

ĐẶC ĐIỂM LOÃNG XƯƠNG Ở CÁC BỆNH NHÂN DÙNG GLUCOCORTICOID TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH

Vũ Hồng Phương¹, Lưu Thị Bình²

Keywords: Osteoporosis, glucocorticoids, Dual Energy X-ray Absorptiometry (DEXA).

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng mật độ xương và một số yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương ở bệnh nhân dùng glucocorticoid kéo dài. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả 70 bệnh nhân có tiền sử dùng glucocorticoid kéo dài ≥ 3 tháng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Tất cả các bệnh nhân đều được đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA. **Kết quả:** Trong đó tỷ lệ loãng xương chung là 62,9%, loãng xương CSTL là 57,1%, ở CXĐ là 32,9%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa loãng xương với tuổi ≥ 70 ($p=0,041$), giới nữ ($p=0,001$), thời gian mãn kinh > 15 năm ($p= 0,001$), thiếu cân ($p= 0,001$), viêm khớp dạng thấp ($p= 0,001$), thời gian dùng glucocorticoid ≥ 12 tháng ($p= 0,001$), liều dùng glucocorticoid $\geq 7,5\text{mg}/24\text{h}$ ($p= 0,015$). **Kết luận:** dùng glucocorticoid kéo dài làm tăng nguy cơ loãng xương, đặc biệt trên các đối tượng nữ, tuổi cao, thời gian mãn kinh dài, thiếu cân, mắc bệnh viêm khớp dạng thấp, dùng glucocorticoid liều cao, kéo dài.

Từ khóa: Loãng xương, glucocorticoid, DEXA.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF OSTEOPOROSIS IN GLUCOCORTICOID INDUCED PATIENTS AT BAC NINH GENERAL HOSPITAL

Aim: Describe bone mass density and some factors related to osteoporosis in patients using prolonged glucocorticoid. **Subjects and methods:** cruss sectional study on 70 patients who using prolonged glucocorticoid ≥ 3 months, at Bac Ninh General Hospital. **Results:** The percentage of osteoporosis measured in the lumbar spine was (57.1%), in the neck of the femur was 32.9%, the overall rate of osteoporosis was 62.9%. There were significant relationships between osteoporosis with age ≥ 70 ($p= 0,041$), women ($p= 0,001$), menopause 15 years ($p=0,001$), underweight ($p=0,001$), rheumatoid arthritis ($p= 0,001$) and duration of glucocorticoid medication > 12 months ($p= 0,001$), glucocorticoid dose $\geq 7,5\text{mg}/24\text{h}$ ($p= 0,015$). **Conclusion:** using prolonged of glucocorticoid increases risk of osteoporosis, especially in patients with advanced age, women, menopause, underweight, rheumatoid arthritis, duration of glucocorticoid medication, using prolonged, high doses of glucocorticoid.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Thị Bình

Email: luuthibinh@tump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8/10/2019

Ngày phản biện khoa học: 1/11/2019

Ngày duyệt bài: 9/11/2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một bệnh lý tiến triển âm thầm gây hậu quả nghiêm trọng cho gia đình và xã hội do biến chứng gãy xương, đặc biệt gãy cổ xương đùi. Loãng xương tăng tỷ lệ theo tuổi và ở phụ nữ mãn kinh. Có nhiều nguyên nhân gây loãng xương thứ phát trong đó việc sử dụng glucocorticoid kéo dài là một trong những nguyên nhân thường gặp trên lâm sàng.

Tại Mỹ, hoạt chất này được kê cho khoảng 1 triệu bệnh nhân mỗi năm[5], ước tính tỷ lệ sử dụng glucocorticoid ở Mỹ là 1,2% với thời gian sử dụng kéo dài [7]. Tại Việt Nam, tỷ lệ sử dụng glucocorticoid chung là 9,39%, bệnh nhân bệnh tai mũi họng là 33,83%, cao nhất là nhóm liên chuyên khoa là 53,13%[2]. Tỷ lệ sử dụng và lạm dụng glucocorticoid tại Việt Nam cao hơn nhiều so với các nước phát triển, tình trạng này tăng cao là do việc lạm dụng glucocorticoid phổ biến trong điều trị tại các cơ sở y tế, đồng thời do thói quen tự dùng thuốc của các bệnh nhân không cần đơn của bác sĩ, cũng như việc quản lý bán thuốc theo đơn chưa được kiểm soát tại các quầy dược dẫn đến tình trạng lạm dụng thuốc tăng lên. Tại khoa Nội tiết - Cơ xương khớp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh, số lượng bệnh nhân đến điều trị loãng xương do sử dụng glucocorticoid khá nhiều, các bệnh nhân này thường vào viện vì đau đớn, giảm hoặc mất khả năng vận động, lún xẹp đốt sống, gãy xương gây ảnh hưởng nặng nề đến sinh hoạt hàng ngày và chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân. Vì vậy cần phải có nghiên cứu trên những đối tượng bệnh nhân này để giúp cho việc tiên lượng, điều trị bệnh được toàn diện và hiệu quả. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Phân tích tình trạng mật độ xương và một số yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương ở bệnh nhân dùng glucocorticoid kéo dài.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 70 bệnh nhân có tiền sử dùng glucocorticoid đường toàn thân kéo dài ≥ 3 tháng và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- Loại trừ: bệnh nhân không có khả năng trả lời câu hỏi, đang điều trị các bệnh nội tiết (cường giáp, cường cận giáp, u thượng thận, u

tuyến yên); suy thận mạn; đang điều trị loãng xương, ung thư... bệnh nhân không đo được MĐX bằng phương pháp DEXA.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, phân tích từng trường hợp, phương pháp thu thập số liệu: tiến cứu. Cỡ mẫu toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ tháng 6/2018 đến tháng 8/2019.

2.4. Chỉ tiêu đánh giá

Chẩn đoán loãng xương dùng trong nghiên cứu: theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 1994, đo mật độ xương tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi theo phương pháp DEXA.

- + Xương bình thường: T score từ -1SD trở lên.
- + Thiếu xương (Osteopenia): T score dưới -1SD đến -2,5SD.
- + Loãng xương (Osteoporosis): T score dưới -2,5SD.
- + Loãng xương nặng: T score dưới -2,5 SD kèm tiền sử/ hiện tại có gãy xương

Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương: Tuổi, giới, BMI trung bình, tiền sử bệnh (Viêm khớp dạng thấp -VKDT, bệnh gút, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính -COPD, tăng huyết áp - THA, đái tháo đường - ĐTĐ...), tiền sử dùng glucocorticoid (liều <7,5mg/24h, ≥ 7,5mg; thời gian: ≥3 - <12 tháng, ≥12 tháng).

2.5. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm thống kê y học SPSS16.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của các bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		n= 70	%
Giới	Nam	23	32,9
	Nữ	47	67,1
Tuổi	< 50	8	11,4
	50-69	35	50
	≥ 70	27	38,6
	X±SD (min, max)	65,36±10,82 (43 - 90)	
Tuổi mãn kinh(n=44)	X±SD (min, max)	45,95 ± 3,17 (40, 52)	
BMI	Thiếu cân	17	24,3
	Bình thường	47	67,1
	Thừa cân + béo phì	6	8,6
	X±SD (min, max)	20,34±2,27 (15,2- 28)	

Nhận xét: - Có 67,1% bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình 65,36±10,82 trong đó nhóm tuổi cao nhất là 50-69 (50%). Tuổi mãn kinh trung bình

45,95 ± 3,17.

- BMI trung bình 20,34±2,27, trong đó thiếu cân 24,3%.

- Hoạt động thể lực 41,4%.

Bảng 2. Đặc điểm về dùng glucocorticoid của của các bệnh nhân nghiên cứu

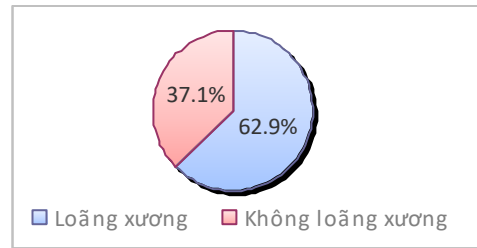
Đặc điểm		n = 70	%
Loại thuốc	Medrol	36	51,4
	Dexamethason	18	25,7
	Prednisolon	16	22,9
Liều dùng (mg/ 24h)	< 7,5 mg	25	35,7
	≥ 7,5mg	45	64,3
	X ± SD (min, max)	10,72±5,06 (5-20)	
Thời gian (tháng)	3-<12 tháng	24	34,3
	≥12 tháng	46	65,7
	X±SD	34,68±68,82 (3-480)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân dùng Medrol cao nhất (51,4%), nồng độ glucocorticoid trung bình 11,21±4,98. Liều dùng ≥7,5mg chiếm cao nhất (71,4%).

Bảng 3: Đặc điểm về mật độ xương của các bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	CSTL		CXĐ	
	n = 70	%	n = 70	%
Bình thường	11	15,7	14	20
Thiếu xương	19	27,1	33	47,1
Loãng xương	40	57,1	23	32,9
X±SD (T-score)	-2,76±1,54		-1,95±1,11	

Nhận xét: Tỷ lệ loãng xương đo ở CSTL là 57,1%, ở CXĐ là 32,9%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ loãng xương của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ tình trạng loãng xương chung ở ĐTNghiên cứu 62,9%.

Bảng 4: Môi liên quan giữa một số đặc điểm chung với tình trạng loãng xương

Đặc điểm		Loãng xương (n,%)	Không loãng xương (n,%)	p
Giới	Nam	7	16(69,6)	0,001
	Nữ	37(78,7)	10(21,3)	
Thời gian	≤ 15	7 (58,3)	5 (41,7)	0,001

mãn kinh (năm)	> 15	30(93,75)	2(6,25)	
Tuổi (năm)	<50	2 (25)	6 (75)	0,041
	50-69	22 (62,9)	13 (37,1)	
	≥ 70	20 (74,1)	7 (25,9)	
	Không	32 (78)	9 (22)	
Phân độ BMI	Thiếu cân	15 (88,2)	2 (11,8)	0,001
	Bình thường	28 (59,6)	19 (40,4)	
	BMI ≥ 23	1 (16,7)	5 (83,3)	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ loãng xương giữa giới nam và nữ, giữa các nhóm tuổi, thời gian mãn kinh, phân độ BMI của các bệnh nhân.

Bảng 5: Mối liên quan giữa các bệnh mắc phải với tình trạng loãng xương

Đặc điểm		Loãng xương (n,%)	Không loãng xương (n,%)	p
VKDT	Có	21(91,3)	2 (8,7)	0,001
	Không	23(48,9)	24 (51,1)	
COPD	Có	4 (80)	1 (20)	0,41
	Không	40(61,5)	25 (38,5)	
THA	Có	20(58,8)	14 (41,2)	0,5
	Không	24(66,7)	12 (33,3)	
ĐTĐ	Có	19(70,4)	8 (29,6)	0,3
	Không	25(58,1)	18 (41,9)	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ loãng xương và không loãng xương ở nhóm bệnh nhân VKDT (p=0,001).

Bảng 6: Mối liên quan giữa liều dùng, thời gian dùng glucocorticoid với loãng xương

Đặc điểm dùng glucocorticoid		Loãng xương (n,%)	Không loãng xương (n,%)	p
Liều dùng (mg /24h)	<7,5	11 (44)	14 (56)	0,015
	≥7,5	33(73,3)	12 (26,7)	
Thời gian dùng(tháng)	< 12	5 (20,8)	19 (79,2)	0,001
	≥ 12	39(84,8)	7 (15,2)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân loãng xương cao hơn ở nhóm bệnh nhân dùng glucocorticoid liều cao ≥ 7,5mg/24h với p= 0,015, sử dụng thuốc kéo dài ≥ 12 tháng với p=0,001.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nữ giới cao gấp 2 lần nam giới, tỷ lệ bệnh nhân tuổi trên 50-69 tuổi chiếm 50%. Trong các chế phẩm glucocorticoid mà các bệnh nhân dùng như prednisolon, dexamethaxone, medrol... thì dạng thuốc medrol được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 51,4% (Bảng 2). Kết quả nghiên cứu của

Phạm Thành Suol và cs trên các bệnh nhân điều trị nội trú cũng đã cho thấy tỷ lệ dùng medrol cao nhất [2].

Các bệnh nhân của chúng tôi được đo MĐX bằng phương pháp DEXA tại vị trí CSTL và CXĐ, có 44 bệnh nhân (62,9%) được chẩn đoán loãng xương, trong đó 40 bệnh nhân (57,1%) được chẩn đoán loãng xương khi đo trên CSTL và 23 bệnh nhân (32,9%) được chẩn đoán loãng xương khi đo trên CXĐ (Bảng 3). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Ghazi M và cộng sự tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân dùng glucocorticoid là 55,4% và 10,5% ở bệnh nhân không dùng glucocorticoid [6]. Như vậy chẩn đoán loãng xương dựa trên đo trên CSTL có giá trị chẩn đoán cao hơn so với vị trí CXĐ. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới.

Chúng tôi tìm hiểu mối liên quan giữa một số đặc điểm của bệnh nhân với tình trạng loãng xương cho kết quả có mối liên quan giữa loãng xương với các yếu tố như tuổi ≥ 70, nữ giới, mãn kinh > 15 năm, BMI thấp (Bảng 4). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Lan và cs (2015) nghiên cứu trên cả nam và nữ cho thấy yếu tố nguy cơ loãng xương ở nam > 60 tuổi là BMI < 18,5, tiền sử uống rượu, cân nặng <60kg và ở nữ >50 tuổi là tuổi >70, sinh >5 lần, mãn kinh > 12 tháng không liên quan thai kỳ, cân nặng < 42kg, chiều cao < 147cm [1].

Trên các bệnh nhân có thể mắc một hoặc nhiều bệnh khác nhau. Chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân mắc bệnh VKDT có tỷ lệ mắc loãng xương cao hơn các bệnh nhân khác (Bảng 5). Điều này lý giải là do bệnh nhân cần sử dụng các thuốc giảm đau chống viêm, trong đó glucocorticoid cũng là một thuốc điều trị VKDT trong phác đồ. Với các bệnh khác như COPD, THA, ĐTĐ chưa thấy có mối liên hệ. Có thể do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn nên chưa thấy có sự khác biệt có ý nghĩa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 45/70 bệnh nhân dùng glucocorticoid ≥ 7,5mg/24h, trong đó tỷ lệ loãng xương chiếm 73,3% so với nhóm dùng glucocorticoid < 7,5 mg/24h là 44%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p= 0,015. Nghiên cứu của Boyanov M có 68,7% những người điều trị glucocorticoid với liều tương đương 10 mg prednisolon / 24h bị loãng xương ít nhất tại một vị trí, so với 18,8% người không điều trị glucocorticoid [4]. Có 46/70 bệnh nhân có thời gian dùng ≥12 tháng, tỷ lệ loãng xương là 84,8% so với nhóm có thời gian dùng < 12 tháng là 20,8%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,01 (Bảng 6). Kết quả này cũng phù

hợp với nghiên cứu Akhila Balasubramanian (2018), Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân dùng glucocorticoid kéo dài là 50% [3].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân dùng Medrol cao nhất (51,4%), liều dùng glucocorticoid trung bình/ ngày $10,72 \pm 5,06$. Liều dùng $\geq 7,5$ mg chiếm 64,3%.

- Tỷ lệ loãng xương ở các bệnh nhân nghiên cứu là 62,9%, trong đó tỷ lệ loãng xương đo ở CSTL 57,1%, và tại CXĐ là 32,9%.

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng loãng xương với tuổi ($p= 0,041$), giới nữ ($p= 0,001$), thời gian mãn kinh ($p= 0,001$). Hoạt động thể lực thường xuyên ($p= 0,01$) và BMI thấp ($p=0,001$).

- Tỷ lệ bệnh nhân loãng xương cao hơn rõ rệt ở nhóm các bệnh nhân có bệnh VKDT 91,3% so với bệnh nhân không VKDT 8,7% với $p= 0,001$, có bệnh gút 33,3% với $p= 0,008$, thời gian dùng thuốc glucocorticoid liều cao $\geq 7,5$ với $p=0,015$, kéo dài ≥ 12 tháng với $p=0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Lan và cs (2015), "Khảo sát yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ Việt Nam từ 50 tuổi trở lên và nam giới 60 tuổi trở lên", Tạp chí nghiên cứu y học, 97(5), tr. 91-98.
2. Phạm Thành Suôi và cs (2016), "Khảo sát tình hình sử dụng cortocoid tại các khoa điều trị nội trú bệnh viên Đại học y dược Cần Thơ trong năm 2015", Y học Việt Nam, (2), tr. 201-207.
3. Akhila Balasubramanian(2018), Glucocorticoid Exposure and Fracture Risk in a Cohort of US Patients With Selected Conditions, Journal of Bone and Mineral Research, pp. 1881-1888.
4. Boyanov M., Robeva R., Popivanov P(2003), Bone mineral density changes in women with systemic lupus erythematosus.
5. Ewa Sewerynek, Michal Stu (2012), "Steroid-induced Osteoporosis", Aging Health, 8(5), pp. 471-477.
6. Ghazi M, Kolta S, Briot K et al. (2012), Prevalence of vertebral fractures in patients with rheumatoid arthritis: revisiting the role of glucocorticoids, Osteoporos(23) pp. 581-587.
7. Overman RA, Yeh JY, (2013), Prevalence of oral glucocorticoid usage in the United States: a general population perspective, Arthr Care Res (65): 294-8.

CÁC CHỈ SỐ XÉT NGHIỆM VÀ QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN HIV/AIDS MỚI ĐIỀU TRỊ TẠI MỘT SỐ TỈNH NĂM 2016-2018

Đoàn Thị Thùy Linh*, Đào Thị Minh An**, Trần Tuấn Cường***, Lê Thị Hương*

TÓM TẮT

Chương trình cải thiện chất lượng điều trị HIV/AIDS (HIVQUAL) gồm 12 chỉ số được Bộ Y tế áp dụng từ năm 2014 với mục đích cung cấp dịch vụ điều trị HIV/AIDS chất lượng và đúng hướng dẫn quốc gia. Từ năm 2016, HIVQUAL được lồng ghép vào bệnh viện. Để theo dõi sự thay đổi các chỉ số HIVQUAL từ khi lồng ghép vào hệ thống quản lý chất lượng bệnh viện, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm và quản lý điều trị trên bệnh nhân ARV mới năm 2016-2018 tại 6 bệnh viện/TTYT có điều trị HIV/AIDS. Sử dụng phương pháp điều tra cắt ngang tại 3 năm, nghiên cứu thu thập các chỉ số đo lường chất lượng điều trị HIV/AIDS theo hướng dẫn của Cục Phòng, chống HIV/AIDS để đánh giá các chỉ số về xét nghiệm và điều trị HIV/AIDS cho nhóm bệnh nhân ARV mới. Các kết quả chính gồm: Tỷ lệ bệnh nhân được làm xét nghiệm CD4 và tải lượng HIV còn thấp và giảm qua 3 năm. Bệnh

nhân tiếp cận muộn với điều trị ARV khi mức trung bình CD4 lúc bắt đầu điều trị không khác biệt ở cả 3 năm ($p>0.05$), kết quả lần lượt là 324; 321 và 369 tế bào/mm³. Trung vị thời gian làm xét nghiệm tải lượng HIV cho bệnh nhân giảm dần từ 16 tháng xuống còn 6 tháng ($p<0.0001$). Trung bình thời gian điều trị ARV để đạt được ngưỡng ức chế tải lượng HIV giảm dần là $18,1 \pm 0,6$ tháng (2016); $10,1 \pm 0,4$ tháng (2017) và $5,7 \pm 0,3$ tháng (2018) (Log-rank test <0.0001). Trên 94% bệnh nhân có kết quả xét nghiệm tải lượng HIV ≤ 1000 bản sao/ml qua các năm. Trung bình thời gian chờ điều trị ARV được rút ngắn qua các năm ($p<0.05$). Các chỉ số về tuân thủ điều trị, sàng lọc lao vẫn được duy trì ở mức cao. Chỉ số về điều trị dự phòng Lao bằng INH, điều trị dự phòng các bệnh nhiễm trùng cơ hội bằng Cotrimoxazole được cải thiện ($p<0.05$).

Từ khoá: Điều trị HIV/AIDS, ARV, cải thiện chất lượng.

SUMMARY

INDICATORS FOR TESTING AND MANAGEMENT, TREATMENT ON NEWLY HIV/AIDS PATIENTS IN SOME PROVINCES FROM 2016 TO 2018

Quality improvement program for HIV/AIDS treatment (HIVQUAL) including 12 indicators were applied in 2014 focus on provide high quality services and follow the national guideline. Since 2016, HIVQUAL was integrated into the hospitals. In order to

*Cục Phòng chống HIV/AIDS

**Trường Đại học Y Hà Nội

***Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Thùy Linh

Email: thuylinhytcc@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/9/2019

Ngày phản biện khoa học: 19/10/2019

Ngày duyệt bài: 1/11/2019

monitor the change of HIVQUAL indicators after integration, the study to implement with objective is monitor the change of indicators for testing and treatment for newly ARV patients in 2016-2018 at 6 hospitals. Using cross-sectional method at 3 years, the study to collect HIVQUAL indicators based on the guidance of Vietnam Authority of HIV/AIDS Control to measure testing and treatment indicators for the newly ARV patients. The key finding showed that the percentage of patients tested CD4 count and viral load were low. HIV patients still to access ARV treatment late with the CD4 mean didn't difference during 3 years ($p > 0.05$), the CD4 mean was 324; 321 and 369 cell/mm³. The median of duration of HIV viral load testing for newly patient decreased from 16 to 6 months ($p\text{-value} < 0.0001$). The mean of ARV waiting time to achieve HIV viral load suppression were decreased: 18.1 ± 0.6 months in 2016; 10.1 ± 0.4 months in 2017 and 5.7 ± 0.3 months in 2018 (Log-rank test < 0.0001). More than 94% of patients has HIV viral load ≤ 1000 copies/ml. The mean of duration of waiting time for ARV treatment is shortened over the years ($p < 0.05$). The indicators of ARV adherence, TB screening are still maintained at high level. The indicators of TB prophylaxis with INH and prophylaxis of opportunistic infection diseases with CTX are improved ($p < 0.05$).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị thuốc kháng HIV (ARV) bắt đầu tại Việt Nam từ 2005 và được triển khai mở rộng rất nhanh chóng. Tính đến 12/2018, toàn quốc hiện có 431 cơ sở điều trị bằng thuốc ARV được thiết lập ở tất cả các tuyến trung ương, tỉnh, huyện và một số cơ sở đặt tại các bệnh viện của quân đội[6]. Nhằm tăng cường chất lượng dịch vụ điều trị HIV/AIDS, hoạt động cải thiện chất lượng HIV/AIDS được triển khai tại Việt Nam với mục đích: (a) tất cả các cơ sở điều trị HIV/AIDS cung cấp dịch vụ theo đúng hướng dẫn quốc gia; (b) Cung cấp dịch vụ có chất lượng cho người nhiễm HIV; (c) Giảm tỷ lệ không tuân thủ và mất dấu bệnh nhân. Để đánh giá chất lượng điều trị HIV/AIDS tại các phòng khám ngoại trú, Bộ Y tế đã ban hành 12 chỉ số đánh giá năm 2014 (sau đây gọi tắt là chỉ số HIVQUAL)[2]. Các chỉ số được chia thành 2 nhóm chính gồm: (a) Nhóm chỉ số đánh giá về thực hiện xét nghiệm CD4, tải lượng HIV gồm tỷ lệ bao phủ các xét nghiệm, thời gian thực hành xét nghiệm đúng cho bệnh nhân và tỷ lệ bệnh nhân đạt ngưỡng ức chế tải lượng HIV; (b) Nhóm chỉ số đánh giá về quản lý điều trị HIV/AIDS gồm tuân thủ điều trị ARV, tái khám đúng hẹn, thời gian chờ điều trị ARV, sàng lọc lao, điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng Cotrimoxazole và điều trị dự phòng lao bằng INH. Nhìn từ góc độ quản lý chương trình điều trị HIV/AIDS thì việc quan tâm nhất của hệ thống là các chỉ số HIVQUAL thay đổi và cải

thiện như thế nào theo thời gian? Để trả lời câu hỏi trên, nghiên cứu được tiến hành tại một số tỉnh, thành phố với 2 mục tiêu:

1) *Mô tả sự thay đổi các chỉ số về xét nghiệm cho bệnh nhân mới điều trị ARV giai đoạn 2016-2018.*

2) *Mô tả sự thay đổi các chỉ số về quản lý điều trị HIV/AIDS cho bệnh nhân mới điều trị ARV giai đoạn 2016-2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Để đo lường sự thay đổi các chỉ số về xét nghiệm và quản lý điều trị HIV/AIDS, nghiên cứu tập trung phân tích trên nhóm bệnh nhân mới điều trị ARV năm 2016-2018.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Bệnh án ngoại trú của bệnh nhân HIV/AIDS trên 14 tuổi mới bắt đầu điều trị ARV bao gồm cả những trường hợp mới điều trị bị tử vong, bỏ trị, chuyển đi của các năm 2016, 2017 và 2018.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh án của bệnh nhân HIV/AIDS chuyển tới trong các năm 2016, 2017 và 2018.

- *Địa điểm nghiên cứu:* tại 6 bệnh viện/TTYT có cùng đặc điểm về dịch vụ điều trị HIV/AIDS thuộc 3 tỉnh, thành phố gồm: Cần Thơ (TTYT Thốt Nốt, TTYT Ô Môn), An Giang (BVĐK Tỉnh Biên, TTYT Long Xuyên), Sơn La (BVĐK tỉnh, BVĐK Mai Sơn).

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang theo thời gian trong 3 năm 2016-2018

2.3. Mẫu và chọn mẫu

Bảng 1. Mô tả cỡ mẫu của nghiên cứu

	2016	2017	2018
1) Tổng cỡ mẫu của nghiên cứu, trong đó:	1306	1381	1446
BN ARV cũ	806	897	1179
BN mới bắt đầu điều trị ARV trong năm	500	484	267
2) Số BN ngừng, tử vong, chuyển đi trong năm, trong đó	97	135	61
BN ARV cũ	64	91	32
BN ARV mới trong năm	33	44	29

Từ quần thể nghiên cứu là toàn bộ các bệnh nhân HIV đang được quản lý và điều trị tại 6 bệnh viện của các năm 2016-2018, nghiên cứu tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên trên phần mềm HIVQUAL của Cục Phòng, chống HIV/AIDS[1]. Tổng số mẫu nghiên cứu của 3 năm tương ứng là 1.306; 1.381 và 1.446 bệnh nhân. Trong mẫu ngẫu nhiên của 3 năm, số bệnh nhân mới bắt đầu điều trị ARV lần lượt là 500; 484 và 267 bệnh nhân (Bảng 1).

2.4. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Thông tin chung: Tuổi, tỷ lệ tiếp cận thẻ BHYT, các xét nghiệm cơ bản, giai đoạn lâm sàng theo WHO

Các chỉ số về xét nghiệm CD4 và tải lượng HIV: Tỷ lệ xét nghiệm CD4 và tải lượng HIV; Thời gian thực hành xét nghiệm; Kết quả xét nghiệm CD4 và tải lượng HIV

Các chỉ số về quản lý, điều trị HIV/AIDS: Thời gian chờ điều trị ARV; Điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng Cotrimoxazole; Điều trị dự phòng Lao bằng INH; Tuân thủ điều trị ARV; Sàng lọc Lao

2.5. Thu thập thông tin: Thông tin được thu thập vào phiếu thu thập thông tin. Sau đó

nhập liệu vào phần mềm HIVQUAL của Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Từ phần mềm HIV QUAL, số liệu được chuyển sang phần mềm SPSS để phân tích số liệu.

2.6. Phương pháp phân tích thống kê: Nghiên cứu so sánh sự khác biệt theo thời gian các chỉ số nghiên cứu gồm tỷ lệ xét nghiệm CD4, tải lượng HIV và các kết quả xét nghiệm. Sử dụng các kiểm định thống kê so sánh sự khác biệt về tỷ lệ, giá trị trung bình cho 3 mẫu độc lập. Nghiên cứu sử dụng kiểm định sống sót để phân tích xác suất ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml theo thời gian điều trị ARV và kiểm định sự khác biệt giữa các năm bằng Log-Rank test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

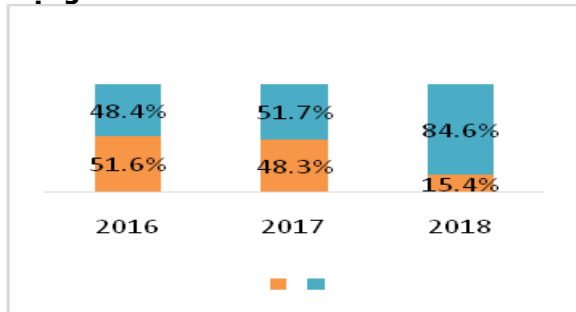
3.1. Thông tin chung

Bảng 2. Thông tin chung

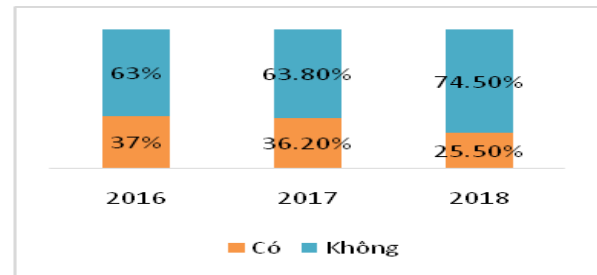
Đặc điểm	Nhóm	Năm 2016 N (%)	Năm 2017 N (%)	Năm 2018 N (%)
	N	500	484	267
Tuổi	14 - 25	74 (14.8)	76 (15.7)	59 (22.1)
	26 - 40	310 (62)	297 (61.4)	156 (58.4)
	41 - 60	106 (21.2)	107 (22.1)	50 (18.7)
	>60	10 (2.0)	4 (0.8)	2 (0.7)
Tiếp cận BHYT	Có thẻ BHYT	253 (50.6)	325 (67.1)	199 (74.5)
	Không có thẻ BHYT	247 (49.4)	159 (32.9)	68 (25.5)
Xét nghiệm men gan	Có	255 (51)	290 (59.9)	92 (34.4)
	Không	245 (49)	194 (40.1)	175 (65.6)
	AST Trung bình (Min-Max)	34.76 (0-772)	42.97 (0-1847)	39.17 (0-311)
	ALT Trung bình (Min-Max)	44.26 (0-356)	49.26 (0-1683)	43.61 (3-672)
Giai đoạn lâm sàng theo WHO	1	422 (84.4)	380 (78.5)	244 (91.4)
	2	27 (5.4)	43 (8.89)	3 (1.12)
	3	15 (3.0)	18 (3.72)	15 (5.62)
	4	11 (2.2)	11 (2.27)	0
	Không đánh giá	25 (5.0)	32 (6.6)	5 (1.87)

Đa số bệnh nhân ARV mới thuộc nhóm tuổi 26 – 40 (>58%), chủ yếu bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng 1. Tỷ lệ bệnh nhân có thẻ BHYT tăng dần từ 2016, 2017 đến 2018 lần lượt là 50.6%; 67.1% và 74.5%.

3.2. Các chỉ số về xét nghiệm CD4 và tải lượng HIV



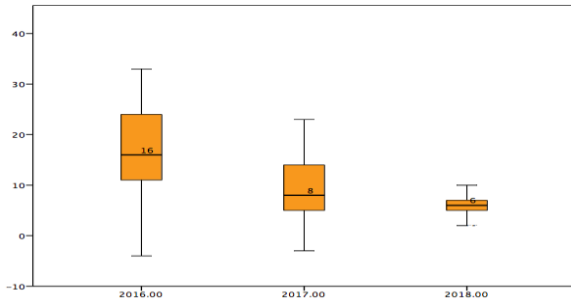
Hình 1. Tỷ lệ bệnh nhân ARV mới được làm XN CD4



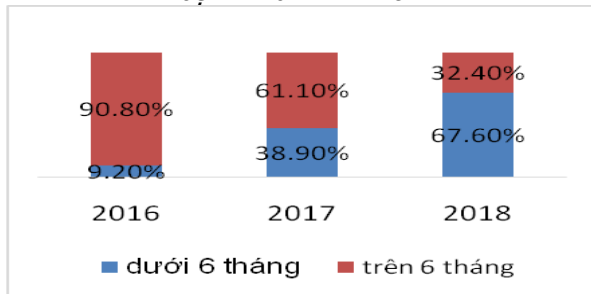
Hình 2. Tỷ lệ bệnh nhân ARV mới được làm XN tải lượng HIV

Tỷ lệ bệnh nhân mới điều trị ARV được xét nghiệm CD4 thấp và giảm qua 3 năm, thấp nhất năm 2018 là 15.4% (hình 1), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.05.

Tỷ lệ bệnh nhân mới điều trị ARV được xét nghiệm tải lượng HIV thấp, dao động quanh mức 25-37% và thấp nhất năm 2018 là 25.5% (hình 2). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.05.

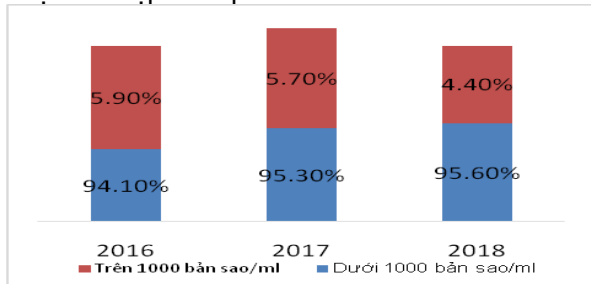


Hình 3. Thời gian xét nghiệm tải lượng HIV cho bệnh nhân ARV mới

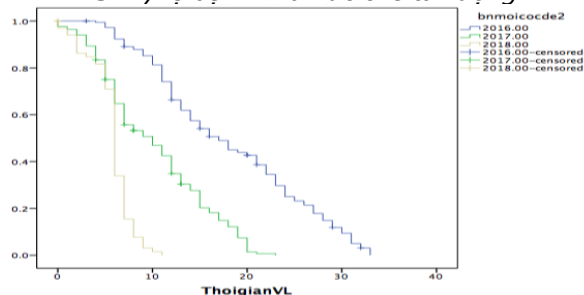


Hình 4. Tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng HIV tại thời điểm 6 tháng

Thời gian làm xét nghiệm tải lượng HIV cho bệnh nhân ARV mới giảm dần theo thời gian. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Hình 3 giải thích thời gian bệnh nhân được làm xét nghiệm tải lượng HIV lần đầu giảm qua các năm 2016-2018 với mức trung vị là 16; 8 và 6 tháng, độ giao động giá trị nhỏ nhất và lớn nhất giữa các năm ngắn dần và diện tích của biểu đồ hộp được thu hẹp dần qua các năm.



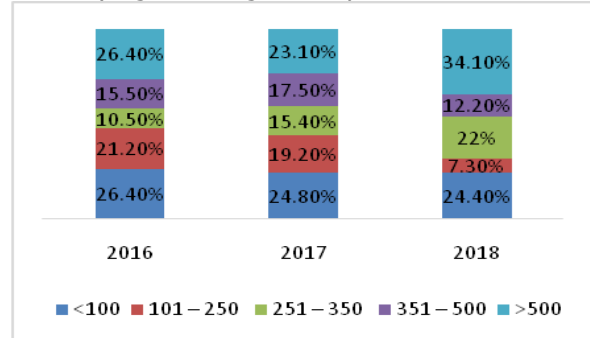
Hình 5. Tỷ lệ bệnh nhân ức chế tải lượng HIV



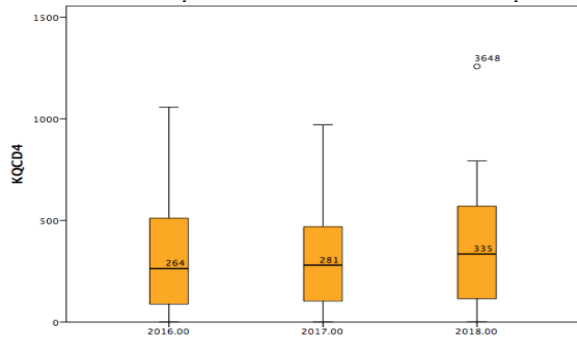
Hình 6. Xác xuất ức chế tải lượng HIV theo

thời gian điều trị ARV

Tỷ lệ bệnh nhân được làm xét nghiệm tải lượng HIV tại thời điểm 6 tháng tăng theo thời gian: từ 9.2% (2016) lên 67.6% (2018), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.0001$.



Hình 7. Tỷ trọng các mức kết quả xét nghiệm CD4 của bệnh nhân lúc bắt đầu điều trị



Hình 8. Trung vị kết quả xét nghiệm CD4 của bệnh nhân lúc bắt đầu điều trị

Tỷ lệ ức chế tải lượng HIV ≤ 1000 bản sao/ml cao trên 94% ở cả 3 năm (hình 5). Không có sự khác biệt về kết quả xét nghiệm tải lượng HIV cho bệnh nhân ARV mới của 3 năm với $p > 0.05$.

Có sự khác biệt về thời gian ức chế tải lượng HIV ≤ 1000 bản sao/ml giữa các nhóm bệnh nhân ARV mới của các năm (Log-Rank test < 0.05) (hình 6). Trung bình thời gian điều trị ARV để đạt được ngưỡng ức chế tải lượng HIV ≤ 1000 bản sao/ml giảm dần từ năm 2016 đến 2018 lần lượt là 18.1 ± 0.6 tháng (2016); 10.1 ± 0.4 tháng (2017) và 5.7 ± 0.3 tháng (2018).

Trung bình kết quả CD4 của bệnh nhân lúc bắt đầu điều trị qua các năm 2016 – 2018 lần lượt là 325; 321 và 369 tế bào/mm³. So sánh mức trung bình kết quả xét nghiệm CD4 với mức tiêu chuẩn 500 tế bào/mm³ cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Trung bình CD4 của bệnh nhân mới điều trị ARV có sự khác biệt giữa các năm với $p = 0.531 > 0.05$. Nhóm bệnh nhân có kết quả CD4 < 100 tế bào/mm³ vẫn cao khoảng từ 24-26%.

3.3. Các chỉ số về điều trị HIV/AIDS

Bảng 3. Các chỉ số về điều trị HIV/AIDS

Chỉ số	Đơn vị tính (ngày)	2016	2017	2018	χ^2 , p-value (KruskalWallis)
		N= 500	N= 484	N=267	
Thời gian bệnh nhân chờ điều trị ARV	Trung bình	161	120	33	$\chi^2=111.37$ p<0.0001
	Trung vị	7	3	0	
	Mean rank	733.83	608.41	455.9	
	Tỷ lệ BN có thời gian chờ điều trị ARV ≤ 15 ngày	370 (74)	395 (81.6)	253 (94.8)	$\chi^2=49.47$, p<0.0001
Điều trị CTX	Có	269 (53.7)	272 (56.2)	171 (64)	$\chi^2= 7.72$, p = 0.021
Điều trị INH	Có	176 (35.2)	95 (19.6)	75 (28.1)	$\chi^2= 29.8$, p<0.0001
Tuần thủ điều trị	Có	473 (99)	441 (96.9)	260 (99.2)	$\chi^2=7.53$, p = 0,023
Sàng lọc lao	Có	476 (99.6)	439 (96.5)	262 (100)	$\chi^2= 20.2$, p<0.0001

Tỷ lệ điều trị cotrimoxazole tăng lên từ 53.7% (2016) lên 64% (2018). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0.021$. Tỷ lệ điều trị dự phòng Lao bằng INH mặc dù có sự khác biệt giữa các năm với $p<0.0001$ (năm 2018 tăng lên so với 2017 nhưng vẫn thấp hơn so với năm 2016).

Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV, tỷ lệ bệnh nhân được sàng lọc Lao giữa các năm được duy trì ở mức trên 96% và chạm mốc 99-100% ở năm 2018. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0.05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm cho bệnh nhân ARV mới điều trị

Kết quả xét nghiệm CD4 là một trong những điều kiện xác định tiêu chuẩn điều trị ARV năm 2016, 2017 theo Hướng dẫn quản lý, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS được ban hành tại Quyết định 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 (gọi tắt là Quyết định 3047). Các bệnh nhân HIV/AIDS mới cần được làm xét nghiệm CD4 tại thời điểm đăng ký điều trị và trong khi điều trị 6 tháng/lần [4],[7]. Nếu kết quả xét nghiệm CD4 ≤ 500 tế bào/mm³ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị ARV. Từ năm 2018, Bộ Y tế ban hành Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 27/12/2017 (gọi tắt là Quyết định 5418). Đây là văn bản cập nhật, bổ sung và sửa đổi của Quyết định 3047. Tại Quyết định 5418, việc điều trị ARV không phụ thuộc vào kết quả xét nghiệm CD4 nhưng xét nghiệm CD4 vẫn cần được thực hiện 6 tháng/lần để theo dõi, điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm CD4 thấp, năm 2018 tỷ lệ thấp hơn của 2 năm trước đó một số nguyên nhân: (a) giai đoạn 2016-2018 là thời điểm các cơ sở điều trị ARV mới sát nhập về bệnh viện/TTYT 2 chức năng [3]. Cả 6

cơ sở điều trị ARV trong nghiên cứu này đều sát nhập, thay đổi về mô hình tổ chức, cung cấp dịch vụ điều trị vào năm 2016 và hoàn thành sát nhập vào năm 2017. Điều này ảnh hưởng lớn tới việc thực hiện các dịch vụ xét nghiệm thường quy; (b) Một nguyên nhân khác ảnh hưởng tới tỷ lệ thực hiện xét nghiệm CD4 thấp năm 2018 là do có 2 TTYT của thành phố Cần Thơ không tiến hành được xét nghiệm CD4 vì máy xét nghiệm hỏng, chưa được khắc phục và sửa chữa kịp thời;

Bệnh nhân đến tiếp cận điều trị khá muộn. Nhóm bệnh nhân có kết quả CD4 < 100 tế bào/mm³ vẫn cao ở cả 3 năm, dao động từ 23 - 34%. Phân tích kết quả xét nghiệm CD4 của bệnh nhân lúc bắt đầu điều trị ARV qua 3 năm cho thấy không có sự khác biệt ($p>0.05$). Vấn đề tiếp cận bệnh nhân với điều trị ARV qua các năm không thay đổi. Điều này chứng tỏ sự kết nối giữa cơ sở xét nghiệm phát hiện HIV và cơ sở điều trị ARV chưa được cải thiện. Truyền thông, tư vấn giới thiệu bệnh nhân HIV (+) đến tiếp cận với điều trị ARV còn hạn chế. Mặc dù năm 2018 trung vị kết quả xét nghiệm CD4 là 335 tế bào/mm³ cao hơn so với năm 2016, 2017 nhưng đây vẫn là kết quả thấp trong điều kiện áp dụng hướng dẫn điều trị ARV không phụ thuộc vào kết quả xét nghiệm CD4.

Đối với xét nghiệm tải lượng HIV, bệnh nhân ARV mới cần được làm xét nghiệm tải lượng HIV tại thời điểm 6 và 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV. Nếu như năm 2016, 2017 việc xét nghiệm tải lượng HIV tại thời điểm 6 và 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV được khuyến cáo thực hiện thì từ năm 2018 áp dụng theo Quyết định 5418, xét nghiệm tải lượng HIV cần được thực hiện thường quy cho tất cả các bệnh nhân điều trị ARV. Thêm vào đó, cam kết của Chính phủ trong việc thực hiện mục tiêu 90 - 90 - 90

vào năm 2020, trong đó mục tiêu 90 thứ 3 là 90% bệnh nhân điều trị ARV ức chế tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện (≤ 1000 bản sao/ml)[5]. Như vậy xét nghiệm tải lượng HIV cần được mở rộng để đảm bảo đạt được mục tiêu 90 thứ 3 vào năm 2020 ở tất cả các cơ sở điều trị ARV trên toàn quốc. Tuy nhiên trong nghiên cứu này tỷ lệ được xét nghiệm tải lượng HIV cho bệnh nhân ARV mới khá thấp, các cơ sở điều trị HIV/AIDS vẫn chưa đạt được yêu cầu về xét nghiệm tải lượng HIV. Một trong những nguyên nhân do 2016-2018 là thời gian chuyển đổi sang điều trị HIV/AIDS qua BHYT, các cơ sở điều trị trong nghiên cứu này vẫn bị phụ thuộc vào dự án và viện trợ để thực hiện xét nghiệm tải lượng HIV cho bệnh nhân. Bên cạnh đó ảnh hưởng của mua sắm, đấu thầu sinh phẩm và ký hợp đồng mua dịch vụ xét nghiệm của các dự án với các Viện chậm nên tại thời điểm nghiên cứu, các bệnh nhân ARV mới điều trị chưa được xét nghiệm tải lượng HIV. Trong số những bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng HIV, trung bình thời gian làm xét nghiệm tải lượng HIV cho bệnh nhân ARV mới giảm đáng kể qua các năm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.0001$. Trung vị thời gian làm xét nghiệm tải lượng HIV giảm lần lượt từ 2016, 2017 và 2018 lần lượt là 16, 8 và 6 tháng. Như vậy để thực hành đúng hướng dẫn của Bộ Y tế là thực hiện xét nghiệm tải lượng HIV cho bệnh nhân tại thời điểm 6 tháng sau điều trị ARV cơ sở phải mất 2 năm (từ năm 2016 đến 2018). Phân tích xác suất ức chế tải lượng HIV theo thời gian điều trị ARV 3 năm cho thấy, càng gần đây, trung bình thời gian điều trị ở bệnh nhân ARV mới để ức chế tải lượng HIV càng giảm. Đây là sự cải thiện mạnh mẽ về thực hành xét nghiệm đúng hướng dẫn của cơ sở y tế, bệnh nhân đáp ứng với điều trị ARV ngày một tốt lên. Điều này phản ánh hiệu quả của điều trị ARV được cải thiện rõ rệt trên tình trạng của bệnh nhân.

4.2. Bàn luận sự thay đổi các chỉ số về quản lý điều trị HIV/AIDS cho bệnh nhân mới điều trị ARV. Thời gian chờ điều trị ARV được rút ngắn qua các năm ($p < 0.0001$). Mức trung vị giảm dần lần lượt qua các năm là 7 ngày, 3 ngày và 0 ngày. Như vậy, bệnh nhân HIV (+) đến với cơ sở điều trị được điều trị sớm và tiến dần tới mức điều trị ngay trong ngày kể từ khi bệnh nhân HIV (+) đến đăng ký điều trị ARV tại phòng khám. Yếu tố tác động tới việc giảm thời gian chờ điều trị ARV cho bệnh nhân mới do: (a) các cơ sở điều trị áp dụng các biện pháp cải thiện chất lượng theo chu trình PDSA trong đó nhấn mạnh vào việc phân tích các quy

trình làm việc từ lúc đón tiếp đến lúc bệnh nhân được nhận thuốc ARV[2]. Xác định thời gian của từng khâu, từ đó đưa ra giải pháp thích hợp để rút ngắn thời gian từ khi bệnh nhân đăng ký đến khi bệnh nhân được nhận thuốc ARV; (b) Từ cuối năm 2017 đến 2018 hướng dẫn của Bộ Y tế về điều trị ARV nhanh, điều trị ARV trong ngày cho những bệnh nhân có kết quả xét nghiệm HIV dương tính[8]. Áp dụng Quyết định 471/QĐ-BYT ngày 11/2/2014 về Hướng dẫn thực hiện cải thiện chất lượng đối với hoạt động khám, điều trị ngoại trú HIV trong đó thời gian chờ điều trị ARV cho bệnh nhân mới được đo lường trong vòng 15 ngày. Phân tích, so sánh kết quả tỷ lệ bệnh nhân ARV mới có thời gian chờ điều trị ≤ 15 ngày tăng dần qua các năm từ 74% (2016) tăng lên 81% (2017) và 94.8% (2018) với $p < 0.0001$.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ xét nghiệm tải lượng HIV và CD4 còn thấp, chưa được cải thiện. Tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân có kết quả xét nghiệm tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế lại tăng dần ($> 94\%$). Thời gian bệnh nhân được làm xét nghiệm tải lượng HIV tại thời điểm 6 tháng được cải thiện dần, đến năm 2018 trung vị thời gian chờ là tháng. Kết quả theo đúng hướng dẫn quốc gia. Để thực hành đúng theo hướng dẫn quốc gia, các cơ sở phải mất gần 2 năm thực hiện.

Bệnh nhân HIV/AIDS tiếp cận với điều trị ARV ở giai đoạn muộn với mức CD4 trung bình của 3 năm không có sự khác biệt, giao động quanh mức 325 đến 369 tế bào/mm³.

Thời gian chờ điều trị ARV cho bệnh nhân mới được cải thiện (giảm dần qua các năm). Các chỉ số đánh giá tuân thủ điều trị ARV và sàng lọc Lao cho bệnh nhân được duy trì ở mức cao. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng Cotrimoxazole được cải thiện theo thời gian. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị dự phòng Lao bằng INH vẫn còn thấp và cần tiếp tục được cải thiện hơn.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần tiếp tục cải thiện chất lượng điều trị HIV/AIDS cần tiếp tục duy trì tại các cơ sở để đảm bảo bệnh nhân được nhận các dịch vụ y tế kịp thời, có chất lượng.

Tỷ lệ xét nghiệm CD4 và tải lượng HIV cho bệnh nhân ARV mới còn thấp. Cần có chính sách lâu dài để duy trì xét nghiệm CD4 và tải lượng HIV cho bệnh nhân như tiếp tục huy động sự hỗ trợ của các dự án hoặc cung cấp dịch vụ xét nghiệm CD4 và tải lượng HIV qua BHYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2010)**, Quality improvement (QI) in primary health centers, HEALTHQUAL International, Geneva.
2. **Bộ Y tế (2014)**, Quyết định số 471/QĐ-BYT ngày 11/2/2014 về việc Hướng dẫn thực hiện cải tiến chất lượng chăm sóc và điều trị HIV/AIDS đối với hoạt động khám ngoại trú, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế (2015)**, Công văn số 1240/BYT-AIDS ngày 26/2/2015 về việc Kiện toàn cơ sở điều trị HIV/AIDS, Hà Nội.
4. **Bộ Y tế (2015)**, Quyết định số 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 về việc ban hành Hướng dẫn quản lý điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Hà Nội.
5. **Bộ Y tế (2016)**, Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2015 và các nhiệm vụ trọng tâm năm 2016, Hà Nội.
6. **Cục Phòng chống HIV/AIDS (2018)**, Báo cáo công tác Phòng, chống HIV/AIDS năm 2018.
7. **Bộ Y tế (2017)**, Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 27/12/2017 về việc ban hành Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Hà Nội.
8. **World Health Organization (2017)**, Consolidated guidelines on Person-Centred HIV patient monitoring and case surveillance, Annex 2.4.6 HIVDR EWI sampling, abstraction and reporting guidance.

ĐIỀU TRỊ NGỮ ÂM CHO TRẺ SAU PHẪU THUẬT KHE HỞ VÒM MIỆNG

Nguyễn Hoàng Oanh¹, Lê Ngọc Tuyên²,
Nguyễn Minh Sơn¹, Phạm Dương Châu³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân khe hở môi vòm miệng thường có rối loạn âm lời nói với nhiều loại biến đổi khác nhau. Mục tiêu nghiên cứu của đề tài là đánh giá kết quả trị liệu ngữ âm bằng phương pháp “cặp âm tối thiểu” trên bệnh nhân có khe hở môi vòm miệng sau 3, 6 và 12 tháng. **Phương pháp:** Nghiên cứu theo dõi 3, 6, 12 tháng trên 50 trẻ 4-5 tuổi đã phẫu thuật khe hở môi và vòm miệng trái toàn bộ tại bệnh viện Răng hàm mặt trung ương Hà Nội. Hiệu quả trị liệu ngữ âm căn cứ vào đánh giá lỗi phát âm phụ âm đầu, lỗi qui trình âm vị, và tính dễ hiểu lời nói trước và sau can thiệp. **Kết quả:** Sau 12 tháng, tỉ lệ phụ âm sai trung bình giảm xuống rõ rệt, tính dễ hiểu của lời nói tăng lên. Các lỗi quy trình âm vị đều giảm, điển hình như qui trình mất phụ âm đầu với tỷ lệ 70% trước can thiệp còn 4% và qui trình mũi hóa từ 72% giảm xuống 0% sau 12 tháng can thiệp. **Kết luận:** Phương pháp cặp âm tối thiểu có hiệu quả trong trị liệu ngữ âm giúp trẻ khe hở môi vòm miệng sau phẫu thuật cải thiện được các lỗi phát âm, lỗi quy trình âm vị và cải thiện tính dễ hiểu. Với trẻ có khe hở môi vòm miệng, cần có sự phối hợp điều trị giữa các nhà phẫu thuật và âm ngữ trị liệu để đem lại chức năng đầy đủ cho trẻ.

Từ khóa: Khe hở vòm miệng, rối loạn âm lời nói, cặp âm tối thiểu

SUMMARY

SPEECH THERAPY OUTCOMES OF CHILDREN WITH CLEFT LIP AND PALATE POST SURGERY

Introduction: Patients with cleft lip and palate

have speech sound disorders. The aim of the study is to evaluate the results of speech therapy using "minimal pairs" in patients with cleft lip and palate after 3, 6 and 12 months. **Methods:** Follow-up study for 3, 6, 12 months on 50 4-5-years-old children who had surgery on the cleft lip and palate in NHOS. The effect of speech therapy is based on the assessment of initial consonant articulation errors, phonological process errors, and intelligibility before and after the intervention. **Results:** After 12 months, the average rate of consonant errors significantly decreased, the intelligibility of speech increased. The phonological process errors were reduced, typically with the initial consonant deletion process with the rate 70% - 4% (before - after intervention), and the nasalisation from 72% to 0% after 12 months of intervention. **Conclusion:** The method of minimal pairs is effective in speech therapy to help children with cleft lip and palate after surgery to improve articulation errors, phonological process errors and improve intelligibility. For children with cleft lip and palate, there should be a combination of treatment between the surgeon and speech therapist to provide full functionality for the child.

Key words: Cleft palate, speech sound disorder, minimal pair.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi và vòm miệng (KHM-VM) là dị tật bẩm sinh ảnh hưởng đến chức năng phát âm. Trẻ KHM-VM có biểu hiện tăng âm mũi, thoát hơi mũi, xáo trộn âm mũi và bất kỳ sự kết hợp nào của các lỗi âm lời nói do thiếu hụt chức năng vùng vòm mềm-hầu [1]. Trị liệu ngữ âm được chỉ định cho việc tạo ra phát âm bù trừ khi vị trí cấu âm bị thay đổi để đáp ứng với cấu trúc bất thường.

Ước tính 18 – 25% trẻ em có KHM-VM cần ngôn ngữ trị liệu [2] [3]. Một nghiên cứu gần đây chỉ ra có sự khác nhau tăng âm mũi nhất quán giữa trẻ 5 tuổi và 12 tuổi có KHM-VM [3]. Việc quản lý tổng thể điều trị KHM-VM cần có sự phối hợp giữa đội ngũ phẫu thuật răng hàm mặt,

¹Đại học Kỹ thuật Y Dược Đà Nẵng

²Bệnh viện RHM TƯ Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Oanh

Email: dr.hoangbaoduy@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/9/2019

Ngày phản biện khoa học: 1/10/2019

Ngày duyệt bài: 8/10/2019

phẫu thuật thẩm mỹ, bác sĩ chỉnh nha để đạt thẩm mỹ và chức năng ăn nhai. Đồng thời, sự hỗ trợ của đội ngũ trị liệu ngôn ngữ là cần thiết để cải thiện sự phát âm của trẻ KHM-VM. Gần 67% trẻ khuyết tật môi vòm miệng cải thiện chức năng phát âm sau phẫu thuật với sự hỗ trợ của chuyên gia âm ngữ trị liệu. Pamplona và cộng sự báo cáo rằng khi can thiệp dựa trên âm vị học được sử dụng cho trẻ có khe hở vòm miệng, tổng thời gian ngôn ngữ trị liệu cần thiết để điều chỉnh rối loạn cấu âm bù trừ trừ đã giảm đáng kể so với can thiệp cấu âm [4].

Tại Việt Nam, 3 – 5% trẻ sinh ra có KHM-VM. Điều trị KHM-VM tại Việt Nam thường trọng tâm vào phẫu thuật để tái tạo lại cấu trúc môi vòm miệng cho trẻ lúc trẻ khoảng 6 – 12 tháng tuổi. Đánh giá phẫu thuật KHM-VM thành công thường căn cứ vào mức độ tái phát của phẫu thuật và mức độ thẩm mỹ đường đóng khe hở môi vòm miệng. Tuy nhiên, việc đánh giá âm ngữ của trẻ sau phẫu thuật thường bỏ sót vì phát âm trẻ bắt đầu hình thành sau 3 tuổi. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

- *Khảo sát lỗi quy trình âm vị tiếng Việt của trẻ em sau phẫu thuật khe hở vòm miệng.*

- *Thiết kế và sử dụng các cặp âm tối thiểu tiếng Việt trong trị liệu âm lời nói cho trẻ sau phẫu thuật khe hở vòm miệng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên 50 trẻ 4-5 tuổi (34 nam và 16 nữ) có có KHM-VM bên trái toàn bộ tại bệnh viện Răng hàm mặt trung ương Hà Nội. Tất cả các đối tượng đã trải qua phẫu thuật vòm miệng nguyên phát trước 18 tháng tuổi và được đánh giá phẫu thuật thành công, không có các biến chứng tại thời điểm đánh giá âm ngữ trị liệu. Các trẻ này không có bất thường gì khác về sự phát triển và chưa được trị liệu ngữ âm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Tiến hành theo phương pháp mô tả lâm sàng không đối chứng.

2.2.1. Ngôn ngữ trị liệu. Thiết kế và sử dụng các cặp âm tối thiểu tiếng Việt trong trị liệu âm lời nói cho trẻ sau phẫu thuật khe hở vòm miệng. Trẻ KHM-VM sau phẫu thuật được lựa chọn đều có phát âm phương ngữ Bắc Việt Nam.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các biến thể phụ âm đầu

Bảng 3.1.1. Các cách biến thể lỗi của phụ âm đầu do trẻ phát âm sau phẫu thuật

Phụ Âm đầu Tiếng Việt	Biến thể	Số lượng	Tỷ lệ %	Phụ Âm đầu Tiếng Việt	Biến thể	Số lượng	Tỷ lệ %
/b/	Mất	11	22	/s/	Mất	13	26
	/m/	14	28		Yếu	1	2

Chúng tôi sử dụng bảng "Phonemic inventory of the Vietnamese southern dialect" của Tang & Barlow (2006) và "Bảng phân loại và hệ thống hóa phụ âm đầu tiếng Việt" của ASHA (Hiệp hội Thanh thính học Hoa kỳ). Bảng "Error patterns across participants with at least 20% frequency of occurrence" của Tang & Barlow (2006) được chúng tôi sử dụng để phân tích qui trình âm vị.

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng Liệu pháp cặp âm tối thiểu (một phương pháp về trị liệu rối loạn âm vị) kết hợp kĩ thuật hướng dẫn vị trí cấu âm truyền thống. Các bài tập được thực hiện tại phòng trị liệu 3 tiết/tuần (mỗi tiết 45 phút) và tại nhà 30 phút mỗi buổi tối (nhật kí ghi chép và file ghi âm được sử dụng để theo dõi và chỉnh sửa kỹ thuật cho phụ huynh). Trẻ được trị liệu ngôn ngữ từ 3 đến 12 tháng. Thông qua trị liệu ngữ âm, trẻ đã phát triển khả năng phân biệt âm vị, học được vị trí cấu âm của âm vị đồng thời gia tăng sự phát triển ngôn ngữ và khái quát hóa kĩ thuật phát âm vào các tình huống giao tiếp thực tế.

2.2.2. Phân tích phát âm. Các âm lời nói được lượng giá, ghi âm và phân tích trước và sau trị liệu tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng, và 12 tháng. Lượng giá được thực hiện bởi hai chuyên viên trị liệu ngôn ngữ độc lập.

- Phân tích lỗi phát âm trước và sau can thiệp: sử dụng bảng IPA tiếng Việt được công bố trên trang Hiệp hội thanh thính học Mỹ để phân tích lỗi phát âm [5].

- Phân tích lỗi qui trình âm vị: sử dụng hệ thống qui trình âm vị tiếng Việt của tác giả Tang-Barlow [6]. Trong số các lỗi quy trình âm vị phổ biến được xác định, chọn các lỗi quy trình âm vị có số trường hợp với tần suất xuất hiện ít nhất 20% để tạo các cặp âm tối thiểu. Cuối cùng, thu thập từ ngữ, chọn hình ảnh và thiết kế các mẫu của cặp âm tối thiểu.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích thống kê t-test cho từng cặp đôi (trước điều trị - sau điều trị) để so sánh sự thay đổi lỗi phát âm, lỗi qui trình âm vị và tính dễ hiểu của lời nói. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và độ tin cậy được xác định ở mức 95%.

/m/	Mất	7	14		/p/	16	32
	/b/	3	6		/f/	3	6
/f/	Mất	16	32		/n/	2	4
	/m/	9	18		/x/	3	6
	/b/	7	14		/c/	2	4
	/c/	3	6		/z/	2	4
	/v/	4	8		/z/	Mất	11
/v/	Mất	11	22	/p/		12	24
	Yếu	1	2	/n/		3	6
	/b/	3	6	/s/		5	10
	/η/	3	6	Mất	7	14	
/t/	/m/	2	4	/l/	/p/	16	32
	Mất	17	34		/n/	6	12
	/p/	6	12		/m/	2	4
	/z/	3	6		/z/	3	6
/d/	Mất	12	24	/c/	Mất	12	24
	/n/	9	18		/p/	23	46
	/p/	3	6		/η/	4	8
th	Mất	14	28		/k/	2	4
	/h/	8	16		/h/	3	6
	/p/	3	6		/t/	8	16
	/k/	4	8		/p/	3	6
	/t/	3	6	/p/	Mất	7	14
	/z/	3	6		/n/	6	12
/n/	2	4	/η/		1	2	
/n/	Mất	7	14	/k/	Mất	25	50
	/l/	8	16		/η/	3	6
	/m/	9	18		/t/	3	6
	/p/	7	14		/c/	3	6
	/z/	3	6		/l/	3	6
	c	1	2		/z/	3	6
/s/	Mất	13	26	/η/	/y/	3	6
	Yếu	1	2		Mất	10	20
	/p/	16	32		/p/	9	18
	/f/	3	6		/n/	4	8
	/n/	2	4		/m/	6	12
	/x/	3	6		/d/	3	6
	/c/	2	4		/b/	2	4
/z/	2	4	/z/	4	8		
/x/	Mất	17	34	/ʎ/	/l/	2	4
	/h/	30	60		Mất	11	22
	/k/	5	10		/η/	12	24
/ʎ/	3	6	/h/		5	10	
/h/	Mất	6	12		/k/	5	10
/p/	Mất	8	16		/v/	3	6
	Yếu	1	2		/z/	3	6
	/n/	1	2		/d/	3	6
					/m/	3	6

Đánh giá lần đầu phát âm của trẻ sau phẫu thuật, hầu hết các phụ âm đầu tiếng Việt đều bị mất trong quá trình phát âm. Tỷ lệ mất nhiều nhất gặp ở các phụ âm /k/ (50%), /s/ (32%). Một số lỗi phụ âm xuất hiện chuyển đổi dưới dạng phụ âm khác (Bảng 3.1.1).

Các cặp âm được chọn để thực hiện theo phương pháp cặp âm tối thiểu (Bảng 3.1.2)

Bảng 3.1.2. Bảng cặp âm thực hiện theo phương pháp cặp âm tối thiểu

Âm đích	Âm biến thể	Tỷ lệ %	Âm đích	Âm biến thể	Tỷ lệ %
/b/	Mất	22	/s/	Mất	26
	/m/	28		/p/	32

/f/	Mất	32	/l/	/n/	32
/v/	Mất	22	/n/	Mất	14
/t/	Mất	34	/k/	Mất	50
/d/	Mất	24	/ŋ/	Mất	20
/s/	Mất	26	/z/	Mất	22
	/n/	32		/n/	24
/x/	Mất	34	/c/	Mất	24
	/h/	60		/n/	46
/s/	Mất	26	/y/	Mất	22
	/n/	32		/ŋ/	24
/t/	Mất	28			

3.2. Cải thiện dạng lỗi phát âm trước và sau điều trị

Bảng 3.2. Các dạng lỗi phát âm trước và sau điều trị 3 và 12 tháng

Phụ Âm đầu Tiếng Việt	Trước can thiệp		Sau can thiệp ba tháng		Sau can thiệp sáu tháng		Sau can thiệp mười hai tháng		P
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
/b/	24	48	8	16	2	4	0	0	<0,001
/m/	10	20	3	6	0	0	0	0	
/f/	35	70	21	42	11	22	0	0	
/v/	21	42	13	26	9	18	0	0	
/t/	23	46	16	32	9	18	0	0	
/d/	23	46	5	10	0	0	0	0	
/t'/	31	62	20	40	7	14	0	0	
/n/	29	58	19	38	1	2	0	0	
/s/	29	58	21	42	8	16	0	0	
/z/	25	50	8	16	2	4	0	0	
/l/	24	48	14	28	6	12	0	0	
/c/	41	82	21	50	10	20	3	6	
/n/	13	26	6	12	0	0	0	0	
/k/	31	62	16	32	6	12	3	6	
/ŋ/	16	32	14	28	5	10	0	0	
/x/	41	82	30	60	15	30	2	4	
/y/	34	68	26	52	9	18	3	6	
/h/	6	12	0	0	0	0	0	0	
/p/	10	20	0	0	0	0	0	0	

Sau 3 tháng, lỗi phát âm giảm 100% ở các phụ âm /h/và /p/. Sau 6 tháng, lỗi phụ âm giảm toàn bộ ở /m/ và /n/. Sau 12 tháng, sự can thiệp cải thiện rõ ở tất cả các phụ âm, ngoại trừ một số phụ âm /k/, /x/, và /y/ vẫn còn tỉ lệ nhỏ mắc lỗi.

3.3. Sự cải thiện của lỗi phát âm

Bảng 3.3. Tỷ lệ lỗi phát âm trung bình/ 1 trẻ trước và sau điều trị.

Tỷ lệ lỗi phát âm TB	Trước can thiệp	Sau can thiệp ba tháng	Sau can thiệp sáu tháng	Sau can thiệp mười hai tháng	P
	11,8±1,1	9,0±0,8	4,5±0,4	0,6±0,2	<0,001

Trung bình mỗi trẻ mắc 11,8 ± 1,1 lỗi phát âm trước khi can thiệp âm ngữ trị liệu. Sau 3, 6, và 12 tháng thì số lỗi trung bình của mỗi trẻ giảm lần lượt là 9,0 ± 0,8, 4,5 ± 0,4, và 0,6 ± 0,2. Nghiên cứu có ý nghĩa khác biệt giữa trước và sau điều trị với p < 0,001

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả trị liệu ngữ âm ở bệnh nhân KHM-VM sau phẫu thuật sau 3 và 12 tháng. Áp dụng liệu pháp “cặp âm tối thiểu” và “hướng dẫn cấu âm truyền thống”, lỗi phát âm phụ âm đầu và lỗi

quy trình âm vị của trẻ khe hở môi vòm miệng cải thiện sau 12 tháng can thiệp âm ngữ trị liệu.

Mặc dù vòm miệng đã được tạo hình nhưng chức năng vẫn chưa hồi phục hoàn toàn, thể hiện ở các phụ âm bị lỗi. Trong quá trình ngôn ngữ trị liệu, trẻ đã được hướng dẫn thực hiện các bài tập theo Liệu pháp cặp âm tối thiểu để nâng cao nhận thức âm vị, mở rộng kho âm vị, tăng khả năng nhận biết đặc điểm và cơ chế tạo thành các âm vị, từ đó điều chỉnh âm. Qua đánh giá kết quả chúng tôi nhận thấy sau 1 năm, trẻ có thể tự điều chỉnh những lỗi phát âm, thể hiện

ở chỉ số lỗi phụ âm sai trung bình: trung bình mỗi trẻ trước khi được trị liệu ngữ âm xuất hiện $11,8 \pm 1,1$ lỗi phụ âm, nhưng sau 12 tháng can thiệp chỉ còn $0,58 \pm 0,16$ lỗi. Ngoại trừ các phụ âm gốc lưỡi /k/, /x/, và /γ/ còn tỉ lệ nhỏ từ 4-6% mắc lỗi (trong khi trước trị liệu tỉ lệ mắc lỗi là 62-82%) thì các phụ âm còn lại đều đã được trẻ phát âm đúng sau 12 tháng trị liệu ngữ âm.

Việc sử dụng cặp âm tối thiểu có phối hợp hướng dẫn cấu âm đã rút ngắn thời gian can thiệp, sau 12 tháng hầu hết trẻ có tính dễ hiểu lời nói đạt tối đa, giúp trẻ kịp thời bắt nhịp với các bạn đồng trang lứa để chuyển sang giai đoạn học tập tại lớp 1, đón nhận nhiều kiến thức học vấn mới cũng như sử dụng nhiều kỹ năng giao tiếp xã hội. Nghiên cứu này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu về tính hiệu quả và rút ngắn thời gian can thiệp khi sử dụng liệu pháp âm vị của tác giả khác về các ngôn ngữ khác [7,8]

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị chỉ ra âm ngữ trị liệu giúp trẻ khe hở môi vòm miệng sau phẫu thuật cải thiện được các lỗi phát âm phụ âm đầu và lỗi quy trình âm vị. Với trẻ có khe hở môi vòm miệng, cần có sự phối hợp điều trị giữa các nhà phẫu thuật và âm ngữ trị liệu để phục hồi chức năng toàn diện cho trẻ. Phương pháp cặp âm tối thiểu có hiệu quả tốt

trên trẻ sau phẫu thuật khe hở vòm miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Suthachai S, editor.** The study of incidence and treatment of the cleft lip and cleft palate patients at Lumpang Regional Hospital, Mothers and Children Hospital and Sanpatong Hospital. The 16th Health Science Annual Conference by Research Institute for Health Sciences. Chiang Mai, Thailand: Chiang Mai University; 1998.
2. **Poenaru D, Lin D, Corlew S.** Economic Valuation of the Global Burden of Cleft Disease Averted by a Large Cleft Charity. *World J Surg* 2016; 40: 1053-9.
3. **Waitzman NJ, Romano PS, Scheffler RM.** Estimates of the economic costs of birth defects. *Inquiry* 1994; 31: 188-205.
4. **Prathanee B. Introduction. In:** Prathanee B, editor. *Cleft lip and palate: speech problems and multidisciplinary approaches*. Vol. 1. Khon Kaen: Khon Kaen University Print; 2014: 3-26.
5. **Vietnamese Phonemic Inventory.** 2.
6. **Tang G, Barlow J.** Characteristics of the sound systems of monolingual Vietnamese-speaking children with phonological impairment. *Clin Linguist Phon.* 2006 Aug;20(6):423-45.
7. **Williams L.** Minimal Pair Approaches to Phonological Remediation. *Semin speech lang* 2002; 23:57-68.
8. **Lousada M1, Jesus LM, Capelas S.** Phonological and articulation treatment approaches in Portuguese children with speech and language impairments: a randomized controlled intervention study. *Int J Lang Commun Disord.* 2013 Mar-Apr;48(2):172-87.

ĐỘT BIẾN JAK2V617F TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG TIỂU CẦU NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lê Hạnh Huyền*, Bùi Thị Thu Hương**, Nguyễn Quang Hảo*, Hoàng Xuân Hiếu*, Dương Thị Minh Tâm*, Nguyễn Hồng Phúc*, Trịnh Xuân Đàn**, Nguyễn Thế Tùng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm về huyết học và tỷ lệ đột biến JAK2V617F trên bệnh nhân tăng tiểu cầu nguyên phát (TTCNP) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 19 bệnh nhân chẩn đoán TTCNP theo tiêu chuẩn của WHO 2008. Sử dụng thuật AS-PCR (Alen specific PCR) phát hiện đột biến gen JAK2V617F và các kỹ thuật

xét nghiệm huyết học, hóa sinh. **Kết quả:** Bệnh gặp ở cả 2 giới, nam nhiều hơn nữ, độ tuổi thường gặp là 41-62 tuổi, nồng độ Hb trung bình 18,77g/dl, 73,3% bệnh nhân có đột biến JAK2V617F, 83% bệnh nhân giảm EPO, 87% bệnh nhân có hình ảnh tủy tăng sinh, nhóm có đột biến có độ tuổi cao hơn có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** phát hiện ra đột biến JAK2V617F là một bước quan trọng trong chẩn đoán các nhóm bệnh thuộc Hội chứng tăng sinh tủy, mở ra thời kỳ nghiên cứu các thuốc điều trị trúng đích đối với các bệnh có đột biến JAK2V617F.

Từ khóa: Đột biến JAK2V617F, tăng tiểu cầu nguyên phát

SUMMARY

THE JAK2 GENE MUTATION AT POSITION 617 IN PATIENTS WITH THROMBOCYTHEMIA AT

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạnh Huyền

Email: trinxuandan@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/10/2019

Ngày phản biện khoa học: 21/10/2019

Ngày duyệt bài: 31/10/2019

THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objectives: To study hematological characteristics and the rate of JAK2V617F gene mutations in patients with thrombocythemia at Thai Nguyen Central Hospital. **Subjects and research methods:** 19 patients were diagnosed Thrombocythemia according to WHO standards 2008. Using AS-PCR (Alen specific PCR) to detect mutation of gene JAK2V617F and techniques for hematological and biochemical tests. **Results:** The disease was found in both sexes, more men than women, the common age was 41-62 years old, the average Hb concentration was 18.77g / dl, 73.3% of patients had the JAK2V617F mutation, 83% of patients. decreased EPO, 87% of patients had enlarged marrow image, the group had the statistically significantly higher age. **Conclusion:** The discovery of the JAK2V617F mutation is an important step in the diagnosis of groups of diseases of the myeloproliferative syndrome, which opens the research period of targeted drugs for JAK2V617F mutations.

Keywords: JAK2V617F gene mutations, thrombocythemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng tăng sinh tủy là một nhóm bệnh của tủy xương do phát triển riêng một dòng hoặc tất cả các dòng tế bào tạo ra tại tủy. Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO 2008), nhóm này bao gồm 7 bệnh: Bạch cầu mạn dòng tủy (CML), Bạch cầu mạn dòng Neutrophil (CNL), Bạch cầu mạn dòng Eosinophil (CEL), Đa hồng cầu nguyên phát (ĐHCNP), Tăng tiểu cầu nguyên phát (TTCNP), Xơ tủy vô căn và Tăng sinh tế bào Mast. Tất cả đều có nguyên nhân từ tế bào máu gốc vạn năng sản sinh quá mức một hoặc nhiều dòng tế bào, một số bệnh thuộc nhóm này chuyển thành Bạch cầu cấp. Các bệnh Đa hồng cầu nguyên phát, Tăng tiểu cầu nguyên phát và Xơ tủy vô căn có thể chuyển dạng lẫn nhau.

Nhờ sự tiến bộ về sinh học phân tử và di truyền tế bào, ngày nay người ta đã tìm ra được các đột biến gây ra đối với bệnh tăng tiểu cầu nguyên phát có liên quan đến đột biến gen JAK2 tại vị trí 617, guanine được thay bằng thymidine và kết quả là Valine được thay bằng Phenylalanine. Đột biến này làm xáo trộn dẫn truyền qua trục JAKSTAT, làm sản sinh quá mức các tế bào máu không kiểm soát được. Nhóm bệnh này có tiên lượng khá tốt, các phương pháp điều trị kinh điển gồm các thuốc Hydroxyurea, Busulfan, Interferon, Bipobroman... có thể kiểm soát được bệnh và kéo dài thời gian sống 10 - 20 năm. Tuy nhiên, một số trường hợp chuyển sang bệnh lý ác tính như rối loạn sinh tủy và tử vong, bệnh nhân cũng có thể tử vong do các biến chứng huyết

khối hoặc xuất huyết.

Tại Khoa miễn dịch – Di truyền phân tử Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã xác định được đột biến gen JAK2V617F, nguyên nhân gây bệnh tăng tiểu cầu nguyên phát. Tuy nhiên là bệnh có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, được phát hiện tại nhiều chuyên khoa khác nhau không phải chỉ riêng Huyết học. Tuy nhiên, chúng tôi chưa có thống kê cụ thể về số lượng bệnh nhân và tỷ lệ đột biến JAK2V617F phát hiện được trên nhóm bệnh này. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm khảo sát các đặc điểm về huyết học và tỷ lệ đột biến JAK2V617F trên bệnh nhân tăng tiểu cầu nguyên phát (TTCNP) tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Mục tiêu:** "Khảo sát các đặc điểm về lâm sàng, huyết học và tỷ lệ đột biến JAK2V617F trên bệnh nhân tăng tiểu cầu nguyên phát tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 19 bệnh nhân chẩn đoán TTCNP theo tiêu chuẩn của WHO 2008 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 04 năm 2018 đến tháng 10 năm 2018

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có số lượng tiểu cầu > 450 x 10⁹/L kéo dài.
- Tủy đồ cho thấy sự tăng sinh chủ yếu dòng mẫu tiểu cầu với tăng số lượng mẫu tiểu cầu kích thước lớn, trưởng thành. Không có sự tăng đáng kể hay chuyển trái của dòng bạch cầu hạt hoặc dòng hồng cầu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không phù hợp các tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO hoặc các bệnh lý dòng tủy khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu: n= 30 bệnh nhân**2.4. Nội dung nghiên cứu**

- Chỉ tiêu chung: Tuổi, giới, dân tộc.
- Chỉ tiêu cận lâm sàng: Kết quả xét nghiệm Công thức máu, Huyết đồ, Tủy đồ, các xét nghiệm đông máu, sinh hóa máu: Bilirubin TP, Bilirubin tự do, AST, ALT...
- Các chỉ tiêu khác: Kết quả xét nghiệm phát hiện đột biến gen JAK2V617F

2.5. Các kỹ thuật, tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Sử dụng thuật AS-PCR (Alen specific PCR) phát hiện đột biến gen JAK2V617F và các kỹ thuật xét nghiệm huyết học, sinh hóa thường quy khác.

2.6. Thời gian địa điểm nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 04 năm

2018 đến tháng 10 năm 2018

Địa điểm nghiên cứu: Các khoa lâm sàng hệ nội, Khoa Huyết học lâm sàng, Trung tâm Huyết học truyền máu, Khoa Miễn dịch – Di truyền phân tử Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

- Sử dụng các phương pháp thống kê y học

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức của Bệnh viện

- Được sự đồng ý tham gia của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu có 19 BN được chẩn đoán RLST với tuổi trung bình 52,37 ± 16,22 (18 – 84), thường gặp từ 41 – 62 tuổi. Tỷ lệ nam: nữ là 1,14.

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

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đỏ da niêm	18	92
Tăng huyết áp	15	70
Nhức đầu	11	52
Lách to chiếm	10	43
Ngứa chiếm	6	14
Huyết khối chiếm	5	10
Xuất huyết	0	0

Nhận xét: Đa số BN được phát hiện bệnh với các triệu chứng đỏ da niêm (92%), tăng huyết áp (70%), nhức đầu (52%). Triệu chứng lách to chiếm 43%, ngứa chiếm 14%, huyết khối chiếm 10%, không có bệnh nhân có triệu chứng xuất huyết.

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

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hình ảnh tủy tăng sinh	14	(87%)
Nồng độ EPO thấp chiếm tỷ lệ cao	13	(83%)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có hình ảnh tủy tăng sinh(87%), nồng độ EPO thấp chiếm tỷ lệ cao (83%).

Bảng 3. Tỷ lệ đột biến JAK2V617F

Đột biến gen JAK2V617F	Số bệnh nhân	Tỷ lệ%
Có đột biến	14	73,3
Không đột biến	5	26,7
Tổng	19	100

Nhận xét: Khoảng 2/3 bệnh nhân rối loạn sinh tủy có đột biến gen JAK2V617F (73,3%).

Bảng 4. Đặc điểm huyết học của 2 nhóm có và không có đột biến JAK2V617F

Đặc điểm	Đặc điểm
Nồng độ Hemoglobin trung bình	18,77 ± 1,49 g/dl.
Số lượng BC trung bình	11,45 ± 5,59x 10 ⁹ /L)

số lượng BC cao nhất là	22,13 x 10 ⁹ /L.
Số lượng TC trung bình	327,50 ± 136,05 x 10 ⁹ /L,
số lượng TC cao nhất là	766 x 10 ⁹ /L

Nhận xét: Nồng độ Hemoglobin trung bình 18,77 ± 1,49 g/dl. Số lượng BC trung bình 11,45 ± 5,59x 10⁹/L), trong đó số lượng BC cao nhất là 22,13 x 10⁹/L. Số lượng TC trung bình 327,50 ± 136,05 x 10⁹/L, trong đó số lượng TC cao nhất là 766 x 10⁹/L. Đặc điểm huyết học của 2 nhóm có và không có đột biến JAK2V617F Giá trị trung bình của nồng độ hemoglobin, số lượng bạch cầu và tiểu cầu và giữa 2 nhóm có và không có đột biến JAK2 được trình bày ở bảng 4.

IV. BÀN LUẬN

Bước đầu nghiên cứu 19 bệnh nhân tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, kết quả của chúng tôi tương đương với các tác giả khác trong và ngoài nước khi quan sát thấy tuổi thường gặp nhất là 41 – 62 tuổi, nam nhiều hơn nữ, phần lớn BN được phát hiện đỏ da niêm (92%), tăng huyết áp (70%), nhức đầu (52%), tương đương với kết quả của các tác giả Huỳnh Hương, Berlin NI.(3,2) huyết khối chiếm 10% tương đương với tác giả AM. Vannucchi (7) Nồng độ Hb trung bình là 18,77g/dl tương đương với các tác giả trong nước, cao hơn một số nghiên cứu nước ngoài. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân giảm EPO là 83%, cao hơn các nghiên cứu trong và ngoài nước, 87% bệnh nhân có hình ảnh tủy tăng sinh. Khi khảo sát đột biến gen bằng kỹ thuật ASO-PCR, chúng tôi phát hiện 73,3% BN có mang đột biến JAK2V617F. Kết quả này thấp hơn so với các tác giả Huỳnh Hương, Tefferi A, Zhao R, Baxter EJ (8,3,1) tương đương với tác giả Levine(5). So sánh một số đặc điểm về huyết học giữa 2 nhóm có và không có đột biến JAK2V617F, chúng tôi ghi nhận hai nhóm có nồng độ Hemoglobin trung bình tương đương nhau, nhóm đột biến có độ tuổi lớn hơn (p0,05).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 19 bệnh nhân tăng tiểu cầu nguyên phát tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Bệnh gặp ở cả 2 giới, nam nhiều hơn nữ, độ tuổi thường gặp là 41 -62 tuổi, nồng độ Hb trung bình 18,77g/dl, 73,3% bệnh nhân có đột biến JAK2V617F, 83% bệnh nhân giảm EPO, 87% bệnh nhân có hình ảnh tủy tăng sinh, nhóm có đột biến có độ tuổi cao hơn có ý nghĩa thống kê. Việc phát hiện ra đột biến JAK2V617F là một bước ngoặt quan trọng trong chẩn đoán các

nhóm bệnh thuộc Hội chứng tăng sinh tủy, mở ra thời kỳ nghiên cứu các thuốc điều trị trúng đích đối với các bệnh có đột biến JAK2V617F.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baxter EJ, Scott LM, Campbell PJ, East C, Fourouclas N, Swanton S et al.** Acquired
2. **Bellucci S., Janvier M., Tobelem G. (2006).** Essential thrombocythemias. Clinical evolutionary and biological data. In Cancer (Vol. 58, pp. 2440-2447)
3. **Jensen MK., Brown P. de Nully, Nielsen OJ. (2000).** "Incidence, clinical features and outcome of essential thrombocythaemia in a well defined

geographical area". Eur J Haematol, 65, 132-139. mutation of the tyrosine kinase JAK2 in human myeloproliferative disorders. Lancet 2005; 365: 1054-61.

4. **Nguyễn Ngọc Dũng (2012).** " Một số đặc điểm tế bào máu ngoại vi, tổ chức học tủy xương và đột biến gen JAK2V617F trên bệnh nhân tăng tiểu cầu tiên phát (Y học Việt Nam tháng 8 – Số đặc biệt / 2012, p 97-102).
5. **Nguyễn Vũ Bảo Anh. (2010).** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, huyết học và bước đầu nhận xét về đột biến gen Janus Kinase (JAK2V617F) trong một số thể bệnh tăng sinh tủy mạn tính".

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỘT LẦN VỚI KỸ THUẬT CONE ĐƠN CÓ SỬ DỤNG GUTTA FLOW 2 TRÊN NHÓM RĂNG HÀM LỚN THỨ NHẤT HÀM DƯỚI

Nguyễn Tiến Đức¹, Trịnh Thị Thái Hà²,
Hoàng Bảo Duy², Trần Thị An Huy¹, Nguyễn Thế Hạnh³,
Nguyễn Phương Huyền³, Đỗ Ngọc Hoa².

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị một lần với kỹ thuật cone đơn (Gutta Flow 2) trên nhóm răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục tại một số cơ sở khám chữa bệnh chuyên khoa Răng Hàm Mặt. Nghiên cứu được thiết kế theo nghiên cứu can thiệp lâm sàng. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ trám bít ống tủy tốt cao nhất là ở nhóm răng có 3 ống tủy là 93,1. Theo dõi sau điều trị 6 tháng, 100% bệnh nhân của 2 nhóm đều không có triệu chứng đau.

Từ khóa: Viêm tủy, Trám bít ống tủy, kỹ thuật đơn côn, gutta Flow 2

SUMMARY

EVALUATION THE RESULTS WITH THE TREATMENT OF A SINGLE CONE TECHNIQUE USING GUTTA FLOW 2 ON THE FIRST LOWER MOLARS

Objectives: To evaluate the results of one-time treatment with the single cone technique (Gutta Flow 2) on the first largest group of lower teeth. **Materials and methods:** The study was conducted on 40 patients diagnosed with irreversible pulpitis at some dental clinics. The study was designed according to clinical intervention studies. **Conclusions:** The

highest rate of good root canal filling was found in the group of teeth with 3 canals of 93.1%. Follow-up after 6 months of treatment, 100% of patients in both groups had no pain symptoms.

Keywords: Pulpitis, root canal filling, single cone technique, gutta Flow 2.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc trám bít kín khí hệ thống ống tủy luôn là thách thức đối với các bác sĩ nha khoa. Trong một nghiên cứu về thành công và thất bại trong điều trị nội nha, Washington nhận thấy, 60% các trường hợp lâm sàng thất bại là do quá trình trám bít không kín khí. Theo Ingle, nguyên nhân phổ biến nhất gây thất bại trong điều trị nội nha là trám bít ống tủy không được kín khí hoàn toàn. Tác giả báo cáo rằng, có đến 59% thất bại trong nội nha đến từ việc không trám bít được các ống tủy phụ.

Đã có nhiều các nghiên cứu về phương pháp cũng như vật liệu trám bít hệ thống ống tủy, nhưng cho đến nay, chưa có tác giả nào nghiên cứu sử dụng Gutta Flow 2 để trám bít hệ thống ống tủy tại Việt Nam. Nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, giảm tỷ lệ thất bại và các biến chứng trong điều trị nội nha, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả điều trị tủy một lần với kỹ thuật cone đơn có sử dụng Gutta Flow 2 trên nhóm răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm các răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới của bệnh nhân bị viêm tủy không hồi phục, được khám và điều

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Viện Đào tạo RHM, Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện RHM Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bảo Duy

Email: dr.hoangbaoduy@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/10/2019

Ngày phản biện khoa học: 26/10/2019

Ngày duyệt bài: 4/11/2019:

trị tại Khoa Răng hàm mặt Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và khoa Điều trị Tổng hợp, Bệnh viện RHMTWHN, Bệnh viện Đại học Y Dược Hải Phòng. Bệnh nhân gồm cả 2 giới, trong độ tuổi từ 15 đến 80 tuổi, được khám và điều trị từ tháng 06/2018 đến tháng 06/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có răng được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục, có chỉ định điều trị nội nha không phẫu thuật.
- Răng đã đóng kín cuống.
- Răng có chân răng không dị dạng.
- Những răng còn khả năng phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.
- Bệnh nhân có đủ sức khỏe và có yêu cầu chữa răng.
- Bệnh nhân đồng ý hợp tác với bác sĩ trong suốt quá trình điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc một trong các bệnh toàn thân như suy tim, viêm thận mạn, đái tháo đường ở giai đoạn nặng, tâm thần, ...
- Những răng bị nứt dọc, chân răng dị dạng.
- Răng bị tổn thương phổi hợp nội nha- nha chu, viêm quanh răng ở giai đoạn cuối hoặc vùng quanh răng tiêu xương quá một phần hai chiều dài chân răng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng
- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu tối thiểu và thuận tiện cho nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng là 40 răng trên các bệnh nhân được chẩn đoán viêm tủy không hồi phục đáp ứng đúng các tiêu chuẩn lựa chọn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả lâm sàng sau trám bít ống tủy 6 tháng

Bảng 3.1. Kết quả lâm sàng sau hàn ống tủy 6 tháng

Kết quả	Răng 3 ống tủy		Răng 4 ống tủy	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Không đau	29	100	11	100
Đau	0	0	0	0
Chưa theo dõi được	0	0	0	0
p	>0,05			

Sau 6 tháng, kết quả lâm sàng cho thấy tỷ lệ không đau sau trám bít ống tủy với thời gian theo dõi 6 tháng là 100% với cả 2 nhóm, trường hợp hàn GF2 quá cứng (1 bệnh nhân của nhóm răng 3 ống tủy) bệnh nhân cũng đáp ứng tốt .

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị giữa 2 nhóm (p > 0,05).

Răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới (RHLTNHD) là răng phải điều trị tủy với tần suất cao nhất. Trong nghiên cứu của Swart và cộng sự, tỉ lệ thành công của răng được điều trị nội nha là 87.79%, tỉ lệ thành công đối với răng RHLTNHD thấp hơn là 81.48%. Kỹ thuật làm sạch và tạo hình đơn côn được thừa nhận là không phải phù hợp cho tất cả các ca lâm sàng. Vì thế, bác sĩ nội nha nên hiểu rõ về hình thái răng và hình dạng tủy chân để lựa chọn phương thức điều trị thích hợp cho từng ca riêng lẻ nhằm làm tăng tỉ lệ thành công.

3.2. Kết quả X-quang sau trám bít ống tủy 6 tháng

Bảng 3.2. Kết quả sau trám bít ống tủy 6 tháng

Kết quả	Răng 3 ống tủy		Răng 4 ống tủy	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Thành công	28	96,6	10	90,1
Nghi ngờ	1	3,7	1	9,9
Thất bại	0	0	0	0
p	0,841			

Bảng trên cho thấy, kết quả điều trị thành công ở cả 2 nhóm cao hơn rất nhiều kết quả nghi ngờ và thất bại. Nhóm răng 3 ống tủy, tỷ lệ thành công, nghi ngờ và thất bại lần lượt là 96,6%; 3,7% và 0%. Còn ở nhóm răng có 4 ống tủy, các tỷ lệ tương ứng là 100%; 0% và 0%. Sự khác biệt về kết quả điều trị giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê, với p > 0,05.

Sau khi trám bít ống tủy bằng GF26 tháng, tỷ lệ điều trị thành công trên X-quang của cả 2 nhóm răng đều là 96,6%. Chỉ có 3,4% nghi ngờ nên được theo dõi tiếp trên lâm sàng với thời gian dài hơn. Điều này cho thấy ống tủy được trám bít với Gutta Flow 2 có sự ổn định về kết quả điều trị trong thời gian đầu là rất tốt. Tỷ lệ bệnh nhân không đau của cả 2 nhóm là 100% cả trong trường hợp hàn có GF2 đi quá cứng (nghi ngờ) có thể giải thích do phần gutta hơi ra ngoài chóp răng có dạng hình cầu và tính tương hợp sinh học tốt của GF2 giúp cho bệnh nhân chỉ đau trong 24h đầu và sau đó(trước 72h) và sau 6 tháng các dấu hiệu đau đều không còn.

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ trám bít ống tủy tốt trên X-quang ngay sau trám bít bằng GF2 là 93,1% ở các răng có 3 ống tủy và 90,1% với các răng có 4 ống tủy.

- Ngay sau trám bít ống tủy với GF2 (trước 72h), tỷ lệ bệnh nhân không đau ở nhóm răng có 3 ống tủy là 96,6%, nhóm răng có 4 ống tủy là 100,0%.

- 6 tháng sau trám bít ống tủy bằng GF2, tỷ lệ điều trị thành công trên X-quang của cả 2 nhóm răng đều là 96,6%. Chỉ có 3,4% nghi ngờ.

- Sau điều trị 6 tháng, tỷ lệ bệnh nhân không đau của cả 2 nhóm là 100% cả trong trường hợp hàn có GF2 đi quá cuống (nghi ngờ)

- Tỷ lệ điều trị thành công ở các thời điểm sau 1 tháng và sau 6 tháng giữa hai nhóm không có sự khác biệt đáng kể có ý nghĩa thống kê nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bane K., Faye B., et al. (2015)**, Root canal shaping by single-file systems and rotary instruments: a laboratory study, *Iran Endod J.*, 10(2), pp.135-139.
2. **Al Shalabi R.M., Omer O.E., et al. (2000)**, Root canal anatomy of maxillary first and second permanent molars, *Int Endod*, 33, pp.405- 414.
3. **Barbieri N., Leonardi D.P., et al. (2015)**, Influence of cervical preflaring on apical transportation in curved root canals instrumented

by reciprocating file systems, *BMC Oral Health*, pp.1-4.

4. **Brito-Junior M., Faria-E-Silva A.L., et al. (2014)**, Apical transportation associated with ProTaper® Universal F1, F2 and F3 instruments in curved canals prepared by undergraduate students, *J Appl Oral Sci*, 22(2), pp.98-102
5. **Hoàng Tử Hùng (2003)**, Giải phẫu răng, Nhà xuất bản y học, Chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, tr.11-46.
6. **Bürklein S., Mathey D., et al. (2015)**, Shaping ability of ProTaper NEXT and BT-RaCe nickel-titanium instruments in severely curved root canals, *Int Endod J*, 48(8), pp.774-781.
7. **Ceyhanli K.T., Erdilek N., et al. (2014)**, Comparative micro-computed tomography evaluation of apical root canal transportation with the use of ProTaper, RaCe and Safesider systems in human teeth, *Aust Endod J*, 40(1), pp.12-16.
8. **Cunha R.S., Junaid A., et al. (2014)**, Assessment of the Separation Incidence of Reciprocating WaveOne Files: A Prospective Clinical Study, *J Endod*, 40, pp.922-924.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN CỦA CHỤP CLVT KHỐI THỂ TÍCH TRONG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ HẸP ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN NHỊP TIM CAO

Nguyễn Hoàng Thịnh¹, Trần Đăng Khoa¹, Bùi Viên Sơn¹,
Nguyễn Quang Hoài¹, Đỗ Đức Thịnh¹, Hoàng Đình Âu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá độ chính xác của cắt lớp vi tính (CLVT) khối thể tích trong phát hiện và xác định mức độ hẹp động mạch vành (ĐMV) ở bệnh nhân (BN) có nhịp tim cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 35 BN có nhịp tim cao ≥ 80 được chụp CLVT khối thể tích và chụp động mạch vành qua da (DSA). Các động mạch vành được chia thành các phân đoạn gần, giữa, xa dựa theo cách phân chia của Hội tim mạch Hoa Kỳ. Hẹp ĐMV có ý nghĩa được định nghĩa là hẹp lòng mạch bằng hoặc trên 50%. Giá trị chẩn đoán mức độ hẹp có ý nghĩa của CLVT khối thể tích được đánh giá bằng các giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán âm tính, giá trị dự đoán dương tính đối chiếu với tiêu chuẩn vàng trên DSA. Giá trị chẩn đoán được xác định ở ba mức độ: theo bệnh nhân, theo đoạn và các phân đoạn động mạch vành. **Kết quả:** Từ tháng 07/2017 đến tháng 12/2018, có 35 BN (27 nam, 08 nữ, tuổi trung bình $70,7 \pm 7,4$, nhịp tim trung bình $86,7 \pm 7,4$) được chụp CLVT khối thể tích và DSA để đánh giá

mức độ hẹp mạch vành thỏa mãn tiêu chuẩn đầu vào nghiên cứu. Tổng số đoạn và phân đoạn mạch vành được đánh giá lần lượt là 135 và 341. Giá trị chẩn đoán ở mức độ đoạn mạch: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính, độ chính xác lần lượt là 0.92, 0.96, 0.94, 0.95 và 0.95; ở mức độ phân đoạn mạch vành: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính, độ chính xác lần lượt là 0.78, 0.97, 0.89, 0.94 và 0.93. **Kết luận:** CLVT khối thể tích là phương pháp thăm dò chính xác và đáng tin cậy trong đánh giá mức độ hẹp ĐMV ở các BN có nhịp tim cao.

SUMMARY

EVALUATION CORONARY STENOSIS IN HIGH HEART RATE PATIENTS: INITIAL ASSESSMENT OF DIAGNOSTIC ACCURACY OF WHOLE HEART VOLUMETRIC CT

Objective: To study the diagnostic accuracy of whole heart volumetric CT scanner in detection and evaluation coronary stenosis in high heart rates patients. **Materials and methods:** We retrospectively analyzed imagings of 35 high heart rate (HR ≥ 80) patients who underwent both whole heart volumetric CT scanner and invasive digital subtraction angiography (DSA). All coronary arteries were segmented into proximal, mid and distal part for comparative based on ACC/AHA guideline. Significant coronary stenosis was defined as the reduction of luminal diameter being more than or equal to 50%.

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/10/2019

Ngày phản biện khoa học: 24/10/2019

Ngày duyệt bài: 5/11/2019

The diagnostic accuracy of whole heart volumetric CT scanner in coronary artery stenosis evaluation was assessed by comparing its sensitivity, specificity, positive and negative predictive values to the gold standard in patient-based, vessel-based and segment-based analysis. **Result:** From 01/2018 to 12/2018, a total of 35 patients (27 male, 08 female, mean age of 70,7±7,4, mean heart rate of 86,7±7,4) underwent both whole heart volumetric CT and invasive DSA. There are total 135 vessels and 341 segments were analysis. Compared to the DSA, in vessel-based analysis, sensitivity, specificity, PPV, NPV and accuracy rate values was 0.92, 0.96, 0.94, 0.95 and 0.95, respectively; in segments-based analysis, sensitivity, specificity, PPV, NPV and accuracy rate values was 0.78, 0.97, 0.89, 0.94 and 0.93, respectively. **Conclusion:** Whole heart volumetric CT scanner offers a reliable diagnostic accuracy in assessing coronary artery stenosis in high heart rates patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù giá trị của cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy trong phát hiện và đánh giá tổn thương động mạch vành đã được chứng minh song những hạn chế về chất lượng hình ảnh gây ra do các nhiễu ảnh liên quan tới nhịp tim vẫn là một rào cản khiến cho kỹ thuật này chưa được áp dụng phổ biến ở các bệnh nhân (BN) có nhịp tim cao.

Các nghiên cứu thực hiện trên các máy CLVT 64 dãy thế hệ đầu cho thấy giá trị chẩn đoán của chụp CLVT động mạch vành bị ảnh hưởng rất nhiều bởi nhịp tim. Vì vậy, thế hệ máy này không phải là phương tiện chẩn đoán phù hợp cho ở các BN rung nhĩ hay BN có nhịp tim cao không đáp ứng với điều trị β -blocker. Để khắc phục nhược điểm nói trên các thế hệ CLVT đa dãy sau này đã được cải tiến theo nhiều hướng cả về phần cứng và phần mềm. Về phần cứng, các cải tiến về cấu trúc máy được đưa ra để thực hiện chụp ĐMV ở BN nhịp tim cao gồm hai nhóm chính: chụp xoắn ốc với pitch cao ở các máy CLVT hai nguồn năng lượng và chụp khối thể tích sử dụng các đầu thu có diện tích lớn làm tăng độ bao phủ trục z ở các máy CLVT một nguồn năng lượng[1]. Một số nghiên cứu cho thấy các cải tiến nói trên giúp tăng chất lượng hình ảnh, tối ưu hóa hình ảnh mạch vành cũng

như cải thiện chất lượng chẩn đoán ở các BN nhịp tim cao.

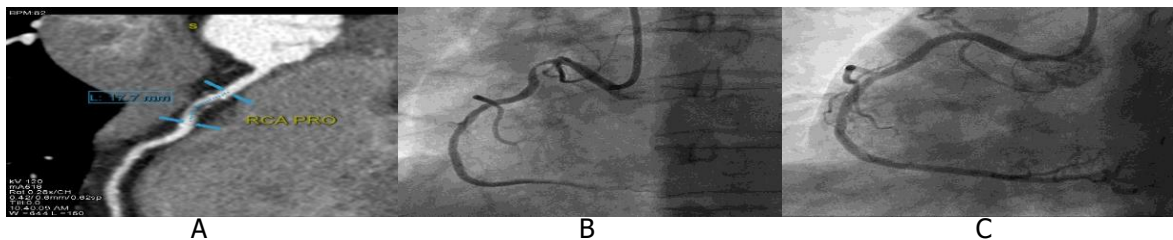
Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu thực hiện để xác định giá trị chẩn đoán hẹp ĐMV sử dụng các máy chụp CLVT hai nguồn năng lượng nhưng còn rất ít các nghiên cứu được thực hiện trên máy chụp CLVT một nguồn năng lượng sử dụng kỹ thuật chụp khối thể tích trong đánh giá tổn thương ĐMV, đặc biệt là ở BN có nhịp tim cao. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm bước đầu xác định giá trị chẩn đoán hẹp ĐMV của kỹ thuật này ở các BN có nhịp tim cao ≥ 80 .

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 35 BN có nhịp tim cao ≥ 80 , có chống chỉ định hoặc không đáp ứng với điều trị hạ nhịp tim bằng β -blocker, được chụp CLVT khối thể tích ĐMV và chụp ĐMV qua da từ 01/2018 đến 12/2018. Tiêu chuẩn loại trừ tuyệt đối gồm các BN có chống chỉ định sử dụng thuốc cản quang. Với các BN suy thận, chỉ (độ thanh thải creatinine <60 mL/phút), chỉ định chụp được thảo luận và cân nhắc giữa bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ lâm sàng và BN.

2. Kỹ thuật chụp CLVT. Thăm khám hình ảnh ĐMV được thực hiện trên máy CLVT 256 dãy đầu thu (Revolution CT; GE Healthcare) với thông số chụp như sau: kích thước voxel 0,625mm; độ phân giải không gian theo trục X-Y 0,23mm; độ bao phủ trục z: 16cm (256x 0,625mm); tốc độ quay bóng (gantry) 280ms; chụp prospective đồng bộ với cổng điện tim; tái tạo lập sau chụp ASIR-V 50%.

Điều chỉnh thông số bóng chụp dựa theo chỉ số khối cơ thể BMI của người bệnh: với độ đậm xuyên sử dụng 100kVp với BMI <19, 120kVp với BMI 20-30, 140kVp với BMI >30; cường độ bóng sử dụng phần mềm tự động điều biến Smart mA (GE Healthcare) với ngưỡng lựa chọn 500-650mA. Cửa sổ tia X được mở rộng 500ms ở cuối thì tâm trương của mỗi chu kỳ tim, chụp từ 1-2 chu kỳ tim phụ thuộc vào nhịp tim của BN, 1 chu kỳ cho các BN nhịp <90 và 2 chu kỳ với các BN nhịp từ 90 trở lên.



Hình 1. BN nam 67 tuổi, nhịp tim 82, hẹp nặng 80% RCA I trên hình ảnh CLVT (A), chụp DSA (B) và sau can thiệp đặt stent (C)

Đồng bộ phát tia bóng – thuốc cản quang sử dụng kỹ thuật bolus triggering với ROI (Region Of Interest) được đặt ở động mạch chủ xuống. Tốc độ tiêm thuốc cản quang thay đổi từ 4-5,5ml/s phụ thuộc vào nồng độ thuốc cản quang, tình trạng tĩnh mạch và cân nặng người bệnh song cần đảm bảo tốc độ đưa iod vào lòng mạch từ 1,5-2g/s.

3. Chụp động mạch vành qua da. Chụp ĐMV qua da sử dụng kỹ thuật tiêu chuẩn trên máy DSA hai bình điện Allura XperFD20 (Philip, Hà Lan)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tổng số BN	35/35 (100%)
- Nam	27/35 (77%)
- Nữ	8 /35(23%)
Tuổi trung bình	70,7±7,4 (thấp nhất 50 –cao nhất 82)
Nhịp tim trung bình	86,7±7,4 (thấp nhất 80 –cao nhất 118)
Tỉ lệ đoạn mạch vành hẹp có ý nghĩa	52/135 (38,5%)
Tỉ lệ phân đoạn mạch vành hẹp có ý nghĩa	74/341 (21,7%)
Số ca bệnh đa thân mạch vành	10/35 (28,6%)

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 70,7±7,4, nhịp tim trung bình là 86,7±7,4, với nam giới chiếm đa số trong nhóm BN nghiên cứu. Có tổng cộng 341 phân đoạn mạch vành và 135 đoạn mạch vành được phân tích (trong đó loại 9 phân đoạn và 5 đoạn mạch vành do có stent, không nằm trong mục tiêu của nghiên cứu này). Trên chụp ĐMV bằng DSA có 38,5% số đoạn mạch vành và 21,7% các phân đoạn mạch vành hẹp có ý nghĩa.

Bảng 2: Mức độ tương đồng trong chẩn đoán hẹp mạch vành có ý nghĩa giữa CLVT và DSA, phân tích trên số lượng bệnh nhân

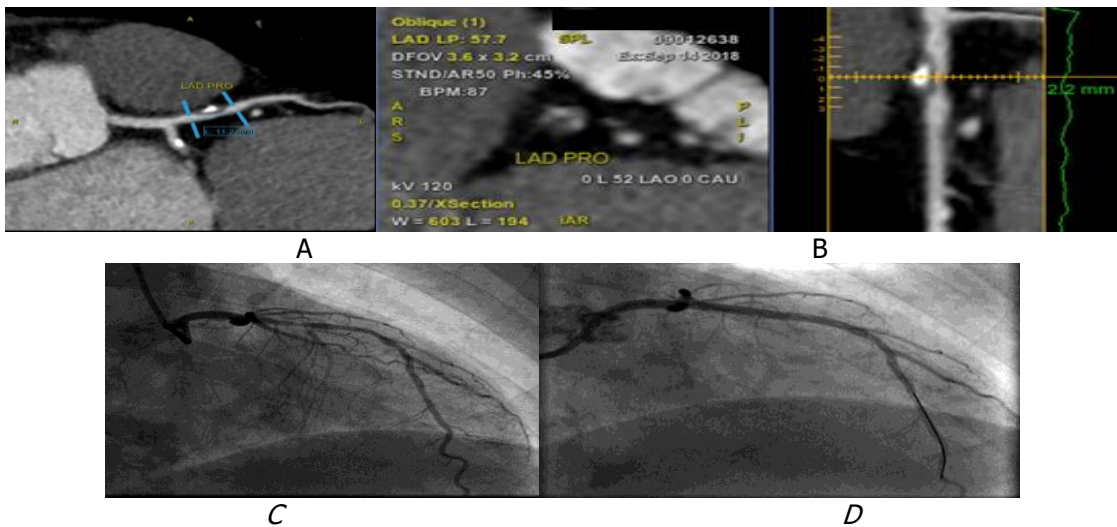
	Có hẹp trên DSA	Không hẹp trên DSA	Tổng
Có hẹp trên CLVT	31	2	33
Không hẹp trên CLVT	0	2	2
Tổng	31	4	35

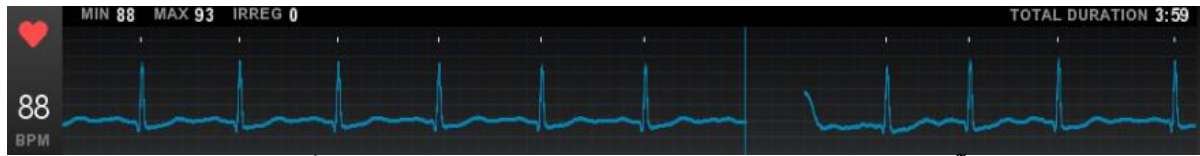
Phân tích trên số lượng BN nhân thấy tỉ lệ tương đồng của CLVT và DSA trong chẩn đoán và loại trừ hẹp ĐMV có ý nghĩa lần lượt là 33/35 ca tương đương độ chính xác 94 %. Chỉ có 02 ca dương tính giả trên CLVT chiếm tỉ lệ 6%.

Bảng 3: Giá trị chẩn đoán hẹp động mạch vành của CLVT khối thể tích phân tích theo đoạn mạch và phân nhánh mạch vành

	Se	Sp	PPV	NPV	Độ chính xác
Mức độ đoạn mạch vành	0.92	0.96	0.94	0.95	0.95
Mức độ phân đoạn mạch vành	0.78	0.97	0.89	0.94	0.93

Phân tích ở mức độ đoạn mạch vành thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính, độ chính xác lần lượt là 0.92, 0.96, 0.94, 0.95 và 0.95; ở mức độ phân đoạn mạch vành: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính, độ chính xác lần lượt là 0.78, 0.97, 0.89, 0.94 và 0.93. Như vậy có sự suy giảm về độ nhạy và giá trị dự đoán dương tính khi phân tích ở mức độ phân nhánh.





Hình 2. BN nam 79 tuổi, nhịp tim 88, hẹp nặng 70% LAD I trên ảnh CLVT dưới (A), ảnh CLVT cắt ngang qua chỗ hẹp nhất (B), ảnh DSA trước và sau can thiệp đặt stent (C, D)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả chính thu được trong nghiên cứu của chúng tôi đó là ứng dụng kỹ thuật chụp CLVT thể tích khối sử dụng máy CLVT đa dãy thể hệ mới với độ phân giải không gian cao 0,23mm, thời gian quay bóng thấp 0,28ms kết hợp với kỹ thuật tái tạo sau chụp giúp cung cấp hình ảnh ĐMV đẹp với giá trị chẩn đoán thu được rất cao ngay cả với các BN có nhịp tim cao. Một đặc điểm quan trọng nữa đó là nghiên cứu được thực hiện trên nhóm BN có tuổi tương đối cao, trung bình là 70,7±7,4 tuổi.

Đây là kết quả quan trọng giúp mở ra một lựa chọn mới trong chẩn đoán các bệnh lý ĐMV ở BN có nhịp tim cao đặc biệt trong bối cảnh có một số lượng không nhỏ các BN nhịp nhanh trên lâm sàng cần loại trừ bệnh lý ĐMV ví dụ: rung nhĩ ở người cao tuổi, rung nhĩ cần phân biệt với đau thắt ngực ổn định hoặc không ổn định, các BN nhịp tim nhanh với nguy cơ bệnh mạch vành không đáp ứng với điều trị hạ nhịp bằng β -blocker, các BN chống chỉ định sử dụng β -blocker.

Một số nghiên cứu trước đây trên các BN rung nhĩ sử dụng máy CLVT một nguồn năng lượng khuyến cáo rằng chất lượng hình ảnh tốt chỉ đạt được nếu giới hạn nhịp tim dưới 70. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi nhịp tim trung bình là 86,7±7,4, thậm chí có một số BN được thực hiện chụp với nhịp tim trên Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Andreini (2017) so sánh về khả năng chẩn đoán của CLVT trong chẩn đoán hẹp ĐMV giữa hai nhóm BN rung nhĩ và nhịp xoang, với nhịp tim trung bình của nhóm rung nhĩ là 83±21 nhịp/phút, tuổi trung bình của nhóm này là 71±8 tuổi [2].

Một nghiên cứu khác của Andreini (2018) được thực hiện để so sánh giá trị chẩn đoán của CLVT khối thể tích ở hai nhóm BN nhịp tim ≥ 80 và ≤ 65 cũng cho giá trị chẩn đoán rất cao ở nhóm BN nhịp tim ≥ 80 . Kết quả của nghiên cứu này thu được khi phân tích ở mức độ phân nhánh mạch vành: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính, độ chính xác lần lượt là 0.74, 1.0, 0.97, 0.96 và 0.97[3]. Kết quả thu được trong nghiên cứu này gần tương tự như trong nghiên cứu của chúng

tôi với các giá trị độ nhạy và độ đặc hiệu thấp hơn một chút so với các giá trị còn lại. Nguyên nhân của hiện tượng này là do có một tỉ lệ các đoạn mạch có chất lượng ảnh không tốt không đánh giá được song vẫn được tính vào trong nghiên cứu để đưa ra được con số gần với thực tế thực hành hàng ngày nhất. Tỉ lệ các đoạn mạch không đánh giá được nói trên trong nghiên cứu của Andreini là 3%, trong đó tác giả nêu ra có mối liên quan giữa nhiều ảnh chuyển động nặng của các trường hợp nhịp tim >100 và nhiều ảnh do vô hóa nặng với các đoạn mạch có chất lượng ảnh kém này.

Nhìn chung, các kết quả thu được nói trên là rất đáng chú ý khi so sánh với các nghiên cứu được thực hiện trên các thể hệ máy CLVT khác gần đây như máy CLVT hai nguồn năng lượng hay máy CLVT 320 dãy đầu thu thực hiện ở các BN có nhịp tim cao nhưng chỉ giới hạn trong khoảng nhịp từ 70-80 [4,5].

Tuy nhiên dù đạt được kết quả ban đầu khá khả quan nhưng nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số nhược điểm: thứ nhất, đây chỉ là nghiên cứu thử nghiệm bước đầu nên cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ; thứ hai, nghiên cứu được thực hiện đơn trung tâm nên có thể không phản ánh chính xác giá trị chẩn đoán ở các trung tâm khác; thứ ba, do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ nên chưa phân tích được mối liên quan và ảnh hưởng của các yếu tố lâm sàng, hình ảnh tới giá trị chẩn đoán như chỉ số BMI, tuổi, mức độ vô hóa... Vì tất cả các vấn đề nêu trên, cần thiết có thêm các nghiên cứu đa trung tâm và các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn để có thể xác định chính xác giá trị chẩn đoán và vai trò của kỹ thuật chụp CLVT khối thể tích trong đánh giá bệnh ĐMV ở các bệnh nhân có nhịp tim cao.

V. KẾT LUẬN

CLVT khối thể tích là phương pháp thăm dò chính xác và đáng tin cậy trong đánh giá mức độ hẹp ĐMV ở các BN có nhịp tim cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Machida, H., et al., Current and Novel Imaging Techniques in Coronary CT. Radiographics, 2015. 35(4): p. 991-1010.
2. Andreini, D., et al., Atrial Fibrillation: Diagnostic Accuracy of Coronary CT Angiography

- Performed with a Whole-Heart 230-microm Spatial Resolution CT Scanner. *Radiology*, 2017. **284**(3): p. 676-684.
3. **Andreini, D., et al.**, Diagnostic performance of coronary CT angiography carried out with a novel whole-heart coverage high-definition CT scanner in patients with high heart rate. *Int J Cardiol*, 2018. **257**: p. 325-331.
4. **Uehara, M., et al.**, Diagnostic accuracy of 320-

- slice computed-tomography for detection of significant coronary artery stenosis in patients with various heart rates and heart rhythms compared with conventional coronary-angiography. *Int J Cardiol*, 2013. **167**(3): p. 809-15.
5. **Neeffjes, L.A., et al.**, Diagnostic accuracy of 128-slice dual-source CT coronary angiography: a randomized comparison of different acquisition protocols. *Eur Radiol*, 2013. **23**(3): p. 614-22.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN MẮC HỘI CHỨNG GUILLAIN – BARRÉ

Nguyễn Mạnh Tuyên¹, Phan Việt Nga¹,
Nguyễn Minh Đức², Lê Trung Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị trên lâm sàng ở bệnh nhân mắc hội chứng Guillain – Barré. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu trên 42 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Guillain – Barré và điều trị bằng Gamma Globulin miễn dịch hoặc thay huyết tương. **Kết quả:** Các triệu chứng lâm sàng sau điều trị đều có xu hướng cải thiện rõ rệt. So sánh trước và sau điều trị cho thấy: tỉ lệ cải thiện điểm sức cơ là 95,23%, rối loạn cảm giác cải thiện 85,71%, phản xạ gân xương cải thiện 78,57%. Tỉ lệ bệnh nhân giảm mức độ liệt dây sọ não là 76,19%, tỉ lệ cải thiện triệu chứng thần kinh thực vật là 100%, điểm NPRS trung bình và điểm Hughes trung bình giảm rõ rệt. **Kết luận:** Các triệu chứng lâm sàng sau đợt điều trị cải thiện rõ rệt. Sử dụng Gamma Globulin miễn dịch đường tĩnh mạch hoặc thay huyết tương ở bệnh nhân mắc hội chứng Guillain – Barré là hai phương pháp điều trị đặc hiệu đem lại hiệu quả cao.

Từ khóa: Guillain – Barré, gamma globulin, lọc huyết tương.

SUMMARY

ASSESSMENT OF TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH GUILLAIN – BARRÉ SYNDROME

Objectives: Evaluation of clinical outcomes in patients with Guillain – Barré syndrome. **Methods:** A prospective study of 42 patients diagnosed with Guillain – Barré syndrome and treatment by Gamma Globulin or plasma exchange. **Results:** The clinical symptoms after treatment tends to improve. Comparison before and after treatment shows: the rate of improvement in MRC score is 95,23%, sensory disorders improve 85.71%, the tendon reflex improved

78.57%. The rate of patients with reduced cranial nerves palsy was 76.19%, the rate of improvement of autonomic symptoms was 100%, the average NPRS score and the average Hughes score decreased significantly. **Conclusion:** Clinical symptoms after treatment improved markedly. Use of intravenous immunoglobulin or plasma exchange in patients with Guillain – Barré syndrome are two specific treatments that are highly effective.

Key words: Guillain – Barré, gamma globulin, plasma exchange.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Guillain – Barré là một bệnh lý thần kinh tự miễn [4], trong đó cơ thể sinh ra kháng thể chống lại các tác nhân gây bệnh đồng thời các kháng thể cũng tấn công và làm tổn thương myelin hay thậm chí cả sợi trục của dây và rễ thần kinh. Đây là một bệnh lý cấp tính nặng có thể dẫn đến tử vong cũng như để lại những di chứng nặng nề nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời [2]. Người ta chỉ tìm thấy được mối liên quan của hội chứng này với một số yếu tố như nhiễm khuẩn, nhiễm virus, tiêm chủng hay sau phẫu thuật nào đó [3]. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi với tỷ lệ mắc mới hàng năm vào khoảng từ 0,6 đến 4 trường hợp/100.000 dân [4]. Những hiểu biết về cơ chế bệnh sinh vẫn chưa hoàn toàn được sáng tỏ. Người ta tìm thấy có các yếu tố như: có vai trò của các kháng thể kháng Gangliosid; sự bắt chước phân tử và phản ứng chéo; vai trò của bộ thể được hoạt hóa... [8].

Cơ sở miễn dịch học của hội chứng Guillain – Barré tạo tiền đề cho sự ra đời của các phương pháp điều trị đặc hiệu. Thay huyết tương được chứng minh có hiệu quả giúp làm tăng tốc độ hồi phục, rút ngắn thời gian thở máy, thời gian nằm tại các đơn vị hồi sức và tổng thời gian nằm viện [5]. Sử dụng Gamma globulin miễn dịch đường tĩnh mạch để điều trị cũng cho hiệu quả điều trị tương đương như thay huyết tương [6]. Nghiên

¹Bệnh viện Quân y 103, HVQY

²Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Tuyên

Email: bstuyen1512@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/9/2019

Ngày phản biện khoa học: 10/10/2019

Ngày duyệt bài: 28/10/2019

cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị trên lâm sàng ở bệnh nhân mắc hội chứng Guillain – Barré.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 42 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Guillain – Barré, điều trị tại khoa Thần kinh – Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 09/2017 đến tháng 07/2019.

2.2 Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu mô tả, theo dõi trước và sau điều trị.

*Nghiên cứu lâm sàng:

+ Đặc điểm chung (tuổi, giới tính, nghề nghiệp...), tiền sử, bệnh sử, yếu tố tiền nhiễm, thời gian khởi phát, thời gian mắc bệnh, tính chất khởi phát.

+ Khám lâm sàng: phát hiện, đánh giá triệu chứng tổn thương thần kinh: đánh giá sức cơ, rối loạn cảm giác, phản xạ, triệu chứng rối loạn thần

kinh thực vật, liệt dây thần kinh sọ não, đánh giá mức độ tàn tật theo thang điểm Hughes, điểm NPRS.

*Nghiên cứu về điều trị: Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp thay huyết tương hoặc sử dụng Gamma globulin miễn dịch đường tĩnh mạch, và được thống nhất sử dụng các thuốc kết hợp khác. Đánh giá sự thuyên giảm triệu chứng lâm sàng, điểm Hughes, điểm NPRS sau đợt điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

42 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Guillain - Barré, không phân biệt nhóm tuổi và giới tính, các bệnh nhân được điều trị đặc hiệu bằng phương pháp sử dụng Gamma globulin miễn dịch đường tĩnh mạch hoặc phương pháp thay huyết tương. Thể bệnh của bệnh nhân chủ yếu là thể hủy myelin, có hai bệnh nhân thể Miller - Fisher.

Bảng 3.1. Thời gian từ khi khởi phát đến khi được điều trị

Thể bệnh \ Thời gian	Tuần 1	Tuần 2	Tuần 3	Tuần 4
Thể hủy myelin cấp	15	10	1	4
Thể hủy sợi trục cấp	10	0	0	0
Thể Miller - Fisher	2	0	0	0
Tổng	27 (64,29)	10 (23,81)	1 (2,38)	4 (9,52)

Đa số bệnh nhân mắc hội chứng Guillain – Barré được điều trị trong tuần đầu tiên kể từ khi khởi phát bệnh (64,29%).

Bảng 3.2. Các phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị \ Thời gian	Thể hủy myelin cấp	Thể hủy sợi trục cấp	Thể Miller - Fisher	Tổng
Thay huyết tương	9	8	1	18 (42,86)
Gamma Globulin miễn dịch đường tĩnh mạch	21	2	1	24 (57,14)
Tổng	30	10	2	42 (100)

Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp thay huyết tương là 42,86%, bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp sử dụng Gamma Globulin miễn dịch đường tĩnh mạch chiếm 57,14%, không có bệnh nhân nào được điều trị bằng cả hai phương pháp.

*Đánh giá triệu chứng lâm sàng ở thời điểm bệnh nhân ra viện (sau 14 ngày điều trị), các triệu chứng lâm sàng biến đổi như sau:

Bảng 3.3. Biến đổi một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Guillain – Barré sau đợt điều trị.

Biến đổi một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Guillain – Barré sau điều trị		Thể bệnh			Tổng n= 42(%)
		Thể hủy myelin n = 30	Thể hủy sợi trục n = 10	Thể Miller – Fisher n = 2	
Đau	Có	15	5	2	22(52,38)
	Không	15	5	0	20(47,62)
Cải thiện sức cơ	Có	30	9	1	40(95,23)
	Không	0	1	1	2(4,77)
Rối loạn cảm giác	Cải thiện	29	6	1	36(85,71)
	Không	1	4	1	6(14,29)
Liệt dây thần kinh sọ não	Giảm	25	5	2	32(76,19)
	Không	5	5	0	10(23,81)

Phản xạ gân xương	Cải thiện	23	8	2	33(78,57)
	Không	7	2	0	9(21,43)
Triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật	Cải thiện	30	10	2	42(100)
	Không	0	0	0	0(0)

Sự thay đổi của triệu chứng lâm sàng sau điều trị đều có xu hướng cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ cải thiện sức cơ là 95,23%, rối loạn cảm giác cải thiện 85,71%. Phản xạ gân xương cải thiện 78,57%. Tỷ lệ bệnh nhân giảm mức độ liệt dây sọ não là 76,19%, tỷ lệ cải thiện triệu chứng thần kinh thực vật là 100%.

Bảng 3.4. Đánh giá điểm tàn tật sau điều trị và sau 1 tháng

Thể bệnh	Điểm tàn tật Hughes			Điểm thuyên giảm		p
	Trước điều trị (1)	Sau điều trị 14 ngày (thời điểm ra viện) (2)	Sau điều trị 1 tháng (3)	$\bar{X}_1 - \bar{X}_2$	$\bar{X}_1 - \bar{X}_3$	
	$\bar{X}_1 \pm SD$	$\bar{X}_2 \pm SD$	$\bar{X}_3 \pm SD$			
Thể hủy myelin (n=30)	3,47±0,73	2,63±0,12	1,2±0,40	0,84	2,27	p1-2,p1-3,p2-3 <0,01
Thể hủy sợi trục (n=10)	3,40±1,26	2,30±0,94	1,3±0,48	1,1	2,10	p1-2,p1-3,p2-3 <0,05

Tại thời điểm ra viện (sau điều trị 14 ngày) và sau 1 tháng, điểm Hughes trung bình giảm ở cả hai nhóm, với điểm thuyên giảm tương ứng là 0,84 và 2,27 điểm ở thể hủy myelin (p<0,01), 1,1 và 2,10 điểm ở thể hủy sợi trục, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 3.5. Đánh giá điểm đau NPRS sau điều trị

Thể bệnh	Điểm đau NPRS		Điểm thuyên giảm	p 1-2
	Trước điều trị (1)	Sau điều trị (2)		
	$\bar{X}_1 \pm SD$	$\bar{X}_2 \pm SD$	$\bar{X}_1 - \bar{X}_2$	
Thể hủy myelin (n=30)	4,23±2,54	1,20±1,15	3,03	0,00
Thể hủy sợi trục (n=10)	2,00±2,74	0,70±0,95	1,30	0,077
P			0,266	

Sau đợt điều trị điểm NPRS trung bình ở 2 nhóm giảm rõ rệt. Điểm thuyên giảm ở nhóm hủy myelin là 3,03, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001); điểm thuyên giảm ở nhóm hủy sợi trục là 1,30, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3.6. Biến đổi sức cơ sau điều trị và sau 1 tháng

Thể bệnh	Điểm sức cơ			Điểm thuyên giảm		p
	Trước điều trị (1)	Sau điều trị (2)	Sau điều trị 1 tháng (3)	$\bar{X}_1 - \bar{X}_2$	$\bar{X}_1 - \bar{X}_3$	
	$\bar{X}_1 \pm SD$	$\bar{X}_2 \pm SD$	$\bar{X}_3 \pm SD$			
Thể hủy myelin (n=30)	36,80±10,45	46,33±7,01	52,03±7,64	9,53	15,23	p1-2, p1-3 p2-3 <0,01
Thể hủy sợi trục (n=10)	40,70±14,22	48,90±8,41	54,09±2,11	8,20	13,39	p1-2, p1-3 p2-3 <0,05

Tại thời điểm sau điều trị và sau 1 tháng, điểm sức cơ trung bình tăng ở cả 2 nhóm, với điểm thuyên giảm tương ứng là 9,53 và 15,23 điểm ở nhóm hủy myelin (p<0,01), 8,20 và 13,39 điểm ở nhóm hủy sợi trục (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Biến đổi điểm tàn tật Hughes của bệnh nhân Guillain – Barré. Mức độ nặng của bệnh nhân mắc hội chứng Guillain - Barré được đánh giá dựa trên thang điểm tàn tật của Hughes: mức độ nhẹ tương ứng với thang điểm 1 của Hughes, mức độ vừa tương ứng với thang điểm 2, 3 của Hughes, mức độ nặng tương ứng với thang điểm 4, 5 của Hughes, và tử vong tương ứng với thang điểm 6 của Hughes. Đánh giá sau đợt điều trị, thời điểm bệnh nhân ra viện

và sau 1 tháng, điểm tàn tật Hughes cải thiện với điểm thuyên giảm rõ rệt, trong đó sự khác biệt giữa trước và sau điều trị, sau 1 tháng là có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Nguyễn Công Tấn (2013), tỷ lệ cải thiện sau đợt thay huyết tương cao nhất ở thể myelin (75%), tiếp theo là tổn thương hỗn hợp (72,3%) và thấp nhất ở thể tổn thương sợi trục (50%). Tác giả nhận thấy rằng, khả năng đáp ứng với điều trị thay huyết tương ở những bệnh nhân hội chứng Guillain - Barré tổn thương sợi trục là kém hơn so với các nhóm

khác, tỷ lệ đáp ứng với thay huyết tương đánh giá theo thang điểm Hughes là 69,7% [1]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như của tác giả trên.

4.2. Biến đổi một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân mắc hội chứng Guillain-Barré. Sự thay đổi của triệu chứng lâm sàng sau điều trị đều có xu hướng cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ cải thiện sức cơ là 95,23%. Triệu chứng rối loạn cảm giác cải thiện 85,71%. Tỷ lệ bệnh nhân giảm mức độ liệt dây sọ não là 76,19%. Phản xạ gân xương cải thiện 78,57%, tỷ lệ cải thiện triệu chứng thần kinh thực vật là 100%. Thornton và cộng sự nghiên cứu kết quả điều trị trên 245 bệnh nhân mắc hội chứng Guillain - Barré cho thấy, nhóm được thay huyết tương và/hoặc sử dụng Gamma Globulin đường tĩnh mạch có hiệu quả tốt trên nhiều chỉ tiêu như cải thiện các triệu chứng lâm sàng sau thời gian bốn tuần, cải thiện mức độ nặng của bệnh [7]. Như vậy, cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả trên chúng tôi thấy thay huyết tương hoặc sử dụng Gamma Globulin đường tĩnh mạch giúp cải thiện rõ rệt các triệu chứng lâm sàng tại thời điểm theo dõi.

4.3. Biến đổi sức cơ của bệnh nhân Guillain - Barré. Sau đợt điều trị và sau 1 tháng điểm sức cơ trung bình tăng lên rõ rệt ở cả hai nhóm theo thể bệnh, với điểm thuyên giảm tương ứng ở nhóm hủy myelin là 9,53 và 15,23 điểm; nhóm hủy sợi trục là 8,20 và 13,39 điểm. Nguyễn Công Tấn (2013), tỷ lệ cải thiện mức độ mất khả năng vận động sau đợt thay huyết tương ở nhóm tổn thương sợi trục kém hơn so với các nhóm khác. Cụ thể đánh giá theo thang điểm sức cơ, với bệnh nhân thể hủy myelin là 87,5%, thể hỗn hợp là 80,9% và nhóm tổn thương sợi trục là thấp nhất 50%, tỷ lệ cải thiện sau thay huyết tương ở bệnh nhân chưa rõ tổn thương trên chẩn đoán điện là 60% [1]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có chút khác biệt với so với tác giả trên. Điều này cũng có thể lý giải một phần là do số lượng bệnh nhân thuộc nhóm hủy sợi trục của chúng tôi còn nhỏ, trong khi ở nhóm này có hai thể là bệnh thần kinh sợi trục vận động cấp và bệnh thần kinh sợi trục vận động, cảm giác cấp có những đặc điểm về tiền lượng không giống nhau. Vì vậy, để có thể đánh giá chính xác mức độ cải thiện cần phải có mẫu lớn hơn và việc đánh giá cần xem xét trên từng thể bệnh cụ thể.

4.4. Biến đổi thang điểm NPRS của bệnh nhân Guillain - Barré. Thông thường, đau trong hội chứng Guillain - Barré ở các phần của chi trên, giữa hai bả vai, ở thắt lưng và mông,

hoặc xung quanh hông, đau dữ dội có thể gây ra các thay đổi về huyết áp và các thay đổi tim mạch khác. Đau ở giai đoạn cấp tính của hội chứng Guillain - Barré là đau cảm thụ. Mức độ đau được đánh giá theo thang điểm đau theo số, chia thành 3 mức độ đau theo Tổ chức Y tế Thế giới với điểm đau từ 1 đến 10, đau nhẹ là từ 1 đến 3 điểm, đau vừa là từ 4 đến 6 điểm và đau nặng là từ 7 đến 10. Các bệnh nhân mắc hội chứng Guillain - Barré sau đợt điều trị ở cả hai nhóm điểm NPRS trung bình giảm rõ rệt với điểm thuyên giảm cải thiện ở nhóm hủy myelin (3,03) cao hơn thể hủy sợi trục (1,30), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở thể hủy myelin ($p < 0,001$), và không có ý nghĩa thống kê ở thể hủy sợi trục ($p > 0,05$). Hầu hết các bệnh nhân có đau trước điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi đều gần như hết triệu chứng sau đợt điều trị và thường không phải dùng thuốc hỗ trợ điều trị triệu chứng đau.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng sau đợt điều trị có xu hướng cải thiện rõ rệt: Tỷ lệ cải thiện sức cơ là 95,23%, cải thiện triệu chứng cảm giác ở 85,71% bệnh nhân, cải thiện triệu chứng giảm và mất phản xạ ở 78,57%, giảm mức độ liệt dây thần kinh sọ não là 76,19%, không có triệu chứng thần kinh thực vật ở 100% bệnh nhân. Điểm sức cơ trung bình tăng sau đợt điều trị và sau 1 tháng với điểm thuyên giảm ở nhóm hủy myelin là 9,53 và 15,23 điểm với $p < 0,01$ và nhóm hủy sợi trục là 8,20 và 13,39 điểm với $p < 0,05$.

Đánh giá ở thời điểm khi ra viện và sau 1 tháng, điểm tàn tật Hughes trung bình giảm có ý nghĩa ở cả 2 nhóm ($p < 0,05$).

Điểm NPRS trung bình giảm rõ rệt, trong đó điểm thuyên giảm trong nhóm hủy myelin là 3,03 với $p < 0,001$ và nhóm hủy sợi trục là 1,30 với $p > 0,05$. Như vậy, sử dụng Gamma Globulin miễn dịch đường tĩnh mạch hoặc thay huyết tương là hai phương pháp điều trị đặc hiệu đem lại hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tấn, N.C (2013), Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp thay thế huyết tương trong cấp cứu hội chứng Guillain - Barré, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y - Dược lâm sàng 108.
2. Alshekhlee, A. et al.: Guillain-Barré syndrome: incidence and mortality rates in US hospitals. *Neurology*. 70, 18, 1608-1613 (2008).
3. Hadden, R.D.M. et al.: Preceding infections, immune factors, and outcome in Guillain-Barré syndrome. *Neurology*. 56, 6, 758-765 (2001).
4. Hughes RA, C.D.: Guillain - Barré syndrome. *Lancet*. 366: 1653-1666 (2005).

5. Parry, G.J., Steinberg, J.S.: Guillain-Barre Syndrome: from diagnosis to recovery. Demos Medical Publishing (2007).
6. Syndrome, F.C.G. on P.E. in G.: Appropriate number of plasma exchanges in Guillain-Barré syndrome. Annals of neurology. 41, 3, 298–306 (1997).
7. Thornton CA, Griggs RC (1994). Plasma exchange and intravenous immunoglobulin treatment of neuromuscular disease. Ann Neurol. 35(3): 260-8.
8. Van Doorn, P.A. et al.: Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. The Lancet Neurology. 7, 10, 939–950 (2008).

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VÀ KHẢO SÁT TUÂN THỦ VỆ SINH TAY CỦA NHÂN VIÊN BỆNH VIỆN THẨM MỸ JW HÀN QUỐC NĂM 2019

Nguyễn Phan Tú Dung*, Trương Quang Đồng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức và khảo sát sự tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế trong khoa Phẫu thuật-Gây mê hồi sức của bệnh viện năm 2019. **Phương pháp nghiên cứu:** phát phiếu điều tra – giám sát tuân thủ vệ sinh tay; kết hợp với quan sát trực tiếp tại các khoa phòng. **Kết quả:** Khảo sát 30 nhân viên y tế thấy: 20% cho rằng mang găng có thể thay thế được vệ sinh tay, 40% không nêu chính xác được 5 thời điểm vệ sinh tay, 33,3% cho rằng vệ sinh tay bằng nước và xà phòng hiệu quả hơn vệ sinh tay bằng dung dịch chứa cồn. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay tại 5 thời điểm: trước khi tiếp xúc với người bệnh: 66,6%. Trước khi làm thủ thuật vô khuẩn: 93,3%. Sau khi tiếp xúc với phôi nhiễm, dịch tiết của người bệnh: 90%. Sau khi tiếp xúc với người bệnh: 70%. Sau khi tiếp xúc môi trường, bề mặt các vật dụng trong buồng bệnh: 50%. **Kết luận:** Kiến thức chung nhận thức về vệ sinh tay của nhân viên y tế chưa đầy đủ. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay tại 5 thời điểm của WHO tuân thủ không đều nhau ở các thời điểm và các nhóm nhân viên được khảo sát.

Từ khóa: Kiến thức, tuân thủ vệ sinh tay, nhân viên y tế, bệnh viện thẩm mỹ JW Hàn Quốc

SUMMARY

EVALUATING KNOWLEDGE AND EXERCISE OF HAND HYGIENE OF MEDICAL STAFFS AT THE KOREA JW PLASTIC SURGERY HOSPITAL

Background: Hospital acquired – Infection is a vast challenge and concern in both Vietnam and all over the world. This research is to evaluate the knowledge, compliance with hand hygiene of medical staffs at the Korea JW Plastic Surgery Hospital in 2019. **Materials and Methods:** Investigated in 30 medical staffs. Delivering questionnaires, observing performance on hand hygiene practices of medical staffs. **Results:** 20% of medical staffs believed that wearing medical hand gloves without washing hands is adequately hygienic; 40% could not cite sufficiently 5

moments of WHO for hand hygiene; 33,3% thought that washing hands with water and soap is clearer than with alcoholic solutions. The rates of compliance sufficiently 5 moments of WHO for hand hygiene: before touching a patient: 66,6%. Before cleaning and aseptic procedures: 93,3%. After contact with patient fluids: 90%. After touching a patient: 70%. After touching patient surroundings: 50%. **Conclusions:** The overall knowledge of medical staffs in our research about hands hygiene was insufficient. Moreover, the rates of compliance hand hygiene was not equal in 5 moments of WHO for hand hygiene. Not every medical staff was fully aware of hand hygiene.

Keywords: The knowledge, compliance with hand hygiene, medical staffs, Korea JW Plastic Surgery Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là một trong những thách thức và mối quan tâm rất lớn tại Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. [6]. Nhiều nghiên cứu cho thấy NKBV làm tăng tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị. Theo thống kê, tỷ lệ NKBV chiếm khoảng 5 – 10% ở các nước phát triển và 15 – 20% ở các nước đang phát triển [3]. Có nhiều yếu tố gây ảnh hưởng NKBV như: môi trường ô nhiễm, bệnh truyền nhiễm, xử lý dụng cụ, các thủ thuật xâm lấn nhưng ô nhiễm bàn tay của nhân viên y tế (NVYT) là 1 mắt xích quan trọng trong dây chuyền NKBV.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khẳng định “Chăm sóc sạch là chăm sóc an toàn” và “Vệ sinh tay là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất trong phòng ngừa NKBV”. Đây là giải pháp rẻ tiền nhất, dễ thực hiện và hiệu quả nhất. Năm 2007, Vụ Điều trị Bộ Y tế đã ban hành công văn số 7517/BYT và thông tư 18/BYT 2009 của Bộ Y tế về hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn qui định và hướng dẫn quy trình vệ sinh tay (VST) thường quy. Nội dung công văn đã được phổ biến và tập huấn cho toàn thể cán bộ, nhân viên toàn Bệnh viện Thẩm mỹ JW Hàn Quốc [1],[5].

Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy nhận thức của NVYT còn chưa đầy đủ, phương tiện vệ

*Bệnh viện Thẩm mỹ JW Hàn Quốc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phan Tú Dung

Email: drtinhanquocJW@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/9/2019

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2019

Ngày duyệt bài: 1/11/2019

sinh tay còn thiếu, vị trí vệ sinh tay còn chưa hợp lý nên tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay còn thấp ở nhiều bệnh viện. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

- *Đánh giá kiến thức về vệ sinh tay của NVYT tại bệnh viện thẩm mỹ JW Hàn Quốc.*
- *Khảo sát sự tuân thủ vệ sinh tay của NVYT tại khoa phẫu thuật gây mê hồi sức trong bệnh viện.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Với 30 NVYT trong lô nghiên cứu: 10 bác sĩ, 18 điều dưỡng, 2 nhân viên vệ sinh đang làm việc tại Khoa Phẫu thuật- Gây mê hồi sức. Thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 10/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: điều dưỡng trưởng các khoa phòng phát phiếu điều tra, quan sát trực tiếp tại khoa phòng.

- Đánh giá kiến thức bằng bộ câu hỏi phát cho nhân viên y tế trả lời theo các phương án nêu sẵn, chọn câu trả lời đúng (20 câu) trong 10 phút. Thống kê số liệu trả lời đúng sai.

- Quan sát trực tiếp số cơ hội vệ sinh tay mà nhân viên y tế thực hiện.

- Đánh giá tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay trên các đối tượng:

- Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của các đối tượng nghiên cứu liên quan đến công việc phải vệ sinh tay có đúng quy trình vệ sinh tay 6 bước của Bộ y tế.

- 5 thời điểm vệ sinh tay theo WHO được giám sát theo biểu mẫu giám sát vệ sinh tay.

2.3. Phương pháp thu thập xử lý số liệu

- Thu thập số liệu được thực hiện qua quan sát trực tiếp tại khoa phẫu thuật gây mê hồi sức trong bệnh viện và điền vào bảng đánh giá.

- *Xử lý số liệu* bằng phần mềm Excel phiên bản 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá kiến thức về vệ sinh tay

Bảng 3.1: Nhận thức của NVYT về mang găng tay khi chăm sóc người bệnh

Câu hỏi và trả lời	Số NVYT	Tỷ lệ %
Không thay thế được VST	20	66,6
Tùy thời điểm có thể thay thế được	4	13,4
Thay cho VST được	6	20
Không trả lời	0	0
Tổng cộng	30	100

Nhận xét: 20% NVYT cho rằng mang găng có thể thay thế được vệ sinh tay, đây là nhận

thức chưa đúng và làm gia tăng nguy cơ NKBV từ bàn tay.

Bảng 3.2: Kiến thức về 5 thời điểm vệ sinh tay

Câu hỏi & trả lời	Số NVYT	Tỷ lệ %
Trả lời đúng	18	60
Trả lời sai	4	13,4
Trả lời còn thiếu	8	26,6
Không trả lời	0	0
Tổng cộng	30	100

Nhận xét: 40% NVYT không nêu chính xác được 5 thời điểm vệ sinh tay. 26,6% NVYT trả lời không đầy đủ 5 thời điểm VST.

Bảng 3.3: Đánh giá sử dụng phương pháp vệ sinh tay thường qui

Hỏi & trả lời	Số NVYT	Tỷ lệ %
VST nhanh bằng dung dịch chứa cồn	18	60
VST bằng nước + DD xà phòng	12	40

Nhận xét: 40% NVYT cho rằng vệ sinh tay bằng nước + xà phòng hiệu quả tốt hơn vệ sinh tay nhanh bằng dung dịch chứa cồn. Một số ý kiến NVYT cho rằng dung dịch sát khuẩn nhanh chứa cồn có mùi khó chịu, kích thích da.....một số NVYT lại cho rằng VST dùng xà phòng rửa bằng nước nhiều lần làm da tay khô và nứt da gan tay....

3.2. Đánh giá về sự tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế

Bảng 3.4: Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay theo các nhóm đối tượng khảo sát

Đối tượng giám sát	Số cơ hội giám sát	Số tuân thủ đúng	Tỷ lệ % tuân thủ
Bác sĩ	180	135	75
Điều dưỡng	220	187	85
Nhân viên vệ sinh	184	109	60
Tổng cộng	584	431	Tỷ lệ chung: 74%

Nhận xét: Với tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay chung toàn bệnh viện là 74% đạt mức khá nhưng tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay không đồng đều ở các nhóm đối tượng, đặc biệt còn thấp ở nhóm đối tượng là hộ lý (60%). Nguyên nhân ở đây có thể do vấn đề nhận thức chưa đầy đủ về hiệu quả của tuân thủ vệ sinh tay trong công tác chăm sóc bệnh nhân hàng ngày ở bệnh viện, do vậy bệnh viện – khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn cần tổ chức đào tạo kiến thức vệ sinh tay liên tục và thường xuyên cho mọi đối tượng và thực hành giám sát đầy đủ tuân thủ vệ sinh tay.

Bảng 3.5: Đánh giá tuân thủ vệ sinh tay của NVYT qua từng thời điểm

Thời điểm quan sát	Số cơ hội	Tuân thủ đúng	Tỷ lệ % tuân thủ
Trước tiếp xúc với người bệnh	120	80	66,6
Trước làm thủ thuật vô khuẩn	104	97	93,3
Sau phơi nhiễm - dịch tiết người bệnh	110	99	90
Sau chăm sóc người bệnh	150	105	70
Sau tiếp xúc môi trường – đồ vật người bệnh	100	50	50
Tổng cộng	584	431	74%

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ VST ở các thời điểm không đồng đều, đặc biệt ở thời điểm sau khi tiếp xúc với môi trường – đồ vật quanh người bệnh (50%) điều này cần thường xuyên giám sát, nhắc nhở đến từng nhân viên, đặc biệt ở nhóm đối tượng nhân viên vệ sinh về nhận thức tuân thủ VST ở tất cả các thời điểm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về kiến thức vệ sinh tay. Trong khảo sát nghiên cứu đánh giá nhận thức và tuân thủ VST tại bệnh viện thẩm mỹ JW Hàn Quốc chúng tôi thấy còn nhiều vấn đề cần được nghiên cứu, cần được tăng cường đào tạo, tập huấn thực hành giám sát tuân thủ VST:

- 20% NVYT cho rằng mang găng có thể thay thế được vệ sinh tay. Điều đó có thể dẫn đến việc lạm dụng và ngộ nhận khi mang găng. Thực tế là khi thực hiện thăm khám và chăm sóc người bệnh, đôi lúc NVYT chỉ dùng một đôi găng từ đầu đến cuối buổi, điều đó không đảm bảo được yêu cầu chăm sóc sạch, và chỉ có tác dụng phòng ngừa cho NVYT mà không đảm bảo an toàn cho người bệnh, dễ nhiễm khuẩn chéo người bệnh này qua người bệnh khác, làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

- 40% NVYT không nêu chính xác được 5 thời điểm vệ sinh tay (hoặc trả lời thiếu, hoặc trả lời sai, hoặc không trả lời). Điều này cho thấy NVYT chưa nhận thức đầy đủ tầm quan trọng của VST, chưa hiểu rõ các thời điểm cần VST, đây là vấn đề về nhận thức của cá nhân NVYT và cũng là vấn đề còn khiếm khuyết trong đào tạo nhân viên của bệnh viện về chương trình VST.

- 40% NVYT thực hiện vệ sinh tay bằng nước và xà phòng, và cho rằng hiệu quả tốt hơn sử dụng dịch vụ chứa cồn. Điều này cho thấy các NVYT vẫn chưa đánh giá đầy đủ về vai trò và hiệu quả của vệ sinh tay bằng dung dịch chứa cồn, mặc dù đây cũng là một phương pháp vệ sinh tay có hiệu quả và nhanh. Theo nhận thức và thói quen, NVYT thường coi việc vệ sinh tay bằng nước và xà phòng là hiệu quả nhất. Tuy nhiên, tuân thủ vệ sinh tay bằng nước và xà phòng rất khó đạt tỷ lệ cao theo quy định vì thiếu trang bị, mất thời gian và không thực tế. Trên thực tế, khi thực hành chăm sóc người bệnh, không phải chỗ nào cũng có lavabo nước và xà phòng để thực hiện việc vệ sinh tay. Ngay cả khi có đầy đủ trang thiết bị thì người NVYT

cũng không thể cứ khám hoặc tiêm truyền xong một người bệnh lại đến lavabo vệ sinh tay một lần. Do vậy, cùng với việc thực hiện vệ sinh tay bằng xà phòng và nước, cũng cần nhận thức và tăng cường vệ sinh tay bằng dung dịch chứa cồn nhằm đạt tỷ lệ cao tuân thủ VST thường quy trong việc chăm sóc người bệnh.

4.2. Về tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay. Theo các tiêu chí về tuân thủ 5 thời điểm vệ sinh tay của Tổ chức y tế thế giới, kết quả nghiên cứu cho thấy: Trước khi tiếp xúc người bệnh, tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế bệnh viện đạt mức trung bình khá (66,6%). Tỷ lệ tuân thủ VST tại thời điểm sau khi tiếp xúc đồ vật – môi trường người bệnh chưa cao (50%). Đây là điều đáng lưu ý vì có thể làm lây nhiễm vi khuẩn từ bàn tay không sạch của nhân viên y tế cho người bệnh và có thể đây là một nguyên nhân làm gia tăng tỷ lệ lây chéo trong bệnh viện. Đây cũng là vấn đề được đặt ra đòi hỏi bệnh viện chúng tôi cần tăng cường nghiên cứu, đào tạo, giám sát, đề ra các biện pháp để cải thiện chương trình vệ sinh tay trong toàn bệnh viện ngày càng hoàn thiện hơn.

Với tỷ lệ tuân thủ VST chung toàn bệnh viện thẩm mỹ JW Hàn Quốc là: 74% đây là tỷ lệ tương đối khá. Kết quả này có được cũng nhờ sự cố gắng của lãnh đạo bệnh viện, khoa KSNK... đã ưu tiên và chọn chương trình VST là trọng điểm trong chăm sóc an toàn đối với người bệnh.... Ngoài ra bệnh viện chúng tôi còn có một số thuận lợi như: bệnh viện tư, cơ cấu nhỏ, trang thiết bị tốt đầy đủ và hiện đại, có đầy đủ phương tiện hóa chất dụng cụ....thực hành, giám sát chương trình VST. Nhờ vậy mà chương trình VST trong bệnh viện được thực hành thuận lợi, dễ dàng hơn với kết quả chính xác cao nhất.

V. KẾT LUẬN

- Kiến thức của NVYT hiểu biết và thực hành VST còn chưa đầy đủ và chưa đồng đều ở các nhóm NVYT từ Bác sĩ, điều dưỡng, hộ lý, nhân viên vệ sinh tới các nhóm nhân viên khác...

- Tỷ lệ tuân thủ VST không đều ở 5 thời điểm VST của WHO, các thời điểm đa số tuân thủ ở mức khá tốt, tuy nhiên ở thời điểm sau khi tiếp xúc với đồ vật - môi trường người bệnh còn ở mức trung bình.

- Tỷ lệ tuân thủ VST chung toàn bệnh viện ở mức khá (74%)

Yêu cầu đặt ra đối với bệnh viện chúng tôi là, cần phải tổ chức đào tạo, giáo dục, phát động thực hành và giám sát chương trình VST đầy đủ, liên tục hàng năm trong toàn bệnh viện.

KIẾN NGHỊ

- Cần tăng cường áp dụng phần mềm hỗ trợ giám sát tuân thủ vệ sinh tay.

- Nghiên cứu, bổ sung các dung dịch sát khuẩn tay nhanh và xà phòng rửa tay từ các nhà sản xuất đưa vào sử dụng đảm bảo an toàn, không dị ứng, không khô da, không kích ứng đối với bàn tay của nhân viên y tế.

- Cần thường xuyên tổ chức đào tạo, tuyên truyền, giáo dục bằng mọi hình thức về kiến thức và nhận thức vai trò quan trọng của vệ sinh tay tới tất cả nhân viên y tế và mọi người.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế:** Công văn số 7517/BYT-ĐT: "Quy định và hướng dẫn quy trình vệ sinh tay thường quy" (2007).
- Lê Thị Anh Thư:** Kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện. Nhà xuất bản Y học, 2011.
- Nguyễn Việt Hùng,** Vệ sinh tay. Nhà xuất bản Y học, 2010,.
- Bộ Y tế:** Thông tư 18/2009/TT-BYT: Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- WHO:** Guidelines on Hand Hygiene in Healthcare: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care, 2009, Geneva.
- Trần Cao Khoát:** Đánh giá kiến thức và khảo sát tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên Bệnh viện Tai Mũi Họng Sài Gòn năm 2016-2017, 2017.

XÁC SUẤT ỨC CHẾ TẢI LƯỢNG HIV Ở BỆNH NHÂN HIV/AIDS MỚI ĐIỀU TRỊ ARV TẠI MỘT SỐ TỈNH, THÀNH PHỐ GIAI ĐOẠN 2016-2018

Đoàn Thị Thuỳ Linh¹, Đào Thị Minh An², Trần Tuấn Cường³

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục tiêu phân tích xác suất ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml theo thời gian và một số yếu tố liên quan của những bệnh nhân HIV/AIDS mới điều trị ARV giai đoạn 2016-2018. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trong thời gian 3 năm. Sự kiện ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml được ghi nhận theo thời gian để phân tích xác suất ức chế tải lượng HIV bằng phân tích sống sót Kaplan Meier. Phân tích các yếu tố liên quan bằng mô hình hồi quy Cox. Kết quả cho thấy: 34.2% bệnh nhân mới điều trị ARV được làm xét nghiệm tải lượng HIV, tỷ lệ bệnh nhân ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml tăng dần, cao nhất năm 2018 (95.6%). Yếu tố liên quan đến xác suất ức chế tải lượng HIV theo thời gian trong nhóm bệnh nhân mới điều trị ARV là điều trị dự phòng Lao bằng INH.

Từ khóa: Tải lượng HIV, điều trị ARV, cải thiện chất lượng điều trị HIV/AIDS

SUMMARY

PROBABILITY OF HIV VIRAL LOAD SUPPRESSION FOR NEWLY ARV PATIENTS IN SOME PROVINCES, PERIOD 2016-2018

Objectives of the study are analyze probability of HIV viral load suppression under 1000 copies/ml over time and related factors for ARV newly patient period 2016-2018. The method of study is cross-sectional for 3 years. Event of HIV viral load suppression under 1000 copies/ml are recorded by over time to calculate the probability of HIV viral load suppression by survival analysis Kappan Meier. Analyze related factors by Cox regression model. The result of study: 34.2% of newly patient were tested HIV viral load, the percentage of HIV viral load suppression is increased by over time, highest in 2018 (95.6%). Related factor to probability of HIV viral load suppression by over time within newly ARV patients is INH prophylaxis for prevention TB.

Keywords: HIV viral load suppression, ARV treatment, improve the quality of treatment HIV/AIDS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2015, Việt Nam cam kết với Liên hợp quốc về việc thực hiện mục tiêu 90-90-90 vào năm 2020 và kết thúc AIDS vào năm 2030[3]. Trong đó mục tiêu 90 thứ ba là tỷ lệ người nhiễm HIV được điều trị ARV đạt ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml. Xét nghiệm tải lượng HIV là yếu tố dự báo tốt nhất về hiệu quả

¹Cục Phòng, chống HIV/AIDS,

²Trường Đại học Y Hà Nội,

³Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Thuỳ Linh

Email: thuylinhytcc@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/9/2019

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2019

Ngày duyệt bài: 1/11/2019

điều trị HIV/AIDS, xét nghiệm tải lượng HIV được khuyến cáo thực hiện thường quy để theo dõi kết quả điều trị ARV[8]. Kết quả xét nghiệm tải lượng HIV > 1000 bản sao/ml là tiêu chuẩn xác định thất bại về mặt vi rút học và căn cứ chuyển đổi phác đồ điều trị cho bệnh nhân[8]. Các chỉ số về xét nghiệm tải lượng HIV gồm tỷ lệ bao phủ xét nghiệm tải lượng HIV và tỷ lệ bệnh nhân đạt ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml được Bộ Y tế ban hành trong văn bản hướng dẫn về đo lường chỉ số chất lượng điều trị HIV/AIDS (HIVQUAL) năm 2016 và chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc năm 2017[4].

Do chi phí xét nghiệm tải lượng HIV cao nên số lượng bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng HIV thường quy chưa nhiều. Để đưa ra những bằng chứng khoa học về các yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng HIV, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân HIV/AIDS mới điều trị ARV, nghiên cứu được tiến hành tại một số tỉnh, thành phố năm 2016-2018 với mục tiêu phân tích xác suất ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml theo thời gian và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến xác suất ức chế tải lượng HIV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh án ngoại trú của bệnh nhân HIV/AIDS trên 14 tuổi mới bắt đầu điều trị ARV bao gồm cả những trường hợp mới điều trị bị tử vong, bỏ trị, chuyển đi của các năm 2016, 2017 và 2018.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh án của bệnh nhân HIV/AIDS chuyển tới trong các năm 2016, 2017 và 2018.

- Địa điểm nghiên cứu: tại 6 bệnh viện/TTYT có cùng đặc điểm về dịch vụ điều trị HIV/AIDS thuộc 3 tỉnh, thành phố gồm: Cần Thơ (TTYT Thốt Nốt, TTYT Ô Môn), An Giang (BVĐK Tịnh Biên, TTYT Long Xuyên), Sơn La (BVĐK tỉnh, BVĐK Mai Sơn).

2.2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang theo thời gian trong 3 năm 2016-2018

2.3. Mẫu và chọn mẫu

Bảng 1. Mô tả cỡ mẫu của nghiên cứu

	Năm 2016	Năm 2017	Năm 2018
1) Tổng cỡ mẫu của nghiên cứu, trong đó:	1306	1381	1446
BN ARV cũ	806	897	1179
BN mới bắt đầu điều trị ARV trong năm	500	484	267
2) Số BN ngừng, tử vong, chuyển đi	97	135	61

trong năm, trong đó			
BN ARV cũ	64	91	32
BN ARV mới trong năm	33	44	29

Đây là một phần của nghiên cứu Hiệu quả cải thiện các chỉ số đo lường chất lượng điều trị HIV/AIDS bằng can thiệp lồng ghép HIVQUAL vào quản lý chất lượng bệnh viện được triển khai năm 2016-2018. Bảng 1 mô tả cỡ mẫu của nghiên cứu. Từ quần thể nghiên cứu là toàn bộ các bệnh nhân HIV đang được quản lý và điều trị tại 6 bệnh viện của các năm 2016-2018, nghiên cứu tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên trên phần mềm HIVQUAL của Cục Phòng, chống HIV/AIDS (cách chọn mẫu và tính cỡ mẫu trên phần mềm HIVQUAL áp dụng theo hướng dẫn của WHO về chọn mẫu) [1]. Tổng số mẫu nghiên cứu của 3 năm tương ứng là 1.306; 1.381 và 1.446 bệnh nhân. Trong mẫu ngẫu nhiên của 3 năm, số bệnh nhân mới bắt đầu điều trị ARV lần lượt là 500; 484 và 267 bệnh nhân. Tổng số bệnh nhân ARV mới của 3 năm theo dõi là 1.251 bệnh nhân. Nghiên cứu này tập trung phân tích xác suất ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml của nhóm bệnh nhân mới bắt đầu điều trị ARV tại 3 năm theo dõi.

2.4. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Thông tin chung: Tuổi, tỷ lệ tiếp cận thể BHYT, giai đoạn lâm sàng theo WHO. Tỷ lệ ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml máu.

Kết quả ức chế tải lượng HIV theo một số yếu tố liên quan: xét nghiệm men gan, kết quả CD4, thời gian chờ điều trị ARV, điều trị dự phòng INH, điều trị dự phòng Cotrimoxazole.

2.5. Thu thập thông tin. Thông tin được thu thập vào phiếu thu thập thông tin. Sau đó nhập liệu vào phần mềm HIVQUAL của Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Từ phần mềm HIVQUAL, số liệu được chuyển sang phần mềm SPSS để phân tích số liệu.

2.6. Phân tích và xử lý số liệu. Nghiên cứu so sánh sự khác biệt về tỷ lệ ức chế tải lượng HIV giữa các năm và giữa các cơ sở. Sử dụng các kiểm định thống kê so sánh sự khác biệt về tỷ lệ cho 3 mẫu độc lập (kiểm định Kruskal Wallis do các biến không phân phối chuẩn). Nghiên cứu sử dụng kiểm định sống sót Kaplan Meier để phân tích xác suất ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml theo thời gian điều trị ARV và phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml bằng mô hình hồi quy Cox.

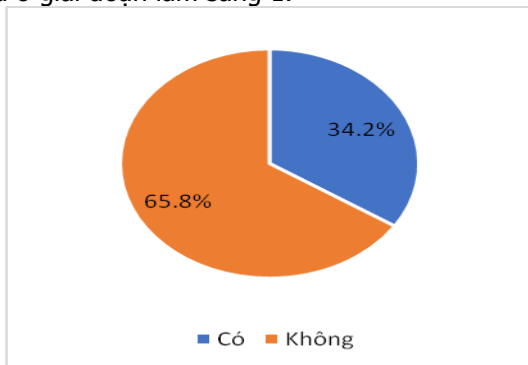
2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được hội đồng y đức của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

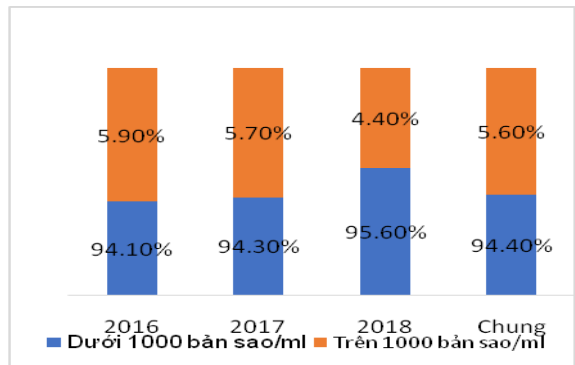
Bảng 2. Thông tin chung

Đặc điểm	Nhóm	Năm 2016 N (%)	Năm 2017 N (%)	Năm 2018 N (%)
	N	500	484	267
Tuổi	14 - 25	74 (14.8)	76 (15.7)	59 (22.1)
	26 - 40	310 (62)	297 (61.4)	156 (58.4)
	41 - 60	106 (21.2)	107 (22.1)	50 (18.7)
	> 60	10 (2.0)	4 (0.8)	2 (0.7)
Tiếp cận BHYT	Có thẻ BHYT	253 (50.6)	325 (67.1)	199 (74.5)
	Không có thẻ BHYT	247 (49.4)	159 (32.9)	68 (25.5)
Giai đoạn lâm sàng theo WHO	1	422 (84.4)	380 (78.5)	244 (91.4)
	2	27 (5.4)	43 (8.9)	3 (1.12)
	3	15 (3.0)	18 (3.72)	15 (5.62)
	4	11 (2.2)	11 (2.27)	0
	Không đánh giá	25 (5.0)	32 (6.6)	5 (1.87)

Bảng 1 trình bày thông tin chung của đối tượng trong nghiên cứu. Đa số bệnh nhân ARV mới từ 26-40 tuổi, số bệnh nhân có thẻ BHYT tăng dần, cao nhất năm 2018 là 74.5%, các bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn lâm sàng 1.



Hình 1. Tỷ lệ bệnh nhân ARV mới điều trị được làm xét nghiệm tải lượng HIV (N=1251)



Hình 2. Tỷ lệ ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml

Trong 1.251 bệnh nhân HIV/AIDS mới điều trị ARV trong các năm 2016-2018, chỉ có 34.2% bệnh nhân được làm xét nghiệm tải lượng HIV trong đó trên 94% bệnh nhân mới điều trị ARV đạt ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml ở cả 3 năm. Tỷ lệ này chung cho cả 3 năm là 94.4% (hình 1, 2)

Bảng 3. Phân tích đơn biến kết quả tải lượng HIV theo một số yếu tố liên quan

Biến số	Phân loại	Trung bình thời gian ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml (tháng)	P-value; χ^2 (Log Rank test)	95% CI
Xét nghiệm men gan	Có	10.93 ± 0.67	p = 0.001 $\chi^2=10.75$	9.63 – 12.24 13.42 – 15.38
	Không	14.4 ± 0.5		
Kết quả CD4	≤ 500 tế bào/mm ³	10.06± 0.63	p = 0.009 $\chi^2=6.74$	8.83 – 11.29 10.96 – 15.85
	> 500 tế bào/mm ³	13.41±1.25		
Dự phòng CTX	Có	11.65± 0.51	p < 0.0001 $\chi^2=12.175$	10.64 – 12.66 13.07 – 15.46
	Không	14.27± 0.61		
Dự phòng INH	Có	10.44± 0.61	p<0.0001 $\chi^2=12.94$	9.25 – 11.64 12.68 – 14.54
	Không	13.61± 0.48		
Thời gian chờ điều trị ARV	≤ 15 ngày	12.61 ± 0.45	p = 0.034 $\chi^2=4.516$	11.74 -13.49 12.67 – 16.5
	> 15 ngày	14.59 ± 0.98		

Bảng 3 trình bày phân tích đơn biến xác suất ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml lũy tích theo thời gian. Kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm để đạt được ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml với p<0.05. Cụ thể:

Nhóm bệnh nhân có xét nghiệm men gan có trung bình thời gian ức chế tải lượng HIV (10.93 ± 0.67 tháng) ngắn hơn nhóm không xét nghiệm men gan (14.4 ± 0.5 tháng), $p=0.001$.

