, chúng tôi đã khảo sát nồng độ GAD65 trong nhóm bệnh nhân trưởng thành được chẩn đoán ĐTĐ type 2 trên lâm sàng và sử dụng GAD65 để xác định các trường hợp mắc LADA trong nghiên cứu này.

Tại Việt Nam, số liệu về tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ type 2 có GAD65(+) hay tỷ lệ ĐTĐ thể LADA còn hạn chế. Nghiên cứu hiện tại của chúng tôi có 4,8% bệnh nhân dương tính với GAD65 được tìm thấy trong nhóm ĐTĐ type 2. Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên công bố tỷ lệ GAD65(+) hay tỷ lệ ĐTĐ thể LADA trong nhóm ĐTĐ type 2 được thực hiện tại Việt Nam. Hầu hết các nghiên cứu trước đây của Việt Nam đã chọn những bệnh nhân không thừa cân béo phì, bệnh nhân đang nghi ngờ lâm sàng về chẩn đoán không phải là bệnh tiểu đường loại 2 hoặc lựa chọn nhóm bệnh nhân ĐTĐ chung (bao gồm cả type 1 và type 2). Do vậy đều đưa ra các tỷ lệ dương tính với GAD cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu hiện tại, chúng tôi đã đo nồng độ GAD65 ở tất cả các bệnh nhân đái tháo đường type 2 khởi phát gần đây (chẩn đoán trong vòng 5 năm tính tới thời điểm tham gia vào nghiên cứu) bất kể đặc điểm lâm sàng của họ tại thời điểm nghiên cứu, điều này có thể giúp chúng tôi tránh lựa chọn sai lệch và do đó ước tính chính xác hơn tỷ lệ đái tháo đường thể LADA.

Tỷ lệ dương tính với GAD65 trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như trong các nghiên cứu của Tomohisa et al tại Nhật Bản và của Hwangbo et al tại Hàn Quốc [4]; tuy nhiên, thấp hơn so với báo cáo ở Trung Quốc [5] hoặc các nước phương Tây [5], [7]. Tỷ lệ mắc LADA đã được ước tính trong một số nghiên cứu (bao gồm cả nghiên cứu quy mô lớn) cho thấy sự dao động khá lớn từ 4,2% đến 11,7% (Bảng 5). Tỷ lệ lưu hành của LADA được chứng minh là thay đổi ngay cả trong cùng một quốc gia. Trong các nghiên cứu của Thụy Điển, tần suất LADA dao động từ 8% đến 24%. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc LADA trong một quốc gia hoặc giữa các quốc gia có thể phụ thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán, phương pháp xét nghiệm kháng thể, đặc điểm của bệnh nhân đái tháo đường trong từng quần thể.

Bảng 5: Tỷ lệ LADA ở bệnh nhân ĐTĐ type 2

TT	Tác giả, năm công bố	Số bn ĐTĐ type 2	Tuổi trung bình (khoảng)	Các tự kháng thể	Số bn có kháng thể GAD65 (+) tính (%)	Số bn ĐTĐ thể LADA (%)
1	Turner et al, 1997	3672	52,6 (25-65)	GAD65, ICA	361 (9,8)	430 (11,7)
2	Zinman et al, 2004	4134	56,5 (30-75)	GAD65	174 (4,2)	174 (4,2)
3	Radtke et al, 2009	1049	67,8 (≥ 20)	GAD65	106 (10,1)	106 (10,1)
4	Hawa et al, 2013	2425	54,4 (30-70)	GAD65, IA-2A, ZnT8A	173 (7,1)	173 (7,1)
5	Zhou et al, 2013	4880	51,3 (≥ 30)	GAD65	287 (5,9)	287 (5,9)

Trong các nghiên cứu trước đây của các nước Châu Âu, bệnh nhân LADA có BMI thấp hơn, khả năng tiết insulin giảm hơn trong chẩn đoán và tiến triển nhanh hơn tới phụ thuộc insulin so với bệnh nhân tiểu đường type 2 điển hình [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số BMI của bệnh nhân có GAD65 (+) thấp hơn so với bệnh nhân có GAD65 âm tính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả từ Bảng 3 cũng cho thấy bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường type 2 có thể trạng không thừa cân béo phì tăng khả năng phát hiện GAD65(+) hơn 4,34 lần so với nhóm thừa cân, béo phì (95% CI nằm trong khoảng 1,346-14,00). Ngoài ra, các biểu hiện của hội chứng chuyển hóa khác như: tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, và các chỉ số đường huyết lúc đói, HbA1C đã được đánh giá trong nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ glucose máu khi đói, HbA1C trong 2 nhóm, mặc dù bệnh nhân đái tháo đường có GAD65(+) có xu hướng kiểm soát đường máu kém hơn so với nhóm GAD65(-). So sánh các chỉ số cận lâm sàng về tình trạng lipid máu bao gồm: triglyceride, cholesterol toàn phần, LDL-C và HDL-C trong huyết thanh cũng cho kết quả tương tự. Bệnh nhân đái tháo đường có GAD65(+) có huyết áp tâm thu và tâm trương thấp hơn so với bệnh nhân GAD65(-) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Những kết quả này tương tự với những phát hiện của các nghiên cứu trước. Tuomi et al [7] báo cáo rằng bệnh nhân GAD65(+) có huyết áp thấp hơn, mức độ BMI thấp hơn và ít rối loạn lipid máu hơn so với bệnh nhân đái tháo đường có GAD65(-). Nghiên cứu ADOPT cho thấy những bệnh nhân đái tháo đường GAD65(+) có nồng độ HDL-C huyết thanh cao hơn, nồng độ triglyceride huyết thanh thấp hơn và tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa thấp hơn so với bệnh nhân đái tháo đường có GAD65(-) [8].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy rằng bệnh nhân dương tính với GAD65 có tỷ lệ cần sử dụng insulin trong điều trị cao hơn so với những bệnh nhân âm tính, phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trước đây.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng tỷ lệ mắc dương tính với GAD65 là 4,8% trong số những bệnh nhân đái tháo đường type 2. Các bệnh nhân đái tháo đường có GAD65 (+) có tuổi khởi phát bệnh thấp hơn, ít đặc điểm của hội chứng chuyển hóa hơn so với nhóm đái tháo đường type 2 có GAD65(-), ngoài ra nhu cầu cần điều trị insulin ở nhóm dương tính cũng cao hơn so với nhóm GAD65 (-). Bệnh nhân ĐTĐ khởi phát ở tuổi trưởng thành nên được xác định nồng độ GAD65 để chẩn đoán ĐTĐ thể LADA và có định hướng điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2017), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường tip 2, .
2. (2015), IDF Diabetes Atlas 7th Edition, The International Diabetes Federation.
3. Gale E. a. M. (2005). Latent autoimmune diabetes in adults: a guide for the perplexed. *Diabetologia*, **48**(11), 2195–2199.
4. Hwangbo Y., Kim J.T., Kim E.K., et al. (2012). Prevalence and Clinical Characteristics of Recently Diagnosed Type 2 Diabetes Patients with Positive Anti-Glutamic Acid Decarboxylase Antibody. *Diabetes Metab J*, **36**(2), 136–143.
5. Zhou Z., Xiang Y., Ji L., et al. (2013). Frequency, Immunogenetics, and Clinical Characteristics of Latent Autoimmune Diabetes in China (LADA China Study). *Diabetes*, **62**(2), 543–550.
6. Hawa M.I., Buchan A.P., Ola T., et al. (2014). LADA and CARDS: A Prospective Study of Clinical Outcome in Established Adult-Onset Autoimmune Diabetes. *Diabetes Care*, **37**(6), 1643–1649.
7. Tuomi T., Carlsson A., Li H., et al. (2009). Clinical and genetic characteristics of type 2 diabetes with and without GAD antibodies. *Diabetes*, **48**(1), 150–157.
8. Zinman B., Kahn S.E., Haffner S.M., et al. (2004). Phenotypic Characteristics of GAD Antibody-Positive Recently Diagnosed Patients With Type 2 Diabetes in North America and Europe. *Diabetes*, **53**(12), 3193–3200.

ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ CỦA BIẾN THIÊN TÍCH PHÂN VẬN TỐC DÒNG MÁU Ở ĐƯỜNG RA THẤT TRÁI (LVOT Δ VTI) TRONG ĐÁP ỨNG BÙ DỊCH Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN ĐƯỢC THỞ MÁY

EFFECTIVENESS OF VARIATION OF VELOCITY TIME INTERGAL OF LEFT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT -LVOT Δ VTI- IN PREDICTING FLUID RESPONSIVENESS IN VENTILATED SEPTIC SHOCK PATIENTS

Bùi Thị Hương Giang¹, Hồ Đức Triều².

1. Trường Đại học Y Hà Nội.

2. Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Email: hoductrieu@gmail.com. SĐT 0946451619

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của biến thiên tích phân vận tốc dòng máu ở đường ra thất trái- LVOT Δ VTI, đo bằng siêu âm tim qua thành ngực, trong đánh giá đáp ứng bù dịch ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được thở máy

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp tiến cứu, được tiến hành tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai trên 30 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được thở máy từ tháng 7/2018-7/2019. Bệnh nhân được thu thập các số liệu chung về tuổi, giới, cân nặng, mạch, huyết áp, CVP, liều thuốc vận mạch trước khi tiến hành test truyền dịch. Các chỉ số trên siêu âm tim bao gồm tích phân vận tốc dòng máu đường ra thất trái- LVOT VTI- lớn nhất và nhỏ nhất được thu thập trước mỗi lần truyền dịch và ngay sau khi truyền 500ml dung dịch natriclorua 0,9% bằng máy siêu âm LOGIQP7, đầu dò phase 4,5 Hz ở mặt cắt 5 buồng ở móm và 4 buồng ở móm. Tiêu chuẩn đáp ứng với truyền dịch là: thể tích nhát bóp (SV) $\geq 15\%$ khi truyền 500ml dung dịch natriclorua 0,9% trong vòng 15 phút.

Kết quả: LVOT Δ VTI có giá trị cao dự đoán đáp ứng truyền dịch ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được thở máy (AUC = 0,85, P < 0,05; CI: 0,78-0,93). Ngưỡng cutoff của LVOT Δ VTI = 21,18% có giá trị dự đoán cao nhất với độ nhạy 93%, độ đặc hiệu 77%, giá trị dự đoán dương tính 78%, giá trị dự đoán âm tính là 92%.

Kết luận: chỉ số biến thiên tích phân vận tốc dòng máu ở đường ra thất trái- LVOT Δ VTI có giá trị cao dự đoán đáp ứng truyền dịch ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được thở máy

Từ khóa: sốc nhiễm khuẩn, đáp ứng truyền dịch, biến thiên tích phân vận tốc dòng máu ở đường ra thất trái (LVOT Δ VTI), thể tích nhát bóp (SV).

Abstract

Objectives: Evaluate the effectiveness of variation of velocity time intergal of left ventricular outflow tract -LVOT Δ VTI measured by transthoracic echography in predicting fluid responsiveness in ventilated septic shock patients.

Methods : 30 ventilated septic shock patients in ICU of Bach Mai Hospital were enrolled in the prospective intervention study from July 2018 to July 2019. Data were collected including age, gender, weight, pulse, and doses of vasopressors before fluid challenge test. Transthoracic echography was performed to measured LVOT VTI, using a 5 chamber view. The phase probe, 4.5 Hz, was utilized. Positive fluid responsiveness is defined by an increase of SV $\geq 15\%$ after a bolus of 500ml normal saline for 15 minutes.

Results : LVOT Δ VTI can predict fluid responsiveness (AUC = 0.85 , P < 0.05; CI: 0.78-0.93.)The cutoff value of 21.18% had best predictive values with 93% sensitivity, 77% specificity, positive predictive value of 78%, negative predictive value of 92%.

Conclusions: LVOT Δ VTI can be used to predict fluid responsiveness in ventilated septic shock patients. The cutoff of 21.18% has the best predicting values with 93% sensitivity and 77% specificity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn (sepsis) và sốc nhiễm khuẩn (septic shock) là một bệnh lý nặng thường gặp và là nguyên nhân tử vong hàng đầu tại các khoa hồi sức tích cực. Hồi sức dịch là một trong những điều trị quan trọng của sốc nhiễm khuẩn [1]. Tuy nhiên không phải bệnh nhân nào cũng cải thiện cung lượng tim (tăng thể tích nhất bóp hoặc cung lượng tim có ý nghĩa) khi truyền dịch. Truyền dịch quá nhiều sẽ gây ảnh hưởng đến quá trình điều trị, gia tăng các biến chứng, thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong [2]. Vì vậy việc dự đoán bệnh nhân nào sẽ đáp ứng với truyền dịch trở nên rất quan trọng. Siêu âm tim qua thực quản đã được ứng dụng để đánh giá đáp ứng truyền dịch trên thế giới. Tuy nhiên ở Việt Nam hiện nay vẫn có ít nghiên cứu về vấn đề này. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: đánh giá trị biến thiên tích phân vận tốc dòng máu ở đường ra thất trái trên siêu âm tim qua thành ngực trong đánh giá đáp ứng truyền dịch ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được thở máy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi nghiên cứu trên 30 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được thở máy

1.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng bệnh nhân nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo tiêu chuẩn SSC 2016 [1], [3].
- Bệnh nhân được thông khí nhân tạo xâm nhập [4].
- **Bệnh nhân > 18 tuổi**
- **Bệnh nhân vào khoa Hồi sức tích cực trong 3 giờ đầu, hoặc xuất hiện sốc nhiễm khuẩn tại khoa hồi sức tích cực trong 3 giờ đầu**

1.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo SSC 2016

- Bệnh nhân được chẩn đoán sepsis.
- Cần thuốc vận mạch để duy trì MAP ≥ 65 mmHg và lactate > 2 mmol/L khi đã bù đủ thể tích tuần hoàn.

1.1.3. Tiêu chuẩn đáp ứng truyền dịch: Tăng SVmean $\geq 15\%$ sau khi truyền 500 ml dung dịch muối đẳng trương [5].

2.2. Địa điểm nghiên cứu: khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai

2.3. Thời gian nghiên cứu: 7/2018-7/2019

2.4. Phương pháp nghiên cứu:

Phương tiện nghiên cứu: Máy siêu âm, máy theo dõi bệnh nhân, cân bệnh nhân, thước đo chiều cao, bệnh án nghiên cứu, protocol nghiên cứu và các quy trình chăm sóc và điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Bạch Mai.

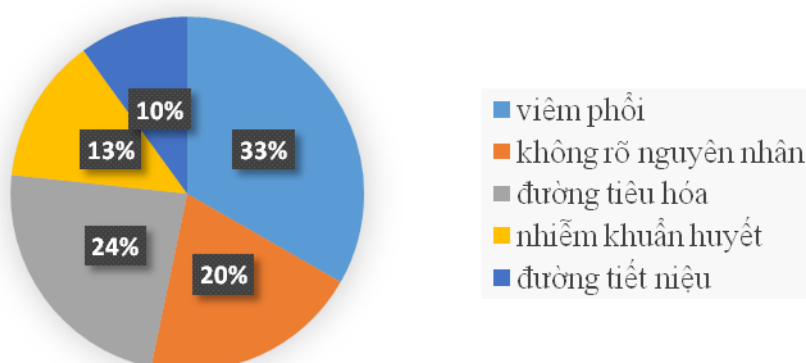
Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Các chỉ số chung gồm tuổi, giới, cân nặng, mạch, huyết áp, CVP, liều vận mạch được thu thập trước khi thực hiện test truyền dịch. Bệnh nhân được dùng an thần, giãn cơ, cài đặt máy thở với mức Vt 8ml/kg. LVOT VTI được đo ở mặt cắt 5 buồng ở mỏm trước khi thực hiện test truyền dịch. SV được tính theo công thức $SV = LVOT \text{ VTI} \times CSA$, trong đó $CSA = \pi \times R^2$ (bán kính của đường ra thất trái, R, được đo ở mặt cắt cách úc trực dọc). Sau khi truyền 500ml dung dịch natriclorua 0,9% trong vòng 15 phút, bệnh nhân được siêu âm lại, đo lại các chỉ số. Nếu bệnh nhân có SV tăng không quá 15%, bệnh nhân được kết luận không đáp ứng với truyền dịch và ngừng test. Nếu SV tăng $\geq 15\%$, bệnh nhân có đáp ứng với truyền dịch, bệnh nhân tiếp tục được truyền dịch và đo lại các chỉ số cho đến khi không còn đáp ứng với truyền dịch.

Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng các phần mềm thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Chúng tôi nghiên cứu trên 30 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được thở máy, tuổi trung bình $55,93 \pm 13,29$ (22-89 tuổi). Có 18 bệnh nhân nam (60%), 12 bệnh nhân nữ (40%). Các nguyên nhân gây sốc nhiễm khuẩn gồm: viêm phổi, nhiễm trùng đường tiêu hóa, tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết. Có 6 bệnh nhân không xác định được căn nguyên gây sốc.

**Biểu đồ 3.1. Nguyên nhân của sốc nhiễm khuẩn**

Các thông số huyết động trước và sau khi truyền dịch

	Trước truyền dịch	Kết thúc truyền dịch	P
Nhịp tim (Nhịp/phút)	115,03± 15,08	110,63±14,87	p <0,05
HATT (mmHg)	91,20±14,84	100±14,94	p <0,05
HATTr (mmHg)	48,10±11,42	60,17±11,71	p <0,05
HATB (mmHg)	62,47±11,32	73,50±11,92	p <0,05
CVP (mmHg)	10,23±4,26	16,33±4,54	p <0,05
SV (ml)	34,81±15,59	55,15±17,41	p <0,05
CO (l/phút)	3,84±1,53	5,71±1,68	p <0,05

Bảng 3.1: Đặc điểm các thông số huyết động trước và sau khi truyền dịch

Nhận xét: Nhịp tim, HATT, HATTr, HATB, CVP, SV, CO tăng lên sau khi kết thúc truyền dịch, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$

30 bệnh nhân đều dùng thuốc vận mạch. Vì có nhiều bệnh nhân dùng 2 hoặc 3 loại vận mạch nên chúng tôi dùng chỉ số vận mạch thay cho nồng độ các thuốc vận mạch: chỉ số vận mạch (VIS)= liều dobutamin (mcg/kg/phút)+ liều dopamin (mcg/kg/phút) + liều noradrenalin (mcg/kg/phút) x 100 + liều adrenalin (mcg/kg/phút) x 100. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số vận mạch dao động từ 10-380. Có 22 bệnh nhân chỉ dùng noradrenaline, 7 bệnh nhân dùng noradrenaline và dobutamin, 1 bệnh nhân dùng adrenaline, noradrenaline, dobutamine.

3.2. Giá trị dự đoán đáp ứng truyền dịch của một số chỉ số trên siêu âm tim

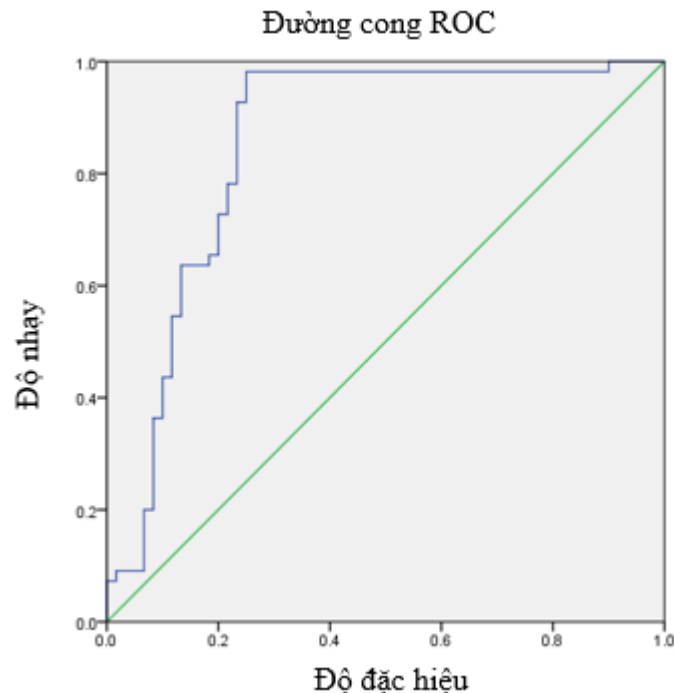
Có tổng số 85 lần test truyền dịch được thực hiện trên 30 bệnh nhân. Các chỉ số trên siêu âm tim bao gồm biến thiên tích phân vận tốc dòng máu ở đường ra thất trái, thể tích nhát bóp được thực hiện trước và sau khi truyền 500ml dung dịch natriclorua 0,9%. Thể tích nhát bóp (SV) trên siêu âm tim qua được tính bằng công thức: $SV = LVOT \text{ VTI} \times CSA$, trong đó CSA là diện tích đường ra thất trái ($CSA = \pi \times (D/2)^2$). Thể tích nhát bóp và cung lượng tim đo bằng siêu âm qua thành ngực là tương đương khi đo bằng phương pháp hòa loãng nhiệt qua catheter Swan-Ganz [6].

$$SV = VTI \times CSA$$

Biến thiên tích phân vận tốc dòng máu ở đường ra thất trái được tính bằng công thức:

$$LVOT \Delta VTI = (LVOT \text{ VTI}_{\text{max}} - LVOT \text{ VTI}_{\text{min}}) \times 100\% / [(LVOT \text{ VTI}_{\text{max}} + LVOT \text{ VTI}_{\text{min}})/2]$$

Các giá trị này được thu thập để xây dựng đường cong ROC, từ đó tính ra diện tích dưới đường cong (AUC) và giá trị dự đoán của chỉ số này.



Biểu đồ 3.2. Giá trị dự đoán đáp ứng truyền dịch của biến thiên tích phân vận tốc dòng máu ở đường ra thất trái- LVOT ΔVTI

Diện tích dưới đường cong: AUC = 0,85 ($P < 0,05$; CI: 0,78-0,93).

Nhận xét: LVOT ΔVTI có giá trị dự đoán đáp ứng truyền dịch tốt. Độ nhạy và độ đặc hiệu của LVOT ΔVTI ở một số điểm cắt.

Độ nhạy và độ đặc hiệu của LVOT ΔVTI ở một số điểm cắt:

Giá trị LVOT ΔVTI %	Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %
17,32	98	57
18,72	98	63
19,21	98	70
20,11	98	73
21,18	93	77
22,47	89	77
23,69	86	77
24,53	84	76

Bảng 3.2. Độ nhạy, độ đặc hiệu của LVOT ΔVTI ở một số điểm cắt

Nhận xét: chỉ số Youden (J) của giá trị LVOT ΔVTI = 21,18% là cao nhất.

$J = (\text{độ nhạy} + \text{độ đặc hiệu}) - 1$

LVOT ΔVTI $\geq 21,18\%$ có khả năng dự đoán đáp ứng truyền dịch với độ nhạy 93%, độ đặc hiệu 77%, giá trị dự đoán dương tính là 78%, giá trị dự đoán âm tính là 92%

IV BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $55,93 \pm 13,29$, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Tiên Dũng, năm 2016 [7] về đáp ứng truyền dịch ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được thở máy tại khoa cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai. 22 bệnh nhân được dùng noradrenalin, 7 bệnh nhân được dùng noradrenalin và dobutamin, 1 bệnh nhân được

dùng adrenalin, noadrenaline và dobutamin. Chỉ số vận mạch giao động lớn: 10-380. Các nguyên nhân gây sốc nhiễm khuẩn là viêm phổi, nhiễm trùng đường tiêu hóa, nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng đường tiết niệu. Tuy nhiên có 6 bệnh nhân (chiếm 20%) không xác định căn nguyên.

4.2. Biến thiên vận tốc dòng máu ở đường ra thất trái có giá trị dự đoán đáp ứng truyền dịch ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được thở máy. Ngưỡng cutoff 21,18% có giá trị dự đoán tốt nhất với độ nhạy 93%, độ đặc hiệu là 77%. Giá trị cutoff này là lớn hơn so với nghiên cứu của Feisel M [8] sử dụng biến thiên vận tốc dòng máu cực đại ở động mạch chủ (ΔV_{peak}) đo qua siêu âm Doppler tim qua thực quản là 10%, độ nhạy là 100%, độ đặc hiệu 89%. Nghiên cứu của Yunfan Wu [9] sử dụng LVOT ΔVTI với điểm cắt 19%, có giá trị dự đoán đáp ứng truyền dịch với độ nhạy 89%, độ đặc hiệu 100%.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Siêu âm tim qua thành ngực khó thực hiện ở bệnh nhân thở máy hơn ở các bệnh nhân không thở máy, đặc biệt là trong trường hợp có tổn thương phổi đi kèm.

V. KẾT LUẬN

Biến thiên tích phân vận tốc dòng máu ở đường ra thất trái có giá trị đánh giá đáp ứng bù dịch ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được thở máy

Tài liệu tham khảo

1. Rhodes A., Evans L.E., Alhazzani W. và cộng sự (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med*, **43**(3), 304–377.
2. John H. Boyd; Jason Forbes; Taka-aki Nakada; Keith R. Walley; James A. Russell (2011). Fluid resuscitation in septic shock: A positive fluid balance and elevated central venous pressure are associated with increased mortality. *Critical Care Medicine*. 39(2):259-265, FEB 2011.
3. Singer M., Deutschman C.S., Seymour C.W. và cộng sự (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, **315**(8), 801–810.
4. Tobin M. J. and Laghi F (2013). Indications for mechanical ventilation. *Principles and Practice of Mechanical Ventilation*. 3rd Edn. New York, McGraw-Hill, 101-129., .
5. Jennifer Sheffer and Warren Isakow (2012). Functional Hemodynamic Monitoring. *The Washington Manual of Critical Care*. Second Edition. 623-629, .
6. Bùi Thị Hương Giang (2016). Nghiên cứu một số thông số huyết động và chức năng tâm thu thất trái ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Luận văn tiến sỹ. Trường đại học Y Hà Nội
7. Nguyễn Tiến Dũng (2016). Nghiên cứu áp dụng siêu âm tĩnh mạch chủ dưới trong đánh giá đáp ứng truyền dịch ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn thở máy. Luận văn thạc sỹ. Trường đại học Y Hà Nội
8. Feissel M, Michard F, Mangin I, và et al (2001). Respiratory changes in aortic blood velocity as an indicator of fluid responsiveness in ventilated patients with septic shock. *Chest*. 119(3), 867-873.
9. Wu Y., Zhou S., Zhou Z. và cộng sự (2014). A 10-second fluid challenge guided by transthoracic echocardiography can predict fluid responsiveness. *Crit Care*, **18**(3), R108.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG THUỖN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH BẰNG ENOXAPARIN TRÊN BỆNH NHÂN THAY KHỚP HÁNG

Võ Thành Toàn, Bùi Văn Anh

Khoa Ngoại Chấn thương – Chính hình, Bệnh viện Thống Nhất, TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn, **ĐT:** 0918554748,
Email:vothanhtoan1990@yahoo.com

TÓM TẮT

Mở đầu: Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (VTE) là một biến chứng nguy hiểm sau phẫu thuật thay khớp háng. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả dự phòng VTE trên bệnh nhân (BN) phẫu thuật thay khớp háng bằng enoxaparin. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu tiến hành dựa trên hồ sơ bệnh án của BN phẫu thuật thay khớp háng từ 40 tuổi trở lên. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm BN sử dụng thuốc kháng đông trước đó, suy thận mạn, suy gan, ung thư, dị ứng thuốc kháng đông hay sử dụng các biện pháp dự phòng cơ học sau phẫu thuật. 65 BN được chọn ngẫu nhiên trong mỗi nhóm - không và có dự phòng VTE bằng enoxaparin 40 mg tiêm dưới da một lần/ngày trong 7-14 ngày. Hiệu quả dự phòng được đánh giá dựa vào so sánh tỷ lệ VTE sau phẫu thuật ở 2 nhóm. **Kết quả:** Đa số BN trong nghiên cứu trên 60 tuổi (79,2%). Không ghi nhận trường hợp nào bị thuyên tắc phổi. Có 11 BN mắc huyết khối tĩnh mạch sâu (DVT) ở nhóm không dự phòng (17,2%) so với 2 BN ở nhóm dự phòng (3,1%). Sau khi hiệu chỉnh thời gian nằm viện sau phẫu thuật, việc dự phòng bằng enoxaparin giúp làm giảm 89,7% nguy cơ DVT (OR 0,103, khoảng tin cậy 95% 0,019–0,569, $p=0,009$), đặc biệt với BN trên 60 tuổi (OR 0,147, khoảng tin cậy 95% 0,026–0,822, $p=0,029$). **Kết luận:** Việc dự phòng bằng enoxaparin giúp làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ mắc DVT sau phẫu thuật thay khớp háng, đặc biệt ở đối tượng BN trên 60 tuổi.

Từ khóa: thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, phẫu thuật thay khớp háng.