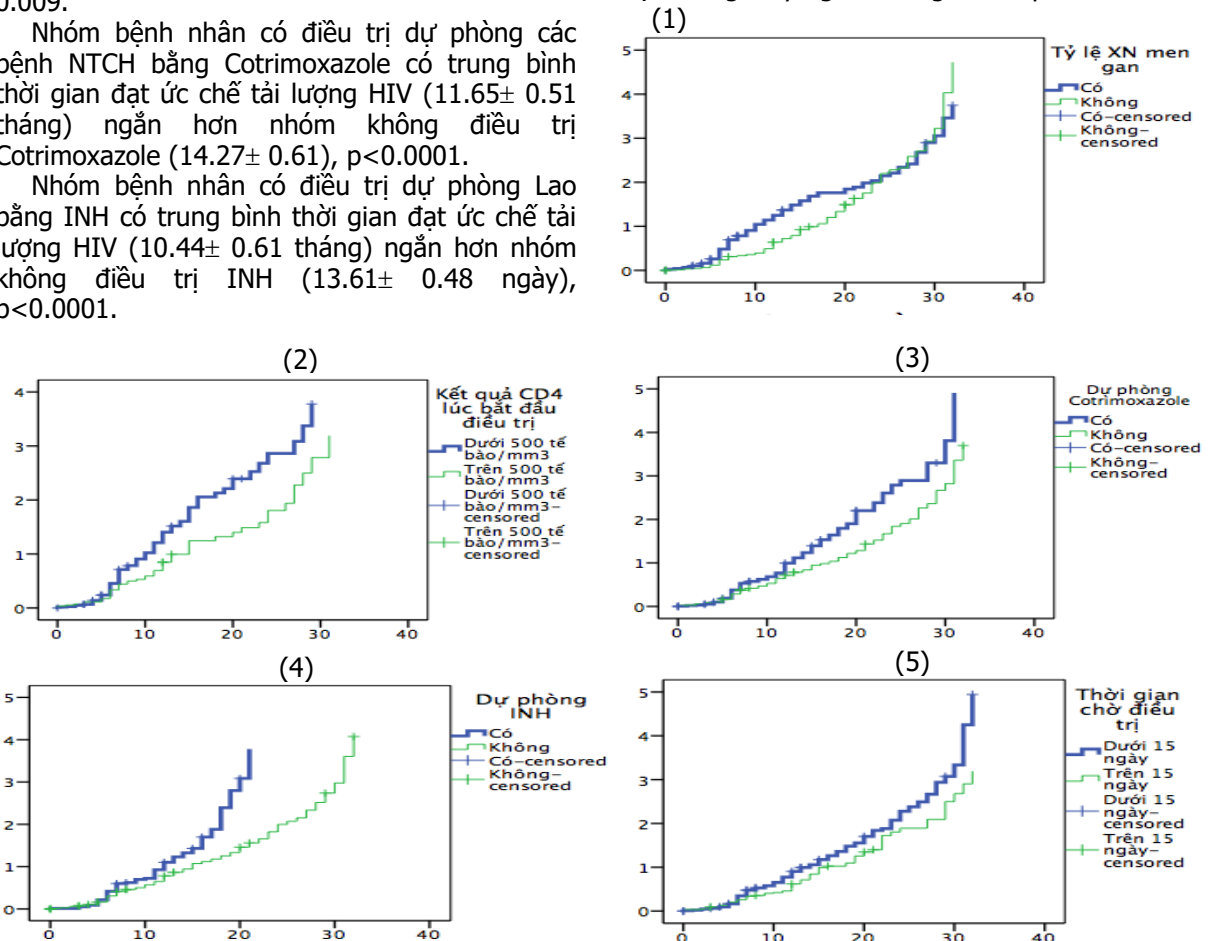
Nhóm bệnh nhân có kết quả xét nghiệm $CD4 \leq 500$ tế bào/ mm^3 lúc bắt đầu điều trị ARV có trung bình thời gian đạt ức chế tải lượng HIV (10.06 ± 0.63 tháng) ngắn hơn nhóm có kết quả $CD4 > 500$ tế bào/ mm^3 (13.41 ± 1.25 tháng), $p = 0.009$.

Nhóm bệnh nhân có điều trị dự phòng các bệnh NTCH bằng Cotrimoxazole có trung bình thời gian đạt ức chế tải lượng HIV (11.65 ± 0.51 tháng) ngắn hơn nhóm không điều trị dự phòng Cotrimoxazole (14.27 ± 0.61), $p < 0.0001$.

Nhóm bệnh nhân có điều trị dự phòng Lao bằng INH có trung bình thời gian đạt ức chế tải lượng HIV (10.44 ± 0.61 tháng) ngắn hơn nhóm không điều trị INH (13.61 ± 0.48 ngày), $p < 0.0001$.

Nhóm bệnh nhân có thời gian chờ điều trị ARV dưới 15 ngày có trung bình thời gian đạt ức chế tải lượng HIV (12.61 ± 0.45 ngày) ngắn hơn nhóm thời gian chờ điều trị ARV trên 15 ngày (14.59 ± 0.98 ngày), $p=0.034$.

Các nhóm biến số như tuổi, giai đoạn lâm sàng, sàng lọc lao, tuân thủ điều trị và tái khám được đưa vào phân tích đơn biến nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.



Hình 3. Xác suất ức chế tải lượng HIV lũy tích theo thời gian theo (1) Xét nghiệm men gan; (2) Kết quả xét nghiệm CD4 lúc bắt đầu điều trị ARV; (3) điều trị dự phòng Cotrimoxazole; (4) Điều trị dự phòng Lao bằng INH; (5) Thời gian chờ điều trị ARV

Hình 3 trình bày kết quả phân tích đơn biến để so sánh xác suất ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml theo thời gian theo các yếu tố khác nhau. Xác suất ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml cao hơn ở nhóm bệnh nhân có kết quả CD4 dưới 350 tế bào/ mm^3 , có điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng Cotrimoxazole, có điều trị dự phòng Lao bằng INH và có thời gian chờ điều trị ARV dưới 15 ngày.

Bảng 4. Phân tích đa biến về xác suất ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml

Biến số	Hazard Ratio (HR)	Khoảng tin cậy 95%	p-value
Xét nghiệm men gan	1.35	0.96-1.90	0.086
Kết quả CD4 lúc bắt đầu điều trị	1.40	0.97 – 2.02	0.077
Dự phòng NTCH bằng Cotrimoxazole	1.22	0.87 – 1.71	0.243

Dự phòng Lao bằng INH	1.79	1.22 – 2.62	0.003
Thời gian chờ điều trị ARV dưới 15 ngày	0.9	0.61 – 1.32	0.585

Bảng 4 trình bày kết quả phân tích mô hình hồi quy đa biến Cox với biến đầu vào được đưa vào mô hình là các biến có ý nghĩa thống kê từ phân tích đơn biến. Kết quả cho thấy: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về khả năng ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml ở những bệnh nhân được điều trị dự phòng Lao bằng INH. Những bệnh nhân được điều trị INH có khả năng ức chế tải lượng HIV cao gấp 1.79 lần những bệnh nhân không được điều trị INH (95% CI: 1.22-2.62).

Khả năng ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml không có sự khác biệt ở các nhóm bệnh nhân có xét nghiệm men gan, có được điều trị dự phòng NTCH bằng Cotrimoxazole, nhóm bệnh nhân có thời gian chờ điều trị ARV dưới 15 ngày và kết quả CD4 < 500 tế bào/mm³ của bệnh nhân ($p > 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mới điều trị ARV được làm xét nghiệm tải lượng HIV thấp (34.2%), chưa đạt được yêu cầu của quốc gia về xét nghiệm tải lượng HIV. Một số nguyên nhân như xét nghiệm tải lượng HIV được Bộ Y tế khuyến cáo thực hiện trong theo dõi điều trị bệnh nhân HIV/AIDS giai đoạn năm 2016-2017[2], và hướng dẫn thực hiện thường quy cho tất cả các bệnh nhân HIV/AIDS năm 2018[8]. Tuy nhiên chi phí xét nghiệm tốn kém và giai đoạn 2016-2018, xét nghiệm tải lượng HIV còn phụ thuộc vào viện trợ của dự án, phụ thuộc vào quy trình mua sắm, đấu thầu sinh phẩm và ký hợp đồng mua dịch vụ xét nghiệm của các dự án với các viện, bệnh viện và thường chậm so với kế hoạch. Do đó số bệnh nhân HIV/AIDS được xét nghiệm tải lượng HIV còn thấp. Một nguyên nhân khác là do 2016-2018 là giai đoạn chương trình điều trị HIV/AIDS có sự thay đổi về mô hình tổ chức cung cấp dịch vụ để đáp ứng đủ tiêu chuẩn khám, chữa bệnh HIV/AIDS qua BHYT. Điều này đã ảnh hưởng đến việc cung cấp dịch vụ theo chuẩn quốc gia của cơ sở điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS. Một nghiên cứu tại Camaroon cho thấy tỷ lệ xét nghiệm tải lượng HIV là 24.33% trong đó 65% bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng HIV lần đầu sau 24 tháng điều trị ARV[6]. Nghiên cứu cắt ngang tại Tanzania 7/2017 cho thấy tỷ lệ xét nghiệm tải lượng HIV trên tất cả các bệnh nhân là 68.2%[7]. Về cơ bản các quốc gia có nguồn lực hạn chế đều chưa đạt được mục tiêu về bao

phủ xét nghiệm tải lượng HIV.

Kết quả ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml của nghiên cứu này (94.4%) cho thấy bệnh nhân mới điều trị ARV có đáp ứng tốt với điều trị và tuân thủ điều trị tốt. Tỷ lệ bệnh nhân mới điều trị ARV đạt ức chế tải lượng HIV đạt mức cao >90% ở cả 3 năm theo dõi và tăng dần qua các năm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả này tương đồng với báo cáo năm 2018 của Việt Nam là 91% bệnh nhân điều trị HIV/AIDS đạt ngưỡng ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml, tương đồng với kết quả nghiên cứu về ức chế tải lượng HIV và HIV kháng thuốc của bệnh nhân ARV người lớn tại Việt Nam năm 2014 là 95.1% bệnh nhân điều trị ARV ít nhất 36 tháng đạt ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml và tương đồng với nghiên cứu tại Cameroon từ 2013-2017 là 94.55%[6]. Tuy nhiên một điều tra tại Camaroon về ức chế tải lượng HIV và kháng thuốc mắc phải trên bệnh nhân HIV/AIDS năm 2015 lại có tỷ lệ ức chế tải lượng HIV thấp hơn (72%) nghiên cứu này[5].

Mặc dù kết quả nghiên cứu đạt được mục tiêu 90 thứ ba về ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml (94.4%) nhưng tỷ lệ bao phủ xét nghiệm tải lượng HIV còn thấp và chưa đạt yêu cầu về độ bao phủ. Vì vậy, để đạt được mục tiêu 90-90-90 vào năm 2020, các cơ sở cần triển khai mở rộng xét nghiệm tải lượng HIV nhiều hơn nữa, tận dụng tối đa và đa dạng hoá các nguồn thực hiện như nguồn dự án, nguồn tự chi trả, nguồn chương trình mục tiêu quốc gia, nguồn ngân sách nhà nước hoặc ngân sách địa phương

Đối với bệnh nhân HIV/AIDS mới điều trị ARV, điều trị dự phòng INH là một trong những khuyến cáo cần thực hiện và được quy định trong Hướng dẫn quản lý và điều trị HIV do Bộ Y tế ban hành. Trong nghiên cứu này, những bệnh nhân được điều trị dự phòng Lao bằng INH có khả năng ức chế tải lượng HIV cao gấp 1.79 lần những bệnh nhân không được điều trị INH (95% CI: 1.22-2.62) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Điều trị INH ở nhóm bệnh nhân mới điều trị HIV đóng vai trò quan trọng và là yếu tố góp phần giúp bệnh nhân sớm đạt được ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml. Vì vậy, các cơ sở điều trị HIV/AIDS cần tăng cường sàng lọc Lao và điều trị dự phòng bằng INH để bệnh nhân sớm đạt ức chế tải lượng HIV.

Việc theo dõi kết quả điều trị ARV thông qua theo dõi các chỉ số đánh giá chất lượng điều trị

HIV/AIDS bao gồm các chỉ số về tỷ lệ bao phủ xét nghiệm tải lượng HIV và chỉ số về ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml là rất hữu ích. Căn cứ vào kết quả này, các cơ sở có thể tự đánh giá kết quả cung cấp dịch vụ điều trị HIV/AIDS, khả năng đạt được mục tiêu 90 thứ ba theo cam kết của Chính Phủ. Đồng thời cũng là căn cứ để các cơ sở tiếp tục phấn đấu hoặc cải thiện chất lượng dịch vụ, góp phần giảm HIV kháng thuốc và giảm tỷ lệ bệnh nhân tử vong.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ xét nghiệm tải lượng HIV cho bệnh nhân mới điều trị ARV trong nghiên cứu này thấp (34.2%). Trong số những bệnh nhân có kết quả xét nghiệm tải lượng HIV, tỷ lệ bệnh nhân ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml cao (94.4%), tăng dần qua các năm. Cao nhất là năm 2018 đạt 95.6%.

Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến xác suất ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml ở nhóm bệnh nhân mới điều trị ARV cho thấy điều trị dự phòng Lao bằng INH có ảnh hưởng đến khả năng ức chế tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/ml. Xác suất ức chế tải lượng HIV ở nhóm bệnh nhân có điều trị dự phòng Lao bằng INH cao gấp 1.79 lần nhóm không dự phòng INH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2010)**, Quality improvement (QI) in primary health centers, HEALTHQUAL International, Geneva.
2. **Bộ Y tế (2015)**, Quyết định số 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 về việc ban hành Hướng dẫn quản lý điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Hà Nội.
3. **Cục Phòng chống HIV/AIDS (2015)**, Kế hoạch dự án phòng, chống HIV/AIDS giai đoạn 2016-2020, Hà Nội.
4. **Cục Phòng chống HIV/AIDS (2016)**, Công văn số 503/AIDS-ĐTTr ngày 27/6/2016 về việc điều chỉnh chỉ số cải tiến chất lượng chăm sóc và điều trị HIV/AIDS, Hà Nội.
5. **Sabrina Eymard-Duvernay Gaëlle F. Tchouwa, Amandine Cournil et al (2018)**, "Nationwide Estimates of Viral Load Suppression and Acquired HIV Drug Resistance in Cameroon", *Eclinical Medicine* published by Lancet. 1 tr. 21-27.
6. **Elvis T. Amin George Awungafac, Akemfua Fualefac et al (2018)**, "Viral load testing and the use of test results for clinical decision making for HIV treatment in Cameroon: An insight into the clinic-laboratory interface", *PLoS One*. 13 (6).
7. **Caroline A. Minja Shabani Iddi, Vitus Silago et al (2019)**, "High Human Immunodeficiency Virus (HIV) Viral Load and Coinfection with Viral Hepatitis Are Associated with Liver Enzyme Abnormalities among HIV Seropositive Patients on Antiretroviral Therapy in the Lake Victoria Zone, Tanzania", *AIDS Research and Treatment*. 2019.
8. **Bộ Y tế (2017)**, "Quyết định 5418/QĐ-BYT ngày 27/12/2017 về việc ban hành Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS".

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI VÀ CHỨC NĂNG TÂM THU THẤT TRÁI Ở CÁC BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH

Nguyễn Trường Văn¹, Lưu Thị Bình²

TÓM TẮT

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh viêm mạn tính có tính chất hệ thống, ngoài tổn thương thường gặp tại khớp, các biểu hiện bệnh lý tim mạch trên các bệnh nhân VKDT ngày càng được quan tâm nghiên cứu. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình thái chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm tim ở bệnh nhân VKDT điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang 35 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010. Tất cả các bệnh nhân được siêu âm Doppler tim đánh giá

hình thái và chức năng tâm thu thất trái. **Kết quả:** Có 88,6% có dày vách liên thất tâm trước và dày thành sau thất trái tâm trước. Có 65,7% phì đại thất trái và 91,3% dày thất trái lệch tâm. Các bệnh nhân có hoạt tính bệnh mức độ nặng biến đổi hình thái thất trái tỷ lệ cao 62,85%. **Kết luận:** Các bệnh nhân VKDT chưa có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng, nhưng trên siêu âm tim đã phát hiện được tỷ lệ khá cao bệnh nhân có biến đổi hình thái thất trái.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp (VKDT), siêu âm doppler, hình thái thất trái, chức năng thất trái

SUMMARY

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND FUNCTION OF THE LEFT HEART VENTRICLE IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS AT BAC NINH GENERAL HOSPITAL

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic systemic inflammatory disease. In addition to joint damage, to the heart is increasingly concerned. **Objectives:** To describe morphology, functions of the left ventricle in

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Thị Bình

Email: luuthibinh@tump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8/10/2019

Ngày phản biện khoa học: 26/10/2019

Ngày duyệt bài: 5/11/2019

patients with RA at Bac Ninh General Hospital. **Subjects:** 35 patients diagnosed with rheumatoid arthritis according to EULAR 2010. **Method:** cross sectional description. **Results:** 88.6% of patients had diastolic ventricular septum an thick posterior diastolic left ventricle. 65.7% of patients had left ventricular hypertrophy and 91.3% eccentric left ventricular thickening. The proportion of patients with active level of severe disease with left ventricular morphology had a high rate of 62.85%. **Conclusion:** Patients with RA often have no clinical symptoms while they have a high proportion of morphological changes of the left ventricular on echocardiography.

Keywords: Rheumatoid arthritis (RA), doppler echocardiography, the morphology of the left ventricle, the left ventricular function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là một bệnh viêm mạn tính có tính chất hệ thống. Thường gặp ở nữ (75%), lứa tuổi từ 30 - 65 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh trên thế giới chiếm 1-3% dân số người lớn (>15 tuổi), ở Việt Nam 0,55 % dân số [1]. VKDT diễn biến phức tạp với các biểu hiện tại khớp, ngoài khớp và toàn thân ở các mức độ khác nhau. Biểu hiện đặc trưng của bệnh là hiện tượng viêm màng hoạt dịch ăn mòn ở các khớp ngoại biên, đối xứng, diễn biến kéo dài, tiến triển từng đợt, xu hướng tăng dần, dẫn đến tổn thương sụn khớp, ăn mòn xương gây biến dạng khớp, dính khớp và mất chức năng vận động của khớp. Ngoài tổn thương viêm khớp, tổn thương tim mạch các bệnh nhân VKDT ngày càng được giới y học quan tâm. Các biểu hiện như viêm màng ngoài tim, viêm động mạch vành, tổn thương van tim, viêm động mạch chủ, viêm cơ tim, nhồi máu cơ tim, suy tim sung huyết, tăng áp lực động mạch phổi... là các biểu hiện tim mạch của bệnh viêm khớp dạng thấp đã được nhiều tác giả đề cập đến [1].

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh hiện đang điều trị một số lượng bệnh nhân VKDT, chưa có nghiên cứu theo dõi đánh giá một cách hệ thống và toàn diện về các tổn thương tim mạch, đặc biệt là việc đánh giá về hình thái, chức năng thất trái trên siêu âm ở những bệnh nhân VKDT. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình thái, chức năng thất trái trên siêu âm tim ở bệnh nhân VKDT điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 35 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là VKDT theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010 [8].

Loại trừ các bệnh nhân: Không đồng ý tham

gia vào nghiên cứu, bệnh nhân có bệnh tim bẩm sinh, có tiền sử bệnh tim mạch trước khi chẩn đoán VKDT, các bệnh nhân có bệnh nội khoa khác kết hợp có thể ảnh hưởng đến chức năng tim (Basedow, Lupus ban đỏ hệ thống, suy thận), phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: toàn bộ (tất cả các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu), lấy mẫu thuận tiện có chủ đích

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Khoa Khám bệnh, khoa Nội Tiết - Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ tháng 01/2019 đến tháng 8/2019.

2.4. Nội dung nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được khám lâm sàng, làm 1 số xét nghiệm cần thiết và siêu âm doppler màu tim.

*Chỉ tiêu đánh giá về lâm sàng và cận lâm sàng.
- Hoạt tính bệnh theo DAS28-Vss [8]:
+ DAS 28 < 2,9 Bệnh không hoạt động
+ 2,9 ≤ DAS 28 < 3,2 Hoạt động bệnh mức độ nhẹ
+ 3,2 ≤ DAS 28 ≤ 5,1 Hoạt động bệnh mức độ trung bình
+ DAS 28 > 5,1 Bệnh hoạt động mạn
- Yếu tố dạng thấp RF, Kháng thể kháng CCP định lượng.

- Các xét nghiệm: bilan viêm máu lắng

*Siêu âm tim: do bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh thực hiện

- Hình thái tim: kích thước buồng tim gồm có
+ Đường kính nhĩ trái (mm).
+ Đường kính thất phải cuối tâm trương (mm).
+ Đường kính gốc động mạch chủ (mm).
+ Đường kính thất trái cuối tâm trương (Dd)
+ Đường kính thất trái cuối tâm thu (Ds).
+ Bề dày vách liên thất cuối tâm thu.
+ Bề dày vách liên thất cuối tâm trương.
- Đánh giá chức năng thất trái bằng các chỉ số sau: + Tỷ lệ co ngắn sợi cơ (%D).
+ Phân số tổng máu (EF).

- Khối cơ tim thất trái.

- Chỉ số khối cơ thất trái.

2.5. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- 35 bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 59.2 ± 11.56, thấp nhất là 32, cao nhất là 79, trong đó chủ yếu gặp là độ tuổi > 50 (86,7%)

- Nữ chiếm tỉ lệ lớn 88,6%, tỉ lệ nam/nữ ~ 1/8

- Điểm DAS28-Vss trung bình là 6.41 ± 0,94 điểm

- 94,3% số bệnh nhân có RF dương tính và 80% bệnh nhân có Anti-CCP dương tính

Bảng 3.1. Hình thái thất trái của các bệnh nhân trên siêu âm TM và 2D

Các chỉ số	($\bar{X} \pm SD$)
Đường kính cuối tâm trương thất trái LVDd (mm).	44,94 \pm 5,44
Đường kính cuối tâm thu thất trái LVDs (mm).	28,26 \pm 5,1
Bề dày cuối tâm trương của vách liên thất IVSd (mm)	22,09 \pm 17,62
Bề dày cuối tâm trương của thành sau thất trái LVPWd (mm)	9,17 \pm 1,72
Bề dày cuối tâm thu của thành sau thất trái LVPWs (mm)	12,4 \pm 2,19
Bề dày thành thất tương đối RWT	0,42 \pm 0,1
Chỉ số khối cơ thất trái LVMI (g/m^2)	249 \pm 99,34
Nhĩ trái (mm)	30,34 \pm 6,41
Động mạch chủ (mm)	26,69 \pm 5,76
Phần số tổng máu thất trái EF	69,24 \pm 9,55

Nhận xét: Đường kính động mạch chủ, kích thước thất trái ở cả thì tâm thu và tâm trương vẫn nằm trong giới hạn bình thường.

Bảng 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân có biến đổi hình thái thất trái

Chỉ số siêu âm	Số đối tượng	Tỷ lệ (%)
Dày vách liên thất tâm trương	31	88,6
Dày thành sau thất trái tâm trương	31	88,6
Phì đại thất trái (tăng LVMI)	23	65,7

Nhận xét: Có 88,6% số đối tượng có dày vách liên thất tâm trương dày thành sau thất trái tâm trương cũng có tỷ lệ tương tự. Đặc biệt, 65,7% các đối tượng có phì đại thất trái

Bảng 3.3. Các dạng tái cấu trúc thất trái của các bệnh nhân

RWT	Dày thất trái	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 0,45	21	91,3
\geq 0,45	2	8,7
Tổng	23	100

Nhận xét: Có 21 trường hợp có dày thất trái không đồng tâm chiếm tỷ lệ 91,3% và 2 trường hợp dày thất trái đồng tâm chiếm tỷ lệ 8,7%.

Bảng 3.4. Đánh giá chức năng tâm thu thất trái của các bệnh nhân

Chỉ số	Số đối tượng ($\bar{X} \pm SD$)
Tỷ lệ co ngắn sợi cơ (%D)	37,08 \pm 8,72
Phần số tổng máu (EF%)	69,23 \pm 9,55

Bảng 3.7. Liên quan giữa mức độ hoạt tính bệnh theo DAS28-Vss với hình thái thất trái của các bệnh nhân

HTTT DAS28	Có biến đổi		Bình thường		p
	n	%	n	%	
Nhẹ	0	0	0	0	
Trung bình	1	2,86	3	8,57	> 0,05
Nặng	22	62,85	9	25,71	< 0,05
Tổng	23	65,71	12	34,29	0,132

Nhận xét: - Nhóm có biến đổi thất trái cũng là nhóm có mức độ hoạt động bệnh nặng (theo DAS28- Vss)

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa nhóm có biến đổi hình thái thất trái và nhóm bình thường về mức độ hoạt động của bệnh theo DAS28- Vss.

Nhận xét: Nhìn chung chức năng tâm thu thông qua hai chỉ số trên vẫn nằm trong giới hạn bình thường.

Bảng 3.5. Phân bố mức độ rối loạn chức năng tâm thu thất trái của các bệnh nhân

EF	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Bình thường	33	82,9
Rối loạn nhẹ	2	5,7
Rối loạn vừa	0	0
Rối loạn nặng	0	0

Nhận xét: Chỉ có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 5,7% có rối loạn nhẹ chức năng tâm thu thất trái

Bảng 3.6. Tương quan giữa chức năng tâm thu thất trái và dày thất trái của các bệnh nhân với các xét nghiệm miễn dịch RF và anti CCP

	RF		Anti - CCP	
	p	r	p	r
EF	0,504	0,147	0,581	0,121
LVMI	RF		Anti - CCP	
	p	r	p	r
	0,661	-0,097	0,72	-0,079

Nhận xét: Không có mối tương quan tuyến tính giữa nồng độ các xét nghiệm miễn dịch chức năng tâm thu thất trái và chỉ số dày thất trái

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiến hành trên 35 đối tượng có độ tuổi trung bình là $59,2 \pm 11,6$, tuổi thấp nhất là 32, cao nhất là 79. Trong số này có đến 88,6% là nữ và chỉ có 11,4% là nam giới, tỉ lệ nam: nữ ~ 1:8. Tương tự nghiên cứu của Rexhepaj và cộng sự (2006) siêu âm đánh giá chức năng tâm trương thất trái và thất phải trên 81 bệnh nhân VKDT có độ tuổi trung bình là 48 tuổi, nữ chiếm đa số (75%) [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có mức điểm DAS 28 trung bình là $6,41 \pm 0,94$ điểm. Tất cả đều ở mức hoạt động trung bình trở lên và có tới 88,6% các trường hợp ở mức hoạt động mạnh. Trong một nghiên cứu gần đây của Mulumba C. và cộng sự năm 2019 tiến hành tại Congo cũng có điểm DAS 28 trung bình là $4,9 \pm 1,5$ [3].

Tỷ lệ xuất hiện yếu tố dạng thấp RF trong số 35 bệnh nhân của chúng tôi là 33 người, chiếm tỉ lệ 94,3%. Tỉ lệ này cao hơn hẳn so với khác nghiên cứu khác như của Nguyễn Thị Ngọc Mai (2008) là 57,7% [1].

Theo kết quả tổng hợp 58 nghiên cứu nước ngoài (từ 2002 đến tháng 1 năm 2006) tác giả Avouac thấy tần suất xuất hiện của kháng thể anti-CCP rất dao động từ 39% đến 94%, trung bình là 68% [5]. Trong số 35 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kháng thể anti-CCP là 80%.

Đánh giá cấu trúc tim trái trên siêu âm 2D và TM ở 35 bệnh nhân VKDT (bảng 3.1), chúng tôi nhận thấy đường kính động mạch chủ, kích thước thất trái ở cả thì tâm thu và tâm trương vẫn nằm trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận được 88,6% số trường hợp có dày vách liên thất tâm trương. Và đặc biệt có 65,7% số đối tượng có phì đại thất trái. Với kết quả tại (bảng 3.2) cho thấy tỉ lệ đối tượng dày thất trái lệch tâm là chủ yếu (91,3%). Kết quả này của chúng tôi cũng giống với nghiên cứu của Rebecca và cộng sự (2009) khi có 15,7% số bệnh nhân VKDT cũng có phì đại thất trái [7]. Hay như nghiên cứu của Elena cho thấy nhóm bệnh nhân VKDT có tỷ lệ phì đại thất trái là 42,5% [4]. Tuy nhiên ở nghiên cứu này, Elena lại cho thấy là tái cấu trúc đồng tâm là chủ yếu.

Đã có rất nhiều báo cáo nói về sự thay đổi thất trái trong bệnh VKDT, các kết quả nhìn chung đều cho thấy mối liên quan giữa VKDT và phì đại thất trái nhưng không làm giảm phân suất tổng máu. Mặc dù chúng ta đều biết đa số nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp là do tổn thương tim mạch. Cũng có nhiều thông số để đánh giá chức năng

tim mạch, và cũng có nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng thông số thường để đánh giá chức năng thất trái như EF% thường xuất hiện muộn. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy các thông số đánh giá chức năng thất trái, được tính theo phương pháp Teicholz đều nằm trong giới hạn bình thường

Trong nghiên cứu chỉ phát hiện có 2/35 trường hợp chiếm tỉ lệ 5,7% có rối loạn nhẹ chức năng tâm thu thất trái và không có mối tương quan tuyến tính giữa nồng độ các xét nghiệm miễn dịch chức năng tâm thu thất trái và chỉ số dày thất trái (bảng 3.6).

Nhóm có biến đổi thất trái cũng là nhóm có mức độ hoạt động bệnh nặng (theo DAS28), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3.7). Dày thất trái được coi như một mối nguy thường trực đối với sức khỏe tim mạch, tình trạng này có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như suy tim, nhồi máu cơ tim, thậm chí gây tử vong nếu không được điều trị sớm. Độ hoạt động của bệnh càng nặng thì biến đổi dày thất trái càng nhiều. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm có biến đổi thất trái và bình thường ở nhóm có hoạt tính bệnh mức độ trung bình (theo thang điểm DAS28).

V. KẾT LUẬN

- Có sự thay đổi đáng kể về hình thái thất trái ở nhóm bệnh nhân VKDT: 88,6% bệnh nhân có dày vách liên thất tâm trương và dày thành sau thất trái tâm trương. Có 65,7% phì đại thất trái, trong đó dày thất trái lệch tâm là chủ yếu chiếm 91,3%.

- Chức năng tâm thu thất trái: mức điểm EF trung bình của đối tượng nghiên cứu $69,24 \pm 9,55$. Giảm chức năng tâm thu của thất trái chỉ gặp ở 2 bệnh nhân với mức độ nhẹ.

- Các bệnh nhân có hoạt tính mức độ bệnh nặng biến đổi hình thái thất trái với tỷ lệ cao 62,85% so với nhóm không biến đổi (25,71%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Mai (2008). Nghiên cứu thay đổi chức năng tim ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Luận Văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Dr. Owais Ahmed Wani¹, Prof. Abdul Khaliq², Dr. syedManzoor Ali Andrabi³ et al (2018): The heart in rheumatoid arthritis - an echocardiographic study. Int. J. Adv. Res. 6(10), 1007-1012
3. C. Mulumba, P. Lebughe, J. M. Mbuyi-Muamba et al (2019). Prevalence and associated factors of subclinical atherosclerosis in rheumatoid arthritis at the university hospital of Kinshasa. BMC Rheumatol, 3, 37.

4. **E. Myasoedova, J. M. Davis, C. S. Crowson et al (2019).** Rheumatoid Arthritis is Associated with Left Ventricular Concentric Remodeling: Results of a Population-based Cross-sectional Study. *Arthritis & Rheumatism*, 7(65), 1713-1718.
5. **J. Avouac, L. Gossec và M. Dougados (2006).** Diagnostic and predictive value of anti-cyclic citrullinated protein antibodies in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Annals of the rheumatic diseases*, 65(7), 845-851.
6. **N. Rexhepaj, G. Bajraktari, I. Berisha et al (2006).** Left and right ventricular diastolic functions in patients with rheumatoid arthritis without clinically evident cardiovascular disease. *International journal of clinical practice*, 60(6), 683-688.
7. **R. L. Rudominer, M. J. Roman, R. B. Devereux et al (2009).** Rheumatoid arthritis is independently associated with increased left ventricular mass but not reduced ejection fraction. *Arthritis and rheumatism*, 60(1), 22.
8. **Jonathan Kay and Katherine S. Upchurch (2012).** ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. *Rheumatology*, 51: vi5-vi9.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CÁC GIẢI PHÁP CAN THIỆP VIỆC THỰC HIỆN QUY CHẾ KÊ ĐƠN THUỐC NGOẠI TRÚ TẠI 11 CƠ SỞ Y TẾ CÔNG LẬP Ở THÀNH PHỐ CẦN THƠ GIAI ĐOẠN 2016-2018

Nguyễn Phục Hưng*, Nguyễn Minh Chính**, Võ Thị Mỹ Hương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Cải tiến thực hành kê đơn thuốc theo đúng quy chế là điều kiện tiên quyết cho công tác quản lý y tế nhằm mang lại hiệu quả trị liệu và kinh tế tài chính tốt nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 4.046 đơn thuốc giai đoạn 2016 – 2018 tại 11 cơ sở y tế công lập và nghiên cứu can thiệp tại 3 cơ sở y tế được chọn giai đoạn 2017 – 2018 để tiến hành can thiệp với 1.084 đơn thuốc được ở thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Tỷ lệ đơn thuốc ghi đủ, rõ ràng các mục in và đúng yêu cầu đối với những trẻ dưới 72 tháng tuổi là 100%; ghi chính xác địa chỉ đạt mức thấp hơn (88,3%). Các bác sĩ đều thực hiện tốt quy định về sửa chữa và ký tên trong đơn thuốc. Nội dung đơn thuốc tuân thủ quy định ghi tên thuốc, nồng độ/hàm lượng, số lượng, liều dùng, đường dùng, thời điểm dùng của mỗi loại thuốc đạt tỷ lệ 89,8%. Về tỷ lệ ghi số lượng thuốc nhỏ hơn 10 đạt 96%. Giải pháp can thiệp tại 3 bệnh viện đều có hiệu quả, tại BV Trường ĐHYD Cần Thơ việc thực hiện yêu cầu ghi địa chỉ tăng từ 85% đến 100%, BV ĐK Q. Ô Môn tăng từ 92,5% đến 94,6%, TTYT H. Phong Điền tăng từ 90,8% đến 100%. Các yêu cầu về ghi chỉ định tại TTYT H. Phong Điền tăng đáng kể từ 62,7% đến 83,2% ($p < 0,05$). **Kết luận:** Cần tăng cường vai trò của Hội đồng thuốc và điều trị của bệnh viện trong công tác hướng dẫn, giám sát việc thực hiện quy định theo thông tư của Bộ Y tế cần được phát huy để kịp thời phát hiện sai sót và chấn chỉnh công tác kê đơn.

Từ khóa: Kê đơn thuốc, cơ sở y tế công lập, quy định.

SUMMARY

SURVEY OF OUTPATIENTS PRESCRIBING PRACTICE AT ELEVEN PUBLIC HEALTH FACILITIES IN CAN THO CITY, VIET NAM FROM 2016 TO 2018

Objective: Improving the practice of prescribing drugs according to regulations is a prerequisite for health management to bring about the best therapeutic and financial efficiency. **Subjects and research methods:** Design of cross-sectional descriptive research on 4,046 prescriptions for the 2016-2018 period at 11 public health facilities and intervention research at 3 selected health facilities for the 2017-2018 period to conduct interventions with 1,084 prescription is in Can Tho city. **Results:** The percentage of prescription that is complete and clear heads in accordance with the requirements for children under 72 months of age is 100%; exact address is in a lower level (88.3%). Doctors all comply with the regulations on repairs and sign the prescription. Content of prescription complies with regulations on name of medicine, concentration / content, quantity, dose, route of administration, and time of use of each drug at 89.8%. The percentage prescriptions have less than 10 medicines is 96%. Interventions at 3 hospitals were effective; at the Hospital of Can Tho University of Medicine and Pharmacy, the implementation of Regulation 2 increased from 85% to 100%, Regulation 7 decreased slightly by 71% to 70%, at O Mon General Hospital the implementation of Regulation 2 increased from 92.5% to 94.6%, at Phong Dien Health Center the implementation of Regulation 2 increased from 90.8% to 100%, Regulation 5 increased from 62.7% to 83.2% ($p < 0.05$). **Conclusion:** The role of the Drug and Treatment Council of the hospital in guiding and supervising the implementation of the circulars of the Ministry of Health should be promoted to promptly detect errors and rectify in prescribing process.

Keywords: Drug prescribing, public health facilities, rule.

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ,

**Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phục Hưng

Email: phuchung275@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/9/2019

Ngày phản biện khoa học: 22/10/2019

Ngày duyệt bài: 4/11/2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc đóng một vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của con người. Bộ Y tế đã tăng cường chỉ đạo và hướng dẫn cho các bệnh viện thực hiện công tác sử dụng thuốc hợp lý, an toàn như áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý, cấp phát thuốc; khuyến khích sử dụng phần mềm tra tương tác và chống chỉ định của thuốc; tập huấn về sử dụng kháng sinh hợp lý; ban hành văn bản liên quan đến vấn đề kê đơn và sử dụng thuốc.

Tuy nhiên, thực trạng sử dụng thuốc thiếu hiệu quả, đặc biệt là công tác kê đơn thuốc, đã và đang là vấn đề bất cập của nhiều quốc gia. Kinh phí mua thuốc chiếm khoảng 30% - 40% ngân sách ngành y tế của nhiều nước và phần lớn số tiền đó bị lãng phí do sử dụng thuốc không hợp lý và các hoạt động cung ứng thuốc không hiệu quả [3]. Tình trạng bệnh nhân vượt tuyến, quá tải bệnh viện, đặc tính của nền kinh tế thị trường và áp lực công việc là những yếu tố tác động không nhỏ đến việc kê đơn, lựa chọn thuốc của bác sĩ. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm:

- Phân tích việc tuân thủ quy chế kê đơn ngoại trú về thủ tục hành chính và về nội dung đơn thuốc.

- Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp vào việc tuân thủ quy chế kê đơn ngoại trú 3/11 bệnh viện nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 4.046 đơn thuốc ngoại trú có bảo hiểm y tế (BHYT) tại 11 cơ sở y tế (CSYT) công lập ở thành phố Cần Thơ, từ tháng 09/2016 đến tháng 04/2017 và 1.084 đơn thuốc ngoại trú có bảo

hiểm y tế tại 3 CSYT được chọn can thiệp từ tháng 09/2017 đến tháng 04/2018.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: CSYT và bác sĩ đồng ý tham gia nghiên cứu và đơn thuốc được thu thập trong thời gian khảo sát.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Đơn thuốc ngoại trú có BHYT nhưng bệnh nhân không nhận thuốc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp.

2.2.2 Nội dung nghiên cứu

Phân tích việc kê đơn thuốc ngoại trú theo thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29/02/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế gồm 7 nội dung:

- Về thủ tục hành chính và bác sĩ kê đơn: Ghi đủ, rõ ràng và chính xác các mục in trong đơn thuốc; Ghi chính xác địa chỉ nơi người bệnh đang thường trú hoặc tạm trú; Đối với trẻ dưới 72 tháng tuổi thì phải ghi số tháng tuổi và ghi tên bố hoặc mẹ của trẻ; Trường hợp sửa chữa đơn thì người kê đơn phải ký tên ngay bên cạnh nội dung sửa; Ký, ghi (hoặc đóng dấu) họ tên người kê đơn;

- Về nội dung đơn thuốc: Ghi tên thuốc, nồng độ/hàm lượng, số lượng, liều dùng, đường dùng, thời điểm dùng của mỗi loại thuốc; Số lượng thuốc: viết thêm số 0 phía trước nếu số lượng chỉ có một chữ số (nhỏ hơn 10) [1].

Đánh giá hiệu quả sau khi tiến hành can thiệp bằng các biện pháp giáo dục, sinh hoạt chuyên môn, phát tài liệu, nhắc nhở thường xuyên tại 3 CSYT: bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ, bệnh viện đa khoa Quận Ô Môn, Trung tâm y tế Huyện Phong Điền.

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được mã hóa, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân tích việc kê đơn thuốc ngoại trú

3.1.1. Các yêu cầu về thủ tục hành chính

Bảng 3.1. Tỷ lệ đơn thuốc tuân thủ yêu cầu về thủ tục hành chính

Tên CSYT	Số đơn thuốc	Yêu cầu thủ tục hành chính của đơn thuốc									
		Ghi đầy đủ mục in		Ghi đầy đủ địa chỉ		Trẻ < 72 tháng tuổi		Sửa chữa đơn		Gạch chéo phần trống	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ĐKTW	218	218	100,0	198	90,8	218	100,0	218	100,0	218	100,0
ĐKTP	885	884	99,9	678	76,6	885	100,0	885	100,0	885	100,0
ĐHYD	100	100	100,0	85	85,0	100	100,0	100	100,0	100	100,0
Thốt Nốt	630	630	100,0	603	95,7	630	100,0	630	100,0	630	100,0
Ô Môn	681	681	100,0	630	92,5	680	99,9	681	100,0	681	100,0
Bình Thủy	136	136	100,0	119	87,5	136	100,0	136	100,0	136	100,0
Cờ Đỏ	249	249	100,0	234	94,0	249	100,0	249	100,0	249	100,0
Cái Răng	163	162	99,4	122	74,8	163	100,0	163	100,0	163	100,0

Phong Điền	303	303	100,0	275	90,8	303	100,0	303	100,0	303	100,0
Thới Lai	377	377	100,0	330	87,5	377	100,0	377	100,0	377	100,0
Vĩnh Thạnh	304	304	100,0	300	98,7	304	100,0	304	100,0	304	100,0
Chung	4046	4044	100,0	3574	88,3	4045	100,0	4046	100,0	4046	100,0

Kết quả nghiên cứu cho thấy các CSYT tuân thủ rất tốt quy chế ghi đủ, rõ ràng các mục in trong đơn thuốc và quy định viết số tháng tuổi, tên cha mẹ trẻ em dưới 72 tháng tuổi (trung bình 100%). 88,3% đơn thuốc thực hiện quy định ghi địa chỉ bệnh nhân. Tỷ lệ này còn khá hạn chế so với quy chế khác trong thủ tục hành chính. Tỷ lệ đơn thuốc tuân thủ quy định sửa chữa trong đơn và ký, ghi họ tên bác sĩ, gạch bỏ phần trống được trình bày trong bảng 3.1, cả hai đều được tuân thủ tuyệt đối (100%) tại tất cả CSYT khảo sát.

3.2. Các yêu cầu về nội dung đơn thuốc

Bảng 3.2. Tỷ lệ đơn thuốc tuân thủ yêu cầu về nội dung đơn thuốc

Tên CSYT	Số đơn thuốc	Yêu cầu nội dung đơn thuốc			
		Chỉ định		Số lượng	
		n	%	n	%
ĐKTW	218	218	100,0	135	61,9
ĐKTP	885	871	98,4	885	100,0
ĐHYD	100	100	100,0	71	71,0
Thốt Nốt	630	628	99,7	630	100,0
Ô Môn	681	681	100,0	681	100,0
Bình Thủy	136	76	55,9	136	100,0
Cờ Đỏ	249	175	70,3	249	100,0
Cái Răng	163	93	57,1	113	69,3
Phong Điền	303	190	62,7	303	100,0
Thới Lai	377	296	78,5	377	100,0
Vĩnh Thạnh	304	304	100,0	304	100,0
Chung	4046	3632	89,8	3884	96,0

Nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ thực hiện quy chế ghi đúng tên thuốc, nồng độ/hàm lượng, số lượng, liều dùng, đường dùng, thời điểm dùng đạt 89,8%. Tỷ lệ đơn thuốc tuân thủ quy chế viết thêm số 0 phía trước nếu số lượng chỉ có một chữ số (nhỏ hơn 10) là 96%.

3.3. Đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp tại 3 cơ sở y tế đã tiến hành

Bảng 3.3. Đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp

Tên CSYT	Số đơn thuốc	Ghi đầy đủ địa chỉ		p	Chỉ định		p	Số lượng		p
		n	%		n	%		n	%	
		ĐHYD	TCT		100	85		85,0	< 0,05	
SCT	100	100	100,0	70	70,0					
Ô Môn	TCT	681	630	92,5	> 0,05					
SCT	681	644	94,6							
Phong Điền	TCT	303	275	90,8	< 0,05	190	62,7	< 0,05		
SCT	303	303	100,0	249		83,2				

Sau khi can thiệp, tỷ lệ tuân thủ quy định về ghi chính xác địa chỉ ở BV ĐK Q. Ô Môn có tăng lên nhưng chưa có ý nghĩa. Chỉ số này ở BV Trường ĐHYD Cần Thơ và TTYT H. Phong Điền tăng có ý nghĩa với $p < 0,05$ khi BV Trường ĐHYD Cần Thơ tăng từ 85,0% lên 100,0% còn TTYT H. Phong Điền từ 90,8% đến 100,0%. Quy định về ghi số lượng thuốc nhỏ hơn 10 ở BV Trường ĐHYD Cần Thơ có thay đổi không có ý nghĩa với $p > 0,05$. Riêng TTYT H. Phong Điền có sự tăng có ý nghĩa với $p < 0,05$ ở quy định về ghi tên thuốc, nồng độ/hàm lượng, số lượng, liều dùng, đường dùng, thời điểm dùng của mỗi loại thuốc từ 62,7% đến 83,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về thủ tục hành chính và quy định bác sĩ kê đơn. Theo bảng 3.1, 100% đơn thuốc được khảo sát thực hiện đúng việc ghi đầy đủ, rõ ràng và chính xác các mục trong đơn thuốc. Trên thế giới, Salih Mollahaliloglu năm 2013 cho kết quả khảo sát 99,9% đơn thuốc có thông tin giới tính người bệnh [7]. Có thể nhận thấy, vi tính hóa hệ thống kê đơn đã hạn chế đáng kể những thiếu sót trong đơn thuốc. Tuy nhiên, phần thông tin về địa chỉ của bệnh nhân đúng quy chế chỉ đạt 88,3% đơn thuốc. Đa số đơn thuốc bị thiếu thông tin về số nhà, đường phố, tổ dân

phố hoặc thôn, ấp, bản.

Kết quả của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trong nước khác. Khảo sát của Đặng Thị Hoa năm 2014 ghi đầy đủ các đầu mục hành chính (56%) [6], kết quả của Nguyễn Trọng Cường năm 2015 cho thấy việc ghi địa chỉ bệnh nhân cụ thể số nhà, đường phố hoặc thôn, xã chỉ đạt 24,5% [2]. Việc ghi địa chỉ không đầy đủ có lẽ do áp lực về lượng bệnh nhân đông nên bác sĩ đã bỏ qua thông tin này.

Từ kết quả thu được, 100% các bác sĩ đã thực hiện đúng việc sửa chữa và ký, ghi (hoặc đóng dấu) họ tên người kê đơn, kết quả tương tự như của Nguyễn Anh Phương năm 2016 [4] và cao hơn kết quả của nhóm nghiên cứu tại Nepal khi chữ ký bác sĩ bị thiếu trong đơn thuốc chiếm 12%. Trong ngành y tế, đơn thuốc có ý nghĩa rất quan trọng cả về y khoa (chỉ định điều trị), kinh tế (căn cứ để tính chi phí điều trị) và pháp lý (căn cứ để giải quyết các khía cạnh pháp lý của hoạt động khám chữa bệnh và hành nghề dược, đặc biệt liên quan đến thuốc độc, thuốc gây nghiện...). Tình trạng bác sĩ chưa tuân thủ đầy đủ quy chế kê đơn thuốc đang diễn ra ở nhiều nước trên thế giới. Nghiên cứu của Sanchez năm 2013 ở Tây Ban Nha cho thấy có tới 1.127 lỗi kê đơn đã xảy ra trong tổng số 42.000 đơn thuốc, trong đó phổ biến nhất là lỗi đơn không đọc được (26,2%) [8].

4.2. Về nội dung đơn thuốc. Bảng 3.2 cho thấy đa số kết quả khảo sát được đều ở mức cao. Ghi tên thuốc, nồng độ/hàm lượng, số lượng, liều dùng, đường dùng, thời điểm dùng của mỗi loại thuốc đạt 89,8%. Nguyễn Anh Phương năm 2016 cũng cho kết quả nghiên cứu tương tự. Đơn thuốc ghi đường dùng, liều dùng thực hiện khá tốt (99,5%), trong khi tỷ lệ đơn thuốc ghi thời điểm dùng thuốc là 52,2% chủ yếu do thói quen [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Cường có 91,3% đơn ghi đúng, đầy đủ nồng độ, hàm lượng, số lượng mỗi thuốc và 63% đơn thuốc có ghi thời điểm dùng [2]. Kết quả khảo sát chúng tôi cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu tại Bangladesh chỉ 19% đơn thuốc hoàn thành về thông tin thuốc cho bệnh nhân [5] hay nghiên cứu của Sujata Sapkota với tỷ lệ đơn thuốc thiếu ngày kết thúc dùng thuốc là 16,4%. Tỷ lệ đơn thuốc tuân thủ quy chế viết thêm số 0 phía trước nếu số lượng chỉ có một chữ số (nhỏ hơn 10) là 96%.

Đơn thuốc được ghi hướng dẫn không đầy đủ, không rõ ràng sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả điều trị. Hiện nay, các CSYT đã áp dụng phần mềm kê đơn trên máy tính nên đa phần

việc không tuân thủ quy định nội dung đơn thuốc là do khâu nhập liệu thông tin về thuốc.

4.3. Đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp tại 3 cơ sở y tế đã tiến hành. Tại 3 cơ sở, từ bảng 3.3, việc thực hiện quy chế kê đơn SCT có sự cải thiện đáng kể tại BV Trường ĐHYD Cần Thơ và BV ĐK Q. Ô Môn (việc ghi cụ thể thông tin về địa chỉ), TTYT H. Phong Điền (việc ghi cụ thể thông tin về địa chỉ, việc ghi số lượng thuốc nhỏ hơn 10). Thông tin bệnh nhân dù không tác động trực tiếp đến việc sử dụng thuốc trong đơn nhưng là một phần quan trọng khi cần thông tin thuốc và điều trị sau kê đơn đến bệnh nhân như việc hướng dẫn điều trị tại nhà, thu hồi thuốc, theo dõi hiệu quả. SCT, tại 3 CSYT nghiên cứu, thông tin về bệnh nhân do bộ phận điều dưỡng tiếp nhận bệnh nhập vào phần mềm và bác sĩ không cần nhập (trước đây do bác sĩ trực tiếp ghi), đây là khâu can thiệp cần thiết để tránh các sai sót về thông tin hành chính của bệnh nhân. Còn đối với bệnh nhân cũ đã có thông tin tại phần mềm, nhân viên sử dụng đầu đọc mã quét vạch qua đơn thuốc cũ để lấy thông tin bệnh nhân mà không cần nhập lại, việc này đã giúp tiết kiệm thời gian rất nhiều cho khâu tiếp nhận bệnh của các CSYT. Như vậy có thể nói, các biện pháp can thiệp như thúc đẩy thực hiện quy chế, giáo dục và nâng cao kiến thức bằng cách phổ biến qui chế kê đơn trực tiếp, phát tài liệu và thường xuyên nhắc nhở trong các buổi sinh hoạt chuyên môn đã tác động hiệu quả đến việc nhận thức và sự tuân thủ chặt chẽ các qui định có liên quan đến việc thực hành kê đơn. Tại TTYT H. Phong Điền đã thành lập tổ chuyên môn kiểm tra đơn thuốc trong ngày gồm bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng tại các khoa, sau khi kiểm tra xong sẽ báo lên trong buổi họp giao ban bệnh viện để các khoa sửa chữa hay tại BV ĐK Q. Ô Môn, ban giám đốc phân công cho bộ phận khoa Dược kiểm duyệt toa trực tiếp trên máy khi duyệt thuốc (khoa Dược phân công cho 1 dược sĩ đại học và 2 dược sĩ cao đẳng phụ trách công tác này), công tác này giúp có thể phát hiện các sai phạm, tối thiểu hóa các sai sót trong kê đơn và thực hiện can thiệp trực tiếp.

Nhờ hình thức kê đơn bằng phần mềm có sẵn đã mang đến lợi ích cho bệnh nhân bằng cách giảm phạm vi tác động của sai sót trị liệu và nhờ nét chữ in dễ đọc hơn chữ viết tay nên việc truyền đạt thông tin thuốc được cải thiện. Bên cạnh, các biểu mẫu đơn thuốc theo qui định của BHYT được cài đặt sẵn trong máy nên phần nào hạn chế các sai sót do qui chế qui định. Nhóm nghiên cứu cũng đã đề xuất với khoa Dược BV

về việc thiết lập một hệ thống cảnh báo trong phần mềm kê đơn bằng cách nhập các thông tin sẵn có của các thuốc, thông tin sẽ tự động hiện ra trong đơn khi thuốc đó được kê (ví dụ nhóm thuốc corticoids, NSAIDs ghi sẵn "uống lúc no", thuốc ức chế bơm proton ghi sẵn "uống 30 phút trước ăn").

Thực trạng các sai phạm trong việc thực hiện quy chế kê đơn đã được cải thiện đáng kể song vẫn chưa triệt để mặc dù đã có các can thiệp về chuyên môn và các biện pháp hành chính. Cần tiếp tục các giải pháp can thiệp, giám sát, kiểm tra chặt chẽ hơn và thực thi các biện pháp cưỡng chế triệt để hơn.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ đơn thuốc ghi đủ, rõ ràng các mục in và đúng yêu cầu đối với trẻ dưới 72 tháng tuổi: 100%. Tỷ lệ đơn thuốc đúng quy định sửa chữa và ký, ghi họ tên bác sĩ: 100%.

- Tỷ lệ đơn thuốc ghi đúng tên thuốc, nồng độ/hàm lượng, số lượng, liều dùng, đường dùng, thời điểm dùng của mỗi loại thuốc đạt 89,8% và tỷ lệ đơn thuốc tuân thủ quy chế viết thêm số 0 phía trước nếu số lượng chỉ có một chữ số (nhỏ hơn 10) là 96%.

- Giải pháp can thiệp tại 3 BV đều có hiệu quả, tại BV Trường ĐHYD Cần Thơ việc thực hiện ghi địa chỉ bệnh nhân tăng từ 85% đến 100%, việc ghi số lượng thuốc nhỏ hơn 10 giảm nhưng không đáng kể từ 71% còn 70%, tại BV ĐK Q. Ô Môn

việc ghi địa chỉ bệnh nhân tăng từ 92,5% đến 94,6%, tại TTYT H. Phong Điền việc ghi địa chỉ bệnh nhân tăng từ 90,8% đến 100%, các nội dung về chỉ định thuốc tăng từ 62,7% đến 83,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y Tế (2016)** Thông tư 05/2016/TT-BYT Quy định về kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú. Hà Nội.
- Nguyễn Trọng Cường (2015)** Đánh giá thực trạng sử dụng thuốc tại bệnh viện Nông nghiệp. Luận án Dược Sĩ Chuyên Khoa Cấp II, Trường Đại học Dược Hà Nội.
- Đặng Thị Hoa (2014)** Nghiên cứu hoạt động cung ứng thuốc tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa. Luận án Dược sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Dược Hà Nội.
- Nguyễn Anh Phương (2016)** Phân tích thực trạng sử dụng thuốc tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2014. Luận án Dược sĩ Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Dược Hà Nội.
- Begum F., Uddin M.R., Islam M.M.S.U., et al. (2012)** Evaluation of Prescribing Pattern of the Private Practitioners in Bangladesh. Faridpur Medical College Journal,7(2):51-53.
- Chattopadhyay A., Mondal T., Saha T.K., et al. (2013)** An Audit of Prescribing Practices in CGHS Dispensaries of Kolkata, India. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences, 8(1):32-37.
- Mollahaliloglu S., Alkan A., Donertas B., et al. (2013)** Prescribing Practices of Physicians at Different Health Care Institutions. The Eurasian Journal of Medicine, 45: 92-98.
- Sanchez M. (2013)** Medication errors in a Spanish community pharmacy: Nature, frequency and potential causes. Int J Clin Pharm. 2013 Apr;35(2), 185-194.

NGHIÊN CỨU ĐỘ VỮNG CƠ SINH HỌC CỦA MÔ HÌNH KẾT XƯƠNG GÂY ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY BẰNG ĐINH METAIZEAU

Nguyễn Đức Bình*, Nguyễn Tiến Bình**, Nguyễn Hạnh Quang*

TÓM TẮT

12 mô hình kết xương xương gãy đầu dưới xương chày Sawbone thể hệ thứ tư, loại A3 (Muller/AO). Bao gồm 9 mô hình đinh Metaizeau (mỗi loại kết xương bằng 2 đinh, 3 đinh, 4 đinh có 3 mô hình), 3 mô hình kết xương nẹp vít. Các thí nghiệm nén, uốn, xoắn được tiến hành để xác định độ vững cơ sinh học. Kết quả: ở mức tải lực nén 50 kg, mô men xoắn 3Nm và lực uốn 150N thì mô hình 2 đinh có độ vững kém hơn hẳn so với 3 đinh và 4 đinh; còn 3 đinh, 4 đinh có độ

vững kém hơn không nhiều so với nẹp vít. Ở mức tải 120 kg, mô men xoắn 6 Nm và lực uốn 300N; các mô hình KHX metaizeau bị phá hủy nhưng các mô hình KHX nẹp vít vẫn trong mức đàn hồi.

Từ khóa: Gãy đầu dưới xương chày, đinh Metaizeau, nghiên cứu cơ sinh học.

SUMMARY

MECHANICAL STABILITY OF TITANIUM ELASTIC NAILING IN UNSTABLE DISTAL TIBIA FRACTURES: A BIOMECHANICAL STUDY

Purpose: To determine the mechanical stability of titanium elastic nailing in unstable distal tibia fractures. **Design:** Biomechanical study. **Method and materials:** A total of 12 synthetic tibial bone models (4th generation). 9 tibiae were nailed with metaizeau nails and 3 tibiae were osteosynthesized with plates. A 10-cm osteotomy was created 3,5cm above the distal tibial joint line to simulate a clinically

*Bệnh viện Saint Paul, Hà Nội

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Bình

Email: binhstpaul@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21/9/2019

Ngày phản biện khoa học: 18/10/2019

Ngày duyệt bài: 4/11/2019

unstable comminuted complex of distal metaphyseal tibial fractures, 43 OTA/AO type A3 (Muller). Biomechanical testing involved nondestructive anteroposterior pure bending, axial loading and torsional loading. **Result:** The 2 Metaizeau nails constructs had a significantly smaller in stiffness than 3 nails, 4 nails. The 3 nails, 4 nails had a little smaller in stiffness than plates. **Conclusions:** The 2 Métaizeau nails constructs did not provide the necessary stiffness.

Key words: Distal tibia fracture, titanium elastic nailing, biomechanical study.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu dưới hai xương cẳng chân chiếm khoảng 7% của tất cả các loại gãy xương chày [1, 2], phổ biến ở nhóm tuổi từ 30-50 [3], do các cơ chế và lực chấn thương khác nhau. Điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh bó bột chỉ định trong các trường hợp gãy xương kín ở trẻ em và gãy xương ít di lệch và gãy xương có đường gãy vững ở người lớn.[4]. Phương pháp kết xương bằng khung cố định ngoài chỉ định cho các trường hợp gãy hở, nhưng có nhiều nhược điểm như tỷ lệ nhiễm khuẩn chân đinh cao, dễ di lệch thứ phát, khung cồng kềnh vướng víu... Phương pháp kết hợp xương bằng đinh nội tuỷ có chốt là ưu tiên hàng đầu để điều trị những gãy đầu dưới và 1/3 dưới 2 xương cẳng chân. Phẫu thuật kết xương nẹp vít, đặc biệt là nẹp khóa cho thấy ưu thế về khả năng nắn chỉnh phục hồi giải phẫu nhưng có không ít những báo cáo về nguy cơ nhiễm khuẩn, khớp giả. Trong các trường hợp gãy thấp đầu dưới 2 xương cẳng chân [5] khi đoạn ngoại vi không thể đủ độ dài để bắt 2 vít thì đinh metaizeau với khả năng đóng sâu xuống dưới và kiểu để cho đầu đinh neo bên trong vào phần hành xương đã trở thành lựa chọn không tồi [5, 6]. Câu hỏi đặt ra là đóng mấy đinh thì đủ vững và khả năng cố định ổ gãy khi kết xương bằng đinh Metaizeau vững đến mức nào, bệnh nhân có thể đi lên chân gỗ ở mức nào? Xuất phát từ những lý do trên đây, chúng tôi triển khai thực hiện đề tài: "*Nghiên cứu độ vững cơ sinh học của các mô hình kết xương gãy đầu dưới xương chày bằng đinh Metaizeau*".

Mục tiêu nghiên cứu của đề tài: *Khảo sát mức độ vững cơ sinh học của mô hình kết xương gãy đầu dưới xương chày bằng đinh Metaizeau.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 12 xương chày Sawbone thể hệ thứ tư được thiết kế gãy đầu dưới xương chày loại A3 (theo phân loại của Muller) và kết xương bằng đinh metaizeau và nẹp vít.

Địa điểm nghiên cứu

Phòng thí nghiệm - Bộ môn Cơ học vật liệu và kết cấu, Khoa cơ khí, Đại học Bách khoa Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Tạo các mô hình kết xương

Mô hình KHX đinh Metaizeau: 9 mẫu

Xương chày Sawbone thể hệ thứ tư, được làm từ sợi thủy tinh và nhựa composite, do hãng Pacific Reseach, Hoa kỳ sản xuất. Nghiên cứu của Heiner và Brown năm 2001 cho thấy sự tương đồng về khả năng chịu lực của xương này so với xương chày ở người.

Chiều dài của Sawbone xương chày là: 324mm, đường kính ống tuỷ là 10mm.

Tất cả gồm 12 xương được thiết kế gãy loại A3 và kết xương, gồm 2 nhóm:

+ Nhóm 1 gồm 9 mẫu KHX bằng đinh metaizeau (3 mẫu kết xương 2 đinh, 3 mẫu kết xương 3 đinh và 3 mẫu kết xương 4 đinh.)

+ Nhóm 2: 3 mẫu được KHX bằng nẹp khóa.

Đinh Metaizeau: đường kính từ 3,0mm dài 44cm, chất liệu Titan do hãng GPC Medical Ltd sản xuất, nhập khẩu bởi công ty cổ phần Alpha.

Nẹp khóa đầu dưới xương chày chất liệu titan do hãng Synthes sản xuất, nhập khẩu bởi công ty cổ phần Alpha.

2.2.2. Mô tả cách kết xương trên các mô hình xương chày

- Dưới màn tăng sáng, đóng đinh Metaizeau từ đầu trên xương chày vào ống tuỷ đến đầu dưới xương chày sao cho đầu xa của đinh được ghim vào vị trí xa nhất có thể ở vỏ xương của đoạn ngoại vi, để đạt độ vững cao nhất. Mỗi mô hình đóng từ 2 đinh, 3 đinh đến 4 đinh đóng, sau khi đóng đinh xong, kiểm tra lần cuối vị trí các đinh trên C- arm. Tiến hành cắt bỏ một đoạn xương dài 1 cm ở đầu dưới xương chày để tạo các mô hình gãy xương dạng gãy A3 (theo phân loại Muller/AO). Vị trí đường cắt cách mặt khớp chày sên 5 cm.



Hình 2.1. Mô hình KHX gãy đầu dưới xương chày A3

2.2.3. Mô hình KHX nẹp khóa (nhóm chứng). Đặt nẹp khóa ở mặt trong đầu dưới

xương chầy và kết xương (đoạn trung tâm bắt 4 vít, đoạn ngoại vi 4 vít), sau đó cắt đoạn xương 1 cm để tạo mô hình gãy không vững loại A3 tổng cộng 3 mẫu.



Hình 2.2. Mô hình KHX nẹp khoá đầu dưới xương chầy

2.2.4. Mô tả các thí nghiệm

Thí nghiệm khảo sát khả năng chịu lực nén

Cố định hai đầu xương mô hình sau khi đã kết xương vào bộ gá, nối bộ gá với máy Kéo/Nén vạn năng 5 tấn, do Cộng hoà liên bang Đức sản xuất.



Hình 2.3. Dụng cụ ngoàm bằng kim loại cố định chắc hai đầu xương trước khi đưa vào máy đo.

Thiết lập thang đo lực trên máy: tải trọng lớn nhất trên thang đo là 1000 kg. Lực tác dụng lên trục chỉ trong khoảng từ 0 đến 50kg và tăng lên từng 10kg. Thiết lập chương trình đo tốc độ biến dạng cho máy: 3 mm/phút. Cho máy chạy hành trình nén với thang lực và tốc độ biến dạng đã thiết lập đến khi đồng hồ lực chỉ giá trị 50 kg thì dừng lại trong 1 phút. Sau đó cho giảm tải trọng (hạ tải ngược lại) dần đến mức 0 kg. Tiến hành xác định biến dạng (mm), độ cứng nén (N/mm) và mức độ đàn hồi (mm).



Hình 2.4. Thử nghiệm khảo sát khả năng chịu lực nén

Thí nghiệm xoắn. Cố định hai đầu xương

mô hình sau khi đã kết xương vào bộ gá, nối bộ gá với máy tạo lực xoắn chuyên dụng, sản xuất tại Cộng hoà liên bang Nga năm 1993.

Thiết lập thang đo lực trên máy: mô men xoắn lớn nhất trên thang đo là 25 Nm mỗi đơn vị trên đồng hồ đo tương ứng 0,5 Nm. Thiết lập tốc độ biến dạng trên máy: mô men xoắn nhỏ so với thang đo và biến dạng góc chỉ nhỏ hơn 15° nên việc tăng biến dạng chỉ dùng tay quay và không dùng động cơ. Thiết lập thiết bị đo góc xoắn về 0° tương ứng với mô men xoắn bằng 0.



Hình 2.5. Thí nghiệm xoắn

Tiến hành quay bằng tay để tăng lực xoắn trên mẫu, mỗi lần tăng mômen tương ứng 0,5 Nm và ghi lại góc xoắn. Cho tăng dần mô men xoắn đạt đến giá trị giới hạn 3 Nm rồi sau đó giảm mô men về 0,5 Nm và ghi lại góc xoắn tương ứng. Biến dạng góc được xác định là hiệu số góc tại mômen xoắn bằng 0,5 Nm, mômen này đảm bảo khử các biến dạng dư khi hệ không chịu tải.

Thí nghiệm uốn. Cố định hai đầu xương mô hình sau khi đã kết xương vào bộ gá, nối bộ gá với máy tạo lực uốn bé. Tạo lực uốn tạo tác động lên mô hình xương với tải trọng tăng dần bằng cách đặt lần lượt quả nặng 5N lên giá đặt lực và ghi lại chỉ số của đồng hồ so để xác định chuyển vị. Tải trọng tối đa đặt lên hệ là 50 N, giá trị này phù hợp với các tác động của ngoại lực lên xương của bệnh nhân và đã được công bố trong tài liệu [1-3]. Sau đó giảm dần lực tải về mức 5 N và ghi lại biến dạng để so sánh biến dạng tại mức tải trọng này trong lần tăng tải và hạ tải.



Hình 2.6. Thí nghiệm khảo sát khả năng chịu lực uốn.

2.2.5. Đánh giá kết quả kê và phân tích dữ liệu. Dữ liệu về lực tải chống lại di lệch từ những lần thực nghiệm được ghi chép bằng phần mềm Microsoft Excel. Từ kết quả thu được vẽ các biểu đồ liên quan giữa lực tác động-độ di lệch với độ di lệch trung bình (mean displacement) và độ lệch chuẩn (standard deviation). Đường đồ thị sẽ hiện lên độ cứng uốn

(stiffness) và độ cứng nén với đơn vị là N/mm còn độ cứng xoắn đơn vị là Nm/độ. Những chỉ số này được sử dụng để so sánh độ vững cơ sinh học giữa các mô hình kết xương.

V. KẾT LUẬN

3.1. Kết quả khảo sát khả năng chịu lực xoắn.

Bảng 3.1. Kết quả thực nghiệm chịu mô men xoắn ở các mô hình KHX khi tăng lực xoắn là 3 Nm (n=12)

Mô hình KX		Biến dạng góc khi tăng tải (°)	Biến dạng góc khi hạ tải (°)	Độ cứng xoắn Nm/°
KX 2 đỉnh	Mean	21,00 ±3,03	5,80 ±1,47	0,12±0,20
	SD	3,03315	1,47	0,020
KX 3 đỉnh	Mean	7,20 ±1,60	2,00±0,89	0,37 ±0,13
	SD	1,16619	0,89	0,13
KX 4 đỉnh	Mean	5,80± 1,67	2,00±0,63	0,45±0,10
	SD	1,67	0,63	0,10
KX nẹp vít	Mean	5,20 ±0,75	2,80±0,40	0,49±0,08
	SD	0,75	0,40	0,08

Nhận xét: Độ cứng xoắn của mô hình KX với 2 đỉnh Metaizeau thấp hơn gần 3 lần so với kết xương bằng 3 đỉnh và 4 đỉnh. Khi ổ gãy chịu tải đến 3 Nm ổ gãy biến dạng > 5°.

Khi tăng mômen xoắn tối đa lên 6 Nm, các mẫu kết xương bằng đỉnh Metaizeau bị phá hủy không hồi phục, còn mô hình KHX nẹp khóa, độ cứng xoắn là 0,49±0,08, và góc biến dạng trung bình là 5,2±0,75; cấu trúc nẹp-xương vẫn trong vùng đàn hồi.

3.2. Kết quả khảo sát khả năng chịu lực uốn bẻ.

Cho lực tác động tăng dần lên mô hình kết xương chày, lực uốn tối đa 150N

Bảng 3.2. Kết quả khảo sát khả năng chịu lực uốn ở mô hình KHX (n=12)

Mô hình KX		Biến dạng góc khi tăng tải	Biến dạng góc khi hạ tải	Độ cứng uốn (N/mm)
KX 2 đỉnh	Mean	6,2 ±0,02	0,45±0,00	11,85±0,04
	SD	0,02	0,00	0,04
KX 3 đỉnh	Mean	3,46±0,02	0,18±0,07	21,24±0,15
	SD	0,02	0,02±0,071	0,15
KX 4 đỉnh	Mean	3,18±0,01	0,18±0,02	23,10±0,08
	SD	0,01	0,02	0,08
KX nẹp vít	Mean	2,48±0,18	0,29±0,03	29,77±2,34
	SD	0,18	0,03	2,34

Nhận xét: Kết quả bảng 3.2. cho thấy: Độ chịu lực uốn của mô hình KHX xương chày bằng 2 đỉnh kém gần 2 lần so với 3 đỉnh, 4 đỉnh. Độ chịu lực uốn của mô hình kết xương 3 đỉnh và 4 đỉnh kém độ chịu lực uốn của mô hình kết xương bằng nẹp vít không đáng kể.

Trong thí nghiệm: Khi tăng lực uốn tối đa lên 300N, các mô hình kết xương đỉnh Metaizeau đều bị biến dạng, cấu trúc đỉnh- xương bị phá hủy. Trong khi đó với mô hình kết xương bằng

nẹp khóa, góc uốn trung bình là 5,94°±0,4 và góc biến dạng sau khi hạ tải là 0,42±0,01.

3.3. Kết quả khảo sát khả năng chịu lực nén dọc theo trục xương.

Cho lực nén dọc theo trục xương, tác động tăng dần lên mô hình kết xương chày, lực nén tối đa 500N ghi nhận sự thay đổi tải ổ gãy thông qua đánh giá sự thay đổi của "góc tăng tải" khi cho lực nén tăng dần. Kết quả thu được như sau:

Bảng 3.3. Kết quả khảo sát thực nghiệm khả năng chịu lực nén dọc theo trục xương (n=12)

Mô hình KX		Biến dạng góc khi tăng tải trọng (mm)	Biến dạng góc khi hạ tải trọng (mm)	Độ cứng nén (N/mm)
KX 2 đỉnh	Mean	11,70 ±0,75	2,30 ±0,51	42,90±2,63
	SD	0,75	0,510	2,63
KX 3 đỉnh	Mean	1,30±0,24	0,60 ±0,20	350,45±81,65
	SD	0,24	0,20	81,65

KX 4 đỉnh	Mean	1,16±0,29	0,62 ±0,25	380,35 ± 111, 80
	SD	0,29	0,25	111, 80
KX nẹp vít	Mean	1,10±0,20	0,90±0,20	2466,67± 66,67
	SD	0,20	0,20	66,67

Nhận xét: Kết quả bảng 3 cho thấy mô hình kết xương với 2 đỉnh có độ chịu lực nén dọc theo trục so với mô hình kết xương bằng 3 đỉnh và 4 đỉnh Metaizeau. Mô hình kết xương bằng 3 đỉnh và 4 đỉnh Metaizeau có khả năng chịu lực nén dọc theo trục xương cao gần bằng so với mô hình kết xương bằng nẹp vít.

Khi tăng lực nén tối đa lên 1200N, các mô hình kết xương đỉnh Metaizeau đều bị biến dạng, cấu trúc đỉnh- xương bị phá hủy. Đỉnh bị cong tại ổ gãy nhưng không có trường hợp nào đầu đỉnh bị trôi lên trên. Trong khi đó mô hình kết xương bằng nẹp khóa, tuy rằng độ giãn chỉ tăng lên là $3,2 \pm 0,35$ mm, nhưng khi hạ tải thì mức độ giãn chỉ trung bình là $1,20 \pm 0,20$ mm.

IV. BÀN LUẬN

1. Qui trình nghiên cứu lực chịu tải lên các mô hình xương chày kết xương. Dựa theo kết quả nghiên cứu của Schandelmaier và CS. [7] cho thấy khi đi lại xương chày chịu lực tác động lớn gấp 3 lần trọng lượng cơ thể. Nghĩa là với BN khoảng 60-70kg, thì khi đi lại bình thường, lực tải lên xương chày sẽ là 200kg. Vì vậy khi tiến hành các thí nghiệm để đánh giá hoặc so sánh khả năng chịu lực giữa các mô hình kết xương, các tác giả thường chia làm 3 bước. Bước đầu tiên là mô tả khả năng chịu lực tương đương với giai đoạn 3 tháng đầu, tỳ chân 1 phần trọng lượng cơ thể 35 đến 50 kg. Bước thứ 2, mô hình kết xương sẽ được tải lực tương đương với giai đoạn tỳ chân hoàn toàn, tức là khoảng 120kg. Và nếu mô hình kết xương còn giữ nguyên kết cấu, không bị phá hủy (none destructive) thì sẽ tiến hành bước cuối cùng đó là tải lực lên mô hình kết xương ở trên mức 120 kg, để xem mô hình kết xương chịu tải được tối đa bao nhiêu kg.

Trên cơ sở của các nghiên cứu trên, chúng tôi tiến hành thực nghiệm đánh giá độ vững của mô hình kết xương đầu dưới xương chày bằng đỉnh Metaizeau và nẹp khóa theo các bước tương tự.

Bước 1: Lực nén được tải tối đa là 500N (50 tương đương với $\frac{1}{2}$ trọng lượng cơ thể) [5], lực uốn tối đa là 150N và mô men xoắn tối đa là 3Nm [8].

Bước 2: Lực nén tối đa là 1200N, lực uốn tối đa là 300N và mô men xoắn tối đa 7Nm.

2. Kết quả nghiên cứu thực nghiệm ở bảng 3.1, bảng 3.2 và 3.3 cho thấy đối với các

mô hình gãy xương chày không vững kết xương bằng đỉnh Metaizeau, khả năng chịu lực uốn bề, lực nén theo dọc trục xương và mô men xoắn của mô hình kết xương bằng 2 đỉnh là thấp nhất. Khi tăng số lượng đỉnh lên 3 cái, khả năng chịu lực tác động nghĩa là độ vững chắc của ổ gãy khi kết xương được tăng lên rõ.

V. KẾT LUẬN

Các mô hình kết xương ổ gãy đầu dưới xương chày bằng 2 đỉnh Metaizeau có độ vững cơ sinh học kém hơn hẳn so với mô hình kết xương bằng 3 đỉnh, 4 đỉnh (kém gần gấp 3 lần). Mô hình kết xương 3 hoặc 4 đỉnh Metaizeau có độ vững kém hơn một chút so với mô hình kết xương nẹp khóa.

Qua khảo sát độ vững cơ sinh học của các mô hình kết xương bằng đỉnh Metaizeau, điều rút ra là kết xương bằng 3 đỉnh Metaizeau đạt khả năng cố định ổ gãy tốt gần bằng kết xương đầu dưới xương chày bằng nẹp khóa. Các trường hợp kết xương bằng hai đỉnh thì không thể vận động sớm và sau mổ cần phải tăng cường thêm bột 1/3 trên cẳng chân và bàn chân trong 6 tuần đầu tiên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bourne, R.B., C.H.** Rorabeck, and J. Macnab, Intra-articular fractures of the distal tibia: the pilon fracture. *J Trauma*, 1983. **23**(7): p. 591-6.
- Ovadia, D.N. and R.K. Beals,** Fractures of the tibial plafond. *J Bone Joint Surg Am*, 1986. **68**(4): p. 543-51.
- Singer, B.R., et al.,** Epidemiology of fractures in 15,000 adults: the influence of age and gender. *J Bone Joint Surg Br*, 1998. **80**(2): p. 243-8.
- Martin, J.S., et al.,** Assessment of the AO/ASIF fracture classification for the distal tibia. *J Orthop Trauma*, 1997. **11**(7): p. 477-83.
- de la Caffiniere, J.Y., F. Pelisse, and M. de la Caffiniere,** Locked intramedullary flexible osteosynthesis. A mechanical and clinical study of a new pin fixation device. *J Bone Joint Surg Br*, 1994. **76**(5): p. 778-88.
- de la Caffiniere, J.Y., R. Benzimra, and N. Chanzy,** [Treatment of distal metaphyseal fractures of the tibia with the interlocking flexible osteosynthesis system]. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot*, 1999. **85**(1): p. 42-50.
- Schandelmaier, P., et al.,** Outcome of tibial shaft fractures with severe soft tissue injury treated by unreamed nailing versus external fixation. *J Trauma*, 1995. **39**(4): p. 707-11.
- Gueorguiev, B., et al.,** Effect on dynamic mechanical stability and interfragmentary movement of angle-stable locking of intramedullary nails in unstable distal tibia fractures: a biomechanical study. *J Trauma*, 2011. **70**(2): p. 358-65.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT KÉO DÀI CÂN CƠ NÂNG MI ĐIỀU TRỊ CO RÚT MI TRÊN MỨC ĐỘ VỪA VÀ NẶNG

Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Phạm Thị Khánh Vân², Bùi Thị Vân Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu. Đánh giá kết quả phẫu thuật kéo dài cân cơ nâng mi bằng vật xoay cân vách hốc mắt điều trị co rút mi trên mức độ vừa và nặng từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 9 năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** Phương pháp nghiên cứu can thiệp có đối chứng trước sau. Nghiên cứu được thực hiện trên 46 mắt của 40 bệnh nhân được chẩn đoán co rút mi trên mức độ vừa và nặng được điều trị tại Khoa Tạo hình Thẩm mỹ Mắt và Vùng mặt, Bệnh viện Mắt Trung ương. Bệnh nhân đã được loại trừ các bệnh lý toàn thân và bệnh Basedow đã được điều trị ổn định ít nhất 6 tháng. Các bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật kéo dài cân cơ nâng mi bằng vật xoay cân vách hốc mắt và được theo dõi sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng. **Kết quả và bàn luận.** Kết quả thành công chung của phẫu thuật sau 12 tháng theo dõi là 91,3%. Chỉ số MRD1 giảm từ $5,84 \pm 0,09$ mm trước phẫu thuật xuống $3,42 \pm 0,25$ mm. Độ rộng khe mi thay đổi từ $13,03 \pm 1,12$ mm trước PT xuống còn $10,04 \pm 1,06$ mm. Lid lag giảm sau mổ với mức giảm $3,0 \pm 0,92$ mm. Các triệu chứng cơ năng (hở mí, tổn hại bề mặt nhãn cầu...) được cải thiện. 97,9% bệnh nhân hài lòng sau phẫu thuật. Kết quả này tương đồng với kết quả của một số tác giả trên thế giới. **Kết luận.** Vật xoay cân vách hốc mắt là phương pháp an toàn có hiệu quả cho điều trị co rút mi trên mức độ vừa và nặng, cho phép điều chỉnh được độ cong bờ mi và hạn chế các biến chứng thải loại mảnh ghép.

Từ khóa: Co rút mi trên, co rút mi góc ngoài, vật chèn

SUMMARY

EVALUATED OUTCOMES OF LEVATOR MUSCLE LENGTHENING TO CORRECT UPPER EYELID RETRACTION FROM MEDIUM TO SEVERE

Aims: Evaluated outcomes of orbital septum turn over flap on lengthening upper levator muscle to correct upper eyelid retraction from medium to severe. **Methods:** An interventional clinical trial in 46 eyes (40 patients) had upper eyelid retraction from medium to severe in Oculofascial plastic and cosmetic Department, VNIO from October 2016 to September 2019. Thyroid related Ophthalmopathy (TRO) acute phase had excluded or stable at least 6 months. **Results:** The common final outcomes about 91,3% had good results. MRD1, Palpebral fissure height, reduced from $5,84 \pm 0,09$ mm, $13,03 \pm 1,12$ mm to

$3,42 \pm 0,25$ mm and $10,04 \pm 1,06$ mm retrospectively. Mean lid lag decreased $3,0 \pm 0,92$ mm. Symptoms of ocular surface exposed were solved. 97,9% patients satisfied with results post operation. **Conclusion:** Orbital septum turn over flap used as a good and safe spacer to correct upper eyelid retraction from medium to severe. This technique help to reduce complications of material rejection and scars.

Key words: Upper eyelid retraction, lateral flare, spacer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co rút mi trên (CRMT) trên được định nghĩa là sự nâng lên vượt khỏi vị trí bình thường của mi trên ở tư thế nhìn nguyên phát (bình thường, ở tư thế nhìn thẳng về phía trước, mi trên che rìa trên giác mạc 2 mm kể từ rìa 12h của giác mạc) [1].

Co rút mi trên có thể do nhiều nguyên nhân, trong đó, nguyên nhân thường nhất là do bệnh tuyến giáp (Thyroid Related to Orbitopathy - TRO). Trong bệnh lý CRMT trên liên quan tuyến giáp, các yếu tố góp phần gây bệnh bao gồm cường giao cảm cơ Muller, xơ hóa, tăng hoạt động của phức hợp cơ nâng mi thứ phát sau quá hoạt cơ trực dưới. Do khác biệt về cấu trúc và chức năng giữa hai mi nên CRMT thường biểu hiện rõ ràng hơn và gây ảnh hưởng lớn hơn so với mi dưới.

Điều trị CRMT nhằm mục đích cải thiện về mặt thẩm mỹ, đồng thời bảo vệ được giác mạc và chức năng thị giác của bệnh nhân. Phẫu thuật được đặt ra khi tình trạng bệnh ổn định, chức năng tuyến giáp của bệnh nhân bình thường và tình trạng CRM trên không thay đổi từ 6 tháng trở lên [2].

Có nhiều phương pháp phẫu thuật được sử dụng để điều trị CRMT. Các phương pháp tiếp cận theo đường qua da (đường trước) gồm lùi cơ nâng mi có kèm hoặc không kèm chỉ cố định, rạch/cắt cơ Muller, mở cơ vùng rìa, rạch mí toàn phần từng bậc, và Z-plasty. Các phương pháp tiếp cận cơ Muller và cơ nâng mi theo đường kết mạc (hay đường sau) cũng đã được báo cáo và điều chỉnh. Các phương pháp này cho kết quả khá đa dạng về mức độ hiệu quả ban đầu. Tuy nhiên hiệu quả lâu dài của các phương pháp phẫu thuật cũng như so sánh giữa các phương pháp phẫu thuật chưa được thực hiện đầy đủ [3].

Năm 2013, tác giả Watanabe A và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu đa trung tâm áp dụng kỹ thuật của tác giả Chung Sheng Lai trên 12

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: dr.thuhien85@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2019

Ngày duyệt bài: 11.11.2019

mắt co rút mi trên liên quan đến Basedow (TRO – Thyroid related to Orbitopathy). Kết quả thu được 70% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 20% bệnh nhân đạt kết quả ở mức độ chấp nhận được và 10% bệnh nhân cần phải phẫu thuật lại [5].

Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đề cập đến phương pháp phẫu thuật kéo dài cân cơ nâng mi sử dụng vật cân vách hốc mắt. Các báo cáo của các tác giả trước đây cũng chưa đề cập đến các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến kết quả ban đầu và hiệu quả lâu dài của phẫu thuật. Để góp phần cải thiện hiệu quả phẫu thuật điều trị co rút mi trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu hiệu quả phẫu thuật kéo dài cơ nâng mi điều trị co rút mi mức độ vừa và nặng" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị của kỹ thuật kéo dài cơ nâng mi điều trị co rút mi mức độ vừa và nặng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân bị co rút mi trên mức độ vừa và nặng được điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong khoảng thời gian 2016 – 2019

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các trường hợp co rút mi trên mức độ vừa và nặng do Basedow, co rút mi vô căn hoặc co rút mi thứ phát sau phẫu thuật sụp mi.
- Mức độ co rút mi ổn định ít nhất 6 tháng.
- Độ co rút từ 2 mm trở lên (mức độ vừa và nặng).

- Tuổi trên 16, có thể phối hợp khi thực hiện phẫu thuật bằng gây tê tại chỗ.

- Có điều kiện theo dõi

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp có rút mi do thiếu da
- Lỗi nhãn cầu nặng trên 22 mm
- Đã phẫu thuật điều trị co rút mi
- Các bệnh liên quan chưa ổn định
- Các bệnh toàn thân đang tiến triển.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp không có đối chứng.

* Cỡ mẫu nghiên cứu:

Áp dụng công thức sau để tính cỡ mẫu nghiên cứu:

$$n = \frac{z^2(1 - \alpha/2)pq}{(p \cdot \Sigma)^2}$$

Trong đó: n = số mắt tối thiểu cần nghiên cứu

+ z = 1,96 (theo bảng tương ứng giá trị 95% CI)

+ p = 90,6%. Theo tỷ lệ thành công 90,6 của Schaefer (2007)

+ q=1-p

+ ε: sai số trong nghiên cứu (chọn ε= 6,3%.)

Theo công thức tính trên tính được: N = 45

* Xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê, sử dụng phần mềm SPSS 15.0.

2.3 Đánh giá kết quả chung theo cách sau. Trong các chỉ số nghiên cứu, vị trí bờ mi trên (MRD1) và chỉ số C là những chỉ tiêu chính còn lại là các chỉ tiêu phụ. Các chỉ tiêu được chia theo các mức độ và phân chia theo thang điểm. Đánh giá kết quả chung theo các chỉ tiêu trên với 3 mức độ: tốt, trung bình, kém dựa trên kết quả tổng điểm của từng chỉ tiêu nghiên cứu theo phân loại của Mourit và Sasim [1] như sau:

- Tốt: 15 điểm

- Trung bình: 12- 14 điểm

- Kém: <12 điểm và có ít nhất một chỉ tiêu chính ở mức kém hoặc cả 2 chỉ tiêu chính đều kém.

Đánh giá kết quả theo các mức độ

Chỉ tiêu	Tốt (3đ)	Trung bình (2đ)	Kém (1đ)
MRD1	2,5 – 4,5 mm	5,0-5,5mm 1,5-2,0mm	Trên 5,5 mm Dưới 2 mm
Chênh lệch PW	< 1 mm	1 – 2 mm	>2mm
Mức độ hài lòng của bệnh nhân	Rất hài lòng	Hài lòng không yêu cầu PT lại	Không hài lòng
Chỉ tiêu-	Tốt (2đ)		Không tốt (1 đ)
Độ cong (chỉ số C)	< 2 mm		≥ 2 mm
Chiều cao nếp mi	5 – 7 mm		< 5mm >7mm
Chênh lệch nếp mí	< 1mm		≥ 1 mm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 40 bệnh nhân với 46 mắt được xác định bệnh CRMT mức độ vừa và nặng (3 bệnh nhân có CRMT 2 mắt, 40 bệnh nhân CRMT 1 mắt) được thực hiện phẫu thuật kéo dài cơ nâng mi trên bằng vật cân vách hốc mắt được thực hiện tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Độ tuổi trung bình từ 33,35 ± 32,5 (từ 16 đến 59) với 23 bệnh nhân là nam giới (53,4%). Tất cả bệnh nhân đều đã được loại trừ phẫu thuật mi mắt trước đó. 7 bệnh nhân có tiền sử bệnh mắt liên quan tới tuyến giáp đã điều trị được ổn định ít nhất 6 tháng. Thời gian theo dõi trung bình là 13 tháng (từ 12 đến 18 tháng). Chỉ định hạ mi vì nguyên nhân hở mi gặp trong 6 ca (15%), hạn chế vận nhãn 5 ca (12,5%), chảy nước mắt 4 ca (10%), đỏ mắt 2 ca (5%), nhìn mờ 3 ca (7,5%) và tất cả bệnh nhân đều có

nguyện vọng phẫu thuật do ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Trước và sau phẫu thuật các chỉ số nghiên cứu được đánh giá và phân loại theo

Mourits và Samsim [6]. Các chỉ số nghiên cứu có sự thay đổi đáng kể sau phẫu thuật 12 tháng theo bảng sau:

3.1 Sự thay đổi các chỉ số trước và sau phẫu thuật 12 tháng

Chỉ số nghiên cứu	MRD1 TB trước mổ	MRD1 TB sau mổ	Độ lệch trung bình
MRD1	5,84	3,42	2,49 ± 1,0
Độ cao khe mi	12,03	11,04	2,12 ± 0,97
Độ cơ rút mi	1,67	0,01	1,67± 0,73
Độ cong bờ mi	1,17	0,3	1,17 ± 2,41
Chiều cao nếp mí	5,38	6,11	0,71 ± 1,0
Lid lag	2,26	-0,73	3,0 ± 0,92

3.2 Kết quả phẫu thuật theo thời gian

KQPT	Thời gian		Sau 1 tháng		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng		Sau 12 tháng	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tốt	41	89,1	41	89,1	41	89,1	42	91,3		
Trung bình	3	6,5	0	2,2	1	2,2	0	0		
Kém	2	4,3	5	10,9	4	8,7	4	8,7		

(n: số bệnh nhân; %: tỷ lệ; -: nhóm so sánh; *: p<0,05)

Trong nghiên cứu này chúng tôi báo cáo về kết quả của phương pháp phẫu thuật sử dụng vạt cân vách hốc mắt kéo dài cân cơ nâng mi trên điều trị co rút mi trên mức độ vừa và nặng. Phương pháp sử dụng vạt cân vách hốc mắt thông qua đường rạch da lần đầu được tác giả Koorneef, Elnor và cộng sự mô tả năm 1999. Trong nghiên cứu này chỉ số MRD1 trung bình sau phẫu thuật từ 3.07-3.57 mm và 93% bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật. Các tác giả Hintschich và Haritoglou đã báo cáo loạt ca lâm sàng sử dụng vạt cân cơ toàn bộ chiều dày trong điều trị co rút mi trên do Basedow với kết quả 95% bệnh nhân đạt kết quả tốt và chấp nhận được. Mourits và Sasim đã mô tả một kỹ thuật cải tiến phương pháp của Harvey bằng cách cắt toàn bộ phức hợp cơ nâng mi và cơ Muller ra khỏi sụn và kết mạc từ phía ngoài vào phía trong, kết quả thu được bao gồm 50% tốt, 32% chấp nhận được và 18% thất bại [6]. Năm 2006 tác giả Looi và cộng sự đã báo cáo kỹ thuật lùi cơ nâng mi từng bậc phối hợp với cắt cơ Muller, mức MRD1 hạ được từ 7,3 xuống 4,3 mm với tỷ lệ kết quả đạt chiếm 89%. Trong nghiên cứu của tác giả Watanabe và cộng sự năm 2013, tỷ lệ thành công của phương pháp sử dụng vạt cân vách hốc mắt kéo dài cân cơ nâng mi là 90%, tương đương với kết quả của nhóm nghiên cứu là 91,3% [5]. Trong nghiên cứu này chúng tôi, chỉ số MRD1 trung bình giảm từ 5,84 ± 0,99 mm đến 3,42 ± 0,25mm và sự chênh lệch MRD1 2 mắt là 2,49 ± 1,0 mm. Độ rộng khe mi giảm từ 12,03 ± 1,12 mm xuống 11,04 ± 1,06 mm với mức giảm là 1,99 ± 1,0 mm.

Phương pháp sử dụng vạt cân vách hốc mắt như một vạt chèn để kéo dài cân cơ nâng mi có

thể không phải là một phương pháp hữu hiệu cho tất cả các bệnh nhân bị co rút mi. Vạt cân vách hốc mắt là một loại vạt xơ sợi gồm nhiều lớp có thể thay đổi về kích thước, được củng cố bởi các dây chằng ở ngay phía dưới và tổ chức xơ mỡ ở phía trước. Độ dày của vạt cân vách hốc mắt tương đối đa dạng, với mối liên quan chặt chẽ với độ dày vạt cân vách hốc mắt ở những người trẻ tuổi và tương đối dễ bộc lộ và bóc tách trong quá trình phẫu thuật, tuy nhiên cân vách hốc mắt lại mảnh hoặc không liên tục ở người lớn tuổi. Do đó phẫu thuật viên cũng cần chuẩn bị một phương pháp phẫu thuật thay thế đối với những trường hợp cân vách hốc mắt bị teo mỏng hoặc không thể phẫu tích được cân vách hốc mắt. Mặc dù các tác giả trên thế giới đã nhấn mạnh ở mí mắt người châu Á, cân vách hốc mắt thường tương đối dày, tuy nhiên theo y văn chưa có báo cáo nào cụ thể về kích thước của cân vách hốc mắt trên mí mắt của người châu Á. Chất lượng của cân vách hốc mắt chỉ có thể được đánh giá trong quá trình phẫu thuật.

Chúng tôi nhận thấy trong một số trường hợp, việc phẫu tích và bộc lộ cân vách hốc mắt có thể được thực hiện trên những mắt đã phẫu thuật tại mí mỗi điều trị sụp mí trước đó. Trong những trường hợp co rút mi nhẹ, kích thước của vạt cân vách hốc mắt ít có ý nghĩa hơn so với những trường hợp co rút mi trên mức độ nặng. Ở những bệnh nhân co rút mi trên mức độ nặng, vạt cân vách hốc mắt có thể giảm nguy cơ co rút mí tái phát do ngăn cách đoạn cuối của điểm bám của cân cơ nâng mi vào sụn.Vạt cân vách hốc mắt hoạt động như một kết nối trung gian giữa cân cơ nâng mi và sụn mí, vừa giúp kéo dài cân cơ nâng mi, vừa làm giảm lực kéo của cơ

nâng mi lên sụn, đồng thời giúp điều chỉnh độ cong bờ mi. Bên cạnh đó, vạt cân vách hốc mắt còn kết nối trực tiếp với cân cơ nâng mi, do đó cho phép điều chỉnh và kiểm soát được chiều cao của nếp mi. Tuy nhiên nghiên cứu này không phải là nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát đối với phẫu thuật điều trị co rút mi, vì vậy những ưu điểm của vạt chèn cân vách hốc mắt so với các kỹ thuật khác vẫn chỉ là suy đoán.

Để xác định chính xác và bộc lộ được cân vách hốc mắt, cần phải xác định được vị trí cân vách hốc mắt hợp nhất với cân cơ nâng mi. Vị trí này nằm cách bờ trên sụn 3 – 5 mm và kéo dài lên phía trên đến vị trí cách bờ trên sụn 15 mm. Ở người châu Âu vị trí này cao hơn so với người châu Á. Do đó, sau khi thiết kế đường mổ và rạch da, cần phải phẫu tích lên trên khoảng 5mm để xác định vị trí trước khi cân vách hốc mắt và cân cơ nâng mi hợp nhất. Kích thước vạt cân vách là một trong những tiêu chí có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Vạt cân vách cần phải lấy ở vị trí trung tâm của giác mạc và phải đủ rộng để đảm bảo hiệu quả hạ mi và điều chỉnh được đường cong của mi mắt. Kích thước của vạt cân vách tùy thuộc vào mức độ CRM. Theo nghiên cứu của Lai và cộng sự, kích thước của vạt cân vách hốc mắt ước tính bằng 2 lần mức độ co rút mi + 2 mm [4]. Ví dụ để điều chỉnh một mắt có độ CRM bằng 2 mm thì kích thước vạt cân vách hốc mắt cần lấy là 6 mm. Tuy nhiên công thức này không phải áp dụng cho tất cả các trường hợp mà chỉ là một gợi ý cho phẫu thuật viên trong quá trình phẫu thuật.

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy rằng việc sử dụng vạt cân vách hốc mắt làm vật liệu nối dài cân cơ nâng mi có rất nhiều ưu điểm. Việc can thiệp phẫu thuật thông qua đường rạch da là một phương pháp quen thuộc đối với các phẫu thuật viên, cho phép thao tác, bộc lộ và quan sát một cách rõ ràng nên việc bóc tách cân vách hốc mắt tương đối dễ dàng. Cân vách hốc mắt có sẵn ở hầu hết các bệnh nhân, hạn chế được sẹo từ một vị trí khác trên cơ thể trong quá trình lấy mảnh ghép. Độ dài của vạt cân vách có thể thay đổi để điều chỉnh được mức độ hạ mi mong muốn. Vạt cân vách hốc mắt vẫn đảm bảo được hệ mạch nuôi dưỡng, do đó không giống như mảnh củng mạc chêm, cấu trúc vạt này khắc phục được nhược điểm tiêu tổ chức và hoại tử do quá trình thiếu dưỡng. Cấu trúc vạt cân vách hốc mắt có cấu trúc tương đồng với cân cơ nâng mi nên khả năng điều chỉnh linh hoạt và mềm mại. So với các vật liệu chèn khác như lưới

Mersilene, vạt cân vách hốc mắt hạn chế được khả năng thải loại mảnh ghép và có tỷ lệ thành công cao hơn (80% so với 91,3% trong nghiên cứu này). Việc đính lại cơ nâng mi vào sụn mi thông qua vạt cân vách hốc mắt có thể giúp duy trì nếp mí và độ cong bờ mi.

Vạt cân vách hốc mắt cung cấp một sự lựa chọn sẵn có thay thế cho phương pháp khâu chỉnh chỉ hoặc phương pháp sử dụng mảnh ghép dị thân trong phẫu thuật điều trị co rút mi trên. Kết quả ban đầu đạt được của phương pháp này ở mức chấp nhận được. Tuy nhiên nghiên cứu này chúng tôi cần có thêm kinh nghiệm để xác định được những ưu nhược điểm của vạt cân vách hốc mắt so với các vật liệu thay thế khác và xác định được nhóm bệnh nhân lý tưởng được chỉ định cho phương pháp này. Những bệnh nhân trong nghiên cứu này sẽ được tiếp tục theo dõi trong thời gian dài để đánh giá hiệu quả lâu dài của phương pháp và tỷ lệ tái phát.

V. KẾT LUẬN

Vạt xoay cân vách hốc mắt là một vật liệu có tính tương thích cao và có nhiều ưu điểm trong phẫu thuật kéo dài cân cơ nâng mi điều trị co rút mi trên mức độ vừa và nặng. Đây là một phẫu thuật an toàn, tuy nhiên kết quả phụ thuộc vào mức độ co rút mi và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Antonio Augusto Velasco Cruz, Sara F.T Ribeiro, Denny M.Garcia và các cộng sự. (2013)**, "Graves Upper Eyelid Retraction", *Surv Ophthalmology*, **58**, tr. 63-76.
2. **Evans JA, Clark TJE, Zimmerman MB và các cộng sự. (2018)**, "Rethinking Our Definition of Postoperative Success: A Comparative Analysis of Three Upper Eyelid Retraction Repair Techniques Using Novel Metrics to Capture Functional and Aesthetic Outcomes.", *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*, **34(1)**, tr. 55-63.
3. **Schaefer DP (2007)**, "The graded levator hinge procedure for the correction of upper eyelid retraction (an American Ophthalmological Society thesis).", *Trans Am Ophthalmol Soc*, **105**, tr. 481-512.
4. **Lai CS, Lin TM, Tsai CC và các cộng sự. (2002)**, "A new technique for levator lengthening to treat upper eyelid retraction: the orbital septal flap", *Aesthetic Plast Surg*, **26(1)**, tr. 31-4.
5. **A. Watanabe, P. N. Shams, N. Katori và các cộng sự. (2013)**, "Turn-over orbital septal flap and levator recession for upper-eyelid retraction secondary to thyroid eye disease", *Eye (Lond)*, **27(10)**, tr. 1174-9.
6. **MP Mourits và IV Sasim (1999)**, "A single technique to correct various degrees of upper lid retraction in patients with Grave's orbitopathy", *Br J Ophthalmol*, **83(1)**, tr. 81-84.

KẾT QUẢ TẦM SOÁT MỘT SỐ BỆNH LÝ BẨM SINH BẰNG XÉT NGHIỆM MÁU GÓT CHÂN Ở TRẺ SƠ SINH ĐỦ THÁNG ĐẸ TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN 2019

Nguyễn Thị Nga*, Nông Thị Hồng Lê*,
Hoàng Thị Ngọc Trâm*, Nguyễn Thị Giang*

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh lý bẩm sinh có thể ảnh hưởng đến tính mạng và chất lượng cuộc sống của trẻ sau sinh, hàng năm vẫn còn rất nhiều trường hợp trẻ mang bệnh lý bẩm sinh được phát hiện. Đề tài: Kết quả tầm soát một số bệnh lý bẩm sinh bằng xét nghiệm máu gót chân ở trẻ sơ sinh đủ tháng đẻ tại Khoa Sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và đặc điểm của trẻ sơ sinh đủ tháng có kết quả sàng lọc dương tính với một trong số những bệnh lý bẩm sinh tại khoa Sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2019. Phương pháp: Mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ sàng lọc dương tính với thiếu men G6PD là 2,45%, bệnh suy giáp trạng bẩm sinh 1/1020 trường hợp sàng lọc chiếm 0,098%. Tỷ lệ nam 76,9%, thành thị 61,5%, mẹ dân tộc kinh 80,7%, cân nặng từ $\geq 2500\text{gr}$ 84,6%, sinh đường âm đạo 53,8%. Không phát hiện trường hợp nào dương tính với bệnh Phenylketone niệu(PKU), tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh và bệnh rối loạn chuyển hóa đường Galactose.

Từ khóa: Bệnh lý bẩm sinh, xét nghiệm máu gót chân

SUMMARY

RESULTS OF SCREENING FOR SOME CONGENITAL PATHOLOGIES BY USING HEEL BLOOD TEST IN TERM NEWBORN BABIES AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL 2019

Introduction: Congenital pathologies can affect the life and quality of life of a newborn after birth, every year there are many cases of newborn with congenital pathologies are detected. Subject: Results of screening for some congenital pathologies by using heel blood test in term newborn babies at the Department of Obstetrics and Gynecology of Thai Nguyen Central Hospital. **Objectives:** determining the rate and characteristics of term newborns with a positive screening result for one of the congenital pathologies at the Department of Obstetrics and Gynecology in Thai Nguyen Central Hospital in 2019. Method: Describing the rescue. **Results:** The positive screening rate for G6PD deficiency was 2.45%, congenital hypothyroidism in 1/1020 cases of screening accounted for 0.098%. The rate of male

76.9%, urban 61.5%, ethnic minority mother 80.7%, weight of babies from $\geq 2500\text{gr}$ was 84.6%, vaginal delivery was 53.8%. No cases were found positive for Phenylketoneuria (PKU), congenital adrenal hyperplasia (CAH) and Galactose metabolism disorders(GALT).

Keywords: Congenital pathologies, heel blood test

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mỗi trẻ sơ sinh khi ra đời là một hạnh phúc lớn lao đối với mỗi gia đình, các cặp vợ chồng, một em bé khỏe mạnh là điều mà bố mẹ nào cũng mong muốn, tuy nhiên có những trường hợp trẻ sau khi sinh ra dường như là bình thường, những ít ai nghĩ rằng trẻ sơ sinh lại mắc bệnh rối loạn chuyển hóa di truyền.

Sàng lọc sơ sinh là chương trình thực hiện một số xét nghiệm cho trẻ sơ sinh nhằm phát hiện sớm các bệnh lý về nội tiết và rối loạn chuyển hóa ảnh hưởng đến sức khỏe và phát triển thể chất, tâm thần của trẻ. Trên thế giới đã tiến hành chương trình sàng lọc sơ sinh ngay sau đẻ được Robert Guthrie [7] khởi xướng. Bệnh đầu tiên được Guthrie áp dụng để phát hiện là bệnh Phenyl Keton niệu. Một vài bệnh lý như bệnh suy giáp bẩm sinh nếu phát hiện sớm và được điều trị ngay trong vòng 2 tuần sau sinh thì trẻ sẽ phục hồi và phát triển hoàn toàn bình thường cả thể chất và tinh thần.

Kết quả tương ứng tại Trung tâm Bệnh viện Phụ sản Trung ương tần suất mắc bệnh thiếu men G6PD là 1,7-2,5% trẻ sinh sống và trẻ suy giáp trạng bẩm sinh có tần suất 1/6265 trẻ sinh sống.[1,2]

Theo thống kê của Tổng cục Dân số - Kế hoạch hóa gia đình Việt Nam[3], trung bình mỗi năm tại Việt Nam có trên 1 triệu em bé ra đời tuy nhiên có khoảng 1,5 – 2% trẻ mắc phải các dị tật bẩm sinh. Sàng lọc trước sinh và sơ sinh giúp chủ động phát hiện, can thiệp và điều trị sớm các bệnh do rối loạn chuyển hóa bẩm sinh, di truyền ngay trong giai đoạn bào thai và sơ sinh giúp cho trẻ sinh ra phát triển bình thường tránh được những hậu quả nặng nề về thể chất và trí tuệ, góp phần nâng cao chất lượng dân số.

Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã tiến hành lấy máu gót chân để sàng lọc bệnh lý cho trẻ sơ sinh từ vài năm nay. Mỗi năm có hàng

*Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nga
Email: nguyennga.ydtn@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.8.2019
Ngày phản biện khoa học: 29.10.2019
Ngày duyệt bài: 4.11.2019

ngành trẻ sơ sinh được sàng lọc, từ đó có thể chẩn đoán sớm những trường hợp có nguy cơ, trẻ được khám và tư vấn sớm, nâng cao chất lượng cuộc sống của trẻ sau này. Tuy nhiên chưa có thống kê nào đưa ra tỷ lệ nguy cơ với các bệnh lý được sàng lọc. Xuất phát từ thực tế này chúng tôi thực hiện nghiên cứu: " Kết quả tầm soát một số bệnh lý bẩm sinh bằng xét nghiệm lấy máu gót chân ở trẻ sơ sinh đủ tháng đẻ tại Khoa Sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2019" nhằm mục tiêu:

Xác định tỷ lệ và đặc điểm của trẻ sơ sinh đủ tháng có kết quả sàng lọc dương tính với một trong số những bệnh lý bẩm sinh tại khoa Sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2019

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các trường hợp được lấy máu gót chân làm xét nghiệm sàng lọc sau sinh tại khoa Sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong tử tháng 1/3/2019- 31/10/ 2019

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Mọi trẻ sơ sinh sinh ra sống, được theo dõi và chăm sóc tại khoa sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, không kèm theo một tình trạng lâm sàng nguy cấp đang diễn ra: suy hô hấp, hạ đường huyết, xuất huyết tiêu hóa, hạ thân nhiệt.)

- Tuổi thai 37 -41 tuần.

- Sau đẻ đủ 48 giờ.

- Được sự chấp thuận của bộ mẹ sau khi được giải thích, và đọc tờ rơi giới thiệu về ý nghĩa, lợi ích của xét nghiệm tầm soát này.

- Các thông tin và các yếu tố nghiên cứu được ghi chép đầy đủ trong hồ sơ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trẻ non tháng

- Không đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

- Gia đình từ chối tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Địa điểm nghiên cứu. Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang

2.3. Biến số: Tuổi mẹ, trình độ học vấn, nghề nghiệp, địa dư, số lần mang thai, chiều cao, cân nặng, tuổi thai, ước tính trọng lượng thai trước đẻ, cách chuyển dạ, trọng lượng của trẻ, kết quả men G6PD, kết quả suy giáp bẩm sinh, tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, bệnh Phenylketone niệu, Rối loạn chuyển hóa đường Galactose.

*Quy trình

Lấy máu gót chân: Trẻ sẽ được lấy 2 giọt máu ở gót chân cho vào giấy thấm, để khô, sau đó mẫu máu sẽ được gửi tới trung tâm tiến hành xét nghiệm. Sau 24 -72 giờ sẽ có kết quả. Với trẻ

sinh đủ tháng và cân nặng sẽ được lấy máu trong vòng 48 giờ sau sinh

*Giá trị xét nghiệm

Tên xét nghiệm	Trị số bình thường	Đơn vị
Bệnh Phenylketone niệu (PKU)	< 2,1	mg/dl
Bệnh thiếu men G6PD	> 2,6	U/gHb
Suy giáp trạng bẩm sinh (CH)	< 18.0	µU/ml
Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh (CAH)	<30,3	ng/mL
Rối loạn chuyển hóa đường Galactose (GALT)	>3,5	U/gHb



Hình 1: Lấy máu gót chân trẻ sơ sinh

- Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, tại phòng lưu trữ hồ sơ của bệnh viện theo bộ phiếu thu thập thông tin đối tượng nghiên cứu,

- Phương pháp xử lý số liệu.

Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS16.0

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Không vi phạm đạo đức nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả sàng lọc. Trong tổng số 1020 trẻ sơ sinh được lấy máu gót chân để sàng lọc các bệnh lý bẩm sinh chúng tôi nhận thấy có 26 trường hợp trẻ có kết quả dương tính (nguy cơ cao) với ít nhất một bệnh lý trong nhóm 5 bệnh lý được làm xét nghiệm.

Tên xét nghiệm	n làm xét nghiệm	Dương tính	Tỷ lệ
Bệnh Phenylketone niệu(PKU)	1020	0	0
Bệnh thiếu men G6PD	1020	25	25/1020
Suy giáp trạng bẩm sinh(CH)	1020	1	1/1020
Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh(CAH)	1020	0	0

Rối loạn chuyển hóa đường Galactose (GALT)	1020	0	0
Tổng	1020	26	26/1020

Nhận xét: - Tỷ lệ nguy cơ cao với thiếu men G6PD là 2,45%,

- Bệnh suy giáp bẩm sinh 0,098%

Không phát hiện trường hợp nào dương tính với bệnh Phenylketone niệu (PKU), tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh và bệnh rối loạn chuyển hóa đường Galactose.

3.2. Một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu có kết quả dương tính

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Nam	20	76,9
	Nữ	6	23,1
Dân tộc	Kinh	21	80,7
	Khác	5	19,3
Địa dư	Nông thôn	10	38,5
	Thành thị	16	61,5
Con đầu, con thứ	Con đầu	18	69,2
	Con thứ	8	30,8
Phương pháp sinh	Đẻ đường âm đạo	14	53,8
	Mổ lấy thai	12	46,1
Cân nặng (gr)	< 2500gr	4	15,3
	≥2500	22	84,6

Nhận xét: - Tỷ lệ giới tính nam dương tính với kết quả sàng lọc 76,9%

- Dân tộc kinh 80,7%, Thành thị: 61,5%

- Đẻ đường âm đạo: 53,8%, Cân nặng ≥2500: 84,6%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả sàng lọc. Tổng số có 26 trường hợp sàng lọc cho kết quả dương tính (nguy cơ cao) với 1 trong 5 bệnh lý được sàng lọc. Trong đó số trẻ có nguy cơ cao với bệnh lý thiếu men G6PD là nhiều nhất. Có 1 trường hợp có nguy cơ cao với suy giáp trạng bẩm sinh. Không có trường hợp nào dương tính với bệnh Phenylketone niệu (PKU), bệnh tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, và bệnh rối loạn chuyển hóa đường Galactose.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng giống như một số nghiên cứu trước đó về tỷ lệ các bệnh lý sơ sinh mang tính di truyền này.

Trẻ mắc bệnh rối loạn nội tiết hoặc chuyển hóa bẩm sinh nếu không được chữa trị kịp thời thường có nguy cơ cao bị thiếu năng trí tuệ, kém phát triển. Tuy nhiên, những bệnh lý này thường chưa bộc lộ rõ ràng ở trẻ sơ sinh nên rất khó phát hiện và chẩn đoán. Cho đến khi trẻ bắt đầu có những dấu hiệu lâm sàng thì đã được xem là

giai đoạn muộn để chữa trị, hầu hết không còn khả năng hồi phục hoàn toàn.

Sàng lọc sơ sinh thông qua xét nghiệm lấy máu gót chân sẽ giúp trẻ phát hiện và được chữa trị sớm một số bệnh lý rối loạn nội tiết hoặc chuyển hóa bẩm sinh, nhờ đó mà tỷ lệ khỏi bệnh lên đến 95%, trẻ có thể phát triển khỏe mạnh và bình thường. Những bệnh lý có thể được phát hiện sớm thông qua lấy máu gót chân điển hình có thể kể đến như:

- Thiếu men G6PD: Thiếu men G6PD là dạng bệnh lý di truyền dẫn đến vàng da. Tình trạng này kéo dài sẽ tăng nguy cơ mắc bệnh lý về não. Nhiều trường hợp thiếu men này nhưng giai đoạn sơ sinh không bị vàng da thì thời gian sau đó sẽ bùng phát bệnh, khó thoát khỏi nguy cơ tử vong.

- Suy giáp bẩm sinh: Tỷ lệ mắc suy giáp trạng bẩm sinh khoảng 1/2500-1/3000[8]. Tuyến giáp nằm phía trước cổ, là tuyến nội tiết có vai trò điều hòa sự phát triển của các cơ quan, thúc đẩy sự hoạt động và trưởng thành của mọi tế bào. Nếu bị suy giáp bẩm sinh thì ở giai đoạn sơ sinh tuyến giáp sẽ không sản xuất đủ hormone và trẻ dễ bị đần độn về trí tuệ.

- Tăng tuyến thượng thận bẩm sinh: Đây cũng là bệnh lý di truyền nhưng có tỷ lệ hiếm khoảng 1/10000[4]. Bệnh khiến cho tuyến thượng thận không thể sản xuất hormone cortisol và aldosterone theo đúng nhu cầu bình thường của trẻ. Hệ lụy của điều ấy là bộ phận sinh dục của bé gái bắt đầu phát triển theo hướng nam tính.

Thống kê của ngành y tế cho thấy, mỗi năm Việt Nam có khoảng gần 1,5 triệu trẻ em mới được sinh ra. Đáng lưu ý, mỗi năm có khoảng 1.400-1.800 trẻ bị mắc bệnh Down, khoảng 250-250 trẻ mắc hội chứng Edwards, có 1.000-1.500 trẻ bị dị tật ống thần kinh, 300-400 trẻ bị suy giáp bẩm sinh, đặc biệt có khoảng 15.000-30.000 trẻ bị thiếu men G6PD, có khoảng 2.200 trẻ bị bệnh tan máu bẩm sinh [5]

Rối loạn chuyển hóa đường galactose kinh điển xảy ra 1 trong 30.000 đến 60.000 trẻ sơ sinh. Rối loạn chuyển hóa đường galactose loại II và loại III ít phổ biến; loại II có thể ảnh hưởng ít hơn 1 trong 100.000 trẻ sơ sinh và loại III dường như là rất hiếm.[5]

Tại Bệnh viện phụ sản Trung ương thực hiện 106.625 ca. Số trẻ sơ sinh được phát hiện bị mắc chứng thiếu men G6PD là 3.862 trẻ[1]. Số trẻ được phát hiện bị mắc bệnh suy giáp trạng bẩm sinh là 29 trẻ.

Hiện nay tỷ lệ trẻ sơ sinh được tiến hành lấy máu gót chân làm xét nghiệm là không cao

nhưng đang có xu hướng tăng lên ở các bệnh viên tuyến tỉnh và Trung ương. Về cơ bản có thể giải thích sơ bộ như sau: do sự thiếu hiểu biết về y tế của các bậc phụ huynh, một số bà mẹ lo sợ sẽ gây tổn thương cho trẻ khi mới sinh ra đã phải đi lấy máu làm xét nghiệm; sự bảo thủ và không chấp nhận sự tiến bộ của khoa học và cho rằng đó là sự lãng phí tiền bạc;...vv.

Ở nước ta hiện nay, việc kiểm soát các bệnh ở trẻ nhỏ thông qua xét nghiệm y tế lấy máu ở gót trẻ sơ sinh là vô cùng cần thiết. Ngày nay, môi trường, không khí ngày càng ô nhiễm dẫn đến ngày càng có nhiều căn bệnh lạ xuất hiện, việc chúng ta phát hiện ra bệnh tật sớm ở trẻ từ đó sẽ có hướng điều trị sớm giúp trẻ có thể khắc phục được tình trạng sức khỏe và phát triển bình thường. Nhiều bà mẹ cho rằng nhìn bề ngoài đứa trẻ có thể phần nào dự đoán được trẻ có sức khỏe bình thường hay không? Điều này hoàn toàn sai lầm, có những bệnh lý chúng ta không thể biết được bằng việc nhìn mắt thường. Khoa học Y khoa phát triển là để bảo vệ con người, là để đem lại cho các bé những điều mà mấy mươi năm trước thế hệ chúng ta khát khao có được.

Vì vậy các bệnh viện các tuyến cần tư vấn và giải thích những lợi ích của việc sàng lọc sơ sinh nhằm nâng cao tỷ lệ người dân chấp nhận làm xét nghiệm sàng lọc cho trẻ sơ sinh, có như vậy mới đảm bảo phát hiện sớm những trẻ sơ sinh mang bệnh lý bẩm sinh di truyền.

3.2. Một số đặc điểm trẻ sơ sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 26 trường hợp dương tính với một trong những bệnh lý khi được sàng lọc bằng lấy máu gót chân thì có 25 trường hợp là nguy cơ cao với thiếu men G6PD, 1 dương tính với suy giáp trạng bẩm sinh.

Số trẻ nam thiếu G6PD cao hơn nhiều so với trẻ sơ sinh nữ (nam 20, nữ 5). Điều này phù hợp với lý thuyết vì bệnh di truyền liên kết NST giới tính X. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của Lê Vũ Chương[3],

Trong lô nghiên cứu có tới 80,7% trẻ sơ sinh là dân tộc Kinh, nhiều hơn các dân tộc khác, điều này cũng dễ hiểu vì đa số các sản phụ sau đẻ chấp nhận làm sàng lọc cho con là ở khu vực thành thị, có điều kiện kinh tế dễ dàng chấp nhận làm xét nghiệm hơn. Trong tổng số 25 trẻ sơ sinh xét nghiệm dương tính với thiếu men G6PD trẻ sinh thường 53,8%.

Thiếu men G6PD có thể gặp ở con đầu cũng như con thứ vì nhiễm sắc thể X bị đột biến gen gây thiếu G6PD đã tồn tại ở cha mẹ sơ sinh từ trước. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự với tác giả Lê Vũ Chương[3]

Tuổi thai trẻ sơ sinh được sàng lọc trong nghiên cứu này là trẻ sơ sinh đủ tháng, chỉ có 15,3% trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500gr, còn 84,6% trẻ sơ sinh có cân nặng ≥ 2500gr, điều này cho thấy, việc dương tính với thiếu men G6PD không phụ thuộc tuổi thai và tình trạng cân nặng của trẻ sơ sinh, bất kỳ tuổi nào của bố mẹ đều có khả năng sinh con ra mắc bệnh thiếu men G6PD vì đây là một bệnh di truyền gen đột biến đã có sẵn trên NST X, di truyền từ các thế hệ trước. Một số tác giả cho rằng việc thiếu men G6PD có liên quan tới vùng miền, phụ thuộc theo nhóm dân tộc[6]. Tuy nhiên theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ dương tính với thiếu men G6PD chưa có nhiều sự khác biệt giữa nhóm dân tộc và vùng miền.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ dương tính với bệnh lý qua sàng lọc bằng xét nghiệm máu gót chân

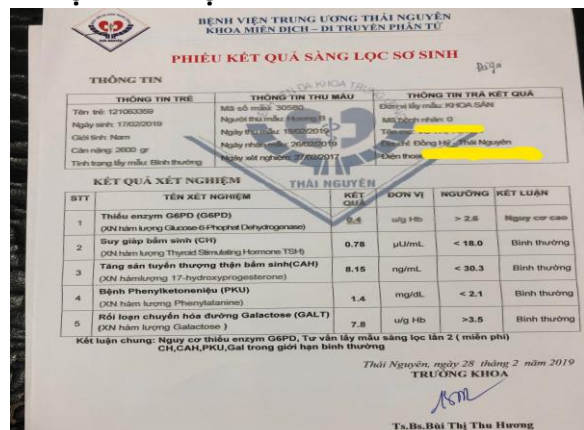
- Tỷ lệ dương tính với thiếu men G6PD: 25/1020
- 1/1020 trường hợp dương tính với suy giáp trạng bẩm sinh

- Không phát hiện trường hợp nào dương tính với bệnh Phenylketone niệu(PKU), suy tuyến thượng thận bẩm sinh và bệnh rối loạn chuyển hóa đường Galactose.

2. Một vài đặc điểm liên quan tới trẻ sơ sinh có xét nghiệm sàng lọc dương tính

- Gặp nhiều ở trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ. Nam chiếm 76,9% vì bệnh thiếu men G6PD gặp chủ yếu ở trẻ nam.
- Tỷ lệ thành thị 61,5%
- Dân tộc kinh 80,7%
- Đẻ đường âm đạo: 53,8%
- Cân nặng chủ yếu ≥ 2500gr: 84,6%

VÍ DỤ MINH HỌA



Hình 2: Sản phụ Vũ Thị H. sinh thường 17/2/2019. Trẻ nam nặng 2600gr. Kết quả sàng lọc: Nguy cơ thiếu enzym G6PD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. GS TS Nguyễn Đức Vy**, Mô hình dị tật bẩm sinh và giá trị chẩn đoán sớm thai dị dạng bằng siêu âm tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Báo cáo khoa học tại Hội thảo Quốc gia định hướng nâng cao chất lượng Dân số Việt Nam 2006-2010. Hà Nội tháng 8/2006.
- 2. Trần Thị Trung Chiến**. Một số yếu tố liên quan đến CLDS Việt Nam cuối thế kỷ XX. Hà Nội 2005
- 3. Lê Vũ Chương(2009)**, Đặc điểm dịch tễ học thiếu men G6PD ở trẻ sơ sinh được sinh ra tại tỉnh Ninh Thuận. Tạp chí y học thực hành. Năm 2009. Tập 13
- 4. Ngô Thị Thu Hương, Trần Văn Khánh(2013)**. "Chẩn đoán trước sinh bệnh tăng sản thượng thận bẩm sinh thể thiếu 21- Hydroxylase", Tạp chí Nghiên cứu Y học 82(2)-tr 195-197.
- 5. Nguyễn Thu Nhạn, Phạm Bá Nhất(2003)** "Đánh giá kết quả sàng lọc Bệnh suy giáp trạng bẩm sinh ngay sau đẻ tại Hà Nội từ năm 2000-2003", Tạp chí nghiên cứu Y học số 26(6)- 2003, Tr 152-153.
- 6. Tạ Thị Tĩnh, Lê Minh Đạo(2009)**, Điều tra tỷ lệ thiếu hụt glucose 6 phosphate Dehydrogenase hồng cầu ở một số dân tộc sống trong vùng sốt rét lưu hành tại miền Bắc, Việt Nam. Kỳ yế công trình nghiên cứu khoa học. Viện Sốt rét- Ký sinh trùng- Côn trùng Trung ương, Tập I, tr 203-209.
- 7. American Academy of Pediatrics Section on Endocrinology and Committee on Genetics, and America Thyroid Association Committee on Public health**. Newborn screening for Congenital Hypothyroidism: Recommended Guidelines. Pediatrics 1993; 91(6): 1203- 1209
- 8. Amar HSS**. Congenital Hypothyroidism Screening in South East Asia, J Pediatrics, Obstetrics and Gynecology J/Feb 1997, 1-6.

BIẾN CHỨNG CỦA ĐIỀU TRỊ VIÊM NỘI NHÃN NỘI SINH DO VI KHUẨN BẰNG PHẪU THUẬT CẮT DỊCH KÍNH BƠM DẦU SILICONE NỘI NHÃN

Đỗ Tấn¹, Nguyễn Minh Phú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và biến chứng của phẫu thuật cắt dịch kính (CDK) kết hợp bơm dầu silicone nội nhãn điều trị viêm mủ nội nhãn nội sinh do vi khuẩn (VMNNSVK); **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng theo dõi dọc trên 110 bệnh nhân VMNNSVK tại bệnh viện mắt Trung Ương có chỉ định phẫu thuật trong 2 năm 2012-2013; **Kết Quả:** Tỷ lệ thành công chung đạt 41,8%, thành công chức năng đạt 51% sau 12 tháng theo dõi. Biến chứng cơ bản trong mổ là chạm thể thủy tinh và rách võng mạc. Biến chứng sau mổ nặng chủ yếu là bong võng mạc do rách và do cơ kéo. Tỷ lệ teo nhãn cầu chiếm 35,5% sau 12 tháng theo dõi; **Kết luận:** Phẫu thuật CDK kết hợp bơm dầu silicone nội nhãn cải thiện kết quả chức năng điều trị phẫu thuật VMNNSVK, tuy nhiên các biến chứng nặng vẫn xảy ra như bong võng mạc và teo nhãn cầu.

SUMMARY

COMPLICATIONS OF VITRECTOMY WITH SILICONE OIL TAMPONADE FOR BACTERIAL ENDOGENOUS ENDOPTHALMITIS

Objective: To evaluate the effectiveness and complications of vitrectomy with silicone tamponade for bacterial endogenous endophthalmitis (BEE); **Patients and Methods:** Longitudinal clinical interventional study on 110 BEE patients who had been treated at

Vietnam National Institute of Ophthalmology over 2 years of 2012 and 2013; **Results:** General success rate of 41,8%, functional success rate of 51% were achieved after 12 months of follow-up. Intra-operative complications were mainly lens touch and iatrogenous retinal breaks. Severe post-operative complications comprised rhematogenous and tractional retinal detachment. The rate of phthisis bulbi was 35,5% after 12 months of follow-up; **Conclusion:** Vitrectomy with silicone oil tamponade improved the outcome of surgical treatment for BEE. However, severe complications still happened including retinal detachment and phthisis bulbi.

Key words: BEE, viterectomy, silicone oile temponade

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mủ nội nhãn nội sinh do vi khuẩn (VMNNSVK) là một bệnh lý viêm nhiễm nặng nề ở các mô và dịch nội nhãn, do sự xâm nhập của vi khuẩn từ cơ quan khác qua đường máu đến mắt, có thể gây tổn hại lớn về chức năng thị giác thậm chí có thể phải bỏ nhãn cầu. Điều trị cần có kháng sinh toàn thân theo đường tĩnh mạch chủ yếu để điều trị ổ nhiễm trùng nguyên phát và nhiễm trùng huyết kết hợp với điều trị tại mắt gồm điều trị nội khoa (kháng sinh, steroid tại chỗ) và cắt dịch kính. Cắt dịch kính giúp loại bỏ tác nhân gây bệnh và độc tố đồng thời giúp thuốc kháng sinh, chống viêm khuếch tán tốt hơn nhưng có thể gây chảy máu, cơ kéo đụng chạm gây đứt rách, bong võng mạc bản thân vốn đã rất mỏng, mỏng. Đây cũng chính là biến chứng rất nặng nề, gây tổn hại chức năng nhiều nhất ở các mắt đã được điều trị nhiễm trùng thành công.

*Bệnh Viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn

Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 27.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2019

Ngày duyệt bài: 6.11.2019

Khi nghiên cứu về dầu silicone trên môi trường nuôi cấy thực nghiệm, Ozadamar (1999) nhận thấy dầu có tác dụng diệt khuẩn như kháng sinh[1]. Ứng dụng kết quả này trên thực tế, Azad (2003) và Kaynak (2003) tiến hành các thử nghiệm lâm sàng so sánh cắt dịch kính và cắt dịch kính kết hợp bơm dầu silicone trong điều trị VMNN [2] [3] và thông báo kết quả tốt về cả giải phẫu và chức năng thị giác. Hàng năm có hàng trăm bệnh nhân VMNNNSVK thuộc nhiều lứa tuổi khác nhau đến khám và điều trị tại Bệnh Viện Mắt Trung Ương và nhiều bệnh nhân trong số đó đã được điều trị bằng phẫu thuật cắt dịch kính kết hợp bơm dầu silicone nội nhãn. Mặc dù kết quả đạt được là đáng khích lệ (kết quả thành công chức năng là 51%), nhiều biến chứng vẫn xảy ra trong đó có các biến chứng nặng như bong võng mạc, teo nhãn cầu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này được tiến hành trên bệnh nhân VMNNNSVK có chỉ định điều trị bằng phẫu thuật cắt dịch kính kết hợp bơm dầu nội nhãn tại Bệnh Viện Mắt Trung Ương trong 2 năm 2012 và 2013.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là VMNNNS, thị lực từ 20/200 đến sáng tối (+).
- Tình trạng bệnh nặng ngay ở lần khám đầu tiên (mắt hết ánh hồng đồng tử, thị lực chỉ còn sáng tối; trên siêu âm thấy dịch kính vẫn đục dày đặc) hoặc bệnh không đáp ứng với điều trị nội khoa qua 24 – 36 giờ đầu.
- Chọc hút dịch tiền phòng và/hoặc dịch kính tìm thấy vi khuẩn khi soi tươi, soi trực tiếp và/hoặc trên PCR.
- Không có tiền sử sang chấn, phẫu thuật mắt trước đó.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắt đã mất chức năng.
- Mắt đã có bong võng mạc hoặc bong hắc mạc.
- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu. Bệnh nhân khi được đưa vào nghiên cứu đều được thăm khám nhãn khoa và toàn thân toàn diện nhằm đánh giá tình trạng tại mắt, nguy cơ toàn thân và hướng đến cơ chế bệnh sinh. Các xét nghiệm vi sinh dịch nội nhãn gồm 2 loại: vi sinh tế bào (gồm soi tươi, nhuộm soi và nuôi cấy) và vi sinh phân tử (tách chiết AND, chạy PCR vi khuẩn và giải trình tự định danh). Phẫu thuật cắt dịch kính + bơm dầu silicone nội nhãn được tiến hành dưới trợ giúp của hệ thống camera nội nhãn do sự phù hợp của các môi trường trong suốt. Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị kháng sinh, chống viêm tại chỗ và toàn thân theo qui trình chuẩn.

Theo dõi sau mổ: Ghi nhận các tai biến trong lúc phẫu thuật và trong thời gian nằm viện. Trong thời gian nằm viện: Sau mổ bệnh nhân sẽ được thăm khám hàng ngày. Điều trị bổ xung được tiến hành tùy thuộc vào tiến triển của bệnh. Nếu xuất hiện bong võng mạc ngay sau mổ thì cũng có thể phải mổ lại.

Sau khi ra viện: Bệnh nhân được hẹn khám lại sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 9 tháng. Tại các thời điểm này bệnh nhân sẽ được đánh giá tình trạng thị lực, độ trong suốt của môi trường và ghi nhận biến chứng như màng trước võng mạc, đục bao sau TTT, rách võng mạc, bong võng mạc, teo nhãn cầu, bỏ nhãn cầu và các biến chứng khác. Các biện pháp xử lý phù hợp sẽ được tiến hành để cải thiện thị lực. Dầu silicone được lấy ra sau khoảng 3 tháng sau phẫu thuật khi mắt đã yên hoàn toàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

110 bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu và đã hoàn thành các thời điểm theo dõi.

Bảng 1: Tỷ lệ thành công tại các thời điểm

	Thành công chức năng	Thành công giải phẫu	Thành công toàn bộ
3 tháng (n=110)	34,8%	33,6%	18,2%
9 tháng (n=110)	51%	48,2%	41,8%
12 tháng (n=110)	51%	48,2%	41,8%
p		0,046	0,000

Kết quả thị lực tăng có ý nghĩa thống kê sau phẫu thuật, tại thời điểm 9 tháng sau phẫu thuật, thị lực cải thiện tốt hơn so với thời điểm 3 tháng. Ở tháng 12 không có sự khác biệt so với kết quả tháng 9. Có 14 bệnh nhân quá nhỏ, không thử được thị lực. Tương tự như vậy, có sự khác biệt về kết quả giải phẫu sau phẫu thuật tại thời điểm trước điều trị, 3 tháng và 9 tháng ($p < 0,05$). Sau 9 tháng ở mức độ đục DK có tốt hơn có ý nghĩa thống kê với thời điểm 3 tháng ($p = 0,046$), ở tháng 12 không có sự khác biệt so với kết quả tháng 9. Tỷ lệ thành công chung đạt 41,8% sau 12 tháng theo dõi.

Tai biến trong phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp chạm thể thủy tinh trong lúc phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 1/110 (0,9%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rách, bong võng mạc trong mổ là 8,9% (10/110). Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp biến chứng xuất huyết hắc mạc, xuất huyết võng mạc và mạch máu, cũng như không gặp biến chứng hạ nhãn áp trong phẫu thuật.

Biến chứng sau mổ. Đục thể thủy tinh là một trong những biến chứng thường gặp nhất sau mổ cắt dịch kính bơm dầu nội nhãn. Tại các thời điểm theo dõi 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng thì tỷ lệ đục thể thủy tinh lần lượt là 36/110 (32,7%), 58/110 (52,72%), 28/110 (25,5), 10/110 (9,1%), 7/110 (6,4%). Ở các tháng thứ 3, tháng thứ 6 và tháng thứ 9 tỷ lệ đục thể thủy tinh giảm đi là do đã được phẫu thuật lấy thể thủy tinh đục, đặt thể thủy tinh nhân tạo. Tính đến thời điểm theo dõi tháng thứ 9, tổng số bệnh nhân có biến chứng đục thể thủy tinh sau phẫu thuật tính cộng dồn là 71/110 (64,54%).

Tỷ lệ bong võng mạc ngay sau mổ trong thời gian nằm viện chiếm 0,9% (1/110) và bệnh nhân này phải phẫu thuật lại, làm áp võng mạc và bơm dầu nội nhãn để ấn độn trong và ổn định nhãn cầu. Trong thời gian hậu phẫu 1 tháng đầu chỉ có 4 trường hợp xuất hiện bong võng mạc, tuy nhiên tỷ lệ bong võng mạc tăng lên dần theo thời gian theo dõi tại thời điểm 1 tháng 4/110 (3,6%) và sau 3 tháng xuất hiện 17 trường hợp (15,5%) có

bong võng mạc do tăng sinh cơ kéo dưới bóng dầu. Sau khi tháo dầu, tỷ lệ bong võng mạc tăng dần ở thời điểm theo dõi 6 tháng 19/110 (17,3%) và giảm xuống ở thời điểm 9 tháng 11/110 (10%) và 12 tháng 12/110 (10,9%); do số mắt bong võng mạc này bị teo nhãn cầu.

Tăng sinh dịch kính – võng mạc có thể xuất hiện ở tất cả các giai đoạn, có thể kèm bong võng mạc cơ kéo, một số trường hợp tăng sinh dịch kính võng mạc nặng giai đoạn Cp thậm chí không tháo được dầu. Tỷ lệ màng tăng sinh dịch kính võng mạc tăng dần theo các thời điểm theo dõi, lần lượt 1 tháng 1/110 (0,9%), 3 tháng 2/110 (1,8%), 6 tháng 5/110 (4,5%), 9 tháng 7/110 (6,4%) và 12 tháng là 7/110 (6,4%). Tại thời điểm theo dõi 12 tháng sau phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng gây giảm thị lực nặng không hồi phục (xơ teo võng mạc trung tâm, bong võng mạc không còn khả năng hồi phục, teo nhãn cầu, mức nội nhãn, loạn dưỡng giác mạc) là 52,7% (58/110); thì trong 58 bệnh nhân đó có 67,2% (39/58) teo nhãn cầu.

Bảng 2: Các biến chứng sau mổ

Biến chứng	1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng	9 tháng	12 tháng
BVM	3 2,7%	4 3,6%	17 15,5%	19 17,3%	11 10%	12 10,9%
Loạn dưỡng GM	3 2,7%	1 0,9%	2 1,5%	1 0,9%	1 0,9%	2 1,8%
Màng tăng sinh DK-VM	0	1 0,9%	2 1,8%	5 4,5%	7 6,4%	7 6,4%
Đục TTT	36 32,7%	58 52,72%	28 25,5%	10 9,1%	7 6,4%	13 11,8%
Teo nhãn cầu	1 0,9%	7 6,4%	10 9,1%	17 15,5%	38 34,5%	39 35,5%
Biến chứng khác	4 3,6%	12 10,9%	31 28,2%	25 22,7%	12 10,9%	5 4,5%
Tổng	110	110	110	110	110	110

Biến chứng liên quan đến dầu. Các biến chứng hay gặp liên quan đến dầu là dầu ra tiền phòng, tăng nhãn áp, nhuyễn dầu. Trong đó tăng nhãn áp gặp trong tất cả các thời điểm theo dõi sau mổ chiếm tổng số 6/110 (5,5%). Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 2 trường hợp dầu ra tiền phòng đều xuất hiện trên mắt đã được phẫu thuật cắt dịch kính và thể thủy tinh.

Bảng 3: Các biến chứng liên quan đến dầu.

Biến chứng	n	%
Dầu ra tiền phòng	2	1,8%
Tăng nhãn áp	6	5,5%
Nhuyễn dầu	1	0,9%

IV. BÀN LUẬN

Biến chứng trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chạm/đục thể thủy tinh trong

phẫu thuật là 1/110 (0,9%). Tỷ lệ ít gặp là do phẫu thuật viên tuân thủ nghiêm túc nguyên tắc: cắt dịch kính chỉ dừng ở mức ngang lần chia 2 ở lần thứ 3 của mạch máu võng mạc, không đi quá xa ra chu biên (khi đi quá xa ra chu biên các dụng cụ càng tiến gần hơn mặt sau thể thủy tinh, nguy cơ va chạm tăng lên rất nhiều).

Rách võng mạc trong phẫu thuật cắt dịch kính nói chung khoảng 10% (Carter và cộng sự 1990), rách võng mạc hay gặp hơn ở những bệnh nhân còn thể thủy tinh và chưa bong dịch kính sau trước phẫu thuật[4]. Như vậy có thể nói với sự tiến bộ của công nghệ cắt dịch kính (đầu cắt tốc độ cao, hệ thống nội soi nội nhãn) cùng với kinh nghiệm lâm sàng, tỷ lệ rách võng mạc trong nghiên cứu này được hạ xuống ngang bằng với tỷ lệ chung. Nguyên nhân của sự hình

thành rách võng mạc có thể do chạm võng mạc do đầu cắt dịch kính khi cắt sát võng mạc, nhất là ở những mắt có thiếu máu tắc mạch hoại tử lan rộng, võng mạc rất dễ rách, hơn nữa các thao tác được thực hiện trong môi trường đục, quan sát kém do mù nội nhãn, hoặc khi cố gắng hút mù đọng trên võng mạc bằng. Do đó chỉ nên dùng lực hút thụ động với back flute để hút mù còn đọng trên võng mạc, đặc biệt là võng mạc hậu cực. Khi cắt dịch kính chu biên chỉ nên đến mức vị trí mạch máu tách nhánh chia làm 2 ở lần thứ ba. Hơn nữa, để phòng tránh rách võng mạc do co kéo ở vùng nền dịch kính, khi cắt dịch kính sát vùng nền cần chú ý thay đổi thông số máy cắt sao cho tăng tốc độ cắt tối đa (ít nhất trên 1000cpm/phút) và giảm lực hút (khoảng dưới 150mmHg). Đối với những trường hợp đã có rách võng mạc rộng, đứt chân võng mạc nên làm bổ sung đặt đai củng mạc với mục đích làm giảm lực co kéo, giảm nguy cơ tăng sinh dịch kính trước.

Biến chứng sau mổ. Đục thể thủy tinh thường tiến triển ngay trong vòng 1 tháng đầu sau phẫu thuật (58/110). Đến tháng thứ 12 sau phẫu thuật chỉ còn 13 trường hợp đục thể thủy tinh dưới bao sau (chiếm 11,8%) và chỉ có 1 trường hợp đục nhiều gây giảm thị lực nặng. Đây là trường hợp duy nhất do hoàn cảnh kinh tế chưa có điều kiện phẫu thuật thay thủy tinh thể. Khi phẫu thuật đục thể thủy tinh ở bệnh nhân đang có đầu nội nhãn, thường là nhân tương đối mềm, một số trường hợp đục trắng thể thủy tinh khó quan sát ánh đồng tử nên trong lúc xé bao trước cần lưu ý có thể phải dùng đèn nội nhãn chiếu sáng trong buồng dịch kính để có ánh đồng tử, hoặc dùng ánh sáng chiếu lên mặt bao trước để tìm ánh phản chiếu từ bề mặt bao trước. Bên cạnh đó có thể dùng trypan blue để nhuộm bao để quan sát bao trước dễ dàng hơn. Mặt khác thể thủy tinh không còn dựa trên nền dịch kính đặc mà là đầu nội nhãn tương đối "lỏng lẻo" nên tiền phòng khi mổ phaco trên mắt có đầu nội nhãn thường sâu. Do đó cần lưu ý kiểm soát tốt đầu phaco tip cũng như đầu chopper, hook cũng như sử dụng chân pedal chỉnh sinh hiển vi linh hoạt sao cho tập trung vào vi trường mà phẫu thuật viên muốn quan sát.

Phẫu thuật cắt dịch kính trên mắt đang viêm dữ dội có nhiều bất lợi: 1) Các môi trường trong suốt mờ đục dẫn đến quan sát khó khăn, rất dễ làm tổn thương võng mạc; 2) Võng mạc bị hoại tử trở nên mỏng, hóa mù, các lực co kéo trong quá trình phẫu thuật (đặc biệt là ở vùng nền dịch kính nơi có sự kết dính chắc chắn giữa dịch kính –

võng mạc) rất dễ gây rách võng mạc; 3) Quá trình viêm có thể vẫn diễn tiến sau mổ dẫn đến hoại tử ở các vùng võng mạc kém nuôi dưỡng nhất như vùng miệng thắt gây đứt chân võng mạc rộng ngay sau mổ; 4) Tổn hại của thể mi do hoại tử, do ức chế thể mi gây tình trạng nhãn áp thấp sau mổ càng tạo điều kiện thuận lợi cho bong võng mạc xuất hiện. Tất cả các khó khăn nêu trên đều dẫn đến một biến chứng chung đáng sợ sau phẫu thuật ở mắt VMNNNSVK là bong võng mạc phức tạp [5], [6], [7]. Như vậy, có thể hình dung phẫu thuật cắt dịch kính được sử dụng như một con dao 2 lưỡi: một mặt phẫu thuật giúp điều trị khỏi bệnh nhiễm trùng, mặt khác lại tạo điều kiện thuận lợi để bong võng mạc xuất hiện. Để hỗ trợ cho phẫu thuật, dự phòng biến chứng bong võng mạc, chúng tôi đã sử dụng dầu silicone để ấn độn từ phía trong nội nhãn trong giai đoạn sớm 3 tháng sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bong võng mạc ngay sau mổ trong thời gian nằm viện chiếm 0,9% (1/110) và bệnh nhân này phải phẫu thuật lại, làm áp võng mạc dùng dầu nội nhãn để ấn độn trong và ổn định nhãn cầu. Trong số 9 bệnh nhân BVM ở thời điểm 3 tháng phải mổ tháo dầu, đặt đai silicon củng mạc và bơm lại dầu, chỉ có 5 bệnh nhân tháo được dầu ở thời điểm 6 tháng. Ở thời điểm theo dõi cuối cùng 12 tháng, chỉ có 12 bệnh nhân bong võng mạc vì một số bệnh nhân bong võng mạc đã chuyển sang teo nhãn cầu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã góp phần chứng minh được vai trò của dầu silicone trong dự phòng bong võng mạc. Trên y văn, tỷ lệ bong võng mạc sau phẫu thuật cắt dịch kính điều trị VMNN khá cao chiếm khoảng 33% (EVS – 1995; Azad - 2003) [2],[5]. Trong số các trường hợp bong võng mạc này, sau khi được mổ lại và bơm dầu thì có đến 75% xuất hiện bong tái phát dưới dầu hoặc bong tái phát sau khi tháo dầu [5],[7]. Gần đây, cùng với tiến bộ của công nghệ: máy cắt dịch kính tốc độ cao, dụng cụ có đường kính nhỏ, phương tiện giúp quan sát trong phẫu thuật như hệ thống góc nhìn rộng, hệ thống nội soi nội nhãn, phẫu thuật cắt dịch kính được tiến hành triệt để hơn và tỷ lệ biến chứng giảm đi, tuy vẫn còn ở mức độ cao.

Trong số 58 trường hợp thất bại về mặt chức năng (chiếm 52,7%) có đến hơn 1/2 là do teo nhãn cầu (39/58 – chiếm 67,2%), các trường hợp còn lại cũng là các di chứng liên quan đến tình trạng tăng sinh dịch kính – võng mạc nặng sau viêm và nhiễm trùng như màng xơ hậu cực, bong võng mạc không còn khả năng phẫu thuật (do cả rách và co kéo dưới dầu). Tỷ lệ biến

chứng nặng này so với nghiên cứu trước đây cao hơn; có ý nghĩa thống kê $p < 0,01$ (52,7% so với 21,4% - Đỗ Tấn 2012 [8]), theo chúng tôi là do nguyên nhân sau: loạt bệnh nhân lần này lấy bệnh nhân ở tất cả các độ tuổi trong đó có 18 bệnh nhân dưới 5 tuổi. 12/18 bệnh nhân này kết thúc bằng teo nhãn cầu. Chính điều này làm giảm tỷ lệ thành công chung của cả nghiên cứu so với nghiên cứu trước (chỉ lựa chọn bệnh nhân trên 5 tuổi). Điều trị VMNNSVK ở trẻ nhỏ đặc biệt khó khăn do các lý do sau đây: 1) Trẻ thường chưa biết nói, bố mẹ lại ít chú ý, do vậy thường đến khám và điều trị rất muộn khi hắc võng mạc đã hoại tử quá nhiều dẫn đến kết quả điều trị kém; 2) Quá trình theo dõi và điều trị hậu phẫu gặp khó khăn do yêu cầu phải khám dưới gây mê toàn thân do vậy các điều trị bổ xung như laser, đai độn củng mạc thường không kịp thời; 3) Phản ứng tăng sinh xơ co kéo xuất hiện rất dữ dội ở trẻ nhỏ, làm nặng thêm bệnh cảnh tăng sinh dịch kính-võng mạc ở giai đoạn mạn tính; 4) Các điều trị chỉnh quang, chỉnh thị ở giai đoạn ổn định gặp khó khăn do điều kiện kinh tế, theo dõi của bệnh nhân dẫn đến sự phục hồi chức năng thị giác không cao.

Các biến chứng liên quan đến dầu. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 2 trường hợp dầu ra tiền phòng đều xuất hiện trên mắt đã được phẫu thuật cắt dịch kính và thể thủy tinh, tuy nhiên đều không có tăng nhãn áp kèm theo (dầu không chiếm toàn bộ tiền phòng và lỗ cắt mống mắt chu biên được mở lại bằng laser). Trong số 2 trường hợp có 1 mắt sau khi tháo dầu sớm hơn dự định, khi tình trạng võng mạc ở phía sau đã ổn định, kết hợp treo IOL thì hai và thị lực đều hồi phục khá tốt, giác mạc trong. Mắt còn lại bị teo nhãn cầu, do tiên lượng chức năng quá kém nên không có chỉ định can thiệp phẫu thuật thêm.

Tăng nhãn áp xuất hiện ở tất cả các thời điểm theo dõi, chiếm tổng số 6/110 (5,5%). Tăng nhãn áp được phát hiện ngay từ tuần thứ nhất sau mổ, có thể là do nghẽn đồng tử do bóng dầu (lỗ cắt mống mắt chu biên ở vị trí 6 giờ bị tắc do xuất tiết). Bệnh nhân đã được laser mở lại lỗ cắt mống mắt ở dưới và dùng thuốc tra hạ nhãn áp bổ sung (Timolol 0,5% x 2 lần/ngày). Nhãn áp sau đó ổn định nhưng vẫn phải sử dụng thuốc tra hạ nhãn áp (ngay cả sau khi đã được tháo dầu và treo IOL thì II) cho đến thời điểm 12 tháng sau mổ. Tại thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật có 3 trường hợp tăng nhãn áp (2,7%) có lẽ do vùng bè đã xơ hóa sau quá trình viêm mạn tính kéo dài. Các trường hợp này nhãn áp đều điều chỉnh bằng thuốc tra, không cần phải can thiệp phẫu thuật

Trong số 9 bệnh nhân không tháo được dầu tại thời điểm theo dõi cuối cùng do nguy cơ bong võng mạc (đều do tăng sinh dịch kính võng mạc nặng dưới dầu, nếu tháo dầu sẽ gây bong võng mạc tái phát và teo nhãn cầu) có 8 bệnh nhân bóng dầu vẫn duy trì ở tình trạng tốt, không có biểu hiện nhuyễn hóa. Trường hợp duy nhất xuất hiện nhuyễn hóa dầu là 1 bệnh nhân nam 26 tuổi. Bệnh nhân này xuất hiện nhuyễn hóa dầu khá sớm sau phẫu thuật ngay tại thời điểm 1,5 tháng sau mổ và được tháo dầu sớm sau đó 1 tuần. Sau khi tháo dầu an toàn kết hợp lấy thể thủy tinh đục và đặt IOL, thị lực hồi phục không nhiều do có biểu hiện thoái hóa võng mạc tỏa lan, thể hiện trên lâm sàng và trên sự suy giảm trầm trọng của điện võng mạc.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt dịch kính bơm dầu silicone nội nhãn là một tiến bộ rõ rệt trong điều trị VMNNSVK. Tuy nhiên, do bệnh cảnh nặng nề, các biến chứng vẫn có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật. Tai biến trong khi phẫu thuật chủ yếu là chạm thể thủy tinh hoặc chạm rách võng mạc xuất hiện ít nhờ tuân thủ chặt các nguyên tắc phẫu thuật và tiến bộ công nghệ camera nội nhãn. Biến chứng sau phẫu thuật nặng chủ yếu là bong võng mạc và các biến chứng liên quan đến quá trình tăng sinh dịch kính võng mạc. Với sự hỗ trợ điều trị của dầu silicone, biến chứng bong võng mạc sớm, và bong võng mạc nói chung tại thời điểm theo dõi cuối cùng đã được giảm thiểu đáng kể (12/110 – 10,9% so với tỷ lệ chung là 33% của EVS). Các biến chứng liên quan trực tiếp đến dầu như tăng nhãn áp, bệnh lý giác mạc (do dầu ra tiền phòng), nhuyễn hoá dautương đối ít gặp và đều được xử lý kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ozadamar A et al. (1999), "In vitro antimicrobial activity of silicone oil against endophthalmitis-causing agents", *Retina*. 1999(19), pp. 122–126.
2. Azad R. et al (2003), "Pars plana vitrectomy with and without silicone oil tamponade in post-traumatic endophthalmitis", *Graefe's Arch Clin Exp Ophthalmol* 2003(241), pp. 478–483.
3. Kaynak Suleymen et al (2003), "Surgical management of postoperative endophthalmitis: comparison of 2 techniques", *J Cataract Refract Surg* 2003(29), pp. 966–969.
4. Carter JB¹, Michels RG, Glaser BM, De Bustros S 1990 Iatrogenic retinal breaks complicating pars plana vitrectomy, *Ophthalmology*. Jul;97(7):848-53; discussion 854
5. Doft Bernard M. , Kelsey Sheryl F. and Wisniewski Stephen R. (2000), "Retinal detachment in the Endophthalmitis Vitrectomy Study", *Arch Ophthalmol*. . 2000(118), pp. 1661-1665.

6. **Endophthalmitis Vitrectomy Study Group (1995)**, "Results of the Endophthalmitis Vitrectomy Study", *Arch Ophthalmol.* 1995(113), pp. 1479-1496.
7. **Jackson Timothy L. et al (2003)**, "Endogenous bacterial endophthalmitis: a 17-year prospective study and review of 267 reported cases", *Surv Ophthalmol* 2003(48), pp. 403-423.
8. **Tan Do, Do N Hon, Tin Aung, Nguyen DTN Hien, and Claude L Cowan, Jr, (2014)**, Bacterial endogenous endophthalmitis in Vietnam: a randomized controlled trial comparing vitrectomy with silicone oil versus vitrectomy alone. *Clin Ophthalmol.* 2014; 8: 1633-1640.

THỰC TRẠNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN NHÀ TIÊU HỢP VỆ SINH CỦA HỘ GIA ĐÌNH NÔNG THÔN TẠI TỈNH HOÀ BÌNH NĂM 2014

Dương Chí Nam¹, Phạm Ngọc Châu², Trần Đắc Phú¹,
Phạm Đức Minh², Trần Thị Bích Hợp³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại các hộ gia đình thuộc 9 xã của 2 huyện Kim Bôi và Mai Châu tỉnh Hòa Bình năm 2014 nhằm xác định tỷ lệ hộ gia đình tiếp cận nhà tiêu, tỷ lệ có nhà tiêu sử dụng riêng, chất lượng vệ sinh nhà tiêu và các yếu tố kinh tế, xã hội liên quan tới thực trạng bao phủ nhà tiêu. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang, phương pháp mô tả có phân tích, cỡ mẫu theo công thức tham chiếu 1 tỷ lệ, cỡ mẫu 801 hộ gia đình (HGD), thu thập số liệu được áp dụng là quan sát theo bảng kiểm và phỏng vấn đại diện hộ gia đình. **Kết quả nghiên cứu:** cho thấy 87,5% HGD có nhà tiêu riêng, 12,5% HGD chưa có nhà tiêu; tỷ lệ chung bao phủ nhà tiêu hợp vệ sinh (HVS) tại cộng đồng 21,8% trong số các HGD có nhà tiêu. Các rào cản tới tiếp cận và sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh là điều kiện kinh tế và đặc điểm dân tộc, và địa phương. **Kết luận:** Tỷ lệ bao phủ nhà tiêu HVS tại cộng đồng thấp 21,8%, nhà tiêu tự hoại chiếm ưu thế, yếu tố nghề nghiệp, kinh tế và dân tộc là rào cản tiếp cận sử dụng nhà tiêu HVS.

Từ khóa: nhà tiêu hộ gia đình, nhà tiêu hợp vệ sinh, Hoà Bình 2014

SUMMARY

CURRENT SITUATION AND FACTORS RELATED TO HYGENIC LATRINE OF RURAL HOUSEHOLDS IN HOA BINH PROVINCE IN 2014

Introduction: A cross-sectional study were carried out at households in 9 communes of 2 districts Kim Bôi and Mai Chau in Hoa Binh province in 2014 to determine the proportion of households having access to latrines and the proportion of households having own private latrines, The amount of hygienic latrine and the social and economic factors related to the situation of latrine coverage. **Methodology:** analytical

cross-sectional study, method with analysis, sample size according to 1-ratio reference formula, 801 sample household size, data collection applied were observed in the checklist and interview household representatives. **Results:** The result showed that 87,5% of households had their own latrines, 12,5% of households have no toilet; overall rate of hygienic latrines in the community was 21,8%, the proportion of hygienic latrines among households with latrines was. Barriers to access and use of hygienic latrines were economic conditions and ethnicity and local characteristics. **Conclusion:** The percentage of hygienic latrine coverage in the community was low 21,8%, septic latrines predominate, jobs, economic and ethnicity factors were barriers of accessing to using own latrines.

Key words: household latrine, hygienic latrine, Hoa Binh province, 2014

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo điều tra quốc gia năm 2007, tỷ lệ bao phủ nhà tiêu tại cộng đồng nông thôn thấp, chất lượng vệ sinh nhà tiêu chưa tốt, tỷ lệ hộ gia đình (HGD) nông thôn có nhà tiêu hợp vệ sinh (HVS) theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế chỉ mới đạt mức chung là 18%, và phân tích theo tiêu chí đạt tiêu chuẩn về xây dựng là 22,5% và đạt về tiêu chuẩn sử dụng bảo quản là 22,2%. Kết quả từ cuộc điều tra này còn cho thấy, có tới 40,9% số HGD ở khu vực bắc Trung bộ còn sử dụng phân người cho sản xuất nông nghiệp, trong đó 1,8% sử dụng phân chưa qua xử lý và 64,5% sử dụng phân ủ không đủ thời gian 6 tháng.

Báo cáo của Bộ Y tế năm 2014 cho thấy tỷ lệ HGD nông thôn chưa có nhà tiêu là 10%, các HGD tuy đã có nhà tiêu thì tỷ lệ nhà tiêu hợp vệ sinh còn rất thấp. Ước tính khoảng 20 triệu người dân nông thôn chưa tiếp cận được với nhà tiêu HVS. Tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu sử dụng riêng HVS tính trên toàn quốc là 60%. Tỷ lệ này phân bố không đồng đều giữa các vùng sinh thái. Trong báo cáo này Hòa Bình là một trong 10 tỉnh mà hộ gia đình có tỷ lệ nhà tiêu HVS ở

¹Cục Quản lý môi trường y tế - BYT

²Học viện Quân y

³Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Dương Chí Nam

Email: cucytdp@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

mức dưới 50%.

Hòa Bình là một tỉnh miền núi có nhiều dân tộc sinh sống và mức độ bao phủ nhà tiêu hợp vệ sinh còn thấp so với tỷ lệ trung bình của cả nước. Theo báo cáo của Bộ Y tế tính đến đầu năm 2014, ước tính tỷ lệ HGD có nhà tiêu HVS ở Hòa Bình khoảng gần 50%. Để có cơ sở thực tiễn áp dụng các biện pháp can thiệp nâng cao mức độ bao phủ nhà tiêu HVS cho các hộ gia đình cộng đồng nông thôn, một yêu cầu thiết thực là đánh giá thực trạng bao phủ nhà tiêu hợp vệ sinh tại cộng đồng nông thôn tỉnh Hòa Bình năm 2014, trên cơ sở đó làm căn cứ lựa chọn, áp dụng các giải pháp can thiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Hộ gia đình, người đại diện cho HGD sinh sống tại cộng đồng của 2 huyện Mai Châu và Kim Bôi của tỉnh Hòa Bình, hai huyện này thuần túy cộng đồng nông thôn, có dân tộc thiểu số và chưa bị ảnh hưởng của đô thị hóa.

Cán bộ Y tế xã, trưởng trạm, người phụ trách công tác vệ sinh môi trường, cán bộ Y tế tỉnh, giám đốc và trưởng khoa Sức khỏe môi trường của trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Hoà bình.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang về thực trạng nhà tiêu hộ gia đình và các yếu tố ảnh hưởng tới thực trạng này năm 2014 tại tỉnh Hòa Bình.

Phương pháp nghiên cứu mô tả, có phân tích dựa trên phỏng vấn hộ gia đình và kiểm tra trực tiếp bằng bảng kiểm tại các hộ gia đình nghiên cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu dựa trên công thức tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ với p là tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu sử dụng riêng HVS tỉnh Hòa Bình do Bộ Y tế công bố năm 2014 [1].

Cỡ mẫu nghiên cứu

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

n: Cỡ mẫu nghiên cứu

Z_{1-α/2}: hệ số giới hạn tin cậy với độ tin cậy là 95% thì Z_(1- α/2) = 1,96

p: Tỷ lệ % các hộ gia đình có nhà tiêu riêng HVS tại tỉnh Hòa Bình để sử dụng p = 50%.

d: Là sai số mong muốn, ở đây lấy bằng 0,05. DE: hệ số điều chỉnh = 2

Cỡ mẫu theo tính toán n= 768, thực tế chúng tôi đã tiến hành điều tra khảo sát 801 hộ gia đình.

Chọn đối tượng nghiên cứu bao gồm các hộ gia đình của 4 xã Chiềng Châu, Đồng Bằng, Bao

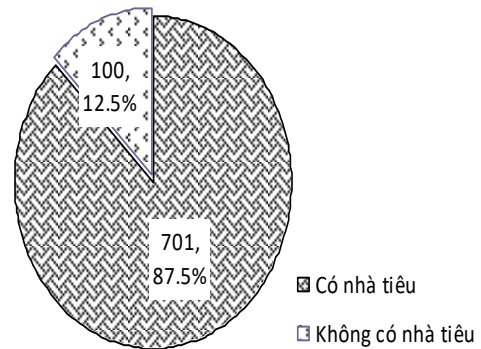
La và Tân Mai trong số 23 xã của huyện Mai Châu và 5 xã Bình Sơn, Sào Báy, Nam Thượng, Thượng Bì và Vĩnh Tiến trong số 28 xã của huyện Kim Bôi.

Nội dung điều tra gồm tỷ lệ hộ gia đình có và chưa có nhà tiêu riêng để sử dụng; cơ cấu các loại nhà tiêu hiện có tại các HGD; tỷ lệ loại nhà tiêu thuộc nhóm nhà tiêu HVS; chất lượng vệ sinh nhà tiêu, các yếu tố kinh tế HGD, dân tộc liên quan tới thực trạng sở hữu nhà tiêu riêng của các HGD.

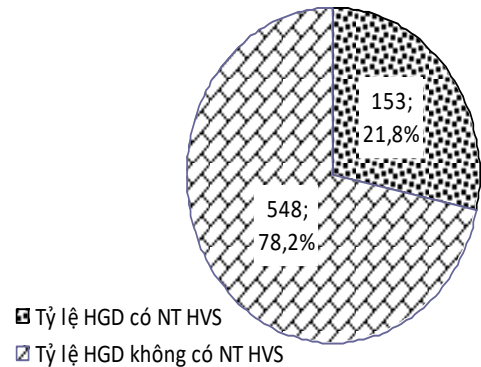
Nghiên cứu viên được tập huấn phỏng vấn HGD và kỹ năng quan sát đánh giá thống nhất nhận xét chất lượng nhà tiêu theo Thông tư số 27/2011/TT-BYT [2]. Xử lý số liệu bằng phần mềm Excel và SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng cộng đồng được tiếp cận sử dụng nhà tiêu.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ chung các hộ gia đình được bao phủ tiếp cận nhà tiêu sử dụng riêng



Biểu đồ 2. Tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu sử dụng riêng HVS về xây dựng, sử dụng và bảo quản (XD, SD&BQ)

Cơ cấu loại nhà tiêu của các hộ gia đình hiện đang có nhà tiêu riêng để sử dụng tại cộng đồng 9 xã điều tra.

Bảng 1. Cơ cấu nhà tiêu của các hộ gia đình có sở hữu nhà tiêu riêng

TT	Loại nhà tiêu	Kết quả	
		Số lượng	Tỷ lệ %
1	Nhà tiêu cầu /thùng	205	29,2
2	Nhà tiêu chìm không có ống thông hơi	60	8,6
3	Nhà tiêu một ngăn nổi khô	201	28,7
4	Nhà tiêu chìm có ống thông hơi	8	1,1
5	Nhà tiêu sinh thái 2 ngăn ủ phân tại chỗ	52	7,4
6	Nhà tiêu thấm dội nước	32	4,6
7	Nhà tiêu tự hoại (Septic tank)	139	19,8
8	Nhà tiêu hầm Biogas	4	0,6
Tổng		701	100

Nhận xét: Nhà tiêu cầu, xô, thùng, nhà tiêu một ngăn nổi khô chiếm tỷ lệ cao trong số các loại nhà tiêu sử dụng trong các hộ gia đình, lần lượt là 29,2% và 28,7%. Các loại nhà tiêu khác chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 2. Tỷ lệ các loại nhà tiêu tại các HGD có nhà tiêu HVS theo tiêu chuẩn xây dựng, sử dụng và bảo quản

Loại nhà tiêu	Huyện				Tổng	
	Kim Bôi		Mai Châu		Tổng số nhà tiêu	Số nhà tiêu HVS(%)
	Tổng số nhà tiêu	Số nhà tiêu HVS(%)	Tổng số nhà tiêu	Số nhà tiêu HVS(%)		
Chìm có ống thông hơi	5	4(80,0)	3	0(0,0)	8	4(50,0)
Hai ngăn	43	27(62,8)	9	6(66,7)	52	33(63,5)
Thấm dội	22	2(9,1)	10	9(90,0)	32	11(34,4)
Tự hoại	76	55(72,4)	63	47(74,6)	139	102(73,4)
Nổi với bể biogas	4	3(75,0)	0	0(0,0)	4	3(75,0)
Nhà tiêu cầu, xô	105	-	100	-	205	-
Chìm không có ống thông hơi	23	-	37	-	60	-
Một ngăn nổi	128	-	73	-	201	-
Tổng	406	91(22,4)	295	62(21,0)	701	153(21,8)

Nhận xét: Theo tiêu chuẩn xây dựng, sử dụng và bảo quản, các nhà tiêu cầu, xô, nhà tiêu chìm không có ống thông hơi, nhà tiêu một ngăn nổi đều không đạt tiêu chuẩn nhà tiêu HVS. Các loại nhà tiêu khác có tỷ lệ HVS từ 34,4% đến 75,0%.

3.2. Các yếu tố liên quan cộng đồng được tiếp cận sử dụng nhà tiêu.

Bảng 3. Mối liên quan giữa nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu với việc XD, SD&BQ nhà tiêu HVS

Nghề nghiệp	HGD có nhà tiêu HVS về XD, SD&BQ				Tổng		χ^2 ; OR (95%CI)	P
	Không có		Có		n	%		
	n	%	n	%				
Nông dân	461	82,5	98	17,5	559	79,7	$\chi^2 = 29,83$ OR=2,97 CI=1,99-4,45	<0,001
Khác	87	61,3	55	38,7	142	20,3		
Tổng	548	78,2	153	21,8	701	100		

Nhận xét: Có mối liên quan giữa yếu tố nghề nghiệp với HGD có nhà tiêu HVS. Trong đó, đối tượng nông dân có tỷ lệ nhà tiêu không HVS cao hơn so với các nghề nghiệp khác, lần lượt là 82,5% và 61,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$, OR = 2,97, 95%CI: 1,99 – 4,45.