ABSTRACT:

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF VENOUS THROMBOEMBOLISM PROPHYLAXIS USING ENOXAPARIN IN PATIENTS UNDERGOING HIP REPLACEMENT

Objectives: To evaluate the effectiveness of thromboprophylaxis using enoxaparin in patients undergoing hip replacement. **Methods:** A retrospective cohort study was conducted using medical records of patients aged 40 years and older undergoing hip replacement. Patients who had used anticoagulants for the prevention of other diseases, who suffered chronic renal failure, liver failure, cancer or allergy to anticoagulant and patients who were indicated mechanical prophylaxis were excluded. 65 patients were randomized for each group - control group and VTE prophylaxis group (using subcutaneous enoxaparin 40 mg daily for 7-14 days). The effectiveness of prophylaxis was evaluated based on comparison of VTE incidence after surgery between groups. **Results:** Most of patients in this study were over 60 years old (79.2%). No case of pulmonary embolism was observed. There were 11 patients in the control group (17.2%) developed deep venous thrombosis (DVT) versus 2 patients in the prophylaxis group (3.1%). After adjusted for post-surgical length of time, VTE prophylaxis with enoxaparin reduced 89.7% risk of DVT (OR 0.103, 95% confidence interval 0.019-0.569, $p=0.009$), especially in patients over 60 years old (OR 0.147, 95% confidence interval 0.026-0.822, $p=0.029$). **Conclusion:** VTE prophylaxis with enoxaparin has significantly reduced the incidence of DVT in patients undergoing hip replacement, especially in patients over 60 years old.

Key words: venous thromboembolism, hip replacement.

1-ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (VTE: venous thromboembolism) hiện là mối đe dọa cho các bệnh nhân (BN) phẫu thuật và là gánh nặng cho các hệ thống chăm sóc y tế trên thế giới. Tại Mỹ, hằng năm có tới 900 000 ca mới mắc và gần 300 000 ca tử vong liên quan đến VTE⁽⁴⁾. Trong đó, phẫu thuật thay khớp háng là một yếu tố nguy cơ cao của VTE. Sau phẫu thuật thay khớp háng toàn phần nếu không có bất cứ một biện pháp dự phòng nào, tỷ lệ BN mắc huyết khối tĩnh mạch sâu (DVT: Deep vein thrombosis) và thuyên tắc phổi (PE: Pulmonary embolism) lần lượt là 42-57% và 0,9-28% và sau phẫu thuật thay khớp háng bán phần, các tỷ lệ này lần lượt là 46-60% và 3-11%⁽³⁾. Cho đến nay, trên thế giới đã có nhiều hướng dẫn về dự phòng VTE đã được ban hành như hướng dẫn dự phòng VTE cho những BN trải qua phẫu thuật thay khớp của Hội bác sĩ lồng ngực Hoa Kỳ (ACCP) đã được sử dụng rộng rãi tại Bắc Mỹ và trên thế giới trong hơn 25 năm qua⁽³⁾. Tại Việt Nam, hướng dẫn điều trị dự phòng VTE sau phẫu thuật thay khớp háng hoặc khớp gối được khuyến cáo bởi Hội chấn thương chỉnh hình Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2013⁽⁵⁾. Từ năm 2014, tại bệnh viện Thống Nhất, việc dự phòng VTE bằng heparin trọng lượng phân tử thấp (enoxaparin) cho BN phẫu thuật thay khớp háng được triển khai và cần có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của biện pháp dự phòng này.

2- ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành dựa trên hồ sơ bệnh án của những BN từ 40 tuổi trở lên được phẫu thuật thay khớp háng tại bệnh viện Thống Nhất từ 01/2014 đến 01/2017. Hồ sơ bệnh án của các BN đã dùng thuốc kháng đông để dự phòng các bệnh lý khác trước đó, BN suy thận mạn, suy gan, ung thư, dị ứng thuốc kháng đông hay được chỉ định biện pháp dự phòng cơ học sau phẫu thuật được loại khỏi nghiên cứu. Cỡ mẫu cần thiết được tính toán dựa trên nghiên cứu của Yoo và cộng sự về hiệu quả dự phòng VTE của heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH) trên đối tượng BN châu Á (**Error! Reference source not found.**) là 130 BN, bao gồm 65 BN ở nhóm không dự phòng (không được chỉ định thuốc kháng đông) và 65 BN ở nhóm dự phòng (được chỉ định dùng enoxaparin (LOVENOX®) tiêm dưới da 40 mg/ngày trong 7 – 14 ngày). Các hồ sơ bệnh án này được chọn ngẫu nhiên từ 2 nhóm BN nhờ phần mềm MS Excel 2010.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: đoàn hệ hồi cứu. Các hồ sơ bệnh án thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được lấy ngẫu nhiên từ 2 nhóm BN nhờ phần mềm MS Excel 2010. Thu thập các thông tin về đặc điểm BN (tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao, thời gian nằm viện, lý do nhập viện, tiền sử bệnh, tiền sử dị ứng), đặc điểm phẫu thuật (nguyên nhân, phương pháp, thời gian phẫu thuật, có hay không có chỉ định dự phòng VTE bằng enoxaparin) và theo dõi sau phẫu thuật (dấu hiệu lâm sàng của DVT, PE, các xét nghiệm cận lâm sàng) được ghi nhận. Tiêu chuẩn chẩn đoán VTE tuân theo khuyến cáo của Hội Bác sĩ lồng ngực Hoa Kỳ (ACCP) năm 2012 và Viện Phẫu thuật chỉnh hình Hoa Kỳ (AAOS) năm 2011⁽²⁾. BN được xem là mắc VTE sau phẫu thuật khi có các biểu hiện lâm sàng kèm theo chẩn đoán xác định DVT dựa trên kết quả siêu âm Doppler hệ tĩnh mạch chân hay chẩn đoán xác định PE dựa trên kết quả CT-scan ngực.

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với độ tin cậy 95%. Các biến có phân phối chuẩn được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (khoảng dao động) – Mean $\pm$ SD (range), các biến có phân phối không chuẩn được trình bày bằng trung vị (khoảng dao động) – Median (range). Thống kê mô tả dùng để tính phần trăm, trung bình, trung vị của các biến. Phép kiểm Student được sử dụng để so sánh giá trị trung bình của các biến số theo phân phối chuẩn. Trong trường hợp biến có phân phối không chuẩn, phép kiểm được sử dụng là Mann-Whitney. Để so sánh tỉ lệ phần trăm giữa 2 nhóm, chúng tôi dùng phép kiểm Chi bình phương nếu giá trị mong đợi trung bình trong các ô ≥ 5 hoặc phép kiểm Fisher khi ít nhất 1 ô có giá trị mong đợi < 5 . Hồi quy logistic được dùng để hiệu chỉnh biến gây nhiễu (nếu có). Giá trị $p < 0,05$ được xem là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3-KẾT QUẢ

Trong 130 hồ sơ được khảo sát, nam giới chiếm đa số (55,4%). Tuổi trung vị của các BN trong nghiên cứu là 78 (40 – 99), trong đó BN trên 60 tuổi chiếm 79,2%. Các BN được cân đo và tính tỷ số khối cơ thể (BMI), ngoại trừ một số BN gãy cổ xương đùi nặng kèm tuổi cao, thể trạng gầy yếu không thể cân đo được. BMI trung bình của 109 BN được cân đo (60 BN ở nhóm không dự phòng và 49 BN ở nhóm có dự phòng) là $21,3 \pm 3,2 \text{ kg/m}^2$ (12,5 – 27,8). Các bệnh kèm được ghi nhận gồm tăng huyết áp, thoái hóa khớp, đái tháo đường, phẫu thuật can thiệp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và các bệnh khác (rối loạn lipid huyết, viêm dạ dày mạn, phì đại tuyến tiền liệt lành tính, gout, sa sút trí tuệ, Parkinson). Nguyên nhân dẫn đến phẫu thuật thay khớp háng được ghi nhận gồm có gãy cổ xương đùi (83,8%) và thoái hóa khớp háng (16,2%). Có 79,2% BN được phẫu thuật thay khớp háng bán phần và 20,8% được thay khớp háng toàn phần.

So sánh đặc điểm dân số của nhóm không dự phòng và nhóm dự phòng được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm dân số 2 nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Không dự phòng (n = 65)	Có dự phòng (n = 65)	p
Giới tính, n (%)			
– Nữ	27 (41,5)	31 (47,7)	0,480
– Nam	38 (58,5)	34 (52,3)	

Nhóm tuổi, n (%)			
– 40 – 60 tuổi	14 (21,5)	13 (20,0)	0,829
– > 60 tuổi	51 (78,5)	52 (80,0)	
Nhóm BMI*, n (%)			
– < 18,5	11 (18,3)	11 (22,5)	0,932
– 18,5 – 22,9	30 (50,0)	24 (49,0)	
– 23,0 – 24,9	12 (20,0)	8 (16,3)	
– 24,0 – 29,9	7 (11,7)	6 (12,2)	
Bệnh kèm, n (%)			
– Tăng huyết áp	37 (56,9)	40 (61,5)	0,592
– Thoái hóa khớp	11 (16,9)	11 (16,9)	1,000
– Đái tháo đường	7 (10,8)	13 (20,0)	0,145
– Phẫu thuật can thiệp	5 (7,7)	6 (9,2)	0,753
– COPD	1 (1,5)	2 (3,1)	0,559
– Khác	18 (27,7)	14 (21,5)	0,415
Nguyên nhân phẫu thuật, n (%)			
– Gãy cổ xương đùi	55 (84,6)	54 (83,1)	0,812
– Thoái hóa khớp háng	10 (15,4)	11 (16,9)	
Phương pháp phẫu thuật, n (%)			
– Thay khớp bán phần	51 (78,5)	52 (80,0)	0,829
– Thay khớp toàn phần	14 (21,5)	13 (20,0)	
Thời gian nằm viện (ngày), median (range)			
– Trước phẫu thuật	5 (1 – 33)	4 (1 – 65)	0,194
– Sau phẫu thuật	15 (8 – 35)	19 (7 – 51)	0,017
Thời gian phẫu thuật (phút), median (range)	100 (60 – 190)	95 (55 – 290)	0,012

* Phân loại BMI cho người châu Á⁽¹⁾. Nhóm không dự phòng (n = 60) và nhóm có dự phòng (n = 49). Trong toàn bộ mẫu nghiên cứu, không ghi nhận được ca nào mắc PE sau phẫu thuật. Có tất cả 16 BN xuất hiện triệu chứng của DVT, trong đó 14 BN được chẩn đoán xác định DVT dựa vào kết quả siêu âm Doppler hệ tĩnh mạch chân dương tính với huyết khối. Các triệu chứng ghi nhận ở 14 BN này gồm tăng cảm giác nóng tại chỗ (13/14 ca), tăng thể tích bắp chân (14/14 ca) và đau khi sờ vào bắp chân (10/14 ca) và phù mắt cá chân (7/14 ca). Ở nhóm không dự phòng, có 12 BN (18,5%) xuất hiện huyết khối sau phẫu thuật. Trong đó, một BN 57 tuổi bị nhiễm trùng bệnh viện phức tạp khiến thời gian nằm viện sau phẫu thuật kéo dài (103 ngày), hạn chế khả năng vận động và được chẩn đoán DVT vào ngày thứ 59. Khi loại trường hợp này, số BN mắc DVT ở nhóm không dự phòng còn lại 11 trên tổng số 64 BN (17,2%). Số lượng BN mắc DVT ở nhóm dự phòng được ghi nhận là 2 trường hợp (3,1%). Kết quả so sánh tỷ lệ DVT giữa 2 nhóm có và không có dự phòng bằng enoxaparin sau khi hiệu chỉnh biến gây nhiễu thời gian nằm viện sau phẫu thuật được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Phân bố BN mắc DVT

Nhóm	Không dự phòng	Có dự phòng	OR (khoảng tin cậy 95%)	p
Tất cả, n/N (%)	11/64 (17,2)*	2/65 (3,1)	0,103 (0,019 – 0,569)	0,009
40 – 60 tuổi, n/N (%)	2/13 (21,4)*	0/13 (0)	0,000	0,998
> 60 tuổi, n/N (%)	9/51 (17,6)	2/52 (3,8)	0,147 (0,026 – 0,822)	0,029

n: Số BN được chẩn đoán xác định DVT

N: Tổng số BN

* Loại 1 trường hợp thời gian nằm viện sau phẫu thuật 103 ngày.

Trong thời gian điều trị, chúng tôi ghi nhận 2 ca buộc phải ngưng thuốc kháng đông sớm vào ngày hậu phẫu thứ 5. Một trường hợp là BN nam 67 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp và thoái hóa khớp háng, ngưng thuốc do tụ máu nhiều ở vết mổ. Trường hợp còn lại là BN nam 79 tuổi, có tiền sử thiếu máu cơ tim, viêm đại tràng mạn và trĩ, được chỉ định ngưng thuốc do đi tiêu ra máu.

4-BÀN LUẬN

Phân bố giới tính trong mẫu nghiên cứu khá tương đồng nhau khi nam chiếm 55,6% và nữ chiếm 44,6%. Phần lớn BN trên 60 tuổi (79,2%) cho thấy dân số trong nghiên cứu có nguy cơ cao mắc DVT (Error! Reference source not found.). Kết quả về độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với báo cáo về đặc điểm BN thay khớp háng ở Việt Nam của tác giả Trần Trung Dũng (Error! Reference source not found.). Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào BN bị béo phì đến mức cần hiệu chỉnh liều thuốc kháng đông⁽⁸⁾. Nguyên nhân phẫu thuật chủ yếu trong nghiên cứu là do gãy cổ xương đùi (83,8%) và phần lớn BN được phẫu thuật thay khớp háng bán phần (79,2%). Kết quả này phù hợp với báo cáo của Trần Trung Dũng khi có tới 82,1% BN thay khớp háng do gãy cổ xương đùi và tỷ lệ thay khớp háng bán phần là 61,5% (Error! Reference source not found.). Thời gian nằm viện trước phẫu thuật của 2 nhóm BN trong nghiên cứu này cao hơn so với thời gian nằm viện trước phẫu thuật trong nghiên cứu SMART⁽⁶⁾ (trung vị 4-5 ngày so với 2 ngày), từ đó có thể thấy đối tượng BN trong nghiên cứu có nguy cơ mắc DVT cao hơn so với những nghiên cứu khác khi xét về yếu tố bất động trước phẫu thuật.

Kết quả bảng 1 cho thấy đặc điểm BN trong 2 nhóm nghiên cứu tương đồng với nhau ($p>0,05$), ngoại trừ thời gian nằm viện sau phẫu thuật của nhóm dự phòng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không dự phòng (trung vị 19 ngày so với 15 ngày, $p=0,017$). Như vậy, BN ở nhóm dự phòng bằng enoxaparin có hơn 1 yếu tố nguy cơ DVT so với nhóm không dự phòng. Tuy nhiên, sau phẫu thuật thay khớp háng, tất cả các BN tại bệnh viện Thống Nhất đều được hướng dẫn vận động sớm nên sự khác biệt này có thể không ảnh hưởng đến nguy cơ VTE của 2 nhóm. Kết quả sau khi hiệu chỉnh biến gây nhiễu là thời gian nằm viện sau phẫu thuật cũng cho thấy việc sử dụng enoxaparin dự phòng VTE giúp làm giảm 89,7% nguy cơ DVT so với không sử dụng bất kỳ biện pháp dự phòng nào (OR 0,103, khoảng tin cậy 95% 0,019 – 0,569, $p=0,009$). Hiệu quả dự phòng DVT sau phẫu thuật thay khớp háng của enoxaparin trong nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu đã được công bố trên BN châu Á. Tại Hàn Quốc, nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu của Yoo M.C. và cộng sự năm 1997 nhằm so sánh tỷ lệ mắc DVT giữa 2 nhóm BN thay khớp háng trên 40 tuổi không và có dự phòng bằng LMWH cho kết quả tỷ lệ mắc DVT của nhóm không dự phòng cao hơn có ý nghĩa thống kê (16% so với 2%, $p=0,015$) (Error! Reference source not found.). Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu của Li X.L. năm 2001 tại Trung Quốc ở đối tượng BN thay khớp trên 40 tuổi cũng cho kết quả tỷ lệ mắc DVT ở nhóm không dự phòng cao hơn so với nhóm dự phòng bằng LMWH (34,8% so với 4,3%, $p < 0,05$).⁽⁷⁾ Ngoài ra, các nghiên cứu khác trên thế giới cũng đã chứng minh hiệu quả dự phòng DVT của LMWH ở BN thay khớp háng như nghiên cứu của Turpie và cộng sự năm 1986 (Error! Reference source not found.), Planes và cộng sự năm 1996⁽⁹⁾ Samama và cộng sự năm 1997 (Error! Reference source not found.).

Gần 80% BN trong nghiên cứu này trên 60 tuổi, là nhóm tuổi có nguy cơ cao mắc VTE. Ở nhóm tuổi trên 60, việc sử dụng enoxaparin dự phòng VTE sau phẫu thuật thay khớp háng đã chứng minh hiệu quả khi giúp làm giảm 85,3% nguy cơ DVT so với không sử dụng bất kỳ biện pháp dự phòng nào (OR 0,147, khoảng tin cậy 95% 0,026 – 0,822, $p=0,029$). Kết quả này cho thấy chỉ định enoxaparin cho BN thay khớp háng trên 60 tuổi là thực sự cần thiết để giảm nguy cơ VTE sau phẫu thuật.

5- KẾT LUẬN

Việc sử dụng enoxaparin để dự phòng VTE trên BN thay khớp háng ở bệnh viện Thống Nhất thực sự có hiệu quả, đặc biệt với BN trên 60 tuổi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Annurad E, Shiwa K, Nogi A, et al. (2003). The new BMI criteria for Asians by the Regional Office for Western Pacific Region of WHO are suitable for screening of overweight to prevent metabolic syndrome in elder Japanese workers. Journal of Occupational Health, 45: 335-343.
2. Barrack RL (2012). Current guidelines for total joint VTE prophylaxis: Dawn of a new day. The Journal of Bone and Joint Surgery, 94-B (11): A3-A7.

3. Geerts WH, Bergqvist D, Pinel GF, et al. (2008). Prevention of Venous thromboembolism: America College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guideline (8th Edition). Chest, 133 (6 Suppl): 381S-453S.
4. Heit JA, Cohen AT, Anderson FA, et al. (2005). Estimated annual number of incident and recurrent, non-fatal and fatal venous thromboembolism (VTE) events in the US. Blood, 106: abstract 910.
5. Hội chấn thương chỉnh hình Tp HCM (2013). Hướng dẫn điều trị dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau phẫu thuật thay khớp háng và khớp gối.
6. Leizorovicz A, Turpie AGG, Cohen AT, et al. (2005). Epidemiology of venous thromboembolism in Asian patients undergoing major orthopedic surgery without thromboprophylaxis. The SMART study. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 3: 28-34.
7. Li XL, Lu WJ, Yu NS (2001). Prophylaxis for deep vein thrombosis with low molecular weight heparin following hip and knee surgery. Chinese Journal of Reparative and Reconstructive Surgery, 15 (1): 39-41.
8. Nutescu EA, Spinler SA, Wittkowsky A, et al. (2009). Low molecular weight heparin in renal impairment and obesity: available evidence and clinical practice recommendation across medical and surgical settings. The Annals of Pharmacotherapy, 43: 1064-1083.
9. Planes A, Vochelle N, Darmon JY, et al. (1996). Risk of deep-venous thrombosis after hospital discharge in patients having undergone total hip replacement: double-blind randomised comparison of enoxaparin versus placebo. The Lancet, 348 (9022): 224-228.

BƠM HƠI ÁP LỰC NGẮT QUÃNG TRONG DỰ PHÒNG THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NÃO CẤP CÓ CHÔNG CHỈ ĐỊNH THUỐC CHÔNG ĐÔNG

Hà Quang Huy, Hoàng Bùi Hải

Trường Đại học Y Hà Nội

Người chịu trách nhiệm chính: Hà Quang Huy; Tel:0856584413

Email: hqhbsbghmu@gmail.com

Tóm tắt

Mục tiêu: Đặc điểm liên quan đến dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) ở bệnh nhân đột quỵ cấp nguy cơ cao bằng thiết bị bơm hơi áp lực ngắt quãng (IPC). **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp, không đối chứng. Đối tượng là các bệnh nhân đột quỵ cấp được điều trị tại đơn vị Hồi sức tích cực; có nguy cơ TTHKTM cao (PADUA ≥ 4) và nguy cơ chảy máu cao (nhồi máu não (NMN) diện rộng hoặc IMPROVE ≥ 7). IPC được dùng trong thời gian nằm viện, theo dõi tình trạng TTHKTM với quy trình: thang điểm lâm sàng / D-Dimer/ Siêu âm tĩnh mạch chi dưới có ép/ hoặc Chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi nếu cần, trước khi sử dụng IPC (ngày 0) và ngày thứ 7. **Kết quả:** Có 30 bệnh nhân đột quỵ cấp được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 19/30 (63,3%) ca xuất huyết não (XHN), 11/30(36,6%) ca NMN diện rộng, 6/11(54,5%) ca NMN có xuất huyết chuyển dạng, 8/11(72,7%) ca NMN diện rộng được mở sọ giảm áp. Có 1/30 (3,33%) bệnh nhân bị tắc động mạch phổi (TĐMP) và huyết khối tĩnh mạch sâu cấp ở ngày thứ 6 khi đang được sử dụng IPC; 5/30(16,7%) bệnh nhân có trầy xước da tại vị trí tiếp xúc với bao chi nhưng không phải ngừng sử dụng thiết bị. **Kết luận:** Tỷ lệ TTHKTM ở bệnh nhân đột quỵ não cấp nguy cơ cao, được dự phòng bằng thiết bị IPC là 3,33%. Không có tác dụng phụ nghiêm trọng của IPC được ghi nhận.

Từ khóa: Bơm hơi áp lực ngắt quãng, dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, đột quỵ não cấp

Abstract

PROPHYLAXIS OF VENOUS THROMBO-EMBOLISM BY USING THE INTERMITTENT PNEUMATIC COMPRESSION DEVICE IN ACUTE STROKE PATIENTS AT HIGH RISK

Purpose: Features related to prevention of venous thromboembolism in high-risk stroke patients with intermittent pneumatic compression device (IPC). **Materials and method:** Experimental study. Acute stroke patients who were admitted to ICU from 08/2018 to 08/2019, age > 18 years old, PADUA score ≥ 4 , IMPROVE score ≥ 7 , indication and technical protocol of IPC, Wells score assessment, quantitative D-dimer and low extremity vein Doppler ultrasound with pressured. Follow up and reassess Wells score, quantitative D-Dimer, Doppler ultrasound before and after seven days IPC application. **Results:** 30 acute stroke patients were admitted in research that included 19/30(63,3%) patients had hemorrhagic stroke, 11/30(36,6%) patients had malignant middle cerebral artery stroke, 6/11(54,5%) patients had hemorrhagic transformation of ischemic stroke, 8/11(72,7%) patients had decompressive craniotomy. 1/30 (3,33%) had pulmonary embolism and deep vein thrombosis in day 06 on intermittent pneumatic compression device; 5/30(16,7%) patients had skin break in contact position but do not require device cessation. **Conclusion:** The rate of venous thromboembolism in high-risk stroke patients, prophylactic with IPC equipment is 3.33%. No serious side effects of IPC were noted. **Keywords:** Intermittent pneumatic compression device, venous thromboembolism prevention, acute stroke.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) là hiện tượng huyết khối làm tắc nghẽn một phần hay toàn bộ tĩnh mạch sâu ở chi dưới. HKTMSCD là một biến chứng thường gặp, có thể phòng tránh được ở bệnh nhân đột quỵ. Nếu không điều trị dự phòng HKTMS, có đến 75% số bệnh nhân liệt nửa người sau đột quỵ xuất hiện huyết khối tĩnh mạch sâu và 20% xuất hiện biến chứng tắc động mạch phổi cấp [1]. Các biện pháp dự phòng HKTMSCD trong đó vận động sớm, dùng thuốc chống đông là hai biện pháp dự phòng cơ bản, tuy nhiên hầu hết các bệnh nhân đột quỵ cấp như xuất huyết não, nhồi máu não diện rộng lại có nguy cơ chảy máu cao khi dùng thuốc chống đông, nên sử dụng máy bơm hơi áp lực ngắt quãng (IPC, intermittent pneumatic compression) là một biện pháp lựa chọn thay thế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

- Nhận xét chỉ định và quy trình kỹ thuật sử dụng máy bơm hơi áp lực ngắt quãng trong dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.
- Nhận xét thực trạng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và một số tác dụng không mong muốn khi sử dụng máy bơm hơi áp lực ngắt quãng.

2. TỔNG QUAN

Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) là một bệnh thường gặp, đặc biệt là bệnh nhân nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực nói chung cũng như bệnh nhân đột quỵ não nói riêng. Ở Việt Nam, nghiên cứu INCIMEDI do Đặng Vạn Phước thực hiện trên 503 bệnh nhân nhập viện vì một bệnh nội khoa cấp tính bằng phương pháp siêu âm Duplex cho thấy tỷ lệ xuất hiện HKTMSCD là 22%. **Huỳnh Văn Ân làm khảo sát HKTMSCD bằng siêu âm Duplex trên 54 bệnh nhân nhập viện điều trị tại khoa Hồi sức tích cực vì một bệnh lý nội khoa cấp tính, kết quả siêu âm Duplex lần một sau một tuần nằm viện phát hiện 46% bệnh nhân có HKTMS, siêu âm lần hai sau một tuần phát hiện thêm 17% bệnh nhân bị HKTMS [2]. Đặc biệt trên bệnh nhân đột quỵ, nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí đã cho thấy tỷ lệ xuất hiện HKTMS chỉ dưới không triệu chứng là khá cao (hiện mắc là 20,14%, mới mắc là 15,27%), phổ biến ở bệnh nhân ≥ 60 tuổi [3].**

Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới là biến chứng thường gặp sau đột quỵ não. Tỷ lệ HKTMSCD tăng dần trong tháng đầu tiên tới ba tháng sau đột quỵ, một phần do bệnh nhân nằm một bất động sau đột quỵ. Các lựa chọn điều trị thường được sử dụng để phòng ngừa HKTMS ở BN XHN bao gồm máy bơm hơi áp lực ngắt quãng và heparin tiêm dưới da. Trong đó, IPC là phương pháp chính trong dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân có XHN cấp tính và nhồi máu não ác tính được mở sọ giảm áp. Máy bơm hơi áp lực ngắt quãng được phát triển từ những năm 1970 như là một sự thay thế cho thuốc chống đông trong dự phòng HKTMSCD. Sử dụng IPC làm giảm tỷ lệ hình thành HKTMS khoảng 50% và nó là biện pháp được lựa chọn khi heparin liều thấp bị chống chỉ định hoặc không hiệu quả. Bằng chứng hỗ trợ xuất phát từ thử nghiệm CLOTS 3, thử nghiệm cho thấy giảm đáng kể tỷ lệ HKTMS ở tĩnh mạch đùi đối với nhóm sử dụng IPC so với nhóm không sử dụng (8,5 so với 12,1%,

giảm nguy cơ tuyệt đối 3,6%, 95% CI 1,4-5,8; tỷ lệ chênh lệch được điều chỉnh 0,65, 95% CI 0,51-0,84). Ngoài ra, nhóm sử dụng IPC có tỷ lệ thấp hơn đáng kể HKTMS có triệu chứng (tĩnh mạch đoạn gần) và bất kỳ HKTMS nào (có triệu chứng hoặc không có triệu chứng, đoạn gần hoặc xa). Không có tác dụng phụ nghiêm trọng nào liên quan khi sử dụng IPC [4].

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU
3.1. Địa điểm và thời gian
 Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 08/2018 đến 04/2019.

3.2. Đối tượng nghiên cứu
 Bệnh nhân đột quỵ não cấp điều trị tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

3.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn
 Tuổi ≥ 18
 PADUA ≥ 4
 IMPROVE ≥ 7

Bệnh nhân có chỉ định sử dụng máy bơm hơi áp lực ngắt quãng. Thời gian từ khi khởi phát đột quỵ tới khi nhập hồi sức tích cực ≤ 72 h

3.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ
 Bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch sâu trong 72h đầu tiên nhập viện
 Bệnh nhân có chống chỉ định với IPC
 Bệnh nhân hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu
 Thời gian nghiên cứu không đủ 1 tuần.