Bảng 4. Mối liên quan giữa dân tộc với việc XD, SD&BQ nhà tiêu HVS

Dân tộc	HGD có nhà tiêu HVS về XD, SD&BQ				Tổng		χ^2 ; OR (95%CI)	P
	Không có		Có		n	%		
	n	%	n	%				
Dân tộc thiểu số	485	82,3	104	17,7	589	84,0	$\chi^2 = 37,5$	<0,001

Kinh	63	56,3	49	43,8	112	16,0	OR=3,63
Tổng	548	78,2	153	21,8	701	100	CI=2,36-5,57

Nhận xét: Có mối liên quan giữa yếu tố dân tộc với HGĐ có nhà tiêu HVS. Trong đó, đối tượng dân tộc thiểu số có tỷ lệ nhà tiêu không HVS cao hơn so với các dân tộc khác, lần lượt là 82,3% và 56,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$, OR = 3,63, 95%CI: 2,36 – 5,57.

Bảng 5. Mối liên quan giữa điều kiện kinh tế với việc XD, SD&BQ nhà tiêu HVS

Điều kiện kinh tế	HGĐ có nhà tiêu HVS về XD, SD&BQ				Tổng		χ^2 ; OR (95%CI)	P
	Không có		Có					
	n	%	n	%	n	%		
Nghèo, cận nghèo	261	81,8	58	18,2	319	45,5	$\chi^2 = 4,56$ OR=1,49 CI=1,03-2,15	<0,05
Khác	287	75,1	95	24,9	382	54,5		
Tổng	548	78,2	153	21,8	701	100		

Nhận xét: Có mối liên quan giữa yếu tố điều kiện kinh tế với HGĐ có nhà tiêu HVS. Trong đó, đối tượng HGĐ nghèo, cận nghèo có tỷ lệ nhà tiêu không HVS cao hơn so với các HGĐ khác, lần lượt là 81,8% và 75,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$, OR = 1,49, 95%CI: 1,03 – 2,15.

IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu của nghiên cứu này là làm rõ bức tranh vệ sinh môi trường tại cộng đồng nông thôn tại các HGĐ ở hai huyện nghiên cứu có nhà tiêu hay không? Loại nhà tiêu nào mà các HGĐ hay sử dụng? Trả lời câu hỏi này sẽ gợi ý cho các hoạt động can thiệp phù hợp với địa phương nghiên cứu nhằm nâng cao tỷ lệ Hộ gia đình có Nhà tiêu hợp vệ sinh, góp phần quản lý phân người được tốt hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 87,5% HGĐ có nhà tiêu, như vậy vẫn còn 12,5% HGĐ hiện vẫn chưa có nhà tiêu. Kết quả này gần tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hà và cộng sự năm 2014 với tỷ lệ HGĐ có nhà tiêu là 90% tại 6 tỉnh Việt Nam [3]. Những lý do không có nhà tiêu của hộ gia đình tại địa bàn nghiên cứu theo chúng tôi có thể là do hộ gia đình không đủ tiền để xây dựng, không cần thiết, không thích sử dụng do thói quen làm việc trên nương rẫy...

Theo qui định của Bộ Y tế, các loại nhà tiêu thuộc loại hợp vệ sinh bao gồm tự hoại, thấm dội nước, biogas, hai ngăn và chìm có ống thông hơi. Các loại nhà tiêu này nếu được xây dựng, sử dụng và bảo quản đúng cách có thể cô lập được phân người, ngăn không cho phân chưa được xử lý tiếp xúc với động vật, côn trùng, tiêu diệt mầm bệnh trong phân, không gây mùi khó chịu và làm ô nhiễm môi trường xung quanh. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn hơn một nửa số HGĐ tại 2 huyện được nghiên cứu có nhà tiêu nhưng không thuộc loại hợp vệ sinh (66,5%), trong đó chủ yếu là nhà tiêu một ngăn, cầu, xô, thùng, hố đào tạm...Điều này cho thấy tình hình vệ sinh môi trường tại các xã của hai huyện nghiên cứu cần được quan tâm nhiều

hơn, vì có thể có nguy cơ bùng phát và lây lan dịch bệnh do tình trạng quản lý phân người kém.

Trong các loại nhà tiêu hợp vệ sinh, loại nhà tiêu tự hoại hay được các hộ gia đình sử dụng nhiều nhất (73,4%). Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Chu Văn Thắng và cộng sự năm 2011 về tình hình xây dựng và sử dụng nhà tiêu HGĐ ở xã An Mỹ, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam có 76% người dân sử dụng nhà tiêu tự hoại [4]. Theo chúng tôi, sự khác biệt này có thể là do Hà Nam gần thủ đô Hà Nội, có tốc độ phát triển kinh tế cao hơn so với hai huyện tỉnh Hoà Bình chúng tôi nghiên cứu, nơi có nhiều người dân tộc sinh sống (80,1% người tham gia nghiên cứu là dân tộc Mường và dân tộc Thái). Xét theo từng loại nhà tiêu, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trên 80% nhà tiêu tự hoại, biogas và thấm dội nước có tỷ lệ hợp vệ sinh rất cao cả về xây dựng, sử dụng và bảo quản. Theo chúng tôi lý giải điều này có thể do các loại nhà tiêu này thường là mới xây, có quy trình kỹ thuật xây dựng rõ ràng, phổ biến, dễ áp dụng. Bên cạnh đó loại nhà tiêu này cũng rất dễ dàng và thuận tiện khi sử dụng và bảo quản.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bao phủ nhà tiêu tại cộng đồng tới 87,5% tuy nhiên tỷ lệ nhà tiêu hợp vệ sinh tại các hộ gia đình ở cộng đồng nông thôn Hoà Bình thấp 21,8%, nhà tiêu tự hoại chiếm ưu thế, trong đó các yếu tố nghề nghiệp, tình hình kinh tế HGĐ và dân tộc là rào cản tới sự tiếp cận sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh tại cộng đồng nông thôn Hoà Bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2014), Báo cáo kết quả hợp phần vệ sinh thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia nước sạch và vệ sinh môi trường nông thôn giai đoạn 2012-

- 2015, 2014.
- Bộ Y tế** (2011), Thông tư số 27/2011/TT-BYT ngày 24/6/2011 ban hành Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về nhà tiêu - điều kiện đảm bảo hợp vệ sinh (QCVN 01: 2011/BYT). 2011.
 - Nguyễn Thanh Hà và cộng sự** (2017), Thực trạng xây dựng, sử dụng và bảo quản nhà tiêu hộ

gia đình ở 6 tỉnh Việt Nam năm 2014. Tạp chí Y Dược học quân sự.

- Chu Văn Thắng và cộng sự** (2012), Tình hình xây dựng và sử dụng nhà tiêu hộ gia đình ở xã An Mỹ - Huyện Bình Lục - Tỉnh Hà Nam 2011. Tạp chí Nghiên cứu y học.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH XỬ TRÍ SỐT CHO TRẺ DƯỚI 5 TUỔI CỦA CHA, MẸ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2019

Đỗ Thị Thu Mai*, Văn Quang Tân*, Võ Thị Kim Anh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thực hành khi trẻ bị sốt và phân tích một số yếu tố liên quan đến việc xử trí của cha mẹ đưa con đến khám tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 445 cha, mẹ đưa con đến khám tại phòng khám Nhi, Bệnh viện tỉnh Bình Dương từ tháng 12/2018 đến tháng 04/2019, hình thức phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi cấu trúc soạn sẵn. **Kết quả:** 73,5% cha, mẹ có kiến thức đúng về nhiệt độ trẻ khi sốt, Có 68,1% có kiến thức đúng về nhiệt độ cần dùng thuốc; 50,1% cha, mẹ biết rằng sốt là yếu tố có lợi cho cơ thể trẻ và chỉ 44,7% biết nếu sốt cao thì sẽ gây co giật ở trẻ. Tỷ lệ 79,8% có kiến thức đúng về lau mát hạ sốt cho trẻ. Có 24,7% biết lựa chọn đúng thuốc hạ sốt cho trẻ, 45,6% thực hành đúng về xem xét liều lượng thuốc hạ sốt dựa vào cân nặng của trẻ và có 78,7% cha mẹ sử dụng thuốc hạ sốt cho trẻ bằng đường uống. 51,1% cha mẹ tuân thủ sử dụng kháng sinh theo toa của bác sỹ và 15,5% thực hành sai là cho trẻ sử dụng kháng sinh khi trẻ bị sốt.

Từ khóa: kiến thức, thực hành, trẻ dưới 5 tuổi, Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

SUMMARY

KNOWLEDGE, PRACTICE AND TREATMENT FOR CHILDREN UNDER 5 YEARS OF PARENTS IN HOSPITAL BINH DUONG PROVINCE 2019

Objectives: Describe knowledge and practice when a child has a fever and analyze some factors related to the handling of parents' fever to take their children to Binh Duong General Hospital in 2019.

Methods: Cross-sectional descriptive study on 445 parents taking children to the Pediatric Clinic, Binh Duong Hospital from December 2018 to April 2019, in the form of a face-to-face interview prepared.

Results: 73.5% of parents had the right knowledge about the child's temperature when having a fever,

68.1% had the right knowledge about the temperature to take medicine; 50.1% of parents know that fever is a beneficial factor for the child's body and only 44.7% know that if a high fever will cause convulsions in children. 79.8% rate has the right knowledge about wiping cool for children. 24.7% know how to choose a fever-reducing medicine for a child, 45.6% practice the right way to consider the dose of a fever-reducing medicine based on the child's weight and 78.7% of parents use antipyretics for children, children by mouth. 51.1% of parents complied with antibiotics prescribed by a doctor and 15.5% of the wrong practices were for children to use antibiotics when they had a fever.

Key words: knowledge, practice, children under 5 years old, Binh Duong General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt là một triệu chứng, dấu hiệu rất thường gặp ở trẻ em và là một lý do phổ biến khiến các bậc cha mẹ đưa con em đi đến cơ sở y tế. Khi trẻ bị sốt, việc chăm sóc tại nhà cho trẻ là một việc làm hết sức cần thiết vì không nhất thiết tất cả trẻ bị sốt đều phải nhập viện điều trị. Tuy nhiên, hiện nay vẫn còn nhiều các ông bố, bà mẹ xử trí không đúng khi con bị sốt. Nếu cha mẹ thiếu kiến thức và xử trí khi trẻ bị sốt không đúng thì chẳng những không mang lại hiệu quả tốt mà đôi khi còn gây ra những ảnh hưởng không tốt có hại cho sức khỏe của trẻ hoặc sẽ làm cho bệnh của trẻ trở nên trầm trọng hơn. Tại Bình Dương, chưa có khảo sát về kiến thức, xử trí trẻ sốt tại nhà của các bậc cha, mẹ. Nhằm có cơ sở, xây dựng kế hoạch hoạt động truyền thông giáo dục truyền thông sức khỏe về chăm sóc cho trẻ ốm đúng cách, hạn chế các hậu quả do thiếu kiến thức gây ra, nghiên cứu thực hiện với mục tiêu: *Mô tả kiến thức, thực hành khi trẻ bị sốt và phân tích một số yếu tố liên quan đến việc xử trí của cha mẹ đưa con đến khám tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương năm 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Các cha, mẹ đến khám cho trẻ tại Phòng khám Nhi với lý do bất

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

**Trường đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2019

Ngày duyệt bài: 4.11.2019

kỳ của trẻ (kể cả sốt) và đã từng có xử trí sốt cho con là trẻ dưới 5 tuổi tại nhà trong thời gian từ tháng 12/2018 đến 04/2019.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước tính tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 \cdot 1 - P \cdot P}{d^2}$$

Z = 1,96 là trị số từ phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%; d = 0,05 là sai số cho phép; chọn p=0,5. Vậy cỡ mẫu tối thiểu là n = 385. Thực tế đã nghiên cứu 445 người

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện (khi có điều kiện tiếp xúc với đối tượng phỏng vấn).

Thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp các bậc cha mẹ đưa trẻ đến khám tại phòng khám Nhi, Bệnh viện tỉnh Bình Dương bằng bộ câu hỏi cấu trúc soạn sẵn.

Tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

Mô tả kiến thức, thực hành của các bậc cha mẹ thông qua các câu hỏi về: nhiệt độ cơ thể khi sốt, nhiệt độ cần dùng thuốc/cần lau mát, nhiệt độ cần đi khám bệnh, vị trí đo nhiệt độ cho trẻ, tác dụng của thuốc hạ sốt, ảnh hưởng của lau mát, sử dụng thuốc khi sốt, thuốc hạ sốt thường dùng tại nhà, cách dùng thuốc, liều dùng thuốc, các phương pháp hạ sốt thường dùng...

Xử lý và phân tích dữ liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0. Thống kê mô tả qua các chỉ số là tần số, tỷ lệ %. Sử dụng các kiểm định Chi bình phương (hoặc Fisher thay thế) với xác suất sai lầm loại I là $\alpha = 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=445)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤30	177	39,8
	>30	268	60,2
Dân tộc	Kinh	386	86,7
	Stieng	32	7,2
	Tày	27	6,1
Số con	≤ 2	296	66,5
	>2	149	33,5
Trình độ học vấn	Không học	29	6,5
	Cấp 1 (Tiểu học)	59	13,3
	Cấp 2 (THCS)	135	30,3
	Cấp 3 (THPT)	142	31,9
	> Cấp(TC/CD/ĐH)	79	17,8
Nghề nghiệp	Công nhân viên chức	41	9,2

	Làm ruộng	87	19,6
	Buôn bán	62	13,9
	Nội trợ	85	19,1
	Công nhân	151	33,9
	Khác	19	4,3
Mối quan hệ với trẻ	Cha	126	28,3
	Mẹ	319	71,7

Trong 445 đối tượng phỏng vấn, trên 30 tuổi chiếm 60,2%. Về dân tộc thì dân tộc kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (86,7%), tiếp đến là STieng (7,2%), dân tộc Tày chiếm 6,1%. Về số con chủ yếu là từ 2 con trở xuống, chiếm tỷ lệ 66,5%. Số có từ con thứ 3 trở lên chiếm tỷ lệ 33,5%. Trình độ học vấn: Chiếm tỷ lệ cao nhất là THPT (31,9%) và THCS 30,3%. Nghề nghiệp là công nhân có tỷ lệ cao nhất với 33,9%. Về mối quan hệ với trẻ, mẹ của trẻ là chủ yếu với 71,7%, cha của trẻ 28,5%.

Kiến thức của đối tượng nghiên cứu khi trẻ bị sốt

Bảng 2: Kiến thức về các ngưỡng nhiệt độ cơ thể của trẻ để có các xử trí cần thiết (n=445)

Các ngưỡng nhiệt độ		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhiệt độ khi sốt	Đúng	327	73,5
	Chưa đúng	118	26,5
Nhiệt độ cần lau mát	Đúng	272	61,1
	Chưa đúng	173	38,9
Nhiệt độ cần dùng thuốc hạ sốt	Đúng	303	68,1
	Chưa đúng	142	31,9
Nhiệt độ cần đưa trẻ đến bác sĩ	Đúng	199	44,7
	Chưa đúng	226	55,3

Tỷ lệ có kiến thức đúng về nhiệt độ sốt của trẻ là 73,5%. Tỷ lệ kiến thức đúng về ngưỡng nhiệt độ (thời điểm) cần lau mát cho trẻ khi trẻ bị sốt là 61,1% và nhiệt độ cần dùng thuốc hạ sốt là 68,1%, nhưng tỷ lệ biết được thời điểm cần đưa trẻ đến cơ sở y tế để khám và điều trị khi trẻ bị sốt thấp hơn, chỉ 44,7%.

Bảng 3. Kiến thức về cách kiểm tra nhiệt độ của trẻ (n=445)

Kiến thức		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Số lần kiểm tra nhiệt độ của trẻ trong ngày	Đúng	187	42,0
	Chưa đúng	258	58,0
Vị trí đo nhiệt độ của trẻ	Đúng	334	75,0
	Chưa đúng	111	25,0

Về số lần cần để kiểm tra nhiệt độ cho trẻ, có 42% các cha/mẹ cho rằng nên kiểm tra thường xuyên. Về vị trí đo nhiệt độ thì 75% cha/mẹ có kiến thức đúng.

Bảng 4. Kiến thức về ảnh hưởng có lợi và không có lợi của sốt

Kiến thức		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ảnh hưởng có lợi và không có lợi	Sốt có lợi	223	50,1
	Sốt không có lợi	222	49,9
Ảnh hưởng tiêu cực nhất của sốt	Mất nước	104	23,4
	Co giật	199	44,7
	Tổn thương não	53	11,9
	Hôn mê	18	4,0
	Chết	71	16,0

Về lợi ích của sốt: 50,1% đối tượng nghiên cứu cho rằng sốt là yếu tố có lợi và 49,9% cho rằng sốt không có lợi. Về ảnh hưởng tiêu cực của sốt: Đa số đều lựa chọn ảnh hưởng tiêu cực nhất của sốt là làm cho trẻ bị co giật (44,7%). 23,4% cho rằng sốt sẽ làm mất nước và 11,9% cho rằng sốt làm tổn thương não và thấp nhất là hôn mê (4%).

Bảng 5: Kiến thức về tác dụng của thuốc hạ sốt và lau mát

Kiến thức		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tác dụng của thuốc hạ sốt	Đúng	310	69,7
	Chưa đúng	135	30,3
Tác dụng có lợi của lau mát	Đúng	355	79,8
	Chưa đúng	90	20,2
Tác dụng không có lợi của lau mát	Đúng	294	66,1
	Chưa đúng	151	33,9

Có 69,7% cha mẹ có kiến thức đúng về tác dụng của thuốc hạ sốt, 79,8% kiến thức đúng về tác dụng có lợi của lau mát và 66,1% có kiến thức đúng về tác dụng không có lợi của lau mát.

Thực hành xử trí của đối tượng nghiên cứu khi trẻ bị sốt**Bảng 6. Các thuốc thường sử dụng tại nhà khi trẻ bị sốt**

Các thuốc thường sử dụng tại nhà	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Paracetamon	110	24,7
Kháng sinh	17	3,8
Các loại hạ nhiệt giảm đau khác	30	6,74
Paracetamon + Kháng sinh	11	2,5
Kháng sinh + > 2 loại thuốc giảm đau hạ nhiệt khác	42	9,44
Thuốc khác (ho, sổ mũi, bổ, thuốc bắc...)	82	18,4
Không biết	153	34,4

Thuốc dùng cho trẻ tại nhà khi bị sốt: Paracetamon là thuốc được đối tượng nghiên cứu lựa chọn nhiều nhất (27,4%), có đến 9,44% dùng kháng sinh và trên 2 loại thuốc hạ nhiệt giảm đau khác và có 34,4% không biết dùng thuốc gì cho trẻ khi bị sốt.

Bảng 7. Lựa chọn cách sử dụng thuốc tại nhà khi trẻ bị sốt

Cách lựa chọn		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đường hay sử dụng thuốc	Uống	350	78,7
	Hậu môn	95	21,3
Lý do dùng thuốc qua hậu môn	Theo tư vấn của bác sĩ	207	46,5
	Hạ sốt nhanh	99	22,2
	Đễ sử dụng	29	6,5
	Trẻ bị nôn khi uống	43	9,7
	Trẻ từ chối uống	35	7,9
Chưa dùng lần nào	32	7,2	

Phần lớn đều chọn đường uống (78,7%), đường hậu môn chỉ chiếm 21,3%. Về lý do phải dùng thuốc qua đường hậu môn: Chiếm tỷ lệ cao nhất (46,5%) là dùng thuốc theo hướng dẫn của Bác sĩ, 22,2% cho rằng sẽ hạ sốt nhanh và có 7,2% chưa áp dụng lần nào.

Bảng 8. Thực hành của đối tượng nghiên cứu về sử dụng thuốc

Thực hành		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Liều thuốc hạ sốt dựa vào	Tuổi	84	18,9
	Giới	33	7,4
	Cân nặng	203	45,6
	Chiều cao	14	3,1
	Sốt cao	84	18,9
	Bệnh nghiêm trọng	07	1,6
	Không biết	20	4,5
Sử dụng kháng sinh khi	Sốt	69	15,5
	Nghi ngờ nhiễm trùng	40	9,0
	Theo toa bác sĩ	229	51,5
	Theo thông tin trên internet, ti vi,	08	1,8
	Tất cả những trường hợp trên	57	12,8
Không biết	42	9,4	

Về liều lượng thuốc cần dùng: Chiếm tỷ lệ cao nhất là căn cứ vào cân nặng (45,6%), 18,9% căn cứ vào tuổi và tình trạng sốt cao, 4,5% không biết. Về sử dụng kháng sinh: Phần lớn các ý kiến cho rằng sử dụng kháng sinh theo toa Bác sĩ (51,5%), 15,5% cho rằng dùng kháng sinh khi bị sốt. Có 9,4% không biết thời điểm cần dùng kháng sinh.

Bảng 9. Thực hành khi trẻ bị sốt bằng phương pháp vật lý

Lựa chọn các phương pháp vật lý	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lau mát bằng nước ấm	207	46,5
Mặc quần áo mỏng	39	8,8

Uống nhiều nước	21	4,7
Phòng thoáng mát, Giảm nhiệt độ phòng	01	0,2
Lau mát + Uống nhiều nước	25	5,6
Lau mát+ Uống nhiều nước+ Giảm nhiệt độ phòng	09	2,0
Lau mát + Mặc quần áo mỏng + Uống nhiều nước+ Phòng thoáng mát, giảm nhiệt độ	84	18,9
Lau mát + Mặc quần áo mỏng	10	2,2
Lau mát + Phòng thoáng mát	38	8,5
Lau mát + Mặc quần áo mỏng + Uống nhiều nước	11	2,5

Đa số đối tượng nghiên cứu đều chọn phương pháp lau mát bằng nước ấm (46,5%), 18,9% chọn kết hợp giữa lau mát, mặc quần áo mỏng, uống nhiều nước, làm thoáng mát phòng ở. Thấp nhất là chọn làm phòng thoáng mát, giảm nhiệt độ phòng (0,2%).

Bảng 10. Thực hành khi trẻ bị sốt bằng phương pháp dân gian

Phương pháp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cắt lể, cạo gió	24	5,4
Xoa cồn	27	6,1
Chà chanh	38	8,5
Chườm đá	24	5,4
Băng dán	112	25,2
Thảo dược (tần dày lá, diếp cá, nhọ nồi, rau bồ ngót)	69	15,5
Không sử dụng phương pháp nào khác ngoài lau mát và thuốc hạ sốt	151	33,9

Phương pháp lau mát và uống thuốc hạ sốt được đối tượng nghiên cứu lựa chọn nhiều nhất (33,9%) và thấp nhất là cắt lể, cạo gió (5,4%).

IV. BÀN LUẬN

Về xác định nhiệt độ khi trẻ bị sốt: 73,5% đối tượng nghiên cứu xác định đúng nhiệt độ sốt của trẻ. Vẫn còn một tỷ lệ nhỏ các bậc cha, mẹ không biết nhiệt độ sốt của trẻ. Thậm chí, có người còn cho rằng trẻ sốt khi nhiệt độ là 350C. Điều này chứng tỏ họ hoàn toàn không có kiến thức gì về nhiệt độ cơ thể. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Trần Thụy Khánh Linh (59,5%) [4], của Abubaker (38,4%) [6]. Sự khác biệt này có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng phần lớn là trên 30 tuổi, vì vậy họ đã từng bị sốt hoặc đã từng chứng kiến, chăm sóc cho người thân trong gia đình khi bị bệnh. Vì vậy, họ biết rõ nhiệt độ khi bị sốt. Có 68,1% các bậc cha mẹ sử dụng thuốc hạ sốt khi nhiệt độ trẻ trên 380C. 3,6% không biết rõ ngưỡng nhiệt độ bao nhiêu

thì sử dụng thuốc hạ sốt. Tỷ lệ dùng thuốc hạ sốt khi nhiệt độ trẻ từ khoảng 380C chiếm tỷ lệ khá cao trong nghiên cứu này, có thể là do các bậc cha mẹ chưa rõ lợi ích về sốt, lo lắng sợ trẻ bị sốt cao co giật nên đã cho dùng thuốc hạ sốt rất sớm.

Về kiến thức về ngưỡng nhiệt độ cần thiết phải đưa trẻ đi khám bệnh, có 44,7% cha mẹ có kiến thức đúng khi cho rằng đưa trẻ đi khám bệnh khi nhiệt độ là 390C. Tỷ lệ này tương đối phù hợp với các tài liệu hướng dẫn của ngành Y tế về cách chăm sóc và xử trí khi trẻ sốt tại nhà [2][3]. Tỷ lệ trả lời đúng về mức nhiệt độ cần thiết phải đưa trẻ đi khám bệnh ở mức cao. Nhưng vẫn còn một số ý kiến cho rằng phải đi khám bệnh ngay từ khi nhiệt độ trẻ < 370C và một số ý kiến lại cho rằng nhiệt độ cần đi khám bệnh là từ 40 - 410C. Có sự khác biệt này có thể là một số các bậc cha mẹ rất quan tâm đến sức khỏe của con nhưng thiếu kiến thức, cảm thấy lo lắng khi con bị sốt nhẹ, không sốt nhưng có một vài triệu chứng khác thường. Và ngược lại, một số quan niệm cho rằng chỉ khi sốt cao mới cần đi khám bệnh. Trường hợp này có thể đối tượng thiếu kiến thức hoặc không quan tâm nhiều các nội dung tuyên truyền về chăm sóc sức khỏe tại nhà hoặc do ảnh hưởng của hoàn cảnh sống, điều kiện kinh tế.

Kiến thức về nhiệt độ cần thiết phải lau mát: theo hướng dẫn chuyên môn, nhiệt độ cần tiến hành lau mát cho trẻ là từ >390C [1][2]. Có 61,1% cha mẹ có kiến thức đúng về vấn đề này. Về những bất lợi cho trẻ khi lau mát, 66,1% có kiến thức đúng rằng lau mát sẽ làm trẻ rùng mình, quấy khóc. Kết quả này đúng trong thực tế. Khi lau mát sẽ làm trẻ hạ nhiệt độ, cơ thể trẻ sẽ phản ứng lại và hiện tượng trẻ rùng mình là một hiện tượng cụ thể ghi vào trí nhớ của các bậc cha mẹ. Trẻ bị rùng mình, quấy khóc còn một yếu tố khác nữa là khi lau mát cho trẻ, một số người ngại dùng nước ấm, sợ trẻ sẽ bị sốt cao hơn, nên sử dụng nước lạnh, làm trẻ giảm thân nhiệt nhanh, rùng mình và quấy khóc.

Về đường sử dụng thuốc: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có đến 78,7% đối tượng nghiên cứu sử dụng thuốc bằng đường uống, chỉ có 21,3% sử dụng thuốc qua đường hậu môn. Tỷ lệ sử dụng thuốc qua đường hậu môn cho trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Đoàn Thị Vân (38%) [5]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác có thể là do lời dặn của Bác sỹ, hoặc người dân ngại dùng qua đường hậu môn sẽ làm trẻ khó chịu. Và thực tế hiện nay, rất ít hiệu thuốc tây bán thuốc dùng

qua đường hậu môn cho người bệnh, phần lớn được sử dụng tại các cơ sở điều trị nội trú. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 25,2% lựa chọn hạ sốt bằng phương pháp sử dụng miếng dán. Thành phần chủ yếu của miếng dán hạ sốt là hydrogel, đây là các polymer dạng chuỗi, không tan trong nước, nhưng chúng hút một lượng nước khá lớn ở vùng da được dán miếng dán, hạ sốt theo cơ chế hấp thụ nhiệt và phân tán ra ngoài tại vùng da này, không có tác dụng toàn thân. Điều quan trọng đáng chú ý là cho đến nay chưa có một công trình nghiên cứu khoa học có giá trị nào chứng minh được miếng dán hạ sốt có thể thay được thuốc trong điều trị sốt cho trẻ em.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ cha mẹ có kiến thức, thực hành đúng khi trẻ bị sốt chưa cao: 73,5% có kiến thức đúng về nhiệt độ trẻ khi sốt, 68,1% có kiến thức đúng về nhiệt độ cần dùng thuốc; Có 50,1% cha, mẹ biết rằng sốt là yếu tố có lợi cho cơ thể trẻ và chỉ 44,7% biết nếu sốt cao thì sẽ gây co giật ở trẻ. Tỷ lệ 79,8% có kiến thức đúng về lau mát hạ sốt cho trẻ. Có 24,7% biết lựa chọn đúng thuốc hạ sốt cho trẻ, 45,6% thực hành đúng về xem xét liều

lượng thuốc hạ sốt dựa vào cân nặng của trẻ và có 78,7% cha mẹ sử dụng thuốc hạ sốt cho trẻ bằng đường uống. Có 51,1% tuân thủ sử dụng kháng sinh theo toa của bác sỹ và 15,5% thực hành sai là cho trẻ sử dụng kháng sinh khi trẻ bị sốt. Cần tăng nâng cao kiến thức và kỹ năng chăm sóc trẻ sốt cho người chăm sóc để tránh các hậu quả do thiếu kiến thức và kỹ năng gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Nhi đồng 1 (2015)**, Lau mát hạ sốt.
2. **Bệnh viện Nhi đồng 2 (2010)**, Co giật do sốt cao ở trẻ em.
3. **Bệnh viện Nhi đồng 2 (2011)**, Sốt ở trẻ em.
4. **Trần Thụy Khánh Linh, Huỳnh Trương Lệ Hồng (2012)**, "Kinh nghiệm và niềm tin về xử trí sốt của cha mẹ trẻ trong độ tuổi 6 tháng đến 5 tuổi tại bệnh viện nhi Tp.Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. **Đoàn Thị Vân (2010)**, "Kiến thức, thái độ và hành vi của các bà mẹ có con bị sốt cao đến khám tại Bệnh viện Phúc Yên", Luận văn thạc sỹ Y khoa, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 14, (4), 20-30
6. **Abubaker, Ibrahim, Elbur (2014)**, "childhood fever and its management: differenghiên cứues in knowledge and practices between mothers and fathers in taif; saudi arabia", World Journal of PharmaceuticalResearch.

TÌNH HÌNH BỆNH SÂU RĂNG, NHA CHU Ở HỌC SINH 12 TUỔI TẠI TỈNH TIỀN GIANG

Lê Hoàng Hạnh*, Tạ Văn Trâm*,
Lê Thành Tài**, Trần Thị Phương Đan**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ bệnh sâu răng và nha chu có xu hướng ngày càng tăng và cao thấp khác nhau ở mỗi vùng, miền do địa lý tự nhiên, phong tục tập quán, kinh tế, hệ thống y tế... khác nhau. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ bệnh sâu răng, nha chu ở học sinh 12 tuổi tại tỉnh Tiền Giang, năm 2018. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, bằng phương pháp chọn mẫu có xác suất tỷ lệ với độ lớn của cụm, chọn phỏng vấn và khám răng miệng cho 2.921 học sinh 12 tuổi đang học lớp 6 tại 24 trường trung học cơ sở ở tỉnh Tiền Giang. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh sâu răng là 68,2%, mất răng 2,2%, trám răng 3,6%,. Trung vị sâu mất trám răng (SMTR): 2(0-3) (răng sâu: 1(0-3); răng mất: 0(0-0); răng trám: 0(0-0); sâu mất trám răng (SMTMR): 2(0-5) (mặt răng sâu: 2(0-4); mặt

răng mất: 0(0-0); mặt răng trám: 0(0-0). Tỷ lệ bệnh nha chu là 46,2% (chảy máu nướu 19,7%, vôi răng 26,5%). Nhu cầu điều trị nha chu (CPITN) mức độ 0: 53,8%; 1: 19,7%; 2: 26,5%. Màng bám răng (DIS) mức độ 0: 39,8%; 1: 31,3%; 2: 11,9%; 3: 17%. Vôi răng (CIS) mức độ 0: 73,5%; 1: 18%; 2: 6,5%; 3: 2,1%. Trung vị CPITN: 0(0-0,17); DIS: 0,33(0-1); CIS: 0(0-0,17); vệ sinh răng miệng (OHIS): 0,33(0-1,33). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh sâu răng, nha chu ở học sinh 12 tuổi tại tỉnh Tiền Giang ở mức độ trung bình.

Từ khóa: Bệnh sâu răng, bệnh nha chu, Tiền Giang.

SUMMARY

THE SITUATION OF TOOTH DECAY AND PERIODONTAL DISEASE OF 12-YEAR-OLD STUDENTS IN TIEN GIANG PROVINCE

Background: There is an increased tendency in the prevalence of dental caries and periodontal disease, which is different between regions due to geography, customs, economics, healthcare systems, etc. **Objective:** To determine the prevalence of tooth decay, periodontal disease among the 12-year-old students in Tien Giang province, 2018. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, by using Probability Proportional to Size (PPS). There were 2,921 12-year-

*Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trâm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2019

Ngày duyệt bài: 13.11.2019

old students have selected for interviews and the dental examinations. They are attending grade 6 at 24 secondary schools in Tien Giang province. **Results:** The incidence of tooth decay was 68.2%, 2.2% missing, 3.6% filled. Median Decayed, Missing, Filled, Teeth (DMFT): 2(0-3) (decayed: 1(0-3); missing: 0(0-0); filled: 0(0-0); median Decayed, Missing, Filled, Surfaces (DMFS): 2(0-5) (decayed: 2(0-4); missing: 0(0-0); filled: 0(0-0)). The rate of periodontal disease was 46.2% (bleeding gums 19.7%, calculus 26.5%). Community Periodontal index of treatment needs (CPITN) level 0: 53.8%; 1: 19.7%; 2: 26.5%. Debris index simplified (DIS) level 0: 39.8%; 1: 31.3%; 2: 11.9%; 3: 17%. Calculus index simplified (CIS) level 0: 73.5%; 1: 18%; 2: 6.5%; 3: 2.1%. Median CPITN: 0(0-0,17); DIS: 0.33(0-1); CIS: 0(0-0,17); Oral Hygiene index simplified (OHIS): 0,33(0-1,33). **Conclusion:** The rate of tooth decay and periodontal disease among 12-year-old students in Tien Giang Province is at an average level.

Keywords: Tooth decay, periodontal disease, Tien Giang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là nước đang phát triển, những năm gần đây, do điều kiện kinh tế, xã hội phát triển, chế độ dinh dưỡng có nhiều thay đổi, trong khi cộng đồng còn chưa nhận thức đầy đủ về nguy cơ, tác hại cũng như việc phòng tránh bệnh răng miệng. Tỷ lệ sâu răng và bệnh nha chu có xu hướng ngày càng tăng và cao thấp khác nhau ở mỗi vùng, miền do địa lý tự nhiên, phong tục tập quán, kinh tế, hệ thống y tế... khác nhau [6]. Ở các tỉnh, thành phía Nam, các nghiên cứu gần đây cũng đã cho những kết quả đáng lưu tâm là tỷ lệ sâu răng và chỉ số sâu mất trám vẫn ở mức từ trung bình đến cao. Theo Trần Thị Phương Đan (2012) [7], ở Đồng bằng sông Cửu Long, trẻ 12 tuổi có tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn là 59,4%, sâu mất trám răng vĩnh viễn là 1,55; tỷ lệ bệnh nha chu là 77,4%.

Lứa tuổi 12 - 15 là tuổi mà các em đang học ở lớp đầu và cuối cấp bậc trung học cơ sở, lứa tuổi chỉ số mà Tổ chức Y tế Thế giới chọn để theo dõi bệnh sâu răng trên toàn cầu, dùng để so sánh quốc tế và giám sát xu hướng của bệnh. Tiền Giang có 126 trường trung học cơ sở với tổng số 99.838 học sinh. Tại Cai Lậy, Tiền Giang, ở trẻ 7 - 15 tuổi tỷ lệ sâu răng số 6 là 47,2%, 1% răng mất do sâu, không có răng sâu nào được trám, chỉ có 36,3% trẻ không có nhu cầu điều trị, 16% răng cần trám bít hố rãnh. Trong khi đó, phát triển khai chương trình nha học đường tại tỉnh Tiền Giang vẫn chưa đồng bộ và còn nhiều bất cập [4]. Để hiểu rõ tình hình bệnh sâu răng, nha chu cũng như cung cấp cơ sở để các nhà quản lý hoạch định mô hình dự phòng, điều trị các bệnh răng miệng cho học sinh nói

riêng, cho người dân tỉnh Tiền Giang nói chung trong những năm sắp tới và đề xuất chiến lược đào tạo nhân sự đáp ứng nhu cầu điều trị bệnh răng miệng cho người dân. Chính vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài này, với mục tiêu: Xác định tỷ lệ bệnh sâu răng, nha chu ở học sinh 12 tuổi tại tỉnh Tiền Giang, năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Trẻ 12 tuổi đang học ở các trường trung học cơ sở tại tỉnh Tiền Giang, năm 2018.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Học sinh 12 tuổi đang học khối lớp 6 ở các trường trung học cơ sở tại tỉnh Tiền Giang .
- Có hộ khẩu thường trú tại tỉnh Tiền Giang.
- Nhà trường, phụ huynh và học sinh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Học sinh không hợp tác trong quá trình khám răng miệng.
- Học sinh vắng mặt tại thời điểm khám răng miệng.
- Học sinh đang bị viêm nhiễm cấp vùng miệng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức ước lượng một tỷ lệ.

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

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$: hệ số tin cậy 95%; p = tỷ lệ bệnh sâu răng và nha chu trẻ 12 tuổi, theo nghiên cứu của Phan Thị Trường Xuân (2013) [5] tại An Giang, tỷ lệ này là $p_1 = 0,556$ và $p_2 = 0,558$; d : sai số mong muốn, chọn $d = 0,02$; Ta có cỡ mẫu: $n_1 = 2.371$ và $n_2 = 2.369$, chọn cỡ mẫu lớn nhất là $n_1 = 2.371$ học sinh.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu 3 giai đoạn: Giai đoạn 1: Chọn huyện, thành phố, thị xã bằng phương pháp phân tầng; Giai đoạn 2: Chọn trường bằng phương pháp có xác suất tỷ lệ với độ lớn của cụm; Giai đoạn 3: Chọn học sinh: tại từng trường đã chọn, bốc thăm ngẫu nhiên chọn ra các lớp thuộc khối lớp 6 sao cho số lớp chọn có số học sinh \geq số học sinh cần khám ở từng trường.

Nội dung nghiên cứu: 2.921 học sinh 12 tuổi đang học lớp 6 tại 24 trường trung học cơ sở tỉnh Tiền Giang được phỏng vấn và khám răng miệng theo phiếu điều tra sức khỏe răng miệng của TCYTTG năm 1997 [8]. Từ đó, xác định tỷ lệ bệnh sâu răng, nha chu và các yếu tố liên quan (giới tính, khu vực, nghề nghiệp phụ huynh, trình độ học vấn phụ huynh, kiến thức, thực hành, vệ sinh răng miệng...) ở học sinh 12 tuổi tại tỉnh Tiền Giang, năm 2018.

Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU (n=2.921)

3.1. Tình hình bệnh sâu răng. Qua khám

Bảng 1. Trung vị SiC, S, M, T, SMTR, MS, MM, MT, SMTMR

	SiC	S	M	T	SMTR	MS	MM	MT	SMTMR
Trung bình	4,25	1,88	0,03	0,05	1,96	3,17	0,13	0,07	3,37
SD	1,83	2,01	0,22	0,31	2,05	4,29	0,95	0,40	4,45
Nhỏ nhất	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Lớn nhất	16	16	4	4	16	38	20	10	38
Trung vị	4	1	0	0	2	2	0	0	2
KTPV 25	3	0	0	0	0	0	0	0	0
KTPV 75	5	3	0	0	3	4	0	0	5

SiC: trung vị SMTR của 1/3 số học sinh có trung vị SMTR cao nhất; S: sâu răng; M: mất răng; T: trám răng; SMTR: sâu mất trám răng; MS: mất răng sâu; MM: mất răng mất; MT: mất răng trám; SMTMR: sâu mất trám mất răng; KTPV: khoảng tứ phân vị, SD: độ lệch chuẩn

3.2. Tình hình bệnh nha chu. Qua khám răng miệng 2.921 học sinh, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ bệnh nha chu là 46,2% (1349 học sinh), trong đó chảy máu nướu 19,7% (574 học sinh),

răng miệng cho 2.921 học sinh, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh sâu răng 68,2% (1.993 học sinh), mất răng 2,2% (65 học sinh) và trám răng 3,6% (104 học sinh).

vôi răng 26,5% (775 học sinh). Nhu cầu điều trị nha chu (CPITN) mức độ 0: 53,8% (1572 học sinh); 1: 19,7% (574 học sinh); 2: 26,5% (775 học sinh). Mảng bám răng (DIS) mức độ 0: 39,8% (1162 học sinh); 1: 31,3% (913 học sinh); 2: 11,9% (349 học sinh); 3: 17% (497 học sinh). Vôi răng (CIS) mức độ 0: 73,5% (2146 học sinh); 1: 18% (526 học sinh); 2: 6,5% (189 học sinh); 3: 2,1% (60 học sinh).

Bảng 2. Trung vị nhu cầu điều trị nha chu (CPITN), mảng bám răng (DIS), vôi răng (CIS), vệ sinh răng miệng (OHIS)

Chỉ số	Mức độ	Trung vị (KTPV 25;75)	Trung bình		
			TB±SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
CPITN	0- Lành mạnh	1(0,67-1)	0,77±0,33	0	1,00
	1- Chảy máu nướu	0(0-0,17)	0,10±0,21	0	1,00
	2- Vôi răng	0(0-0,17)	0,13±0,27	0	1,00
Tổng CPITN		0(0-0,5)	0,35±0,57	0	2,00
DIS	0- Không	0,67(0,17-1)	0,60±0,41	0	1,00
	1- DI ≤ 1/3	0,17(0-0,33)	0,23±0,30	0	1,00
	2- 1/3 < DI ≤ 2/3	0(0-0)	0,10±0,21	0	1,00
	3- DI > 2/3	0(0-0)	0,07±0,17	0	1,00
Tổng DIS		0,33(0-1)	0,64±0,78	0	3,00
CIS	0- Không	1(0,83-1)	0,87±0,27	0	1,00
	1- CI ≤ 1/3	0(0-0)	0,09±0,21	0	1,00
	2- 1/3 < CI ≤ 2/3	0(0-0)	0,03±0,13	0	1,00
	3- CI > 2/3	0(0-0)	0,01±0,04	0	0,67
Tổng CIS		0(0-0,17)	0,17±0,38	0	2,67
OHIS=DIS+CIS		0,33(0-1,33)	0,81±1,02	0	5,33

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình hình bệnh sâu răng. Theo WHO để đánh giá tình trạng sâu răng trong cộng đồng, có 2 tiêu chí được sử dụng là: (1) tỷ lệ (%) học sinh hiện mắc sâu răng (có ít nhất 1 răng bị sâu trên toàn bộ hàm răng) để nói lên mức độ lưu hành sâu răng trong cộng đồng; (2) chỉ số sâu mất trám răng (SMTR/SMTMR) (tổng số răng bị sâu + răng bị mất + răng sâu được trám) để nói lên nguy cơ sâu răng trong cộng đồng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh sâu răng chiếm 68,2% (1.993 học sinh), mất răng 2,2% (65 học sinh) và trám răng 3,6% (104 học sinh). Trung vị sâu mất trám răng (SMTR): 2(0-3) (răng sâu: 1(0-3); răng mất: 0(0-0); răng trám: 0(0-0)); trung vị sâu mất trám mất răng (SMTMR): 2(0-5) (mất răng sâu: 2(0-4); mất răng mất: 0(0-0); mất răng trám: 0(0-0)). Trung bình sâu mất trám răng: 1,96±2,05 (sâu: 1,88±2,01; mất: 0,03±0,22;

trám: $0,05 \pm 0,31$); trung bình sâu mất trám mặt răng: $3,37 \pm 4,45$ (mặt sâu: $3,17 \pm 4,29$; mặt mất: $0,13 \pm 0,95$; mặt trám: $0,07 \pm 0,40$). Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu đã công bố. Phan Thị Trường Xuân (2013) [5], nghiên cứu cắt ngang 727 học sinh, tỷ lệ sâu răng 55,6%. Trung bình SMTR $1,4 \pm 1,8$ (S: $1,3 \pm 1,8$; M: $0,02 \pm 0,16$; T: $0,1 \pm 0,3$). Trần Thị Phương Đan (2012) [7], nghiên cứu cắt ngang trên 594 học sinh, tỷ lệ sâu răng 59,4%, SMTR $1,55 \pm 1,8$ (S: $1,43 \pm 1,8$; M: $0,06 \pm 0,2$; $0,06 \pm 0,3$). Hồ Văn Dzi (2012) [1], tỷ lệ sâu răng 74,25%, SMTR $1,97 \pm 1,5$ (S: 1,8; M: 0,06; T: 0,1). Lâm Nhựt Tân (2013) [2], tỷ lệ sâu răng 68,5%, SMTR 1,99 (S: 1,85; M: 0,05; T: 0,88). Tạ Quốc Đại (2012) [6], nghiên cứu cắt ngang 1022 học sinh, tỷ lệ sâu răng 31,1%, SMTR 0,98 (S: 0,91; M: 0,01; T: 0,06). Nguyễn Xuân Thực (2016) [3], nghiên cứu cắt ngang 245 học sinh, tỷ lệ sâu răng 88,98% (theo ICDAS) trong đó tổn thương men răng giai đoạn sớm 81,85%, tổn thương sâu răng thật sự 18,5%. Trung bình SMTMR $1,75 \pm 2,5$ (MS: $1,33 \pm 2,2$; MM: $0,04 \pm 0,6$; MT: $0,38 \pm 1,1$).

Nhìn chung tình hình sâu răng ở học sinh 12 tuổi tại tỉnh Tiền Giang còn ở mức trung bình, đa số các răng sâu không được điều trị. Trong khi đó chỉ số trám răng rất thấp. Điều này phản ánh khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc răng miệng của học sinh vẫn còn rất hạn chế.

4.2. Tình hình bệnh nha chu. Tỷ lệ bệnh nha chu là 46,2% (1349 học sinh), trong đó chảy máu nướu 19,7% (574 học sinh), viêm răng 26,5% (775 học sinh). Nhu cầu điều trị nha chu (CPITN) mức độ 0: 53,8% (1572 học sinh); 1: 19,7% (574 học sinh); 2: 26,5% (775 học sinh). Màng bám răng (DIS) mức độ 0: 39,8% (1162 học sinh); 1: 31,3% (913 học sinh); 2: 11,9% (349 học sinh); 3: 17% (497 học sinh). Viêm răng (CIS) mức độ 0: 73,5% (2146 học sinh); 1: 18% (526 học sinh); 2: 6,5% (189 học sinh); 3: 2,1% (60 học sinh). Trung vị CPITN: 0(0-0,17); DIS: 0,33(0-1); CIS: 0(0-0,17); vệ sinh răng miệng (OHIS): 0,33(0-1,33). Trung bình CPITN $0,35 \pm 0,57$ (mức độ 0: $0,77 \pm 0,33$; 1: $0,10 \pm 0,21$; 2: $0,13 \pm 0,27$). DIS $0,64 \pm 0,78$ (mức độ 0: $0,60 \pm 0,41$; 1: $0,23 \pm 0,30$; 2: $0,10 \pm 0,21$; 3: $0,07 \pm 0,17$). CIS $0,17 \pm 0,38$ (mức độ 0: $0,87 \pm 0,27$; 1: $0,09 \pm 0,21$; 2: $0,03 \pm 0,13$; 3: $0,01 \pm 0,04$). OHIS $0,81 \pm 1,02$. DIS mức độ rất tốt chiếm 39,8%, tốt 20,8%, trung bình 29,5%, kém 9,9%. CIS mức độ rất tốt chiếm 73,5%, tốt 15,2%, trung bình 10,9%, kém 0,5%. OHIS mức độ rất tốt chiếm 37,7%, tốt 40,4%, trung bình

21,4%, kém 4,5%. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu đã công bố. Trần Thị Phương Đan (2012) [7], tỷ lệ bệnh nha chu là 77,4%, chảy máu nướu 34,4%, viêm răng 43%. Trung bình CPITN mức độ 0: $3,29 \pm 2,09$; 1: $1,76 \pm 1,84$; 2: $0,94 \pm 1,65$. Tạ Quốc Đại (2012) [6], tỷ lệ viêm nướu 40%, CPITN lành mạnh 60%, chảy máu nướu 15,4%, viêm răng 24,6%. Màng bám răng mức độ 0: 4,8%; 1: 7,7%; 2: 77,6%; 3: 9,9%. Viêm răng mức độ 0: 18,9%; 1: 56,5%; 2: 19,7%; 3: 4,9%. OHIS rất tốt 11,2%, tốt 32,1%, trung bình 48,6%, kém 7,5%. Phan Thị Trường Xuân (2013) [5], tỷ lệ bệnh nha chu 55,8% (9,0% chảy máu nướu và 46,8% có viêm răng), trung bình CIS: $1,71 \pm 2,12$. Hồ Văn Dzi (2012) [1], tỷ lệ nha chu 86,55% (chảy máu nướu 26,85%, viêm răng 59,7%). Lâm Nhựt Tân (2013) [2], tỷ lệ nha chu 42% (chảy máu nướu 16,5%; viêm răng 25,5%). Tỷ lệ/trung bình màng bám mức độ 0: $8,8\%/1,9 \pm 1,87$; 1: $56,3\%/2,95 \pm 1,78$; 2: $27,3\%/0,78 \pm 1,4$; 3: $7,8\%/0,13 \pm 0,52$. Tỷ lệ/trung bình viêm răng mức độ 0: $74,5\%/5,19 \pm 1,34$; 1: $18,5\%/0,51 \pm 1,08$; 2: $6\%/0,085 \pm 0,385$; 3: $1\%/0,015 \pm 0,16$).

Qua phân tích các thành phần của chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản chúng ta có thể biết được kỹ năng thực hành về chăm sóc răng miệng của học sinh chưa tốt, tình trạng vệ sinh không tốt còn cao, tuy nhiên chỉ số cao răng ở mức độ trung bình và kém không cao, chỉ số màng bám trung bình và kém cao nên việc can thiệp để giải quyết tình trạng màng bám cho học sinh sẽ đơn giản và mang lại hiệu quả nhanh hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh sâu răng là 68,2%, mất răng 2,2%, trám răng 3,6%,. Trung vị sâu mất trám răng (SMTR): 2(0-3) (răng sâu: 1(0-3); răng mất: 0(0-0); răng trám: 0(0-0)); sâu mất trám mặt răng (SMTMR): 2(0-5) (mặt răng sâu: 2(0-4); mặt răng mất: 0(0-0); mặt răng trám: 0(0-0).

Tỷ lệ bệnh nha chu là 46,2% (chảy máu nướu 19,7%, viêm răng 26,5%). Nhu cầu điều trị nha chu (CPITN) mức độ 0: 53,8%; 1: 19,7%; 2: 26,5%. Màng bám răng (DIS) mức độ 0: 39,8%; 1: 31,3%; 2: 11,9%; 3: 17%. Viêm răng (CIS) mức độ 0: 73,5%; 1: 18%; 2: 6,5%; 3: 2,1%. Trung vị CPITN: 0(0-0,17); DIS: 0,33(0-1); CIS: 0(0-0,17); vệ sinh răng miệng (OHIS): 0,33(0-1,33).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Văn Dzi, Nguyễn Thị Kim Anh (2012), "Tình trạng sức khỏe răng miệng của học sinh 12 và 15 tuổi tại Thị xã Thủ Dầu Một – Bình Dương", Y học TP. Hồ Chí Minh, 16(2), tr. 109-115.

2. **Lâm Nhật Tân (2013)**, Tình trạng sức khỏe răng miệng của trẻ em lứa tuổi 12 và 15 tại thành phố Cần Thơ năm 2010, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
3. **Nguyễn Xuân Thực, Lộc Thị Thanh Hiền (2016)**, "Thực trạng sâu răng của trẻ 12 tuổi tại Trường trung học cơ sở Khương Thượng, Đống Đa, Hà Nội năm 2016", Y học thực hành, 12, tr. 107-111.
4. **Phan Thị Kim Tuyết (2010)**, "Tình hình sâu răng số 6 ở trẻ em lứa tuổi 7-15 tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cai Lậy, năm 2008", Y học TP. Hồ Chí Minh, 14(4), tr. 1-5.
5. **Phan Thị Trường Xuân, Nguyễn Thị Kim Anh (2014)**, "Tình hình sức khỏe răng miệng của học sinh 12 và 15 tuổi tại TP. Long Xuyên tỉnh An Giang", Y học TP. Hồ Chí Minh, 17(2), tr. 72-78.
6. **Tạ Quốc Đại (2012)**, Đánh giá hiệu quả kiểm soát mảng bám răng trong dự phòng sâu răng, nha chu ở học sinh 12 tuổi tại một số trường ở ngoại thành Hà Nội, Luận án tiến sĩ y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
7. **Trần Thị Phương Đan (2012)**, Tình hình sức khỏe răng miệng người dân Đồng bằng sông Cửu Long và các yếu tố liên quan, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
8. **WHO (1997)**, Oral health surveys: Basic methods - 4th edition. Global data on dental caries level for 12 years and 35 - 44 years, Geneva.

THỰC TRẠNG QUAN TRẮC CHẤT THẢI RẮN Y TẾ TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TUYẾN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Đức Sơn*, Nguyễn Thu Hà*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá thực trạng quan trắc chất thải rắn y tế của 10 bệnh viện tuyến trung ương tại Hà Nội. Các bệnh viện được quan trắc nguồn phát thải; thành phần và số lượng (chất thải thông thường và chất thải y tế nguy hại); hoạt động phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ và xử lý chất thải theo quy định. Kết quả cho thấy: Trong quý II/2019, tại 10 bệnh viện được quan trắc: tổng chất thải lây nhiễm là khoảng 2495 kg/ngày; chất thải nguy hại không lây nhiễm 350 kg/ngày; chất thải y tế thông thường; chất thải sinh hoạt 16384 kg/ngày; chất thải tái chế 1191 kg/ngày. 10/10 bệnh viện có hộp chứa/đựng chất thải lây nhiễm sắc nhọn; túi/thùng chứa/đựng chất thải lây nhiễm không sắc nhọn; túi/thùng chứa/đựng chất thải y tế thông thường; túi/thùng chứa/đựng chất thải được phép thu gom, tái chế đáp ứng yêu cầu về số lượng và chất lượng. Có 2/10 bệnh viện chưa đáp ứng yêu cầu về chất lượng của túi/thùng chứa/đựng chất thải nguy hại không lây nhiễm và 1/10 bệnh viện chưa đáp ứng yêu cầu về số lượng của túi/thùng chứa/đựng chất thải nguy hại không lây nhiễm. 10/10 (100%) bệnh viện có thực hiện phân loại, thu gom chất thải rắn y tế tại các bộ phận phát sinh chất thải rắn y tế; tuy nhiên còn có 3/10 bệnh viện việc lưu trữ chất thải rắn y tế chưa đạt hoàn toàn theo quy định. Các tác giả khuyến nghị cần đảm bảo thực hiện tốt việc phân loại, thu gom, vận chuyển nội bộ, lưu giữ và xử lý chất thải rắn y tế ở tất cả các bệnh viện

Từ khóa: Quan trắc, chất thải rắn y tế, bệnh viện, trung ương

SUMMARY

STATUS OF MEDICAL SOLID WASTE AT SOME CENTRAL HOSPITAL

The study was conducted to assess the status of medical solid waste monitoring of 10 central hospitals in Hanoi. Hospitals are monitored emission sources; composition and quantity (common waste and infectious waste); sorting, collecting, transporting, storing and waste disposal. The research results showed that: In the second quarter of 2019, in 10 hospitals monitored: the total infectious waste is about 2495 kg/day; non-infectious hazardous waste 350 kg/day; normal medical waste; domestic waste 16384 kg/day; recycling waste 1191 kg/day. 10/10 hospitals have sharp infectious waste box, sharp non-infectious waste box, normal medical waste box, recycling medical waste box about the quantity and quality requirements. There are 2/10 hospitals that have not quality requirements for non-infectious hazardous waste box and 1/10 hospitals that have not quantity requirements for non-infectious hazardous waste. 10/10 (100%) hospitals have classified, collected medical solid waste at the source; however, there are 3/10 hospitals that solid waste storage not yet completely following the regulations. The authors recommend it is necessary to ensure classify, collection, internal transportation, storage and disposal of medical solid waste in all hospitals.

Keywords: Monitoring, medical solid waste, hospital, central

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất thải rắn y tế (CTRYT) có nguy cơ gây bệnh hoặc tổn thương đối với sức khỏe con người. Trong chất thải y tế lại chứa đựng các tác nhân gây bệnh truyền nhiễm như tụ cầu, HIV, viêm gan B. Các tác nhân này có thể thâm nhập vào cơ thể qua các vết trầy xước, vết đâm xuyên, qua niêm mạc, qua đường hô hấp (do hít

*Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Sơn

Email: ducson199@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.10.2019

Ngày duyệt bài: 5.11.2019

phải), qua đường tiêu hóa (do nuốt hoặc ăn phải)... Đặc biệt những vật sắc nhọn (kim tiêm) được coi là loại chất thải rất nguy hiểm bởi nó vừa gây tổn thương (vết cắt, đâm) vừa gây bệnh truyền nhiễm như viêm gan B, HIV...

Bởi vậy việc đánh giá thực trạng chất thải rắn y tế của các bệnh viện, đặc biệt là các bệnh viện tuyến trung ương theo Thông tư số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT ngày 31/12/2015 về Quy định quản lý chất thải y tế để có các giải pháp thực hiện tốt việc phân loại, thu gom, vận chuyển nội bộ, lưu giữ và xử lý chất thải rắn y tế ở tất cả các bệnh viện là rất cần thiết.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá thực trạng quan trắc chất thải rắn y tế của 10 bệnh viện tuyến trung ương tại Hà Nội (Bệnh viện Da liễu trung ương, bệnh viện Tai mũi họng trung ương, bệnh viện Lão khoa trung ương, bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương, bệnh viện Bệnh viện K (cơ sở 1), bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện Mắt trung ương, bệnh viện Nội Tiết (cơ sở Thái Thịnh), bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Viện Huyết học và truyền máu trung ương).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Chất thải rắn y tế của 10 bệnh viện tuyến trung ương tại Hà Nội.
- Địa điểm quan trắc:
 - + Các khoa, phòng chuyên môn (các khoa lâm sàng và cận lâm sàng) của Bệnh viện.
 - + Khu vực lưu giữ tập trung chất thải rắn y tế của khoa, phòng.
 - + Khu vực lưu giữ chất thải rắn y tế của Bệnh viện.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Phương pháp thực hiện:

- Quan sát thực tế việc thực hiện phân loại, thu gom, vận chuyển nội bộ, lưu giữ và xử lý (nếu có) chất thải rắn y tế tại các Bệnh viện.
- Thực hiện cần, đo để kiểm tra trọng lượng, số lượng chất thải rắn y tế phát sinh.
- Hồi cứu số liệu từ sổ sách, chứng từ có liên quan thông qua việc sử dụng phiếu thu thập thông tin/bảng kiểm.
- Đánh giá việc quản lý chất thải rắn y tế (bao gồm cả chất thải thông thường, chất thải nguy hại, chất thải tái chế) căn cứ theo Thông tư số 36/2015/TT-BTNMT về quản lý chất thải nguy hại, Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT về Quản lý chất thải y tế và Đề án bảo vệ môi trường của Bệnh viện.

2.3. Nội dung quan trắc:

- Nguồn phát thải.
- Thành phần và số lượng (chất thải thông thường và chất thải y tế nguy hại).
- Hoạt động phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ và xử lý chất thải.

2.4 Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Thực hiện các quy định tại Thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT có hiệu lực thi hành từ ngày 01/04/2016, các chất thải rắn y tế phát sinh trong Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được phân định và phân loại theo các loại chất thải như sau: Chất thải lây nhiễm (gồm chất thải lây nhiễm sắc nhọn và chất thải lây nhiễm không sắc nhọn), chất thải nguy hại không lây nhiễm, chất thải thông thường, chất thải thông thường phục vụ mục đích tái chế.

- Chất thải lây nhiễm gồm chất thải lây nhiễm sắc nhọn (như kim tiêm, bơm liềm kim tiêm, đầu sắc nhọn của dây truyền, kim chọc dò, lưỡi dao mổ, đinh, cửa dùng trong phẫu thuật, các vật sắc nhọn khác đâm dính máu hoặc dịch sinh học cơ thể), chất thải lây nhiễm không sắc nhọn (như chất thải thấm, dính, chứa máu hoặc dịch sinh học của cơ thể không sắc nhọn), chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao (như mẫu bệnh phẩm, dụng cụ đựng, dính mẫu bệnh phẩm, chất thải dính mẫu bệnh phẩm,...) và chất thải giải phẫu (như mô, bộ phận cơ thể người thải bỏ). Các chất thải lây nhiễm phát sinh chủ yếu từ các khoa phòng lâm sàng, cận lâm sàng (xét nghiệm).

- Chất thải nguy hại không lây nhiễm gồm hóa chất thải bỏ bao gồm hoặc có các thành phần nguy hại, dược phẩm thải bỏ thuộc nhóm gây độc tế bào, thiết bị y tế bị vỡ, hỏng, đã qua sử dụng thải bỏ có chứa thủy ngân (chủ yếu là đèn neon). Các chất thải nguy hại không lây nhiễm phát sinh chủ yếu từ các khoa phòng lâm sàng, cận lâm sàng (xét nghiệm).

- Chất thải y tế thông thường gồm giấy, báo bìa, vỏ hộp thuốc, chai nhựa đựng thuốc không thuộc nhóm gây độc tế bào, chai nhựa, dây truyền, bơm tiêm (không bao gồm đầu sắc nhọn). Chất thải y tế thông thường phát sinh trong sinh hoạt thường ngày (của CBCNV, bệnh nhân và của người nhà bệnh nhân), chất thải ngoại cảnh trong Bệnh viện và chất thải phát sinh trong hoạt động khám chữa bệnh.

Bảng 1. Lượng chất thải phát sinh trung bình trong ngày của 10 Bệnh viện

TT	Loại chất thải rắn y tế	Đơn vị tính	Số lượng chất thải phát sinh
1	Chất thải lây nhiễm gồm: Chất thải lây nhiễm sắc nhọn(kim tiêm; bơm liềm kim tiêm; đầu sắc nhọn của dây truyền; kim chọc dò; kim châm cứu; lưỡi dao mổ; đinh, cưa dùng trong phẫu thuật và các vật sắc nhọn khác) Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn(Chất thải thấm, dính, chứa máu hoặc dịch sinh học của cơ thể; các chất thải phát sinh từ buồng bệnh cách ly) Chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao(Mẫu bệnh phẩm, dụng cụ đựng dịch mẫu bệnh phẩm, chất thải dính mẫu bệnh phẩm phát sinh từ các phòng xét nghiệm an toàn sinh học cấp III) Chất thải giải phẫu(Mô, bộ phận cơ thể người thải bỏ và xác động vật thí nghiệm)	Kg/24h	2495
2	Chất thải nguy hại không lây nhiễm, gồm: Hóa chất thải bỏ bao gồm hoặc có các thành phần nguy hại Dược phẩm thải bỏ thuộc nhóm gây độc tế bào hoặc có cảnh báo nguy hại từ nhà sản xuất Thiết bị y tế bị vỡ, hỏng, đã qua sử dụng thải bỏ có chứa thủy ngân và các kim loại nặng Chất hàn răng amalgam thải bỏ; Chất thải nguy hại khác	Kg/24h	350
3	Chất thải y tế thông thường không phục vụ mục đích tái chế (Chất thải rắn sinh hoạt phát sinh trong sinh hoạt thường ngày của con người và chất thải ngoại cảnh trong cơ sở y tế, chất thải có yếu tố nguy hại dưới ngưỡng)	Kg/24h	16384
4	Chất thải y tế thông thường phục vụ mục đích tái chế (Vật liệu giấy, nhựa, kim loại, thủy tinh không chứa các yếu tố lây nhiễm hoặc gây hại. Chất thải lây nhiễm sau khi xử lý đạt quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về môi trường)	Kg/24h	1191

Tại 10 bệnh viện được quan trắc: tổng chất thải lây nhiễm là khoảng 2495 kg/ngày; chất thải nguy hại không lây nhiễm 350 kg/ngày; chất thải y tế thông thường; chất thải sinh hoạt 16384 kg/ngày; chất thải tái chế 1191 kg/ngày.

Bảng 2. Chất lượng bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa CTRYT của 10 Bệnh viện

Bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa CTRYT	Đáp ứng yêu cầu về chất lượng				Đáp ứng yêu cầu về số lượng			
	Đạt		Chưa đạt		Đạt		Chưa đạt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hộp chứa/đựng chất thải lây nhiễm sắc nhọn	10	100	0	0	10	100	0	0
Túi/thùng chứa/đựng chất thải lây nhiễm không sắc nhọn	10	100	0	0	10	100	0	0
Túi/thùng chứa/đựng chất thải nguy hại không lây nhiễm	8	80	2	20	9	90	1	10
Túi/thùng chứa/đựng chất thải y tế thông thường	10	100	0	0	10	100	0	0
Túi/thùng chứa/đựng chất thải được phép thu gom, tái chế	10	100	0	0	10	100	0	0

Nhìn chung, hầu hết các bộ phận phát sinh chất thải rắn y tế đã sử dụng đúng quy định các bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa CTRYT trong khi thực hiện phân loại, thu gom và lưu giữ chất thải. Bao bì đựng chất thải y tế lây nhiễm và chất thải thông thường tại một số ít bệnh viện

chưa có biểu tượng theo đúng quy định trong thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT/BYT-BTNMT. 10/10 bệnh viện có hộp chứa/đựng chất thải lây nhiễm sắc nhọn; túi/thùng chứa/đựng chất thải lây nhiễm không sắc nhọn; túi/thùng chứa/đựng chất thải y tế thông thường; túi/thùng

chứa/đựng chất thải được phép thu gom, tái chế đáp ứng yêu cầu về số lượng và chất lượng. Có 2/10 bệnh viện chưa đáp ứng yêu cầu về chất lượng của túi/thùng chứa/đựng chất thải nguy

hại không lây nhiễm và 1/10 bệnh viện chưa đáp ứng yêu cầu về số lượng của túi/thùng chứa/đựng chất thải nguy hại không lây nhiễm.

Bảng 3. Thực hiện quy trình kỹ thuật quản lý CTRYT của 10 Bệnh viện

STT	Thông tin	Số CSYT thực hiện	Tỷ lệ (%)
I	Phân loại CTRYT		
1	Phân loại ngay tại nơi phát sinh, thời điểm phát sinh	10	100
2	Từng loại chất thải y tế phân loại riêng vào trong bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải theo quy định	10	100
3	Không để lẫn chất thải lây nhiễm với chất thải khác	10	100
4	Có vị trí để đặt các bao bì, dụng cụ phân loại CTRYT	10	100
5	Có bảng hướng dẫn cách phân loại, thu gom	10	100
III	Thu gom chất thải y tế		
1	Chất thải được thu gom riêng từng loại từ nơi phát sinh về khu vực lưu giữ chất thải trong khuôn viên Bệnh viện	10	100
2	Trong quá trình thu gom, túi đựng chất thải buộc kín, thùng đựng chất thải có nắp đậy kín, bảo đảm không bị rơi, rò rỉ chất thải trong quá trình thu gom	10	100
3	Cơ sở Y tế quy định tuyến đường và thời điểm thu gom chất thải lây nhiễm phù hợp	10	100
IV	Lưu giữ CTRYT		
1	Khu lưu giữ CT lây nhiễm	7	70
2	Khu lưu giữ CT nguy hại (không lây nhiễm)	7	70
3	Khu lưu giữ CT thông thường	8	70
4	Dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải	9	70
5	Thời gian lưu giữ chất thải lây nhiễm	10	100

- Thực hiện phân loại, thu gom tại nơi phát sinh: Số đơn vị có 100% các khoa/ phòng/ trung tâm thực hiện phân loại chất thải rắn y tế nguy hại ngay tại nơi phát sinh: 10/10 (100%).

- Bảng hướng dẫn phân loại, thu gom: Tại thời điểm quan trắc, kết quả cho thấy 100% các khoa/ phòng/ trung tâm của tất cả các đơn vị đều có bảng hướng dẫn phân loại, thu gom chất thải y tế.

- Thu gom chất thải rắn y tế về khu vực lưu giữ chất thải của Bệnh viện:

+ Chất thải được thu gom riêng từng loại (bao gồm chất thải lây nhiễm sắc nhọn, chất thải lây nhiễm không sắc nhọn, chất thải nguy hại không lây nhiễm và chất thải thông thường) từ nơi phát sinh về khu vực lưu giữ chất thải trong khuôn viên cơ sở y tế.

+ Các túi đựng chất thải được buộc kín khi thu gom, thùng đựng chất thải có nắp đậy kín, bảo đảm không bị rơi, rò rỉ chất thải trong quá trình thu gom.

+ Đường vận chuyển nội bộ chất thải y tế về nơi lưu giữ không đi qua khu vực chăm sóc người bệnh hoặc nơi tập trung đông người.

+ Tần suất thu gom từ các khoa phòng về khu vực tập trung rác ít nhất 1 lần/ngày; có quy định cụ thể về thời gian vận chuyển chất thải.

+ Nhân viên vận chuyển nội bộ chất thải mang đầy đủ phương tiện bảo hộ lao động như quần áo, khẩu trang y tế, găng tay cao su, ủng,... khi thực hiện thu gom, vận chuyển chất thải về nơi tập trung.

- Thực hiện lưu giữ chất thải y tế:

+ Khu lưu giữ chất thải có mái che cho khu vực lưu giữ; nền đảm bảo không bị ngập lụt, tránh được nước mưa chảy tràn từ bên ngoài vào, không bị chảy tràn chất lỏng ra bên ngoài khi có sự cố rò rỉ, đổ tràn.

+ Khu lưu giữ chất thải có bố trí vị trí phù hợp để đặt các dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải y tế.

+ Chất thải lây nhiễm, chất thải nguy hại không lây nhiễm, chất thải thông thường được lưu giữ riêng: Chất thải lây nhiễm được lưu giữ trong các túi, thùng vàng, có nắp đậy kín; Chất thải thông thường không phục vụ mục đích tái chế được lưu trong các túi, thùng xanh, có nắp đậy kín.

+ Dụng cụ, thiết bị lưu chứa phù hợp với từng loại chất thải và lượng chất thải phát sinh

trong cơ sở y tế.

+ Dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải có nắp đậy kín, màu sắc đúng quy định, có biểu tượng loại chất thải lưu giữ theo đúng quy định.

+ Dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải y tế nguy hại có thành cứng, không bị bục vỡ, rò rỉ dịch thải trong quá trình lưu giữ chất thải, có nắp đậy kín và chống được sự xâm nhập của các loài động vật.

+ Dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải được thường xuyên vệ sinh sạch sẽ.

+ Các bệnh viện thực hiện lưu giữ chất thải không quá 48 giờ.

V. KẾT LUẬN

Trong quý II/2019, tại 10 bệnh viện được quan trắc: tổng chất thải lây nhiễm là khoảng 2495 kg/ngày; chất thải nguy hại không lây nhiễm 350 kg/ngày; chất thải y tế thông thường; chất thải sinh hoạt 16384 kg/ngày; chất thải tái chế 1191 kg/ngày. 10/10 bệnh viện có hộp chứa/đựng chất thải lây nhiễm sắc nhọn; túi/thùng chứa/đựng chất thải lây nhiễm không sắc nhọn; túi/thùng chứa/đựng chất thải y tế thông thường; túi/thùng chứa/đựng chất thải được phép thu gom, tái chế đáp ứng yêu cầu về số lượng và chất lượng. Có 2/10 bệnh viện chưa

đáp ứng yêu cầu về chất lượng của túi/thùng chứa/đựng chất thải nguy hại không lây nhiễm và 1/10 bệnh viện chưa đáp ứng yêu cầu về số lượng của túi/thùng chứa/đựng chất thải nguy hại không lây nhiễm. 10/10 (100%) bệnh viện có thực hiện phân loại, thu gom chất thải rắn y tế tại các bộ phận phát sinh chất thải rắn y tế; tuy nhiên còn có 3/10 bệnh viện việc lưu trữ chất thải rắn y tế chưa đạt hoàn toàn theo quy định.

KHUYẾN NGHỊ

Các tác giả khuyến nghị cần đảm bảo thực hiện tốt việc phân loại, thu gom, vận chuyển nội bộ, lưu giữ và xử lý chất thải rắn y tế ở tất cả các bệnh viện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Luật Bảo vệ môi trường số 55/2014/QH13** được Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam thông qua ngày 23/06/2014 tại kỳ họp thứ 7, khóa XIII và có hiệu lực thi hành vào ngày 01/01/2015.
2. **Quyết định số 23/2006/QĐ-BTNMT** ngày 26/12/2006 về việc ban hành danh mục chất thải nguy hại của Bộ Tài nguyên và Môi trường..
3. **Thông tư số 36/2015/TT-BTNMT** ngày 30 tháng 6 năm 2015 của Bộ Tài Nguyên môi trường về Quản lý chất thải nguy hại.
4. **Thông tư số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT** ngày 31/12/2015 về Quy định quản lý chất thải y tế.

XÁC ĐỊNH CÁC KIỂU GEN (GENOTYPE) CỦA VIRUS VIÊM GAN C (HCV) TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Trần Quang Cảnh*, Vũ Bá Việt Phương*

TÓM TẮT

Mở đầu: Virus viêm gan C (Hepatitis C Virus - HCV) là một trong những căn nguyên thường gặp gây ra bệnh viêm gan cấp tính, viêm gan mạn tính. Hậu quả có thể dẫn đến xơ gan và ung thư gan. HCV có 6 kiểu gen (genotype) và trên 30 thứ type (subtype), trong đó genotype 1 khó đáp ứng với điều trị Interferon. Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định tỷ lệ genotype HCV trên những bệnh nhân viêm gan C và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. Thu thập dữ liệu về genotype HCV từ huyết thanh bệnh nhân viêm gan C và các yếu tố liên quan tại Labo sinh học phân tử, Bệnh viện trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương từ 01/01/2016 đến 31/12/2018. **Kết quả:** Genotype 1: 72,4%, genotype 6: 17,2%, genotype 2: 6,9%, không thuộc genotype 1,

2, 3, 6: 3,5% trong 58 trường hợp. Genotype 1 chiếm tỷ lệ cao trong các lớp tuổi và độ tuổi trên 45 tuổi có số người tập trung nhiều nhất. Sử dụng test kiểm định χ^2 : có mối liên quan giữa giới tính với genotype HCV. **Kết luận:** Genotype 1 chiếm tỷ lệ cao nhất (72,4%). Bệnh nhân viêm gan C cần được xác định genotype HCV trước khi điều trị.

Từ khóa: Vrus viêm gan C, kiểu gen, real-time RT-PCR

SUMMARY

STUDY OF HEPATITIS C VIRUS (HCV) GENOTYPE AT THE HOSPITAL OF HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY

Backgrounds: Hepatitis C Virus (HCV) is one of the common causes of acute hepatitis, chronic hepatitis, cirrhosis and liver cancer. HCV has 6 genotypes (genotypes) and more than 30 subtypes (subtypes), in which genotype 1 is difficult to respond to Interferon treatment. This study was conducted to determine the proportion of HCV genotype and some related factors in hepatitis C patients. **Method:** Descriptive and cross-sectional method. Collect data on HCV genotype and related factors from patients

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Cảnh

Email: canhhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2019

Ngày duyệt bài: 7.11.2019

with hepatitis C at the Molecular Biology Lab, Hospital of Hai Duong Medical Technical University from 01/01/2016 to 31/12 /2018. **Results:** Genotype 1: 72.4%, genotype 6: 17.2%, genotype 2: 6.9%, not genotype 1, 2, 3, 6: 3.5% in 58 cases. Genotype 1 has the high proportion of age classes and the ages over 45 years old have the most concentrated. Using χ^2 test: there is a link between gender and HCV genotype. **Conclusion:** Genotype 1 has the highest rates (72.4%) and the patients who has hepatitis C need to be determined HCV genotype before treatment.

Key words: HCV, genotype, real-time RT-PCR

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm gan siêu vi C là một vấn đề thời sự của y học Việt nam và thế giới do tỉ lệ nhiễm bệnh cao (2-9% dân số) và những hậu quả lâu dài, trầm trọng có thể xảy ra như xơ gan và ung thư gan. Bệnh do virus viêm gan C (HCV) thuộc họ Flaviviridae gây nên. HCV được phân thành 6 genotype (1 đến 6) với khoảng 30 subtype (a, b, c,...). Các genotype có trình tự nucleotide khác nhau khoảng 30%, các subtype khác biệt từ 20-25%. Việc xác định số lượng HCV (HCV-RNA) và genotype HCV khi bắt đầu điều trị bệnh viêm gan C rất quan trọng trong chỉ định và tiên lượng điều trị bệnh viêm gan C(1,2,6,7). Tại Việt nam, tỉ lệ người nhiễm HCV ở mức độ cao (4-9%) với các loại genotype HCV thường gặp là 1, 2 và 6 (3,5,6,8). Nghiên cứu thực hiện nhằm mục tiêu: *Xác định tỉ lệ các genotype HCV và tìm hiểu mối liên quan trên những bệnh nhân viêm gan C tại bệnh viện trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân viêm gan C được làm xét nghiệm định lượng HCV-RNA và xác định genotype HCV bằng phương pháp Real-Time RT-PCR tại Bệnh viện trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương từ 01/01/2016 đến 31/12/2018.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có HCV-RNA dương tính, được xác định kiểu gen.

HCV bằng kỹ thuật Real-Time RT-PCR (3,4), có đầy đủ thông tin về họ tên, tuổi, giới tính của bệnh nhân. Ghi nhận số liệu vào "Bảng thu thập số liệu" Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 17.0 và vẽ biểu đồ bằng Excel 2007.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

2.2.2. Cỡ mẫu: Tất cả các bệnh nhân được thực hiện hai xét nghiệm: định lượng HCV-RNA và xác định genotype HCV bằng phương pháp Real-Time RT-PCR.

2.2.3. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu:

- **Phương pháp thu thập mẫu:** Mẫu là

huyết tương được tách từ máu chống đông bằng EDTA với đầy đủ thông tin (Mẫu sẽ được bảo quản trong ống Eppendorf ở nhiệt độ -20°C nếu không xét nghiệm ngay). Đối với các mẫu có HCV-ARN dương tính sẽ được xác định kiểu gen HCV bằng kỹ thuật Realtime RT- PCR.

- **Phương pháp tách chiết RNA:** ADN từ mẫu bệnh phẩm được tách chiết bằng phương pháp sử dụng phenol/chloroform, phỏng theo phương pháp của Chomczynski & Sacchi (1987): 200 μ l huyết tương được thêm vào 900 μ l Trizol pH4. RNA sau đó được tủa bằng isopropanol với chất trợ tủa GlycoBlue. RNA thu được sau tủa được giữ trong nước cất đã qua xử lý bằng DEPC và bảo quản ở -20°C cho đến khi sử dụng.

- **Phương pháp xác định Genotype HCV:** Phản ứng được thực hiện trên hệ thống máy PCR BioRad C1000, Realtime PCR Eppendorf Realplex với hệ môi và mẫu dò được thiết kế trên vùng 5'NC của bộ gen HCV, chương trình nhiệt bao gồm:

+ Tổng hợp cDNA: 25°C – 5' (1 chu kỳ), 42°C – 30' (1 chu kỳ), 85°C – 5'.

+ Phản ứng Realtime RT-PCR: 1 chu kỳ: 95°C – 5', 40 chu kỳ lặp lại với: 95°C – 15", 60°C- 1'(đọc kết quả tại bước này).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trên cơ sở thu thập được 58 trường hợp có kết quả định lượng HCV-RNA và định genotype HCV.

2.1. Đặc tính của mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Tỷ lệ phân bố bệnh nhân theo lớp tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 30	3	5,2
30 - 45	24	41,4
> 45	31	53,4
Tổng	58	100

Nhận xét: Độ tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là trên 45 tuổi (53,4%), tiếp đó là từ 30 – 45 tuổi (41,4%) và thấp nhất là < 30 tuổi (5,2%). Tuổi trung bình: 48,88 \pm 10,50; tuổi nhỏ nhất: 21, tuổi lớn nhất: 68.

Bảng 2: Tỷ lệ phân bố bệnh nhân theo lớp giới

Giới	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	39	67,2
Nữ	19	32,8
Tổng	58	100

Nhận xét: Tỷ lệ mắc HCV ở nam giới (67,2%) cao hơn ở nữ giới (32,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giới nam và nữ (p<0,05).

Bảng 3 Tỷ lệ phân bố các loại genotype HCV

Các type HCV	Số lượng	Tỷ lệ %
1	42	72,4
2	4	6,9
3	0	0,0

6	10	17,2
Ngoài các type 1,2,3,6	2	3,5
Tổng	58	100

Nhận xét: Trong số các bệnh nhân nhiễm HCV, genotype 1 chiếm ưu thế (72,4%),

genotype 6 (17,2%), genotype 2 (6,9%), không có bệnh nhân nào mắc genotype 3 và các trường nhiễm genotype không thuộc 04 genotype trên chiếm 3,5%.

2.2. Khảo sát các mối liên quan:

Bảng 4: Mối liên quan giữa giới tính với từng loại genotype HCV

Giới	Genotype 1		Genotype 2		Genotype 6		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	27	71,0	3	7,9	8	21,1	38	100
Nữ	15	83,3	1	5,6	2	11,1	18	100

Nhận xét: Do tỷ lệ các trường nhiễm genotype 3 và genotype 1, 2, 3 và 6 chiếm 3,5% so với genotype 1, 2, 6 nên nghiên cứu này không phân tích số liệu khi thực hiện phép kiểm χ^2 . Như vậy, tỷ lệ genotype 1 chiếm ưu thế hơn genotype 2 và 6 ở cả hai giới nam / nữ và không có mối liên quan giữa giới tính với từng loại genotype HCV ($p > 0,05$).

Bảng 5: Mối liên quan của genotype HCV theo từng lớp tuổi

Tuổi	Genotype 1		Genotype 2		Genotype 6		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
< 30	3	100	0	0	0	0	3	100
30 - 45	16	69,6	1	4,3	6	26,1	23	100
> 45	23	76,7	3	10,0	4	13,3	30	100

Nhận xét: Genotype 1 chiếm tỷ lệ lớn theo từng nhóm tuổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về kết quả genotype HCV. Nghiên cứu này đã sử dụng kỹ thuật real-time RT-PCR [3] để định lượng HCV-RNA cho 58 mẫu huyết thanh. Sau đó, sản phẩm HCV-RNA tiếp tục được định genotype với hệ môi và mẫu dò được thiết kế trên vùng 5'NC của bộ gen HCV, cho kết quả: 56 trường hợp (96,5%) xác định được genotype, 2 trường hợp không thuộc genotype 1, 2, 3, 6 chỉ chiếm một tỉ lệ rất nhỏ (3,5%). Như vậy, có thể có sự tồn tại của những genotype khác tại Việt Nam mà kỹ thuật real-time RT-PCR dùng primer và probe đặc hiệu cho genotype, 1, 2, 3 và 6 không phát hiện được. Để xác định các genotype này, có thể tiến hành kỹ thuật giải trình tự trên vùng 5'UTR hoặc vùng NS5B của bộ gen HCV. Tuy vậy, để ứng dụng kết quả cho điều trị bệnh nhân viêm gan C, việc phát hiện được genotype 1 là đóng vai trò quan trọng nhất. Ba loại genotype HCV xác định được (Bảng 3) trong nghiên cứu này: genotype 1 chiếm tỷ lệ cao nhất (72,4%), tiếp theo là genotype 6 (17,2%), genotype 2 (6,9%). Kết quả nghiên cứu này cho tỷ lệ genotype 1 và genotype 6 cũng khá tương đồng so với các kết quả nghiên cứu trước đây của Cao Minh Nga [8] (65,6% và 17,8%), Nguyễn Thanh Bảo và Phạm Hùng Vân [5] định genotype HCV (71%, 18,6%). Bên cạnh đó, kết quả của nghiên cứu này không có sự hiện diện của genotype 3 (là một trong bốn

genotype thường gặp tại Đông Nam Á, nhưng ở Việt Nam lại chiếm tỷ lệ rất nhỏ so với ba genotype còn lại) [3], [5], [6], [7] tương tự như nghiên cứu của Vũ Thị Tường Vân và Cao Minh Nga [8]. Những người nhiễm HCV genotype 3 thường liên quan đến việc tiêm chích ma túy [1], [2] [9]. Genotype 1 chiếm tỷ lệ cao (72,4%), đây là điều đáng quan ngại vì genotype 1 thường ít áp dụng với điều trị hơn so với các loại genotype khác, thời gian điều trị bằng Interferon và Ribavirin cũng kéo dài hơn (48 tuần), liều lượng Ribavirin cao hơn (1.000-1.200mg/ngày) so với các loại genotype khác (800mg/ngày). Sự tồn kém về chi phí điều trị, thời gian điều trị kéo dài hơn và nhiều tác dụng phụ khiến bệnh nhân dễ bỏ ngang việc điều trị. Đây chính là yếu tố góp phần tiên lượng xấu cho bệnh nhân HCV genotype 1 trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Do vậy, xét nghiệm xác định genotype HCV trước khi bắt đầu điều trị có vai trò rất quan trọng trong lâm sàng để quyết định phác đồ điều trị và tiên lượng khả năng đáp ứng điều trị của bệnh nhân.

4.2. Về mối liên quan giữa giới tính và genotype HCV. Kết quả nghiên cứu (Bảng 2) cho thấy genotype 1 nam chiếm tỷ lệ thấp hơn nữ (71,0% so với 83,3%), genotype 6 nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (21,1% so với 11,1%), genotype 2 ở nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (7,9% so với 5,6%). Sử dụng test thống kê χ^2 để kiểm định cho thấy không có mối liên quan giữa giới tính và từng loại genotype HCV phù hợp với một

số y văn trên thế giới [1], [2], [9].

4.3. Về mối liên quan giữa tuổi và genotype HCV. Bảng 5 cho thấy, genotype 1 chiếm tỷ lệ cao nhất qua các nhóm tuổi. Nhóm tuổi có tỷ lệ nhiễm HCV cao nhất là > 45 tuổi (30/58 trường hợp). Sở dĩ kết quả như vậy là do sau khi nhiễm HCV, cần một khoảng thời gian 10-20 năm mới có biểu hiện lâm sàng khiến bệnh nhân phải đi khám bệnh, vì vậy các genotype HCV phát hiện được nhiều hơn ở nhóm tuổi > 45.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát 58 bệnh nhân có HCV-RNA (+) được xác định genotype HCV bằng kỹ thuật Real-Time RT-PCR với hệ mẫu và mẫu dò được thiết kế trên vùng 5'NC của bộ gen HCV cho kết quả sau:

(1). Genotype 1: 72,4%, genotype 2: 6,9%, genotype 6: 17,2%, không thuộc genotype 1, 2, 3, 4: 0,8%.

(2). Không có mối liên quan giữa giới tính với từng loại genotype HCV và giữa tuổi với từng loại genotype HCV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Colin WS, Lyn F, Miriam JA (2005).** Global epidemiology of hepatitis C virus infection, *Lancet Infect Dis* 2005; 5: 558-67.
2. **National Institutes of Health (2002).** NIH Consensus and State-of-the-Science Statements: Management of Hepatitis C. *Hepatology*.
3. **Hồ T. Thanh Thủy, Nguyễn Bảo Toàn, Cao Minh Nga, Đặng Tất Thế, Vũ T. Tường Vân (2008).** Xác định một số kiểu gen thường gặp của siêu vi viêm gan C bằng kỹ thuật Real-Time RT-

PCR. Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ IV Hóa sinh và Sinh học phân tử phục vụ Nông, Sinh, Y học và Công nghiệp thực phẩm. NXB Khoa học và Kỹ thuật. Hà nội. Tr. 561.

4. **Nguyễn Hoàng Chương, Hồ T. Thanh Thủy, Cao Minh Nga, Phạm Hoàng Phiệt, Hồ Huỳnh Thủy Dương (2004).** Xây dựng qui trình định lượng virus viêm gan C (HCV) bằng kỹ thuật real-time RT-PCR. Tạp chí "Y học thành phố Hồ Chí Minh". Hội nghị KHKT lần thứ 21 Đại học Y Dược TP. HCM, 31/3/2004. Chuyên đề Y học Cơ sở. Tập 8 * Phụ bản Số 1. Tr.: 52 – 58.
5. **Nguyễn Thanh Bảo, Phạm Hùng Vân (2009).** Áp dụng kỹ thuật giải trình tự trực tiếp sản phẩm PCR thu nhận được từ thử nghiệm Real-Time RT-PCR vùng 5'NC để làm xét nghiệm định kiểu gen HCV. Hội nghị KHKT lần thứ 26 Đại học Y Dược TP. HCM. Chuyên đề Nội khoa. Tập 13 * Phụ bản Số 1. Tr.: 242-7.
6. **Nguyễn Thanh Hào, Nguyễn Thu Vân, Hoàng Thủy Nguyên & Cs (2000).** Genotyp virút viêm gan C ở Việt nam. Tạp chí thông tin Y Dược (ISSN0868-3891). Số đặc biệt chuyên đề bệnh gan mật. Hà nội, 2002, Tr: 46-48.
7. **Pawlotski JM, Bouvier-Alias M, Hezode C, Darthuy F, Remire J, Dhumeax D (2000).** Standardization of Hepatitis C Virus RNA Quantification. *Hepatology*. 32: 654-9.
8. **Cao Minh Nga, Hoàng Ngọc Bảo Mi, Lục T. Vân Bích, Phạm T. Diễm Thảo, Phạm T. Ngọc Bích (2011).** Khảo sát kiểu gen (genotype) của virus viêm gan C (HCV) tại bệnh viện trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Nghiên cứu Y học, Y Học TP. Hồ Chí Minh * Tập 15 * Phụ bản của Số 1 *, Tr: 200-204.
9. **Zhou YQ, Wang XH, Mao W, Fan J, Zhu F, Zhang XQ et al (2009).** Changes in modes of hepatitis C infection acquisition and genotypes in southwest China. *Journal of clinical virology*. 2009;46: 230-33

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ CỦA MASK MẶT SO VỚI MASK THANH QUẢN KHI GÂY MÊ HÍT PHỔI HỢP VỚI GÂY TÊ KHOANG CÙNG CHO PHẪU THUẬT BỤNG DƯỚI Ở TRẺ EM

Phạm Quang Minh*, Nghiêm Đình Văn**,
Luu Quang Thùy***, Bùi Ích Kim***

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả kiểm soát đường thở và các tác dụng không mong muốn giữa mask mặt với mask thanh quản trong gây mê hít phổi hợp với gây tê

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Nhi trung ương

***Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh

Email: quangminhvietchinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 27.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.10.2019

Ngày duyệt bài: 8.11.2019

khoang cùng cho phẫu thuật bụng dưới ở trẻ em
Phương pháp: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có đối chứng trên 60 bệnh nhân. Các bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm: nhóm I khởi mê và duy trì mê qua mask mặt, nhóm II khởi mê và duy trì mê qua mask thanh quản. Các thông số về thể tích khí lưu thông, tần số thở, SpO₂, EtCO₂ được theo dõi tại các thời điểm trong và sau mổ. Một số tác dụng không mong muốn được ghi lại.
Kết quả: Không có sự khác biệt về các chỉ số nhân trắc, thời gian phẫu thuật cũng như loại phẫu thuật giữa hai nhóm nghiên cứu. Nhịp thở và SpO₂ giữa 2 nhóm trong tất cả các thời điểm theo dõi không có sự khác biệt. Thể tích khí lưu thông của nhóm I cao hơn

nhóm II, khác biệt có ý nghĩa thống kê ở thời điểm onset và thời điểm rạch da. EtCO₂ của nhóm II cao hơn nhóm I có ý nghĩa thống kê nhưng vẫn trong giới hạn bình thường. Một số tác dụng không mong muốn như nôn, buồn nôn, ho và đau họng xuất hiện với tỷ lệ thấp và không để lại hậu quả gì. **Kết luận:** Mask mặt hoặc mask thanh quản có thể sử dụng để khởi mê và duy trì mê cho phẫu thuật dưới rốn ở trẻ em

Từ khóa: gây mê hít, mask thanh quản, gây tê khoang cùng

SUMMARY

TO EVALUATE THE EFFECT OF AIRWAY CONTROL BETWEEN FACE MASK OR LARYNGEAL MASK DURING INHALATION ANESTHESIA ASSOCIATE TO CAUDAL BLOCK FOR LOWER ABDOMINAL SURGERY IN CHILDREN

Objective: Comparison of airway control and side effects between face mask to laryngeal mask in inhalation anesthesia associate to caudal block for lower abdominal surgery in children. **Methods:** Clinical, randomized and controlled study of 60 patients. The patients were randomly divided into two groups: group I induction and maintain anesthesia through the face mask, group II induction and maintain anesthesia through laryngeal mask. Parameters of volume tidal, breathing frequency, SpO₂, EtCO₂ were monitored during and after surgery. Some side effects were also recorded. **Results:** There was no difference in anthropometric indicators, duration of surgery as well as type of surgery between the two groups. Breathing rate and SpO₂ between the 2 groups were not significantly different at all times. The volume tidal in group I was higher than that of group II, there were a statistically significant difference at the time of onset and skin incision state. EtCO₂ of group II is significantly higher than group I but still within normal limits. Some undesirable effects such as vomiting, nausea, cough and sore throat appeared at a low rate and had no consequences. **Conclusion:** Facial mask or laryngeal mask can be used to induction and maintain anesthesia for lower abdominal surgery in children.

Key word: inhalation anesthesia, laryngeal mask, caudal block

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê trẻ em là một loại gây mê đặc biệt, việc điều khiển thành công cuộc gây mê trẻ em phụ thuộc việc đánh giá đúng về sinh lý, giải phẫu theo mỗi nhóm tuổi. Ở trẻ em có nhiều phương pháp khởi mê như: khởi mê đường hô hấp, tiêm bắp, trực tràng, khởi mê đường tĩnh mạch, tuy nhiên không có phương pháp nào được coi là hoàn hảo [1]. Lựa chọn khởi mê theo phương pháp nào còn tùy thuộc vào độ tuổi, tình trạng bệnh lý, kinh nghiệm và sự thành thực kỹ thuật của người gây mê. Ngày nay trên thế giới cũng như ở Việt Nam, kỹ thuật khởi mê đường hô hấp là khá phổ biến, thường được dùng cho trẻ nhỏ dưới 10 tuổi [2]. Việc dùng mask mặt

hoặc mask thanh quản trong gây mê hít để kiểm soát đường thở cho những can thiệp về trong ngày, thủ thuật ít xâm lấn cũng như phối hợp với gây tê khoang cùng để mổ cho những phẫu thuật nhỏ, trung bình đã biết đến từ lâu trên thế giới [3]. Sự phối hợp này dựa trên cơ sở hiệu quả giảm đau tốt của gây tê khoang cùng trong mổ giúp bệnh nhân dễ chấp nhận mask thanh quản hoặc mask mặt hơn. Xét về hiệu quả kiểm soát đường thở mask thanh quản có một số ưu điểm hơn so với mask mặt. Tuy nhiên, mask thanh quản chưa phổ biến và ít phù hợp khi cần giải phóng bệnh nhân nhanh. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào so sánh tác dụng của mask mặt và mask thanh quản khi phối hợp mê hít với gây tê khoang cùng để mổ bụng dưới và chi dưới. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá hiệu quả kiểm soát đường thở của Mask mặt và Mask thanh quản khi gây mê hít phối hợp với gây tê khoang cùng cho phẫu thuật bụng dưới ở trẻ em". Với 2 mục tiêu: 1. Đánh giá hiệu quả thông khí của mask mặt và mask thanh quản. 2. So sánh các tác dụng không mong muốn của hai phương pháp trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân từ 1-6 tuổi, ASA 1-2. BMI < 28
- Bệnh nhân và gia đình bệnh nhân đồng ý hợp tác với thầy thuốc

• Có chỉ định phẫu thuật vùng dưới rốn, chi dưới

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chống chỉ định gây tê khoang cùng
- Dị dạng vùng hàm mặt
- Tiền sử dị ứng thuốc tê.
- Bệnh nhân sốt trước mổ (nhiệt độ > 37,5 độ C).
- Bệnh nhân có bệnh mạn tính nặng: suy gan, suy thận, thiếu năng trí tuệ...

2.2. Thiết kế nghiên cứu

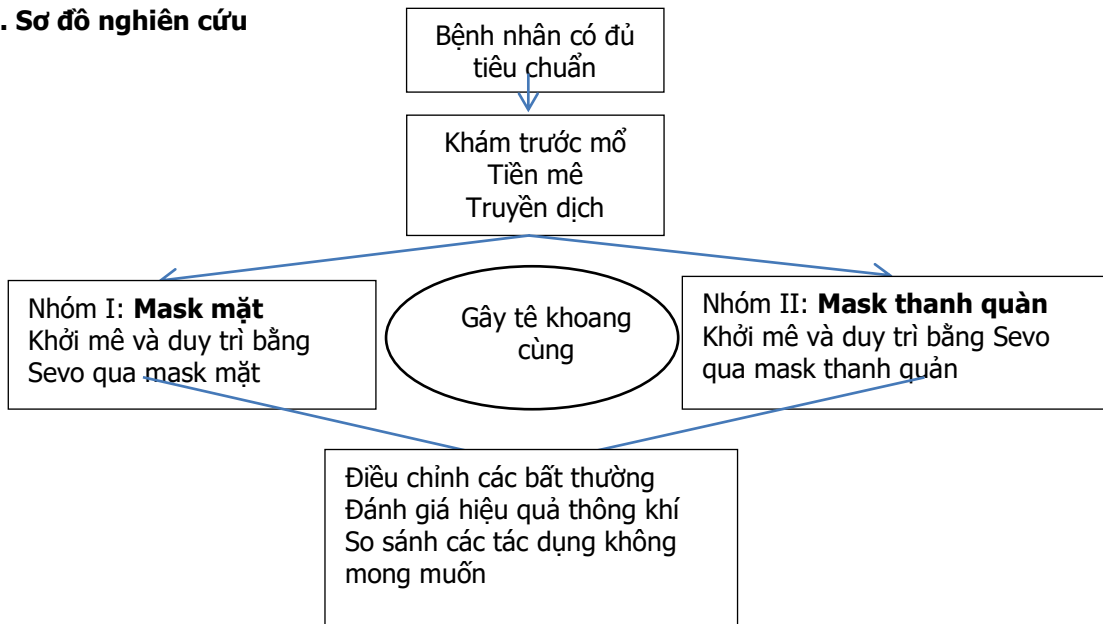
2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu: Chúng tôi chọn cỡ mẫu thuận tiện: n = 60 được chia làm hai nhóm mỗi nhóm có 30 bệnh nhân

Nhóm 1: Gây mê hô hấp bằng mask mặt và gây tê khoang cùng bằng hỗn hợp lidocain liều 8mg/kg với morphin 20mcg/kg và adrenalin 1/200.000.

Nhóm 2: Gây mê hô hấp bằng mask thanh quản và gây tê khoang cùng bằng hỗn hợp lidocain liều 8mg/kg với morphin 20mcg/kg và adrenalin 1/200.000.

2.2.3. Sơ đồ nghiên cứu



- Đánh giá hô hấp: Theo dõi và kiểm soát đường thở của hai phương pháp với tần số thở, thể tích khí lưu thông (Vt), SpO₂, EtCO₂ ở từng thời điểm.

- Các tác dụng không mong muốn: buồn nôn, nôn; đau họng; ban đỏ trên da mặt, rối loạn nhịp tim, huyết áp

- Thời điểm theo dõi và đánh giá chỉ tiêu nghiên cứu

- ✓ **Trong phẫu thuật:** Trước gây mê (T0), Trước gây tê khoang cùng (T1), Onset (T2), Rạch da (T3), Phẫu thuật 5 phút (T4), Phẫu thuật 10 phút (T5), Phẫu thuật 15 phút (T6); sau đó 5 phút một lần đến khi kết thúc phẫu thuật.

- ✓ **Tại phòng hồi tỉnh:** 10 phút/lần trong 30 phút đầu, 20 phút/lần trong 1,5 giờ đầu sau mổ, tiếp theo 30 phút/lần trong 5 giờ tại phòng hồi tỉnh.

2.2.4. Vấn đề đạo đức y học. Nghiên cứu này với mục đích vì sự an toàn và lợi ích của bệnh nhân, đã được thông qua hội đồng khoa học Đại học Y Hà Nội và Bệnh Viện Nhi Trung Ương. Chúng tôi chỉ tiến hành khi bố và mẹ bệnh nhân đồng ý cho bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của BN và gia đình đều được giữ kín.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân		Nhóm I		Nhóm II		p
		n	%	n	%	
Giới	Nam	28	93,3	27	90,0	p > 0,05
	Nữ	2	6,7	3	10,0	
Tuổi (năm)	1-3	18	60,0	13	43,3	p > 0,05
	4-6	12	40,0	17	56,7	
Cân nặng (kg)	1-10 kg	7	23,3	4	13,3	p > 0,05
	10-20 kg	23	76,7	26	86,7	
Thời gian phẫu thuật		15,2 ± 5,3		15,0 ± 3,4		p > 0,05

Nhận xét: - Không có sự khác biệt về tuổi, giới, cân nặng và thời gian phẫu thuật giữa 2 nhóm bệnh nhân.

- Phần lớn trẻ được chẩn đoán là thoát vị bẹn và nang trứng tinh ở cả 2 nhóm với 66,7% ở nhóm I và 63,4% ở nhóm II.

3.2. Sự thay đổi về hô hấp trong mổ

Bảng 3.2. Chỉ số SpO₂ của hai nhóm tại

các thời điểm.

Thời điểm	Nhóm I	Nhóm II	p
Trước gây mê	99,1 ± 0,3	98,3 ± 1,5	> 0,05
Trước gây tê	99 ± 0,4	98,9 ± 0,3	> 0,05
Onset	99 ± 0,4	98,9 ± 0,3	> 0,05
Rạch da	98,9 ± 0,7	98,6 ± 1,1	> 0,05
T5-T20	98,9 ± 0,7	98,6 ± 0,5	> 0,05

Nhận xét: Chỉ số SpO₂ của hai nhóm tại các thời điểm đều trong giới hạn bình thường > 95%, tương đương nhau tại các thời điểm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3.3. Nhịp thở của hai nhóm tại các thời điểm.

Thời điểm	Nhóm I	Nhóm II	p
Trước gây mê	28,3 ± 5,6	29,5 ± 4,8	> 0,05
Trước gây tê	30,1 ± 9,2	30,7 ± 5,5	> 0,05
On set	32,3 ± 8,3	33,0 ± 6,1	> 0,05
Rạch da	32,3 ± 8,2	34,8 ± 8,1	> 0,05
T5	33,7 ± 6,1	34,3 ± 7,8	> 0,05
T10	31,9 ± 5,8	31 ± 7	> 0,05
T15	30,0 ± 5,7	28,5 ± 5,8	> 0,05
T20	29,8 ± 7,7	30,3 ± 7,5	> 0,05

Nhận xét: Nhịp thở của nhóm II tại phần lớn các thời điểm trong mổ cao hơn nhóm I. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05 ở tất cả các thời điểm.

Bảng 3.4. Chỉ số EtCO₂ của hai nhóm tại các thời điểm.

Thời điểm	Nhóm I	Nhóm II	p
Trước gây tê	26 ± 3,4	36,3 ± 3,1	< 0,05
On set	26,4 ± 2,9	34,5 ± 3,6	< 0,05
Rạch da	26,5 ± 2,9	34,0 ± 4,5	< 0,05
T5	25,9 ± 3,5	35,1 ± 4,6	< 0,05
T10	26,8 ± 3,7	35,8 ± 3,7	< 0,05
T15	26,6 ± 4,5	36,2 ± 2,4	< 0,05
T20	26,8 ± 5,4	35,3 ± 4,0	< 0,05

Nhận xét: Chỉ số EtCO₂ của nhóm II cao hơn nhóm I ở tất cả các thời điểm trong mổ khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.5. Vt của hai nhóm tại các thời điểm.

Thời điểm	Nhóm I	Nhóm II	p
Trước gây tê	98,8 ± 44,2	80,1 ± 20,6	> 0,05
On set	112,5 ± 71,1	79,3 ± 19,0	< 0,05
Rạch da	97,4 ± 27,7	81,2 ± 22,4	< 0,05
T5	91,3 ± 15,8	86,3 ± 22,5	> 0,05
T10	98,5 ± 17,4	92 ± 26,3	> 0,05
T15	101,6 ± 8,5	94 ± 16,1	> 0,05
T20	103,2 ± 26,8	96,2 ± 23,5	> 0,05

Nhận xét: Vt của nhóm I cao hơn nhóm II ở tất cả các thời điểm trong mổ. Tuy nhiên sự khác biệt này chỉ có ý nghĩa thống kê ở thời điểm onset và thời điểm rạch da với p < 0,05.

3.4. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.6. Tác dụng không mong muốn

Chỉ số Thời điểm	Nôn, buồn nôn		Ho, đau họng	
	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm I	Nhóm II
T10	4 (13,3%)	3 (10%)	1 (3,3%)	4 (13,3%)
T20	0	1 (3,3%)	0	2 (6,7%)
T30	0	0	0	0

Nhận xét: - Ở thời điểm T10 triệu chứng nôn, buồn nôn gặp ở 13,3% bệnh nhân nhóm I và 10% bệnh nhân nhóm II. Nôn, buồn nôn giảm nhanh trong các thời điểm tiếp theo.

- Ở thời điểm T10 triệu chứng ho, đau họng gặp ở 13,3% bệnh nhân nhóm II và 3,3% bệnh nhân nhóm I. Triệu chứng ho và đau họng cũng giảm nhanh trong các thời điểm tiếp theo.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của 2 nhóm bệnh nhân. Bảng 3.1 cho thấy tuổi, giới tính, cân nặng và loại phẫu thuật không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu. Chúng tôi lựa chọn thuốc tê là lidocain kết hợp với morphin [4] vì thời gian phẫu thuật ngắn, các phẫu thuật có thời gian dự kiến là 15 phút nên ít có sự thay đổi khí máu ở hai phương thức thông khí. Thời gian phẫu thuật của nhóm I (15,2 ± 5,3), của nhóm II (15,0 ± 3,4). Không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật của 2 nhóm (p > 0,05).

4.2. Sự thay đổi về hô hấp trong mổ

4.2.1. Ảnh hưởng lên tần số thở và Vt:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tần số thở ổn định trong quá trình phẫu thuật, không có sự khác biệt về sự thay đổi tần số thở giữa 2 nhóm với p > 0,05 (Bảng 3.3). Sự biến đổi tần số thở trong quá trình gây mê tương ứng với độ mê tại các thời điểm, độ mê giảm dần trong giai đoạn khởi mê và duy trì ổn định trong giai đoạn duy trì mê. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Xuân Cường (2013) [5], Ilan Keidan (2000) [6], tác giả Ilan Keidan còn sử dụng bóng có bộ nhận cảm đặt ở thực quản để đo công của trẻ trong mỗi lần thở kết quả cho thấy hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Vt của nhóm I cao hơn nhóm II ở tất cả các thời điểm trong mổ (bảng 3.5), sự khác biệt này chỉ có ý nghĩa thống kê ở thời điểm onset và thời điểm rạch da với p < 0,05. Tần số thở tăng lên có thể do kích thích của phẫu thuật, độ mê và giảm đau chưa đủ, lúc đó khi tăng nồng độ sevofluran lên thì nhịp thở lại trở về ổn định cho đến khi kết thúc phẫu thuật. Kết quả trên phù hợp với nghiên cứu của Ilan Keidan (2000) [6] Vt

của nhóm mask mặt là $6,5 \pm 0,32$ (ml/kg) và nhóm mask thanh quản là $5,4 \pm 0,28$ (ml/kg).

4.2.2. Thay đổi SpO₂. Trong nghiên cứu của chúng tôi SpO₂ được theo dõi liên tục trong mổ và sau mổ, SpO₂ luôn luôn > 95% điều đó cho thấy không có trường hợp nào có suy thở. Bảng 3.2 cho thấy sự thay đổi SpO₂ ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả Trịnh Xuân Cường [5].

4.2.3. Thay đổi EtCO₂. Theo dõi EtCO₂ rất quan trọng trong gây mê hồi sức, thông qua biểu đồ EtCO₂ ta sẽ đánh giá được trao đổi khí, cung lượng tim, tắc nghẽn đường thở, thức tỉnh trong gây mê ngoài ra còn gián tiếp đánh giá áp lực riêng phần của CO₂ trong máu động mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ số EtCO₂ của nhóm II đều cao hơn nhóm I ở tất cả các thời điểm trong mổ, khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm với $p < 0,05$ (Bảng 3.4). Sự khác biệt này là do Vt của nhóm I cao hơn nhóm II ở tất cả các thời điểm trong mổ, cộng thêm khi dùng mask mặt khoảng chết lớn hơn mask thanh quản. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Ilan Keidan (2000) [6]. Mặc dù có sự khác biệt như vậy nhưng các con số trung bình ở tất cả các thời điểm đều trong giới hạn bình thường không gây ra toan hay kiềm hô hấp cho bệnh nhân.

4.3. Tác dụng không mong muốn

4.3.1. Nôn và buồn nôn: Trẻ có dấu hiệu buồn nôn được coi như nôn = 0, nôn được chúng tôi theo dõi nôn 1 lần nôn = 1, 2 lần nôn = 2..., theo quan sát của chúng tôi không có trẻ nào nôn quá 1 lần và trẻ tự hết không phải điều trị. Theo bảng 3.6 ở thời điểm T10 triệu chứng nôn, buồn nôn gặp ở 13,3% bệnh nhân nhóm I và 10% bệnh nhân nhóm II. Nôn, buồn nôn giảm nhanh trong các thời điểm tiếp theo. Triệu chứng này thường gặp ở bệnh nhân được gây tê khoang cùng và gây mê bằng sevofluran. Tuy nhiên, bệnh nhân nhóm II vừa đặt mask thanh quản lại đồng thời gây tê khoang cùng mà tỷ lệ ngang nhau không có sự khác biệt có lẽ vì thời gian phẫu thuật ngắn. Tỷ lệ nôn và buồn nôn trong nghiên cứu của Lopez (2011) cũng tương tự như chúng tôi [7]. Theo y văn gây mê mask thanh quản thường không gây nôn và buồn nôn sau mổ.

4.3.2. Ho và đau họng: Đau họng và ho sau đặt mask thanh quản do nhiều nguyên nhân như kỹ thuật đặt, kỹ thuật gây mê, phương thức thông khí. Nguyên nhân chính của đau họng và

ho do đặt mask thanh quản có thể chia làm hai nhóm: chấn thương lúc đặt hoặc do cuff của mask thanh quản gây nên. Việc kiểm soát áp lực cuff khi sử dụng mask đóng vai trò quan trọng trong việc làm giảm tỉ lệ đau họng, ho sau mổ. Bảng 3.6 cho thấy ở thời điểm T10 triệu chứng ho, đau họng gặp ở 13,3% bệnh nhân nhóm II và 3,3% bệnh nhân nhóm I. Triệu chứng ho và đau họng cũng giảm nhanh trong các thời điểm tiếp theo. Kết quả của chúng tôi cao hơn của Wei Yo Yao (3,6 %) [8].

V. KẾT LUẬN

Quá trình khởi mê và duy trì mê bằng một trong hai dụng cụ mask mặt hay mask thanh quản phối hợp với gây tê khoang cùng cho phẫu thuật bụng dưới ở trẻ em đảm bảo được hô hấp, bệnh nhân chấp nhận tốt thể hiện qua tần số thở, Vt, SpO₂, EtCO₂ được duy trì trong giới hạn bình thường. Các tác dụng không mong muốn xuất hiện với tỷ lệ thấp, mức độ nhẹ, tự hết không để lại hậu quả và không phải điều trị gì đặc biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- I. Keidan, G. F. Fine, T. Kagawa et al (2000).** Work of breathing during spontaneous ventilation in anesthetized children: a comparative study among the face mask, laryngeal mask airway and endotracheal tube. *Anesth Analg*, 91 (6), 1381-1388
- M.E.O.M. Mustafa et al, (2010).** Efficacy of different concentrations of sevoflurane administered through a face mask for magnetic resonance imaging in children. *Pediatric Anesthesia*, 20: 1098-1104.
- M. F. Watcha, F. T. Garner, P. F. White và cộng sự (1994).** Laryngeal mask airway vs face mask and Guedel airway during pediatric myringotomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 120 (8), 877-880.
- Fiona M (2006).** Paediatric anatomy, physiology and the basics of paediatric anaesthesia. *Anesthesia UK*, 9 (5), pp.32-15.
- Trịnh Xuân Cường (2014),** Nghiên cứu gây tê khoang cùng bằng hỗn hợp levobupivacaine và morphine trong các phẫu thuật vùng dưới rốn ở trẻ em, Học viện quân y.
- I. Keidan, G. F. Fine, T. Kagawa et al (2000).** Work of breathing during spontaneous ventilation in anesthetized children: a comparative study among the face mask, laryngeal mask airway and endotracheal tube. *Anesth Analg*, 91 (6), 1381-1388.
- A. M. Lopez, R. Valero et al (2011),** "Comparison of the LMA Supreme with the LMA Proseal for airway management in patients anaesthetized in prone position", *British Journal of Anaesthesia*, 107(2): 265-71.
- Wei Yu Yao et al (2012),** "The LMA Supreme in 700 parturients undergoing Cesarean delivery: an observational study", *Can J Anesth/J Can Anesth*, 59: 648-654.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TRƯỢT ĐỐT SỐNG ĐƠN TẦNG DO KHUYẾT EO

Trần Hồng Vinh¹, Nguyễn Văn Thạch², Vũ Văn Hoè³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân trượt đốt sống đơn tầng do khuyết eo. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu không đối chứng. **Kết quả:** Triệu chứng cơ năng: 98% bệnh nhân đau cột sống, 58,8% bệnh nhân hạn chế vận động vùng thắt lưng. 92,2% bệnh nhân đau lan rễ. Mức độ đau trung bình ở thắt lưng là $6,1 \pm 0,9$, đau kiểu rễ là $5,6 \pm 1,3$ điểm. Triệu chứng thực thể: dấu hiệu bậc thang chiếm 51%, co cứng cơ cạnh sống chiếm 74,5%, dấu hiệu kích thích rễ thần kinh chiếm 98%. Cận lâm sàng: 94,1% bệnh nhân thoái hóa đĩa đệm đốt sống trượt; 78% bệnh nhân thoái hóa đĩa đệm ở các đốt sống liền kề; 74,5% bệnh nhân có hẹp lỗ liên hợp; 64,7% bệnh nhân phì đại diện khớp. **Kết luận:** triệu chứng đặc trưng của bệnh: đau, hạn chế vận động cột sống, dấu hiệu co cứng cơ và kích thích rễ thần kinh. Cận lâm sàng chủ yếu: thoái hóa đĩa đệm, khuyết eo, hẹp lỗ liên hợp, phì đại diện khớp.

Từ khóa: trượt đốt sống đơn tầng, khuyết eo, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL OF PATIENTS WITH ONE-LEVEL LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS

Objective: To describe the clinical and subclinical symptoms of patients with one-level lumbar spondylolisthesis. **Method:** Prospective non-controlled study. **Result:** Functional symptoms: 98% of patients with spinal pain, 58.8% of patients with limited lower back mobility. 92.2% of patients had root pain. The average pain level of lower back pain was 6.1 ± 0.9 , the average pain level of root pain was 5.6 ± 1.3 points. Physical symptoms: stairs account for 51%, spastic contraction of living muscles account for 74.5%, nerve root stimulation signs account for 98%. Subclinical: 94.1% of patients with degenerative disc; 78% of patients with disc degeneration in adjacent vertebrae; 74.5% of patients with lumbar canal stenosis; 64.7% of facet hypertrophy. **Conclusion:** The Characteristic symptoms of the disease is: pain, limited lower back mobility, signs of muscle spasticity and nerve root pain. The majority of subclinical sign: intervertebral disc degeneration, spondylolisthesis, lumbar canal stenosis, facet hypertrophy.

Key words: one-level degenerative lumbar, spondylolisthesis, clinical, subclinical

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Sơn La

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hồng Vinh

Email: truongvinhsla@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2019

Ngày duyệt bài: 1.11.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống (TĐS) là hiện tượng dịch chuyển của đốt sống phía trên so với phía dưới. Trượt đốt sống thắt lưng do nhiều nguyên nhân nhưng hay gặp TĐS thắt lưng do nguyên nhân thoái hóa và khuyết hở eo đốt sống [1-3]. Ngoài ra còn có thể gặp TĐS thắt lưng do bẩm sinh, chấn thương hoặc do u. Hầu hết các bệnh nhân TĐS thắt lưng diễn biến âm thầm không có triệu chứng. Việc tìm hiểu dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng là cần thiết để bác sĩ có thể phát hiện và chẩn đoán kịp thời tình trạng bệnh cho bệnh nhân. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân TĐS đơn tầng do khuyết eo được phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 51 bệnh nhân được chẩn đoán TĐS thắt lưng đơn tầng

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

✓ **Địa điểm:** khoa Phẫu thuật cột sống, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

✓ **Thời gian:** từ tháng 6/2015 đến tháng 6/2019

2.3 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu không đối chứng

2.4 Cỡ mẫu và chọn mẫu:

✓ **Cỡ mẫu:** áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ với $d=15\%$, $p=73\%$. Trên thực tế đã lựa chọn được 51 bệnh nhân.

✓ **Chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện

2.5 Xử lý số liệu:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Triệu chứng lâm sàng

Bảng 0.1. Triệu chứng cơ năng trước mổ

Triệu chứng cơ năng	n	%	
Đau cột sống thắt lưng	50	98	
Hạn chế vận động vùng thắt lưng	30	58,8	
Đau lan rễ	Một bên	28	54,9
	Hai bên	19	37,3
Đau cách hồi	< 100 m	27	52,9
	100 - 500m	8	15,7
	> 500 m	1	1,9

Nhận xét: 98% bệnh nhân có đau cột sống, 58,8% bệnh nhân có hạn chế vận động vùng thắt lưng. 92,2% bệnh nhân có đau lan rễ, trong đó đa số là đau lan rễ một bên chân.

Bảng 0.2. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS

Cơ năng khi vào viện	VAS (điểm)
Đau thắt lưng	6,1 ± 0,9
Đau lan rết	5,6 ± 1,3

Nhận xét: Mức độ đau trung bình ở thắt lưng của các bệnh nhân trước mổ là 6,1 ± 0,9, đau kiểu rết là 5,6 ± 1,3 điểm.

Bảng 0.3. Triệu chứng thực thể trước mổ

Triệu chứng thực thể	n	%
Dấu hiệu bậc thang	26	51
Co cứng cơ cạnh sống	38	74,5
Nghiệm pháp Lasègue dương tính	< 30	11
	30-70	31
	> 70	8
Rối loạn cảm giác	Đị cảm	22
	Giảm cảm giác	5
	Đị cảm và giảm cảm giác	23
Rối loạn vận động theo các nhóm cơ bị chèn ép	Yếu cơ rỗng	0
	Yếu cơ nhẹ	5
	Bình thường	46
Teo cơ	0	0
Rối loạn cơ tròn	0	0

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy: 26 bệnh nhân (51%) có dấu hiệu bậc thang; 38 bệnh nhân (74,5%) có dấu hiệu co cứng cơ cạnh sống, 50 bệnh nhân (98%) có dấu hiệu kích thích rễ thần kinh (nghiệm pháp lasègue dương tính); 50 bệnh nhân (98%) rối loạn cảm giác với các mức độ khác nhau, 5 bệnh nhân (9,8%) có yếu cơ nhẹ. Không có bệnh nhân nào có biểu hiện tổn thương rễ thần kinh với biểu hiện teo cơ hay có rối loạn cơ tròn

3.2 Cận lâm sàng

Bảng 0.4. Hình ảnh phim Xquang quy ước và Xquang động

Mức độ trượt đốt sống	n	%
Xquang quy ước	Độ 1	16
	Độ 2	28
	Độ 3	7
	Độ 4	0
Xquang động	Độ 1	31
	Độ 2	17
	Độ 3	3
	Độ 4	0

Nhận xét: Trên phim chụp XQuang quy ước, số bệnh nhân có mức trượt đốt sống độ 2 chiếm 54,9% và trượt đốt sống độ 1 chiếm 31,4%. Trên phim chụp XQuang động, số bệnh nhân có mức trượt đốt sống độ 1 chiếm 60,8% và trượt đốt sống độ 2 chiếm 33,3%. Trong cả hai cách,

không có bệnh nhân nào có mức độ trượt đốt sống độ 4.

Bảng 0.5. Hình ảnh phim chụp cộng hưởng từ

Hình ảnh phim chụp	n	%
Thoái hoá đĩa đệm đốt sống trượt	48	94,1
Thoái hoá đĩa đệm liền kề	39	76,5
Hẹp lỗ liên hợp	38	74,5
Phi đại diện khớp	33	64,7

Nhận xét: Đa số bệnh nhân (94,1%) có thoái hoá đĩa đệm đốt sống trượt, 39 bệnh nhân (78%) có thoái hoá đĩa đệm ở các đốt sống liền kề, 38 bệnh nhân (74,5%) có hẹp lỗ liên hợp và 33 bệnh nhân (64,7%) bị phi đại diện khớp.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 98% bệnh nhân có đau cột sống, 58,8% bệnh nhân có hạn chế vận động vùng thắt lưng. 92,2% bệnh nhân có đau lan rết, trong đó đa số là đau lan rết một bên chân. Hơn một nửa bệnh nhân có đau cách hồi khi đi lại dưới 100m; 15,7% đau cách hồi ở khoảng cách 100-500m và có một bệnh nhân đau cách hồi khi đi lại trên 500m. Nghiên cứu của một số tác giả khác như: Võ Văn Thanh gặp đau thắt lưng 100%, đau kiểu rết 61,7%, đau cách hồi 67,6% chủ yếu là đi bộ dưới 100m [4], nghiên cứu của El-Soufy gặp đau kiểu rết 91,7% [5]. Tất cả đều có biểu hiện đau có tính chất cơ học (đau tăng lên khi vận động, giảm đi khi nghỉ ngơi...), đó chính là biểu hiện của tình trạng mất vững cột sống. Để lượng giá mức độ đau lưng và đau lan kiểu rết chúng tôi dựa vào thang điểm VAS. Trong nghiên cứu của chúng tôi VAS đau thắt lưng trung bình là 6,1 ± 0,9 và VAS đau kiểu rết trung bình là 5,6 ± 1,3. Nghiên cứu của Võ Văn Thanh [4] VAS đau lưng trung bình là 5,6 ± 1,6 và VAS đau kiểu rết trung bình là 5,3 ± 2,3. Nghiên cứu của El-Soufy [5] VAS đau thắt lưng trung bình là 7,48 ± 0,83 và VAS đau kiểu rết trung bình là 4,79 ± 1,44.

Dấu hiệu bậc thang: đây là dấu hiệu biến dạng đặc trưng, là triệu chứng có ý nghĩa trong chẩn đoán lâm sàng bệnh trượt đốt sống. Nghiên cứu của chúng tôi gặp 51% bệnh nhân. Nghiên cứu của Võ Văn Thanh gặp ở 35,3% bệnh nhân [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ là 23,3% [6].

Co cứng cơ cạnh sống do đau: là biểu hiện lâm sàng của hội chứng cột sống. Khi có một chấn thương vùng cột sống thắt lưng thì khối cơ thắt lưng co cứng lại để giúp tăng thêm sự vững chắc của cột sống, tình trạng này góp phần gây ra biểu hiện đau lưng trên lâm sàng, đôi khi dẫn

tới biến dạng cong vẹo cột sống. Nghiên cứu của Võ Văn Thanh gặp tỷ lệ 63,2% [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ [6] gặp ở 67,8% bệnh nhân.

Dấu hiệu kích thích rễ (nghiệm pháp Lasègue) gây đau kiểu rễ bằng cách kéo căng hoặc dịch chuyển rễ. Đây là triệu chứng đánh giá khách quan sự chèn ép rễ thần kinh. Nghiên cứu của chúng tôi gặp: 98% bệnh nhân có dấu hiệu kích thích rễ thần kinh trong đó có 21,6% bệnh nhân có biểu hiện kích thích nặng (lasègue <30) Nghiên cứu của Võ Văn Thanh gặp ở 58,8% bệnh nhân [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ gặp ở 87,7% bệnh nhân có dấu hiệu kích thích rễ thần kinh trong đó có 15,6% bệnh nhân có biểu hiện kích thích nặng (lasègue <30) [6].

Rối loạn cảm giác: là triệu chứng xuất hiện ở giai đoạn tổn thương nặng hơn sau giai đoạn có kích thích rễ. Thường khởi phát với triệu chứng chủ quan tê bì, sau đó bệnh nhân có giảm hoặc mất cảm giác dọc theo đường đi mà rễ thần kinh bị chèn ép chi phối, chủ yếu BN có biểu hiện giảm cảm giác nông. Đây là triệu chứng có giá trị trong việc chẩn đoán định khu rễ thương tổn. Chúng tôi ghi nhận dị cảm và giảm cảm giác với 23 bệnh nhân (45,1%), dị cảm với 22 bệnh nhân (43,1%), có 5 bệnh nhân (9,8%) chỉ có giảm cảm giác đơn thuần. Nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Vũ có 85,6% bị rối loạn cảm giác [6].

Rối loạn vận động: là triệu chứng xuất hiện muộn hơn rối loạn cảm giác nhưng lại là nguyên nhân chủ yếu khiến BN tới viện. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá rối loạn vận động của BN bằng thang điểm vận động của hội chẩn thương chính hình Mỹ: chỉ có 5 bệnh nhân (9,8%) có yếu cơ nhẹ. Kết quả này cũng tương đồng tác giả Võ Văn Thanh gặp rối loạn vận động ở 10,3% bệnh nhân [4].

4.2. Cận lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được chụp phim Xquang CSTL thẳng – nghiêng và xác định mức độ TĐSTL theo Meyerding chúng tôi thu được những kết quả sau: 31,4% BN có TĐS độ I, 54,9% BN có TĐS độ II, 13,7% BN có TĐS: độ III, không có BN bị TĐS độ IV. Kết quả này tương đồng với các tác giả khác Võ Văn Thanh cho kết quả 63,2% BN có TĐS độ I, 30,9% BN có TĐS độ II, 5,9% BN có TĐS độ III, không có BN bị TĐS độ IV [4]; Tác giả Nguyễn Vũ trượt độ I là 55,8%, độ II là 37,2%, độ III là 7% [7]. Các tác giả cùng chung nhận định hình ảnh phim Xquang phản ánh chính xác mức độ trượt đốt sống được kiểm định lại như trong phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 94,1% bệnh nhân có thoái hoá đĩa đệm các đốt sống liền kề. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ [7] gặp các trường hợp có nguyên nhân tương tự ở 74,7%. Trên phim chụp cộng hưởng từ có thể dễ dàng đo được kích thước của ống sống đặc biệt là vị trí tầng TĐS gây chèn ép và nguyên nhân gây hẹp ống sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi: hẹp ống sống ở vị trí TĐS gặp 38 BN (74,5%), Nguyên nhân gây hẹp là do thân đốt sống trượt, đĩa đệm thoát vị, phì đại mấu khớp và dây chằng vàng do thoái hóa. Nghiên cứu của Võ Văn Thanh gặp hẹp ống sống ở 67,6% BN [4], nghiên cứu của Nguyễn Vũ gặp ở 61,1% [7]. Lý giải cho điều này chúng tôi cho rằng sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật đặc biệt với sự ra đời của các máy chụp CHT hiện đại giúp cho việc khảo sát và đánh giá thương tổn chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng đặc trưng của bệnh: đau, hạn chế vận động cột sống, dấu hiệu co cứng cơ và kích thích rễ thần kinh. Cận lâm sàng chủ yếu: thoái hóa đĩa đệm, hẹp lỗ liên hợp, phì đại diện khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Jacobsen S., Sonne-Holm S., Roving H., et al. (2007).** Degenerative lumbar spondylolisthesis: an epidemiological perspective: the Copenhagen Osteoarthritis Study. *Spine (Phila Pa 1976)*, 32 (1), 120-125.
- Phan Trọng Hậu (2006).** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh trượt đốt sống thắt lưng do hở eo ở người trưởng thành, Luận án Tiến sỹ Y học, Học Viện Quân Y.
- Newman P. H. (1976).** Surgical treatment for spondylolisthesis in the adult. *Clin Orthop Relat Res*, (117), 106-111.
- Võ Văn Thanh (2014).** Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng L4-L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống, ghép xương liền thân đốt, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
- El-Soufy M., El-Adawy A., Al-Agamy S., et al. (2015).** Clinical and Radiological Outcomes of Transforaminal Lumbar Interbody Fusion in Low-Grade Spondylolisthesis. *J Spine Neurosurg* 4, 2, 2.
- Nguyễn Vũ và Hà Kim Trung (2010).** Chẩn đoán và kết quả phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng bằng cố định qua cuống kèm hàn xương liền thân đốt tại bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học Thực Hành*, 733+734 (377-383).
- Nguyễn Vũ (2008).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng do khuyết eo, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.

QUÁ TẢI DỊCH Ở BỆNH NHI PHẪU THUẬT TIM MỞ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Dương Khánh Toàn*, Trần Minh Điển*, Cao Việt Tùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng quá tải dịch và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ đến quá tải dịch ở bệnh nhi phẫu thuật tim mở tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 291 bệnh nhi phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh điều trị tại khoa Hồi sức Ngoại khoa. Tuổi từ 0 – 18 tuổi. Thời gian từ 01/12/2015 đến 30/06/2016. Lượng dịch tích lũy tại hồi sức: được tính tại các thời điểm 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ, 48 giờ. Xác định % lượng dịch tích lũy thời điểm ngày 1 (sau 24 giờ), và ngày 2 (sau 48 giờ), đỉnh dịch quá tải tích lũy trong 48 giờ đầu sau phẫu thuật. Các biến nguy cơ xác định trước, trong và sau phẫu thuật. **Kết quả:** Dịch quá tải tích lũy sau mổ tăng dần từ lúc ra hồi sức đến 12 giờ là đạt cao nhất, sau đó giảm dần và đến 48 giờ thì đạt dịch tích lũy âm. Đỉnh dịch quá tải tích lũy trong 48 giờ đầu sau phẫu thuật là 1,35% (0,51 – 2,53). Một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến quá tải dịch gồm: tuổi phẫu thuật ≤ 2 tháng, cân nặng thấp ≤ 4 kg, Clearance creatinin thấp ≤ 55 ml/phút/1,73m², loại tim bẩm sinh có tím, hematocrite tối thiểu trong phẫu thuật $\leq 25\%$, lượng dịch vào trong 6 giờ đầu ≥ 30 ml/kg, lượng dịch vào trong 12 giờ đầu ≥ 60 ml/kg, có AKI khi ra hồi sức là những yếu tố có liên quan đến quá tải dịch nặng sau phẫu thuật với $p < 0,05$. **Kết luận:** Giai đoạn quá tải dịch ở ngày đầu, cao nhất 12 giờ, sau đó giảm dần đến 48 giờ sau phẫu thuật. Các yếu tố nguy cơ đến yếu tố bệnh lý trẻ, chức năng thận trước và sau phẫu thuật, và lượng dịch đưa vào nhiều sau phẫu thuật.

Từ khóa: Quá tải dịch, phẫu thuật tim mở, yếu tố nguy cơ quá tải dịch, Bệnh viện Nhi Trung ương.

SUMMARY

FLUIDS OVERLOAD IN PEDIATRIC PATIENTS WITH CONGENITAL HEART DISEASE WHO UNDERWENT OPEN HEART SURGERY AT VIET NAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To determine the amount of fluid overload and to find out risk factors for fluid overload in pediatric patients with congenital heart disease who underwent open heart surgery at National Children's Hospital. **Subjects and Methods:** This is a prospective, descriptive study done in surgical ICU in National Children Hospital from 01/12/2015 to 30/06/2016. The study included 291 pediatric patients ≤ 18 year old with congenital heart disease who underwent open heart surgery. The fluid balance in

the patients in ICU was calculated at 6 hours, 12 hours, 24 hours and 48 hours after surgery. The percentage of cumulative fluid balance after 24 hours and 48 hours, peak cumulative fluid overload in the first 48 hours after surgery were calculated. The pre-, intra- and postoperative risk factors for fluid accumulation were analyzed. **Results:** Cumulative fluid overload increased gradually from the time of arrival to ICU and it reached the highest value at 12 hours postoperatively, then decreased gradually and negative cumulative fluid balance was reached by 48 hours. Peak cumulative fluid overload during 48 hours postoperative was 1.35% (0.51–2.53). Some risk factors associated with fluid overload included age at surgery ≤ 2 months, weight ≤ 4 kg, creatinine clearance ≤ 55 ml/min/1.73m², cyanotic heart disease, minimal intraoperative hematocrit $\leq 25\%$, fluid intake in the first post-operative 6 hours ≥ 30 ml/kg and ≥ 60 ml/kg in the first 12 hours, AKI on ICU admission are factors associated with severe postoperative fluid overload ($p < 0.05$). **Conclusion:** Cumulative fluid overload increased gradually on the first day, reached highest at 12 hours postoperatively, then decreased gradually to 48 hours. The risk factors included the congenital heart disease, pre- and postoperative renal function, and postoperative fluid intake.

Key words: fluid overload, open heart surgery, risk factors of fluid overload, Viet Nam National Children's Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá tải dịch là tình trạng dịch tích lũy quá nhiều trong cơ thể. Trong hồi sức nhi, quá tải dịch là tình trạng dịch đưa vào trong giai đoạn hồi sức nhiều hơn dịch ra từ bệnh nhi. Trẻ em sau phẫu thuật tim bẩm sinh có chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể có nguy cơ cao bị quá tải dịch vì nhiều lý do, bao gồm sự hòa loãng máu trong chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể, tình trạng huyết động không ổn định [1, 8], cần một khối lượng lớn dịch để truyền và hồi sức sau mổ. Tỷ lệ tổn thương thận cấp sau mổ tim mở tim bẩm sinh cao cũng góp phần gây quá tải dịch sau mổ [8].

Vì vậy, việc xác định tình trạng quá tải dịch, các yếu tố nguy cơ của quá tải dịch trên bệnh nhi sau phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh là rất quan trọng. Dựa vào những hiểu biết này, chúng ta có thể tiến hành các thử nghiệm về kiểm soát dịch và xác định các nguyên tắc quản lý dịch trên các bệnh nhân nhi sau mổ tim mở tim bẩm sinh.

Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, phẫu thuật tim mở đã được tiến hành từ năm 2003 và ngày càng được quan tâm. Hàng năm bệnh viện đã

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Dương Khánh Toàn

Email: toanhsn@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2019

Ngày duyệt bài: 13.11.2019

tiến hành phẫu thuật tim mở cho từ 500 đến 700 trường hợp tim bẩm sinh, trong đó chủ yếu là trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, với nhiều bệnh lý tim bẩm sinh phức tạp [7]. Việc đánh giá tình trạng quá tải dịch trong hồi sức sau phẫu thuật tim bẩm sinh là một yêu cầu cấp thiết, nhằm làm hạn chế tối đa các tác động tiêu cực và đạt được kết quả tốt nhất trong hồi sức sau phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả tình trạng quá tải dịch và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ đến quá tải dịch ở bệnh nhi phẫu thuật tim mở tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh điều trị tại khoa Hồi sức Ngoại khoa, Bệnh viện Nhi Trung ương. Tuổi từ 0 – 18 tuổi.

Loại trừ: Bệnh nhân tử vong trong quá trình phẫu thuật.

Thời gian nghiên cứu: từ 01/12/2015 đến 30/06/2016.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu

Nội dung nghiên cứu:

Lượng dịch tích lũy tại hồi sức: được tính tại các thời điểm 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ, 48 giờ. % lượng dịch tích lũy tại các thời điểm được tính bằng: [toàn bộ lượng dịch vào trong giai đoạn hồi sức (dịch cơ bản, thuốc, máu, huyết tương, dịch bolus) – toàn bộ lượng dịch ra (nước tiểu, dẫn lưu lồng ngực, dạ dày, dịch rút từ thẩm phân phúc mạc, lọc máu)] (lít) / cân nặng bệnh nhi (kg) × 100.

Xác định cân bằng dịch âm ở bất kỳ thời điểm nào để đánh giá mức độ ổn định bệnh nhân sau phẫu thuật.

Xác định % lượng dịch tích lũy thời điểm ngày 1 (sau 24 giờ), và ngày 2 (sau 48 giờ), đỉnh dịch quá tải tích lũy trong 48 giờ đầu sau phẫu thuật, chia các mức độ nhẹ, nặng ở khoảng tham chiếu tứ phân vị để tìm hiểu các yếu tố nguy cơ đến quá tải dịch.

Các biến yếu tố nguy cơ: tuổi, cân nặng, clearance creatinin, phân loại tim bẩm sinh (tím/không tím), tình trạng hô hấp trước phẫu thuật, thời gian chạy máy THNCT, thời gian cấp cứu, RACHS – 1, hematocrite tối thiểu trong phẫu thuật, lượng dịch vào tại các thời điểm, tổn thương thận cấp khi ra hồi sức. Chỉ số thuốc vận mạch và tăng cường co bóp cơ tim (VIS) tối đa trong 48 giờ đầu sau mổ.

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê Stata 12.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 1/12/2015 đến 30/06/2016 có 291 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Tuổi trung vị của 291 bệnh nhân là 3,8 (2,3 – 9,2) tháng. Cân nặng là 4,8 (3,8 – 6,7) kg. Số bệnh nhân thông liên thất hay gặp nhất 121 bệnh nhân, chiếm 41,6%. Các loại dị tật khác ít gặp hơn như chuyển gốc động mạch chiếm 8,3%, tứ chứng Fallot chiếm 7,6%. Đối tượng thuộc nhóm nguy cơ (RACHS-1) loại 2 là nhiều nhất 143 bệnh nhân, chiếm 49,1%. Không có nhóm nguy cơ 5 và 6. Thời gian cấp cứu trung vị là 67 (49 – 96) phút. Thời gian chạy máy tim phổi nhân tạo là 102 (74 – 133) phút. Thời gian phẫu thuật là 240 (180 – 280) phút.

Kết quả thực trạng quá tải dịch ở bệnh nhi phẫu thuật tim mở trong nghiên cứu như sau:

Bảng 1. Lượng dịch vào tại các thời điểm

Thời điểm	Trung vị (tứ phân vị)
Lượng dịch vào 6h đầu (ml/kg)	21,8 (17,9–30)
Lượng dịch vào 12h đầu (ml/kg)	42 (33,9–55,4)
Lượng dịch vào 24h đầu (ml/kg)	87,4 (70,1–109,7)
Lượng dịch vào 48h đầu (ml/kg)	199,3 (154,3–251,7)

Nhận xét: Lượng dịch vào trong giai đoạn hồi sức tăng dần từ 6 giờ sau phẫu thuật là 21,8 (17,9 – 30) ml/kg, đến 48 giờ sau phẫu thuật là 199,3 (154,3 – 251,7) ml/kg.

Bảng 2. Dịch quá tải tích lũy tại các thời điểm

Dịch quá tải tích lũy	Trung bình ± SD	Trung vị (tứ phân vị)
DQTTL 6h sau mổ (%)	0,36 ± 1,44	0,4 (-0,22 – 1)
DQTTL 12h sau mổ (%)	0,5 ± 1,9	0,56 (-0,54 – 1,56)
DQTTL 24h sau mổ (%)	0,47 ± 2,48	0,29 (-0,95 – 1,55)
DQTTL 48h sau mổ (%)	-0,08 ± 2,86	-0,02 (-1,81 – 1,63)

Nhận xét: Dịch quá tải tích lũy cao nhất vào 12 giờ sau mổ, trung vị của dịch quá tải tích lũy 12 giờ sau mổ là 0,56 (-0,54 – 1,56) %.

Dịch quá tải tích lũy thấp nhất vào 48 giờ sau mổ, trung vị của dịch quá tải tích lũy 48 giờ sau mổ là -0,02 (-1,81 – 1,63) %.

Dịch quá tải tích lũy 24 giờ sau mổ < 1,55% là nhẹ, ≥ 1,55% là nặng.

Dịch quá tải tích lũy 48 giờ sau mổ < 1,63% là nhẹ, ≥ 1,63% là nặng.

Bảng 3. Thời gian đạt cân bằng âm và định dịch quá tải tích lũy trong 48 giờ đầu sau phẫu thuật

	Trung bình ± SD	Trung vị (tứ phân vị)
Thời gian đạt cân bằng âm (giờ)	17,69±16,83	12 (6 – 24)
Định DQTTL trong 48h (%)	1,66 ± 1,95	1,35 (0.51–2.53)

Nhận xét: Thời gian đạt cân bằng âm trung vị là 12 (6 – 24) giờ.

Định dịch quá tải tích lũy 48 giờ đầu sau mổ trung vị là 1,35 (0.51 – 2.53)%.

Định dịch quá tải tích lũy 48 giờ đầu sau mổ < 2,53% là quá tải dịch nhẹ, ≥ 2,53% là quá tải dịch nặng.

Bảng 4. Các yếu tố trước phẫu thuật liên quan đến quá tải dịch.

Các yếu tố		QTD nhẹ (<2,53%)	QTD nặng (≥ 2.53%)	OR	95%CI	p
		n (%)	n (%)			
Tuổi (tháng)	≤2	40 (18,2)	25 (35,2)	2,4	1,3 – 4,6	0,003
	>2	180 (81,8)	46 (64,8)			
Cân nặng (kg)	≤ 4	69 (31,4)	33 (46,5)	1,9	1,1 – 3,4	0,02
	> 4	151 (68,6)	38 (53,5)			
Creatinin clearance trước phẫu thuật (ml/phút/1,73m ²)	≤55	41 (19,7)	23 (32,9)	2	1,0 – 3,8	0,02
	>55	167 (80,3)	47 (67,1)			
Tim bẩm sinh	Có tím	75(34,1)	39(54,9)	2,4	1,3–4,2	0,002
	Không tím	145(65,9)	32(45,1)			
Tình trạng hô hấp trước phẫu thuật	Tự thở	194(88,2)	58(81,7)	1,7	0,7–3,6	0,163
	Thở O ₂ hoặc thở máy	26(11,8)	13(18,3)			

Nhận xét: Các yếu tố tuổi phẫu thuật nhỏ, cân nặng thấp, creatinin clearance trước phẫu thuật thấp; loại tim bẩm sinh có tím liên quan đến mức độ quá tải dịch nặng với giá trị p < 0,05.

Bảng 5. Các yếu tố trong phẫu thuật liên quan đến quá tải dịch.

Các yếu tố		QTD nhẹ (<2,53%)	QTD nặng (≥ 2.53%)	OR	95%CI	p
		n (%)	n (%)			
Hematocrite tối thiểu trong phẫu thuật (%)*	≤25	69(31,5)	10(14,1)	0,4	0,2 – 0,8	0,004
	>25	150(68,5)	61(85,9)			
RACHS-1	≤3	195(88,6)	62(87,3)	1,1	0,4–2,7	0,765
	>3	25(11,4)	9(12,7)			
Thời gian THNCT (phút)	<120	151 (68,6)	45 (63,4)	1,3	0,7 – 2,3	0,412
	≥120	69 (31,4)	26 (36,6)			
Thời gian cấp chủ (phút)	< 100	172 (78,2)	55 (77,5)	1,0	0,5 – 2,0	0,899
	≥ 100	48 (21,8)	16 (22,5)			

Nhận xét: Hematocrite tối thiểu trong phẫu thuật ≤25% có liên quan với mức độ quá tải dịch nặng với p = 0,004.

* Có 1 bệnh nhân không đủ dữ liệu về hematocrite tối thiểu trong phẫu thuật.

Bảng 6. Các yếu tố sau phẫu thuật liên quan đến quá tải dịch.

Các yếu tố		QTD nhẹ (<2,53%)	QTD nặng (≥2.53%)	OR	95%CI	p
		n (%)	n (%)			
Dịch vào 6h đầu (ml/kg)	<30	185 (84,1)	35 (49,3)	5,4	2,9 – 10,2	<0,0001
	≥30	35 (15,9)	35 (50,7)			
Dịch vào 12h đầu (ml/kg)	< 60	195 (88,6)	44 (62)	4,8	2,4 – 9,5	<0,0001
	≥ 60	25 (11,4)	27 (38)			
VIS tối đa trong 48h đầu	<7.5	163 (76,5)	44 (65,7)	1,7	0,9 – 3,2	0,078
	≥7,5	50 (23,5)	23 (34,3)			
AKI khi ra hồi sức	không	198 (95,6)	55 (82,1)	4,8	1,7–13,5	<0,0001
	có	9 (4,4)	12 (17,9)			

Nhận xét: Lượng dịch đưa vào trong 6 giờ đầu ≥ 30 ml/kg và 12 giờ đầu ≥ 60 ml/kg, có tổn thương thận cấp khi ra hồi sức có liên quan đến mức độ quá tải dịch nặng với giá trị $p < 0,0001$.

IV. BÀN LUẬN

Tình trạng quá tải dịch sau phẫu thuật tim có tuần hoàn ngoài cơ thể. Trẻ em sau phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh có nguy cơ cao bị quá tải dịch vì nhiều lý do, bao gồm sự hòa loãng máu trong chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể, tình trạng huyết động không ổn định, cần một khối lượng lớn dịch để truyền và hồi sức sau mổ và tổn thương thận cấp sau mổ [8].

Trong nghiên cứu này, dịch quá tải tích lũy có xu hướng tăng dần từ sau mổ ra cho đến 12 giờ sau mổ là đạt cao nhất, sau đó giảm dần cho đến 48 giờ là thấp nhất, đạt dịch tích lũy âm. Dịch tích lũy quá tải tại các thời điểm 6 giờ, 12 giờ, 24 giờ, 48 giờ sau mổ trung vị lần lượt là 0,4%; 0,56%; 0,29%; -0,02%. Đỉnh dịch tích lũy quá tải trong 48 giờ đầu sau phẫu thuật trung vị trong nghiên cứu là 1,35%, kết quả này thấp hơn rất nhiều so với đỉnh dịch tích lũy của các nghiên cứu trên thế giới trên các đối tượng bệnh nhân khác nhau. Năm 2012 A.A. Arıkan và các cộng sự [4] đã nghiên cứu về sự liên quan giữa quá tải dịch với chỉ số oxy hóa máu ở các bệnh nhân nhi bệnh nặng trên 80 bệnh nhân cho kết quả dịch quá tải tích lũy là 4,3%. Ngay cả ở các nghiên cứu trên cùng đối tượng là trẻ em sau mổ tim thì đỉnh dịch tích lũy quá tải của chúng tôi cũng thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới. Năm 2014 A.B. Hassinger và các cộng sự [6] nghiên cứu trên 98 bệnh nhân nhi sau phẫu thuật tim có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể cho kết quả dịch quá tải ở ngày đầu tiên sau phẫu thuật là trên 5% ở 1/3 các bệnh nhân. Cũng trong năm 2014 J. Seguin và các cộng sự [5] nghiên cứu về quá tải dịch ở các bệnh nhân nhi sau phẫu thuật tim trên 193 trẻ cho kết quả đỉnh dịch quá tải tích lũy trung vị là 4,5%. Có sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi và đối tượng nghiên cứu của các nghiên cứu ở trên là khác nhau, nguy cơ quá tải dịch cũng khác nhau. So với các nghiên cứu trên cùng đối tượng là bệnh nhân nhi sau phẫu thuật tim bẩm sinh nhưng do tỷ lệ các loại bệnh tim ở các nhóm nghiên cứu là khác nhau và tương ứng là mức độ nặng của phẫu thuật các loại tim này cũng khác nhau. Các nghiên cứu của các tác giả trên còn có cả các đối tượng thuộc nhóm nguy cơ 6 theo phân loại của bảng RACHS – 1 còn nghiên cứu của chúng tôi không có đối tượng nghiên cứu nào thuộc nhóm nguy cơ 5 và 6. Tuy nhiên,

ở mỗi quần thể nghiên cứu ở tại các trung tâm khác nhau thì các ngưỡng quá tải dịch ảnh hưởng đến kết quả điều trị sẽ khác nhau. Để đạt được các kết quả này, trung tâm của chúng tôi đã xây dựng các phác đồ cụ thể để hạn chế và điều trị quá tải dịch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% các bệnh nhân được sử dụng thuốc lợi tiểu sau mổ bằng furosemide, 2,4% các bệnh nhân được điều trị bằng các biện pháp thay thế thận trong đó 1,37% được điều trị bằng thẩm phân phúc mạc, 1,03% bệnh nhân được lọc máu liên tục tại giường.

Các yếu tố liên quan đến quá tải dịch.

Trong nghiên cứu này đã khảo sát 5 yếu tố trước phẫu thuật để đánh giá tình trạng quá tải dịch là tuổi, cân nặng, mức lọc cầu thận (creatinin clearance), phân loại bệnh tim bẩm sinh và tình trạng hô hấp trước phẫu thuật. Kết quả là có 4 yếu tố là tuổi, cân nặng, creatinin clearance trước phẫu thuật và loại tim bẩm sinh tím hay không tím là có ảnh hưởng đến mức độ quá tải dịch sau phẫu thuật.

Kết quả này của chúng tôi là tương tự với kết quả của các nghiên cứu khác trên thế giới. Tác giả J. Seguin (2014) [5] đã nghiên cứu về quá tải dịch ở các bệnh nhân nhi sau phẫu thuật tim trên 193 trẻ cho kết quả tuổi càng nhỏ thì mức độ quá tải dịch sau phẫu thuật càng cao, cân nặng thấp thì mức độ quá tải dịch sau phẫu thuật càng cao, eGFR trước mổ càng thấp thì mức độ quá tải dịch sau phẫu thuật càng cao và các bệnh nhân nhi được chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh có tím thì mức độ quá tải dịch sau phẫu thuật cao hơn bệnh nhân nhi được chẩn đoán tim bẩm sinh không tím. A.B. Hassinger (2014) [6] nghiên cứu trên 98 bệnh nhân nhi sau phẫu thuật tim có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể cho kết quả tuổi ở nhóm có quá tải dịch sau phẫu thuật thấp hơn nhóm không có quá tải dịch sau phẫu thuật ($p < 0,001$), cân nặng ở nhóm có quá tải dịch sau phẫu thuật thấp hơn cân nặng ở nhóm không có quá tải dịch sau phẫu thuật ($p < 0,001$), eGFR trước phẫu thuật ở nhóm có quá tải dịch sau phẫu thuật cũng nhỏ hơn so với nhóm không có quá tải dịch sau phẫu thuật ($p < 0,001$), về chẩn đoán tim bẩm sinh thì tỷ lệ bệnh nhân tim bẩm sinh có tím ở trong nhóm có quá tải dịch cao hơn tỷ lệ bệnh nhân tim bẩm sinh có tím trong nhóm không có quá tải dịch ($p = 0,015$).

Quá tải dịch có liên quan chặt chẽ với tình trạng suy thận. Ở trẻ em tuổi nhỏ, tương ứng với tuổi nhỏ là cân nặng thấp, chức năng của thận còn chưa trưởng thành và khả năng cô đặc kém nên khả năng bị suy thận cao. Bên cạnh đó, ở trẻ sơ sinh, mức lọc cầu thận thấp hơn ở trẻ lớn

và phần lớn đổ về các cầu thận gần vùng tủy thay vì vùng vỏ nên thận dễ tổn thương khi thiếu máu thận cục bộ và giảm tưới máu vùng vỏ. Mức lọc cầu thận là một chỉ số quan trọng để phản ánh chức năng thận. Khi mức lọc cầu thận càng nhỏ thì chứng tỏ chức năng thận càng giảm, dẫn đến khả năng bài tiết nước tiểu của cơ thể càng giảm [5,8]. Chính vì vậy mức lọc cầu thận thấp sẽ có liên quan với mức độ quá tải dịch sau phẫu thuật.

Kết quả của các nghiên cứu đã cho thấy tổn thương thận cấp có làm nặng lên tình trạng quá tải dịch sau phẫu thuật của các bệnh nhân hồi sức sau mổ tim mở tim bẩm sinh. Tác giả J. Seguin và các cộng sự [5] sử dụng hướng dẫn phân loại của KDIGO gồm có không có tổn thương thận cấp, giai đoạn 1, giai đoạn 2 và giai đoạn 3; kết quả cho thấy tổn thương thận cấp ở bất kỳ giai đoạn nào tăng dần từ nhóm quá tải dịch nhẹ đến quá tải dịch nặng ($p < 0,05$). Tác giả A.B. Hassinger và các cộng sự [6] thì sử dụng tiêu chuẩn phân loại RIFLE để phân loại mức độ tổn thương thận cấp của các bệnh nhân; kết quả cho thấy tỷ lệ tổn thương thận cấp ở nhóm có quá tải dịch cao hơn so với nhóm không có quá tải dịch ($p = 0,023$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi chia mức độ tổn thương thận cấp theo hướng dẫn phân loại của KDIGO. Chúng tôi chia các đối tượng bệnh nhân thành 2 nhóm: không có tổn thương thận cấp và có tổn thương thận cấp ở bất kỳ giai đoạn nào (giai đoạn 1, giai đoạn 2 và giai đoạn 3) để đánh giá. Kết quả cho thấy tổn thương thận cấp khi ra hồi sức có liên quan đến mức độ quá tải dịch với $p < 0,0001$; OR = 4,8; 95% CI = 1,7 – 13,5.

Về phân loại tim bẩm sinh, các bệnh nhân được chẩn đoán tim bẩm sinh có tím trong quá trình hồi sức sau mổ cần duy trì hematocrite cao hơn so với các bệnh nhân được chẩn đoán tim bẩm sinh không tím, do vậy cần truyền nhiều máu hơn; ngoài ra một số các bệnh tim bẩm sinh có tím ít máu lên phổi (ví dụ: tứ chứng Fallot, teo phổi...) sau phẫu thuật thường có suy tim tâm trương thất phải do cơ thất phải phì đại, cần một áp lực đổ đầy cao, vì vậy lượng dịch cần truyền cũng cao hơn so với các bệnh nhân tim bẩm sinh không tím.

Đích của hematocrite cho các bệnh nhân sau phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh là 35 – 40% cho các bệnh nhân tim bẩm sinh không tím và 40 – 45% cho các bệnh nhân tim bẩm sinh có tím. Như vậy, chỉ số hematocrite tối thiểu trong quá trình phẫu thuật là một chỉ số để dự đoán lượng máu tối thiểu cần truyền cho bệnh nhân để đạt được đích hematocrite sau phẫu thuật và cũng là một yếu tố tiên lượng cho quá tải dịch

sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá mối liên quan giữa hematocrite tối thiểu trong phẫu thuật với mức độ quá tải dịch sau phẫu thuật, cho kết quả hematocrite tối thiểu trong phẫu thuật thấp dưới 25% có liên quan đến mức độ quá tải dịch nặng với $p = 0,004$; OR = 0,4; 95% CI = 0,2 – 0,8.

V. KẾT LUẬN

Dịch quá tải tích lũy sau mổ tăng dần từ lúc ra hồi sức đến 12 giờ là đạt cao nhất, sau đó giảm dần và đến 48 giờ thì đạt dịch tích lũy âm. Đỉnh dịch quá tải tích lũy trong 48 giờ sau phẫu thuật là 1,35% (0,51 – 2,53).

Một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến quá tải dịch gồm: tuổi phẫu thuật ≤ 2 tháng, cân nặng thấp ≤ 4 kg, Creatinin clearance thấp ≤ 55 ml/phút/1,73m², loại tim bẩm sinh có tím, hematocrite tối thiểu trong phẫu thuật $\leq 25\%$, lượng dịch vào trong 6 giờ đầu ≥ 30 ml/kg, lượng dịch vào trong 12 giờ đầu ≥ 60 ml/kg, có AKI khi ra hồi sức là những yếu tố có liên quan đến quá tải dịch nặng sau phẫu thuật với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bronicki R.A, Chang A.C. (2011). Management of the postoperative pediatric cardiac surgical patient. *Crit Care Med*, **39**(8), 1974-1984.
2. Li S., Krawczeski C.D, Zappitelli M, et al. (2011). Incidence, risk factors, and outcomes of acute kidney injury after pediatric cardiac surgery: a prospective multicenter study. *Crit Care Med*, **39**(6), 1493-1499.
3. Foland J.A, Fortenberry J.D, Warshaw B.L, et al. (2004). Fluid overload before continuous hemofiltration and survival in critically ill children: a retrospective analysis. *Crit Care Med*, **32**(8), 1771-1776.
4. Arikian A.A, Zappitelli M, Goldstein S.L, et al. (2012). Fluid overload is associated with impaired oxygenation and morbidity in critically ill children. *Pediatr Crit Care Med*, **13**(3), 253-258.
5. Seguin J, Albright B, Vertullo L, et al. (2014). Extent, risk factors, and outcome of fluid overload after pediatric heart surgery*. *Crit Care Med*, **42**(12), 2591-2599.
6. Hassinger A.B, Wald E.L, Goodman D.M (2014). Early postoperative fluid overload precedes acute kidney injury and is associated with higher morbidity in pediatric cardiac surgery patients. *Pediatr Crit Care Med*, **15**(2), 131-138.
7. Trần Minh Điển, Nguyễn Thanh Liêm, Đặng Anh Dương (2012). Kết quả phẫu thuật tim mở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí nghiên cứu y học*, **80**(3A), 58-64.
8. Machin D, Allsager C. (2006). Principles of cardiopulmonary bypass. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, **6**(5), 176-181.
9. Enger T.B, Pleym H, Stenseth R, et al. (2014). Genetic and clinical risk factors for fluid overload following open-heart surgery. *Acta Anaesthesiol Scand*, **58**(5), 539-548.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ERLOTINIB TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Nguyễn Quang Trung*, Nguyễn Khánh Toàn*, Phạm Thị Hường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và tác dụng không mong muốn của điều trị Erlotinib bước 1 trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi tiến cứu trên 42 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB – IV có đột biến EGFR điều trị Erlotinib tại BV Ung Bướu Nghệ An từ T1/2015- T5/2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,4 ± 1,7; Tỷ lệ nam/ nữ 1/1,1. Không có BN nào đáp ứng hoàn toàn, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 59,5%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 88,1%. Thời gian sống thêm- không tiến triển 10,2 tháng, thời gian sống thêm toàn bộ 16,1 tháng. Các tác dụng không mong muốn: Ban da 59,5%, viêm miệng 14,3%, tăng men gan 14,3%, tiêu chảy 21,4%. Hầu hết ở độ 1- 2. **Kết luận:** Điều trị Erlotinib bước 1 cho hiệu quả cao và dung nạp thuốc tốt ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIB – IV có đột biến EGFR.

Từ khóa: Erlotinib, ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn IIIB – IV.

SUMMARY

EVALUATING OF THE ERLOTINIB TREATMENT RESULT IN NON SMALL CELL LUNG CANCER

Objective: Effect and side effect of Erlotinib as first line treatment for advance stage non-small cell lung cancer. Patients and method of study: Retrospective and prospective study on 42 non-small cell lung cancer patients in stage IIIB-IV, EGFR positive treated with Erlotinib from January 2015 to August 2019. Results: Median of age 64,4 ± 1,7; Male/Female: 1/1,1. No patient completely responded, total response: 42,5%, disease control rate 88,1%. Median Progression free survival 10,2 months, overall survival 16,1 ± 1,5 months. Side effects: Rash 59,5%, stomatitis 14,3%, transaminase elevation 14,3%, diarrhoea 21,4%. Almost side effects are grade 1 – 2.

Keyword: Erlotinib, non-small cell lung cancer, stage IIIB – IV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất trên toàn cầu. Theo Globocan 2012 trên thế giới có khoảng 1,82 triệu ca mới mắc chiếm tỷ lệ 12,9% tổng số bệnh nhân ung thư, có 1,58 triệu ca tử vong chiếm tỷ lệ 19,4% tổng số ca tử vong. Ở Việt Nam, theo thống kê có

21.685 ca mới mắc chiếm tỷ lệ 24,4% và 19.559 người chết vì UTP chiếm 21,8%. [1]

Do ở giai đoạn sớm triệu chứng bệnh thường nghèo nàn và không đặc hiệu, nên có khoảng 2/3 số bệnh nhân UTPKTBN đến khám khi bệnh ở giai đoạn muộn (giai đoạn IIIB-IV) không còn khả năng điều trị phẫu thuật. Các phương pháp điều trị toàn thân được áp dụng với mong muốn làm giảm triệu chứng, kéo dài và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân. Trong những năm gần đây, những tiến bộ trong điều trị dựa trên sinh học phân tử đã mở ra những triển vọng cải thiện kết quả điều trị UTP giai đoạn muộn. Trong các thử nghiệm lâm sàng lớn, việc sử dụng các thuốc ức chế tyrosine kinase (TKIs) như erlotinib và gefitinib nhằm tác động vào thụ thể yếu tố phát triển biểu mô (EGFR) ở những trường hợp có đột biến gen cho kết quả về sống bệnh không tiến triển và tác dụng không mong muốn khả quan hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với hóa trị liệu [2], [3]. Tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An trong những năm gần đây, ngày càng nhiều người bệnh được tiếp cận các thuốc điều trị nhắm trúng đích trong điều trị ngay từ bước 1 và đã cho kết quả khả quan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với 2 mục tiêu sau:

1. *Đánh giá kết quả điều trị bước 1 của Erlotinib trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn.*

2. *Đánh giá các tác dụng không mong muốn của Erlotinib.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 42 bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN giai đoạn IIIB – IV điều trị Erlotinib bước 1 tại bệnh viện ung bướu Nghệ An từ T1/2015 đến T5/2019.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTPKTBN
- Giải phẫu bệnh ung thư biểu mô tuyến
- Giai đoạn IIIB, IV
- Đột biến EGFR thuộc loại nhạy cảm TKIs
- Chưa điều trị hóa chất trước đó.
- Điều trị Erlotinib ≥ 1 tháng.
- Chỉ số toàn trạng PS 0 – 3.
- Có đầy đủ thông tin
- Chấp nhận tham gia nghiên cứu

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Không có đột biến hoặc không rõ tình trạng gen EGFR.

*Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hường

Email: Bshuongn2ub@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2019

Ngày duyệt bài: 11.11.2019

- Những BN ngưng dùng thuốc (khi bệnh chưa có dấu hiệu tiến triển) vì lý do chủ quan của BN và người nhà, BN từ chối hợp tác, không theo dõi được.

- Được biết hoặc nghi ngờ quá muộn với bất kỳ thành phần nào của Erlotinib.

- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, hồi tiến cứu.

2.3.2. Thu thập thông tin: Mỗi BN được thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, dựa trên các thông tin hồi cứu từ bệnh án được lưu trữ.

2.3.3. Các bước tiến hành. Đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị

- Đánh giá TNM từ đó phân loại giai đoạn theo AJCC 2010, chẩn đoán mô bệnh học theo WHO

- Phác đồ điều trị: Erlotinib 150mg/ngày uống ngày 1 viên

- Các thời điểm đánh giá:

+ Sau mỗi đợt (1 tháng) điều trị BN được khám lại để đánh giá LS, TDKMM

+ Các BN có TCLS thuyên giảm hoặc ổn định được làm các XN đánh giá mỗi 3 tháng/lần (chụp CLVT lồng ngực, siêu âm hoặc chụp cắt lớp ổ bụng, CT sọ não, xạ hình xương)

- Các chỉ số đánh giá

+ Đáp ứng cơ năng: Sự thuyên giảm các triệu chứng cơ năng trên lâm sàng

+ Đánh giá đáp ứng thực thể: dựa theo tiêu chuẩn RECIST.

+ Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển, thời gian sống thêm toàn bộ.

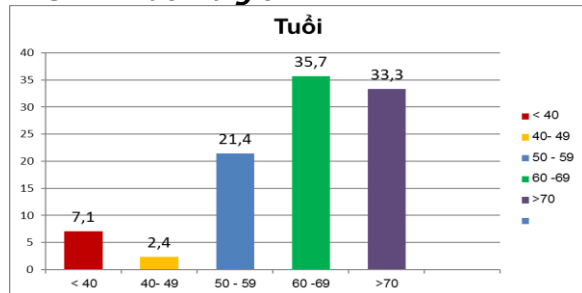
+ Tác dụng không mong muốn của Erlotinib: dựa vào phân độ của WHO và Viện Ung thư Hoa Kỳ NCI – CTCAE

2.4. Phương pháp xử trí phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Tuổi và giới là những yếu tố quan trọng trong các nghiên cứu về bệnh ung thư. Tuổi phản ánh quá trình tích lũy, thời gian tiếp xúc với các tác nhân gây bệnh. Theo hầu hết các thống kê về ung thư phổi, tuổi thường gặp 35 - 75, đỉnh cao từ 55 - 75 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ UTP cao nhất ở nhóm tuổi > 60, tuổi mắc bệnh trung bình là 64,4 ± 1,7; cao nhất là 80 tuổi, thấp nhất là 36 tuổi.