3.3. Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp không có nhóm chứng

3.4. Thu thập số liệu:

- Xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh làm tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
- Mẫu bệnh án thống nhất, dự phòng HKTMSCD bằng máy bơm hơi áp lực ngắt quãng.
- Xử lý: Thống kê y học, SPSS 16.0:
- Tính số trung bình, độ lệch chuẩn, tính %, so sánh tỷ lệ % theo thuật toán χ^2

3.5. Kết thúc nghiên cứu khi:

- BN có HKTMSCD

- BN ra viện, chuyển khoa, chuyển viện, tử vong

4. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 4.1. Đặc điểm, yếu tố nguy cơ nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các đặc điểm	Tổng số bệnh nhân (N=30)
Tuổi (năm)	64,5 $\pm$ 16,6
Giới tính (nam/nữ) %	22 (73,3%) / 8 (26,7%)
Chỉ định IPC	30 (100%)
Tuân thủ quy trình	30 (100%)
Nhồi máu não	11 (36,7%)
Nhồi máu não có xuất huyết chuyển dạng	6 (20%)
Xuất huyết não	19 (63,3%)
Yếu tố nguy cơ	
Tuổi > 65	14 (46,7%)
Béo phì (BMI > 30)	0
Ung thư	1 (3,3%)
Tiền sử bị huyết khối	0
Suy hô hấp	9 (30%)
Suy tim	7 (23,3%)
Thở máy	18 (60%)
Nhiễm trùng	12 (40%)
Dùng thuốc vận mạch	4 (13,3%)
Dùng an thần	10 (33,3%)

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Có 30 bệnh nhân trong nghiên cứu Bảng 4.1 cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $64,5 \pm 16,6$ tuổi, trong đó độ tuổi > 60 tuổi là 20/30 bệnh nhân (66,7%), thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí (2015) khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới không triệu chứng trên 139 bệnh nhân nhồi máu não nằm điều trị tại bệnh viện đa khoa Long An độ tuổi là $71,15 \pm 11,7$ (> 60 tuổi chiếm 82 %) [3], thấp hơn nghiên cứu của Mai Đức Thảo (2017) khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trên bệnh nhân hồi sức tích cực và dự phòng là $69,3 \pm 18,7$ [5]. Nghiên cứu CLOTS 3 (2015) nghiên cứu hiệu quả của máy bơm hơi áp lực ngắt quãng trong việc làm giảm nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân đột quỵ cho thấy tuổi trung bình cao hơn $74,2 \pm 12,3$ [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân có và được chỉ định máy bơm hơi áp lực ngắt quãng và tuân thủ quy trình kỹ thuật của bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các bệnh nhân đột quỵ não cấp trong đó nhóm xuất huyết não chiếm tỷ lệ cao nhất 83,3%, nhóm nhồi máu não 36,7%, nhóm nhồi máu não có xuất huyết chuyển dạng chiếm 20%. Trong các yếu tố nguy cơ, nhóm bệnh nhân phải thở máy là cao nhất 60%, sau đó là nhóm nhiễm trùng 40%, nhóm dùng an thần 33,3%, suy hô hấp 30%, suy tim 23,3%, dùng thuốc vận mạch 13,3%, ung thư 3,3%, không có bệnh nhân nào có tiền sử HKTMS.

4.2. Tỷ lệ HKTMSCD trong nhóm nghiên cứu
Bảng 4.2. Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới

Kết quả	
Tổng số bệnh nhân nghiên cứu	30
Số bệnh nhân dự phòng - %	30(100%)
Số bệnh nhân không dự phòng - %	0
Số bệnh nhân bị HKTMSCD	1 (3,3%)
Số bệnh nhân không bị HKTMSCD	29 (93,33%)
BN bị TĐMP và HKTMSCD	1 (3,33%)
BN bị TĐMP không bị HKTMSCD	0
Tác dụng không mong muốn của IPC	
Đỏ da	1 (3,33%)
Trầy da	5 (16,67%)
Khác	0

Qua bảng 4.2 cho thấy 100% BN nghiên cứu được dự phòng HKTMSCD bằng IPC. Số bệnh nhân có HKTMSCD mặc dù được dự phòng là 1/30 bệnh nhân (3,3%), thấp hơn so với nghiên cứu của K.Lacut và cs 9,2 % (2005) nghiên cứu dự phòng HKTMS ở bệnh nhân xuất huyết não bằng biện pháp cơ học [6]. Đồng thời tỷ lệ này cũng thấp hơn so với nghiên cứu CLOTS 3 (2015) với tỷ lệ có HKTMSCD mặc dù đã sử dụng IPC là 8,5%. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ hơn khá nhiều (N=30) so với 2 nghiên cứu trên (N1= 151 và N2=2874). Có một bệnh nhân có TĐMP kèm theo HKTMSCD (3,33%), không có BN nào có TĐMP mà không có HKTMSCD. Tác dụng không mong muốn chủ yếu khi sử dụng IPC cho các bệnh nhân trong nghiên cứu là trầy da vùng tiếp xúc bao chi (16,67%), đỏ da vùng quần băng ít gặp hơn (3,33%).

5. KẾT

LUẬN

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân đột quỵ não cấp vào điều trị tại khoa Cấp cứu và HSTC bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Tỷ lệ HKTMSCD ở bệnh nhân được dự phòng bằng IPC là 3,3%, có 1 bệnh nhân có TĐMP kèm theo HKTMSCD (3,33%).
2. Tác dụng không mong muốn chủ yếu của IPC là trầy da vùng tiếp xúc bao chi (16,67%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Heparin Prophylaxis Study Group và Gårldlund B. (1996). Randomised, controlled trial of low-dose heparin for prevention of fatal pulmonary embolism in patients with infectious diseases. The Lancet, **347(9012)**, 1357–1361.
2. Huỳnh Văn Ân Huyết khối tĩnh mạch sâu ở bệnh nhân nội khoa tại khoa sản sóc đặc biệt (ICU) bệnh viện Nhân Dân Gia Định. 2009, **13(Y Học TPHCM)**, 127–134.
3. Nguyễn Văn Trí và cs (2015) . Khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới không triệu chứng trên bệnh nhân nhồi máu não nằm viện. Tạp chí Tim mạch học
4. (2013). Effectiveness of intermittent pneumatic compression in reduction of risk of deep vein thrombosis in patients who have had a stroke (CLOTS 3): a multicentre randomised controlled trial. The Lancet, **382(9891)**, 516–524.
5. Thảo M.Đ. và Tuấn Đ.Q. DEEP VENOUS THROMBOSIS (DVT) IN INTENSIVE CARE UNIT (ICU) AND PREVENTION. Tạp chí Y Dược học, **7(2)**, 74.
6. Lacut K., Bressollette L., Le Gal G. và cộng sự. (2005). Prevention of venous thrombosis in patients with acute intracerebral hemorrhage. Neurology, **65(6)**, 865–869.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ CHỈ ĐỊNH, KẾT QUẢ MỔ LẤY THAI Ở SẢN PHỤ CÓ SẼO MỔ LẤY THAI CŨ TẠI BỆNH VIỆN LƯƠNG TÀI, TỈNH BẮC NINH

Nguyễn Văn Đạo¹, Nguyễn Minh Hồng², Hoàng Thị Ngọc Trâm², Nguyễn Thị Bình², Bùi Thị Thu Hương²

¹ Bệnh viện Lương Tài, Bắc Ninh

² Trường Đại học Y dược Thái Nguyên

Tác giả chính: Nguyễn Văn Đạo

Số điện thoại:

Mail: ns3ck.bvlt.bn@gmail.com

Bệnh viện Lương Tài, Bắc Ninh

TÓM TẮT

Tiền lượng cuộc đẻ sẽ khó khăn và phức tạp hơn trên những sản phụ có mổ lấy thai (MLT) cũ. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chỉ định MLT của các sản phụ có sẹo mổ cũ tại Bệnh viện Lương Tài, tỉnh Bắc Ninh năm 2017 – 2018. **Đối tượng:** 296 sản phụ có sẹo mổ cũ đẻ tại khoa Phụ sản Bệnh viện Lương Tài, Bắc Ninh. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ MLT ở sản phụ có MLT cũ chiếm 99,3%. Tỷ lệ MLT 1 lần chiếm 92,2%. Khoảng cách giữa 2 lần MLT ≤ 24 tháng chiếm 28%. Có 97,3% trẻ sơ sinh có Apgar từ 7 điểm trở lên ở phút thứ nhất. Chỉ định MLT tuyệt đối chiếm 34,8%. Chỉ định MLT tương đối chiếm 40,8%. Chỉ định MLT chưa chặt chẽ chiếm 24,4%.

Từ khóa: Mổ lấy thai, mổ lấy thai cũ, apgar, mổ lấy thai tuyệt đối, mổ lấy thai tương đối

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền lượng cuộc đẻ sẽ khó khăn và phức tạp hơn trên những sản phụ có MLT cũ vì những nguy cơ: dính, nút sẹo cũ, đe dọa vỡ tử cung có thể xảy ra trong chuyển dạ cũng như trong quá trình phẫu thuật. Đây là những nguy hiểm đe dọa tính mạng mẹ và con ở bất cứ thời điểm nào của thai nghén, đòi hỏi mỗi thầy thuốc sản khoa phải có thái độ đúng đắn khi theo dõi chuyển dạ ở những sản phụ có MLT cũ để chỉ định hợp lý. Tỷ lệ sản phụ có sẹo mổ cũ phải MLT có xu hướng tăng dần theo thời gian, năm 2002 là 94.50%, năm 2016 thì tỷ lệ này chiếm 99,5% [4].

MỤC TIÊU: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích kết quả chỉ định mổ lấy thai của các sản phụ có sẹo mổ cũ được mổ lấy thai tại Bệnh viện Lương Tài, tỉnh Bắc Ninh năm 2017 – 2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Những sản phụ có sẹo mổ cũ đẻ tại khoa Phụ - Sản, Bệnh viện Lương Tài từ 01/01/2017 - 31/12/2018. Các hồ sơ bệnh án phải đảm bảo đủ thông tin theo yêu cầu nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ những hồ sơ ghi chép không đầy đủ thông tin cần nghiên cứu, MLT con dị dạng, con chết lưu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ 01/01/2017 - 31/12/2018.

- Địa điểm nghiên cứu: tại khoa Phụ - Sản Bệnh viện Lương Tài.

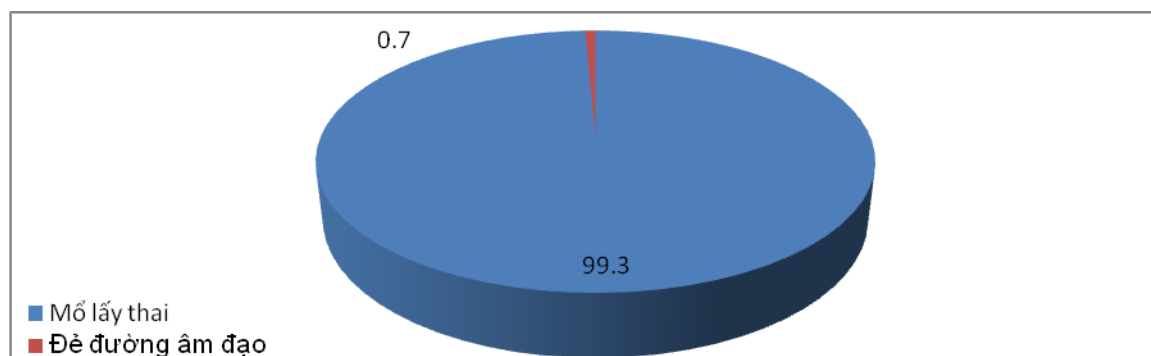
2.4. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.5. Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện không xác xuất.

2.6. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ có mổ lấy thai cũ



Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ có mổ lấy thai cũ chiếm 99,3%

Bảng 3.1: Tiền sử mổ lấy thai của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử mổ lấy thai		Số lượng	Tỷ lệ %
Số lần mổ lấy thai	1 lần	273	92,2
	≥ 2 lần	23	7,8
Khoảng cách giữa 2 lần MLT (tháng)	≤ 24	83	28,0
	>24	213	72,0
Tổng		296	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai 1 lần chiếm 92,2%. Khoảng cách giữa 2 lần mổ lấy thai gần nhất ≤ 24 tháng chiếm 28%; > 24 tháng chiếm 72%

Bảng 3.2: Chỉ số Apgar trẻ sơ sinh sau sinh

Chỉ số Apgar	< 4 điểm	4 - 6 điểm	7 - 10 điểm
Phút thứ 1	0 (0%)	08 (2,7%)	288 (97,3 %)
Phút thứ 5	0 (0%)	00 (00%)	296 (100,0 %)

Nhận xét: 97,3% trẻ sơ sinh có điểm Apgar từ 7 điểm trở lên ở phút thứ nhất. Không có trường hợp điểm Apgar dưới 7 điểm ở phút thứ 5 (chiếm 0,0%).

Bảng 3.3: Phân loại các nhóm chỉ định mổ lấy thai trong nghiên cứu

Nhóm chỉ định	Số lượng	Tỷ lệ %
Chỉ định MLT tuyệt đối	103	34,8
Chỉ định MLT tương đối	121	40,8
Chỉ định MLT chưa chặt chẽ	72	24,4
Tổng	296	100

Nhận xét: Chỉ định MLT ở nhóm có chỉ định MLT tuyệt đối chiếm 34,8%. Nhóm chỉ định MLT tương đối chiếm 40,8%. Nhóm chỉ định MLT chưa chặt chẽ chiếm 24,4%

Bảng 3.4: Các chỉ định cụ thể mổ lấy thai trong nghiên cứu

Chỉ định mổ		Số ca	Số lượng	Tỷ lệ %
Về phía mẹ	Đau vết mổ	17	120	40,5
	Seo tử cung $\leq$ 24 tháng	80		
	Seo tử cung $\geq$ 2 lần	20		
	Seo mổ cũ $\leq$ 24 tháng + MLT $\geq$ 2 lần	03		
Về phía thai	Thai to	44	48	16,2
	Ngôi bất thường	03		
	Suy thai	01		
Về phía phần phụ	Ổi vỡ, rỉ ối	45	56	18,9
	Cạn ối, thiếu ối	11		
Không rõ	Mổ MLT cũ		72	24,4
Tổng			296	100

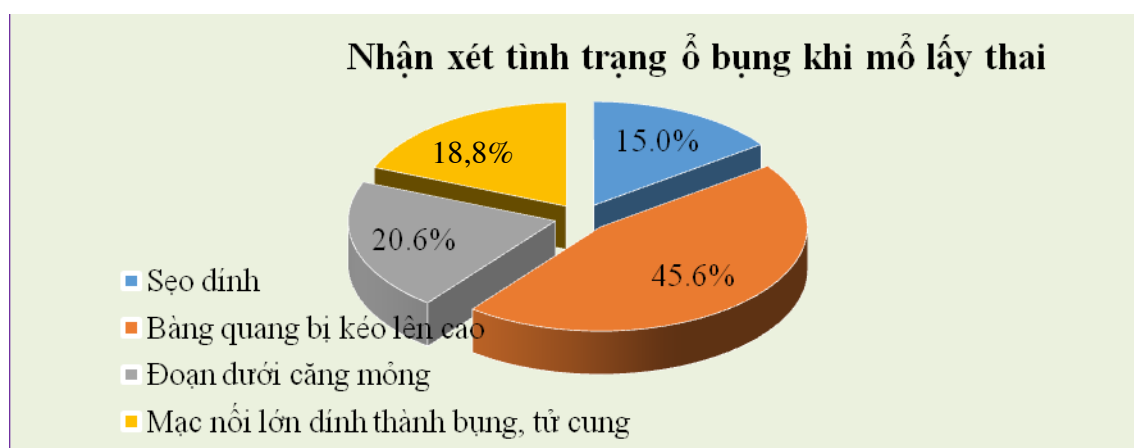
Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai thuộc nhóm chỉ định về phía mẹ chiếm 40,5%, nhóm chỉ định về phía thai chiếm 16,2%, phía phần phụ chiếm 18,9%, thuộc nhóm chỉ định không rõ chiếm 24,4%

Bảng 3.5: Phân nhóm thời điểm phẫu thuật lấy thai

Thời điểm mổ lấy thai	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chủ động	240	81,1
Cấp cứu	56	18,9
Tổng	296	100

Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động chiếm 81,1%, cấp cứu chiếm 18,9%

Biểu đồ 3.2: Nhận xét tình trạng ổ bụng khi mổ lấy thai



Nhận xét: Tình trạng sẹo dính chiếm 15%; bàng quang bị kéo lên cao chiếm 45,6%; đoạn dưới căng mòng chiếm 20,6%; Mạc nối lớn dính thành bụng, tử cung chiếm 18,8%

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đẻ đường âm đạo chiếm tỷ lệ 0,7%, tỷ lệ đẻ đường âm đạo của chúng tôi tương tự tác giả Đào Thanh Kiều tỷ lệ này là 1,48% [1]. Kết quả này không có xu hướng tăng trong những năm gần đây, không có sự khác biệt giữa các năm với $p > 0,05$. Tuy nhiên theo Zahumensky J thì tỷ lệ đẻ đường âm đạo trên sản phụ có sẹo cũ chiếm 52,2% [6].

Việc quyết định mổ lấy thai hay theo dõi đẻ đường âm đạo nhóm thai phụ có sẹo mổ lấy thai phụ thuộc nhiều yếu tố, trong đó có cả yếu tố nhận thức, mong muốn của sản phụ và định hướng của người thầy thuốc. Khó có thể làm giảm tỷ lệ MLT nếu như không giải thích để các sản phụ hợp tác với thầy thuốc trong việc quyết định MLT hay đẻ đường âm đạo.

Trong số 296 sản phụ có MLT cũ, mổ cũ 1 lần có tỷ lệ cao nhất 273/296 ca chiếm tỷ lệ 92,2%. Mổ cũ từ 2 lần trở lên có 23 trường hợp chiếm 7,8%. Số lần mổ cũ càng nhiều thì nguy cơ tai biến càng cao. Với mổ cũ một lần, tình trạng sẹo tử cung tốt, trong quá trình chuyển dạ nếu không có nguyên nhân dễ khó phối hợp nào có thể chỉ định đẻ đường dưới. Vì vậy có thể hạn chế được tỷ lệ mổ lại ở nhóm này từ đó sẽ giảm được tỷ lệ MLT chung (vì theo nhiều nghiên cứu nguyên nhân làm tăng tỷ lệ MLT đứng đầu là mổ cũ). Theo nghiên cứu của Lộc Quốc Phương năm 2016 thì chỉ định mổ do sản phụ MLT ≥ 2 lần chiếm 13,2% [3].

Về khoảng cách giữa hai lần MLT gần nhất của ĐTNC thời gian ≤ 24 tháng chiếm 28%, còn lại khoảng cách > 24 chiếm 72%. Khoảng cách giữa hai lần mổ ở sản phụ có vết mổ cũ liên quan đến tai biến trong chuyển dạ và thái độ xử trí của các bác sỹ sản khoa. Khoảng cách giữa hai lần mổ càng xa, tiên lượng cuộc chuyển dạ càng tốt. Nhóm MLT cũ ≤ 24 tháng có chỉ định mổ tuyệt đối để đảm bảo an toàn cho mẹ và con.

Chúng tôi thấy, có 97,3% trẻ sơ sinh có điểm Apgar từ 7 điểm trở lên ở phút thứ nhất và tuy nhiên sau khi hồi sức thì không có trường hợp điểm Apgar dưới 7 điểm ở phút thứ 5 (chiếm 0,0%).

Trong số 08 trường hợp có apgar dưới 7 điểm ở phút thứ nhất thì có 01 trường hợp em bé suy dinh dưỡng bào thai khóc yếu, 01 trường hợp MLT do ngôi vai, các trường hợp còn lại đều là do quá trình gỡ dính phức tạp, lấy thai khó khăn do ngôi cao nên khi lấy thai ra cần phải hồi sức cho thai tuy nhiên đến phút thứ 5 thì các trẻ đã hoàn toàn ổn định, không có trẻ nào có apgar dưới 7 điểm sau 5 phút.

Theo nghiên cứu của Phạm Bá Nha có 98,9% trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar ≥ 7 điểm, chỉ 1,1% Apgar < 7 điểm, các trường hợp này thường là thai non tháng hay các trường hợp bệnh lý nặng của người mẹ [2].

Chỉ định MLT ở nhóm có chỉ định MLT tuyệt đối chiếm 34,8%, nhóm chỉ định MLT tương đối chiếm 40,8%, nhóm chỉ định MLT chưa chặt chẽ chiếm 24,4%.

Chỉ định MLT tuyệt đối trong nghiên cứu bao gồm những sản phụ MLT ≤ 24 tháng và/hoặc MLT từ 2 lần trở lên là chủ yếu. Chỉ định MLT tương đối bao gồm các yếu tố về phía mẹ như đau vết mổ, bệnh của mẹ, về phía thai bao gồm như thai to, suy thai, ngôi bất thường, về phía phần phụ như ối vỡ sớm, thiếu ối.

Chúng tôi thống kê được 72/296 trường hợp chiếm 24,4% là có chỉ định mổ chưa rõ ràng. Chỉ có yếu tố sẹo MLT mà có chỉ định MLT. Qua hồ sơ ghi chép chỉ ghi mổ đẻ cũ + chuyển dạ và không kèm theo bất cứ nguyên nhân đẻ khó nào, chiều cao mẹ và khung chậu hoàn toàn bình thường. Chính vì vậy mà chúng tôi xếp vào nhóm nguyên nhân mổ không rõ ràng.

Vì trong y văn chưa có hướng dẫn chỉ định mổ ở những trường hợp này, phải tiến hành theo dõi chuyển dạ. Chỉ định mổ nguyên nhân này là chưa hợp lý. Trong quá trình chuyển dạ nếu phát sinh yếu tố đẻ khó thì chỉ định mổ chứ không chỉ định mổ hàng loạt với bệnh nhân có sẹo cũ 1 lần. Chính vì điều này nên chỉ định MLT trong nghiên cứu của chúng tôi rất cao.

Tỉ lệ MLT thuộc nhóm chỉ định về phía mẹ chiếm 40,5% (120/296) trong đó đau vết mổ có 17 trường hợp, sẹo mổ tử cung ≤ 24 tháng có 80 trường hợp, sẹo tử cung ≥ 2 lần có 20 trường hợp và 03 trường hợp vừa có sẹo mổ cũ ≤ 24 tháng vừa có MLT ≥ 2 lần.

Đau vết mổ có thể là dấu hiệu đe dọa giãn nứt sẹo mổ đẻ cũ, cần phải mổ cấp cứu ngay. Hầu hết các trường hợp này khi MLT sẽ thấy tử cung dính, mạc nối lớn dính vào thành bụng hoặc bàng quang treo cao một ít trong số đó sẽ thấy sẹo MLT trước đó mỏng, căng giãn quá mức sắp sửa nứt sẹo.

Nhóm chỉ định về phía thai chiếm 16,2% (48/296) trong đó thai to có 44 trường hợp, ngôi bất thường 03 trường hợp và suy thai 01 trường hợp. Chỉ định MLT vì thai to theo như nghiên cứu của chúng tôi có 44/296 trường hợp chiếm 14,9%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Đào Thanh Kiều chỉ định mổ vì thai to có 162/1135 chiếm 14,27% và đứng đầu trong các nguyên nhân mổ về phía thai [1]. Những trường hợp thai $\geq 4000g$ nên chỉ định mổ tuyệt đối tránh gây tai biến cho mẹ và thai.

Nguyên nhân ngôi ngược, ngôi ngang có chỉ định mổ bắt buộc, chống chỉ định đẻ đường dưới: vì khi rặn hoặc làm các thủ thuật đường dưới có thể gây vỡ tử cung. Nghiên cứu của chúng tôi có 3/296 trường hợp ngôi bất thường chiếm 1%.

Nhóm chỉ định về phía phần phụ chiếm 18,9% (56/296) trong đó ối vỡ sớm, ối vỡ non có 45 trường hợp, thiếu ối có 11 trường hợp. Còn lại 72 trường hợp chỉ định MLT vì mổ MLT cũ.

Nguyên nhân ối vỡ sớm luôn chiếm tỉ lệ cao trong chỉ định MLT đặc biệt trên những sản phụ có sẹo cũ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ này là 15,2%. Theo nghiên cứu của Hoàng Xuân Toàn thì chỉ định MLT vì ối vỡ sớm - rỉ ối cũng chiếm tỷ lệ cao là 30,8% [4].

Về thời điểm phẫu thuật lấy thai thì tỉ lệ MLT chủ động chiếm 81,1% còn lại tỉ lệ mổ lấy thai cấp cứu chiếm 18,9%.

Nghiên cứu cho thấy có 27 trường hợp sẹo dính chiếm 15%, bàng quang bị kéo lên cao có 82 trường hợp chiếm 45,6%, đoạn dưới căng mỏng có 37 trường hợp chiếm 20,6%, mạc nối lớn dính vào thành bụng, tử cung có 34 trường hợp chiếm 18,8%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì tình trạng ổ bụng khi MLT gặp nhiều khó khăn hơn so với nghiên cứu của Đào Thanh Kiều có 35 trường hợp sẹo dính chiếm 20,96%, bàng quang bị kéo lên cao có 64 trường hợp chiếm 38,32%, đoạn dưới căng mỏng có 10 trường hợp chiếm 5,99% [1].

Trong nghiên cứu của Wai-Hou Li có 2 trường hợp nghi ngờ vỡ tử cung nhưng khi kiểm tra thì không có vỡ tử cung thực sự [5].

KẾT LUẬN

Tỉ lệ MLT ở sản phụ có MLT cũ trong 2 năm là 99,3%. Tỉ lệ mổ lấy thai 1 lần chiếm 92,2%. Khoảng cách giữa 2 lần mổ lấy thai gần nhất ≤ 24 tháng là 28%. Có 97,3% trẻ sơ sinh có điểm Apgar từ 7 điểm trở lên ở phút thứ nhất; không có trường hợp điểm Apgar dưới 7 điểm ở phút thứ 5 (chiếm 0,0%). Chỉ định MLT ở nhóm có chỉ định MLT tuyệt đối chiếm 34,8%; nhóm chỉ định MLT tương đối chiếm 40,8%; nhóm chỉ định MLT chưa chặt chẽ chiếm 24,4%. Tỉ lệ mổ lấy thai thuộc nhóm chỉ định về phía mẹ chiếm 40,5%; Tỉ lệ mổ lấy thai thuộc nhóm chỉ định về phía thai chiếm 16,2%; Tỉ lệ mổ lấy thai thuộc nhóm chỉ định về phía phần phụ chiếm 18,9%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Thanh Kiều (2014), Nhận xét các chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ có sẹo mổ đẻ cũ tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội trong 06 tháng đầu năm 2013, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội

2. Phạm Bá Nha (2009) Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai tại khoa Sản, bệnh viện Bạch Mai năm 2008. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở. Đại học y Hà Nội, Bộ Y tế
3. Lộc Quốc Phương (2016), Đánh giá cách xử trí sản phụ có sẹo mổ lấy thai ở tuổi thai ≥ 37 tuần tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang, Bản tin Y Dược miền núi Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, số 3, tr 47-54
4. Hoàng Xuân Toàn (2016), Nghiên cứu thái độ xử trí trong chuyển dạ ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai một lần tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương, Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội, 81.
5. Li WH, et al. (2016). "Vaginal birth after cesarean section: 10 years of experience in a tertiary medical center in Taiwan", Taiwan J Obstet Gynecol, 55(3) 394-8.82.
6. Zahumensky J, et al. (2019). "Evaluation of cesarean delivery rates at three university hospital labor units using the Robson classification system", Int J Gynaecol Obstet, 146 (1), 118-125.74.

RESEARCH OF CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSESS INDICATIONS AND RESULTS OF C-SECTION SCAR IN PREGNANT WOMEN WHO HAVE HAD C-SECTION IN LUONG TAI HOSPITAL, BAC NINH PROVINCE

SUMMARY

The prognosis of delivery will be more difficult and complicated for women who have had a cesarean section (CS). **Objective:** Description of clinical, subclinical characteristics and CS scar indication results of women of a previous cesarean section at Luong Tai Hospital, Bac Ninh Province, 2017 - 2018. **Subjects:** 296 pregnant women of the C-section scar in the Department of Obstetrics and Gynecology, Luong Tai Hospital, Bac Ninh. **Method:** cross-sectional description. **Results:** The rate of CS scar in pregnant women of the previous CS accounted for 99.3%. The rate of only one CS accounted for 92.2%. The distance between 2 times of CS ≤ 24 months accounted for 28%. There were 97.3% of infants with Apgar of 7 or above in the first minute. Cases of absolute CS indication accounted for 34.8%. The relative indication of CS accounted for 40.8%. Cases of indefinite CS indication accounted for 24.4%.

Keywords: Caesarean section, cesarean section scar, apgar, absolute cesarean section, relative cesarean section.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ VỚI MỨC ĐỘ THUYỀN GIẢM VÀ TÁI PHÁT Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT THỂ PARANOID

Nguyễn Thị Huyền^{1,2}, Nguyễn Văn Tuấn^{1,3}, Nguyễn Thị Hoa^{1,5,7},
Lê Thị Thu Hà^{1,3}, Nguyễn Quang Ngọc Linh⁶, Nguyễn Mạnh Hùng⁴

¹ Trường Đại học Y Hà Nội; ² Bệnh viện Tâm thần Hà Nội; ³ Viện Sức Khỏe Tâm Thần Quốc Gia, ⁴ Bệnh viện Tâm thần ban ngày Mai Hương, ⁵ Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương; ⁶ Trường Đại học Y Dược Huế; ⁷ Trường Đại học Chari té CHLB Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền

Số điện thoại: 0911078629

Email: huyen041975@gmail.com

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tâm thần phân liệt là một bệnh tâm thần nặng, tiến triển mạn tính, với tỷ lệ tái phát từ 50% đến 92%. Một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tái phát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt là không điều trị duy trì. Mục tiêu của nghiên cứu là khảo sát mối liên quan giữa điều trị duy trì với mức độ thuyền giảm và tái phát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid. **Đối tượng và phương pháp:** 81 bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Có sự liên quan giữa việc có điều trị

duy trì và không điều trị duy trì với mức độ thuyên giảm bệnh ($p < 0,05$). Có sự khác biệt về số lần tái phát và thời gian ổn định bệnh giữa hai nhóm có điều trị duy trì và không điều trị duy trì, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết luận:** Sự điều trị duy trì có ảnh hưởng đáng kể đến mức độ thuyên giảm ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid. Vai trò của sự điều trị duy trì với số lần tái phát và thời gian ổn định bệnh cần được làm sáng tỏ hơn ở những nghiên cứu với quy mô lớn hơn.

Từ khóa: tâm thần phân liệt thể paranoid, điều trị duy trì, mức độ thuyên giảm, tái phát.

RELATIONSHIP BETWEEN MAINTENANCE TREATMENT WITH THE LEVEL OF REMISSION AND RELAPSE IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Summary

Background and objectives: Schizophrenia is a severe, chronic progressive mental illness, with the rate of relapse between 50% and 92%. One of the leading causes of relapses in schizophrenic patients is not maintenance treatment. The aim of the study was to examine the association between maintenance treatment and the level of remission and relapse in patients with paranoid schizophrenia. **Subjects and methods:** 81 inpatients with paranoid schizophrenia from Hanoi Psychiatric Hospital. Research method: cross-sectional description. **Results:** There was a correlation between maintenance or no maintenance treatment and the level of remission ($p < 0,05$). There was a difference in the number of relapses and duration of stabilization between the two groups with maintenance and no maintenance treatment, but not statistically significant ($p > 0,05$). **Conclusions:** Maintenance treatment has a significant effect on the level of remission in patients with paranoid schizophrenia. The role of maintenance treatment with the number of relapses and duration of stabilization needs to be elucidated in larger studies.

Key words: paranoid schizophrenia, maintenance treatment, level of remission, relapse.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh tâm thần nặng, tiến triển mạn tính và hay tái phát, chiếm tỷ lệ từ 0,3-1,5% dân số [3]. Trong các thể của bệnh TTPL, thể paranoid với các triệu chứng dương tính như hoang tưởng và ảo giác chiếm ưu thế trong bệnh cảnh lâm sàng.

Tâm thần phân liệt rất hay tái phát với tỷ lệ từ 50% đến 92%, và tái phát ngay cả khi đang trong quá trình điều trị [5]. Đây là một thách thức lớn vì TTPL tái phát mang lại tác động tiêu cực và gánh nặng rất lớn cho người bệnh, gia đình, cơ quan chăm sóc sức khỏe tâm thần và nền kinh tế đất nước. Theo nghiên cứu của Amond S và cộng sự (2004), chi phí cho người bệnh TTPL tái phát cao gấp bốn lần so với những người bệnh không tái phát [2] và phần lớn là chi phí do phải điều trị nội trú [12].

Tái phát là sự xuất hiện trở lại bệnh TTPL sau một giai đoạn ổn định ở các mức độ khác nhau và tình trạng tái phát có thể quyết định sự tái nhập viện hoặc sự can thiệp cấp tính [8]. Tái phát bao giờ cũng xuất hiện trên nền một giai đoạn thuyên giảm và ổn định nhất định, cho nên bất kỳ một nghiên cứu nào về tái phát cũng không thể tách rời với nghiên cứu quá trình thuyên giảm và ổn định bệnh.

Một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tái phát bệnh TTPL đó là người bệnh không điều trị duy trì hoặc điều trị không đúng theo chỉ dẫn của bác sĩ chuyên khoa. Trong một tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp các nghiên cứu theo chiều dọc về các yếu tố nguy cơ tái phát ở người bệnh TTPL ổn định sau giai đoạn loạn thần đầu tiên, sự không tuân thủ điều trị là yếu tố nguy cơ tái phát lớn nhất, làm tăng nguy cơ tái phát 400% [4]. Theo Kazadi và cộng sự, 63,6% bệnh nhân không tuân thủ điều trị trong đó 80,4% tái phát [5], theo Schennach và cộng sự là 52% [14].

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là: khảo sát mối liên quan giữa điều trị duy trì với mức độ thuyên giảm và tái phát ở bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 81 bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid điều trị nội trú tại Bệnh viện tâm thần Hà Nội, từ tháng 8/2018 đến tháng 8/2019.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán tâm thần phân liệt thể paranoid (F20.0) theo ICD10 [15].

* Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu; bệnh nhân có tổn thương não (chấn thương sọ não, viêm não, tai biến mạch máu não), nghiện chất, tiền sử sa sút trí tuệ, chậm phát triển tâm thần, không biết chữ, khiếm thính hoặc khiếm thị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

- Các bước tiến hành:

+ Bệnh nhân được thu thập thông tin, khám lâm sàng vào thời điểm nhập viện bởi các bác sĩ chuyên khoa tâm thần theo bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn phù hợp với mục tiêu nghiên cứu, đồng thời tham khảo hồ sơ bệnh án của bệnh nhân tại bệnh viện.

+ Phân loại mức độ thuyên giảm theo M. la Xê-rê-xi-ki [6]:

Thuyên giảm loại A: hết cơn, người bệnh hoàn toàn bình phục, không có hiện tượng di chứng nào (khỏi bệnh).

Thuyên giảm loại B: người bệnh hồi phục không hoàn toàn, khả năng làm việc trở lại nhưng bệnh còn để lại dấu vết như biến đổi tính tình dễ mệt mỏi...

Thuyên giảm loại C: người bệnh có thể được ra viện nhưng vẫn còn các biểu hiện di chứng, khả năng lao động giảm sút.

Thuyên giảm loại D: các biểu hiện giảm đi, khả năng chăm sóc người bệnh dễ dàng hơn, khả năng lao động không hồi phục.

O: không đỡ

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đề cương luận văn bác sĩ chuyên khoa II của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua, được sự chấp thuận tự nguyện tham gia của người đại diện pháp lý và đối tượng nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng, không can thiệp điều trị của bác sĩ.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n=81	Tỷ lệ %
Tuổi	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	34,67 $\pm$ 8,29	
Giới	Nữ	28	34,57
	Nam	53	65,43
Nghề nghiệp	Không nghề	63	77,78
	Nông dân	4	4,94
	Cán bộ viên chức	1	1,23
	Nghề tự do	13	16,05
Hôn nhân	Chưa kết hôn	45	55,56
	Lập gia đình	22	27,16
	Ly thân, ly hôn	14	17,28

Tuổi trung bình nhóm đối tượng nghiên cứu là 34,67 tuổi (độ lệch chuẩn = 8,29), nam giới chiếm đa số với 65,43%, số bệnh nhân không có nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất (77,78%), đa số bệnh nhân chưa kết hôn (55,56%).

Bảng 2. Đặc điểm thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh (năm)	n=81	Tỷ lệ %
≤ 5	31	38,27
> 5 – 10	18	22,22
>10	32	39,51
Thời gian mắc bệnh trung bình	9,63 $\pm$ 6,76	

Nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh > 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,51%. Thời gian mắc bệnh trung bình là $9,63 \pm 6,76$ năm

Bảng 3. Đặc điểm số lần nhập viện

Số lần nhập viện	n=81	Tỷ lệ %
≤ 3 lần	39	48,15
> 3 lần	42	51,85
Số lần nhập viện trung bình	$4,72 \pm 2,91$	

Nhóm bệnh nhân nhập viện hơn 3 lần chiếm đa số với 51,85%. Số lần nhập viện trung bình là $4,72 \pm 2,91$ lần.

Bảng 4. Mối liên quan giữa điều trị duy trì và mức độ thuyên giảm bệnh TTPL thể Paranoid.

Điều trị duy trì	Mức độ thuyên giảm						p
	Loại B		Loại C		Loại D		
	n	%	n	%	N	%	
Không	0	0	10	22,22	5	55,56	0,001
Có	27	100	35	77,78	4	44,44	
Tổng	27	100	45	100	9	100	

Không có bệnh nhân nào có mức độ thuyên giảm loại A (khỏi bệnh hoàn toàn). Tỷ lệ các mức độ thuyên giảm của hai nhóm có điều trị duy trì và không điều trị duy trì có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa điều trị duy trì với số lần tái phát và thời gian ổn định bệnh.

Điều trị duy trì	Có n = 66	Không n = 15	p
Số lần tái phát (lần)	$4,68 \pm 3,70$	$4,87 \pm 2,84$	0,83
Thời gian ổn định bệnh (tháng)	$20,29 \pm 25,12$	$15,60 \pm 18,82$	0,49

Số lần tái phát ở nhóm bệnh nhân không điều trị duy trì ($4,87 \pm 2,84$) cao hơn ở nhóm bệnh nhân có điều trị duy trì ($4,68 \pm 3,70$). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Thời gian ổn định bệnh ở nhóm bệnh nhân không điều trị duy trì ($15,60 \pm 18,82$) ngắn hơn ở nhóm bệnh nhân có điều trị duy trì ($20,29 \pm 25,12$). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 81 bệnh nhân tâm thần phân liệt thể paranoid điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Hà Nội với độ tuổi trung bình $34,67 \pm 8,29$, nam giới chiếm đa số với 65,43%, số bệnh nhân không có nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất (77,78%), đa số bệnh nhân chưa kết hôn (55,56%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh > 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,51%, thời gian mắc bệnh trung bình là $9,63 \pm 6,76$ năm (bảng 2). Trong đó, số bệnh nhân nhập viện hơn 3 lần chiếm đa số với 51,85%, số lần nhập viện trung bình là $4,72 \pm 2,91$ lần (bảng 3). Nghiên cứu của Weifeng Mi trên 1400 bệnh nhân TTPL thì thấy rằng thời gian mắc bệnh trung bình là $8,36 \pm 9,23$, trong đó trên 5 năm chiếm 46,85% và số lần nhập viện trung bình là $2,22 \pm 4,14$ [10]. Theo nghiên cứu của Irshad Ahmad gồm 60 bệnh nhân TTPL, thời gian mắc bệnh trung bình là $8,83 \pm 5,39$, với 55% bệnh nhân có số lần nhập viện lớn hơn 3 lần [1]. Theo Ohmori T và cộng sự (1999) nghiên cứu hồi cứu ở 50 người bệnh TTPL thể hoang tưởng điều trị ngoại trú 15 năm trở lên kể từ các đợt loạn thần đầu tiên cho kết quả tỷ lệ tái phát trong vòng 2, 5, 10, 15 năm kể từ khi thuyên giảm giai đoạn loạn thần đầu tiên lần lượt là 52, 60, 86 và 90% [11].

Theo kết quả bảng 4, không có bệnh nhân khỏi bệnh hoàn toàn, có sự liên quan giữa việc điều trị duy trì và không điều trị duy trì với mức độ thuyên giảm bệnh ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu của Mao – Sheng Ran và cộng sự, sự thuyên giảm hoàn toàn ở những bệnh nhân được điều trị là 34,1% cao hơn đáng kể so với nhóm không được điều trị là 16,4% trong thời gian theo dõi 14 năm. Cũng theo kết quả nghiên cứu này những người bệnh không được điều trị có các triệu chứng loạn thần nặng nề hơn và kéo dài hơn so với nhóm được điều trị [13]. Như vậy, việc can thiệp sớm và tuân thủ điều trị

là các yếu tố quan trọng đồng thời đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện sự thuyên giảm và kết quả lâu dài của bệnh nhân TTPL.

Kết quả từ bảng 5 cho thấy có sự khác biệt về số lần tái phát và thời gian ổn định bệnh giữa hai nhóm có điều trị duy trì và không điều trị duy trì ở bệnh nhân TTPL thể paranoid, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn, nên cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khảo sát ảnh hưởng của việc điều trị duy trì với tái phát ở bệnh nhân TTPL paranoid.

Theo Kissling W, mặc dù vẫn đang điều trị duy trì bằng thuốc chống loạn thần nhưng khoảng 50% người bệnh TTPL vẫn bị tái phát trong năm đầu tiên sau đợt loạn thần gần nhất, 75% người bệnh TTPL tái phát do không tuân thủ điều trị [7]. Nghiên cứu của Melcer P và cộng sự (2002) về các yếu tố liên quan đến tái phát trong bệnh TTPL, kết quả cho thấy yếu tố không tuân thủ điều trị được lý giải nhiều nhất với 51,7% [9].

V. KẾT LUẬN

Sự điều trị duy trì có ảnh hưởng đáng kể đến mức độ thuyên giảm ở bệnh nhân TTPL paranoid, với tỷ lệ các mức độ thuyên giảm giữa 2 nhóm có điều trị duy trì và không điều trị duy trì khác nhau có ý nghĩa thống kê. Mặc dù có sự khác biệt về số lần tái phát và thời gian ổn định bệnh giữa 2 nhóm có điều trị duy trì và không điều trị duy trì, tuy nhiên vai trò của sự điều trị duy trì với tái phát ở bệnh nhân TTPL paranoid cần được làm sáng tỏ hơn ở những nghiên cứu với quy mô lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmad I., Khalily M.T., et al (2016).** Factors associated with psychotic relapse in patients with schizophrenia in a Pakistani cohort. *Int J Ment Health Nurs*, 26(4), 384-390.
2. **Almond S., Knapp M., et al (2004).** Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *Br J Psychiatry*, 184, 346-351.
3. **Bộ môn tâm thần và tâm lý y học (2005).** Tâm thần phân liệt. Giáo trình giảng dạy sau đại học. Học viện quân y, 177-214.
4. **Correll C.U., Rubio J.M., et al (2018).** What is the risk-benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia?. *World Psychiatry*, 17(2), 149-160.
5. **Kazadi N.J.B., Moosa M.Y.H., et al (2008).** Factors associated with relapse in schizophrenia. *South African Journal of Psychiatry*, 14(2), 7.
6. **Kecbicop O.V et al (1980).** Bệnh tâm thần phân liệt. Tâm thần học. Bản dịch của Phạm Văn Đoàn và Nguyễn Văn Siêm, "Mir" - Matxcova, 242-288.
7. **Kissling W. (1991).** The current unsatisfactory state of relapse prevention in schizophrenic psychoses--suggestions for improvement. *Clin Neuropharmacol*, 14 Suppl 2, S33-44.
8. **Lader M. (1998).** Pharmacological prevention of relapse. *Kaohsiung J Med Sci*, 14(7), 448-457.
9. **Melcer P., Rabe-Jabłońska J. (2002).** The analysis of factors prior to positive symptoms relapse in schizophrenia. *Psychiatr Pol*, 36(6 Suppl), 271-281.
10. **Mi W., Zhang S., et al (2017).** Prevalence and risk factors of agitation in newly hospitalized schizophrenia patients in China: An observational survey. *Psychiatry Research*, 253, 401-406.
11. **Ohmori T., Ito K., et al (1999).** Psychotic relapse and maintenance therapy in paranoid schizophrenia: a 15 year follow up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249(2), 73-78.

KIẾN THỨC – THÁI ĐỘ - THỰC HÀNH CỦA CÔ GIÁO MẦM NON VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG TẠI HUYỆN ĐẠI TỪ TỈNH THÁI NGUYÊN

Bùi Duy Hưng¹, Nguyễn Minh Tuấn¹, Hạc Văn Vinh²
Trường Cao Đẳng Y Tế Thái Nguyên
Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của giáo viên mầm non về phòng chống bệnh tay chân miệng tại 4 xã thuộc huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang. Phương pháp chọn mẫu toàn bộ được áp dụng để lựa chọn 120 giáo viên các trường mầm non trên địa bàn nghiên cứu.

Kết quả: Có 35% đối tượng nghiên cứu có kiến thức tốt; cô giáo mầm non có thái độ tốt về bệnh TCM chiếm 32,5%; Có 22,5% cô giáo mầm non có thực hành tốt về bệnh TCM.

Kết luận: Kiến thức- thái độ- Thực hành của cô giáo mầm non về phòng chống bệnh TCM còn hạn chế. Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh tay chân miệng tại tuyến xã là cần thiết trong phòng chống bệnh TCM.

Từ khóa: Cô giáo mầm non; Phòng chống; Bệnh TCM

KNOWLEDGE – ATTITUDE – PRACTICE OF KINDERGARTEN TEACHER ON HAND – FOOT – MOUTH DISEASE PREVENTION IN DAITU DISTRICT, THAI NGUYEN PROVINCE

Keywords: Kindergarten teacher; Prevention; Hand – foot – Mouth disease **Author**

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to evaluate knowledge, attitude and practice of kindergarten teacher on hand – foot – mouth disease prevention in Daitu district.

Methods: The cross-sectional study design was applied in this study. All of the kindergarten teachers in Daitu district were recruited in this study.

Kết quả: There were 35% of participants had good level of knowledge, 32,5% had good level of attitude, 22,5% had good level of practice in Hand – foot – Mouth disease prevention.

Conclusions: The level of knowledge, attitude and practice of kindergarten teacher in Hand – foot – Mouth disease prevention were still limited. Health educations for enhancing level of knowledge, attitude and practice in Hand – foot – Mouth disease prevention are needed.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng là một bệnh truyền nhiễm 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 có thể dẫn đến các biến chứng của hệ thần kinh hoặc tim – phổi gây ra các di chứng dài hạn cho bệnh nhi và có thể dẫn đến tử vong. Bệnh 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 [7]. 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. Tại Thái Nguyên bệnh tay chân miệng xuất hiện từ năm 2011 với 236 ca mắc được giám sát, bệnh nhanh chóng lây lan ra cộng đồng, năm 2012 trên địa bàn tỉnh ghi nhận 647 ca lâm sàng. 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.

Nhằm phòng tránh và kiểm soát sự bùng phát của bệnh tay chân miệng có hiệu quả, người chăm sóc trẻ tại trường mầm non đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc thực hiện các hành vi sức khỏe để phòng tránh bệnh tay chân miệng. Tuy nhiên, các nghiên cứu thực hiện trước đó cho thấy, kiến thức, thái độ, thực hành của người chăm sóc trẻ trong phòng tránh bệnh tay chân miệng còn hạn chế [1], [2].

Mặc dù kiến thức, thái độ, thực hành của người chăm sóc trẻ như cô giáo mầm non tại các trường mầm non trong phòng tránh bệnh tay chân miệng đóng vai trò rất quan trọng trong công tác dự phòng sự bùng phát của bệnh dịch tay chân miệng, tuy nhiên những nghiên cứu về vấn đề này tại địa bàn tỉnh Thái Nguyên nói chung và địa bàn huyện Đại Từ (huyện có tỷ lệ mắc cao nhất) nói riêng còn hạn chế. Nhận thức được điều đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu **“Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành của giáo viên mầm non về phòng chống bệnh tay chân miệng tại 4 xã thuộc huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2016”**

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Giáo viên làm việc tại các trường mầm non có tham gia chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu: Huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên, là huyện thuộc địa bàn miền núi, có tỷ lệ mắc bệnh TCM khá cao trong số 9 huyện/thành của tỉnh Thái Nguyên.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: Tháng 8/2016 - 12/2016

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ giáo viên chính thức và giáo viên kiêm nhiệm công tác ở trường mầm non tại 4 xã nghiên cứu.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích tất cả đối tượng nghiên cứu tại 4 xã thuộc huyện Đại Từ tỉnh Thái Nguyên

2.4. Bộ công cụ trong nghiên cứu

Bộ câu hỏi đánh giá KAP của người tham gia nghiên cứu được xây dựng bởi nghiên cứu viên. Bộ công cụ có tổng số 30 câu hỏi (10 câu hỏi đánh giá kiến thức; 10 câu hỏi đánh giá thái độ và 10 câu hỏi đánh giá thực hành).

Các câu hỏi/chỉ tiêu được lượng hóa bằng cách cho điểm (đúng 1 điểm, sai hoặc không có ý kiến 0 điểm). Tiếp theo tính tổng điểm cho từng biến: kiến thức, thái độ, thực hành. Sau đó phân loại theo 3 mức: $\geq 80\%$ (8 - 10 điểm): Tốt; $60 - < 80\%$ (6 - 7 điểm): Mức độ trung bình; $< 60\%$ (< 6 điểm): Mức độ kém

2.5. Phương pháp thu thập thông tin: Phỏng vấn trực tiếp người tham gia nghiên cứu về bệnh TCM dựa trên bộ câu hỏi đã được chuẩn bị.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu trong nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 19.0.

3. KẾT QUẢ**Đánh giá KAP đối tượng nghiên cứu về bệnh tay chân miệng****Bảng 3.1. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về bệnh TCM (n = 120)**

Kiến thức của đối tượng nghiên cứu	Đúng		Không đúng	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Tác nhân gây bệnh TCM	62	51,7	58	48,3
Nguồn lây bệnh TCM	71	59,2	49	40,8
Đường truyền bệnh TCM	41	34,2	79	65,8
Phương thức lây truyền bệnh TCM	25	20,8	95	79,2
Nơi có nguy cơ cao mắc bệnh TCM	43	35,8	77	64,2
Lứa tuổi dễ mắc bệnh TCM	78	65,0	42	35,0
Biểu hiện của bệnh TCM	52	43,3	68	56,7
Biến chứng của bệnh TCM	34	28,3	86	71,7
Vắc xin phòng bệnh TCM	48	40,0	72	60,0
Biện pháp vệ sinh để phòng bệnh TCM	85	70,8	35	29,2

Nhận xét: Đối tượng đã có kiến thức đúng tương đối cao về nguồn lây bệnh TCM (59,2%), lứa tuổi dễ mắc bệnh TCM (65%) và đặc biệt là biện pháp vệ sinh phòng bệnh TCM chiếm (70,8%). Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ khá cao chưa đúng về bệnh TCM như đường truyền nhiễm (65,8%), phương thức lây truyền (79,2%), nơi có nguy cơ cao mắc bệnh (64,2%), biểu hiện của bệnh (56,7%), biến chứng của bệnh (71,7%) và vắc xin phòng bệnh (60%).

Bảng 3.2. Thái độ của đối tượng nghiên cứu về bệnh TCM (n=120)

Thái độ của đối tượng nghiên cứu về	Đồng ý		Không đồng ý	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Bệnh tay chân miệng là một bệnh có thể gây nguy hiểm đến tính mạng của trẻ em	70	58,3	50	41,7

việc rửa tay bằng xà phòng là biện pháp có hiệu quả để phòng chống bệnh TCM	88	73,3	32	26,7
việc thường xuyên sử dụng dung dịch khử khuẩn để ngâm rửa đồ chơi của trẻ là cần thiết	80	66,7	40	33,3
Thường xuyên sử dụng dung dịch khử khuẩn để lau sàn nhà và các vật dụng trong nhà là cần thiết	86	71,7	34	28,3
Không nên đưa trẻ đến trường học khi đang bị bệnh	90	75	30	25
việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời là cần thiết để phòng biến chứng của bệnh TCM	79	65,8	41	34,2
Không nên điều trị TCM bằng thuốc nam	49	40,8	71	59,2
Đưa trẻ đến cơ sở y tế khi có biểu hiện nghi ngờ bệnh TCM	92	76,7	28	23,3
Tiêm phòng vaccin phòng bệnh tay chân miệng cho trẻ nếu có vaccin	74	61,7	46	38,3
Sự tham gia của cộng đồng là cần thiết để phòng chống bệnh TCM	101	84,2	9	15,8

Nhận xét: hầu hết những đối tượng tham gia phỏng vấn đều có thái độ đúng (đồng ý) về bệnh tay chân miệng. Đặc biệt là thái độ đúng về sự tham gia của cộng đồng chiếm tỷ lệ (84,2%); riêng thái độ cho rằng nên điều trị bệnh tay chân miệng bằng thuốc nam còn chiếm tỷ lệ khá cao (59,2%).

Bảng 3.3. Thực hành đối tượng nghiên cứu về bệnh TCM (n = 120)

Thực hành của đối tượng nghiên cứu về	Có/Đúng		Không/ Không đúng	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Thường xuyên rửa tay của người chăm sóc trẻ bằng xà phòng	47	39,2	73	60,8
Thường xuyên rửa tay cho trẻ và hướng dẫn trẻ tự rửa tay bằng xà phòng	47	39,2	73	60,8
Thường xuyên vệ sinh vật dụng ăn uống bằng cách tráng nước sôi	68	56,7	52	43,3
Không mớm thức ăn cho trẻ	92	76,7	28	23,3
Ngăn không cho trẻ mút tay, ngậm đồ chơi	81	67,5	39	32,5
Thường xuyên rửa đồ chơi của trẻ bằng xà phòng ít nhất 1 tuần 1 lần	59	49,2	61	50,8
Thường xuyên vệ sinh nhà cửa, đồ dùng sinh hoạt bằng các chất tẩy rửa thông thường 1-2 lần/tuần	84	70,0	36	30,0
Xử lý phân của trẻ đúng	85	70,8	35	29,2
Cách ly với trẻ đang bị bệnh TCM	78	65,0	42	35,0
Khuyến bố mẹ đưa trẻ đi khám và điều trị khi nghi ngờ có dấu hiệu bệnh TCM	85	70,8	35	29,2

Nhận xét: một số yêu cầu thực hành phòng tránh bệnh TCM chưa được thực hiện đúng như thường xuyên rửa tay bằng xà phòng của người chăm sóc và rửa tay cho trẻ bằng xà phòng đều chiếm tỷ lệ (60,8%), vẫn còn 50,8% đối tượng nghiên cứu không thường xuyên ngâm rửa đồ chơi của trẻ bằng xà phòng ít nhất 1 tuần 1 lần.

Bảng 3.4. Đánh giá chung KAP của đối tượng nghiên cứu về bệnh TCM

KAP		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kiến thức	Tốt	42	35,0
	Trung bình	59	49,2
	Kém	19	15,8
Thái độ	Tốt	39	32,5
	Trung bình	69	57,5
	Kém	12	10
Thực hành	Tốt	27	22,5
	Trung bình	71	59,2
	Kém	22	18,3
Tổng		120	100,0

Nhận xét: Kiến thức, thái độ, thực hành của đối tượng nghiên cứu về bệnh tay chân miệng ở mức trung bình. Có 35% đối tượng nghiên cứu có kiến thức tốt, 22,5% thực hành tốt và 32,5% thái độ tốt.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về bệnh tay chân miệng

Kết quả khảo sát người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại các trường mầm non trên địa bàn 4 xã được chọn tại huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên năm 2016 cho thấy: tỷ lệ người chăm sóc có kiến thức chung tốt về bệnh TCM chiếm 35%; trong khi đó tỷ lệ người chăm sóc có kiến thức chung về bệnh ở mức kém chiếm 15,8%. Phần lớn các người chăm sóc có kiến thức không đúng phương thức lây truyền và biến chứng của bệnh TCM với tỷ lệ lần lượt 79,2% và 71,7%. Tỷ lệ kiến thức đúng cao nhất là biện pháp vệ sinh phòng bệnh (70,8%), tiếp theo là lứa tuổi dễ mắc bệnh (65%). Khi so sánh với nghiên cứu của Aiewtrakun và cộng sự năm 2016 chúng tôi thu được kết quả tương tự. Kết quả nghiên cứu của Aiewtrakun và cộng sự cho thấy tỷ lệ người chăm sóc có kiến thức chung đúng về các biện pháp phòng bệnh chiếm 39,8% [4]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Kim Ánh và cộng sự năm 2013 trong đó có 14,1% giáo viên có kiến thức đạt về dịch tễ của bệnh, 10% giáo viên có kiến thức đạt về đường lây của bệnh, tỷ lệ giáo viên có kiến thức đạt về biện pháp phòng ngừa còn thấp [1]. Nghiên cứu của Yang và cộng sự năm 2010 trên đối tượng cô giáo mầm non cũng cho thấy giáo viên mầm non có kiến thức đúng về bệnh TCM chiếm tỷ lệ thấp. Cụ thể, 26% cô giáo mầm non có kiến thức đúng về triệu chứng thông thường và trầm trọng của bệnh TCM [6]. Chúng tôi cho rằng, sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trước đó là do thời điểm nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện vào năm 2016, sau khi tỉnh Thái Nguyên đã trải qua đỉnh dịch bệnh TCM vào năm 2012 [3]. Đặc biệt người chăm sóc trẻ tại các trường mầm non trên địa bàn tỉnh luôn được quan tâm và là một trong những đối tượng được tập trung tuyên truyền. Do đó, kết quả này có thể được giải thích theo quan điểm trên.