Các nghiên cứu trên thế giới đều ghi nhận rằng, nam giới có tỷ lệ mắc UTP cao hơn nữ giới. Tỷ lệ nam/nữ dao động từ 2,5-4/1. Nghiên cứu của chúng tôi lại cho thấy số bệnh nhân nữ nhiều hơn nam nhưng không quá chênh lệch. Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,1.

3.1.2. Xét nghiệm đột biến gen

Bảng 3.1. Xét nghiệm đột biến gen

Vị trí	Số BN		Tỷ lệ %
	Tại u	Tại hạch	
Cơ quan di căn	21	5	61.9
	10	1	23.8
Sinh thiết lỏng	1	1	2.4
	26	16	61.9
Tình trạng đột biến gen EGFR	Exon 19	16	38.1
	Exon 21		

Phần lớn bệnh nhân được xét nghiệm đột biến gen trên khối u nguyên phát, chiếm 61,9%, Có 1 bệnh nhân làm xét nghiệm sinh thiết lỏng chẩn đoán (2,4%). Đột biến exon 19 chiếm tỷ lệ 61,9% cao hơn đột biến tại exon 21 (38,1%). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu về đột biến gen EGFR trong và ngoài nước. Trong nghiên cứu PIONEER, trong số 121 bệnh nhân Việt Nam được xét nghiệm, tỷ lệ đột biến EGFR là 64,2%; đột biến ở exon 19 chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp sau đó là exon 21, đột biến ở những vị trí khác chiếm tỷ lệ nhỏ.[4]

3.2. Đáp ứng điều trị

3.2.1. Đáp ứng chủ quan

Bảng 3.2. Đáp ứng chủ quan

ĐÚ chủ quan	Số BN	Tỷ lệ %
Không còn triệu chứng	2	4.8
Thuyên giảm	28	66.7
Không thay đổi	8	19
Nặng hơn	4	9.5
Tổng	42	100

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá đáp ứng chủ quan dựa trên các triệu chứng thường gặp nhất của bệnh như đau ngực, ho, khó thở. Phần lớn bệnh nhân không còn hoặc thuyên giảm các triệu chứng cơ năng sau điều trị, chiếm 71,5%; 19% bệnh nhân không cải thiện và 9.5% trường hợp cảm thấy tình trạng nặng lên.

3.2.2. Đáp ứng khách quan

Bảng 3.3. Đáp ứng khách quan

ĐU khách quan	Số BN	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	25	59.5
Bệnh giữ nguyên	12	28,6
Bệnh tiến triển	5	11.9
Tổng	42	100

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 59,5 % trường hợp đạt đáp ứng 1 phần, 5/42 bệnh nhân tiến triển (chiếm 11,9%). Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 88,1% cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu điều trị Erlotinib bước 2 sau khi đã thất bại với hóa chất của tác giả Lê Thu Hà (2016) là 70,9%[5]. Tỷ lệ đáp ứng của các thuốc ức chế EGFR tyrosine kinase đã được đề cập đến trong

nhều thử nghiệm lâm sàng pha III trên thế giới. Hầu hết các nghiên cứu đều chứng minh các thuốc điều trị nhắm trúng đích này đem lại cải thiện lâm sàng rất tốt trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến gen EGFR, đặc biệt trong điều trị bước 1, với tỷ lệ đáp ứng trong khoảng 50-70%. Báo cáo của ZhouC (2011) cho thấy tỷ lệ đáp ứng toàn bộ với Erlotinib trong nghiên cứu OPTIMAL lên tới 83%, trong đó 2% bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn. Đặc biệt, tỷ lệ kiểm soát bệnh rất cao, chiếm 96%[6]. Theo nghiên cứu EURTAC trên nhóm bệnh nhân châu Âu, Rosell cũng ghi nhận tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 3%, đáp ứng 1 phần đạt 61% [3].

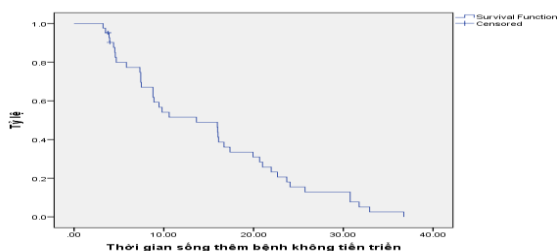
3.2.3. Liên quan đáp ứng khách quan với tác dụng phụ thuốc

Bảng 3.4. Liên quan đáp ứng khách quan với tác dụng phụ thuốc

Yếu tố	Tình trạng đáp ứng	Đáp ứng		Không đáp ứng		Tổng		P
		n	%	n	%	n	%	
Tác dụng phụ nổi ban da	Có	23	92	2	8	25	100	0,015
	Không	12	70.6	5	29.4	17	100	

Tỷ lệ đáp ứng của nhóm có tác dụng phụ trên da – nổi ban là cao hơn nhóm không có tác dụng phụ. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p=0,015. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thu Hà (2016) [5]. Trên thế giới, báo cáo của tác giả Lee S (2012) trong nghiên cứu TOPICAL cũng cho thấy lợi ích của erlotinib so với giả dược ở bệnh nhân có nổi ban.

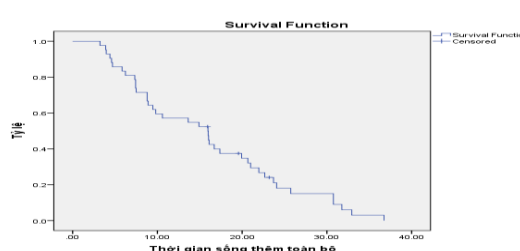
3.2.4. Thời gian sống thêm



Biểu đồ 3.2. Sống thêm không tiến triển

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 10,2 tháng. Thời gian sống thêm trung bình toàn bộ là 16,1 tháng (ít nhất 3 tháng; dài nhất 36 tháng).

Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Mok PFS, OS lần lượt là 10,6 và 15,8 tháng[7] Theo



Biểu đồ 3.3. Thời gian sống thêm toàn bộ

nghiên cứu EURTAC trung vị STKTT của nhóm sử dụng Erlotinib là 9,7 tháng, cao hơn Lê Thu Hà và CS (2016) là 8,3 tháng. Trong nghiên cứu WJOG 5108L so sánh đối đầu giữa 2 thuốc, kết quả này lần lượt là 6,5 và 7,5 tháng ở nhóm sử dụng gefitinib và erlotinib tương ứng[8].

3.3. Tác dụng không mong muốn của phác đồ

Bảng 3.5. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng KMM (n)	Không		ĐỘ I		ĐỘ II		ĐỘ III		ĐỘ IV	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nổi ban	17	40.5	17	40.5	7	16.7	1	2.4	0	0
Viêm kẽ móng	37	88.1	5	11.9	0	0	0	0	0	0
Viêm kết mạc	38	90.5	4	9.5	0	0	0	0	0	0
Viêm miệng	36	85.7	5	11.9	1	2.4	0	0	0	0
Tiêu chảy	33	78.6	7	16.7	2	2.8	0	0	0	0
Tăng men gan	36	85.7	6	14.3	0	0	0	0	0	0
Tăng creatinin	42	100	0	0	0	0	0	0	0	0

Erlotinib là thuốc dùng đường uống, liều lượng 1 viên mỗi ngày mang đến cho bệnh nhân sự thuận tiện khi sử dụng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận các tác dụng không mong muốn đã biết của Erlotinib tương tự như các báo cáo trong và ngoài nước, không ghi nhận tác dụng phụ mới. Tác dụng không mong muốn trên da là đặc điểm thường gặp, khá đa dạng, nhưng thường gặp nhất là ban dạng sẩn mủ, khô da, viêm kẽ móng. Trong các nghiên cứu với các thuốc điều trị EGFR TKIs thường gặp tác dụng phụ này với tỷ lệ khá cao, dao động từ 54% đến 89%[9]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độc tính hay gặp của thuốc bao gồm tác dụng phụ trên da- nổi ban da (59,5%), đường tiêu hóa (14,3%), tiêu chảy (21,4%), một số ít trường hợp gây tăng men gan Hầu hết các tác dụng phụ chỉ ở mức độ nhẹ I - II, độ III - IV ít gặp.

V. KẾT LUẬN

Tiến hành nghiên cứu trên 42 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIB - IV có đột biến EGFR, được điều trị bước 1 bằng Erlotinib chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tuổi trung bình là 64,4 ± 1,7; tỷ lệ nam/nữ là 1/1,1.
- Tỷ lệ đáp ứng 59,5 %; tỷ lệ kiểm soát bệnh 88,1%
- Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển 10,2 tháng. Dài nhất là 36 tháng.
- Thời gian sống thêm toàn bộ 16,1 tháng.
- Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là nổi ban da 59,5%; viêm kẽ móng 11,9%; tiêu chảy 21,4%; viêm miệng 14,3%; tăng men gan 14,3%. Hầu hết các tác dụng phụ ở độ I-II.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer (2012)**. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide 2012.
2. **Pallis AG, Serfass L, Dziadziusko R (2009)**, Targeted therapies in the treatment of advanced/metastatic NSCLC, Eur. J. Cancer, 45, 2473-2487.
3. **Rosell R, Carcereny E, Gervais R et al (2012)**. Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (EURTAC): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial, Lancet Oncol. 13, 239-246.
4. **Pan C, Yang Y, Joseph S et al (2012)**, Molecular Epidemiological prospective study of EGFR mutation from Asian patients with advanced lung adenocarcinoma (PIONEER), J Clin Oncol. 30, tr. 1534-1549
5. **Lê Thu Hà, Trần Văn Thuần (2016)**. Đáp ứng thuốc erlotinib trong điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn, Tạp chí Y học thực hành, 993, 53-55.
6. **Zhou C, Wu YL, Chen G et al (2011)**, Erlotinib versus chemotherapy as first-line treatment for patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (OPTIMAL, CTONG-0802): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study, Lancet Oncol, 12, 735-724.
7. **Mok T.S., Wu Y.L., Thongprasert S. et al (2009)**. Gefitinib or Carboplatin-Paclitaxel in Pulmonary Adenocarcinoma (IPASS). N Eng J Med., 361(10), 947-958.
8. **Urata Y, Katakami N, Morita S et al (2016)**, Randomized Phase III Study Comparing Gefitinib with Erlotinib in Patients with previously treated advanced Lung Adenocarcinoma: WJOG 5108L, J Clin Oncol. 34(27), 3248-3257.
9. **Petrelli F, Borgonovo K, Cabiddu M et al (2012)**, Relationship between skin rash and outcome in non-small-cell lung cancer patients treated with EGFR tyrosine kinase inhibitors: a literature-based meta-analysis of 24 trials, Lung Cancer. 78 (1), 8-15.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM GAN C MẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM TIỀN GIANG

Tạ Văn Trâm* và cộng sự

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm gan siêu vi C là bệnh truyền nhiễm, chủ yếu ảnh hưởng đến gan, do siêu vi viêm gan C (HCV) gây ra. Bệnh thường không có triệu chứng, nhưng viêm mạn tính có thể dẫn đến mô sẹo ở

gan và cuối cùng là xơ gan. Nhìn chung, triệu chứng của xơ gan biểu hiện rõ sau nhiều năm mắc phải. Trong một số trường hợp, bệnh nhân xơ gan sẽ bị suy gan, ung thư gan hoặc thực quản và giãn tĩnh mạch dạ dày có thể gây tử vong. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân viêm gan C mạn tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng. **Kết quả:** Điều trị bằng DAAs ở bệnh nhân viêm gan siêu vi C (VGC) mạn tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang được bắt đầu từ tháng 9/2016, phòng khám đã điều trị cho 102 bệnh nhân VGC mạn bao gồm 50 bệnh nhân kiểu gen 1 (LED + SOF), 6 bệnh nhân kiểu gen 2, 5 bệnh nhân kiểu gen 3, 10 bệnh nhân kiểu

*Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trâm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

gen 4 và 31 bệnh nhân kiểu gen 6 (LED + SOF). Có 8 bệnh nhân xơ gan còn bù. Tất cả đều có kết quả tốt với 100% HCV-RNA âm tính và ít có tác dụng phụ khi vừa chấm dứt điều trị. Có 101 bệnh nhân sau 6 tháng ngưng điều trị vẫn còn HCV-RNA âm tính, 02 bệnh nhân type 2, 01 bệnh nhân type 6 tái phát sau 96 tuần điều trị. **Kết luận:** Bệnh nhân viêm gan C đáp ứng tốt với liệu pháp điều trị DAAs. Trên 98% đạt được đáp ứng virus học bền vững (SVR). Kiểu gen 2 và 3 có tỉ lệ tái phát cao hơn những kiểu gen khác. Ở Việt Nam Genotype 1 và 6 là chủ yếu.

Từ khóa: điều trị, viêm gan C mạn, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

SUMMARY

EVALUATION OF RESULTS FOR TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C IN TIEN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Hepatitis C is an infectious disease, mainly affecting the liver, caused by the hepatitis C virus (HCV). The disease is usually asymptomatic, but chronic inflammation can lead to scar tissue in the liver and eventually cirrhosis. In general, symptoms of cirrhosis manifest clearly after many years of acquired. In some cases, cirrhotic patients with liver failure, liver cancer or esophagus and gastric varicose veins can be fatal. **Objectives:** To evaluate the results of treatment of chronic hepatitis C patients at Tien Giang Central General Hospital. **Methods:** Non-control intervention study. **Results:** Treatment with DAAs in chronic hepatitis C (VGC) patients at Tien Giang Central General Hospital started in September 2016, the clinic has treated 102 chronic hepatitis C patients including 50 patients with genotype 1 (LED + SOF), 6 patients with genotype 2, 5 patients with genotype 3, 10 patients with genotype 4 and 31 patients with genotype 6 (LED + SOF). There are 8 patients with compensated cirrhosis. All had good results with 100% HCV-RNA negative and few side effects after treatment. There were 101 patients after 6 months of stopping treatment and still HCV-RNA negative, 02 patients type 2, 01 patients with type 6 relapsed after 96 weeks of treatment. **Conclusion:** Hepatitis C patients respond well to DAAs therapy. Over 98% achieved a sustained virological response (SVR). Genotypes 2 and 3 have higher rates of recurrence than other genotypes. In Vietnam Genotypes 1 and 6 are predominant.

Key words: treatment, chronic hepatitis C, Tien Giang Central General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan siêu vi C là bệnh truyền nhiễm, chủ yếu ảnh hưởng đến gan, do siêu vi viêm gan C (HCV) gây ra. Bệnh thường không có triệu chứng, nhưng viêm mạn tính có thể dẫn đến mô sẹo ở gan và cuối cùng là xơ gan. Nhìn chung, triệu chứng của xơ gan biểu hiện rõ sau nhiều năm mắc phải. Trong một số trường hợp, bệnh nhân xơ gan sẽ bị suy gan, ung thư gan hoặc thực quản và giãn tĩnh mạch dạ dày có thể gây tử vong. Sofosbuvir (SOF) là chất ức chế

tương tự nucleoside của NS5B polymerase đặc hiệu HCV, được dùng điều trị VGCM. HCV kiểu gen 1 được điều trị bằng SOF+IFN α + RBV trong 12 tuần, hoặc SOF + RBV trong 24 tuần ở BN không thể điều trị bằng IFN. Ledipasvir (LED) là chất ức chế HCV NS5A được chứng minh trong điều trị VGCM kiểu gen 1a và 1b. Trong thử nghiệm LONESTAR giai đoạn 2, các BN nhiễm VGCM kiểu gen 1 không xơ gan được điều trị bằng LED+SOF \pm RBV có tỉ lệ đáp ứng kéo dài 95-100%. Các thử nghiệm ION-1 (1) và ION-2 (2) giai đoạn 3 trong 12 tuần điều trị bằng LED+SOF kết hợp có tỉ lệ đáp ứng tương tự với các BN được điều trị trong 24 tuần. Đối với HCV kiểu gen 2, theo khuyến cáo năm 2016 của AASLD và IDSA thì DAA trong điều trị VGCM kiểu gen 2 là: sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg), daclatasvir (60 mg)/sofosbuvir (400 mg) ở bệnh nhân không xơ gan, sofosbuvir (400 mg)/velpatasvir (100 mg) đối với bệnh nhân xơ gan còn bù. Bệnh nhân được điều trị trong 12 tuần. Nhưng đối với bệnh nhân VGCM kiểu gen 2 xơ gan mất bù thì điều trị trong 16-24 tuần (3). Zeuzem và cs đã nghiên cứu dùng Sofosbuvir 400 mg/Ribavirin 500 mg điều trị cho BN VGCM kiểu gen 2 thì thấy 93% BN có đáp ứng bền vững khi điều trị trong 12 tuần (4) LED+SOF có hoạt tính in vitro chống lại HCV kiểu gen 6. Theo Kohler, 2014, 25 BN kiểu gen 6 được điều trị bằng LED+SOF. Đáp ứng bền vững sau khi ngưng điều trị 12 tuần là 96% (24/25). Không có BN nào ngưng điều trị vì tác dụng phụ của thuốc (5). Tại nước ta, hiện chỉ lưu hành 2 phối hợp thuốc là Ledvir (LED 90mg + SOF 400 mg) và SOF 400 mg + RBV 500 mg. Các kiểu gen thường gặp ở Việt Nam là 1,4, và 6. Và kiểu gen 2 và 3 có thể điều trị bằng SOF+ VEP, các kiểu gen 1 và 6 có thể điều trị bằng LED+ SOF. Từ những vấn đề trên, để đánh giá hiệu quả của thuốc DAAs trong điều trị VGCM, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: nhằm *Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân viêm gan C mạn tại Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm Tiền Giang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

- Tất cả các BN viêm gan C có điều trị DAAs tại phòng khám Viêm gan BVĐKTTTG.

- Đối tượng loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng.

2.3 Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Từ tháng 9/2016 đến 7/2019, tại phòng khám gan Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang.

2.4 Một số định nghĩa (6):

- Lượng virus ban đầu: Lượng virus trong máu trước khi khởi đầu điều trị. Lượng virus càng cao có nghĩa là virus sao chép nhanh và khả năng lành bệnh kém.

- Đáp ứng virus học sớm (EVR): HCV RNA huyết thanh không phát hiện được vào tuần điều trị 12 (EVR hoàn toàn). Hoặc HCV RNA giảm >2 log (100 lần) nồng độ ban đầu (EVR một phần). Nếu không đạt được EVR thì khả năng lành bệnh thấp.

- Đáp ứng cuối điều trị (ETR): HCV RNA (-) trong máu vào cuối điều trị.

- Đáp ứng virus học bền vững (SVR, ĐỦVHBV): HCV RNA (-) 6 tháng sau khi ngưng điều trị. SVR12 hoặc SVR24: HCV RNA (-) sau 12, 24 hoặc 96 tuần ngưng điều trị.

2.5 Cách tiến hành nghiên cứu: Các BN khi đã đồng ý điều trị sẽ được xét nghiệm anti-HCV. Nếu anti-HCV (+) sẽ được tiến hành xét nghiệm PCR gồm định kiểu gen (BVBNĐ TP.HCM) và định lượng virus tại khoa Xét nghiệm BVĐKTTTG (có độ nhạy > 50 copies/ml). Khi BN đã được xác định kiểu gen và số lượng virus xong, BN sẽ được xét nghiệm tiếp theo phác đồ của Bộ Y tế bao gồm: công thức máu, urê, creatinin, điện giải đồ huyết thanh, chức năng gan, men gan (AST, ALT, GGT, bilirubin, albumin, prothrombin, INR, CTM), X-quang tim phổi, nội tiết: FT4, TSH, ECG, siêu âm ổ bụng, đánh giá tình trạng xơ hóa gan bằng APRI của máy Siemens S2000, HBsAg, anti-HIV. Test định tính thử thai nếu bệnh nhân nữ.

Theo dõi trong và sau điều trị: BN sẽ được xét nghiệm định lượng HCV RNA vào cuối tuần thứ 4 (RVR), tuần thứ 12 là tuần chấm dứt điều trị (ETR, hoặc EVR). Trong tuần này cũng sẽ lặp lại các xét nghiệm ban đầu. Sau đó BN sẽ được xét nghiệm theo dõi định lượng HCV RNA sau 24 tuần ngưng điều trị để tìm SVR24.

Thống kê và phân tích số liệu. Dùng SPSS 16.0 để xử lý. số trung bình ± độ lệch chuẩn. Dùng crosstabs để tìm χ^2 nhằm tìm khác biệt của biến nhị phân. Dùng Paired Samples T Test để phân tích các chuỗi số bắt cặp.

Bảng 1. Tải lượng virus trước điều trị

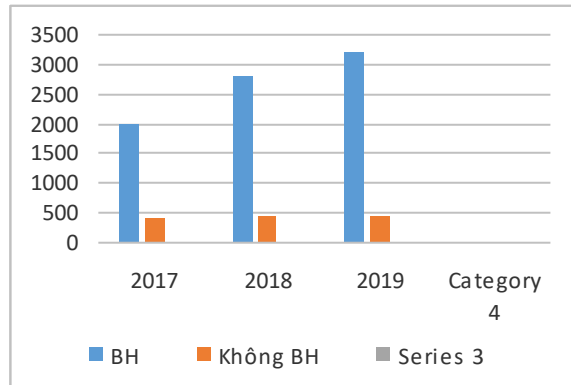
Tải lượng	Kgen 1	Kgen 2	Kgen 3	Kgen 4	Kgen 6	Cộng
> 10 ⁵	37	4	3	5	22	89
< 10 ⁵	13	2	2	5	9	31

Tải lượng virus trước điều trị > 10⁵ chiếm 87,2 %

Bảng 2. Điều trị theo thuốc và kiểu gen

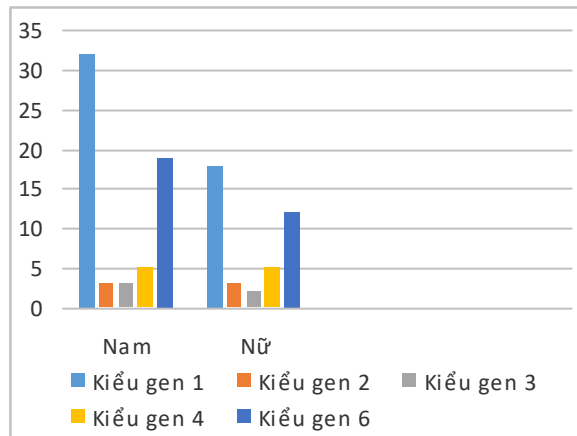
Thuốc ĐT	Kgen 1	Kgen 2	Kgen 3	Kgen 4	Kgen 6	Cộng
Ledvir	40	0	0	4	15	59
Velasof	10	5	6	6	16	43
Cộng	50	5	6	10	31	102

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1. Lượt khám bệnh năm 2017 và 2018 và 2019

Năm 2017 có 2000 lượt khám bệnh, trong đó có 400 ca không BH, năm 2018 có 2800 lượt và 400 ca không BH. Năm 2019 có 3200 lượt khám bệnh và có 430 ca không BH, Tổng cộng có 102 BN được điều trị DAA. Nam 64 người, chiếm 62,7%. Tuổi từ 32-80, tuổi trung bình là 53,5±12.6.



Hình 2. Kiểu gen phân bố theo giới và theo type
Kiểu gen chủ yếu ở Việt Nam là type 1 và 6 chiếm đa số, nam cao hơn nữ về số ca mắc, tỉ lệ phân bố kiểu gen nam và nữ tương đương nhau.

Có 59 ca điều trị Ledvir (Ledipasvir 90 mg + sofosbuvir 400 mg, 43 ca điều trị bằng Velasof (Sofosbuvir 400 mg + Velpatasvir)

Bảng 3. SVR theo thuốc điều trị và theo kiểu gen

Thuốc ĐT	Kgen 1	Kgen 2	Kgen 3	Kgen 4	Kgen 6	Cộng
Ledvir	40	0	0	4	15	59
Velasof	10	4	6	6	16	43
Cộng	50	4	6	10	31	101

Kiểu gen 2 có 01 trường hợp không đạt SVR với thuốc Velasof

Bảng 4. Tái phát sau 96 tuần điều trị

Thuốc ĐT	Kgen 1	Kgen 2	Kgen 3	Kgen 4	Kgen 6	Cộng
Ledvir	00	0	0	00	00	00
Velasof	00	2	1	00	00	3
Cộng	00	2	1	00	00	3

Sau 96 tuần điều trị có 03 trường hợp tái phát ở các kiểu gen 2 và 3

Bảng 5. Đáp ứng ALT và sau ĐT

Đơn vị U/L	<45	> 45 - 135	135- 270	>270	Cộng
ALT trước điều trị	3	50	33	16	102
ALT sau 24 W điều trị	99	03	00	00	102
ALT sau 96 W điều trị	94	05	03	00	102

Tất cả các trường hợp, ALT trở về bình thường sau điều trị

Tỉ lệ tiểu đường trên bệnh nhân viêm gan C mạn theo kiểu gen và giới tính

	Kgen 1	Kgen 2	Kgen 3	Kgen 4	Kgen 6	Cộng
Nam	2	00	00	3	3	8
Nữ	1	00	00	1	1	3
Cộng	3	00	00	4	4	11

Cổ tổng số 11 ca mắc tiểu đường chiếm 10,8% tổng số ca nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

Năm 2017 có 2000 lượt khám bệnh, trong đó có 400 ca không BH, năm 2018 có 2800 lượt và 400 ca không BH. Năm 2019 có 3200 lượt khám bệnh và có 430 ca không BH, tỉ lệ này phù hợp với xu hướng hiện nay là ngày càng nâng cao tỉ lệ người dân có bảo hiểm Y tế tại Việt Nam.

Trong 102 BN được điều trị bằng DAAs, có 64 nam, chiếm 62,7%, nguyên nhân có thể là do tỉ lệ tiêm chích ma túy nam cao hơn nữ, tuổi từ 32 đến 80 tuổi, tuổi trung bình là 58,7 ±12,6; tuổi. Kiểu gen 1 chiếm 50 ca, chiếm 49%, kiểu gen 2 có 06 ca, chiếm 5,9%, kiểu gen 3 có 05 ca, chiếm 4,9%, kiểu gen 4 có 10 ca chiếm 9,8% và kiểu gen 6 có 31 trường hợp chiếm 30,3%. Nghiên cứu của Trần Ngọc Dung và cs⁽⁷⁾ thì tỉ lệ này là 37,1%, 21,6% và 25,9%. Hồ Tấn Đạt và cs⁽⁸⁾ khi phân tích 327 BN VGCM ở Việt Nam cho thấy kiểu gen 1 nhiều nhất 58,4%, tiếp theo là kiểu gen 6 với 23,9%, kiểu gen 2 với 13,1% và 4,3% không xác định. Như vậy kiểu gen HCV phổ biến ở Việt Nam lần lượt là 1, 6,4 và 2,3. Theo khuyến cáo năm 2016 của AASLD và IDSA và theo thuốc điều trị VGCM mà chúng ta hiện có thì: kiểu gen 1 và kiểu gen 6 có thể dùng Ledvir trong 12 tuần. Nhưng AASLD và IDSA không khuyến cáo điều trị kiểu gen 2 bằng SOF+LED mà bằng các phối hợp thuốc SOF + VEL.

Kowdley và cs chứng minh rằng LED + SOF điều trị trong 8 tuần có tỉ lệ đáp ứng virus học bền vững cao (94%) ở các BN trước đây chưa từng được điều trị HCV kiểu gen 1 không bị xơ gan. Không có lợi ích tăng thêm khi thêm vào RBV trong chế độ điều trị trên (93%) hoặc chế độ LED+SOF mở rộng thời gian điều trị lên 12 tuần (95%)(9). Trong điều trị HCV kiểu gen 1 theo Afdhal và cs trong nghiên cứu ION-1 thì có phối hợp thêm RBV hay không, điều trị 12 hay 24 tuần thì kết quả cũng tương tự như nhau. Như vậy, điều trị kiểu gen 1 chỉ cần LEDVIR trong 12 tuần là đủ và có thể rút ngắn còn 8 tuần, nhưng AASLD và IDSA không khuyến cáo thời biểu rút ngắn này⁽¹⁾.

Chúng tôi có 1 BN kiểu gene 2 sử dụng Sofosbuvir 400 mg + Velpatasvir 100 mg không đạt đáp ứng bền vững (SRV). Điều này cũng phù hợp với khuyến cáo năm 2016 của AASLD và IDSA tỉ lệ SVR ở kiểu gen 2 và 3 đạt SVR khoảng 80 -90%

Tất cả bệnh nhân trở lại tái khám trở lại tái khám sau 6 tháng ngưng điều trị, 102 ca có SVR. 01 trường hợp tái phát, So với các số liệu trước đây của chúng tôi về liệu pháp chuẩn với IFN hoặc PEG-IFN với RBV ở các BN có các kiểu gen 1, 2 và 6 cho thấy 25,5% bỏ trị, 51,1% đạt SVR24 và 23,4% tái phát. Liệu pháp DAA ưu việt

về tỉ lệ thành công điều trị.

BN xơ gan còn bù vẫn đáp ứng tốt với điều trị. Ở đây chúng tôi có 8 BN được xác định xơ gan bằng siêu âm Acuson S2000 với SWV \geq 2.00 m/s là F4, được xem là xơ gan còn bù khi không có các dấu hiệu phát triển vàng da niêm, báng bụng, chảy máu phình tĩnh mạch hoặc bệnh não do gan.

Tỉ lệ tái phát sau 96 tuần điều trị là 03 trường hợp ở kiểu gen 2 và kiểu gen 3, điều này cũng phù hợp với hướng dẫn điều trị của AASLD, CDC là tỉ lệ tái phát ở kiểu gen 2 và 3 nhiều hơn những kiểu gen còn lại

Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy trong 102 ca có 11 bệnh nhân tiểu đường chiếm 10.8%, theo khảo sát của PGS Bùi Hữu Hoàng và cộng sự cũng cho thấy có tỉ lệ tương tự, nhưng đây chỉ mới là đánh giá ban đầu cần có những nghiên cứu sâu hơn mới có thể đưa ra được những đánh giá đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân viêm gan C đáp ứng tốt với liệu pháp điều trị DAAs. Trên 98% đạt được đáp ứng virus học bền vững (SVR).

Kiểu gen 2 và 3 có tỉ lệ tái phát cao hơn những kiểu gen khác.

Ở Việt Nam Genotype 1 và 6 là chủ yếu.

Tỉ lệ tiểu đường trên bệnh nhân viêm gan C mạn chiếm khoảng 10% theo khảo sát ban đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Afdhal N, Zeuzem S, Kwo P et al. Ledipasvir and Sofosbuvir for Untreated HCV Genotype 1

Infection. N Engl J Med 370: 1889-98; 20 nejm.org may 15, 2014:

2. Afdhal N, Reddy KR, Nelson DR et al. Ledipasvir and Sofosbuvir for Previously Treated HCV Genotype 1 Infection. N Engl J Med 370;16 nejm.org april 17, 2014: 1483- 93.
3. AASLD & IDSA. Initial Treatment Of HCV Infection. <http://www.hcvguidelines.org/full-report/initial-treatment-hcv-infection>.
4. Zeuzem S, Dusheiko GM, Salupere R et al. Sofosbuvir and Ribavirin in HCV Genotypes 2 and 3. N Engl J Med 370;21 nejm.org may 22, 2014:1993-2001.
5. Monica Lupsor et al. Performance of a new elastographic method (ARFI technology) compared to unidimensional transient elastography in the noninvasive assessment of chronic hepatitis C. Preliminary results. J Gastrointest Liver Dis. 2009;18:303-310.
6. Vertex. A Key to Understanding Treatment Response in Hepatitis C. <http://www.vrtx.com/assets/pdfs/VRTXHCVtreatmentResponse>.
7. Trần Ngọc Dung, Cao Thị Tài Nguyên, Nguyễn Thị Huỳnh Nga. Kết quả bước đầu về định type HCV trên bệnh nhân viêm gan virus C tại BV đa khoa trung ương Cần Thơ. Y học thực hành (763), số 5/2011, tr 67-69.
8. Hồ Tấn Đạt, Phạm Thị Thu Thủy, Nguyễn Thanh Tông, Nguyễn Bảo Toàn, Phạm Hữu Bội Hoàn, Nguyễn Bảo Tông, Nguyễn Thị Kiều Oanh, Đỗ Thị Thủy Trang. Kiểu gen của siêu vi viêm gan C ở Việt Nam. <http://www.drthuthuy.com/reseach/VNGenotype.html>.
9. Kowdley KV, Gordon SC, Reddy KR et al. ION-3 Investigators. Ledipasvir and sofosbuvir for 8 or 12 weeks for chronic HCV without cirrhosis. N Engl J Med. 2014 May 15;370(20):1879-88. doi: 10.1056/NEJMoa1402355. Epub 2014 Apr 10.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ ĐA TẦNG

Phạm Như Dũng¹, Võ Văn Thanh^{2,3}, Nguyễn Lê Bảo Tiến²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 65 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. **Kết**

quả: 100% bệnh nhân có triệu chứng đau cổ, đau vai gáy, tiếp đến là rối loạn vận động và rối loạn cảm giác. Hội chứng hay gặp hơn là hội chứng tủy-rể. 89,2% bệnh nhân mất đường cong sinh lý trên hình ảnh Xquang. Kết quả chụp cắt lớp cho thấy 64,4% hình ảnh mô xương phía trước đốt sống liền kề; 56,9% hình ảnh hẹp khe đốt sống. Vị trí thoát vị đĩa đệm hay gặp nhất là C4-C5 và C5-C6 và thoát vị thể trung tâm là phổ biến nhất. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau và rối loạn vận động, rối loạn cảm giác. Mất đường cong sinh lý, hẹp khe liên đốt sống, mô xương phía trước đốt sống liền kề là hình ảnh cận lâm sàng thường thấy trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng.

Từ khóa: thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng, lâm sàng, cận lâm sàng

¹Bệnh viện đa khoa Tỉnh Thái Bình

²Viện Chấn thương & Chỉnh hình, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Thanh

Email: thanhhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SUBCLINICAL IN PATIENTS WITH MULTILEVEL CERVICAL DISC HERNIATION

Objective: to describe clinical and imaging in patients with multilevel cervical disc herniation. **Method:** a retrospective descriptive study on 65 qualified patients. **Result:** 100% of patients have neck and shoulder pain, followed by movement disorders and sensory disorders. The common syndrome is root-marrow syndrome. 89.2% of patients lost lordosis on X-ray image. The results of tomography revealed 64.4% of images with frontal vertebrae adjacent; 56.9% of images with narrow spinal stenosis. The most common location of herniation is at C4-C5 and C5-C6 and central herniated is the most common type. **Conclusion:** Common clinical symptoms are pain and movement disorders, sensory disorders. Loss of lordosis, narrow vertebrae joint and break bone before adjacent vertebrae are often seen in patient with multilevel cervical disc herniation.

Keyword: multilevel cervical disc herniation, clinical characteristics, subclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ một trong những nguyên nhân chính gây ra chèn ép thần kinh vùng cổ. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Gần đây các công trình nghiên cứu áp dụng các thành tựu khoa học mới đem lại những bước tiến quan trọng trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống nói chung và cột sống cổ nói riêng [1]. Ở Việt Nam, thoát vị đĩa đệm cột sống cổ mới được chú ý chẩn đoán và điều trị vào những năm 90 của thế kỷ XX. Tiếp theo đó là các công trình nghiên cứu của Hồ Hữu Lương (2003) [2], Nguyễn Thành Tuyên (2010) [3] về các phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh lý TVĐĐ cổ. Để có thể đưa ra phương pháp điều trị hiệu quả thì việc hiểu rõ về triệu chứng lâm sàng và hình ảnh cận lâm sàng là vô cùng cần thiết. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mô tả triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 65 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đa tầng được phẫu thuật bằng phương

pháp lấy đĩa đệm, hàn xương liên thân đốt và nẹp vít cột sống cổ lõi trước.

- Địa điểm nghiên cứu: khoa Phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức

- Thời gian nghiên cứu: tháng 1 năm 2016 đến tháng 12 năm 2017

2.2 Phương pháp nghiên cứu

❖ Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu

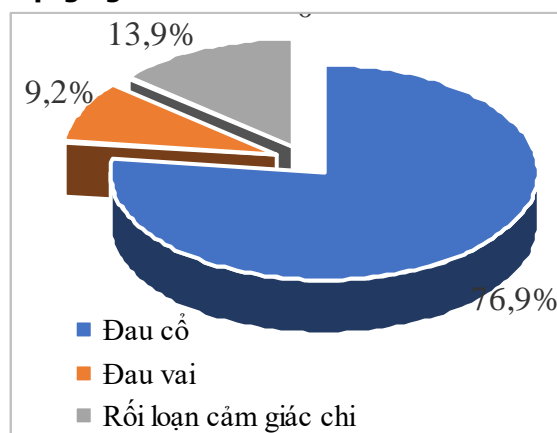
❖ Nội dung nghiên cứu

Các thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất: lấy thông tin bệnh án phẫu thuật, thăm khám và đánh giá bệnh nhân. Đánh giá các hình ảnh cận lâm sàng qua phim chụp. Trực tiếp khám, đánh giá tình trạng bệnh nhân sau mổ theo mẫu bệnh án (theo dõi đánh giá kết quả sau mổ 1 năm, 2 năm). Gửi thư mời bệnh nhân đến khám lại tại khoa Phẫu Thuật Cột Sống Bệnh viện Việt Đức đánh giá theo thang điểm VAS, JOA, NDI.

❖ **Xử lý số liệu.** Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Mức ý nghĩa thống kê alpha = 0,05 được áp dụng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả lâm sàng trước mổ của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố triệu chứng khởi phát của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có triệu chứng đau cổ chiếm 76,9%, sau đó là rối loạn cảm giác chi chiếm 13,9%.

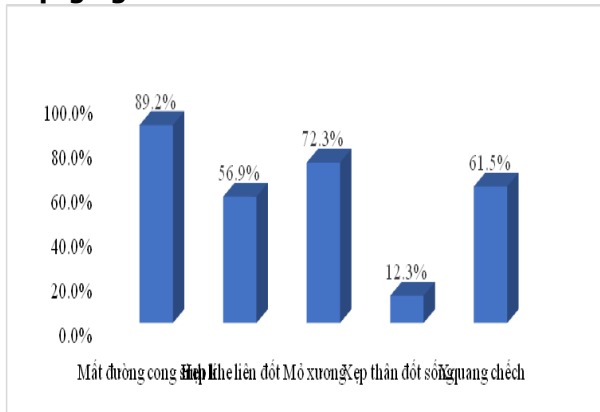
Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng trong nhóm nghiên cứu

Hội chứng	H/C Rẻ (n=12)	H/C Tùy (n=23)	H/C Rẻ - tùy (n=30)	Tổng (n=65)
Đau cổ, đau vai gáy	12(100%)	23(100%)	30(100%)	65(100%)
Nghiêm pháp spurling dương tính	12 (100%)		30 (100%)	42 (64,6%)
Rối loạn cảm giác chi trên	12 (100%)	10 (40%)	30 (100%)	52 (80%)

Rối loạn cảm giác chi dưới		23 (100%)	30 (100%)	53 (81,5%)
Rối loạn vận động chi trên	8 (66,7%)	19 (82,6%)	26 (86,7%)	53 (81,5%)
Rối loạn vận động chi dưới		19 (82,6%)	25 (83,3%)	44 (67,7%)
Giảm phản xạ gân xương chi trên	12 (100%)			12 (18,5%)
Tăng phản xạ gân xương tứ chi		23 (100%)	30 (100%)	53 (81,5%)
Teo cơ chi trên	2 (16,7%)	17 (73,9%)	18 (60%)	37 (46,2%)
Teo cơ chi dưới		19 (82,6%)	11 (36,7%)	30 (46,1%)
Rối loạn cơ tròn		7 (30,4%)	5 (16,7%)	12 (18,5%)
Hoffman		18 (78,3%)	24 (80%)	42 (64,6%)

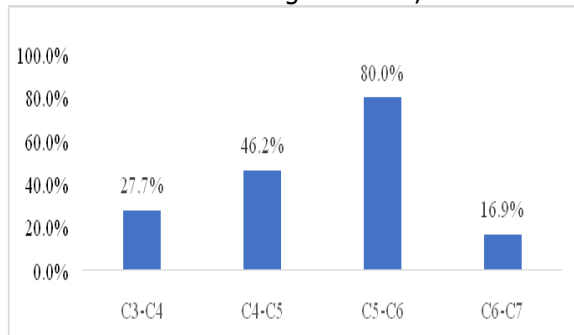
Nhận xét: 100% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có triệu chứng đau cổ, đau vai gáy. Các triệu chứng lâm sàng được phân chia vào 3 hội chứng chính: hội chứng rễ 12 bệnh nhân (chiếm 18,5%), hội chứng tủy 23 bệnh nhân (chiếm 35,4%) và hội chứng tủy-rễ 30 bệnh nhân (chiếm 46,1%).

3.2. Cận lâm sàng trước mổ của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.2: Hình ảnh Xquang trước mổ của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trên hình ảnh Xquang phổ biến nhất mắt đờng cong sinh lí chiếm 89,2%, sau đó là hình ảnh mỏ xương chiếm 72,3%



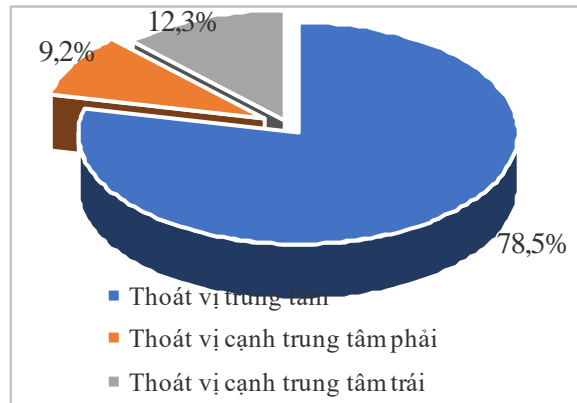
Biểu đồ 3.3. Vị trí thoát vị đĩa đệm.

Nhận xét: Hai vị trí thoát vị đĩa đệm hay gặp nhất là C4-C5 và C5-C6 chiếm lần lượt là 89,2 và 87,7% sau đó là C3-C4 chiếm 55,4%.

Bảng 3.2: Kết quả hình ảnh chụp cắt lớp cột sống cổ (n=65)

Hình ảnh cắt lớp	Số lượng	Tỷ lệ %
Hẹp khe liên đốt sống	37	56,9
Mỏ xương phía trước đốt sống	42	64,6

Nhận xét: Hình ảnh mỏ xương phía trước đốt sống liền kề 64,6%. Hình ảnh hẹp khe liên đốt sống chiếm tỷ lệ 56,9%.



Biểu đồ 3.4. Vị trí TVĐĐ trên hình ảnh cắt ngang CHT.

Nhận xét: Thoát vị thể trung tâm chiếm 78,5%; thoát vị cạnh trung tâm sang bên trái chiếm 12,3% và thoát vị cạnh trung tâm phải chiếm 9,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Lâm sàng trước mổ của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu trên 65 người bệnh chúng tôi ghi nhận có 12/65 người bệnh có hội chứng chèn ép rễ cổ chiếm 18,5%, có 30/65 người bệnh có hội chứng chèn ép rễ - tủy cổ chiếm 46,2% và 23/65 người bệnh có hội chứng chèn ép tủy cổ chiếm 35,4%. Triệu chứng khởi phát của nhóm nghiên cứu chủ yếu là đau mỏi cổ chiếm 76,9%. Hoàng Văn Chiến tỷ lệ hội chứng chèn ép rễ cổ là 18%, hội chứng chèn ép tủy 48%, hội chứng rễ - tủy là 34% [4].

Teo cơ là hệ quả của một quá trình do sự chèn ép thần kinh lâu ngày, teo cơ trong hội chứng rễ thường chỉ teo một vài cơ do rễ thần kinh tổn thương chi phối. Henderson và cộng sự

ngiên cứu 736 người bệnh có bệnh lý rễ thần kinh cổ cho thấy: 99% các trường hợp có đau cánh tay, 85% có rối loạn cảm giác, 80% có đau cổ, 71% có rối loạn phản xạ gân xương, 68% có yếu vận động chi trên [5]. Nguyễn Công Tô, Nguyễn Đình Hưng nghiên cứu thấy đau cột sống cổ gặp ở 100% số người bệnh có hội chứng rễ, đau lan xương vai là 62,5%, lan xuống tay là 87,5% [6].

Rối loạn cảm giác thường xuất hiện tê bì, đau buốt ở ngón chi. Đây cũng là một trong những lý do khiến người bệnh phải đến viện để khám bệnh. Ở bệnh nhân có hội chứng rễ: rối loạn cơ tròn xuất hiện ở 30,4% số người bệnh có hội chứng chèn ép tủy. Rối loạn vận động chi trên, chi dưới xuất hiện 82,6%. Teo cơ chi trên xuất hiện 73,9%, teo cơ chi dưới xuất hiện 82,6% số người bệnh có hội chứng chèn ép tủy. Ở bệnh nhân có hội chứng rễ - tủy: rối loạn vận động chi trên 86,7%, rối loạn vận động chi dưới 83,3%, teo cơ chi trên 60%, teo cơ chi dưới 36,7%. Triệu chứng ít xuất hiện hơn là rối loạn cơ tròn 12,3%. Biểu hiện rối loạn cơ tròn chính của số người bệnh có hội chứng rễ - tủy là tiểu nhiều lần, tiểu không hết [2].

4.2. Cận lâm sàng trước mổ của đôi tượng nghiên cứu

4.2.1. X-quang. Kết quả chụp X-quang cho thấy có 58/65 người bệnh cho hình ảnh mất đường cong sinh lý cột sống cổ chiếm tỷ lệ 89,2%. Khi nghiên cứu người ta thấy do sự thoái hóa của cột sống cổ, sự co cơ để đối kháng lại triệu chứng đau là nguyên nhân chính gây biến đổi đường cong sinh lý cột sống. Quá trình thoái hóa lâu ngày làm giảm tầm vận động của cột sống gây gù, lệch vẹo cột sống cổ.

Tỷ lệ bệnh nhân có hình ảnh hẹp khe liên đốt sống tại tầng thoát vị chiếm tỷ lệ 56,9%. Đĩa đệm là mô được nuôi dưỡng kém, chủ yếu được nuôi dưỡng bằng cơ chế thẩm thấu do đó quá trình thoái hóa diễn ra nhanh. Quá trình thoái hóa làm đĩa đệm mất nước, giảm tính đàn hồi. Dưới tác dụng của lực bên ngoài trong quá trình sinh hoạt, lao động làm đĩa đệm xẹp lại và bè rộng ra gây giảm chiều cao đĩa đệm.

Nghiên cứu của chúng tôi gặp 47/65 người bệnh có mô xương phía trước đốt sống liền kề chiếm tỷ lệ 72,3%. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Văn Chiên: tỷ lệ người bệnh có mô xương phía trước đốt sống liền kề là 72,9% [4]. Mô xương do thoái hóa thường xuất hiện đồng thời ở nhiều thân đốt sống, nhất là vùng cổ và thắt lưng. Mô xương chỉ xuất hiện ở 1 – 2 thân đốt sống thường gặp

trong thoái hóa cột sống sau chấn thương hoặc di chứng của lao.

4.2.2. Hình ảnh CLVT cột sống cổ. Nghiên cứu của chúng tôi trên 65 người bệnh cho thấy: Mỏ xương phía trước đốt sống liền kề 64,6%, hẹp khe liên thân đốt sống 56,9%. Thoái hóa cột sống và thoái hóa đĩa đệm luôn đi song song với nhau, khi có thoái hóa TVĐĐ cột sống cổ và phì đại mỏ xương, mẫu khớp thì điều trị nội khoa sẽ không có kết quả mà phải phẫu thuật lấy đĩa đệm thoát vị và lấy bỏ cả chồi xương.

4.2.3. Hình ảnh MRI cột sống cổ. Nghiên cứu 65 người bệnh với 36 đĩa đệm cột sống cổ thoát vị đã được phẫu thuật chúng tôi nhận thấy rằng: Thoát vị đĩa đệm C6-C7 gặp với tỷ lệ thấp nhất 16,9%, C3-C4 (16,7%), nhiều hơn là C4-C5 (46,2%), hay gặp nhất là thoát vị C5-C6 chiếm tỷ lệ 80%. Nguyễn Quốc Dũng nghiên cứu 52 người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thấy hay gặp nhất là thoát vị C5-C6 chiếm tỷ lệ 36,61%, C4-C5 (26,79%), C3-C4 (23,21%), C6-C7 (11,67%), ít gặp nhất là C7-T1 chiếm tỷ lệ 1,79% [7]. Lý giải điều này chúng tôi cho rằng cột sống cổ là phần linh hoạt nhất của cột sống, trong sinh hoạt cũng như trong lao động đĩa đệm C5-C6 tham gia nhiều vào các động tác cúi, uốn của cột sống cổ. Vì vậy đĩa đệm C5-C6 sớm bị thoái hóa hơn, điều đó giải thích lý do vì sao chúng ta hay gặp thoát vị đĩa đệm C5-C6 hơn các vị trí khác.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi 100% là thoát vị đĩa đệm trung tâm ra sau, không gặp thoát vị ra trước hay thoát vị vào thân đốt sống. Giải thích cho điều này chúng tôi thấy rằng chỉ thoát vị đĩa đệm ra sau mới gây chèn ép vào tủy hay rễ thần kinh và gây lên các triệu chứng lâm sàng buộc người bệnh phải đến viện khám. Nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dũng trên 52 người bệnh thoát vị đĩa đệm cho thấy thoát vị trung tâm chiếm 71,43%, cạnh trung tâm 25% và thoát vị vào lỗ liên hợp 3,57% [7]. Do các sợi dây chằng dọc sau phân bố đồng đều ở mặt trước ống sống cổ mà không tập chung phân bố ở giữa, đồng thời vòng sợi đĩa đệm ở phía sau yếu hơn nửa phía trước đó là nguyên nhân chính là tăng tỷ lệ thoát vị đĩa đệm trung tâm và cạnh trung tâm.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau và rối loạn vận động, rối loạn cảm giác. Mất đường cong sinh lý, hẹp khe liên đốt sống, mỏ xương phía trước đốt sống liền kề là hình ảnh cận lâm sàng thường thấy trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ausin G, Thomas CC (1961)**. "The Spinal Cord. Basic Aspects and Surgical Considerations", Charles Thomas. 106-120.
2. **Hồ Hữu Lương (2008)**, Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 76-217.
3. **Nguyễn Thành Tuyên (2010)**. Đánh giá hiệu quả điều trị kết hợp của bài tập Mc KENZIE trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Hoàng Văn Chiên (2016)**. "Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo có khớp", Luận văn tiến sỹ Y học, Học Viện Quân Y.
5. **Henderson (2010)**. "Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care, Diagnosis and Treatment of Cervical Radiculopathy from Degenerative Disorders", North American Spine Society, **32**(1), 12.
6. **Nguyễn Công Tô, Nguyễn Đình Hùng (2007)**. Sử dụng Cespace hàn liên thân đốt trong phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ", Tạp chí Ngoại khoa, **1**, 34-38.
7. **Nguyễn Quốc Dũng (2005)**. "Một số nhận xét về hình ảnh cộng hưởng từ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ", Y học thực hành, **503**(2), 66-67.

NGHIÊN CỨU TỔN THƯƠNG CHẤT TRẮNG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO

Nguyễn Đức Thuận¹, Nguyễn Huy Ngọc², Nguyễn Quang Ân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: phân tích đặc điểm tổn thương chất trắng ở bệnh nhân đột quy não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 35 bệnh nhân đột quy não có tổn thương chất trắng trên phim cộng hưởng từ sọ não; chẩn đoán Đột quy não theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO); tất cả bệnh nhân được cộng hưởng từ sọ não và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. Đánh giá tổn thương chất trắng theo thang điểm Fazekas (Fazekas và cs 1987). Mức độ tổn thương chất trắng được tính như sau: Mức độ nhẹ (Điểm Fazekas 0-1); Mức độ nặng (Điểm Fazekas 2-3). **Kết quả:** Có 35/72 (48,61%) bệnh nhân đột quy não có tổn thương chất trắng; trong đó Fazekas 0 (11,4%); Fazekas 1 (28,6%), Fazekas 2 (40%), Fazekas 3 (20%). Bệnh nhân nam giới; tuổi bằng hoặc trên 70; Rối loạn nhận thức (MMSE<24); Mức độ tàn tật nặng (mRS≥2); Đột quy (NIHSS>5) có tỷ lệ tổn thương chất trắng cao hơn có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Ở những bệnh nhân có tổn thương chất trắng mức độ nặng (Fazekas=2; 3) thì có điểm MMSE; mRS; NIHSS cao hơn có ý nghĩa thống kê (p<0,05). **Kết luận:** khoảng gần một nửa (48,61%) bệnh nhân đột quy não có tổn thương chất trắng trong đó tổn thương chất trắng mức độ nặng là chủ yếu. Các yếu tố tuổi cao; giới nam; rối loạn nhận thức; mức độ tàn tật nặng; đột quy có mức tổn thương thần kinh chung nặng và thể đột quy nhồi máu não liên quan tới tổn thương chất trắng và mức độ tổn thương chất trắng ở bệnh nhân đột quy não.

Từ khóa: đột quy não, tổn thương chất trắng

SUMMARY

STUDYING ON WHITE MATTER LESION IN STROKE PATIENT

Objectives: to analyse the white matter lesion in stroke patient. **Subjects and methods:** a total of 35 stroke patients with white matter lesion in cerebral MRI. Stroke was diagnosed according to stroke definition of WHO; all patients underwent MRI examination and agreed to participate in the study. Study design: a prospective and cross-sectional study. Evaluation of white matter lesion according to Fazekas scale (Fazekas et al. 1987). The severity of white matter lesion was graded: mild (Fazekas score 0-1); severe (Fazekas score 2-3). **Results: there was** 35/72 (48,61%) stroke patients with white matter lesion; in which patient with Fazekas=0; Fazekas=1, Fazekas=2, Fazekas=3 was 11,4%; (28,6%) 40% and (20%), respectively. In male patient; age equal or over 70; with cognitive disorder (MMSE<24); severe disability (mRS≥2); stroke grade (NIHSS>5), the rate of white matter lesion was statistically significantly higher (p<0,05). Patients with a severe white matter lesion (Fazekas=2; 3) had a statistically significantly higher MMSE; mRS and NIHSS score (p<0,05). **Conclusion:** nearly a half patient (48,61%) stroke patient had the white matter lesion in which a severe white matter lesion was dominant. Old age; male sex; cognitive disorder; severe disability; stroke with severe neurological function lesion and ischemic stroke were related to the white matter lesion and the severity of this in stroke patient.

Key words: stroke; white matter lesion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy là một bệnh lý có tính thời sự, là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế ở người trưởng thành. Tổn thương chất trắng được định nghĩa là những ổ tăng tín hiệu trên tín hiệu phim cộng hưởng từ hoặc giảm tỉ trọng ở vùng dưới

¹Bệnh viện Quân Y 103

²TT Đột quy, BV Đa Khoa Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thuận

Email: thuanneuro82@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2019

Ngày duyệt bài: 14.11.2019

vỏ trên phim cắt lớp vi tính sọ não (Fazekas 1987). Giữa tổn thương chất trắng và đột quỵ não có mối liên quan với nhau đã được khẳng định ở nhiều nghiên cứu trước đó ở các quốc gia trên thế giới (Li L 2013; Cho AH 2015). Tuy nhiên, tại Việt Nam chúng tôi chưa thấy có công trình nào công bố về vấn đề này. Vì vậy, đề tài được thực hiện với mục tiêu: phân tích đặc điểm tổn thương chất trắng ở bệnh nhân đột quỵ não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 35 bệnh nhân đột quỵ não có tổn thương chất trắng trên phim cộng hưởng từ sọ não, điều trị tại khoa Đột quỵ não, Bệnh viện Quân y 103 và Trung tâm Đột quỵ não- Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ từ tháng 10/2018 đến tháng 4/2019. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán Đột quỵ não theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO); tất cả bệnh nhân được cộng hưởng từ sọ não. Và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: BN xuất huyết khoang dưới nhện; không có khả năng phối hợp, trả lời các test nghiên cứu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. Nội dung nghiên cứu: thu thập thông tin bệnh nhân theo mẫu thống nhất gồm bệnh sử, tiền sử, các yếu tố nguy cơ.

- Đánh giá tổn thương chất trắng theo thang điểm Fazekas (Fazekas và cs 1987)

Biểu hiện	Điểm
Không hoặc đám tổn thương chất trắng đơn độc	0
Nhiều đám tổn thương chất trắng rời rạc	1
Bắt đầu liên kết giữa các tổn thương (tạo thành cầu nối)	2
Mảng tổn thương lớn	3

Mức độ tổn thương chất trắng được tính như sau: Mức độ nhẹ (Điểm Fazekas 0-1); Mức độ nặng (Điểm Fazekas 2-3).

Bảng 3.2 Một số đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	N=35	Tỉ lệ (%)	X±SD
Modified Rankin	≤ 2	51,4%	2,54±1,4
	>2	48,6%	
Barthel Index	Độc lập hoàn toàn (95-100)	37,1%	74,4 ± 29,0
	Trợ giúp ít (65-94)	48,6%	
	Trợ giúp vừa (25-64)	5,7%	
	Phụ thuộc hoàn toàn (0-24)	8,6%	
NIHSS (điểm)	< 10	80,0%	5,71± 5,0
	≥ 10	20,0%	

- Đánh giá tình trạng thần kinh chung theo thang điểm NIHSS, ý thức theo thang điểm Glassgow; đánh giá sức cơ của bệnh nhân theo thang điểm BMRC; hoạt động hàng ngày theo thang điểm Barthel Index, mức độ tàn tật theo thang điểm Rankin cải tiến, đánh giá nhận thức bằng thang điểm MMSE.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên máy tính theo chương trình phần mềm thống kê kê học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n=35)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	≥ 60	82,86%
	<60	17,14%
Giới (nam/nữ)	2,5/1	(71,43%/28,57%)
Tăng huyết áp	31	88,57%
Đái tháo đường	6	17,14%
Bệnh lí tim mạch	10	28,57%
Rối loạn lipid	4	11,42%
Uống rượu bia	5	14,28%
Hút thuốc lá	6	17,14%
Đột quỵ não cũ	13	37,14%
Thời gian từ khởi phát tới nhập viện	<4,5h	25,71%
	4,5-6h	8,57%
	>6h	65,72%
Thể đột quỵ	Nhồi máu não	85,71%
	Chảy máu não	14,29%

Qua bảng trên thấy được bệnh nhân đột quỵ não chủ yếu ở độ tuổi cao (≥ 60), trong các yếu tố nguy cơ thì tăng huyết áp là hay gặp nhất. Những bệnh nhân tới viện kể từ lúc khởi phát <4,5 giờ chỉ chiếm 25,71%. Thể đột quỵ nhồi máu não là chủ yếu với 85,71%. Mặc dù cỡ mẫu nhỏ nhưng bệnh nhân nghiên cứu cũng mang những đặc điểm chung giống đặc điểm của bệnh nhân đột quỵ não đã được nói tới ở nhiều tài liệu trước (N.M. Hiện, 2013; N.V. Thông,2019).

MMSE (điểm)	Không	6	17,1%	21,14±8,4
	Nhẹ	16	45,7%	
	Vừa	8	22,9%	
	Nặng	5	14,3%	

Bệnh nhân ở nghiên cứu của chúng tôi với mức độ tàn tật trung bình (mRS=2,54), có thể độc lập trong sinh hoạt hàng ngày ở mức trung bình (BI=74,4) và mức trung bình tổn thương chức năng thần kinh chung (NIHSS=5,71) và rối loạn nhận thức chủ yếu ở mức nhẹ và trung bình (68,6%). Vì nghiên cứu có tiêu chuẩn chọn bệnh nhân không giống với những nghiên cứu khác nên chúng tôi không bàn luận ở đây. Tuy vậy, về rối loạn nhận thức trong đó có sa sút trí tuệ sau đột quỵ thì đều được khẳng định với tỉ lệ trên 50% và là vấn đề cần được tâm nhiều hơn nữa để thúc đẩy quá trình hồi phục chung cũng như chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân sau đột quỵ (Pendlebury ST, 2009).

Bảng 3.3 Đặc điểm của tổn thương chất trắng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n=35)	Tỉ lệ (%)
Điểm Fazekas	0	11,4%
	1	28,6%
	2	40,0%
	3	20,0%

Trong tổng số 72 bệnh nhân chúng tôi sàng lọc thì tuyển được 35 bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chọn lựa có tổn thương chất trắng trên phim cộng hưởng từ (48,61%). Điểm tài liệu thì thấy tổn thương chất trắng ở não gặp khoảng 50% người cao tuổi và 64-86% ở bệnh nhân đột quỵ não (Li và cs, 2013). Hơn nữa, quá trình xuất hiện tổn thương chất trắng thấy ở 8-28% người cao tuổi không có sa sút trí tuệ và ở (Enzinger và cs, 2007) 32% bệnh nhân nhồi máu não (Cho và cs, 2015). Tỉ lệ này ở nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn là do những bệnh nhân đột quỵ không chụp được phim cộng hưởng từ không được tuyển vào nghiên cứu. Theo phân loại mức độ tổn thương chất trắng thì tổn thương mức độ nặng (Fazekas=2,3) chiếm chủ yếu (60%). Theo các tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân ở các nghiên cứu khác nhau nên điểm này chúng tôi không đưa ra để bàn luận về tỉ lệ này. Tuy nhiên, các nghiên cứu cũng thấy thường bệnh nhân đột quỵ có tuổi cao nên mức độ tổn thương chất trắng thường ở trung bình (Fazekas=2) và nặng (Fazekas=3).

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa tổn thương chất trắng và một số đặc điểm chung

Đặc điểm	Tổn thương chất trắng		$\chi^2; p$	
	Có (n=35)	Không (n=37)		
Tuổi	≥70	53,1%	33,3%	4,43; 0,045
Giới	Nam	78,1%	27,0%	8,203; 0,004
Tăng huyết áp	87,5%	66,7%	0,972; 0,324	
Đái tháo đường	18,8%	16,3%	0,679; 0,410	
Bệnh tim mạch	15,6%	17,0%	0,547; 0,460	
Rối loạn Lipid máu	12,5%	13,4%	0,423; 0,515	
Uống rượu bia	15,6%	15,9%	0,547; 0,460	
Hút thuốc lá	18,8%	20,6%	0,679; 0,410	
Tiền sử đột quỵ não	43,8%	39,4%	2,188; 0,139	

Qua kết quả cho thấy bệnh nhân tuổi cao (≥70) và giới nam thì có tỉ lệ tổn thương chất trắng cao hơn hẳn so với nhóm bệnh nhân <70 tuổi và giới nữ (p<0,05). Chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các đặc điểm khác. Nhiều nghiên cứu khác cũng đã chỉ ra tuổi càng cao thì tỉ lệ tổn thương chất trắng xuất hiện càng nhiều (Longstreth WT Jr, 1996). Về mối liên quan giới và tổn thương chất trắng, Mark R Etherton nghiên cứu trên 184 bệnh nhân nhồi máu não nhận thấy nữ giới có tỉ lệ cao hơn và kích thước ổ tổn thương lớn hơn so với ở nam giới và không thấy sự khác biệt về tuổi (Mark R Etherton, 2019). Sự khác biệt này có thể do chúng tôi

tuyển chọn cả bệnh nhân chảy máu não vào nghiên cứu và cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ nên tính đại diện còn hạn chế.

Bảng 3.5. Môi liên quan giữa tổn thương chất trắng và đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Tổn thương chất trắng		p
	Có (n=35)	Không (n=37)	
Rối loạn nhận thức (MMSE<24)	61,2%	27,3%	0,012
Mức độ tàn tật nặng (mRS≥2)	67,4%	55,2%	0,043

Mức độc lập tốt trong sinh hoạt hàng ngày (BI>80)	59,1%	62,7%	0,14
Đột quy (NIHSS>5)	74,5%	61,8%	0,036

Qua nghiên cứu cho thấy ở nhóm bệnh nhân có tổn thương chất trắng có tỉ lệ xuất hiện rối loạn nhận thức, mức độ tàn tật nặng và mức độ tổn thương thần kinh chung nhiều cao hơn (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê). Điều này cũng phù hợp với nhận xét của Helenius and Henninger (2015), Curtze (2015) về mối quan hệ tuyến tính giữa tổn thương chất trắng và mức độ tổn thương chức năng thần kinh, mức độ tàn tật. Hơn nữa, Curtze sau khi phân tích số liệu của 2485 bệnh nhân nhồi máu não điều trị bằng tiêu huyết khối cũng chỉ ra rằng, ở những bệnh nhân có tổn thương chất trắng thì làm tăng tỉ lệ chảy

máu nội sọ gấp 2 lần so với nhóm bệnh nhân khác. Các tác giả cũng thống nhất, tổn thương chất trắng có liên quan tới sự hồi phục kém của bệnh nhân đột quy sau 3 tháng. Lí giải điều này, Ruber (2012) cho rằng tổn thương chất trắng làm phá vỡ cấu trúc dẫn truyền thần kinh dưới vỏ và làm gián đoạn liên kết giữa các trung khu ở não từ đó làm giảm tính mềm dẻo và cơ chế bù đắp sau đột quy não. Mối liên quan giữa tổn thương chất trắng và rối loạn nhận thức: nhiều nghiên cứu đã cùng đưa ra nhận xét tổn thương chất trắng là một yếu tố nguy cơ độc lập của rối loạn chức năng nhận thức sau đột quy, bên cạnh mức giáo dục thấp, vị trí và mức độ tổn thương của ổ đột quy. Đặc biệt nếu tổn thương chất trắng ở thùy trán, đồi thị và hạch nền (Chaudhari, 2014; Dong, 2015).

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương chất trắng với một số đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Mức độ tổn thương chất trắng		p
		Nhẹ	Nặng	
Điểm MMSE		23,1±6,5	15,2±5,8	0,031
Điểm mRS	0-1	71,4%	39,1%	0,043
	2-5	28,6%	61,9%	
Barthel Index		78,5±11,4	72,4±12,1	0,659
NIHSS		6,4±3,3	10,2±3,7	0,014
Thể đột quy	Nhồi máu não	98,4%	76,2%	0,049
	Chảy máu não	1,6%	23,8%	

Từ bảng trên nhận thấy ở nhóm bệnh nhân có mức độ tổn thương chất trắng nặng thì cũng có mức độ tổn thương chức năng thần kinh (NIHSS), mức độ tàn tật (mRS) và mức độ rối loạn nhận thức (MMSE) nặng hơn ($p<0,05$). Kết quả này cũng tương đồng với ghi nhận của Leonards C.O 2012, tác giả thấy mức độ tổn thương chất trắng có quan hệ tuyến tính với mức độ tàn tật thể hiện qua điểm mRS ở giai đoạn cấp cũng như tại thời điểm 1 năm sau đột quy. Ở những bệnh nhân có tổn thương chất trắng mức độ nặng thì mức độ hồi phục chung, chất lượng cuộc sống cũng kém hơn ở các thời điểm 3 tháng, 1 năm sau đột quy. Trong đó, rối loạn nhận thức, mức độ trầm cảm và tổn thương thần kinh chung là những yếu tố quan trọng nhất. Liên quan tới thể đột quy não, kết quả nghiên cứu cho thấy tổn thương chất trắng mức độ nặng thường gặp ở thể đột quy nhồi máu não ($p=0,049$). Điều này xuất phát từ cơ chế bệnh sinh của tổn thương chất trắng thường là hậu quả của tình trạng thiếu máu kéo dài, đặc biệt ở những mạch máu nhỏ, nằm sâu ở chất trắng và đặc biệt ở những nhồi máu ổ khuyết (tổn thương mạch máu nhỏ) (Jeong, S. H. 2018).

V. KẾT LUẬN

Tổn thương chất trắng gặp ở gần một nửa (48,6%) tổng số bệnh nhân đột quy não. Tuổi cao, giới nam, đột quy với mức độ tổn thương chức năng thần kinh NIHSS>5, rối loạn nhận thức (MMSE<24) và mức độ tàn tật (mRS) có mối liên quan với tổn thương chất trắng. Đồng thời tổn thương chất trắng mức độ nặng (Fazekas=2;3) chủ yếu gặp ở đột quy nhồi máu não và có quan hệ tuyến tính với mức độ tàn tật, rối loạn nhận thức và tổn thương chức năng thần kinh chung ở giai đoạn cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Hiện (2013). Dịch tễ học đột quy não. Đột quy não, NXB Y học, tr 11-40.
2. Nguyễn Văn Thông, Nguyễn Huy Ngọc (2019), Tài liệu hướng dẫn xử trí đột quy não. NXB Y học, tr 46-50.
3. Chaudhari TS, Verma R, Garg RK, Singh MK, Malhotra HS, Sharma PK. Clinico-radiological predictors of vascular cognitive impairment (VCI) in patients with stroke: a prospective observational study. Journal of the neurological sciences. 2014;340:150-158.
4. Cho AH, Kim HR, Kim W, Yang DW. White matter hyperintensity in ischemic stroke patients: it may regress over time. Journal of stroke. 2015;17:60-66.

5. Curtze S, Haapaniemi E, Melkas S, Mustanoja S, Putaala J, Sairanen T, Sibolt G, Tiainen M, Tatlisumak T, Strbian D. White Matter Lesions Double the Risk of Post-Thrombolytic Intracerebral Hemorrhage. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2015a;46:2149–2155.
6. Dong C, Nabizadeh N, Caunca M, Cheung YK, Rundek T, Elkind MS, DeCarli C, Sacco RL, Stern Y, Wright CB. Cognitive correlates of white matter lesion load and brain atrophy: the Northern Manhattan Study. *Neurology*. 2015;85:441–449.
7. Enzinger C, Fazekas F, Ropele S, Schmidt R. Progression of cerebral white matter lesions -- clinical and radiological considerations. *Journal of the neurological sciences*. 2007;257:5–10.
8. Helenius J, Henninger N. Leukoaraiosis Burden Significantly Modulates the Association Between Infarct Volume and National Institutes of Health Stroke Scale in Ischemic Stroke. *Stroke; a journal of cerebral circulation*. 2015;46:1857–1863.
9. Jeong, S. H., Ahn, S. S., Baik, M., Kim, K. H., Yoo, J., Kim, K., Nam, H. S. (2018). Impact of white matter hyperintensities on the prognosis of cryptogenic stroke patients. *PLoS one*, 13(4), e0196014. doi:10.1371/journal.pone.0196014

TỶ LỆ NHIỄM HELICOBACTER PYLORI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở CÁC THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH DÂN TỘC TÀY TẠI HUYỆN BẮC SƠN, TỈNH LẠNG SƠN

Nguyễn Thị Việt Hà^{1,2}, Hồ Bích Vân²,
Chu Thị Phương Mai^{1,2}, Phan Thị Thanh Bình³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ nhiễm H. pylori và các yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm H. pylori ở dân tộc Tày tại tỉnh Lạng Sơn. **Đối tượng và phương pháp.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1094 người Tày gồm tất cả trẻ em và các thành viên của 278 hộ gia đình tại huyện Bắc Sơn, tỉnh Lạng Sơn. Tình trạng nhiễm H. pylori được xác định bằng kỹ thuật ELISA, phân tích dữ liệu bằng SPSS 20.0. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm H. pylori chung là 46,8% trong đó ở người lớn là 51,4% và ở trẻ em là 41,4%. Các yếu tố làm gia tăng lây nhiễm là cha và mẹ bị nhiễm H. pylori (OR 1,32; 95%CI: 1,03-3,09), thu nhập bình quân/đầu người trong gia đình dưới một triệu đồng (OR 1,44; 95%CI: 0,95-2,44), diện tích nhà ở dưới 20m² (OR 1,13; 95%CI: 0,81-2,02). Các yếu tố làm giảm nguy cơ lây nhiễm H. pylori là thói quen rửa tay trước khi ăn (OR 0,55; 95%CI: 0,25-0,96) và sau khi đi vệ sinh (OR 0,68; 95%CI: 0,23 – 0,94). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy vai trò của sự lây nhiễm trong gia đình và có thể phòng nhiễm H. pylori tại cộng đồng bằng cách cải thiện điều kiện sống và duy trì các thói quen sinh hoạt đúng.

Từ khóa: H. pylori, trẻ em, huyết thanh học, Tày, yếu tố nguy cơ, tỷ lệ nhiễm

SUMMARY

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION AMONG

¹Đại học Y Hà Nội;

²Bệnh viện Nhi trung ương

³Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

FAMILY MEMBERS OF THE TAY PEOPLE IN BAC SON DISTRICT, LANG SON PROVINCE

Background: The aim of the present study was to investigate the prevalence of H. pylori infection and factors associated with the H. pylori infection among Tay people living in Lang Son. **Materials and methods:** This community-based, cross-sectional study was conducted in population of 1,094 participants from 278 households in Bac Son districts where multiple generations lived in the same household. H. pylori infection status was determined by serology test on samples obtained at each visit. A questionnaire was filled out at the start of the study. H. pylori serology data were analyzed using χ^2 test and logistic regression models. **Results:** An overall H. pylori seroprevalence was 46.8%. H. pylori seroprevalence was 51.4% in adults versus 41.4% in children \leq 18 years old ($p < 0.05$). A significant relationship was found between H. pylori seropositivity and H. pylori infected parents (OR 1.32; 95%CI 1.03-3.09); households having monthly income less than 1 million Vietnam dong (OR: 1.44, 95%CI: 0.95-2.44) and house area less than 20m² (OR 1.13; 95%CI 0.81-2.02). Protective factors were regularly hand washing before eating (OR 0.55; 95%CI 0.25-0.96) and after defecation (OR 68; 95% CI 0.23-0.94). **Conclusion:** The results showed familial clustering in multi-generation population and supported the hypothesis of person-to-person transmission in H. pylori infection.

Key words: Helicobacter pylori, children, serology, Tay ethnic, seroprevalence, infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm H. pylori là một trong những nhiễm trùng thường gặp nhất ở người với tỷ lệ nhiễm ước tính khoảng 50% dân số thế giới [1]. Trẻ em là thời điểm dễ nhiễm H. pylori với tỷ lệ nhiễm tăng dần theo tuổi [2]. H. pylori được xác định là

tác nhân quan trọng gây viêm loét dạ dày tá tràng mạn tính và ung thư dạ dày [3]. Đường lây truyền chính xác của nhiễm *H. pylori* còn chưa được xác định rõ ràng, tuy nhiên lây nhiễm trong gia đình được xem là con đường lây nhiễm chính ở các quốc gia phát triển và đang phát triển [4-7]. Sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm *H. pylori* theo chủng tộc đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu tuy nhiên sự khác biệt này có liên quan đến điều kiện kinh tế xã hội hay không vẫn còn là câu hỏi cần được trả lời [3-7]. Việt Nam là một quốc gia đa dân tộc, tuy nhiên các nghiên cứu về nhiễm tình trạng nhiễm *H. pylori* và các yếu tố liên quan chủ yếu tập trung trong cộng đồng người Kinh và một số dân tộc thiểu số khác [6-9]. Tày là dân tộc thiểu số có số lượng người chiếm khoảng 1,7% dân số Việt Nam nhưng chưa có nghiên cứu nào tiến hành một cách đầy đủ về tình trạng nhiễm *H. pylori* ở dân tộc này. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu là đánh giá tỷ lệ nhiễm *H. pylori* và các yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm *H. pylori* ở dân tộc Tày tại tỉnh Lạng Sơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang phân tích được thực hiện trên tổng số 1094 người Tày gồm tất cả trẻ em và các thành viên trong các hộ gia đình đang sống tại huyện Bắc Sơn tỉnh Lạng Sơn. Mẫu nghiên cứu được lựa chọn theo phương pháp

chọn mẫu ngẫu nhiên cho quần thể theo danh sách hộ gia đình của quần thể đã chọn bằng cách lấy từ hộ đầu tiên theo phương pháp "hộ kế nhà" cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu. Điều tra các đặc điểm như (1) Điều kiện kinh tế xã hội, môi trường nơi sinh sống; (2) tình trạng sống đông đúc; (3) thói quen- hành vi- lối sống và (4) tình trạng sức khỏe của trẻ em và các thành viên trong từng hộ gia đình bằng bộ câu hỏi đã được thiết kế trước. Các mẫu máu được lấy, vận chuyển và bảo quản đúng quy trình được xác định tình trạng nhiễm *H. pylori* bằng kỹ thuật ELISA của Viện Y học Karolinska đã chuẩn hóa tại Việt Nam; ngưỡng dương tính $\geq 0,18$ đơn vị độ đục. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS bản 16.0. Đánh giá liên quan lây nhiễm *H. pylori* được tính toán riêng rẽ cho từng yếu tố bằng thuật toán hồi quy đơn biến, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 1094 người Tày gồm tất cả trẻ em và các thành viên trong 278 hộ gia đình người Tày tại huyện Bắc Sơn, tỉnh Lạng Sơn, 512 (46,8%) người có kết quả *H. pylori* dương tính. Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở người lớn là 51,4% (304/591) và ở trẻ em là 41,4% (197/476). Người lớn có nguy cơ nhiễm *H. pylori* cao gấp 1,25 lần trẻ em (95%CI: 0,98 – 1,86, $p < 0,05$).

Bảng 3.1. Môi liên quan giữa tỷ lệ nhiễm *H. pylori* của các thành viên trong gia đình và điều kiện kinh tế xã hội

Biến nghiên cứu		n/N	Dương tính (%)	P	OR 95%CI	
Biến	Phân nhóm					
Giới tính	Nữ	290/596	48,7	0,53	1,15 (0,90-1,24)	
	Nam	211/498	42,3		1	
Nhóm tuổi (Năm)	<18	197/476	41,4	0,095	1	
	19-30	78/152	51,3		1,24 (0,78 – 1,89)	
	31-40	68/132	51,5		0,32	1,25 (0,53-1,72)
	41-50	62/126	49,2		0,28	1,19 (0,43-1,57)
	51-60	58/103	56,3		1,94	1,36 (0,85 - 2,7)
	>60	38/78	48,7	0,55	1,17 (0,44-1,84)	
Thu nhập trung bình (Ngàn đồng/ người)	>1.000	214/560	38,2	0,048	1	
	≤ 1.000	298/534	55,8		1,44 (0,95-2,44)	
Diện tích nhà ở (m ² /người)	<20	267/498	51,1	0,07	1,13 (0,81-2,02)	
	≥ 20	245/546	44,9		1	
Nghề nghiệp cha và mẹ	Nông dân	87/170	51,2	0,97	0,97 (0,56-1,63)	
	Khác	57/108	52,8		1	
Trình độ văn hoá của mẹ và cha	<THCS	64/125	51,2	1	1,05 (0,4-2,7)	
	\geq THCS	77/153	50,3		1	

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở các gia đình có diện tích dưới 20m²/người cao hơn so với nhóm có diện tích lớn hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Gia đình có thu nhập bình quân/đầu người dưới 1 triệu đồng trở lên có tỷ lệ nhiễm *H. pylori* cao hơn gia đình có thu nhập trên mức đó.

Bảng 3.2. Môi liên quan giữa tỷ lệ nhiễm H. pylori với các yếu tố môi trường, điều kiện vệ sinh cá nhân và lối sống của các thành viên trong gia đình

Biến nghiên cứu		n/N	Đương tính (%)	P	OR 95%CI
Biến	Phân nhóm				
Nguồn nước	Nước giếng	215/416	51,6	0,11	1,18 (0,85 – 2,16)
	Khác	297/678	43,8		1
Nhà vệ sinh đạt tiêu chuẩn	Có	74/141	52,5	0,13	0,87 (0,45-1,18)
	Không	84/137	61,3		1
Ăn bốc	Có	211/408	51,7	0,089	1,17 (0,85-2,15)
	Không	301/686	43,9		1
Rửa tay trước khi ăn	Có	191/566	33,7	0,045	0,55 (0,25 – 0,96)
	Không	321/528	60,8		1
Rửa tay sau khi đi vệ sinh	Có	335/808	41,5	0,0001	0,68 (0,23 – 0,94)
	Không	177/286	61,9		1
Nuôi lợn	Có	100/191	52,4	0,85	1,04 (0,66 – 1,73)
	Không	45/87	51,7		1
Nuôi mèo	Có	82/163	50,3	0,76	0,92 (0,61-1,3)
	Không	60/115	52,2		1
Nuôi chó	Có	78/152	51,3	0,5	0,98 (0,35 – 1,76)
	Không	66/126	52,4		1

Nhận xét: Rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh làm giảm tỷ lệ nhiễm H. pylori. Thói quen ăn bốc có xu hướng làm gia tăng tỷ lệ nhiễm H. pylori, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3. Môi liên quan giữa tình trạng nhiễm H. pylori của các thành viên trong gia đình và các yếu tố của điều kiện sống và các tình trạng bệnh lý

Biến nghiên cứu		n/N	Đương tính (%)	P	OR 95%CI
Biến	Phân nhóm				
Số người /hộ	≤ 4	65/124	52,4	0,083	0,88 (0,32 – 1,14)
	≥ 5	92/154	59,7		1
Ngủ chung giường	≤ 2	35/69	50,7	0,57	0,99 (0,45 – 1,79)
	≥ 3	112/209	53,6		1
Bố, mẹ nhiễm HP	Có	95/156	60,9	0,04	1,32 (1,03-3,09)
	Không	56/122	46,2		1
Tiền sử mắc bệnh tiêu hoá	Có	73/136	53,7	0,23	1,23 (0,89-1,71)
	Không	69/142	48,6		1
Bệnh lý tiêu hoá của bố mẹ	Có	81/159	50,9	0,71	0,95 (0,65-1,30)
	Không	63/119	52,9		1
Tiền sử dị ứng	Có	25/47	53,2	0,24	1,15 (0,49-1,74)
	Không	109/231	47,2		1
TS dùng KS trong 12 tháng	Có	88/175	50,3	0,09	0,76 (0,31-1,03)
	Không	60/103	58,3		1

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm H. pylori của cha mẹ với tình trạng nhiễm H. pyloric của các thành viên trong gia đình. Tỷ lệ nhiễm H. pylori trong gia đình đồng đúc (≥ 5 thành viên) có xu hướng cao hơn gia đình có số người ít hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhiễm H. pylori chung trên địa bàn huyện Bắc Sơn tỉnh Lạng Sơn là 46,8% trong đó tỷ lệ nhiễm ở người lớn là 51,4% cao hơn so với tỷ lệ nhiễm ở trẻ em (41,4%, p<0,05). Kết quả nghiên cứu từ bảng 3.1 cho thấy không có mối liên quan giữa nhóm tuổi với tình trạng nhiễm H. pylori. Tỷ lệ nhiễm H. pylori tăng dần theo nhóm tuổi và

diện tích nhà ở chật chội, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Tỷ lệ nhiễm cao nhất là ở nhóm tuổi 51-60 (56,3%) tương tự như những ghi nhận của các tác giả trong nước và trên thế giới [1-3].

Tình trạng kinh tế- xã hội có liên quan với tình trạng nhiễm H. pylori cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu [2-9]. Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy, có mối liên quan giữa thu nhập

bình quân/đầu người với tình trạng nhiễm *H. pylori*. Gia đình có thu nhập bình quân/đầu người dưới 1 triệu đồng trở lên có tỷ lệ nhiễm *H. pylori* cao hơn gia đình có thu nhập trên mức đó. Không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm *H. pylori* giữa các thành viên trong gia đình ở các hộ gia đình mà cha mẹ có trình độ văn hóa dưới trung học cơ sở và làm nông nghiệp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các ghi nhận của các tác giả trong nước và trên thế giới [6-8]. Kết quả từ nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy thu nhập gia đình thấp, điều kiện sống nghèo là yếu tố làm tăng nguy cơ lây nhiễm ở trẻ em trong hộ gia đình đó [2, 3, 6-9].

Kết quả từ bảng 3.2 cho thấy có mối liên quan giữa thói quen rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh với tình trạng nhiễm *H. pylori*. Thói quen ăn bốc và nhà vệ sinh không đảm bảo có xu hướng làm gia tăng tỷ lệ nhiễm *H. pylori*, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy có mối liên quan giữa nhiễm *H. pylori* với tình trạng nhà vệ sinh không đạt chất lượng [4-9]. Trong một nghiên cứu tại Việt Nam, Nguyễn Văn Bằng không ghi nhận thấy sự liên quan giữa tình trạng nhà vệ sinh và lây nhiễm *H. pylori* [9]. Nghiên cứu của Lê Thọ, thấy có mối liên quan với $OR=1,5$ ($p<0,05$) khi phân tích đơn biến nhưng khi phân tích đa biến thì không ghi nhận thấy mối liên quan này [8]. Liên quan giữa nhiễm *H. pylori* và vệ sinh tay cho các kết quả rất khác biệt. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh Xuân [6,7] cho thấy tỷ lệ nhiễm *H. pylori* ở những người có thói quen rửa tay trước ăn thấp hơn so với nhóm người không có thói quen này. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh Xuân ghi nhận thấy trẻ ăn bốc có nguy cơ nhiễm cao hơn trẻ không có thói quen này ($OR=0,41$; $CI95\%:0,26-0,65$), trẻ được nhai bòn thức ăn có nguy cơ nhiễm *H. pylori* cao gấp 1,56 lần trẻ không được nhai bòn ($p<0,01$) [6]. Tuy nhiên trong một nghiên cứu khác tại Trà Vinh, Nguyễn Thị Anh Xuân lại phát hiện xu hướng ngược lại, trẻ được nhai bòn thức ăn có nguy cơ nhiễm *H. pylori* thấp bằng 0,85 lần so với trẻ được nhai bòn [7]. Nghiên cứu của Dorji tại Brutan cho thấy tỷ lệ nhiễm *H. pylori* cao hơn ở các quần thể có thói quen ăn chung, dùng đũa chung [4]. Nghiên cứu của Lê Thọ cho thấy không thấy có liên quan [8].

Kết quả từ bảng 3.3 cho thấy gia đình đông đúc (≥ 5 thành viên) có tỷ lệ nhiễm *H. pylori* của các thành viên trong gia đình cao hơn gia đình ít người, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các ghi nhận trong nhiều nghiên

cứ trên thế giới [6-9]. Lây nhiễm giữa các thành viên trong gia đình được xem là đường lây truyền chính [4-9]. Kết quả từ bảng 3.3. cho thấy tình trạng nhiễm *H. pylori* của cha mẹ làm gia tăng tỷ lệ nhiễm *H. pylori* của các thành viên trong gia đình. Tình trạng nhiễm trùng của bà mẹ có liên quan chặt chẽ hơn với tình trạng nhiễm trùng của con được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu [4, 6-9]. Và cũng có nhiều nghiên cứu đề cập đến mối liên quan giữa tình trạng nhiễm *H. pylori* với tình trạng *H. pylori* của người hôn phối [4]. Người có vợ hoặc chồng dương tính với *H. pylori* thì có nguy cơ nhiễm cao hơn so với người có vợ hoặc chồng không nhiễm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đầu tiên về tình hình nhiễm *H. pylori* và các yếu tố liên quan trong cộng đồng người Tày ở Lạng Sơn xác định được tỷ lệ nhiễm *H. pylori* và các yếu tố làm gia tăng lây nhiễm *H. pylori* từ đó gợi ý biện pháp phòng nhiễm *H. pylori* tại cộng đồng là cải thiện điều kiện sống và duy trì thói quen sinh hoạt tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **El-Omar, E. and P. Malferrheiner**, Helicobacter pylori infection and gastric cancer. *Curr Opin Gastroenterol*, 2001. **17**(Suppl 1): p. S24-27.
2. **Hunt, R.H., Xiao SD, Megraud F, et al.**, Helicobacter pylori in developing countries. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. *J Gastrointestin Liver Dis*, 2011. **20**(3): p. 299-304.
3. **Yucel, O.**, Prevention of Helicobacter pylori infection in childhood. *World J Gastroenterol*, 2014. **20**(30): p. 10348-10354.
4. **Dorji, D.Dendup T, Malaty HM, et al.**, Epidemiology of Helicobacter pylori in Bhutan: The Role of Environment and Geographic Location. *Helicobacter*, 2014. **19**(1): p. 69-73
5. **Thi Anh Xuan Nguyen, Van Bang Nguyen, Thi Van Anh Nguyen**. Epidemiology of Helicobacter pylori Infection in Children of Kinh and Thai Ethnic in Dien Bien, Vietnam. *Jacobs Journal of Epidemiology and Preventive Medicine*, 2015. **1**(3): p. 017.
6. **Thi Viet Ha Nguyen, Van Bang Nguyen, Thi Thanh Binh Phan, et al.** Epidemiology of Helicobacter pylori infection in Tay children in Vietnam, *Annals of Clinical and Laboratory Research*, 2016. **4**(4): 1-9
7. **Thi Anh Xuan Nguyen, Van Bang Nguyen, Thi Van Anh Nguyen**, Epidemiology of Helicobacter pylori Infection in Kinh and Khmer Children in Mekong Delta, Vietnam. *iMedpub Journal Annals of Clinical and Laboratory Research*, 2015. **3**(3:24).
8. **Tho, L., Bang, N.V.** Risk factors for Helicobacter pylori infection among children of 3 minority ethnics in central highland in 2011. *J Med Res*, 2012. **79**(2): p. 171-178.
9. **Bang, N.V. Khanh NG, Cam DP, et al.**, Prevalence of and factors associated with Helicobacter Pylori infection in children in the North of Vietnam. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2006. **74**(4): p. 536-539.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SUY TĨNH MẠCH NÔNG CHI DƯỚI MẠN TÍNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP LASER NỘI MẠCH BƯỚC SÓNG DÀI

Trần Đức Hùng*, Vũ Minh Phúc*, Nguyễn Văn Sơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tĩnh mạch nông chi dưới mạn tính bằng phương pháp laser nội mạch bước sóng dài (1470nm). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả 56 bệnh nhân (BN) suy tĩnh mạch (TM) nông chi dưới giai đoạn C2-C5 (phân loại CEAP), được điều trị bằng laser nội mạch bước sóng 1470nm tại Trung tâm tim mạch, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 12/2018 đến tháng 8/2019. **Kết quả:** Tổng số 56 BN (77 chi), tỷ lệ thành công kỹ thuật (xơ hóa gây tắc toàn toàn): TM hiển lớn, TM hiển bé đạt 100%. BN được can thiệp ở giai đoạn lâm sàng đa số là C2 (54.5%), C3 (26%), thời gian đốt trung bình với TM hiển lớn là 281.39 ± 73.46s, TM hiển bé là 122.67 ± 44.31s, năng lượng đốt TM hiển lớn là 2820.65 ± 737.53J, TM hiển bé là 1234.50 ± 443.82J. Sau can thiệp, điểm mức độ nặng lâm sàng (Venous Clinical Severity Score -VCSS) trung bình 1.18 ± 0.76, giảm so với trước can thiệp (4.68 ± 1.85) có ý nghĩa (p<0,05). Thời gian trở lại sinh hoạt trung bình 1.04 ± 0.32 ngày. Biến chứng sau thủ thuật: bầm tím 24.7%, sẹo cứng dưới da 3.9% và rối loạn cảm giác (13,0%). Đau trong thủ thuật mức độ nhẹ với thang điểm VAS (Visual Analog Scales) = 2.29±0.45 điểm, đau sau thủ thuật VAS = 1.26±0.44 điểm. Chất lượng cuộc sống (đánh giá bằng thang điểm Chronic Venous Insufficiency Questionnaire - CIVIQ 20) cải thiện rõ rệt: CIVIQ 20 trước can thiệp 53.62 ± 7.55, sau can thiệp 27.52 ± 3.64, p<0.05. Không có các biến chứng nặng như nhiễm trùng, thuyên tắc phổi hay huyết khối tĩnh mạch sâu. **Kết luận:** Điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới bằng laser nội mạch với bước sóng dài (1470nm) có tỷ lệ thành công 100%, độ nặng lâm sàng cải thiện (điểm VCSS sau can thiệp giảm so với trước), chất lượng cuộc sống tốt hơn (điểm CIVIQ 20 sau can thiệp giảm so với trước) và không có biến chứng nặng.

Từ khóa: Suy tĩnh mạch nông chi dưới mạn tính, laser 1470nm, CIVIQ 20.

SUMMARY

RESULT OF HIGH WAVELENGTH ENDOVENOUS LASER ABLATION IN PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

Object: To assess the result of high wavelength (1470nm) endovenous laser ablation in patients with lower extremity chronic venous insufficiency. **Method:** Descriptive and progressive study, a total of 56 patients with chronic venous disease, classified as C2

to C5 according to CEAP classification, treated with endovenous laser ablation, using the 1470 nm radial fiber laser, from 12/2018 to 8/2019 in Cardiovascular Center, 103 Military Hospital. **Results:** A total number of 56 patients involving 77 lower extremities, technical success regarding GSV and SSV vein occlusion were recorded at 100%. 54.5% of patients were classified as C2, and C3 for 26%. Mean laser application time was 281.39 ± 73.46s and 122.67 ± 44.31s, while an average of 2820.65 ± 737.53 and 1234.50 ± 443.82J were applied during ablation of GSV and SSV respectively. Venous clinical severity score (VCSS) after procedure (1.18 ± 0.76) reduced significantly comparing before procedure (4.68 ± 1.85) (p<0,05). Time to return to daily activity was 1.04 ± 0.32 days. There were some early complications, 24.7% had ecchymosis, 3.9% had induration, 13% had paraesthesia. Mean perioperative pain score based on Visual Analog Scales-VAS was 2.29±0.45 and postoperative pain was 1.26±0.44. A significant improvement in patients' Quality of life-QoL was demonstrated through the Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ-20 questionnaires). Mean preoperative CIVIQ-20 total score was recorded at 53.62 ± 7.55, with a total score of 27.52 ± 3.64 being observed during 6 month follow-up. There were not serious complications as pulmonary embolism or deep vein thrombosis, infection. **Conclusions:** Endovascular laser treatment using the high wavelength radialfiber laser (1470nm) is high success rate (100%), Venous clinical severity was improved (VCSS score reduced significantly comparing before procedure) and brings significant patients' QoL improvement (CIVIQ-20 score was decreased). There is not serious complication.

Key words: Chronic venous insufficiency, 1470 nm radialfiber laser, CIVIQ 20.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy TM nông chi dưới mạn tính là bệnh lý thường gặp, không chỉ ảnh hưởng tới thẩm mỹ của BN mà còn gây ra các triệu chứng khó chịu như: tê bì, dị cảm, chuột rút, phù chân và giai đoạn muộn của bệnh có thể gây rối loạn sắc tố trên da hoặc loét lâu liền [2].

Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định suy TM nông chi dưới là có hình ảnh dòng trào ngược (TN) trong lòng TM trên siêu âm Doppler mạch máu với thời gian > 500 ms [2]. Hiện nay có nhiều phương pháp can thiệp qua da (Laser nội mạch và đốt TM bằng sóng cao tần RF) và phẫu thuật loại bỏ TM suy. Laser nội mạch là phương pháp điều trị ít xâm lấn, chỉ cần gây tê tại chỗ, đem lại kết quả tương tự trong thời gian sớm hoặc trung hạn nhưng BN đỡ khó chịu hơn, cải thiện sớm

*Bệnh viện Quân y 103 – Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Hùng

Email: Tranduchung2104@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2019

Ngày duyệt bài: 11.11.2019

chất lượng cuộc sống và nhanh chóng trở lại làm việc hơn [7].

Ở Việt Nam, thủ thuật điều trị sử dụng laser nội mạch, sử dụng laser bước sóng ngắn (800-1000nm) triển khai ở nhiều trung tâm. Nguyên lý của kỹ thuật là sử dụng nhiệt năng, tác dụng nhiệt phụ thuộc vào năng lượng, bước sóng của laser. Ngày nay, các laser bước sóng dài (1300-1600nm) đang ngày càng trở nên phổ biến do hiệu quả tốt hơn và an toàn hơn các laser có bước sóng ngắn [8]. Hiện nay tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá đặc điểm kỹ thuật và hiệu quả điều trị của laser 1470nm cho bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tĩnh mạch nông chi dưới mạn tính bằng phương pháp laser nội mạch bước sóng dài (1470nm).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 56 BN (77 chi tổn thương) được chẩn đoán suy TM hiển lớn, hiển bé điều trị bằng laser 1470nm từ tháng 12/2018 đến tháng 8/2019 tại trung tâm Tim mạch- Bệnh viện Quân y 103. Tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ theo Bảng 1.

- Tiêu chuẩn lựa chọn BN

- + BN có các triệu chứng cơ năng
- + BN chẩn đoán xác định có suy TM (dòng TN > 0.5s)
- + Giai đoạn lâm sàng C2- C6
- + BN có chỉ định điều trị nhiệt nội TM và đồng ý làm thủ thuật

- Tiêu chuẩn loại trừ

- + BN có bệnh lý toàn thân nặng kết hợp, hạn chế vận động
- + Phụ nữ mang thai hoặc sau sinh thời gian dưới 1 năm.
- + BN có huyết khối TM sâu kèm theo.
- + BN không đồng ý làm thủ thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, so sánh trước và sau điều trị.

Nội dung nghiên cứu: BN được khám lâm sàng: BN được hỏi bệnh, khám lâm sàng, phân chia giai đoạn theo phân loại CEAP về lâm sàng, siêu âm hệ TM chi dưới. Tính điểm mức độ nặng của bệnh (VCSS - venous clinical severity score). Tiến hành siêu âm hệ TM chi dưới: xác định giãn TM hiển lớn, hiển bé, và thời gian trào ngược đo bằng doppler xung trên 0,5s. Khảo sát chất lượng cuộc sống trước can thiệp bằng bộ câu hỏi CIVIQ 20.

BN có chỉ định được tiến hành điều trị suy TM chi dưới bằng laser nội mạch, bước sóng sử

dụng 1470nm, đầu đốt laser loại Nevertouch, mức năng lượng dựa trên mức độ giãn và suy của TM. Thủ thuật được tiến hành theo quy trình của bộ y tế. BN được siêu âm và ghi nhận các biến chứng sớm sau thủ thuật từ 24 đến 48 giờ. Sau khi xuất viện, BN tái khám sau 1-6 tháng, khám lâm sàng, đánh giá VCSS, siêu âm Doppler màu TM đánh giá sự tái thông, đánh giá dòng chảy, kích thước mạch. Dùng bộ câu hỏi suy TM mạn tính (The chronic venous insufficiency questionnaire) để khảo sát chất lượng cuộc sống thông qua 20 câu hỏi thuộc 4 khía cạnh khác nhau (đau, hoạt động thể chất, hoạt động tinh thần, hoạt động xã hội). Mỗi câu hỏi được cho điểm từ 1 đến 5 điểm, tổng điểm thấp nhất là 20 điểm tương ứng chất lượng cuộc sống rất tốt, cao nhất là 100 điểm tương ứng với chất lượng cuộc sống rất tệ. CIVIQ 20 là công cụ hữu ích để đánh giá tình trạng chất lượng cuộc sống người bệnh suy tĩnh mạch, đánh giá bệnh cảnh lâm sàng, mức độ triệu chứng của bệnh trước khi can thiệp điều trị.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học với các phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 56 BN (77 chi) được can thiệp laser nội mạch, 36 chân phải (47.2%), 41 chân trái (52.8%). Có 67 TM hiển lớn và 5 TM hiển bé được điều trị. Tuổi trung bình $58,64 \pm 11,71$. Tuổi cao nhất 77, thấp nhất là 32. Nữ chiếm tỷ lệ 62.5% (35 BN) cao hơn nam 37.5% (21 BN), tỷ lệ nữ/nam: 1.7 / 1. VCSS trước can thiệp 4.67 ± 1.85 điểm. Điểm CIVIQ 20 trước can thiệp là 53.62 ± 7.55 điểm, tương ứng với chất lượng cuộc sống ở mức thấp (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm chung, phân loại theo CEAP trước can thiệp.

Tổng số BN	56
Nữ/ Nam	1.7 / 1
Tuổi trung bình	$58,64 \pm 11,71$
Tổng số chi được điều trị	77 (100%)
Chân phải	36 (47,2%)
Chân trái	41 (52,8%)
Phân loại CEAP	77 (100%)
C2	42 (54.5%)
C3	20 (26%)
C4	14 (18.2%)
C5	1 (1.3%)
Tổng	77 (100%)

Quá trình can thiệp điều trị BN được gây tê tại chỗ. Mức độ đau trong thủ thuật ở mức độ nhẹ tương ứng với điểm VAS 2.29 ± 0.45 điểm. Thời gian đốt trung bình TMHL là $281.39 \pm$

73.46s với năng lượng đốt là 2820.65 ± 737.53J và TMHB là 195,15 ± 21s với năng lượng đốt 1234.50 ± 443.82J. Tất cả BN đạt kết quả thành công về kỹ thuật. Biến chứng thường gặp nhất là bầm tím theo đường đi của tĩnh mạch hiển, thường hồi phục trong vòng 2 tuần. (Bảng 3).

Bảng 3: Đặc điểm về kỹ thuật và yếu tố liên quan

Tổng số TM	77
TMHL	71
TMHB	6
Chiều dài tổn thương (cm)	
TMHL	41.56 ± 8.71
TMHB	17.67 ± 2.34
Thời gian đốt (giây)	
TMHL	281.39 ± 73.46
TMHB	122.67 ± 44.31
Tổng năng lượng đốt (J)	
TMHL	2820.65 ± 737.53
TMHB	1234.50 ± 443.82
Đau trong thủ thuật, VAS	2.29 ± 0.45
Đau sau thủ thuật, VAS	1.26 ± 0.44
Biến chứng sau can thiệp	
Bầm tím	19 (24.7%)
Rối loạn cảm giác	10 (13,0%)
Sẹo cứng	3 (3.9%)
Thời gian trở lại hoạt động (ngày)	1.04 ± 0.32
Điểm VCSS	
Trước can thiệp	4.68 ± 1,85
Sau can thiệp	1.18 ± 0.76

Đau sau thủ thuật mức độ đau nhẹ tương ứng với điểm VAS 1.26 ± 0.44 điểm. Trong thời gian theo dõi 1-6 tháng sau can thiệp, không có biến chứng tụ máu, nhiễm trùng, bồng da, huyết khối TM sâu, thuyên tắc phổi. 100% BN tắc hoàn toàn TMHL, TMHB. TM điều trị bị co nhỏ kích thước không còn dòng chảy, không còn dòng trào ngược. Sau can thiệp điểm VCSS **1.18 ± 0.76**, giảm so với trước can thiệp (**4.68 ± 1,85**) có ý nghĩa. Thời gian trở lại sinh hoạt bình thường 1.04 ± 0.32 ngày.

Điểm trung bình CIVIQ 20 trước can thiệp là 53.62 ± 7.55 điểm, sau can thiệp là 27.52 ± 3.64 điểm, chất lượng cuộc sống BN được cải thiện đáng kể sau điều trị. Điểm CIVIQ 20 liên quan đến đau được cải thiện rõ ràng nhất, trước khi can thiệp là 17.4 ± 1.3 điểm, sau can thiệp là 6.04 ± 1.39 điểm.

Bảng 4: Điểm CIVIQ 20 trước và sau can thiệp

Triệu chứng	Trước can thiệp	Sau can thiệp
Đau (X ± SD)	17.4 ± 1.3	6.04 ± 1.39
Hoạt động thể	10.84 ±	5.84 ± 1.36

chất (X ± SD)	1.86	
Hoạt động tinh thần (X ± SD)	22.05 ± 3.84	10.96 ± 1.71
Hoạt động xã hội (X ± SD)	8.45 ± 1.37	4.54 ± 0.93
Tổng (X ± SD)	53.62 ± 7.55	27.52 ± 3.64

IV. BÀN LUẬN

Mục đích của phát tia laser là nhằm gây tắc nghẽn và xơ hóa ra TM bởi năng lượng nhiệt phát vào thành mạch. Thành công của kỹ thuật này phụ thuộc vào lượng năng lượng tác dụng lên thành mạch [3]. Hệ máy phát laser đầu tiên bước sóng ngắn (800-1000nm) giải phóng năng lượng chủ yếu vào hemoglobin, vì vậy tác động một cách gián tiếp lên thành mạch. Gần đây khi sử dụng laser diode bước sóng dài (1300-1600nm) có khả năng giải phóng năng lượng lên phân tử nước gây ra tác dụng nhiệt ở tế bào nội mạc của thành mạch [3],[4]. Thành công kỹ thuật đạt 100%, đoạn TM được đốt xơ hóa và tắc nghẽn hoàn toàn trong thời gian theo dõi, cải thiện về lâm sàng rõ rệt thể hiện qua sự giảm của điểm VCSS, CIVIQ 20. Trong nghiên cứu của Nguyễn Trung Anh ở tiến hành ở BV lão khoa Trung ương, sau 3 tháng và 6 tháng theo dõi, tỉ lệ thành công của Laser nội TM là 100% [1]. Thang điểm VCSS dựa trên sự đánh giá của các thầy thuốc về mười dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của suy TM, bao gồm đau, sự hiện diện của giãn tĩnh mạch, các dấu hiệu của suy TM và loét do tĩnh mạch. Mỗi dấu hiệu, triệu chứng có 4 mức độ cho điểm từ 0 tới 3 điểm, như vậy tổng điểm dao động từ 0 tới 30 điểm. Chính vì vậy, theo khuyến cáo của Hội tĩnh mạch Hoa Kỳ năm 2011: "Thang điểm VCSS nên sử dụng để đánh giá kết quả điều trị suy TM chi dưới (GRADE 1B) [2]. Thang điểm CIVIQ-20 đánh giá các yếu tố thể chất, tâm thần, xã hội và đau, với 20 câu hỏi để cho điểm, được sử dụng trong các nghiên cứu và đã được chứng minh là một công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống có giá trị. Biến chứng của thủ thuật là các biến chứng sớm, có thể hồi phục. Không có biến chứng nặng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 56 BN với 77 chi có tổn thương thấy rằng tỷ lệ thành công của thủ thuật cao, cải thiện về lâm sàng rõ rệt thể hiện qua sự giảm của điểm VCSS, CIVIQ 20. Biến chứng của thủ thuật là các biến chứng sớm, có thể hồi phục. Không có biến chứng nặng. Điều trị bằng Laser nội mạch bước sóng dài có thể là 1 lựa chọn ưu tiên so với Laser thể hệ trước với bước

sống ngắn, tuy nhiên cần có nhiều nghiên cứu tiếp theo sử dụng các Laser bước sóng khác nhau để so sánh đánh giá hiệu quả lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trung Anh (2017)**, " Hiệu quả điều trị suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới bằng Laser nội tĩnh mạch tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương", Tạp chí Y học Thực hành (1031)- số 1/2017, tr (62-64).
2. **Gloviczki, P., et al.**, The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg*, 2011. **53**(5 Suppl): p. 2s-48s.
3. **G. Galanopoulos, C.** Lambidis, Minimally invasive treatment of varicose veins: endovenous laser ablation (EVLA), *Int. J. Surg.* 10 (3) (2012) 134–139
4. **R.R. Van Den Bos, P.W. Van Ruijven, C.W. Van Der Geld, et al.**, Endovenous simulated laser experiments at 940 nm and 1470 nm suggest wavelength-in-dependent temperature profiles, *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 44 (1) (2012) 77–81.
5. **R. Launois, A. Mansilha, G. Jantet**, International psychometric validation of the chronic venous disease quality of life questionnaire (CIVIQ-20), *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 40 (6) (2010) 783–789.
6. **S. Saha, A. Tiwari, C. Hunns, J. Refson, A. Abidia**, Efficacy of topical local anaesthesia to reduce perioperative pain for endovenous laser ablation of varicose veins: a double-blind randomized controlled trial, *Ther. Adv. Cardiovasc. Dis.* 10 (4) (2016) 251–255
7. **Siribumrungwong, B., et al.**, A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials comparing endovenous ablation and surgical intervention in patients with varicose vein. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2012. **44**(2): p. 214-23.
8. **Schwarz, T., von Hodenberg, E., Furtwängler, C., Rastan, A., Zeller, T., Neumann, F. J, 2010.** Endovenous laser ablation of varicose veins with the 1470-nm diode laser. *Journal of vascular surgery*, 51(6): 1474-1478.

BIỆN PHÁP TIẾP THỊ XÃ HỘI VÀ THỨC ĐẨY CHUỖI CUNG CẦU NHÀ TIÊU HỢP VỆ SINH TẠI CỘNG ĐỒNG NÔNG THÔN TỈNH HOÀ BÌNH NĂM 2015

Dương Chí Nam¹, Phạm Ngọc Châu², Trần Đắc Phu¹, Nguyễn Hoàng Trung², Nguyễn Văn Chuyên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu can thiệp tiếp thị xã hội, thúc đẩy, tạo chuỗi cung cầu sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh tại cộng đồng thuộc 9 xã của 2 huyện Kim Bôi và Mai Châu tỉnh Hòa Bình năm 2015 nhằm tăng tỷ lệ bao phủ các hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp cộng đồng. Cỡ mẫu nghiên cứu dựa trên công thức tính cỡ mẫu can thiệp, được xác định dựa trên hiệu ứng tối thiểu trên tỷ lệ trước can thiệp và tỷ lệ kỳ vọng tăng lên sau can thiệp. Can thiệp đồng bộ tới hộ gia đình, cửa hàng bán vật tư vệ sinh, thợ xây dựng công trình vệ sinh, thu thập số liệu theo bảng kiểm và phỏng vấn. **Kết quả nghiên cứu:** Biện pháp can thiệp đã làm tăng tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh từ 21,8% lên 65,7%, khuyến khích các hộ gia đình ưu tiên xây mới nhà tiêu tự hoại tăng từ 19,8% lên 44,8%. **Kết luận:** Giải pháp tiếp thị xã hội, thúc đẩy chuỗi cung cầu sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh tỏ ra hiệu quả đã làm tăng rõ rệt tỷ lệ hộ gia đình nông thôn Hòa Bình có nhà tiêu hợp vệ sinh, tăng tỷ lệ nhà tiêu tự hoại.

Từ khóa: tiếp thị xã hội sử dụng nhà tiêu, nhà tiêu hợp vệ sinh, Hoà Bình 2014

SUMMARY

MEASUREMENTS OF SOCIAL MARKETING AND PROMOTING SUPPLY- DEMAND OF HYGIENIC LATRINES IN RURAL COMMUNITIES IN HOA BINH PROVINCE IN 2015

Introduction: Study on social marketing interventions, promoting and creating supply and demand chains using hygienic latrines in communities of 9 communes of 2 districts Kim Boi and Mai Chau in Hoa Binh province in 2015 to increase the coverage of households hygienic latrines. **Methodology:** Community intervention research. The sample size of the study is based on the formula to calculate the intervention sample size, which is determined based on the minimum effect on the pre-intervention ratio and the expected increase rate after intervention. Interventional to households, hygiene supplies retailer, builders of sanitation works. Collect data according to the checklist and interview. **Results:** The intervention has increased the proportion of households having hygienic latrines from 21.8% to 65.7%, the trend of households prioritizing new construction of septic tanks increased from 19.8% to 44.8%. **Conclusion:** Social marketing solutions, promoting the supply and demand chain to use hygienic latrines proved to be effective, which has significantly increased the proportion of rural households in Hoa Binh with hygienic latrines, increasing the proportion of septic tanks.

¹Cục quản lý Môi trường, Bộ Y tế

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Dương Chí Nam

Email: cuctdp@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2019

Ngày duyệt bài: 11.11.2019

Key words: social marketing household latrine, hygienic latrine, Hoa Binh province, 2015

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2011, Việt Nam có 753 đô thị, theo báo cáo điều tra cơ bản về các vấn đề quản lý vệ sinh các khu vực đô thị của Việt Nam (WB, 2010), tỷ lệ dân số đô thị được tiếp cận với dịch vụ vệ sinh năm 2008 là 91%. Công trình vệ sinh hộ gia đình phổ biến nhất là nhà tiêu tự hoại chiếm trên 80% [1]. Nhờ khuyến khích phát triển đô thị theo hướng hiện đại, hầu hết mỗi căn hộ gia đình đã có nhiều hơn một công trình vệ sinh.

Theo Báo cáo đánh giá lĩnh vực cấp nước và vệ sinh môi trường Việt Nam do WHO, Unicef và BYT Việt Nam năm 2012 nhận định Vệ sinh hộ gia đình và nơi công cộng tại nông thôn Việt Nam nêu rõ: Nhận thức và hành vi của người dân sử dụng nhà tiêu hộ gia đình còn hạn chế. Hiện vẫn còn khoảng 23% số hộ dân nông không có nhà tiêu, khoảng một phần ba số hộ có nhà tiêu HVS nhưng sử dụng và bảo quản không đúng. Chủ trương xây dựng mô hình nhà tiêu hợp vệ sinh mẫu theo từng xã đã không góp phần phổ biến nhân rộng các loại nhà tiêu. Hơn nữa người dân có xu hướng đợi nhà nước hỗ trợ thay vì tự bỏ tiền đầu tư xây dựng. Công việc tư vấn, hướng dẫn cho các hộ gia đình xây dựng và sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh chưa đầy đủ [2].

Tiếp thị xã hội và hình thành chuỗi cung cầu trong một số lĩnh vực đời sống đã tỏ ra hiệu quả và bền vững như tiếp thị sử dụng bếp gas, bếp điện thay thế bếp dầu, bếp than tổ ong, tiếp thị xã hội sử dụng bao cao su trong phòng tránh lây nhiễm bệnh STDs... kết quả cho thấy cộng đồng chấp nhận thanh đổi hành vi và sự sẵn có chuỗi cung ứng giúp cho các hộ gia đình đã bỏ sử dụng bếp than tổ ong, bếp dầu không hợp vệ sinh để chuyển sang sử dụng các loại bếp đun nấu hợp vệ sinh, tiện lợi hơn mặc dầu phải đầu tư chi phí nhiều hơn.

Tỷ lệ hộ gia đình tại cộng đồng nông thôn Hòa Bình đang sử dụng nhà tiêu tự hoại chiếm ưu thế trong kết quả điều tra 2014 cho thấy một thực tế khuyến khích của nhu cầu tiếp cận nhà tiêu hợp vệ sinh ngày càng cao hơn.

Huyện Mai Châu và Kim Bôi tỉnh Hòa Bình là các địa phương chưa bị tác động bởi quá trình đô thị hóa, chưa hình thành các nếp quen tiến bộ mới vệ sinh công cộng và vệ sinh hộ gia đình. Vì thế chọn địa bàn này áp dụng biện pháp tiếp thị xã hội và thúc đẩy chuỗi cung cầu nhà tiêu hợp vệ sinh, kết quả hoạt động can thiệp làm cơ sở khoa học cho mở rộng sau này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Hộ gia đình nông thôn tại huyện Mai Châu và Kim Bôi, tỉnh Hòa Bình, hai huyện này thuần túy cộng đồng nông thôn, có người dân tộc thiểu số, chưa bị ảnh hưởng của đô thị hóa.

Các cửa hàng, chủ cửa hàng phân phối, bán buôn bán lẻ vật liệu xây dựng, thiết bị vệ sinh

Thợ xây dựng công trình vệ sinh hộ gia đình, thợ điện nước công trình hộ gia đình

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có so sánh trước sau về tiếp thị xã hội và thúc đẩy cung cầu nhà tiêu hộ gia đình năm 2015 tại tỉnh Hòa Bình.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả, có phân tích dựa trên phỏng vấn hộ gia đình và kiểm tra trực tiếp bằng bảng kiểm tại các hộ gia đình nghiên cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu dựa trên công thức tính cỡ mẫu can thiệp

Cỡ mẫu: được xác định dựa trên công thức hiệu ứng tối thiểu trên tỷ lệ trước can thiệp và tỷ lệ kỳ vọng tăng lên sau can thiệp.

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

n: Cỡ mẫu nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2}$; $Z_{1-\beta}$ hệ số giới hạn tin cậy với độ tin cậy là 95% thì = 1,96.

P_1 : Tỷ lệ chung % các hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh trước can thiệp $p_1 = 21,8\%$.

P_2 : Tỷ lệ chung % các hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh kỳ vọng tăng lên 12% sau can thiệp $p_2 = 33,8\%$.

$$\bar{P} = (P_1 + P_2)/2$$

Đánh giá trước can thiệp và sau can thiệp bằng so sánh một số tỷ lệ trước và sau can thiệp bằng chỉ số hiệu quả tính theo công thức:

$$CSHQ (\%) = \frac{P_2 - P_1}{P_1} \times 100$$

Trong đó: P_1 là kết quả có tại thời điểm đánh giá trước can thiệp (TCT).

P_2 là kết quả tại thời điểm đánh giá sau can thiệp (SCT).

Cỡ mẫu theo tính toán $n = 675$, lấy dự phòng 10% (70), cỡ mẫu lý thuyết dự kiến $n = 745$, thực tế chúng tôi đã tiến hành điều tra khảo sát đánh giá toàn bộ 801 hộ gia đình trong giai đoạn đánh giá thực trạng.

Chọn đối tượng nghiên cứu bao gồm các hộ gia đình của 4 xã Chiềng Châu, Đồng Bàng, Bao La và Tân Mai trong số 23 xã của huyện Mai

Châu và 5 xã Bình Sơn, Sào Báy, Nam Thượng, Thượng Bì và Vĩnh Tiến trong số 28 xã của huyện Kim Bôi.

Nội dung sản xuất sản phẩm tiếp thị xã hội nhà tiêu hợp vệ sinh tại cộng đồng; tạo động lực thúc đẩy xây dựng nhà tiêu hợp vệ sinh tại hộ gia đình;

tạo động lực hình thành chuỗi cầu và cung.

Nghiên cứu viên được tập huấn kỹ năng phỏng vấn HGD và kỹ năng quan sát, đánh giá thống nhất nhận định chất lượng nhà tiêu theo Thông tư số 27/2011/TT-BYT [3]. Xử lý số liệu bằng phần mềm Excel và SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả nghiên cứu thực hiện các sản phẩm tiếp thị xã hội nhà tiêu hợp vệ sinh.

Bảng 1. Các sản phẩm tiếp thị xã hội nhà tiêu hợp vệ sinh.

tt	Tên sản phẩm	Số trang	Số lượng	Đối tượng sử dụng
1	Sổ tay dành hướng dẫn lập kế hoạch và thực hiện hợp phần vệ sinh. Khổ A4	77	200	Nhân viên y tế
2	Tài liệu hướng dẫn tiếp thị vệ sinh (dành cho tập huấn viên cấp tỉnh, huyện). Khổ A4	134	70	Tập huấn viên cấp tỉnh, huyện
3	Tài liệu hướng dẫn tiếp thị vệ sinh (dành cho những người làm tiếp thị vệ sinh đơn giản tại cộng đồng). Khổ A4	80	200	Người làm tiếp thị xã hội nhà tiêu
4	Bộ tranh lật tuyên truyền thay đổi hành vi vệ sinh phòng bệnh	18	200	Người dân, hộ gia đình cộng đồng
5	Tờ rơi hướng dẫn quy trình lắp đặt 4 loại nhà tiêu hợp vệ sinh: nhà tiêu chìm có ống thông hơi bằng ống bi bê tông, nhà tiêu hai ngăn sinh thái bằng ống bi bê tông, nhà tiêu thấm dột nước bằng ống bi bê tông, nhà tiêu tự hoại bằng ống bi bê tông. Khổ A3	1	7000	Hộ gia đình Thợ xây dựng Cửa hàng bán vật liệu vệ sinh
6	Nghiên cứu khuôn đúc bi bê tông bằng thép cuốn cho 10 cửa hàng bán lẻ vật liệu xây dựng, thiết bị vệ sinh.		10	Thợ xây dựng Cửa hàng bán vật liệu
7	Tài liệu Hướng dẫn lựa chọn xây dựng và sử dụng nhà tiêu chi phí thấp cho hộ gia đình (tài liệu dành cho thợ xây dựng, hộ gia đình, doanh nghiệp và cán bộ dự án). Khổ A4	174	150	Hộ gia đình Thợ xây dựng Cửa hàng bán vật liệu vệ sinh Cán bộ dự án

3.2 Kết quả hoạt động tạo động lực tiếp cận sử dụng nhà tiêu HVS

Bảng 2. Kết quả thúc đẩy tạo chuỗi cung cầu nhà tiêu hợp vệ sinh

tt	Hoạt động	Số đợt	Số lần	Số người, HGD được lôi cuốn
1	Hội nghị triển khai cấp xã (01 hội nghị/01 xã)	9	1	360
2	Tập huấn kỹ năng truyền thông vận động, thúc đẩy chuỗi cung cầu nhà tiêu cho tuyên truyền viên. (01 lớp/01 xã)	9	1	270
3	Tập huấn cho cửa hàng bán lẻ vật liệu xây dựng, thiết bị vệ sinh và thợ xây về kỹ năng bán hàng và kỹ thuật xây dựng nhà tiêu HVS	2	1	100
4	Tổ chức Ngày hội về vệ sinh, triển lãm giới thiệu các mô hình nhà tiêu hợp vệ sinh	9	1	5000
5	Tổ chức họp thôn tuyên truyền vận động về xây dựng, sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh	9	177	8850
6	Tuyên truyền viên thăm hộ gia đình tuyên truyền vận động xây dựng, sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh	9	2000	18000

3.3 Kết quả can thiệp trước sau về tiếp thị xã hội nhà tiêu hợp vệ sinh

Bảng 3. Hiệu quả thay đổi về độ bao phủ nhà tiêu HGD trước và sau can thiệp

Nhà tiêu	TCT (n=801)		SCT (n=801)		Hiệu quả trước - sau	CSHQ (%)	P
	Số lượng	%	Số lượng	%			
Có	701	87,5	801	100	12,5	14,29	<0,05
Không	100	12,5	0	0,0	-12,5	-	-

Nhận xét: Sau can thiệp, có sự cải thiện đáng kể về độ bao phủ nhà tiêu của các HGD. Tỷ lệ HGD có nhà tiêu tăng 12,5%, chỉ số hiệu quả 14,29% ($p < 0,05$).

Bảng 4. Hiệu quả thay đổi về loại nhà tiêu trước và sau can thiệp

Nhà tiêu	TCT (n=701)		SCT (n=801)		Hiệu quả trước - sau	CSHQ (%)	P
	Số lượng	%	Số lượng	%			
Nhà tiêu cầu, xô	205	29,2	73	9,1	-20,1	68,84	<0,001
Chìm không có ống thông hơi	60	8,6	44	5,5	-3,1	36,05	>0,05
Một ngăn nổi	201	28,7	27	3,4	-25,3	88,15	<0,001
Chìm có ống thông hơi	8	1,1	7	0,9	-0,2	18,18	>0,05
Hai ngăn	52	7,4	71	8,9	1,5	20,27	>0,05
Thấm dội	32	4,6	148	18,5	13,9	302,17	<0,001
Tự hoại	139	19,8	391	48,8	29,0	146,46	<0,001
Nổi với bể biogas	4	0,6	40	5,0	4,4	733,33	<0,001

Nhận xét: Sau can thiệp, có sự cải thiện đáng kể về loại nhà tiêu của các HGD. Tỷ lệ HGD có nhà tiêu thay đổi theo chiều hướng tăng từ 1,5 đến 29,0% đối với các loại nhà tiêu tự hoại, nhà tiêu có ống nổi với bể bioga, nhà tiêu thấm dội nước, chỉ số hiệu quả từ 20,27 đến 733,33% ($p < 0,001$); nhà tiêu 2 ngăn có thấy tăng, nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$); riêng nhà

tiêu xô, cầu, nhà tiêu một ngăn nổi giảm sau giai đoạn can thiệp, với chênh lệch từ 20,1% đến 25,3%, chỉ số hiệu quả 68,84% đến 88,15% ($p < 0,001$), nhà tiêu chìm không có ống thông hơi và nhà tiêu chìm có ống thông hơi cho thấy có chiều hướng giảm nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5. Hiệu quả thay đổi về tỷ lệ nhà tiêu HVS theo tiêu chuẩn xây dựng trước và sau can thiệp

Nhà tiêu	TCT (n=701)		SCT (n=801)		Hiệu quả trước - sau	CSHQ (%)	P
	Số lượng	%	Số lượng	%			
Hợp vệ sinh	167	23,8	570	71,2	47,4	199,16	<0,001
Không hợp vệ sinh	534	76,2	231	28,8	-47,4	62,21	<0,001

Nhận xét: Sau can thiệp, có sự cải thiện rõ rệt về độ bao phủ nhà tiêu HVS theo tiêu chuẩn xây dựng của các HGD. Tỷ lệ HGD có nhà tiêu HVS theo tiêu chuẩn xây dựng tăng 47,4%, chỉ số hiệu quả 199,16% ($p < 0,001$).

Bảng 6. Hiệu quả thay đổi về tỷ lệ nhà tiêu HVS theo tiêu chuẩn bảo quản và sử dụng trước và sau can thiệp

Nhà tiêu	TCT (n=701)		SCT (n=801)		Hiệu quả trước - sau	CSHQ (%)	P
	Số lượng	%	Số lượng	%			
Hợp vệ sinh	165	23,5	563	70,3	46,8	199,15	<0,001
Không hợp vệ sinh	536	76,5	238	29,7	-46,8	61,18	<0,001

Nhận xét: Sau can thiệp, có sự cải thiện rõ rệt về độ bao phủ nhà tiêu HVS theo tiêu chuẩn sử dụng và bảo quản của các HGD. Tỷ lệ HGD có nhà tiêu HVS theo tiêu chuẩn sử dụng và bảo quản tăng 46,8%, chỉ số hiệu quả 199,15% ($p < 0,001$).

Bảng 7. Hiệu quả thay đổi về tỷ lệ nhà tiêu HVS theo tiêu chuẩn xây dựng, bảo quản và sử dụng trước và sau can thiệp

Nhà tiêu	TCT (n=701)		SCT (n=801)		Hiệu quả trước - sau	CSHQ (%)	p
	Số lượng	%	Số lượng	%			
Hợp vệ sinh	153	21,8	526	65,7	43,9	201,38	<0,001
Không hợp vệ sinh	548	78,2	275	34,3	-43,9	56,14	<0,001

Nhận xét: Sau can thiệp, có sự cải thiện rõ rệt về độ bao phủ nhà tiêu HVS theo tiêu chuẩn xây dựng, sử dụng và bảo quản của các HGD. Tỷ lệ HGD có nhà tiêu HVS theo tiêu chuẩn xây dựng, sử dụng và bảo quản tăng 43,9%, chỉ số hiệu quả 201,38% (p<0,001).

IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu của nghiên cứu can thiệp này là làm rõ biện pháp tiếp thị xã hội nhà tiêu hợp vệ sinh tới cộng đồng nông thôn, thông qua giáo dục sức khỏe môi trường, thay đổi hành vi vệ sinh và tạo chuỗi cầu, cung nhà tiêu hợp vệ sinh, cải thiện bức tranh vệ sinh môi trường tại cộng đồng nông thôn tại các HGD ở hai huyện nghiên cứu.

Tỷ lệ hộ gia đình tại cộng đồng nông thôn 2 huyện Mai Châu và Kim Bôi đã có nhà tiêu và đã có nhà tiêu HVS tăng lên sau can thiệp tăng lên rõ rệt. Theo đó, 65,7% HGD trong điều tra cuối kỳ có nhà tiêu HVS cao hơn có ý nghĩa thống kê so với điều tra đầu kỳ là 21,8% (tăng 43,9%, CSHQ = 201,38%, p <0,001). Điều này đã cho thấy hiệu quả của các hoạt động triển khai tại các xã trong thời gian qua.

Trong số các loại nhà tiêu HVS, tỷ lệ HGD có nhà tiêu tự hoại đã tăng lên đáng kể nhất so với trước can thiệp, từ 19,8% lên tới 44,8% (<0,001). Trong khi đó, tỷ lệ các loại nhà tiêu HVS khác như nhà tiêu chìm có ống thông hơi, nhà tiêu thấm dội nước, nhà tiêu hai ngăn và nhà tiêu nối với bể/hầm bioga cũng tăng ít hơn, trong đó nhà tiêu hai ngăn tăng không đáng kể so với các loại nhà tiêu còn lại. Sau can thiệp, có sự cải thiện đáng kể về loại nhà tiêu của các HGD. Tỷ lệ HGD có nhà tiêu thay đổi theo chiều hướng tăng từ 1,5% đến 29,0% đối với các loại nhà tiêu tự hoại, thấm dội, Biogas, nhà tiêu tự hoại tăng số lượng lớn nhất; nhà tiêu 2 ngăn tuy có tăng, nhưng chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05); đặc biệt các loại nhà tiêu xô, cầu, nhà tiêu chìm không có ống thông hơi, nhà tiêu một ngăn nổi đang giảm sau giai đoạn can thiệp, với chênh lệch từ 0,2% đến 25,3%, chỉ số hiệu quả 18,18% đến 88,15% (p<0,001), nhà tiêu chìm có ống thông hơi cho thấy có chiều hướng giảm nhưng chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Kết quả này cho thấy tiếp thị xã hội nhà tiêu hợp vệ sinh đã tác động tới khuynh hướng người dân đang ngày càng có xu hướng chọn sử dụng nhà tiêu tự hoại là chính thay vì các loại nhà tiêu khác.

Tỷ lệ phần trăm hộ gia đình có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn vệ sinh về xây dựng. Tỷ lệ này được

tính bằng tổng số HGD có nhà tiêu thuộc loại HVS và đạt 9/10 tiêu chuẩn về xây dựng theo Thông tư số 27/2011/TT-BYT. Kết quả điều tra cho thấy, có 71,2% HGD trong điều tra cuối kỳ có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn HVS về xây dựng, cao hơn có ý nghĩa so so với điều tra đầu kỳ (23,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Qua đó, có thể thấy rằng, bằng các biện pháp can thiệp, việc xây dựng nhà tiêu hợp tiêu chuẩn về vệ sinh đã được chú trọng hơn nhiều so với lúc trước.

Tỷ lệ phần trăm nhà tiêu thuộc loại HVS đạt các tiêu chuẩn vệ sinh về sử dụng, bảo quản: Tỷ lệ này được tính bằng tổng số HGD có nhà tiêu thuộc loại HVS và đạt từ 3 tiêu chí về sử dụng và bảo quản trở lên theo Thông tư số 27/2011/TT-BYT. Kết quả điều tra cuối kỳ có 70,3% HGD có nhà tiêu đạt tiêu chuẩn về sử dụng và bảo quản. So với trước can thiệp (23,5%), tỷ lệ này đã tăng 3 lần (CSHQ: 255,7%, p<0,001).

Tỷ lệ chung nhà tiêu HVS đạt cả hai tiêu chuẩn vệ sinh về xây dựng và sử dụng, bảo quản được cải thiện đáng kể từ 21,8% trước can thiệp tăng lên 65,7% sau can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Kết quả can thiệp tiếp thị xã hội, thúc đẩy chuỗi cung cầu nhà tiêu tại cộng đồng nông thôn Hòa Bình đã làm tăng tỷ lệ hộ gia đình có nhà tiêu hợp vệ sinh cả tiêu chuẩn về xây dựng, và sử dụng bảo quản từ 21,8 lên 65,7%, chỉ số hiệu quả 201,38%, đồng thời khuynh hướng các hộ gia đình ưu tiên lựa chọn xây mới nhà tiêu tự hoại tăng từ 19,8% lên 44,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Bank (2010)**, Báo cáo điều tra cơ bản về các vấn đề quản lý vệ sinh các khu vực đô thị của Việt Nam. 2010.
2. **World Health Organization - Bộ Y tế - UNICEF (2011)**, Báo cáo đánh giá lĩnh vực cấp nước và vệ sinh môi trường Việt Nam. 2011.
3. **Bộ Y tế (2011)**, Thông tư số 27/2011/TT-BYT ngày 24/6/2011 ban hành Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về nhà tiêu - điều kiện đảm bảo hợp vệ sinh (QCVN 01: 2011/BYT). 2011.

MỐI LIÊN HỆ KIỂU GEN VÀ KIỂU HÌNH ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC CHỦNG ACINETOBACTER BAUMANNII PHÂN LẬP TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN Ở VIỆT NAM NĂM 2016

Lưu Thị Vũ Nga¹, Phạm Hồng Nhung², Phạm Duy Thái³, Nguyễn Vũ Trung² và Trần Huy Hoàng³

TÓM TẮT

Acinetobacter baumannii là một trong những căn nguyên chính gây nhiễm khuẩn bệnh viện không chỉ đối với các bệnh viện tuyến trung ương mà còn ở cả các bệnh viện tuyến tỉnh với mức độ đề kháng kháng sinh ngày càng gia tăng ở mức báo động. Trong nghiên cứu này, 144 chủng *A. baumannii* phân lập từ 9 bệnh viện thuộc 3 miền ở Việt Nam được nghiên cứu để xác định mối liên hệ kiểu gen bằng phương pháp PFGE và kiểu hình đề kháng kháng sinh của các chủng thuộc cùng cụm kiểu gen (clone). Kết quả: Xác định được 24 cụm kiểu gen PFGE với độ tương đồng $\geq 80\%$, 2 cụm có độ tương đồng 100%. Đối với các chủng thuộc cùng một cụm kiểu gen, sự khác biệt về kiểu hình đề kháng kháng sinh chủ yếu đối với minocyclin, đối với các kháng sinh khác, không có sự khác biệt nhiều. Kết luận: *A. baumannii* có kiểu gen PFGE đa dạng, có sự tồn tại đơn dòng và đa dòng trong 1 bệnh viện và giữa các bệnh viện thuộc các vùng miền khác nhau ở Việt Nam. Kiểu hình đề kháng kháng sinh của các chủng thuộc cùng một cụm kiểu gen PFGE không giống nhau hoàn toàn.

Từ khóa: *A. baumannii*, PFGE

SUMMARY

GENETIC RELATIONSHIP AND ANTIMICROBIAL RESISTANCE PHENOTYPIC AMONG ACINETOBACTER BAUMANNII STRAIN ISOLATES FROM SOME HOSPITALS IN VIETNAM 2016

Acinetobacter baumannii is not only one of the main causes of hospital-acquired infections in central hospitals but also in provincial hospitals with increasing antibiotic resistance at an alarming levels. In this study, 144 *A. baumannii* isolates from nine hospitals representing three regions of Vietnam were studied to determine the genotypic relationship by PFGE and antimicrobial resistance phenotypes of strains belonging to the same cluster. Results: We identified 24 PFGE genotypic clusters with similarity $\geq 80\%$, 2 clusters had 100% similarity. For strains belonging to the same genotype cluster, the difference in antibiotic resistance phenotype was mainly for minocycline, but for other antibiotics, there were not much difference. Conclusion: *A. baumannii* had diverse PFGE genotypes, there were

monoclonal and multinational strains in one hospital and between hospitals of three regions in Vietnam. Antibiotic resistance phenotypes of strains belonging to the same PFGE genotype cluster were not completely the same.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, đã có sự gia tăng nhanh chóng tỷ lệ nhiễm khuẩn do *Acinetobacter baumannii* trên toàn thế giới. Đặc biệt đối với nhiễm trùng liên quan đến chăm sóc sức khỏe, *A. baumannii* là một trong những tác nhân chính và đã trở thành mầm bệnh “báo động đỏ” ở người [1].

Hiện nay, ở Việt Nam, *A. baumannii* không những là tác nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn bệnh viện ở các bệnh viện lớn tuyến trung ương mà còn ở các bệnh viện tuyến tỉnh và khu vực, với mức độ đề kháng kháng sinh rất cao kể cả đối với kháng sinh carbapenem [2]. Một số gen đề kháng kháng sinh carbapenem được phát hiện gần đây như bla_{NDM-1} cũng đã được xác định ở các chủng *A. baumannii* phân lập được từ một số bệnh viện tuyến tỉnh [3].

Sự có mặt của vi khuẩn có khả năng đề kháng cao tại các bệnh viện lớn có thể liên quan đến việc gia tăng mức độ sử dụng kháng sinh, đặc biệt là kháng sinh nhóm carbapenem. Nhưng hiện nay, vấn đề chuyển tuyến điều trị giữa các bệnh viện tuyến dưới lên tuyến trên và ngược lại là một trong những nguy cơ lan truyền các chủng vi khuẩn kháng thuốc giữa các bệnh viện.

Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm: Xác định mối liên hệ kiểu gen bằng phương pháp PFGE và kiểu hình đề kháng kháng sinh của các chủng thuộc cùng nhóm kiểu gen (clone).

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chủng vi khuẩn. 144 chủng *A. baumannii* phân lập được ở 9 bệnh viện ở 3 miền năm 2016. Miền Bắc gồm bệnh viện Thanh Nhàn (TN), Xanh Pôn (XP), Bắc Giang (BG), Quân đội 108 (QĐ). Miền Trung gồm bệnh viện Trung ương Huế (H), Nghệ An (NA), Hà Tĩnh (HT). Miền Nam gồm bệnh viện Chợ Rẫy (CR), Nhi Đồng (NĐ). Các chủng được định danh bằng thanh định danh API-20NE (BioMerieux-Pháp).

2.2. Xác định kiểu gen của vi khuẩn

¹Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Hoàng

Email: thh@nihe.org.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

bằng kỹ thuật điện di xung trường (PFGE).

DNA toàn phần của các chủng *A. baumannii* được tách chiết trong gel agarose Seakem-gold 0.5% và được cắt bằng enzyme giới hạn *ApaI* (Roche Diagnostis, Mannheim, Đức). Sau đó, các phân đoạn DNA được phân tách bằng hệ thống điện di xung trường trên gel agarose Seakem-Gold 1%, CHEF-DR III (Biorad, Hercules, CA, Mỹ) với hiệu điện thế 6V/cm trong 20 giờ ở nhiệt độ 14°C, thời gian một xung từ 5 đến 30 giây và góc điện trường là 120°. Sau điện di, gel được nhuộm dung dịch ethidium bromide trong 45 phút, rửa bằng nước cất 2 lần X 30 phút và chụp ảnh bằng máy chụp ảnh gel-doc. Chủng vi khuẩn *Salmonella branderup* H9812 được sử dụng làm thang chuẩn để phân tích [4].

2.3. Tính nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn. Xác định nồng độ tối thiểu ức chế vi khuẩn phát triển (MIC) của các kháng sinh: imipenem (IPM), meropenem (MEM), doripenem (DOR) ceftazidime (CAZ), cefepime (CPM),

levofloxacin (LEV), amikacin (AK) minocycline (MI) và colistin (CS) với các chủng *A. baumannii*.

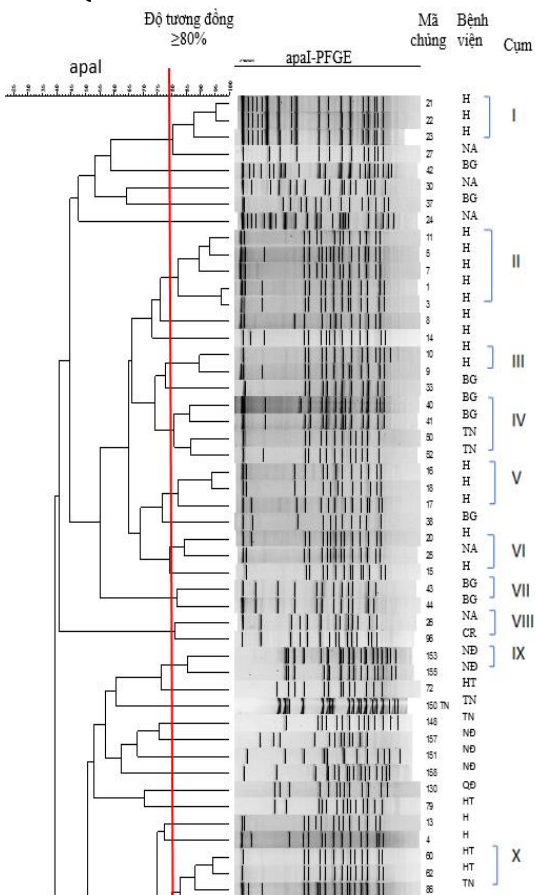
Đối với các kháng sinh IPM, MEM, DOR, CAZ, CPM, LEV, AK, MI sử dụng phương pháp pha loãng KS trong thạch và phương pháp vi pha loãng đối với colistin theo hướng dẫn của Viện chuẩn thức xét nghiệm lâm sàng Hoa Kỳ (CLSI M07-A10) [5]; Kết quả MIC được phiên giải theo tiêu chuẩn của CLSI M100 S28.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được quản lý bằng phần mềm Excel. Phần mềm Bio-Numeric 6.0 được sử dụng để phân tích mối liên hệ về kiểu gen PFGE của các chủng *A. baumannii*. Các kết quả được trình bày dưới dạng hình.

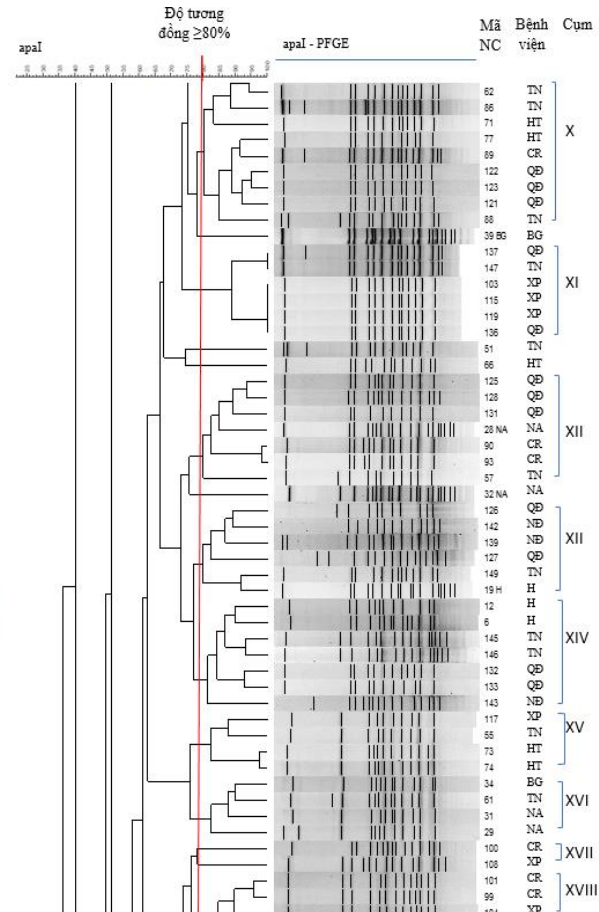
2.5. Địa điểm nghiên cứu. Phòng Kháng kháng sinh-Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu này được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Hà Nội thông qua.

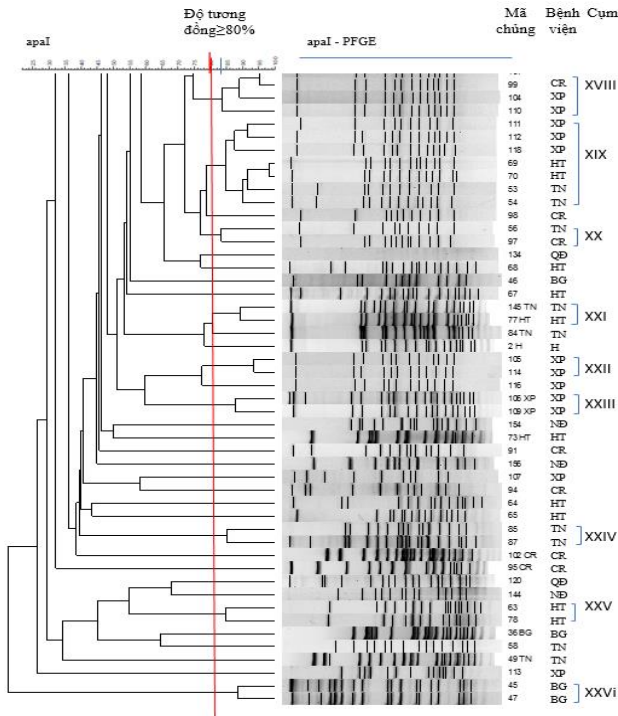
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1.1A



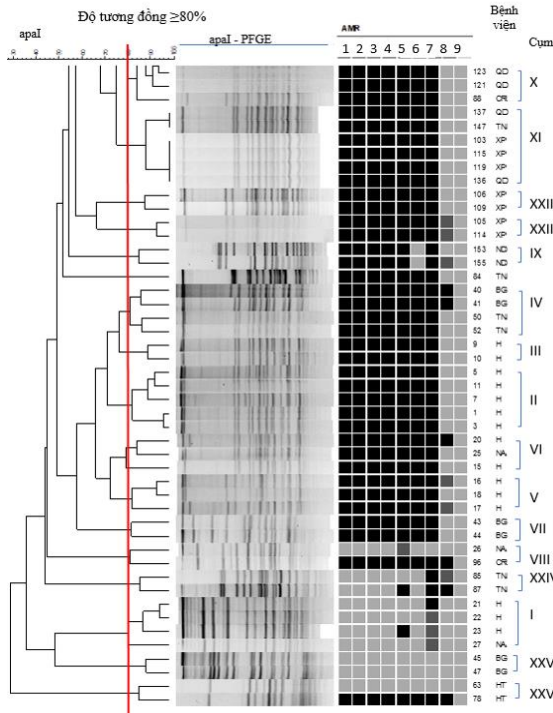
Hình 1.1B



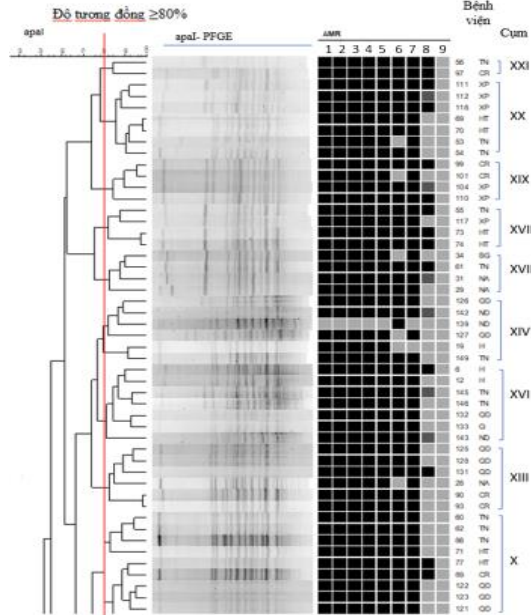
Hình 1.1 (hình 1.1A, 1.1B, 1.1C): Môi liên hệ kiểu gen của 144 chủng *A. baumannii* phân lập tại 9 bệnh viện

Kết quả PFGE tại hình 1 cho thấy các chủng *A. baumannii* có kiểu gen đa dạng với 26 cụm có độ tương đồng về kiểu gen trên 80%, trong đó có 2 cụm có độ tương đồng 100%. Các cụm tương đồng về kiểu gen thuộc các chủng trong cùng 1 bệnh viện hoặc các bệnh viện khác nhau.

Hình 1.1C



Hình 2.1A



Hình 2.1B

Ghi chú: AMR: Tính kháng kháng sinh (Nhạy cảm: □; Kháng/trung gian ■)

1: IPM, 2: MEM, 3: DOR, 4: CPM, 5: CAZ, 6: AK, 7: LVX, 8: MI, 9: CO

Hình 1.2 (hình 1.2A, 1.2B): Kiểu hình đề kháng kháng sinh ở các cụm có kiểu gen tương đồng. Các chủng thuộc một cụm kiểu gen không có kiểu hình kháng kháng sinh giống nhau 100%. 15/26 cụm có sự khác biệt đối với kháng sinh minocycline, các kháng sinh khác ít có sự khác biệt hơn.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả phân tích PFGE của 144 chủng *A. baumannii* phân lập ở 9 bệnh viện cho thấy, các chủng *A. baumannii* có sự đa dạng về kiểu gen, ngay cả đối với các chủng được phân lập từ cùng một bệnh viện. Tuy nhiên, xác định được 26 cụm (gồm 96 chủng, 66,7%) có độ tương đồng $\geq 80\%$ về kiểu gen PFGE.

Trong các cụm tương đồng về kiểu gen, có cụm chỉ bao gồm các chủng được phân lập từ cùng một bệnh viện, nhưng cũng có cụm gồm các chủng từ các bệnh viện khác nhau. Đặc biệt, cụm XI với 2 nhánh có kiểu gen tương đồng 100%, gồm các chủng được phân lập từ 3 bệnh viện trên cùng một địa bàn thành phố. Một bệnh viện thuộc tuyến trung ương và 2 bệnh viện thuộc tuyến thành phố. Những bệnh viện này thường xuyên có người bệnh được chuyển tuyến qua lại. Đây là cơ sở để đưa ra giả thuyết về sự lây lan của các chủng vi khuẩn trong cùng một bệnh viện và giữa các bệnh viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy, có mối liên hệ về kiểu gen PFGE không chỉ đối với các chủng phân lập được từ các bệnh viện trong cùng một vùng miền mà còn giữa các vùng miền khác nhau (miền Bắc – miền Trung – miền Nam). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác [6],[7]. Với kết quả phân tích PFGE như trên cần có những nghiên cứu sâu hơn về kiểu gen (gonotyping) như phương pháp phân loại trình tự đa điểm (Multiple locus sequence typing-MLST) để xác định kiểu gen ST và mối liên quan dịch tễ học phân tử của các chủng *A. baumannii* ở Việt Nam và trên thế giới.

Khi phân tích về kiểu hình đề kháng kháng sinh ở các cụm có cùng kiểu gen cho thấy, các chủng này không có kiểu hình đề kháng kháng sinh giống nhau 100% (hình 1.2). Với nguồn gen phong phú và dưới áp lực của chọn lọc tự nhiên, các chủng vi khuẩn ngày càng tiến hoá theo nhiều hướng trong đó có khả năng tích hợp nhiều gen kháng kháng sinh khác nhau thông qua các phương thức truyền gen ngang. Các phân tích di truyền cho thấy, *A. baumannii* có bộ gen mở (open pan genome) thuận lợi cho việc thu nhận các yếu tố di truyền mới trong đó có các gen độc lực và đề kháng kháng sinh. Đây là một trong những điều kiện quan trọng để *A. baumannii* từ một mầm bệnh cơ hội trở thành mối đe dọa nghiêm trọng đối với sức khỏe con người [8].

Cụm XXV, gồm 2 chủng có cùng kiểu gen PFGE, thuộc cùng một bệnh viện nhưng có sự

khác nhau hoàn toàn về kiểu hình kháng kháng sinh đối với 8/9 kháng sinh được thử nghiệm (trừ colistin). Có thể do một trong hai chủng này đã nhận được gen đề kháng qua truyền gen ngang từ các chủng vi khuẩn khác. Tương tự đối với cụm VIII, gồm 2 chủng vi khuẩn được từ 2 bệnh viện khác nhau. Chủng được phân lập từ bệnh viện tuyến trung ương có kiểu hình đề kháng kháng sinh cao hơn hẳn so với chủng phân lập được từ bệnh viện tuyến tỉnh. Điều này cho thấy nhiều khả năng chủng có khả năng đề kháng cao được hình thành do áp lực chọn lọc tự nhiên từ việc sử dụng kháng sinh khác nhau ở các bệnh viện.

Giữa các chủng thuộc cùng 1 cụm kiểu gen thường chỉ có sự khác biệt nhỏ về kiểu hình đề kháng kháng sinh với minocycline (15/26 cụm), còn đối với các kháng sinh khác ít có sự khác biệt (chỉ từ 3-5/26 cụm). Điều này có thể được lý giải do ở *A. baumannii* thường có các integron với nhiều băng gen (gen cassette) tạo thành mảng băng gen (gen cassette array) quy định tính đề kháng với nhiều loại kháng sinh. Các gen cassette array này có thể được chuyển toàn bộ từ vi khuẩn này sang các vi khuẩn khác qua truyền gen ngang. Nhiều integron với gen cassette array giống hệt nhau được tìm thấy ở các loài khác nhau từ các môi trường và vị trí địa lý khác nhau [9]. Nên kiểu hình đề kháng với một số loại kháng sinh ở các chủng vi khuẩn này thường khá giống nhau.

V. KẾT LUẬN

A. baumannii có kiểu gen PFGE đa dạng, có sự tồn tại đơn dòng và đa dòng trong 1 bệnh viện và giữa các bệnh viện thuộc các vùng miền khác nhau ở Việt Nam. Kiểu hình đề kháng kháng sinh của các chủng thuộc cùng một cụm kiểu gen PFGE không giống nhau hoàn toàn.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu này được sử dụng kinh phí của đề tài cấp nhà nước "Đánh giá thực trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn tại Việt Nam, xác định đặc điểm cấu trúc gen và yếu tố liên quan của các vi khuẩn kháng thuốc thường gặp ở Việt Nam MS: MOST: NHQT/SPĐP/02.16) chủ nhiệm đề tài TS. Trần Huy Hoàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xie, R., et al., Analysis of global prevalence of antibiotic resistance in *Acinetobacter baumannii* infections disclosed a faster increase in OECD countries. *Emerging microbes & infections*, 2018. **7**(1): p. 1-10.
2. Phu, V.D., et al., Burden of hospital acquired infections and antimicrobial use in Vietnamese adult intensive care units. *PLoS one*, 2016. **11**(1): p. e0147544.

3. **Lưu Thị Vũ Nga, et al.,** Mỗi liên hệ kiểu gen của các chủng *Acinetobacter baumannii* mang gen NDM - 1 phân lập ở bệnh nhân điều trị tại một số bệnh viện tuyến tỉnh và khu vực năm 2016. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, 2017. **4**(20): p. 31-36.
4. **Tran, H., et al.,** Common isolation of New Delhi metallo-beta-lactamase 1-producing Enterobacteriaceae in a large surgical hospital in Vietnam. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 2015. **34**(6): p. 1247-1254.
5. **Methods for Dilution Antimicrobial Susceptibility Tests for Bacteria That Grow Aerobically; Approved Standard—Tenth. M07-A10.** 2015, CLSI.
6. **Villalón, P., et al.,** Clonal diversity of nosocomial epidemic *Acinetobacter baumannii* strains isolated in Spain. Journal of clinical microbiology, 2011. **49**(3): p. 875-882.
7. **Nguyễn Thị Thanh Hà,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi sinh ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết do *A. baumannii* (2011-2012), in Luận án tiến sĩ y học. 2014, Viện nghiên cứu khoa học Y dược học lâm sàng 108.
8. **Imperi, F., et al.,** The genomics of *Acinetobacter baumannii*: insights into genome plasticity, antimicrobial resistance and pathogenicity. IUBMB life, 2011. **63**(12): p. 1068-1074.
9. **Domingues, S., G.J. Da Silva, and K.M. Nielsen,** Global dissemination patterns of common gene cassette arrays in class 1 integrons. 2015.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA PARACETAMOL KẾT HỢP KETOGESIC SAU PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP TOÀN BỘ

Trương Như Khánh*, Nguyễn Hữu Tú**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau và tác dụng không mong muốn của paracetamol kết hợp ketogestic sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh 60 bệnh nhân cắt tuyến giáp toàn bộ chia làm hai nhóm. Nhóm P-K thực hiện truyền tĩnh mạch paracetamol 1g trong 15 phút mỗi 8 giờ kết hợp ketogestic 30mg tiêm tĩnh mỗi 12 giờ. Nhóm M sử dụng PCA với morphin 0,5mg/ml liều duy trì 2ml/h, liều bolus 2mg, thời gian khóa máy 15 phút, tổng liều 4 giờ 10 mg. Sau khi thực hiện các thủ thuật, bệnh nhân được theo dõi trong vòng 48 giờ, tính từ thời điểm sau rút ống nội khí quản, tỉnh táo hoàn toàn. **Kết quả:** Trong 48h sau mổ, điểm VAS trung bình của các bệnh nhân ở cả hai nhóm đều được duy trì <4, và có xu hướng giảm dần theo thời gian và không có sự khác biệt nào có ý nghĩa thống kê ở cả vị trí mổ và tại họng ở hầu hết các thời điểm ($p > 0,05$). Tỷ lệ người bệnh hài lòng cao hơn ở nhóm P-K so với nhóm M (100%, 83,3%, $p < 0,05$). Các tác dụng không mong muốn ở nhóm P-K ít hơn nhiều so với nhóm M ($p < 0,05$). **Kết luận:** Kết hợp giữa ketogestic và paracetamol thể hiện hiệu quả tốt trong điều trị chống đau khi thay thế morphin, sự hài lòng cao của người bệnh và giảm thiểu đáng kể các tác dụng phụ trên các bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp trong vòng 48 giờ sau mổ.

Từ khóa: paracetamol, paracetamol kết hợp ketogestic, ketogestic, PCA morphin, phẫu thuật cắt tuyến giáp,

SUMMARY

EVALUATION OF THE POSTOPERATIVE ANALGESIC EFFICACY OF PARACETAMOL AND KETOGESIC COMBINATION AFTER TOTAL THYROIDECTOMY

Aims: To evaluate the postoperative analgesic efficacy and side-effects of the paracetamol and ketogestic combination after total thyroidectomy. **Methodology:** a randomized clinical controlled trial with 60 patients divided into 2 groups. P-K group received intravenous infusion of paracetamol 1g every 15 minutes in 8 hours, combine with injection injection of ketogestic 30mg every 12 hours. M group received PCA morphin 0,5mg/ml, maintenance dose 2ml/h, bolus 2mg, lockout time 15 minutes, total dose 10mg/4h. Patients were assessed continuously during 48 hours postoperation. **Results:** in 48h postoperation, average VAS score was maintenance <4 most of the time in both groups, and decreased over time. There was no significant difference among the groups in VAS score at the cut and the throat ($p > 0,05$). The prevalence of satisfaction was higher in PK group than M group (100%, 83,3%, $p < 0,05$). The side-effects is much lower in PK group ($p < 0,05$). **Conclusion:** Ketogestic and paracetamol combination had good analgesic effect to replace morphine, with high satisfactions and significant reduction of side effects in patients with total thyroidectomy within 48 hours postoperation.

Keywords: paracetamol, paracetamol and ketogestic combination, ketogestic, PCA morphin, thyroidectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, các kỹ thuật giảm đau tiên tiến càng đạt được những bước tiến lớn, nhưng kiểm soát đau trên thực tế dường như không đạt được kết quả như mong muốn, ngay cả những nước có nền y học phát triển trên thế

*Viện Y học Phóng xạ và U bướu Quân đội,

**Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Trương Như Khánh

Email: khanhyhpxg@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

giới. Tại Việt Nam, Nguyễn Hữu Tú và cộng sự cho thấy 59% bệnh nhân ở tuần đầu tiên, 32% bệnh nhân ở tuần thứ hai và 7% bệnh nhân ở tuần thứ ba phải chịu mức độ đau từ nhiều đến rất đau. Phẫu thuật tuyến giáp thường là phẫu thuật thường gặp và gây đau cấp sau phẫu thuật [1]. Ở vùng phẫu thuật này khó áp dụng các biện pháp gây tê vùng, nên biện pháp giảm đau bằng đường tĩnh mạch là lựa chọn ưu tiên. Đau chủ yếu ở mức độ trung bình vì thế việc sử dụng giảm đau bằng các thuốc họ morphin không phải là lựa chọn phổ biến. Sử dụng thuốc giảm đau paracetamol kết hợp ketogestic sau phẫu thuật đã có một số nghiên cứu nhưng chưa áp dụng trong phẫu thuật cắt tuyến giáp. Với mong muốn đánh giá được hiệu quả giảm đau của paracetamol kết hợp ketogestic đường tĩnh mạch sau phẫu thuật tuyến giáp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá hiệu quả giảm đau của paracetamol kết hợp ketogestic sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ" với mong muốn đánh giá hiệu quả giảm đau khi kết hợp paracetamol và ketogestic đường tĩnh mạch, đồng thời chỉ ra được các tác dụng không mong muốn khi kết hợp paracetamol và ketogestic đường tĩnh mạch trong phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp tại khoa Điều trị tổng hợp – Viện Y học Phóng xạ và U bướu quân đội từ tháng 1/2019 tới tháng 6/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ: Lựa chọn những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, gây mê nội khí quản, ASA I đến II, không chống chỉ định paracetamol hoặc ketogestic, tâm thần bình thường và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các trường hợp bệnh nhân có biểu hiện cường giáp hoặc nhược giáp, có tiền sử nghiện hoặc phụ thuộc opioid, có bệnh lý đau mạn tính phải dùng thuốc giảm đau, hoặc bệnh nhân có tai biến, biến chứng về phẫu thuật, gây mê.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng có so sánh trên hai nhóm, mỗi nhóm bao gồm 30 bệnh nhân. Trong đó, một nhóm thực hiện giảm đau paracetamol kết hợp ketogestic, nhóm chứng sẽ sử dụng PCA với morphin.

- **Thuốc:** Paracetamol, Ketogestic, propofol, Esmeron, fentanyl

- **Phương pháp tiến hành:** Bệnh nhân được giải thích kỹ và đồng ý sử dụng phương pháp

giảm đau. Chuẩn độ đau cho cả hai nhóm trước khi thực hiện giảm đau khi điểm VAS ≥ 4 bằng fentanyl tiêm tĩnh mạch liều 25mcg mỗi 5 phút đến khi điểm VAS < 4 . Tổng liều chuẩn độ đau không quá 100mcg.

Nhóm nghiên cứu (nhóm P-K) kết hợp paracetamol và ketogestic (truyền tĩnh mạch paracetamol 1g trong 15 phút mỗi 8 giờ kết hợp ketogestic 30 mg tiêm tĩnh mỗi 12 giờ).

Nhóm chứng (nhóm M) sử dụng PCA với morphin 0,5mg/ml liều nền 2ml/h, liều bolus 2mg (4ml), thời gian khóa máy 15 phút, tổng liều 4 giờ: 10mg.

Sau phẫu thuật, các bệnh nhân được theo dõi và đánh giá trong vòng 48 giờ liên tục.

- **Các tiêu chí đánh giá:** Thời gian phẫu thuật, thời gian gây mê, tổng lượng thuốc gây mê, giãn cơ, giảm đau dùng trong phẫu thuật, điểm VAS sau 48 giờ tại vết mổ và tại họng, mức độ hài lòng của bệnh nhân và các tác dụng không mong muốn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Tuổi trung bình ở nhóm P-K là $46,4 \pm 8,6$ tuổi, nhóm M là $49,9 \pm 9,1$ tuổi. BMI trung bình ở nhóm P-K là $22,1 \pm 2,4$; nhóm M là $22,9 \pm 3,4$. Không có sự khác biệt về tuổi, BMI trung bình của hai nhóm với $p > 0,05$.

Tỷ lệ phân bố giới tính ở nhóm P-K nam và nữ là 10% và 90%, ở nhóm M tỷ lệ này là 6,7% và 93,3%. Thời gian phẫu thuật ở nhóm P-K là $59,6 \pm 5,1$ phút, nhóm M là $61,3 \pm 5,2$ phút. Thời gian gây mê ở nhóm P-K là $77,3 \pm 7,1$ phút, nhóm M là $78,3 \pm 6,7$ phút. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự tương đồng về phân bố giới tính, thời gian phẫu thuật, thời gian gây mê của hai nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$.

2. Hiệu quả giảm đau

Bảng 1. Điểm VAS tại vết mổ khi nghỉ ở các thời điểm sau mổ

Thời điểm	Nhóm P-K ($\bar{X} = 30$) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm M ($\bar{X} = 30$) $\bar{X} \pm SD$	p
T0	$4,8 \pm 0,7$	$4,5 \pm 1,1$	0,229
T1	$2,2 \pm 0,8$	$2,3 \pm 1,2$	0,606
T3	$1,8 \pm 0,6$	$1,5 \pm 0,9$	0,083
T6	$1,5 \pm 0,5$	$1,5 \pm 0,6$	0,812
T12	$1,1 \pm 0,7$	$0,9 \pm 0,8$	0,393
T18	$1,0 \pm 0,8$	$0,9 \pm 0,8$	0,619
T24	$0,8 \pm 0,7$	$0,5 \pm 0,5$	0,155
T36	$0,2 \pm 0,4$	$0,2 \pm 0,4$	0,744
T48	$0,2 \pm 0,4$	$0,1 \pm 0,3$	0,497

Tại các thời điểm từ T0-T48, trung bình điểm VAS của cả 2 nhóm không có sự chênh lệch quá

nhieu và đồng đều giảm dần, đến thời điểm T48 thì nhóm P-K và nhóm M có điểm VAS được đưa về gần bằng 0 và gần như tương đương với nhau đều là 0,2 và 0,1. Những sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2. Điểm VAS tại vết mổ khi vận động ở các thời điểm sau mổ

Thời điểm	Nhóm P-K ($n = 30$) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm M ($n = 30$) $\bar{X} \pm SD$	p
T0	6,0 ± 0,8	6,2 ± 0,7	0,497
T1	4,0 ± 0,7	3,6 ± 1,0	0,068
T3	3,1 ± 0,5	2,9 ± 0,8	0,247
T6	2,5 ± 0,5	2,3 ± 0,7	0,161
T12	2,4 ± 1,1	2,0 ± 0,8	0,147
T18	2,2 ± 0,8	1,8 ± 0,8	0,127
T24	1,5 ± 1,1	1,1 ± 0,8	0,083
T36	1,0 ± 0,8	0,7 ± 0,7	0,151
T48	0,8 ± 0,6	0,6 ± 0,5	0,232

Theo dõi điểm VAS trung bình tại vết mổ khi vận động ở các thời điểm sau mổ cho thấy, điểm trung bình VAS tại vết mổ khi vận động của ở tất cả các thời điểm tương đương nhau giữa hai nhóm đối tượng ($p > 0,05$).