Mặc dù có thể phù hợp hay khác biệt đôi chút so với nghiên cứu khác nhưng tất cả các nghiên cứu nói trên (bao gồm cả nghiên cứu của chúng tôi) cho thấy vẫn còn những khoảng trống về kiến thức phòng chống bệnh TCM ở những chăm sóc trẻ. Điều này cho thấy việc tuyên truyền nhằm nâng cao kiến thức cho đối tượng

4.2. Thái độ của đối tượng nghiên cứu về bệnh tay chân miệng

Tỷ lệ người tham gia nghiên cứu có thái độ tốt chiếm 32,5%; tỷ lệ người tham gia nghiên cứu thái độ trung bình và kém chiếm lần lượt 57,5% và 10%. Đây là yếu tố thuận lợi cho việc thực hành phòng chống bệnh TCM cho trẻ em dưới 5 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với

nghiên cứu được thực hiện trước đó. Nghiên cứu của tác giả Ruttiya và cộng sự (2013) về KAP dự phòng bệnh TCM ở người chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi ở Bangkok cho kết quả: tỷ lệ người chăm sóc trẻ có thái độ trung bình là 68,2% và thái độ tốt là 31,8% [8]. Nghiên cứu của Lê Thị Kim Ánh và cộng sự năm 2013 cho thấy đa số giáo mầm non có thái độ phù hợp đối với bệnh TCM [1]. Nghiên cứu về kiến thức, thái độ đối với bệnh do EV71 gây ra tại Đài Loan (2010) trên 690 ông bố/bà mẹ và 104 cô giáo ở nhà trẻ mầm non cho thấy: tỷ lệ cô giáo và ông bố/bà mẹ đồng ý rằng trẻ nên ở nhà khi mắc EV71 là 91,3% và 72,2%; tỷ lệ cô giáo và ông bố/bà mẹ cho rằng mắc EV71 là rất nguy hiểm chiếm 68% và 82% [6]. Kết quả nghiên cứu của Abu Zarin và cộng sự năm tại Malaysia cho thấy 52,2% người chăm sóc trực tiếp trẻ mắc bệnh TCM có thái độ chung đúng về chăm sóc trẻ [8].

Trong nghiên cứu này phần lớn đối tượng nghiên cứu có thái độ về bệnh TCM ở mức độ trung bình và tốt, chỉ có 10% có thái độ kém. Kết quả có thể được giải thích do thời điểm nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện vào năm 2016, sau khi tỉnh Thái Nguyên đã trải qua đỉnh dịch bệnh TCM vào năm 2012 [3]. Đặc biệt người chăm sóc trẻ tại các trường mầm non trên địa bàn tỉnh luôn được quan tâm và là một trong những đối tượng được tập trung tuyên truyền. Do đó, kết quả này có thể được giải thích theo quan điểm trên.

Thái độ là một trong những thành phần quan trọng của hành vi phòng chống bệnh TCM. Việc có thái độ tốt sẽ ảnh hưởng không nhỏ đến việc thực hiện các hoạt động phòng chống dịch TCM cũng như công tác truyền thông phòng chống dịch TCM cho các bà mẹ có con dưới 5 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc cần thiết duy trì công tác tuyên truyền và giáo dục sức khỏe cho đối tượng người chăm sóc trẻ trực tiếp tại trường mầm non nhằm cải thiện và nâng cao thái độ của họ đối với nhận thức về mức độ nguy hiểm của bệnh cũng như thay đổi tư duy về việc sử dụng thuốc nam trong điều trị bệnh TCM.

4.3. Thực hành của đối tượng nghiên cứu về bệnh tay chân miệng

Thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng ở giáo viên mầm non là một trong những yếu tố cực kỳ quan trọng để phòng chống sự lây lan của dịch bệnh này ở trẻ em, nhằm giảm những ảnh hưởng về kinh tế, xã hội và sức khỏe do bệnh TCM gây nên. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 22,5% người tham gia nghiên cứu thực hành tốt về bệnh TCM; tỷ lệ người tham gia nghiên cứu thực hành ở mức độ trung bình và kém đối với bệnh TCM (59,2% và 18,3%; theo thứ tự).

Đồng thời kết quả bảng 3.8 cũng cho thấy những biện pháp thực hành đơn giản phòng chống bệnh TCM cho trẻ em dưới 5 tuổi còn nhiều hạn chế như thực hành đúng về rửa tay của người chăm sóc trẻ chỉ đạt 39,2%; việc thực hành cho trẻ rửa tay bằng xà phòng và hướng dẫn trẻ rửa tay bằng xà phòng cũng chỉ đạt 39,2%; việc ngâm rửa đồ chơi của trẻ bằng xà phòng ít nhất 1 lần/1 tuần đạt 49,2%. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người tham gia nghiên cứu thực hành đưa không mớm thức ăn cho trẻ chiếm cao với 76,7%. Điều này cho thấy còn nhiều bất cập trong kết quả của công tác tuyên truyền phòng chống bệnh TCM và cũng là một khoảng trống rất lớn cần có sự tác động của truyền thông giáo dục sức khỏe đối với bệnh TCM. Đối tượng nghiên cứu là người chăm sóc trực tiếp tại các trường mầm non tuy nhiên việc thực hành rửa tay của người chăm sóc cũng như hướng dẫn trẻ rửa tay còn hạn chế điều này cho thấy cần đẩy mạnh hơn nữa việc giám sát và tuyên truyền nhằm cải thiện vấn đề này, đặc biệt đây là hành vi sức khỏe tuy đơn giản nhưng đem lại hiệu quả cao trong phòng bệnh TCM.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Kim Ánh và cộng sự năm 2013 trên đối tượng cô giáo mầm non. Nghiên cứu của Lê Thị Kim Ánh cho thấy việc thực hành rửa tay cho bản thân và rửa đồ chơi cho trẻ chiếm tỷ lệ thấp [1]. Kết quả nghiên cứu của Abu Zarin và cộng sự năm tại Malaysia cho thấy 55,8% người chăm sóc trực tiếp trẻ mắc bệnh TCM thực hành tốt các hành vi dự phòng cũng như chăm sóc trẻ [12].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của Bộ Y tế về việc thực hiện các hành vi vệ sinh cá nhân, vệ sinh cho trẻ của các người chăm sóc trẻ chuyển biến chậm, đặc biệt đối với vùng trung du, miền núi [2]. Mặc dù sự xuất hiện, bùng phát và cách xử trí bệnh tay chân miệng phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: mùa, thời tiết, thời gian trong năm hay khoảng cách địa lý; nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi về KAP của người chăm sóc trực tiếp trẻ dưới 5 tuổi đối với việc phòng chống bệnh TCM cũng giống như những nghiên cứu khác cho thấy sự cần thiết phải có những

tác động/can thiệp mới mục tiêu thay đổi KAP cho người chăm sóc trẻ trong việc phòng chống sự xuất hiện và lây lan của bệnh TCM.

KẾT LUẬN

Có 35% đối tượng nghiên cứu có kiến thức tốt; Người tham gia nghiên cứu có thái độ tốt về bệnh TCM chiếm 32,5%; Có 22,5% người chăm sóc có thực hành tốt về bệnh TCM.

KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh tay chân miệng tại tuyến xã, đồng thời cung cấp các tài liệu truyền thông phòng chống tay chân miệng cho người dân, tập trung truyền thông vào các hành vi dự phòng lây nhiễm bệnh tay chân miệng. Đối tượng truyền thông chủ yếu là giáo viên công tác tại các trường mầm non

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Kim Ánh, Đỗ Thị Thùy Chi, Lưu Thị Hồng (2013) "Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh tay chân miệng của giáo viên ở các trường mầm non tại huyện Lương Sơn, Hòa Bình, năm 2013". Tạp chí Y tế công cộng, 31, 29 - 34.
2. Bộ Y tế- Cục Y tế dự phòng (2013) Báo cáo tình hình bệnh tay chân miệng ở Việt Nam, Hà Nội
3. 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
4. akrapong Aiewtrakun, Wichayane Chotivanich, Phunnathida Mungwatthana, Wanlayanee Nuangpho, Saranya Thitisuriyarax, Sarawuth Suwan, Wassamon Phattarapongdilok, Amornrat Ratanasiri, Pope Kosalaraksa, Amorn Premgamone (2012) "Knowledge and Practice in Prevention and Control of Hand, Foot and Mouth Diseases in Child Care Centers in Khon Kaen Municipality". Srinagarind Med J, 27 (3), 250 - 257.
5. Ruttiya Charoenchokpanit¹, Tepanata Pumpaibool (2013) "Knowledge attitude and preventive behaviors towards hand foot and mouth disease among caregivers of children under five years old in Bangkok, Thailand". J Health Res, 27 (5), 281 - 286.
6. S. C. Yang, C. Y. Fee, C. F. Su, H. C. Lee, T. Y. Yin, Y. H. Chang, C. Y. Chen, J. L. Wang (2010) "Knowledge about and attitude toward enterovirus 71 infections: a survey of parents and teachers at kindergartens in Taiwan". Am J Infect Control, 38 (4), e21-4.
7. Yong Zhang, Xiao-Juan Tan, Hai-YanWang, Dong-Mei Yan, Shuang-Li Zhu, Dong-YanWang, Feng Ji, Xian-JunWang, Yong-Jun Gao, Li Chen, Hong-Qiu An, De-Xin Li, Shi-WenWang, Ai-Qiang Xu, Zi-JunWang, Wen-Bo Xu (2009) "An outbreak of hand, foot, and mouth disease associated with subgenotype C4 of human enterovirus 71 in Shandong, China". Journal of Clinical Virology 44, 262-267.
8. Abu Zarin bin Zahari, Yoganantham, Kodiesarn;, Thian Ping Teh; Jie Xi Tee;, Sumayyah binti Hashim (2012) An interventional study on the knowledge, attitude and practice on hand, foot and mouth disease among the parents or caregivers of children aged 10 and below at Nanga Sekauu resettlement scheme from 26th March to 10th June 2012, Faculty of Medicine and Health Sciences., Universiti Malaysia Sarawak.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VỀ BỆNH VÀ HIỆU QUẢ CỦA VIỆC GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO CÁC BÀ MẸ CÓ CON BỊ TIÊU CHẢY KÉO DÀI TẠI KHOA TIÊU HÓA BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Yến ¹, Bùi Thị Ngọc Ánh ², Nguyễn Thị Việt Hà ^{1,2}

1. Đại học Y Hà Nội
2. Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức về bệnh và nhận xét sự thay đổi kiến thức của các bà mẹ có con bị tiêu chảy kéo dài tại khoa Tiêu hóa bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 178 bà mẹ có con từ 6 tháng đến 24 tháng bị tiêu chảy

kéo dài. Kết quả: So với trước tư vấn, sau giáo dục sức khỏe tỷ lệ các bà mẹ hiểu đúng về bệnh tiêu chảy kéo dài tăng từ 36,5% lên 94,4%, $p < 0,01$. Tỷ lệ bà mẹ tự điều trị giảm từ 70,2% xuống 1,7%, $p < 0,01$. Bổ sung ORS khi bị tiêu chảy tăng từ 65,7% lên 98,3%, $p < 0,01$. Pha ORS đúng cách tăng từ 64,9% lên 95,5%, $p < 0,05$, Cho uống ORS đúng cách tăng từ 37,6% lên 69,1%, $p < 0,01$. Sử dụng dung dịch thay thế khi không có ORS tăng từ 50% lên 93,3%, $p < 0,01$. Cho trẻ ăn kiêng khem khi tiêu chảy giảm từ 51,1% xuống còn 2,2%, $p < 0,01$. Ăn giảm đường lactose, giảm tinh bột tăng từ 29,2% lên 94,4%. Nhận biết tổn thương da và chăm sóc đúng tăng lần lượt từ 88,8%; 66,9% lên 100% và 91,0%, $p < 0,01$. Kết luận: Cung cấp đầy đủ kiến thức cho bà mẹ về cách nhận định các dấu hiệu của bệnh tiêu chảy kéo dài, dùng thuốc theo đơn kê, pha và sử dụng oresol đúng cách, dinh dưỡng hợp lý cũng như vệ sinh sạch sẽ là biện pháp tốt nhằm nâng cao kiến thức và thực hành của người mẹ trong chăm sóc trẻ mắc tiêu chảy tại cộng đồng.

Từ khóa: Tiêu chảy kéo dài, trẻ em, bà mẹ, kiến thức, giáo dục sức khỏe

SUMMARY

To evaluate the awareness of the disease and the effect of health education on mother's care children prolonged diarrhea at the Gastroenterology Department of the national hospital of Pediatrics

Objectives: To evaluate the awareness of the disease and the change in mothers's knowledge about prolonged diarrhea at the of Gastroenterology Department, the national hospital of Paediatrics.

Materials and methods: A prospective, cross-sectional study, 178 mothers who had a children between 6 months and 24 months with prolonged diarrhea. Results: Compared to before counseling, the percentage of mothers who correctly understood the prolonged diarrhea increased from 36.5% to 94.4%, $p < 0.01$ after health education. The rate of self-treated mothers decreased from 70.2% to 1.7%, $p < 0.01$. ORS supplementation with diarrhea increased from 65.7% to 98.3%, $p < 0.01$. The correct ORS phase increased from 64.9% to 95.5%, $p < 0.05$, giving the correct ORS increased from 37.6% to 69.1%, $p < 0.01$. Use of alternative solution without ORS increased from 50% to 93.3%, $p < 0.01$. Infant diets with diarrhea decreased from 51.1% to 2.2%, $p < 0.01$. Lactose and starch reduction increased from 29.2% to 94.4%. Recognizing skin damage and proper care increased by 88.8%; 66.9% to 100% and 91.0%, $p < 0.01$. Conclusion: Provide mothers with sufficient knowledge on how to identify signs of prolonged diarrhea, take prescription drugs, prepare and use oresol properly, provide proper nutrition and protection. Good hygiene is a good way to improve the mother's knowledge and practice in caring for children with diarrhea in the community.

Key words: prolonged diarrhea, children, mothers, knowledge, health education

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêu chảy là bệnh có tỷ lệ mắc và tử vong cao đứng hàng thứ 2 sau nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), hàng năm trên thế giới có khoảng 2,5 tỷ lượt trẻ em dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy và 1,5 triệu trẻ chết vì bệnh này trong 1 năm trong đó 80% trường hợp xảy ra ở trẻ dưới 2 tuổi [1]. Khoảng 3- 20% những đợt tiêu chảy cấp ở trẻ dưới 5 tuổi trở thành tiêu chảy kéo dài [2]. Nguyên nhân chính gây tử vong khi trẻ bị TCKD là mất nước, điện giải, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch. Tổ chức Y tế thế giới ghi nhận thấy quản lý, chăm sóc và điều trị tốt trẻ bị tiêu chảy tại nhà có thể cứu sống khoảng 1,8 triệu trẻ em mỗi năm trong đó sự hiểu biết và kỹ năng của người mẹ hoặc những người trực tiếp chăm sóc trẻ đóng vai trò quan trọng [3, 4]. Theo kết quả từ một số nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy kiến thức của cha mẹ trong việc chăm sóc trẻ bị tiêu chảy còn hạn chế, tỷ lệ SDD tuy đã giảm nhưng vẫn còn cao, lạm dụng kháng sinh, thuốc cầm tiêu chảy, chế độ ăn kiêng khem không hợp lý có thể là yếu tố nguy cơ làm cho tiêu chảy có xu hướng kéo dài hơn [3, 5].

Xuất phát từ vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kiến thức về bệnh và nhận xét sự thay đổi kiến thức của các bà mẹ có con bị tiêu chảy kéo dài tại khoa Tiêu hóa bệnh viện Nhi Trung ương sau tư vấn giáo dục sức khỏe.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

178 bà mẹ có con từ 6 tháng đến 24 tháng tuổi bị tiêu chảy kéo dài nằm điều trị tại Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Nhi Trung ương đồng ý tham gia vào nghiên cứu từ 01/10/2018 – 31/05/2019.

-Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán TCKD có các tiêu chuẩn sau: (1) Trẻ từ 6 tháng đến 24 tháng tuổi, (2) tiêu chảy phân lỏng hoặc tóe nước lẫn nhầy hoặc máu ≥ 3 lần trong 1 ngày và thời gian mắc tiêu chảy kéo dài ≥ 14 ngày. (3) có sự đồng ý tham gia nghiên cứu của bố mẹ hoặc người chăm sóc trẻ, khỏe mạnh, hiểu nội dung câu hỏi phỏng vấn.

-Tiêu chuẩn loại trừ: (1) những bệnh nhân biểu hiện tiêu chảy ≤ 14 ngày, (2) bệnh nhân có kèm theo bệnh bẩm sinh, mạn tính, các bệnh dị ứng khác. (3) không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: được áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu tỷ lệ

$$n = \frac{Z^2 \cdot P(1-P)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu nghiên cứu.

p: Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức đúng về bệnh tiêu chảy.

Theo nghiên cứu trước $p = 0,29$ [6].

d: khoảng sai lệch mong muốn giữa mẫu và quần thể.

Z: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95%, $Z = 1,96$. Cộng 10% bà mẹ bỏ cuộc nên cỡ mẫu nghiên cứu được làm tròn 178 bệnh nhân tiêu chảy kéo dài.

3. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn trực tiếp bà mẹ có con bị tiêu chảy kéo dài (người trực tiếp chăm sóc trẻ) bằng bộ câu hỏi phỏng vấn đã được thiết kế trước. Khám trực tiếp để đánh giá các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhi mắc tiêu chảy kéo dài. Tiêu chuẩn bú mẹ hoàn toàn, ăn nhân tạo, ăn hỗn hợp, suy dinh dưỡng và tình trạng mất nước được xác định theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/10/2018– 31/05/2019, chúng tôi đã thu thập được 178 trẻ và 178 bà mẹ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. So sánh sự thay đổi kiến thức chung của bà mẹ về bệnh tiêu chảy kéo dài trước và sau tư vấn.

Kiến thức của bà mẹ về tiêu chảy kéo dài	Trước tư vấn		Sau tư vấn		p
	n	%(95% CI)	n	%(95% CI)	
Khái niệm về tiêu chảy kéo dài					
Phân lỏng nhiều nước	54	30,3 (26,8 -33,8)	0	0	<0,001
Đi ngoài nhiều lần trong ngày	59	33,1 (29,6 -36,6)	10	5,6 (3,9 – 7,3)	
Đi ngoài phân lỏng, nhiều nước ≥3 lần/ngày và kéo dài ≥14 ngày	65	36,5 (32,9 – 40,1)	168	94,4 (92,7– 96,1)	
Thái độ xử trí của bà mẹ khi trẻ bị tiêu chảy					
Tự mua thuốc điều trị	125	70,2(66,8 – 73,6)	3	1,7(0,7- 2,7)	<0,001
Theo đơn của bác sỹ	53	29,8(26,4 – 33,2)	176	98,3(97,3– 99,3)	
Các thuốc sử dụng khi trẻ bắt đầu bị tiêu chảy					
Thuốc kháng sinh	113	63,5(59,9 – 67,1)	5	2,8(1,6 – 4,0)	<0,001
Thuốc cầm tiêu chảy	61	34,3(30,7 – 37,9)	0	0	
Men vi sinh	143	80,3(77,3– 83,3)	168	94,4(92,7 – 96,1)	
Oresol hoặc uống nhiều dịch	117	65,7(62,1 – 69,3)	175	98,3(97,3– 99,3)	

Nhận xét: Có sự cải thiện rõ rệt về kiến thức của các bà mẹ có con bị tiêu chảy kéo dài như hiểu biết đúng tiêu chảy kéo dài là gì, cần làm gì khi trẻ mắc tiêu chảy, cách thức sử dụng dung dịch bù nước khi trẻ mắc tiêu chảy sau khi được cung cấp thông tin về bệnh lý này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$.

Bảng 2. So sánh sự thay đổi kiến thức về Oresol (ORS) của bà mẹ về bệnh tiêu chảy trước và sau tư vấn.

Kiến thức của bà mẹ về ORS	Trước tư vấn		Sau tư vấn		p
	n	%(95% CI)	n	%(95% CI)	
Nghe nói/ hoặc biết về ORS	161	90,4(88,2- 92,6)	178	100	<0,001
Tác dụng của dung dịch ORS	161	100	178	100	
Bù nước	106	65,8(61,3 -70,3)	0	0	
Bù nước và bù điện giải khi bị tiêu chảy	46	28,6 (23,6 -33,6)	178	100	
Không biết	9	5,6(4,6 – 10,2)	0	0	

Nhận xét: Có sự thay đổi về tỷ lệ các bà mẹ hiểu biết đúng về dung dịch ORS dùng để bù nước và điện giải khi trẻ bị tiêu chảy sau khi được cung cấp kiến thức. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$.

Bảng 3. So sánh sự thay đổi kỹ năng thực hành pha Oresol của bà mẹ trước và sau tư vấn

Biết cách pha dung dịch ORS	Trước tư vấn		Sau tư vấn		p
	n = 154	%(95% CI)	n = 178	%(95% CI)	
Đọc hướng dẫn trước khi pha ORS	148	96,1 (93,1 - 99,1)	175	98,3 (97,3 -99,3)	0,001
Rửa tay sạch trước khi pha ORS	82	53,2 (48,1 -58,3)	161	90,4 (88,2-92,6)	0,002
Rửa dụng cụ pha ORS	141	91,6(88,2- 95,0)	178	100	0,070
Pha ORS bằng nước sôi để nguội	139	90,3 (86,8 - 93,8)	173	97,2 (96,0 – 98,4)	0,039
Đo chính xác lượng nước theo hướng dẫn	95	61,7 (56,8 – 66,6)	162	91,0 (88,9 – 93,1)	0,046
Pha cả gói ORS	100	64,9(60,0 -69,8)	170	95,5(93,9– 97,1)	0,044

Nhận xét: Tỷ lệ các bà mẹ biết cần rửa tay, đo chính xác lượng nước và pha cả gói ORS trong lượng nước cần pha tăng cao sau tư vấn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

Bảng 4. So sánh sự thay đổi kỹ năng thực hành cho trẻ uống Oresol của bà mẹ trước và sau tư vấn

Kiến thức của bà mẹ về ORS	Trước tư vấn		Sau tư vấn		p
	n	%(95% CI)	n	%(95% CI)	
Cách cho trẻ uống ORS					
Uống bằng cốc	3	1,7 (0,7–2,7)	0	0	<0,001
Uống bằng bình	33	18,5 (15,6- 21,4)	0	0	
Uống từng thìa nhỏ	142	79,8 (76,7 - 82,9)	178	100	
Số lượng ORS cần uống					
Uống đủ lượng ORS cần thiết sau mỗi lần đi ngoài	67	37,6(33,8 – 41,4)	123	69,1(65,6-72,6)	<0,001
Uống theo khả năng của trẻ	111	62,4(58,6- 66,2)	55	30,9(27,4 -34,4)	

Nhận xét: Tỷ lệ các bà mẹ thực hiện đúng cách, cho trẻ uống đúng lượng dịch cần thiết sau mỗi lần đi ngoài tăng từ 37,6% lên 69,1%, $p < 0,01$.

Bảng 5. So sánh sự thay đổi kiến thức sử dụng các dung dịch thay thế Oresol của bà mẹ trước và sau tư vấn

Sử dụng dung dịch thay thế ORS	Trước tư vấn		Sau tư vấn		p
	n	% (95% CI)	n	% (95% CI)	
Có thể sử dụng các dung dịch khác	89	50,0 (46,2 - 53,8)	166	93,3 (91,3 - 95,3)	<0,001
Nước cháo muối + nước canh	23	25,8 (18,9 - 32,7)	90	54,2 (49,6 - 58,8)	
Nước sôi để nguội	63	70,8 (65,5 - 76,1)	86	51,8 (47,2 - 56,4)	
Nước muối đường	0	0	44	26,5 (21,9 - 31,1)	
Nước uống công nghiệp đóng chai	3	2,7 (1,7 - 7,3)	0	0	

Nhận xét: Sau khi được cung cấp kiến thức, tỷ lệ các bà mẹ biết phải sử dụng dung dịch thay thế khi không có dung dịch Oresol hay trẻ từ chối uống ORS đã thay đổi, $p < 0,01$.

Bảng 6. So sánh sự thay đổi kiến thức về chế độ dinh dưỡng khi trẻ mắc tiêu chảy của bà mẹ trước và sau tư vấn

Về sức tư vấn					
Chế độ ăn khi trẻ bị tiêu chảy	Trước tư vấn		Sau tư vấn		p
	n	% (95% CI)	n	% (95% CI)	
Chế độ ăn khi trẻ bị tiêu chảy					
Ăn kiêng	91	51,1(47,3 – 54,9)	4	2,2(1,1– 3,3)	<0,001
Ăn như trước khi trẻ bị bệnh	35	19,7 (16,7- 22,7)	13	7,3 (5,3 – 9,3)	0,001
Ăn giảm đường lactose, ăn giảm tinh bột	52	29,2(25,8 – 32,6)	161	90,4(88,2 – 92,6)	<0,001
Cách cho ăn khi trẻ biếng ăn					
Chia nhỏ bữa để đảm bảo nhu cầu	148	83,1 (80,3 – 85,9)	160	89,9 (87,0 – 92,2)	0,0068
Ăn theo khả năng của trẻ	30	16,9(14,1– 19,7)	18	10,1(7,8 –12,4)	

Nhận xét: Sau tư vấn tỷ lệ các bà mẹ biết cho con ăn giảm đường lactose, ăn giảm tinh bột tăng từ 29,2% lên 90,4%, tỷ lệ các bà mẹ cho rằng cần cho con ăn kiêng khem khi con bị tiêu chảy giảm rõ rệt từ 51,1% xuống còn 2,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$. Tỷ lệ bà mẹ biết cách chia nhỏ bữa để đảm bảo nhu cầu cho trẻ tăng từ 83,1% lên 89,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Bảng 7. So sánh sự thay đổi kiến thức về vệ sinh khi trẻ mắc tiêu chảy của bà mẹ trước và sau tư vấn

Vệ sinh cho trẻ khi bị tiêu chảy	Trước tư vấn		Sau tư vấn		p
	n	% (95% CI)	n	% (95% CI)	
Vệ sinh cho trẻ sau đại tiện phân lỏng					
Rửa bằng nước sạch và lau khô	133	74,7(71,4 – 78,0)	159	89,3(87,0 – 91,6)	<0,001
Lau bằng giấy	8	4,5 (2,9 - 9,1)	0	0	0,004
Lau bằng khăn ướt công nghiệp	37	20,8(17.7- 23,9)	19	10,7(8,4 – 13,0)	0,008
Thay bím khi trẻ đại tiện phân lỏng					
Thay sau mỗi lần đi ngoài	166	93,3(91,4– 95,2)	173	97,2(96,0 – 98,4)	0,071
Thay sau mấy lần đi ngoài	12	6,7(4,8– 8,6)	5	2,8(1,6 – 4,0)	

Nhận biết tổn thương da					
Hăm đỏ vùng mông và sinh dục	158	88,8(86,4 – 91,2)	178	100	<0,001
Không biết	20	11,2 (8,8– 13,6)	0	0	
Vệ sinh da khi bị hăm					
Bôi xanh Methylen,kem hăm	119	66,9(63,4 – 70,4)	162	91,0(88,9 – 93,1)	<0,001
Không điều trị gì	20	11,2(8,8 – 13,6)	0	0	
Bôi thuốc mỡ	39	21,9(18,8 – 25,0)	16	9,0(6,9 – 11,1)	

Nhận xét: Có sự thay đổi về tỷ lệ các bà mẹ biết cách thực hiện vệ sinh da, nhận biết và chăm sóc đúng cách khi trẻ mắc tiêu chảy khi được cung cấp kiến thức, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$.

BÀN LUẬN

Khi tìm hiểu về kiến thức của các bà mẹ về bệnh tiêu chảy kéo dài, chúng tôi đưa ra các câu hỏi mở để bà mẹ nhận định thế nào là bệnh tiêu chảy kéo dài. Trong nghiên cứu này, 36,5% bà mẹ có khái niệm đúng về bệnh tiêu chảy kéo dài, cao hơn so với nghiên cứu của Phan Thị Cẩm Hằng tại Bệnh viện Bạch Mai là 21,1%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Mai. [3, 5]

Khi hỏi về xử trí khi con bị tiêu chảy có 70,2% bà mẹ tự mua thuốc điều trị cho con trong đó 63,5% bà mẹ dùng kháng sinh khi con đi ngoài phân lỏng, và dùng thuốc cầm tiêu chảy là 34,3%, tỷ lệ này của chúng tôi tương tự ghi nhận của Nguyễn Hoàng Yến, Ricardo tại Mexico. [7]

Việc bù nước và điện giải trong điều trị tiêu chảy kéo dài là rất quan trọng. Tỷ lệ các bà mẹ biết về dung dịch bù nước và điện giải oresol trong nghiên cứu của chúng tôi 28,6% thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơ, Abida Sultana và tương tự với nghiên cứu của Phan Thị Cẩm Hằng [3, 6, 8]. Tuy nhiên khi con bị tiêu chảy bà mẹ biết bù dịch cho con bằng đường uống chiếm tỷ lệ 65,7%.