Bảng 3. Điểm VAS tại họng khi nghỉ ở các thời điểm sau mổ

Thời điểm	Nhóm P-K ($n = 30$) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm M ($n = 30$) $\bar{X} \pm SD$	p
T0	4,8 ± 0,7	4,7 ± 1,0	0,475
T1	2,7 ± 0,7	2,0 ± 0,7	< 0,001
T3	2,0 ± 0,7	1,9 ± 0,9	0,636
T6	1,2 ± 0,8	1,2 ± 0,8	0,875
T12	1,1 ± 0,8	1,0 ± 0,7	0,499
T18	1,1 ± 0,7	1 ± 0,7	0,582

Bảng 5. Mức độ hài lòng của bệnh nhân với phương pháp giảm đau

Mức độ hài lòng	Nhóm P-K (n = 30)		Nhóm M (n = 30)		Chung (n = 60)		p
	n	%	n	%	n	%	
Rất hài lòng	18	60,0	12	40%	30	50	0,044
Hài lòng	12	40,0	13	43,3	25	41,7	
Không hài lòng	0	0	5	16,7	5	8,3	

Mức độ hài lòng của hai nhóm đối tượng về các phương pháp giảm đau có sự chênh lệch khá rõ ràng. Có tới 60,0% đối tượng thuộc nhóm P-K rất hài lòng, 40,0% đối tượng còn lại cảm thấy hài lòng với phương pháp giảm đau được sử dụng. Với nhóm M, có 12/30 đối tượng chiếm 40,0% cảm thấy rất hài lòng, 43,3% đối tượng cảm thấy hài lòng và 16,7% đối tượng không hài lòng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,044$.

3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 6. Các tác dụng không mong muốn

Tác dụng KMM	Nhóm	Nhóm P-K (n = 30)	Nhóm M (n = 30)	p
		n (%)	n (%)	
Đau đầu		5 (16,7%)	13 (43,3%)	0,024
Bí tiểu		1 (3,3)	7 (23,3%)	0,023
Ngứa		0 (0%)	8 (26,7%)	0,002

T24	0,8 ± 0,7	0,8 ± 0,4	1,0
T36	0,3 ± 0,5	0,2 ± 0,4	0,229
T48	0,2 ± 0,4	0,2 ± 0,4	1,0

Điểm VAS trung bình tại họng khi nghỉ ở thời điểm T0 không có sự khác biệt lớn giữa hai nhóm đối tượng. Tại T1 điểm VAS trung bình tại nhóm P-K là 2,7 và ở nhóm 2 là 2,0, đây là thời điểm sự chênh lệch giữa hai nhóm và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Từ T3 đến T36 điểm VAS trung bình giữa hai nhóm đối tượng nhóm P-K và nhóm M chênh lệch nhau không nhiều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tới T48, không còn sự khác biệt về điểm đau trung bình giữa hai nhóm.

Bảng 4. Điểm VAS tại họng khi nuốt ở các thời điểm sau mổ

Thời điểm	Nhóm P-K ($n = 30$) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm M ($n = 30$) $\bar{X} \pm SD$	p
T0	6,8 ± 0,8	6,6 ± 1,1	0,417
T1	4,4 ± 0,6	3,7 ± 0,9	< 0,001
T3	3,5 ± 0,5	3,1 ± 0,8	< 0,001
T6	2,7 ± 0,7	2,8 ± 0,8	0,875
T12	2,6 ± 0,6	2,4 ± 0,7	0,012
T18	2,5 ± 0,7	2,3 ± 0,8	0,582
T24	1,9 ± 0,7	1,8 ± 0,4	0,736
T36	1,6 ± 0,7	1,3 ± 0,5	0,229
T48	1,3 ± 0,5	1,3 ± 0,5	0,113

Theo dõi điểm trung bình VAS tại họng khi nuốt tại T1 và T3 có sự chênh lệch đáng kể giữa 2 nhóm đối tượng, cụ thể tại T1 có nhóm P-K và nhóm M lần lượt là 4,4 và 3,7; tại T3 là 3,5 và 3,1 ($p < 0,05$). Tuy nhiên tại các thời còn lại điểm trung bình VAS giữa 2 nhóm khá đồng đều và đều < 4, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Buồn nôn, nôn	Độ I (không buồn nôn, không nôn)	21 (70%)	12 (40%)	0,041
	Độ II (buồn nôn, không nôn)	5 (16.7%)	8 (26.7%)	
	Độ III (buồn nôn, nôn <3 lần/ngày)	4 (13.3%)	5 (16.7%)	
	Độ IV (buồn nôn, nôn ≥3 lần/ngày)	0 (0%)	5 (16.7%)	

Các tác dụng không mong muốn có xu hướng xảy ra nhiều hơn trên đối tượng ở nhóm M. Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhân buồn nôn và nôn (độ II, III, IV) ở nhóm P-K (30%) thấp hơn nhiều so với nhóm M (60%). Đặc biệt không có bệnh nhân nào ở nhóm P-K bị buồn nôn và nôn nặng (độ IV), và tỷ lệ này ở nhóm M là 16,7%.

Tỷ lệ đối tượng đau đầu ở nhóm M là 43,3%, ở nhóm P-K chỉ là 16,7%. Bí tiểu và ngứa cũng có kết quả tương tự, số bệnh nhân có hiện tượng bí tiểu 23,3% ở nhóm M, ở nhóm P-K là 3,3%. Đặc biệt, ở nhóm P-K không có đối tượng có biểu hiện ngứa trong khi nhóm M có tới 26,7%, sự khác biệt giữa các biểu hiện này của hai nhóm đối tượng là có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật được đánh giá dựa trên mức độ đau của bệnh nhân (điểm VAS) tại các thời điểm sau phẫu thuật và mức độ hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật. Trong khuôn khổ nghiên cứu sử dụng thang điểm VAS để đánh giá mức độ đau của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu trong 48 giờ sau mổ tại họng và vết mổ

Nhìn chung, điểm VAS của các bệnh nhân ở cả hai nhóm đều được duy trì dưới 4 ở hầu hết các thời điểm từ T1 đến T48, và có xu hướng giảm dần theo thời gian và không có sự khác biệt nào có ý nghĩa thống kê ở cả vết mổ và tại họng ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Fregoli (2017) và nghiên cứu của Bora Yoo (2014) đều cho thấy điểm VAS thấp dưới 4 ở tất cả các thời điểm và có sự giảm dần theo thời gian [2], [3].

Điểm VAS tại họng khi giữa 2 nhóm tại T1 khi nghỉ và thời điểm T1, T3 khi nuốt ở nhóm P-K cao hơn so với nhóm M ($p < 0,001$). Tuy nhiên điểm VAS đều < 4 và nhanh chóng giảm theo thời gian ở các thời điểm sau đó. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lee SY (2010) cũng chỉ ra mức đau VAS trên 4 ở thời điểm 30 phút sau mổ, sau đó giảm dần theo thời gian [4]. Các kết quả tương đồng giữa các nhóm cho thấy tác dụng giảm đau của nhóm paracetamol kết hợp với ketogestic hoàn toàn đảm bảo đáp ứng cho người bệnh tương đồng so với nhóm giảm đau sau mổ bằng PCA với morphin, và là bằng chứng cho thấy khả năng thay thế morphin của kết hợp này trong phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ.

Sự hài lòng của người bệnh là một mục tiêu quan trọng mà các dịch vụ y tế hướng tới. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự hài lòng của người bệnh ở nhóm P-K vượt trội hơn hẳn so với người bệnh ở nhóm M ($p < 0,05$). 100% người bệnh hài lòng và rất hài lòng ở nhóm P-K trong khi nhóm M có tới 16,7% người bệnh không hài lòng. Đây là bằng chứng cho thấy điểm mạnh của việc sử dụng paracetamol và ketogestic thay thế cho morphin trong công tác điều trị chống đau sau mổ cho người bệnh. Với kết quả tương tự, nghiên cứu của Lee SY (2010) càng củng cố thêm điểm mạnh của ketogestic so với morphin [4].

Tình trạng nôn và buồn nôn có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa 2 nhóm nghiên cứu, cụ thể là tình trạng không nôn/không buồn nôn ở nhóm P-K cao hơn nhiều so với nhóm M (70% so với 40%). Nghiên cứu của Lee SY (2010) cho thấy những người bệnh có biểu hiện nôn và buồn nôn trong nhóm sử dụng ketorolac chỉ có 1/20 trong khi ở nhóm có sử dụng morphin kết hợp paracetamol là 2/20 [4]. Hay nghiên cứu của Hong JY (2010) với tỷ lệ người bệnh nôn và buồn nôn thấp hơn hẳn ở nhóm sử dụng paracetamol so với nhóm dùng placebo (22,2% so với 44,3%, $p < 0,05$) [5]. Nghiên cứu của Bora Yoo (2014) chỉ ra kiểm soát nôn và buồn nôn sau phẫu thuật tuyến giáp là cần thiết do những biểu hiện này có thể dẫn tới ho hoặc tác động xung quanh vết mổ gây chảy máu sau phẫu thuật [3]. Buồn nôn và nôn sau phẫu thuật vẫn là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân chậm xuất viện vì có thể gây bực các mối chỉ khâu, toác vết mổ, chảy máu, rối loạn nước điện giải. Việc kiểm soát các yếu tố này giúp đem lại trải nghiệm tốt đẹp hơn cho người bệnh trong thời gian hậu phẫu, hỗ trợ họ hồi phục nhanh hơn, tăng sự hài lòng của họ đối với các dịch vụ y tế.

Các tác dụng không mong muốn khác được đánh giá trong nghiên cứu bao gồm các biểu hiện đau đầu, bí tiểu và ngứa. Đây đều là những tác dụng không mong muốn thường gặp của phẫu thuật tuyến giáp. Kết quả cho thấy các biểu hiện này ở nhóm P-K (16,7%, 3,3% và 0%) thấp hơn hẳn so với nhóm chứng (43,3%, 23,3% và 26,7%) có ý nghĩa với $p < 0,05$. Kết quả trong nhóm P-K của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu Kao (13%, 8,7% và 0%) [6]. So với nghiên cứu Đỗ Thị Thanh Nhàn (22,5%, 15%, và 2,5%) [7].

V. KẾT LUẬN

1. Hiệu quả giảm đau: Kết hợp giữa paracetamol và ketogestic thể hiện hiệu quả tốt trong điều trị chống đau sau phẫu thuật khi thay thế morphin trên các bệnh nhân phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp trong vòng 48 giờ sau mổ (điểm VAS trung bình tại vết mổ và tại họng ở hầu hết các thời điểm của hai nhóm nghiên cứu đều < 4 và không có sự khác biệt). Kết hợp paracetamol và ketogestic cho thấy sự hài lòng cao của người bệnh (60% rất hài lòng, 40% hài lòng, không có trường hợp nào không hài lòng) so với nhóm sử dụng PCA với morphin (40% rất hài lòng, 43,3% hài lòng, 16,7% không hài lòng).

2. Các tác dụng không mong muốn: Giảm thiểu đáng kể các tác dụng phụ người bệnh gặp phải so với khi sử dụng morphin.

Tỷ lệ buồn nôn và nôn ở nhóm P-K (30%) thấp hơn so với nhóm M (70%), không có trường hợp nào bị buồn nôn và nôn nặng (độ IV) ở nhóm P-K so với tỷ lệ 16,6% ở nhóm M.

Các tác dụng phụ khác như đau đầu, bí tiểu, ngứa ở nhóm P-K (17,7%; 3,3%; 0%) cũng thấp hơn so với nhóm M (43,3%; 23,3%; 26,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Tú, Mong ước và sự thật. Sức khỏe và đời sống, 2009.
2. Fregoli, L., et al., Postoperative Pain Evaluation After Robotic Transaxillary Thyroidectomy Versus Conventional Thyroidectomy: A Prospective Study. J Laparoendosc Adv Surg Tech A, 2017. **27**(2): p. 146-150.
3. Bora Yoo, et al., Postoperative pain and side effects after thyroidectomy: randomized double blind study comparing nefopam and ketorolac. Anesth Pain Med, 2014. **110-114**
4. Lee, S.Y., et al., The effects of paracetamol, ketorolac, and paracetamol plus morphine on pain control after thyroidectomy. Korean J Pain, 2010. **23**(2): p. 124-30.
5. Hong, J.Y., et al., Paracetamol reduces postoperative pain and rescue analgesic demand after robot-assisted endoscopic thyroidectomy by the transaxillary approach. World J Surg, 2010. **34**(3): p. 521-6.
6. Kao, C.W., et al., Pain management of living liver donors with morphine with or without ketorolac. Transplant Proc, 2012. **44**(2): p. 360-2.
7. Đỗ Thị Thanh Nhân, Nghiên cứu giảm đau và dự phòng buồn nôn sau phẫu thuật tuyến giáp dưới gây tê vùng bằng PCA tĩnh mạch fentanyl kết hợp ondansetron. 2014, Học viện Quân Y: Luận văn Thạc Sĩ Y học.

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NAM ANH, TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2019

Võ Thị Kim Anh*, Sơn Văn Sáng**

TÓM TẮT

Mở đầu: Đái tháo đường là một bệnh mạn tính với số người mắc ngày một gia tăng mang lại nhiều gánh nặng cho xã hội. Tuân thủ điều trị có vai trò quan trọng nhằm giảm gánh nặng bệnh tật nhưng chưa được người bệnh thực sự quan tâm. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa Nam Anh. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 378 bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Nam Anh, Bình Dương từ tháng 01 đến 04 năm 2019. Nghiên cứu tiến hành bằng cách phỏng vấn trực tiếp mặt đối mặt kết hợp với ghi nhận từ hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của người bệnh ĐTĐ type 2 là thấp

với 32,8%. Tỷ lệ tuân thủ hoạt động thể lực chỉ đạt 37,3%, tuân thủ chế độ dinh dưỡng chỉ 9,0%, tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám sức khỏe định kỳ chỉ đạt 39,2%. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc tỷ lệ nghịch với nhóm tuổi ($p < 0,05$), tuân thủ dùng thuốc tốt hơn ở nhóm nghề nghiệp cán bộ nhân viên hoặc hưu trí, ở nhóm bệnh nhân thuộc dân tộc Kinh và ở nhóm bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm hoặc mắc bệnh kèm theo ($p < 0,05$). Tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp cho thấy cần tăng cường tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe nâng cao nhận thức của người bệnh cũng như hỗ trợ người bệnh thực hiện tuân thủ điều trị.

Từ khóa: tuân thủ điều trị, đái tháo đường type 2.

SUMMARY

ADHERENCE TO THERAPIES IN OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES IN NAM ANH GENERAL HOSPITAL IN 2017

Background: Diabetes is a chronic disease with a growing number of people who carry a heavy burden on society. Adherence to treatment plays an important role in reducing the burden of disease but it has not been given much attention.

Objective: To determine the prevalence of treatment adherence and identify factors associated

*Đại học Thăng Long,

**Bệnh viện đa khoa Nam Anh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2019

Ngày duyệt bài: 11.11.2019

with adherence in type 2 diabetes patients.

Methods: Cross-sectional study describing 378 patients with type 2 diabetes patients on outpatient treatment at Nam Anh General Hospital, Binh Duong from January to April 2019. The study was conducted by direct interviews. Face to face combined with records from medical records.

Results: The compliance rate of patients with type 2 diabetes is low with 32.8%. The rate of compliance with physical activity was only 37.3%, compliance with diet was only 9.0%, compliance with blood glucose control and periodic health examination was only 39.2%. Drug compliance rate is inversely proportional to the age group ($p < 0.05$), better adherence to the occupation or staff, in the Kinh group and in the disease group patients infected with disease more than 10 years old or with comorbidities ($p < 0.05$). The low compliance with treatment shows that it is necessary to strengthen counseling, health education and communication to raise the awareness of patients and support patients to comply with treatment.

Key words: adherence to treatment, type 2 diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh mạn tính với số người mắc ngày một gia tăng, mang lại nhiều gánh nặng cho xã hội. Theo báo cáo của Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế (IDF), năm 2015 có 415 triệu người trưởng thành mắc bệnh làm tiêu tốn 673 triệu đô la cho chi phí chăm sóc và điều trị, chiếm 11,6% tổng chi tiêu y tế toàn thế giới [5]. Theo tổ chức y tế thế giới (WHO) thuốc và thay đổi lối sống là hai yếu tố vô cùng quan trọng để kiểm soát bệnh ĐTĐ type 2. Trên thực tế việc tuân thủ điều trị của người bệnh chưa cao và khác nhau tại nhiều địa điểm nghiên cứu, theo nghiên cứu của Lê Thị Hương Giang tỷ lệ người bệnh tuân thủ rất thấp chỉ đạt 10% [1], nghiên cứu của Lê Thị Nhật Lệ và Lê Nữ Thanh Uyên tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương cho thấy tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc cao (70,8%) nhưng tuân thủ các chế độ điều trị không dùng thuốc lại chưa được quan tâm (40,5%) [2]. Hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu về tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường tại các địa phương trên cả nước. Nghiên cứu nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan để đề ra các biện pháp giáo dục sức khỏe giúp bệnh nhân tuân thủ tốt hơn, đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết do Bộ Y tế đề ra.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú từ 6 tháng trở lên tại bệnh viện đa khoa Nam Anh, Bình Dương từ 01-04 năm 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:

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

$Z = 1,96$ 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. Theo nghiên cứu của Lê Thị Nhật Lệ và Lê Nữ Thanh Uyên [2] tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân là 70,8%, do đó chọn $p = 0,708$, vậy cỡ mẫu tối thiểu là 318 bệnh nhân, dự trừ mất mẫu, nghiên cứu chọn 348 bệnh nhân.

Cách chọn mẫu: Chọn thuận tiện liên tục, bệnh nhân đến khám thỏa các tiêu chí chọn mẫu sẽ được mời tham gia vào nghiên cứu, quá trình liên tục cho đến khi đủ số lượng mẫu nghiên cứu.

Thu thập số liệu. Phỏng vấn trực tiếp mặt đối mặt dựa vào bộ câu hỏi soạn sẵn, sử dụng các thang đo để đánh giá tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

2.2 Tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu. Thang đo tuân thủ dùng thuốc MCQ gồm 7 câu hỏi về tình trạng sử dụng thuốc và câu trả lời theo thang đo Likert để quy điểm tương ứng từ "không bao giờ" (4 điểm) đến "hàng ngày" (1 điểm), bệnh nhân được đánh giá tuân thủ khi đạt từ 27 điểm trở lên. Thang đo tuân thủ hoạt động thể lực IPAQSF gồm 11 câu hỏi được phân loại theo các hoạt động: hoạt động thể lực mạnh, hoạt động thể lực trung bình, đi bộ, ngồi và được đo lường bằng MET phút/tuần ($MET = 8 \times \text{thời gian hoạt động mạnh} + 4 \times \text{thời gian hoạt động trung bình} + 3,3 \times \text{thời gian đi bộ}$), bệnh nhân tuân thủ khi đạt ít nhất 600 MET phút/tuần theo khuyến cáo của WHO. Thang đo tuân thủ dinh dưỡng SDSCA gồm 7 câu hỏi về số ngày trong tuần vừa qua bệnh nhân đã thực hành chế độ ăn uống "không ngày nào": (0 điểm) đến "hàng ngày" (7 điểm) được xem là tuân thủ tốt khi ≥ 5 ngày mỗi tuần (≥ 5 điểm) và tuân thủ thấp khi < 5 ngày mỗi tuần (< 5 điểm). Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, bệnh nhân được đánh giá là tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám sức khỏe định kỳ khi thử đường huyết tại nhà ít nhất 2 lần/tuần và khám định kỳ ít nhất 1 tháng/lần.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 348 bệnh nhân, kết quả tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 56,4%. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40-49 tuổi (54,2%). Đa số đối tượng là dân tộc Kinh 65,9%, sống chủ yếu ở

nông thôn 56,9%. Tỷ lệ đối tượng sống chung với vợ/chồng là 87,3%. Trình độ học vấn đa số là ở bậc trung cấp trở lên chiếm 42,9%. Đa số đối tượng làm công nhân 36,2%. Kinh tế hầu hết chỉ ở mức đủ sống chiếm tới 73,3% và có 3 đối tượng (0,8%) có sổ hộ nghèo. Các đối tượng phần lớn đều tham gia bảo hiểm y tế 86,5%.

Đặc điểm bệnh lý: thời gian mắc bệnh từ 1 – 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,1%. Các bệnh mạn tính đi kèm 35,6%, trong đó, các bệnh đi kèm thường gặp là tăng huyết áp (41,7%). Một số bệnh khác như rối loạn lipid máu, gan nhiễm mỡ, rối loạn tiêu hóa, viêm dạ dày, theo sổ khám cũng chiếm tỷ lệ khá cao với 31,1%.

Sự tuân thủ dùng thuốc của người bệnh đái tháo đường type 2

Bảng 1. Đặc điểm tuân thủ dùng thuốc của mẫu nghiên cứu (n=378)

Tuân thủ dùng thuốc		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Quên dùng thuốc	Không bao giờ	99	26,2
	Thỉnh thoảng 1-4 lần /tháng	164	43,4
	Thường xuyên: >5 lần/tháng	113	29,9
	Luôn luôn: hàng ngày	2	0,5
Tự ý ngưng thuốc	Không bao giờ	222	58,7
	Thỉnh thoảng 1-4 lần /tháng	84	22,2
	Thường xuyên: >5 lần/tháng	71	18,8
	Luôn luôn: hàng ngày	1	0,3
Bỏ thuốc vì cảm thấy khỏe hơn	Không bao giờ	191	50,5
	Thỉnh thoảng 1-4 lần /tháng	103	27,3
	Thường xuyên: >5 lần/tháng	78	20,6
	Luôn luôn: hàng ngày	6	1,6
Dùng ít hơn lượng phải dùng	Không bao giờ	363	96,0
	Thỉnh thoảng 1-4 lần /tháng	11	2,9
	Thường xuyên: >5 lần/tháng	4	1,1
Ngưng thuốc vì cảm thấy sức khỏe xấu đi	Không bao giờ	358	94,7
	Thỉnh thoảng 1-4 lần /tháng	18	4,8
	Thường xuyên: >5 lần/tháng	2	0,5
Quên mang thuốc khi đi xa	Không bao giờ	202	53,4
	Thỉnh thoảng 1-4 lần /tháng	153	40,5
	Thường xuyên: >5 lần/tháng	21	5,6
	Luôn luôn: hàng ngày	2	0,5
Ngưng thuốc vì ở nhà hết thuốc	Không bao giờ	269	71,2
	Thỉnh thoảng 1-4 lần /tháng	95	25,1
	Thường xuyên: >5 lần/tháng	14	3,7
Tuân thủ dùng thuốc	Có	114	32,8
	Không	264	67,2

Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của người bệnh ĐTĐ type 2 là thấp với 32,8%. Khi xét đến từng nội dung tuân thủ, có 43,4% người bệnh thỉnh thoảng quên (1-4 lần/ tháng) dùng thuốc, 40,5% quên mang thuốc khi đi xa nhà; tỷ lệ người bệnh tự ý ngưng thuốc rất cao với 41,3%, trong đó chủ yếu là thỉnh thoảng tự ý ngưng thuốc; có tới 49,5% người bệnh tự bỏ không dùng thuốc nữa do thấy tình trạng bệnh tốt hơn; có 28,8% người bệnh ngưng thuốc do hết thuốc ở nhà, tuy nhiên hầu hết với tần suất thỉnh thoảng.

Tuân thủ hoạt động thể lực, chế độ dinh dưỡng, kiểm soát đường huyết

Bảng 2. Thực hành kiểm soát đường huyết và khám sức khỏe định kỳ của người bệnh

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thử đường huyết tại nhà (n=378)	Có	181
	Không	197
Tần suất thử đường huyết tại nhà (n=181)	< 2 lần/ tuần	128
	≥ 2 lần/ tuần	53
Khám sức khỏe định kỳ (n=378)	Có	291
	Không	87

Tần suất khám sức khỏe định kỳ (n=378)	1 tháng/ lần	132	45,4
	2 tháng/ lần	147	50,5
	3 tháng/ lần	12	4,1

Gần một nửa số người bệnh có thử đường huyết tại nhà, trong số đó chỉ 29,3% thử đường huyết với tần suất từ 2 lần trở lên trong tuần. Tuy nhiên tỷ lệ thực hiện đi khám sức khỏe định kỳ lại cao với 77,0% người bệnh, thông thường người bệnh đi khám mỗi tháng một lần (45,4%) hoặc mỗi 2 tháng một lần (50,5%).

Bảng 3. Đặc điểm về tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường (n=378)

Tuân thủ điều trị		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuân thủ hoạt động thể lực	≥ 600 MET phút/tuần	141	37,3
	< 600 MET phút/tuần	237	62,7
Chế độ dinh dưỡng	Tốt	34	9,0
	Chưa tốt	344	91,0
Kiểm soát đường huyết và khám định kỳ	Tuân thủ	148	39,2
	Không tuân thủ	230	60,8

Tỷ lệ tuân thủ hoạt động thể lực chỉ đạt 37,3%, tuân thủ chế độ dinh dưỡng chỉ 9,0%, tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám sức khỏe định kỳ chỉ đạt 39,2%.

Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân

Bảng 4. Một số đặc điểm dân số xã hội liên quan đến tuân thủ dùng thuốc

Đặc điểm dân số		Tuân thủ dùng thuốc				OR (CI 95%)	p
		Không (n=264)		Có (n=114)			
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nữ	147	69,0	66	31,0	1	0,691
	Nam	117	70,9	48	29,1	0,91 (0,57-1,46)	
Nhóm tuổi	Từ 40 - 49 tuổi	154	24,2	51	75,1	1	0,417
	Từ 50 - 59 tuổi	91	71,1	37	28,9	0,81(0,48-1,38)	
	≥ 60 tuổi	19	42,2	26	57,8	0,24(0,12-0,50)	
Dân tộc	Kinh	153	61,5	96	38,5	1	0,035
	Hoa	45	76,3	14	23,7	0,50 (0,26-0,95)	
	Khmer	65	94,2	4	5,8	0,10 (0,03-0,28)	
	Khác	1	100	0	0	-	
Tình trạng hôn nhân	Có vợ/ chồng	235	71,2	95	28,8	1	0,130
	Độc thân	13	65,0	7	35,0	1,33(0,51-3,45)	
	Ly hôn/ ly thân	5	62,5	3	37,5	1,48(0,35-6,35)	
	Góa	11	55,0	9	45,0	2,02(0,81-5,05)	
Nghề nghiệp	Công nhân	115	83,9	22	16,1	1	0,638
	Nông dân	3	75,0	1	25,0	1,74 (0,17-17,58)	
	CBVC	39	53,4	34	46,6	4,56 (2,38-8,72)	
	Buôn bán	50	83,3	10	16,7	1,04 (0,46-2,37)	
	Lao động tự do	9	81,8	2	18,2	1,16 (0,23-5,76)	
	Nội trợ	35	72,9	13	27,1	1,94 (0,89-4,25)	
	Hưu trí	12	27,3	32	72,7	13,94 (6,22-31,2)	
	Thất nghiệp	1	100	0	0	-	
Số hộ nghèo	Không	261	69,6	114	30,4	1	0,557*
	Có	3	100	0	0	-	
Tình trạng kinh tế	Đủ sống	207	74,7	70	25,3	1	0,353
	Khó khăn	8	88,9	1	11,1	0,37 (0,04-3,02)	
	Giàu, khá giả	49	53,3	43	46,7	2,59 (1,59-4,24)	
Tham gia BHYT	Có	223	68,2	104	31,8	1	0,078
	Không	41	80,4	10	19,6	0,52(0,22 - 1,12)	

*Kiểm định chính xác Fisher

Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc tỷ lệ nghịch với nhóm tuổi (p<0,05). Về yếu tố dân tộc, tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ở nhóm người bệnh dân tộc kinh tốt hơn nhiều so với nhóm dân tộc Hoa/Khmer

($p < 0,05$). Đối với yếu tố nghề nghiệp, tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ở nhóm cán bộ nhân viên hoặc nhóm già/hưu trí tốt hơn nhiều so với các nhóm nghề nghiệp khác ($p < 0,05$).

Bảng 5. Một số đặc điểm bệnh lý liên quan đến tuân thủ dùng thuốc

Đặc điểm bệnh lý		Tuân thủ dùng thuốc				OR CI 95%	P
		Không (n=264)		Có (n=114)			
		SL	%	SL	%		
Thời gian mắc bệnh	Dưới 1 năm	82	73,2	30	26,8	1	
	> 1 – 5 năm	115	79,9	29	20,1	0,69 (0,38 - 1,24)	0,212
	> 5 – 10 năm	62	66,0	32	34,0	1,41 (0,77 - 2,56)	0,260
	> 10 năm	5	17,9	23	82,1	12,6 (4,38- 36,1)	<0,001
Bệnh lý đi kèm	Không	185	75,2	61	24,8	1	0,002
	Có	79	59,8	53	40,2	2,03 (1,26 - 3,28)	
Mắc THA	Không	237	73,4	86	26,6	1	<0,001
	Có	27	49,1	28	50,9	2,86 (1,52 - 5,34)	
Mắc bệnh về khớp	Không	239	70,9	98	29,1	1	0,190
	Có	25	61,0	16	39,0	-	

Những người mắc bệnh trên 10 năm tuân thủ dùng thuốc tốt hơn nhiều so với nhóm mắc bệnh dưới 1 năm (OR= 12,6; $p < 0,05$). Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ở nhóm có bệnh lý kèm theo tốt hơn nhiều so với nhóm không có bệnh kèm (OR=2,03; $p = 0,002$). Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ở nhóm mắc bệnh THA kèm theo tốt hơn nhiều so với nhóm không mắc (OR=2,86; $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tuân thủ điều trị ở bệnh nhân ĐTĐ type 2

4.1.1 Tuân thủ dùng thuốc. Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của người bệnh ĐTĐ type 2 theo thang đo MCQ là rất thấp với 32,8%. Khi xét đến từng nội dung tuân thủ, có 43,4% người bệnh thỉnh thoảng quên (1-4 lần/tháng) dùng thuốc, 40,5% quên mang thuốc khi đi xa nhà; tỷ lệ người bệnh tự ý ngưng thuốc rất cao với 41,3%, trong đó chủ yếu là thỉnh thoảng tự ý ngưng thuốc; có tới 49,5% người bệnh tự bỏ không dùng thuốc nữa do thấy tình trạng bệnh tốt hơn; có 28,8% người bệnh ngưng thuốc do hết thuốc ở nhà, tuy nhiên hầu hết với tần suất thỉnh thoảng. Kết quả này thấp hơn nhiều nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của Murugan Venkatesan 54,6%, nghiên cứu của Marhanis Salihah Omar 66%, nghiên cứu của Rwegerera là 71,2% [6],[7]. Một số nghiên cứu tại Việt Nam cũng cho kết quả cao hơn chúng tôi, như nghiên cứu của Lê Thị Nhật Lệ tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc 70,8%, Phan Thị Diệu Ly 86,08% [4],[2], tuy nhiên sự khác biệt này có lẽ do đặc điểm của đối tượng nghiên cứu khác nhau, nghiên cứu của Lê Thị Nhật Lệ hay Phan Thị Diệu Ly tiến hành tại thành phố Hồ Chí Minh, ở bệnh viện chuyên khoa tuyến trên, bệnh nhân thường là những người lớn tuổi hơn và đời sống kinh tế, văn hóa và nhận thức cao hơn hẳn trong khi nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại vùng đô thị mới, nhiều người bệnh trẻ tuổi và trình độ học vấn chưa cao. Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh chưa nhận thức được tầm quan

trọng của việc tuân thủ dùng thuốc.

4.1.2 Tuân thủ vận động thể lực, chế độ dinh dưỡng và kiểm soát đường huyết

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 37,3% đối tượng tuân thủ hoạt động thể lực theo đúng khuyến cáo (≥ 600 MET/phút/tuần), tỷ lệ này là rất thấp, thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Nhật Lệ [2] tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, 48,6% tuân thủ hoạt động thể lực, nghiên cứu của Phan Thị Diệu Ly tại bệnh viện Thống Nhất [4] là 79,49% và nghiên cứu của KA'Liêm [3] tại bệnh viện Thống Nhất là 74,41%. Có lẽ trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân là những người lớn tuổi, mắc nhiều bệnh mãn tính đi kèm nên ít vận động thể lực hơn.

Về tình trạng dinh dưỡng chúng tôi sử dụng thang đo SDSCA gồm 7 câu hỏi về tần suất thực hiện các khuyến cáo về dinh dưỡng trong một tuần, được đánh giá là tuân thủ khi người bệnh thực hiện trung bình các khuyến cáo ít nhất 5 ngày/tuần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 9% đối tượng tuân thủ dinh dưỡng theo thang đo SDSCA. Kết quả này thấp hơn rất nhiều so với một số nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu của Lê Thị Nhật Lệ tỷ lệ tuân thủ dinh dưỡng 40,5%, nghiên cứu của Phan Thị Diệu Ly tuân thủ dinh dưỡng 49,45% [4], [2]. Có lẽ đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu sống ở vùng nông thôn và là công nhân hoặc nông dân, hạn chế về nhận thức cũng như điều kiện sinh hoạt có thể là nguyên nhân dẫn đến tình trạng này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tuân thủ

kiểm soát đường huyết và khám sức khỏe định kỳ chỉ đạt 39,2%, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Nhật Lệ, tỷ lệ tuân thủ chỉ đạt 26,1% [2]. Nhận thức chưa đầy đủ cũng như hạn chế về các điều kiện thực hành và tiếp cận các dịch vụ y tế có lẽ là nguyên nhân tỷ lệ tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám sức khỏe định kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp.

4.2 Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc tỷ lệ nghịch với nhóm tuổi ($p < 0,05$). Tuổi trẻ thường dễ coi thường tình trạng bệnh lý của mình hơn do tình trạng sức khỏe còn tốt hơn, hơn thế nữa họ thường lao động nhiều, mối quan tâm sức khỏe kém hơn nhiều so với đối tượng lớn tuổi, do đó, họ ít tuân thủ dùng thuốc trong điều trị bệnh hơn, mặc dù họ dễ dàng tiếp cận thông tin và dịch vụ y tế hơn.

Về yếu tố dân tộc, tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ở nhóm người bệnh dân tộc kinh tốt hơn nhiều so với nhóm dân tộc Hoa/Khmer ($p < 0,05$). Đây cũng là kết quả dễ hiểu, người bệnh là dân tộc Hoa/Khmer trong nghiên cứu của chúng tôi thường là lao động nhập cư hoặc sinh sống tại các vùng nông thôn khác đến đây cư trú để làm việc tại các công ty, xí nghiệp, họ thường là đối tượng nguy cơ với các bệnh tật mãn tính nói chung và ít có điều kiện để tuân thủ dùng thuốc tốt nhất. Do đó, cần chú ý đến nhóm đối tượng này trong tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

Đối với yếu tố nghề nghiệp, tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ở nhóm cán bộ nhân viên hoặc nhóm già/hưu trí tốt hơn nhiều so với các nhóm nghề nghiệp khác ($p < 0,05$). Nhóm già hưu thường quan tâm đến sức khỏe nhiều hơn, thực hiện lời căn dặn của bác sĩ tốt hơn những người trẻ tuổi, đối với nhóm cán bộ nhân viên, họ thường có nhận thức rất tốt về điều trị đái tháo đường và có điều kiện để tuân thủ điều trị tốt hơn, do đó tuân thủ dùng thuốc tốt hơn.

Về yếu tố bệnh lý, kết quả cho thấy Những người mắc bệnh trên 10 năm tuân thủ dùng thuốc tốt hơn nhiều so với nhóm mắc bệnh dưới 1 năm ($OR = 12,6$; $p < 0,05$). Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ở nhóm có bệnh lý kèm theo tốt hơn nhiều so với nhóm không có bệnh kèm ($OR = 2,03$; $p = 0,002$). Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ở nhóm mắc bệnh THA kèm theo tốt hơn nhiều so với nhóm không mắc ($OR = 2,86$; $p < 0,05$). Nhiều nhận định trước đây cho rằng quá trình mắc bệnh kéo dài, chi phí điều trị sẽ là gánh nặng tài chính cho người bệnh, đặc biệt là những người cao tuổi không có khả năng thu nhập, điều này sẽ ảnh hưởng phần nào đến việc điều trị của bệnh nhân. Tuy nhiên trong

nghiên cứu này lại thấy những người mắc bệnh lâu năm và có bệnh lý mạn tính kèm theo thì tuân thủ dùng thuốc tốt hơn. Có lẽ rằng những đối tượng này đã sống chung với bệnh trong thời gian dài, lại được sự quan tâm nhiều hơn bởi hệ thống chăm sóc sức khỏe, họ có nhiều kinh nghiệm trong điều trị bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của người bệnh ĐTĐ type 2 là thấp với 32,8%. Tỷ lệ tuân thủ hoạt động thể lực chỉ đạt 37,3%, tuân thủ chế độ dinh dưỡng chỉ 9,0%, tuân thủ kiểm soát đường huyết và khám sức khỏe định kỳ chỉ đạt 39,2%. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc tỷ lệ nghịch với nhóm tuổi ($p < 0,05$), tuân thủ dùng thuốc tốt hơn ở nhóm nghề nghiệp cán bộ nhân viên hoặc hưu trí, ở nhóm bệnh nhân thuộc dân tộc Kinh và ở nhóm bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm hoặc mắc bệnh kèm theo ($p < 0,05$). Tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp cho thấy cần tăng cường tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe nâng cao nhận thức của người bệnh cũng như hỗ trợ người bệnh tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Thị Hương Giang, Hà Như Văn (2013)** "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị bệnh đái tháo đường type 2 của người bệnh đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện 198 năm 2013". Tạp chí Y học Thực hành, 893 (11), 81-84.
- Lê Thị Nhật Lệ, Lê Nữ Thanh Uyên (2018)** "Tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2017". Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 22 (phụ bản số 1), 87-94.
- Ka' Liem (2017)** Tình trạng vận động thể lực của bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thống Nhất, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân Y tế Công cộng, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.32-44.
- Phan Thị Diệu Ly (2017)** Tỷ lệ tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Thống Nhất năm 2017, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân Y tế Công cộng, Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh,
- Fernandes J., Zhang P. (2016)** "Cost-effective and cost-saving interventions for prevention and control of diabetes". Diabetes Voice, 62, 16-20.
- Omar M.S., San K.L. (2014)** "Diabetes knowledge and medication adherence among geriatric patient with type 2 diabetes mellitus". International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Science, 6 (3), pp.103-106.
- Rwegerera G.M. (2014)** "Adherence to anti-diabetic drug among patients with Type 2 diabetes mellitus at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania - A cross-sectional study". Pan African Medical Journal, 17 (252), pp.1-9.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THAI CHẾT LƯU DƯỚI 12 TUẦN TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2019

Nguyễn Thị Bình*, Nguyễn Thị Nga*,
Hoàng Thị Ngọc Trâm*, Trương Văn Vũ*

TÓM TẮT

Mở đầu: Nghiên cứu nhằm đưa ra kết quả điều trị thai chết lưu tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tên đề tài: Kết quả điều trị thai chết lưu dưới 12 tuần tại khoa sản- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Mục tiêu:** Nhận xét kết quả điều trị thai chết lưu dưới 12 tuần tại khoa sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2019. Phương pháp: mô tả cắt ngang hồi cứu, thông qua thu thập thông tin từ 268 bệnh nhân được chẩn đoán và xử trí thai chết lưu dưới 12 tuần. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 27,84 ± 6,23, Tuổi từ 25-29 chiếm 29,8%, chưa sinh con 31,0%, tiền sử mổ lấy thai: 13,8%. Tuổi thai: 6-8 tuần có tỷ lệ 61,2%, 9-12 tuần 38,8%, triệu chứng ra huyết âm đạo gặp 70,5%, đau bụng chiếm 62,7%, dấu hiệu trên siêu âm là 100% không thấy hoạt động tim thai. 179 số bệnh nhân được hút thai sau khi dùng Misoprostol chiếm 66,8%, số bệnh nhân thai chết lưu được xử trí bằng gây sảy thai lưu bằng Misoprostol và can thiệp thủ thuật nạo hút sạch buồng tử cung chiếm 33,2%.

Từ khóa: Thai chết lưu dưới 12 tuần

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF STILLBIRTHS UNDER 12 WEEKS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL 2019

Introduction: The study aimed to provide results of treatment of stillbirths in Thai Nguyen Central Hospital. Project: Results of treatment of stillbirths under 12 weeks in obstetrics - Thai Nguyen Central Hospital Objectives: Commenting on the results of treatment of stillbirths under 12 weeks in obstetrics department at Thai Nguyen Central Hospital in 2019. **Method:** Describe cross-sectional retrospective, commonly informed treatment of stillbirths under 12 week. **Results:** Average age: 27.84 ± 6.23, Age 25-29 accounted for 29.8%, unborn with 31.0%, history of cesarean section: 13.8%. Pathological mother anemia 3.0%. Gestational age: 6-8 years with 61.2%, 9-12 years 38.8%, blood stasis is 70.5%, abdominal pain accounts for 62.7%, patients have no fetus cardiac activity. 179 of patients was abortion or when using Misoprostol accounted for 66.8%, the number of patients managed by causing miscarriage with Misoprostol into the uterus and uterus accounted for 33.2%.

*Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bình

Email: binhhieuv73@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2019

Ngày duyệt bài: 14.11.2019

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai chết lưu là một sản bệnh nguy hiểm còn gặp với tỷ lệ khá lớn trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Bệnh lý này có thể xảy ra ở bất kỳ thời kỳ nào và bất kỳ thời điểm nào của quá trình mang thai. Mặc dù trên thế giới quan niệm thai chết lưu còn nhiều điểm chưa thống nhất nhưng ở Việt Nam chúng ta quan niệm thai chết lưu là những trường hợp thai chết còn lưu lại trong buồng tử cung của người mẹ trên 48 giờ [1]. Mặc dù trong suốt quá trình thai nghén được người mẹ bảo vệ trong buồng tử cung, nhưng thai vẫn có thể chết ở bất kỳ tuổi thai nào vì nhiều nguyên nhân khác nhau. Việc ứng dụng siêu âm và xét nghiệm đã giúp người thầy thuốc chẩn đoán nhanh, chính xác và tiên lượng tốt tình trạng bệnh lý này [4]. Các phương pháp xử trí, điều trị thai chết lưu cũng có nhiều tiến bộ nhằm làm giảm các tai biến và các di chứng cho người mẹ.

Theo WHO, trong năm 2015 có khoảng 2,6 triệu trường hợp TCL trên toàn thế giới, với hơn 7178 trường hợp TCL.01 ngày.

Theo thống kê tại Châu Á, tỷ lệ thai lưu chiếm 25 - 40/1000 trường hợp đẻ sống, tại Việt Nam tỷ lệ này chiếm khoảng 10/1.000 ca đẻ sống và đặc biệt cao ở phụ nữ nhóm tuổi 20 - 30 (59,9% số trường hợp) và các phụ nữ chưa sinh lần nào (39,7% số trường hợp) [2]. Theo thống kê của phòng kế hoạch tổng hợp số bệnh nhân thai chết lưu vào khoa sản - Bệnh viện Trung Ương để điều trị ngày một tăng lên:

Năm 2012 có 282/11279(10566) bệnh nhân thai chết lưu

Năm 2013 có 217 /7122(6782) bệnh nhân thai chết lưu

Năm 2014 có 229/6299 (6051) bệnh nhân thai chết lưu

Xuất phát từ thực tế này chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Kết quả điều trị thai chết lưu dưới 12 tuần tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2019*" nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết quả xử trí thai chết lưu dưới 12 tuần tại khoa Sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các trường hợp thai chết lưu dưới 12 tuần tại khoa Sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong

thời gian từ 01/03/2019 đến 30/9/2019

1.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

- + Hồ sơ được ghi chép đầy đủ
 - + Tuổi thai từ dưới 12 tuần (dựa theo ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng, khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng, siêu âm)
 - + Được chẩn đoán thai chết lưu
 - + Đồng ý tham gia nghiên cứu
- 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**
- + Tiến hành thủ thuật hút lại lần 2 do lần đầu thất bại

+ Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu

2. Phương pháp nghiên cứu

+ Phương pháp nghiên cứu: Mô tả

+ Thiết kế: cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm tại Khoa Sản Bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

- Thời gian nghiên cứu bắt đầu từ 01/03/2019- 30/09/2019.

- Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, tại phòng lưu trữ hồ sơ của bệnh viện theo bộ phiếu thu thập thông tin đối tượng nghiên cứu, phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu. Tuổi, nghề nghiệp, địa dư, tiền sử nạo hút thai, tiền sử phẫu thuật, tiền sử mổ lấy thai, tuổi thai, triệu chứng lâm sàng, lý do khám thai, siêu âm thai, xét nghiệm đông máu, phương pháp xử trí, thuốc phối hợp, tai biến trong xử trí.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS16.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành khi được thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu, không vi phạm đạo đức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi

Tuổi	n	Tỷ lệ (%)	Trung bình
Tuổi	< 20	26	9,7
	20-24	64	23,9
	25- 29	80	29,8
	30-<35	37	13,8
	≥ 35	61	22,8
Tổng	268	100	27,84± 6,23

Nhận xét: 29,8% bệnh nhân có TCL nằm trong độ tuổi 25- 29, 22,8% bệnh nhân nằm trong độ tuổi ≥ 35. Tuổi trẻ nhất là bệnh nhân 17 tuổi, tuổi cao nhất là 42 tuổi.

Bảng 2. Phân bố theo tiền sử sản phụ khoa

Tiền sử	n	Tỷ lệ %	
Số con	Chưa sinh con	83	31,0
	1 con	98	36,5
	2 con	46	17,2
	≥ 3 con	41	15,3
Tiền sử nạo, hút thai	Chưa lần nào	158	58,9
	1-2 lần	92	34,4
	≥ 3 lần	18	6,7
Tiền sử mắc NTĐSSD	Có	160	59,7
	Không	108	40,3
Tiền sử chữa ngoài tử cung	4	1,5	
Tiền sử có mổ lấy thai	37	13,8	
Tiền sử mổ phụ khoa	1	0,37	

Nhận xét: Số con trung bình là 1 con chiếm 36,5%, chưa sinh con chiếm 31,0%. Tiền sử nạo hút thai 41,1%. Tiền sử chữa ngoài tử cung là 1,5%. Tiền sử mổ lấy thai cũ 13,8%

Bảng 3: Phân bố tuổi thai

Tuổi thai (tuần)	n	%
6	42	15,7
7	63	23,5
8	59	22,0
9	34	12,7
10	22	8,2
11	23	8,6
12	25	9,3
Tổng	268	100

Nhận xét: Trong tổng số 268 bệnh nhân thai chết lưu. Tuổi thai gặp nhiều nhất là 7 tuần chiếm 23,5%. 12 tuần chiếm 9,3%; 6 tuần chiếm 15,7%

Bảng 4: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	n	%
Ra máu âm đạo	189	70,5
Đau bụng	168	62,7
Đau lưng	57	21,3

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất là ra máu âm đạo chiếm 70,5%. Đau bụng chiếm tỷ lệ 62,7%.

Bảng 5: Dấu hiệu thai chết lưu trên siêu âm

Dấu hiệu trên siêu âm	n	%
Không thấy hoạt động tim thai	226	84,3
Bờ túi ối méo mó	104	38,8
Trứng trống	6	2,2
Hình ảnh tụ dịch màng nuôi	11	4,1

Nhận xét: không thấy hoạt động tim thai chiếm 84,3%. Bờ túi ối méo mó có ở 104 trường hợp chiếm 38,8%. Có 6 trường hợp chỉ phát triển túi ối, không thấy âm vang thai chiếm 2,2%. 11 trường hợp có hình ảnh tụ dịch dưới màng nuôi.

3.2. Kết quả xử trí thai chết lưu

Bảng 6: Phương pháp xử trí thai chết lưu

Phương pháp xử trí	Tuổi thai				Tổng
	6 – 8 tuần		9-12 tuần		
Dùng Misoprostol + Hút thai lưu	160	97,5	15	14,4	175
Dùng Misoprostol gây sảy thai lưu + làm sạch buồng tử cung	4	2,5	89	85,6	93
Tổng	164	100	104	100	268

Nhận xét: Trong xử trí thai chết lưu với với tuổi thai 6-8 tuần thì 97,5% được hút thai sau khi dùng Misoprostol. Với tuổi thai 9-12 tuần thì 85,6% các trường hợp được dùng Misoprostol gây sảy thai sau và được hút sạch lại buồng tử cung.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi bệnh nhân. Theo kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thai chết lưu chủ yếu tập chung ở độ tuổi từ 25- <35, đây cũng chính là độ tuổi sinh đẻ, bệnh nhân trẻ nhất 16 tuổi, lớn tuổi nhất là 45 tuổi, tất cả các yếu tố trẻ tuổi hay lớn tuổi quá đều là yếu tố nguy cơ gây ra thai chết lưu. Độ tuổi bệnh nhân bị chết lưu trung bình là 27,84± 6,23.

Trong những nghiên cứu gần đây chúng tôi nhận thấy có những kết quả tương đương như nghiên cứu của Đàm Thị Bảo Lợi [6] nhóm tuổi thai chết lưu hay gặp là 25- 29(31,1%), tuổi trung bình 28,79 ± 6,55 tuổi. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung [3] nhóm tuổi 20-34 có thai chết lưu chiếm tỉ lệ 82,4%.

Với kết quả trong nghiên cứu này chúng ta nhận thấy độ tuổi sinh đẻ là nhóm có tỷ lệ thai chết lưu cao hơn các nhóm tuổi khác. Mặt khác TCL gặp ở nhóm < 20 tuổi, đặc biệt là độ tuổi không phù hợp cho sinh đẻ, sự phát triển thể chất và tinh thần còn chưa đầy đủ, không có kiến thức về mang thai và chăm sóc thai nghén, chính là nguy cơ gây nên thai chết lưu. Ngược lại với nhóm tuổi > 35 tuổi, chiếm tỷ lệ 22,8% có thể giải thích rằng chất lượng sinh sản theo độ tuổi cũng đã giảm đi, tỷ lệ rối loạn NST cao hơn, mặt khác khi mẹ lớn tuổi cũng gia tăng các bệnh lý toàn thân có thể gây TCL.

4.1.2. Tiền sử sản khoa

*Về tiền sử sản khoa tỷ lệ số bệnh nhân thai chết lưu gặp chủ yếu ở người chưa sinh con chiếm 31,%. Số bệnh nhân có nhiều hơn ba con chiếm tỷ lệ thấp, nhóm con rạ chủ yếu là 1 đến 2 con chiếm 53,7% điều này rất dễ hiểu vì đa số bệnh nhân thai chết lưu gặp ở độ tuổi từ 25-35 là độ tuổi sinh đẻ, thông thường là bệnh nhân đã có 1-2 con. Kết quả này cũng tương tự như kết quả tác giả Đàm Thị Bảo Lợi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân chưa chữa đẻ lần nào chiếm 57,3%[7]. Theo tác giả Nguyễn Thị Xuân Thu [8] bệnh nhân sinh lần 1 chiếm 46,6%, lần 2 chiếm 39,1%, lần 3 chiếm 10,3%. Theo kết quả nghiên

cứu tác giả Phùng Quang Hùng [4] bệnh nhân đã đẻ 1 lần nguy cơ TCL cao gấp 1,4 lần so với bệnh nhân chưa chữa đẻ, ở lần thứ 2 trở lên tăng gấp 2,29 lần so với bệnh nhân đẻ lần 1, những bệnh nhân đẻ ≥ 3 lần nguy cơ thai chết lưu tăng gấp 2,53 lần so với bệnh nhân đẻ dưới 3 lần. Theo nghiên cứu của Gordon A và cộng sự(2012) thấy nếu mẹ có tiền sử sinh con trước non tháng thì sẽ có nguy cơ thai chết lưu khi sinh con lần 2 tăng 1,73 lần [12]

*Về tiền sử sảy nạo hút thai: tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử sảy nạo hút thai là 41,1%. Đặc biệt tiền sử thaic hết lưu là 27 trường hợp. Kết quả này tương đương với Đàm Thị Bảo Lợi [6] tỷ lệ không có sảy nạo hút thai là 76,7%, hút thai 1-2 lần là 19,8%, nhiều hơn 3 lần là 3,5%. Theo tác giả Nguyễn Thị Dung [3] số bệnh nhân không có tiền sử sảy thai là 84,2%, có tiền sử sảy thai > 3 lần là 1,3%. Theo Phùng Quang Hùng[4] nguy cơ TCL ở những bệnh nhân có tiền sử nạo hút thai tăng lên cùng số lần nạo hút thai. Nếu nạo hút thai 1 lần là 1,82; 2 lần là 2,39 và 3 lần là 2,53.

4.1.3. Phân bố tuổi thai chết lưu. Kết quả trong tổng số 268 bệnh nhân TCL dưới 12 tuần, thì tập trung gần như đều nhau ở các nhóm tuổi thai. Tập trung nhiều nhất ở 7 tuần là 23,5%, 8 tuần là 22,0%.

Trong nhiều nghiên cứu, các tác giả nhận thấy, tỉ lệ TCL ở tuổi thai càng thấp lại càng cao, bởi lẽ một trong các nguyên nhân chiếm tỉ lệ nhiều nhất là do bất thường NST, hay do bất thường nhóm máu, hội chứng antiphospholipit, bệnh lý càng nặng càng gây TCL sớm... Theo tác giả Đàm Thị Bảo Lợi[6] tỉ lệ TCL từ < 12 tuần chiếm 77,0%. Như vậy có thể định hướng nguyên nhân TCL thường gặp theo nhóm tuổi thai để đưa ra khuyến cáo trong quản lý thai nghén.

4.1.4. Triệu chứng lâm sàng thai chết lưu.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng điển hình bệnh nhân TCL là: ra huyết âm đạo chiếm 70,5%, đau bụng chiếm 62,7%.

Kết quả của chúng tôi tương tự so sánh với kết quả của Đàm Thị Bảo Lợi là 63,7%[6], Nguyễn Thị Dung [3] là 45,5%. Có thể giải thích

dấu hiệu ra máu âm đạo là dấu hiệu phổ biến của TCL, vì thai < 12 tuần bệnh nhân chưa cảm nhận được sự sống của thai, do vậy chỉ đến khi TCL có ra huyết âm đạo mới đi khám và phát hiện TCL không rõ thời điểm thai chết.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng đau bụng chiếm tỷ lệ 62,7%, trong các trường hợp TCL khi có triệu chứng đau bụng, là những trường hợp lâm sàng được coi như TCL dọa sảy, hoặc đang sảy tự nhiên.

4.1.5. Dấu hiệu trên siêu âm. Chúng ta thấy triệu chứng trên siêu âm hay gặp nhất là không thấy hoạt động tim thai chiếm 84,3%, bờ túi ối méo mó chiếm 38,8%, hình ảnh tụ dịch dưới màng nuôi 4,1%. Nếu đã từng siêu âm có tim thai mà không còn hoạt động tim thai thì chúng ta có thể dễ dàng kết luận TCL hay không. Nhưng nếu thai còn nhỏ chưa có nháy tim thai chúng ta cũng cần có thời điểm chậm kinh, nhiều khi còn phải có thời gian chờ đợi để có thời gian cho thai phát triển, hoặc làm xét nghiệm Beta- hCG cho thấy giảm hay giữ nguyên sau thời gian điều trị. Theo kết quả của Đàm Thị Bảo Lợi [6] cho thấy có 100% trường hợp thai chết lưu được phát hiện trên siêu âm không có nháy tim thai, hình ảnh thai bất thường 4,8%...

4.2. Kết quả xử trí thai chết lưu. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: 100% các trường hợp thai chết lưu của chúng tôi đều được sử dụng phương pháp, nạo, gắp, hút thai. Tuy nhiên tùy thuộc vào cách xử trí thai chết lưu mà chúng tôi chia nhóm ra từ 6-8 tuần và 9- 12 tuần. Trên thực tế tất cả trường hợp trước khi tiến hành thủ thuật nạo, gắp, hút thai lưu bao giờ chúng tôi cũng sử dụng Misoprostol giúp làm mềm và mở cổ tử cung, sẽ thuận lợi cho việc làm thủ thuật, với thai từ 9-12 tuần mục đích gây sảy thai chết lưu sau đó bác sỹ chỉ phải làm sạch buồng tử cung, làm như vậy sẽ tránh được các tai biến cho bệnh nhân.

Theo tác giả Gawron L.M and Kiley J. W.(2013), khi đã chẩn đoán TCL thì nên có ý định lấy thai ra càng sớm càng tốt, mặc dầu thông thường thai có thể sảy thai tự nhiên sau khi chết khoảng 2 tuần, lý do phải lấy thai TCL ra càng sớm, càng tốt vì thai chết, lưu lại trong buồng tử cung càng lâu, càng dễ có tai biến băng huyết sau sảy, sau đẻ, sau nạo vì rối loạn đông máu do giảm sinh sợi huyết. Mặt khác tác động cho tinh thần người mẹ và gia đình. Chu S.Y., Kim S.Y., Lau J., et al. (2007) nghiên cứu thấy rằng nếu kéo dài thời điểm lấy thai ra kể từ khi chẩn đoán thai chết > 24 giờ sẽ làm tăng tác động tinh thần cho bệnh nhân tâm lý ức chế phiền muộn hậu quả lần

có thai sau gia tăng và kéo dài.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuân Thu[8] tại Bệnh viện sản nhi Bắc Giang cho thấy TCL dưới 22 tuần chủ yếu được can thiệp bằng phương pháp nạo, nạo và gắp thai, phần lớn bệnh nhân được xử trí gây sảy TCL bằng Misoprostol (95,5%). Theo Đàm Thị Bảo Lợi [6] tỷ lệ này là 84,3%. Về liều Misoprostol trong xử trí TCL mỗi lần đặt trước khi tiến hành hút hay gây sảy TCL sau đó hút lại buồng tử cung cho bệnh nhân thành công, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu của Quách Duy Kỳ [6] tại bệnh viện phụ sản Trung ương 2016 cho thấy tới 93,6% trường hợp bệnh nhân được dùng Misoprostol với liều > 200µg mỗi lần đặt.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình là: 27,84 ± 6,23
- Tuổi từ 25-29 chiếm 29,8%, >35 trở lên chiếm 22,8%
- Tiền sử sản khoa: chưa sinh con chiếm 31,0%
- Bệnh lý mẹ: bệnh thiếu máu chiếm 3,0%
- Tuổi thai: 6-8 tuần có tỷ lệ 61,2%, 9-12 tuần 38,8%,
- Triệu chứng ra huyết âm đạo chiếm 70,5%, đau bụng chiếm 62,7%
- Dấu hiệu điển hình trên siêu âm là 100% không thấy hoạt động tim thai với thai trên 7 tuần, bờ túi ối méo mó 38,8%, chỉ phát triển túi ối (trứng trống) 2,2%. Hình ảnh tụ dịch chiếm 4,1%

2. Kết quả xử trí thai chết lưu: 179 bệnh nhân được hút thai sau khi dùng Misoprostol chiếm 66,8%

- 33,2% trường hợp thai chết lưu được xử trí bằng gây sảy thai bằng Misoprostol và can thiệp thủ thuật nạo hút sạch buồng tử cung sau sảy

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), "Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản", Bộ Y tế, Hà Nội, tr.117.
2. Bộ Y tế (2015), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa", Bộ Y tế, Hà Nội, tr.117.
3. Nguyễn Thị Dung (2014), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí thai chết lưu tại Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa năm 2013" Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Phùng Quang Hùng (2006), Tình hình thai chết lưu tuổi thai từ 13 tuần đến 22 tuần bằng Misoprostol tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
5. Quách Duy Kỳ (2016), Nghiên cứu điều trị thai chết lưu tuổi thai từ 13 đến 22 tuần bằng Misoprostol tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội,

6. **Đàm Thị Bảo Lợi (2018)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí thai chết lưu tại Khoa Sản- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên". Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
7. **Lê Thị Thúy (2015)**, Nghiên cứu nguyên nhân và thái độ xử trí thai chết lưu quý 3 thai kỳ tại Bệnh viện phụ sản Trung ương trong 2 năm 2013 và 2014", Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Nguyễn Thị Xuân Thu (2016)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí thai chết lưu tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Giang, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa Cấp II, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Đại học Thái Nguyên.
9. **Chu S. Y., Kim S. Y., Lau, J et al (2007)**, "Maternal obesity and risk of stillbirth: a metaanalysis", Am J Obstet Gynecol, 197 (3), pp. 223-228

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Phương Hoa*, Phùng Thị Hòa**

TÓM TẮT

Theo tổng kết của WHO năm 2000 ung thư thanh quản, ung thư hạ họng đứng thứ hai sau ung thư vòm họng trong các bệnh ung thư vùng tai mũi họng và đầu mặt cổ. Điều trị ung thư thanh quản, ung thư hạ họng dựa vào giai đoạn của bệnh. Nếu u ở giai đoạn sớm có thể điều trị bảo tồn thanh quản, khi khối u đã lan rộng thì cần phối hợp nhiều phương pháp trong đó có cắt thanh quản toàn phần kèm nạo vét hạch cổ phổi hợp hoá xạ sau phẫu thuật. Chăm sóc sau mổ lúc này có tác dụng nâng đỡ để người bệnh có đủ sức khỏe theo được hết các liệu pháp điều trị nặng nề. Việc chăm sóc bệnh nhân hợp lý, đúng quy trình trước và sau phẫu thuật có thể giúp bệnh nhân giảm được tác dụng phụ, tăng cường thể trạng từ đó nâng cao miễn dịch làm cho việc điều trị hiệu quả hơn. **Mục tiêu:** 1. Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh. 2. Phân tích kết quả chăm sóc người bệnh, các yếu tố liên quan. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh quản và ung thư hạ họng đã được cắt thanh quản toàn phần tại khoa B1 Bệnh viện TMH Trung Ương từ tháng 01/2019 đến tháng 6/2019. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Tất cả bệnh nhân là nam giới. Nhóm tuổi 61-70 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 42.2%. Triệu chứng cơ năng chủ yếu là khàn tiếng: 95.5%. 93.3% tổn thương trong UTTQ dạng sùi. Đa số bệnh nhân có BMI bình thường trước mổ, sau mổ tỷ lệ có BMI thiếu cân tăng lên. Đa số bệnh nhân được test xanh methylen và ngày 11-15 sau mổ chiếm 97.8%. Sau khi rút sonde trung bình 3 ngày Bn ăn uống bình thường. Biến chứng sau phẫu thuật rất ít. Có 14BN chiếm 31.1% có biến chứng rối loạn cảm giác ruột, có 2 BN chảy máu chiếm 4.4%. Mức đau sau phẫu thuật khá cao, ngày 1,2: 100% bệnh nhân đau mức 3-4. Ngày 3: 75.6% BN đau mức 3-4, 24.4% BN đau mức >5. Trước phẫu thuật bệnh

nhân lo lắng nhiều sau phẫu thuật tỷ lệ lo lắng giảm đi. Có 48.8% Bn nằm viện từ 10-15 ngày, 44.4% Bn nằm viện 16-20 ngày chỉ có 6.8% Bn nằm viện >20 ngày. Tất cả bệnh nhân đều hài lòng hoặc rất hài lòng với công tác điều dưỡng. Liên quan giữa nhóm tuổi với thời gian test xanhmethylen lần 1, giữa nhóm tuổi với số ngày nằm viện, giữa biến chứng sau phẫu thuật với yếu tố có hại đều chưa thực sự có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$

SUMMARY

NURSING CARE OF THE PATIENT WITH TOTAL LARYNGECTOMY AT NATIONAL HOSPITAL OF OTOLARYNGOLOGY

According to WHO in 2000, laryngeal and hypopharyngeal cancer ranked second after nasopharyngeal carcinoma in all cancers of ENT - head&neck region. Treatment for laryngeal and hypopharyngeal cancer depends on the stage of the disease. At the early stage, patients may have preserve operation, in advance stage, it is necessary to coordinate many methods such as total laryngectomy with neck dissection and postopchemoradiotherapy. At this stage, nursing care plays a significant role to support patients to be healthy enough to follow all these heavy therapies. The proper care of patients in the right process at pre and postop can help patients reduce side effects, strengthen the body and thereby enhance immunity to make the treatment more effective. **Objectives:** 1. Describe clinical and paraclinical symptoms of patient. 2. Analyzing the results of patients care and related factors. **Materials:** patients diagnosed with laryngeal cancer and/or hypopharynx cancer, who have had total laryngectomy at B1 Department - National Otolaryngology Hospital of Vietnam (NOH) from January 2019 to June 2019. **Methods:** prospective description study. **Result:** All the patients are male, most common found in the group of age from 61-70 y.o accounts for 42.2%. The most frequent presentation is hoarseness: 95.5%. 93.3% of lesions in laryngeal cancer are in mass type. Most patients have normal BMI preoperative; however, the proportion of patients have low BMI postoperative increases. Most of the patients have first methylene blue test at 11th-15th POD, which took up to 97.8%.

*Bệnh viện Tai mũi họng

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Hoa

Email: Hoacaub1@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.10.2019

Ngày duyệt bài: 1.11.2019

On average, 3 days after removed the NG tube patients can eat normally. Complications after surgery are very rare. There are 14 patients - accounted for 31.1%, have complications of swallowing disorder and 2 patients have bleeding - took 4.4%. The pain level of the patient after surgery is quite high. Day 1-2: 100% of them are at pain level 3-4. Day 3: 75.6% patients are at pain level 3-4, 24.4% are at pain level 5 and higher. Before surgery, patients are worried a lot; nevertheless, the anxiety rate has decreased after the surgery. 48.8% of patients stay at the hospital from 10 to 15 days, 44.4% of patients are hospitalized 16 to 20 days and only 6.8% stay in more than 20 days. 60% of patient are very satisfied with the nursing care, 40% is satisfied and none is unsatisfied. Relationship between age group and the first Methylene blue test; age group and number of days hospitalized; postop complications and harmful factor are not really statistically significant with $p > 0.05$

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của khoa B1 Bệnh viện Tai mũi họng trung ương, mỗi năm có khoảng 500 bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán là ung thư thanh quản và ung thư hạ họng, có khoảng 80-100 bệnh nhân được phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần [1]. Với vị trí và giải phẫu của thanh quản, phẫu thuật cắt thanh quản là một phẫu thuật lớn, phức tạp và bệnh nhân phải đối mặt với một thời gian hậu phẫu kéo dài. Với trình độ của Y học hiện đại các bác sỹ chuyên khoa đã loại bỏ được khối u ra khỏi cơ thể bệnh nhân. Tuy nhiên vấn đề chăm sóc trước và sau phẫu thuật cho bệnh nhân còn chưa được quan tâm nhiều. Chăm sóc sau mổ có tác dụng nâng đỡ để người bệnh có đủ sức khỏe theo được hết các liệu pháp điều trị nặng nề. Việc chăm sóc bệnh nhân hợp lý, đúng quy trình trước và sau phẫu thuật có thể giúp bệnh nhân giảm được tác dụng phụ, tăng cường thể trạng từ đó nâng cao miễn dịch làm cho việc điều trị hiệu quả hơn. Để bước đầu đánh giá tình trạng chăm sóc bệnh nhân sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần chúng tôi tiến hành đề tài "*Chăm sóc người bệnh phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương*" với hai mục tiêu:

1. *Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh.*

2. *Phân tích kết quả chăm sóc người bệnh, các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh quản và ung thư hạ họng đã được phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần tại khoa B1 Bệnh viện TMH Trung Ương từ tháng 01 năm 2019 đến

tháng 6 năm 2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Những bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư thanh quản và ung thư hạ họng, dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh. Được điều trị bằng phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần. Bệnh nhân có hồ sơ điều trị với đầy đủ thông tin đồng thời được đánh giá tình trạng dinh dưỡng, theo dõi chế độ ăn theo bệnh án mẫu trong suốt quá trình điều trị. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thanh quản, ung thư hạ họng nhưng không điều trị bằng phẫu thuật. Bệnh nhân cắt thanh quản, hạ họng bán phần. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Các bước tiến hành. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư thanh quản, ung thư hạ họng được điều trị từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 06 năm 2019, cụ thể như sau:

- Phòng vấn, tham khảo trong hồ sơ bệnh án khai thác thông tin theo phần bệnh án nghiên cứu để thu thập các thông tin về: Hành chính: Tuổi, giới, ngày vào viện, ngày phẫu thuật ngày ra viện. Thời gian cắt chỉ. Thời gian test xanhmetylen lần 1,2. Thời gian rút sonde ăn. Theo dõi ghi lại các biến chứng trong quá trình điều trị, quá trình nuôi dưỡng. Đánh giá về nhân trắc trước, sau PTHỏi ghi khẩu phần. - Sử dụng phương pháp hỏi ghi khẩu phần ăn 24h qua sau đó tính ra chỉ số Kcal. Các biến chứng gặp trong quá trình nuôi dưỡng. Đánh giá kết quả: Thời gian cắt chỉ. Thời gian test Xanhmetylen lần 1. Thời gian test Xanhmetylen lần 2. Thời gian nằm viện Các biến chứng sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. 100% số bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc giới tính nam, không có bệnh nhân nữ. Bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm cao tuổi. Nhóm tuổi 61-70 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 42.2%, 51-60 tuổi: 37.8%, >70 tuổi: 13.3%, 40-50 tuổi: 6.7%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

- Triệu chứng cơ năng: Chiếm tỷ lệ nhiều nhất là triệu chứng khàn tiếng: 95.5%, nuốt vướng: 73.3%, rời giảm dần với các triệu chứng hạch cổ: 40%, khó nuốt: 26.6%, triệu chứng khó thở và nuốt đau có tỷ lệ bằng nhau: 20%, gầy sút: 17.7%, thấp nhất là triệu chứng nuốt sặc: 6.6%.

- Tổn thương trong UTTQ: Có 42 bệnh nhân chiếm đại đa số với 93.3% tổn thương trong UTTQ dạng sùi, 3 bệnh nhân tổn thương dạng loét chiếm 6.7%, không có các tổn thương dạng khác.

- Vị trí u: Bệnh nhân có vị trí u thanh môn 2/3 giữa chiếm nhiều nhất với 31.1%, vị trí thanh môn 2/3 sau chiếm 17.8%, vị trí thanh môn mép sau, thanh môn 2/3 trước bằng nhau: 15.6%, vị trí thanh môn mép trước: 11.1%, vị trí hạ thanh môn: 6.7%, vị trí buồn morgagni: 2.2%.

Bảng 3.1. Vị trí u

Vị trí u	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thanh môn 2/3 trước	7	15.6
Thanh môn 2/3 giữa	14	31.1
Thanh môn 2/3 sau	8	17.8
Thanh môn mép trước	5	11.1
Thanh môn mép sau	7	15.6
Buồng Morgagni	1	2.2

Bảng 3.2. Chỉ số cơ thể BMI trước và sau phẫu thuật

BMI (kg/m ²)	Thời gian	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thiếu cân		11	24.4	18	40.0
Bình thường		23	51.1	20	44.4
Thừa cân		8	17.8	7	15.6
Béo phì độ I		3	6.7	0	0.0
Tổng		45	100.0	45	100.0

- Thời gian test xanhmetylen lần 1 đại đa số BN test vào ngày 11-15 sau mổ chiếm 97.8%, test vào ngày 16-20 sau mổ chỉ có 1 BN chiếm 2.2%. Thời gian test xanhmetylen lần 2 có 91.1% test vào ngày 11-15 sau mổ, 8.9% BN test vào ngày 16-20 sau mổ.

- Biến chứng sau phẫu thuật : Số bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật rất ít. Có 14 BN chiếm 31.1% có biến chứng rối loạn cảm giác nuốt. 6 BN chiếm 13.3% nuốt sặc, có 2 BN chảy máu chiếm 4.4%.

- Số bệnh nhân ăn đủ theo yêu cầu tăng lên theo từng ngày. Ngày 1 có 35 BN ăn đủ theo yêu cầu, 10 BN không ăn đủ theo yêu cầu, ngày 2 số BN ăn đủ theo yêu cầu tăng lên 37 BN, ngày 3 tăng lên 40 BN. Từ ngày thứ 4 trở đi 100% BN ăn đủ theo yêu cầu.

- BN ăn uống bình thường trung bình 3 ngày, ngắn nhất 1 ngày và dài nhất 7 ngày.

Bảng 3.3. Đánh giá khả năng ăn uống bình thường sau khi rút sonde.

Vấn đề	Trung bình (ngày)	Min (ngày)	Max (ngày)
BN ăn uống bình thường	3	1	7

- Mức độ đau: Ngày 1,2: 100% bệnh nhân đau mức 3-4. Ngày 3: 75.6% BN đau mức 3-4, 24.4% BN đau mức >5.

- Tâm lý bệnh nhân: Tỷ lệ BN lo âu, căng thẳng trước phẫu thuật (77.8%) cao hơn sau phẫu thuật (11.1%). Tỷ lệ không lo âu căng

Hạ thanh môn	3	6.7
Tổng	45	100.0

3.3. Đánh giá chăm sóc bệnh nhân.

- 100% bệnh nhân được theo dõi mạch và huyết áp đầy đủ.

- Chỉ số cơ thể BMI trước và sau phẫu thuật: Số bệnh nhân thiếu cân trước phẫu thuật (11BN) chiếm 24.4% ít hơn sau phẫu thuật (18BN) chiếm 40%. Số BN có BMI bình thường trước phẫu thuật chiếm 51.1% nhiều hơn sau phẫu thuật: 44.4%. Số BN thừa cân trước phẫu thuật là 17.85 sau phẫu thuật giảm còn 15.6%. Số BN béo phì độ I trước phẫu thuật có 3 BN chiếm 6.7%, sau phẫu thuật không còn BN béo phì độ I nữa.

thẳng trước phẫu thuật (22.2%) thấp hơn sau phẫu thuật (88.9%).

- Biến chứng trong quá trình nuôi dưỡng: 24.4% Bn có biến chứng tiêu chảy, 20% Bn có biến chứng táo bón, chướng bụng, 6.7% Bn kém dung nạp, 2.2% Bn nuốt nghẹn, không có Bn tắc sonde.

Bảng 3. 4. Biến chứng trong quá trình nuôi dưỡng

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiêu chảy	11	24.4
Táo bón	9	20
Kém dung nạp	3	6.7
Nuốt nghẹn	1	2.2
Chướng Bụng	9	20
Tắc sonde	0	0

- 100% Bn đều được chăm sóc đầy đủ sau mổ.

- Có 48.8% Bn nằm viện từ 10-15 ngày, 44.4% Bn nằm viện 16-20 ngày chỉ có 6.8% Bn nằm viện >20 ngày.

- 60% Bn rất hài lòng với công tác chăm sóc của điều dưỡng, 40 hài lòng, không có BN nào không hài lòng.

3.4. Một số yếu tố liên quan.

- Liên quan tuổi và thời gian test xanhmetylen lần 1: Nhóm tuổi 40-50t có 2 Bn (4.4%) test xanhmetylen ngày 11-15, 1Bn (2.2%) test ngày 16-20. Nhóm tuổi 51-60t có 17BN (37.8%) test xanhmetylen vào ngày 11-15. Nhóm 61-70 tuổi có 19 BN (44.5%) test xanhmetylen vào ngày 11-15. Nhóm >70 tuổi có 6 BN (13.3%) test xanhmetylen vào ngày 11-15.

Với $p > 0.05$ mỗi liên quan này chưa có ý nghĩa thống kê.

– Liên quan tuổi với số ngày nằm viện: Nhóm 40-50t có: 2 BN (4.4%) nằm viện 15-20 ngày, 1 BN (2.2%) nằm viện > 20 ngày. Nhóm 51-60t có: 9 BN (20%) nằm viện 10-15 ngày, 8 BN (17.6%) nằm viện 16-20 ngày. Nhóm 61-70t có: 11BN (24.8%) nằm viện 10-15 ngày, 7 BN (15.5%) nằm viện 16-20 ngày. Nhóm >70 t có: 2 BN (4.4%) nằm viện 10-15 ngày, 3 BN (6.7%) nằm viện 16-20 ngày, 2 BN (4.4%) nằm viện >20 ngày. Với $p > 0.05$ mỗi liên quan này không có ý nghĩa thống kê.

– Liên quan các yếu tố nguy cơ có hại với biến chứng sau PT: BN rối loạn cảm giác nuốt có 13 BN (32.2%) có uống rượu, 1 BN (2.2%) không uống rượu, 14 BN (30.8%) có hút thuốc. BN có triệu chứng nuốt sặc có 4 BN (8.8%) có uống rượu, 2 BN (4.4%) không uống rượu, 6 BN (13.2%) có hút thuốc. BN có triệu chứng chảy máu có 2 BN (4.4%) có uống rượu, 2 BN (4.4%) có hút thuốc. Số BN có biến chứng sau phẫu thuật có sử dụng rượu bia và thuốc lá nhiều hơn so với nhóm BN ko sử dụng rượu bia, thuốc lá tuy nhiên với $p > 0.05$ mỗi liên quan này chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Liên quan tuổi với số ngày nằm viện

			Số ngày nằm viện			p
			10-15 ngày	16-20 ngày	>20 ngày	
Nhóm tuổi	40 - 50 tuổi	Số lượng	0	2	1	0.066
		Tỷ lệ(%)	0	4.4	2.2	
	51 - 60 tuổi	Số lượng	9	8	0	
		Tỷ lệ(%)	20	17.6	0	
	61-70 tuổi	Số lượng	11	7	0	
		Tỷ lệ(%)	24.8	15.5	0	
>70 tuổi	Số lượng	2	3	2		
	Tỷ lệ(%)	4.4	6.7	4.4		

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. 100% bệnh nhân thuộc giới tính nam có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, thời gian nghiên cứu ngắn. Hơn nữa nam giới thường có xu hướng sử dụng rượu bia, thuốc lá là tác nhân gây bệnh nên có thể tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn.

– Bệnh nhân đa số đều thuộc nhóm cao tuổi.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

– Triệu chứng cơ năng: Chiếm tỷ lệ nhiều nhất là triệu chứng khàn tiếng: 95.5%, nuốt vướng: 73.3%, rồi giảm dần với các triệu chứng hạch cổ: 40%, khó nuốt: 26.6%, triệu chứng khó thở và nuốt đau có tỷ lệ bằng nhau: 20%, gầy sút: 17.7%, thấp nhất là triệu chứng nuốt sặc: 6.6%. Kết quả trên phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh[8] Khàn tiếng chiếm 93.3%, Nuốt đau 26.7%. Tổn thương trong UTTQ: Có 42 bệnh nhân chiếm đại đa số với 93.3% tổn thương trong UTTQ dạng sùi, 3 bệnh nhân tổn thương dạng loét chiếm 6.7%, không có các tổn thương dạng khác.

– Vị trí u: Bệnh nhân có vị trí u thanh môn 2/3 giữa chiếm nhiều nhất với 31.1%, vị trí thanh môn 2/3 sau chiếm 17.8%, vị trí thanh môn mép sau, thanh môn 2/3 trước bằng nhau: 15.6%, vị trí thanh môn mép trước: 11.1%, vị trí hạ thanh môn: 6.7%, vị trí buồng morgagni: 2.2%.

4.3. Đánh giá chăm sóc bệnh nhân

– Đại đa số bệnh nhân đều có chỉ số BMI sau

phẫu thuật giảm so với trước phẫu thuật là do ngoài việc đảm bảo tốt nhất về phương pháp điều trị hiệu quả cho người bệnh và mang lại chất lượng cuộc sống cho người bệnh thì việc bảo tồn chức năng thanh quản sau phẫu thuật ngày càng được các nhà khoa học coi trọng, đặc biệt là phát âm và nuốt. Nhiều nhà nghiên cứu và các chuyên gia đã khẳng định tầm quan trọng của việc chăm sóc của nhân viên y tế và tư vấn kịp thời của bác sĩ, điều dưỡng cho bệnh nhân giai đoạn hậu phẫu là cần đặc biệt được chú ý.

– Số bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật rất ít. Có 14BN chiếm 31.1% có biến chứng rối loạn cảm giác nuốt. 6 BN chiếm 13.3% nuốt sặc, có 2 BN chảy máu chiếm 4.4%. Ngày nay do khoa học kỹ thuật phát triển, trình độ chuyên môn của đội ngũ cán bộ y tế được nâng cao nên tỷ lệ BN có các biến chứng sau mổ rất ít.

– Đánh giá mức độ đau. Ngày 1,2: 100% bệnh nhân đau mức 3-4. Ngày 3:75.6% BN đau mức 3-4, 24.4% BN đau mức >5. Phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần là loại PT khá phức tạp vì vậy nên mức đau của BN cũng cao hơn so với 1 số loại PT khác. Hơn nữa có tỷ lệ trên là do 2 ngày đầu sau mổ Bn vẫn được truyền thuốc giảm đau nên thường đau ở mức 3-4, tuy nhiên sang ngày thứ 3 sau mổ Bn chuyển sang dùng thuốc giảm đau nên mức đau tăng lên. Sau đó khi tình hình ổn định hơn, BN hồi phục và ổn định tâm lý mức đau sẽ giảm dần.

– Trước phẫu thuật: có 77.8% BN thấy lo âu, căng thẳng, 22.2% không lo âu, căng thẳng. Sau phẫu thuật: có 11.1% Bn có lo âu căng thẳng, 88.9% không còn lo âu căng thẳng. Tỷ lệ BN lo âu, căng thẳng trước phẫu thuật (77.8%) cao hơn sau phẫu thuật (11.1%). Có nhiều lý do ảnh hưởng đến tâm lý người mắc ung thư như dư luận xã hội, tình trạng sức khỏe kém của bệnh nhân, quá trình điều trị dai dẳng, mệt mỏi cùng với gánh nặng kinh tế dẫn đến nhiều bệnh nhân cảm thấy lo lắng, buồn chán thậm chí trầm cảm, tuyệt vọng. Hiện nay, do số lượng bác sĩ chuyên khoa còn khiêm tốn so với lượng bệnh nhân quá lớn, cũng như chưa có chuyên gia tâm lý phù hợp nên phần lớn bệnh nhân không được tư vấn, giải đáp và giải tỏa tâm lý đúng mức nên có những chuyện tưởng chừng như rất nhỏ, rất đơn giản lại gây hoang mang lớn nếu không giải quyết kịp thời. Thực tế điều trị tại bệnh viện, chúng tôi luôn cố gắng đem lại sự thoải mái tốt nhất về mặt tâm lý cho người bệnh. Các bác sĩ, điều dưỡng luôn sẵn sàng lắng nghe những tâm sự, lo toan, thắc mắc của họ và kịp thời giải đáp nên luôn đem lại sự tin tưởng, lạc quan, vui vẻ cho người bệnh.

– Tỷ lệ biến chứng trong quá trình nuôi dưỡng khá thấp, các trường hợp có biến chứng đa số đều có sức khỏe yếu, độ tuổi cao.

– 100% Bn đều được chăm sóc đầy đủ sau mổ. Cùng với sự phát triển và cải tiến kỹ thuật trong điều trị và sự tận tâm nhiệt tình của cán bộ y tế, tỷ lệ bệnh nhân được chăm sóc đầy đủ, với thái độ phục vụ tốt ngày càng được nâng cao, tạo sự thoải mái cho bệnh nhân đặc biệt đối với bệnh nhân UTTQ.

– Có 48.8% Bn nằm viện từ 10-15 ngày, 44.4% Bn nằm viện 16-20 ngày chỉ có 6.8% Bn nằm viện >20 ngày 3.3.11. Có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Min 15 ngày max 31 ngày.

– Liên quan tuổi và thời gian test xanhydrometylen lần 1, Liên quan tuổi với số ngày nằm viện, Liên quan các yếu tố nguy cơ có hại với biến chứng sau PT đều chưa thực sự có ý nghĩa thống kê do nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ, thời gian nghiên cứu còn ngắn.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng. 100% bệnh nhân là nam giới. Nhóm tuổi 61-70 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 42.2%. Triệu chứng cơ năng chủ yếu là khàn tiếng: 95.5%. 93.3% tổn thương trong UTTQ dạng sùi. Vị trí u: Bệnh nhân có vị trí u thanh môn 2/3 giữa chiếm nhiều nhất với 31.1%.

5.2. Đánh giá chăm sóc bệnh nhân. Đa số

bệnh nhân trước phẫu thuật thuộc nhóm có BMI bình thường, sau phẫu thuật tỷ lệ bệnh nhân có BMI thiếu cân tăng lên. Thời gian test xanhydrometylen lần 1 đại đa số BN test vào ngày 11-15 sau mổ chiếm 97.8%, test vào ngày 16-20 sau mổ chỉ có 1 BN chiếm 2.2%. Thời gian test xanhydrometylen lần 2 có 91.1% test vào ngày 11-15 sau mổ, 8.9% Bn test vào ngày 16-20 sau mổ. Sau khi rút sonde trung bình 3 ngày Bn ăn uống bình thường. Biến chứng sau phẫu thuật rất ít. Có 14BN chiếm 31.1% có biến chứng rối loạn cảm giác nuốt, có 2 BN chảy máu chiếm 4.4%. Mức đau của bệnh nhân sau phẫu thuật khá cao, ngày 1,2: 100% bệnh nhân đau mức 3-4. Ngày 3: 75.6% BN đau mức 3-4, 24.4% BN đau mức >5. Trước phẫu thuật bệnh nhân lo lắng nhiều sau phẫu thuật tỷ lệ lo lắng giảm đi và tỷ lệ bệnh nhân không còn lo lắng tăng lên. Có 48.8% Bn nằm viện từ 10-15 ngày, 44.4% Bn nằm viện 16-20 ngày chỉ có 6.8% Bn nằm viện >20 ngày. 60% Bn rất hài lòng với công tác chăm sóc của điều dưỡng, 40% hài lòng, không có BN nào không hài lòng.

5.3. Một số yếu tố liên quan. Liên quan giữa nhóm tuổi với thời gian test xanhydrometylen lần 1. Liên quan giữa nhóm tuổi với số ngày nằm viện. Liên quan giữa biến chứng sau phẫu thuật với yếu tố có hại đều chưa thực sự có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bùi Thế Anh (2005)** "Đặc điểm lâm sàng và điều trị phẫu thuật ung thư thanh quản-hạ họng tại khoa B1 bệnh viện TMH trung ương trong năm từ 2000-2004"
- Ngô Ngọc Liên (2000)**, "Ung thư thanh quản", Giảng yếu tai mũi họng. Tập III. NXB Y học Hà Nội, tr. 197-204
- Nguyễn Chấn Hùng (2008)**, Tiến bộ mới trong chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư. Hội nghị khoa học phòng chống ung thư. Hội ung thư thành phố Hồ Chí Minh.
- Nguyễn Thị Thanh (2015)** "Đặc điểm lâm sàng và kết quả của bài tập huấn luyện nuốt ở bệnh nhân ung thư thanh quản sau cắt thanh quản bán phần bệnh viện Tai mũi họng Trung ương năm 2015"
- Phạm Kim Long (2017)** "Đánh giá tình hình cắt thanh quản tại bệnh viện Chợ Rẫy từ t6-2012-T6-2017"
- Võ Nguyễn Hoàng Khôi (2013)** "Nghiên cứu biến chứng sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần", Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, Hội nghị khoa học lần thứ 35.
- A. Rosano, L Bubbico. (2007)**, "Prevalence of prelingual deafness in Italy", Acta Otorhinolaryngol Ital, February; 27(1), pp. 2-5.
- Baker JP, Detsky AS, Wesson DE et al. (1982)**, Nutritional assessment a comparison of clinical judgment and objective measurement. New England Journal of Medicine 306, pp. 969-972.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KÉO DÀI CÂN CƠ NÂNG MI TRÊN ĐIỀU TRỊ CO RÚT MI TRÊN MỨC ĐỘ VỪA VÀ NẶNG

Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Phạm Thị Khánh Vân², Bùi Thị Vân Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số yếu tố liên quan tới kết quả phẫu thuật kéo dài cân cơ nâng mi bằng vật xoay cân vách hốc mắt điều trị co rút mi trên mức độ vừa và nặng từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 9 năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu can thiệp có đối chứng trước sau. Nghiên cứu được thực hiện trên 46 mắt của 43 bệnh nhân được chẩn đoán co rút mi trên mức độ vừa và nặng được điều trị tại Khoa Tạo hình Thẩm mỹ Mắt và Vùng mặt, Bệnh viện Mắt Trung ương. Bệnh nhân đã được loại trừ các bệnh lý toàn thân và bệnh Basedow đã được điều trị ổn định ít nhất 6 tháng. Các bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật kéo dài cân cơ nâng mi bằng vật xoay cân vách hốc mắt và được theo dõi sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng. **Kết quả:** Kết quả thành công chung của phẫu thuật sau 12 tháng theo dõi là 91,3%. Các chỉ số được đánh giá mỗi liên quan với kết quả phẫu thuật bao gồm độ co rút mi, độ hở mi, biên độ vận động mi, lid lag, độ cong bờ mi, độ lồi mi mắt, các triệu chứng biến đổi bề mặt nhãn cầu, tiền sử bệnh, số mắt bệnh. Phân tích số liệu chúng tôi nhận thấy biên độ vận động mi mắt, tổn hại bề mặt nhãn cầu là các yếu tố có liên quan tới kết quả phẫu thuật. Các yếu tố còn lại có liên quan, tuy nhiên mỗi liên quan không có ý nghĩa thống kê. **Bàn luận:** Vật xoay cân vách hốc mắt là phương pháp an toàn có hiệu quả cho điều trị co rút mi trên mức độ vừa và nặng, cho phép điều chỉnh được độ cong bờ mi và hạn chế các biến chứng thái loại mảnh ghép. Biên độ vận động mi mắt và sự biến đổi bề mặt là các yếu tố có liên quan tới kết quả phẫu thuật.

Từ khóa: Co rút mi trên, co rút mi góc ngoài, vật chèn

SUMMARY

SOME RELATIVE FACTORSEFFECT TO OUTCOMES OF LEVATOR MUSCLE LENGTHENING TO CORRECT UPPER EYELID RETRACTION FROM MEDIUM TO SEVERE

Aims: Evaluated relative factors effect to outcomes of orbital septum turn over flap on lengthening upper levator muscle to correct upper eyelid retraction from medium to severe. **Methods:** An intervantional clinical trial in 46 eyes (43 patients) had upper eyelid retraction from medium to severe in Oculofascial plastic and cosmetic Department, VNIO from October 2016 to September 2019. Thyroid related Ophthalmopathy (TRO)

acute phase had excluded or stable at least 6 months. **Results:** The common final outcomes about 91,3% had good results. Some factors were estimated about relation with the outcomes of this technique including: level of retraction, lid lag, levator function, lagophthalmos, proptosis, symptoms of ocular surface exposed, contour. There are relative factors acceptable such as levator function and symptoms of ocular surface exposed. **Conclusion:** Orbital septum turn over flap used as a good and safe spacer to correct upper eyelid retraction from medium to severe. This technique help to reduce complications of material rejection and scars.

Key words: Upper eyelid retraction, lateral flare, spacer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co rút mi trên (CRMT) trên được định nghĩa là sự nâng lên vượt khỏi vị trí bình thường của mi trên ở tư thế nhìn nguyên phát (bình thường, ở tư thế nhìn thẳng về phía trước, mi trên che rìa trên giác mạc 2 mm kể từ rìa 12h của giác mạc).

Co rút mi trên có thể do nhiều nguyên nhân, trong đó, nguyên nhân thường nhất là do bệnh tuyến giáp (Thyroid Related to Orbitopathy - TRO). Trong bệnh lý CRMT trên liên quan tuyến giáp, các yếu tố góp phần gây bệnh bao gồm cường giao cảm cơ Muller, xơ hóa, tăng hoạt động của phức hợp cơ nâng mi thứ phát sau quá hoạt cơ trực dưới. Do khác biệt về cấu trúc và chức năng giữa hai mi nên CRMT thường biểu hiện rõ ràng hơn và gây ảnh hưởng lớn hơn so với mi dưới.

Điều trị CRMT nhằm mục đích cải thiện về mặt thẩm mỹ, đồng thời bảo vệ được giác mạc và chức năng thị giác của bệnh nhân. Phẫu thuật được đặt ra khi tình trạng bệnh ổn định, chức năng tuyến giáp của bệnh nhân bình thường và tình trạng CRM trên không thay đổi từ 6 tháng trở lên.

Có nhiều phương pháp phẫu thuật được sử dụng để điều trị CRMT. Các phương pháp tiếp cận theo đường qua da (đường trước) gồm lùi cơ nâng mi có kèm hoặc không kèm chỉ cố định, rạch/cắt cơ Muller, mở cơ vùng rìa, rạch mí toàn phần từng bậc, và Z-plasty. Các phương pháp tiếp cận cơ Muller và cơ nâng mi theo đường kết mạc (hay đường sau) cũng đã được báo cáo và điều chỉnh. Các phương pháp này cho kết quả khá đa dạng về mức độ hiệu quả ban đầu. Tuy nhiên hiệu quả lâu dài của các phương pháp phẫu thuật cũng như so sánh giữa các phương pháp phẫu thuật chưa được thực hiện đầy đủ.

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: dr.thuhien85@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2019

Ngày duyệt bài: 4.11.2019

Năm 2013, tác giả Watanabe A và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu đa trung tâm áp dụng kỹ thuật của tác giả Chung Sheng Lai trên 12 mắt co rút mi trên liên quan đến Basedow (TRO – Thyroid related to Orbitopathy). Kết quả thu được 70% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 20% bệnh nhân đạt kết quả ở mức độ chấp nhận được và 10% bệnh nhân cần phải phẫu thuật lại[2].

Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đề cập đến phương pháp phẫu thuật kéo dài cân cơ nâng mi sử dụng vạt cân vách hốc mắt. Các báo cáo của các tác giả trước đây cũng chưa đề cập đến các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến kết quả ban đầu và hiệu quả lâu dài của phẫu thuật. Để góp phần cải thiện hiệu quả phẫu thuật điều trị co rút mi trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu hiệu quả phẫu thuật kéo dài cơ nâng mi điều trị co rút mi mức độ vừa và nặng" với mục tiêu: *Đánh giá các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của kỹ thuật kéo dài cơ nâng mi điều trị co rút mi mức độ vừa và nặng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.3. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân bị co rút mi trên mức độ vừa và nặng được điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong khoảng thời gian 2016 – 2019

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các trường hợp co rút mi trên mức độ vừa và nặng do Basedow, co rút mi vô căn hoặc co rút mi thứ phát sau phẫu thuật sụp mi.
- Mức độ co rút mi ổn định ít nhất 6 tháng.
- Độ co rút từ 2 mm trở lên (mức độ vừa và nặng).
- Tuổi trên 16, có thể phối hợp khi thực hiện phẫu thuật bằng gây tê tại chỗ.
- Có điều kiện theo dõi

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Đánh giá kết quả theo các mức độ

Chỉ tiêu	Tốt (3đ)	Trung bình (2đ)	Kém (1đ)
MRD1	2,5 – 4,5 mm	5,0 – 5,5 mm 1,5 – 2,0 mm	Trên 5,5 mm Dưới 2 mm
Chênh lệch PW	< 1 mm	1 – 2 mm	>2 mm
Mức độ hài lòng của bệnh nhân	Rất hài lòng	Hài lòng không yêu cầu PT lại	Không hài lòng
Chỉ tiêu	Tốt (2đ)		Không tốt (1 đ)
Độ cong (chỉ số C)	< 2 mm		≥2 mm
Chiều cao nếp mi	5 – 7 mm		< 5mm; >7mm
Chênh lệch nếp mí	< 1mm		≥ 1 mm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 43 bệnh nhân với 46 mắt được xác định bệnh CRMT mức độ vừa và nặng (3 bệnh nhân có CRMT 2 mắt, 40 bệnh nhân CRMT 1 mắt) được thực hiện phẫu

- Các trường hợp có rút mi do thiếu da
- Lồi nhãn cầu nặng trên 22 mm
- Đã phẫu thuật điều trị co rút mi
- Các bệnh liên quan chưa ổn định
- Các bệnh toàn thân đang tiến triển.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

*Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp không có đối chứng.

*Cỡ mẫu nghiên cứu:

Áp dụng công thức sau để tính cỡ mẫu nghiên cứu:

$$n = \frac{z^2 (1 - \alpha/2) pq}{(p \cdot \epsilon)^2}$$

Trong đó: n = số mắt tối thiểu cần nghiên cứu
+ z = 1,96 (theo bảng tương ứng giá trị 95% CI)
+ p = 90,6 %. Theo tỷ lệ thành công 90,6 của Schaefer (2007)

+ q=1-p

+ ε: sai số trong nghiên cứu (chọn ε= 6,3%)

Theo công thức tính trên tính được: N = 45

***Xử lý số liệu** bằng các thuật toán thống kê, sử dụng phần mềm SPSS 15.0.

2.3 Đánh giá kết quả chung theo cách

sau. Trong các chỉ số nghiên cứu, vị trí bờ mi trên (MRD1) và chỉ số C là những chỉ tiêu chính còn lại là các chỉ tiêu phụ. Các chỉ tiêu được chia theo các mức độ và phân chia theo thang điểm. Đánh giá kết quả chung theo các chỉ tiêu trên với 3 mức độ: tốt, trung bình, kém dựa trên kết quả tổng điểm của từng chỉ tiêu nghiên cứu theo phân loại của Mourit và Sasim như sau:

- Tốt: 15 điểm

- Trung bình: 12- 14 điểm

- Kém: <12 điểm và có ít nhất một chỉ tiêu chính ở mức kém hoặc cả 2 chỉ tiêu chính đều kém.

thuật kéo dài cơ nâng mi trên bằng vạt cân vách hốc mắt được thực hiện tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Độ tuổi trung bình từ 33,35 ±32,5 (từ 16 đến 59) với 23 bệnh nhân là nam giới (53,4%). Tất cả bệnh nhân đều đã được loại trừ phẫu thuật mi mắt trước đó. 7 bệnh nhân có tiền sử

bệnh mắt liên quan tới tuyến giáp đã điều trị được ổn định ít nhất 6 tháng. Thời gian theo dõi trung bình là 13 tháng (từ 12 đến 18 tháng). Chỉ định hạ mi vì nguyên nhân hở mi gặp trong 6 ca (15%), hạn chế vận nhãn 5 ca (12,5%), chảy nước mắt 4 ca (10%), đỏ mắt 2 ca (5%), nhìn mờ 3 ca (7,5%) và tất cả bệnh nhân đều có nguyện vọng phẫu thuật do ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 50% bệnh nhân CRMT không rõ nguyên nhân chúng tôi tạm xác định là nhóm vô căn. Trong nhóm vô căn này có 83,33% bệnh nhân được phẫu thuật đạt kết quả tốt và 16,67% đạt kết quả không tốt. 26,8% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được xác định CRMT do TRO đã được điều trị ổn định. Trong nhóm này 83,33% bệnh nhân đạt kết quả tốt sau phẫu thuật và 16,67% bệnh nhân có kết quả chưa đạt. Chúng tôi không nhận thấy mối liên quan giữa nguyên nhân gây CRMT với kết quả điều trị. Điều đó có thể lý giải bởi trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ lớn bệnh nhân 50% không xác định được nguyên nhân gây bệnh sau khi đã loại trừ tất cả nguyên nhân tại chỗ và toàn thân. Ngoài ra với tất cả các trường hợp này dù bất cứ CRMT do nguyên nhân gì chúng tôi cũng đều theo dõi tình trạng CRMT ổn định tối thiểu 6 tháng mới lấy vào nhóm nghiên cứu và thực hiện phẫu thuật. Vì vậy có thể giải thích được lý do nguyên nhân gây CRMT không liên quan đến kết quả phẫu thuật bởi sự ổn định của tình trạng bệnh lý trước phẫu thuật.

Bên cạnh nguyên nhân hở mi, sự tăng diện tích tiếp xúc bề mặt nhãn cầu làm tăng bốc hơi phim nước mắt gây ra những biến đổi bề mặt nhãn cầu như khô mắt, viêm kết giác mạc v.v... Các triệu chứng này xuất hiện trong 28,26% nhóm bệnh nhân nghiên cứu và 71,73% bệnh nhân không có tổn hại bề mặt nhãn cầu. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Ueland HO với 30% bệnh nhân có tổn hại bề mặt nhãn cầu trước phẫu thuật. Kết quả phẫu thuật đạt loại tốt trong nhóm có tổn hại bề mặt nhãn cầu là 19,44% và nhóm không có tổn hại bề mặt nhãn cầu tỷ lệ thành công là 80,56%. Chúng tôi nhận thấy sự biến đổi bề mặt nhãn cầu có liên quan đến kết quả phẫu thuật với $p = 0,012$.

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 46 mắt của 43 bệnh nhân, trong đó nữ giới chiếm 55% và nam giới chiếm 45%. Trong nhóm nữ giới có 86,36% bệnh nhân đạt kết quả tốt, trong khi tỷ lệ đó chiếm 83,33% trong nhóm nam giới. Chúng tôi nhận thấy giới tính không có sự liên quan tới kết quả phẫu thuật với $p = 0,264$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ : nam xấp xỉ 1: 1. Kết quả này thấp hơn các kết quả trên thế giới bởi các tác giả trên thế giới thực hiện nghiên cứu trên bệnh nhân CRMT do TRO và đối với nhóm bệnh nhân này tỷ lệ nữ giới mắc bệnh thường cao hơn nam giới. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó một nửa số nguyên nhân là vô căn nên tỷ lệ giới phân bố khá đồng đều. Vì vậy nên có thể giải thích lý do vì sao giới tính không liên quan đến kết quả phẫu thuật.

Để đánh giá bệnh nhân CRMT, bên cạnh các tiêu chí nghiên cứu, độ co rút mi và lid lag là những đặc điểm đặc trưng trong nhóm bệnh nhân bị bệnh lý này. Độ co rút mi và lid lag là những triệu chứng nằm trong bệnh cảnh gây ra bởi sự bất thường của cơ nâng mi. Độ co rút mi được xác định là khoảng cách từ rìa trên giác mạc đến bờ tự do mi trên ở vị trí 12 khi mắt ở tư thế nhìn thẳng và không có lác. Độ co rút mi được chia làm 3 mức độ: nhẹ (độ CRM < 1mm), trung bình (độ CRM 1 - 2 mm), và nặng (độ CRM > 2mm). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ CRMT trung bình trước PT là $1,67 \pm 0,73$ mm và giảm xuống còn $0,01 \pm 0,07$ mm sau phẫu thuật. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 36 mắt có độ CRMT ở mức trung bình và 10 mắt CRMT mức độ nặng. Nhóm CRMT mức độ nặng tỷ lệ phẫu thuật đạt loại tốt chiếm 77,8% và tỷ lệ này trong nhóm có độ CRMT nặng là 90%. Kết quả thành công trong nhóm CRMT mức độ vừa nặng tương đối cao tuy nhiên yếu tố này không liên quan tới kết quả phẫu thuật với $P = 0,389$.

Lid lag cũng là một yếu tố quan trọng để đánh giá mối tương quan giữa vị trí của mi mắt với nhãn cầu. Lid lag được định nghĩa là khi nhãn cầu đưa xuống dưới mi trên đưa xuống dưới ít hơn so với bình thường, có thể gây cùng mạc phía trên. Lid lag được tính bằng MRD1 ở tư thế nhãn cầu nhìn xuống dưới 45° - MRD1 ở tư thế nhìn thẳng. Theo nghiên cứu của tác giả Gary JL, chỉ số lid lag trung bình trong nhóm 52 bệnh nhân bị TRO là $0,9 \pm 1,4$ mm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm có chỉ số lid lag trước phẫu thuật ≤ 1 mm có 7 mắt chiếm 15,22%. Nhóm có chỉ số lid lag trước phẫu thuật > 1 mm có 39 mắt chiếm 84,78%. Trong nhóm bệnh nhân có độ lid lag trung bình > 1mm, 76,9% bệnh nhân phẫu thuật đạt kết quả tốt, 23,1% bệnh nhân đạt kết quả phẫu thuật kém. Đối với nhóm bệnh nhân có độ lid lag ≤ 1 mm, 100% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật tốt. Tuy nhiên qua phân tích số liệu chúng tôi nhận thấy chỉ số lid lag không liên quan tới kết quả phẫu thuật với $P = 0,156$.

Để xác định chính xác và bộc lộ được cân

vách hốc mắt, cần phải nằm được vị trí cân vách hốc mắt hợp nhất với cân cơ nâng mi. Vị trí này nằm cách bờ trên sụn 3 – 5 mm và kéo dài lên phía trên đến vị trí cách bờ trên sụn 15 mm [4]. Ở người châu Âu vị trí này cao hơn so với người châu Á. Do đó, sau khi thiết kế đường mổ và rạch da, cần phải phẫu tích lên trên khoảng 5mm để xác định vị trí trước khi cân vách hốc mắt và cân cơ nâng mi hợp nhất. Kích thước vạt cân vách là một trong những tiêu chí có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Vạt cân vách cần phải lấy ở vị trí trung tâm của giác mạc và phải đủ rộng để đảm bảo hiệu quả hạ mi và điều chỉnh được đường cong của mi mắt. Kích thước của vạt cân vách tùy thuộc vào mức độ CRM. Theo nghiên cứu của Lai và cộng sự, kích thước của vạt cân vách hốc mắt ước tính bằng 2 lần mức độ co rút mi + 2 mm [1]. Ví dụ để điều chỉnh một mắt có độ CRM bằng 2 mm thì kích thước vạt cân vách hốc mắt cần lấy là 6 mm. Tuy nhiên công thức này không phải áp dụng cho tất cả các trường hợp mà chỉ là một gợi ý cho phẫu thuật viên trong quá trình phẫu thuật.

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy rằng việc sử dụng vạt cân vách hốc mắt làm vật liệu nối dài cân cơ nâng mi có rất nhiều ưu điểm. Việc can thiệp phẫu thuật thông qua đường rạch da là một phương pháp quen thuộc đối với các phẫu thuật viên, cho phép thao tác, bộc lộ và quan sát một cách rõ ràng nên việc bóc tách cân vách hốc mắt tương đối dễ dàng. Cân vách hốc mắt có sẵn ở hầu hết các bệnh nhân, hạn chế được sẹo từ một vị trí khác trên cơ thể trong quá trình lấy mảnh ghép. Độ dài của vạt cân vách có thể thay đổi để điều chỉnh được mức độ hạ mi mong muốn. Vạt cân vách hốc mắt vẫn đảm bảo được hệ mạch nuôi dưỡng, do đó không giống như mảnh củng mạc chêm, cấu trúc vạt này khắc phục được nhược điểm tiêu tổ chức và hoại tử do quá trình thiếu dưỡng. Cấu trúc vạt cân vách hốc mắt có cấu trúc tương đồng với cân cơ nâng mi nên khả năng điều chỉnh linh hoạt và mềm mại. So với các vật liệu chèn khác như lưới Mersilene, vạt cân vách hốc mắt hạn chế được khả năng thải loại mảnh ghép và có tỷ lệ thành công cao hơn (80% so với 91,3% trong nghiên cứu này). Việc đính lại cơ nâng mi vào sụn mi thông qua vạt cân vách hốc mắt có thể giúp duy trì nếp mí và độ cong bờ mi. Kích thước vạt cân vách trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $5,14 \pm 0,86$ mm. Kích thước này có liên quan tới kết quả phẫu thuật. Tuy nhiên mối liên quan không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,58$. Chúng tôi nhận thấy trong quá trình phẫu thuật, đối với

những bệnh nhân CRMT bẩm sinh hoặc vô căn, kích thước vạt cân vách hốc mắt có thể góp phần điều chỉnh được vị trí và hình dáng của bờ mi. Còn đối với những trường hợp CRMT do TRO, phản ứng xơ dính nhiều gây hạn chế chức năng cơ nâng mi, bên cạnh việc lấy đủ kích thước cân vách, việc phẫu tích tốt cân cơ nâng mi và giải phóng sẹo xơ dính đóng góp vai trò quan trọng đến kết quả phẫu thuật. Do đó có thể giải thích được vì sao kích thước vạt cân vách hốc mắt không liên quan tới kết quả phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân có mức LF ≥ 12 mm có 42 bệnh nhân chiếm 91,3%. Trong số này có 85,7% bệnh nhân đạt kết quả tốt sau phẫu thuật. Nhóm có chức năng cơ nâng mi từ 4 – 12 mm có 4 bệnh nhân chiếm 8,7%. Trong nhóm này 75% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật kém, chỉ có 25% bệnh nhân đạt kết quả tốt. Phân tích số liệu cho thấy chỉ số chức năng cơ nâng mi có liên quan đến kết quả phẫu thuật với $p = 0,02$, mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Như vậy chức năng cơ nâng mi càng kém thì kết quả phẫu thuật càng kém.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố như tổn hại bề mặt nhãn cầu, chức năng cơ nâng mi là những yếu tố có mối liên quan đến kết quả phẫu thuật. Các yếu tố khác như nguyên nhân gây CRMT, độ co rút mi, lid lag, giới là những yếu tố gợi ý có ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Vạt xoay cân vách hốc mắt là một vật liệu an toàn và hiệu quả trong phẫu thuật kéo dài cơ nâng mi trên điều trị co rút mi trên mức độ vừa và nặng. Bên cạnh các chỉ tiêu nghiên cứu, chức năng cơ nâng mi và sự biến đổi bề mặt nhãn cầu là các yếu tố có liên quan tới kết quả phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lai CS, Lin TM, Tsai CC và các cộng sự. (2002), "A new technique for levator lengthening to treat upper eyelid retraction: the orbital septal flap", *Aesthetic Plast Surg*, **26(1)**, tr. 31-4.
2. A. Watanabe, P. N. Shams, N. Katori và các cộng sự. (2013), "Turn-over orbital septal flap and levator recession for upper-eyelid retraction secondary to thyroid eye disease", *Eye (Lond)*, **27(10)**, tr. 1174-9.
3. MP Mourits và IV Sasim (1999), "A single technique to correct various degrees of upper lid retraction in patients with Grave's orbitopathy", *Br J Ophthalmol*, **83(1)**, tr. 81-84.
4. Meyer DR, Linberg JV, Wobig JL và các cộng sự. (1991), "Anatomy of the orbital septum and associated eyelid connective tissues.", *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*, **7(2)**, tr. 104-13.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA BÀI THUỐC BẠCH CẬP, BỐI MẪU, DIÊN HỒ SÁCH, ĐẠI HOÀNG, CAM THẢO, MAI MỰC TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

Tạ Văn Trâm*, Võ Thị Trúc Phương**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bài thuốc Bạch cập, Bối mẫu, Diên hồ sách, Đại hoàng, Cam thảo, Mai mực với tác dụng hoạt huyết, chỉ thống, thanh nhiệt, tả hỏa, sinh cơ, chỉ huyết và lý khí, giảm acid dạ dày, giảm đau. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của bài thuốc Bạch Cập, Bối mẫu, Diên hồ sách, Đại hoàng, Cam thảo, Mai mực trong điều trị viêm loét dạ dày tá tràng. **Phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng mở. **Kết quả:** Bài thuốc nghiên cứu có tác dụng cải thiện các triệu chứng trên lâm sàng như: Giảm đau thượng vị được đánh giá theo thang điểm VAS. Sau điều trị hình ảnh nội soi trở về bình thường ở nhóm bài thuốc YHCT là 116/155 trường hợp. Trong đó hình ảnh nội soi của thể Khí trệ trở về bình thường là 51/76 trường hợp thấp hơn thể Hỏa uất là 65/79 trường hợp. Điều này chứng minh được rằng bài thuốc YHCT khi nghiên cứu có tác dụng kháng viêm, giảm đau và có thể điều trị hiệu quả thể bệnh Hỏa uất với hình ảnh nội soi trở về bình thường là 65/79 trường hợp. Bài thuốc nghiên cứu không thấy tác dụng không mong muốn trên lâm sàng. **Kết luận:** Bài thuốc Bạch cập, Bối mẫu, Diên hồ sách, Đại hoàng, Cam thảo, Mai mực có tác dụng giảm đau, giảm viêm loét trên bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng và không thấy tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

Từ khóa: Hiệu quả, Bài thuốc Bạch cập, Bối mẫu, Diên hồ sách, Đại hoàng, Cam thảo, Mai mực, điều trị, viêm loét dạ dày tá tràng.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF MEDICINE DRUGS, PATTERNS, DISADVANTAGES OF RECORDS, GENERAL, CAMBODY, MAI IN THE TREATMENT OF PEPTIC ULCER DISEASE

Background: Medications of Bach cap, Boi Mau, Dien Ho Sach, Dai Hoang, Cam Thao, Mai Squid with the effects of blood-activating, inducing, thermal, cholera, muscle, blood and gas, reducing stomach acid, reducing pain. **Objective:** Evaluate the effectiveness of remedies of Bach cap, Boi Mau, Dien Ho Sach, Dai Hoang, Cam Thao, Mai mực Squid in the treatment of peptic ulcer. **Methods:** Open clinical trial method. **Results:** Research remedy works to improve clinical symptoms such as epigastric analgesia is evaluated according to VAS scale. After treating

endoscopic images back to normal in the group of traditional medicine remedies is 116/155 cases. In which the endoscopic image of the Stomata returned to normal as 51/76 cases of Lower Fire were 65/79 cases. This proves that the traditional medicine remedy when studying has an anti-inflammatory, analgesic and effective treatment effect. The study drug did not show unwanted clinical effects. **Conclusion:** The remedy of Bach cap, Boi Mau, Dien Ho Sach, Dai Hoang, Cam Thao and Mai Squid have analgesic and analgesic effects in patients with duodenal ulcer and no clinical effects.

Keywords: Effectiveness, remedies of Bach cap, Boi Mau, Dien Ho Sach, Dai Hoang, Cam Thao, Mai mực Squid, treatment of peptic ulcer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét dạ dày tá tràng là một bệnh khá phổ biến trong cộng đồng, chiếm khoảng 10% dân số ở nhiều quốc gia. Ở Mỹ, hàng năm viêm loét dạ dày-tá tràng ảnh hưởng đến khoảng 4,5 triệu người. Khoảng 10% dân số Mỹ có bằng chứng loét tá tràng tại một thời điểm bất kỳ. Theo Hội khoa học Tiêu hóa Việt Nam, viêm loét dạ dày tá tràng chiếm khoảng 26% trong các bệnh về tiêu hóa⁽⁵⁾. Đặc điểm chính của bệnh là một bệnh mạn tính, diễn biến có chu kỳ, xu hướng hay tái phát và dễ gây biến chứng nguy hiểm như chảy máu hay thủng, ung thư dạ dày... Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, thường kéo dài, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và công việc, làm giảm sút sức lao động của toàn xã hội. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu bài thuốc Bạch cập, Bối mẫu, Diên hồ sách, Đại hoàng, Cam thảo, Mai mực với tác dụng hoạt huyết, chỉ thống, thanh nhiệt, tả hỏa, sinh cơ, chỉ huyết và lý khí, giảm acid dạ dày, giảm đau. Tuy nhiên trong đề tài chúng tôi kết hợp bài thuốc YHCT và Omeprazol 20mg nhằm giảm bớt những tác dụng không mong muốn của Omeprazol như: buồn nôn, táo bón, tiêu chảy, hoặc chóng mặt, nhức đầu, ngứa gà... Từ những nhu cầu cấp thiết nêu trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu Đánh giá hiệu quả của bài thuốc Bạch Cập, Bối mẫu, Diên hồ sách, Đại hoàng, Cam thảo, Mai mực trong điều trị viêm loét dạ dày tá tràng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 155 BN trên 18 tuổi được chẩn đoán VLDDTT theo YHĐ và YHCT,

*Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang,

**Trung tâm Y tế Gò Công Tây

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trâm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2019

Ngày duyệt bài: 1.11.2019

từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 10 năm 2018 tại khoa Khám bệnh Bệnh viện Y học Cổ Truyền Tiền Giang.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định theo:

- Tiêu chẩn đoán YHHD và YHCT^(1,6).
- Có nội soi xác định viêm hoặc viêm loét dạ dày tá tràng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- HP (+) dương tính qua nội soi.
- Bệnh nhân đang có thai, đang cho con bú.
- Bệnh nhân loét và ung thư dạ dày, có biến chứng do loét: thủng, xuất huyết...
- Bệnh nhân đang dùng các thuốc điều trị khác như: viêm loét hành tá tràng, thuốc kháng viêm non-steroid và steroid, thuốc huyết áp nhóm ức chế canxi.
- BN có các bệnh tiêu hóa cấp, mãn: đang được điều trị theo phác đồ tích cực.
- BN có bệnh lý Tim mạch cấp, mãn: đang được điều trị theo phác đồ tích cực.
- Bệnh nhân không đồng ý
- Bệnh nhân không thực hiện đúng quy trình điều trị (bỏ thuốc uống > 3 ngày, không nội soi kiểm tra sau điều trị).
- Bệnh nhân thuộc thể Huyết ú và Tỳ vị hư hàn.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng mở.

Phương pháp can thiệp: Kết hợp uống bài thuốc YHCT liều 2 gói X 2 lần/ ngày, trước ăn 1 giờ trong 8 tuần và Omeprazol 20mg x 02 lần/ ngày, trước ăn 30 phút (08 tuần).

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng cỡ mẫu theo công thức:

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Với P2= 0,65⁽⁵⁾ (p2: ước lượng hiệu quả bài thuốc đạt 85% trên bệnh nhân VLDDTT)

P1= 0,85 (p1: tỷ lệ mong muốn đạt được sau khi nghiên cứu)

α: xác suất sai lầm loại 1 = 0,05 → Z : trị số từ phân số chuẩn, Z 0,975= 1.96

β: xác suất sai lầm loại 2 = 0,2 → Z: trị số từ phân phối chuẩn, Z 0,2= 0,842

d: độ chính xác (hay sai số cho phép), d= P1-P2= 0,08

Vậy n= 146; chọn được 146 bệnh nhân.

Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn đánh giá

Tiêu chuẩn đánh giá giảm đau⁽²⁾: Dùng thang điểm đau VAS (Visual Analogue Scale for pain): Số điểm là số cm tương ứng với mức độ đau của bệnh nhân, do bệnh nhân tự đánh giá

tại các thời điểm: ngay khi tiến hành nghiên cứu (T0), sau 1 tuần (T1), sau 2 tuần (T2), sau 3 tuần (T3), sau 4 tuần (T4), sau 5 tuần (T5), sau 6 tuần (T6), sau 7 tuần (T7), sau 8 tuần (T8).

Xử lý và phân tích số liệu: phần mềm Stata (phiên bản 13.0, College Station, Texas 77845 USA).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thay đổi triệu chứng trước và sau điều trị bài thuốc YHCT

Bảng 1: Thay đổi triệu chứng trước và sau điều trị bài thuốc YHCT

Triệu chứng	Trước sau điều trị Bài thuốc YHCT N=155	
	Trước điều trị	Sau điều trị
Đau thượng vị	30	3
Đầy chướng khó tiêu	11	3
Nóng rát thượng vị	58	15
Buồn nôn, nôn, ợ hơi, ợ chua	56	56
Đắng miệng	0	0
Ăn kém	0	0
Đại tiện táo	55	10
Đại tiện nát	50	16
Đại tiện bình thường	50	129
P (trước-sau)	P < 0,05	

Đánh giá mức độ đau thượng vị theo VAS

Bảng 2: Giảm đau thượng vị theo VAS

Mức độ đau theo VAS (n = 30)	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
T0	4,20 ± 0,72	3	5
T1	3,93 ± 0,83	2	5
T2	3,73 ± 0,91	1	5
T3	2,87 ± 0,90	1	4
T4	2,33 ± 0,92	1	4
T5	1,57 ± 0,97	0	4
T6	1,00 ± 0,98	0	3
T7	0,47 ± 0,68	0	2
T8	0,37 ± 0,67	0	2

Bảng 3: Hiệu số trung bình điểm VAS

Hiệu số trung bình điểm VAS	Trung bình	Độ lệch chuẩn	P
T0 - T1	0,27	0,08	0,003 (*)
T1 - T2	0,20	0,41	0,012 (*)
T2 - T3	0,87	0,68	< 0,001 (*)
T3 - T4	0,53	0,57	< 0,001 (*)
T4 - T5	0,77	0,50	< 0,001 (*)
T5 - T6	0,57	0,50	< 0,001 (*)
T6 - T7	0,53	0,57	< 0,001 (*)
T7 - T8	0,10	0,31	0,083 (**)
T0 - T8	3,83	0,79	< 0,001 (**)

(*): Phép kiểm t bắt cặp; (**): Phép kiểm Wilcoxon (do điểm đau VAS tại T7, T8 không phân phối chuẩn).

Bảng 4: Kết quả hình ảnh nội soi trước và sau điều trị

Kết quả nội soi	Trước điều trị	Sau điều trị
Viêm xung huyết	98	37
Trợt phẳng	1	2
Loét nông	6	0
Viêm xung huyết + trợt phẳng	41	0
Viêm xung huyết + loét nông	7	0

Viêm xung huyết + trợt phẳng + loét nông	2	0
P (trước sau)	P < 0,05	

Kết quả nghiên cứu đối với 2 thể bệnh YHCT

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu sau điều trị của 2 thể bệnh YHCT

Bảng 5: Hình ảnh tổn thương nội soi sau điều trị của 2 thể bệnh YHCT

Tổn thương	Nội soi sau điều trị	
	Khí trệ N=76	Hỏa uất N=79
Hết	51	65
Còn	24	14
P (trước-sau)	P < 0,05	

Bảng 6: Kết quả theo dõi tác dụng không mong muốn ở hai nhóm

Triệu chứng	Thời điểm							
	Ngày 1-7	Ngày 8-14	Ngày 15-22	Ngày 23-30	Ngày 31-38	Ngày 39-46	Ngày 47-49	Ngày 50-56
Đau bụng	0	0	0	0	0	0	0	0
Buồn nôn	0	0	0	0	0	0	0	0
Cần bón	0	0	0	0	0	0	0	0
Tiêu chảy	0	0	0	0	0	0	0	0
Dị ứng	0	0	0	0	0	0	0	0
Mệt mỏi	0	0	0	0	0	0	0	0
Khó thở	0	0	0	0	0	0	0	0

IV. BÀN LUẬN

Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng.

Trên 155 bệnh nhân nghiên cứu triệu chứng lâm sàng có rất nhiều, nhưng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có thể chỉ thấy những triệu chứng như: đầy chướng khó tiêu, ăn kém; có khi chỉ là đắng miệng ợ chua, có khi là đau thượng vị, buồn nôn, đi tiêu bón...

Triệu chứng đau thượng vị, đầy trướng bụng, nóng rát thượng vị, buồn nôn, nôn ợ hơi, ợ chua, đắng miệng, ăn kém, đại tiện táo, đại tiện nát làm bệnh nhân khó chịu nhất và lo lắng. Đây là những triệu chứng lâm sàng có sự thuyên giảm đáng kể. Trước điều trị ở bài thuốc YHCT có (30/155) trường hợp có biểu hiện đau thượng vị, sau điều trị có (3/155) trường hợp được chúng tôi đánh giá bằng thang điểm VAS với mức giảm đau Thượng vị khá cao từ tuần đầu tiên khi tham gia nghiên cứu, chúng ta càng thấy rõ hơn mức độ giảm đau thượng vị theo VAS như sau: Tuần đầu tiên bệnh nhân tham gia nghiên cứu theo VAS thì mức đau trung bình của Bệnh nhân từ 0 điểm đến 5 điểm (mức đau vừa), sau khi sử dụng bài thuốc YHCT kết hợp với Omeprazol 20mg thì tuần thứ 1 mức độ đau thượng vị giảm xuống từ 3 điểm đến 5 điểm (mức độ đau nhẹ và đau vừa)... đến tuần thứ 8 thì mức độ đau thượng vị giảm gần như không còn triệu chứng (nếu còn

thì rất nhẹ và được xem như không đau thượng vị). Điều này có thể chứng minh được rằng khi sử dụng bài thuốc YHCT kết hợp Omeprazol 20mg giúp cải thiện hoàn toàn triệu chứng đau thượng vị. Mặt khác triệu chứng nóng rát thượng vị trước điều trị có (38/155) trường hợp, sau điều trị còn (15/155) trường hợp còn cảm giác nóng rát thượng vị. Ngoài ra tỉ lệ bệnh nhân đầy chướng khó tiêu ở nhóm bệnh nêu trên chiếm (11/155), sau điều trị ở hai nhóm trên là (3/177). Sự khác biệt các triệu chứng trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên có một vài triệu chứng lâm sàng không gặp trên bệnh nhân như đắng miệng và ăn kém điều này có thể được lý giải như sau đây là một trong những triệu chứng thể hiện mức độ loét dạ dày của bệnh nhân trên lâm sàng, chính vì thế có thể mức độ viêm loét của bệnh nhân của chúng tôi đang nghiên cứu ở mức độ nhẹ nên chưa thể hiện triệu chứng ăn kém và miệng đắng. Đau thượng vị, đầy chướng khó tiêu là do tình trạng niêm mạc dạ dày bị tổn thương viêm hoặc do nhiều nguyên nhân khác nhau. Các triệu chứng này sau điều trị đều có thuyên giảm nhiều, điều này chứng tỏ bài thuốc YHCT của chúng tôi nghiên cứu có tác dụng giảm đau khi kết hợp với Omeprazol 20mg để làm tăng tác dụng của bài thuốc YHCT. Và đã được chứng

minh qua phương pháp nghiên cứu trên lâm sàng theo thang điểm VAS mà chúng tôi đã thực hiện phía trên.

Hiệu quả điều trị trên nội soi

Trên nội soi: Trước và sau điều trị các tổn thương trên hình ảnh nội soi có sự thuyên giảm ở nhóm bài thuốc YHCT kết hợp với Omeprazol 20mg như sau: hình ảnh viêm xung huyết trước điều trị 98/155 trường hợp sau điều trị 37/155 trường hợp. Hình ảnh viêm xung huyết và trợt phẳng trước điều trị 41/155 sau điều trị ở nhóm đã hoàn toàn hết. Hình ảnh nội soi trở về bình thường là 116/155 trường hợp Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Hình ảnh viêm xung huyết hoặc viêm xung huyết + trợt phẳng là hai hình ảnh chiếm tần số cao nhất qua thống kê số liệu về hình ảnh nội soi. Đặc biệt hơn hai hình ảnh tổn thương này theo phân loại Sydney thuộc mức độ nhẹ và vừa (có thể do những nguyên nhân đã nêu trong phần bàn luận định khu tổn thương)⁽⁴⁾. Chính vì thế khi sử dụng bài thuốc YHCT kết hợp Omeprazol 20mg thì hình ảnh tổn thương đã giảm và có trường hợp hết hoàn toàn sau điều trị. So sánh với kết quả nghiên cứu khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Toại⁽³⁾ nghiên cứu tác dụng hoạt chất toàn phần của lá trầu không kết hợp với Sucrategel cho tỷ lệ nội soi trở về bình thường 38/94 trường hợp. Điều này khẳng định được rằng khi kết hợp Bài thuốc YHCT và Omeprazol 20mg đem lại hiệu quả giảm viêm, loét trên bệnh nhân.

Kết quả nghiên cứu trên hai nhóm bệnh Khí trệ và Hỏa uất của YHCT

Kết quả về tổn thương nội soi giữa hai nhóm. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ lựa chọn 2 thể bệnh Khí trệ và Hỏa uất, không chọn thể Huyết ứ và Tỳ vị hư hàn vì theo biện chứng luận trị thì bài thuốc nghiên cứu có tác dụng sơ can lý khí, hoạt huyết sinh cơ chỉ huyết, tả hỏa nên không phù hợp điều trị hai thể bệnh này. Và chúng ta thấy rằng hình ảnh nội soi thể khí trệ hết tổn thương 51/76 trường hợp, Hỏa uất hết tổn thương 65/79 trường hợp. Điều này chứng minh được rằng khi sử dụng bài thuốc YHCT kết hợp Omeprazol 20mg giúp giảm viêm trên bệnh nhân thể hỏa uất tốt hơn thể khí trệ. Các triệu chứng đau thượng vị, đầy chướng bụng, ợ hơi, ợ chua trước và sau điều trị đều có sự cải thiện rõ và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trong Y học cổ truyền việc tiêu hóa thức ăn và hấp thu chuyển vận vật chất là một hoạt động phức tạp dưới sự cộng tác của các tạng phủ như Tỳ, Vị, Can, Đờm, Đại tiểu tràng... Trong đó Tỳ đóng vai

trò chủ đạo. Khi chức năng vận của Tỳ tốt thì ăn uống sẽ ngon miệng và cơ thể mới có thể hóa sinh khí huyết, tân dịch khiến cho các tổ chức toàn thân được đầy đủ dinh dưỡng.

Bài luận về tác dụng kháng viêm, giảm loét của bệnh nhân. Sau 56 ngày điều trị Bài thuốc YHCT liên tục kết quả nghiên cứu cho thấy 155 bệnh nhân đều có sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng, thay đổi hình ảnh viêm xung huyết trên nội soi đạt 98/155 trường hợp và hình ảnh nội soi trở về bình thường sau thời gian điều trị là 116/155 trường hợp. So sánh kết quả của chúng tôi với một số nghiên cứu về thuốc y học cổ truyền khác như của Nguyễn Văn Toại⁽³⁾ chỉ dùng đơn thuần hoạt chất toàn phần của lá Trầu không thì kết quả của chúng tôi cao hơn; của Vũ Nam⁽⁷⁾ tác dụng của Chè Dây trong điều trị loét hành tá tràng là 19/30 trường hợp

Với kết quả giảm viêm, loét của bài thuốc YHCT trên là do sự phối hợp của 6 vị thuốc có trong bài thuốc và Omeprazol 20mg mà trên thực nghiệm cũng đã chứng minh thuốc có khả năng giảm viêm, giảm đau. Trong đó Bồ mẫu là vị thuốc chủ được có tác dụng thanh nhiệt, Bạch cập có tác dụng sinh cơ, chỉ huyết, tiêu sưng. Một số thuốc có tác dụng lý khí (giảm đau) như Diên hồ sách và Ô tặc cốt có tác dụng hòa vị giáng khí chỉ nôn như: ức toan (trung hòa acid).

Tác dụng không mong muốn của bài thuốc nghiên cứu. Qua điều trị 155 bệnh nhân VLDDTT H.P âm tính bằng Bài thuốc nghiên cứu với hai thể bệnh Khí trệ và Hỏa uất chúng tôi thấy trên lâm sàng không có bệnh nhân nào có biểu hiện của phản ứng dị ứng thuốc như: phát ban, mề đay, mẫn ngứa. Các biểu hiện tác dụng không mong muốn ở đường tiêu hóa như xuất hiện các triệu chứng nôn, đi ngoài phân lỏng, đau bụng ... đối với những bệnh nhân trước điều trị không có triệu chứng này hoặc các triệu chứng nặng lên khi trước điều trị có biểu hiện triệu chứng này. Đối với bệnh nhân có biểu hiện táo bón sau điều trị đều được cải thiện đi ngoài phân trở về bình thường. Trên 155 bệnh nhân chúng tôi cũng không thấy biểu hiện khác thường về tiết niệu như đi tiểu ít, bí đái và cũng không có bệnh nhân nào biểu hiện phù thũng, vàng mắt, vàng da. Các chỉ số như huyết áp, mạch, nhiệt độ của 155 bệnh nhân trước và sau điều trị cũng không có sự thay đổi nhiều. Đánh giá về tác dụng phụ của thuốc trong YHCT cũng cho thấy bài thuốc nghiên cứu cũng không có tác dụng quá tả hay quá hữu. Không có bệnh nhân nào sau dùng thuốc có biểu hiện của tân dịch bị hao hư hay quá táo nhiệt như miệng khô, họng

khát, tiểu vàng, mạch sắc ..., cũng không bệnh nhân nào biểu hiện sự nôn trệ ăn uống đầy trường lên hay đi ngoài phân lỏng.

V. KẾT LUẬN

- *Trên lâm sàng*: Bài thuốc nghiên cứu có tác dụng cải thiện các triệu chứng trên lâm sàng như: Giảm đau thượng vị được đánh giá theo thang điểm VAS. Sự khác biệt về hiệu quả trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- *Trên nội soi*: Sau điều trị hình ảnh nội soi trở về bình thường ở nhóm bài thuốc YHCT là 116/155 trường hợp. Trong đó hình ảnh nội soi của thể Khí trệ trở về bình thường là 51/76 trường hợp thấp hơn thể Hỏa uất là 65/79 trường hợp. Điều này chứng minh được rằng bài thuốc YHCT khi nghiên cứu có tác dụng kháng viêm, giảm đau và có thể điều trị hiệu quả thể bệnh Hỏa uất với hình ảnh nội soi trở về bình thường là 65/79 trường hợp. Sự khác biệt về hiệu quả trước sau điều trị đều có ý nghĩa thống kê.

- Bài thuốc nghiên cứu không thấy tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Hữu Hoàng (2009)**, "cập nhật thông tin về Helicobacter pylori", Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam, 4(17), tr.1109-1112. 20.
2. **Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., French, M. (2011)**, "Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP)", Arthritis Care Res (Hoboken). 63 Suppl 11, pp. S240-52.
3. **Nguyễn Văn Toại (2003)**, "Nghiên cứu tác dụng diệt Helicobacter pylori bằng hoạt chất toàn phần của lá Trà không trên thực nghiệm và trong Viêm loét dạ dày", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Khánh Trạch (2008)**, Nội soi tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 53-55, 68-69.
5. **Phạm Thị Thu Hồ (2004)**, Chẩn đoán và điều trị xuất huyết tiêu hóa cao, Bệnh học nội khoa tập I, Nhà xuất bản Y học, Tr. 27-34.
6. **Trần Thúy, Phạm Huy Nhac, Hoàng Bảo Châu (1994)**, Y học cổ truyền, tạng tượng, NXB Y học, tr. 32-39, 470-475.
7. **Vũ Nam (1995)**, "Góp phần nghiên cứu tác dụng của Chè Dây trong điều trị loét hành tá tràng", luận án phó tiến sĩ khoa học Y Dược, trường Đại học Y Hà Nội.

THỰC TRẠNG QUAN TRẮC NƯỚC THẢI Y TẾ TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TUYẾN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Đức Sơn*, Nguyễn Thu Hà*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá thực trạng quan trắc nước thải y tế của 10 bệnh viện tuyến trung ương tại Hà Nội. Các bệnh viện được quan trắc nguồn phát thải; số lượng (tải lượng) nước thải y tế phát sinh và thông số quan trắc theo QCVN 28: 2010/BTNMT - Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về nước thải y tế (Thông số hoá lý: pH, Căn lơ lửng, COD, BOD₅, amoni (NH₄⁺, tính theo N), nitrat (NO₃⁻, tính theo N), photphat (PO₄³⁻, tính theo P), sunfua và dầu mỡ động thực vật; thông số vi sinh vật: Coliforms, Vibrio cholera, Shigella, Salmonella). Kết quả cho thấy: Trong quý II/2019, tại 10 bệnh viện được quan trắc, tổng lượng nước thải y tế phát sinh và được xử lý trung bình khoảng 3133 m³/ngày đêm. Hệ thống thu gom nước thải y tế của các bệnh viện là hệ thống cống ngầm được tách riêng với hệ thống thu gom nước bề mặt, có hệ thống xử lý nước thải và đổ vào hệ thống thoát nước chung của Thành phố. Các Bệnh

viện có mẫu nước chưa xử lý tại đầu ra trước khi chảy vào hệ thống xử lý có một số chỉ tiêu vượt quy chuẩn thải ra môi trường theo QCVN 28: 2010/BTNMT: Về hóa lý, 10/10 bệnh viện có hàm lượng BOD₅ vượt giá trị cho phép từ 1,03-10,08 lần; 9/10 bệnh viện có hàm lượng COD vượt giá trị cho phép từ 1,11-8,70 lần; 3/10 bệnh viện có hàm lượng chất rắn lơ lửng vượt giá trị cho phép từ 1,50-3,25 lần; 10/10 bệnh viện có hàm lượng Amoni vượt giá trị cho phép từ 1,07-7,05 lần; về vi sinh, 10/10 bệnh viện có chỉ tiêu Coliforms vượt quy chuẩn cho phép. Mẫu nước sau xử lý tại đầu ra của hệ thống xử lý nước thải của tất cả 10/10 bệnh viện (100%) có các chỉ tiêu (hóa lý, vi sinh) đạt tiêu chuẩn thải ra môi trường theo QCVN 28:2010/BTNMT. Các tác giả khuyến nghị cần đảm bảo thực hiện tốt việc xử lý và xả nước thải ra môi trường đảm bảo đúng quy định ở tất cả các bệnh viện

Từ khóa: Quan trắc, nước thải y tế, bệnh viện, trung ương

SUMMARY

STATUS OF MEDICAL WASTE WATER AT SOME CENTRAL HOSPITAL

The study was conducted to assess the status of medical waste water monitoring of 10 central hospitals in Hanoi. Hospitals are monitored emission sources; quantity of medical waste water and monitoring

*Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Sơn

Email: ducson199@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2019

Ngày duyệt bài: 4.11.2019

according to QCVN 28: 2010/BTNMT-National Technical Regulation on Health Care Waste water (physicochemistry parameters: pH, suspended sediment, COD, BOD₅, ammonium (NH₄⁺), nitrate (NO₃⁻), phosphate (PO₄³⁻), sulfur and grease; microbiological parameters: Coliforms, Vibrio cholera, Shigella, Salmonella). The research results showed that: In the second quarter of 2019, in 10 monitored hospitals, the total amount of medical waste water generated and treated an average of 3133 m³/day. The hospital's medical waste collection system is an underground sewer system that is separated from the surface water collection system, has a sewage treatment system and flows into the city's general drainage system. Hospitals with untreated water samples at the outlet before flowing into the treatment system have a criteria in excess of National Technical Regulation on Health Care Waste water according to QCVN 28: 2010/BTNMT: Regarding physicochemistry, 10/10 hospitals have BOD₅ content exceeds the permitted value from 1.03-10.08 times; 9/10 hospitals had COD content that exceeded the permitted level from 1.11-8.70 times; 3/10 hospitals had suspended solids content from 1.50-3.25 times; 10/10 hospitals had Ammonium content exceeding the permitted value from 1.07-7.05 times; Regarding microbiology, 10/10 hospitals have Coliforms exceeded the permitted standards. Samples of water after treatment at the output of the waste water treatment system of all 10/10 hospitals (100%) have the criteria (physicochemical, microbiology) according to National Technical Regulation on Health Care Waste - QCVN 28: 2010/BTNMT. The authors recommend that it is necessary to ensure the regulations about the treatment and discharge of waste water in all hospitals.

Keywords: Monitoring, medical waste water, hospital, central

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước thải Bệnh viện bao gồm 3 nguồn: nước thải y tế, nước thải sinh hoạt và nước mưa chảy tràn.

- Nước thải y tế phát sinh từ các nguồn chính sau: từ quá trình khám chữa bệnh (bao gồm các hoạt động hỗ trợ khác nhau như xét nghiệm, khử trùng, v.v.), từ quá trình lau rửa sàn trong Bệnh viện. Nước thải từ rửa sàn và bệnh nhân tắm rửa thường chứa nhiều chất hoạt động bề mặt. Trong khi nước thải từ quá trình khám chữa bệnh thường chứa nhiều vi khuẩn, mầm bệnh, máu, các hóa chất, dược phẩm,

- Nước thải sinh hoạt phát sinh từ 2 nguồn chính là nước thải từ hoạt động sinh hoạt của cán bộ, công nhân làm việc tại Bệnh viện và nước thải từ khu căng tin. Đặc trưng cơ bản của loại nước thải sinh hoạt là có chứa cặn bã, các chất rắn lơ lửng (SS), các hợp chất hữu cơ dễ phân hủy sinh học, các hợp chất dinh dưỡng (N, P), BOD, coliform, vi khuẩn, v.v.

- Nước mưa chảy tràn trên toàn bộ diện tích mặt bằng khuôn viên Bệnh viện, trong quá trình chảy trên bề mặt có thể kéo theo một số các

chất bẩn, bụi, v.v. Đặc trưng của nước mưa chảy tràn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như hiện trạng quản lý chất thải rắn, tình trạng vệ sinh, hệ thống thu gom nước thải, v.v. Tuy nhiên nước mưa chảy tràn có tính chất ô nhiễm nhẹ và qui ước nước sạch cho nên nước được thoát qua hệ thống rãnh nước mưa riêng, qua các hố lắng trước khi chảy vào điểm xả thải ra môi trường.

Nước thải bệnh viện nếu không được xử lý theo đúng quy chuẩn sẽ gây mùi hôi thối, gây ô nhiễm môi trường, ảnh hưởng đến sức khỏe, cuộc sống của người dân.

Bởi vậy việc đánh giá thực trạng nước thải y tế của các bệnh viện, đặc biệt là các bệnh viện tuyến trung ương theo QCVN 28:2010/BTNMT là rất cần thiết. Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá thực trạng quan trắc nước thải y tế của 10 bệnh viện tuyến trung ương tại Hà Nội (Bệnh viện Da liễu trung ương, bệnh viện Tai mũi họng trung ương, bệnh viện Lão khoa trung ương, bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương, bệnh viện Bệnh viện K (cơ sở 1), bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện Mắt trung ương, bệnh viện Nội Tiết (cơ sở Thái Thịnh), bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Viện Huyết học và truyền máu trung ương)*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Nước thải y tế của 10 bệnh viện tuyến trung ương tại Hà Nội.

- Địa điểm quan trắc:

+ Khu vực tập trung nước thải y tế trước khi xử lý tại các bệnh viện

+ Nước thải sau xử lý của các bệnh viện

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Phương pháp thực hiện:

- Quan sát thực tế hệ thống thu gom và hệ thống xử lý nước thải y tế của Bệnh viện.

- Hồi cứu số liệu từ sổ sách, chứng từ có liên quan thông qua việc sử dụng phiếu thu thập thông tin/bảng kiểm.

- Lấy mẫu và phân tích mẫu nước thải y tế theo Báo cáo ĐTM/Đề án bảo vệ môi trường/Kế hoạch bảo vệ môi trường của Bệnh viện.

- Phương pháp lấy mẫu và bảo quản mẫu thực hiện theo:

+ TCVN 6663-1:2011: Chất lượng nước – Lấy mẫu – Hướng dẫn lập chương trình lấy mẫu và Kỹ thuật lấy mẫu.

+ TCVN 5999 - 1995: Chất lượng nước - Lấy mẫu – Hướng dẫn lấy mẫu nước thải.

+ TCVN 6663-3:2008: Chất lượng nước – Lấy mẫu – Hướng dẫn bảo quản và xử lý mẫu.

- Phương pháp phân tích và đánh giá:

+ Thực hiện phân tích mẫu nước thải y tế trong phòng thí nghiệm để đo các chỉ tiêu/thông số hóa lý, vi sinh vật

+ Thực hiện đánh giá kết quả phân tích mẫu nước thải y tế (các chỉ tiêu/thông số hóa lý, vi sinh vật) theo QCVN 28:2010/BTNMT.

2.3. Nội dung quan trắc:

- Nguồn phát thải.
- Số lượng (tải lượng) nước thải y tế phát sinh.

- Thông số quan trắc theo QCVN 28:2010/BTNMT - Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về nước thải y tế, gồm:

+ Thông số hoá lý: pH, Cặn lơ lửng, COD, BOD₅, amoni (NH₄⁺, tính theo N), nitrat (NO₃⁻, tính theo N), photphat (PO₄³⁻, tính theo P), sunfua và dầu mỡ động thực vật.

+ Thông số vi sinh vật: Coliforms tổng số, Vibrio cholera, Shigella, Salmonella

2.4 Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Lượng nước thải y tế phát sinh và xử lý tại 10 Bệnh viện

TT	Nước thải y tế	Lượng nước thải y tế trung bình (m ³ /ngày đêm)
1	Tổng lượng nước thải y tế phát sinh trung bình	3133
2	Tổng lượng nước thải y tế được xử lý	3133

Tại 10 bệnh viện được quan trắc, tổng lượng nước thải y tế phát sinh và được xử lý trung bình khoảng 3133 m³/ngày đêm

Bảng 2. Hệ thống thu gom, xử lý nước thải y tế của 10 Bệnh viện

STT	Thông tin chung	Mô tả chi tiết
1	Hệ thống thu gom nước thải	Hệ thống thu gom nước thải y tế của các bệnh viện là hệ thống cống ngầm được tách riêng với hệ thống thu gom nước bề mặt
2	Hệ thống xử lý nước thải	Có hệ thống xử lý nước thải (công nghệ lên men vi sinh, công nghệ AAO-MBR, Hệ thống xử lý AAO + Màng lọc...)
3	Điểm xả thải	Hệ thống cống thoát nước thải của thành phố Hà Nội

Hệ thống thu gom nước thải y tế của các bệnh viện là hệ thống cống ngầm được tách riêng với hệ thống thu gom nước bề mặt, có hệ thống xử lý nước thải và đổ vào hệ thống thoát nước chung của Thành phố.

Bảng 3. Chất lượng nước thải y tế của 10 Bệnh viện

Thông số phân tích	Nước chưa xử lý tại đầu ra trước khi chảy vào hệ thống xử lý				Nước sau xử lý tại đầu ra của hệ thống xử lý nước thải			
	Đạt QCVN		Không đạt QCVN		Đạt QCVN		Không đạt QCVN	
	n	%	n	%	n	%	n	%
pH	10	100	0	0	10	100	0	0
BOD ₅	0	0	10	100	10	100	0	0
COD	1	10	9	90	10	100	0	0
Chất rắn lơ lửng (TSS)	7	70	3	30	10	100	0	0
Amoni NH ₄ ⁺ (tính theo N)	0	0	10	100	10	100	0	0
Nitrat NO ₃ ⁻ (tính theo N)	10	100	0	0	10	100	0	0
Phosphat PO ₄ ³⁻	10	100	0	0	10	100	0	0
Sunfua S ²⁻	10	100	0	0	10	100	0	0
Dầu mỡ động thực vật	10	100	0	0	10	100	0	0
Coliforms	0	0	10	100	10	100	0	0
Salmonella	10	100	0	0	10	100	0	0
Shigella	10	100	0	0	10	100	0	0
Vibrio Cholera	10	100	0	0	10	100	0	0

- Đối với mẫu nước chưa xử lý tại đầu ra của các bệnh viện trước khi chảy vào hệ thống xử lý tại thời điểm tiến hành quan trắc:

+ Về hóa lý: 10/10 bệnh viện có hàm lượng BOD₅ vượt giá trị cho phép từ 1,03-10,08 lần;

9/10 bệnh viện có hàm lượng COD vượt giá trị cho phép từ 1,11-8,70 lần; 3/10 bệnh viện có hàm lượng chất rắn lơ lửng vượt giá trị cho phép từ 1,50-3,25 lần; 10/10 bệnh viện có hàm lượng Amoni vượt giá trị cho phép từ 1,07-7,05 lần

+ Về vi sinh: Chỉ tiêu Coliforms vượt quy chuẩn thải ra môi trường theo QCVN 28:2010/BTNMT. Cụ thể, hàm lượng Coliforms là $2,4 \times 10^5$ MPN/100ml gấp 48 lần hàm lượng cho phép theo QCVN 28: 2010/BTNMT.

- Đối với mẫu nước sau xử lý tại đầu ra của hệ thống xử lý nước thải của các bệnh viện tại thời điểm tiến hành quan trắc:

+ Về hóa lý: Mẫu nước thải y tế đã xử lý tại các bệnh viện vào thời điểm tiến hành quan trắc đạt tiêu chuẩn thải ra môi trường theo QCVN 28:2010/BTNMT.

+ Về vi sinh: Mẫu nước thải y tế đã xử lý tại các bệnh viện vào thời điểm tiến hành quan trắc đạt tiêu chuẩn thải ra môi trường theo QCVN 28:2010/BTNMT.

V. KẾT LUẬN

Trong quý II/2019, tại 10 bệnh viện được quan trắc, tổng lượng nước thải y tế phát sinh và được xử lý trung bình khoảng 3133 m³/ngày đêm.

Hệ thống thu gom nước thải y tế của các bệnh viện là hệ thống cống ngầm được tách riêng với hệ thống thu gom nước bề mặt, có hệ thống xử lý nước thải và đổ vào hệ thống thoát nước chung của Thành phố.

Các Bệnh viện có mẫu nước chưa xử lý tại đầu ra trước khi chảy vào hệ thống xử lý có một số chỉ tiêu vượt quy chuẩn thải ra môi trường

theo QCVN 28:2010/BTNMT: Về hóa lý, 10/10 bệnh viện có hàm lượng BOD₅ vượt giá trị cho phép từ 1,03-10,08 lần; 9/10 bệnh viện có hàm lượng COD vượt giá trị cho phép từ 1,11-8,70 lần; 3/10 bệnh viện có hàm lượng chất rắn lơ lửng vượt giá trị cho phép từ 1,50-3,25 lần; 10/10 bệnh viện có hàm lượng Amoni vượt giá trị cho phép từ 1,07-7,05 lần; về vi sinh, 10/10 bệnh viện có chỉ tiêu Coliforms vượt quy chuẩn cho phép. Mẫu nước sau xử lý tại đầu ra của hệ thống xử lý nước thải của tất cả 10/10 bệnh viện (100%) có các chỉ tiêu (hóa lý, vi sinh) đạt tiêu chuẩn thải ra môi trường theo QCVN 28:2010/BTNMT.

KHUYẾN NGHỊ

Các tác giả khuyến nghị cần đảm bảo thực hiện tốt việc xử lý và xả nước thải ra môi trường đảm bảo đúng quy định ở tất cả các bệnh viện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Luật Bảo vệ môi trường số 55/2014/QH13** được Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam thông qua ngày 23/06/2014 tại kỳ họp thứ 7, khóa XIII và có hiệu lực thi hành vào ngày 01/01/2015.
- Luật Tài nguyên nước số 17/2012/QH13** được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XIII, kỳ họp thứ 3 ban hành ngày 21/06/2012
- QCVN 28: 2010/BTNMT.**

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN VÀ GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM VIÊM PHỔI SEOUL Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO GIAI ĐOẠN CẤP

Nguyễn Đức Thuận*, Đặng Phúc Đức*, Phạm Mạnh Cường*, Nguyễn Minh Hiện*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ viêm phổi bệnh viện và khảo sát giá trị thang điểm Viêm phổi Soeul ở bệnh nhân đột quy não trong giai đoạn cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 215 bệnh nhân đột quy não lần đầu được nhập viện điều trị nội trú tại khoa Đột quy não - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2015. Chẩn đoán viêm phổi bệnh viện theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp do Bộ Y Tế ban hành năm 2012. Nghiên cứu được tiến hành

**Bệnh viện Quân Y 103.*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thuận

Email: thuanneuro82@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2019

Ngày duyệt bài: 1.11.2019

theo phương pháp tiến cứu, thống kê mô tả. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $66,0 \pm 12,8$, tỉ lệ nam/ nữ: 2/1, điểm NIHSS trung bình $9,5 \pm 7,8$ và bệnh nhân có thông khí cơ học chiếm 7,9%. Tỷ lệ viêm phổi bệnh viện là 13,5%. Ở bệnh nhân ở thể đột quy chảy máu, có thông khí cơ học, tình trạng rối loạn ý thức nặng (Glasgow < 9), mức độ đột quy nặng (NIHSS ≥ 15) thì có tỉ lệ viêm phổi cao hơn hẳn với $p < 0,001$; không có mối liên quan giữa tuổi, giới và mức huyết áp với tỉ lệ viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quy não. Tỷ lệ bị viêm phổi thấp nhất ở những bệnh nhân có điểm Viêm phổi Seoul (VPS) = 0 (0%), tỷ lệ viêm phổi cao nhất là ở những bệnh nhân có điểm Viêm phổi Seoul (VPS) = 5 (83,33%). **Kết luận:** Ở bệnh nhân đột quy não giai đoạn cấp, viêm phổi bệnh viện chiếm 13,5%. Có mối liên quan giữa đột quy não thể chảy máu, có thông khí cơ học, tình trạng rối loạn ý thức nặng, mức độ đột quy nặng với tỉ lệ viêm phổi bệnh viện. Thang điểm VPS có khả năng dự báo viêm phổi với độ đặc

hiệu cao nhưng độ nhạy thấp.

Từ khóa: Đột quỵ não, viêm phổi bệnh viện, thang điểm VPS.

SUMMARY

STUDYING ON SOME FACTORS INFLUENCING TO HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA AND VALIDITY OF SEOUL-PNEUMONIA SCALE IN ACUTE STROKE PATIENT

Subjects: To determine some factors influencing to the prevalence of hospital acquired pneumonia (HAP) and to evaluate Seoul-pneumonia scale in acute stroke patients. **Methods:** A total of the 215 first ever stroke patients treated in Stroke Unit – 103 Military Hospital from January to December 2015 was enrolled in a prospective, cross-cohort study. HAP was diagnosed according to the diagnosis and treatment of HAP guideline of Ministry of Health 2012. **Results:** the average age of the study population was 66.0 ± 12.8 , male/ female ratio was 2/1, the average NIHSS score was 9.5 ± 7.8 . The patients with mechanical ventilation accounted for 7.9%. The HAP prevalence was 13.5%. The hemorrhagic stroke patients, the patients with mechanical ventilation, a severe consciousness disorder (Glasgow < 9), a severe stroke (NIHSS ≥ 15) had a higher HAP prevalence ($p < 0,001$). There was no association between age, sex and blood pressure with the prevalence of HAP. A lowest HAP rate (0%) and a highest HAP rate (83.3%) was observed was seen in the stroke patients with Seoul-pneumonia scale score of 0 and 5, respectively. **Conclusion:** In acute stroke patients, a HAP accounted for 13.5%. There was a relationship between the hemorrhagic stroke, mechanical ventilation, severe consciousness disorder, a severe stroke with HAP. The Seoul-pneumonia scale predicted a HAP with a high specificity but a low sensitivity.

Key words: stroke, hospital acquired pneumonia (HAP), Seoul-pneumonia scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi bệnh viện là một trong những biến chứng nguy hiểm và hay gặp của đột quỵ não. Tùy theo từng nghiên cứu, tỷ lệ biến chứng này có thể dao động từ 5% cho đến 50%, thường gặp trong tuần đầu điều trị và đặc biệt là 3 ngày đầu sau khởi phát đột quỵ não [1]. Viêm phổi làm tăng tỷ lệ tử vong, tàn tật ở người sống sót, làm tăng chi phí nằm viện, thời gian, nhân lực chăm sóc... và trở thành gánh nặng cho công tác y tế [2]. Vì vậy, việc xác định bệnh nhân có nguy cơ cao mắc viêm phổi trong giai đoạn đột quỵ não cấp tính có ý nghĩa rất quan trọng trong việc tiếp cận phòng ngừa và điều trị biến chứng viêm phổi, góp phần nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân đột quỵ não. Thang điểm Viêm phổi Seoul [3] là một thang điểm đơn giản với các tiêu chí chấm điểm dễ dàng áp dụng cho bệnh nhân đột quỵ não trong giai đoạn cấp để xác định đối tượng có yếu tố nguy cơ cao. Do trong nước

cũng chưa có nhiều nghiên cứu tìm hiểu về giá trị của thang điểm Viêm phổi Seoul nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này mục tiêu: *Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ viêm phổi bệnh viện và khảo sát giá trị thang điểm Viêm phổi Seoul ở bệnh nhân đột quỵ não trong giai đoạn cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 215 bệnh nhân đột quỵ não được nhập viện điều trị nội trú tại khoa Đột quỵ não - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2015.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân mắc đột quỵ não được chẩn đoán dựa vào định nghĩa đột quỵ não của Tổ chức y tế thế giới và hình ảnh chụp CT-scann sọ não; Đột quỵ não lần đầu; bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn xác định bệnh nhân viêm phổi bệnh viện sau đột quỵ: Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi bệnh viện theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp do Bộ Y Tế ban hành năm 2012, theo quyết định số 4235/QĐ-BYT [4] kết hợp nội dung đồng thuận của nhóm PISCES [5].

Tiêu chuẩn loại trừ: Đột quỵ não tái diễn; bệnh nhân tử vong hoặc xin về trong vòng 48 giờ sau nhập viện; viêm phổi trong vòng 48 giờ sau nhập viện; chảy máu não trong u não; lao phổi, u phổi; bệnh nhân can thiệp ngoại khoa; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu; kết hợp thống kê mô tả và phân tích.

Nội dung nghiên cứu: thu thập thông tin đặc điểm dịch tễ bệnh nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, xác định tỷ lệ viêm phổi bệnh viện sau đột quỵ não, phân tích yếu tố nguy cơ viêm phổi theo các chỉ tiêu về bệnh nhân đột quỵ não khi mới nhập viện, xác định điểm số Viêm phổi Seoul, tính phần trăm dự báo viêm phổi theo từng điểm số.

Xử lý số liệu: Các phân tích thống kê được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Science 20.0).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung

Đặc điểm		N=215
Tuổi	($X \pm SD$)	$66,0 \pm 12,8$
	< 50	22 (10,2%)
	50 - 59	49 (22,8%)
	60 - 69	48 (22,3%)
	≥ 70	96 (44,7%)
Giới (nam/nữ)		2/1
Thể đột quỵ (Nhồi máu/		63,3/36,7 (%)

Chảy máu%)		
Điểm Glasgow	(X±SD)	14,0 ± 2,1
	Tỉnh táo (15 điểm)	151 (70,2%)
	RLYT Nhe (9-14 điểm)	56 (26%)
	RLYT Nặng (3-8 điểm)	8 (3,7%)
Điểm NIHSS	(X±SD)	9,5 ± 7,8
	0 - 4	85 (39,5%)
	5 - 15	93 (43,3%)
	16 - 20	16 (7,4%)
	21 - 42	21 (9,8%)
Thông khí cơ học (n, %)		17 (7,9%)

*RLYT: Rối loạn ý thức
 Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 66 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 70 trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất (44,7%). Trong nghiên cứu bệnh nhân nam là chủ yếu với tỉ lệ nam/ nữ =2/1. Thể đột quy nhồi máu nhiều gấp gần 2 lần so với đột quy chảy máu não. Bệnh nhân với biểu hiện rối loạn ý thức chiếm 29,7%, trong đó RLYT nặng chiếm 3,7%. Điểm NIHSS 5-15 chiếm tỉ lệ cao nhất (43,3%), nhóm bệnh nhân nghiên cứu có điểm NIHSS ≤ 15 là chủ yếu với 82,8%. Trong số 215 bệnh nhân có 17 (7,9%) ca có thông khí nhân tạo ở các hình thức khác nhau.

Bảng 2. Môi liên quan giữa viêm phổi và một số yếu tố dịch tễ nhóm bệnh nhân nghiên cứu

		Không mắc VP (n=186)	Mắc VP (n=29)	p
Tuổi (≥70)		42,5%	58,5%	0,07
Giới (Nam)		65,6%	72,4%	0,6
Thể đột quy não	Nhồi máu não	91,1%	8,1%	0,004
	Chảy máu não	76,2%	22,8%	
Thông khí cơ học	Có	44,4%	55,6%	0,001
	Không	90,9%	9,1%	
Huyết áp	≤ 180 mmHg	86,8%	13,2%	0,49
	> 180 mmHg	84,8%	15,2%	
Rối loạn ý thức (Điểm Glasgow)	< 9	2,7%	89,7%	0,001
	≥ 9	1,6%	10,3%	
Mức độ đột quy (Điểm NIHSS)	< 15	92,5%	7,5%	0,001
	≥ 15	61,0%	39,0%	
Có rối loạn nuốt		4,3%	75,0%	0,001

Qua bảng trên cho thấy không có mối liên quan giữa tuổi, giới và mức huyết áp với tỉ lệ viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quy não. Ở bệnh nhân có thông khí cơ học, tình trạng rối loạn ý thức nặng (Glasgow < 9), mức độ đột quy nặng (NIHSS ≥ 15) thì có tỉ lệ viêm phổi cao hơn rõ ràng. Sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 3.3: Tỷ lệ viêm phổi bệnh viện ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo VPS

Điểm VPS	Số lượng	KVP	VP	Tỷ lệ viêm phổi
0 điểm	7	7	0	0%
1 điểm	52	50	2	3,84%
2 điểm	71	67	4	5,63%
3 điểm	52	43	9	17,31%
4 điểm	27	18	9	33,33%
5 điểm	6	1	5	83,33%
Tổng	215	186	29	

VPS: Viêm phổi Seoul

Trong nhóm nghiên cứu, bệnh nhân đột quy não có điểm viêm phổi Seoul càng cao thì tỷ lệ bị viêm phổi bệnh viện càng cao. Tỷ lệ bị viêm phổi thấp nhất ở những bệnh nhân có điểm VPS = 0 (tỷ lệ bị viêm phổi là 0%), tỷ lệ viêm phổi cao nhất là ở những bệnh nhân có điểm VPS = 5 (tỷ lệ viêm phổi là 83,33%). Trong đó bệnh nhân có điểm viêm phổi Seoul từ 0-2 thì tỷ lệ bị viêm phổi bệnh viện là 4,6%; Tỷ lệ bị viêm phổi ở nhóm bệnh nhân có điểm VPS từ 3-5 là 27%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 66, trong đó nhóm 60 tuổi trở lên là chủ yếu với 67,0%. Kết quả này cũng phù hợp với các thống kê trong và ngoài nước trước đây đều khẳng định đột quy xảy ra chủ yếu ở những bệnh nhân cao tuổi và tuổi cao là một yếu tố rõ ràng của đột quy não dù những năm gần đây đột quy não đang có xu hướng trẻ hóa [6]. Kết

quả ở nghiên cứu của chúng tôi cũng một lần nữa góp phần khẳng định đột quỵ xuất hiện ở nam giới với tỉ lệ cao hơn so với nữ. Kết quả từ 59 nghiên cứu khác nhau ở 19 quốc gia cho thấy tỷ lệ nam giới mắc đột quỵ não cao hơn nữ giới, tỷ lệ nam/nữ = 1,15:1 [7]. Ở nghiên cứu này, có khoảng 2/3 bệnh nhân thuộc nhóm đột quỵ nhồi máu (63,3%). Tỷ lệ này có thấp hơn so với ở một nghiên cứu đánh giá viêm phổi sau đột quỵ tại Athen, Hy Lạp với cỡ mẫu là 3204 (thì tỷ lệ nhồi máu não 85%). Lí giải cho điều này là ở Việt Nam cũng như các nước châu Á, kiểm soát huyết áp thường không đạt mục tiêu nên gây ra đột quỵ chảy máu não cao hơn (huyết áp cao là nguyên nhân của chảy máu não) [8].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm Glasgow trung bình là $14 \pm 2,1$ bệnh nhân có điểm Glasgow từ 3-8 chỉ chiếm 3,7%. Cũng như các nghiên cứu khác về viêm phổi sau đột quỵ, những trường hợp điểm Glasgow thấp (tương ứng với tổn thương não nặng) có thể tử vong trong vòng 48h và bị loại ra khỏi nghiên cứu, nên bệnh nhân với điểm Glasgow thấp trong nhóm nghiên cứu chỉ chiếm tỉ lệ nhỏ.

4.2. Mối liên quan giữa viêm phổi và một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân

Viêm phổi là biến chứng thường gặp và là nguyên nhân chính gây tử vong ở bệnh nhân đột quỵ não. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ viêm phổi sau đột quỵ não là 13,5%. Tỷ lệ này qua các nghiên cứu rất khác nhau tùy theo từng cơ sở điều trị, với cơ sở điều trị chuyên khoa về đột quỵ tỷ lệ này có thể từ 3,9% đến 44%.

Phân tích các yếu tố chúng tôi nhận thấy bệnh nhân đột quỵ não mức độ nặng (NIHSS ≥ 15), có rối loạn ý thức nhiều (Điểm Glasgow < 9), bệnh nhân đột quỵ não thể chảy máu, có rối loạn nuốt và phải thông khí cơ học thì có tỉ lệ viêm phổi cao hơn hẳn ($p < 0,001$). Kết quả này cũng giống những nhận xét ở các công trình nghiên cứu trước. Rối loạn nuốt là triệu chứng rất thường gặp trong đột quỵ não do ảnh hưởng của tổn thương não dẫn đến suy giảm ý thức, chức năng thần kinh điều khiển động tác nuốt và từ rối loạn nuốt dẫn đến hít phải thức ăn vào đường thở là cơ chế chính của viêm phổi sau đột quỵ não và nó là một yếu tố nguy cơ cao của viêm phổi sau đột quỵ não [5]. Yếu tố thông khí cơ học (đặt ống nội khí, mở khí quản - thở máy) là nguy cơ cho viêm phổi ở bệnh nhân đột quỵ não đã được khẳng định qua nhiều nghiên cứu. Không chỉ riêng bệnh nhân đột quỵ não, Viêm phổi là một biến chứng ở khoảng 28% bệnh nhân được thở máy nói chung. Tỷ lệ viêm phổi

tăng cùng với thời gian thở máy, tỷ lệ này ước tính là 3,3% mỗi ngày trong 5 ngày đầu, 2,3% mỗi ngày cho ngày 6-10, và 1,3% mỗi ngày sau ngày thứ 10 thở máy[9]. Mặc dù ở một số nghiên cứu khác cho thấy tuổi cao, nữ giới và bệnh nhân có cơn tăng huyết áp kịch phát khi vào viện là yếu tố làm tăng tỉ lệ mắc viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quỵ não nhưng ở nghiên cứu này, chúng tôi chưa thấy sự khác biệt. Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn để rút ra kết luận.

4.3 Giá trị của thang điểm Viêm phổi Soeul. Trong nghiên cứu xây dựng thang điểm Viêm phổi Seoul (VPS) năm 2006, thang điểm này dự báo và phân loại nguy cơ viêm phổi sau đột quỵ não như sau: với 0 điểm VPS nguy cơ viêm phổi là 0%, với 1 điểm VPS nguy cơ viêm phổi là 0,9%, với 2 điểm VPS nguy cơ viêm phổi là 5,3%, với 3 điểm VPS nguy cơ viêm phổi là 38,2%, với 4 điểm VPS nguy cơ viêm phổi là 74,2%, với 5 điểm VPS nguy cơ viêm phổi là 100% [3]. Trong nghiên cứu của Cugy và Sibon [5] thang điểm VPS đã được áp dụng để kiểm tra khả năng dự đoán nguy cơ viêm phổi, kết quả độ đặc hiệu để phát hiện viêm phổi là 0,907 nhưng độ nhạy lại chỉ có 0,583. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành khảo sát thang điểm VPS cho các bệnh nhân đột quỵ não, kết quả cho thấy: bệnh nhân đột quỵ não có điểm VPS càng cao thì khả năng bị viêm phổi càng cao. Trong những bệnh nhân có điểm VPS = 0 thì không có ai bị viêm phổi (nguy cơ bị viêm phổi là 0%), nguy cơ viêm phổi cao nhất là ở những bệnh nhân có điểm VPS = 5 (nguy cơ viêm phổi là 83,33%). Với kết quả trên chúng tôi thấy bệnh nhân có điểm VPS là 0 và 5 thì thang điểm VPS đưa ra dự đoán viêm phổi khá chính xác. Tuy nhiên, với bệnh nhân có điểm VPS là 3 và 4 thì tuy số lượng bệnh nhân nhiều nhưng tỷ lệ viêm phổi thực sự khá thấp, đặc biệt khoảng cách giữa 4 điểm VPS và 5 điểm VPS chênh nhau khá nhiều (33,33% và 83,33%).

Nếu giả thiết những bệnh nhân có điểm VPS từ 0-2 là không có nguy cơ viêm phổi thì chúng tôi thấy trong số 130 bệnh nhân có điểm VPS từ 0-2 chỉ có 6 bệnh nhân bị viêm phổi tỷ lệ là 4,6% còn 124 bệnh nhân là không viêm phổi, độ đặc hiệu xác định không viêm phổi là 95,4% (124/130). Còn nếu giả thiết những bệnh nhân có điểm VPS từ 3-5 là có nguy cơ viêm phổi thì chúng tôi thấy trong số 85 bệnh nhân có điểm VPS từ 3-5 chỉ có 23 bệnh nhân bị viêm phổi, độ nhạy để xác định viêm phổi là 27% (23/85). Như vậy, áp dụng thang điểm VPS trong nghiên cứu

này chúng tôi thấy khả năng dự báo viêm phổi cũng có độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy thấp.

V. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân đột quỵ não giai đoạn cấp, viêm phổi bệnh viện chiếm 13,5%. Có mối liên quan giữa đột quỵ não thể chảy máu, có thông khí cơ học, tình trạng rối loạn ý thức nặng, mức độ đột quỵ nặng với tỉ lệ viêm phổi bệnh viện. Thang điểm VPS có khả năng dự báo viêm phổi với độ đặc hiệu cao (95,4%) nhưng độ nhạy thấp (27%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hannawi Y, Hannawi B, Rao CPV et al (2013), "Stroke-associated pneumonia: major advances and obstacles", *Cerebrovascular Diseases*, 35(5), pp. 430-443.
2. Katzan IL, Cebul RD, Husak SH, et al (2003) "The effect of pneumonia on mortality among patients hospitalized for acute stroke.", *Neurology*, 60:620-625.
3. Kwon HM, Jeong SW, Lee SH, Yoon BW (2006), "The pneumonia score: a simple grading scale for prediction of pneumonia after acute stroke", *Am J Infect Control*, 34(2), pp:64-68.
4. Bộ Y Tế (2012), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải ở bệnh viện, viêm phổi liên quan đến thở máy, viêm phổi liên quan chăm sóc y tế", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp, Nhà xuất bản Y học, pp: 40-48.
5. Smith C.J., Kishore A.K., Vail A. et al (2015), "Diagnosis of Stroke-Associated Pneumonia", *Stroke*, 46(8), p. 2335-2340.
6. Kissela BM, Khoury JC, Alwell K et al (2012), "Age at stroke: temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population.", *Neurology*, 79(17), pp:1781-1787.
7. Appelros P, Stegmayr B, Terént A (2009), "Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review", *Stroke*, 40(4), pp:1082- 1090.
8. Papavasileiou V, Milionis H, Smith CJ et al (2015), "External Validation of the Prestroke Independence, Sex, Age, National Institutes of Health Stroke Scale (ISAN) Score for Predicting Stroke-Associated Pneumonia in the Athens Stroke Registry.", *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 24(11), pp:2619-2624.
9. Cugy E, Sibon I (2017), "Stroke-Associated Pneumonia Risk Score: Validity in a French Stroke Unit.", *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 26(1), pp:225-229.

THỰC TRẠNG BỆNH SÂU RĂNG Ở TRẺ 4 - 5 TUỔI TẠI TRƯỜNG MẦM NON THĂNG LONG NĂM 2018

Trần Thị Mỹ Hạnh*, Phạm Thị Hoàng Anh*,
Nguyễn Thị Châu*, Lê Trọng Nghĩa*, Đào Thị Hằng Nga*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 158 trẻ độ tuổi từ 4 đến 5 tuổi tại Trường Mầm non Thăng Long, Hà Đông, Hà Nội năm 2018, sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn. Trẻ được khám lâm sàng để xác định tỷ lệ sâu răng; chỉ số sâu mất trám răng (dmft), sâu mất trám mặt răng (dmfs), sử dụng các thuật toán khi bình phương, t-test. **Kết quả:** Tình trạng sâu răng của trẻ 4-5 tuổi tại trường Mầm non Thăng Long ở mức độ cao: 89,2%; giai đoạn hình thành lỗ sâu chiếm 76,7%; dmft = 8,59 ± 5,76; dmfs=13; ft/dmft =4,0%. Thứ tự gặp sâu răng lần lượt: răng hàm sữa thứ hai hàm dưới, răng hàm sữa thứ nhất hàm dưới, răng cửa hàm trên, răng hàm sữa thứ nhất hàm trên, răng hàm sữa thứ hai hàm trên. Hay gặp sâu răng tại mặt nhai răng hàm sữa, mặt gần răng cửa trên. **Kết luận:** Trẻ 4 - 5 tuổi có tỷ lệ sâu răng và chỉ số sâu mất trám cao, tuy nhiên tỷ lệ sâu răng được điều trị lại rất thấp.

Từ khóa: sâu răng, sâu mất trám răng, sâu mất trám mặt răng.

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính:

Email: hanhbacsy@hotmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2019

Ngày duyệt bài: 7.11.2019

SUMMARY

THE SITUATION OF CARIES IN CHILDREN AGED 4-5 YEARS AT THANG LONG KINDERGARTEN IN 2018

This cross-sectional study was carried out on 158 children aged from 4 to 5 years old at Thang Long preschool, Ha Dong, Ha Noi in 2018. Simple random sampling was used. Children were examined clinically to identify the prevalence of dental caries, the mean of dmft, dmfs index using chi-squared, t-test. **Results:** Overall response rate was high base on the classification of WHO (89,2%); lesion during forming stage accounted for 76.7%; dmft = 8,59 ± 5,76; dmfs=13; **ft/dmft**=4,0%. The presence of dental caries was recorded on mandibular second molar, mandibular first molar, maxillary incisor, maxillary first molar and maxillary second molar in decreasing manner, respectively. In terms of surface caries, the lesion was mostly seen on molar occlusal and maxillary incisor mesial surfaces. **Conclusion:** The prevalence of dental caries in this study sample was high, however, the treatment rate was very low.

Key words: dental caries, decay missing filling teeth, decay missing filling surface

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong lĩnh vực nghiên cứu và thực hành nha khoa về bệnh sinh

cũng như dự phòng sâu răng, nhưng sâu răng ở trẻ em trước tuổi đến trường vẫn còn là thách thức lớn với ngành nha toàn thế giới [1], [2]. Sâu răng là một trong những bệnh nhiễm trùng mạn tính phổ biến nhất và khó kiểm soát ở trẻ em, nếu không được điều trị sớm, tình trạng tổn thương sẽ xấu đi và trở nên khó điều trị, ảnh hưởng đến sức khoẻ toàn thân, đồng thời gia tăng chi phí điều trị [3]. Ở Việt Nam, tỷ lệ sâu răng sữa rất cao, việc điều trị và bảo tồn răng sữa vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Theo một số nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ sâu răng sữa ở trẻ Việt Nam cao trên 70% [4], [5]. Để góp phần cung cấp thêm số liệu dịch tễ về sâu răng sữa ở trẻ em tại Hà Nội, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Thực trạng bệnh sâu răng ở trẻ 4 - 5 tuổi tại trường Mầm non Thăng Long năm 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em độ tuổi từ 4 đến 5 tuổi đủ sức khỏe, hợp tác khi thăm khám, được sự đồng ý của phụ huynh tại Trường Mầm non Thăng Long, Hà Đông, Hà Nội năm 2018. Những trẻ đang có chấn thương vùng hàm mặt, phát triển bất thường về tâm thần kinh hoặc không có khả năng trả lời câu hỏi, có dị tật khe hở môi – vòm miệng, vắng mặt trong ngày

khám bị loại khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{1-\frac{\alpha}{2} (p.e)^2}$$

$n = 0,76$ (Tỷ lệ sâu răng ở trẻ em trước tuổi đến trường [5])

Tính được $n = 120$. Lấy dư 30% để dự phòng trẻ vắng mặt tại thời điểm khám. Do đó, cỡ mẫu $n = 158$ trẻ.

* Cách chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn:

- Gửi thông tin và bản chấp thuận tham gia nghiên cứu đến phụ huynh của tất cả trẻ 4 - 5 tuổi trường mầm non Thăng Long.
- Lập danh sách tổng số trẻ được phụ huynh đồng ý tham gia nghiên cứu (350 trẻ)
- Gán cho mỗi trẻ một mã số từ 1 đến 350
- Sử dụng phần mềm lựa chọn ngẫu nhiên, chọn mẫu là 158.

*Các chỉ số và tiêu chuẩn chẩn đoán trong nghiên cứu; Chỉ số sâu mất trám răng sữa (dmft), chỉ số sâu mất trám mặt răng sữa (dmfs):

*Tiêu chuẩn đánh giá:

Bảng 1. Bảng tiêu chuẩn đánh giá tình trạng răng sữa theo WHO & Tiêu chuẩn đánh giá sâu răng theo ICDAS [6].

Mã số	Tiêu chuẩn		
A	Lành mạnh		
B	Sâu răng sớm	1	Thay đổi trên men răng sau khi thổi khô
		2	Thay đổi được nhìn rõ trên men răng ướt
	Sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu	3	Vỡ men định khu (không thấy ngà)
		4	Có ánh đen bên dưới qua bề mặt men liên tục
		5	Có lỗ sâu lộ ngà răng
		6	Có lỗ sâu lớn lộ ngà răng > 1/2 mặt răng
C	Đã trám nhưng có sâu răng		
D	Đã trám nhưng không có sâu răng		
E	Mất răng do sâu răng		
F	Trám bít hố rãnh		

*Kỹ thuật thu thập số liệu: Bệnh sâu răng được đánh giá qua khám tất cả các răng của toàn bộ trẻ bởi hai bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được tập huấn bằng gương nha khoa và cây thăm dò nha chu (KAPPA = 0,86).

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và phân tích bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm STATA 15.0 và một số thuật toán thống kê.

2.4 Đạo đức y học: Đề tài được thông qua hội đồng đạo đức của Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt,

được sự đồng ý và phê duyệt của Ban Giám hiệu trường Mầm non Thăng Long. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho lĩnh vực nghiên cứu y sinh học và sức khỏe, mọi thông tin của người tham gia nghiên cứu được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

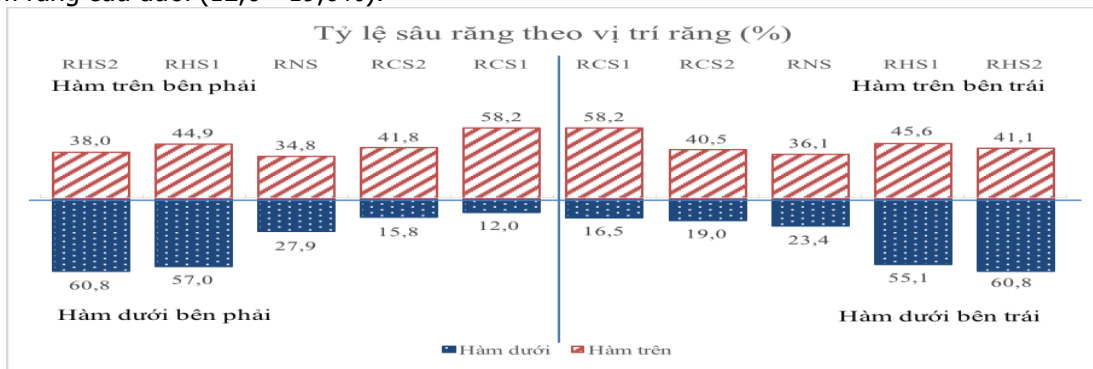
Trong số 158 trẻ tham gia nghiên cứu, tỷ lệ trẻ bị sâu răng lên tới 89,2%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ sâu răng giữa 2 giới. Chỉ số sâu mất trám $8,59 \pm 5,76$, chỉ số sâu mất trám răng mặt

răng của nhóm nghiên cứu là 12,67 ± 12,26, chỉ chiếm 4% (bảng 3.1) trong số các răng sâu, tỷ lệ răng được điều trị

Bảng 3.1. Chỉ số sâu mất trám răng - mất răng của nhóm nghiên cứu

	sâu	mất	trám	sâu mất trám	s/smt	t/smt
Răng	8,16 ± 5,73 n = 1289	0,08 ± 0,48 n = 14	0,34 ± 0,85 n = 54	8,59 ± 5,76 n = 1357	95,0%	4,0%
Mặt răng	12,08 ± 12,00 n = 1911	0,08 ± 0,44 n = 13	0,51 ± 1,08 n = 80	12,67 ± 12,26 n = 2004	95,0%	4,0%

Tình trạng sâu răng theo vị trí răng: kết quả được trình bày ở biểu đồ 3.1 cho thấy: sâu răng cao nhất ở nhóm răng hàm sữa hàm dưới (55,1 - 60,8%), sau đó ở nhóm răng cửa hàm trên (40,5 - 58,2%), răng hàm sữa hàm trên (38,0 - 45,8%), răng nanh hàm trên (34,8 - 36,1%) và thấp nhất ở nhóm răng cửa dưới (12,0 - 19,0%).



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sâu răng theo vị trí răng

Sâu răng gặp cao nhất ở mặt nhai răng hàm sữa thứ hai hàm dưới (52,5 - 55,1%); mặt gần răng cửa hàm trên (37,6 - 43,7%); mặt nhai răng hàm sữa thứ nhất hàm dưới (39,2%); mặt nhai răng hàm sữa thứ hai hàm trên (26,0 - 29,1%) (bảng 3.2).

Bảng 3.2. Tỷ lệ sâu răng theo vị trí mặt răng (%)

M. ngoài	20,3	21,5	26,0	24,1	19,0	21,5	21,5	26,6	25,3	18,4
M. trong	12,0	7,0	3,8	11,4	12,7	13,9	13,9	4,4	6,3	10,8
M. gần	5,1	13,9	1,9	39,6	43,7	39,9	39,9	3,8	12,0	8,9
M. xa	1,9	8,9	10,1	5,1	20,9	23,4	23,4	10,1	11,4	3,8
M. nhai	26,0	22,8							20,9	29,1
Răng	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
Răng	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
M. ngoài	17,1	21,5	21,5	12,0	5,7	7,0	8,2	16,5	16,5	15,2
M. trong	17,1	6,3	3,2	0,6	0,6	0,6	1,3	3,2	7,6	8,9
M. gần	8,9	9,5	1,9	6,3	6,3	9,5	10,8	6,3	10,8	9,5
M. xa	5,7	13,3	5,7	1,3	4,4	5,1	5,7	5,7	16,5	7,0
M. nhai	55,1	39,2							39,2	52,5

Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy: Trong tổng số 1289 răng sâu, sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu là chủ yếu, chiếm 76,7% (mã số ICDAS 3 - 4 chiếm 5,7%, mã số ICDAS 5 - 6 chiếm 71,0%).

Bảng 3.3. Tỷ lệ sâu răng theo mức độ tổn thương

Tổn thương	Răng	Số lượng răng	%
Giai đoạn sớm	ICDAS 1-2	300	23,3
Giai đoạn hình thành	ICDAS 3-4	73	5,7

lỗ sâu	ICDAS 5-6	916	71,0
Tổng		1289	100,0

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ sâu răng trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc mức cao 89,2%, không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khi so với một số nghiên cứu trước đây ở Việt Nam: Ngô Khánh Linh (2015): tỷ lệ sâu răng ở trẻ 1 - 6 tuổi ở miền Nam và miền Trung là 74,4% [4]. Phạm Thị Thu Hiền (2016)

cho kết quả tỷ lệ sâu răng trẻ 2-5 tuổi tại Thái Nguyên là 75,8% [5], Vương Hương Giang (2009), Nguyễn Hữu Huỳnh (2013) tại Hà Nội cho tỷ lệ sâu răng sữa của trẻ 4-5 tuổi và 3-5 tuổi lần lượt là 53,0% và 56,0% [6],[7]. Tỷ lệ sâu răng sữa trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể là do nghiên cứu của các tác giả khác sử dụng tiêu chuẩn đánh giá theo WHO 2003 nên đã bỏ sót các tổn thương sâu răng giai đoạn sớm. Hơn nữa, sâu răng tích lũy theo thời gian mà các đối tượng nghiên cứu lại trải dài từ 1-6 tuổi như nghiên cứu của Ngô Khánh Linh, từ 2-5 tuổi như trong nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hiền. So sánh với một số nghiên cứu nước ngoài cho thấy kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Farsi và cs (2017) tại Ả Rập cho tỷ lệ sâu răng ở trẻ 2-6 tuổi là 95,5% nhưng lại cao hơn đáng kể nghiên cứu của Peker và cs Thổ Nhĩ Kỳ (2011) ở trẻ 5 - 6 tuổi cho tỷ lệ sâu răng là 76,9%, K Chugh và cs (2018) tại Ấn Độ trên trẻ 3 - 6 tuổi cho tỷ lệ sâu răng là 47,3% [8],[9]. Sở dĩ có sự khác biệt này có thể là do khác biệt về tình hình kinh tế xã hội và các chương trình quốc gia về chăm sóc sức khỏe răng miệng. Chỉ số sâu mất trám trong nghiên cứu của chúng tôi là $8,59 \pm 5,76$ cao hơn một số nghiên cứu tại Việt Nam

So sánh với các nghiên cứu nước ngoài, kết quả của tôi thấp hơn nghiên cứu của Farsi (2017) trên trẻ 4 - 6 tuổi tại Ả Rập có dmft = 9,90 nhưng lại cao hơn đáng kể nghiên cứu của Peker (2011) tại Thổ Nhĩ Kỳ trên trẻ 5 - 6 tuổi cho kết quả dmft = 3,87, Scarpelli (2015) tại Brazil trên trẻ 2 - 5 tuổi cho kết quả dmft = 2,10 [8],[9]. Sở dĩ có sự khác biệt này có thể là do khác biệt về tình hình kinh tế xã hội và các chương trình quốc gia về chăm sóc sức khỏe răng miệng.

Trong tổng số các răng bị tổn thương, chỉ có 4,0% tổn thương sâu răng được trám, tương tự kết quả nghiên cứu của một số tác giả ở Việt Nam đều cho thấy, không quá 5% trẻ em bị sâu răng sữa được điều trị [4],[5],[6]. Điều đó chỉ ra một thực tế rằng, sâu răng ở trẻ em vẫn chưa được cộng đồng quan tâm đúng mức. Đó cũng chính là một lý do góp phần làm cho tình trạng sâu răng ở trẻ nhỏ trở nên phức tạp và khó điều trị.

Để đánh giá sát hơn về thực trạng sâu răng, chúng tôi tiến hành khảo sát xem những răng nào là răng nhạy cảm với sâu răng nhất, có tỷ lệ sâu răng nhiều nhất, răng nào là răng ít nhạy cảm với sâu răng và có tỷ lệ sâu là thấp nhất. Kết quả cho thấy trình tự phân bố sâu răng theo vị trí răng trong nghiên cứu của tôi tương tự Nguyễn Hữu Huỳnh (2013) và Jean-Marc

Brodeur (2019) với tỷ lệ răng sữa sâu cao nhất ở nhóm các răng hàm sữa hàm dưới, tiếp theo là nhóm răng cửa sữa hàm trên [7]. Nhóm các răng cửa sữa hàm dưới và các răng nanh ít bị sâu nhất.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán dựa theo hệ thống đánh giá và phát hiện sâu răng quốc tế (ICDAS), nhằm phát hiện các tổn thương giai đoạn sớm. Kết quả thu được bảng 3.3 các tổn thương sâu răng giai đoạn sớm có mã ICDAS 1-2 chiếm 23,3%. Phát hiện các tổn thương sâu giai đoạn sớm mà các nghiên cứu trước đó áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán cũ bỏ sót, có ý nghĩa rất quan trọng. Nếu kịp thời áp dụng các biện pháp kiểm soát - dự phòng sâu răng, nhằm ngăn chặn sự tiến triển của tổn thương và ngăn chặn sự lan rộng vi khuẩn sang bề mặt khác, mức độ trầm trọng của bệnh sẽ giảm và quá trình điều trị trở nên đơn giản, hiệu quả hơn.

Chỉ số sâu mất trám răng của nhóm nghiên cứu là $8,59 \pm 5,76$; chỉ số sâu mất trám mặt răng là $12,67 \pm 12,26$. Như vậy, một trẻ độ tuổi 4-5 tuổi có trung bình gần 9 răng và 13 mặt răng bị tổn thương. Sự khác biệt theo tuổi và giới không có ý nghĩa thống kê.

Chúng tôi cũng tiến hành khảo sát xem mặt răng nào nhạy cảm với sâu răng nhất. Kết quả thu được ở biểu đồ 3.1 về tính nhạy cảm với sâu răng của các mặt răng cho thấy những mặt răng hay bị sâu nhất là mặt nhai của các răng hàm sữa và mặt gần các răng cửa sữa hàm trên. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Nguyễn Hữu Huỳnh [7]

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sâu răng ở mức cao 89,2%. Tổn thương sâu răng sớm: 23,3%, giai đoạn hình thành lỗ sâu: 76,7%. Tỷ lệ sâu răng được trám: 4,0%.

Chỉ số sâu mất trám răng: $8,59 \pm 5,76$, sâu mất trám mặt răng: $12,67 \pm 12,26$.

Thứ tự gặp sâu răng: Răng hàm sữa thứ 2 hàm dưới, răng hàm sữa thứ nhất hàm dưới, răng cửa hàm trên, răng hàm sữa thứ nhất hàm trên, răng hàm sữa thứ hai hàm trên.

Vị trí mặt răng hay gặp sâu răng: mặt nhai răng hàm sữa, mặt gần răng cửa trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Do L.G. (2012). Distribution of caries in children: variations between and within populations. *J Dent Res*, **91**(6), 536-543.
2. Kassebaum N.J., Smith A.G.C., Bernabé E. và cộng sự. (2017). Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-

- 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res*, **96**(4), 380–387.
3. **K Chugh V., K Sahu K., và Chugh A. (2018).** Prevalence and Risk Factors for Dental Caries among Preschool Children: A Cross-sectional Study in Eastern India. *Int J Clin Pediatr Dent*, **11**(3), 238–243.
 4. **Khanh L.N., Ivey S.L., Sokal-Gutierrez K. và cộng sự. (2015).** Early Childhood Caries, Mouth Pain, and Nutritional Threats in Vietnam. *Am J Public Health*, **105**(12), 2510–2517.
 5. **Phạm Thị Thu Hiền Đ.M.H. và Lê Thị Thu Hằng (2016).** Tình trạng sâu răng sớm tại trường Mầm non 19.5 thành phố Thái Nguyên theo ICDAS II. *Tạp chí Y học Việt Nam* tháng 7 số 1, 2016, 125–129.
 6. **Vương Thị Hương Giang (2008),** Khảo sát tình trạng sâu răng trẻ em tại trường mẫu giáo lớp 4-5 tuổi, Luận văn thạc sỹ y học.
 7. **Nguyễn Hữu Huỳnh (2013),** Thực trạng sâu răng và viêm lợi ở trẻ 3-5 tuổi tại trường Mẫu giáo Việt - Triều năm 2013, Luận văn Bác sỹ Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 8. **Farsi N.J., El-Housseiny A.A., Farsi D.J. và cộng sự. (2017).** Validation of the Arabic Version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *BMC Oral Health*, **17**.
 9. **Peker K., Uysal Ö., và Bermek G. (2011).** Cross-cultural adaptation and preliminary validation of the Turkish version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale among 5-6-year-old children. *Health Qual Life Outcomes*, **9**, 118.

SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA GÂY TÊ TỦY SỐNG LIỀU THẤP BUVIVACAINE-FENTANYL VỚI GÂY MÊ MASK THANH QUẢN PROPOFOL-SEVOFLURAN TRONG MỔ THAY KHỚP HÁNG Ở NGƯỜI TRÊN 70 TUỔI

Nguyễn Thị Nhâm*, Lưu Quang Thùy*,
Phạm Quang Minh**, Nguyễn Thụy**

WITH PROPOFOL-SEVOFLURANE LARYNGEAL MASK AIRWAY ANESTHESIA IN HIP ARTHROPLASTY FOR OVER 70 YEAR-OLD PATIENTS

Objective: To compare the intraoperative effects of low – dose bupivacaine – fentanyl spinal anesthesia with propofol – sevoflurane laryngeal mask airway (LMA) anesthesia in hip arthroplasty for over 70 year – old patients. **Method:** prospective, randomised controlled trial (RCT) in 60 patients over 70 years old randomisedly divided into 2 groups: either spinal anesthesia or LMA anesthesia. **Results:** Hemodynamic parameters like 20% changing of mean arterial pressure and hypotension in spinal anesthesia group were found to be lower than LMA anesthesia group (33,33% and 26,67% compared with 73,33% and 63,33%) $p < 0,05$. Sensorial block level reached 96,67% good grade in surgery and our surgeon satisfaction reached up to 96,96% - 100% with $p > 0,05$. **Conclusions:** Low – dose bupivacaine – fentanyl spinal anesthesia maintained the mean arterial pressure and the heart rate stably and got the sensorial block level better than propofol LMA anesthesia.

Key words: Spinal anesthesia, laryngeal mask airway anesthesia, hip arthroplasty surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay xã hội càng phát triển, bệnh lý khớp háng ở người cao tuổi gặp ngày càng nhiều. Gây mê cho những bệnh nhân cao tuổi này gặp rất nhiều khó khăn vì người cao tuổi thường mắc nhiều loại bệnh kèm theo[1]. Phẫu thuật thay khớp háng cho đối tượng này có tỷ lệ tai biến do gây mê và phẫu thuật cao. Có nhiều phương pháp vô cảm cho phẫu thuật này như gây mê

TÓM TẮT

Mục tiêu: so sánh hiệu quả trong mổ của gây tê tủy sống liều thấp Bupivacaine-fentanyl với gây mê mask thanh quản propofol-sevofluran trên bệnh nhân mổ thay khớp háng trên 70 tuổi. **Phương pháp nghiên cứu:** tiền cứu, can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 60 bệnh nhân tuổi trên 70 được chia làm 2 nhóm: gây tê tủy sống và gây mê mask thanh quản. **Kết quả nghiên cứu:** Về huyết động tỷ lệ bệnh nhân huyết áp dao động >20% và bệnh nhân tụt huyết áp ở nhóm gây tê tủy sống liều thấp hơn nhóm gây mê mask thanh quản (33,33% và 26,67% so với 73,33% và 63,33%) $p < 0,05$. Mức độ vô cảm tốt trong mổ, mức độ hài lòng của phẫu thuật viên lên tới 96,96% - 100% với $p > 0,05$. **Kết luận:** Gây tê tủy sống (GTTS) liều thấp bupivacaine- fentanyl có nhịp tim, huyết áp trung bình ổn định và mức độ vô cảm tốt hơn nhóm gây mê mask thanh quản dùng propofol khởi mê.

Từ khóa: Gây tê tủy sống, gây mê mask thanh quản, mổ thay khớp háng

SUMMARY

COMPARISON THE EFFECTS OF LOW DOSE BUPIVACAINE-FENTANYL SPINAL ANESTHESIA

*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 Thùy

Email: drluoquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

toàn thân, gây tê tủy sống, gây tê ngoài màng cứng... Các nghiên cứu đã cho thấy gây tê tủy sống có những ưu điểm như: kỹ thuật đơn giản, hiệu quả, tác dụng giảm đau sau mổ tốt, làm giảm các biến chứng tắc mạch, giảm nguy cơ nhiễm trùng phổi và đặc biệt phù hợp với bệnh nhân có bệnh phổi mãn tính. Gây mê toàn thân thường được ưu tiên hơn cho những bệnh nhân có nguy cơ rối loạn huyết động nặng, có bệnh tim mạch kèm theo, tuy nhiên trong mỗi phương pháp vô cảm cũng có những bất lợi đi kèm [2],[3]. Gây tê tủy sống liều thuốc tê thấp hoặc gây mê đặt mask thanh quản không dùng giãn cơ là lựa chọn ưu tiên của nhiều bác sỹ để giảm tỉ lệ tai biến cho phẫu thuật thay khớp háng ở người cao tuổi. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về gây tê tủy sống liều thuốc tê thấp để mổ thay khớp háng ở người cao tuổi đều cho kết quả tốt. Ở Việt Nam cũng có một số nghiên cứu về gây tê tủy sống liều thấp, gây mê mask thanh quản ở người cao tuổi nhưng chỉ ở áp dụng cho mổ u phì đại tiền liệt tuyến, mổ bụng dưới [4], [5]. Đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả tác dụng của 2 phương pháp trên ở bệnh nhân mổ thay khớp háng, đặc biệt lại là người trên 70 tuổi. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "So sánh hiệu quả trong mổ của phương pháp gây tê tủy sống liều thấp Bupivacaine – Fentanyl với phương pháp gây mê mask thanh quản Propofol – Sevofurane trên bệnh nhân mổ thay khớp háng trên 70 tuổi."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bảng 3.2: Đặc điểm tình trạng sức khỏe, bệnh lý kèm theo

Chỉ số		Nhóm GTTS (n =30)		Nhóm mask TQ (n=30)		p
		n	%	n	%	
ASA	II	14	46,67	13	43,33	>0,05
	III	16	53,33	17	56,67	
Bệnh THA		10	33,33	12	40,00	>0,05
Bệnh ĐTĐ		3	10,00	5	16,67	>0,05
Bệnh khác...		7	23,33	5	16,67	>0,05

Nhận xét: Tình trạng ASA và các bệnh lý kèm theo: bệnh tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường và bệnh khác ở hai nhóm nghiên cứu chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.2. So sánh sự ổn định tuần hoàn và hiệu quả vô cảm giữa nhóm GTTS với mask TQ

Bảng 3.3: Thay đổi huyết áp trung bình tại các thời điểm nghiên cứu

HATB tại các thời điểm (mmHg)	Nhóm GTTS(n=30)	Nhóm mask TQ(n=30)	p
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
To	108,05±8,95	107,55±8,15	>0,05
T trước	120,77±13,22*	120,02±14,08*	>0,05
T sau	116,83±13,03	102,70±19,64	<0,05
T2	110,63±13,60	104,25±59,52	<0,05
T4	104,33±14,77	94,67±19,74	<0,05
T6	103,45±14,15	97,58±18,19	>0,05

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Tuổi ≥ 70 được phẫu thuật khớp háng có kế hoạch có SA I- III, các bệnh lý nội khoa cấp tính được điều trị ổn định trước mổ. Xét nghiệm hematocrit >30%.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng

2.3 Thời gian và địa điểm nghiên cứu:
 - Địa điểm: Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Việt Đức
 - Thời gian: từ 3/2013 đến 10/2013.

2.4 Xử lý số liệu: phần mềm thống kê SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung bệnh nhân

Bảng 3.1 Phân bố tuổi, chiều cao, cân nặng

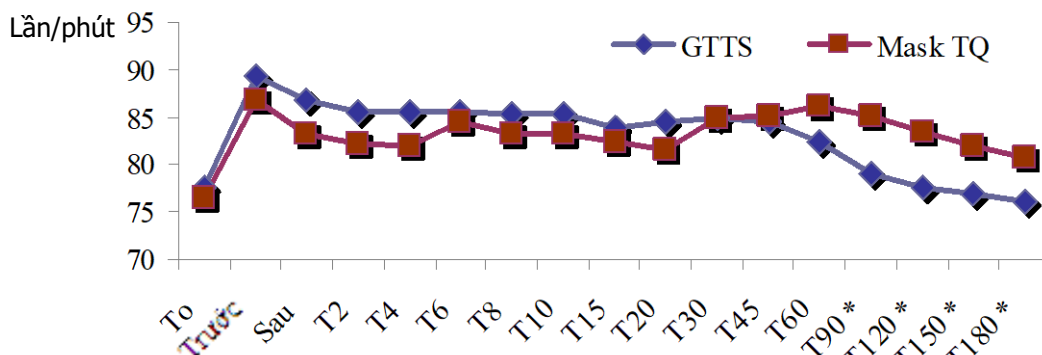
Đặc điểm	Nhóm GTTS (n=30)	Nhóm mask TQ(n=30)	p
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$) (Min-Max)	80,43±6,67 (70-97)	81,23±6,31 (70-91)	>0,05
Chiều cao ($\bar{X} \pm SD$) (Min-Max)	158,60±6,20 (150-170)	156,93±6,76 (140-170)	
Cân nặng ($\bar{X} \pm SD$) (Min-Max)	50,98±7,59 (37-66)	49,81±7,57 (32-65)	
Giới tính (nam/nữ)	7/23	8/22	> 0,05

Nhận xét: Tuổi, chiều cao, cân nặng của các bệnh nhân trong hai nhóm nghiên cứu chưa thấy có sự khác biệt (p của ttest >0,05). Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính giữa 2 nhóm nghiên cứu.

T8	101,48±14,30	100,12±19,95	>0,05
T10	102,98±14,69	102,92±15,77	>0,05
T15	103,05±14,12	109,67±18,62	>0,05
T20	101,18±14,54	111,50±15,57	<0,05
T30	102,77±16,05	112,67±15,97	<0,05
T45	106,07±11,23	112,12±17,28	>0,05
T60	106,07±11,53	111,38±10,68	<0,05
T90	107,62±7,61	112,93±14,33	<0,05
T120	106,23±6,33	112,12±11,28	<0,05
T150	106,23±4,72	110,65±7,88	<0,05
T180	105,80±4,24	110,77±7,16	<0,05

*: p <0,05 so với To

Nhận xét: HATB của nhóm GTTS cao hơn HATB của nhóm gây mê mask TQ ở thời điểm: ngay sau gây tê hoặc gây mê, phút thứ 2, 4 sau đó lại thấp hơn ở phút thứ 20, 30, 60, 90, 120, 150, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05 .



Biểu đồ 3.1: Thay đổi tần số tim ở cách thời điểm nghiên cứu

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần số tim của bệnh nhân giữa hai nhóm GTTS và gây mê mask TQ ở thời điểm phút thứ 90, 120, 150, 180.

Bảng 3.4: Tỷ lệ BN có HATB dao động >20%, BN tụt HA và sử dụng ephedrine trong mổ

Chỉ số	Nhóm GTTS (n =30)		Nhóm mask TQ (n=30)		p
	n	%	n	%	
BN có HATB dao động >20%	10	33,33	22	73,33	<0,05
BN tụt huyết áp	8	26,67	19	63,33	<0,05
Lượng ephedrine TB dùng (mg)(min-max)	6,55±3,50 (3-15)		9,89±4,78 (3-20)		<0,05

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có HATB dao động >20% và BN bị tụt huyết áp, lượng ephedrine trung bình của các bệnh nhân phải dùng ở nhóm GTTS thấp hơn ở nhóm gây mê mask TQ có ý nghĩa thống kê p<0,05.

Bảng 3.5: Hiệu quả vô cảm trong mổ của hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Hiệu quả vô cảm trong mổ	Nhóm GTTS(n=30)		Nhóm mask TQ(n=30)		p
	n	%	n	%	
Tốt	29	96,67	24	80	>0,05
Trung bình (phải cho thêm thuốc)	1	3,33	6	20	
Kém (chuyển phương pháp vô cảm khác)	0	0	0	0	

Nhận xét: Mức độ vô cảm trong mổ nhóm gây tê tủy sống tốt là 96,67%, chỉ có 3,33% là ở mức độ trung bình. Nhóm mask thanh quản có 16,67% có PRST >3 điểm cần phải cho thêm fentanyl và tăng thuốc mê.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Một số đặc điểm chung: Kết quả nghiên cứu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của nhóm gây tê tủy sống là 80,4 ± 6,7 tuổi, nhóm mask thanh quản là 81,23 ±

6,31tuổi, không có sự khác biệt giữa hai nhóm về ý nghĩa thống kê. Về chiều cao, cân nặng của nhóm gây tê tủy sống lần lượt là 158,6 ± 6,2 cm và 50,98 ± 7,59 kg; nhóm mask thanh quản là 156,93 ± 6,67 cm và 49,81 ± 7,57 kg không có

sự khác biệt về chiều cao, cân nặng có ý nghĩa thống kê của hai nhóm nghiên cứu. Nữ giới trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 76,67% ở nhóm GTTS và 73,33% ở nhóm mask TQ, cao hơn tỷ lệ nam giới trong cả hai nhóm nghiên cứu. Số liệu này cũng phù hợp với đa số tác giả cho rằng phụ nữ loãng xương sớm hơn nam giới nên tỷ lệ gãy xương cũng cao hơn [6].

Tình trạng sức khỏe và các bệnh lý kèm theo trên một bệnh nhân cụ thể là yếu tố cơ bản quan trọng để người gây mê quyết định lựa chọn phương pháp vô cảm, loại thuốc và liều lượng thuốc thích hợp cho bệnh nhân để giảm các tai biến gây mê. Bảng 3.2 cho thấy hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu có ASA II-III không có sự khác biệt về sự thống kê giữa hai nhóm ($p>0,05$). Tuy nhiên tỷ lệ BN nhóm GTTS và nhóm mask TQ có ASA 3 khá cao 53,33% và 56,67%. Bệnh lý kèm theo ở hai nhóm đứng đầu là bệnh tăng huyết áp, ở nhóm gây tê tủy sống có 33% bệnh nhân bị tăng huyết áp, nhóm mask thanh quản có 40% bệnh nhân bị tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường nhóm gây tê tủy sống có 10% bệnh nhân, nhóm mask thanh quản có 16,6% bệnh nhân, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

4.2 So sánh sự ổn định tuần hoàn giữa nhóm gây tê tủy sống với mask thanh quản. Tần số tim của bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu không khác nhau tại các thời điểm: tại buồng bệnh, ngay trước- sau gây mê hoặc gây tê, sau gây mê phút thứ 2, 4, 6, 10, 15, 20, 30, 45, 60. Đây là giai đoạn trong mổ bệnh nhân được vô cảm hoàn toàn. Tại thời điểm phút thứ 90, 120, 150, 180, tần số tim của bệnh nhân nhóm gây mê mask thanh quản lại cao hơn nhóm gây tê tủy sống có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Đây là khoảng thời gian bệnh nhân nằm tại hồi tỉnh. Bệnh nhân nhóm gây mê mask thanh quản đã tỉnh lại, được rút mask thanh quản. Kết quả này có thể liên quan tới mức độ đau sau mổ, bệnh nhân nhóm gây mê mask thanh quản có điểm đau VAS trung bình cao hơn nhóm gây tê tủy sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào mạch chậm dưới 50 lần/phút, không có bệnh nhân nào phải sử dụng atropine.

Ở thời điểm ngay sau gây mê hoặc gây tê, phút thứ 2, 4 chúng tôi thấy HATB của nhóm gây tê tủy sống cao hơn HATB của nhóm gây mê mask thanh quản có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Sau đó HATB của bệnh nhân nhóm gây tê tủy sống ổn định hơn, HATB của bệnh nhân nhóm gây mê mask thanh quản tăng dần và cao

hơn nhóm gây tê tủy sống ở phút thứ 30, 60, 120, 150, 180 có ý nghĩa thống kê $p<0,05$. Ở cả hai nhóm nghiên cứu chúng tôi đều lựa chọn các bệnh nhân có hematocrit trên 30%, các bệnh nhân được đưa lên phòng mổ trước 30-60 phút và bù dịch 5-8ml/kg. Tuy nhiên sau khởi mê, gây tê HATB của bệnh nhân ở nhóm gây mê mask thanh quản giảm nhiều hơn nhóm gây tê tủy sống. Điều này cho thấy rằng trên bệnh nhân cao tuổi thay khớp háng, gây tê tủy sống sử dụng liều 4-5mg bupivacain so với gây mê mask thanh quản dùng propofol để khởi mê HATB ổn định ít dao động hơn.

Sự ổn định HA trong mổ và sử dụng ephedrine của BN ở 2 nhóm nghiên cứu:

Với nhóm gây tê tủy sống: Tác động trên huyết động của gây tê tủy sống bằng các thuốc tê chủ yếu là do ức chế hệ thần kinh giao cảm, gây giãn mạch máu ngoại vi, giảm lượng máu tĩnh mạch trở về và gây tụt huyết áp [6]. Tụt huyết áp trên bệnh nhân gây tê tủy sống phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: tư thế bệnh nhân khi gây tê, truyền dịch trước mổ, liều thuốc tê, sự phối hợp thuốc, tốc độ tiêm thuốc, sử dụng thuốc co mạch. Trong đó yếu tố liều lượng thuốc tê khá quan trọng, giảm liều thuốc tê sẽ làm giảm tỷ lệ tụt huyết áp [4], [5]. Nghiên cứu của Ben-David 2000 trên 20 bệnh nhân cao tuổi gây tê tủy sống mổ thay khớp háng thấy nhóm 10 bệnh nhân sử dụng liều 4mg bupivacaine kết hợp 20mcg fentanyl tụt huyết áp chỉ có 1 bệnh nhân và chỉ cần dùng 5mg ephedrine, nhóm 10 bệnh nhân dùng 10mg bupivacain để gây tê tủy sống tụt huyết áp có tới 9 bệnh nhân và liều ephedrin trung bình phải dùng là 35mg [4].

Với nhóm gây mê mask thanh quản: Huyết động trên bệnh nhân đặt mask thanh quản phụ thuộc vào việc sử dụng thuốc gây mê khi khởi mê và các tác động trong quá trình đặt mask. Salnar MS cộng sự cho thấy mạch, huyết áp của nhóm đặt mask thanh quản ở giai đoạn trước đặt và sau đặt một phút, năm phút không thấy khác biệt [7]. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy nhóm mask thanh quản bệnh nhân tỷ lệ tụt huyết áp cao tới 63,33% (19/30 BN), lượng ephedrine sử dụng trung bình cho các BN lên tới 8,98mg, có bệnh nhân dùng tới 20mg ephedrine. Kết quả này có thể do chúng tôi khởi mê bệnh nhân bằng propofol liều 1,5mg/kg kết hợp fentanyl liều 2mcg/kg. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình cao 80-81 tuổi, lại thường có thiếu máu thiếu dịch trước mổ do gãy vùng cổ xương đùi. Theo một nghiên cứu gần đây cho thấy khi tiêm propofol

1mg/kg và alfentanil 10 mcg/kg hoặc remifentanil 0,5 mcg/kg ở người trên 65 tuổi thấy huyết áp tâm thu giảm còn dưới 100 mmHg là 50%, dưới 80 mmHg là 8% trường hợp [8].

4.3 Hiệu quả vô cảm trong mổ của bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu

❖ **Mức độ vô cảm cho phẫu thuật của nhóm gây tê tùy sống.** Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng liều thấp 4-5mg bupivacain kết hợp 40mcg fentanyl để gây tê tùy sống cho 30 bệnh nhân cao tuổi thay khớp háng, kết quả cho thấy mức độ vô cảm tốt cho phẫu thuật chiếm tới 96,67% chỉ có 3,33% (1 bệnh nhân) mức độ vô cảm ở mức trung bình. Nghiên cứu của Rivera năm 2009 trên 140 bệnh nhân mổ u xơ tiền liệt tuyến được gây tê tùy sống liều 4mg bupivacain kết hợp 25mcg fentanyl hoặc 2,5mcg sufentanyl cũng cho kết quả vô cảm hoàn toàn tới 97-98%, không có bệnh nhân nào bị thất bại [8]. Một số nghiên cứu khác sử dụng liều thấp bupivacain gây tê tùy sống cũng đạt kết quả vô cảm tốt trong khi phẫu thuật là: nghiên cứu của Lê Văn Chung, nghiên cứu của Ben-David [5], [4].

❖ **Mức độ vô cảm của nhóm gây mê mask TQ.** Nhóm gây mê mask thanh quản sau khi khởi mê bằng propofol và fentanyl, trước khi rạch da bệnh nhân được tiêm nhắc lại fentanyl bằng một nửa liều khởi mê. Trong quá trình duy trì mê, chúng tôi để khí mê sevoflurane nồng độ 2-3%, lưu lượng 3 lít/phút. Theo dõi bệnh nhân theo thang điểm PRST, nhận thấy có 6 bệnh nhân (chiếm 20%) có dấu hiệu tỉnh với PRST > 3 điểm, các bệnh nhân này được cho thêm fentanyl 0,05-0,1mg. Đây là những bệnh nhân có thời gian phẫu thuật trên 40 phút, liều fentanyl tĩnh mạch ban đầu không đủ để giảm đau.

V. KẾT LUẬN

Về ổn định huyết động: GTTS liều thấp bupivacaine- fentanyl có nhịp tim, HATB ổn định hơn nhóm gây mê mask thanh quản dùng propofol khởi mê, tỷ lệ BN huyết áp dao động >20% và BN tụt huyết áp ở nhóm GTTS thấp hơn nhóm gây mê mask thanh quản (33,33% và 26,67% so với 73,33% và 63,33%) p<0,05. Về mức độ vô cảm: nhóm GTTS có 96,67% đạt mức vô cảm tốt trong mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Dũng, Nguyễn Văn Chùng (2005)**, Gây mê hồi sức trong phẫu thuật ở người cao tuổi. Y học tạp Hồ Chí Minh số 5; tr:1-15
2. **Nguyễn Hữu Tú (2010)**, Biến chứng gây tê, Bài giảng gây mê hồi sức bộ môn gây mê hồi sức, trường đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Văn Chùng (2011)**, Mặt nạ thanh quản trong gây mê và hồi sức từ lý luận đến thực hành. NXB Y học TP HCM, trang 12-83.
4. **Bruce Ben-David (2000)**, Minidose bupivacain-fentanyl spinal anesthesia for surgical repair of hip fracture in the aged, Anesthesiology 2000; 92:6-10
5. **Lê Văn Chung (2012)**, So sánh tác dụng của Bupivacain đẳng trọng và Chirocain liều thấp trong phương pháp kết hợp gây tê tùy sống và ngoài màng cứng để mổ thay khớp háng cho người cao tuổi, Y học thực hành số 835, trang 151-155
6. **E Akcaboy, B Altinoren et al (2005)**, Can we reduce the dose of bupivacain+ fentanyl by slowing the injection rate in spinal anesthesia?, Science Direct- Region Anesthesia and Pain Medicine, pp. 49
7. **Salnar M, Faraj M et al (2005)**, A comparison of sevofluran-propofol versus sevofluran or propofol for LMA insertion in adults, Anesth Analg; 100: pp 1204-1209.
8. **Rivera R, Antoginini et al (2009)**, Perioperative drug therapy in elderly patients, Anesthesiology 2009; 110: 1176-81

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ NGUYÊN NHÂN LOÉT GIÁC MẠC NHIỄM TRÙNG DO KÍNH TIẾP XÚC

Lê Xuân Cung¹, Dương Mai Nga¹, Nguyễn Đình Ngân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân gây loét giác mạc nhiễm trùng do kính tiếp xúc.
Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt

ngang trên 13 mắt của 12 bệnh nhân bị loét giác mạc do kính tiếp xúc điều trị tại khoa Kết Giác mạc – Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2018. **Kết quả:** Có 9 bệnh nhân nữ và 3 bệnh nhân nam trong độ tuổi từ 12 đến 21. Có 10 mắt bị loét giác mạc do đeo kính Ortho-K và 3 mắt (2 bệnh nhân) do đeo kính tiếp xúc mềm. Đau nhức, đỏ mắt, nhìn mờ là triệu chứng cơ năng gặp ở tất cả các bệnh nhân. Xét nghiệm vi sinh có 12 mắt (93.1%) bị loét giác mạc do vi khuẩn, 1 mắt loét giác mạc do nấm. *Pseudomonas aeruginosa* là nguyên nhân gây bệnh hay gặp nhất (46.1%). Các mắt bị loét giác mạc do vi khuẩn đều đáp ứng với điều trị nội khoa và bảo tồn được nhãn cầu. 1 mắt bị loét giác

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Ngân

Email: ngan.ophtal@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2019

Ngày duyệt bài: 4.11.2019

mạc do nấm được ghép giác mạc xuyên điều trị. **Kết luận:** Loét giác mạc nhiễm trùng do kính tiếp xúc là biến chứng ít gặp nhưng rất nguy hiểm và đe dọa thị lực của bệnh nhân. Các bệnh nhân cần lựa chọn loại kính có nguồn gốc uy tín, được tư vấn về cách sử dụng và vệ sinh kính bởi bác sĩ chuyên khoa mắt để phòng tránh biến chứng này.

Từ khóa: loét giác mạc nhiễm trùng, kính tiếp xúc

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND CAUSATIVE ORGANISMS OF CONTACT LENS-INDUCED MICROBIAL KERATITIS

Aim: To describe clinical characteristics and causative organisms of contact lens-induced microbial keratitis. **Patients and methods:** This is a cross-sectional descriptive study on 13 eyes of 12 patients who had contact lens-induced keratitis and were admitted to Corneal Department, VNIO. **Results:** There were 9 females and 3 males. Patient's age ranges from 12 to 21. There were 10 eyes wore Ortho-K and 3 eyes (2 patients) wore soft contact lens. Pain, redness and blurred vision were observed in all patients. Corneal scraping showed that 12 samples (93.1%) had bacteria, 1 sample had fungi. *Pseudomonas aeruginosa* was the most common cause (46.1%). All eyes with bacterial keratitis were preserved with medical treatment. One eye with fungal keratitis was underwent penetrating keratoplasty. **Conclusion:** Contact lens-induced microbial keratitis is a rare complication but it is very dangerous and might cause visual impairment. Contact lens wearers have to chose good quality products. Training of proper lens wear and lens care, consulting with an ophthalmologist would help to decrease the risk of microbial keratitis.

Keywords: microbial keratitis, contact lens

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kính tiếp xúc được sử dụng ngày càng phổ biến trong chuyên ngành nhãn khoa với mục đích điều chỉnh quang học, điều trị một số bệnh lý (khô mắt, tổn thương biểu mô kéo dài, sau phẫu thuật khúc xạ ...) và mục đích thẩm mỹ. Loét giác mạc nhiễm trùng là biến chứng ít gặp khi sử dụng kính tiếp xúc nhưng rất nguy hiểm và đe dọa thị lực của bệnh nhân. Bệnh có thể do nhiều nguyên nhân gây ra như vi khuẩn, nấm, *acanthamoeba*... Một số trường hợp loét giác mạc nặng hoặc không được phát hiện và điều trị kịp thời có thể dẫn đến hoại tử thủng giác mạc, phải ghép giác mạc để bảo tồn nhãn cầu.

Trong những năm gần đây, số lượng người đeo kính tiếp xúc ngày một tăng cao kéo theo số ca loét giác mạc nhiễm trùng do kính tiếp xúc có xu hướng tăng lên. Năm 2017 ước tính có khoảng 150 triệu người sử dụng kính tiếp xúc trên toàn thế giới [1]. Tỷ lệ mắc trung bình khoảng 4/10000, dao động từ 1.2-25.4% tùy theo từng nghiên cứu và vùng địa lý [2, 3]. Tại

các nước phát triển, kính tiếp xúc là nguyên nhân chính gây ra loét giác mạc nhiễm trùng, đặc biệt hay xảy ra trên những bệnh nhân trẻ tuổi, với tỉ lệ cần ghép giác mạc điều trị khoảng 12% [4].

Tại Việt Nam hiện chưa có số liệu thống kê cụ thể về số người sử dụng kính tiếp xúc. Với sự phát triển nở rộ của internet, bệnh nhân có thể dễ dàng mua kính tiếp xúc qua mạng hoặc tại các quầy thuốc, cửa hàng kính tư nhân mà không cần đến sự tư vấn của bác sĩ. Số lượng bệnh nhân bị biến chứng loét giác mạc liên quan đến kính tiếp xúc đến khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương có dấu hiệu gia tăng trong thời gian gần đây. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân gây loét giác mạc nhiễm trùng do kính tiếp xúc trên những bệnh nhân được nhập viện điều trị tại khoa Kết Giác mạc – Bệnh viện Mắt Trung ương trong năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang trên những bệnh nhân bị loét giác mạc nhiễm trùng do kính tiếp xúc được nhập viện điều trị tại khoa Kết Giác mạc – Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2018. Những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật bán phần trước, bệnh lý bề mặt nhãn cầu, sử dụng thuốc tra tại mắt, hoặc loét giác mạc không nhiễm trùng (như loét miến dịch, bệnh giác mạc thần kinh dinh dưỡng – neurotrophic keratopathy, viêm giác mạc vùng rìa) sẽ bị loại ra khỏi nghiên cứu.

Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được hỏi bệnh để ghi nhận các triệu chứng cơ năng (đau nhức, đỏ mắt, chói, cộm, chảy nước mắt, nhìn mờ), thời gian bị bệnh, thời gian sử dụng kính tiếp xúc, loại kính, cách đeo và thói quen vệ sinh kính. Khám sinh hiển vi đèn khe đánh giá tình trạng ổ loét (vị trí, kích thước ổ loét, mức độ thâm nhiễm), tình trạng mù tiền phòng. Siêu âm mắt được sử dụng để đánh giá tình trạng bán phần sau khi không soi được đáy mắt.

Kích thước ổ loét được tính bằng tích số của chiều dài và chiều rộng ổ loét (mm²). Thị lực được đo bằng bảng thị lực Snellen tại hai thời điểm nhập viện và xuất viện. Thị lực được phân loại thành các mức: >20/200, đếm ngón tay (ĐNT), bóng bàn tay (BBT).

Xét nghiệm vi sinh được thực hiện tại thời điểm nhập viện. Bệnh nhân được tra tê bề mặt bằng Dicaín 1%, sau đó dùng kim 21G hoặc spatula Kimura nạo bờ ổ loét làm xét nghiệm soi tươi, nhuộm Gram, nuôi cấy trên môi trường

thạch máu và thạch Sabouraud. Những trường hợp nuôi cấy có vi khuẩn sẽ được làm kháng sinh đồ.

Điều trị nội khoa dựa vào kết quả xét nghiệm vi sinh. Bệnh nhân bị loét giác mạc do vi khuẩn gram âm được điều trị bằng tra tại chỗ levofloxacin 1.5% phối hợp với tiêm tĩnh mạch ceftazidim 2g/ngày. Nếu xét nghiệm chất nạo bờ ổ loét tìm thấy vi khuẩn gram dương, bệnh nhân sẽ được điều trị bằng tra tại chỗ moxifloxacin 0.5%. Bệnh nhân bị loét giác mạc do nấm được điều trị theo phác đồ chống nấm gồm tra tại chỗ amphotericin B 0.15%, tiêm dưới kết mạc fluconazol 2mg/1ml, uống itraconazol 0.2g/ngày. Trường hợp điều trị nội khoa thất bại hoặc ổ loét hoại tử doạ thủng, thủng sẽ được ghép giác mạc xuyên để bảo tồn nhãn cầu.

Kết quả điều trị tại thời điểm ra viện được chia làm 3 mức:

- Tốt: thị lực phục hồi hoàn toàn hoặc không để lại sẹo giác mạc.

- Trung bình: thị lực giảm dưới 2 hàng hoặc để lại sẹo giác mạc mỏng.

- Kém: thị lực giảm trên 2 hàng, hoặc bệnh nhân phải ghép giác mạc điều trị.

Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 18.0 được sử dụng để phân tích số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2018, có 12 bệnh nhân với 13 mắt bị loét giác mạc do kính tiếp xúc được nhập viện điều trị tại khoa Kết Giác mạc – Bệnh viện Mắt Trung ương. Có 9 bệnh nhân nữ và 3 bệnh nhân nam. Tuổi của bệnh nhân từ 12 đến 21 tuổi. Thời gian từ lúc bị bệnh đến khi nhập viện trung bình là 3 ngày. Có 10 bệnh nhân sử dụng kính tiếp xúc cứng ban đêm (Ortho-K) để điều trị cận thị và 2 bệnh nhân sử dụng kính tiếp xúc mềm, trong đó có 1 bệnh nhân đeo kính tiếp xúc mềm đeo kính qua đêm bị loét giác mạc cả 2 mắt. Cả 2 bệnh nhân đeo kính tiếp xúc mềm đều tự mua kính qua mạng hoặc cửa hàng kính tư nhân mà không có sự tư vấn của bác sĩ.

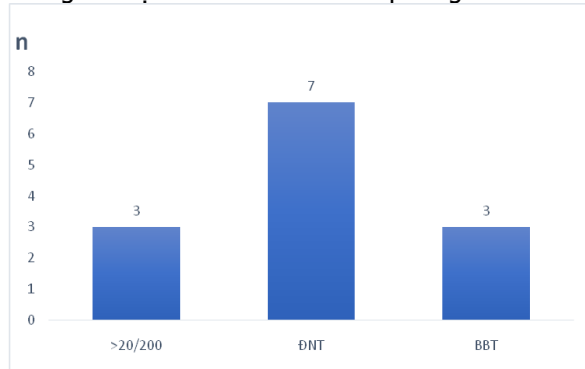
3.2. Đặc điểm lâm sàng. Triệu chứng cơ năng được liệt kê trong bảng 1. Đau nhức mắt, đỏ mắt và nhìn mờ là các triệu chứng cơ năng gặp ở tất cả bệnh nhân, khiến cho bệnh nhân khó chịu và phải đi khám.

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	n
Đau nhức mắt	13
Đỏ mắt	13
Nhìn mờ	13

Cộm vướng	10
Chảy nước mắt	10

Tại thời điểm nhập viện, hầu hết bệnh nhân chỉ còn thị lực dưới 20/200, trong đó có 3 mắt có mức thị lực BBT (biểu đồ 1). Kích thước ổ loét trung bình đo được trên sinh hiển vi đèn khe là $4.5 \pm 2.1 \text{ mm}^2$, bao gồm 8 mắt có ổ loét < 3 mm² và 5 mắt có ổ loét ≥ 3 mm². Có 5 mắt bị loét giác mạc kèm theo mũ tiền phòng.



Biểu đồ 1. Thị lực tại thời điểm nhập viện

Xét nghiệm vi sinh chất nạo bờ ổ loét được thực hiện trên cả 13 mắt của 12 bệnh nhân. Kết quả soi tươi và nhuộm Gram cho thấy có 12 mắt (92.3%) bị loét giác mạc do vi khuẩn (gồm 9 mắt do vi khuẩn gram âm và 3 mắt do vi khuẩn gram dương), 1 mắt (7.7%) bị loét giác mạc do nấm, không có trường hợp nào bị loét giác mạc do acanthamoeba. Bệnh nhân bị loét giác mạc 2 mắt đều tìm thấy vi khuẩn gram âm trên tiêu bản nhuộm Gram. Kết quả nuôi cấy được thể hiện trong bảng 2.

Bảng 2. Kết quả nuôi cấy vi sinh

Kết quả nuôi cấy	n	%
Pseudomonas aeruginosa	6	46.1
Staphylococcus aureus	1	7.7
Nấm sợi	1	7.7
Am tính	5	38.5

3.3. Kết quả điều trị. Thời gian điều trị trung bình từ khi nhập viện đến khi ra viện là 21 ± 7 ngày. 1 mắt bị loét giác mạc do nấm không đáp ứng với điều trị nội khoa đã được ghép giác mạc xuyên. Trong số 12 mắt bị loét giác mạc do vi khuẩn, có 9 mắt bị loét giác mạc do vi khuẩn gram âm được điều trị bằng levofloxacin 1.5% tra tại chỗ. Có 1 trong 3 mắt bị loét giác mạc do vi khuẩn gram dương không đáp ứng với moxifloxacin 0.5% tra tại chỗ và được chuyển sang điều trị bằng levofloxacin 1.5%. Kết quả cho thấy triệu chứng cơ năng cải thiện rõ rệt sau một vài ngày điều trị. Các dấu hiệu thâm nhiễm giác mạc, phù giác mạc, mũ tiền phòng giảm dần và để lại sẹo giác mạc. Tất cả các mắt đều

được bảo tồn về mặt giải phẫu. Tuy nhiên kết quả điều trị chung kém vì thị lực của các bệnh nhân đều không phục hồi được do sẹo giác mạc.

IV. BÀN LUẬN

Bề mặt nhãn cầu có nhiều cơ chế để bảo vệ chống lại sự xâm nhập của vi sinh vật như sự luân chuyển của lớp phim nước mắt cùng với động tác chớp mắt, các thành phần kháng khuẩn trong nước mắt như lysozyme và lactoferrin. Đồng thời liên kết chặt giữa các tế bào biểu mô cũng là hàng rào vật lý ngăn cản các loại vi sinh vật xâm nhập vào giác mạc. Kính tiếp xúc làm phá vỡ hàng rào sinh lý đó và làm cho giác mạc có nguy cơ bị nhiễm trùng cao hơn. Các vi sinh vật trôi nổi trong phim nước mắt có thể bám vào kính tiếp xúc và nhân lên tạo ra lớp "màng vi sinh" có khả năng chống lại cơ chế bảo vệ của phim nước mắt. Đeo kính tiếp xúc qua đêm hoặc kéo dài gây ra tình trạng thiếu oxy dẫn đến tổn thương biểu mô dạng chấm. Ngoài ra, kính tiếp xúc cũng có thể gây ra các vi chấn thương cơ học trên biểu mô giác mạc, tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn dễ dàng xâm nhập vào các lớp giác mạc sâu hơn và gây nên bệnh cảnh loét giác mạc.

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 13 mắt của 12 bệnh nhân, trong đó nữ giới chiếm ưu thế (75%). Nữ giới có xu hướng bị bệnh nhiều hơn nam giới có thể do số lượng bệnh nhân nữ đeo kính tiếp xúc nhiều hơn nam vì nữ giới thường có nhu cầu cao hơn về thẩm mỹ và ngoại hình so với nam. Các bệnh nhân bị biến chứng loét giác mạc do kính tiếp xúc trong nghiên cứu đều ở trong độ tuổi rất trẻ, từ 12 đến 21 tuổi, tương tự với kết quả của nhiều tác giả khác do đây là các đối tượng hay sử dụng kính tiếp xúc. Rajoulinejad và cộng sự tiến hành nghiên cứu trên 17 mắt của 14 bệnh nhân bị loét giác mạc nhiễm trùng do kính tiếp xúc thấy tuổi trung bình của các bệnh nhân là 21.58 ± 7.23 tuổi (từ 16-37 tuổi) [5].

Tỉ lệ biến chứng loét giác mạc nhiễm trùng khác nhau giữa các loại kính tiếp xúc. Bệnh nhân đeo kính tiếp xúc mềm loại dài ngày có nguy cơ bị loét giác mạc cao hơn so với kính tiếp xúc loại đeo hàng ngày. Kính chỉnh hình giác mạc đeo ban đêm (Ortho-K) là một phương pháp mới được áp dụng gần đây để điều trị cận thị, với tỉ lệ biến chứng loét giác mạc nhiễm trùng hàng năm do Ortho-K ước tính khoảng 7.7/10000 [6]. Loét giác mạc nhiễm trùng do kính tiếp xúc thường xảy ra ở những bệnh nhân không tuân thủ hoặc không giữ vệ sinh khi sử dụng kính. Có rất nhiều yếu tố nguy cơ gây ra loét giác mạc khi đeo kính tiếp xúc như đeo kính dài ngày, vệ sinh hộp đựng kính kém, không thay hộp đựng kính

thường xuyên, hút thuốc, không rửa tay khi đeo kính, và mua kính trên mạng. Kính thẩm mỹ cũng là một yếu tố nguy cơ gây loét giác mạc vì người sử dụng có thể mua dễ dàng ở nhiều nơi và không cần đến sự tư vấn của bác sĩ. Do đó, người sử dụng kính thẩm mỹ thường ít có kiến thức về cách sử dụng và vệ sinh kính. Trong nghiên cứu của Rasoulinejad và cộng sự, có 14.3% bệnh nhân sử dụng kính tiếp xúc điều trị và 85.7% bệnh nhân sử dụng kính tiếp xúc thẩm mỹ. Có 4 trường hợp đeo kính qua đêm [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân phải nhập viện điều trị vì loét giác mạc do sử dụng Ortho-K (76.9%), có thể do các bệnh nhân này được khám và theo dõi bởi các bác sĩ chuyên khoa mắt nên khi có biến chứng, hầu hết bệnh nhân được chuyển đến bệnh viện chuyên khoa để điều trị kịp thời. Chỉ có 2 bệnh nhân (3 mắt, 23.1%) trong nghiên cứu này bị loét giác mạc liên quan đến sử dụng kính tiếp xúc mềm mua tại cửa hàng kính, qua mạng và đeo kính qua đêm. Trên thực tế, có thể số lượng bệnh nhân bị biến chứng loét giác mạc nhiễm trùng do kính tiếp xúc mềm nhiều hơn nhưng do thiếu kiến thức và thái độ chủ quan, bệnh nhân tự mua thuốc hoặc điều trị tại các phòng khám tư nhân mà không cần đến bệnh viện khám và điều trị.

Về nguyên nhân gây bệnh, loét giác mạc do vi khuẩn là hay gặp nhất trong nghiên cứu này (12 mắt, 92.3%), chỉ có 1 mắt (7.7%) loét giác mạc do nấm, không có trường hợp nào loét giác mạc do acanthamoeba hoặc microsporidia. Kết quả nuôi cấy vi sinh cho thấy trực khuẩn mủ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*) chiếm tỉ lệ cao nhất (46.1%), tiếp đến là tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*) (7.7%) và nấm sợi (7.7%). Nghiên cứu trước đây của Goh và cộng sự cũng chỉ ra rằng trực khuẩn mủ xanh là nguyên nhân hay gặp nhất gây ra loét giác mạc nhiễm trùng do kính tiếp xúc, đặc biệt hay xảy ra trên những bệnh nhân đeo kính qua đêm, tiếp theo là vi khuẩn gram dương, acanthamoeba và nấm [7]. Kính tiếp xúc, hộp đựng kính và bề mặt nhãn cầu là môi trường thuận lợi cho sự nhân lên của trực khuẩn mủ xanh. Trực khuẩn mủ xanh có thể bám vào kính, sinh sôi trong quá trình đeo và sống trong hộp đựng kính. Khi bề mặt giác mạc bị tổn thương, chúng sẽ xâm nhập qua lớp biểu mô bị tổn thương vào các lớp sâu hơn và gây ra loét giác mạc với diễn biến bệnh rất nhanh trong khoảng vài ngày. Đeo kính tiếp xúc dài ngày làm tăng tỉ lệ loét giác mạc do trực khuẩn mủ xanh. Do vậy, nhiều tác giả khuyến cáo nên thay kính 1 tuần/lần khi sử dụng loại kính tiếp xúc dài ngày và thay hộp đựng kính

định kì ít nhất 3 tháng/lần để giảm thiểu nguy cơ loét giác mạc [5].

V. KẾT LUẬN

Loét giác mạc là biến chứng ít gặp khi đeo kính tiếp xúc nhưng rất nguy hiểm, có nguy cơ gây mù loà vĩnh viễn và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Phần lớn các ca loét giác mạc điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương xảy ra trên bệnh nhân đeo kính Ortho-K và do trực khuẩn mũ xanh. Để phòng tránh biến chứng này, bệnh nhân cần lựa chọn kính có nguồn gốc rõ ràng tại các cơ sở uy tín. Ngoài ra, bệnh nhân cần được khám, tư vấn bởi các bác sĩ nhãn khoa về cách sử dụng, cách vệ sinh kính và thay hộp đựng kính định kì để làm giảm nguy cơ loét giác mạc nhiễm trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Carnt, N., Y. Wu, and F. Stapleton**, Contact Lenses☆, in Reference Module in Neuroscience

- and Biobehavioral Psychology. 2017, Elsevier.
2. **Cheng, K.H., et al.**, Incidence of contact-lens-associated microbial keratitis and its related morbidity. *Lancet*, 1999. **354**(9174): p. 181-5.
3. **Schein, O.D., et al.**, The incidence of microbial keratitis among wearers of a 30-day silicone hydrogel extended-wear contact lens. *Ophthalmology*, 2005. **112**(12): p. 2172-9.
4. **Hoddenbach, J.G., et al.**, Clinical presentation and morbidity of contact lens-associated microbial keratitis: a retrospective study. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 2014. **252**(2): p. 299-306.
5. **Rasoulinejad, S.A., et al.**, Clinical Presentation and Microbial Analyses of Contact Lens Keratitis; an Epidemiologic Study. *Emergency (Tehran, Iran)*, 2014. **2**(4): p. 174-177.
6. **Bullimore, M.A., L.T. Sinnott, and L.A. Jones-Jordan**, The risk of microbial keratitis with overnight corneal reshaping lenses. *Optom Vis Sci*, 2013. **90**(9): p. 937-44.
7. **P. P. Goh, R.S., S. Chandamalar, and X. Y. Tai**, Contact lens-related corneal ulcer: a two-year review. *Medical Journal of Malaysia*, 2010. **65**: p. 120-123.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ IRINOTECAN + CISPLATIN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN LAN TRÀN

Nguyễn Quang Trung*, Nguyễn Khánh Toàn*, Ngô Văn Lâm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá kết quả hóa trị phác đồ Irinotecan + Cisplatin trên bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi tiến cứu có theo dõi dọc trên 20 bệnh nhân (BN) ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN) giai đoạn lan tràn được hóa trị phác đồ Irinotecan+Cisplatin từ tháng 1/2015-5/2019. **Kết quả:** Bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 59,2 tuổi (42-72). Tỷ lệ kiểm soát triệu chứng đau 85,0%, trong đó 15,0 % BN hết đau. Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 85,0 %, trong đó 15,0 % đạt đáp ứng hoàn toàn và 60,0% đáp ứng một phần. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển 6,6 tháng, thời gian sống thêm toàn bộ 13,7 tháng. Tác dụng phụ bao gồm hạ bạch cầu đa nhân trung tính độ 3 là 15,0%, không xảy ra độc tính trên thận ở mức độ nặng, buồn nôn chiếm tỉ lệ 45 %, tiêu chảy xảy ra 40% nhưng đều ở mức độ nhẹ. **Kết luận:** Hóa trị phác đồ Irinotecan + Cisplatin cho UTPTBN tương đối an toàn, có ít độc tính ở mức độ nặng, mà tỷ lệ đáp ứng cũng đã được ghi nhận là một lựa chọn phù hợp cho BN UTPTBN.

Từ khóa: Phác đồ Irinotecan – cisplatin, Ung thư phổi tế bào nhỏ, giai đoạn lan tràn.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF IRINOTECAN COMBINATION WITH CISPLATIN IN TREATMENT OF SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS WITH EXTENSIVE DISEASE

To evaluate initial outcomes of chemotherapy with IP regimen for extensive-stage small cell lung cancer at Nghệ An Oncology hospital from 1/2015-5/2019. Twenty patients were enrolled in the study, **Result:** Median age was 59,2 years (range, 42-72). Rate of control physical pain was 85%, in which 15% patients had no symptom. The overall response rate was 85,0% with 15,0% complete and 60% partial response. Stable disease was demonstrated in 10,0% and only 15,0% patients had progressed while on treatment. Progression-free survival was 6,6 months, overall survival was 13,7 months. The most important hematological adverse event was neutropenia, grade 3 neutropenia was 15%,diarrhoea was 40% and Nauseous was 45,0%. **Conclusion:** The IP regimen shows good efficacy with an acceptable toxicity profile in chemotherapy for patients with extensive-stage small cell lung cancer.

Keyword: Irinotecan – cisplatin regimen, small cell lung cancer, extensive-stage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất trên toàn thế giới trong những thập kỷ gần đây. Theo GLOBOCAN năm 2018 trên

*Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khánh Toàn

Email: Dr.khanhtoan15.10@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2019

Ngày duyệt bài: 11.11.2019

toàn thế giới có khoảng 2,094 triệu người mắc, chiếm tổng số 11,6% bệnh nhân ung thư[1].

Ung thư phổi tế bào nhỏ và ung thư phổi không tế bào nhỏ là 2 nhóm bệnh lý chính của ung thư phổi, trong đó UTPTBN chiếm khoảng 15% và có đặc điểm tiến triển nhanh, di căn xa sớm. UTPTBN được chia thành hai giai đoạn UTPTBN giai đoạn khu trú và UTPTBN giai đoạn lan tràn. Tại thời điểm phát hiện có hơn 2/3 số bệnh nhân ở giai đoạn lan tràn[2].

Ở giai đoạn lan tràn, hóa chất đơn thuần có thể cải thiện triệu chứng và kéo dài thời gian sống thêm. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị tuy nhiên UTPTBN giai đoạn lan tràn vẫn là một thách thức đối với các thầy thuốc lâm sàng. Thời gian sống thêm trung bình của UTPTBN giai đoạn lan tràn là 8-15 tháng, chỉ có khoảng 5% bệnh nhân sống thêm sau 5 năm.

Phác đồ kết hợp Irinotecan+ Cisplatin với lợi thế về hiệu quả kiểm soát bệnh, thuận tiện trong quá trình điều trị nên đã được NCCN và ASCO khuyến cáo trong điều trị bước 1 UTPTBN giai đoạn lan tràn. Tại Nghệ An chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kết quả điều trị phác đồ Irinotecan+ Cisplatin trong UTPTBN[4]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư phổi tế bào nhỏ tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.*

2. *Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ Irinotecan + Cisplatin.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 20 BN có chẩn đoán xác định là UTPTBN giai đoạn lan tràn được hóa trị phác đồ Irinotecan+ Cisplatin từ tháng 1/2015 đến tháng 5/2019 tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu.

- BN UTPTBN đã được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học.

- UTPTBN giai đoạn III, IV.

- Hóa trị phác đồ Irinotecan+ Cisplatin \geq 3 chu kỳ.

- Không bị các bệnh mạn tính có chống chỉ định hóa trị.

- Chỉ số toàn trạng PS= 0,1.

- Tuổi không quá 75

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ.

- Bệnh nhân không đạt các tiêu chuẩn trên.

- Mắc các bệnh lý nội khoa nặng khác.

- BN và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi tiến cứu không đối chứng, so sánh kết quả trước sau có theo dõi dọc

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

Phác đồ nghiên cứu Irinotecan+ Cisplatin:

Irinotecan 65 mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1,8.

Cisplatin 30mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1,8.

Chu kỳ 21 ngày.

- Các số liệu thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Độ tuổi trung bình của bệnh nhân	59,2 (42-72)	
Giới tính	Nam	19 95,0%
	Nữ	1 5,0%
Lý do vào viện	Đau ngực	12 60,0%
	Ho	1 5,0%
	Ho kèm đau ngực	7 35,0%
	Khó thở	0 0,0%
	Sốt	3 15,0%
	Khác	12 60,0%
Hút thuốc lá, thuốc lào	Có	19 95,0%
	Không	1 5,0%
Thời gian phát hiện bệnh	\leq 3 tháng	19 95,0%
	3-6 tháng	1 5,0%
	\geq 6 tháng	0 0%
Thể trạng chung	KPS 100%	12 60,0%
	KPS 80-90%	8 40,0%
Giai đoạn bệnh	III	7 35,0%
	IV	13 65,0%

Trong nghiên cứu của chúng tôi 20 BN UTPTBN được điều trị bằng phác đồ Irinotecan+ Cisplatin tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An, các BN từ 42 tuổi trở lên, độ tuổi trung bình của BN là 59,2, BN cao tuổi nhất là 72. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của nhóm tác giả Renata Rezonja Kukec (Slovenia) là 64,1[5]. Tỷ lệ nam chiếm 95% nữ chiếm 5%, cao hơn rất nhiều với kết quả nghiên cứu của G. Del Bene (1,9/1), có sự khác biệt này một phần có lẽ do tỷ lệ nữ giới hút thuốc lá tại các nước Âu- Mỹ cao hơn rất nhiều so với Việt Nam[6].

Lý do vào viện chủ yếu là đau tức ngực 60%, tiếp theo là ho kéo dài chiếm 25%. Theo nghiên cứu của Trần Văn Thuấn đau tức ngực cũng chiếm tỷ lệ cao nhất với 76,5%[2]. Nghiên cứu

của chúng tôi thấy thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi phát hiện bệnh là 3tháng. Đa số BN trong nghiên cứu có thể trạng chung khá tốt, tỷ lệ BN có chỉ số đánh giá thể trạng Karnofsky 100% chiếm

60%, và 40% có chỉ số Karnofsky 80-90%. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu đánh giá hiệu quả của hóa chất Etoposid + Cisplatin và Irinotecan + Cisplatin ở BN giai đoạn lan tràn những năm gần đây. BN giai đoạn IV chiếm tỷ lệ 65,0%.

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

Bảng 2: Đánh giá hiệu quả kiểm soát triệu chứng đau.

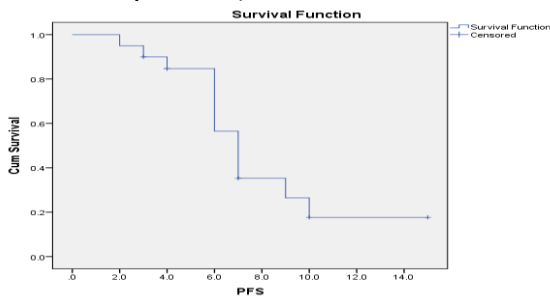
Nội dung Số lượng	Kiểm soát triệu chứng đau			Triệu chứng nặng lên	Tổng
	Đáp ứng điều trị		Triệu chứng giữ nguyên		
	Hoàn toàn	1 phần			
n	3	12	2	3	20
%	15,0	60,0	10,0	15,0	100

Nhận xét: Tỷ lệ BN thấy có hiệu quả trong kiểm soát các triệu chứng đau đạt 60,0 %, trong đó 15,0% BN không còn thấy đau, 60% BN thấy đỡ đau và 10,0% không thấy các triệu chứng này nặng lên. Ngược lại có 15,0% BN thấy đau tăng lên.

Bảng 3. Đặc điểm điều trị và đáp ứng

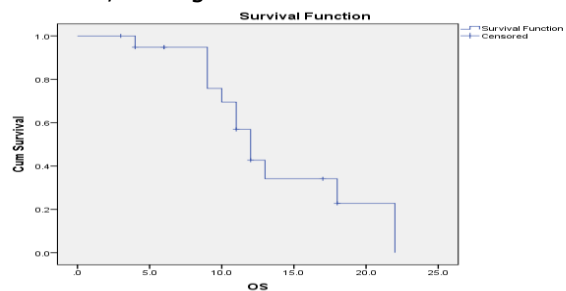
Đặc điểm điều trị và đánh giá đáp ứng	Số BN	Tỷ lệ %	
Số CK hóa trị	3 chu kỳ 6 chu kỳ	3 17	15,0% 85,0%
Liều hóa chất	85% 100%	1 19	5,0% 95,0%
Đánh giá đáp ứng	Đáp ứng hoàn toàn	3	15,0%
	Đáp ứng 1 phần	12	60,0%
	Bệnh ổn định	2	10,0%
	Bệnh tiến triển	3	15,0%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 19BN (95%) được điều trị theo liều tối đa và 1 BN (5%) được điều trị với liều dưới liều chuẩn. Tổng số đợt hóa chất đã được tiến hành điều trị cho 20 BN trong nghiên cứu là 111đợt, trung bình mỗi BN được điều trị 5,55 đợt, trong đó có 17 BN điều trị đủ 6 chu kỳ, chiếm tỷ lệ khá cao 85%, thấp nhất là 3 chu kỳ chỉ chiếm 15%. Số BN không điều trị đủ 6 CK là 3 BN trong đó có 3 BN do bệnh tiến triển, không có bệnh nhân bỏ điều trị. Nghiên cứu cho thấy hóa trị phác đồ Irinotecan+ Cisplatin cho tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đáng khích lệ, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 85%, còn lại tiến triển trong quá trình điều trị gặp 15%. Kết quả này cũng khá tương đương với kết quả nghiên cứu Manisha Bhutani và cộng sự với tỷ lệ kiểm soát bệnh là 70,0%.



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Nhận xét: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 6,6 tháng , kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nasser Hanna (2006) trên 221 bệnh nhân là 4,1 tháng.



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Thời gian sống thêm trung bình toàn bộ trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,7 tháng. Số liệu này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu cũng như thử nghiệm pha III của phác đồ Irinotecan + Cisplatin. Theo Kazumasa (2002), nghiên cứu trên 230 bệnh nhân, thời gian sống trung bình toàn bộ 12,8 tháng [11]. Còn theo Nasser Hanna và các cộng sự (2006) , nghiên cứu trên 221 bệnh nhân, thời gian sống trung bình toàn bộ là 9,3 tháng[9].

Kết quả của chúng tôi cho thấy độc tính trên huyết học chủ yếu là hạ BCTT, trong đó bạch cầu độ 3 gặp ở 15,0% BN, độ 4 chiếm 0,00%. Đây là dấu hiệu cần lưu ý vì hạ BCTT nặng có thể gây ra sốt hạ bạch cầu, là một biến chứng nặng với tỷ lệ tử vong cao nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 BN (15%) sốt hạ bạch cầu, kết quả này cũng gần với kết quả của Kaoru Kubota có 17% BN có sốt do hạ bạch cầu[7]. Không có trường hợp nào hạ tiểu cầu. Độc tính trên thận và gan thường gặp nhưng chỉ gặp ở mức độ nhẹ, không có trường hợp nào xuất hiện độc tính nặng.

Bảng 4. Độc tính và tác dụng không mong muốn

Độc tính	Độ1	Độ2	Độ3	Độ 4
Hạ BCTT	0 (0,0)	0 (0,0)	5(15,0)	0 (0,0)
Hạ TC	0(0,0)	0(0,0)	0,0	0,0
Creatinin	4 (20,0)	3(15,0)	0(0,0)	0,0
AST,ALT	5 (25,0)	3 (15,0)	-	-
Tác dụng không mong muốn	Độ1	Độ2	Độ3	Độ 4
Buồn nôn, nôn	6 (30,0)	3 (15,0)	-	-
Tiêu chảy	6 (30,0)	2 (10,0)	-	-
Rụng tóc	15 (75,0)	-	-	-

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 20 BN KPTBN giai đoạn lan tràn được điều trị hóa chất phức đồ Irinotecan + Cisplatin tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An trong khoảng thời gian từ tháng 1/2015 đến hết tháng 5/2019, chúng tôi rút ra một số kết luận sau.

- Tuổi mắc UTPTBN cao, trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung vị là 59,2 Triệu chứng chủ yếu khiến BN đi khám là đau tức ngực chiếm 60%, tiếp theo là ho khan kéo dài chiếm 25%
- Tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 85,0%, trong đó 15% đạt đáp ứng hoàn toàn và 60% đáp ứng một phần, bệnh ổn định chiếm tỷ lệ 10%.
- Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 6,6 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ 13,7 tháng.
- Độc tính trên hệ tạo huyết chủ yếu là hạ BC và hạ BCTT.
- Tác dụng phụ hay gặp là buồn nôn, tiêu chảy và rụng tóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Globocan (2018).**
2. **Trần Văn Thuận (2014)** "Đánh giá hiệu quả hóa chất phức đồ Irinotecan kết hợp Cisplatin trong điều trị ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn". Tạp chí y học Việt Nam tháng 5- Số 1/2014. Tr 69-73.
3. **Lauren Averett Byers, John V Heymach (2013).** Small-cell lung cancer: treatment of extensive-stage disease. Personalized Management of Lung Cancer. p.142-158
4. **Small cell lung cancer:** Extensive stage. Clinical practice Guideline Lu-007.
5. **Renata Rezonja Kukec1, Iztok Grabnar (2015).** Febrile neutropenia in chemotherapy treated small-cell lung cancer patients. Radiol Oncol 2015; 49(2): 173-180.
6. **G. Del Bene1, A. Prelaj (2016).** First-line treatment with cisplatin plus etoposide for small cell lung cancer and large cell neuroendocrine carcinoma: Our center experience. Abstracts, ELCC 2016 – SCLC
7. **Kaoru Kubota, Toyooki Hida (2012).** Randomized phase III study comparing etoposide and cisplatin (EP) with irinotecan and cisplatin (IP) following EP plus concurrent accelerated hyperfractionated thoracic radiotherapy (EP/AHTRT) for the treatment of limited-stage small-cell lung cancer (LD-SCLC): JCOG0202. Journal of Clinical Oncology, 2012 ASCO.Vol 30, No 15
8. **Võ Văn Xuân, Nguyễn Bá Đức, Đỗ Tuyết Mai (2006).** Nghiên cứu phức đồ kết hợp hoá-xạ trị ung thư phổi tế bào nhỏ. Tạp chí Y học thực hành số 541/2006. Bộ Y tế, tr 527-533.
9. **Hanna N (2006),** Randomized phase III trial comparing irinotecan/cisplatin with etoposide/cisplatin in patients with previously untreated extensive-stage disease small-cell lung cancer. J Clin Oncol. 2009 May 20;27(15):2530-5

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA LACTATE MÁU ĐỐI VỚI PHẪU THUẬT TIM MỞ TIM BẨM SINH

Trần Minh Điền*, Nguyễn Thị Thu Dung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu giá trị tiên lượng của chỉ số lactate máu đối với kết quả điều trị phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh. **Đối tượng và phương pháp:** bệnh

nhi dưới 1 tuổi mắc tim bẩm sinh được phẫu thuật tim mở tại Khoa Hồi sức Ngoại BVNTW từ 01/12/2015 đến 30/07/2016. Định lượng nồng độ lactate máu bằng máy phân tích khí máu GEM 3000. Đánh giá kết quả nồng độ lactate máu: (1) Bình thường: ≤ 2 mmol/l; (2) Tăng: >2 mmol/l. Phân tích mối liên quan của nồng độ lactate máu các thời điểm trong và sau phẫu thuật với kết quả điều trị. Kết quả điều trị xấu: Tử vong/xin về trong thời gian điều trị; Ngừng tim sau mổ; Hở ngực sau mổ; Mổ lại; Thẩm phân phúc mạc/lọc máu liên tục; ECMO sau mổ. **Kết quả:** Nghiên cứu có 239 bệnh nhân. Tuổi phẫu thuật trung

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Điền

Email: dientm@nhp.org.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2019

Ngày duyệt bài: 14.11.2019

bình (tháng): $3,9 \pm 2,8$, thấp nhất 3 ngày; Cân nặng trung bình khi phẫu thuật (kg): $4,7 \pm 1,5$, thấp nhất 1,9 kg. Kết quả điều trị xấu có 15 bệnh nhân (6,3%). Lactate máu tăng > 2 mmol/l có ý nghĩa thống kê ảnh hưởng đến kết quả điều trị xấu tại các thời điểm: trong phẫu thuật (OR:1,34; 95%CI: 1,08 -1,66), sau phẫu thuật: 6 giờ (OR: 1,85; 95%CI: 1,18 - 2,88), 12 giờ (OR: 1,89; 95%CI: 1,2 - 2,9) và 24 giờ (OR: 2,17; 95%CI: 1,2 - 3,9). Lactate máu tại thời điểm 6 giờ và 12 giờ sau ra HSN có giá trị nhất trong tiên lượng kết quả điều trị xấu sau mổ (ROC AUC 6 giờ = 0,78, độ nhạy 73,3%, độ đặc hiệu 79,5% và ROC AUC 12 giờ = 0,78, độ nhạy 73,3%, độ đặc hiệu 73,6%), điểm cắt lactate máu (ngưỡng bệnh lý) cả 2 thời điểm 1,6mmol/l. **Kết luận:** Tăng Lactate máu (> 2 mmol/l) có ý nghĩa thống kê ảnh hưởng đến kết quả điều trị xấu tại các thời điểm: Trong phẫu thuật, các thời điểm sau phẫu thuật: 6 giờ, 12giờ, 24 giờ. "Ngưỡng" lactate máu 1,6 mmol/l có khả năng phân tách tốt kết quả điều trị tại thời điểm sau phẫu thuật là 6 giờ và 12 giờ.

Từ khóa: phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh; chỉ số liên lượng, lactate máu.

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF LACTATE IN OPEN HEART SURGERY IN PEDIATRIC CONGENITAL HEART DISEASE

Objectives: To study the prognostic value of the blood lactate for the outcome of open heart surgery of congenital heart disease (CDH). **Patients and methods:** Children suffer from CDH undergoing open heart surgery at the Surgical ICU of National Children's Hospital from 01/12/2015 to 30/07/2016. Quantify blood lactate concentrations analyse by GEM 3000. Evaluate blood lactate concentrations: (1) Normal: ≤ 2 mmol/l; (2) increase: > 2 mmol/l. Analysis of the association of blood lactate concentrations during and after operation with outcomes. Poor outcomes: Death / Postoperative cardiac arrest; sternalopening after surgery; peritoneal dialysis/blood dialysis; ECMO required. **Results:** The study included 239 patients. Surgical age (months): 3.9 ± 2.8 , lowest 3 days; weight for surgery (kg): 4.7 ± 1.5 , lowest 1.9 kg. The outcome was poor in 15 patients (6.3%). Blood lactate increased > 2 mmol/l, which was statistically significant at the time of treatment: In surgery (OR: 1.34; 95% CI: 1.08 -1.66), 6 hours after surgery: (OR: 1.85; 95% CI: 1.18-2.88), 12 hours (OR: 1.89; 95% CI: 1.2 - 2.9) and 24 hours (OR: 2.17; 95% CI: 1.2 - 3.9). Blood lactate at 6 hours and 12 hours postoperation was the most valuable in outcomes (AUC = 0.78, sensitivity 73.3%, specificity 79.5 % and AUC = 0.78, sensitivity 73.3%, specificity 73.6%), the cutoff of lactate (pathological) was 1.6 mmol / l in both 6 hours and 12 hours. **Conclusion:** High blood lactate (> 2 mmol / l) was statistically significant at the time of treatment: in surgery, the time after surgery: 6 hours, 12 hours, 24 hours. The blood lactate threshold of 1.6 mmol / l is capable of successfully separating postoperative outcomes from 6 hours to 12 hours.

Key words: congenital heart disease; open heart surgery; prognostic factors, blood lactate concentration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tim mở ở trẻ em có bệnh tim bẩm sinh (TBS) hiện đã được tiến hành tại nhiều trung tâm tim mạch, tuy nhiên các can thiệp phẫu thuật TBS (đặc biệt tim bẩm sinh phức tạp) với tuần hoàn ngoài cơ thể vẫn đang là thách thức không nhỏ, dù hơn 6 thập kỷ qua đã có những bước phát triển vượt bậc trong chẩn đoán, phẫu thuật, gây mê hồi sức và chăm sóc sau mổ làm giảm đáng kể tỉ lệ tử vong.

Trong phẫu thuật tim mở cuộc mổ diễn ra trên phẫu trường tim không chứa máu và ngừng đập. Một hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể (hệ thống tim, phổi nhân tạo) được dùng để thay thế tạm thời chức năng tim, phổi trong suốt quá trình sửa chữa tổn thương tim. Hệ thống này gây một số biến loạn sinh lý bệnh ảnh hưởng tới các chức năng các cơ quan của cơ thể bệnh nhân sau mổ [1]. Làm thế nào để đánh giá và tiên lượng sớm tình trạng nặng, giảm tối thiểu biến chứng, tử vong của bệnh nhân đó là yêu cầu cấp thiết cho các Bác sĩ gây mê hồi sức.

Lactate máu là xét nghiệm thường quy trong phòng mổ cũng như ở khoa hồi sức. Lactate là sản phẩm chuyển hóa yếm khí của glucose, do pyruvate chuyển hóa thành axit lactic dưới xúc tác của lactate dehydrogenase (LDH). Nếu tình trạng thiếu oxy tổ chức tiếp tục tiếp diễn cơ thể sẽ rơi vào tình trạng toan lactic. Lactate máu cao trong và sau mổ là dấu hiệu sinh hóa tiên đoán sớm các kết quả xấu sau mổ [2,3,4]. Việc dự đoán sớm các diễn biến xấu giúp bác sĩ hồi sức có các biện pháp can thiệp kịp thời và hiệu quả. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *nghiên cứu giá trị tiên lượng của chỉ số lactate máu đối với kết quả điều trị phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhi dưới 1 tuổi mắc tim bẩm sinh được phẫu thuật tim mở. Loại trừ: tử vong trong mổ, không thu thập đủ số liệu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật Gây mê Hồi sức, Khoa Hồi sức Ngoại BVNTW. Thời gian: Từ 01/12/2015 đến 30/07/2016.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu.

Nội dung nghiên cứu: Xét nghiệm khí máu theo quy trình chung của khoa Gây mê và khoa Hồi sức Ngoại (HSN) vào các thời điểm: Sau khởi mê (To), sau kẹp động mạch chủ, sau kẹp động mạch chủ mỗi 30 - 45 phút (T1a,b...), sau thả động mạch chủ - trước cai máy THNCT (T2), sau

cai máy THNCT chuẩn bị ra HSN (T3), khi ra HSN (T4) và mỗi 6 giờ sau đó (T5, T6, T7).

Định lượng nồng độ lactate máu qua xét nghiệm khí máu bằng máy phân tích khí máu GEM 3000. Đánh giá kết quả nồng độ lactate máu: (1) Bình thường: ≤ 2 mmol/l; (2) Tăng: >2 mmol/l.

Ghi nhận kết quả điều trị: tử vong/sống trong thời gian điều trị. Thời gian nằm hồi sức, thời gian thở máy. Kết quả điều trị xấu khi có một trong các dấu hiệu: Tử vong/xin về trong thời gian điều trị; Ngừng tim sau mổ; Hở ngực sau mổ; Mổ lại; Thẩm phân phúc mạc/lọc máu liên tục; ECMO sau mổ.

Phân tích mối liên quan của nồng độ lactate máu các thời điểm với kết quả điều trị.

Chỉ số lactate thu được ở các thời điểm, chạy mô hình đường cong ROC theo 2 chiều kết quả tốt/xấu để xác định diện tích dưới đường cong, điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu, độ tin cậy 95%. Từ đó lựa chọn được các chỉ số lactate (ngưỡng lactate "bệnh lý") có giá trị tiên lượng tới kết quả điều trị.

Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê y học bằng chương trình phần mềm STATA 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 239 bệnh nhân phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh đủ tiêu chuẩn, các kết quả thu được như sau: Tuổi trung bình (tháng): $3,9 \pm 2,8$, thấp nhất 3 ngày; Cân nặng trung bình (kg): $4,7 \pm 1,5$, thấp nhất 1,9kg.

Các bệnh nhân được phẫu thuật theo lịch hẹn là 219 bệnh nhân (91,6%), mổ cấp cứu có 20 (8,4%). Thở máy trước phẫu thuật có 24 bệnh nhân (10%).

Kết quả điều trị xấu sau phẫu thuật: 15 bệnh nhân (6,3%). Trong đó có 4 bệnh nhân tử vong, ngừng tim sau phẫu thuật 7 bệnh nhân, cần thẩm phân phúc mạc hoặc lọc máu liên tục 5 bệnh nhân, hở ngực sau phẫu thuật 4 bệnh nhân, ECMO 2 bệnh nhân, phẫu thuật lại 4 bệnh nhân.

Thời gian thở máy có trung vị 34 giờ (khoảng tứ phân vị: 18 - 64).

Thời gian nằm HSN có trung vị 4 ngày (3 - 6).

Bảng 1. Phân tích đơn biến giá trị lactate máu trung bình các thời điểm và kết quả điều trị

Kết quả	Giá trị trung bình lactate máu các thời điểm ($\bar{X} \pm SD$) mmol/l				
	Trong mổ ($\bar{X} \pm SD$)	T4 Ra HSN	T5 6giờ HSN	T6 12giờ HSN	T7 24giờ HSN
Chung cuộc					
Chết (n = 4)	$2,2 \pm 1,1$	$2,0 \pm 0,9$	$1,95 \pm 0,6$	$1,95 \pm 0,6$	$1,35 \pm 0,6$
Sống (n = 235)	$2,5 \pm 1,6$	$1,6 \pm 0,9$	$1,3 \pm 0,8$	$1,4 \pm 0,8$	$1,2 \pm 0,6$
p	0,7	0,4	0,05	0,1	0,6
Thời gian thở máy					
Kéo dài (n =58)	$3,06 \pm 1,9$	$2,0 \pm 1,2$	$1,5 \pm 0,9$	$1,7 \pm 1,1$	$1,4 \pm 0,7$
Không (n=181)	$2,26 \pm 1,1$	$1,5 \pm 0,8$	$1,2 \pm 0,7$	$1,3 \pm 0,7$	$1,1 \pm 0,6$
p	0,0002	0,0006	0,005	0,0002	0,005
Thời gian HSN					
Kéo dài (n =51)	$3,1 \pm 2,5$	$1,9 \pm 0,98$	$1,6 \pm 0,8$	$1,7 \pm 1,0$	$1,3 \pm 0,7$
Không (n=188)	$2,3 \pm 1,27$	$1,6 \pm 0,9$	$1,2 \pm 0,8$	$1,3 \pm 0,7$	$1,2 \pm 0,6$
p	0,0033	0,03	0,006	0,0004	0,3
VIS					
≥ 15 (n = 9)	$4,8 \pm 4,2$	$2,5 \pm 0,97$	$1,6 \pm 0,7$	$2,0 \pm 0,9$	$1,3 \pm 0,45$
< 15 (n = 230)	$2,4 \pm 1,4$	$1,6 \pm 0,92$	$1,3 \pm 0,8$	$1,3 \pm 0,8$	$1,2 \pm 0,6$
p	$< 0,05$	0,0038	0,25	0,017	0,6
Kết quả					
Xấu (n = 15)	$3,8 \pm 3,7$	$2,0 \pm 1,0$	$1,9 \pm 0,7$	$2,0 \pm 0,9$	$1,7 \pm 0,9$
Tốt (n = 224)	$2,4 \pm 1,4$	$1,6 \pm 0,9$	$1,3 \pm 0,7$	$1,3 \pm 0,8$	$1,2 \pm 0,6$
p	0,0008	0,1	0,026	0,001	0,0038

Nhận xét: Nồng độ lactate máu cao hơn ở thời điểm 6 giờ sau mổ ảnh hưởng đến tỉ lệ tử vong ($p = 0,05$). Nồng độ lactate máu cao hơn ở mọi thời điểm ảnh hưởng đến thời gian thở máy kéo dài, thời gian nằm HSN kéo dài ($p < 0,05$). Nồng độ lactate máu cao hơn ở các thời điểm: trong mổ; sau mổ 6, 12, 24 giờ ảnh hưởng đến kết quả điều trị xấu ($p < 0,05$).

Bảng 2. Phân tích hồi quy logistic giá trị lactate máu các thời điểm với kết quả điều trị xấu

Thời điểm	Lactate (>2 mmol/l) n (%)	Lactate (≤ 2 mmol/l) n (%)	OR	95%CI	p
Trong mổ	118 (49,4%)	121 (50,6)	1,34	1,08 - 1,66	0,006
T4 (ra HSN)	54 (22,6%)	185 (77,4%)	1,37	0,92 - 2,05	0,1

T5 (6h)	26 (10,9%)	231 (89,1%)	1,85	1,18 - 2,88	0,007
T6 (12h)	37 (15,5%)	202 (84,5%)	1,89	1,2 - 2,9	0,005
T7 (24h)	22 (9,2%)	217 (90,8%)	2,17	1,2 - 3,9	0,01

Nhận xét: Lactate máu tăng > 2 mmol/l có ý nghĩa thống kê ảnh hưởng đến kết quả điều trị xấu tại các thời điểm: trong phẫu thuật, sau phẫu thuật: 6 giờ, 12 giờ và 24 giờ.

Bảng 3. Giá trị tiên lượng của nồng độ lactate máu các thời điểm tới kết quả điều trị thể hiện qua đường cong ROC

Thời điểm	Diện tích dưới đường cong (AUC) 95%CI	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Trong mổ	0,58 (0,38 - 0,78)	3,1	53,3	80,4
T4 (ra HSN)	0,62 (0,44 - 0,79)	1,9	60,0	73,7
T5 (6h)	0,78 (0,66 - 0,90)	1,6	73,3	79,5
T6 (12h)	0,78 (0,66 - 0,89)	1,6	73,3	73,6
T7 (24h)	0,68 (0,54 - 0,82)	1,6	53,3	80,7

Nhận xét: Lactate máu tại thời điểm 6 giờ và 12 giờ sau ra HSN có giá trị nhất trong tiên lượng kết quả điều trị xấu sau mổ (ROC AUC 6 giờ = 0,78, độ nhạy 73,3%, độ đặc hiệu 79,5% và ROC AUC 12 giờ = 0,78, độ nhạy 73,3%, độ đặc hiệu 73,6%), điểm cắt lactate máu cả 2 thời điểm 1,6 mmol/l.

Bảng 4. Kết quả điều trị liên quan với ngưỡng lactate "bệnh lý"

Thời điểm	Giá trị lactate máu (mmol/l)	Kết quả điều trị		OR	95%CI	p
		Xấu n (%)	Tốt n (%)			
Trong mổ	> 3,1	7 (14,9)	40 (85,1)	4,02	1,16 - 13,4	0,004
	≤ 3,1	8 (4,1)	184 (95,8)			
T4 (ra HSN)	> 1,9	7 (11,1)	56 (88,9)	2,62	0,76 - 8,66	0,065
	≤ 1,9	8 (4,55)	168 (95,5)			
T5 (6h)	> 1,6	9 (18,8)	39 (81,3)	7,11	2,09 - 25,49	<0,05
	≤ 1,6	6 (3,1)	185 (96,9)			
T6 (12h)	> 1,6	9 (14,8)	52 (82,2)	4,96	1,48 - 17,6	0,002
	≤ 1,6	6 (3,4)	172 (96,6)			
T7 (24h)	> 1,6	6 (12,2)	43 (87,8)	2,8	0,77 - 9,33	0,053
	≤ 1,6	9 (4,7)	181 (95,3)			

Nhận xét: Tại thời điểm 6 giờ, 12 giờ sau mổ tỉ lệ kết quả điều trị xấu cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân có lactate máu >1,6 mmol/l.

IV. BÀN LUẬN

Nồng độ lactate máu các thời điểm và kết quả điều trị. Kết quả điều trị xấu sau mổ có 15 bệnh nhân (6,3%); 7 bệnh nhân ngừng tim sau mổ (2,92%), 4 trong số đó tử vong (1,67%); 5 thăm phân phúc mạc/lọc máu liên tục (2,09%), có 1 bệnh nhân trong số đó tử vong; mổ lại 4 trường hợp (1,67%), cả 4 đều sống; mở ngực 3 (1,26%) và ECMO 2 ca (0,84%) tất cả đều sống. Nghiên cứu của Kurt R. Schumacher [5] và cộng sự (2013) trên 231 trẻ dưới 1 tuổi tại Michigan Hoa Kỳ được phẫu thuật tim mở tim bẩm sinh cho kết quả xấu 19 trẻ (8,2%), tử vong 11 bệnh nhân (4,8%), 7 bệnh nhân phải sử dụng biện pháp thay thế thận (3%), 9 ECMO sau mổ (3,9%). Sơ sánh với các nghiên cứu khác cũng cho thấy tỉ lệ tử vong và các biến cố khác sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, điều này một lần nữa khẳng định có sự tiến bộ rõ rệt trong phẫu thuật, gây mê cũng như hồi sức sau mổ của

bệnh viện.

Trong bảng 1 và 2 cho thấy tăng lactate máu các thời điểm có liên quan đến kết quả điều trị xấu. Ở các thời điểm trong mổ; sau mổ 6, 12, 24 giờ nồng độ lactate máu trung bình ở nhóm kết quả xấu đều cao hơn so với nhóm kết quả tốt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Suzette M. Perfecto [7] và cộng sự (2012) cũng cho thấy với nhóm bệnh nhân có kết quả điều trị xấu giá trị trung bình lactate máu các thời điểm cao hơn so với nhóm bệnh nhân có kết quả tốt. Trong nghiên cứu này có 4 bệnh nhân tử vong/61 bệnh nhân, 3 trong số đó xảy ra ở thời điểm 0 - 6 giờ sau mổ. Thời điểm ngay sau mổ và 6 giờ sau mổ, nhóm bệnh nhân tử vong có giá trị lactate trung bình cao hơn hẳn so với nhóm sống ($16,8 \pm 4,7$ với $6,4 \pm 3,5$ và $16,2 \pm 1,87$ với $4,5 \pm 2,7$), nồng độ lactate máu ngay sau mổ có liên quan đến thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức, và chỉ số thuốc vận mạch.

Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi,

nồng độ lactate máu trung bình ở các thời điểm đều tương đối thấp, cao nhất là $2,2 \pm 1,32$ mmol/l sau thả cặp ĐMC, nên mặc dù tăng hơn ở nhóm kết quả xấu nhưng nồng độ lactate máu trung bình ở trong giới hạn không cao. Trong phẫu thuật có một tỉ lệ bệnh nhân có tăng lactate máu trước mổ, những bệnh nhân này trước, trong và sau mổ thường cần phải hỗ trợ các thuốc vận mạch tăng cường co bóp cơ tim, nên ở nhóm bệnh nhân có VIS sau mổ cao nồng độ lactate trung bình trong mổ và ngay sau mổ cao hơn hẳn nhóm VIS thấp ($4,8 \pm 4,2$ mmol/l và $2,4 \pm 1,4$ mmol/l). Nhưng từ 6 giờ đến 24 giờ sau mổ, nồng độ lactate máu đã giảm rõ rệt và trở về mức bình thường, chứng tỏ độ thanh thải lactate của các bệnh nhân đều khá tốt.

Giá trị tiên lượng của nồng độ lactate máu các thời điểm thể hiện qua đường cong ROC. Sau khi tiến hành chạy đường cong ROC giá trị lactate máu các thời điểm với kết quả tốt/xấu, chúng tôi thu được kết quả: đường biểu diễn ROC đều nằm phía trên của đường trung gian với diện tích $> 0,6$. Các giá trị điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu như trong bảng 3. Như vậy diện tích dưới đường cong của giá trị lactate máu tại thời điểm 6 giờ và 12 giờ sau mổ là lớn nhất: 0,78 hay lactate máu thời điểm 6 giờ và 12 giờ sau mổ có giá trị tiên lượng kết quả điều trị hơn các thời điểm khác.

Kết quả thu được trong nghiên cứu của J.M. Maillet [9] và cộng sự cho thấy diện tích dưới đường cong của lactate máu với kết quả điều trị xấu tại thời điểm 12 giờ sau mổ cũng lớn nhất (AUC: 0,84; 95%CI: 0,73 - 0,95). Nghiên cứu của Vũ Xuân Quang [6] (2008) cũng chỉ ra rằng tại thời điểm 12 giờ diện tích dưới đường cong ROC của lactate máu với kết quả điều trị xấu: 0,83 với 95%CI: 0,71 - 0,95, lớn hơn các thời điểm khác. So sánh kết quả của chúng tôi với kết quả của các tác giả trên thấy rằng, thời điểm 6 giờ, 12 giờ sau mổ nồng độ lactate máu có giá trị tiên lượng lớn nhất tới kết quả điều trị của bệnh nhân mổ tim mở.

Điểm cắt, độ nhạy và độ đặc hiệu của nồng độ lactate máu các thời điểm

Mỗi một điểm trên đường cong ROC có một giá trị về độ nhạy và độ đặc hiệu khác nhau. Điểm cắt chính là điểm có độ nhạy + độ đặc hiệu -1 cao nhất. Tại các thời điểm 6, 12, 24 giờ sau mổ điểm cắt lactate máu đều là 1,6 mmol/l. Hay nồng độ lactate máu 1,6 mmol/l các thời điểm sau mổ mỗi 6 giờ có giá trị tiên lượng kết quả điều trị xấu sau mổ. Kết quả điểm cắt lactate máu các bệnh nhân của chúng tôi thấp hơn

nhều so với một số nghiên cứu khác như của Suzette M. Perfecto [7] (2010) điểm cắt tại thời điểm sau mổ là 6 mmol/l, 6 giờ sau mổ là 4mmol/l, 12 giờ sau mổ là 2,5 và 24 giờ sau mổ là 1 mmol/l. Điều này có thể lí giải do các bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả này có TBS phức tạp hơn của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân mổ nặng nhiều hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Vũ Xuân Quang (2008) cho kết quả điểm cắt nồng độ lactate máu các thời điểm sau mổ (0 - 6 - 12-24 giờ sau mổ) $\geq 2,5$ mmol/l có giá trị tiên lượng độ nặng và nguy cơ tử vong sau mổ [7].

Trên thực tế nếu giá trị xét nghiệm được nghiên cứu với chỉ số thấp có giá trị tiên lượng sớm nguy cơ xấu sau mổ sẽ tốt hơn so với giá trị xét nghiệm cao, điều này giúp các bác sĩ đánh giá và có biện pháp can thiệp sớm hơn để mang lại kết quả tốt nhất cho bệnh nhân. Với kết quả xấu sau mổ, ngưỡng lactate "bệnh lý" 1,6 mmol/l tại thời điểm 6 và 12 giờ sau mổ đều có ý nghĩa tiên lượng ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Tăng Lactate máu (> 2 mmol/l) có ý nghĩa thống kê ảnh hưởng đến kết quả điều trị xấu tại các thời điểm: Trong phẫu thuật (OR: 1,34; 95%CI: 1,08 - 1,66) và các thời điểm sau phẫu thuật: 6 giờ (OR: 1,85; 95%CI: 1,18 - 2,88), 12 giờ (OR: 1,89; 95%CI: 1,2 - 2,9), 24 giờ (OR: 2,17; 95%CI: 1,2 - 3,9).

"Ngưỡng" lactate máu 1,6 mmol/l có khả năng phân tách tốt kết quả điều trị tại các thời điểm sau phẫu thuật: 6 giờ (ROC-AUC: 0,78; 95%CI: 0,66-0,9; độ nhạy 73,3%, độ đặc hiệu 79,5%) và 12 giờ (ROC-AUC:0,78; 95%CI: 0,66-0,89; độ nhạy 73,3%, độ đặc hiệu 73,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ghosh' S, Florian Falter, David J. Cook. (2009).** Organ damage during cardiopulmonary bypass. cardiopulmonary bypass, Published in the United States of America by Cambridge University Press, New York, 140-152.
- Jat K.R, Jhamb U, Gupta V.K. (2011).** Serum lactate levels as the predictor of outcome in pediatric septic shock. Indian J Crit Care Med, 15, 102-107.
- Munoz R, Laussen P.C, Palacio G, et al. (2000).** Changes in whole blood lactate levels during cardiopulmonary bypass for surgery for congenital cardiac disease: An early indicator of morbidity and mortality. J Thorac Cardiovasc Surg, 119 (1), 155-162.
- Schumacher K.R, Reichel R.A, Vlasic J.R, et al. (2014).** Rate of increase in serum lactate level risk-stratifies infants after surgery for congenital heart disease. J Thorac Cardiovasc Surg, 148 (2), 589-595.

5. Siegel L.B, Dalton H.J, Hertzog J.H, et al. (1996). Initial postoperative serum lactate levels predict survival in children after open heart surgery. *Intensive Care Med*, 22 (12), 1418-1423.
6. Vũ Xuân Quang (2008). Nghiên cứu vai trò của lactate huyết thanh trong đánh giá độ nặng của bệnh nhân mổ tim mở, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. Suzette M. Perfecto, Lourdes SR. Casas, Juliet J. Balderas, et al. (2012). Lactate Level as an Early Prognostic Marker of Major Adverse Events in Pediatric Open Heart Surgery. *Phil Heart Center J*, 16 (2), 27-34.
8. Lục Chánh Tri, Nguyễn Văn Chừng, Phan Tôn Ngọc Vũ. (2012). Mức tăng lactate máu trong tuần hoàn ngoài cơ thể ở bệnh nhi mổ tim mở. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 16 (1), 284-289.
9. Maillet J.M, Le Besnerais P, Cantoni M, et al. (2003). Frequency, risk factors, and outcome of hyperlactatemia after cardiac surgery. *Chest*, 123 (5), 1361-1366.

ĐẶC ĐIỂM Z-SCORE CỦA CHỈ SỐ CHIỀU CAO THEO TUỔI VÀ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở HỌC SINH DÂN TỘC KINH, DAO, H'MÔNG, TÀY 11-14 TUỔI Ở CÁC TRƯỜNG PHỔ THÔNG DÂN TỘC BÁN TRÚ, TỈNH YÊN BÁI, NĂM 2017

Nguyễn Thị Vân Anh¹, Nguyễn Song Tú¹,
Trần Thúy Nga, Hoàng Văn Phương²

AGED 11-14 YEARS OLD IN SEMI-BOARDING ETHNIC MONIRITY HIGH SCHOOL IN YEN BAI PROVINCE IN 2017

Conducting research on the nutritional status among ethnic students is necessary. A cross-sectional study of 3470 children aged from 11 to 14 years old of 14 semi-boarding ethnic high schools in 4 districts of Yen Bai province in 2017, to describe the Z-score of height for age and stunting status by age groups in Tay, Hmong, Dao ethnic groups. The results showed that the average Z-score of height for age (HAZ) (TB) of the H'mong ethnic group was the lowest (-2.52 for men and -2.48 for women, respectively). Significant differences in the average Z-score of height for age in the H'mong ethnic group ($p < 0.001$), Dao ($p < 0.01$) compared to Kinh in all age groups. The prevalence of stunting is highest in the H'Mong ethnic group, respectively (82.2%, 74.7%, 71.5% and 71.9% in men and 66.0%, 75, 5%, 75.2% and 68.8% in girls by age group 11,12,13,14); followed by the Dao ethnic group (36.5%, 44.7%, 45.8%, 39.1% in men and 36.4%, 35.2%, 35.2%, 32.8 % in women). The difference in stunting rate among ethnic groups (H'mong, Dao, Tay, Kinh) is significant for each age group (χ^2 test, $p < 0,001$). It is necessary to implement nutrition interventions for ethnic students in the long time, through decades and the subjects are intervened very early in the life cycle.

Key words: student, stunting, ethnic, H'mong, Dao, junior high school.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây Việt Nam đã đạt được những thành tựu đáng ghi nhận về cải thiện tình trạng dinh dưỡng nhưng những con số mang tính chất quốc gia lại dường như làm mờ đi sự khác biệt giữa các vùng miền và gánh nặng không thuyên giảm về dinh dưỡng ở các nhóm

TÓM TẮT

Tiến hành các nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng ở học sinh dân tộc là rất cần thiết. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 3470 học sinh 11-14 tuổi của 14 trường phổ thông dân tộc bán trú của 4 huyện, tỉnh Yên Bái, năm 2017, để mô tả đặc điểm chỉ số Z-score chiều cao theo tuổi và tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi theo từng lớp tuổi ở Tày, H' mông, Dao. Kết quả cho thấy chỉ số Z-score chiều cao theo tuổi (HAZ) trung bình (TB) của dân tộc H' mông thấp nhất (tương ứng là -2,52 ở nam và -2,48 ở nữ). Sự khác biệt có ý nghĩa về chỉ số Z-score chiều cao theo tuổi TB ở dân tộc H' mông ($p < 0,001$), Dao ($p < 0,01$) so với Kinh ở tất cả các lớp tuổi. Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) thấp còi cao nhất ở dân tộc H' mông, tương ứng (82,2%, 74,7%, 71,5% và 71,9% ở nam và 66,0%, 75,5%, 75,2% và 68,8% ở nữ theo lớp tuổi 11, 12, 13, 14); tiếp theo là dân tộc Dao là (36,5%, 44,7%, 45,8%, 39,1% ở nam và nữ là 36,4%, 35,2%, 35,2%, 32,8%). Sự khác biệt về tỷ lệ SDD thấp còi giữa các dân tộc (H' mông, Dao, Tày, Kinh) có ý nghĩa theo từng lớp tuổi (χ^2 test, $p < 0,001$). Cần triển khai những can thiệp về dinh dưỡng cho học sinh người dân tộc trong thời gian dài, qua nhiều thập kỷ và đối tượng được can thiệp từ rất sớm trong chu kỳ vòng đời.

Từ khóa: học sinh, suy dinh dưỡng thấp còi, dân tộc, H' mông, Dao, trung học cơ sở.

SUMMARY

Z-SCORE CHARACTERISTIC OF HEIGHT FOR AGE INDEX AND NUTRITIONAL STATUS AMONG KINH, DAO, H'MONG, TAY

¹Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Hà Nội

²Bộ Y tế, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân Anh

Email: nguyenthivananh@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 5.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2019

Ngày duyệt bài: 11.11.2019

dân tộc thiểu số và một số vùng miền núi đầy khó khăn. Theo thông tin giám sát dinh dưỡng năm 2014 của Viện Dinh dưỡng, trẻ em dân tộc thiểu số dưới 5 tuổi có tỷ lệ SDD các thể, đặc biệt là SDD thấp còi (32,1%) cao khoảng gấp đôi so với trẻ em người Kinh (16,2%).

SDD thấp còi là SDD mạn tính đề cập đến chỉ số chiều cao thấp so với tuổi (thể hiện ở chỉ số "chiều cao theo tuổi" (H/A) thấp dưới -2,0 Z-Score so với quần thể chuẩn WHO-2006), phản ánh sự duy trì và tích lũy lâu dài suy dinh dưỡng và/hoặc nhiễm khuẩn lặp đi lặp lại [1]. Suy dinh dưỡng thể thấp còi được coi là chỉ số tốt nhất về suy dinh dưỡng vì nó phản ánh đầy đủ sự tổng hợp ảnh hưởng của bệnh tật và chế độ dinh dưỡng của mẹ và trẻ từ lúc thụ thai cho đến giai đoạn cuối thai kỳ (cho đến năm thứ 2 đầu đời của đứa trẻ). Ít nhất 20% SDD thấp còi bắt nguồn từ SDD trong bào thai [2]. Tuổi vị thành niên là giai đoạn đặc biệt trong cuộc sống bởi đây là thời kỳ phát triển mạnh mẽ về thể chất, tâm lý xã hội và nhân thức. Dinh dưỡng trong thời kỳ vị thành niên đóng vai trò quan trọng trong cuộc sống của mỗi cá nhân. Nhu cầu dinh dưỡng tăng lên để thanh thiếu niên tăng tới 50% trọng lượng người trưởng thành, hơn 20% chiều cao trưởng thành và 50% khối lượng xương trưởng thành của họ [3]. Nghiên cứu năm 2017 cho thấy chiều cao trung bình của trẻ 11-14 tuổi tại huyện Văn Trấn, tỉnh Yên Bái thấp hơn so với các nghiên cứu ở vùng nông thôn Việt Nam, trung bình là 143,1 ± 11,4cm ở trẻ trai và 142,3 ± 8,6cm; tăng dần theo lớp tuổi từ 135,0 – 152,0cm ở trẻ trai và 135,9 – 148,9cm ở trẻ gái [4]. Cùng một nghiên cứu ở trẻ lứa tuổi 11-14 tuổi đang học tại 4 trường dân tộc bán trú huyện Trạm Tấu, tỉnh Yên Bái cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi là 75,8% ở ngưỡng nặng về ý nghĩa sức khỏe cộng đồng [5]. Yên Bái là 1 tỉnh thuộc miền núi Tây Bắc, nơi tập trung khoảng 30 dân tộc sinh sống, chủ yếu là người Kinh chiếm 54%, dân tộc Tày chiếm 17%, dân tộc Dao chiếm 9,1%, dân tộc Mông chiếm 8,1%. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm cung cấp thêm số liệu về tình trạng SDD thấp còi và đặc điểm Z-Score HAZ ở học sinh các dân tộc Kinh, Dao, H'Mông, Tày trường dân tộc bán trú tại Yên Bái.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Toàn bộ trẻ từ lớp 6 đến lớp 9 đáp ứng tiêu chí: Độ tuổi 11 -14 tuổi, thuộc dân tộc Kinh, Tày, H' mông, Dao đang học tại các trường phổ thông dân tộc bán trú (PTDTBT) thuộc địa bàn nghiên

cứ; Gia đình tự nguyện đồng ý cho tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 14 trường PTDTBT của 4 huyện Văn Chấn, Văn Yên, Trạm Tấu, Yên Bình, tỉnh Yên Bái (Huyện Văn Chấn: gồm trường trung học cơ sở (THCS) Cát Thịnh, THCS Minh An, THCS Nậm Lành, THCS Suối Giàng, THCS An Lương); Huyện Văn Yên: THCS Châu Quế Hạ, THCS Đại Sơn, THCS Mỏ Vàng, THCS Phong Dụ Thượng; Huyện Trạm Tấu: THCS Pá Hu, THCS Pá Lau, THCS Trạm Tấu, THCS Phình Hồ; Huyện Yên Bình: THCS Yên Thành) trong thời gian tháng 10-12/2017.

2.2 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3 Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ. Thực tế tiến hành trên toàn bộ 3470 học sinh tại 14 trường được chọn.

2.4 Phương pháp chọn mẫu: Chọn chỉ định tỉnh Yên Bái thuộc vùng miền núi phía Bắc, chọn chỉ định Chọn 4 huyện Văn Chấn, Văn Yên, Trạm Tấu, Yên Bình, nơi có nhiều trường PTDTBT cấp THCS; Chọn xã: tại mỗi huyện, chọn ngẫu nhiên đơn 40-50% số xã có trường phổ thông dân tộc bán trú (Văn Chấn chọn 5/10 xã, Văn Yên chọn 4/8 xã, Trạm Tấu chọn 4/10 xã, Yên Bình chọn 1/1 xã). Tổng số là 14 xã của 4 huyện đã tham gia nghiên cứu.

Chọn đối tượng nghiên cứu: Lập danh sách toàn bộ lớp 6 đến lớp 9 trong độ tuổi 11-14 tuổi, có mặt ở thời điểm điều tra, tại địa bàn điều tra.

2.5 Phương pháp và công cụ thu thập số liệu, tiêu chuẩn đánh giá

Các nhóm thông tin được thu thập bao gồm kinh tế xã hội, nhân khẩu học, thông tin về nhân trắc được phỏng vấn trực tiếp bởi cán bộ Viện Dinh dưỡng.

- Cách tính tuổi: Tuổi được tính theo phân loại của WHO, 1995. Học sinh có tháng tuổi từ 132 – 143,9 là 11 tuổi, 144 – 155,9 là 12 tuổi; 156 – 167,9 là 13 tuổi; 168 – 179,9 là 14 tuổi.

+ Xác định cân nặng: bằng cân điện tử TANITA SC 330 đo được tỷ lệ mỡ (%BF), FM, PMM, FFM. Chiều cao: Sử dụng thước gỗ với độ chính xác 0,1 cm.

2.6 Phân tích và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Epi Data để nhập liệu và phần mềm SPSS 18.0 để phân tích. Test kiểm định thống kê là χ^2 test, ANOVA –test (Post hoc test), t - test. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.7 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng trước khi triển khai, theo quyết định số 1170/QĐ-VDD ngày 18/09/2017.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 3.470 học sinh 11-14 tuổi của trường PTDTBT của 14 trường thuộc 4 huyện, tỉnh Yên Bái có 1833 nam (52,1%) và 1637 nữ (47,9%); 63,1% học sinh thuộc hộ nghèo và cận

nghèo. Độ tuổi trung bình học sinh tham gia là 12,4±1,1 tuổi. Học sinh là dân tộc Dao đông nhất chiếm 37,0%; H' mông (34,4%), tiếp theo là Tày (14,7%), còn lại là Kinh (13,9%).

Bảng 1. Đặc điểm chỉ số Zscore Chiều cao/tuổi ở học sinh nam 11-14 tuổi theo dân tộc

Nhóm tuổi	Dân tộc Kinh ^a		Dân tộc Tày ^a		Dân tộc H' mông ^a		Dân tộc Dao ^{a1}		p ^b
	n	TB ± SD	n	TB ± SD	n	TB ± SD	n	TB ± SD	
11 tuổi	67	-0,78 ± 1,29	67	-1,24 ± 0,87	167	-2,48 ^{c3} ± 0,78	156	-1,60 ^{c3} ± 0,92	0,001
12 tuổi	74	-1,03 ± 1,00	59	-1,55 ^{c1} ± 1,15	170	-2,56 ^{c3} ± 1,02	190	-1,78 ^{c3} ± 0,97	0,001
13 tuổi	61	-0,77 ± 1,20	74	-1,62 ^{c3} ± 1,01	165	-2,47 ^{c3} ± 1,04	168	-1,90 ^{c3} ± 1,05	0,001
14 tuổi	58	-0,95 ± 1,05	59	-1,56 ^{c1} ± 1,06	160	-2,58 ^{c3} ± 0,92	138	-1,68 ^{c3} ± 1,02	0,001
Chung	260	-0,88 ± 1,14	259	-1,49 ^{c3} ± 1,03	662	-2,52 ^{c3} ± 0,94	652	-1,75 ^{c3} ± 1,00	0,001

TB ±SD: trung bình; độ lệch chuẩn; ¹⁾ p<0,05; ²⁾ p<0,01; ³⁾ p<0,001.

^{a)} ANOVA-test so sánh chỉ số giữa các lớp tuổi trong cùng dân tộc,

^{b)} ANOVA-test so sánh chỉ số giữa các dân tộc theo từng lớp tuổi; ^{c)} post hoc test: so sánh chỉ số giữa dân tộc Kinh với chính dân tộc đó.

Nhìn vào bảng này thấy rằng Z-score của chỉ số CC/T ở học sinh nam của các dân tộc đều khác nhau có ý nghĩa thống kê (p<0,001) ở tất cả các lứa tuổi.

Chỉ số Zscore HAZ TB của học sinh nam dân tộc Kinh cao hơn dân tộc H' mông, Dao ở tất cả các lớp tuổi (p<0,001); dân tộc Tày ở lớp tuổi 12, 13, 14 (p<0,05).

Chỉ số Zscore HAZ TB của học sinh nam dân tộc Kinh, Tày, H' mông không có sự khác biệt giữa các lớp tuổi trong độ tuổi 11-14.; Chỉ số Zscore HAZ TB của học sinh nam dân Dao khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa độ tuổi 11 với 13 ở học sinh dân tộc Dao (post hoc test, p< 0,05).

Bảng 2. Đặc điểm chỉ số Zscore HAZ ở học sinh nữ 11-14 tuổi theo dân tộc

Nhóm tuổi	Dân tộc Kinh ^a		Dân tộc Tày ^a		Dân tộc H' mông ^a		Dân tộc Dao ^a		p ^b
	n	TB ± SD	n	TB ± SD	n	TB ± SD	n	TB ± SD	
11 tuổi	60	-1,06 ± 1,06	65	-1,52 ± 0,99	162	-2,55 ^{c3} ± 1,03	173	-1,69 ^{c3} ± 1,06	0,001
12 tuổi	53	-1,14 ± 0,85	68	-1,62 ^{c1} ± 1,05	159	-2,51 ^{c3} ± 0,93	176	-1,58 ^{c2} ± 0,90	0,001
13 tuổi	51	-0,85 ± 0,74	56	-1,68 ^{c3} ± 0,96	117	-2,52 ^{c3} ± 0,82	165	-1,67 ^{c3} ± 0,79	0,001
14 tuổi	58	-1,26 ± 0,71	62	-1,32 ± 0,81	93	-2,28 ^{c3} ± 0,76	119	-1,68 ^{c2} ± 0,81	0,001
Chung	222	-1,08 ± 0,86	251	-1,54 ^{c3} ± 0,96	531	-2,48 ^{c3} ± 0,91	633	-1,65 ^{c3} ± 0,91	0,001

TB ±SD: trung bình; độ lệch chuẩn;

¹⁾ p<0,05; ²⁾ p<0,01; ³⁾ p<0,001

^{a)} ANOVA-test so sánh chỉ số giữa các lớp tuổi trong cùng dân tộc,

^{b)} ANOVA-test so sánh chỉ số giữa các dân tộc theo từng lớp tuổi; ^{c)} post hoc test: so sánh chỉ số giữa dân tộc Kinh với chính dân tộc đó

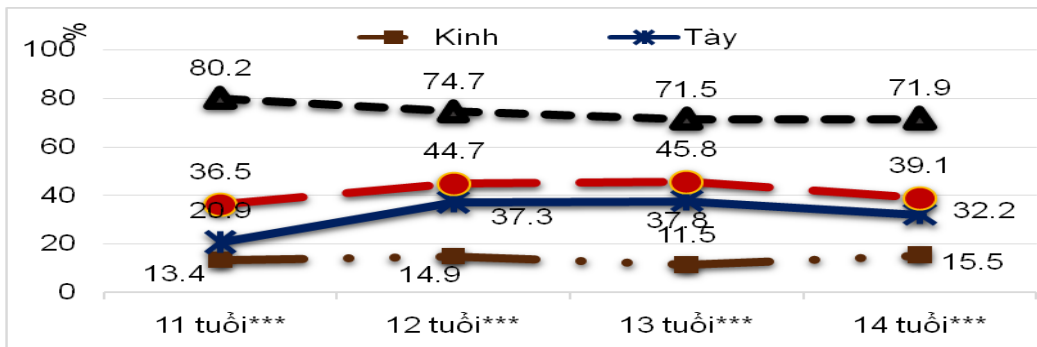
Chỉ số Z-score HAZ TB của học sinh nữ dân tộc Kinh cao hơn dân tộc H' mông, Dao ở tất cả các lớp tuổi (p<0,01); dân tộc Tày ở lớp tuổi 12, 13 (p<0,05).

Chỉ số Zscore HAZ TB của học sinh nữ dân tộc Kinh, Tày, H' mông, Dao không có sự khác biệt giữa các lớp tuổi trong độ tuổi 11-14 (ANOVA test, p> 0,05);

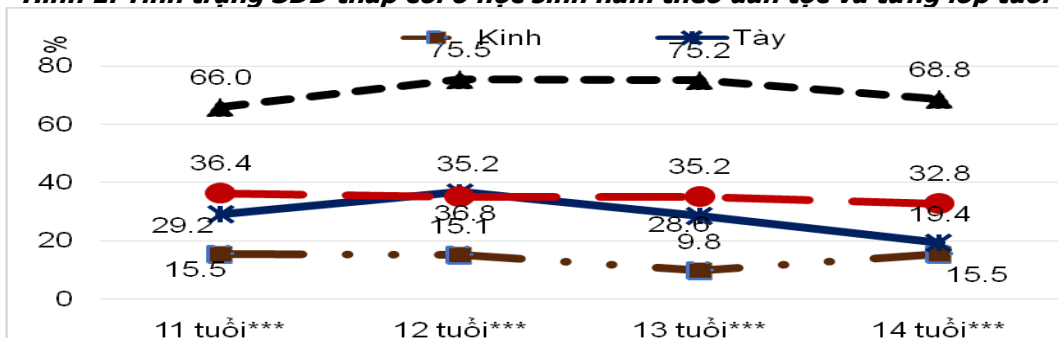
Hình 1 và 2 cho thấy tỷ lệ SDD thấp còi học sinh nam cao nhất ở dân tộc H' mông, tiếp theo là dân tộc Dao và dân tộc Tày (20,9%, 37,3%,

37,8% 32,2%); thấp nhất là tỷ lệ SDD thấp còi ở học sinh dân tộc Kinh. Sự khác biệt về tỷ lệ SDD thấp còi giữa các dân tộc có ý nghĩa thống kê giữa các dân tộc trong từng lớp tuổi (χ^2 test , p< 0,001). Tỷ lệ SDD thấp còi học sinh nữ cao nhất ở dân tộc H' mông và thấp nhất là tỷ lệ SDD thấp còi ở học sinh dân tộc Kinh. Sự khác biệt về tỷ lệ SDD thấp còi giữa các dân tộc có ý nghĩa thống kê giữa các dân tộc trong từng lớp tuổi (χ^2 test , p< 0,001)

Suy dinh dưỡng thể gầy còm ở học sinh nam cao nhất là dân tộc Dao (10,4%) và dân tộc Tày (10,4%) và nữ là dân tộc Tày 10,4%. Tuy nhiên, tỷ lệ thừa cân, béo phì cao nhất ở học sinh dân tộc Kinh với tỷ lệ tương ứng nam 13,5% và nữ là 7,1%; trong khi đó tỷ lệ thừa cân, béo phì ở dân tộc Tày, H'mông, Dao thì không đáng kể.

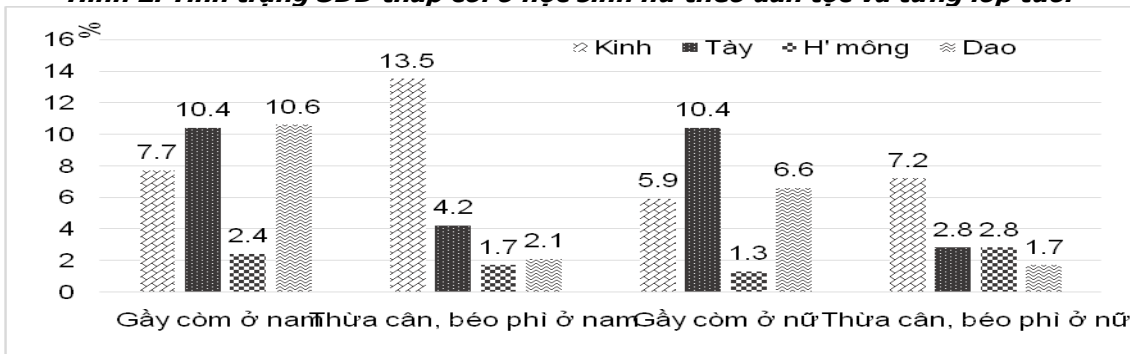


Hình 1. Tình trạng SDD thấp còi ở học sinh nam theo dân tộc và từng lớp tuổi



χ^2 test so sánh tỷ lệ SDD thấp còi giữa các dân tộc theo từng lớp tuổi (***) $p < 0,001$

Hình 2. Tình trạng SDD thấp còi ở học sinh nữ theo dân tộc và từng lớp tuổi



χ^2 test so sánh tỷ lệ SDD thấp còi giữa các dân tộc ($p < 0,001$) ở cả 2 giới

Hình 3. Tình trạng SDD gầy còm và thừa cân, béo phì ở học sinh theo dân tộc

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 3.470 học sinh 11-14 tuổi của 14 trường PTDTBT thuộc 4 huyện, tỉnh Yên Bái. Trong đó học sinh là dân tộc Dao là chủ yếu, chiếm 37,0%, tiếp theo là dân tộc H'mông (34,4%), dân tộc Tày (14,7% và cuối cùng là dân tộc Kinh (13,9%). Chỉ số Zscore HAZ trung bình ở học sinh các dân tộc có sự khác nhau. Học sinh nam dân tộc Kinh có chỉ số Zscore HAZ là $-0,88 \pm 1,44$, cao hơn so với dân tộc Tày ($-1,49 \pm 1,03$), dân tộc Dao ($-1,75 \pm 1,0$), dân tộc H'mông ($-2,52 \pm 0,94$). Sự khác biệt thể hiện rõ ở lớp tuổi 12, 13, 14. So sánh với chỉ số Zscore HAZ trung bình ở trẻ cùng lứa tuổi ở nông thôn vùng Amazon thấy ở dân tộc Kinh cao hơn, các

dân tộc còn lại có chỉ số Zscore HAZ trung bình thấp hơn so với trẻ ở nông thôn Amazon [6]. Đối với trẻ nữ, nhìn chung chỉ số Zscore HAZ của học sinh nữ ở dân tộc Kinh cao hơn các dân tộc khác, cao có ý nghĩa so với dân tộc H'mông và Dao ở tất cả các lứa tuổi. Đặc điểm chỉ số Zscore HAZ ở học sinh nữ cả 4 dân tộc đều thấp hơn so với trẻ ở nông thôn vùng Amazon. Điều này cho thấy tuy sống trên cùng một vùng sinh thái, đặc biệt đều là học sinh bán trú của các trường PTDTBT hầu như chế độ ăn trong thời gian ở trường học là như nhau nhưng thì học sinh người dân tộc Kinh có sự tăng trưởng về chiều cao khá hơn so với học sinh các dân tộc khác, đặc biệt là dân tộc H'mông. Chiều cao của trẻ

cần có sự tích lũy nhỏ, điều này đặt ra giả thuyết phải chăng mỗi dân tộc có những lối sống, phong tục tập quán khác nhau nên sẽ ảnh hưởng đến sự chăm sóc trẻ từ giai đoạn trong bào thai đến khi trưởng thành.

Tỷ lệ SDD thấp còi học sinh nam cao nhất ở dân tộc H'mông, tương ứng ở các lớp tuổi 11, 12, 13, 14 (82,2%; 74,7%; 71,5% và 71,9%). Tỷ lệ này ở các dân tộc đều ở mức cao có ý nghĩa thống kê so với phân loại của tổ chức Y tế thế giới và có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê. Cao nhất là dân tộc H'mông, tiếp theo đến dân tộc Dao và dân tộc Tày, thấp nhất là ở dân tộc Kinh. Cũng trong 1 nghiên cứu khác trên học sinh 11-14 tuổi ở 4 trường PTDTBT ở Trạm Tấu, huyện Yên Bái - nơi có tỷ lệ dân tộc Kinh, Dao và Tày tương đối thấp, chưa đến 1% cho thấy tỷ lệ SDD ở học sinh nam là 76,9%; 77,4%; 77,8% và 73,7% tương ứng ở các lứa tuổi từ 11-14. Tỷ lệ này tương đương với tỷ lệ SDD ở học sinh nam người dân tộc H'mông trong nghiên cứu này. Tương tự như vậy thì tỷ lệ SDD thấp còi ở học sinh nữ giữa các dân tộc cũng có sự khác biệt rõ rệt, cao nhất ở dân tộc H'mông, tương ứng (66,0%, 75,5%, 75,2% và 68,8% ở lớp tuổi 11, 12, 13, 14); tiếp theo là dân tộc Dao, đến dân tộc Tày và thấp nhất là dân tộc Kinh. Với tỷ lệ này ở học sinh nữ huyện Trạm Tấu tương ứng là 69,3%; 78,0%; 80,9% và 73,9% [5].

Ở tất cả các lứa tuổi thì tỷ lệ SDD thể gầy còm ở trẻ nam cao nhất ở dân tộc Dao (10,6%) thấp nhất ở dân tộc H'mông (2,4%). Ở trẻ nữ, cao nhất ở dân tộc Tày (10,4%) và thấp nhất cũng là trẻ dân tộc H'mông (1,3%). SDD gầy còm được đánh giá bởi chỉ số Zscore Cân nặng/Chiều cao (WHZ), điều này có thể phản ánh đúng thực trạng là các trẻ cùng sống trong 1 môi trường với chế độ ăn bán trú như nhau ở cùng 1 thời điểm thì nhóm trẻ nào có chiều cao thì tương đương chỉ số WHZ sẽ cao, cụ thể ở đây là nhóm trẻ dân tộc H'mông. Về tỷ lệ thừa cân béo phì, cao nhất là nhóm học sinh dân tộc Kinh với tỷ lệ tương ứng là 13,5% ở nam và 7,1% ở nữ, các dân tộc khác tỷ lệ này không đáng kể.

Nhìn chung kết quả của nghiên cứu cho thấy chỉ số Z-score HAZ trung bình và tình trạng dinh dưỡng của trẻ 11-14 tuổi có liên quan đến đặc điểm vùng dân tộc. Ở Việt Nam chưa có các nghiên cứu sâu hơn về tình trạng dinh dưỡng ở trẻ 11-14 tuổi các dân tộc cụ thể khác nhau, chỉ so sánh dân tộc Kinh và các dân tộc khác nói chung và ở lứa tuổi trẻ nhỏ. Mỗi dân tộc có những phong tục tập quán và lối sống khác nhau. Suy dinh dưỡng thấp còi là sự phản ánh

của sự phát triển kinh tế xã hội đòi hỏi sự kết hợp các loại chính sách và chương trình khác nhau để có giải pháp can thiệp phù hợp. Cần có những nghiên cứu sâu hơn về tình trạng dinh dưỡng ở những vùng dân tộc khác nhau để nhằm đưa ra được các chiến lược hiệu quả nhất để giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng và nâng cao tầm vóc trẻ em Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số Zscore HAZ TB của học sinh nam, nữ dân tộc H' mông thấp nhất (Zscore HAZ tương ứng là -2,52 và -2,48) so với dân tộc Kinh (-0,88 và -1,08). Có sự khác biệt có ý nghĩa về chỉ số Zscore HAZ TB ở dân tộc H' mông ($p < 0,001$), Dao ($p < 0,01$) so với Kinh ở tất cả các lớp tuổi. Tỷ lệ SDD thấp còi cao nhất ở dân tộc H' mông, tương ứng (82,2%, 74,7%, 71,5% và 71,9% ở nam và 66,0%, 75,5%, 75,2% và 68,8% ở nữ theo lớp tuổi 11, 12, 13, 14); tiếp theo là dân tộc Dao là (36,5%, 44,7%, 45,8%, 39,1% ở nam và nữ là 36,4%, 35,2%, 35,2%, 32,8%). Sự khác biệt về tỷ lệ SDD thấp còi giữa các dân tộc (H' mông, Dao, Tày, Kinh) có ý nghĩa thống kê theo từng lớp tuổi (χ^2 test, $p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Berkman DS, Lescano AG, Gilman RH, Lopez SL, Black MM.** Effects of stunting, diarrhoeal disease, and parasitic infection during infancy on cognition in late childhood: a follow-up study. *Lancet*. 2002;359 (9306):564-571. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07744-9. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries.** *Lancet*. 2013 Aug 3;382 (9890): 427-451. doi: 10.1016/S0140-6736 (13)60937-X. Epub 2013 Jun 6
- Shahid A, Siddiqui FR, Bhatti MA, Ahmed M, Khan MW.** Rawalpindi: HOD Community Medicine, Deptt. Islamic International Medical College; Assessment of Nutritional Status of Adolescent College Girls at Rawalpindi. [Google Scholar].
- Nguyễn Song Tú, Phạm Vĩnh An, Lê Danh Tuyên và CS.** Đặc điểm cấu trúc cơ thể của học sinh 11 – 14 tuổi tại trường PTDTBT huyện Văn Chấn, tỉnh Yên Bái năm 2017. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, tập 14, số 2, tháng 5/2018, tr 56-64.
- Nguyễn Song Tú, Nguyễn Thị Vân Anh, Trần Thúy Nga.** Tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ vị thành niên 11-14 tuổi tại 4 trường phổ thông dân tộc bán trú huyện Trạm Tấu, tỉnh Yên Bái, năm 2017. *Tạp chí Y học dự phòng*, tập 29, số 3, năm 2019.
- Márcia Almeida Araújo Alexandre, et al,** The Association between Nutritional Status and Malaria in Children from a Rural Community in the Amazonian Region: A Longitudinal Study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015 Apr; 9(4): e0003743. Published online 2015 Apr30 doi: 10.1371/ journal.pntd. 0003743.

NGHIÊN CỨU LƯU LƯỢNG DÒNG CHẢY SAU PHẪU THUẬT THÔNG ĐỘNG TĨNH MẠCH Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Trường Giang*, Phan Thế Cường**, Dương Hồng Thái***

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Thông động – tĩnh mạch tự thân (Arterio-venous fistula – AVF) là loại đường vào mạch máu tối ưu và phổ biến nhất ở bệnh nhân (BN) thận nhân tạo chu kỳ. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về AVF còn chưa nhiều nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá biến đổi lưu lượng, kích thước và biến chứng sau phẫu thuật AVF. **Đối tượng và phương pháp:** 43 BN bệnh thận mạn tính (BTMT) giai đoạn cuối có chỉ định phẫu thuật AVF lần đầu được thăm khám, xét nghiệm, siêu âm Doppler đo lưu lượng và kích thước thông động – tĩnh mạch chi trên ngay sau phẫu thuật và sau 30 ngày phẫu thuật. **Kết quả nghiên cứu:** Lưu lượng dòng chảy ngay sau phẫu thuật là $520,21 \pm 201,38$ ml/p tăng lên $1045,62 \pm 390,87$ ml/p sau phẫu thuật 30 ngày. Tỷ lệ BN lưu lượng có lưu lượng dòng chảy sau 30 ngày phẫu thuật ≥ 600 ml/p là 95,3%. Kích thước TM dẫn lưu trung bình sau phẫu thuật là $4,06 \pm 0,64$ mm sau phẫu thuật 30 ngày và tỷ lệ BN đường kính TM dẫn lưu ≥ 4 mm là 55,8%. Có 1 BN bị hội chứng mất cắp máu, 1 BN xuất hiện phù phổi trên lâm sàng và cùng chiếm tỷ lệ 2,3%. Phân số tổng máu giảm đi và chỉ số khối cơ thất trái tăng lên sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Lưu lượng dòng chảy và kích thước TM dẫn lưu biến đổi nhiều ngay sau phẫu thuật và sau 30 ngày phẫu thuật. Phần lớn BN đạt được lưu lượng AVF tối ưu. Phân số tổng máu giảm đi và chỉ số khối cơ thất trái tăng lên sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật.

Từ khóa: Thông động tĩnh mạch tự thân, biến đổi lưu lượng dòng chảy.

SUMMARY

STUDY THE FLOW RATE AFTER ARTERIOVENOUS FISTULA CREATION IN PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS AT PHU THO PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Objectives: Arterio-venous fistula (AVF) is the type optimal and main vascular access in patients undergoing hemodialysis. In Vietnam, researches on AVF are limited, so we conducted this study to evaluate the changes in the flow rate, the size of AVF after the surgery and complications. **Subjects and methods:** 43 patients with end-stage renal disease

indicated for first-time AVF surgery were examined, tested and measured the flow rate and the size of AVF in upper extremity right after and after 30-day surgery by Doppler ultrasound. **Results:** Right after surgery, AVF flow rate was 520.21 ± 201.38 ml/min and increased to 1045.62 ± 390.87 ml/min after 30-day surgery. Percentage of patients with AVF flow ≥ 600 ml/min was 95.3%. The average AVF size was 4.06 ± 0.64 mm after 30-day surgery and the proportion of patients with AVF diameter ≥ 4 mm was 55.8%. There was 1 patient with Ischemic Steal Syndrome, 1 patient with pulmonary edema and both accounted for 2.3%. After surgery, there were reducing percentage of ejection fraction and increasing left ventricular mass index compared to before surgery with statistical significant difference ($p < 0.05$). **Conclusion:** Flow rate and size of AVF were greatly changed right after surgery and after 30-day of surgery. Most patients achieved optimal AVF flow rate. After surgery, There were reducing percentage of ejection fraction and increasing left ventricular mass index compared to before surgery.

Key words: Arterio-venous fistula, variable flow flow.

TÓM TẮT

Số lượng bệnh nhân (BN) bệnh thận mạn tính (BTMT) giai đoạn cuối ở Việt Nam những năm gần đây ngày càng tăng và phương pháp điều trị thay thế thận suy vẫn chủ yếu là thận nhân tạo nên việc thiết lập đường vào mạch máu lâu dài cho đối tượng này là thách thức với các bác sỹ lâm sàng do ảnh hưởng của nó đến chất lượng cuộc sống người bệnh và chi phí điều trị. Thông động - tĩnh mạch tự thân (Arterio-venous fistula – AVF) là đường vào mạch máu (ĐVMM) có nhiều ưu điểm và được sử dụng phổ biến hơn so với thông động - tĩnh mạch nhân tạo (Arterio-venous graft - AVG) và catheter đường hầm (Tunnel catheter) tuy nhiên vẫn còn nhiều vấn đề đặt ra như: Để AVF đạt được lưu lượng tối ưu 600-1200ml/phút và kích thước ≥ 4 mm ở thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật cần thăm khám, lập sơ đồ mạch, lựa chọn động mạch (ĐM) và tĩnh mạch (TM) với lưu lượng và kích thước như thế nào hay tỷ lệ BN không đạt được ngưỡng mong muốn cùng các biến chứng đi kèm và các yếu tố liên quan... Đây là những vấn đề còn chưa được nghiên cứu nhiều ở Việt Nam nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1- *Mô tả sự biến đổi lưu lượng và kích thước thông động - tĩnh mạch sau phẫu thuật ở bệnh*

*Bệnh viện ĐK tỉnh Phú Thọ,

**Bệnh viện Bạch Mai,

***Trường Đại học Y-Dược Thái Nguyên.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Giang

Email: Phuthodialysis@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

nhân BTMT giai đoạn cuối có chỉ định thận nhân tạo chu kỳ bằng phương pháp siêu âm Doppler.

2- Đánh giá sự ảnh hưởng của biến đổi lưu lượng dòng chảy đến một số cơ quan ở đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+Đối tượng nghiên cứu là BN BTMT giai đoạn cuối có chỉ định phẫu thuật thông động – tĩnh mạch lần đầu, tuổi từ 18 trở lên, gồm cả hai giới nam và nữ đồng ý tham gia nghiên cứu trong khoảng thời gian từ 05/2018 đến 07/2019 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. Các đối tượng bị loại khỏi nghiên cứu là các trường hợp đang bị nhiễm trùng, nhiễm HIV, suy tim nặng, bệnh ác tính giai đoạn cuối, đã phẫu thuật FAV hay chấn thương ở vùng cổ tay, đường kính ĐM quay và TM đầu <1,6mm, có tổn thương xơ vữa hay vôi

hóa ĐM quay.

+ Phương pháp nghiên cứu: mô tả, tiền cứu
+ Các chỉ số thu thập:

- Trước phẫu thuật: Tuổi, giới nguyên nhân suy thận, chỉ số khối cơ thể (BMI), hemoglobin máu, albumin máu, phân số tổng máu của tim (EF), chỉ số khối cơ thất trái (LVM), lưu lượng và kích thước ĐM quay, kích thước TM đầu ở tay phẫu thuật, RI.

- Sau phẫu thuật: Hội chứng phù phổi cấp, suy tim, hội chứng “đánh cắp máu”, phù nề tay phẫu thuật do tăng áp lực TM, đo lưu lượng, kích thước TM dẫn lưu (TM đầu) ngay sau phẫu thuật và 30 ngày sau phẫu thuật, EF, LVM sau phẫu thuật 30 ngày.

+Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý trên phần mềm Stata 14.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Các chỉ số		n	Trung bình/ tỷ lệ (%)	p
Tuổi	Trung bình	43	53,3±15,0	-
	<55 tuổi	20	46,5	
	≥ 55 tuổi	23	53,5	
Giới	Nam	26	60,5	-
	Nữ	17	39,5	
Nguyên nhân BTMT	Đái tháo đường	17	39,5	-
	Nguyên nhân khác	26	60,5	
BMI	≥ 18,5	30	69,8	-
	< 18,5	13	30,2	
Hemoglobin máu	≥ 100g/l	05	11,7	-
	< 100g/l	38	88,3	
Đường kính ĐM quay	Nam (n=26)	26	2,22±0,36	>0,05
	Nữ (n=17)	17	2,00±0,37	
	Chung (n=43)	43	2,14±0,37	
Đường kính TM đầu	Nam (n=26)	26	2,17±0,47	>0,05
	Nữ (n=17)	17	2,04±0,40	
	Chung (n=43)	43	2,12±0,44	
RI	≤ 0,7	30	69,8	-
	> 0,7	13	30,2	
LVM	≤ 125 (g/m ²)	9	20,9	-
	> 125 (g/m ²)	34	79,1	
EF	> 63%	6	14,0	-
	≤ 63%	37	86,0	

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 53,3±15,0 tuổi, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới, tỷ lệ BN đái tháo đường khá cao với 39,5%. BN thiếu cân chiếm tỷ lệ là 30,2%. BN thiếu máu nặng và vừa chiếm tỷ lệ chủ yếu với 67,4%. Đường kính ĐM quay và TM đầu giữa nam giới và nữ giới không khác biệt có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Tỷ lệ BN có sức cản ĐM cao chiếm

30,2%; phần lớn BN có giảm phân số tổng máu và chỉ số khối cơ thất trái tăng với tỷ lệ tương ứng là 86% và 79,1%.

3.2. Đặc điểm biến đổi lưu lượng và kích thước tĩnh mạch dẫn lưu sau thiết lập thông động -tĩnh mạch.

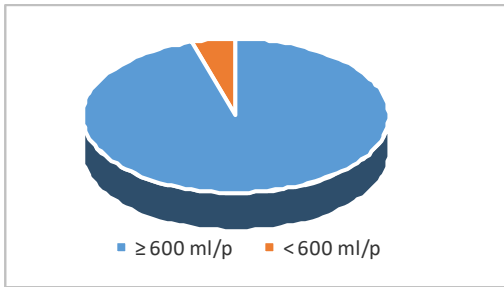
3.2.1. Biến đổi lưu lượng dòng chảy và kích thước tĩnh mạch dẫn lưu sau phẫu thuật

Bảng 3.2: So sánh lưu lượng dòng chảy và đường kính tĩnh mạch dẫn lưu ngay sau phẫu thuật và sau phẫu thuật 30 ngày

Nhóm	n	Lưu lượng dòng chảy (ml/phút) $\bar{x} \pm SD$	Đường kính TM dẫn lưu (mm) $\bar{x} \pm SD$
Ngay sau phẫu thuật	43	520,21±201,38	3,27±0,44
Sau phẫu thuật 30 ngày	43	1045,62±390,87	4,06±0,64
P		< 0,001	< 0,001

Nhận xét: Ngay sau phẫu thuật nối thông động - tĩnh mạch, lưu lượng dòng chảy trung bình là 520,21±201,38 ml/phút tăng lên sau phẫu thuật 30 ngày (1045,62±390,87 ml/phút) có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Đường kính trung bình TM dẫn lưu sau phẫu thuật 30 ngày tăng lên so với ngay sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê (p<0,0001).



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ bệnh nhân lưu lượng dòng chảy AVF ≥ 600 ml/p và < 600 ml/p sau phẫu thuật 30 ngày

Bảng 3.4: So sánh phân số tổng máu và chỉ số khối cơ thất trái trước và sau phẫu thuật thông động - tĩnh mạch 30 ngày

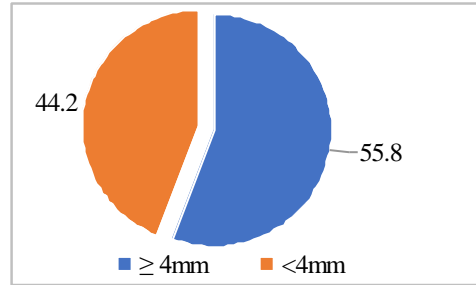
Chỉ số	Trước mổ		Sau mổ		p
	n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
EF (%)	43	57,02±6,01	43	54,67±5,72	0,007
Lv _{mass} (g/m ²)	43	118,48±65,48	43	209,68±67,15	0,004

Nhận xét: Phân số tổng máu trước mổ của BN là 57,02±6,01 cao hơn sau mổ là 54,67±5,72. Chỉ số khối cơ thất trái trước mổ là 118,48±65,48 thấp hơn sau mổ là 209,68±67,15. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,007 và 0,004.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 43 BN BTMT giai đoạn cuối có chỉ định phẫu thuật AVF lần đầu để chạy thận nhân tạo chu kỳ, độ tuổi trung bình là 53,3 ± 15,0 tuổi cao hơn nhiều so với đối tượng nghiên cứu của Nguyễn Sanh Tùng (44,8 tuổi) [2] tương tự với kết quả của Nguyễn Đăng Quốc (52,4 tuổi) [1]. Số BN nam giới là 26 trường hợp chiếm tỷ lệ 60,5% nhiều hơn nữ giới là 17 trường hợp chiếm tỷ lệ 39,5%. Tỷ lệ này có sự

Nhận xét: Tỷ lệ BN sau phẫu thuật 30 ngày đạt được lưu lượng dòng chảy ≥ 600 ml/p là 95,3% và chỉ có 4,7% trường hợp không đạt được lưu lượng này.



Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ bệnh nhân đường kính tĩnh mạch đầu ≥ 4mm và < 4mm sau phẫu thuật 30 ngày

Nhận xét: Sau phẫu thuật 30 ngày, 24 BN đạt được kích thước TM đầu ≥ 4mm, chiếm tỷ lệ 55,8%; có 19 BN kích thước TM đầu < 4mm chiếm tỷ lệ 44,2%.

3.3. Đánh giá ảnh hưởng của biến đổi lưu lượng dòng chảy lên một số cơ quan

Bảng 3.3: Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thông động - tĩnh mạch

Biến chứng	N	%
Phù phổi	1	2.32%
Suy tim xung huyết	0	0
Hội chứng mất cắp máu	1	2.32%
Biến chứng thần kinh	0	0

Nhận xét: Sau phẫu thuật thông động - tĩnh mạch có 01 BN phù phổi cấp, 01 BN xuất hiện hội chứng mất cắp máu gây thiếu máu đầu chi cùng chiếm tỷ lệ 2.32%.

khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu [1],[2]. Bệnh nhân đái tháo đường có 17 trường hợp chiếm tỷ lệ 39,5% là khá cao điều này cũng phù hợp với xu hướng tỷ lệ BN đái tháo đường tăng lên trong cộng đồng những năm gần đây ở Việt Nam.

Bệnh nhân thiếu cân và thiếu máu mức độ vừa - nặng chiếm tỷ lệ cao ở đối tượng nghiên cứu (30,2% và 88,3% tương ứng) kết quả này phản ánh phần nào thực tế BN không được phát hiện, theo dõi và điều trị trong giai đoạn BTMT ở nước ta còn phổ biến.

Ở BN BTMT giai đoạn cuối, BN suy tim khá

thường gặp và trong nghiên cứu này tỷ lệ BN có phân số tổng máu giảm và chỉ số khối cơ thất trái tăng chiếm tới 86,0% và 79,1% tương ứng.

Việc sử dụng siêu âm Doppler đánh giá tình trạng động-tĩnh mạch chi trên được khuyến cáo áp dụng cho tất cả các BN để thiết lập sơ đồ mạch, lựa chọn vị trí phẫu thuật thông động-tĩnh mạch phù hợp. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ lựa chọn vị trí phẫu thuật ở cổ tay với động – tĩnh mạch không bị tổn thương và có đường kính động- tĩnh mạch $\geq 1,6\text{mm}$.

4.2. Sự biến đổi lưu lượng dòng chảy và kích thước thông động – tĩnh mạch sau phẫu thuật. Ở BN BTMT giai đoạn cuối có chỉ định thiết lập AVF, vị trí phẫu thuật thường là ở cổ tay để nối TM đầu với ĐM quay. Sau khi nối thông, TM đầu (TM dẫn lưu) sẽ được bơm trực tiếp một lưu lượng máu lớn từ ĐM và gia tăng về kích thước giúp cho việc chọc kim fistula vào TM lấy máu ra lọc máu thuận lợi. Khi đó, AVF phải

đạt được lưu lượng $\geq 600\text{ ml/p}$ và kích thước $\geq 4\text{mm}$. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngay sau phẫu thuật lưu lượng AVF trung bình đạt được $520,21 \pm 201,38\text{ ml/p}$ và tăng lên $1045,62 \pm 390,87\text{ ml/p}$ sau mổ 30 ngày. Trong đó, 95,3% trường hợp đạt được lưu lượng tối ưu $\geq 600\text{ ml/p}$. Lưu lượng trung bình này cao hơn so với hầu hết các tác giả khác ở cả hai thời điểm (bảng 4.1) chỉ nghiên cứu của Airif A và cộng sự cho kết quả gần tương tự [7]. Tỷ lệ BN đạt được lưu lượng tối ưu của chúng tôi tương tự với của Nguyễn Đăng Quốc [1] và Nguyễn Sanh Tùng [2].

Kích thước TM dẫn lưu trung bình sau phẫu thuật 30 ngày trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,06 \pm 0,64\text{mm}$. Trong đó, tỷ lệ BN đường kính TM dẫn lưu đạt $\geq 4\text{mm}$ chiếm tỷ lệ 55,8%. Kết quả này dường như thấp hơn so với các tác giả cả trong và ngoài nước (bảng 4.1). Thực tế, chúng tôi chưa có lý giải thỏa đáng về sự khác biệt này.

Bảng 4.1: Lưu lượng và kích thước AVF sau phẫu thuật của các nghiên cứu trong nước và trên Thế giới

Tác giả	Lưu lượng dòng chảy (ml/phút) $\bar{X} \pm SD$			Kích thước TM dẫn lưu (mm) $\bar{X} \pm SD$	
	n	Ngay sau phẫu thuật	Sau phẫu thuật 30 ngày	n	Sau phẫu thuật 30 ngày
NĐ Quốc [1]	50	-	$688,79 \pm 254,15$	50	$4,33 \pm 0,92$
NS Tùng [2]	45	-	$618,3 \pm 216,9$	45	$4,6 \pm 0,8$
Toregeani JF [5]	28	-	$556,81 \pm 288,42$	28	$5,01 \pm 0,87$
Yerde MA [6]	32	539 ± 276	-	32	-
Airif A et al [7]	50	754	946	-	-
NT Giang	43	$520,21 \pm 201,38$	$1045,62 \pm 390,87$	43	$4,06 \pm 0,64$

4.3. Biến chứng sau phẫu thuật thông động – tĩnh mạch. Sau khi phẫu thuật AVF thì máu từ ĐM bơm trực tiếp sang TM với một lưu lượng lớn, điều này có thể gây ảnh hưởng đến tim mạch, suy tim ứ huyết, phù phổi, thiếu máu đầu chi... Trong 43 BN nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật có 01 BN xuất hiện phù phổi cấp, 01 BN xuất hiện hội chứng mất cắp máu chiếm tỷ lệ 2,32% (bảng 3.3). Phân số tổng máu trung bình trước phẫu thuật là $57,02 \pm 6,01\%$ giảm xuống $54,67 \pm 5,73\%$ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3.4). Chỉ số khối cơ thất trái trước phẫu thuật là $118,48 \pm 65,48\text{ g/m}^2$ tăng lên $209,68 \pm 67,15\text{ g/m}^2$ sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3.4).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 43 BN BTMT giai đoạn cuối có chỉ định phẫu thuật AVF lần đầu chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Lưu lượng dòng chảy ngay sau phẫu thuật là $520,21 \pm 201,38\text{ ml/p}$ tăng lên $1045,62 \pm$

$390,87\text{ ml/p}$ sau phẫu thuật 30 ngày. Tỷ lệ BN có lưu lượng dòng chảy $\geq 600\text{ ml/p}$ là 95,3%. Kích thước TM dẫn lưu trung bình sau phẫu thuật 30 ngày là $4,06 \pm 0,64\text{mm}$. Tỷ lệ BN đường kính TM dẫn lưu $\geq 4\text{mm}$ là 55,8%.

Có 1 BN bị hội chứng mất cắp máu và 1 BN xuất hiện phù phổi trên lâm sàng cùng chiếm tỷ lệ 2,3%. Phân số tổng máu giảm đi và chỉ số khối cơ thất trái tăng lên sau mổ so với trước mổ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đăng Quốc. (2009): Đánh giá kết quả phẫu thuật thông động-tĩnh mạch ở bệnh nhân suy thận mạn có chỉ định thận nhân tạo chu kỳ. Luận văn thạc sỹ.
2. Nguyễn Sanh Tùng (2010): Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật tạo rò động tĩnh mạch ở cẳng tay để chạy thận nhân tạo chu kỳ, Luận án Tiến sỹ Y học, Hà Nội, tr. 111- 119.
3. Sedlacek M1, Teodorescu V, Falk A, Vassalotti JA, Uribarri JAm J Kidney Dis. 2001. Hemodialysis access placement with preoperative noninvasive vascular mapping: comparison

- between patients with and without diabetes. *Sep*; 38(3):560-4.
4. **Swindlehurst N1, Swindlehurst A, Lumgair H, Rebollo Mesa I, Mamode N, Cacciola R, Macdougall I.** (2011): Vascular access for hemodialysis in the elderly. *53(4):1039-43*. doi: 10.1016/j.jvs.2010.09.068. Epub 2011 Jan 7.
 5. **Toregeani JF, Kimura CJ, Shirasu K, Peres LA** (2008): Evaluation of hemodialysis arteriovenous fistula maturation by color flow Doppler ultrasound. *J Vasc Bras*; 7(3): 203- 213.
 6. **Yerdel, M.A., Kesenci, M., Yazicioglu, K.M. et al.** (1997): Effect of haemodynamic variables on surgically created arteriovenous fistula flow. *Nephrol Dial Transplant*. 12: 1684–1688.
 7. **Airif A et al.** (2006): " Early arteriovenous fistula failure: a logical proposal for when and how to intervene". *Clin J Am Soc Nephrol*, 1: 332-339.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ SEROTONIN HUYẾT TƯƠNG VÀ DỊCH NÃO TỦY Ở BỆNH NHÂN TRẦM CẢM MỨC ĐỘ NẶNG

Đỗ Xuân Tinh*, Cao Tiên Đức*, Nguyễn Linh Toàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nồng độ Serotonin dịch não tủy và huyết tương với một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân trầm cảm mức độ nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang ở 72 bệnh nhân trầm cảm mức độ nặng điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện 103 từ tháng 6 – 2016 đến tháng 6 – 2018. **Kết quả:** Nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy ở bệnh nhân trầm cảm nặng thấp hơn nhóm chứng (dịch não tủy: $2,105 \pm 1,126$ ng/ml so với $6,338 \pm 2,855$ ng/ml; huyết tương: $84,17 \pm 82,02$ ng/ml so với $125,24 \pm 118,51$ ng/ml; $p < 0,05$). Nồng độ serotonin huyết tương ở bệnh nhân trầm cảm nặng nhóm tuổi ≥ 45 năm ($67,97 \pm 70,44$ ng/ml) thấp hơn so với nhóm tuổi < 45 năm ($94,48 \pm 87,81$ ng/ml). Nồng độ serotonin huyết tương của bệnh nhân loạn thần nặng ở nhóm có loạn thần cao hơn so với nhóm không có loạn thần ($119,18 \pm 97,30$ ng/ml so với $57,70 \pm 56,31$ ng/ml, $p < 0,001$). Nồng độ serotonin dịch não tủy của bệnh nhân trầm cảm có hành vi tự sát thấp hơn nhóm không có hành vi tự sát ($1,31 \pm 0,70$ ng/ml so với $2,29 \pm 1,13$ ng/ml; $p < 0,05$). **Kết luận:** Nồng độ serotonin huyết tương, dịch não tủy giảm ở nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng; nồng độ serotonin huyết tương, dịch não tủy có liên quan tới tuổi, triệu chứng loạn thần, hành vi tự sát ở nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng.