Để đánh giá về kiến thức về chăm sóc trẻ khi bị tiêu chảy chúng tôi tìm hiểu về chế độ ăn, chăm sóc của các bà mẹ trước khi con bị tiêu chảy. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy một tỷ lệ đáng kể trẻ có chế độ ăn chưa hợp lý không phù hợp với lứa tuổi do tỷ lệ bà mẹ làm nông nghiệp và nghề thủ công trong nghiên cứu của chúng tôi cao nên đã hạn chế việc thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và cách cho trẻ ăn bổ sung.

Một trong những nguyên tắc quan trọng trong điều trị TCKD là cho trẻ ăn giảm đường lactose trong sữa, ăn giảm tinh bột [1]. Trong nghiên cứu này tỷ lệ các bà mẹ biết cho con ăn giảm đường lactose, ăn giảm tinh bột là 29,2%. Tỷ lệ các bà mẹ cho con ăn kiêng khem 51,1%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Mai (71,8%), nhưng cao hơn nghiên cứu của Phan Thị Cẩm Hằng (34,1%). [3, 5]

Về vệ sinh cho trẻ khi bị tiêu chảy, 74,7% bà mẹ thực hiện rửa sạch và lau khô cho trẻ sau đi ngoài, 93,3% bà mẹ thay bím ngay sau mỗi lần đi ngoài, 88,8% bà mẹ nhận biết được dấu hiệu tổn thương da, 11,2% bà mẹ chưa biết cách vệ sinh, chăm sóc da cho con khi con bị tiêu chảy.

Sau khi đánh giá hiểu biết chung của các bà mẹ về bệnh tiêu chảy kéo dài, chúng tôi tiến hành cung cấp thông tin cho các bà mẹ qua buổi nói chuyện sức khỏe. Hiệu quả của việc giáo dục sức khỏe được đánh giá lại sau 5-7 ngày, trước khi trẻ ra viện. Sau tư vấn tỷ lệ bà mẹ có khái niệm đúng về tiêu chảy kéo dài, cần cho trẻ bị tiêu chảy đi khám tại các cơ sở y tế thay cho việc tự ý mua hoặc dùng thuốc, bổ sung dung dịch bù nước và điện giải đường uống, sử dụng một số loại men vi sinh cũng như không tự ý sử dụng thuốc kháng sinh, thuốc cầm tiêu chảy tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê sau can thiệp.

Nguyên tắc quan trọng nhất trong điều trị tiêu chảy là bù nước và điện giải. Tỷ lệ các bà mẹ biết về dung dịch ORS tăng từ 86,5% lên 100% sau khi được tư vấn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ các bà mẹ thực hành pha và cho con uống oresol đúng tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê sau khi được giáo dục sức khỏe. Kết quả này tương tự như kết quả của một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới. [6, 8] Điều này rất có ý nghĩa trong việc phòng mất nước và rối loạn điện giải cho trẻ tiêu chảy.

Nguyên tắc quan trọng thứ hai sau bù nước điện giải là vấn đề dinh dưỡng cho trẻ khi bị tiêu chảy kéo dài. Sau tư vấn tỷ lệ bà mẹ cho rằng trẻ cần ăn giảm đường lactose trong sữa, ăn giảm tinh bột tăng cao từ 29,9% lên 94,4%, tỷ lệ bà mẹ cho con ăn kiêng khi mắc tiêu chảy giảm rõ rệt từ 51,1% xuống còn 2,2%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về cách cho trẻ ăn khi trẻ biếng ăn giữa trước và sau can thiệp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như ghi nhận của một số tác giả.[6, 8]

Sau tư vấn, tỷ lệ các bà mẹ biết cách vệ sinh đúng cho con khi bị tiêu chảy, phát hiện các dấu hiệu tổn thương da và vệ sinh da khi bị tổn thương do tiêu chảy tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê so với trước khi can thiệp. Điều này cho thấy việc cung cấp thông tin đầy đủ cho người mẹ từ các nhân viên y tế mang lại hiệu quả tốt trong việc phòng và điều trị tiêu chảy cho trẻ.

KẾT LUẬN

Cung cấp đầy đủ kiến thức cho bà mẹ về cách nhận định các dấu hiệu của bệnh tiêu chảy kéo dài, dùng thuốc theo đơn kê, pha và sử dụng oresol đúng cách, dinh dưỡng hợp lý cũng như vệ sinh sạch sẽ là biện pháp tốt nhất nhằm nâng cao kiến thức và thực hành của bà mẹ cũng như người chăm sóc trẻ trong chăm sóc trẻ mắc tiêu chảy kéo dài tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thanh Hải (2010). Hướng dẫn sử lý tiêu chảy ở trẻ em, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Gia Khánh (2009). "Tiêu chảy kéo dài ở trẻ em". Bài Giảng Nhi Khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Phan Thị Cẩm Hằng (2007). Khảo sát kiến thức, thái độ, kỹ năng sử dụng ORS của các bà mẹ có con bị TCC tại Khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Merga N và Alemayehu T (2015). "Knowledge, perception, and management skills of mothers with under-five children about diarrhoeal disease in indigenous and resettlement communities in Assosa District, Western Ethiopia". J Health Popul Nutr, 33(1), 20-30.
5. Nguyễn Thị Như Mai (2006). Đánh giá kiến thức và thực hành một số bài mẹ có con bị tiêu chảy cấp tại khoa tiêu hóa bệnh viện Nhi Trung ương, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Nguyễn Thị Thơ (2016). Đánh giá kiến thức về bệnh tiêu chảy cấp và hiệu quả của việc giáo dục sức khỏe ở các bà mẹ có con bị tiêu chảy cấp tại khoa Tiêu hóa bệnh viện Nhi Trung Ương, Luận văn tốt nghiệp cử nhân Điều dưỡng, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. Nguyễn Hoàng Yến (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và mô tả thực trạng điều trị bệnh tiêu chảy kéo dài ở trẻ dưới 6 tháng tuổi tại bệnh viện Nhi Trung ương, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. Abida Sultana (2010). "Knowledge and Attitude of Mothers Regarding Oral Rehydration Salt". Journal of Rawalpindi Medical College, 15(2), 109-111.

Chịu trách nhiệm chính : Nguyễn Thị Yến

Điện thoại: 0943478798. Email: ngocviet2605@gmail.com

THỰC TRẠNG HỌC TẬP CỦA SINH VIÊN Y DƯỢC NĂM NHẤT Ở TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI NGUYÊN

Nguyễn Huy Hoàng^{1*}, Nguyễn Thị Ánh¹, Lê Thị Huyền My¹, Nguyễn Mạnh Tuấn¹, Trương Thị Thùy Dương¹, Trần Bảo Ngọc¹

¹. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Tel: 0975 421 186, Email: nguyenhuyhoang@tump.edu.vn

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên toàn bộ sinh viên Đại học Y Dược Thái Nguyên năm thứ nhất năm học 2018-2019. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng việc học tập của sinh viên Y Dược năm nhất tại trường Đại học Y Dược Thái Nguyên năm học 2018-2019. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, thu thập số liệu bằng phỏng vấn trực tiếp sử dụng bộ công cụ đã được thiết kế sẵn. **Kết quả nghiên cứu:** phần lớn sinh viên năm thứ nhất chưa thích nghi với môi trường học tập đại học: có 15,6% sinh viên thường xuyên đọc tài liệu liên quan đến chủ đề học; 17,4% sinh viên chỉ thực tập dưới sự hướng dẫn của giáo viên; 18,9% sinh viên chủ động tìm thông tin để bổ sung kiến thức; 65,2% sinh viên học để đối phó với các bài kiểm tra, thi; 16,8% sinh viên tự đặt ra mục tiêu học tập; 15,3% sinh viên thường xuyên sử dụng sơ đồ tư duy để học tập; địa điểm tự học của sinh viên ngoài giờ lên lớp chủ yếu là ở nhà (90,3%); thời gian sinh viên tự học mỗi ngày từ 2 giờ đến dưới 3 giờ (40,4%); 22,7% sinh viên tự đánh giá bản thân về việc học sau mỗi buổi học.

Từ khóa: sinh viên Y Dược, học tập, năm thứ nhất

ACTUAL SITUATION OF FIRST YEAR STUDENTS IN THAI NGUYEN UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Nguyen Huy Hoang*, Nguyen Thi Anh, Le Thi Huyen My, Nguyen Manh Tuan,

Truong Thi Thuy Duong, Tran Bao Ngoc

Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy

SUMMARY

The study was conducted on all students of Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy in the first year. Objective: **To describe the learning situation of first-year medicine students at Thai Nguyen university of Medicine and Pharmacy in 2018-2019.** Research methodology: **A cross-sectional study, data were collected using questionnaires.** Results: **the majority of first-year students were not yet adapted to the university learning environment: 15.6% of students regularly read materials related to the topic of study; 17.4% of students only practice under the guidance of lectures; 18.9% of students actively seek information to supplement their knowledge; 65.2% of students learn to cope with tests and exams; 16.8% of students set their own learning goals; 15.3% of students often use the mind map to study; places of students' self-study after class were mostly at home (90.3%); average daily self-study time from 2 hours to less than 3 hours (40.4%); 22.7% of students rated themselves after every lesson.**

Keywords: Medicine student, study, first year

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo kết quả báo cáo năm học 2017-2018 của Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên cho thấy, tỷ lệ sinh viên (SV) có lực học khá trở lên đạt trên 60%, tỷ lệ có điểm rèn luyện trung bình từ khá trở lên đạt trên 90%, số SV chính quy có bằng tốt nghiệp giỏi chiếm 10-15% [6]. Tuy nhiên, kết quả học tập của SV năm thứ nhất và năm thứ hai thường không cao. Nguyên nhân có thể do các em khi mới nhập trường chưa thích nghi với môi trường học tập đại học, vẫn giữ phương pháp học tập giai đoạn trung học phổ thông, có nhiều môn học với số lượng tín chỉ "khổng lồ" ở bậc đại học trong một học kỳ. Bên cạnh đó, kỹ năng mềm (kỹ năng giao tiếp, làm việc nhóm, kỹ năng tìm kiếm tài liệu...) của SV vốn dĩ chủ yếu xuất phát từ miền núi chưa được hoàn thiện, cùng với điều kiện kinh tế khó khăn, kiến thức văn hóa xã hội hạn chế. Hơn nữa, số lượng SV dân tộc thiểu số trong tổng số SV tại trường chiếm tỷ lệ khá cao (khoảng 30%), trong đó đại đa số thuộc vùng Đông Bắc và Tây Bắc. Số SV cử tuyển, đào tạo dự bị chiếm tỷ lệ không nhỏ: tính riêng năm học 2018-2019 có 33 SV cử tuyển và 65 SV dự bị trong tổng số 363 SV ngành Y khoa (26,8%). Thực tế qua nhiều năm theo dõi, trong những trường hợp có kết quả học tập kém, bị cảnh báo học vụ thậm chí buộc thôi học trả về địa phương chiếm tỷ lệ 36,8% ở đối tượng SV thuộc các đối tượng nói trên [5].

Hiện nay, tại các trường đào tạo khối ngành sức khỏe chưa có nghiên cứu một cách hệ thống về thực trạng học tập, rèn luyện của SV, từ đó có các giải pháp để giúp các SV tiến bộ trong học tập và rèn luyện. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Mô tả thực trạng học tập của sinh viên Y Dược năm nhất ở trường Đại học Y Dược Thái Nguyên năm học 2018-2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên Y Dược năm thứ nhất, trường Đại học Y Dược Thái Nguyên tình nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Trường đại học Y Dược Thái Nguyên

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 12 năm 2019

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang

* Cỡ mẫu: toàn bộ SV Y Dược năm thứ nhất

* Chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, dân tộc, điều kiện kinh tế, đối tượng tuyển sinh, đối tượng ưu tiên, điểm trung bình lớp 12, điểm xét tuyển. Tỷ lệ SV thường xuyên đọc tài liệu liên quan đến chủ đề học; Tỷ lệ SV chủ động tìm thông tin để bổ sung kiến thức; Tỷ lệ SV tự đặt ra mục tiêu học tập; Tỷ lệ SV thường xuyên sử dụng sơ đồ tư duy để học tập; Tỷ lệ SV tự đánh giá bản thân về việc học sau mỗi buổi học...

2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp SV dựa vào bộ công cụ đã được thiết kế sẵn. Bộ công cụ nghiên cứu đã tham khảo từ nhiều tác giả, khảo sát thử, phân tích độ tin cậy, hiệu chỉnh rồi tiến hành khảo sát toàn bộ.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập trên phần mềm EPIDATA và được xử lý bằng các thuật toán thống kê trên phần mềm SPSS 22.0.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả đối tượng đều được thông báo, giải thích rõ về nghiên cứu và được quyền quyết định tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đặc điểm SV năm thứ nhất Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên: dân tộc kinh (49,0%) và dân tộc thiểu số (51,0%) chiếm tỷ lệ tương đương nhau, độ tuổi trung bình là $18,55 \pm 0,99$ tuổi. Số lượng SV trong gia đình có điều kiện kinh tế nghèo và cận nghèo chiếm 19,1%. Đối tượng SV tuyển sinh là xét tuyển điểm THPT là chủ yếu (72,0%), SV thuộc đối tượng Cử tuyển, Dự bị, Tây Bắc chiếm 25,9%. Lực học của SV trước khi vào trường là tương đối đồng đều giữa các môn, dao động ở mức khá, giỏi. Trong đó các môn đầu vào đại học đều có điểm trung bình ở mức giỏi: Toán ($8,34 \pm 0,96$), Hóa ($8,36 \pm 0,96$), Sinh ($8,43 \pm 0,90$).

Bảng 1. Khó khăn trong học tập của sinh viên

Khó khăn trong học tập	Số lượng	Tỷ lệ
Thay đổi môi trường sống		
Rất nhiều	70	20,6
Nhiều	182	53,7
Không ý kiến	30	8,8
Không nhiều	50	14,7
Rất không nhiều	7	2,2
Thay đổi môi trường học tập		
Rất nhiều	83	24,5
Nhiều	184	54,3
Không ý kiến	21	6,2
Không nhiều	43	12,7
Rất không nhiều	8	2,3
Mức độ thích nghi với sự thay đổi		
Rất ít		
Ít	16	4,7

Trung bình	43	12,7
Nhiều	202	59,6
Rất nhiều	69	20,4
	9	2,6

Khó khăn SV năm thứ nhất gặp phải phần lớn là do sự thay đổi nhiều về môi trường sống (53,7%) và môi trường học tập (54,3%), trong khi mức độ thích nghi với sự thay đổi chủ yếu ở mức trung bình (59,6%). Theo Nguyễn Thị Thu An và cộng sự cho thấy SV năm thứ nhất, thứ hai trường Đại học Kỹ thuật – Công nghệ Cần Thơ cũng gặp phải những khó khăn như chưa hòa nhập được với môi trường mới, bạn bè, trường lớp, giảng viên; chưa thích ứng với phương pháp dạy học mới theo tín chỉ [1]. Khi bước vào ngưỡng cửa đại học, do quen với cách thức sinh hoạt và học tập khác với bậc học phổ thông nên các SV gặp không ít khó khăn và bỡ ngỡ. Do đó, Nhà trường cần có giải pháp để giúp SV sớm thích nghi với môi trường mới.

Bảng 2. Phương pháp học đại học của sinh viên

Phương pháp học đại học	Số lượng	Tỷ lệ
Đọc giáo trình trước khi đến lớp		
Không bao giờ	4	1,2
Hiếm khi	11	3,2
Thỉnh thoảng	107	31,6
Thường xuyên	193	56,9
Luôn luôn	24	7,1
Đọc tài liệu liên quan đến chủ đề học		
Không bao giờ	6	1,8
Hiếm khi	76	22,4
Thỉnh thoảng	200	59,0
Thường xuyên	53	15,6
Luôn luôn	4	1,2
Liệt kê các câu hỏi cần thiết trước khi đến lớp		
Không bao giờ	23	6,8
Hiếm khi	132	38,9
Thỉnh thoảng	155	45,7
Thường xuyên	28	8,3
Luôn luôn	1	0,3
Tự đặt mục tiêu học tập		
Không bao giờ	1	0,3
Hiếm khi	32	9,4
Thỉnh thoảng	103	30,4
Thường xuyên	146	43,1
Luôn luôn	57	16,8

Thực hiện theo mục tiêu đã đặt ra		
Không bao giờ	3	0,9
Hiếm khi	38	11,2
Thỉnh thoảng	159	46,9
Thường xuyên	115	33,9
Luôn luôn	24	7,1
Có kế hoạch học tập		
Không bao giờ	12	3,5
Hiếm khi	47	13,9
Thỉnh thoảng	128	37,8
Thường xuyên	118	34,8
Luôn luôn	34	10,0
Có rà soát và điều chỉnh kế hoạch sống, học tập		
Không bao giờ	6	1,8
Hiếm khi	53	15,6
Thỉnh thoảng	143	42,2
Thường xuyên	117	34,5
Luôn luôn	20	5,9
Chỉ học lý thuyết trên lớp	108	31,9
Chỉ thực tập dưới sự hướng dẫn của giáo viên	59	17,4
Thường xuyên trao đổi với bạn bè	87	25,7
Kết hợp lý thuyết, thực hành, thảo luận	180	53,1
Chủ động tìm thông tin để bổ sung kiến thức	64	18,9
Học để đối phó với các bài kiểm tra, thi		
Không bao giờ	1	0,3
Hiếm khi	8	2,4
Thỉnh thoảng	51	15,0
Thường xuyên	221	65,2
Luôn luôn	58	17,1
Sử dụng sơ đồ tư duy để học tập		
Không bao giờ	50	14,7
Hiếm khi	95	28,0
Thỉnh thoảng	130	38,3
Thường xuyên	52	15,3
Luôn luôn	12	3,5
Địa điểm tự học ngoài giờ lên lớp		
Ở nhà	306	90,3
Trên giảng đường	101	29,8
Thư viện trường	14	4,1
Labo, phòng thí nghiệm	8	2,4

Thời gian tự học mỗi ngày		
<1h	26	7,7
1h đến < 2h	123	36,3
2h đến < 3h	137	40,4
> 3h	53	15,6
Tự đánh giá bản thân về việc học		
Chưa bao giờ	21	6,2
Sau mỗi buổi học	77	22,7
Sau mỗi chủ đề	77	22,7
Sau mỗi môn học	106	31,3
Sau mỗi kỳ học	58	17,1

Kết quả bảng trên cho thấy phần lớn SV chưa thích nghi với môi trường học tập đại học: chỉ có 15,6% SV thường xuyên đọc tài liệu liên quan đến chủ đề học; 17,4% SV chỉ thực tập dưới sự hướng dẫn của giáo viên; 18,9% SV chủ động tìm thông tin để bổ sung kiến thức; 65,2% SV học để đối phó với các bài kiểm tra, thi; 16,8% SV tự đặt ra mục tiêu học tập; 15,3% SV thường xuyên sử dụng sơ đồ tư duy để học tập; địa điểm tự học của sinh viên ngoài giờ lên lớp chủ yếu là ở nhà (90,3%); thời gian tự học mỗi ngày trung bình từ 2 giờ đến dưới 3 giờ (40,4%); 22,7% SV tự đánh giá bản thân về việc học sau mỗi buổi học. Thực tế nhiều nghiên cứu cho kết quả cho thấy nhân tố thuộc bản thân sinh viên: "kiến thức thu nhận, động cơ học tập và tính chủ động của sinh viên" đóng vai trò quan trọng quyết định đến kết quả học tập của chính mình. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng phương pháp học tập có ảnh hưởng nhiều đến kết quả học tập của SV cũng như cho thấy kết quả học tập của SV năm thứ hai, năm thứ ba cao hơn hẳn so với sinh viên năm thứ nhất và phần lớn SV năm thứ nhất vẫn giữ phương pháp học tập giai đoạn trung học phổ thông. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu An cho thấy đa số Sv còn học tập thụ động, chưa mạnh dạn đặt câu hỏi, chưa có phương pháp học phù hợp, chưa quản lý được thời gian, kế hoạch học tập [1], [2], [3]. Nghiên cứu của Trần Thị Lợi và Trần Đức Lai trên cho kết quả yếu tố SV dành thời gian tự học có liên quan đến kết quả học tập của SV ngành Y đa khoa năm thứ nhất và năm thứ hai trường Đại học Y Dược Huế [4].

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố thuộc về bản thân sinh viên như tìm được động cơ học tập, tính chủ động trong học tập, dành nhiều thời gian cho học tập của SV năm thứ nhất được SV đầu tư, tiếp thu còn hạn chế nên kết quả học tập của SV năm thứ nhất thường không cao. Nhiều sinh viên cho rằng chỉ cần cố gắng học là có thể đạt kết quả tốt, nhưng học ở đại học khác với học ở trung học rất nhiều, và biết cách học có hiệu quả ở đại học là một điều quan trọng mà có khi chưa được chú ý đúng mức. Nếu như các bạn sinh viên vẫn tin rằng chỉ cần chăm chỉ học tập sẽ đạt kết quả tốt thì suy nghĩ đó sẽ làm cho các bạn thất vọng trong học tập. Nếu như các bạn sinh viên vẫn không có sự sáng tạo trong học tập, không có phương pháp học tập hiệu quả cho riêng bản thân mình, các bạn sẽ khó tìm thấy một sự thành công trong học tập cũng như trong cuộc sống. Hệ quả của phương pháp học không tốt sẽ là lãng phí thời gian, thành tích học tập kém, thậm chí thì rơi dẫn đến chán nản, thất vọng và bất mãn. Học đối với sinh viên là cuộc sống, là tương lai. Có một phương pháp học tập tốt và sáng tạo cho chính bản thân mình sẽ là chìa khóa đưa các bạn sinh viên đến với thành công trong con đường học tập một cách nhanh và hiệu quả nhất.

Bảng 3. Tự đánh giá trình độ tiếng anh và kỹ năng tin học của sinh viên

Trình độ tiếng anh Kỹ năng tin học	Mức độ				
	Yếu n (%)	Kém n (%)	Trung bình n (%)	Khá n (%)	Tốt n (%)
Trình độ tiếng anh					

Nghe	124(36,6)	120(35,4)	72(21,2)	18(5,3)	5(1,5)
Nói	64(18,9)	126(37,2)	109(32,2)	33(9,7)	7(2,0)
Đọc	50(14,7)	82(24,2)	142(41,9)	59(17,4)	6(1,8)
Viết	69(20,4)	98(28,9)	114(33,6)	52(15,3)	6(1,8)

Kỹ năng tin học

Word	12(3,5)	34(10,0)	142(41,9)	126(37,2)	25(7,4)
Excel	27(8,0)	66(19,5)	155(45,7)	80(23,6)	11(3,2)
PowerPoint	17(5,0)	64(18,9)	138(40,7)	99(29,2)	21(6,2)
Tìm kiếm thông tin	9(2,7)	12(3,5)	71(20,9)	124(36,6)	123(36,3)

Đại đa số sinh viên tự đánh giá trình độ học tiếng anh và tin học của mình đang ở mức trung bình, đặc biệt là trình độ tiếng anh ở mức khá, tốt còn rất hạn chế (chỉ từ 1,5-2% sinh viên tự đánh giá khả năng tiếng anh của mình ở mức tốt).

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn SV năm thứ nhất chưa thích nghi với môi trường học tập đại học: chỉ có 15,6% SV thường xuyên đọc tài liệu liên quan đến chủ đề học; 17,4% SV chỉ thực tập dưới sự hướng dẫn của giáo viên; 18,9% SV chủ động tìm thông tin để bổ sung kiến thức; 65,2% SV học để đối phó với các bài kiểm tra, thi; 16,8% SV tự đặt ra mục tiêu học tập; 15,3% SV thường xuyên sử dụng sơ đồ tư duy để học tập; địa điểm tự học của sinh viên ngoài giờ lên lớp chủ yếu là ở nhà (90,3%); thời gian tự học mỗi ngày trung bình từ 2 giờ đến dưới 3 giờ (40,4%); 22,7% SV tự đánh giá bản thân về việc học sau mỗi buổi học.

KHUYẾN NGHỊ

Để giúp SV sớm thích nghi với môi trường mới, Nhà trường cần tổ chức các buổi sinh hoạt chuyên đề giúp SV mới vào trường phát triển kỹ năng như: ứng xử học đường, quản lý thời gian, phương pháp học tập ở đại học, phương pháp học nhóm, kỹ năng tin học, tiếng anh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thu An, Nguyễn Thị Ngọc Thứ, Đinh Thị Kiều Oanh và Nguyễn Văn Thành (2016)**, "Những nhân tố ảnh hưởng kết quả học tập của sinh viên năm thứ I-II trường Đại học Kỹ thuật – Công nghệ Cần Thơ", Tạp chí khoa học trường Đại học Cần Thơ, 46 (2016), tr.82-89.
2. **Nguyễn Thùy Dung, Hoàng Thị Kim Oanh, Lê Đình Hải (2017)**, "Thực trạng và các nhân tố ảnh hưởng đến kết quả học tập của sinh viên khoa kinh tế và quản trị kinh doanh Trường Đại học Lâm Nghiệp", Tạp chí khoa học và công nghệ Lâm Nghiệp tháng 10/2017, tr.134-141.
3. **Võ Thị Ngọc Lan (2015)**, "Giải pháp nâng cao kết quả học tập cho sinh viên trường Đại học sư phạm kỹ thuật thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí khoa học Đại học sư phạm thành phố Hồ Chí Minh, số 3 (68).
4. **Trần Thị Lợi, Trần Đức Lai (2016)**, "Nghiên cứu kết quả học tập và một số yếu tố liên quan ở năm thứ nhất và năm thứ hai của sinh viên ngành Y đa khoa khóa học 2012-2018 trường Đại học Y Dược Huế", Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế, số 32, tr.85-94.
5. **Phòng Công tác học sinh sinh viên (2018)**, "Báo cáo số liệu sinh viên nhập học Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên năm học 2018-2019".
6. **Phòng Đào tạo (2018)**, "Báo cáo tổng kết năm học 2017-2018, phương hướng hoạt động năm học 2018-2019 của Phòng Đào tạo, Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên".

HÌNH DẠNG KHUÔN MẶT THEO CELEBIE VÀ JEROLOMOV Ở NGƯỜI KINH ĐỘ TUỔI 18-25 TRÊN ẢNH KỸ THUẬT SỐ CHUẨN HÓA

Nguyễn Lê Hùng, Tống Minh Sơn, Nguyễn Văn Huy, Trương Mạnh Dũng, Võ Trương Như Ngọc

Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét hình dạng khuôn mặt của người Kinh độ tuổi 18 - 25 bằng phương pháp đo trên ảnh thẳng chuẩn hóa.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 7378 người Kinh độ tuổi 18 - 25 tại Hà Nội và Bình Dương.

Kết quả: 67,7% đối tượng nghiên cứu có khuôn mặt hình oval, tiếp đến là hình vuông chiếm 25,5% và thấp nhất là hình tam giác chiếm 6,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Mặt hình dạng oval chiếm đa số trên người dân tộc Kinh 18-25 tuổi.

Từ khóa: nhân trắc học, ảnh chuẩn hóa, hình dạng khuôn mặt.

SUMMARY

A photogrammetric study on Facial proportions, targeted group: Kinh people ranged from 18 to 25 years old

Purpose of research: to comment on face shapes and dimensions of their faces, targeted group of Kinh people aged from 18 to 25.

Method of research: Cross-sectional research on 7.378 Kinh people aged 18-25 in Ha Noi and Binh Duong.

Results: Most of the students have the oval-shaped faces, accounting for 67.7%, whereas the triangular - shaped face take up the smallest proportion, about 6.8%. 25.5% of them have the square - shaped faces. The difference exhibits statistical value.

Conclusion: The oval-shaped face account for the largest number of quantity targeted in Kinh group of people aged from 18 to 25.

Key words: Anthropometric, photogrammetry, facial proportions.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phân tích trên ảnh chụp chuẩn hoá là phương pháp được sử dụng phổ biến trong nhiều lĩnh vực khác nhau như nhân trắc, hình sự với nhiều ưu điểm về chi phí thấp, nhanh gọn, lưu trữ, bảo quản tốt và có thể thu thập được số lượng mẫu lớn... Có nhiều tác giả đã phân tích khuôn mặt qua ảnh và đưa ra các tiêu chuẩn để chụp với các tư thế khác nhau để chuẩn hóa kỹ thuật chụp ảnh nhằm đánh giá và so sánh dễ dàng hơn [1].