Từ khóa: Trầm cảm mức độ nặng; nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy.

SUMMARY

RESEARCH SEROTONIN CONCENTRATION IN PLASMA AND CEREBROSPINAL FLUID IN SEVERE DEPRESSION PATIENTS ABSTRACT

Objectives: Serotonin concentration in plasma and cerebrospinal fluid with clinical characteristics in severe depression patients. **Subjects and Methods:** Descriptive research, cross-section; serotonin level in

plasma and cerebrospinal fluid in 72 patients with severe depression inpatient were treated at the Department of Psychiatry, Military Hospital 103 from June 2016 to June 2018. **Results:** Serotonin concentration in plasma and cerebrospinal fluid in severe depression patients were lower than the control group (cerebrospinal fluid: $2,105 \pm 1,126$ ng/ml compared to $6,338 \pm 2,855$ ng/ml; plasma: $84,17 \pm 82,02$ ng/ml vs $125,24 \pm 118,51$ ng/ml; $p < 0,05$). serotonin concentration in plasma in severe depression patients in the age group ≥ 45 years ($60,43 \pm 57,39$ ng/ml) is lower than the age group < 45 years ($97,59 \pm 90,96$ ng/ml; $p < 0,05$). Serotonin concentration in plasma in severe depression patients in the group with psychosis was higher than the group without psychosis ($119,18 \pm 97,30$ ng/ml compared with $57,70 \pm 56,31$ ng/ml, $p < 0,001$). Serotonin concentrations in cerebrospinal fluid in severe depression patients with suicidal behavior were lower than those without suicidal behavior ($1,31 \pm 0,70$ ng/ml compared to $2,29 \pm 1,13$ ng/ml; $p < 0,05$). **Conclusion:** Serotonin concentration in plasma and cerebrospinal fluid decreased in severe depression patients; Serotonin concentration in plasma and cerebrospinal fluid had related with age, psychotic symptoms, suicidal behavior in severe depression patients.

Key words: Severe depression patient; serotonin concentration in plasma and cerebrospinal fluid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Serotonin là một chất dẫn truyền thần kinh có vai trò quan trọng trong bệnh trầm cảm, nó vừa là nguyên nhân đồng thời cũng là hậu quả của bệnh trầm cảm. Sự thiếu hụt serotonin ở khe synap được coi là nguyên nhân chính gây ra trầm cảm [5].

Nghiên cứu về sự biến đổi nồng độ serotonin liên quan đến bệnh nhân trầm cảm đã có nhiều tác giả nghiên cứu phân tích, nhận xét và khẳng định có sự sụt giảm nồng độ serotonin trong cơ thể bệnh nhân trầm cảm. Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về nồng độ serotonin huyết tương trong bệnh trầm cảm, chưa có công trình nghiên cứu nào về sự thay đổi serotonin trong dịch não tủy. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài:

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Xuân Tinh

Email: doxuantinhbv103@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2019

Ngày duyệt bài: 13.11.2019

Nghiên cứu nồng độ serotonin dịch não tủy và huyết tương với một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân trầm cảm nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 72 bệnh nhân chẩn đoán là trầm cảm mức độ nặng, điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần - Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 06 năm 2016 đến tháng 06 năm 2018. Tất cả các BN đều được khám lâm sàng và lấy máu xét nghiệm định lượng nồng độ serotonin huyết tương, 37 bệnh nhân được chọn sống thắt lưng lấy dịch não tủy.

**Tiêu chuẩn chẩn đoán:* theo tiêu chuẩn của bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10) về các rối loạn tâm thần và hành vi của WHO năm 1992, mục F32.

**Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân mắc các bệnh cơ thể nói chung có liên quan tới nguy cơ

làm giảm nồng độ serotonin huyết tương như các bệnh lý về tiêu hóa, thần kinh ngoại vi, các bệnh hệ thống nội tiết, các bệnh tim mạch,...

**Tiêu chuẩn chọn nhóm chứng:* gồm 68 trường hợp (34 người khoẻ mạnh và 34 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm, co giật chức năng...) có tuổi và giới tương ứng với nhóm nghiên cứu, không mắc các bệnh nội khoa mạn tính và các bệnh cơ thể liên quan đến nồng độ serotonin.

2. Phương pháp nghiên cứu. Chúng tôi sử dụng phương pháp tiến cứu (prospective study), theo dõi cắt ngang, phân tích từng trường hợp có mẫu bệnh án nghiên cứu riêng.

Xét nghiệm định lượng SR bằng phương pháp ELISA được tiến hành tại Bộ môn Sinh lý bệnh – Học viện Quân y.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Nồng độ serotonin dịch não tủy và huyết tương ở nhóm bệnh và nhóm chứng

Nhóm	Nhóm bệnh $\bar{X} \pm SD$	Nhóm chứng $\bar{X} \pm SD$	Tỷ lệ giảm nồng độ Serotonin ở bệnh nhân trầm cảm nặng (%)
Serotonin (ng/ml) Huyết Tương	84,17 ± 82,02 (n = 72)	125,24 ± 118,51 (n = 68)	58,30
	p < 0,05		
DNT	2,105 ± 1,126 (n = 36)	6,338 ± 2,855 (n = 32)	86,10
	p < 0,001		

Kết quả bảng 3.1 cho thấy Nồng độ serotonin dịch não tủy và huyết tương ở bệnh nhân trầm cảm nặng thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (dịch não tủy: 2,105 ± 1,126 ng/ml so với 6,338 ± 2,855 ng/ml; huyết tương: 84,17 ± 82,02ng/ml so với 125,24 ± 118,51 ng/ml). Đa số bệnh nhân trầm cảm nặng có nồng độ Serotonin giảm ở cả huyết tương và dịch não tủy (58,0%; 86,10%).

Bảng 3.2. Liên quan nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy theo giới nam ở nhóm bệnh và nhóm chứng

Nhóm	Nhóm bệnh $\bar{X} \pm SD$	Nhóm chứng $\bar{X} \pm SD$	p
Serotonin (ng/ml) Huyết tương	71,94 ± 69,30 (n = 35)	92,21 ± 96,32 (n = 41)	p > 0,05
Dịch não tủy	2,17 ± 1,06 (n = 23)	5,99 ± 2,67 (n = 24)	p < 0,001

Kết quả bảng 3.2 cho thấy nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy ở nhóm bệnh nhân nam trầm nặng thấp hơn so với nhóm chứng nhưng sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê ở dịch não tủy (huyết tương: 71,94 ± 69,30ng/ml so với 92,21 ± 96,32 ng/ml; dịch não tủy: 2,17 ± 1,06 ng/ml so với 5,99 ± 2,67 ng/ml, p < 0,001).

Bảng 3.3. Liên quan nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy theo giới nữ ở nhóm bệnh và nhóm chứng

Nhóm	Nhóm bệnh $\bar{X} \pm SD$	Nhóm chứng $\bar{X} \pm SD$	p
Serotonin (ng/ml) Huyết tương	75,74 ± 91,91 (n = 37)	175,39 ± 132,60 (n = 27)	p < 0,01
Dịch não tủy	1,98 ± 1,26 (n = 13)	7,36 ± 3,16 (n = 8)	p < 0,01

Kết quả bảng 3.3 cho thấy nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy ở nhóm bệnh nhân nữ trầm nặng thấp hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (huyết tương: 75,74 ± 91,91ng/ml so với 175,39 ± 132,60ng/ml; dịch não tủy: 1,98 ± 1,26 ng/ml so với 7,36 ± 3,16ng/ml; p < 0,01).

Bảng 3.4. Nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy theo nhóm tuổi ≥ 45 ở nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng

Serotonin (ng/ml)	Nhóm	Tuổi ≥ 45 $\bar{X} \pm SD$	Tuổi < 45 $\bar{X} \pm SD$	p
	Huyết tương		67,97 \pm 70,44 (n = 28)	94,48 \pm 87,81 (n = 44)
DNT		2,69 \pm 1,18 (n = 9)	1,91 \pm 1,06 (n = 27)	> 0,05

Kết quả bảng 3.4 cho thấy nồng độ serotonin huyết tương ở bệnh nhân trầm cảm nặng nhóm tuổi ≥ 45 năm (67,97 \pm 70,44 ng/ml) thấp hơn so với nhóm tuổi < 45 năm (94,48 \pm 87,80 ng/ml), sự khác biệt chưa ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Không có sự khác biệt nồng độ serotonin dịch não tủy ở bệnh nhân trầm cảm nặng nhóm tuổi ≥ 45 và nhóm tuổi < 45 năm.

Bảng 3.5. Nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy ở nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng có loạn thần

Serotonin (ng/ml)	Nhóm	Có loạn thần $\bar{X} \pm SD$	Không loạn thần $\bar{X} \pm SD$	p
	Huyết tương		119,18 \pm 97,30 (n = 31)	57,70 \pm 56,31 (n = 41)
Dịch não tủy		1,87 \pm 0,97 (n = 15)	2,27 \pm 1,21 (n = 21)	> 0,05

Kết quả bảng 3.5 cho thấy nồng độ serotonin huyết tương của bệnh nhân loạn thần nặng ở nhóm có loạn thần cao hơn so với nhóm không có loạn thần (119,18 \pm 97,30 ng/ml so với 57,70 \pm 56,31 ng/ml, $p < 0,001$), không có sự khác biệt nồng độ serotonin dịch não tủy của bệnh nhân trầm cảm mức độ nặng có loạn thần và không loạn thần.

Bảng 3.6. Nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy ở nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng có ý định tự sát

Serotonin (ng/ml)	Nhóm	Ý định tự sát $\bar{X} \pm SD$	Không ý định tự sát $\bar{X} \pm SD$	p
	Huyết tương		86,81 \pm 86,58 (n = 49)	78,55 \pm 72,83 (n = 23)
Dịch não tủy		2,072 \pm 1,016 (n = 26)	2,192 \pm 1,433 (n = 10)	> 0,05

Kết quả bảng 3.6 cho thấy không có mối liên quan giữa nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy của bệnh nhân trầm cảm nặng với ý định tự sát.

Bảng 3.7. Nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy ở nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng có hành vi tự sát

Serotonin (ng/ml)	Nhóm	Có hành vi tự sát $\bar{X} \pm SD$	Không hành vi tự sát $\bar{X} \pm SD$	p
	Huyết tương		109,93 \pm 113,57 (n = 16)	76,81 \pm 70,12 (n = 56)
Dịch não tủy		1,31 \pm 0,70 (n = 7)	2,29 \pm 1,13 (n = 29)	< 0,05

Kết quả bảng 3.7 cho thấy không có sự khác biệt nồng độ serotonin huyết tương của bệnh nhân trầm cảm nặng ở nhóm có hành vi tự sát và nhóm không có hành vi tự sát. Nồng độ serotonin dịch não tủy của bệnh nhân trầm cảm có hành vi tự sát thấp hơn nhóm không có hành vi tự sát (1,31 \pm 0,70 ng/ml so với 2,29 \pm 1,13 ng/ml; $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy ở nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng thấp hơn rất nhiều so với nhóm chứng. Tỷ lệ bệnh nhân trầm cảm nặng giảm nồng độ serotonin đều cao: dịch não tủy $< 3,45$ ng/ml chiếm tới 86,10%; huyết tương < 80 ng/ml chiếm 58,30%. Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Gao H.Q và cộng sự (2008) thấy rằng nhóm trầm cảm tỉ lệ giảm nồng độ serotonin huyết tương chiếm 90% so với 13,3% nhóm chứng ($p < 0,001$) và tỉ lệ giảm nồng độ serotonin DNT (80%) so với nhóm chứng 6,7% ($p < 0,001$) [6]. Theo Sadock B.J. (2015), nồng độ serotonin và các chất chuyển hóa của chúng trong dịch não tủy và trong huyết tương đều thấp hơn rõ ràng so với người bình

thường. Tác giả cho rằng nồng độ này sẽ phục hồi khi bệnh nhân hết giai đoạn trầm cảm hoặc khi được điều trị ổn định [4].

Đối với mối liên quan đến giới, nồng độ serotonin dịch não tủy ở cả hai giới của bệnh nhân trầm cảm nặng đều thấp hơn so với nhóm chứng. Đối với nữ thì nồng độ serotonin huyết tương của nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng thấp hơn so với nhóm chứng, tuy nhiên đối với nam thì không có sự khác biệt có ý nghĩa (bảng 3.2; bảng 3.3). Điều này cho thấy nồng độ chất serotonin suy giảm rõ rệt ở các bệnh nhân trầm cảm nam, phản ánh mối liên quan nghịch với mức độ nặng của trầm cảm.

Trong nghiên cứu của Saldanha BD và cs (2009) ở 40 bệnh nhân được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10 thấy nồng độ

serotonin trong huyết thanh ở 40 bệnh nhân trầm cảm (13 bệnh nhân trầm cảm nặng) trước điều trị là: 73,75 ng/ml sau điều trị thấy nồng độ serotonin trong huyết thanh tăng $127,92 \pm 54,7$ ng/ml ($p < 0,05$) [5].

Kết quả bảng 3.4 cho thấy có sự khác biệt giữa nồng độ Serotonin huyết tương và dịch não tủy với nhóm tuổi trên và dưới 45 tuổi ở bệnh nhân trầm cảm mức độ nặng. Các tác giả này đều cho rằng những bệnh nhân trầm cảm trên 45 tuổi, dù bị bất kỳ cơn trầm cảm thứ mấy cũng đều phát triển thành trầm cảm mạn tính, nghĩa là giai đoạn trầm cảm không bao giờ tự hết. Điều này cho thấy bệnh sinh của trầm cảm có thể phức tạp hơn nhiều so với các giả thuyết của các tác giả nêu trên, ít nhất là đối với nồng độ serotonin trong dịch não tủy. Chúng tôi cho rằng nồng độ serotonin trong dịch não tủy chỉ phản ánh mức độ trầm trọng của trầm cảm ở thời điểm nghiên cứu chứ không chỉ ra sự tiến triển của trầm cảm.

Có liên quan nồng độ serotonin huyết tương của bệnh nhân trầm cảm nặng với triệu chứng loạn thần (bảng 3.5). Theo Bùi Quang Huy (2016), các bệnh nhân trầm cảm có loạn thần thường khó điều trị hơn trầm cảm không loạn thần. Hơn nữa, tác giả nhấn mạnh bệnh nhân có các triệu chứng loạn thần không phù hợp với khí sắc có tiên lượng xấu hơn nhiều so với bệnh nhân có loạn thần phù hợp với khí sắc [1].

Chúng tôi không thấy sự khác biệt nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy của bệnh nhân trầm cảm nặng giữa nhóm có ý định tự sát và nhóm không có ý định tự sát (bảng 3.6). Kết quả nghiên cứu có sự khác biệt với các nghiên cứu của Gelder M. (2010), Sadock B.J (2015) và Bùi Quang Huy (2016) đều thừa nhận mối liên quan giữa nồng độ serotonin dịch não tủy với cường độ hành vi tự sát [1], [3], [4]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu của chúng tôi còn chưa đủ để có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu mối liên quan serotonin và trầm cảm nặng có hành vi tự sát, các tác giả đã nhận xét rằng: sự thay đổi nồng độ serotonin trong dịch não tủy, trong máu của bệnh nhân trầm cảm nặng có liên quan rõ ràng đến tiến triển của các triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân trầm cảm nặng. Miler J.M (2013) nghiên cứu 51 đối tượng với trầm cảm nặng theo DSM-IV, 15 trong số đó là những người có hành vi tự sát trong quá khứ và 32 chứng, kết quả những người trầm cảm nặng có hành vi tự sát có sự liên quan chặt chẽ đến nồng độ serotonin thấp ($p < 0,05$) [2]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy nồng độ serotonin

dịch não tủy ở nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng nhóm có hành vi tự sát thấp hơn so với nhóm không có hành vi tự sát ($p < 0,05$). Tuy nhiên chưa thấy sự khác biệt nồng độ serotonin huyết tương giữa hai nhóm có hành vi tự sát và không có hành vi tự sát (bảng 3.7).

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ serotonin dịch não tủy và huyết tương ở bệnh nhân trầm cảm nặng thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (dịch não tủy: $2,105 \pm 1,126$ ng/ml so với $6,338 \pm 2,855$ ng/ml; huyết tương: $84,17 \pm 82,02$ ng/ml so với $125,24 \pm 118,51$ ng/ml). Đa số bệnh nhân trầm cảm nặng có nồng độ Serotonin giảm ở cả huyết tương và dịch não tủy (58,0%; 86,10%).

- Nồng độ serotonin huyết tương và DNT ở bệnh nhân trầm cảm nặng nhóm tuổi ≥ 45 năm có sự khác biệt so với nhóm tuổi < 45 năm; nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Nồng độ serotonin huyết tương của bệnh nhân loạn thần nặng ở nhóm có loạn thần cao hơn so với nhóm không có loạn thần ($119,18 \pm 97,30$ ng/ml so với $57,70 \pm 56,31$ ng/ml, $p < 0,001$).

- Không có mối liên quan giữa nồng độ serotonin huyết tương và dịch não tủy của bệnh nhân trầm cảm nặng với ý định tự sát.

- Nồng độ serotonin dịch não tủy của bệnh nhân trầm cảm có hành vi tự sát thấp hơn nhóm không có hành vi tự sát ($1,31 \pm 0,70$ ng/ml so với $2,29 \pm 1,13$ ng/ml; $p < 0,05$).

Như vậy, nồng độ serotonin huyết tương, dịch não tủy giảm ở nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng; nồng độ serotonin huyết tương, dịch não tủy có liên quan tới tuổi, triệu chứng loạn thần, hành vi tự sát ở nhóm bệnh nhân trầm cảm nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quang Huy, Đinh Việt Hùng, Đỗ Xuân Tinh (2016)**. Rối loạn trầm cảm. Nhà xuất bản y học - Hà Nội.
2. **Miler J.M., Hesselgrave N., Ogden R.T et al. (2013)**. Brain Serotonin 1A Receptor Binding as a Predictor of Treatment Outcome in Major Depressive Disorder. *Biol Psychiatry*. 2013 November 15; 74(10): 760–767.
3. **Gelder M.G (2010)**. New oxford textbook of Psychiatry. Second edition volume 1&2.
4. **Sadock B. J., Sadock V. A. (2015)**. Synopsis of psychiatry 10th edition. William and Wilkins, pp 815-822.
5. **Saldanha B.D., Kumar M.N., Ryali S.C et al. (2009)**. Serum Serotonin Abnormality in Depression. *MJAFI* 2009; 65 : 108-112.
6. **Gao H.Q., Zhu H.Y., Zhang Y.Q et al. (2008)**. Reduction of cerebrospinal fluid and plasma serotonin in patients with post-stroke depression: A preliminary report. *Clin Invest Med* 2008; 31 (6): E351-E356.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2019

Võ Thị Kim Anh*, Nguyễn Tiên Đức**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định kiến thức đúng, thái độ tốt và thực hành đúng về phòng chống bệnh tay chân miệng ở bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 340 bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương. Số liệu được thu thập bằng hình thức phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi được xây dựng sẵn. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu trên 340 bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương cho thấy tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng, thái độ tốt và thực hành đúng về phòng chống bệnh tay-chân-miệng là 69,1%; 77,9% và 71,5%. Nghiên cứu tìm thấy yếu tố nơi sống và kiến thức phòng chống bệnh tay-chân-miệng liên quan đến thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của các bà mẹ. Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe, phòng chống bệnh tay-chân-miệng cần được đẩy mạnh và duy trì nhằm giúp người chăm sóc phòng ngừa bệnh cho trẻ tốt hơn, giảm tỷ lệ mắc bệnh.

Từ khóa: kiến thức, thực hành, bệnh tay chân miệng, bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE OF HAND-FOOT-MOUTH DISEASE PREVENTION OF MOTHERS WITH CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD TREATED IN BINH DUONG PROVINCE GENERAL HOSPITAL IN 2019

Objectives: Identify the right knowledge, good attitude and right practices in hand-foot-and-mouth disease prevention among mothers with children under 5 years old at Binh Duong General Hospital in 2019. **Methods:** A cross-sectional study of 340 mothers with children under 5 years old at Binh Duong General Hospital. Data were collected in the form of direct interviews according to the questionnaire developed. Results: Research results on 340 mothers with children under 5 years old at Binh Duong General Hospital showed that the percentage of mothers with the right knowledge, good attitude and right practices in hand-foot-and-mouth disease prevention was 69,1%; 77.9% and 71.5%. The study found factors of living and knowledge of hand-foot-and-mouth disease prevention related to mothers' hand-foot-and-mouth disease prevention practice. Communication activities on

health education, prevention of hand-foot-and-mouth disease should be promoted and maintained in order to help caregivers better prevent children's diseases and reduce their morbidity.

Keywords: knowledge, practice, hand-foot-and-mouth disease and general hospital in Binh Duong province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là một trong những bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ, có khả năng phát triển thành dịch lớn, gây ra nhiều hậu quả về kinh tế-xã hội. Bệnh TCM là một bệnh nhiễm virus cấp tính do nhóm Enterovirus gây ra, có thể gây biến chứng nguy hiểm như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp và thậm chí dẫn tới tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử lý kịp thời [2]. Bình Dương là một tỉnh Đông Nam Bộ với điều kiện sống, điều kiện vệ sinh và trình độ nhận thức của người dân còn chưa cao [3]. Đây là một trong những điều kiện thuận lợi cho sự bùng phát dịch bệnh tay chân miệng và khó khăn cho công tác phòng chống bệnh dịch. Kiến thức và thực hành đúng của người chăm sóc trẻ trong phòng chống bệnh có vai trò rất quan trọng, việc đánh giá kiến thức và thực hành phòng chống bệnh TCM cần thiết để xây dựng các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe. Do đó, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu xác định tỷ lệ kiến thức đúng, thái độ tốt và thực hành đúng về phòng chống TCM của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bà mẹ có con dưới 5 tuổi đang điều trị bệnh tại khoa Nhi- Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương với bệnh lý bất kỳ, có khả năng tự trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước tính tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 \cdot 1 - \frac{\alpha}{2} \cdot pq}{d^2}$$

Z = 1,96 là trị số từ phân phối chuẩn với độ tin cậy 95%, p là tỉ lệ ước lượng, chọn p = 0,71 theo nghiên cứu của tác giả Lê Quang Minh và

*Trường đại học Thăng Long

**Sở y tế Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Kim Anh

Email: kimanh7282@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2019

Ngày duyệt bài: 13.11.2019

cộng sự, năm 2015 [5]; $g = 1 - p = 0,29$; ước tính $d = 0,05$; dự trừ mất mẫu 5% vậy cỡ mẫu là $n = 340$ người.

Chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả bà mẹ có con dưới 5 tuổi điều trị tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương trong thời gian nghiên cứu và đủ tiêu chuẩn chọn mẫu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Công cụ thu thập thông tin: Bộ câu hỏi phỏng vấn được thiết kế dựa trên y văn.

Thu thập thông tin: Tiến hành phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi có sẵn sau khi được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu.

Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành đúng. Kiến thức về bệnh TCM của bà mẹ được đánh giá 10 câu hỏi về 7 yếu tố cấu thành, mỗi yếu tố được trả lời đúng sẽ tương ứng với 1 điểm. Trong nghiên cứu, kiến thức chung đúng khi người trả lời đạt trung 4/7 điểm.

Thái độ đối với bệnh TCM được đánh giá qua 10 câu hỏi về các ý kiến của người bệnh trong việc phòng chống bệnh cho trẻ, thái độ tốt được tính theo thang điểm 10 tương ứng cho 10 câu hỏi, thái độ tốt của bà mẹ được xác định khi đạt từ 6 điểm thái độ trở lên.

Về thực hành, có 10 câu hỏi về các thực hành về phòng chống bệnh TCM, mỗi thực hành đúng được tính là 1 điểm, thực hành đúng chung khi đạt từ 6 điểm trở lên.

Xử lý và phân tích dữ liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 13.0. Sử dụng phương pháp thống kê y học, mô tả kết quả kiến thức, thái độ và thực hành đúng về phòng chống bệnh TCM bằng tần số và tỷ lệ %. Sử dụng kiểm định chi bình phương (hoặc kiểm định chính xác Fisher thay thế trong trường hợp hơn 20% số ô vọng trị nhỏ hơn 5) để xác định mối liên quan giữa các biến số độc lập với biến phụ thuộc với

ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Sử dụng số đo kết hợp OR để ước lượng mức độ tương quan giữa các biến số.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong 340 bà mẹ tham gia nghiên cứu nhóm dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ 52,4% và nhóm bà mẹ trên 30 tuổi chiếm tỷ lệ 47,6%. Đa số là các bà mẹ sinh sống ở vùng thành thị (Thị xã, thành phố thuộc tỉnh) 59,4% còn lại 40,6% là tỷ lệ các bà mẹ sinh sống ở vùng nông thôn. Tỷ lệ bà mẹ có số con từ 02 con trở lên chiếm 55% và số có 01 con chiếm tỷ lệ 45%. Nhóm có trình độ trung học phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất 33,8% và thấp nhất là không biết chữ 2,4%. Nghề nghiệp chủ yếu là công nhân 35,5%, nội trợ 27,4%, cán bộ 17,6% và thấp nhất là nhóm nghề nghiệp khác 2,9%.

Kiến thức phòng chống bệnh chân tay miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi

Bảng 1: Kiến thức về phòng chống bệnh chân tay miệng (n=340)

Kiến thức về	Tần số	Tỷ lệ %
Tác nhân gây bệnh	157	46,2
Nguồn lây bệnh	250	73,5
Đường lây truyền	58	17,1
Hành vi làm lây truyền	197	57,9
Lứa tuổi dễ mắc bệnh	280	82,4
Các triệu chứng chính	330	97,0
Vacxin dự phòng	200	58,8
Kiến thức chung	235	69,1

Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng chung về phòng chống bệnh tay chân miệng đạt 69,1%. Xét về từng yếu tố cụ thể, tỷ lệ kiến thức đúng về các triệu chứng chính cao nhất với 97,0%, tiếp đến là về độ tuổi dễ mắc bệnh 82,4%, về nguồn lây bệnh 73,5%. Tỷ lệ kiến thức đúng về đường lây truyền có tỷ lệ chỉ 17,1%.

Thái độ phòng chống bệnh chân tay miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi

Bảng 2: Thái độ về phòng chống bệnh TCM (n=300)

Thái độ tốt về	Tần số	Tỷ lệ %
Sự nguy hiểm của bệnh TCM	307	90,3
Rửa tay bằng xà phòng	323	95
Dùng chất khử khuẩn để rửa đồ chơi cho bé	316	92,9
Không cho trẻ đi học khi bị bệnh	68	20
Điều trị sớm là việc cần làm	325	95,6
Sử dụng thuốc nam trong điều trị bệnh TCM	76	22,4
Đưa trẻ đến cơ sở y tế khi có dấu hiệu bệnh	326	95,9
Thái độ tốt chung	265	77,9

Tỷ lệ bà mẹ có thái độ chung tốt là 77,9%. Trong đó 95,9 đồng ý đưa trẻ đến cơ sở y tế khi có dấu hiệu nghi ngờ về bệnh, 95,6% bà mẹ có thái độ đúng về điều trị tay chân miệng 95,6%; 95,0% bà mẹ đồng ý với ý kiến rửa tay bằng xà phòng góp phần phòng chống bệnh TCM và chỉ có 20,0% bà mẹ có thái độ đúng về không cho trẻ đi học khi trẻ mắc TCM.

Thực hành phòng chống bệnh chân tay miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi.**Bảng 3: Thực hành phòng chống bệnh TCM (n=340)**

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ %
Rửa tay bằng xà phòng khi chăm sóc trẻ	99	29,1
Vệ sinh dụng cụ ăn uống bằng nước sôi	290	85,3
Hướng dẫn trẻ tự rửa tay bằng xà phòng	101	29,7
Không mớm thức ăn cho trẻ	191	56,2
Ngăn khô ng cho trẻ mút tay, ngâm đồ chơi	241	70,9
Ngâm rửa đồ chơi của trẻ ít nhất 1 lần/ ngày	279	82,1
Vệ sinh nhà cửa đồ dùng sinh hoạt ít nhất 2 lần/ tuần	308	90,6
Đổ phân của trẻ vào nhà tiêu	322	94,7
Cách ly trẻ đang bị bệnh	222	65,3
Thực hành chung	243	71,5

Tỷ lệ bà mẹ có thực hành chung đúng về phòng chống bệnh tay chân miệng là 71,5%. Trong đó tỷ lệ thực hành đúng về đổ phân của trẻ cao nhất với 94,7%. Tỷ lệ thực hành đúng về rửa tay bằng xà phòng khi chăm sóc trẻ thấp nhất với 29,1%.

Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về phòng chống bệnh TCM**Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng chống bệnh TCM (n=340)**

Đặc điểm		Kiến thức				OR (CI 95%)	p
		Đúng		Không đúng			
		SL	%	SL	%		
Nhóm tuổi	Dưới 30 tuổi	108	60,7	70	39,3	1	<0,01
	≥ 30 tuổi	126	77,8	36	22,2	2,26 (1,4 – 3,65)	
Trình độ học vấn	< THPT	78	61,4	49	38,6	1	0,02
	≥ THPT	157	73,7	56	26,3	1,76 (1,1 – 2,8)	
Nghề nghiệp	Công nhân	74	61,7	46	38,3	1	0,02
	Cán bộ	47	78,3	13	21,7	2,2 (1,1 – 4,6)	
	Khác	114	71,2	46	28,2	1,5 (0,9 – 2,54)	
Số con	1 con	101	66,0	52	34,0	1	0,26
	2 con trở lên	134	71,7	53	28,3	1,3 (0,8 – 2,0)	
Nơi sống	Nông thôn	88	63,8	50	36,2	1,52 (0,95 - 0,24)	0,07
	Thành thị	147	72,8	55	27,2		

Tỷ lệ bà mẹ ở nhóm tuổi trên 30 tuổi có kiến thức đúng về phòng chống bệnh TCM cao hơn so với những bà mẹ ở nhóm tuổi dưới 30 tuổi ($p < 0,01$, $OR = 2,26$). Nhóm bà mẹ có trình độ học vấn từ THPT trở lên có tỷ lệ kiến thức đúng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bà mẹ chưa học đến THPT ($p < 0,05$, $OR = 1,76$). Nhóm bà mẹ có nghề nghiệp là cán bộ có tỷ lệ kiến thức đúng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với những bà mẹ làm công nhân ($p < 0,05$, $OR = 2,2$).

Bảng 5: Một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng chống bệnh TCM (n=340)

Đặc điểm dân số học		Thực hành phòng chống bệnh				OR (CI 95%)	p
		Đúng		Chưa đúng			
		SL	%	SL	%		
Nhóm tuổi	Dưới 30 tuổi	127	71,3	51	28,7	1	0,95
	≥ 30 tuổi	116	71,6	46	28,4	1,01 (0,6 – 1,62)	
Trình độ học vấn	Dưới THPT	86	67,7	41	32,3	1	0,2
	≥ THPT	157	73,7	56	26,3	1,33 (0,8 – 2,16)	
Nghề nghiệp	Công nhân	85	70,8	35	29,2	1	0,55
	Cán bộ	45	75,0	15	25,0	1,23 (0,6 – 2,5)	
	Khác	113	70,6	47	29,4	0,99 (0,58 – 1,66)	
Số con	1 con	106	69,3	47	30,7	1	0,4
	2 con trở lên	137	73,3	50	26,7	1,2 (0,75 – 1,95)	
Nơi sống	Nông thôn	90	65,2	48	34,8	1	0,03
	Thành thị	153	75,7	49	24,3	1,66 (1,1 – 2,68)	
Kiến thức	Chưa đúng	62	59,0	43	41,0	1	0,001
	Đúng	181	77,0	54	23,0	2,32 (1,4 – 3,8)	

Tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống bệnh TCM ở nhóm bà mẹ sống ở thành thị cao hơn so với nhóm bà mẹ sống ở nông thôn ($p < 0,05$, $OR = 1,66$). Tỷ lệ thực hành đúng ở bà mẹ có kiến thức đúng về phòng chống bệnh TCM cao hơn so với tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chưa đúng về bệnh TCM ($p < 0,05$, $OR = 2,32$).

IV. BÀN LUẬN

Kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng chống bệnh TCM. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 69,1% đối tượng nghiên cứu có kiến thức chung đúng về phòng chống bệnh TCM. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thị Lan Hương (15%) [4] và nghiên cứu của Ruttiya là 49,5% [7]. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về các triệu chứng chính cao nhất với 97%, hầu hết các bà mẹ đều biết về các triệu chứng phát ban dạng phỏng nước ở lòng bàn tay, bàn chân, sốt, loét miệng họng. Về nguồn lây bệnh 73,5% bà mẹ khi được hỏi đã trả lời đúng là bệnh lây truyền từ người sang người. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn với nghiên cứu của Lê Quang Minh với tỷ lệ là 60,9% [5] và nghiên cứu của Lê Thị Lan Hương với tỷ lệ 45% [4]. Đây là kết quả rất tốt cho việc phòng lây lan bệnh tay chân miệng. Vì khi người dân đã hiểu người bệnh là nguồn lây chính thì tự bản thân họ sẽ có các biện pháp thực hiện để phòng bệnh cho con mình, ví dụ như tránh tiếp xúc với người bệnh, các chất tiết của người bệnh, cách ly người bệnh để không làm lây lan cho người khác. Tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ trả lời đúng về đường lây truyền qua đường tiêu hóa chỉ có 17,1%. Với kết quả này, chúng ta cần phải đặt vấn đề đối với công tác truyền thông, nhấn mạnh kiến thức đường lây truyền bệnh từ đó người dân chủ động thực hiện việc phòng bệnh hiệu quả hơn.

Tỷ lệ bà mẹ có thái độ đúng về phòng chống bệnh TCM đạt trong nghiên cứu là 77,9%. Khi nghi ngờ trẻ mắc bệnh, việc phát hiện và điều trị sớm cho trẻ là vấn đề được chấp nhận nhiều nhất 92,9%. Tỷ lệ này thể hiện các bà mẹ biết bệnh tay chân miệng là nguy hiểm, có thể ảnh hưởng đến tính mạng trẻ, vì vậy cần phải đưa trẻ đi điều trị càng sớm càng tốt. Tuy nhiên chỉ có 20% bà mẹ có thái độ đúng về cho trẻ nghỉ học nếu trẻ đang bị mắc TCM. Qua kết quả này, chúng ta có thể nhìn nhận các bà mẹ có ý thức chưa tốt trong việc phòng bệnh tay chân miệng lây lan.

Tỷ lệ bà mẹ có thực hành đúng về phòng chống bệnh TCM là 71,5%. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu Hoàng Thái Sơn

56% [6]. Đối với người chăm sóc trẻ, việc rửa tay thường xuyên bằng xà phòng cũng như việc hướng dẫn trẻ, rửa tay cho trẻ bằng xà phòng là yếu tố rất quan trọng trong việc phòng bệnh. Tuy nhiên trong nghiên cứu này tỷ lệ bà mẹ thực hiện rửa tay rất thấp chỉ 29,1% và 29,4% bà mẹ thực hiện rửa tay cho trẻ trước khi ăn. Kết quả này có thể là do thói quen sinh hoạt, người dân chỉ dùng xà phòng khi tắm giặt, còn thông thường chỉ rửa tay bằng nước đơn thuần. Đây cũng là thói quen xấu có thể làm tăng nguy cơ nhiễm một số bệnh cho trẻ.

Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống bệnh TCM của các bà mẹ. Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa các yếu tố tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp với kiến thức phòng chống bệnh tay chân miệng. Những bà mẹ trên 30 tuổi có kiến thức đúng về phòng chống bệnh tay chân miệng là 77,8% cao hơn so với những bà mẹ ở nhóm tuổi dưới 30 là 66,7% ($p < 0,05$, $OR = 2,26$) điều này có thể lí giải rằng những bà mẹ nhóm tuổi cao hơn có nhiều kinh nghiệm sống hơn so với những bà mẹ trẻ tuổi. Nhóm bà mẹ học trung học phổ thông trở lên có kiến thức đúng (73,7%) cao hơn so với nhóm bà mẹ chưa học đến trung học phổ thông (61,4%). Trình độ học vấn càng cao thì lượng kiến thức tiếp thu cũng như sự hiểu biết cũng sẽ nhiều hơn. Những bà mẹ có nghề nghiệp là cán bộ có cơ hội tiếp xúc và tìm hiểu thông tin về bệnh nhiều hơn so với những bà mẹ làm công nhân, vì vậy tỷ lệ bà mẹ làm cán bộ có kiến thức đúng về phòng chống bệnh tay chân miệng cao hơn so với những bà mẹ làm công nhân là điều dễ hiểu. Ngoài ra nghiên cứu còn tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố nghề nghiệp đến thái độ phòng chống bệnh tay chân miệng, các bà mẹ là cán bộ có thái độ đúng về phòng chống bệnh là 66,7% thấp hơn so với các bà mẹ làm công nhân và làm nghề khác là 80,8% và 80,0% ($p < 0,05$). Phải chăng kết quả thống kê này thể hiện sự chủ quan của các bà mẹ là cán bộ, mặc dù họ có kiến thức đúng cao hơn so với những bà mẹ làm ngành nghề khác. Hoặc cũng có thể do nhóm bà mẹ làm công nhân và nghề khác họ không có kiến thức đúng về bệnh nhiều vì vậy việc lo lắng về sự nguy hiểm của bệnh TCM đối với con cái của họ cao hơn, khiến họ cảnh giác hơn về bệnh. Yếu tố nơi sinh sống có mối liên quan đến thái độ và thực hành phòng chống bệnh TCM của các bà mẹ. Tỷ lệ bà mẹ sống ở thành thị có thái độ đúng (82,7%) và thực hành đúng (75,7%) về phòng chống bệnh TCM cao hơn so với nhóm bà mẹ sống ở nông thôn (tỷ lệ tương

ứng 71% và 65,2%), phải chăng những bà mẹ sống ở thành thị có tiếp xúc với nguồn thông tin về bệnh tật nhiều hơn so với những bà mẹ ở nông thôn, từ đó họ có thái độ phòng chống bệnh tốt hơn, vấn đề này cần được làm rõ hơn ở các nghiên cứu tiếp theo.

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức chung và thực hành chung về phòng chống bệnh TCM. Tỷ lệ thực hành chung đúng ở bà mẹ có kiến thức chung đúng về phòng chống bệnh TCM là 77% cao hơn so với tỷ lệ bà mẹ có kiến thức chưa đúng về bệnh TCM là 59% ($p < 0,05$, $OR = 2,32$). Điều này gợi ý cho chúng ta về giải pháp nhằm thay đổi hành vi phòng chống bệnh của các bà mẹ bằng cách nâng cao kiến thức qua việc tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe bằng nhiều hình thức, tập trung về các đối tượng có kiến thức thấp hơn đó là những bà mẹ độ tuổi trẻ, trình độ học vấn thấp và những người có nghề nghiệp đặc thù ít có thời gian tìm hiểu về bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 340 bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương cho thấy tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về phòng chống bệnh tay chân miệng là 69,1%, tỷ lệ bà mẹ có thái độ đúng là 77,9% và thực hành đúng là 71,5%. Nghiên cứu tìm thấy một số yếu tố bao gồm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn có liên quan đến kiến thức phòng chống bệnh TCM. Yếu tố nghề nghiệp, nơi sống liên quan với thái độ phòng chống bệnh TCM. Yếu tố

nơi sống và kiến thức phòng chống bệnh TCM liên quan đến thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của các bà mẹ. Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe, phòng chống bệnh TCM cần được đẩy mạnh và duy trì nhằm giúp người chăm sóc phòng ngừa bệnh cho trẻ tốt hơn, giảm tỷ lệ mắc bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế - Cục Y tế dự phòng (2012)**, Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2011, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2012)**, Báo cáo tình hình các bệnh truyền nhiễm gây dịch và các giải pháp phòng chống, 557/BC-BYT, Bộ Y tế, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2013)**, Báo cáo chung tổng quan ngành Y tế năm 2013, Bộ Y tế, Hà Nội.
4. **Lê Thị Lan Hương (2017)** "Đánh giá kết quả can thiệp cải thiện kiến thức, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã An Lão, Bình Lục, Hà Nam" Luận án tiến sĩ y tế công cộng.
5. **Lê Quang Minh (2015)**. Tìm hiểu kiến thức và thực hành về phòng chống bệnh tay-chân-miệng của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã Thanh Sơn huyện Kim Bảng-Hà Nam năm 2015". Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Y học Dự phòng.
6. **Hoàng Thái Sơn (2009)**, Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về vệ sinh môi trường của người dân huyện Phổ Yên, tỉnh Thái Nguyên, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
7. **Ruttiya Charoenchokpanit, Tepanata Pumpaibool (2013)**, "Knowledge attitude and preventive behavior towards hand foot and mouth disease among caregivers of children under five years old in Bangkok, Thailand", Journal of Health Research, 27(5), p. 281-286.

NGHIÊN CỨU BIẾN ĐỔI CHỈ SỐ HUYẾT ĐỘNG CỦA ĐỘNG MẠCH THẬN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Nguyễn Duy Toàn*, Nguyễn Thị Thanh Hải*,
Phùng Anh Tuấn*, Lê Văn Lương**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát chỉ số vận tốc đỉnh tâm thu (Vs), vận tốc cuối tâm trương (Vd), vận tốc trung bình (Vm), chỉ số trở kháng (RI), chỉ số đập (PI) động mạch thận ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. **Đối tượng và phương pháp:** 102 bệnh nhân bệnh đái tháo đường

typ 2 và 32 người bình thường tham gia nghiên cứu. Tính chỉ số Vs, Vd, Vm, RI, PI bằng phương pháp siêu âm Doppler mạch máu thận. **Kết luận:** Bệnh nhân đái tháo đường typ 2 các chỉ số RI và PI cao hơn so với nhóm chứng. Trong nhóm ĐTĐ typ 2, các giá trị trung bình Vs, Vd, Vm, RI và PI động mạch tại rốn thận cao hơn so với ở nhu mô thận ($p < 0,05$).

Từ khóa: đái tháo đường typ 2, Huyết động, động mạch thận

SUMMARY

THE EVALUATION OF INTRARENAL HEMODYNAMIC CHANGES IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

Objectives: Investigation of peak systolic velocity

*Bệnh viện Quân Y 103

**Bệnh viện Đa Khoa Thống Nhất Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hải

Email: thanhhai103@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2019

Ngày duyệt bài: 14.11.2019

(Vs), end diastolic velocity (Vd), mean velocity (Vm), resistance index (RI), pulsatility index (PI) in type 2 diabetes patients. **Subjects and methods:** 102 patients with type 2 diabetes was compared with 32 healthy subjects. The intrarenal hemodynamic was studied by duplex Doppler ultrasound, renal doppler parameter were Vs, Vd, Vm, RI and PI at main and interlobar renal artery. **Results and conclusions:** RI and PI of type 2 diabetes patients were significantly higher than that of healthy subjects, In Type 2 diabetic patients, main renal artery had higher values of Vs, Vd, Vm, RI and PI compared to interlobar renal arteries.

Key words: Type 2 diabetes mellitus, Hemodynamics, Renal artery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) týp 2 là bệnh chuyển hóa mạn tính gây nhiều biến chứng [1]. Trong đó tổn thương thận, đặc biệt tổn thương mạch máu thận là một biến chứng sớm, thường gặp dẫn đến suy thận mạn tính, với những biến đổi về hình thái, chức năng thận cơ bản nhất là thành dày, xơ hoá các động mạch ở vùng nối vỏ - tủy và các động mạch vùng trước cầu thận. Tổn thương mạch máu thận trong ĐTĐ thường tổn thương lan tỏa từ thân cũng như các nhánh mạch máu nhỏ của thận, trong đó sớm nhất thường là các mạch máu nhỏ [6]. Siêu âm Doppler mạch máu thận giúp đánh giá tình trạng tưới máu nhu mô thận [3]. Sự biến đổi huyết động mạch máu thận báo hiệu sự trầm trọng của tổn thương thận [7], [8].

Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Khảo sát biến đổi một số chỉ số huyết động tại động mạch rốn và nhu mô thận bao gồm vận tốc tâm thu, vận tốc tâm trương, vận tốc trung bình, chỉ số trở kháng và chỉ số đập ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 102 bệnh nhân được đái tháo đường týp 2 (theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới năm 2004) và 32 người bình thường không có bệnh đái tháo đường týp 2, tham gia nghiên cứu từ tháng 06/2012 đến tháng 05/2013 tại Bệnh viện đa khoa Thống Nhất – Đồng Nai.

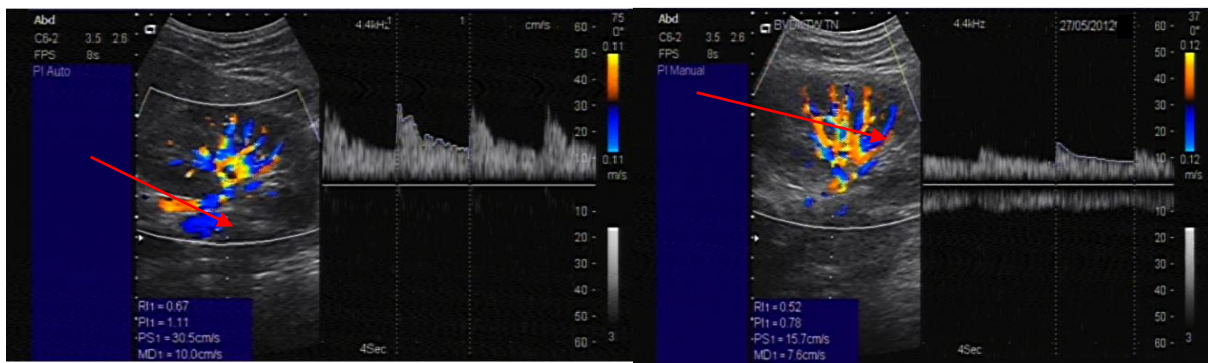
Nhóm bệnh: loại trừ các tình trạng bệnh nặng như: hôn mê, tiền hôn mê, NMCT, tắc mạch máu thận, suy tim nặng, các bệnh nội khoa nặng (nhiễm trùng nặng, suy gan) hoặc sau phẫu thuật, hình ảnh siêu âm thận khó xác định các mạch máu thận.

Nhóm người bình thường: loại trừ các đối tượng có bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bất thường về chức năng gan hoặc thận, béo phì (BMI>25).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Tiến cứu, mô tả cắt ngang, có đối chứng. Tất cả các đối tượng được khám và làm xét nghiệm theo mẫu thống nhất.

- Siêu âm mạch máu thận tại vùng rốn thận và nhu mô thận sử dụng máy PHILIPS HD11XE (Mỹ) do các bác sĩ đã qua đào tạo và có kinh nghiệm thực hiện. Các thông số và chỉ số đánh giá huyết động trên siêu âm tại vùng rốn và nhu mô thận gồm [5], [7]: vận tốc đỉnh tâm thu - Peak Systolic Velocity (Vs), vận tốc cuối tâm trương - End Diastolic Velocity (Vd), vận tốc trung bình - Mean Velocity (Vm), chỉ số trở kháng (Resistance Index) RI của Pourcelot, $RI = (Vs - Vd) / Vs$, chỉ số đập (Pulsatility Index) PI của Gosling $PI = (Vs - Vd) / Vm$.



Hình 1. Hình ảnh thận trên siêu âm Doppler màu và Doppler xung mạch máu tại rốn thận **Hình 2. Hình ảnh Doppler màu và Doppler xung mạch máu tại nhu mô thận**

- Mức lọc cầu thận (ml/phút/1,73m²) ước lượng dựa vào công thức Cockcroft- Gault. Giai đoạn bệnh thận mạn tính (BTMT) theo NKF/ DOQI-2012 dựa vào mức lọc cầu thận như sau: giai đoạn 1: ≥ 90, giai đoạn 2: 60 – 89, giai đoạn 3: 30 – 59, giai đoạn 4: 15 – 29, giai đoạn 5: < 15

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình SPSS 21.0 for Windows

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

		Nhóm bệnh (n = 102)	Nhóm chứng (n = 32)	p
Tuổi (năm) X ± SD		59,8 ± 9,2	58,7 ± 8,9	> 0,05
Giới	Nam (n, %)	33 (32,3)	16 (50,0)	< 0,05
	Nữ (n, %)	69 (67,6)	16 (50,0)	< 0,05

Hai nhóm nghiên cứu tương đồng về tuổi, Tuy nhiên tỉ lệ nữ ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng ngược lại tỉ lệ nam ở nhóm bệnh thấp hơn so với nhóm chứng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, và mức độ tổn thương thận ở nhóm bệnh (n = 102)

Đặc điểm		n (%)
Yếu tố nguy cơ	Tăng huyết áp	58 (56,9%)
	Rối loạn Lipid máu	76 (74,5%)
	Bệnh tim mạch vành mạn tính	24 (23,5%)
	BMI >23 (Kg/m ²)	28 (40%)
Thời gian phát hiện bệnh (năm)	< 5	32 (31,4%)
	5-10	36 (35,3%)
	> 10	34 (33,3%)
Giai đoạn BTMT theo NKF	1	54 (52,9%)
	2	34 (33,3%)
	3	10 (9,9%)
	4	4 (3,9%)

Biến chứng thận	Protein niệu (-)	31 (30,4%)
	Microalbumin niệu (+) không có STMT	29 (28,4%)
	Protein niệu (+) không có STMT	28 (27,5%)
	STMT	14 (13,7%)

STMT: suy thận mạn tính

Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ thường gặp, số bệnh nhân nghiên cứu mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn 1 và 2.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy các chỉ số huyết động ở các vị trí tương ứng nhau ở hai thận trong nội nhóm chứng và nội nhóm bệnh không có sự khác biệt. Do đó chúng tôi tiến hành so sánh giữa hai nhóm và so sánh các vị trí khác nhau của nhóm bệnh.

Bảng 3. So sánh các chỉ số huyết động ĐM rốn thận và ĐM nhu mô thận giữa 2 nhóm

Chỉ số	ĐM rốn thận			ĐM nhu mô thận		
	Nhóm chứng (n=32)	Nhóm bệnh (n=102)	p	Nhóm chứng (n=32)	Nhóm bệnh (n=102)	p
Vs (cm/s)	48,86 ± 5,15	43,95 ± 4,47	< 0,05	27,91 ± 4,61	23,55 ± 3,53	< 0,05
Vd (cm/s)	19,61 ± 2,56	13,26 ± 3,21	< 0,05	11,86 ± 2,06	7,28 ± 2,98	< 0,05
Vm (cm/s)	28,71 ± 2,74	23,86 ± 3,27	< 0,05	17,10 ± 2,68	13,38 ± 2,39	< 0,05
PI	1,06 ± 0,08	1,28 ± 0,18	< 0,05	0,98 ± 0,09	1,16 ± 0,20	< 0,05
RI	0,61 ± 0,03	0,69 ± 0,06	< 0,05	0,59 ± 0,03	0,66 ± 0,06	< 0,05

Bệnh nhân ĐTDĐ có các chỉ số vận tốc dòng chảy tại động mạch rốn thận và động mạch nhu mô thận thấp hơn, ngược lại RI và PI hơn so với nhóm chứng (p<0,05).

Bảng 4: So sánh các chỉ số huyết động tại rốn và nhu mô thận ở nhóm bệnh

Chỉ số	Rốn thận (n=102)	Nhu mô thận(n=102)	p
Vs (cm/s)	43,95 ± 4,47	23,55 ± 3,53	< 0,05
Vd (cm/s)	13,26 ± 3,21	7,28 ± 2,98	< 0,05
Vm (cm/s)	23,86 ± 3,27	13,38 ± 2,39	< 0,05
PI	1,28 ± 0,18	1,16 ± 0,20	< 0,05
RI	0,69 ± 0,06	0,66 ± 0,06	< 0,05

Các giá trị trung bình Vs, Vd, Vm, RI và PI động mạch tại rốn thận cao hơn so với ở nhu mô thận (p < 0,05).

Bảng 5. So sánh giá trị tuyệt đối các chỉ số huyết động tại ĐM rốn thận của nhóm bệnh (n = 102) với nhóm chứng.

Chỉ số	Giảm		Bình Thường		Tăng	
	n	%	n	%	n	%
Vs	61	59,8	41	40,2	0	0
Vd	72	70,6	30	29,4	0	0
Vm	69	67,6	33	32,4	0	0
PI	0	0	38	37,3	64	62,7
RI	0	0	26	25,5	76	74,5

Tại rốn thận, nhóm bệnh các chỉ số vận tốc đa số ở mức giảm và nhưng chỉ số PI và RI đa số ở mức tăng so với nhóm chứng.

Bảng 6. So sánh giá trị tuyệt đối các chỉ số huyết động tại ĐM nhu mô thận của nhóm bệnh (n = 102) với nhóm chứng (n = 32)

Chỉ số	Giảm		Bình Thường		Tăng	
	n	%	n	%	n	%
Vs	58	56,9	44	43,1	0	0
Vd	68	66,6	34	33,4	0	0
Vm	57	55,9	45	44,1	0	0
PI	0	0	24	23,5	78	76,5
RI	0	0	18	16,7	85	83,3

Tại nhu mô thận, nhóm bệnh các chỉ số vận tốc đa số ở mức giảm và nhưng chỉ số PI và RI đa số ở mức tăng so với nhóm chứng.

IV. BÀN LUẬN

Tổn thương thận là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân ĐTD, Sinh bệnh học bệnh thận ở BN ĐTD typ 2 bao gồm 3 yếu tố chủ yếu, đó là sự thay đổi huyết động, rối loạn chuyển hóa một số chất và ảnh hưởng của yếu tố gen [6]. Trong đó, sự thay đổi huyết động bao gồm huyết động hệ thống và huyết động tại thận là các yếu tố quan trọng.

Biến đổi và tổn thương mạch máu nhỏ ở thận là biến chứng sớm, thường gặp góp phần quan trọng dẫn đến tiến triển bệnh thận (suy thận) do đái tháo đường.

Siêu âm đánh giá tưới máu thận giúp chẩn đoán sớm và theo dõi tiên lượng bệnh thận do ĐTD. Chúng tôi nghiên cứu biến đổi huyết động tại rốn thận và nhu mô thận ở 102 bệnh nhân ĐTD so sánh với 32 người khỏe mạnh tương đồng về độ tuổi.

*Ở nhóm bệnh các chỉ số Vs, Vd, Vm tại rốn thận, nhu mô thận thấp hơn và chỉ số RI và PI cao hơn nhóm chứng (bảng 3).

Điều này có thể được giải thích do ở bệnh ĐTD tổn thương động mạch biểu hiện bằng: Ba yếu tố chính thay đổi về mô học xảy ra ở cầu thận của những người ĐTD biến chứng thận: Thứ nhất sự giãn nở của tế bào gian mao mạch bị giảm xuống trực tiếp bởi sự tăng đường máu, có lẽ theo con đường tăng lên của chất nền hoặc quá trình thoái biến của protein nền. Thứ hai sự dày lên của màng đáy cầu thận xảy ra. Thứ ba,

sự xơ cứng cầu thận nguyên nhân bởi tăng huyết áp ngoài cầu thận (bị giảm xuống bởi sự giãn của các tiểu động mạch đến hoặc từ sự thương tổn thiếu máu bởi sự hẹp các hyaline của các mạch cung cấp máu cho cầu thận. [2]. Đặc điểm huyết động của tưới máu thận ở bệnh nhân đái tháo đường so với người bình thường: giai đoạn khi chưa có protein niệu, một số bệnh nhân có mức lọc cầu thận tăng do đó vận tốc dòng chảy ĐM thận tăng, ở giai đoạn protein niệu dương tính thì vận tốc dòng chảy động mạch tại thận bằng người bình thường, còn khi có suy thận, thành mạch bị vữa xơ, tăng độ cứng thành mạch vì vậy tốc độ dòng chảy thấp hơn so với người bình thường [4], [7]. Nghiên cứu của chúng tôi các chỉ số Vs, Vd, Vm, ở nhóm bệnh thấp hơn so với nhóm chứng do 69,6% bệnh nhân (bảng 2) có protein niệu và hoặc suy thận.

Trong các chỉ số về huyết động ở rốn thận và nhu mô thận, thì chỉ số RI và PI giá trị nhất trọng đánh giá tưới máu thận. Tăng RI và PI liên quan đến tiến triển và tiên lượng tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường. Sự tăng RI và PI là do tổn thương các mao mạch, cầu thận dẫn đến giảm số lượng và vùng tưới máu của các mạch máu nhỏ ở nhu mô thận.

RI và PI trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn đều tăng so với nhóm chứng (bảng 3, 5,6). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác

Bảng 7. Chỉ số huyết động tại rốn thận ở bệnh nhân ĐTD typ 2 của một số tác giả

Chỉ số	Vs(cm/s)	PI	RI
Kết quả NC (n=102)	43,94 ± 4,47	1,28 ± 0,18	0,69 ± 0,06
Raff Ulrike [8]	46,32 ± 6,67	1,38 ± 0,32	0,69 ± 0,07
Nosadini Romano [7]	42,1 ± 4,38	1,26 ± 0,38	0,68 ± 0,09

*Các chỉ số huyết động tại rốn thận đều cao hơn so với tại nhu mô thận (bảng 4)

Các chỉ số huyết động thu được tại động mạch rốn thận thì luôn cao hơn các chỉ số huyết động thu được tại nhu mô thận ở từng giai đoạn

biến chứng thận.

- Giá trị trung bình các chỉ số huyết động (Vs, Vd, Vm) ở rốn thận luôn cao hơn ở nhu mô. Điều này có thể được giải thích do đường kính động mạch tại rốn thận lớn hơn đường kính của các

động mạch gian thùy ở nhu mô thận, do đó vận tốc dòng máu lớn hơn [3], [4].

- Chỉ số trở kháng RI và chỉ số đập PI ở nhu mô nhỏ hơn so với ở rốn thận là do sức cản dòng máu ở nhu mô thận thấp hơn so với sức cản tại rốn thận. Vận tốc dòng máu ở giai đoạn protein niệu âm tính, microalbumin niệu dương tính giảm không đáng kể, còn ở giai đoạn suy thận vận tốc dòng máu giảm nhiều [7]. Ở giai đoạn protein niệu dương tính chưa suy thận hoặc khi đã có suy thận mạn tính thì RI và PI tăng lên rõ rệt [3]. Kết quả của chúng tôi (bảng 1) tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương ở mức Protein niệu hoặc suy thận là 41,2% do đó RI và PI trong nghiên cứu của chúng tôi bắt đầu có xu hướng tăng.

V. KẾT LUẬN

Biến đổi các chỉ số huyết động mạch máu thận ở bệnh nhân đái tháo đường 2 so với người bình thường (nhóm chứng) như sau:

+ Bệnh nhân đái tháo đường týp 2 các trị trung bình Vs, Vd, Vm, tại động mạch rốn thận và nhu mô thận thấp hơn so với nhóm chứng, nhưng chỉ số RI và PI cao hơn nhóm chứng ($p < 0,05$).

+ Ở bệnh nhân đái tháo đường các giá trị trung bình Vs, Vd, Vm; RI và PI ở động mạch tại rốn thận cao hơn so với tại nhu mô thận ($p < 0,05$).

+ Tại động mạch vùng rốn thận, số lượng BN có giảm Vs, Vd, Vm chiếm tỷ lệ lần lượt là: 59,8%, 70,6%, 67,6%; Tăng RI và PI chiếm tỷ lệ lần lượt là: 74,5% và 62,7%.

+ Tại động mạch vùng nhu mô thận, số lượng BN có giảm Vs, Vd, Vm chiếm tỷ lệ lần lượt là: 56,9%, 66,6%, 55,9%; Tăng RI và PI chiếm tỷ lệ lần lượt là: 83,3% và 76,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình** (2007), "Bệnh thận đái tháo đường" Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường tăng glucose máu. NXB Y học, tr 513-68.
2. **Bude O. Ronald, Jonathan M. Rubin** (2005). Relationship between the Resistive Index and Vascular Compliance and Resistance. Radiology: 211: pp411-17.
3. **Baris A., Rengin E.,** (2017), "Increased renal resistive index in type 2 diabetes: Clinical relevance, mechanisms and future directions" <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2016.08.019>
4. **Kawai T., Kamide K., Onishi M., et al** (2011), "Usefulness of the resistive index in renal Doppler ultrasonography as an indicator of vascular damage in patients with risks of atherosclerosis," Nephrol Dial Transplant. doi: 10.1093/ndt/gfr054. Epub 2011 Mar 3.
5. **Kim H. L., Winnie C. W. C., Alice P. S. K., et al** (2013). "Intrarenal arterial resistance is associated with microvascular complications in Chinese type 2 diabetic patients" Nephrol Dial Transplant (2013) 28: 651-658doi: 10.1093/ndt/gfs471
6. **Mac Isaac RJ, Watts GF** (2005). Diabetes and the kidney. Diabetes Chronic Complication. 2nd : 21-48
7. **Nosadini R., Mario V., Enrico B., et al** (2006), Increased Renal Arterial Resistance Predicts the Course of Renal Function in Type 2 Diabetes With Microalbuminuria. Diabetes. pp.234-239.
8. **Raff U., Thomas K. S., Bernhard M., et al** (2009), Renal resistive index - a valid tool to assess renal endothelial function in humans?. Diabetes care 24: pp. 1869-1874

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT VÁ NHĨ ĐƠN THUẦN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH

Nguyễn Anh Quỳnh*, Trần Duy Ninh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. **Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả từng ca có can thiệp, gồm 37 bệnh nhân (bệnh nhân) viêm tai giữa mạn tính được phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh từ tháng

6/2018 đến tháng 6/2019. **Kết quả:** Thành công về mặt giải phẫu là 94,6%. Sức nghe trung bình sau mổ được cải thiện hơn 8,2 dB. **Kết luận:** Bước đầu cho thấy hiệu quả của phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh, sau mổ hầu hết các bệnh nhân được cải thiện sức nghe cũng như tình trạng hờ màng nhĩ.

Từ khóa: "Vá nhĩ đơn thuần", "Viêm tai giữa mạn tính", "Thủng màng nhĩ"

SUMMARY

EVALUATE THE EARLY RESULTS OF TYMPANOPLASTY AT BAC NINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: To evaluate the early results of tympanoplasty at Bac Ninh General Hospital.

*Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh

**Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Quỳnh

Email: nguyenganhquynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

Subjects and Research Methods: The study design describes each interventional case, including 37 patients with chronic otitis media who has operated by tympanoplasty method at Bac Ninh General Hospital from 6/2018 to 6/2019. **Results:** Anatomical recovery was 94.6%. Average hearing was improved more than 8.2 dB after surgery. **Conclusions:** the first step was showed the effect of tympanoplasty at Bac Ninh General Hospital, all most patients have improved hearing ability as well as tympanal perforated situation after surgery.

Keywords: "Tympanoplasty", "Chronic otitis media", "Tympanic Perforation"

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa mạn tính được định nghĩa là tình trạng viêm ở tai giữa kéo dài trên 3 tháng. Có hai loại viêm tai giữa mạn tính thường gặp là viêm tai giữa mạn tính mũ nhày và viêm tai giữa mạn tính. Về phương diện tổn thương giải phẫu bệnh lý: Viêm tai giữa mạn tính mũ nhày là tình trạng viêm niêm mạc của của hòm nhĩ, sào đạo, sào bào mà không có tổn thương xương[1]; Viêm tai giữa mạn tính vừa có tổn thương niêm mạc, vừa có tổn thương xương và thường đi đôi với viêm xương chũm mạn tính.

Bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra, thường gặp nhất là do nhiễm khuẩn. Nếu không được điều trị tốt, bệnh có thể để lại di chứng thủng màng nhĩ gây giảm chức năng nghe, ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp, học tập, lao động... và cũng có thể là đường vào của viêm nhiễm gây viêm tai giữa tái phát.

Để khắc phục hai hậu quả nêu trên của viêm tai giữa mạn tính, phẫu thuật vá nhĩ đã được thực hiện ngay từ thập kỷ 50 của thế kỷ XX. Về sau với sự ra đời của kính hiển vi phẫu thuật, vá nhĩ đã được thực hiện rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới. Hiện nay, phẫu thuật chỉnh hình tai giữa trong đó có vá nhĩ đơn thuần hoặc phối hợp thay thế, chỉnh hình xương con đã được thực hiện thường qui trên thế giới cũng như ở Việt Nam.

Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh trong những năm gần đây đã tiến hành phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần (đối với những trường hợp viêm tai giữa mạn tính không có tổn thương xương). Tuy nhiên cho đến nay, chưa có đề tài đánh giá kết quả của phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tai mạn tính có chỉ định vá nhĩ đơn thuần.*

2. *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật vá nhĩ đơn thuần ở bệnh nhân viêm tai mạn tính tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh thời gian từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

2.1.1. *Đối tượng nghiên cứu.* 37 bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính được điều trị phẫu thuật vá màng nhĩ đơn thuần tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Trong đó có 14 bệnh nhân bị viêm 2 tai được mổ 1 tai (tai nghe kém hơn) và 23 bệnh nhân bị viêm 1 tai.

2.1.2. *Thời gian nghiên cứu.* Từ 12 tháng (từ 6/2018 đến 6/2019)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả từng ca có can thiệp.

2.2. Các chỉ số nghiên cứu:

2.2.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: Chia ra các nhóm tuổi như sau: Dưới 15; 15-45; trên 45 tuổi. Giới: Nam, nữ

- Thời gian bị bệnh với các mốc: ≤1 năm; >1-5 năm; >5 năm;

2.2.1. Các chỉ số liên quan đến bệnh viêm tai giữa (trước phẫu thuật)

- Tiền sử chảy mủ tai: Tính chất chảy mủ tai: từng đợt hay liên tục. Chảy mủ loãng, nhày hay đặc.

Chảy 1 bên tai (tai phải, tai trái), hay 2 bên.

- Tình trạng hiện tại của tai: đau tai, ù tai, nghe kém, chảy mủ tai, chóng mặt.

*Đặc điểm của lỗ thủng màng nhĩ:

- Vị trí lỗ thủng: ở trung tâm hoặc ¼ trước trên, ¼ trước dưới, ¼ sau trên, ¼ sau dưới màng căng.

- Kích thước: đo bằng mm

*Các chỉ số liên quan đến thính lực trước phẫu thuật:

- Dự trữ cốt đạo (khoảng Rinne): Là hiệu số của trung bình cộng của khí đạo và cốt đạo trên thính lực đồ ở 4 tần 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz trước mổ để làm cơ sở cho chỉ định phẫu thuật và so sánh với kết quả sau mổ.

Rinne thính lực được coi là số dB tối đa có thể thu hồi lại được sau phẫu thuật phục hồi chức năng.

- Giá trị trung bình ngưỡng nghe ở 4 tần số sinh hoạt (PTA) trước phẫu thuật:

$$PTA = \frac{dB(500) + dB(1000) + dB(2000) + dB(3000)}{4}$$

Trong đó cách tính ngưỡng nghe ở tần số 3000 Hz bằng trung bình cộng của ngưỡng nghe ở tần số 2000, 4000 Hz [7].

PTA là yếu tố tin cậy để đánh giá sự thiếu hụt sức nghe của người bệnh. Mức PTA được xác định là ≤ 30 dB, đây là mức PTA lớn nhất có thể được coi là bình thường có nghĩa là người bệnh có thể hòa đồng hoàn toàn với xã hội mà không cần bất cứ một biện pháp trợ thính nào.

2.2.2. Các chỉ số liên quan đến kết quả phẫu thuật
- Tình trạng sau mổ 3 tháng của tai và màng nhĩ vá: Triệu chứng cơ năng thực thể, màng nhĩ liền, không liền: đánh giá kết quả sau mổ 3 tháng về mặt giải phẫu: Tốt (Tai khô và màng ghép liền kín); Khá (Tai khô và màng ghép thủng < trước mổ); Kém (Tai chảy mủ, hoặc màng ghép thủng \geq trước mổ).

- Các chỉ số liên quan đến thính lực sau phẫu thuật: Dự trữ cốt đạo (khoảng Rinne); Giá trị trung bình ngưỡng nghe PTA sau phẫu thuật.

2.3. Các phương tiện phục vụ cho nghiên cứu: Thăm khám lâm sàng bằng máy nội soi tai mũi họng Chamed của khoa tai mũi họng bệnh viện tỉnh Bắc Ninh và đo thính lực đơn âm bằng máy đo thính lực Siemen SD50 của CHLB Đức.

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Khám và lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu, khai thác hành chính, bệnh sử, thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật, làm bệnh án.

Bước 2: Tiến hành can thiệp phẫu thuật vá nhĩ cho bệnh nhân:

- Bệnh nhân được vá nhĩ đi đường trong tai dưới nội soi, hoặc đường sau tai qua kính hiển vi với trường hợp ống tai hẹp, tiên lượng không sử dụng nội soi được.

- Kỹ thuật đặt mảnh vá: Mảnh vá đặt bên dưới lớp xơ màng nhĩ (underlay). Kỹ thuật này mảnh vá tiếp xúc tốt với rãnh nhĩ và hệ thống xương con, tránh nguy cơ dị lệch mảnh vá ra ngoài và giảm nguy cơ cholesteatoma thứ phát sau phẫu thuật. Nhược điểm: làm giảm thể tích thông khí tai giữa cũng như nguy cơ tụt mảnh vá và dính mảnh vá vào đáy nhĩ.

- Chất liệu dùng làm mảnh vá là cân cơ thái dương, lấy ngay trên bệnh nhân trong quá trình phẫu thuật (mảnh ghép tự thân)

Bước 3: Khám lại bệnh nhân sau 3 tháng: hỏi triệu chứng cơ năng, khám nội soi đánh giá sự đóng kín màng nhĩ và đo sức nghe.

Bước 5: Nhập dữ liệu vào bệnh án mẫu, quản lý và xử lý số liệu.

2.2. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 17.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Giới	Nam	Nữ	Tổng số	
				n	%
≤ 30		3	2	5	13,5
> 30-45		5	10	15	40,5
> 45		7	10	17	45,9
Tổng số		15 (40,5%)	22 (59,5%)	37	100

Nhận xét: Nhóm tuổi hay gặp nhất là trên 45 tuổi chiếm tỷ lệ 45,9%, nhóm tuổi dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (13,5%). Trong số 37 bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính có 59,5% bệnh nhân là nữ cao hơn nam là 40,5%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tai mạn tính

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tai mạn tính

	Kích thước lỗ thủng			PTA			Khoảng Rinne trước mổ		
	≤ 4 mm	> 4 mm	p	≤ 30 dB	> 30dB	p	< 20dB	≥ 20 dB	p
Số BN	21	16		5	32		9	28	
Tỷ lệ (%)	56,8	43,2	> 0,05	13,5	86,5	< 0,05	24,3	75,7	< 0,05

Nhận xét: - Bệnh nhân có lỗ thủng ≤ 4 mm chiếm tỷ lệ 56,8% cao hơn so với bệnh nhân có lỗ thủng rộng > 4mm (43,2%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Bệnh nhân có ngưỡng nghe PTA > 30 dB gặp nhiều nhất (86,5%), bệnh nhân có ngưỡng nghe PTA ≤ 30 dB gặp ít hơn 13,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

- Khoảng Rinne trước mổ < 20 dB có 9 trường hợp gặp (24,3%), khoảng Rinne trước mổ ≥ 20 dB gặp 28 trường hợp (75,7%).

3.3. Kết quả phục hình về giải phẫu sau mổ 3 tháng

Bảng 3. Kết quả phục hình về giải phẫu sau mổ 3 tháng

Kết quả phục hình về giải phẫu	n	Tỷ lệ%	p
Màng nhĩ vá	Kín	31	83,8
	Còn hở	6	16,2
Kết quả về giải phẫu	Tốt	31	83,8

	Khá	4	10,8
	Kém	2	5,4

Nhận xét: - Tỷ lệ liền kín màng nhĩ là 83,8%, tỷ lệ màng nhĩ hở là 16,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Kết quả sau phẫu thuật về mặt giải phẫu: tốt: 83,8%, khá: 10,8%. Tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu (tốt+khá) là 94,6%, kém là 5,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.4. Kết quả bình phục về chức năng sau mổ 3 tháng

Bảng 4. Chỉ số PTA sau mổ và so sánh với trước mổ

PTA		≤ 30 dB	> 30 dB	Trung bình	p
Trước mổ	Số bệnh nhân	5	32	$40,4 \pm 8,3$ dB	$< 0,05$
	Tỷ lệ (%)	13,5	86,5		
Sau mổ	Số bệnh nhân	22	15	$32,2 \pm 9,7$ dB	
	Tỷ lệ (%)	59,5	40,5		

Nhận xét: Sau mổ tỷ lệ bệnh nhân có ngưỡng nghe PTA ≤ 30 dB là 59,5% tăng so với trước mổ, tỷ lệ PTA > 30 dB giảm hơn là 40,5%. Sự khác biệt giữa ngưỡng nghe PTA sau mổ và trước mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Khoảng Rinne sau mổ và so sánh với trước mổ

Khoảng Rinne		< 20 dB	≥ 20 dB	Trung bình	p
Trước mổ	Số bệnh nhân	9	28	$23,5 \pm 5,8$	$< 0,05$
	Tỷ lệ (%)	24,3	75,7		
Sau mổ	Số bệnh nhân	34	3	$15,2 \pm 4,3$	
	Tỷ lệ (%)	91,9	8,1		

Nhận xét: Tỷ lệ khoảng Rinne < 20 dB sau mổ tăng so với trước mổ; tỷ lệ khoảng Rinne ≥ 20 dB giảm so với trước mổ. Khoảng Rinne trung bình sau mổ là $15,2 \pm 4,3$ dB, trước mổ là $23,5 \pm 5,8$ dB. Như vậy hiệu quả Rinne trung bình của trước và sau mổ là 8,3 dB. Sự khác biệt giữa khoảng Rinne trung bình trước mổ và sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành 37 bệnh nhân tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh thời gian từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2019 cho thấy:

***Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm tuổi > 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (45,9%), nhóm tuổi ≤ 30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (13,5%). Tỷ lệ nữ và nam trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 40,5% và 59,5%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trước mổ ngưỡng nghe PTA > 30 dB gặp nhiều nhất (62,2%), PTA ≤ 30 dB gặp ít hơn (13,5%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngưỡng nghe PTA ≤ 30 dB được coi là bình thường có nghĩa là người bệnh có thể hòa đồng hoàn toàn với xã hội mà không cần bất cứ một biện pháp trợ thính nào.

Khoảng Rinne trung bình của chúng tôi là $23,5 \pm 5,8$ dB phù hợp để chỉ định phẫu thuật vá nhĩ. Trường hợp có khoảng Rinne lớn nhất là 36,25 dB, thấp nhất là 11,25 dB. Rinne thính lực được coi là số dB tối đa có thể thu hồi lại được sau phẫu thuật phục hồi chức năng.

***Về tình trạng màng nhĩ sau phẫu thuật 3 tháng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ

bệnh nhân liền kín màng nhĩ là 83,8%, tỷ lệ màng nhĩ hở là 16,2%. Tỷ lệ thành công của chúng tôi thấp hơn một số tác giả: tác giả Lê Thanh Hải (2001) cho kết quả 90% tốt về giải phẫu [3]. Tác giả Trương Tam Phong và cs (2002) nhận thấy màng nhĩ liền là 86,54% [4]. Tỷ lệ bệnh nhân liền màng nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp hơn so với các tác giả khác có thể do chúng tôi mới triển khai phẫu thuật vá nhĩ từ năm 2016, nên chưa có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật cũng như chăm sóc sau mổ.

*Kết quả phẫu thuật về mặt giải phẫu:

Kết quả về giải phẫu của chúng tôi: tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (83,8%); khá 10,8%; kém 5,4%. Tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu của chúng tôi là 94,6%.

*Kết quả bình phục về chức năng

- Về ngưỡng nghe sau mổ 3 tháng: Sau mổ tỷ lệ bệnh nhân có ngưỡng nghe PTA ≤ 30 dB là 59,5% tăng so với trước mổ là 13,5%, điều này có ý nghĩa 46% bệnh nhân sau mổ có thể hòa nhập với cộng đồng. PTA trung bình sau mổ là $32,2 \pm 9,7$ dB giảm hơn có ý nghĩa thống kê so với cường độ giảm sức nghe trung bình trước mổ là $40,4 \pm 8,3$ dB ($p < 0,01$). Mức độ nghe trung bình sau mổ cải thiện hơn 8,2 dB so với mức độ nghe trung bình trước mổ.

Kết quả về mặt thính lực sau mổ của một số tác giả:

Tác giả	n	Năm	Địa điểm	Sức nghe tăng sau mổ
Phạm Ngọc Chất [1]	36	2003	TP.Hồ Chí Minh	Người lớn: 14,2 ± 6,35 dB, Trẻ em: 18,7 ± 10,25 dB.
Güneri EA [6]	25	2007	Thổ Nhĩ Kỳ	20 dB
M.Cavaliere [5]	100	2007	Italy	6,40 ± 2.20 dB

Nghiên cứu của chúng tôi sức nghe trung bình tăng sau mổ 8,2 dB thấp hơn so với các tác giả khác. Trong các nghiên cứu của các tác giả mức tăng sức nghe sau mổ thấp nhất là 10 dB, cao nhất là 30 dB đây là khoảng tăng sức nghe lý tưởng đã được khẳng định qua thực tế.

- Về khoảng Rinne sau mổ 3 tháng:

Khoảng Rinne trung bình sau mổ là 15,2 ± 4,3 dB. Ca có khoảng Rinne sau mổ cao nhất là 26,25 dB, có kết quả giải phẫu kém; ca có khoảng Rinne thấp nhất sau mổ là 6,25 dB, có kết quả giải phẫu tốt. Khoảng Rinne trước mổ trung bình là 23,5 ± 5,8 dB. Như vậy hiệu quả Rinne trung bình của trước và sau mổ là 8,3 dB. Sự khác biệt giữa khoảng Rinne trung bình trước mổ và sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ liền kín màng nhĩ là 83,8%, tỷ lệ màng nhĩ hở là 16,2%.

- Ngưỡng nghe PTA trung bình sau mổ là 32,2 ± 9,7 dB là giảm hơn, có ý nghĩa thống kê so với sức nghe trung bình trước mổ là 40,4 ± 8,3 dB. Mức độ nghe trung bình sau mổ cải thiện hơn 8,2 dB so với mức độ nghe trung bình trước mổ.

- Hiệu quả Rinne trung bình của trước và sau

mổ là 8,3 dB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ môn tai mũi họng, Đại học Y Dược Thái Nguyên (2017)**, Tai mũi họng, Nhà xuất bản Y học, trang 27.
- Phạm Ngọc Chất, Nguyễn Văn Đức, Đặng Hoàng Sơn (2003)**, "Bước đầu áp dụng chính hình xương con bằng xương đe tự thân trong điều trị viêm tai giữa mạn tính, thủng màng tai", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 7(1), tr. 19-25.
- Lê Thanh Hải (2001)**, "Đánh giá kết quả mổ vá nhĩ đơn thuần ở cộng đồng của đoàn phẫu thuật tai Thái Lan tại tỉnh Thái Nguyên năm 1999", Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II.
- Trương Tam Phong, Nguyễn Văn Cường, Phạm Tuấn Khoa và cộng sự (2004)**, "Nhận xét kết quả phẫu thuật tạo hình tai giữa tại Bệnh Viện bưu điện II", Tạp chí Tai Mũi Họng, (3), tr. 1-6
- Cavaliere M., Mottola G., Rondinelli M., Iemma M. (2009)**, "Tragal cartilage in tympanoplasty: anatomic and functional results in 306 cases", Acta Otorhinolaryngol Ital, 29(1), pp. 27-32.
- Güneri E.A., İkiz A.O., Erdağ T.K., Sütay S. (2009)**, "Cartilage tympanoplasty: indications, techniques, and results", J Otolaryngol Head Neck Surg, 38(3), pp. 362-368.
- Monsell EM (1995)**, "New and revised reporting guidelines from the Committee on Hearing and Equilibrium", Otolaryngol aasHead Neck Surg;113, pp.176-177.

ĐÁNH GIÁ SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở TRẺ EM NHIỄM HIV TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Ngọc¹, Nguyễn Văn Lâm², Hoàng Thị Thanh³

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm mục tiêu đánh giá sự tuân thủ sử dụng thuốc ARV và phân tích một số yếu tố liên quan tới tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhi nhiễm HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Nhi Trung ương. Kết quả nghiên cứu cho thấy 63% HIV/AIDS tuân thủ điều trị và 37% trẻ bệnh

chưa tuân thủ điều trị ARV. Nghiên cứu khảo sát sự liên quan của 11 yếu tố và tìm được 5 yếu tố có liên quan đến sự không tuân thủ điều trị của bệnh nhi bao gồm: thời gian điều trị ngắn dưới 1 năm (OR: 17,1; 95% CI: 2,26-75,5 và $p < 0,01$); thời gian chờ đợi lấy thuốc quá dài (OR: 19,3; 95%CI: 7,9-50,9 và $p < 0,01$); người chăm sóc chính có tuổi ≥ 50 (OR= 42,3; 95% CI từ 17,9-120,1 và $p < 0,01$); nghề nghiệp của NCSC là nghề tự do, nông dân, công nhân (OR: 6,3; 95%CI: 1,44-56,9; $p < 0,05$); tình trạng hôn nhân của NCSC không tốt như đơn thân, ly dị, ly thân (OR: 1,83; 95% CI: 1,01 – 3,32 và $p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu là cần thiết để cải tiến phương thức đón tiếp, khám bệnh và cấp phát thuốc để người bệnh không mất quá nhiều thời gian chờ đợi.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị; bệnh nhi; HIV; ARV

^{1,2}Bệnh viện Nhi Trung Ương

²Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngọc

Email: tranngoc142@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2019

Ngày duyệt bài: 11.11.2019

SUMMARY**ASSESS THE ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY IN HIV – INFECTED CHILDREN AND ITS ASSOCIATED FACTORS AT OUTPATIENT CLINICS AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN’S HOSPITAL**

A cross-sectional study aimed at assessing ARV adherence and analyzing a number of factors related to ARV adherence in HIV/AIDS-infected children at outpatient clinics at Vietnam National Children's Hospital. The study results showed that 63% of HIV/AIDS infected children adhered to treatment and 37% of them did not adhere to ARV. The study investigated the relevance of 11 factors and found 5 factors related to pediatric noncompliance, including a short treatment period of less than 1 year (OR: 17.1; 95% CI: 2,26-75,5 and $p < 0,01$); waiting time for taking drugs is too long (OR: 19.3; 95% CI: 7.9-50.9 and $p < 0.01$); main caregivers aged ≥ 50 (OR = 42.3; 95% CI from 17.9-120.1 and $p < 0.01$); main caregivers are self-employed, farmers and workers (OR: 6.3; 95% CI: 1.44-56.9; $p < 0.05$); marital status of main caregivers not as good as single, divorced, separated (OR: 1.83; 95% CI: 1.01 - 3.32 and $p < 0.05$). Research results are needed to improve the method of receiving, examining and dispensing drugs so that patients do not spend too much time waiting.

Key words: Adherence to treatment; patients; HIV; ARV

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, tính đến năm 2017, có trên 200 nghìn người nhiễm HIV cần được chăm sóc, điều trị thường xuyên, liên tục, suốt đời. Để hạn chế sự lan rộng của đại dịch HIV/AIDS và kéo dài cuộc sống cho những người bị mắc bệnh, nhiều biện pháp như truyền thông giáo dục sức khỏe nâng cao nhận thức, hiểu biết về HIV cho cộng đồng, điều trị dự phòng, điều trị nhiễm trùng cơ hội và điều trị thuốc kháng vi rút (ARV) cho những người bị nhiễm đã được triển khai [1]. Trong các biện pháp trên, việc chăm sóc, hỗ trợ và điều trị bằng các thuốc ARV đóng một vai trò rất quan trọng [2].

Tuân thủ điều trị cho trẻ em là một vấn đề phức tạp, bởi trẻ em là đối tượng dễ bị tổn thương, chưa có đủ nhận thức về bệnh cũng như cách thức điều trị. Mặc dù đã có một số nghiên cứu trong nước và quốc tế về vấn đề tuân thủ điều trị ARV ở trẻ em nhưng trong bối cảnh nguồn lực cho phòng, chống HIV/AIDS chủ yếu dựa vào viện trợ của quốc tế đang cắt giảm nhanh, trong khi các nguồn tài chính trong nước (NSNN, BHYT) chưa kịp bù đắp thiếu hụt tài chính kết hợp với việc chuyển giao các dịch vụ HIV/AIDS từ nhà tài trợ sang cho quốc gia, công tác điều trị được chuyển từ hệ thống dự phòng sang hệ thống điều trị ít nhiều thay đổi quy

trình, thủ tục hành chính đã phần nào ảnh hưởng đến duy trì điều trị ARV của bệnh nhân.

Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Đánh giá sự tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở trẻ em nhiễm HIV tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Nhi Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1 Đối tượng nghiên cứu**

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhi nhiễm HIV/AIDS từ 1 tháng tuổi đến 16 tuổi đang điều trị ARV với thời gian từ 3 tháng trở lên. Đối tượng là người chăm sóc chính của trẻ đang điều trị ARV tại phòng khám hợp tác và đồng ý trả lời bộ câu hỏi phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại trừ. Không phải là người chăm sóc chính. Không đồng ý trả lời bộ câu hỏi phỏng vấn. Bệnh nhi được điều trị thuốc ARV có thời gian dưới 3 tháng.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01/01/2019 – 30/06/2019 tại phòng khám ngoại trú Trung tâm Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới trẻ em- Bệnh viện Nhi Trung ương.

2.3 Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thiết kế là mô tả cắt ngang, có phân tích.

2.3 Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

2.3.1 Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức cho nghiên cứu mô tả như sau:

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

Trong đó, n: Số lượng người chăm sóc chính bệnh nhân, cũng là số bệnh nhân nhiễm HIV điều trị ngoại trú. p: Tỷ lệ ước tính tuân thủ điều trị ARV tốt; giá trị p được lấy theo nghiên cứu của tác giả Đoàn Thị Thùy Linh (năm 2011) là 78,9%. d: Khoảng sai lệch mong muốn, $d = \epsilon p$, lấy $\epsilon = 0,1$. Độ tin cậy 99% thì $\alpha = 0,01 \Rightarrow Z_{(1-\alpha/2)} = 2,58$. Cỡ mẫu tính được bao gồm 185 bệnh nhi và cũng bao gồm 185 người chăm sóc chính cho trẻ. Cộng thêm 10% dự kiến bệnh nhi không hợp tác, số mẫu là 205. Thực tế trong 6 tháng đầu năm 2019 tôi lấy được 219 bệnh nhi HIV điều trị ngoại trú để nghiên cứu.

2.3.2 Cách chọn mẫu. Cách chọn mẫu thuận tiện, lấy lần lượt bệnh nhân nhiễm HIV đang điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú Trung tâm Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới trẻ em- Bệnh viện Nhi Trung Ương cho đến khi đủ số lượng mẫu.

2.4 Những tiêu chuẩn, chỉ tiêu sử dụng trong nghiên cứu

Phân chia nhóm tuổi: Theo cách phân chia

thông thường trong nghiên cứu nhi khoa, gồm <1 tuổi; 1- <3 tuổi; 3 - <5 tuổi; 5-<10 tuổi và 10 -<16 tuổi.

Xác định tình trạng dinh dưỡng dựa vào cân nặng và chiều cao của trẻ bệnh và phân loại theo chuẩn tăng trưởng của WHO, gồm các tình trạng: Bình thường; nhẹ cân; gầy còm; thấp còi; thừa cân, béo phì. Xác định có bệnh kèm theo theo kết quả khám và chẩn đoán của bác sĩ

Giai đoạn bệnh: Theo phân loại của WHO.

Tuân thủ điều trị thuốc ARV là việc người bệnh uống đúng thuốc, đúng liều, đúng giờ, đúng cách theo chỉ định của bác sĩ, đến khám và làm xét nghiệm theo lịch hẹn. Không đúng 1 trong các điều kiện trên là không tuân thủ điều trị. Việc tuân thủ và không tuân thủ điều trị của trẻ bệnh được xác định theo tiêu chuẩn của WHO.

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu. Thu thập thông tin định lượng bằng cách sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn để phỏng

vấn người chăm sóc bệnh nhi. Với bệnh nhi từ 8 tuổi, nếu có thể trả lời sẽ phỏng vấn trực tiếp trẻ. Lấy thông tin thứ cấp từ hồ sơ bệnh án điều trị ngoại trú của từng trẻ sử dụng phiếu thu thập thông tin thứ cấp theo mẫu thống nhất.

2.5 Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý trên phần mềm Stata 14.1 (StataCorp). Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ %, giá trị trung bình. Phân tích yếu tố liên quan dựa vào các chỉ số: Tỷ suất chênh OR (Odd ratio), khoảng tin cậy CI, 95% và giá trị "p".

2.6 Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được triển khai với sự phê duyệt đề cương nghiên cứu của Trường Đại học Thăng Long; sự đồng ý của bệnh viện Nhi Trung ương và Trung tâm Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới trẻ em bệnh viện; sự đồng ý và hợp tác của gia đình người bệnh. Thông tin về bệnh nhi được giữ kín và số liệu thu thập được chỉ phục vụ cho nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tuổi và giới tính của bệnh nhi HIV/AIDS trong NC (n = 219)

Nhóm tuổi	Trẻ trai		Trẻ gái		Chung	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
<1 tuổi	2	1,7	5	4,9	7	3,2
1-<3 tuổi	2	1,7	5	4,9	7	3,2
3-<5 tuổi	6	6,1	5	4,9	11	5,0
5 -<10 tuổi	36	30,8	21	20,6	57	26,0
10 -<16 tuổi	71	60,7	66	64,7	137	62,6
Tuổi trung bình	9,2±3,2					
Tổng số	117	53,4	102	46,6	219	100,0

Tỷ lệ bệnh nhi theo giới gần tương đương nhau, bệnh nhi nam chiếm 53,4% và bệnh nhi nữ chiếm 46,6%. Tỷ lệ bệnh nhi tăng dần theo nhóm tuổi, thấp nhất nhóm dưới 1 tuổi (chiếm 3,2%) và cao nhất nhóm trẻ bệnh từ 10-16 tuổi chiếm tới 62,6%. Tại các nhóm tuổi, tỷ lệ bệnh nhi là nữ cao hơn nam. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p >0,05).

Bảng 2. Tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhi HIV/AIDS (n = 219)

Tuân thủ điều trị	Số lượng bệnh nhi	Tỷ lệ %
Tuân thủ dùng thuốc (n=219)	174	79,5
Tuân thủ tái khám (n=219)	207	94,5
Tuân thủ xét nghiệm (n=219)	217	99,1
Tuân thủ điều trị chung	138	63,0
Không tuân thủ điều trị	81	37,0
Tổng	219	100,0

Bảng 3. Mối liên quan giữa yếu tố ở bệnh nhi và tuân thủ điều trị (n = 219)

Tuổi	Không tuân thủ ĐT		Tuân thủ ĐT		OR 95% CI	P
	SL	%	SL	%		
≥10 tuổi	56	40,9	81	51,1	1,57 0,85-2,95	0,123
<10 tuổi	25	30,5	57	69,5		
Thời gian điều trị						
< 1 năm	9	90,0	1	10,0	17,1 2,26-75,5	<0,01
≥ 1 năm	72	34,4	137	65,6		
Số lần uống ARV mỗi ngày						
2 lần	72	36,5	125	63,5	0,83 0,31-2,32	0,687
1 lần	9	40,9	13	59,1		

Thời gian chờ lấy thuốc						
Quá dài	44	84,6	8	15,4	19,3 7,9-50,9	<0,01
Không dài	37	22,2	130	77,8		

Các yếu tố về bệnh nhi liên quan đến sự không tuân thủ điều trị của bệnh nhi nhiễm HIV bao gồm thời gian điều trị ngắn dưới 1 năm; và thời gian chờ đợi lấy thuốc quá dài (Bảng 3)

Bảng 4. Mối liên quan giữa yếu tố từ người chăm sóc chính và tuân thủ điều trị (n = 219)

	Không tuân thủ ĐT		Tuân thủ ĐT		OR 95% CI	P
	SL	%	SL	%		
Tuổi người chăm sóc chính						
≥ 50 tuổi	67	82,7	14	17,3	42,3 17,9-120,1	<0,01
< 50 tuổi	14	10,1	124	89,9		
Quan hệ của người chăm sóc chính với bệnh nhi						
Không phải bố, mẹ, ông bà	22	44,9	27	55,1	1,53 0,75-3,06	0,192
Là bố, mẹ, ông, bà	59	34,7	111	65,3		
Học vấn của người chăm sóc chính						
Chưa tốt nghiệp THPT	44	34,4	74	65,6	1,02 0,57-1,85	0,920
≥THPT	37	36,6	64	63,4		
Nghề nghiệp của người chăm sóc chính						
Nông dân, công nhân và nghề khác	79	39,9	119	60,1	6,3 1,44-56,9	<0,05
Cán bộ, công chức, viên chức	2	9,5	19	90,5		
Tình trạng hôn nhân của người chăm sóc chính						
Độc thân, li thân, li dị	42	45,2	51	54,8	1,83 1,01-3,32	<0,05
Kết hôn và sống cùng GD	39	30,9	87	69,1		
Tình trạng nhiễm HIV của người chăm sóc chính						
Có nhiễm	12	36,4	21	63,6	0,96 0,40-2,21	0,935
Không nhiễm	69	37,1	117	62,9		
Khoảng cách từ nhà tới bệnh viện						
≥100 km	18	47,4	20	52,6	1,68 0,77-3,62	0,145
Dưới 100 km	63	34,8	118	65,2		

Các yếu tố về người chăm sóc chính liên quan đến sự không tuân thủ điều trị của bệnh nhi nhiễm HIV bao gồm người chăm sóc chính có tuổi ≥50; nghề nghiệp của NCSC là nghề tự do, nông dân, công nhân; tình trạng hôn nhân của NCSC không tốt (đơn thân, ly dị, ly thân) (Bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 219 bệnh nhi nghiên cứu, tỷ lệ tuân thủ điều trị chiếm 63%, tỷ lệ này là thấp và ảnh hưởng nhiều tới kết quả điều trị và tiến triển của trẻ bệnh. Tìm yếu liên quan tới tình trạng không tuân thủ điều trị của trẻ bệnh, nghiên cứu đã phân tích những vấn đề từ trẻ bệnh và người chăm sóc chính. Từ phía bệnh nhi, nhóm trẻ bệnh có thời gian điều trị dưới 1 năm có tỷ lệ không tuân thủ cao hơn tỷ lệ tuân thủ tới 9 lần (90,0% so với 10,0%). Với nhóm có thời gian điều trị trên 1 năm, tỷ lệ không tuân thủ thấp hơn tỷ lệ tuân thủ (34,4% và 65,6%). Có mối liên quan giữa thời gian điều trị và tuân thủ điều trị của bệnh nhi (OR: 17,1; 95% CI: 2,26-75,5 và p <0,01). Lý giải cho vấn đề này có lẽ thời gian điều trị còn ngắn (dưới 12 tháng) gia đình và người bệnh chưa thấy rõ được hiệu quả của dùng thuốc ARV, do đó chưa tin tưởng vào tác dụng của thuốc. Thêm vào đó, thời gian ngắn nên việc tiếp cận với truyền thông chưa đầy đủ.

Phân tích những yếu tố từ người chăm sóc trẻ bệnh: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng hôn nhân của người chăm sóc giữa nhóm tuân thủ điều trị và nhóm không tuân thủ điều trị (p <0,05). Cụ thể, bệnh nhi có người chăm sóc chính đã kết hôn và sống cùng gia đình tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc cao hơn trẻ bệnh được chăm sóc bởi người chăm sóc chính có tình trạng hôn nhân không tốt (69,1% so với 30,9%). Nhóm trẻ bệnh có NCSC độc thân, li thân, li dị cũng có tỷ lệ tuân thủ cao hơn nhưng sự chênh lệch không nhiều (54,8% so với 45,2%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê và tình trạng hôn nhân của NCSC có liên quan với sự tuân thủ điều trị của bệnh nhi nhiễm HIV với OR= 1,83; 95% CI: 1,01 – 3,32 và p<0,05. Kết quả nghiên cứu cũng được báo cáo tương tự trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Quý [4], khi tác giả đã báo cáo, tình trạng hôn nhân, đa số người nhiễm HIV đã lập gia đình, trong đó đang sống cùng vợ/chồng là 57,7%; độc thân, ly dị, góa là 42,3%. Tỷ lệ bệnh nhân sống cùng vợ/chồng

cao, nguy cơ lây nhiễm qua quan hệ vợ chồng cũng tăng lên, đây là đối tượng cần được quan tâm để đạt tuân thủ tốt, giảm lây nhiễm. Tuy nhiên đó cũng là yếu tố thuận lợi cho bệnh nhân trong việc động viên, chăm sóc, hỗ trợ điều trị cho bệnh nhân tại nhà.

Yếu tố về tình trạng hôn nhân cũng được báo cáo là có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Xuyên [3] thực hiện trên đối tượng người lớn trên 18 tuổi điều trị tại phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS – Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bắc Giang. Theo kết quả đã báo cáo của tác giả Nguyễn Thị Xuyên [3], đã số người nhiễm HIV trong nghiên cứu đã lập gia đình, trong đó đang sống cùng vợ hoặc chồng chiếm tỷ lệ 53,7%, góa là 17,9%, ly dị hoặc ly thân là 20%, và tỷ lệ bệnh nhân nhiễm HIV chưa lập gia đình chiếm 8,4%. Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân đang sống cùng vợ hoặc chồng cao, nguy cơ lây nhiễm qua quan hệ vợ chồng cũng đang tăng lên, và theo tác giả đây là đối tượng cần được quan tâm để tuân thủ tốt và giảm lây nhiễm. Tuy nhiên, đó cũng là yếu tố thuận lợi cho bệnh nhân trong việc động viên, chăm sóc và hỗ trợ điều trị cho bệnh nhân tại nhà.

Theo kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nghề nghiệp của người chăm sóc giữa nhóm tuân thủ điều trị và nhóm không tuân thủ điều trị ($p < 0,05$). Cụ thể, tỷ lệ bệnh nhi không tuân thủ điều trị có người chăm sóc chính là nông dân, công nhân, nghề khác cao hơn tỷ lệ bệnh nhi tuân thủ điều trị (60,1% so với 39,9%). Nhóm bệnh nhi có người chăm sóc chính là cán bộ, công chức, viên chức thì tỷ lệ tuân thủ cao hơn gấp 10 lần so với tỷ lệ không tuân thủ điều trị (90,5% so với 9,5%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp của người chăm sóc chính và sự tuân thủ điều trị của bệnh nhi (OR: 6,3; 95%CI: 1,44-56,9; $p < 0,05$). Giải thích cho kết quả này có thể do những người làm cán bộ công nhân viên chức, thường có địa vị xã hội cũng như giáo dục tốt hơn, do đó, nhận thức của họ tốt hơn để hiểu về vai trò quan trọng của việc tuân thủ điều trị ARV đối với người đã nhiễm HIV/AIDS. Các biện pháp tiếp cận cụ thể đối với từng cá nhân đã nhiễm HIV/AIDS là cần thiết để có thể cung cấp cho họ đầy đủ kiến thức tốt nhất về việc tuân thủ điều trị ARV [5], [6], [7]. Tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa biến tuổi, giới tính, và phác đồ điều trị với việc tuân thủ điều trị ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với kết quả của tác giả của tác

giả Nguyễn Thị Xuyên [3] và tác giả Nguyễn Ngọc Quý [4].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị của trẻ bệnh HIV/AIDS là 63% và tỷ lệ không tuân thủ là 37%. Điều dưỡng làm việc tại phòng khám ngoại trú khoa truyền nhiễm cần chú ý tư vấn cho bệnh nhi nhiễm HIV/AIDS về tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị, đặc biệt quan tâm đến những trẻ mới mắc và thời gian điều trị còn dưới 1 năm; bệnh nhi có người chăm sóc chính trên 50 tuổi, là nông dân, công nhân hoặc nghề tự do và tình trạng hôn nhân không được thuận lợi. Nội dung tư vấn tập trung vào việc nâng cao hiểu biết về tuân thủ điều trị, tư vấn tâm lý, biện pháp nhắc nhở uống thuốc hàng ngày và vấn đề dinh dưỡng cho bệnh nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Vận Hạnh (2014)**. 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: Đại học Y Hà Nội; 2004.
2. **Nguyễn Văn Kính (2010)**. Nghiên cứu thực trạng quản lý, chăm sóc và điều trị cho trẻ em nhiễm và ảnh hưởng bởi HIV/AIDS tại Trung tâm giáo dục-lao động xã hội. Tạp chí Y học thực hành. 742.
3. **Nguyễn Thị Xuyên (2017)**. Khảo sát tình hình sử dụng thuốc ARV và tuân thủ điều trị của bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bắc Giang, Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Dược Hà Nội.
4. **Nguyễn Ngọc Quý (2018)**. Khảo sát tình hình sử dụng thuốc ARV và tuân thủ điều trị của bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS Trung tâm Y tế Trấn Yên – Yên Bái, Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Dược Hà Nội.
5. **Biadgilign Sibhatu, Deribew Amare, et al (2008)**, Adherence to highly active antiretroviral therapy and its correlates among HIV infected pediatric patients in Ethiopia, BMC Pediatrics 2008; 8:53, available at <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/8/53>.
6. **Davies Ann Mary, Boule Andrew, et al (2008)**, Adherence to antiretroviral therapy in young children in Cape Town, South Africa, measured by medication return and caregiver self-report: a prospective cohort study, BMC pediatrics 2008; 8:34, available at <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/8/34>, accessed by 17/3/2011.
7. **Gold man D. Jason, Cantrell A. Ronald, et al (2009)**, Simple adherence Assessments to predict Virologic Failure among HIV-infected Adults with Discordant Immunologic and Clinical Responses to Antiretroviral Therapy, AIDS Res Hum Retroviruses 2008, 24(8): 1031-1035, available at <http://www.biomedcentral.com>.

XÁC ĐỊNH TỶ LỆ NHIỄM VÀ GENOTYPE CỦA HPV (HUMAN PAPILLOMAVIRUS) Ở BỆNH NHÂN NỮ ĐẾN XÉT NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC KỸ THUẬT Y TẾ HẢI DƯƠNG

Trần Quang Cảnh*, Vũ Bá Việt Phương*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ nhiễm HPV và các loại genotype HPV ở bệnh nhân đến xét nghiệm tại bệnh viện trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương bằng kỹ thuật sinh học phân tử. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Số liệu nghiên cứu được thu thập từ Labo Sinh học phân tử, bệnh viện trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương. **Kết quả:** Trong số 119 bệnh nhân phát hiện nhiễm HPV là 53,85%. Nhóm tuổi phát hiện dương tính với HPV cao nhất là 20-29 (chiếm 46,22%), nhóm tuổi 30-39 (chiếm 31,93%) và nhóm tuổi 60 – 69 có tỷ lệ nhiễm HPV thấp nhất (chiếm 0,84%). Phát hiện được 14 genotype HPV từ bệnh nhân nghiên cứu, trong đó tỷ lệ nhiễm 01 genotype là 56,64%, đồng nhiễm 02 genotype là 29,20% và đồng nhiễm từ 03 genotype trở lên là 14,16%. Các genotype nguy cơ cao là 36,03% (cao nhất là genotype 16 là 25,80%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nhiễm HPV với từng giới và từng nhóm tuổi ($p > 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm HPV cho kết quả dương tính là 53,85%. Phát hiện được 14 genotype HPV từ bệnh nhân nghiên cứu, trong đó tỷ lệ nhiễm 01 genotype là 56,64%, đồng nhiễm 02 genotype là 29,20% và đồng nhiễm từ 03 genotype trở lên là 14,16%. Các genotype nguy cơ cao là 36,03% (cao nhất là genotype 16 là 25,80%).

Từ khóa: Vi rút HPV, ung thư cổ tử cung, type HPV.

SUMMARY

DETERMINATION OF HPV (HUMAN PAPILLOMAVIRUS) INFECTION AND GENOTYPE IN WOMEN'S PATIENTS TESTED FOR DETECTING HPV AT THE HOSPITAL OF HAI DUONG MEDICAL TECHNICAL UNIVERSITY

Objectives: Evaluate characteristics of HPV infection and types of HPV genotypes in patients tested PCR for detecting HPV at the Hospital of Hai Duong Medical Technical University. **Methods:** Study design is cross-sectional descriptive study. The research data were collected from the Molecular Biology Lab, the Hospital of Hai Duong Medical Technical University. **Results:** Among 119 patients who detected HPV infection was 53.85%. The highest prevalence of HPV positive was 20-29 year age group (accounting for 46.22%), 30-39 age group (accounting for 31.93%) and the 60-69 age group has

the lowest rate of HPV infection (accounting for 0.84%). 14 HPV genotypes were detected from the study patients, in which the rate of the patients gotten infection with only one genotype was 56.64%, co-infection with 02 genotypes was 29.20% and infection from 3 or more genotypes was 14.16%. The high risk genotypes of HPV was 36.03% (highest in genotype 16 was 25.80%). There was no statistically significant difference between the rate of HPV infection for each gender and each age group ($p > 0.05$). **Conclusion:** The proportion of patients assigned to HPV testing with positive results was 53.85%. 14 HPV genotypes were detected from the study patients, in which the rate of the patients gotten infection with only one genotype was 56.64%, co-infection with 02 genotypes was 29.20% and infection from 3 or more genotypes was 14.16%. The high risk genotypes of HPV was 36.03% (highest in genotype 16 was 25.80%).

Key words: HPV, cervical cancer, HPV genotype

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo các nghiên cứu trên thế giới, ung thư cổ tử cung là bệnh lý phổ biến, đứng thứ hai sau ung thư vú trong số các ung thư ở phụ nữ, đồng thời là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 5 ở nữ giới. Theo thống kê của Cơ Quan Nghiên Cứu Quốc tế về Ung Thư thuộc Tổ Chức Y Tế Thế Giới (WHO) [3], hàng năm có khoảng 500,000 ca mới mắc và 270,000 ca tử vong trên toàn cầu, đặc biệt nửa số trường hợp mắc ung thư cổ tử cung xuất hiện ở Châu Á. Tại Việt Nam, ung thư cổ tử cung là loại ung thư sinh dục thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ 53,5% các loại ung thư ở nữ giới. Đây là bệnh lý ác tính có tỷ lệ mắc đứng hàng đầu ở phụ nữ miền Nam và hàng thứ tư ở phụ nữ miền Bắc. Trong thập niên 70, HPV được mô tả như là một trong những tác nhân gây biến đổi tế bào cổ tử cung (dị sản cổ tử cung), tiền đề dẫn đến ung thư cổ tử cung [3]. Khoảng trên 90% trường hợp ung thư cổ tử cung được phát hiện có liên quan đến nhiễm HPV. Human Papillomavirus có khoảng 120 type. Virus này được phân biệt thành hai nhóm: genotype nguy cơ cao thường gây ung thư và các genotype nguy cơ thấp ít khi làm tiến triển đến ung thư. Vì vậy, việc xác định tình trạng nhiễm các genotype HPV ở phụ nữ là vấn đề rất đáng quan tâm. Tuy nhiên, để xác định được bệnh nhân nhiễm loại genotype HPV nào thì việc thực hiện và triển khai kỹ thuật để chẩn đoán nhiễm HPV đóng vai trò rất quan trọng và chính yếu. Nhằm góp phần tìm hiểu sự phân bố của các genotype HPV tại

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Cảnh
Email: canhhd@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.9.2019
Ngày phản biện khoa học: 1.11.2019
Ngày duyệt bài: 8.11.2019

Việt Nam nhằm hỗ trợ cho việc tiên lượng khả năng diễn tiến bệnh cũng như trong phòng ngừa ung thư cổ tử cung, đề tài "Xác định tỷ lệ nhiễm HPV và các loại genotype HPV ở bệnh nhân đến xét nghiệm tại bệnh viện trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương" được thực hiện trên cơ sở xác định nhiễm HPV – DNA bằng kỹ thuật PCR, sau đó xác định genotype HPV bằng kỹ thuật Reverse Dot Blot.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm PCR để chẩn đoán và định genotype HPV tại Bệnh viện trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương từ 01/09/2016 đến 31/8/2018.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Không thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu, các trường hợp kết quả ghi không rõ ràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu:

- **Phương pháp thu thập mẫu:** Mẫu được lấy là dịch phết cổ tử cung (Mẫu được bảo quản trong ống eppendorf có chứa đệm TE 1x (Tris EDTA) bảo quản ở nhiệt độ -20°C nếu không xét nghiệm ngay). Ly tâm 14.000 trong 15 phút ở 4°C để thu tế bào trong bệnh phẩm.

- **Phương pháp tách chiết ADN:** ADN từ mẫu bệnh phẩm được tách chiết bằng phương pháp sử dụng cột lọc cột spin (spin column) chứa các hạt silic. Bộ kit thương mại Geneall ExgeneTM Clinic SV - Hàn Quốc.

- **Phương pháp xác định HPV và genotype:**

Xác định HPV: Sàng lọc bệnh nhân nhiễm HPV bằng kỹ thuật realtime PCR trên hệ thống máy Realtime PCR Eppendorf Realplex 4 và Agilent Aria MX với chương trình nhiệt: 1 chu kỳ: 95°C – 5'; 40 chu kỳ lặp lại với : 95°C – 15", 55°C- 1'(đọc kết quả tại bước này), 72°C-20".

Xác định genotype HPV: Đối với những mẫu được xác định dương tính với HPV ở trên sẽ được thực hiện kỹ thuật lai phân tử (Reverse Dotplot) để xác định type của các chủng HPV đã nhiễm trên bệnh nhân. Kỹ thuật này có thể phát hiện được 24 genotype của HPV, gồm: 8 type nguy cơ thấp (6, 11, 42, 43, 61, 70, 71, 81) và

16 type nguy cơ cao (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 82)

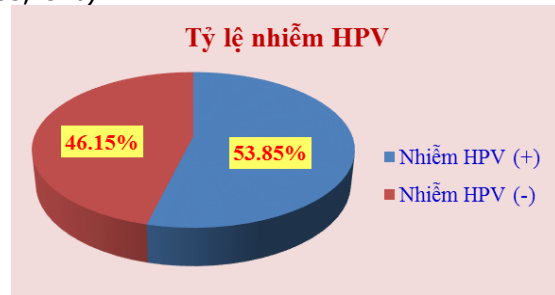
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu:

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
<20	8	3,62
20-29	104	47,06
30-39	78	35,29
40-49	20	9,05
50-59	7	3,17
60-69	4	1,81
Tổng	221	100

Nhận xét: Trong tổng số bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm PCR để chẩn đoán HPV là 269 bệnh nhân, trong đó lứa tuổi 20-29 và 30-39 là chiếm tỷ lệ cao nhất (lần lượt: 47,06% và 35,29%).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ nhiễm HPV của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Nhận xét: Trong tổng số 221 bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm PCR để chẩn đoán HPV có 119 (53,85%) bệnh nhân cho kết quả dương tính.

Bảng 2: Tỷ lệ bệnh nhân dương tính với HPV theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	HPV (+)	
	Số lượng	Tỷ lệ %
<20	6	5,04
20-29	55	46,22
30-39	38	31,93
40-49	13	10,93
50-59	6	5,04
60-69	1	0,84
Tổng	119	100

Nhận xét: Trong tổng số 119 bệnh nhân cho kết quả xét nghiệm HPV dương tính, lứa tuổi 20-29 và 30-39 gặp nhiều nhất (lần lượt: 46,22% và 31,93%).

Bảng 3: So sánh tỷ lệ bệnh nhân dương tính với HPV theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	HPV(+)		HPV(-)		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
<20	6	75,00	2	25,00	8	100

20-29	55	52,88	49	47,12	104	100
30-39	38	48,72	40	51,28	78	100
40-49	13	65,00	7	35,00	20	100
50-59	6	85,71	1	14,29	7	100
60-69	1	25,00	3	75,00	4	100
p	> 0,05					

Nhận xét: Trong tổng số 221 bệnh nhân xét nghiệm HPV cho thấy tỷ lệ dương tính với HPV ở các nhóm tuổi không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Tỷ lệ genotype HPV. Trong 119 bệnh nhân nhiễm HPV có 113 bệnh nhân đồng ý xác định genotype HPV với phân bố tỷ lệ nhiễm các genotype như sau:

Bảng 4: Tỷ lệ bệnh nhân đồng nhiễm nhiều genotype

Loại nhiễm HPV	Số lượng	Tỷ lệ %
Đơn nhiễm 1 genotype	64	56,64
Đồng nhiễm 2 genotype	33	29,20
Đồng nhiễm từ 3 genotype trở lên	16	14,16
Tổng	113	100

Nhận xét: Trong 113 bệnh nhân được xác định genotype HPV cho thấy tỷ lệ đơn nhiễm là 56,64%, đồng nhiễm 02 genotype là 29,20% và đồng nhiễm từ 03 genotype trở lên là 14,16%.

Bảng 5: Phân bố tỉ lệ nhiễm các genotype HPV

STT	Genotype HPV	Số lượng	Tỷ lệ %
1	6	16	8,60
2	11	86	46,24
3	16	48	25,80
4	18	6	3,23
5	33	1	0,54
6	35	4	2,15
7	43	1	0,54
8	45	1	0,54
9	52	1	0,54
10	53	1	0,54
11	58	5	2,69
12	61	1	0,54
13	70	1	0,54
14	81	14	7,53
Tổng		186	100

Nhận xét: Có tất cả 14 genotype HPV được xác định từ bệnh nhân, trong đó nhóm genotype có nguy cơ cao chiếm 36,03% (trong đó, cao nhất genotype 16 - 25,80%; kế đó là các genotype 18 - 3,23%; genotype 58 - 2,69%; genotype 35 - 2,15% và các genotype 33, 45, 52, 53 đều chiếm 0,54%. Nhóm genotype nguy cơ thấp chiếm 63,97% (trong đó cao nhất là genotype 11 - 46,24%; kế đến genotype 6 - 8,60% và genotype 81 - 7,53%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ nhiễm HPV của các bệnh nhân

được xét nghiệm. Trong số các bệnh phẩm được chỉ định xét nghiệm HPV, tỷ lệ HPV dương tính phát hiện bằng kỹ thuật PCR là 53,85% (119/221 trường hợp). Tỷ lệ này là cao hơn hẳn so với nghiên cứu trong nước và nước ngoài xác định tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ nói chung (Cao nhất cũng chỉ chiếm 19,97%) [3,5,6,8,9]. Sở dĩ kết quả của nghiên cứu này cao như vậy là do những mẫu bệnh phẩm được chỉ định xét nghiệm HPV tại Bệnh viện trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương hầu hết được lấy từ những bệnh nhân có nghi ngờ mắc HPV sau khi đã khám lâm sàng.

4.2. Tỷ lệ genotype HPV. Theo kết quả có được từ kỹ thuật Reverse Dot Blot, 01 mẫu bệnh phẩm có thể nhiễm 01 hay đồng nhiễm nhiều loại genotype cho 01 lần xét nghiệm định type. Trong 119 mẫu bệnh phẩm có HPV (+) có 113 mẫu được xét nghiệm xác định genotype. Kết quả cho thấy có tất cả 14 genotype HPV được xác định từ bệnh nhân, trong đó nhóm genotype có nguy cơ cao chiếm 36,03% (trong đó, cao nhất genotype 16 - 25,80%; kế đó là các genotype 18 - 3,23%; genotype 58 - 2,69%; genotype 35 - 2,15% và các genotype 33, 45, 52, 53 đều chiếm 0,54%. Nhóm genotype nguy cơ thấp chiếm 63,97% (trong đó cao nhất là genotype 11 - 46,24%; kế đến genotype 6 - 8,60% và genotype 81 - 7,53%). Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trong nước đã thực hiện trước đó. Cụ thể, nghiên cứu khảo sát tình hình nhiễm HPV và các genotype HPV (Human papillomavirus) ở phụ nữ Việt Nam trong độ tuổi từ 18-69 bằng kỹ thuật sinh học phân tử tại Hồ Chí Minh của tác giả Lục Thị Vân Bích năm 2011, cho thấy các genotype HPV nguy cơ cao: genotype 18 chiếm tỷ lệ cao nhất (27,87%), kế đến là genotype 16 (21,08%) và genotype 58 (10,07%). Trong các type nguy cơ thấp: genotype 11 chiếm tỷ lệ cao nhất (9,84%), kế đến là genotype 81 (8,2%) và genotype 6 (4,68%). Nghiên cứu của Trần Thị Lợi [9] thực hiện trên 1550 phụ nữ tại thành phố Hồ Chí Minh cho kết quả: các type HPV có tỷ lệ cao nhất các type 16, 18, 58. Nghiên cứu của Lê Trung Thọ [5] thực hiện trên 1500 phụ nữ sống tại Quận

Hoàng Mai và Đông Anh – Hà Nội từ tháng 4/2007 đến hết tháng 6/2008 cho kết quả: các type HPV có tỷ lệ cao nhất là các type 18, 58, 16. Tuy nhiên, kết quả mà nghiên cứu này đưa ra có sự khác biệt so với báo cáo của một số tác giả khác trên thế giới. Nghiên cứu của Anna R.Giuliano năm 2001 cho thấy genotype 16 là type phổ biến nhất ở cả 2 quốc gia Mỹ và Mexico; tiếp đó là genotype 58, 45 là các type phổ biến nhất ở Mexico, và HPV type 18, 31 là các type phổ biến nhất ở Hoa Kỳ [3]. Nghiên cứu của Paulo Giorgio Rossi [8] cho thấy genotype 16, 31 và 51 là các genotype phổ biến nhất. Nghiên cứu của M Dai [1] cho thấy genotype 16, 58, 52 là 3 type phổ biến. Qua đó, ta có thể thấy sự phân bố các type là khác nhau tùy thuộc vào dân tộc và vùng địa lý. Tuy có khác nhau về sự phân bố các type giữa các vùng địa lý khác nhau nhưng nhìn chung type 16 luôn giữ vai trò quan trọng, luôn xuất hiện trong 3 type hay gặp nhất trong các nghiên cứu. Các type 16, 18 và 58 luôn là 3 type hay gặp nhất tại Việt Nam qua các nghiên cứu ở nhiều thời điểm khác nhau cho thấy liệu type 16, 18, 58 có phải là đặc trưng của sự phân bố các type HPV ở Việt Nam nói riêng và Đông Nam Á nói chung hay không.

Trong 113 bệnh nhân được xác định genotype HPV cho thấy kết quả xác định genotype dương tính là 186 (tỷ lệ đơn nhiễm là 56,64%, đồng nhiễm 02 genotype là 29,20% và đồng nhiễm từ 03 genotype trở lên là 14,16%). Kết quả này cũng tương đồng với) tương tự như nghiên cứu của Lục Thị Vân Bích năm 2011, cho thấy trong 258 trường hợp dương tính với HPV có kết quả xác định genotype dương tính là 427 [6].

Mẫu bệnh phẩm được chỉ định xét nghiệm HPV tập trung nhiều nhất ở bệnh nhân từ 20 – 29 tuổi (chiếm 47,06%), tiếp đó là nhóm tuổi 30 – 39 tuổi (chiếm 35,29%) và nhóm tuổi từ 60 – 69 chiếm tỷ lệ thấp nhất (chiếm 1,81%). Vì vậy, mẫu bệnh phẩm cho kết quả xét nghiệm HPV dương tính cũng tập trung nhiều nhất ở bệnh nhân từ 20 – 29 tuổi (chiếm 46,22%), tiếp đó là nhóm tuổi 30 – 39 tuổi (chiếm 31,93%) và nhóm tuổi từ 60 – 69 chiếm tỷ lệ thấp nhất (chiếm 0,84%). Kết quả này cho thấy nhìn chung nhiễm HPV tập trung chủ yếu trong độ tuổi sinh sản và hoạt động tình dục. Điều này chứng minh có sự lây nhiễm cao qua quan hệ tình dục [1,4].

V. KẾT LUẬN

Qua tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang để phát hiện nhiễm HPV và định genotype HPV ở mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân nữ trong độ tuổi từ 18 – 69 được chỉ định xét nghiệm PCR để

chẩn đoán và định genotype HPV tại Bệnh viện trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương từ 01/09/2016 đến 31/8/2018, kết quả được thu được như sau:

- Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm HPV cho kết quả dương tính 53,85%.

- Phát hiện được 14 genotype HPV từ bệnh nhân nghiên cứu, trong đó tỷ lệ nhiễm 01 genotype là 56,64%, đồng nhiễm 02 genotype là 29,20% và đồng nhiễm từ 03 genotype trở lên là 14,16%. Các genotype nguy cơ cao là 36,03% (cao nhất là genotype 16 là 25,80%; genotype 18 là 3,23% và genotype 58 là 2,69%).

- Tỷ lệ mẫu bệnh phẩm dương tính với HPV cao nhất ở nhóm tuổi 20 – 29 (chiếm 46,22%), tiếp theo là nhóm tuổi 30 -39 (chiếm 31,93%) và nhóm tuổi 60 - 69 có tỷ lệ nhiễm HPV thấp nhất (chiếm 0,84%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dai M & coll. (2006):** "Human papillomavirus infection in Shanxi Province, People's Republic of China: a population-based study. *British Journal of Cancer*", 95: 96 – 101.
- Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. (2004):** "Globocan 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide". IARC Cancer Base N05. Version 2.0, IARC Press, Lyon.
- Giuliano AR, Papenfuss M. (2001):** "Human Papilloma virus Infection at the United State – Mexico Border: Implications for Cervical Cancer Prevention and Control. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*", Vol 10: 1129 – 1136.
- Kjaer SK & coll. (2002):** "Type specific persistence of high risk human papillomavirus (HPV) as indicator of high grade cervical squamous intraepithelial lesions in young women: population based prospective follow up study". *BMJ* 325: 572.
- Lê Trung Thọ, Trần Văn Hợp. (2009):** "Nghiên cứu tỉ lệ nhiễm HPV ở cộng đồng phụ nữ Hà Nội – Tìm hiểu một số yếu tố liên quan. *Y Học thành phố Hồ Chí Minh, tập 13*", 1: 185 – 189.
- Lục Thị Vân Bích, Cao Minh Nga, Hồ Lê Ân, Huỳnh Ngọc Phương Thảo (2011):** Khảo sát tình hình nhiễm HPV và các genotype HPV (Human papillomavirus) ở phụ nữ Việt Nam trong độ tuổi từ 18-69 bằng kỹ thuật sinh học phân tử". *Y Học TP. Hồ Chí Minh* Tập 15 * Phụ bản của Số 2**, 190-194.
- Moberg M, Gustavsson I, and Gyllensten U. (2003):** "Real-Time PCR-Based System for Simultaneous Quantification of Human Papillomavirus Types Associated with High Risk of Cervical Cancer. *Journal of Clinical Microbiology, Vol. 41*". 7: 3221 – 3228.
- Rossi PG & coll. (2010):** "Prevalence of HPV high and low risk types in cervical samples from the Italian general population: a population based study. *BMC Infectious Diseases*", 10: 214.
- Trần Thị Lợi và cộng sự. (2010):** "Tỷ lệ nhiễm Human Papillomavirus và các yếu tố liên quan của phụ nữ từ 18 đến 69 tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh. *Y Học thành phố Hồ Chí Minh, tập 14*", 1: 311 – 320.

MỨC ĐỘ THAM GIA VÀ KHẢ NĂNG CHI TRẢ CHO DỊCH VỤ NÂNG CAO KIẾN THỨC VÀ KỸ NĂNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI DÂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ NĂM 2019 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Hoa Lê¹, Hoàng Thị Ngọc Anh², Nguyễn Thị Thu Liên¹, Đinh Thị Kim Oanh¹, Lê Thị Minh Hà¹, Nguyễn Vũ Huyền Trang¹, Nguyễn Thị Phương Thảo¹, Lưu Ngọc Hoạch³, Nguyễn Văn Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mức độ tham gia và khả năng chi trả cho dịch vụ nâng cao kiến thức và kỹ năng chăm sóc sức khỏe cho người dân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2019 và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 257 đối tượng người nhà người bệnh tại 5 khoa phòng ở bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. Đối tượng được chọn thuận tiện vào mẫu nghiên cứu. Chúng tôi sử dụng thống kê mô tả cho mức độ tham gia và khả năng chi trả cho dịch vụ; và sử dụng hồi quy đơn biến, đa biến Gamma để xác định một số yếu tố liên quan tới khả năng chi trả. **Kết quả:** 74,49% đối tượng nghiên cứu có mong muốn tham gia khóa học hướng dẫn kiến thức và kỹ năng chăm sóc sức khỏe tại Bệnh viện. 73,15% sẵn sàng tham gia khóa học. Có 50% đối tượng nghiên cứu có mức chi trả cho khóa học trên 5000 VNĐ/ buổi học; 25% sẵn sàng chi trả 50000 VNĐ/ buổi học trở lên. Thu nhập và khoa/phòng là hai yếu tố có liên quan tới khả năng chi trả cho dịch vụ hướng dẫn kỹ năng tự chăm sóc sức khỏe. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng, Bệnh viện có thể tổ chức các buổi học nâng cao kiến thức và kỹ năng chăm sóc sức khỏe để người nhà người bệnh có thể tự chăm sóc cho người bệnh và tự chăm sóc bản thân trong thời gian người bệnh nằm viện. Đa số người bệnh cũng sẵn sàng chi trả cho các khóa học, tuy nhiên chỉ 25% số người có thể chi trả ở mức 50.000 đồng/buổi học. Vì vậy Bệnh viện cần cân nhắc miễn phí cho những người có hoàn cảnh khó khăn khi tổ chức các khóa học này.

Từ khóa: mức độ tham gia, khả năng chi trả, dịch vụ nâng cao kiến thức và kỹ năng, yếu tố liên quan, bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, 2019

SUMMARY

WILLINGNESS TO ACCEPT AND WILLINGNESS TO PAY FOR HEALTH EDUCATION SERVICES AND SOME RELATED FACTORS AT PHU THO GENERAL HOSPITAL, 2019

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Trung tâm Nghiên cứu Khoa học Sức Khỏe - Trường Đại học Y tế Công cộng

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoa Lê

Email: hoalept46@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

Objective: The study aims to determine the willingness to accept and pay for health education services at Phu Tho General Hospital in 2019 and some related factors. **Methodology:** Cross-sectional study on 257 subjects of patients in 5 departments in Phu Tho General Hospital. Subjects were conveniently selected into the study sample. We use descriptive statistics for participation and ability to pay for services; and using Gamma regression to identify factors related to payment. **Results:** 74.49% of the study subjects accept to participate in services and 73.15% is willing to pay for these services. 50% of research subjects pay over VND 5,000 /lesson; 25% is willing to pay more than 50,000 VND / lesson. Income and department are two factors that are related to the payment. **Conclusion:** Phu Tho General Hospital should organize activities to improve healthcare knowledge for patients and their relatives/caregivers during the hospitalization. Most patients are willingness to pay for courses, but only 25% of those can pay at 50,000 VND per lesson. The board of directors in the hospital should consider supporting disadvantaged people in accessing these activities.

Key words: willingness to accept, willingness to pay, health education services, related factors, Phu Tho Province General Hospital, 2019.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Văn hóa/năng lực sức khỏe (health literacy) của mỗi cá nhân là sự đánh giá, phân tích và hiểu các thông tin liên quan tới sức khỏe để đưa ra quyết định thích hợp [1]. Tại Hà Lan, trong mô hình chăm sóc sức khỏe (CSSK) tại nhà của tổ chức Buurtzorg, việc tự chăm sóc sức khỏe bởi chính người bệnh và người nhà được đặt ở vị trí ưu tiên hàng đầu trước khi có sự can thiệp của các cán bộ y tế. Chất lượng thông tin tốt có thể giúp mọi người nâng cao kiến thức và kỹ năng về sức khỏe [2].

Nguồn thông tin sức khỏe đáng tin cậy của nhiều người là từ các chuyên gia y tế. Tuy nhiên nguồn này lại khá hạn chế do giới hạn về thời gian trao đổi thông tin giữa cán bộ y tế và người dân. Để khắc phục các vấn đề này, một số nước trên thế giới đã tổ chức chương trình giáo dục nhằm nâng cao kiến thức và kĩ năng tự chăm sóc sức khỏe bản thân và gia đình với một số bệnh mãn tính [3].

Trong thời đại cách mạng công nghệ 4.0, việc chọn nguồn thông tin chính thống để đọc khó hơn nhiều so với việc truy cập vào nguồn thông tin đó. Do đó, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ dự kiến triển khai các khoá học nhằm nâng cao hiểu biết của người bệnh và người nhà người bệnh đang nằm điều trị tại Bệnh viện về các kỹ năng tìm kiếm thông tin chính thống về sức khỏe, kỹ năng tự chăm sóc sức khỏe cho bản thân người bệnh và cho người nhà người bệnh.

Nhằm cung cấp bằng chứng cho Ban Lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ ra quyết định về việc tổ chức các khóa học này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Mức độ tham gia và khả năng chi trả cho dịch vụ nâng cao kiến thức và kỹ năng chăm sóc sức khỏe cho người dân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2019 và một số yếu tố liên quan" với hai mục tiêu 1) Xác định mức độ tham gia và khả năng chi trả cho dịch vụ nâng cao kiến thức và kỹ năng chăm sóc sức khỏe cho người dân tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2019 và 2) Xác định một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trước khi tiến hành nghiên cứu chính thức, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thử trên 25 đối tượng người nhà người bệnh nhằm xác định được giá trị trung bình của mức giá chi trả là 59000 VNĐ/ 1 lần sử dụng dịch vụ và độ lệch chuẩn là 5400 VNĐ. Chúng tôi tính cỡ mẫu nghiên cứu là 250 người nhà người bệnh. Trên thực tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 257 người nhà người bệnh được chọn thuận tiện. Số liệu nghiên cứu được thu thập từ tháng 03 đến tháng 07 năm 2019.

Biến số nghiên cứu

Biến số nhân khẩu học. Tuổi, Thu nhập, Khoa/phòng, Giới tính, Dân tộc, Trình độ học vấn, Nghề nghiệp, Chủ hộ, Nơi ở, Tiền sử bệnh.

Biến số về hành vi tìm kiếm thông tin. Nguồn tài liệu sử dụng để tra cứu thông tin sức khỏe thường xuyên, Sử dụng Internet, Tin tưởng vào thông tin trên, nguyên nhân tin tưởng một phần, loại hình cung cấp kiến thức dễ tiếp cận nhất tại Bệnh viện.

Biến số về mức độ tham gia và khả năng chi trả dịch vụ. Mong muốn sử dụng khóa học,

Bảng 1: Thông tin sử dụng để tra cứu thông tin sức khỏe

Đặc điểm	Số lượng (phần trăm)
Nguồn tài liệu thường sử dụng nhất (n = 257)	
Tài liệu cầm tay	41 (16,0%)
Trên thiết bị kết nối Internet	85 (33,1%)
Phương tiện nghe nhìn	71 (27,6%)

Tham gia khóa học, Mức giá chi trả cho một buổi hướng dẫn kỹ năng tự chăm sóc sức khỏe.

Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu. Số liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp người nhà người bệnh với bộ câu hỏi điện tử qua phần mềm Kobotoolbox (<https://ee.humanitarianresponse.info/x/#HxqiWn29>).

Sai số và cách không chế. Trong nghiên cứu của chúng tôi có thể gặp sai số ngẫu nhiên và sai số nhớ lại khi hỏi một người về nguồn truy cập thông tin sức khỏe. Chúng tôi khắc phục sai số bằng cách phỏng vấn đối tượng nghiên cứu là người nhà người bệnh, và chọn khoa phòng liên quan tới bệnh mạn tính.

Quản lý và phân tích số liệu. Số liệu được trích xuất trực tiếp từ phần mềm Kokotoolbox ra Excel và được xử lý bằng phần mềm STATA 15.0.

Các số liệu nhân khẩu học được mô tả thông qua tần số và tỷ lệ phần trăm đối với biến định lượng; trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến tuổi; và trung vị và khoảng tứ phân vị đối với biến thu nhập.

Chúng tôi sử dụng hồi quy Gamma để tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới mức chi trả cho dịch vụ (do giả định về phương sai đồng nhất không đạt nên mô hình này không thể áp dụng kiểm định hồi quy tuyến tính đa biến).

Đạo đức nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về mục tiêu nghiên cứu. Sự tham gia của đối tượng nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và người nhà người bệnh có thể dừng nghiên cứu bất kỳ lúc nào mà không cần giải thích lý do cụ thể.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung bình đối tượng nghiên cứu 46 tuổi với độ lệch chuẩn là 13,68 tuổi. Có 50% đối tượng nghiên cứu có thu nhập dưới 3 triệu đồng/tháng. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu là nữ giới cao hơn nam giới, lần lượt là 59,1% và 40,9%. Hầu hết các đối tượng nghiên cứu là người dân tộc kinh (88,3%); trình độ học vấn ở mức THCS/THPT (62,6%); có nghề nghiệp không chính thức như công nhân, nông dân, buôn bán (70,8%); sống ở nông thôn (66,9%); và có tiền sử khỏe mạnh (65,4%). 52,1% đối tượng nghiên cứu là chủ hộ gia đình.

Cán bộ y tế	60 (23,3%)
Sử dụng Internet (n = 257): Có	129 (50,2%)
Không	128 (49,8%)
Tin tưởng vào thông tin trên Internet (n= 129)	
Tin tưởng hoàn toàn	6 (4,65%)
Tin tưởng một phần	118 (91,47%)
Không tin	5 (3,88%)
Nguyên nhân chỉ tin tưởng một phần vào nguồn thông tin trên Internet (n=118)	
Không đủ thông tin để tham khảo	20 (16,95%)
Thông tin không thống nhất	80 (67,80%)
Nhiều quảng cáo tiếp thị không đúng thực tế	25 (21,19%)
Khác	1 (0,85%)
Loại hình cung cấp kiến thức dễ tiếp cận nhất tại Bệnh viện (n=207)	
Máy tính nối mạng ngay tại khoa	85 (41,06%)
Tài liệu bằng giấy với từng bệnh cụ thể	115 (55,56%)
Tổ chức các buổi cung cấp kiến thức với từng bệnh cụ thể	88 (42,51%)
Khác	2 (0,97%)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khi được hỏi về nguồn tài liệu thường được sử dụng để tra cứu thông tin sức khỏe, 1/3 đối tượng nghiên cứu (33,1%) sử dụng nguồn tài liệu trên các thiết bị có kết nối Internet. 50,2% đối tượng nghiên cứu có truy cập Internet hàng ngày. Tuy nhiên, trong số 129 người có sử dụng Internet tra cứu thông tin sức khỏe, 118 người (91,47%) không tin tưởng hoàn toàn vào các thông tin trên Internet. Nguyên nhân chủ yếu do các trang web khác thì thông tin không thống nhất nên không biết thông tin nào là đúng (67,80).

Bảng 2: Mức độ tham gia và chi trả cho một buổi hướng dẫn kỹ năng tự chăm sóc sức khỏe (n = 257)

Đặc điểm	Số lượng (phần trăm)
----------	----------------------

Mong muốn sử dụng khóa học	
Có	194 (75,49%)
Không chắc chắn	12 (4,67%)
Không	51 (19,84%)
Tham gia khóa học: Có	98 (38,13%)
Chỉ tham gia nếu không đóng phí	90 (35,02%)
Không chắc chắn	8 (3,11%)
Không	61 (23,74%)
Chi trả cho một buổi học Trung vị (khoảng tứ phân vị)	5000 (0, 50000)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, hầu hết đối tượng nghiên cứu (74,49%) có mong muốn tham gia khóa học hướng dẫn kiến thức và kỹ năng chăm sóc sức khỏe tại Bệnh viện. Có 50% đối tượng nghiên cứu có mức chi trả cho khóa học trên 5000 VNĐ/ buổi học; 25% sẵn sàng chi trả 50000 VNĐ/ buổi học trở lên.

Bảng 3: Hồi quy Gamma mối liên quan của một số yếu tố tới mức giá chi trả sử dụng dịch vụ hướng dẫn kỹ năng tự chăm sóc sức khỏe (n=257)

Đặc điểm	Hệ số	Khoảng tin cậy 95%	p	Hệ số	Khoảng tin cậy 95%	p
Tuổi	0,99	[0,98 - 1,00]	0,131	0,99	[0,98 - 1,01]	0,371
Thu nhập	1,09	[1,04 - 1,15]	0,001	1,10	[1,02 - 1,18]	0,010
Khoa/phòng						
Trung tâm tim mạch (Nhóm chứng)	1			1		
Trung tâm HH - TM	0,59	[0,38 - 0,91]	0,018	0,61	[0,36 - 1,04]	0,069
Khoa Thận-Tiết niệu	1,25	[0,80 - 1,98]	0,328	1,36	[0,81 - 2,29]	0,246
Khoa Nội tổng hợp	0,45	[0,30 - 0,67]	0,000	0,42	[0,26 - 0,68]	0,000
Trung tâm Ung bướu	0,89	[0,59 - 1,34]	0,587	0,95	[0,60 - 1,52]	0,842
Trình độ học vấn						
Từ tiểu học trở xuống (Nhóm chứng)	1			1		
THCS/THPT	1,15	[0,77 - 1,72]	0,494	1,02	[0,62 - 1,69]	0,935
Từ TC/ĐH trở lên	1,48	[0,96 - 2,28]	0,077	0,85	[0,42 - 1,72]	0,645
Nghề nghiệp						
Nghề chính thức (Nhóm chứng)	1			1		
Nghề không chính thức	0,78	[0,55 - 1,10]	0,151	1,36	[0,74 - 2,48]	0,322

Thất nghiệp	0,73	[0,47 - 1,13]	0,160	1,24	[0,66 - 2,34]	0,502
Nơi ở						
Nông thôn (Nhóm chứng)	1			1		
Thị trấn/thị xã	1,46	[1,04 - 2,05]	0,030	1,28	[0,80 - 2,05]	0,309
Thành phố	1,40	[1,00 - 1,95]	0,049	1,51	[0,91 - 2,49]	0,108
Nguồn tài liệu						
Tài liệu cầm tay (Nhóm chứng)	1			1		
Tài liệu qua nguồn Internet	1,17	[0,74 - 1,86]	0,505	1,27	[0,73 - 2,21]	0,406
Phương tiện nghe nhìn công cộng	0,85	[0,53 - 1,35]	0,481	1,16	[0,62 - 2,15]	0,642
Cán bộ y tế	0,63	[0,40 - 1,02]	0,059	0,90	[0,49 - 1,64]	0,732
Sử dụng internet						
Không (nhóm chứng)	1			1		
Có	1,33	[1,04 - 1,70]	0,025	0,96	[0,63; 1,46]	0,843

Kết quả phân tích hồi quy Gamma đơn biến và đa biến cho thấy biến thu nhập (những người thu nhập cao hơn chi trả cao hơn) và biến khoa/phòng (người nằm ở khoa Nội tổng hợp chi trả cao hơn so với người nằm ở trung tâm tim mạch) có liên quan tới biến chi trả cho một lần sử dụng dịch vụ hướng dẫn kỹ năng tự chăm sóc sức khỏe và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), khoảng 55 triệu người chết trên toàn thế giới trong năm 2011, hai phần ba của nhóm này từ bệnh không lây nhiễm [4]. Nghiên cứu về chi phí hiệu quả của các chương trình quản lý chăm sóc sức khỏe đối với bệnh đái tháo đường đã đưa ra tác dụng làm giảm chi phí điều trị bệnh và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh [5].

Ở Việt Nam, bệnh viện là môi trường thích hợp cho việc triển khai các khóa tập huấn vì các lý do sau: 1) Tiếp cận với dịch vụ dễ dàng hơn. Đặc điểm ở Việt Nam là khi có một người nằm viện, sẽ có ít nhất một người thân đi kèm chăm sóc. 2) Dễ dàng tiếp nhận do được tiếp cận với nguồn thông tin đáng tin cậy vì hầu hết người dân vẫn coi nguồn thông tin từ các cán bộ y tế là nguồn thông tin "chuẩn". Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người nhà người bệnh có nhu cầu được sử dụng khóa tập huấn và tỷ lệ sẵn sàng đăng ký tham gia khóa tập huấn là khá cao, lần lượt là 75,5% và 73,2%.

Hiện tại, khi người bệnh mới vào nhập viện sẽ tìm hiểu thông tin sức khỏe chủ yếu từ 02 nguồn: nguồn có tổ chức của bệnh viện và nguồn tự phát của người bệnh. Những nguồn thông tin tự phát này bao gồm cả các thông tin tin cậy và các thông tin không đáng tin cậy. Vì vậy, đặt ra một thực trạng về việc bệnh viện tổ chức các hình thức chính thống giúp người bệnh và người nhà nâng cao khả năng tự chăm sóc

sức khỏe ngay tại bệnh viện là vô cùng cần thiết. Điều này đã được quy định trong tiêu chí số C6.2 trong bộ 83 tiêu chí đánh giá bệnh viện của bộ Y tế về Người bệnh được tư vấn, giáo dục sức khỏe khi điều trị và trước khi ra viện [6].

Sau khi được phổ biến về nội dung của các khóa học, các tác dụng và lợi ích của chúng, có khoảng 30% đối tượng nghiên cứu sẵn sàng chi trả trên 50.000 VNĐ/buổi học tập huấn về kỹ năng chăm sóc sức khỏe. Hầu hết các đối tượng trong nghiên cứu là nông dân với mức thu nhập dưới 3 triệu đồng/tháng, do vậy đây là mức giá được cho là cao so với tình trạng kinh tế của các đối tượng này.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những người có mức thu nhập cao hơn thì có mức chi trả cao hơn cho dịch vụ cung cấp khóa tập huấn. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu tại Nigeria về các yếu tố tác động tới mức chi trả cho dịch vụ cung cấp kiến thức nâng cao sức khỏe [7]. Trong một nghiên cứu khác về mức sẵn sàng chi trả cho dịch vụ tư vấn sức khỏe, hơn một phần ba những người tham gia nghiên cứu đưa ra mối lo ngại về tình hình tài chính của bản thân. Bên cạnh mối lo ngại về tài chính, một nghiên cứu khác cho rằng, trình độ học vấn và chiến dịch marketing là hai yếu tố quan trọng tác động tới việc sẵn sàng chi trả cho dịch vụ của người dân. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt về trình độ học vấn không gây ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chi trả cho dịch vụ giữa các nhóm. Cần có các nghiên cứu tiếp theo để làm rõ mối liên quan này.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có những hạn chế nhất định. Hạn chế của nghiên cứu là sai số thông tin có thể xảy ra khi giá trị sẵn sàng chi trả tùy thuộc vào việc ai là người phỏng vấn, các thông tin về khóa dịch vụ được cung cấp. Chúng tôi lựa chọn người phỏng vấn với kinh nghiệm khảo sát tốt và được đào tạo kỹ lưỡng dựa trên các nội dung khóa tập huấn rõ ràng để giảm sai số.

V. KẾT LUẬN

Tại Việt Nam, việc dự phòng chăm sóc sức khỏe của người dân có ảnh hưởng lớn tới sức khỏe và kinh tế đối với người bệnh, gia đình và xã hội. Ước tính mức sẵn sàng chi trả cho dịch vụ đào tạo kiến thức, kỹ năng tự chăm sóc sức khỏe tại bệnh viện sẽ cung cấp các thông tin quan trọng cho việc triển khai tổ chức dịch vụ sau này. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, nhiều người nhà người bệnh sẵn sàng chi trả cho dịch vụ này. Mức sẵn sàng chi trả có liên quan có ý nghĩa thống kê tới thu nhập và tình trạng sử dụng internet của đối tượng được phỏng vấn. Chính phủ và những nhà chính sách nên xem xét khả năng để chi trả cho nhóm người nghèo và hỗ trợ kinh tế cho nhóm người có hoàn cảnh khó khăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Literacy I. of M. (US) C. on H., Nielsen-

Bohlman L., Panzer A.M. và cộng sự. (2004), What Is Health Literacy?, National Academies Press (US).

2. Coulter A. và Ellins J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*, **335(7609)**, 24–27.

3. Boren S.A., Fitzner K.A., Panhalkar P.S. và cộng sự. (2009). Costs and benefits associated with diabetes education: a review of the literature. *Diabetes Educ*, **35(1)**, 72–96.

4. Noncommunicable diseases. <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>, accessed: 04/09/2019.

5. The Community Diabetes Education (CoDE) Program - American Journal of Preventive Medicine. <[https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(14\)00483-8/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(14)00483-8/fulltext)>, accessed: 04/09/2019.

6. Bộ tiêu chí chất lượng bệnh viện Việt Nam.

7. Ogundeji YK và cộng sự (2019). Factors influencing willingness and ability to pay for social health insurance in Nigeria. *PLoS One*, **14(8)**.

HIỆU QUẢ BAN ĐẦU CỦA CHƯƠNG TRÌNH GIÁM SÁT SỬ DỤNG KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Văn Tùng*, Nguyễn Quốc Bình**

được theo dõi và giám sát chặt chẽ. Chương trình nên tiếp tục triển khai trên toàn bệnh viện.

Từ khóa: Giám sát sử dụng kháng sinh, hiệu quả ban đầu, bệnh viện Chợ Rẫy

SUMMARY

THE INITIAL RESULTS OF ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PROGRAMME AT CHO RAY HOSPITAL

The objective of this study was identify the hospital guideline compliance rate, the antibiotic usage and describe the antimicrobial resistance, infection control results at Cho Ray hospital after two years of Antimicrobial Stewardship Programme (AMS) implemented. **A case series study** was done from 04-2014 to 2015 in 6 pilot departments at Cho Ray hospital. The microbiology, antibiotic usage, infection control data were collected from their departments. There were 2,806 medical records reviewed. **The results** showed that the compliance rate in sample referral before antibiotic use increased 3% in 2015 compared to 2014 ($p=0.001$). The guideline compliance rate was increased 6% in 2015 compared to 2014 ($p = 0.01$). The rate of antibiotic usage was reduced 3.88% in 2014 compared to 2013 and 2,07% in 2015 compared to 2013. The hospital acquired infection and antimicrobial resistances were controlled. **In conclusions:** the AMS at Cho Ray hospital had the good initial results. The compliance rates were increased, the antibiotic rate was reduced. The hospital acquired infection and antimicrobial resistance were controlled. This programme should be continued in all departments at Cho Ray hospital.

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả ban đầu sau 2 năm thực hiện chương trình Giám sát sử dụng kháng sinh tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Tiền hành thu thập** số liệu từ báo cáo định kỳ chương trình Giám sát kháng sinh thí điểm tại 6 khoa lâm sàng tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 04-2014 và năm 2015. Dữ liệu kiểm soát nhiễm khuẩn, vi sinh, thuốc lấy từ khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, khoa Vi sinh và khoa Dược. **Kết quả** có 2.806 hồ sơ được giám sát. Tỷ lệ tuân thủ gửi mẫu bệnh phẩm trước khi dùng kháng sinh năm 2015 tăng 3% so với 2014 ($p = 0,001$), tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh năm 2015 tăng 6% so với 2014 ($p= 0,001$). Tỷ lệ sử dụng kháng sinh trên tổng chi phí thuốc năm 2014 giảm 3,88% so với 2013 và 2015 giảm 2,07% so với năm 2013. Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và vi khuẩn kháng thuốc được theo dõi chặt chẽ. **Kết luận:** Chương trình Giám sát sử dụng kháng sinh tại bệnh viện Chợ Rẫy bước đầu mang lại kết quả tốt. Tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện tăng, tỷ lệ chi phí kháng sinh sử dụng giảm, thời gian điều trị trung bình và tỷ lệ tử vong không thay đổi. Trong khi đó, tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và đề kháng kháng sinh

*Nghiên cứu sinh Học viện Quân Y

**Khoa Dược, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tùng

Email: trangtungtruc@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

Key words: Antimicrobial stewardship Program (AMS), initial results, Cho Ray hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề kháng kháng sinh là vấn đề sức khỏe toàn cầu trong giai đoạn hiện nay. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, ước tính đến năm 2050, mỗi năm có khoảng 10 triệu người chết do vi khuẩn kháng thuốc, trong số đó có đến 4.730.000 người tại các nước Châu Á bị ảnh hưởng [4]. Số lượng kháng sinh mới ngày càng ít trong khi đó vi khuẩn đề kháng với kháng sinh ngày càng phổ biến, ngay cả những kháng sinh thế hệ mới. Chương trình Giám sát sử dụng kháng sinh đã được chứng minh có hiệu quả tại các quốc gia, giúp giảm tình trạng kháng thuốc, giảm tiêu thụ kháng sinh [1],[2]. Tuy nhiên, hiệu quả của chương trình như thế nào tại một bệnh viện tuyến cuối và lần đầu triển khai ở Việt Nam là vấn đề cần được nghiên cứu.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh, kết quả điều trị, tỷ lệ kháng sinh sử dụng và mô tả tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện, vi khuẩn đa kháng tại bệnh viện Chợ Rẫy sau 02 năm triển khai chương trình Giám sát sử dụng kháng sinh tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiến hành nghiên cứu mô tả hàng loạt ca tử kết quả chương trình Giám sát kháng sinh thí điểm tại 6 khoa lâm sàng tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 4/2014 đến tháng 12/2015. Các khoa lâm sàng thí điểm được chọn ngẫu nhiên hồ sơ để giám sát. Mỗi tháng giám sát ngẫu nhiên 20 bệnh nhân tại mỗi khoa lâm sàng. Một dược sĩ lâm sàng kết hợp với một bác sĩ lâm sàng tại khoa đang điều trị thảo luận, xem xét đánh giá trên từng bệnh nhân cụ thể để xác định tỷ lệ tuân thủ, đáp ứng điều trị. Dữ liệu vi sinh, kiểm soát nhiễm khuẩn và lượng kháng sinh sử dụng được lấy từ báo cáo của các khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, Vi sinh và khoa Dược. Kết quả giám sát sẽ được tổng hợp và báo cáo định kỳ trong kỳ họp Ban Giám sát hàng tháng. Dùng phép kiểm chi bình phương để so sánh hai tỷ lệ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Bảng 4. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện trong các năm 2012 - 2015.

Biến số	2012	2013	2014	2015	P
Nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến ống thông	9,5	8,5	6,5	5,8	<0,05
Viêm phổi liên quan đến thở máy	26,5	24,3	17,9	15,6	
Nhiễm khuẩn vết mổ	10,5	10,1	6,5	4,3	

Nguồn: Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, bệnh viện Chợ Rẫy

Nhận xét: tình hình 3 loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp có xu hướng giảm dần trong các năm từ 2012 - 2015.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 2 năm 2014 và 2015 có 2.806 bệnh nhân tại 6 khoa lâm sàng có sử dụng kháng sinh được giám sát

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân được giám sát theo khoa

Khoa	Năm 2014	Năm 2015
Ngoại Tiêu hóa	156	298
Ngoại Gan Mật Tụy	165	341
Ngoại Tiết niệu	178	299
Nội Hô hấp	177	360
Bệnh nhiệt đới	157	287
Hồi sức Cấp cứu	125	263
Tổng	958	1.848

Nguồn: Ban Giám sát sử dụng kháng sinh, bệnh viện Chợ Rẫy

Bảng 2. Tỷ lệ gửi mẫu bệnh phẩm và tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh

Biến số	Năm 2014	Năm 2015	P
Tỷ lệ gửi mẫu (%)	49	52	
Tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn (%)	57	63	<0,05
Tổng số bệnh án giám sát	958	1848	

Nguồn: Ban Giám sát sử dụng kháng sinh, bệnh viện Chợ Rẫy

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện năm 2015 tăng 6% so với năm 2014 và đạt 63% trong năm 2015 ($p = 0,001$). Trong khi đó, tỷ lệ gửi mẫu bệnh phẩm trước khi sử dụng kháng sinh tăng 3% trong năm 2015.

Bảng 3. Tỷ lệ % đáp ứng với kháng sinh ban đầu theo hướng dẫn

Kết quả điều trị	Tỷ lệ %
Hết nhiễm khuẩn	57,4
Giảm tình trạng nhiễm khuẩn	30,3
Tình trạng nhiễm khuẩn không giảm	8,0
Đang điều trị, chưa đánh giá	4,3
Tổng	100

Nguồn: Ban Giám sát sử dụng kháng sinh, bệnh viện Chợ Rẫy

Nhận xét: 87,7% bệnh nhân đáp ứng với điều trị kháng sinh ban đầu theo hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện. Chỉ có 8% không đáp ứng điều trị.

Bảng 5. Thời gian nằm viện trung bình và tỷ lệ tử vong trong vòng 2012 -2015

Năm	2012	2013	2014	2015	P
Số bệnh nhân nội trú	121.161	118.136	123.075	120.590	0,67
Thời gian nằm viện trung bình (Ngày)	7,4	7,5	7,1	6,8	0,08
Tỷ lệ tử vong (%)	6,0	6,6	6,1	6,0	0,34

Nguồn: Phòng Kế hoạch tổng hợp, bệnh viện Chợ Rẫy

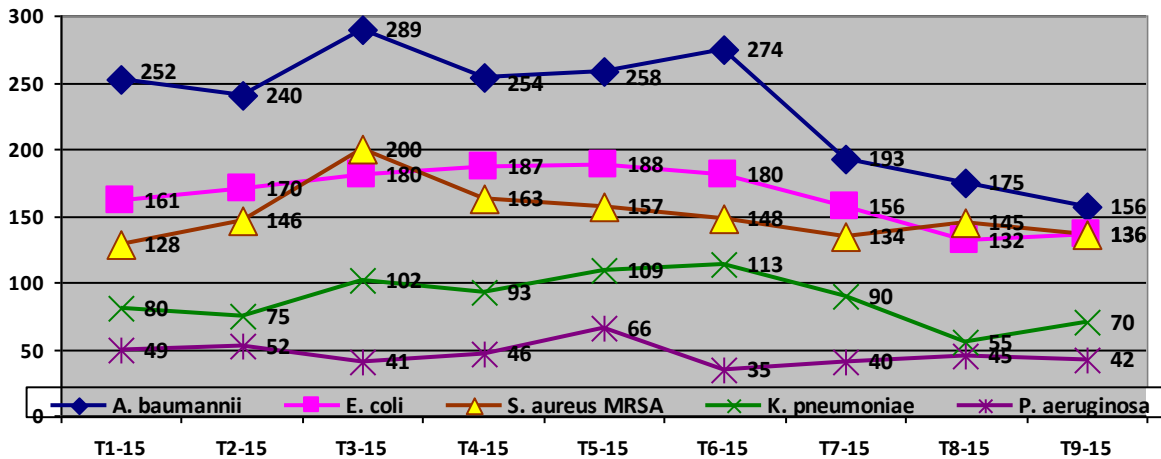
Nhận xét: Thời gian điều trị trung bình và tỷ lệ tử vong chung của bệnh viện không thay đổi trong hai năm 2014 và 2015.

Bảng 6: Tỷ lệ chi phí kháng sinh sử dụng trong các năm 2013-2015

Năm	2013	2014	2015	P
Chi phí kháng sinh (ngàn)	188.674.313	181.713.087	234.063.384	< 0,05
Tổng chi phí thuốc (ngàn)	921.151.488	1.095.741.458	1.271.737.079	
% chi phí thuốc	20,48	16,60	18,41	

Nguồn: Khoa Dược, bệnh viện Chợ Rẫy

Nhận xét: Tỷ lệ chi phí sử dụng thuốc kháng sinh năm 2014 giảm 3,88 % so với năm 2013 (tương ứng khoảng 42,5 tỷ đồng). Trong năm 2015, tỷ lệ sử dụng kháng sinh là 18,41% không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với năm 2014 nhưng giảm có ý nghĩa (2,07%) so với 2013 (p < 0,05)



Sơ đồ 1: Số lượng vi khuẩn đa kháng thuốc từ 01/2015 -09/2015

Nguồn: Khoa Vi sinh, bệnh viện Chợ Rẫy

Nhận xét: Acinetobacter baumannii vẫn là vi khuẩn đa kháng chiếm số lượng nhiều nhất trong các loại vi khuẩn đa kháng phân lập được.

IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi nhằm xác định hiệu quả ban đầu khi triển khai thí điểm Giám sát sử dụng kháng sinh tại 6 khoa lâm sàng. Chúng tôi tiến hành thu thập số liệu giám sát ngẫu nhiên từ các bệnh nhân đang điều trị tại 6 khoa lâm sàng. Các chỉ số đánh giá được theo dõi là tỷ lệ tuân thủ gửi mẫu bệnh phẩm trước khi dùng kháng sinh, tỷ lệ tuân thủ kháng sinh ban đầu theo hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện. Bên cạnh đó, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị, tỷ lệ chi phí kháng sinh sử dụng và tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện cũng như tình hình các vi khuẩn kháng thuốc tại bệnh viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện tăng 6% trong năm 2015 so với năm 2014 (p=

0,01). Tỷ lệ gửi mẫu bệnh phẩm trước khi sử dụng kháng sinh tăng 3% trong năm 2015 so với năm 2014. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh năm 2014 giảm 3,88% so với 2013 và 2015 giảm 2,07% so với năm 2013. Trong khi đó, tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện có chiều hướng giảm; thời gian điều trị trung bình và tỷ lệ tử vong chung trong bệnh viện có giảm nhưng không thay đổi nhiều. Ngoài ra, tình hình vi khuẩn kháng thuốc được giám sát, theo dõi và báo cáo kịp thời.

Tỷ lệ gửi mẫu bệnh phẩm: Gửi mẫu bệnh phẩm cấy trước khi sử dụng kháng sinh là một yêu cầu thiết yếu giúp cải thiện hiệu quả kháng sinh sử dụng. Kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ giúp đánh giá phân tầng nguy cơ, các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn và thực hiện liệu pháp xuống thang. Ngoài ra, đây sẽ là dữ liệu vi sinh

quan trọng giúp cập nhật Hướng dẫn kháng sinh tại chỗ phù hợp với tình hình vi sinh. Tuy nhiên, trong một số tình huống lâm sàng như ổ nhiễm khuẩn sâu, một số tiêu điểm không lấy được bệnh phẩm và ý thức của nhân viên về tầm quan trọng của kết quả vi sinh ảnh hưởng đến tỷ lệ gửi mẫu bệnh phẩm trước khi dùng kháng sinh. Chương trình Giám sát sử dụng kháng sinh giúp tăng khả năng nhận thức về tầm quan trọng của kết quả vi sinh, xây dựng quy trình nuôi cấy, kháng sinh đồ và phản hồi kết quả. Trong chương trình này, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ gửi mẫu bệnh phẩm trước khi dùng kháng sinh của các khoa Ngoại thấp hơn tại các khoa Nội, có lẽ một phần là do đặc điểm bệnh lý nhưng cũng có phần là do ý thức về tầm quan trọng của kết quả vi sinh khác nhau giữa các bác sĩ. Tuy nhiên, tỷ lệ gửi mẫu bệnh phẩm trước khi sử dụng kháng sinh chung của cả 6 khoa lâm sàng tăng 3% trong năm 2015 so với năm 2014.

Tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh: Mặc dù từ năm 2010, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện cũng đã được ban hành trên cơ sở dữ liệu vi sinh bệnh viện. Tuy nhiên, việc tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh vẫn còn hạn chế. Nhiều trường hợp kháng sinh được sử dụng theo kinh nghiệm cá nhân của các bác sĩ. Đến năm 2014, khi giai đoạn giám sát được triển khai, tỷ lệ tuân thủ sử dụng kháng sinh theo hướng dẫn của bệnh viện dần dần được cải thiện. Cho dù chương trình triển khai thí điểm tại 6 khoa lâm sàng nhưng hiệu ứng của nó lan tỏa trong toàn bệnh viện. Các nhân viên y tế đã ý thức hơn việc sử dụng kháng sinh và luôn cân nhắc mỗi khi sử dụng kháng sinh cho người bệnh. Đến năm 2015, tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện lên 63% nhưng vẫn chưa đạt chỉ tiêu 70% như kế hoạch đề ra. Trong buổi họp tổng kết một năm thực hiện, các thành viên đã thảo luận lý do, tìm giải pháp cải tiến. Các lý do được các thành viên đưa ra là tình hình quá tải bệnh viện, kiểm soát nhiễm khuẩn còn gặp nhiều khó khăn và tình hình vi khuẩn kháng thuốc có nhiều thay đổi. Trên cơ sở ý kiến thảo luận, bệnh viện đã tiến hành cập nhật hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong năm 2016 và cập nhật các phác đồ điều trị mới theo hướng dẫn của các Hiệp hội chuyên ngành cũng như Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế năm 2015. Ngoài ra, tỷ lệ đáp ứng của bệnh nhân có nhiễm khuẩn khi được sử dụng kháng sinh theo hướng dẫn của bệnh viện đạt 87,7% (bảng 3) chứng tỏ hướng dẫn sử dụng kháng sinh hiện tại vẫn còn phù

hợp với tình hình đề kháng kháng sinh của bệnh viện. Kết quả tương tự cũng được thể hiện trong nghiên cứu của Singh và cộng sự năm 2015 tại một bệnh viện thực hành ở Ấn Độ cho thấy tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh tại chỗ khoảng 55,7% trước khi chương trình AMS được thực hiện và tỷ lệ này tăng lên 21,7% sau một năm thực hiện giám sát [6].

Tỷ lệ chi phí kháng sinh sử dụng: Kể từ khi chương trình giám sát sử dụng kháng sinh được thực hiện, tỷ lệ sử dụng thuốc kháng sinh có xu hướng giảm. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh năm 2014 giảm 3,88% so với 2013 và 2015 giảm 2,07% so với năm 2013. Bên cạnh đó, các kháng sinh cần kiểm soát cũng được duy trì ở mức cho phép. Trong khi đó, tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện, thời gian nằm viện trung bình và tỷ lệ tử vong trong bệnh viện có chiều hướng giảm xuống. Đây là một thành công bước đầu của chương trình giám sát sử dụng kháng sinh của bệnh viện. Tỷ lệ sử dụng thuốc kháng sinh giảm đáng kể trong năm 2014 (3,88% so với năm 2013). Tuy nhiên, đến năm 2015, tỷ lệ này là 18,41% không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với năm 2014. Điều này có nghĩa tỷ lệ sử dụng thuốc kháng sinh chỉ giảm trong giai đoạn đầu chương trình, sau đó ổn định ở mức thấp cho phép.

Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện: Mặc dù tỷ lệ sử dụng kháng sinh giảm nhưng tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện đã được kiểm soát và có chiều hướng tiếp tục giảm. Kết quả có được là nhờ vào nỗ lực của hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện và toàn thể nhân viên y tế. Bằng chứng là tỷ lệ tuân thủ rửa tay ngày càng tăng, chăm sóc đường thở cho bệnh nhân thở máy và chăm sóc vết mổ được cải thiện. Chính vì vậy mà các tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy, nhiễm khuẩn vết mổ và nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến thông tiểu đã giảm trong các năm từ 2012 – 2015.

Hiệu quả của chương trình: Bệnh viện Chợ Rẫy là một trong những bệnh viện đầu tiên trong cả nước thực hiện chương trình giám sát sử dụng kháng sinh tại Việt Nam, trên cơ sở học tập kinh nghiệm của các quốc gia khác trên thế giới, sự hỗ trợ của các tổ chức trong và ngoài nước, đặc biệt của Bộ Y tế. Những thành công bước đầu này nhờ vào sự quyết tâm của lãnh đạo bệnh viện, của tập thể nhân viên đặc biệt là nhóm hành động, sự phân công nhiệm vụ rõ ràng, có đơn vị đầu mối và có sự phối hợp chặt chẽ giữa các đơn vị. Chìa khóa cho sự thành công ban đầu này là nhờ Bệnh viện áp dụng 7 thành tố cơ bản của chương trình Giám sát sử

dụng kháng sinh từ Tổ chức Y tế Thế giới [3]. Nghiên cứu của Pakyz và cộng sự năm 2014 tại Hoa Kỳ cho thấy thành công của chương trình AMS nhờ vào nguồn lực con người, hỗ trợ của công nghệ thông tin và chia sẻ thông tin qua làm việc nhóm với cách làm việc hiệu quả nhờ hệ thống cảnh báo trực tiếp để tư vấn trước khi dùng thuốc cho bệnh nhân [5]. Tuy nhiên, thực hiện biện pháp này đòi hỏi phải có một hệ thống công nghệ thông tin tốt. Đây là giai đoạn khởi đầu của chương trình Giám sát sử dụng kháng sinh lần đầu tiên áp dụng tại một bệnh viện hạng đặc biệt của Việt Nam với quy mô giường bệnh và số lượng nhân viên lớn. Mặt khác, triển khai giám sát hồi cứu hồ sơ và phản hồi định kỳ trong các buổi họp hàng tháng chưa phải là giải pháp tối ưu. Lẽ ra, can thiệp phải được thực hiện tại thời điểm kê toa để đảm bảo sử dụng kháng sinh hiệu quả cho từng bệnh nhân. Tuy nhiên, phương pháp này cần có nhiều nguồn lực đặc biệt là ứng dụng hệ thống công nghệ thông tin để giám sát trực tuyến, liên tục.