Các nhà lâm sàng thường so sánh kích thước và tỉ lệ sọ mặt của bệnh nhân với giá trị tiêu biểu của dân số hoặc thậm chí so sánh với chuẩn kinh điển. Tuy nhiên hiện tại các tiêu chuẩn của người Caucasian đang được sử dụng để đánh giá cho bệnh nhân người Việt thực sự không phù hợp vì mỗi chủng tộc có một đặc điểm riêng. Để giải quyết vấn đề này, nghiên cứu điều tra để đưa ra các chỉ số trung bình sọ mặt của người Việt là rất cần thiết. Tuy nhiên ở Việt Nam các nghiên cứu về đặc điểm nhân trắc được tiến hành trên đối tượng hạn chế và chưa được hệ thống nên các giá trị thu được chưa mang tính đại diện. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu: **"Nhận xét hình dạng khuôn mặt của người Kinh độ tuổi 18 - 25 bằng phương pháp đo trên ảnh thẳng chuẩn hóa"**.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người trưởng thành độ tuổi 18 - 25 dân tộc Kinh tại Hà Nội và Bình Dương.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Có bố, mẹ, ông bà nội ngoại là người Kinh.
- Có đủ 28 răng vĩnh viễn.
- Không mắc các dị tật bẩm sinh, các chấn thương hàm mặt nghiêm trọng, chưa từng trải qua phẫu thuật thẩm mỹ hàm mặt, chưa điều trị nắn chỉnh răng.
- Đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã bị mất ít nhất 01 răng vĩnh viễn vì bất kỳ nguyên nhân gì

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: 10/2016 – 4/2018.

- Địa điểm nghiên cứu: Thành phố Hà Nội, tỉnh Bình Dương. Xử lý số liệu tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính 1 chỉ số trung bình cho nghiên cứu điều tra cắt ngang như sau:

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\delta^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

Z_{α} : Sai sót loại I (α), chọn $\alpha = 0,05$ tương ứng có ít hơn 5% cơ hội rút ra một kết luận dương tính giả, khi đó $Z_{\alpha} = 1,96$.

Z_{β} : Sai sót loại II (β) hoặc lực mẫu (power là $1 - \beta$), chọn $\beta = 0,1$ (hoặc lực mẫu = 0,9), tương ứng có 90% cơ hội tránh được một kết luận âm tính giả, khi đó $Z_{\beta} = 1,28$.

σ : độ lệch chuẩn. Chọn $\sigma = 21,2$ tương ứng với dân tộc Kinh.

δ : là sai số mong muốn (cùng đơn vị với σ), ước tính 1,2 mm theo nghiên cứu của Hoàng Tử Hùng.

Thay vào công thức, có:

$n = (1,96 + 1,28)^2 * 21,2^2 / 1,44 = 3276$ người.

Thực tế chúng tôi tiến hành nghiên cứu 7.376 đối tượng nghiên cứu trên hai tỉnh.

2.4. Các bước tiến hành

Tất cả đối tượng nghiên cứu được chụp ảnh chuẩn hóa theo tư thế thẳng. Phương tiện nghiên cứu: máy ảnh Nikon D700 full frame, ống kính tiêu cự cố định 105mm, khoảng cách từ đối tượng đến cảm biến máy ảnh 1,5m, giá đỡ máy ảnh có thể trượt theo chiều dọc, thước thủy bình có chia độ dài, thước thủy thẳng bằng, giá kẹp thước thủy, gương phẳng kích thước 1000mm x 200mm x 3mm, dây rọi dài 5m, thước dây 5m, thước đo góc điện tử, bút bảng trắng TL-WB03, tấm hắt sáng đường kính 0.5-0.8m và phần mềm đo ảnh chuyên dụng được thiết kế theo đề tài nhà nước.

Tư thế chụp: ngồi thẳng, đầu ở tư thế tự nhiên, mắt nhìn thẳng. Ảnh được số hóa và mã hóa theo số thứ tự. Ảnh được chuẩn hóa kích thước và được đánh dấu các điểm mốc bằng phần mềm đo đạc ảnh Vnceph. Số liệu đo sau khi được xuất ra từ phần mềm sẽ được xử lý, phân tích kết quả bằng phần mềm SPSS 16.0.

Ảnh chuẩn hoá là ảnh chụp theo những nguyên tắc nhất định, đảm bảo các kích thước có tỷ lệ chụp 1:1 để có thể phân tích trong chẩn đoán, lập kế hoạch và theo dõi trong quá trình điều trị. Ảnh chụp chuẩn hoá phải đảm bảo các tiêu chí chụp giống nhau trước, trong và sau quá trình điều trị.

Farkas đã mô tả hơn 100 điểm mốc giải phẫu vùng đầu mặt, từ các điểm mốc này Jorgensen đã chọn lại 30 điểm mốc theo các tiêu chuẩn: dễ định vị chính xác và thấy được tất cả trên ảnh, ít bị ảnh hưởng bởi hình thức bên ngoài (kiểu tóc, bông tai...) và phải cung cấp được những thông tin hữu ích.

Một số điểm mốc được đánh dấu trên ảnh thẳng chuẩn hóa: điểm khóe mắt trong (En), điểm khóe mắt ngoài (Ex), điểm cánh mũi (Al), điểm gò má (Zy), điểm khóe miệng (Ch), điểm sau nhất và dưới nhất của góc hàm dưới (Go), điểm chính giữa đồng tử (Pp), điểm thái dương (Ft).

Phân loại hình dạng khuôn mặt theo Celebie và Jerolimov: Dựa vào khoảng cách Ft – Ft, Zy – Zy, Go – Go để xác định 3 dạng khuôn mặt: mặt hình vuông nếu Go = Zy = Ft hoặc Ft = Zy hoặc Zy = Go; mặt hình oval nếu Zy > Ft và Zy > Go; mặt hình tam giác nếu Ft > Zy > Go hoặc Ft < Zy < Go (nếu hai kích thước chênh nhau khoảng 2 mm thì coi như là bằng nhau).

2.5. Xử lý số liệu: phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0, sử dụng một số thuật toán thống kê y học.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu này tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức của đề tài cấp Nhà nước: "Nghiên cứu đặc điểm nhân trắc đầu mặt ở người Việt Nam để ứng dụng trong y học" đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học – Trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số 202/HĐĐĐĐHYHN ngày 28/10/2016.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo giới (n=7376)

Giới	Hà Nội		Bình Dương		Tổng		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Nam	1934	39,4	1134	46,1	3068	41,6	<0,001
Nữ	2980	60,6	1328	53,9	4308	58,4	
Tổng	4914	100,0	2462	100,0	7376	100,0	

*Kiểm định χ^2 test

Nhận xét: Trong tất cả 7376 đối tượng được nghiên cứu trên ảnh, tỉ lệ nam giới thấp hơn nữ giới, sự khác biệt giữa tỉ lệ nam và nữ ở Hà Nội và Bình Dương có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.2. Phân loại hình dạng khuôn mặt theo Celebie và Jerolimov (n= 7376)

Giới	Khuôn mặt hình Vuông		Khuôn mặt hình Oval		Khuôn mặt hình tam giác		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Nam	908	29,6	1945	63,4	215	7,0	<0,001
Nữ	974	22,6	3045	70,7	289	6,7	
Tổng	1882	25,5	4990	67,7	504	6,8	

*Kiểm định χ^2 test

Nhận xét: Khuôn mặt hình Oval chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp đến là hình vuông và thấp nhất là hình tam giác. Theo giới, dạng mặt oval cũng chiếm tỉ lệ cao nhất cả nam và nữ. Nam hay gặp khuôn mặt hình vuông và hình tam giác hơn nữ giới, nữ giới hay gặp hình oval hơn nam giới, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 7378 đối tượng độ tuổi 18 – 25 tại Hà Nội và Bình Dương. Trong đó tỉ lệ nam chiếm tỉ lệ 41,6%, giới nữ chiếm tỉ lệ cao hơn (58,4%), tỉ lệ này tương ứng cơ cấu dân số, đảm bảo độ chính xác và mặt tin cậy về mặt thống kê khi so sánh các chỉ số giữa 2 giới. Mặt khác, tất cả đối tượng này đều cùng một lứa tuổi từ 18-25 tuổi và có môi trường sống và học tập gần giống nhau phù hợp với yêu cầu nghiên cứu nhân trắc học.

Kết quả bảng 3.1 cho thấy đa số đối tượng trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có khuôn mặt oval chiếm tỉ lệ cao nhất, sau đó đến khuôn mặt hình vuông và thấp nhất là khuôn mặt hình tam giác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Khi xét riêng theo giới, dạng mặt hình oval cũng chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả giới nam và giới nữ. Các dạng mặt khác chiếm tỉ lệ thấp hơn.

So sánh kết quả của chúng tôi với một số tác giả khác trong nước thấy kết quả này tương đồng với

một số nghiên cứu trên nhóm lứa tuổi này. Cụ thể, nghiên cứu của Võ Trương Như Ngọc (2010) [2] trên sinh viên Đại học Y Hà Nội: khuôn mặt oval cũng chiếm tỷ lệ cao nhất, các dạng khuôn mặt khác (vuông, tam giác) chiếm tỷ lệ thấp hơn. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Anh (2012) [3] cũng cho kết quả tương tự. Như vậy, có thể thấy đa số đối tượng dân tộc Kinh trưởng thành (18 – 25) có khuôn mặt hình oval.

Kết quả cũng tương tự khi nghiên cứu trên dân tộc Mường và Thái, chỉ có nghiên cứu trên dân tộc thiểu số Pa Cô cho kết quả mặt tam giác chiếm tỉ lệ cao hơn hình vuông[4],[5],[6].

Bảng 4.1. So sánh với dân tộc khác

Ký hiệu	Nguyễn Lê Hùng Kinh (n=7376)	Võ Trương Như Ngọc Kinh (n=63)		Bùi Ngọc Dương Mường (n=3302)		Nguyễn Văn Tấn Thái (n=380)		Nguyễn Phương Trinh Pa Cô (n=75)	
	%	%	p	%	p	%	p	%	p
Oval	67,7	65,7	>0,05	67	<0,05	81,6	<0,001	60,7	>0,05
Vuông	25,5	24,0	>0,05	26,3	<0,01	13,7	<0,001	10,0	<0,001
Tam giác	6,8	10,3	>0,05	6,7	>0,05	4,7	>0,05	29,3	<0,001

So sánh kết quả của chúng tôi với một số tác giả khác trên thế giới, theo tác giả Ibrahimagic và V. Jerolimov đã nghiên cứu trên hơn 1000 người Zenica, Bosnia và Herzegovina ở độ tuổi 17-24, kết quả: 83% khuôn mặt có hình oval, 10% khuôn mặt có hình vuông, và 9% khuôn mặt có hình tam giác [7].

Nhìn chung kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự các nghiên cứu trên thế giới và trong nước. Như vậy, với cỡ mẫu tương đối lớn các kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã góp phần khẳng định hình thái khuôn mặt cũng như các kích thước trên khuôn mặt của người dân tộc Kinh trưởng thành.

KẾT LUẬN

Phân tích trên ảnh chụp chuẩn hóa kỹ thuật số là một kỹ thuật đáng tin cậy và có nhiều ưu điểm như có thể thu thập được mẫu lớn, chi phí thấp, lưu trữ và bảo quản dễ dàng.

Khi phân tích hình dạng khuôn mặt và so sánh các kích thước khuôn mặt giữa hai giới chúng tôi nhận thấy đa số có dạng mặt hình oval và rất ít mặt hình tam giác. Như vậy, có thể thấy đa số đối tượng dân tộc Kinh trưởng thành tuổi 18 – 25 có khuôn mặt hình oval.

LỜI CẢM ƠN

Trân trọng cảm ơn đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu. Chân thành cảm ơn Văn phòng các chương trình trọng điểm Quốc gia – Bộ Khoa học công nghệ, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện cho chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Nghiên cứu thuộc đề tài độc lập cấp Quốc gia: ĐTĐL.CN.27/16, Nghiên cứu đặc điểm nhân trắc đầu mặt ở người Việt Nam để ứng dụng trong y học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Farkas L.G., Bryan T., Marko J.K., (2002). Differences between direct (anthropometric) and indirect (cephalometric) measurements of the skull", The Journal of craniofacial surgery, 13(1), 105-108.
2. Võ Trương Như Ngọc (2010). Nghiên cứu đặc điểm kết cấu sọ mặt và đánh giá khuôn mặt hài hòa ở một nhóm người Việt tuổi 18-25. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, trang 1-144.
3. Trần Tuấn Anh, Võ Trương Như Ngọc, Nguyễn Thị Thu Phương, Trịnh Thị Thái Hà, Nguyễn Phan Hồng Ân (2013). Nhận xét hình thái mô mềm mũi ở nhóm sinh viên trường Cao đẳng Y tế Bình Dương tuổi từ 18 – 25, Tạp chí Y học Việt Nam, 406(2), 111-117.
4. Bùi Ngọc Dương (2018). Đặc điểm nhân trắc khuôn mặt ở một nhóm người Mường độ tuổi 18-25 trên ảnh chuẩn hoá tại tỉnh Hoà Bình năm 2016-2018. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Hà Nội.

5. Nguyễn Văn Tấn (2017). Đặc điểm nhân trắc khuôn mặt ở một nhóm người Thái độ tuổi 18-25 trên ảnh chuẩn hoá. Luận văn thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Phương Trinh (2015). Đặc điểm nhân trắc khuôn mặt của một nhóm người Pa Cô trên ảnh chuẩn hóa từ 18 đến 25 tuổi tại huyện A Lưới – Thừa Thiên Huế. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa, trường Đại học Y Hà Nội.
7. Ibrahimagić, L., Jerolimov, V., Celebić, A. et al (2001). Relationship between the face and the tooth form. Collegium Antropologicum, 25(2), 619–626.

Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Hùng

Cơ quan công tác: Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Hà Nội

Điện thoại: 0935333399

Email: dr.nguyenlehung@gmail.com

Ngày gửi:

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG CÓ *HELICOBACTER PYLORI* DƯỠNG TÍNH BẰNG PHÁC ĐỒ 3 THUỐC AMOXICILIN, LEVOFLOXANCIN, PPI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lương Thị Kiều Diễm*, Nguyễn Thị Thu Huyền*,
Nguyễn Tiến Dũng*, Bùi Thu Hương*, Nông Thị Hồng Lê*

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Huyền

Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên ,

ĐT: 0919513995 Email: huyen3995@gmail.com

Tóm tắt: Viêm loét dạ dày tá tràng (VLDDTT) là bệnh lý khá phổ biến, nguyên nhân thường gặp là do *Helicobacter pylori* (HP). Hiện nay việc điều trị diệt trừ HP còn gặp nhiều khó khăn do tình trạng kháng kháng sinh ngày càng tăng. Liệu pháp bộ ba nối tiếp bao gồm hai loại thuốc kháng sinh (Amoxicillin + Levofloxacin) và thuốc ức chế bơm proton (Pantoprazol) nối tiếp đơn giản được chỉ định thay thế. 58 bệnh nhân thất bại với phác đồ đầu tiên được chỉ định (Amoxicillin + Levofloxacin 500mg + Pantoprazol 40mg) trong 28 ngày. Kết quả diệt trừ *H. Pylori* 79,3%. Các triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt và khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở nhóm có kết quả diệt trừ HP thành công so với nhóm thất bại. Tác dụng phụ hay gặp là mệt mỏi (44,8%) và chán ăn (44,8%) nhưng các triệu chứng đều nhẹ và thoáng qua.

Từ khóa: Viêm loét dạ dày tá tràng, phác đồ nối tiếp ALP, *Helicobacter pylori*.

RESULT OF TRIPLE THERPY (AMOXICILIN, LEVOFLOXANCIN, PPI) FOR THE ERADICATION OF *HELICOBACTER PYLORI* IN THAI NGUYEN GENERAL HOSPITAL

Abstract: *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) is a main cause of gastritis, peptic ulcer and gastric malignancies. *H. pylori* still remains a challenge due to antibiotics resistance. A triple rescue regimen containing levofloxacin is a potential alternative; however, resistance to quinolones is rapidly increasing. **Materials and Method:** Prospective study on 58 patients (who failed to the first line therapy) were cured by this regimen (Pantoprazol + Amoxicillin + Levofloxacin) for 28 days. **Results:** *H. pylori* eradication rate was 93,75%; Release of symptoms: epigastric pain, belching dyspepsia were significant; Side-effects: fatigue (53,4%), anorexia (44,8%) but the symptoms were mild and well-tolerated. **Conclusion:** This regimen is effective and safe.

Key words: Levofloxacin, *Helicobacter pylori* eradication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét dạ dày tá tràng (VLDDTT) là nhóm bệnh phổ biến hiện nay trên thế giới cũng như ở Việt Nam [2], [7], [10], [14]. Trong đó viêm, loét dạ dày chiếm tỷ lệ khoảng từ 50% - 60% các bệnh

lý dạ dày tá tràng. Bệnh viêm loét dạ dày tá tràng do nhiều nguyên nhân gây ra. Một trong những nguyên nhân quan trọng gây bệnh là do vi khuẩn *Helicobacter pylori* (H.P) [2],[5]. Việc phát hiện ra vi khuẩn *Helicobacter pylori* trong bệnh viêm loét dạ dày tá tràng đã tạo nên một cuộc cách mạng trong lĩnh vực điều trị bệnh. Việc dùng thuốc điều trị diệt trừ *Helicobacter pylori* đã chữa lành và cải thiện rõ rệt tiên lượng cho các bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng. Có nhiều phác đồ điều trị diệt trừ vi khuẩn *Helicobacter pylori* trong viêm loét dạ dày tá tràng. Phác đồ hay gặp là phối hợp thuốc ức chế bơm proton và hai kháng sinh đã có hiệu quả cao trong điều trị diệt trừ *Helicobacter Pylori* [1], [6]. Tuy nhiên hiện nay có một tỉ lệ khá lớn bệnh nhân kháng thuốc, dẫn đến việc điều trị diệt trừ HP giảm hiệu quả, bệnh nhân loét dạ dày tái phát sau điều trị [4], [5],[7]. Những bệnh nhân sau thất bại với phác đồ điều trị đầu tiên, thường được chỉ định điều trị sang phác đồ nối tiếp, việc đánh giá hiệu quả điều trị loét dạ dày, tái phát tái phát sau phác đồ đầu tiên là hết sức cần thiết [9],[11],[12]. Tỷ lệ thành công ngày càng giảm do tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn ngày càng cao, tỷ lệ này đã ghi nhận ở nhiều nghiên cứu [7],[8],[12],[14]. Tại Việt Nam và Thái Nguyên đã có một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả của các phác đồ phối hợp 3 thuốc, nhưng tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phác đồ Amoxicillin+ levofloxacin+PPI (ALP). Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ ALP trong điều trị diệt trừ *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân loét dạ dày hành tá tràng có HP dương tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

58 bệnh nhân đến khám tại khoa Tiêu hóa, khoa Khám bệnh Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên được chẩn đoán viêm loét dạ dày tá tràng theo tiêu chuẩn, được xác định tổn thương qua nội soi, có test Urease (CLO test) (+)

Thời gian từ tháng 1/2019 - tháng 10/2019

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân VLDDTT các phác đồ trước thất bại, được chỉ định dùng phác đồ ALP (Amoxicillin+Levofloxacin+PPI).

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư dạ dày kèm theo được chẩn đoán bằng nội soi, giải phẫu bệnh
- Bệnh nhân dị ứng với các thuốc trong phác đồ
- Bệnh nhân dừng tham gia nghiên cứu, thay đổi, không tuân thủ phác đồ điều trị
- Bệnh nhân bị bệnh lý toàn thân khác: xơ gan, đái tháo đường, HIV..

2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

3. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp tiến cứu, chọn mẫu có chủ đích, cỡ mẫu thuận tiện.

4. Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Chỉ tiêu chung: Họ và tên, tuổi, giới, nghề nghiệp, tiền sử viêm gan virus B.
- Chỉ tiêu lâm sàng:

* Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi, giới, nghề nghiệp, vùng miền, dân tộc.

* Nhóm đặc điểm các yếu tố nguy cơ đối với bệnh VL DDTT:

- Uống rượu/bia, hút thuốc lá, sử dụng cà phê, stress tâm lý, tiền sử người trong gia đình bị VL DDTT, tiền sử bản thân bị VLDDTT, sử dụng thuốc NSAID

* Nhóm chỉ tiêu nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi bệnh nhân VL DDTT

- Chỉ tiêu về đặc điểm triệu chứng cơ năng:

+ Đau bụng vùng thượng vị, ợ hơi, ợ chua, buồn nôn, nôn, rối loạn đại tiện, mất ngủ, đầy bụng khó tiêu, chán ăn

- Chỉ tiêu về hình ảnh nội soi:

+ Tổn thương niêm mạc: Viêm loét trợt, loét, viêm trợt, viêm phì đại và giả polyp

+ Vị trí tổn thương: Hang vị, thân vị, phình vị, tâm vị, nhiều vị trí. Số lượng, kích thước ổ loét.

* Kết quả điều trị VL DDTT có HP (+) bằng AMP

- Chỉ tiêu đánh giá về kết quả diệt trừ HP (+) bằng AMP:

+ Kết quả cải thiện triệu chứng lâm sàng: khỏi, đỡ, giảm
 + Kết quả diệt trừ HP bằng phác đồ AMP theo kích thước, số lượng ổ loét. Mỗi liên quan giữa kết quả HP ới cải thiện triệu chứng lâm sàng.

-Chỉ tiêu về kết quả điều trị thông qua hình ảnh nội soi (lành ổ loét)

Kết quả CLO test

Dương tính (+): khi chất chỉ thị màu chuyển từ màu vàng nhạt sang màu đỏ tía hoặc màu hồng cánh sen

Âm tính: khi chất chỉ thị không đổi màu

* Kết quả điều trị

- Đối với diệt trừ HP:

+ Hết: CLO test âm tính

+ Không hết: CLO test dương tính

9.5 Kỹ thuật thu thập số liệu

Bệnh nhân đến khám tại khoa Khám bệnh hoặc điều trị nội trú tại khoa Nội Tiêu hóa Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

- Tìm hiểu các đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, dân tộc, vùng miền.

- Tìm hiểu các yếu tố thuận lợi liên quan đến VL DDTT

- Khám lâm sàng

* Nội soi dạ dày

+ Bệnh nhân nhịn ăn trước đó 6 giờ, làm nội soi tại phòng nội soi bởi bác sỹ khoa thăm dò chức năng

+ Giải thích bệnh nhân rõ ràng trước khi nội soi để có sự phối hợp tốt trong quá trình làm nội soi

+ Quy trình nội soi: thực hiện tuần tự theo giải phẫu đường tiêu hóa trên, đánh giá trực quan hình thái giải phẫu và tình trạng niêm mạc thực quản, thân vị, hang vị, bờ cong nhỏ dạ dày. Đưa ống soi xuống thăm dò tá tràng, soi quét ngược đánh giá tâm phình vị

+ Sinh thiết niêm mạc dạ dày, định khu tổn thương.

+ Kỹ thuật sinh thiết niêm mạc dạ dày:

- Dùng kim sinh thiết lấy 5 mảnh niêm mạc dạ dày: 1 mảnh vùng thân vị, 1 mảnh vùng hang vị (Làm CLO test), 3 mảnh cạnh ổ tổn thương nếu có làm xét nghiệm mô bệnh học loại trừ ung thư dạ dày

Quy trình nghiên cứu

* Bước 1: Thăm khám bệnh nhân, hỏi bệnh, khám lâm sàng, chỉ định nội soi, kết quả nội soi có viêm loét DDTT, CLO test (+), mô bệnh học không bị ung thư DD, lựa chọn vào nhóm nghiên cứu.

* Bước 2: Tư vấn cho bệnh nhân thấy rõ mức độ và tầm quan trọng của H.P trong bệnh lý viêm loét DDTT, mời bệnh nhân tham gia nghiên cứu, thực hiện điều trị thuốc theo phác đồ.

* Bước 3: Thực hiện theo phác đồ ALP:

- Pantoprazole: viên 40mg x 2 viên/ngày trong vòng 28 ngày.

- Amoxicillin: viên nang 500mg x 2 viên/ngày trong 14 ngày.

- Levofloxacin: viên nén 500mg x 2 viên/ngày trong 14 ngày

* Bước 4: Kiểm tra lại kết quả điều trị bằng khám lâm sàng, nội soi và CLO test sau 28 ngày điều trị

9.6 Phương pháp xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm SPSS 18.0 để nhập số liệu và phân tích số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng trước điều trị	Có		Không	
	Tần suất	Tỉ lệ %	Tần suất	Tỉ lệ %
Đau thượng vị	42	72,4%	16	27,6%
Ợ chua	28	48,3%	30	51,7%
Nôn, buồn nôn	19	32,7%	39	67,2%
Ợ hơi	21	36,2%	37	63,8%

Đầy bụng	37	63,8%	22	37,9%

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất là đau thượng vị (72,4%) và đầy bụng (63,8%).

Bảng 2: Đặc điểm ổ loét trên hình ảnh nội soi

Hình ảnh nội soi dạ dày trước điều trị	Số lượng	Tỉ lệ %
Viêm sung huyết xuất tiết, xuất huyết	6	10,3%
Viêm loét dạ dày	18	32%
Viêm loét hành tá tràng	25	43%
Viêm loét dạ dày + tá tràng	7	13%
Viêm teo niêm mạc	2	1,7%
Tổng cộng	58	100%

Nhận xét: Viêm loét hành tá tràng chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ 43%.

Bảng 3: Kết quả tiết trừ HP

Xét nghiệm	H. pylori (-)	H. pylori (+)	Tổng
Số lượng (n)	46	12	64
Tỷ lệ (%)	79,3%	20,7%	100

Nhận xét: Tỉ lệ tiết trừ được HP chiếm tỉ lệ 79,3%.

Bảng 4: Kết quả điều trị tiết trừ HP liên quan đến cải thiện triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng sau điều trị	H. pylori (-)	H. pylori (+)	Giá trị p
Đau thượng vị	Có	3	0,017
	Không	35	
Đầy bụng	Có	4	0,36
	Không	14	
Ợ hơi	Có	6	0,017
	Không	3	
Buồn nôn	Có	2	0,45
	Không	11	
Ợ chua	Có	5	0,01
	Không	1	

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng đau thượng vị, đầy tức bụng, ợ hơi, ợ chua ở nhóm sau điều trị HP (-) giảm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 5: Tác dụng không mong muốn của phác đồ

Triệu chứng	Mệt mỏi	Chán ăn
Số lượng (n)	31/58	26/58
Tỷ lệ (%)	53,4%	44,8%

Nhận xét: Mệt mỏi chiếm tỉ lệ khá lớn 53,4%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và tổn thương trên hình ảnh nội soi của nhóm nghiên cứu

Trong tổng số 58 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau thượng vị, ợ hơi, ợ chua, đầy tức bụng. Trong đó triệu chứng hay gặp nhất là đau tức thượng vị (72,4%), sau đó là đầy tức bụng 63,8%. Nghiên cứu này của chúng tôi cũng cho tỉ lệ tương đương với các tác giả khác trong nước [1],[3]. Triệu chứng đầy tức bụng là nổi bật nhất và là yếu tố

thúc đẩy bệnh nhân đến khám và điều trị. Các đối tượng trong nhóm nghiên cứu ở độ tuổi lao động là chủ yếu (học sinh, công nhân, viên chức). Những bệnh nhân có thói quen sinh hoạt không điều độ (thức khuya, nhịn ăn sáng, dùng café, thuốc lá thường xuyên). Bệnh nhân là những học sinh đang độ tuổi đi học, công viên chức đang đi làm do đó việc đau, đầy tức bụng thường xuyên kéo dài ảnh hưởng không nhỏ đến cuộc sống và năng suất lao động hàng ngày.

Bên cạnh triệu chứng lâm sàng, đặc điểm tổn thương trên hình ảnh nội soi cũng khá nổi bật. Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được tiến hành nội soi thực quản, dạ dày, tá tràng và Clotest để xác định tình trạng nhiễm HP. Trong tổng số 58 bệnh nhân, tổn thương hay gặp nhất là viêm loét hành tá tràng (43%), loét dạ dày và hành tá tràng chiếm 13%, chỉ loét dạ dày 32%. Đặc biệt có 2 trường hợp có viêm teo niêm mạc dạ dày. So sánh với các tác giả khác, đặc điểm tổn thương trên nội soi của chúng tôi có sự khác biệt. Nghiên cứu của một số tác giả phía nam cho thấy tổn thương chủ yếu là viêm trợt phẳng [3], [4], [6]. Điều này có thể giải thích nhóm bệnh nhân của chúng tôi là nặng hơn, vì đây là các đối tượng đã điều trị thất bại với phác đồ đầu tiên. Bệnh nhân có loét và trợt tương đối nặng, loét tái phát. Một số bệnh nhân đã từng xuất huyết tiêu hóa vài lần trong 2 năm gần đây.

2. Kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu:

Tính đến thời điểm kết thúc điều trị và tái khám, có 46/58 bệnh nhân có kết quả kiểm tra HP bằng Clo-test âm tính chiếm tỉ lệ 79,3%. Số còn lại bệnh nhân vẫn còn triệu chứng đau tức âm ỉ vùng thượng vị kéo dài, đầy bụng chướng tiêu và trên hình ảnh nội soi tổn thương viêm loét vẫn còn hoặc liền sẹo ít, kích thước ổ loét vẫn chưa thu nhỏ. So sánh với tác giả Đào Hữu Ngôi (68,5%) [4], thì tỉ lệ thành công của chúng tôi cao hơn. Nhưng so với kết quả nghiên cứu của Lê Minh Lực (87,2%) thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn [3]. So sánh với kết quả nghiên cứu của Gisbert (2013) thì kết quả gần tương đương [13]. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi 20,7% số bệnh nhân sau 2 tuần dùng kháng sinh và 28 ngày PPI nhưng kết quả test HP không âm tính, dù triệu chứng lâm sàng bệnh nhân có cải thiện, hoặc số nhỏ có kết quả tiết trừ HP như mong muốn nhưng vẫn còn ít triệu chứng như đầy tức bụng, ăn chậm tiêu. Đa số bệnh nhân tiết trừ HP thành công ăn uống cải thiện, lên cân. Đặc biệt một số bệnh nhân đang là học sinh đi học sau khi điều trị tăng 4-5kg/tháng. Đặc biệt khi phân tích mối liên quan giữa việc cải thiện triệu chứng lâm sàng với kết quả test HP, nhóm HP (-) có triệu chứng lâm sàng cải thiện có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với nhóm HP vẫn còn (+). Trong số những bệnh nhân kết quả không cải thiện, đa phần đây là những bệnh nhân đã bị viêm loét dạ dày tá tràng nhiều năm, nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa cao, nằm điều trị dài ngày hoặc các đối tượng không tuân thủ đúng chế độ điều trị nghiêm ngặt. Những bệnh nhân này còn dùng thêm thuốc khác, tự ý bỏ thuốc hoặc sau khi đỡ không thực hiện uống thuốc đủ như phác đồ. Bên cạnh đó, qua nghiên cứu chúng tôi thấy có 53,4 số trường hợp bệnh nhân khi dùng thuốc thấy mệt mỏi, 44,8% số trường hợp chán ăn nhưng các triệu chứng thường nhẹ và thoáng qua.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị 58 bệnh nhân VLDDTT có HP (+) đã thất bại với phác đồ điều trị đầu tay theo phác đồ ALP cho thấy kết quả điều trị tiết trừ HP đạt 79,3%, các triệu chứng lâm sàng như đau tức thượng vị, đầy bụng, ợ hơi ợ chua cải thiện rõ rệt đặc biệt ở nhóm sau điều trị có test HP(-). Một số tác dụng không mong muốn hay gặp như mệt mỏi, chán ăn thoáng qua và bệnh nhân dung nạp tốt.

V. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Trần Mai Chi, Nguyễn Thị Cẩm Tú, Nguyễn Hữu Đức (2011), " Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị viêm loét dạ dày- tá tràng tại khoa nội tiêu hóa bệnh viện Nguyễn Tri Phương", Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh.
2. Võ Thị Mỹ Dung (2000), " Nghiên cứu tình hình nhiễm *Helicobacter pylori* trên bệnh nhân nội soi dạ dày tá tràng", Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh, 4 (2), trang 89-94.

3. Lê Minh Lực (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và kết quả điều trị của phác đồ nổi tiếp trong tiết trừ *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm dạ dày tại bệnh viện đa khoa khu vực Gò Công. Luận án chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược Cần Thơ, tr. 73- 75
4. Đào Hữu Ngôi (2009). Phác đồ Omeprazole + Amoxicilline + Clarithromycine trong điều trị tiết trừ *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Dược TPHCM, tr. 48-87
5. Hội khoa học tiêu hóa Việt Nam (2013), Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị *Helicobacter pylori* tại Việt Nam, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
6. Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy (2013), "Cập nhật về *Helicobacter pylori*: đề kháng kháng sinh, chẩn đoán và điều trị 2012", Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học- Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai
7. Malfetheriner P., Megraud F., O Morain C., et al (2012), "Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht IV Consensus Report", Gut,
8. Vakil N.(2005), "Helicobacter pylori: factors affecting eradication and recurrence", Am J Gastroenterol.
9. Bilardi C., Dulbecco P., Zentilin P., et al (2004), "A 10-day levofloxacin based therapy in patients with resistant *Helicobacter pylori* infection: a controlled trial", Clin Gastroenterol Hepatol,
10. Chey W.D., Wong B.C (2007), "American College of Gastroenterology guideline on the management of *Helicobacter pylori* infection", Am J Gastroenterol.
11. Fock K.M., Katelaris P., Sugano K., et al (2009), "Second Asia- Pacific Consensus Guideline for *Helicobacter pylori* infection", J Gastroenterol Hepatol 24(10),
12. Qasim A., Sebastian S., Thornton O., et al (2005), "Rifabutin- and furazolidone-based *Helicobacter pylori* eradication therapies after failure of standard first- and second-line eradication attempts in dyspepsia patients", Aliment Pharmacol Ther.
13. Gisbert G.P., Gonzalez L., Calvet X. (2005), "Systematic review and meta analysis: proton pump inhibitor and ranitidine bismuth citrate plus two antibiotics in *Helicobacter pylori* eradication", Helicobacter.
14. Graham D.Y., Hammoud F., El-Zimaity H.M., et al (2003), "Meta-analysis: proton pump inhibitor or H2-receptor antagonist for *Helicobacter pylori* eradication", Aliment Pharmacol Ther.

KHẢO SÁT GIÁ TRỊ ĐỘ CHÊNH LỆCH PHÂN ÁP RIÊNG PHẦN CO₂ TRONG MÁU TĨNH MẠCH- ĐỘNG MẠCH TRONG HỒI SỨC BỆNH NHÂN NHI MỔ TIM MỞ

Giang Thạch Thảo, Nguyễn Quốc Kính*, Lưu Quang Thùy***

(*)Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Việt Đức

(**)Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Nhi trung ương

Tác giả liên hệ: Giang Thạch Thảo, Mail: thaogt.nhp@gmail.com

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá mối tương quan giữa độ chênh lệch phân áp riêng phần CO₂ máu tĩnh mạch- động mạch (P(cv-a)CO₂) với hội chứng cung lượng tim thấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 60 trẻ phẫu thuật tim mở theo chương trình từ tháng 4 tới tháng 6 năm 2019 tại bệnh viện nhi trung ương. **Kết quả:** Có mối liên quan chặt chẽ giữa P(cv-a)CO₂ với tình trạng có hội chứng cung lượng tim thấp. Ngưỡng P(cv-a)CO₂ có giá trị tiên lượng hội chứng cung lượng tim thấp tại thời điểm 6h và 24h sau khi ra hồi sức là 9,5. Độ nhạy, độ đặc hiệu tại thời điểm 6h sau hồi sức tương ứng là 82% và 54%; tại thời điểm 24h là 60% và 67%. **Kết luận:** P(cv-a)CO₂

là một chỉ số có thể dùng để theo dõi hội chứng cung lượng tim thấp trong hồi sức bệnh nhân nhi phẫu thuật tim mở.

Từ khóa: P(cv-a)CO₂, mổ tim mở, cung lượng tim

VALUE SURVEY OF CENTRAL VENUUS – ARTERIOSUS CARBODIOXIDE IN CHILDREN UNDERGOING OPEN HEART SURGERY

ABSTRACT:

Objectives: evaluate the correlation between central venous-arteriosus carbodioxide difference with low cardiac out-put syndrome in children undergoing open cardiac surgery for congenital heart disease. **Materials and methods:** cross-sectional description of consecutively 60 children with congenital heart disease underwent scheduled open heart surgery. **Results:** There was significant relationship between increased central venous-arteriosus carbondioxide difference and incidence of low cardiac output syndrome. Cut-off value of central venous-arteriosus carbondioxide difference to predicted low cardiac output syndrome is 9.5; with sensitivity and specificity at 6h is 82% and 54% respectively; sensitivity and specificity at 24h is 60% and 67% respectively. **Conclusions:** central venous-arteriosus carbondioxide difference can predictate low cardiac output syndrome in children undergoing open heart surgery

Keywords: P(cv-a)CO₂, open heart surgery, cardiac output

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nghiên cứu về hồi sức bệnh nhân sau phẫu thuật tim bẩm sinh báo cáo 25% trường hợp dự báo có hội chứng cung lượng tim thấp (HCCLTT), đây là nguyên nhân chính dẫn tới các biến cố và tử vong sau mổ [1], [2]. Vấn đề đặt ra là cần cải tiến các công cụ theo dõi, đánh giá sớm và chính xác hơn mức độ giảm tưới máu mô. Có nhiều phương thức được sử dụng trong hồi sức sau mổ như đo cung lượng tim, theo dõi các dấu ấn sinh học của tình trạng thiếu oxy mô như nồng độ lactate máu, độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch (ScvO₂), chỉ số kiềm thiếu, pH nội mạc dạ dày ... Những nghiên cứu gần đây đưa ra giá trị chênh lệch phân áp CO₂ (P(cv-a)CO₂) tĩnh- động mạch như một chỉ số gián tiếp theo dõi cung lượng tim [3], [4]. Và nhiều tác giả đã chứng minh giá trị PCO₂ lấy từ tĩnh mạch trung tâm không khác biệt với lấy từ động mạch phổi [4], [5]. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu về chỉ số chênh lệch phân áp CO₂ (P(cv-a)CO₂) máu tĩnh mạch- động mạch trong quá trình hồi sức bệnh nhân nhi mổ tim mở. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: **"Đánh giá mối tương quan giữa độ chênh lệch phân áp riêng phần CO₂ máu tĩnh mạch- động mạch với hội chứng cung lượng tim thấp"**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhi mắc tim bẩm sinh được phẫu thuật tim mở sửa chữa toàn bộ lần đầu dưới tuần hoàn ngoài cơ thể. Bệnh nhân mổ phiên. Loại khỏi nghiên cứu những trường hợp còn shunt giữa tuần hoàn hệ thống và tuần hoàn phổi, bệnh nhân cần ECMO trong quá trình hồi sức.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu. Chọn mẫu thuận tiện 60 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại khoa phẫu thuật gây mê hồi sức tim mạch, khoa hồi sức ngoại tim mạch, Bệnh viện Nhi trung ương trong thời gian từ 01/4/2019 đến 30/06/2019.

2.2.2. Qui trình nghiên cứu

Mỗi tháng chọn 15 bệnh nhân đầu tiên đủ tiêu chuẩn trong lịch mổ phiên để đưa vào nghiên cứu. Thu thập số liệu đủ 60 bệnh nhân bằng bảng thu thập số liệu dựng sẵn. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm chung của nghiên cứu

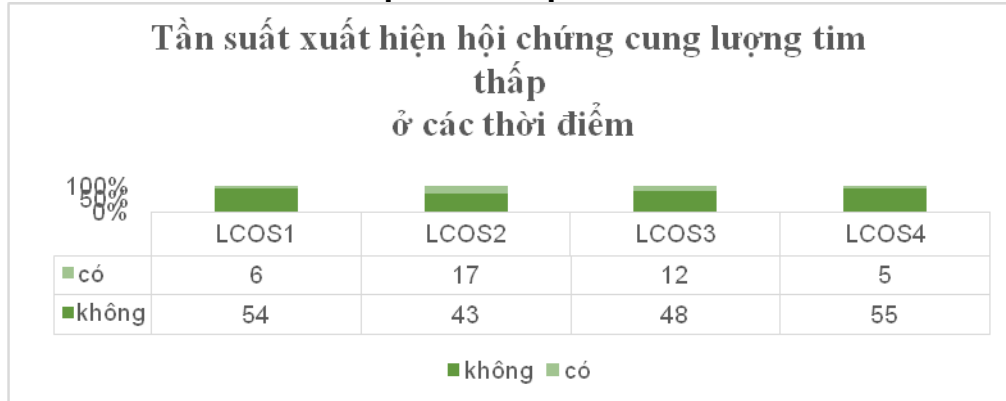
Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	Giá trị trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Giá trị min - max
Tuổi (tháng)	12,2 $\pm$ 15,7	1-84

Cân nặng (kg)	6,9 ±3,1	3-16
BSA (m ²)	0,35 ±0,12	0,2-0,73
Giới	Nam: nữ = 34:26	

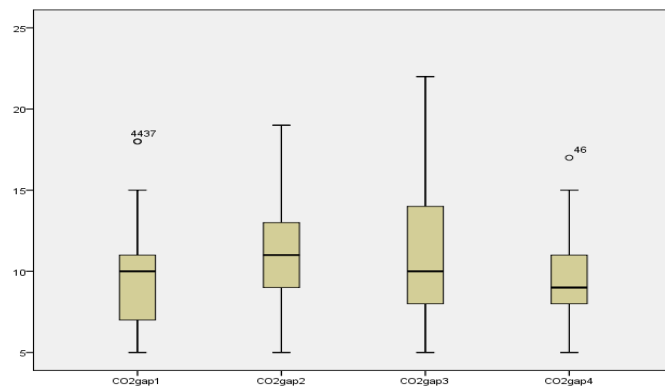
Nhận xét: Độ tuổi phẫu thuật thay đổi nhiều từ 1 tháng tới 7 tuổi, nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ.

Biểu đồ 3.1 Tần suất xuất hiện HCCLTT tại các thời điểm



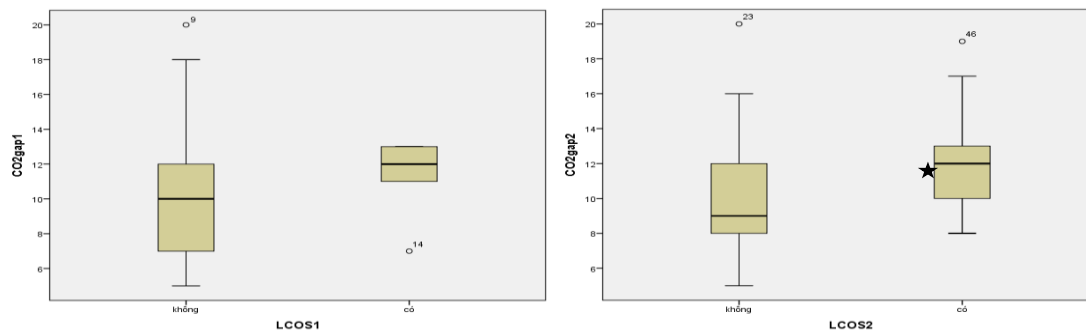
Nhận xét: Tần suất xuất hiện hội chứng cung lượng tim thấp tại các thời điểm là 10%- 28,3%. Thời điểm hay gặp hội chứng này nhất là sau khi ra hồi sức 6 giờ.

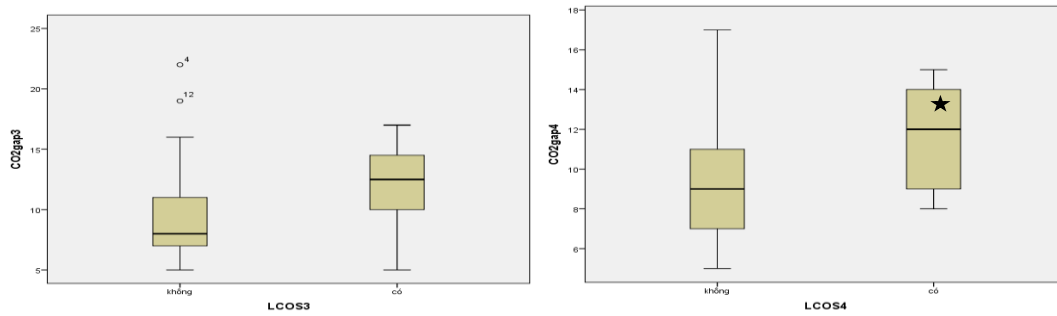
3.2. Kết quả mô tả sự thay đổi của chênh lệch phân áp CO₂ máu tĩnh mạch- động mạch tại các thời điểm



Biểu đồ 3.2. Mô tả sự thay đổi chênh lệch phân áp CO₂ máu tĩnh mạch- động mạch

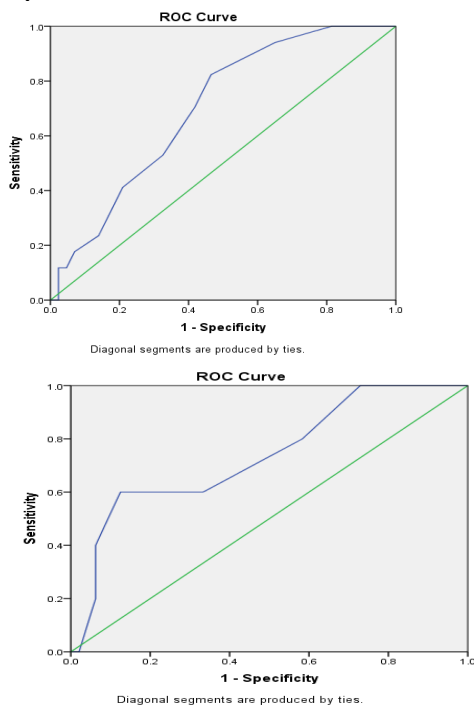
Nhận xét: giá trị trung bình của P(cv-a)CO₂ tại các thời điểm T1, T2, T3, T4 là xung quanh 10, với giá trị nhỏ nhất là 5 và lớn nhất là 20.





Biểu đồ 3.3. So sánh sự khác biệt giá trị $P(cv-a)CO_2$ giữa nhóm có HCCLTT với nhóm không có HCCLTT

Nhận xét: $P(cv-a)CO_2$ cao hơn trong nhóm có HCCLTT so với nhóm không có HCCLTT tại tất cả các thời điểm theo dõi. Tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê tại thời điểm T2 ($p=0,021$) và T4 ($p=0,043$).



T2

T4

Biểu đồ 3.4. Mô hình ROC về giá trị dự báo HCCLTT của chênh lệch phân áp CO_2 máu tĩnh mạch- động mạch tại thời điểm T2 và T4

Nhận xét: Mô hình ROC nằm ở trên đường tham chiếu và có diện tích dưới đường cong trên 0,6 cho thấy có giá trị dự báo của chỉ số nghiên cứu.

Bảng 3.2. Giá trị tiên lượng HCCLTT của độ chênh lệch phân áp CO_2 máu động mạch và tĩnh mạch tại thời điểm T2 và T4:

Thời điểm	Điểm cut-off $P(cv-a)CO_2$	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
T2	9,5	82%	54%
T4	9,5	60%	67%

Nhận xét: Khi tiếp tục khảo sát giá trị tiên lượng HCCLTT của chỉ số chênh lệch phân áp CO_2 máu

tĩnh mạch- động mạch tại thời điểm T2 và T4, bằng mô hình đường cong ROC, tìm được điểm cut-off của giá trị $P(cv-a)CO_2$ là 9,5 với độ nhạy 82% và 60% tại thời điểm T2, T4 tương ứng; độ đặc hiệu là 54% và 67% tại thời điểm T2, T4 tương ứng. Diện tích dưới đường cong của cả hai mô hình ROC tại thời điểm T2 và T4 đều là 0,7 chứng tỏ giá trị tiên lượng của $P(cv-a)CO_2$ là có thể chấp nhận được.

Bảng 3.3. Khảo sát các yếu tố liên quan tới độ chênh lệch phân áp CO_2 máu tĩnh mạch- động mạch

$P(cv-a)CO_2$	T1	T2	T3	T4
Có thẩn phân phúc mạc	p= 0,425	p= 0,201	p= 0,145	p=0,156
Điều trị ICU trên 2 ngày	p =0,93	p =0,083	p =0,011*	p =0,017*
$VIS \geq 15$	Không đủ số lượng để khảo sát			
Độ thanh thải lactat không cải thiện	p =0,388	p =0,397	p =0,000*	p =0,088
$ScvO_2 < 70\%$	p= 0,388	p= 0,397	p= 0,000*	p=0,088

Nhận xét: Những bệnh nhân cần nằm điều trị tại đơn vị hồi sức tim mạch trên 2 ngày thì có tăng đáng kể khoảng trống CO_2 trong máu tĩnh mạch và máu động mạch tại thời điểm 12 giờ và 24 giờ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm chung của nghiên cứu

Trong số 60 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, có nam nhiều hơn nữ, chiếm 56,67%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Độ tuổi trung bình là 12,2 tháng trong đó 70% trẻ được phẫu thuật dưới 1 tuổi. Độ tuổi trung bình, cân nặng và diện tích da cơ thể trong nghiên cứu cao hơn so với các nghiên cứu về phẫu thuật tim bẩm sinh khác đã được tiến hành tại Bệnh viện Nhi trung ương [5]. Điều này có thể do tiêu chuẩn loại trừ không đưa vào nghiên cứu các bệnh nhi còn shunt sau mổ. Các bệnh nhân có bệnh tim bẩm sinh phức tạp có tỉ lệ cần can thiệp phẫu thuật sớm nhiều hơn, cũng trải qua các phẫu thuật điều trị triệu chứng bằng tạo cầu nối chủ- phổi, hoặc chủ động để lại lỗ PFO ở tăng nhĩ nhiều hơn [4].

Tỉ lệ xuất hiện HCCLTT tại các thời điểm là từ 8,3- 28,3%, trong đó tần suất xuất hiện HCCLTT cao nhất tại thời điểm sau khi ra đơn vị hồi sức 6 giờ. Điều này cũng phù hợp với thời điểm biến loạn huyết động và xuất hiện HCCLTT nhiều nhất trong các nghiên cứu về hồi sức bệnh nhân nhi sau mổ tim mở [5].

3.2. Kết quả mô tả sự thay đổi của chênh lệch phân áp CO_2 máu tĩnh mạch- động mạch tại các thời điểm

Giá trị độ chênh lệch phân áp CO_2 máu tĩnh mạch- động mạch phân bố chuẩn và tương đồng giữa các thời điểm theo dõi, giá trị trung bình là 10 với dải phân bố từ 5- 22. Khí máu được lấy 2 mẫu liên tiếp qua catheter tĩnh mạch trung tâm và catheter theo dõi động mạch liên tục. Việc thực hành lấy mẫu máu đúng qui chuẩn, hạn chế khoảng cách thời gian lấy mẫu xét nghiệm giữa 2 mẫu máu tĩnh mạch và động mạch, thực hiện xét nghiệm khí máu trên cùng 1 loại máy xét nghiệm giúp giảm thiểu những sai số có thể gặp.

Trong biểu đồ 3.2 mô tả sự khác biệt về giá trị độ chênh lệch phân áp CO_2 máu tĩnh mạch- động mạch giữa hai nhóm không có và có HCCLTT. Trung bình và giá trị trung vị của $P(cv-a)CO_2$ đều cao hơn ở nhóm có biểu hiện HCCLTT. Tuy nhiên, sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê ở thời điểm 6h sau hồi sức và 24h sau hồi sức. Chúng tôi tiến hành đánh giá tiếp theo để tìm khả năng tiên lượng HCCLTT của chỉ số $P(cv-a)CO_2$ tại hai thời điểm này để tìm độ nhạy, độ đặc hiệu và điểm cut-off [6]. Độ nhạy của một xét nghiệm là tỉ lệ những trường hợp có bệnh và kết quả xét nghiệm dương tính trong toàn bộ các trường hợp có kết quả xét nghiệm dương tính. Công thức tính độ nhạy: độ nhạy = số dương tính thật/(số dương tính thật + số âm tính giả). Độ nhạy 100% được hiểu là toàn bộ những người mắc bệnh đều được phát hiện, độ nhạy 100% có thể có được khi gán cho toàn bộ các trường hợp kết quả xét nghiệm dương tính, do đó một mình độ nhạy không cho chúng ta biết chính xác toàn bộ về xét nghiệm, chính vì thế cần phải biết thêm về độ đặc hiệu của xét nghiệm [6]. Độ đặc hiệu của một xét nghiệm là tỉ lệ những trường hợp thực sự không có bệnh và có kết quả xét nghiệm âm tính trong toàn bộ các trường hợp có kết quả xét nghiệm âm tính. Công thức tính độ đặc hiệu: độ đặc hiệu = số âm tính thật/ (số âm tính thật + số dương tính giả). Độ đặc hiệu 100% có thể có được một cách thông thường khi gán cho toàn bộ các trường hợp xét nghiệm âm tính, vì thế không thể

đánh giá một xét nghiệm chỉ dựa vào độ đặc hiệu, mà phải xem xét cùng độ nhạy của xét nghiệm. Điểm cắt chính là điểm có độ nhạy + độ đặc hiệu -1 cao nhất.

Mỗi một điểm trên đường cong ROC có một giá trị về độ nhạy và độ đặc hiệu khác nhau. Khi diện tích dưới đường cong ROC có giá trị $\geq 0,6$ thì đường cong có giá trị tiên lượng. Tại các thời điểm 6, 24 giờ sau mổ, biểu đồ ROC có diện tích dưới đường cong trên 0,6 và có điểm cut-off của P(cv-a)CO₂ đều là 9,5. Điều này thể hiện P(cv-a)CO₂ tăng trên 9,5 có giá trị tiên lượng có HCCLTT ở thời điểm 6 giờ và 24 giờ sau ra khỏi hồi sức. Điểm cut-off này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn giá trị đề xuất trong một số nghiên cứu về chênh lệch phân áp CO₂ máu tĩnh mạch- động mạch khác [6].

Trong bảng 3.3 phân tích đơn biến các yếu tố liên quan tới tăng P(cv-a)CO₂ tại các thời điểm, nhận thấy giá trị P(cv-a)CO₂ ở thời điểm muộn nghiên cứu có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm phải điều trị

tại đơn vị hồi sức trên 2 ngày và nhóm ra khỏi đơn vị hồi sức ≥ 2 ngày. Có tới 69% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chuyển ra khỏi đơn vị hồi sức sau mổ tim mạch trong vòng 2 ngày, những bệnh nhân huyết động không ổn định, cần hỗ trợ thông khí, vận mạch, điều chỉnh các rối loạn chuyển hóa, toan kiềm là những bệnh nhân cần tiếp tục điều trị tại hồi sức. Giá trị P(cv-a)CO₂ tăng ở thời điểm 12 giờ và 24 giờ có thể chỉ dẫn nguy cơ bệnh nhân cần tiếp tục điều trị tại đơn vị hồi sức trên 2 ngày [7].

KẾT LUẬN

Tăng P(cv-a)CO₂ có liên quan với tình trạng có HCCLTT. Ngưỡng P(cv-a)CO₂ có giá trị tiên lượng HCCLTT tại thời điểm 6 giờ và 24 giờ sau khi ra khỏi hồi sức là 9,5. Độ nhạy, độ đặc hiệu tại thời điểm 6 giờ sau hồi sức tương ứng là 82% và 54%; tại thời điểm 24 giờ là 60% và 67%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoffman T.M, Wernovsky G et al. (2003). Efficacy and Safety of Milrinone in Preventing Low Cardiac Output Syndrome in Infants and Children After Corrective Surgery for Congenital Heart Disease. *Circulation*, 107(7), 996–1002.
2. Chandler H.K and Kirsch R (2016). Management of the Low Cardiac Output Syndrome Following Surgery for Congenital Heart Disease. *Curr Cardiol Rev*, 12(2), 107–111.
3. Nguyễn Quốc Kính (2005). Giá trị của phép đo PCO₂ và pH máu tĩnh mạch nhĩ phải lấy qua catheter tĩnh mạch trung tâm trong gây mê hồi sức mổ tim mở. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*, 38(5)-2005, 126–128.
4. Nguyễn Thanh Liêm, Trịnh Xuân Long (2010). Đánh giá kết quả phẫu thuật tim mở năm 2010 và xác định một số yếu tố liên quan. *Nhà xuất bản y học*, 25-35
5. Trần Minh Điển (2014). Nghiên cứu giá trị tiên lượng sớm của chỉ số thuốc vận mạch tăng cường co bóp cơ tim đối với kết quả điều trị tim bẩm sinh bằng phẫu thuật tim mở. *Nhà xuất bản Y học*, 36-46
6. Habicher M, Heymann C, Spies C.D et al (2015). Central Venous-Arterial pCO₂ Difference Identifies Microcirculatory Hypoperfusion in Cardiac Surgical Patients With Normal Central Venous Oxygen Saturation: A Retrospective Analysis. *J Cardiothorac Vasc Anesth*, 29(3), 646–655.
7. Mesquida J, Saludes P, Gruartmoner G et al (2015). Central venous-to-arterial carbon dioxide difference combined with arterial-to-venous oxygen content difference is associated with lactate evolution in the hemodynamic resuscitation process in early septic shock. *Crit Care*, 19(1).