V. KẾT LUẬN

Chương trình Giám sát sử dụng kháng sinh tại bệnh viện Chợ Rẫy bước đầu mang lại kết quả tốt. Tỷ lệ tuân thủ gửi mẫu bệnh phẩm trước khi dùng kháng sinh, tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện tăng, tỷ lệ chi phí kháng sinh sử dụng giảm, thời gian điều trị trung bình và tỷ lệ tử vong không thay đổi. Trong khi

đó, tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và đề kháng kháng sinh được theo dõi và giám sát chặt chẽ. Chương trình nên tiếp tục triển khai trên toàn bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chrysou K, Zarkotou O, Kalofolia S, Papagiannakopoulou P, Chrysos G, Themeli-Digalaki K, et al. (2018)**, "First-year results of an antibiotic stewardship program in a Greek tertiary care hospital.". *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.*, 37(2), pp. 333 -337
2. **Kapadia NS, Abramson LE, Carter JE, Loo SA, Kaushal R, Calfee PD, et al. (2018)**, "The Expanding Role of Antimicrobial Stewardship Programs in Hospitals in the United States: Lessons Learned from a Multisite Qualitative Study". *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 44, pp. 68 -74
3. **Nathwani D, Sneddon J (2015)**, "Practical guideline for Antimicrobial Stewardship Program in the hospitals ". *BioMerieux* pp 11-40.
4. **O'Neill J (2014)**, "Antimicrobial Resistance". WHO, Tackling a crisis for the health and wealth of nations. , Dec 2014, pp. 6-22.
5. **Pakyz LA, Moczygomba RL, VanderWielen ML, Edmond BM, Stevens PM, Kuzel JA (2014)**, "Facilitators and barriers to implementing antimicrobial stewardship strategies: Results from a qualitative study". *American Journal of Infection Control* 42, 257 -263
6. **Singh MM, Gupta KS, Gupta KY, Sharma DK, Karpil A (2015)**, "To study the Antimicrobial Stewardship Programme in a Large tertiary teaching center ". *JRFHHA* 3(1), pp. 13 -24

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG U NGUYÊN BÀO GAN Ở TRẺ EM

Phạm Duy Hiền¹, Trần Đức Tâm¹, Phan Hồng Long²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U nguyên bào gan là loại u gan ác tính thường gặp nhất ở trẻ em. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u nguyên bào gan ở trẻ em được phẫu thuật tại Ngoại bệnh viện Nhi Trung Ương từ 1/2016 đến 8/2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu 30 bệnh nhân u nguyên bào gan được phẫu thuật cắt gan tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Nhi Trung Ương trong giai đoạn từ tháng 01/2016 đến tháng 08/2019. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 36,8 tháng (4 – 149 tháng), độ tuổi hay gặp là dưới 5 tuổi (76,7%), nam gặp nhiều hơn nữ

(56,7% và 43,3%). Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là gan to (50%), sờ thấy khối ở bụng (30%), đau bụng vùng gan (13,3%), thiếu máu (13,3%), gầy sút (6,7%), vàng da (3,3%). Triệu chứng cận lâm sàng: 83,3% các bệnh nhân thiếu máu, 36,7% bệnh nhân tăng tiểu cầu, 90% bệnh nhân tăng GOT, 53,3% bệnh nhân tăng GPT, AFP tăng cao so với tuổi ở 96,7% bệnh nhân với giá trị trung bình là 217160,7ng/ml (575 – 1686328,6ng/ml). Kích thước khối u trung bình trên cắt lớp vi tính là 5,48cm (2 – 15cm), 60% u ≤ 5cm, 96,7% có 1 khối u và 70% u nằm ở gan phải, 76,7% thuộc phân loại PRETEXT II, 80% u nguyên bào gan thuộc loại biểu mô thai. **Kết luận:** Các triệu chứng lâm sàng u nguyên bào gan thường không đặc hiệu. Chiến lược khám sức khỏe định kỳ cho trẻ và vai trò của các phương tiện cận lâm sàng hỗ trợ trong chẩn đoán là rất quan trọng.

Từ khóa: U nguyên bào gan, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương,

²Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: duyhien1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 5.11.2019

Ngày duyệt bài: 13.11.2019

PEDIATRIC PATIENTS WITH HEPATOBLASTOMA AT NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

Background: Hepatoblastoma is the most common malignant liver tumor in children. **Aims:** Study on clinical and subclinical features of pediatric patients with hepatoblastoma at National Children Hospital from 1/2016 to 8/2019. **Materials and Methods:** A total patients with operated Hepatoblastoma diagnosed by pathologists, at the Viet Nam National Children's Hospital from January 2016 to August 2019. The study design is retrospective. **Results:** Study subject's mean of age was 36,8 months (range 4 – 149 months), the common group of age was under 5 years old (76,7%), male's more than female (56,7% and 43,3%). The most common clinical symptoms were hepatomegaly (50%), a palpable abdominal mass (30%), abdominal pain (13,3%), secondary anemia (13,3%), weight loss (6,7%), jaundice (3,3%). About laboratory test: 83,3% patients with anemia, 36,7% patients with thrombocytosis, 90% patients with high GOT levels, 53,3% patients with high GPT levels, 96,7% patients with high serum AFP levels and the average value of AFP was 217160,7 ng/ml (range 575 – 1686328,6 ng/ml). Mean size of the tumor on computerized tomography was 5,48cm (range 2 – 15cm), 60% size of tumor \leq 5cm, 96,7% had only one tumor, 70% primary tumor located to the right lobe of the liver, 76,7% were staged PRETEXT II, the most common hepatoblastoma histopathological subtypes was as follows: epithelial (80%). **Conclusion:** Clinical symptoms of hepatoblastoma are usually nonspecific. A routine check – up strategy for early detection of hepatoblastoma and the role of subclinical aids in diagnosis is very important.

Keywords: Hepatoblastoma, Children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào gan là loại u gan ác tính thường gặp nhất ở trẻ em, chiếm khoảng 1% tổng số các loại ung thư ở trẻ em. UNBG có tỷ lệ mắc cao nhất là ở trẻ dưới 1 tuổi – 11,2/1 triệu trẻ và giảm dần theo tuổi, hầu hết gặp ở trẻ dưới 5 tuổi và thường gặp ở nam hơn ở nữ. Nguyên nhân gây bệnh còn chưa được biết rõ, tuy nhiên các nghiên cứu cho thấy u nguyên bào gan thường kết hợp với hội chứng Beckwith – Wiedemann (BWS), bệnh đa polyp tuyến có tính chất gia đình (FAP) và ở trẻ đẻ non hoặc có cân nặng thấp khi sinh [1]. Ở Việt Nam, u nguyên bào gan chiếm khoảng 47,9% các u gan ác tính.

Biểu hiện lâm sàng của u gan nói chung và u nguyên bào gan nói riêng là các triệu chứng không đặc hiệu, trong đó gan to, bố mẹ trẻ sờ thấy khối ở gan là triệu chứng quan trọng cũng lý do khiến trẻ đi khám. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng có khối u vùng hạ sườn phải, cận lâm sàng dựa trên siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và xét nghiệm nồng độ AFP trong máu. Trước đây do thiếu các phương tiện chẩn đoán nên u

nguyên bào gan thường được phát hiện muộn khiến cho tỷ lệ tử vong của bệnh rất cao.

Để đạt được kết quả tốt trong điều trị u nguyên bào gan thì việc phát hiện và chẩn đoán sớm được bệnh rất quan trọng. Để hiểu rõ hơn về căn bệnh này, góp phần vào chẩn đoán và điều trị bệnh, từ đó chúng tôi đặt ra mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u nguyên bào gan ở trẻ em được phẫu thuật tại Ngoại bệnh viện Nhi Trung Ương từ 1/2016 đến 8/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: Tất cả các bệnh nhi chẩn đoán u nguyên bào gan (qua kết quả mô bệnh học) được phẫu thuật cắt gan tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Nhi Trung Ương trong giai đoạn từ tháng 01/2016 đến tháng 08/2019.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Các số liệu phân tích được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu bao gồm đặc điểm bệnh nhân (tuổi, giới), tiền sử (cân nặng lúc sinh, đẻ non, các hội chứng di truyền), lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng (gan to, sờ thấy khối ở bụng, đau bụng vùng gan, thiếu máu, gầy sút cân, vàng da). Đặc điểm cận lâm sàng: Công thức máu (số lượng hồng cầu, tiểu cầu, nồng độ hemoglobin), chức năng đông máu cơ bản (PT%), sinh hóa máu (GOT, GPT, HBsAg), chất chỉ điểm khối u (AFP), đặc điểm khối u trên cắt lớp vi tính (vị trí, kích thước, số lượng, số phần gan bị xâm lấn theo PRETEXT, đặc tính của u đồng nhất hay không đồng nhất, hoại tử, đặc điểm xâm lấn theo cận quang, đặc điểm xâm lấn tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch gan, tĩnh mạch cửa), đặc điểm mô bệnh học. Phân tích và xử lý số liệu bởi phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Phân loại giai đoạn bệnh theo PRETEXT của SIOPEL 2017 [2].

-PRETEXT I: 3 thùy gan lành cạnh nhau, 1 thùy bị xâm lấn.

-PRETEXT II: 2 thùy gan lành, 2 thùy bị xâm lấn.

-PRETEXT III: 1 thùy gan lành, 2 – 3 thùy gan bị tổn thương.

-PRETEXT IV: Không có thùy nào gan lành, cả 4 thùy đều bị xâm lấn.

Phân loại mô bệnh học theo WHO 2000 [3].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 30 bệnh nhân thuộc đối tượng nghiên cứu, bao gồm 17 (56,7%) trẻ nam và 13 trẻ nữ (43,3%). Tỷ số nam: nữ là 1,31:1. Tuổi trung bình là 36,8 tháng (dao động từ 4 – 149 tháng).

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi.

Nhóm tuổi	Tần số	Tỷ lệ %
≤ 1 tuổi	8	26,7
1 – 5 tuổi	15	50,0
> 5 tuổi	7	23,3

Nhóm tuổi từ 1 tuổi đến 5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), nhóm trên 5 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (23,3%).

Trong nghiên cứu có 3 bệnh nhân có tiền sử đẻ thiếu tháng (< 37 tuần) chiếm tỷ lệ 10%, có 2 bệnh nhân cân nặng thấp khi sinh (< 2500g) chiếm 6,7%. Không có bệnh nhân nào có hội chứng di truyền liên quan đến u nguyên bào gan.

Khám sức khỏe định kỳ phát hiện u nguyên bào gan chiếm 33,4%, 30% phát hiện qua triệu chứng bố mẹ trẻ thấy bụng to, tự sờ thấy u.

Bảng 2. Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Tần số	Tỷ lệ %
Gan to	15	50,0
Sờ thấy u	9	30,0
Đau bụng vùng gan	4	13,3
Thiếu máu	4	13,3
Gầy sút cân	2	6,7
Vàng da	1	3,3

Triệu chứng lâm sàng hay gặp là gan to (50%) và sờ thấy u (30%). Các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu như đau bụng vùng gan, thiếu máu, gầy sút cân và vàng da ít gặp.

Bảng 3. Xét nghiệm huyết học và đông máu

Chỉ số	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất
Hồng cầu (T/l)	4,33 ± 0,59	3,03	6,02
Huyết sắc tố (g/l)	108,43 ± 23,42	72,00	194,00
Bạch cầu (G/l)	10,31 ± 4,13	2,76	24,50
Tiểu cầu (G/l)	441,03 ± 197,20	137,00	894,00
Prothombin (%)	93,73 ± 17,76	71,00	140,00

Đa số bệnh nhân lúc phát hiện bệnh có biểu hiện thiếu máu ở các mức độ khác nhau chiếm 83,3%, nồng độ huyết sắc tố trung bình là 108,43 ± 23,42 g/l. Số lượng tiểu cầu trung bình là 441,03 ± 197,20 G/l thấp nhất là 137 G/l, cao nhất là 894 G/l. Có 11 bệnh nhân tăng tiểu cầu chiếm tỷ lệ 36,7%. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tỷ lệ Prothrombin trong giới hạn bình thường.

Bảng 4. Xét nghiệm sinh hóa máu

Chỉ số sinh hóa	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất
GOT (U/l)	102,75 ± 120,51	26,30	671,80
GPT (U/l)	82,25 ± 137,41	12,90	743,00
Bilirubin (umol/l)	8,59 ± 8,51	1,60	27,60

Protein (g/l)	59,67 ± 10,20	39,40	79,10
Albumin (g/l)	35,64 ± 4,63	25,70	43,10

Phần lớn bệnh nhân có biểu hiện tăng men gan (90% tăng GOT, 53,3% tăng GPT) với giá trị trung bình của GOT là 102,75 ± 120,51 U/l, GPT là 82,25 ± 137,41 U/l. Các bệnh nhân có nồng độ bilirubin, protein, albumin trong giới hạn bình thường.

Ở thời điểm chẩn đoán, nồng độ AFP của 30 bệnh nhân có giá trị trung bình là 217160,7 ± 332114,0 ng/ml, thấp nhất là 575 ng/ml, cao nhất là 1686328,6 ng/ml.

Bảng 5. Nồng độ AFP máu thời điểm chẩn đoán

Nồng độ AFP máu	Tần số	Tỷ lệ %
< 100 ng/ml	0	0,0
100 – 1000000 ng/ml	29	96,7
> 1000000 ng/ml	1	3,3
Tổng	30	100

Phần lớn bệnh nhân có nồng độ AFP tăng chiếm 96,7%, trong đó có một bệnh nhân AFP tăng rất cao > 1000000 ng/ml chiếm 3,3%. Không có bệnh nhân nào có nồng độ AFP < 100 ng/ml ở thời điểm chẩn đoán.

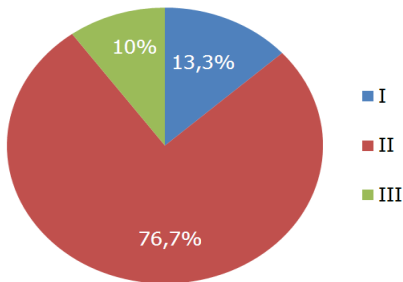
Bảng 6. Kích thước, vị trí và giai đoạn u nguyên bào gan trên CLVT

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %	
Kích thước khối u	≤ 5 cm	18	60,0
	> 5 cm	12	40,0
Số lượng u	1 khối u	29	96,7
	≥ 2 khối u	1	3,3
Vị trí u	Gan phải	21	70,0
	Gan trái	8	26,7
	Gan trái+phải	1	3,3
U đồng nhất		4	13,3
U không đồng nhất		26	86,7
Tổng		30	100,0
Có hoại tử		11	36,7
Không có hoại tử		19	63,3
Tổng		30	100,0
Có vôi hóa		4	13,3
Không có vôi hóa		26	86,7
Tổng		30	100,0
Giảm tỷ trọng trước tiêm		20	66,7
Đồng và tăng tỷ trọng trước tiêm		10	33,3
Tổng		30	100,0
Ngấm thuốc mạnh sau tiêm		20	66,7
Ngấm thuốc kém sau tiêm		10	33,3
Tổng		30	100,0
Đặc điểm xâm lấn mạch máu	Tĩnh mạch chủ dưới	1	3,3
	Tĩnh mạch cửa	1	3,3

Hầu hết các bệnh nhân chỉ có một khối u

(96,7%). Vị trí khối u gặp nhiều nhất ở gan phải (70%). Khối u có kích thước ≤ 5cm chiếm tỷ lệ 60%, các khối u có kích thước > 5cm chiếm tỷ lệ 40%. Đường kính trung bình của khối u là 5,48 ± 2,82cm (dao động từ 2 – 15 cm).

Các khối u thường giảm tỷ trọng không đồng nhất trước tiêm và ngấm thuốc mạnh sau tiêm, 13,3% khối u có vôi hóa và 36,7% có hoại tử trong u. Có 1 trường hợp u xâm lấn tĩnh mạch chủ dưới chiếm tỷ lệ 3,3%, 1 trường hợp u xâm lấn tĩnh mạch cửa gây huyết khối tĩnh mạch cửa phải chiếm 3,3%.



Biểu đồ 1. Phân loại giai đoạn theo PRETEXT

Chiếm tỷ lệ lớn nhất là nhóm PRETEXT II (76,7%), tiếp đến là nhóm PRETEXT I (13,3%), nhóm PRETEXT III chiếm tỷ lệ 10,0% và không có bệnh nhân nào thuộc phân loại nhóm PRETEXT IV.

Bảng 4. Đặc điểm mô bệnh học.

Phân loại	Týp mô bệnh học	Tần số	Tỷ lệ %
Loại biểu mô	Týp biểu mô thai	24	80,0
	Týp hỗn hợp biểu mô phôi – thai	1	3,3
	Týp bề lớn	3	10,0
	Týp tế bào nhỏ không biệt hóa	0	0,0
Loại hỗn hợp biểu mô – trung mô	Týp không có đặc trưng u quái	0	0,0
	Týp có đặc trưng u quái	2	6,7

Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu phần lớn bệnh nhân có giải phẫu bệnh loại biểu mô chiếm tỷ lệ 93,3% so với loại hỗn hợp biểu mô – trung mô là 6,7%.

Trong phân loại biểu mô thì đa số thuộc týp biểu mô thai – 24 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 80%, 1 bệnh nhân có giải phẫu bệnh thể hỗn hợp biểu mô phôi – thai chiếm tỷ lệ 3,3% và 3 bệnh nhân có giải phẫu bệnh là týp bề lớn chiếm 10%. Trong phân loại hỗn hợp biểu mô – trung mô có 2 bệnh nhân giải phẫu bệnh là thể hỗn hợp biểu mô – trung mô có tính chất u quái chiếm 6,7%.

Trong nghiên cứu không gặp bệnh nhân có

thể hỗn hợp biểu mô – trung mô không có tính chất u quái và thể tế bào nhỏ không biệt hóa.

IV. BÀN LUẬN

*Phân bố tuổi, giới trong nhóm nghiên cứu:

Kết quả nghiên cứu này ghi nhận 76,7% UNBG phát hiện ở trẻ ≤ 5 tuổi và 23,3% trường hợp > 5 tuổi. Kết quả này cũng phù hợp với tác giả Anil Darbari (2003) với 91% UNBG được phát hiện ở trẻ ≤ 5 tuổi [4]. Tương tự như nghiên cứu của tác giả Stocker (2000) 90% UNBG phát hiện ở trẻ ≤ 5 tuổi, 4% phát hiện ở tuổi sơ sinh và 10% phát hiện ở trẻ lớn [5]. Yếu tố tuổi có ý nghĩa trong chẩn đoán lâm sàng u nguyên bào gan, chủ yếu gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đây là một trong những đặc điểm giúp chẩn đoán phân biệt u nguyên bào với ung thư biểu mô tế bào gan. Trong nghiên cứu này nam gặp nhiều hơn nữ với tỷ số 1,31: 1 tương tự như các kết quả của Busweiler (2016) nghiên cứu 103 bệnh nhân u nguyên bào gan được phẫu thuật tại Hà Lan từ năm 1990 đến 2013 tỷ lệ nam: nữ là 1,51: 1 [6]. Kết quả này phù hợp với đặc điểm u nguyên bào gan thường gặp nhiều hơn ở nam.

***Triệu chứng lâm sàng:** Triệu chứng hay gặp là gan to (50%) và sờ thấy u (30%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước [7]. Điều này cho thấy triệu chứng sờ thấy u gan là một trong những triệu chứng chính để phát hiện và đưa trẻ đến viện. Đồng thời chứng tỏ u nguyên bào gan thường diễn biến âm thầm, không gây ra những rối loạn đáng kể từ lúc khởi phát chỉ đến khi khối u đủ to để sờ thấy thì mới phát hiện được. Ngoài ra còn gặp các triệu chứng không đặc hiệu như đau bụng vùng gan, thiếu máu, gầy sút cân, vàng da; sự xuất hiện các dấu hiệu bệnh ở trẻ nhỏ nhiều khi rất mơ hồ, vì vậy việc cần thiết phải khám sức khỏe tổng quát, sử dụng các phương tiện cận lâm sàng để hỗ trợ thêm trong chẩn đoán là rất quan trọng.

***Xét nghiệm cận lâm sàng:** Có 83,3% bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu ở mức độ vừa và nhẹ. Kết quả này tương đồng với kết quả của Nguyễn Quang Vinh tỷ lệ bệnh nhân biểu hiện thiếu máu là 73% [8]. Cơ chế chung gây thiếu máu là do giảm sản xuất các protein là nguyên liệu tạo nên tế bào máu. Tuy nhiên triệu chứng thiếu máu ở trẻ em gặp trong rất nhiều bệnh lý khác nhau, đặc biệt là bệnh lý ác tính và các bệnh lý mạn tính cho nên triệu chứng này khó có thể kết luận là một đặc điểm cận lâm sàng riêng cho u nguyên bào gan. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 11 bệnh nhân tăng tiểu cầu chiếm tỷ lệ 36,7% với tổng số lượng tiểu cầu trung bình

của bệnh nhân là $441,03 \pm 197,20$ G/l ($137 - 894$ G/l) tương tự với nghiên cứu của tác giả Stocker và cộng sự nhận 50% bệnh nhân có tăng tiểu cầu trong đó với số lượng tiểu cầu > 800 G/l chiếm tỷ lệ 30% [5], nghiên cứu của Nguyễn Quang Vinh có 45,9% số bệnh nhân tăng tiểu cầu [8], tác giả Lê Thị Thùy Dung tỷ lệ này là 66% [7]. Nguyên nhân tăng tiểu cầu trong u nguyên bào gan là do vai trò của thrombopoietin, IL - 6 và IL - 1 β . Đây cũng là một chỉ số quan trọng cần lưu ý trong chẩn đoán u nguyên bào gan.

Trong nghiên cứu này nồng độ AFP ở thời điểm chẩn đoán có giá trị trung bình là $217160,7 \pm 332114,0$ ng/ml ($575 - 1686328,6$ ng/ml). Phần lớn bệnh nhân có nồng độ AFP cao hơn so với lứa tuổi (chiếm 96,7%), không có bệnh nhân nào có nồng độ AFP lúc phát hiện < 100 ng/ml. Kết quả này tương tự với kết quả của Lê Thị Thùy Dung (2014) nồng độ AFP trung bình là $234140,0$ ng/ml và 96,2% bệnh nhân có nồng độ AFP tăng [7], tuy nhiên trong nghiên cứu của tác giả có 2 bệnh nhân có nồng độ AFP thấp ở thời điểm chẩn đoán (< 100 ng/ml). AFP tăng cao là do được sản xuất bởi các tế bào ung thư. Vì thế có thể dựa vào nồng độ AFP tăng cao như là một yếu tố để chẩn đoán bệnh và theo dõi bệnh tái phát. Nồng độ AFP thấp ngay từ lúc chẩn đoán (< 100 ng/ml) là yếu tố tiên lượng xấu, bệnh nhân nào có đặc điểm này sẽ được xếp vào nhóm nguy cơ cao cần điều trị nhiều đợt hóa chất hơn.

***Đặc điểm hình ảnh u nguyên bào gan trên cắt lớp vi tính:** Kết quả của chúng tôi cho thấy 96,7% bệnh nhân chỉ có một khối u, vị trí khối u gặp nhiều nhất ở gan phải (70%). U có kích thước ≤ 5 cm chiếm tỷ lệ 60%. So sánh với tác giả Stocker 80% bệnh nhân chỉ có 1 khối u, 57% khối u nằm ở gan phải, 15% u nằm ở gan trái và có 20% khối u nằm ở cả 2 thùy [5], tác giả Nguyễn Quang Vinh 75,7% các trường hợp chỉ có 1 khối u, khối u gan phải chiếm tỷ lệ 59,5% [8], chúng tôi nhận thấy các tỷ lệ trên khác nhau không nhiều điều đó phù hợp với biểu hiện chung của u nguyên bào gan, thường tồn tại đơn ổ và nằm ở gan phải. 76,7% khối u thuộc phân loại PRETEXT II tương tự như kết quả của tác giả Lê Thị Thùy Dung nhóm PRETEXT II chiếm 43,4% [7]. Chúng tôi phân loại bệnh nhân theo nhóm PRETEXT vì chi tiết 3 mặt cắt liên quan đến 3 tĩnh mạch gan chia gan làm 4 phần rất có giá trị và cần được lưu ý trong cắt gan, hơn nữa đây là phân loại được sử dụng rộng rãi, đơn giản, hiệu quả, có thể tiên lượng

trước phương pháp phẫu thuật, xác định về giải phẫu phần u gan cắt bỏ cũng như phần gan lành còn lại sau phẫu thuật. Các khối u thường giảm tỷ trọng không đồng nhất trước tiêm và ngấm thuốc mạnh sau tiêm, 13,3% khối u có vôi hóa và 36,7% có hoại tử trong u tương tự với tác giả Nguyễn Đức Hạnh (2014) [9]. Nguyên nhân của sự không đồng nhất và ngấm thuốc mạnh là do khối u lớn và tăng sinh mạch nhiều, bên trong có các ổ hoại tử, chảy máu, vách hóa và các thể kết hợp trung mô hay có vôi hóa dạng thô.

***Đặc điểm mô bệnh học:** Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có kết quả giải phẫu bệnh thuộc loại biểu mô chiếm tỷ lệ 93,3% so với loại hỗn hợp biểu mô - trung mô là 6,7%. Trong phân loại biểu mô thì đa số thuộc tủy biểu mô thai - 24 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 80%. Kết quả của chúng tôi tuy có sự khác biệt với các tác giả Stocker và Trương Đình Khải, nhưng nói chung phân bố cơ bản theo mô bệnh học thì tỷ lệ nhóm biểu mô hoàn toàn chiếm ưu thế hơn so với nhóm hỗn hợp biểu mô - trung mô. Có hai nhóm mô học liên quan đến tiên lượng bệnh là loại biểu mô thai đơn thuần (PFH) tế bào u có hình dạng gần giống tế bào gan và được xếp vào loại mô học thuận lợi và loại biểu mô tế bào nhỏ không biệt hóa (SCUD) tế bào u phát triển hỗn loạn, phân chia, không kết dính với nhau được xếp vào nhóm không thuận lợi.

V. KẾT LUẬN

U nguyên bào gan là loại u gan ác tính thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 5 tuổi. Nam gặp nhiều hơn nữ. Các triệu chứng lâm sàng u nguyên bào gan thường không đặc hiệu hay gặp là gan to và sờ thấy u. Xét nghiệm thường biểu hiện tăng nồng độ AFP máu và tăng tiểu cầu. Đặc điểm hình ảnh trên cắt lớp vi tính là một khối u lớn nằm ở gan phải, giảm tỷ trọng trước tiêm, ngấm thuốc không đồng nhất sau tiêm.

Chiến lược khám sức khỏe định kỳ cho trẻ và vai trò của các phương tiện cận lâm sàng hỗ trợ trong chẩn đoán là rất quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Spector L.G, Jill B. (2012). The Epidemiology of Hepatoblastoma. *Pediatr Blood Cancer*. **59** (5), 776- 779.
2. Alexander J. T., Rebecka L. M., Helen W., et al. (2017). 2017 PRETEXT: radiologic staging system for primary hepatic malignancies of childhood revised for the Paediatric Hepatic International Tumour Trial (PHITT), *Pediatr Radiol*, **48**, 536- 554.
3. Stanley R. Hamilton, Lauri A. Aaltonen, et al. (2000). Hepatoblastoma. *Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System*, World Health Organization Classification of Tumours, **(8)**, 184- 189.

4. Darbari A., Sabin K.M., Shapiro C.N., et al. (2003). Epidemiology of primary hepatic malignancies in U.S. children. *Hepatology* 2008, **38 (23)**, 560- 566.
5. Thomas S.J., Schmidt D. (2000). Hepatoblastoma. *Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System, Tumours of the liver and intrahepatic bile ducts*, (8), 184- 185.
6. Busweiler L.A, Wijnen M.H, Wilde J.C, et al. (2016). Surgical treatment of childhood hepatoblastoma in the Netherlands (1990- 2013). *Pediatr Surg Int*, **33**, 23- 31.
7. Lê Thị Thùy Dung. (2014). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị u nguyên bào gan ở trẻ em. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 41- 42.
8. Nguyễn Quang Vinh. (2006). Hình thái học u nguyên bào gan. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội. 34- 35.
9. Nguyễn Đức Hạnh. (2014). Đặc điểm hình ảnh và giá trị của chụp cắt lớp vi tính hai dãy đầu thu trong chẩn đoán u nguyên bào gan trẻ em. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 36.

TÌNH HÌNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* PHÂN LẬP ĐƯỢC TỪ CÁC LOẠI BỆNH PHẨM TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2019

Lương Thị Hồng Nhung¹, Nguyễn Thị Huyền², Nguyễn Văn Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu: xác định tỷ lệ *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được trên các loại bệnh phẩm và mức độ kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2019 đến tháng 30/9/2019. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được chiếm tỷ lệ cao trên các loại bệnh phẩm: Đờm (46,38%), mũi (23,19%), nước tiểu (14,49%), dịch tỵ hầu (10,14%). Tỷ lệ *P. aeruginosa* phân lập được từ khoa Hồi sức tích cực cao nhất (33,33%). *P. aeruginosa* đề kháng cao với các kháng sinh: Ceftazidime (50%). Các kháng sinh nhóm Quinolon có tỷ lệ đề kháng từ 37,5% – 43,5%. Kháng kháng sinh nhóm Carbapenem với tỷ lệ khá cao: Imipenem (21,2%), Mepropenem (26,6%).

SUMMARY

THE ANTIBIOTIC RESISTANCE OF BACTERIA *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* ISOLATED FROM CLINICAL SPECIMENS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL 2019

Objectives: To determine the rate bacteria *Pseudomonas aeruginosa* isolated from clinical specimens and the level of antibiotic resistance of *Pseudomonas aeruginosa* at Thai Nguyen Central Hospital from 01/01/2019 to 30/9/2019. **Method:** A cross-sectional descriptive study. The clinical specimens were cultured, the *Pseudomonas aeruginosa* were identified, and the antibiotic sensitivity of the bacterial strains were defined

according to CLSI guidelines (2019). **Results:** *Pseudomonas aeruginosa* isolated from clinical specimens highest prevalent: sputum (46,38%), pus (23,19%), Urine (14,49%), Pharyngitis (10,14%). The rates of *P.aeruginosa* isolated from department of intensive care highest prevalent (33,33%). The *P.aeruginosa* antibiotic resistance rates: Ceftazidime (50%), Quinolons (37,5% - 43,5%). The *P.aeruginosa* antibiotic resistance rates: Imipenem (21,2%), Mepropenem (26,6%).

Keyword: *Pseudomonas aeruginosa*, bacteria, antibiotic resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trực khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* là thành viên của họ vi khuẩn *Pseudomonadaceae*, là vi khuẩn gram âm, hiếu khí, di động nhờ có lông. Vi khuẩn này có mặt ở môi trường ngoài cảnh như đất, nước hoặc trên da, niêm mạc của cơ thể người và động vật.

Pseudomonas aeruginosa là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn bệnh viện. Trên thế giới và cả ở Việt Nam, tỉ lệ *P. aeruginosa* gây nhiễm khuẩn bệnh viện trong những năm gần đây ngày một gia tăng. Cùng với sự gia tăng về tỉ lệ nhiễm khuẩn là sự gia tăng về khả năng kháng kháng sinh, hiện nay *P. Aeruginosa* là vi khuẩn kháng đa kháng sinh, và cũng là vi khuẩn có khả năng kháng lại kháng sinh nhóm carbapenem.

Sự gia tăng về khả năng nhiễm khuẩn bệnh viện do *P. aeruginosa* cũng như sự kháng kháng sinh của vi khuẩn này đã làm cho việc sử dụng kháng sinh trong điều trị gặp nhiều khó khăn, đồng thời làm tăng tỉ lệ bệnh tật, tăng tỉ lệ tử vong và tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân.

Theo báo cáo mới nhất của CDC ước tính rằng ở Hoa Kỳ, hơn hai triệu người bị bệnh mỗi

¹Trường Đại học Y-Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Hồng Nhung

Email: nhungvsdhydtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

năm với bệnh nhiễm trùng kháng thuốc kháng sinh thì có ít nhất 23.000 người chết và có khoảng 51.000 ca nhiễm bệnh liên quan đến *P. aeruginosa*. Trong các ca nhiễm bệnh liên quan đến *P. aeruginosa* có hơn 6000 (13%) là đa kháng thuốc, với khoảng 400 ca tử vong do nhiễm trùng [8]. **Mục tiêu:**

1. Xác định tỷ lệ *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được trên các loại bệnh phẩm.
2. Xác định tỷ lệ kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các loại bệnh phẩm: Đờm, mủ, máu, nước tiểu, dịch não tủy tại khoa xét nghiệm Vi sinh, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/1/2019 – 30/9/2019 được nuôi cấy phân lập xác định vi khuẩn. Trong số các loại vi khuẩn phân lập được, lấy tất cả các chủng vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được xác định mức độ nhạy cảm với các loại kháng sinh thường được sử dụng trong bệnh viện bằng phương pháp kháng sinh khuếch tán Kirby- Bauer.

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

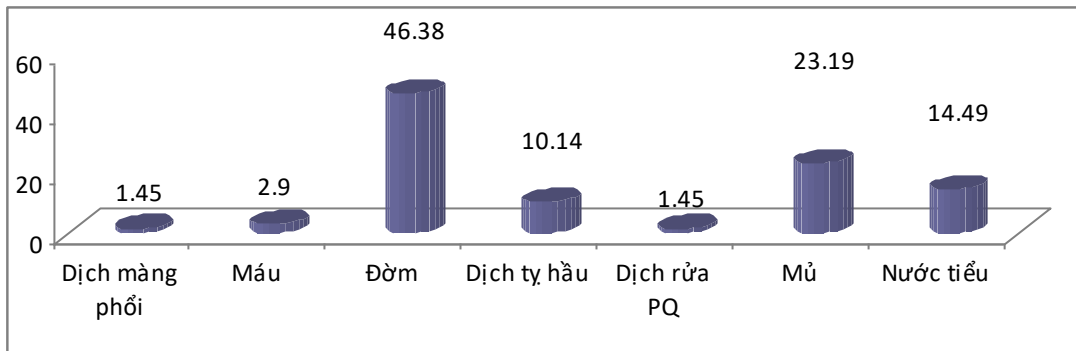
Quy trình nghiên cứu: Các bệnh phẩm nhận về khoa vi sinh được phân loại và nuôi cấy trên môi trường chuyên biệt:

- + Bệnh phẩm là đờm, dịch tỵ hầu, mủ, dịch não tủy, máu: Trên môi trường Thạch máu và chocolate.
- + Bệnh phẩm là nước tiểu: Trên Môi trường Uri select

Trên các môi trường chuyên biệt này chọn khuẩn lạc nhuộm Gram kiểm tra → định danh vi khuẩn bằng các phản ứng sinh hóa, API20NE hoặc máy định danh vi khuẩn tự động Vitek → Xác định tên vi khuẩn gây bệnh → Vi khuẩn phân lập được xác định mức độ nhạy cảm với các loại kháng sinh thường được sử dụng trong bệnh viện bằng phương pháp kháng sinh khuếch tán Kirby-Bauer. Đánh giá kết quả vi khuẩn nhạy cảm, trung gian hay đề kháng sinh bằng đo đường kính vùng ức chế đối chiếu với kết quả kháng sinh đồ thí nghiệm theo tiêu chuẩn CLSI (2019).

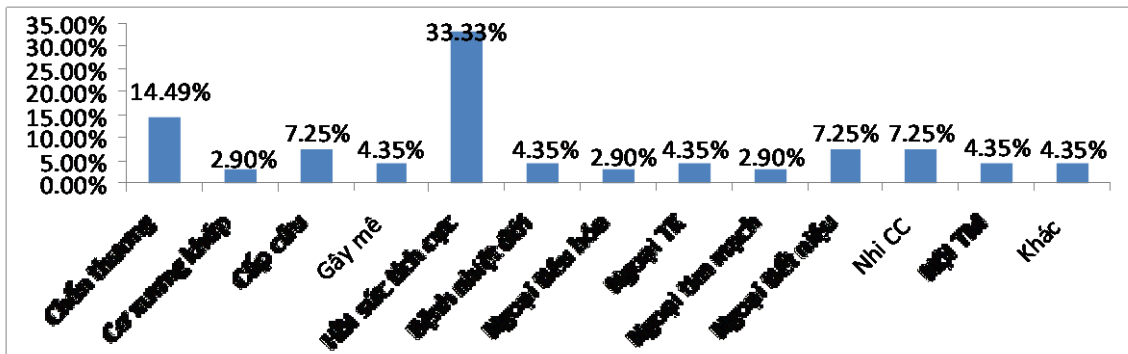
3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm Whonet 5.6 và Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



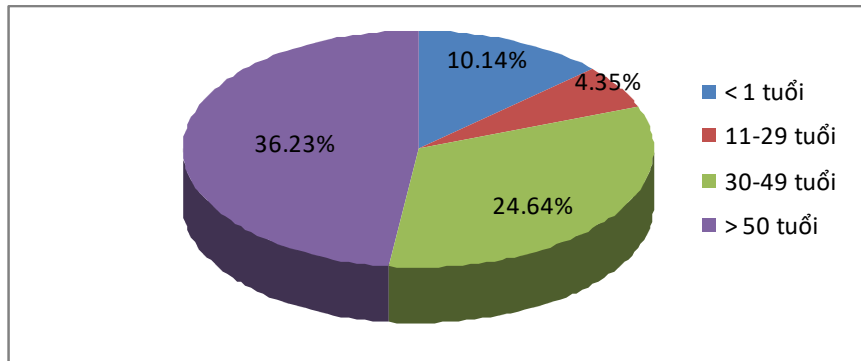
Biểu đồ 1: Tỷ lệ Pseudomonas aeruginosa phân lập được từ các loại bệnh phẩm

Nhận xét: Các loại bệnh phẩm đường hô hấp (Đờm, dịch tỵ hầu), mủ, nước tiểu có tỷ lệ phân lập được *P. aeruginosa* cao hơn so với các loại bệnh phẩm khác.



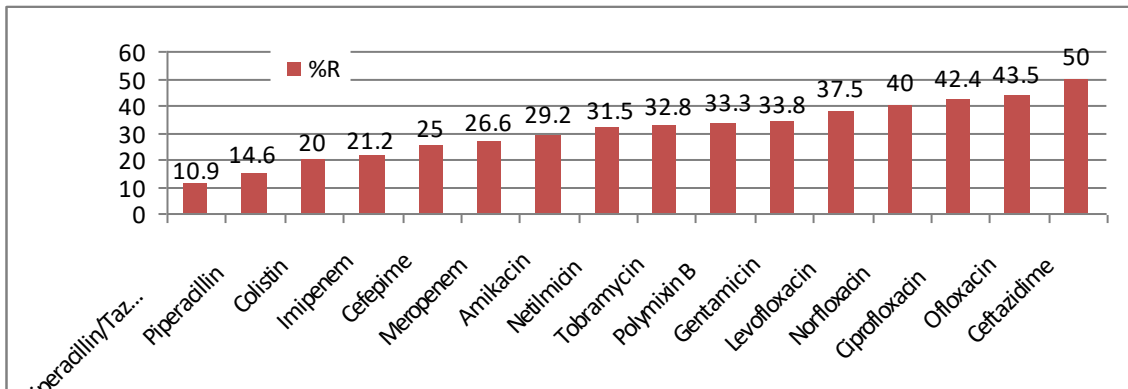
Biểu đồ 2: Tỷ lệ Pseudomonas aeruginosa phân lập được từ các khoa phòng trong bệnh viện

Nhận xét: Tỷ lệ *P. aeruginosa* phân lập được từ các khoa Hồi sức tích cực cao nhất (33,33%), sau đó là khoa chấn thương (14,49%), khoa Nhi cấp cứu và khoa cấp cứu (7,25%).



Biểu đồ 3. Tỷ lệ *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được theo nhóm tuổi.

Nhận xét: Tỷ lệ phân lập được *Pseudomonas aeruginosa* cao nhất ở trẻ em là độ tuổi < tuổi (10,14%), ở người lớn là độ tuổi > 50 tuổi (36,23%).



Biểu đồ 4: Kết quả khảo sát mức độ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa*

Nhận xét: *P. aeruginosa* kháng tất cả các kháng sinh được kiểm tra. Kháng cao nhất với Ceftazidime (50%). Kháng kháng sinh nhóm Carbapenem với tỷ lệ khá cao: Imipenem (21,2%), Meropenem (26,6%).

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được từ các loại bệnh phẩm và từ các khoa phòng: Trong số 69 chủng *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được từ các loại bệnh phẩm, trong đó có 32/69 chủng (46,38%) phân lập được từ bệnh phẩm đờm, 7/69 chủng (10,14%) từ bệnh phẩm dịch tỵ hầu trẻ nhỏ. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phạm Hùng Vân (2009), qua đó chúng ta thấy vi khuẩn *P. aeruginosa* là một trong những tác nhân hàng đầu gây viêm phổi bệnh viện ở trẻ nhỏ cũng như người lớn. Ở Mỹ, theo báo cáo của hệ thống giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện quốc gia, *P. aeruginosa* đứng thứ hai trong số tất cả các tác nhân gây nhiễm trùng bệnh viện liên quan đến bệnh viêm phổi [8].

Ngoài bệnh phẩm đường hô hấp, *P. aeruginosa* được phân lập từ bệnh phẩm mũi cũng

chiếm tỷ lệ khá cao 16/69 chủng (23,19%), nước tiểu 10/69 chủng (14,49%). Hai loại bệnh phẩm này đều chủ yếu từ khoa ngoại chấn thương và ngoại tiết niệu. Như vậy, bệnh nhân bị nhiễm trực khuẩn mũi xanh thường thứ phát sau khi phẫu thuật và bệnh nhân bị bội nhiễm do đặt sonde tiểu, kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu, ở 36 bệnh viện các tỉnh phía Bắc trong năm 2006 – 2007 bao gồm 2 bệnh viện Trung ương, 17 bệnh viện tuyến tỉnh, 17 bệnh viện tuyến huyện cho thấy bệnh nhân mắc nhiễm trùng bệnh viện có 3 loại nhiễm khuẩn chính: viêm phổi (41,9%), nhiễm khuẩn vết mổ (27,5%), nhiễm khuẩn tiêu hóa (13,1%). Căn nguyên chính là *Acinetobacter baumannii* (23,3%) và *Pseudomonas aeruginosa* (31,5%) [3].

Và trong nghiên cứu này tỷ lệ trực khuẩn mũi xanh phân lập được từ các loại bệnh phẩm cũng tương ứng với tỷ lệ trực khuẩn mũi xanh phân lập

được từ các khoa phòng. Các bệnh phẩm đờm, dịch tỵ hầu chủ yếu là từ khoa cấp cứu, nhi cấp cứu và khoa hồi sức tích cực, lấy trên những bệnh nhân có biểu hiện viêm phổi. Ở các khoa phòng này, thường là bệnh nhân nặng, trong quá trình điều trị có sử dụng máy móc thiết bị hỗ trợ hô hấp, mà trực khuẩn mủ xanh là vi khuẩn đa kháng thuốc, có mặt ở ngoài môi trường, mặc dù đã có các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn, nhưng khả năng nhiễm loại vi khuẩn này luôn ở mức độ cao khoa cấp cứu (7,25%), nhi cấp cứu (7,25%) và khoa hồi sức tích cực (33,33%).

Các khoa chấn thương, ngoại tiết niệu cũng là những khoa có tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện cao, thường ở những khoa này bệnh nhân có tổn thương da, mô mềm, phẫu thuật hoặc có thủ thuật đặt sonde bàng quang, vì thế tỷ lệ trực khuẩn mủ xanh phân lập được ở những khoa này cũng có tỷ lệ cao: khoa chấn thương (14,49%), khoa ngoại tiết niệu (7,25%). Tỷ lệ này cao hơn các khoa phòng khác trong bệnh viện, chỉ sau chỉ sau khoa Hồi sức tích cực (33,33%). Kết quả này cũng tương tự với kết quả của một số nghiên cứu đã công bố trước [1],[3].

2. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm *Pseudomonas aeruginosa* theo nhóm tuổi

Trong nghiên cứu này, *P. aeruginosa* phân lập được từ các mẫu bệnh phẩm của các bệnh nhân có độ tuổi khác nhau và kết quả cho thấy: ở trẻ em tỷ lệ phân lập được *P. aeruginosa* cao ở độ tuổi < 1 tuổi (10,14%), các bệnh nhi này đều là những bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi của khoa Nhi cấp cứu. Ở người lớn thì tỷ lệ phân lập được *P. aeruginosa* cao ở độ tuổi > 50 tuổi (36,23%). Điều này cho thấy vi khuẩn mủ xanh là loại vi khuẩn thường gây nhiễm trùng cơ hội, đặc biệt trên những bệnh nhân có sức đề kháng suy giảm. Kết quả này cũng tương tự một số kết quả trên thế giới cũng như ở Việt Nam.[1],[5],[6].

3. Kết quả khảo sát mức độ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa*. Trong những năm gần đây, vấn đề kháng thuốc kháng sinh của vi khuẩn rất được quan tâm. Tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn Gram âm ngày một tăng, một trong số các vi khuẩn Gram âm có mức gia tăng đề kháng kháng sinh cao là trực khuẩn *P. aeruginosa*.

Trong nghiên cứu này, sử dụng 16 loại kháng sinh thuộc 5 nhóm kháng sinh để kiểm tra tình trạng kháng kháng sinh của *P.aeruginosa*. Kết quả cho thấy *P.aeruginosa* đã kháng với tất cả các loại kháng sinh này. Tuy nhiên tỷ lệ kháng khác nhau (từ 10,9% đến 50%). Như vậy,

P.aeruginosa đã kháng đa kháng sinh, những kháng sinh đặc hiệu dùng để điều trị *P. aeruginosa* như Colistin đã bị đề kháng với tỷ lệ 20%, hay kháng sinh nhóm Carbapenem (Imipenem, Meprophenem) cũng có tỷ lệ kháng lần lượt là 21,2% và 26,6%. Mặc dù tỷ lệ kháng kháng sinh của Colistin và nhóm Carbapenem không cao như một số kháng sinh khác trong nhóm kháng sinh được kiểm tra, song đây là vấn đề cần được chú ý trong điều trị các nhiễm trùng do *P. aeruginosa*. Bởi Colistin và kháng sinh nhóm Carbapenem thường được sử dụng cho các nhiễm trùng nặng do các vi khuẩn đa kháng gây ra, khi mà các kháng sinh thông thường đã không còn tác dụng. Kết quả nghiên cứu này gần giống với nghiên cứu Phạm Hùng Vân (2009) [6] là 20,7%, nhưng thấp hơn của Trần Thanh Nga (2012), Hoàng Doãn Cảnh (2014). Có sự khác nhau này là do các chủng *P. aeruginosa* được phân lập ở các bệnh viện khác nhau, ngoài ra nó cũng phụ thuộc vào việc sử dụng kháng sinh của từng bệnh viện.

Ngoài 2 loại kháng sinh nói trên, các kháng sinh còn lại cũng bị kháng: Kháng sinh nhóm Quinolon bị kháng từ 37,5%-43,5%: Levofloxacin (37,5%), Norfloxacin (40%) Ciprofloxacin (42,4%), Ofloxacin (43,5%). Ceftazidim (50%), Gentamycin (33,8), cefepim (25%), amikacin (29,2%), piperacilin/tazobactam (10,9%). Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Chander Anil [6]. So sánh với một số nghiên cứu trước đó thực hiện tại các bệnh viện phía Nam [1],[2] thì thấy rằng tỷ lệ kháng các kháng sinh này trong nghiên cứu đều thấp hơn.

Như vậy, tình hình kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* không giống nhau, nó phụ thuộc vào dịch tể từng vùng, mô hình bệnh nhiễm trùng của từng bệnh viện, việc sử dụng kháng sinh và đặc biệt là phụ thuộc vào tỷ lệ các chủng *P. aeruginosa* có khả năng sản xuất Carbapenemase để kháng lại kháng sinh thuộc nhóm carbapenem.

Qua kết quả nghiên cứu này cho thấy, tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên việc điều trị vi khuẩn *P. aeruginosa* vẫn có những kháng sinh có độ nhạy cảm khá tốt như kháng sinh nhóm penicillin (> 80%). Tuy nhiên, với kháng sinh nhóm Carbapenem và colistin, *P. aeruginosa* đã kháng với tỷ lệ từ 20% - 26,6%, đây là một vấn đề cần được các bác sĩ lâm sàng lưu ý để đưa ra được phác đồ điều trị thích hợp với nhiễm trùng do *P.aeruginosa*.

V. KẾT LUẬN

1. Các loại bệnh phẩm đường hô hấp (Đờm, dịch tỵ hầu), mủ, nước tiểu có tỷ lệ phân lập được *P. aeruginosa* cao hơn so với các loại bệnh phẩm khác: dịch màng phổi, máu, dịch rửa phế quản.

2. Tỷ lệ *P. aeruginosa* phân lập được từ các khoa Hồi sức tích cực cao nhất (33,33%), sau đó là khoa Chấn thương (14,49%), khoa Nhi cấp cứu và khoa cấp cứu (7,25%).

3. *P. aeruginosa* kháng tất cả các kháng sinh được kiểm tra. Kháng cao nhất với Ceftazidime (50%). Kháng kháng sinh nhóm *Carbapenem* với tỷ lệ khá cao: Imipenem (21,2%), Mepropenem (26,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Doãn Cảnh (2014)**. Tình hình kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* phân lập trên bệnh phẩm tại bệnh viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh, *tạp chí khoa học ĐHSPT thành phố HCM*. Số 61 (2014), 156 – 163.
2. **Trần Thanh Nga (2013)**, Tác nhân gây viêm phổi và khuynh hướng đề kháng kháng sinh 2010 – 2012 tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Tài liệu: Hội nghị đề kháng kháng sinh trong viêm phổi cộng đồng và viêm phổi bệnh viện.

3. **Trương Anh Thư (2009)**, Đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai 2008-2009, Nxb Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

4. **Phạm Hùng Văn và nhóm nghiên cứu MIDAS (2010)**, Nghiên cứu đa trung tâm về tình hình đề kháng imipenem và meropenem của trực khuẩn Gram (-) dễ mọc-kết quả trên 16 bệnh viện tại Việt Nam, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 14 (8), tr.279-287.

5. **Centers for Disease Control and Prevention Antibiotic (CDC) (2013)**, resistance threats in the Unnited States.

6. **Chander Anil, Raza Mohammad Shahid (2013)**, Antimicrobial Susceptibility Patterns of *Pseudomonas aeruginosa* clinical isolates at a tertiary care hospital in Kathmandu, Nepal, *Asian Journal of Pharmaceutical and clinical Research*, Vol 6, Suppl 3.

7. **National Committee for Clinical Laboratory Standards (2019)**. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Seventeenth Informational Supplement, Approved Standard M100, 27th ed, NCCLS, Wayne, PA.

8. **Anab Fatima, Syed Baqir Naqvi and Sabahat Jabeen (2012)**, "Antimicrobial susceptibility pattern of clinical isolates of *Pseudomonas aeruginosa* isolated from patients of lower respiratory tract infections", *Springerplus*. 2012; 1(1): 70.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC VI KHUẨN GÂY BỆNH PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Thân Thị Hải Hà¹, Nguyễn Quảng Bắc¹, Nguyễn Vũ Thủy¹, Nguyễn Thùy Dương², Nguyễn Tùng Sơn², Nguyễn Thu Nga²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh phân lập được tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng nghiên cứu:** 5833 hồ sơ vi sinh nuôi cấy vi khuẩn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong giai đoạn 1/2017 – 12/2018. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ là 54,3%, vi khuẩn Gram dương chiếm 45,7%. *E. coli* (29,6%), *S. aureus* (27,0%), *Enterococcus spp.* (10,1%) là 3 tác nhân thường gặp nhất tại bệnh viện. *E. coli* tại bệnh viện kháng cao với các penicilin phổ rộng (>90%), kháng cotrimoxazol, tetracyclin khoảng 70-80%, kháng quinolon khoảng 40%, kháng cephalosporin với tỷ lệ 55 - 75%. *Klebsiella spp.* kháng cao với các penicilin phổ mở rộng (>90%), kháng hầu hết các

cephalosporin > 60%, kháng aminoglycosid > 30%, kháng carbapenem từ 15 – 45%. *Acinetobacter spp.* có tỷ lệ kháng cao > 60% với nhiều loại kháng sinh. *S. aureus* còn nhạy cảm tốt (>75%) với các kháng sinh gentamicin, kháng sinh nhóm quinolon, cotrimoxazol; tỷ lệ MRSA là 96,2%. CoNS có tỷ lệ đề kháng cao ≥ 80% với benzylpenicilin, oxacilin, erythromycin. *Enterococcus spp.* đề kháng cao > 75% với tetracyclin, erythromycin, clindamycin và quinupristin/dalfopristin, xuất hiện 1 chủng kháng vancomycin. **Kết luận:** Cần có báo cáo vi sinh thường qui để hỗ trợ bác sĩ lâm sàng trong việc sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm và xây dựng hướng dẫn điều trị tại cơ sở.

Từ khóa: vi khuẩn, nhiễm khuẩn, kháng kháng sinh, sản phụ khoa. **Chữ viết tắt:** C3G: cephalosporin thế hệ 3, C4G: cephalosporin thế hệ 4; KSD: kháng sinh đồ; MIC: nồng độ ức chế tối thiểu; MRSA: tụ cầu vàng kháng Methicilin

¹Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

²Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thân Thị Hải Hà

Email: thanthihaiha@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2019

Ngày duyệt bài: 8.11.2019

SUMMARY

ANTIBIOTICS RESISTANCE PATTERN AMONG BACTERIA ISOLATED IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: The study described the pattern of antibiotic resistance among the bacteria isolated in

investigated hospital. **Material:** 5833 samples for microbiological culture collected from patients from January 2017 to December 2018. **Method:** Cross-sectional descriptive. **Results:** 54,3% of isolated bacteria were Gram negative, 45,7% were Gram positive. E. coli (29,6%), S. aureus (27,0%), Enterococcus spp. (10,1%) were the most prevalent pathogen. E. coli show high prevalence of resistance to broad-spectrum penicillins (>90%), to cotrimoxazole and tetracycline (70-80%), 40% were resistant to quinolone antibiotics. More than 90% of Klebsiella spp. isolated were resistant to broad-spectrum penicillins, the resistance rate to almost cephalosporins was more than 60%, to aminoglycosides was more than 30% and to carbapenem was about 15 -45%. Acinetobacter spp. was resistant to many antibiotics with high level (>60%). S.aureus was susceptible with many antibiotics, the prevalence of MRSA was 96,2%. CoNS show high resistant level (>80%) with với benzylpenicilin, oxacilin and erythromycin. More than 75% of Enterococcus spp. were resistant to tetracyclin, erythromycin, clindamycin and quinupristin/dalfopristin, one vancomycin-resistant strain was found. **Conclusion:** Resistance pattern of bacteria should be usually evaluated to rationalize the empirical antibiotic choice.

Keywords: bacteria, infection, antibiotic resistance, obstetrics and gynecology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tình trạng kháng kháng sinh luôn là một trong những vấn đề thời sự trên quy mô toàn cầu. Bệnh viện Phụ sản Trung ương là bệnh viện chuyên khoa sản tuyến cuối. Khoa Vi sinh của Bệnh viện, từ năm 2017, đã áp dụng được nhiều kỹ thuật tiên tiến trong xét nghiệm vi sinh. Tuy nhiên, bệnh viện chưa có báo cáo vi sinh định kỳ, cũng như chưa có nghiên cứu về tình hình đề kháng kháng sinh để hỗ trợ cho các bác sĩ lâm sàng trong việc sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm cũng như trong việc xây dựng hướng dẫn sử dụng kháng sinh tại cơ sở. Trước thực trạng đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh phân lập được tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ vi sinh nội trú có kết quả dương tính nuôi cấy vi khuẩn, có kết quả định danh vi khuẩn tại khoa Vi sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong giai đoạn 1/2017 – 12/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

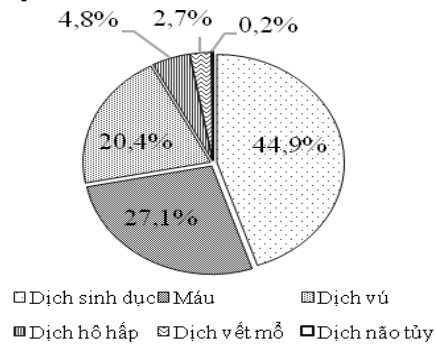
2.3. Cỡ mẫu: Kỹ thuật lấy mẫu thuận tiện không xác suất, lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Excel 2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn 1/2017 – 12/2018, từ 5833 hồ sơ vi sinh nuôi cấy vi khuẩn lưu trữ tại phần mềm Labcom thu được 584 hồ sơ phân lập được vi khuẩn. Tiến hành thu thập kết quả KSD của các mẫu này, chúng tôi thu được 335 kết quả kháng sinh đồ.

3.1. Đặc điểm các mẫu bệnh phẩm phân lập được vi khuẩn



Hình 1. Tỷ lệ các mẫu bệnh phẩm phân lập được vi khuẩn (N=584)

Các vi khuẩn được phân lập chủ yếu ở ba mẫu bệnh phẩm là máu, dịch sinh dục, dịch vú. Trong khi, mẫu bệnh phẩm dịch hô hấp, dịch vết mổ và dịch não tủy chiếm một lượng nhỏ (Hình 1). Hầu hết các mẫu chỉ nhiễm 1 chủng vi khuẩn (94,7%).

3.2. Kết quả các vi khuẩn phân lập được tại bệnh viện. Vi khuẩn Gram âm chiếm 54,3%, vi khuẩn Gram dương chiếm 45,7%. Trong đó, E. coli (29,6%) và S. aureus (27,0%) là 2 tác nhân thường gặp nhất. Tiếp đến, Enterococcus spp. chiếm 10,1% bao gồm 3 loài là E. faecalis (90,3%), E. faecium (8,1%), E. avium (1,6%). Một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp khác là Klebsiella spp. (7,2%) (gồm chủ yếu là K.pneumoniae), CoNS (4,7%) (chủ yếu là S. epidermidis), Acinetobacter spp. (3,1%) (chủ yếu là A. baumannii) (Bảng 1).

Bảng 1. Các vi khuẩn phân lập được tại bệnh viện

STT	Chủng vi khuẩn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
A	Vi khuẩn Gram âm	337	54,3
1	Escherichia coli	182	29,6
2	Klebsiella spp.	44	7,2
3	Acinetobacter spp.	19	3,1
4	Enterobacter spp.	17	2,8
5	Serratia marcescens	16	2,6

6	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	14	2,3
7	<i>Moraxella group</i>	12	2,0
8	Vi khuẩn Gram âm khác (<10 cá thể)	33	5,4
B	Vi khuẩn Gram dương	278	45,7
1	<i>Staphylococcus aureus</i>	166	27,0
2	<i>Enterococcus spp.</i>	62	10,1

3	Coagulase-negative <i>Streptococcus</i> (CoNS)	29	4,7
4	<i>Streptococcus agalactiae</i>	18	2,9
5	Vi khuẩn Gram dương khác	3	0,5
	Tổng	615	100

3.3. Mức độ kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp

3.3.1. Mức độ kháng kháng sinh của một số vi khuẩn Gram âm

Bảng 3. Mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn Gram âm

Tên kháng sinh/thử nghiệm	<i>Escherichia coli</i>		<i>Klebsiella spp.</i>		<i>Acinetobacter spp.</i>	
	N	Kháng (%)	N	Kháng (%)	N	Kháng (%)
Ampicilin	107	100 (93,5%)	22	22 (100%)	9	9 (100%)
Ticarcilin	31	29 (93,5%)	12	12 (100%)	-	-
Piperacilin	30	28 (93,3%)	12	11 (91,7%)	-	-
Amoxicilin/acid clavulanic	72	22 (30,6%)	11	7 (63,6%)	6	6 (100%)
Ampicilin/Sulbactam	71	41 (57,7%)	17	12 (70,6%)	9	6 (66,7%)
Piperacilin/tazobactam	100	7 (7,0%)	31	8 (25,8%)	7	6 (85,7%)
Cefazolin	70	51 (72,9%)	17	12 (70,6%)	9	5 (55,6%)
Cefuroxim	34	20 (58,8%)	4	4 (100%)	5	5 (100%)
Cefazidim	129	89 (69%)	31	19 (61,3%)	12	9 (75%)
Ceftriaxon	63	40 (63,5%)	15	10 (66,7%)	9	6 (66,7%)
Cefotaxim	35	21 (60%)	6	2 (33,3%)	-	-
Cefepim	130	84 (64,6%)	29	19 (65,5%)	12	9 (75%)
Aztreonam	31	27 (87,1%)	9	6 (66,7%)	-	-
Ertapenem	103	2 (1,9%)	23	7 (30,4%)	-	-
Doripenem	36	3 (8,3%)	11	2 (18,2%)	-	-
Meropenem	65	2 (3,1%)	18	5 (27,8%)	-	-
Imipenem	102	3 (2,9%)	22	8 (36,4%)	9	4 (44,4%)
Gentamicin	134	54 (40,3%)	33	15 (45,5%)	13	7 (53,8%)
Amikacin	93	3 (3,2%)	30	10 (33,3%)	8	4 (50%)
Tobramycin	93	17 (18,3%)	27	17 (63,0%)	12	4 (33,3%)
Norfloxacin	34	14 (41,2%)	6	0 (0,0%)	-	-
Ciprofloxacin	134	54 (40,3%)	34	3 (8,8%)	13	7 (53,8%)
Levofloxacin	99	39 (39,4%)	28	2 (7,1%)	12	4 (33,3%)
Tetracyclin	35	30 (85,7%)	4	2 (50,0%)	-	-
Colistin	25	0 (0,0%)	8	0 (0,0%)	2	0 (0%)
Fosfomycin	26	0 (0,0%)	4	1 (25,0%)	1	1 (100%)
Nitrofurantoin	104	1 (1,0%)	34	10 (29,4%)	9	9 (100%)
Cotrimoxazol	130	102 (78,5%)	23	4 (17,4%)	9	3 (33,3%)
Sinh ESBL	105	59 (56,2%)	23	8 (34,8%)	-	-

Ghi chú: -: không có dữ liệu

E. coli đã kháng cao với các kháng sinh penicilin phổ rộng > 90%, kháng cotrimoxazol và tetracyclin với tỷ lệ khoảng 75 – 85%, kháng quinolon với tỷ lệ khoảng 40%. Các cephalosporin có tỷ lệ đề kháng khoảng 55 - 75% kể cả các C3G, C4G. Aztreonam cũng có tỷ lệ đề kháng cao 87,1%. Các kháng sinh còn nhạy cảm tốt là amikacin và các kháng sinh carbapenem. Trong các kháng sinh penicilin phối hợp chất ức chế betalactamase, vi khuẩn còn nhạy cảm tốt với piperacilin/tazobactam. Tỷ lệ sinh ESBL ở *E. coli* là 56,2%.

Klebsiella spp. kháng cao với các kháng sinh penicilin phổ mở rộng > 90%, kháng hầu hết các cephalosporin với tỷ lệ kháng thuốc > 60%, kháng aminoglycosid > 30%, kháng carbapenem từ 20 – 45%. Vi khuẩn còn nhạy cảm tốt với kháng sinh quinolon. Tỷ lệ sinh ESBL ở *Klebsiella spp.* là 34,8%.

Acinetobacter spp. gần như kháng hoàn toàn với các kháng sinh ampicilin, amoxicilin/acid clavulanic, cefazolin, cefuroxim, nitrofurantoin. Chúng cũng kháng cao (> 60%) với ceftriaxon (66,7%), ceftazidim (66,7%), cefepim (75%),

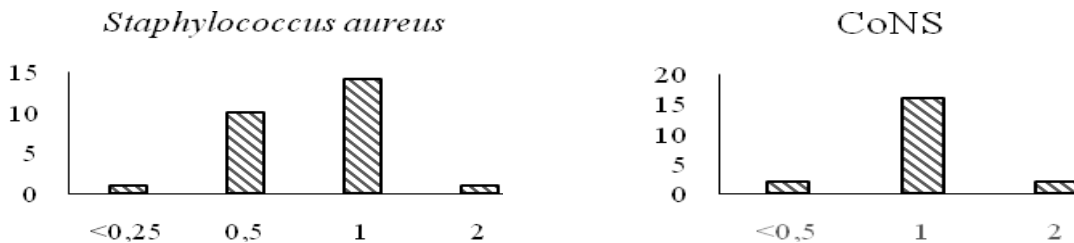
ampicillin/sulbactam (66,7%), còn nhạy cảm tốt với co-trimoxazol, chưa xuất hiện chủng kháng colistin.
 piperacilin/tazobactam (85,7%)
 khiimipenem bị đề kháng 44,4%. Vi khuẩn vẫn

3.3.2. Mức độ kháng kháng sinh của một số vi khuẩn Gram dương

Bảng 4. Mức độ kháng kháng sinh của vi khuẩn Gram dương

Tên kháng sinh/thử nghiệm	S.aureus		CoNS		Enterococcus	
	N	Kháng (%)	N	Kháng (%)	N	Kháng (%)
Benzylpenicilin	24	24 (100%)	18	17 (94,4%)	26	3 (11,5%)
Oxacilin	27	24 (88,9%)	20	18 (90%)	34	6 (17,6%)
Amoxicilin/acidclavulanic	2	0 (0%)	-	-	-	-
Cefotaxim	2	0 (0%)	-	-	-	-
Cefepim	1	1 (100%)	-	-	-	-
Imipenem	2	0 (0%)	-	-	-	-
Streptomycin	-	-	-	-	33	11 (33,3%)
Gentamicin	26	4 (15,4%)	20	4 (20,0%)	34	17 (50%)
Tobramycin	1	0 (0,0%)	-	-	-	-
Ciprofloxacin	28	3 (10,7%)	20	12 (60,0%)	34	7 (20,6%)
Levofloxacin	29	2 (6,9%)	20	6 (30,0%)	33	7 (21,2%)
Moxifloxacin	27	1 (3,7%)	20	1 (5,0%)	28	6 (21,4%)
Tetracyclin	24	15 (62,5%)	20	7 (35,0%)	33	29 (87,9%)
Nitrofurantoin	25	0 (0,0%)	18	0 (0,0%)	31	0 (0%)
Erythromycin	28	25 (89,3%)	19	16 (84,2%)	31	23 (74,2%)
Clindamycin	32	27 (84,4%)	20	11 (55,0%)	26	25 (96,2%)
Quinupristin/Dalfopristin	26	1 (3,8%)	20	0 (0,0%)	32	26 (81,3%)
Vancomycin	28	0 (0,0%)	20	0 (0,0%)	31	1 (3,2%)
Cotrimoxazol	27	3 (11,1%)	20	5 (25,0%)	-	-
Rifampicin (hoặc Rifamycin)	20	0 (0,0%)	16	6 (37,5%)	-	-
Methicilin	26	25 (96,2%)	17	19 (89,5%)	-	-

Ghi chú: - : không có dữ liệu



Hình 2. Giá trị MIC của S.aureus và CoNS với vancomycin

S.aureus tại bệnh viện đã kháng hoàn toàn với benzylpenicilin (100%); kháng cao (70 - 90%) với oxacilin, erythromycin, clindamycin; kháng tetracyclin 50 - 65%; chưa có trường hợp nào kháng với vancomycin, rifampicin, nitrofurantoin, colistin. Các kháng sinh còn lại là gentamicin, ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin, cotrimoxazol còn khá nhạy cảm. Phần lớn S.aureus đều kháng methicilin (MRSA) (96,2%), giá trị MIC với vancomycin chủ yếu nằm trong khoảng 0,5 - 1 µg/mL.

CoNS có tỷ lệ đề kháng cao ≥ 80% với các kháng sinh: benzylpenicilin, oxacilin, erythromycin; cụ thể tỷ lệ đề kháng toàn viện

của benzylpenicilin là 94,4%, oxacilin là 90,0%, erythromycin là 84,2%. Tỷ lệ đề kháng methicilin của vi khuẩn CoNS tại viện là 89,5%, không có trường hợp nào đề kháng với vancomycin các giá trị MIC thu được đều ≤ 2 µg/mL (nhạy cảm khi MIC ≤ 4 µg/mL).

Enterococcus spp. đề kháng cao với tetracyclin, erythromycin, clindamycin và quinupristin/dalfopristin với tỷ lệ > 75%. Vi khuẩn còn khá nhạy cảm > 80% với kháng sinh benzylpenicilin, ampicilin, fluoroquinolon, nhạy cảm hoàn toàn với kháng sinh nitrofurantoin, tuy nhiên đã xuất hiện 1 chủng E. faecalis kháng vancomycin.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm các vi khuẩn phân lập được tại bệnh viện. Vi khuẩn Gram âm chiếm 54,3%, vi khuẩn Gram dương chiếm 45,7%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Từ Dũ 6 tháng đầu năm 2014, 51,0% số vi khuẩn phân lập được là vi khuẩn Gram âm, vi khuẩn Gram dương chiếm 49,0% [1].

Ba tác nhân thường gặp nhất tại bệnh viện là *E. coli* (29,6%), *S. aureus* (27%), *Enterococcus spp.* (10,1%). Chúng chiếm hơn 60% các chủng vi khuẩn gây bệnh phân lập được. Kết quả khảo sát tại Bệnh viện Từ Dũ cũng cho thấy *E. coli* là tác nhân gây nhiễm khuẩn hàng đầu chiếm 29,3% trong số tác nhân gây nhiễm khuẩn tại đây [1].

4.2. Về mức độ kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp

4.2.1. Mức độ kháng kháng sinh của một số vi khuẩn Gram âm

Mức độ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn E. Coli. Vi khuẩn *E. coli* là vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu, đây là tác nhân quan trọng trong nhiễm khuẩn sản phụ khoa. Tại viện, vi khuẩn đề kháng cao với các kháng sinh penicilin phổ rộng ($\geq 90\%$), kháng cotrimoxazol và tetracyclin khoảng 70 - 80%, kháng cephalosporin $> 60\%$ (kể cả C3G và C4G). Aztreonam là kháng sinh có hoạt tính rất mạnh trên các vi khuẩn thuộc họ Enterobacteriaceae cũng có tỷ lệ đề kháng cao (87,1%). Kết quả các công trình nghiên cứu khác ở nước ta cho thấy kết quả tương tự [4], [5]. Các vi khuẩn thuộc họ Enterobacteriaceae kháng với C3G, C4G và aztreonam thường có liên quan đến khả năng sinh ESBL [6]. Tại bệnh viện, tỷ lệ *E. coli* sinh ESBL khá cao (56,2%). Các chủng sinh ESBL tại đây không chỉ kháng cephalosporin mà còn kháng các kháng sinh khác như quinolon và aminoglycosid.

Mức độ đề kháng kháng sinh của Klebsiella spp. Kết quả cho thấy vi khuẩn kháng cao với các kháng sinh penicilin phổ mở rộng ($> 90\%$), trên 60% vi khuẩn kháng các cephalosporin, tỷ lệ sinh ESBL là 34,8%. Carbapem là kháng sinh ưu tiên lựa chọn trong các trường hợp vi khuẩn sinh ESBL, tuy nhiên, tại bệnh viện, vi khuẩn kháng carbapenem với tỷ lệ cao (khoảng 15 - 45%). Điều này có thể giải thích do các chủng vi khuẩn *Klebsiella* phân lập được chủ yếu ở khoa Sơ sinh. Trong khi đó, tại Việt Nam, tình hình CRE trên trẻ sơ sinh đáng báo động, đặc biệt trên *Klebsiella*. Nghiên cứu đa trung tâm của tác giả Lê Kiến Ngãi cho thấy: tại bệnh viện Nhi Trung ương, trong số 283 trẻ sơ sinh nhập viện, tỷ lệ CRE là 30,03%, trong đó tỷ lệ *Klebsiella* kháng carbapenem là 55,3% [2].

Mức độ đề kháng kháng sinh của Acinetobacter spp. *Acinetobacter spp.* chỉ được phân lập tại khoa Sơ sinh của bệnh viện, có mức độ đề kháng cao $> 60\%$ với nhiều loại kháng sinh, nhạy cảm tương đối với imipenem (56,6%), nhạy cảm tốt với cotrimoxazol (75%) và chưa xuất hiện các chủng kháng colistin. Tại các bệnh viện khác, vi khuẩn cũng kháng với hầu hết các kháng sinh với tỷ lệ đề kháng của vi khuẩn cao hơn kết quả tại bệnh viện chúng tôi nghiên cứu. Nghiên cứu tại viện Pasteur (tp Hồ Chí Minh), cho thấy tỉ lệ kháng kháng sinh là rất cao, hầu hết kháng trên 90% các kháng sinh được thử nghiệm kể cả imipenem (96,7%) [3].

4.2.2. Mức độ kháng kháng sinh của một số vi khuẩn Gram dương

Mức độ đề kháng kháng sinh của Staphylococcus aureus. *S. aureus* là vi khuẩn được phân lập nhiều thứ 2, tuy nhiên, kết quả KSD chúng tôi thu được chỉ đại diện 18,1% chủng gây bệnh. Vi khuẩn đã kháng hoàn toàn với benzylpenicilin (100%); kháng cao (70 - 90%) với oxacilin, erythromycin, clindamycin. Đặc biệt, tỷ lệ MRSA tại bệnh viện cao đáng báo động (96,2%). Tại nước ta năm 2011, tỷ lệ MRSA báo cáo trên đối tượng bệnh nhân nhiễm khuẩn bệnh viện là 74,1% [8]. Vancomycin là kháng sinh được sử dụng trong trường hợp MRSA. Chưa có trường hợp nào kháng vancomycin và giá trị MIC nằm chủ yếu $\leq 1\mu\text{g/mL}$.

Mức độ đề kháng kháng sinh của CoNS. Vi khuẩn CoNS có tỷ lệ đề kháng cao $\geq 80\%$ ở toàn viện với các kháng sinh benzylpenicilin, oxacillin, nhưng chưa có trường hợp nào kháng vancomycin. Kết quả báo cáo tại Bệnh viện Từ Dũ cũng cho thấy vi khuẩn kháng cao $> 90\%$ với các kháng sinh nhóm betalactam [1]. Tại bệnh viện, tỷ lệ CoNS kháng methicilin khá cao 89,5%, cao hơn một số nghiên cứu khác trên thế giới (khoảng 60%) [7].

Mức độ đề kháng kháng sinh của Enterococcus spp. *Enterococcus spp.* trong nghiên cứu bao gồm chủ yếu là *E. faecalis*. Kết quả cho thấy vi khuẩn đề kháng cao với tetracyclin, erythromycin, clindamycin và quinupristin/dalfopristin với tỷ lệ $> 75\%$. Theo khuyến cáo của WHO, ampicilin là kháng sinh lựa chọn hàng đầu cho các chủng *Enterococcus*. Tại bệnh viện, vi khuẩn còn nhạy cảm với ampicillin, benzylpenicilin (tỷ lệ kháng thuốc lần lượt chỉ là 17,6% và 11,5%). Tuy nhiên, đã xuất hiện một chủng kháng vancomycin.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy mức

độ kháng kháng sinh tương đối cao của một số chủng vi khuẩn gây bệnh phân lập được tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, đặc biệt với một số kháng sinh đầu tay và kháng sinh dự trữ. Những nghiên cứu về tình hình kháng kháng sinh tại bệnh viện cần được tiếp tục thực hiện, góp phần tối ưu hóa lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm trong điều trị các bệnh lý nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thúy Anh (2014), "Tình hình đề kháng kháng sinh tại bệnh viện Từ Dũ 6 tháng đầu năm 2014", Bản tin thông tin thuốc tháng 9/2014, tr. 1- 8.
2. Lê Kiên Ngãi (2017), Vi khuẩn đường ruột kháng carbapenem (Carbapenem Resistant Enterobacteriaceae - CRE) có tỷ lệ mang cao trên người bệnh nội trú và lan truyền nhanh chóng trong bệnh viện.
3. Ngô Thị Hồng Phương, Nguyễn Quốc Hiệu, và cộng sự (2013), "Tình hình kháng kháng sinh của Acinetobacter baumannii phát hiện được tại viện Pasteur tp Hồ Chí Minh", Tạp chí khoa học ĐHSP TP Hồ Chí Minh, số 47/2013, tr. 112-118.
4. GARP Việt Nam (2009), Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009, Dự án toàn cầu về kháng kháng sinh GARP Việt Nam và Đơn vị nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford, tr. 12-15.
5. Biedenbach D. J., Bouchillon S. K., et al. (2014), "Antimicrobial susceptibility and extended-spectrum beta-lactamase rates in aerobic gram-negative bacteria causing intra-abdominal infections in Vietnam: report from the Study for Monitoring Antimicrobial Resistance Trends (SMART 2009-2011)", Diagn Microbiol Infect Dis, 79(4), pp. 463-7.
6. Codjoe Francis S., Donkor Eric S. (2017), "Carbapenem Resistance: A Review", Medical sciences (Basel, Switzerland), 6(1), p. 1.
7. Shivanna V., Sunkappa S. R., et al. (2016), "The rising trend of coagulase-negative staphylococci in neonatal septicemia", Indian J Pathol Microbiol, 59(4), pp. 510-512.
8. Song J. H., Hsueh P. R., et al. (2011), "Spread of methicillin-resistant Staphylococcus aureus between the community and the hospitals in Asian countries: an ANSORP study", J Antimicrob Chemother, 66(5), pp. 1061-9.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA HỘI CHỨNG NGỦ NGÁY VỚI MỘT SỐ BỆNH LÝ TẠI MŨI HỌNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Ngọc Anh*, Trần Duy Ninh*, Nguyễn Công Hoàng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mối liên quan giữa hội chứng ngủ ngáy với một số bệnh lý tại mũi họng tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình 40,56. Tỷ lệ giới: nam/nữ: 2,2/1. BMI \geq 23 chiếm 76,25%. Điểm SSS trung bình: $7,03 \pm 1,52$. Triệu chứng cơ năng: Thở bằng miệng, khô miệng khi ngủ (67,25%), ngạt mũi khi ngủ (50%), đi tiểu đêm (50%), trở mình ban đêm (53,75%). Bệnh lý mũi gây ngủ ngáy: Quá phát cuốn dưới (33,75%), vẹo vách ngăn (33,75%), viêm mũi dị ứng (25%). Bệnh lý họng gây ngủ ngáy: Mallampati độ III (43,75%), amyđan quá phát (83,75%), quá phát Amyđan đáy lưỡi (11,25%), lưỡi to, dày, tụt ra sau (3,75%). **Kết luận:** Ngủ ngáy là bệnh lý hay gặp lứa tuổi trung niên, giới nam, BMI \geq 23. Triệu chứng hay gặp là khô miệng khi ngủ, ngạt mũi khi ngủ và đi tiểu đêm. Bệnh lý mũi họng là nguyên nhân hay gặp của ngủ ngáy.

Từ khóa: ngủ ngáy, bệnh lý tại mũi họng, điểm SSS, bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

SUMMARY

TO STUDY THE RELATIONSHIP BETWEEN

*Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Anh
Email: Nguyenthingocanh@tnmc.edu.vn
Ngày nhận bài: 5.9.2019
Ngày phản biện khoa học: 6.11.2019
Ngày duyệt bài: 12.11.2019

SNORING SYNDROME AND SOME ENT DISEASES AT THAI NGUYEN GENERAL HOSPITAL

Objectives: To study the relationship between snoring syndrome and some ENT diseases at Thai Nguyen General Hospital. **Methods:** study cross-sectional description. **Results:** Mean age was 40,56. Gender ratio: male/female: 2.2/1. BMI \geq 23 (76.25%). Average SSS score: 7.03 ± 1.52 . The main physical symptoms: Breathing by mouth, dried mouth when sleeping (67.25%), stuffy nose when sleeping (50%), urinating at night (50%), turning at night (53.75%). Diseases of the nose causing snoring: nasal turbinates (33.75%), deviated nasal septum (33.75%), allergic rhinitis (25%). Diseases of the throat that causes snoring: Mallampati level III (43.75%); tonsil enlargement (83.75%); tonsillitis of the tongue enlargement (11.25%); large, thick tongue, falling behind (3,75%). **Conclusion:** Snoring is a common disease at the middle-aged, male, BMI \geq 23. The main physical symptoms are , dried mouth when sleeping, stuffy nose when sleeping and urinating at night. Nasopharyngeal diseases are a common cause of snoring.

Key words: snoring, ENT, SSS score, Thai Nguyen General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngáy là âm thanh được tạo ra trong giấc ngủ, do sự rung động niêm mạc đường hô hấp trên khi có luồng không khí đi qua chỗ hẹp. Ngáy thường phát ra ở thì hít vào nhưng đôi khi lẫn với cả thì thở ra [4]. Ngáy có thể có nhiều mức

độ khác nhau nhưng thông thường bệnh nhân (BN) không tự cảm nhận được tiếng ngáy của mình. Ngủ ngáy là một tình trạng bệnh lý gây ra bởi nhiều nguyên nhân trong đó chủ yếu là các nguyên nhân vùng mũi họng. Hội chứng ngủ ngáy có thể đưa tới hội chứng ngưng thở trong khi ngủ đồng thời làm tăng tỷ lệ tai biến mạch não và nhồi máu cơ tim nếu không được điều trị kịp thời. BN ngủ ngáy có thể đến khám ở rất nhiều chuyên khoa khác nhau như thần kinh, lão khoa, tai mũi họng, hô hấp, răng hàm mặt. Dù BN đến khám ở bất kỳ chuyên khoa nào, cũng phải được hội chẩn với chuyên khoa Tai Mũi Họng để tìm nguyên nhân. Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên tỷ lệ BN có hội chứng ngủ ngáy khám ngày càng tăng, tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào tổng kết và đánh giá về bệnh lý này về mối liên quan với các bệnh lý tai mũi họng. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng của hội chứng ngủ ngáy.*
- *Nghiên cứu mối liên quan giữa hội chứng ngủ ngáy với một số bệnh lý tai mũi họng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Đối tượng: 80 BN ngủ ngáy dựa trên lời kể của BN và người ngủ cùng, được khám hoặc

điều trị tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

- Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:
+ Các BN được chẩn đoán xác định hội chứng ngủ ngáy (dựa vào bảng câu hỏi giấc ngủ gồm 22 câu hỏi tự đánh giá. Nếu > 8 câu trả lời "có" kết luận có rối loạn thở khi ngủ [4]) được khám hoặc điều trị tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 01/2019 đến 10/2019.

+ BN và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn loại trừ: BN và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 10 năm 2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang từng trường hợp.

2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Bộ nội soi tai mũi họng có chụp ảnh.

2.4. Các chỉ số nghiên cứu

*Đặc điểm lâm sàng của BN ngủ ngáy
- Một số đặc điểm chung: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể, vòng cổ.

- Đặc điểm giấc ngủ

+ Thời gian diễn biến bệnh.

+ Mức độ ngáy: sử dụng thang điểm SSS (Snoring Severity Scale), gồm 3 câu hỏi để đánh giá độ to của tiếng ngáy, tần suất ngáy và thời gian ngáy [1].

Điểm	Tần suất ngáy	Thời gian ngáy	Mức độ to của tiếng ngáy
3	Hàng đêm	Cả đêm	Có thể nghe thấy từ tầng dưới
2	Trên 50% số đêm ngủ	Trên 50% đêm ngủ	Có thể nghe thấy ở phòng bên cạnh
1	Dưới 50% số đêm ngủ	Dưới 50% đêm ngủ	Có thể nghe ở trong cùng phòng
0	Hiếm khi hoặc không	Rất ngắn hoặc không	Rất khó nghe thấy

+ Triệu chứng lâm sàng thường gặp: Các triệu chứng ban ngày (đau đầu buổi sáng, buồn ngủ quá nhiều ban ngày, thiếu năng lượng, mệt mỏi ban ngày, giảm tập trung, trí nhớ), các triệu chứng ban đêm (cảm giác ngưng thở, ngạt thở, ngưng thở khi ngủ được chứng kiến, ngủ không ngon giấc, có thể đi tiểu đêm, ngạt mũi, khô miệng, hay trở mình ban đêm) [1], [2], [6].

+ Tiền sử bệnh tật: Đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh về tim mạch, rối loạn chuyển hóa lipid, viêm, trào ngược dạ dày, bệnh về tuyến giáp.

+ Triệu chứng thực thể: Xác định một số nguyên nhân gây ngủ ngáy qua nội soi tai mũi họng.

- Mũi xoang: Dị hình vách ngăn, quá phát cuốn dưới, xoang hơi cuốn giữa, polyp mũi, viêm đa xoang mạn tính, viêm mũi dị ứng, vẹo sống mũi, khối u ở hốc mũi...

- Họng mũi: mức độ quá phát V.a, phân thành 4 độ theo hiệp hội nhi khoa thế giới, dựa

theo mức độ che lấp cửa mũi sau của VA, với mốc từ bờ trên của cửa mũi sau tới trần vòm mũi họng: độ I (VA < 25% cửa mũi sau), độ II (25% cửa mũi sau ≤ VA < 50% cửa mũi sau), độ III (50% cửa mũi sau ≤ VA < 75% cửa mũi sau), độ IV (75% cửa mũi sau ≤ VA) [3],[8].

- Họng miệng:

+ Đánh giá kích thước eo họng, dựa vào phân độ Mallampati [3]: có 4 phân độ, dựa trên việc quan sát lưỡi gà, khẩu cái mềm, trụ trước và trụ sau Amydan: Mallampati độ I (nhìn rõ lưỡi gà, khẩu cái mềm, trụ trước và trụ sau Amydan), Mallampati độ II (nhìn được lưỡi gà, khẩu cái mềm, không quan sát được Amydan), Mallampati độ III (chỉ quan sát được khẩu cái mềm và phần gốc của lưỡi gà), Mallampati độ IV (không quan sát được khẩu cái mềm và lưỡi gà).

+ Amydan quá phát có 4 mức độ dựa vào tỷ lệ của Amydan so với họng miệng (khoảng cách

giữa hai trụ trước): độ 0 (Amyđan nằm ở trong hốc), độ 1 (Amyđan chiếm < 25% khoảng cách giữa hai trụ trước), độ 2 (Amyđan chiếm từ 25-50% khoảng cách giữa hai trụ trước), độ 3 (Amyđan chiếm từ 50-75% khoảng cách giữa hai trụ trước), độ 4 (Amyđan chiếm trên 75% khoảng cách giữa hai trụ trước) [3], [8].

+Quá phát Amyđan đày lưỡi. Lưỡi to,đầy, bị tụt ra sau

- Hạ họng – thanh quản: Hình dáng và tư thế của sụn nắp thanh thiệt, sự di động của dây thanh (liệt 1 hoặc 2 bên), các bất thường khác: khối u thành bên, thành sau họng, khối u dây thanh, dính dây thanh...

- Kỹ thuật thu thập số liệu: Hỏi, khám lâm sàng, cận lâm sàng thu thập số liệu theo bệnh án mẫu.

- Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu. Phòng vấn, thăm khám lâm sàng bằng nội soi tai mũi họng, đánh giá theo phiếu thu thập số liệu.

2.6. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân tích số liệu từ 80 BN ngủ ngáy kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm chung:

***Giới: Nhận xét:** Tỉ lệ giới: nam chiếm 68,7%; nữ là 31,3%. Nam gặp nhiều hơn nữ theo tỷ lệ: 2,2/1.

Bảng 1. Chỉ số khối cơ thể (BMI)

Chỉ số BMI	<18,5	18,5 - <23	23- <25	≥25	Tổng
Số bệnh nhân	4	19	32	30	80
Tỷ lệ (%)	5	23,75	38,75	37,5	100

Nhận xét: Có 62/80 BN, chiếm tỷ lệ 76,25% có chỉ số khối cơ thể ≥23.

***Thang điểm SSS:**

Bảng 2. Thang điểm SSS

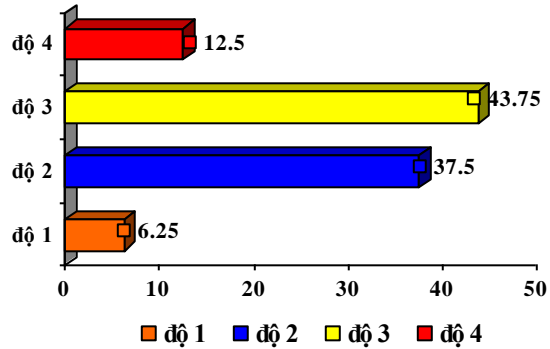
Điểm SSS	Lớn nhất	Trung bình	Nhỏ nhất
Nam	9	7,05 ± 1,65	4
Nữ	8	6,85 ± 1,33	3
Tổng	9	7,03 ± 1,52	3

Nhận xét: Điểm SSS trung bình: 7,03 ± 1,52. Sự khác biệt giữa hai nhóm nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với p >0,05.

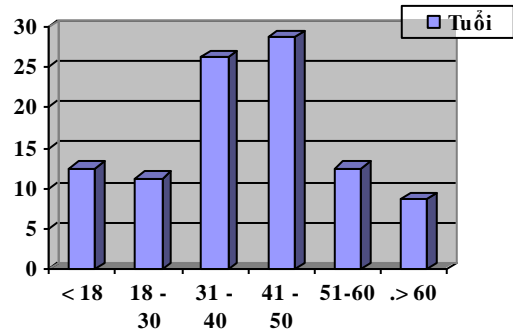
***Các triệu chứng cơ năng thường gặp**

Bảng 3. Các triệu chứng cơ năng thường gặp

Các triệu chứng cơ năng	Nam		Nữ		Tổng
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Đau đầu buổi sáng	18	22,5	9	11,25	33,75
Buồn ngủ ban ngày	20	25	11	13,75	38,75
Thiếu năng lượng, mệt mỏi ban ngày	22	27,5	11	13,75	41,25
Giảm tập trung, trí nhớ	22	27,5	11	13,75	41,25
Thở bằng miệng, khô miệng khi ngủ	40	48,5	15	18,75	67,25
Ngạt mũi khi ngủ	30	37,5	10	12,5	50



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới *Tuổi:



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là: 40,56; Lứa tuổi khám nhiều nhất từ 31- 60 tuổi có 54/80 BN, chiếm 67,5%.

***Chỉ số khối cơ thể BMI:**

Đi tiểu đêm	28	35	12	15	50
Trở mình ban đêm	29	36,25	14	17,5	53,75
Cảm giác ngừng thở, nghẹt thở khi ngủ	25	31,25	13	16,25	47,5

Nhận xét: Có 67,25% BN thở bằng miệng, khô miệng; 53,75% bệnh nhân trở mình ban đêm. Ít gặp nhất là triệu chứng đau đầu buổi sáng

3.2. Xác định một số nguyên nhân có thể gây ngủ ngáy qua nội soi Tai Mũi Họng

***Các bệnh lý mũi xoang**

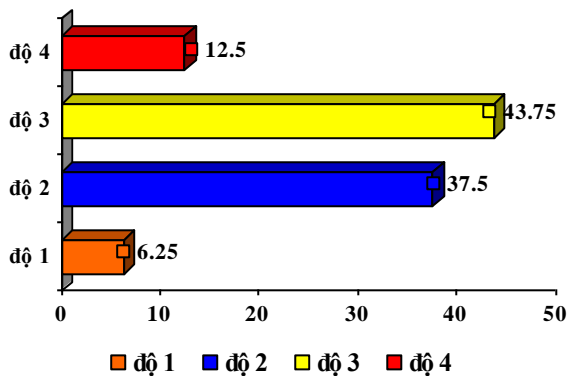
Bảng 4: Các bệnh lý mũi xoang

Bệnh lý	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Veo vách ngăn	25	31,25
Quá phát cuốn dưới	27	33,75
Viêm mũi dị ứng	20	25
Viêm đa xoang mạn tính	5	6,25
Polyp mũi	2	2,5
U hốc mũi	0	0

Nhận xét: Có 27/80 BN có quá phát cuốn dưới, chiếm tỷ lệ 33,75%. Có 25/80 BN veo vách ngăn, chiếm tỷ lệ 31,25%. Tỷ lệ viêm mũi dị ứng là 25%. Không gặp BN nào có u hốc mũi.

***Các bệnh lý tại họng miệng**

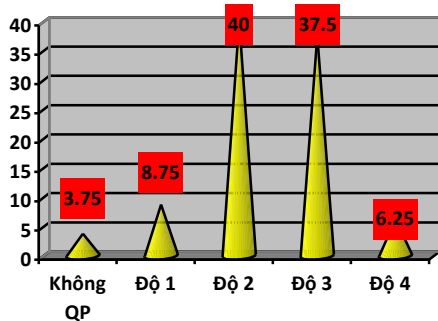
- Phân độ Mallampati



Biểu đồ 3. Phân độ Mallampati

Nhận xét: Có 35/80 BN, chiếm tỷ lệ 43,75% có Mallampati độ III; có 30/80 BN, chiếm tỷ lệ 37,5% có Mallampati độ II.

- Phân độ quá phát Amyđan



Biểu đồ 4. Phân độ quá phát Amyđan

Nhận xét: Có 67/80, chiếm tỷ lệ 83,75% BN có Amyđan quá phát từ độ 2 trở lên.

***Các bệnh lý tại họng mũi**

Có 5/80 BN, chiếm tỷ lệ 6,25% còn tồn dư VA với mức quá phát độ 1, độ 2.



Hình 1: Mallampati độ III và Amidan quá phát độ III

- Các bệnh lý khác tại họng miệng:

Có 9/80 BN, chiếm tỷ lệ 11,25%, có quá phát Amyđan đáy lưỡi. Có 3/80 BN, chiếm tỷ lệ 3,75% bị lưỡi to, dày, tụt ra sau.

- Các bệnh lý tại hạ họng- thanh quản:

Không có BN nào mắc các bệnh lý tại hạ họng như u dây thanh, u hạ họng, liệt dây thanh một hoặc 2 bên...

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

***Tuổi:** Ngủ ngáy cũng như các rối loạn giấc ngủ khác thường tăng dần lên theo tuổi. Tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc càng cao. Tuổi cao là một trong các nguy cơ của ngủ ngáy. Theo Luc G.T. Morris và cộng sự, ngủ ngáy tăng lên theo tuổi vì khi tuổi cao, kiểm soát hệ thống hô hấp bị suy giảm, lớp mỡ quanh họng tăng lên, phần xạ vùng họng giảm, trương lực cơ màn họng, lưỡi gà, trụ Amyđan giảm, khả năng thích ứng của phổi giảm. Đây là những yếu tố thuận lợi dẫn đến bệnh [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 40,56; 73,8% BN có tuổi từ 31 - 60. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Bích Huyền và Lưu Thu Hiền [3], [4]. Số BN dưới 18 tuổi chỉ chiếm 12,5% do chúng tôi loại khỏi nghiên cứu các BN không có người đi cùng để khai thác các triệu chứng cơ năng cũng như một số BN nhỏ tu không hợp tác trong thăm khám để đánh giá vùng hạ họng.

***Giới:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, số BN nam mắc ngủ ngáy nhiều hơn nữ 2,2 lần. Kết quả này tương tự như một số nhận định của đa số các nghiên cứu khác trên thế giới. Theo Luc G.T. Morris tỷ lệ nam/nữ là 2/1 [9]. Giải thích

điều này do cấu trúc mô mềm của đường hô hấp trên ở nam nhiều hơn nữ, bên cạnh đó tổ chức mỡ ở đường hô hấp trên (như màng mỡ quanh họng, thành bên họng) ở nam nhiều hơn nữ vì nam có xu hướng phân bố mỡ ở phần trên cơ thể, khác với nữ phân bố mỡ nhiều ở phần dưới cơ thể. Mặt khác, nữ có khả năng tăng hoạt động giãn cơ đường hô hấp trên cao hơn, từ đó giảm bớt nguy cơ hẹp hoặc đóng đường hô hấp trên trong khi ngủ [7].

***Chỉ số khối cơ thể BMI:** Béo phì là yếu tố nguy cơ chính, đặc biệt béo ở phần trên cơ thể. Béo phì làm tăng mức độ nặng của bệnh do sự tập trung mỡ ở một số vùng đặc biệt, quanh khu vực đường hô hấp trên làm hẹp khẩu kính đường hô hấp trên dễ dẫn đến nguy cơ ngủ ngáy và ngừng thở [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 76,25% BN có chỉ số khối cơ thể ≥ 23 . Tuy nhiên có 28,75% BN ngủ ngáy mà chỉ số khối cơ thể trong giới hạn bình thường, đây là những BN có bệnh lý tại mũi gây ngủ ngáy.

***Thang điểm SSS:** Trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi có điểm trung bình SSS khá cao: $7,03 \pm 1,52$. Theo Luc G.T và cộng sự [9], điều tra trên 211 bệnh nhân ngủ ngáy có điểm trung bình SSS là $4,9 \pm 2,5$. Nguyên nhân do các BN thường cho rằng ngủ ngáy là bình thường do đó không đi khám khi còn ở mức độ nhẹ. Vì vậy cần tăng cường tuyên truyền, nâng cao nhận thức cho cộng đồng và đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến cơ sở về bệnh ngủ ngáy, những ảnh hưởng của bệnh đến công việc, gia đình và xã hội.

***Các triệu chứng cơ năng thường gặp:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng hay gặp nhất trên lâm sàng là thở bằng miệng, khô miệng khi ngủ chiếm 67,25%. Kết quả này tương tự như nhiều nghiên cứu khác, theo Ishi L [8], có 74% bệnh nhân có cảm giác khô miệng và cần phải uống nước vào buổi sáng sớm hoặc trong đêm ngủ, theo Lưu Thu Hiền [3] có 87,5% bệnh nhân khô miệng. Đi tiểu đêm cũng là triệu chứng thường gặp. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 50% bệnh nhân đi tiểu đêm. Theo Ishi L [8] có 28% bệnh nhân đi tiểu từ 4 đến 7 lần trong đêm. Theo Nguyễn Thanh Bình có 76,67% BN dậy đi tiểu đêm. Lý giải triệu chứng này do sự tăng áp lực trong khoang bụng, ý thức lú lẫn trong vi thức giấc và tăng bài tiết peptid atrial natriuretic dẫn đến hiện tượng đi tiểu đêm [1].

4.2. Xác định một số nguyên nhân có thể gây ngủ ngáy qua nội soi Tai Mũi Họng

***Các bệnh lý mũi xoang:** Theo Ibrahim Kamal chỉ ra mối liên quan giữa ngủ ngáy và triệu chứng ngạt mũi thông qua chỉ số AHI.

Nghiên cứu cũng chỉ ra đối với những BN bị ngạt mũi do vẹo vách ngăn và/hoặc quá phát cuốn dưới, sau khi được phẫu thuật đã làm giảm cường độ tiếng ngáy xuống 5 – 10 dB và giảm mức độ của hội chứng ngừng thở đáng kể [7]. Trong số 80 BN chúng tôi thấy có 33,75% BN quá phát cuốn dưới; 31,25% BN vẹo vách ngăn. Khi khám BN có cuốn dưới quá phát, thường thấy niêm mạc thoái hóa, xù xì, đổi màu. Đuôi cuốn dưới hay bị thoái hóa, phì đại làm hẹp cửa mũi sau. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp 5/80 BN có VA quá phát độ 1 và độ 2. Tỷ lệ này thấp là do đa số trường hợp VA thoái triển và teo nhỏ lại trước tuổi dậy thì trong khi BN trong nghiên cứu đa số trên 18 tuổi.

*Các bệnh lý tại họng miệng

Phân độ Mallampati: Eo họng hay họng miệng là vùng rất dễ bị hẹp nhất trong toàn bộ đường hô hấp trên. Sự quá phát Amyđan, mô khẩu cái mềm rủ xuống do mất hoặc giảm trương lực cơ, lưỡi gà dài và dày, tật lưỡi to, gốc lưỡi dày và/hoặc lưỡi bị tụt ra sau đều gây hẹp khẩu kính họng miệng, gây ngủ ngáy. Trong nghiên cứu của chúng tôi có hầu hết BN có Mallampati độ II và độ III. Theo Luc G. ở nhóm có hội chứng ngừng thở thường có Mallampati độ III, IV [1], [9].

Phân độ quá phát Amyđan: Khi viêm Amyđan không trở lại kích thước như ban đầu, amyđan to hơn, có thể quá phát nhiều gây hẹp đường hô hấp trên và là một trong những nguyên nhân gây ngáy. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 83,75% BN có Amyđan quá phát từ độ 2 trở lên. tỷ lệ này thấp hơn một số nghiên cứu khác như của Lưu Thu Hiền là 100% BN quá phát amyđan [4].

Các bệnh lý khác tại họng miệng: Sự quá phát Amyđan đẩy lưỡi, tật lưỡi to hay lưỡi bị tụt ra sau đều gây hẹp eo họng, có thể gây ngủ ngáy. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11,25% BN có Amyđan đẩy lưỡi quá phát, 3/80 BN lưỡi ngắn, dày và bị tụt ra sau. Đối với các trường hợp này thường kết hợp khám chuyên khoa răng hàm mặt để có điều trị thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Trọng Hưng, Phạm Thăng (2008), "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng của rối loạn giấc ngủ ở Viện Lão khoa Quốc gia", Tạp chí Y học thực hành, Số 5, tr. 19-21.
2. Nguyễn Thanh Bình, Phạm Thăng, Lê Quang Cường (2011), "Theo dõi điều trị bằng phương pháp thở áp lực dương liên tục CPAP trên bệnh nhân mắc hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn", Y học thực hành, số 7, tr. 39-41.
3. Nguyễn Xuân Bích Huyền và cs (2009), "Nhận xét ban đầu về hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn tại Bệnh viện Chợ Rẫy". Thời sự Y học, số 41, tr. 3-5.
4. Lưu Thu Hiền (2012), "Nghiên cứu ngủ ngáy qua

- đặc điểm lâm sàng, giấc ngủ đồ đa ký và hình ảnh nội soi Tai Mũi Họng”, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Eugene Lefebvre, Renaud Moreau (2010)**, “The occurrence of sleep- disordered breathing among middle-aged adults”, Snoring, causes, diagnosis and treatment, Nova, pp. 45-50.
 6. **Friedman (2009)**, “The role of otolaryngologist in the treatment of snoring and sleep apnea”, Sleep Apnea and Snoring, Saunders, pp. 109-123.
 7. **Ibrakim Kamal MD (2002)**, “Objective Assessment of nasal obstruction in snoring and obstructive sleep apnea patients: experience of a police authority hospital”, Annals of medicine, Vol 22, pp. 158-160.
 8. **Ishi L, Godoy A, Ishman S.L et al (2011)**, “The Nasal Obstruction Symptom Evaluation Survey as a Screening Tool for Obstructive Sleep Apnea”, Arch Otolaryngol Head Neck Surg 137(2), pp. 119-123.
 9. **Kohler M (2009)**, “Risk Factors and Treatment for Obstructive Sleep Apnea amongst Obese Children and Adults”, Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology, 9, pp. 4-9.

KIẾN THỨC VỀ MỘT SỐ CẤP CỨU VÀ BỆNH THƯỜNG GẶP CỦA BÁC SĨ ĐA KHOA CÔNG TÁC Ở BỆNH VIỆN HUYỆN VÀ BỆNH VIỆN TỈNH TẠI HÀ GIANG VÀ YÊN BÁI NĂM 2017

Nguyễn Phương Hoa*, Nguyễn Thị Tuyết Nhung*, Lê Thu Hòa*, Phạm Thị Thu Thủy*, Phạm Ngân Giang*

TÓM TẮT

Thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe cần có nhiều nguồn lực khác nhau, nhưng nhân lực là yếu tố quan trọng nhất. Nguồn nhân lực đóng vai trò quyết định về số lượng cũng như chất lượng các hoạt động và dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành với mục tiêu mô tả kiến thức về một số bệnh, cấp cứu thường gặp của các bác sĩ đa khoa công tác ở bệnh viện huyện và bệnh viện tỉnh tại Hà Giang và Yên Bái năm 2017. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức của các bác sĩ về một số bệnh thường gặp còn thấp. Tỷ lệ bác sĩ có kiến thức đúng về mục tiêu điều trị tăng huyết áp, điều trị rối loạn lipid máu và điều trị đái tháo đường tương ứng là 43,6%, 40,0% và 18,2%. Tỷ lệ các bác sĩ biết chẩn đoán tắc nghẽn đường thở chỉ đạt 56,4% và cấp cứu cơ bản ngừng tuần hoàn đạt 63,6%. Yếu tố thâm niên công tác có mối liên quan với kiến thức đúng của các bác sĩ. Cần triển khai các khóa đào tạo liên tục cho các bác sĩ đa khoa về một số bệnh, cấp cứu thường gặp tại cộng đồng.

Từ khóa: bệnh thường gặp, cấp cứu thường gặp, bác sĩ đa khoa

SUMMARY

KNOWLEDGE ON COMMON EMERGENCIES AND DISEASES AMONG GENERAL PRACTITIONERS WHO WORKED AT DISTRICT AND PROVINCIAL HOSPITALS IN HA GIANG AND YEN BAI, 2017

Health care needs many resources. However, human resource is the most important. Human resource plays a decisive role in the quantity and

quality of health care services. A cross-sectional study was conducted. The study was to describe knowledge on common emergencies and diseases among general practitioners who worked at district and provincial hospitals in Ha Giang and Yen Bai provinces, 2017. The results indicated that doctors' knowledge on some common diseases was low. The proportion of correct knowledge about treatment goals for hypertension, dyslipidemia and diabetes, respectively 43.6%, 40.0% and 18.2%. The proportion of knowledge on diagnostic airway obstruction was 56.4% and basically emergency for circulating stop was 63.6%. Duration of medical service had related to general practitioners' knowledge. Continued medical education (CME) to improve knowledge on common emergencies and diseases should be implemented immediately for general practitioners in Ha Giang and Yen Bai provinces.

Keywords: common diseases, common emergencies, general practitioners

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự gia tăng của các bệnh không lây nhiễm (BKN) và tai nạn thương tích là hậu quả của nhiều yếu tố như già hoá dân số, tác động của các yếu tố công nghiệp hoá, đô thị hoá, ô nhiễm môi trường và thay đổi lối sống [1].

Tại Việt Nam, chăm sóc sức khỏe nhân dân là một trong những trọng tâm ưu tiên trong chính sách của Đảng và Nhà nước với phương châm chú trọng công tác CSSKBĐ ở tuyến y tế cơ sở, vì đây là tuyến y tế gần dân nhất, bảo đảm cho mọi người dân được chăm sóc sức khỏe ban đầu với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội [2]. Tuy nhiên, tình trạng thiếu nhân lực y tế, đặc biệt là các bác sĩ đa khoa có trình độ đáp ứng nhu cầu CSSK ở tuyến YTCS mặc dù đã dần được cải thiện nhưng vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu thực tế tại các địa phương. Phần lớn các

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Hoa

Email: nguyennphuonghoa@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 4.11.2019

Ngày duyệt bài: 11.11.2019

cán bộ y tế còn hạn chế về kiến thức và kỹ năng đối với chẩn đoán, xử trí và điều trị một số bệnh, cấp cứu thường gặp. Hiện nay, chế độ đãi ngộ cho cán bộ y tế chưa phù hợp, lương và phụ cấp còn thấp, không tương xứng với môi trường lao động, điều kiện làm việc, nhất là ở khu vực miền núi, vùng sâu vùng xa [1].

Bộ Y tế đã khẳng định cần phát triển nguồn nhân lực khám chữa bệnh dựa trên cơ sở thực tiễn, kế thừa và phát huy những kinh nghiệm, thành tựu, khắc phục những bất cập và yếu kém để từng bước đáp ứng nhu cầu CSSK ngày càng cao của nhân dân [3],[4]. Tình trạng vượt tuyến và nhập viện không cần thiết do người dân chưa tin tưởng vào chất lượng khám chữa bệnh tại một số đơn vị y tế tuyến dưới và lựa chọn sử dụng dịch vụ vượt tuyến [2]. Sự quá tải bệnh nhân ở các cơ sở y tế tuyến trên đòi hỏi phải có giải pháp thích hợp để tăng cường khả năng phân loại, xử trí, quản lý và điều trị cũng như dự phòng bệnh tật ngay ở các đơn vị y tế tuyến dưới.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả kiến thức về một số bệnh và cấp cứu thường gặp của bác sĩ đa khoa tại tỉnh Hà Giang và Yên Bái năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 2 tỉnh Hà Giang và Yên Bái, trong năm 2017.

Đối tượng nghiên cứu: Các bác sĩ đa khoa công tác ở phòng khám bệnh viện huyện và bệnh viện tỉnh của hai tỉnh Hà Giang và Yên Bái. Các bác sĩ này tham gia lớp tập huấn 3 tháng về CSSKBĐ (đào tạo giảng viên nguồn cho tuyến tỉnh – lớp TOT).

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Mẫu nghiên cứu: Có 55 Bác sĩ tham gia vào nghiên cứu.

Thu thập số liệu: Công cụ nghiên cứu là bộ câu hỏi phỏng vấn. Các bác sĩ sẽ tự trả lời bằng cách điền thông tin hoàn thành bộ câu hỏi, dưới sự giám sát của nghiên cứu viên (trước khi khóa học bắt đầu). Bộ câu hỏi bao gồm thông tin cá nhân, kiến thức về một số bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh thường gặp ở trẻ em và xử trí ban đầu các cấp cứu thường gặp.

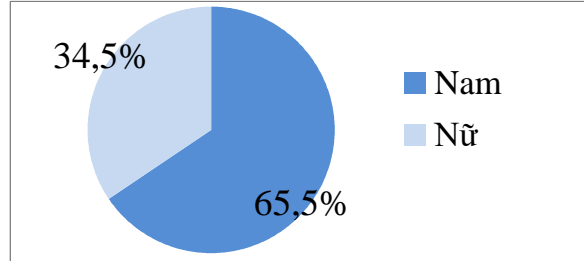
Phân tích số liệu: Phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm Stata phiên bản 12.0. Test khi bình phương (X²) được sử dụng nhằm so sánh sự khác biệt giữa các nhóm.

Đạo đức nghiên cứu: Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích điều tra, nội dung thông tin cần thu thập, tự nguyện đồng ý tham gia. Các thông tin thu được sẽ được

giữ bí mật và chỉ được sử dụng phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính

Nhận xét: Trong số 55 bác sĩ tham gia nghiên cứu thì bác sĩ nam có 36 người chiếm tỉ lệ 65,5%; bác sĩ nữ có 19 người chiếm tỉ lệ 34,5%.

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khu vực (tỉnh)	Yên Bái	25 / 45,4
	Hà Giang	30 / 54,6
Tuổi trung bình (X ± SD)	42,7 ± 6,8	
Thâm niên công tác (năm)	18,5 ± 7,7	

Nhận xét: Trong số 55 bác sĩ tham gia nghiên cứu, có 25 bác sĩ công tác tại Yên Bái (45,4%) chiếm tỷ lệ thấp hơn ở Hà Giang (54,6%). Độ tuổi trung bình của các bác sĩ là 42,7 (thấp nhất là 28 tuổi và cao nhất là 60 tuổi). Các bác sĩ có thâm niên công tác trung bình là 18,5 năm; ít nhất là 2 năm và nhiều nhất là 39 năm.

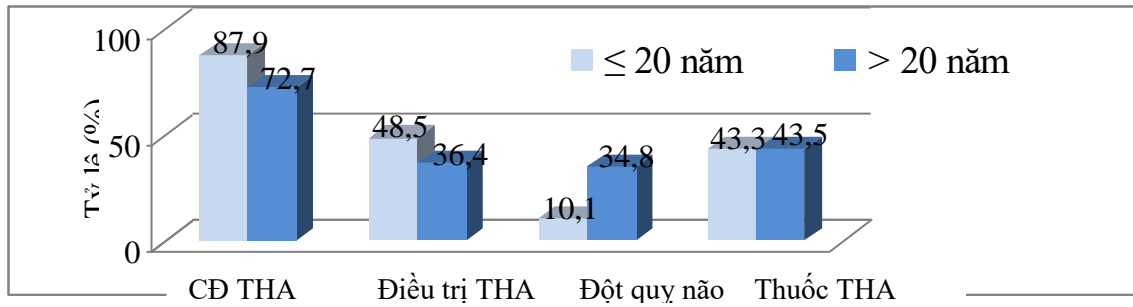
Kiến thức về một số bệnh, cấp cứu thường gặp của bác sĩ đa khoa

Bảng 2. Kiến thức đúng về bệnh tăng huyết áp và đột quỵ não

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiêu chuẩn chẩn đoán THA	45	81,8
Mục tiêu điều trị THA	24	43,6
Mục tiêu hạ huyết áp ở bệnh nhân đột quỵ não trong 24h đầu tiên	13	23,6
Phối hợp thuốc khi điều trị THA	23	41,8

Nhận xét: Số các bác sĩ có kiến thức đúng tiêu chuẩn chẩn đoán THA khá cao với 45 người (chiếm 81,8%).

Tuy nhiên, tỷ lệ các bác sĩ có kiến thức đúng mục tiêu điều trị THA, mục tiêu hạ huyết áp khi bị đột quỵ não trong 24h đầu tiên và phối hợp thuốc trong phác đồ điều trị THA chỉ đạt dưới 50% (lần lượt là 43,6%; 23,6% và 41,8%).



Biểu đồ 2. Kiến thức đúng về bệnh THA theo thâm niên công tác

Nhận xét: Các bác sĩ công tác ≤ 20 năm có kiến thức đúng về tiêu chuẩn chẩn đoán THA cao hơn nhóm bác sĩ còn lại (87,9% so với 72,7%); xác định đúng mục tiêu điều trị THA (48,5% so với 36,4%).

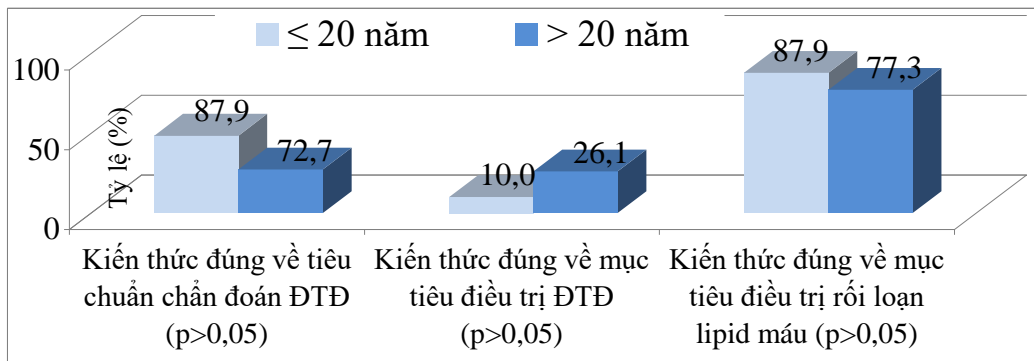
Tuy nhiên, các bác sĩ công tác trên 20 năm có kiến thức đúng về mục tiêu hạ huyết áp ở bệnh nhân đột quỵ não trong 24h đầu tiên cao hơn các bác sĩ có thâm niên ≤ 20 năm (34,8% so với 10,1%; $p < 0,05$).

Không thấy sự khác biệt kiến thức đúng về phối hợp thuốc trong phác đồ điều trị THA giữa hai nhóm bác sĩ theo thâm niên công tác (43,5% so với 43,3%, $p > 0,05$).

Bảng 3. Kiến thức đúng về rối loạn lipid máu và đái tháo đường

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ	46	83,6
Mục tiêu điều trị ĐTĐ	10	18,2
Mục tiêu điều trị rối loạn lipid máu	22	40,0

Nhận xét: Số các bác sĩ có kiến thức đúng về tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường khá cao đạt 83,6%. Tuy nhiên, tỷ lệ các bác sĩ có kiến thức đúng về mục tiêu điều trị đái tháo đường và mục tiêu điều trị rối loạn lipid máu còn rất thấp (lần lượt là 18,2% và 40,0%).



Biểu đồ 3. Kiến thức đúng về rối loạn lipid máu và ĐTĐ theo thâm niên công tác

Nhận xét: Các bác sĩ có thâm niên công tác trên 20 năm có kiến thức đúng về tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ thấp hơn nhóm bác sĩ còn lại (72,7% so với 87,9%). Kiến thức đúng về mục tiêu điều trị rối loạn lipid máu cũng thấp hơn (77,3% so với 87,9%).

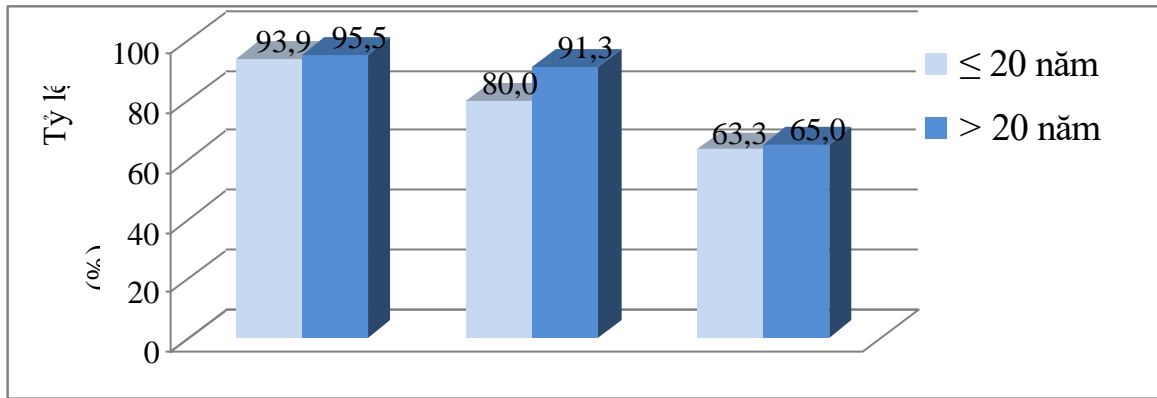
Tuy nhiên, các bác sĩ công tác trên 20 năm có kiến thức đúng về mục tiêu điều trị đái tháo đường cao hơn các bác sĩ công tác với thâm niên dưới 20 năm (26,1% so với 10,0%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kiến thức về một số vấn đề sức khỏe nhi khoa
Bảng 4. Kiến thức đúng về xử trí khi trẻ

bị sốt

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Xử trí đúng khi trẻ sốt (biện pháp không dùng thuốc)	52	94,6
Chỉ định đúng thuốc hạ sốt	47	85,5
Cho liều paracetamol đúng khi hạ sốt	36	65,5

Nhận xét: Số bác sĩ công tác có kiến thức xử trí đúng khi trẻ sốt và chỉ định đúng thuốc hạ sốt ở trẻ khá cao (lần lượt là 94,6% và 85,5%), nhưng số bác sĩ biết cho liều Paracetamol đúng khi hạ sốt cho trẻ lại tương đối thấp (chỉ đạt 65,5%).



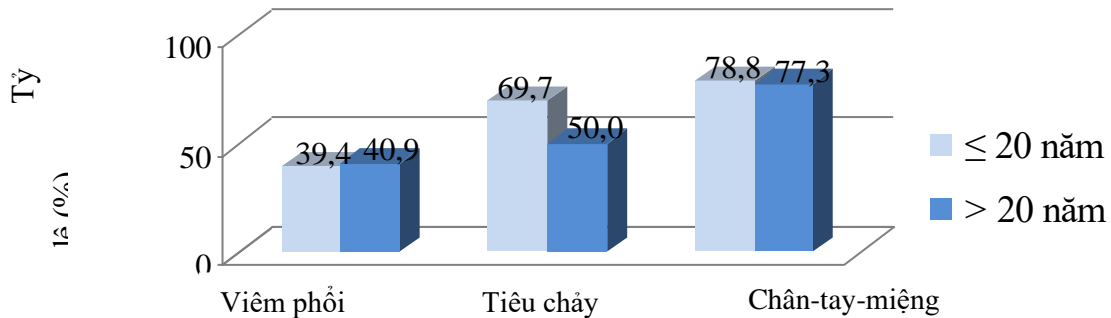
Biểu đồ 4. Kiến thức đúng về xử trí sốt theo thâm niên công tác.

Nhận xét: Kiến thức về xử trí sốt của bác sĩ có thâm niên công tác ≤ 20 năm thấp hơn bác sĩ có thâm niên công tác trên 20 năm, cụ thể: xử trí đúng khi trẻ sốt (93,9% so với 95,5%); chỉ định đúng thuốc hạ sốt (80,0% so với 91,3%) và cho liều paracetamol đúng khi hạ sốt ở trẻ (63,3% so với 65,0%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chẩn đoán viêm phổi	22	40,0
Chẩn đoán tiêu chảy cấp	34	61,8
Bệnh tay – chân – miệng	43	78,2

Nhận xét: Tỷ lệ bác sĩ có kiến thức đúng về chẩn đoán tiêu chảy cấp ở trẻ và bệnh tay chân miệng tương đối cao (lần lượt là 61,8% và 78,2%). Tuy nhiên, kiến thức đúng về chẩn đoán viêm phổi ở trẻ lại chưa đạt tới 50%.

Bảng 5. Kiến thức đúng về một số bệnh thường gặp ở trẻ em



Biểu đồ 5. Kiến thức đúng về một số bệnh thường gặp ở trẻ em theo thâm niên công tác

Nhận xét: Chưa thấy sự khác biệt kiến thức về một số bệnh thường gặp ở trẻ em của các bác sĩ có thâm niên công tác ≤ 20 năm với các bác sĩ có thâm niên công tác trên 20 năm, cụ thể: chẩn đoán khó thở ở trẻ (39,4% so với 40,9%); chẩn đoán tiêu chảy cấp (69,7% so với 50,0%) và bệnh tay chân miệng (78,8% so với 77,3%); $p > 0,05$.

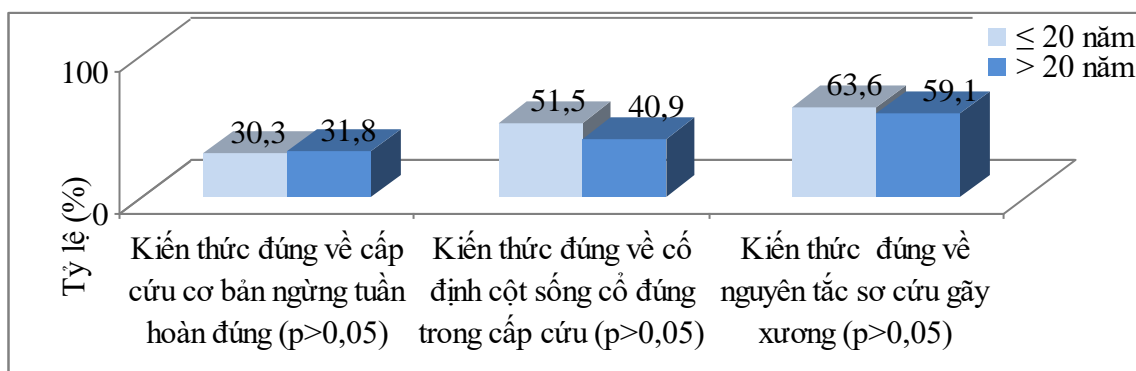
Kiến thức về xử trí ban đầu một số cấp cứu thường gặp

Bảng 6. Kiến thức đúng về xử trí ban đầu một số cấp cứu

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chỉ định rửa dạ dày trong xử trí ngộ độc đường tiêu hoá	52	94,6
Chẩn đoán tắc nghẽn đường thở	31	56,4
Lựa chọn dịch truyền ban đầu trong cấp cứu chấn thương	55	100
Chẩn đoán ngừng tuần hoàn	35	63,6

Chỉ định rửa dạ dày trong xử trí ngộ độc đường tiêu hoá	52	94,6
Chẩn đoán tắc nghẽn đường thở	31	56,4
Lựa chọn dịch truyền ban đầu trong cấp cứu chấn thương	55	100
Chẩn đoán ngừng tuần hoàn	35	63,6

Nhận xét: Hầu hết các bác sĩ có kiến thức đúng về chỉ định rửa dạ dày trong xử trí ngộ độc cấp đường tiêu hoá (94,6%) và 100% có kiến thức đúng về lựa chọn dịch truyền ban đầu trong cấp cứu chấn thương. Tuy nhiên, tỷ lệ các bác sĩ chẩn đoán đúng tắc nghẽn đường thở và ngừng tuần hoàn còn chưa cao (lần lượt là 56,4% và 63,6%).



Biểu đồ 6. Kiến thức đúng về xử trí ban đầu một số cấp cứu theo thâm niên công tác

Nhận xét: Kiến thức đúng về cố định cột sống cổ và nguyên tắc sơ cứu gãy xương của các bác sĩ có thâm niên công tác ≤ 20 năm cao hơn của các bác sĩ có thâm niên công tác lớn hơn 20 năm (51,5% so với 40,9%; 63,6% so với 59,1%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Chưa thấy sự khác biệt kiến thức về cấp cứu cơ bản ngừng tuần hoàn của các bác sĩ có thâm niên ≤ 20 năm và trên 20 năm (30,3% so với 31,8%; $p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong số các bác sĩ đa khoa công tác tại Yên Bái và Hà Giang tham gia nghiên cứu, số bác sĩ nam là 65,5% và bác sĩ nữ là 34,5%.

Phần lớn các bác sĩ ở độ tuổi trung niên. Thâm niên công tác trung bình của các bác sĩ là 18,5 năm, ít nhất là 2 năm và nhiều nhất là 39 năm. Số bác sĩ có thâm niên công tác là 17 năm là nhiều nhất, với 5 người (9,1%).

Kiến thức về một số bệnh mạn tính thường gặp. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ các bác sĩ công tác tại hai tỉnh miền núi (Yên Bái và Hà Giang) có kiến thức đúng về tiêu chuẩn chẩn đoán THA khá cao (chiếm tỷ lệ 81,8%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách y tế, tỷ lệ bác sĩ chẩn đoán được THA là 64,5% [1]. Tuy nhiên, tỷ lệ các bác sĩ có kiến thức đúng về mục tiêu điều trị THA và mục tiêu hạ huyết áp khi đột quỵ não trong 24h đầu tiên và kiến thức về phối hợp thuốc điều trị THA chưa tới 50% (theo thứ tự lần lượt là 43,6%; 23,6% và 41,8%). Kết quả này tương tự nghiên cứu tại Thượng Hải, Trung Quốc chỉ có 49,2% các bác sĩ đa khoa có kiến thức đúng về THA [5] và nghiên cứu tại Pakistan [6]. Nguyên nhân có thể là các bác sĩ đa khoa chỉ quan tâm tới chẩn đoán mà ít quan tâm đến điều trị, điều đó có thể dẫn tới việc điều trị không đạt được mục tiêu.

Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa kiến thức đúng về mục tiêu hạ huyết áp khi bị đột quỵ não giữa nhóm bác sĩ công tác trên 20 năm với các bác sĩ công tác với thâm niên dưới 20 năm (34,8% so với 10,1%; $p < 0,05$).

Số các bác sĩ có kiến thức đúng về tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD khá cao (83,6%). Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu tại Pakistan, bác sĩ biết tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD là 29,7% [7].

Tuy nhiên, tỷ lệ các bác sĩ có kiến thức đúng mục tiêu điều trị ĐTD và mục tiêu điều trị rối loạn lipid máu cho bệnh nhân mắc bệnh tim mạch còn thấp (lần lượt là 18,2%; 40,0%). So với kết quả nghiên cứu tại Hà Nội và Phú Thọ, các bác sĩ đa khoa tại tuyến y tế cơ sở biết mục tiêu điều trị rối loạn lipid máu là 23,3%, thì kết quả này cao hơn [8].

Kiến thức đúng về một số vấn đề sức khỏe nhi khoa thường gặp. Tỷ lệ bác sĩ đa khoa có kiến thức về các biện pháp xử trí không dùng thuốc khi trẻ bị sốt và chỉ định dùng thuốc hạ sốt ở trẻ khá cao (lần lượt là 94,6% và 85,5%). Tuy nhiên, số bác sĩ biết liều Paracetamol khi điều trị hạ sốt cho trẻ còn thấp (65,5%).

78,2% các bác sĩ có kiến thức đúng về bệnh tay- chân- miệng và 61,8% các bác sĩ có kiến thức chẩn đoán đúng về tiêu chảy cấp ở trẻ em. Đây là một tỷ lệ khá cao, nguyên nhân là kiến thức về bệnh tay - chân - miệng và tiêu chảy cấp đều là những các bệnh phổ biến ở trẻ và đã có nhiều lớp tập huấn hàng năm.

Kiến thức đúng về chẩn đoán viêm phổi ở trẻ của các bác sĩ tại hai tỉnh tham gia nghiên cứu còn thấp (chiếm khoảng 40%). Tương tự với kết quả nghiên cứu của Viện Chiến lược và Chính sách y tế, tỷ lệ bác sĩ chẩn đoán được bệnh hô hấp của trẻ là 43,2% [1]. Chưa thấy có sự khác biệt kiến thức về một số bệnh thường gặp ở trẻ giữa các bác sĩ có thâm niên công tác ≤ 20 năm với các bác sĩ có thâm niên công tác trên 20 năm.

Kiến thức về xử trí ban đầu một số cấp cứu thường gặp. Hầu hết các bác sĩ đều có kiến thức tốt về xử trí ngộ độc cấp đường tiêu hoá (94,6%) và về lựa chọn dịch truyền trong cấp cứu chấn thương (100%). Kết quả này tương tự nghiên cứu tại Hà Nội và Phú Thọ, tỷ lệ bác sĩ có kiến thức đúng về xử trí ngộ độc cấp đường tiêu hoá (94,3%) và về lựa chọn dịch truyền trong cấp cứu chấn thương (93,7%)[8]. Nguyên nhân có thể do hiện nay mô hình bệnh tật tại Việt Nam đang chuyển dịch theo hướng gia tăng số ca tai nạn, ngộ độc và chấn thương. Trong khi đây đều là các xử trí cấp cứu ban đầu, bệnh nhân buộc phải sơ cứu tại các cơ sở y tế tại địa phương rồi sau đó mới được tiếp tục điều trị tại đây hoặc chuyển lên tuyến trên điều trị tiếp. Do đó, kiến thức về những vấn đề trên của các bác sĩ là khá tốt.

Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy tỷ lệ các bác sĩ chẩn đoán đúng tắc nghẽn đường thở, chẩn đoán ngừng tuần hoàn đạt ở mức chưa cao (lần lượt là 56,4% và 63,6%). Tương tự kết quả nghiên cứu tại Hà Nội và Phú Thọ, bác sĩ chẩn đoán đúng tắc nghẽn đường thở, chẩn đoán ngừng tuần hoàn lần lượt là 66,0% và 52,8%[8].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ các bác sĩ có kiến thức đúng về tiêu chuẩn chẩn đoán THA, ĐTĐ là lần lượt là 81,8% và 83,6%.
- Các bác sĩ có kiến thức đúng về mục tiêu điều trị THA, điều trị ĐTĐ và điều trị rối loạn lipid máu còn thấp, dưới 50%.
- Các bác sĩ có thâm niên công tác trên 20

năm có kiến thức đúng về mục tiêu hạ huyết áp khi bị đột quy não trong 24h đầu cao hơn các bác sĩ có thâm niên công tác ≤ 20 năm.

- Kiến thức về chẩn đoán viêm phổi ở trẻ em của các bác sĩ là còn thấp, chỉ đạt 40%.
- Hầu hết các bác sĩ đều có kiến thức tốt về xử trí ngộ độc cấp đường tiêu hoá (94,6%). Tuy nhiên, tỷ lệ các bác sĩ có kiến thức đúng về chẩn đoán tắc nghẽn đường thở, cấp cứu ngừng tuần hoàn chưa cao (khoảng 50%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế và Nhóm đối tác y tế (2016)**, Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế 2015 (JAHR 2015), Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2015)**. Quyết định phê duyệt Kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2015 – 2020.
3. **Bộ Y tế (2013)**, Đề án xây dựng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình giai đoạn 2013 – 2020.
4. **Cục Khoa học Công nghệ và Đào tạo - Bộ Y tế (2013)**, Nghiên cứu đánh giá thực trạng công tác đào tạo nhân lực y tế. Báo cáo đề tài NCKH.
5. **Chen Q., Zhang X., Gu J (2013)**. General practitioner's hypertension knowledge and training needs: a survey in Xuhui district, Shanghai. BMC Fam Pract, 234(4), 14-16.
6. Jafar TH., Jessani S., Jafary FH., et al (2005). General practitioners' approach to hypertension in urban Pakistan: disturbing trends in practice. Circulation, 111(10), 1278-1283.
7. **Shera AS., Jaward F., Basit A (2002)**. Diabetes related knowledge, attitude and practices of family physicians in Pakistan. J Park Med Assoc, 52(10), 465-470.
8. **Hoa NP, Nhung NTT, Giang PN (2017)**. Kiến thức về một số bệnh thường gặp của bác sĩ đa khoa tuyến y tế cơ sở tại Hà Nội và Phú Thọ, Tạp chí nghiên cứu Y học, 107(2), 165-172.

THỰC TRẠNG LOÉT TỖ ĐÈ TRÊN BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CÓ LIỆT TỦY TẠI KHOA CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH VÀ CỘT SỐNG BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Thị Trang*, Phạm Thị Kim Thoa*, Hoàng Gia Du*, Vũ Xuân Phước*, Nguyễn Văn Trung*, Nguyễn Đức Hoàng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mô tả thực trạng loét tỳ đè trên người bệnh chấn thương cột sống có liệt tủy tại khoa Chấn thương chỉnh hình và cột sống bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

thực hiện trên 30 bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt tủy điều trị tạo khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 9/2017 đến tháng 9/2018. **Kết quả:** Tỷ lệ loét tỳ đè là 7/30 trường hợp (23,3%). Thời gian xuất hiện loét trung bình là 2.4 ± 0.7 ngày. Loét tỳ đè hay gặp nhất ở vị trí cùi chỏ và gót chân với tỷ lệ tương ứng 46.6% và 26.6%. Loét tỳ đè ở các bệnh nhân CTCS cổ và CTCS ngực chiếm tỷ lệ cao nhất tương ứng là 27.2% và 20%. Các bệnh nhân có phân độ liệt theo ASIA (A) và ASIA (B) bị loét tỳ đè cao nhất là 50% và 33.3%. **Kết luận:** Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi lưu ý một số biện pháp đánh giá và phòng ngừa loét

**Bệnh viện Bạch Mai*

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Trang

Email: trangle890@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

tỳ đề thích hợp như: đánh giá nguy cơ loét ngay từ khi bệnh nhân nhập viện và tập trung chăm sóc và phòng ngừa ở những phần cơ thể có nguy cơ cao loét tỳ đề như cụt và gót chân.

Từ khóa: Loét tỳ đề, cụt, thang điểm Braden

SUMMARY

THE SITUATION OF PRESSURE ULCER ON PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY AT THE ORTHOPEDIC AND SPINE DEPARTMENT OF BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To describe the situation of pressure ulcer on patients with spinal cord injury at the Orthopedic and Spine Department of Bach Mai Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 30 patients in accordance with the selection criteria from September 2017 to September 2018. **Results:** The rate of pressure sores recorded in 7/30 cases (23.3%). The average time of ulcer appearance is 2.4 ± 0.7 days. Pressure ulcers are most common in the same sacrum and heel of the feet area, respectively: 46.6% and 26.6%. Pressure sore in cervical and thoracic spinal injury patients had the highest rates, respectively, at 27.2% and 20%. Patients with ASIA (A) and ASIA (B) paralysis were the highest at 50% and 33.3%, respectively. **Conclusion:** From the above research results, the Orthopedic and Spine Department has a basis to carry out appropriate measures to assess and prevent pressure ulcers such as: assessing the risk of ulcers right after the patient were admitted to hospital and focus on care and prevention on high risk body parts like the sacrum and the heel.

Keywords: pressure ulcer, sacrum, Braden scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét tỳ đề là một vấn đề sức khỏe có ảnh hưởng lớn đến người bệnh cả về thể chất và tinh thần. Đây là hậu quả của quá trình kéo dài sự tỳ nén lên phần mô mềm giữa xương với bề mặt bên ngoài cơ thể gây thiếu máu nuôi tổ chức và chết tế bào. Kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí chăm sóc y tế, làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh và thậm chí tử vong là những hệ quả tất yếu của loét tỳ đề. Beckrich và Aronovich thống kê trong năm 1999 cho thấy chi phí hàng năm khi điều trị loét tỳ đề nội trú từ 2,2 đến 3,6 tỷ đô la Mỹ. Mặc dù hiện nay đã có nhiều tiến bộ trong công tác chăm sóc người bệnh cũng như phát hiện các yếu tố nguy cơ nhưng việc phòng ngừa và điều trị loét tỳ đề vẫn là vấn đề thách thức với các bệnh viện. Nó vẫn đang xảy ra với một tần suất đáng phải quan tâm. Các nghiên cứu ở Châu Âu, Mỹ, Canada và Úc đã ước tính mức độ loét tỳ đề thay đổi từ 8,3% đến 25,1%. Trong khi đó, tỷ lệ loét tỳ đề ở các nước Châu Á cao hơn, biến đổi từ 2,1% đến 31,3%. Trong nghiên cứu của Fife C, Otto G và cộng sự trên các bệnh nhân tại một

đơn vị hồi sức thần kinh cho kết quả có 12,4% bệnh nhân xuất hiện ít nhất một vết loét sau trung bình 6,4 ngày và thang điểm Braden được chứng minh là một yếu tố dự đoán căn bản cho sự xuất hiện vết loét.

Bệnh viện Bạch Mai trong những năm gần đây đang tập trung xây dựng và phát triển các chuyên ngành ngoại khoa. Do đó, việc điều trị và chăm sóc các bệnh nhân có các bệnh cần can thiệp ngoại khoa cũng đang được bệnh viện hết sức chú trọng và quan tâm. Vấn đề dự phòng chăm sóc loét tỳ đề đã và đang là một ưu tiên trong công tác điều dưỡng của bệnh viện. Tuy nhiên, hiện vẫn chưa có nhiều các nghiên cứu đánh giá về loét tỳ đề. Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống là nơi điều trị chuyên sâu nhiều bệnh nhân có các bệnh về cột sống, xương khớp, có nhiều bệnh nhân mất/hạn chế vận động do vậy có nguy cơ loét tỳ đề cao. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng loét tỳ đề trên người bệnh chấn thương cột sống có liệt tủy tại khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống – Bệnh viện Bạch Mai" với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm loét tỳ đề và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt tủy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống có liệt tủy điều trị nội trú tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 9 năm 2018.

2.2 Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu quan sát mô tả tiến cứu, ghi nhận các thông tin, đặc điểm trên bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt, mô tả các yếu tố nguy cơ và phân tích mối liên quan của một số yếu tố nguy cơ gây loét tỳ đề. Chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Các thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất.

2.3 Chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm chung, đặc điểm loét tỳ đề: mô tả các đặc điểm về tuổi, giới, chỉ số BMI, vị trí tổn thương tủy, mức độ liệt theo phân loại ASIA. Mô tả các tỷ lệ loét tỳ đề, thời gian xuất hiện loét, số lượng vết loét, vị trí vết loét, phân độ loét theo phân loại của NPUAP (2016), tình trạng loét khi ra viện.

Các yếu tố liên quan tới loét tỳ đề: tuổi, giới, vị trí tổn thương tủy, ASIA trước mổ, thể trạng (BMI), số ngày nằm viện.

Liên quan loét tỳ đề với thang điểm Braden: gồm các nguy cơ đầu vào, nhận thức

cảm giác, độ ẩm da, khả năng vận động, khả năng tự xoay trở, tình trạng dinh dưỡng, yếu tố ma sát dịch chuyển.

Thông kê và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm loét tỳ đè. Tỷ lệ loét tỳ đè chiếm 23.3% (7/30 bệnh nhân), thời gian xuất hiện loét trung bình là 2.4 ±0.7 ngày sau khi vào viện (2 đến 4 ngày). Vị trí loét hay gặp nhất là cùng cụt chiếm tỷ lệ 46.6%, đứng thứ 2 là gót

với 26.6%. Ngoài ra còn ghi nhận được tổn thương loét ở các vị trí khác với tỷ lệ thấp hơn như nẹp cổ chiếm 20%, mào châu chiếm 6%. Loét độ II chiếm tỷ lệ cao nhất với 73.3%, còn lại là loét độ I với 26.7%, không có vết loét độ III và IV.

Bảng 3.1: Tỷ lệ loét tỳ đè.

Loét	n	Tỷ lệ (%)
Có	7	23.3
Không	23	76.7
Tổng	30	100

Bảng 3.2: Vị trí loét và độ loét

Vị trí loét	Mức độ loét			Tổng số	Tỷ lệ
	Độ I	Độ II	Độ III, IV		
Cùng cụt	2	5	0	7	46.6%
Gót	1	3	0	4	26.6%
Mào châu	1	0	0	1	6%
Nẹp cổ	0	3	0	3	20%
Tổng số	4	11	0	15	100%
Tỷ lệ	26.6%	73.4%	0%	100%	

3.2. Một số yếu tố liên quan tới loét tỳ đè. Tỷ lệ loét ở nhóm nam là 85.7%, cao hơn tỷ lệ loét ở nhóm nữ (14.3 %). Tỷ lệ loét tỳ đè của nhóm tuổi 41-60 là cao nhất với 57.1% sau đó là nhóm tuổi 19 – 40 với 16.7%. Tỷ lệ loét trong nhóm bệnh nhân CTCS cổ là cao nhất (27.2%), tiếp theo là CTCS ngực (20%), không có trường hợp CTCS thắt lưng nào bị loét tỳ đè. Tỷ lệ loét trong nhóm bệnh nhân có phân loại liệt tỳ ASIA (A) là cao nhất (50%) tiếp theo là ASIA (B) và ASIA (C) lần lượt là 33.3% và 20%, ASIA (D) không có trường hợp nào bị loét tỳ đè.

Bảng 3.3: Tỷ lệ loét theo phân loại ASIA

Phân loại	Không loét		Có loét		Tổng		P < 0.05
	n	%	n	%	n	%	
ASIA (A)	3	50	3	50	6	100	
ASIA (B)	4	66.7	2	33.3	6	100	
ASIA (C)	8	80	2	20	10	100	
ASIA (D)	8	100	0	0	8	100	

Tỷ lệ loét ở nhóm bệnh nhân có thể trạng thừa cân (66.4%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân có thể trạng gầy (25 %). Tỷ lệ loét ở nhóm bệnh nhân có thể trạng trung bình là thấp nhất (17.4%).

Bảng 3.4: Tỷ lệ loét theo thể trạng

Chỉ số BMI	Không loét		Có loét		Tổng		p > 0,05
	n	%	n	%	n	%	
Gầy	3	75	1	25	4	100	
Bình thường	19	82.6	4	17.4	23	100	
Thừa cân	1	33.3	2	66.4	3	100	

3.3. Loét tỳ đè và thang điểm Braden.

Tỷ lệ loét tỳ đè theo các nhóm: Nhóm bệnh nhân có điểm nhận thức cảm giác là 1 (không đáp ứng với kích thích đau) có tỷ lệ loét cao nhất với 50%. Nhóm bệnh nhân có tình trạng da luôn luôn ẩm ướt (1 điểm) tỷ lệ loét 25%. Nhóm bệnh nhân có khả năng vận động đạt 1 điểm (nằm liệt giường) có tỷ lệ loét cao chiếm 41.6%. Nhóm bệnh nhân có khả năng tự xoay trở đạt 1 điểm (không thể thay đổi tư thế dù nhỏ khi không được giúp đỡ) có tỷ lệ loét rất

cao chiếm 41.6%. Nhóm có tình trạng dinh dưỡng đạt 1 điểm và 2 điểm (không ăn được một bữa đầy đủ, ăn ít hơn 1/3 thức ăn, nhìn đói kéo dài hay nuôi dưỡng tĩnh mạch >5 ngày và hiếm khi ăn được 1 bữa đầy đủ, ăn ít hơn 1/2 thức ăn hoặc nhận được ít lượng dịch/sữa nuôi dưỡng tối ưu) có tỷ lệ loét chiếm 50%. Nhóm có tình trạng ma sát dịch chuyển đạt 1 điểm (cần giúp đỡ tối đa khi di chuyển, thường xuyên bị trượt xuống, tình trạng liệt hay co cứng), tỷ lệ loét chiếm 41.6%.

Bảng 3.3: Tỷ lệ loét theo các yếu tố Braden

STT	Vấn đề	Chỉ số	1 điểm	2 điểm	3 điểm	4 điểm	p
1	Nhận thức cảm giác	Có loét	3	2	2	0	p<0.05
		Không loét	3	4	16	0	
		Tỷ lệ loét	50%	33.3%	11.1%	0%	
2	Độ ẩm da	Có loét	2	2	2	0	p>0.05
		Không loét	6	1	8	8	
		Tỷ lệ loét	25%	75%	20%	0%	
3	Khả năng vận động	Có loét	5	0	2	0	p>0.05
		Không loét	7	0	16	0	
		Tỷ lệ loét	41.6%	0%	11.1%	0%	
4	Khả năng tự xoay trở	Có loét	5	0	2	0	p<0.05
		Không loét	7	0	8	8	
		Tỷ lệ loét	41.6%	0%	25%	0%	
5	Tình trạng dinh dưỡng	Có loét	1	3	3	0	p>0.05
		Không loét	1	3	19	0	
		Tỷ lệ loét	50%	50%	13.6%	0	
6	Ma sát dịch chuyển	Có loét	5	2	0		p<0.05
		Không loét	7	8	8		
		Tỷ lệ loét	41.6%	20%	0%		

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm loét tỳ đè. Có tất cả 7 trường hợp bị loét chiếm 23.3%, Hiện nay công tác theo dõi, phòng tránh và kiểm soát các yếu tố liên quan đến loét tỳ đè đang rất được quan tâm và đẩy mạnh nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc tại các cơ sở y tế, do đó tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện loét thấp dần. Loét tỳ đè xuất hiện sớm nhất là 2 ngày và muộn nhất là 4 ngày sau khi bệnh nhân vào khoa, trong đó 71.4% xuất hiện trước ngày thứ 2. Thời gian xuất hiện loét trung bình là 2.4 ± 0.7 ngày. Vị trí xuất hiện loét khá đa dạng, theo thứ tự xuất hiện từ nhiều đến ít là cùi chỏ (23.4%), gót chân (13.3%), nếp cổ (10%), mào chậu (3.3%). Trong các vị trí, cùi chỏ là vị trí bị loét chiếm tỷ lệ cao nhất, tới 23.4%. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Reuler và Cooney (1981), tỷ lệ này là 42%, của Phan Thị Dung và cộng sự (2015) là 54,1%. Vị trí cùi chỏ thường bị loét vì một số lý do: vùng này có xương cùi chỏ nhô lên nhưng chỉ có một lớp da và cơ rất mỏng bao phủ, nhiều bệnh nhân nặng rối loạn đại tiểu tiện hoặc không tự chủ nên vùng này dễ bị ẩm ướt, bẩn và dễ loét, nhiều bệnh nhân hạn chế vận động, thời gian nằm ngửa nhiều, trọng lượng cơ thể đè lên vùng cùi chỏ là rất lớn.

4.2 Một số yếu tố liên quan tới loét tỳ đè. Trong tổng số 15 tổn thương loét chúng tôi ghi nhận được, loét độ II chiếm tỷ lệ cao nhất với 73.3%, còn lại là loét độ I với 26.7%, không có vết loét độ III và IV. Tỷ lệ loét ở nhóm nam là 25%, cao hơn tỷ lệ loét ở nhóm nữ (16.7%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p>0.05$. Tỷ lệ loét tỳ đè giữa các nhóm

tuổi 19 - 40, 41 - 60 dao động trong khoảng 16.7% - 36.4%, tỷ lệ loét ở nhóm tuổi ≥ 61 là thấp nhất với 14.3%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0.05$. Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng tuổi có ảnh hưởng tới loét, những người trên 70 tuổi trở lên có nguy cơ loét cao hơn người trẻ từ 50-75%. Nghiên cứu của Young và Dobrzanski, khoảng 70% loét xảy ra ở những người trên 70 tuổi, nghiên cứu của Nguyễn Thị Giang tỷ lệ loét ở nhóm tuổi >60 là 29,2%. Điều này cũng không khó lý giải bởi phần mô mỡ và cơ chống đỡ áp lực của cơ thể giảm đi khi con người về già, khả năng cung cấp dinh dưỡng cho da và hệ thống mạch máu cũng không còn tốt nữa dẫn đến da người già rất dễ bị tổn thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ loét ở nhóm bệnh nhân có thể trạng thừa cân (66.7%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân có thể trạng gầy (25%) và nhóm bệnh nhân bình thường (17.4%). Mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, nhưng điều này cũng gợi ý rằng dù bệnh nhân có thể trạng bất thường hay bình thường đều rất cần sự đánh giá tổng thể về nguy cơ loét tỳ đè. Những bệnh nhân có thể trạng bình thường vẫn có nguy cơ loét cao khi không loại bỏ được những yếu tố nguy cơ khác. Tỷ lệ loét trong nhóm bệnh nhân CTCS cổ là cao nhất (27.3%), tiếp theo là CTCS ngực (20%). Sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê với $p>0.05$. Tỷ lệ loét trong nhóm bệnh nhân có phân loại liệt tủy ASIA (A) là cao nhất (50%) tiếp theo là ASIA (B) và ASIA (C) lần lượt là 33.3% và 20%, ASIA (D) không có trường hợp nào bị loét tỳ đè. Tuy nhiên, số liệu không có ý nghĩa

thống kê với $p > 0.05$ do cỡ mẫu chưa đủ lớn.

4.3 Loét tỳ đê và thang điểm Braden.

Thang điểm Braden được xây dựng với tổng điểm dao động từ 6 đến 23 dựa trên 6 yếu tố.

Khả năng nhận biết cảm giác: Nhóm bệnh nhân có điểm nhận biết cảm giác càng thấp thì tỷ lệ loét tỳ đê càng cao. Ở nhóm đạt 1 điểm, 2 điểm, 3 điểm, 4 điểm có tỷ lệ loét tương ứng là: 50% - 33.3% - 11.1% - 0%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này gợi ý rằng cần chú ý đặc biệt đến những bệnh nhân suy giảm cảm giác, không đáp ứng với kích thích đau hoặc chỉ đáp ứng với kích thích đau trong công tác chăm sóc dự phòng loét tỳ đê.

Độ ẩm da: Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân nào có độ ẩm da 1 điểm (da luôn luôn ẩm ướt), 2 điểm (da thường xuyên ẩm ướt), đạt 3 điểm (da thỉnh thoảng ẩm ướt), đạt 4 điểm (da hiếm khi ẩm ướt) tương ứng là: 25% - 75% - 20% - 0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chính vì thế, các công việc như lau khô mồ hôi thường xuyên, vệ sinh sạch sẽ nhanh chóng các trường hợp có phân và nước tiểu để giảm độ ẩm ướt và nguy cơ nhiễm khuẩn da cho bệnh nhân, từ đó giảm thiểu nguy cơ loét.

Vận động: Nhóm bệnh nhân có khả năng vận động đạt 1 điểm, tức là nằm liệt giường, có tỷ lệ loét cao với 41.7%, 3 điểm, tức là đi lại ít chiếm 11.1%. Các nhóm còn lại có tỷ lệ loét bằng 0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuy nhiên, điều này không có nghĩa là những bệnh nhân di chuyển bằng xe lăn, đi lại ít không có khả năng xuất hiện loét vì còn có rất nhiều yếu tố nguy cơ khác dẫn đến loét tỳ đê.

Khả năng tự xoay trở: Nhóm bệnh nhân có khả năng tự xoay trở đạt 1 điểm, tức là không thể thay đổi tư thế dù nhỏ khi không được giúp đỡ, có tỷ lệ loét rất cao chiếm 41.2%; nhóm 3 điểm là 20%; nhóm đạt 2 điểm và 4 điểm có tỷ lệ loét là 0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này cho thấy việc thường xuyên lăn trở, thay đổi tư thế cho những bệnh nhân liệt tỳ là rất quan trọng trong việc phòng loét.

Dinh dưỡng: Trong nhóm có tình trạng dinh dưỡng đạt 1 và 2 điểm, tỷ lệ bệnh nhân bị loét chiếm 50%; trong nhóm 3 điểm là 13.6%. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều này có thể được lý giải là do các bệnh nhân bị loét hầu hết là bệnh nhân tình trạng nặng được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, đường sonde dạ dày, nhưng do hội tụ nhiều yếu tố nguy cơ khác nên dù được cung cấp năng lượng khá đầy đủ thì bệnh nhân vẫn bị loét. Từ đó, ta thấy công tác chăm sóc dự phòng loét phải được thực hiện toàn diện trên tất cả

các yếu tố nguy cơ.

Ma sát dịch chuyển: Nhóm 1 điểm tỷ lệ bị loét là 41.7%; 2 điểm là 20 %; 3 điểm là 0,0%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Do đó, việc giảm thiểu ma sát tác động lên da bệnh nhân như giữ ga giường luôn phẳng là rất quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt điều trị nội trú tại khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2017 đến tháng 9/2018 tôi đưa ra một số kết luận sau: Tỷ lệ bệnh nhân nội trú loét tỳ đê là 23.3%. Thời gian xuất hiện loét sớm nhất là 2 ngày, muộn nhất là 4 ngày, trung bình là 2.42 ± 0.78 ngày sau khi nhập viện. Vị trí loét gặp nhiều nhất là cụt chiếm 23.4%. 26.6% bệnh nhân loét độ I, 73.4% bệnh nhân loét độ II, không có loét độ III và IV. Tỷ lệ loét cao ở nhóm bệnh nhân có thể trạng thừa cân (66.7%) ($p > 0,05$). Tỷ lệ loét ở nhóm bệnh nhân CTCS cổ là cao nhất với 27.3%. Tỷ lệ loét ở nhóm bệnh nhân liệt tỳ ASIA (A) là cao nhất với 50%. Thang điểm Braden giúp đánh giá sát nguy cơ loét ngay từ khi nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WA Beckrich and Aronovitch SA (1999).** Hospital-acquired pressure ulcers: a comparison of costs in medical. Nurs Econ, **17(5)**, 263–271.
2. **Brem H. and Lyder C. (2004).** Protocol for the successful treatment of pressure ulcers. American Journal of Surgery, **188(1A Suppl)**, 9–17.
3. **Barratt E (1987).** Pressure sores. Putting risk calculators in their place. Nursing Times, **83(7)**, 65–70.
4. **Harris CL and Fraser C Malnutrition in the institutionalized elderly: the effects on wound healing.** <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15509882>>, accessed: 21/04/2018.
5. **Hulsenboom M.A., Bours G.J.J.W., and Halfens R.J.G. (2007).** Knowledge of pressure ulcer prevention: a cross-sectional and comparative study among nurses. BMC Nurs, **6**, 2.
6. **Suriadi, Sanada H., Sugama J., et al (2007).** Risk factors in the development of pressure ulcers in an intensive care unit in Pontianak, Indonesia. Int Wound J, **4(3)**, 208–215.
7. **Fife C, Otto G, Capsuto EG, et al.** Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11246307>>, accessed: 23/05/2018.
8. **Phan Thị Dung, Phạm Đan Thanh, Ngô Thị Huyền và cộng sự (2015),** Nhận xét phòng loét tỳ đê của điều dưỡng qua trường hợp nghiên cứu tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, Tạp chí y học tham họa và bông.
9. **(1998).** Da và các bộ phận phụ thuộc da. Mô học. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Trang 265-274.

IDARUCIZUMAB HÓA GIẢI KHẨN CẤP TÁC DỤNG CHỐNG ĐÔNG CỦA DABIGATRAN: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP SỬ DỤNG ĐẦU TIÊN TẠI VIỆT NAM

Hoàng Văn Sỹ*, Nguyễn Tất Đạt**, Nguyễn Minh Kha*

TÓM TẮT

Dabigatran etexilate (dabigatran) là thuốc chống đông đường uống không đối kháng vitamin K có nhiều ưu điểm hơn so với thuốc chống đông đối kháng vitamin K về phòng ngừa biến cố thuyên tắc và giảm biến chứng chảy máu. Trong những tình huống như chảy máu đe dọa tính mạng hoặc phẫu thuật khẩn cấp, tác dụng chống đông của dabigatran cần được hóa giải nhanh chóng bởi thuốc đối kháng đặc hiệu của nó là idarucizumab, một kháng thể đơn dòng. Chúng tôi báo cáo một trường hợp sử dụng thành công idarucizumab ở bệnh nhân nam suy tim giai đoạn cuối rung nhĩ đang dùng dabigatran được chỉ định phẫu thuật khẩn cấp.

Từ khóa: Hóa giải thuốc chống đông, dabigatran, idarucizumab.

SUMMARY

IDARUCIZUMAB FOR URGENT REVERSAL OF THE ANTICOAGULANT EFFECT OF DABIGATRAN: A CASE REPORT OF FIRST USE IN VIETNAM

Dabigatran etexible (dabigatran) which is non-vitamin K antagonist oral anticoagulants have several advantages in prevention of thromboembolism and reducing bleeding complications over vitamin K antagonists. In case of life-threatening haemorrhage or need of urgent surgery, idarucizumab, a monoclonal antibody, is administered to reverse rapidly the anticoagulant effect of dabigatran. We report a successful use of idarucizumab in an urgent cardiac transplantation of man with diagnosis of the end-stage heart failure, atrial fibrillation taking dabigatran.

Keywords: Anticoagulation reversal, dabigatran, idarucizumab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các thuốc chống đông đường uống không đối kháng vitamin K (Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants: NOACs) như dabigatran, rivaroxaban có nhiều ưu điểm hơn so với thuốc đối kháng vitamin K trong giảm biến cố thuyên tắc huyết khối cũng như giảm biến chứng chảy máu nặng đã được chứng minh qua các công

trình nghiên cứu lớn ngẫu nhiên có nhóm chứng như nghiên cứu RE-LY⁽¹⁾. NOACs có thời gian khởi phát tác dụng nhanh, không cần xét nghiệm kiểm tra thường qui trong quá trình sử dụng ở bệnh nhân có chức năng thận bình thường⁽²⁾. Do đó, NOACs được chỉ định rộng rãi trong thực hành lâm sàng. Idarucizumab là một thuốc đối kháng tác dụng chống đông đầu tiên và đặc hiệu cho dabigatran. Idarucizumab có bản chất là kháng thể đơn dòng ở người, được FDA phê chuẩn đầy đủ cho chỉ định trung hòa tác dụng chống đông của dabigatran ở những bệnh nhân đang dùng dabigatran cần thực hiện những phẫu thuật/thủ thuật khẩn cấp hoặc chảy máu đe dọa tính mạng/chảy máu không kiểm soát được⁽³⁾. Phê chuẩn trên dựa vào những kết quả có được nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng pha 3 REVERSE AD⁽⁴⁾.

Tuy nhiên, mỗi loại phẫu thuật đặc biệt là các phẫu thuật lớn như ghép tim đều tiềm ẩn những nguy cơ chảy máu đe dọa tính mạng khác nhau và không chắc chắn rằng những dữ liệu từ một nghiên cứu đoàn hệ ban đầu với cỡ mẫu giới hạn có thể áp dụng cho hầu hết các bệnh nhân trong những tình huống cụ thể. Do đó, chúng tôi báo cáo một trường hợp thực tế lâm sàng ở bệnh nhân được chẩn đoán suy tim giai đoạn cuối do bệnh cơ tim dẫn nở kèm rung nhĩ đang dùng dabigatran nhằm phòng ngừa biến cố thuyên tắc huyết khối, trong danh sách chờ ghép tim, được phẫu thuật ghép tim khẩn cấp do có bệnh nhân chết não cho tim phù hợp. Đây là trường hợp đầu tiên sử dụng idarucizumab tại Việt Nam.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Đây là một bệnh nhân nam, 61 tuổi. Năm 2005, bệnh nhân nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy vì khó thở cấp, trong quá trình nằm viện được chụp mạch vành với kết quả không hẹp đáng kể các nhánh động mạch vành, chẩn đoán xuất viện Suy tim mất bù cấp, Bệnh cơ tim dẫn nở. Từ đó, bệnh nhân thường xuyên nhập viện vì những đợt mất bù cấp của suy tim. Bệnh nhân được tư vấn và cho vào danh sách chờ ghép tim của bệnh viện Chợ Rẫy. Đợt bệnh này, bệnh nhân đang điều trị nội trú tại một bệnh viện tại Thành phố Hồ Chí Minh với chẩn đoán Đợt mất bù cấp của suy tim tạm ổn, Bệnh cơ tim dẫn nở, Hở van 2 lá

*Khoa Y, Đại học Y Dược TP.HCM

**Khoa Tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2019

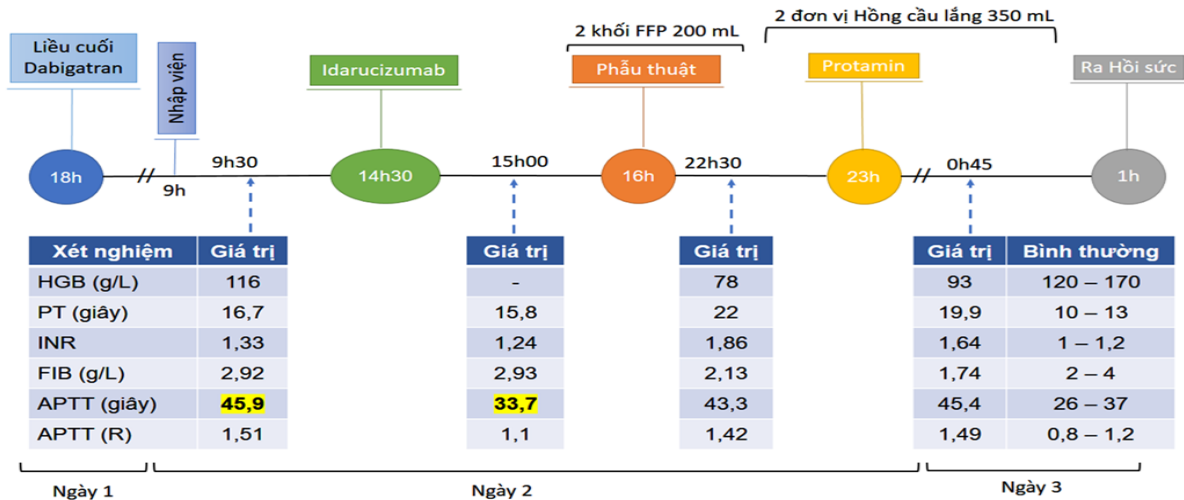
Ngày phản biện khoa học: 5.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

3/4, Hở van động mạch chủ 2/4 và Rung nhĩ không do van tim. Kết quả siêu âm tim của bệnh nhân cho thấy giảm động toàn bộ các thành tim; giãn lớn 4 buồng tim, không huyết khối; hở van 2 lá nặng tí IIIIP; hở van động mạch chủ trung bình tí III; áp lực động mạch phổi thì tâm thu 50 mmHg; phân suất tổng máu thất trái 16% (Simpson). Bệnh nhân đang được điều trị với Dobutamin, Furosemide, Spironolacton, Sacubitril/ Valsartan và Dabigatran 150mg 2 lần mỗi ngày.

Ngày 30/09/2019, có 1 bệnh nhân chết não, gia đình có nguyện vọng hiến tạng, quy trình kiểm tra ghép tạng bắt đầu, do có các thông số phù hợp về mặt ghép tạng với bệnh nhân này, bệnh nhân được chuyển về bệnh viện Chợ Rẫy lúc 9 sáng cùng ngày để ghép tim khẩn cấp. Các xét nghiệm đông máu lúc nhập viện: Hemoglobin 116 G/L (khoảng bình thường: 120 – 170); tiểu cầu 256 G/L (khoảng bình thường: 200 – 400), thời gian PT 16,7 giây (khoảng bình thường: 10 – 13); INR 1,33 (khoảng bình thường: 1 – 1,12); thời gian aPTT 45,9 giây (khoảng bình thường: 26 – 37) và độ lọc cầu thận là 56 ml/phút/1,73 m² da. Vì bệnh nhân đang sử dụng dabigatran

(dùng liều cuối lúc 18 giờ ngày 29/06/2019) và xét nghiệm cho thấy aPTT kéo dài, trước khi tiến hành phẫu thuật bệnh nhân được chỉ định sử dụng thuốc hoá giải tác động chống đông của dabigatran bằng thuốc đối kháng đặc hiệu là idarucizumab (Praxbind). Lúc 14h30 ngày 30/09/2019, bệnh nhân được chỉ định truyền tĩnh mạch nhanh 2 lọ 50mg/ml tổng liều là 5g idarucizumab trong 10 phút. Kết quả xét nghiệm đông máu sau truyền 15 phút là PT 15,8 giây; INR 1,24; aPTT 33,7 giây. Sau dùng idarucizumab 90 phút, bệnh nhân được tiến hành rạch da phẫu thuật. Trong quá trình mổ, bệnh nhân được sử dụng heparin tĩnh mạch theo qui trình phẫu thuật tim và được truyền 2 đơn vị hồng cầu lắng và 2 khối huyết tương tươi đông lạnh. Lúc 23h bệnh nhân được ngưng chạy tuần hoàn ngoài cơ thể, tác dụng của thuốc chống đông heparin dùng lúc mổ được hoá giải bằng protamin sulfate. Lúc 1h ngày 31/09/2019, bệnh nhân được chuyển ra phòng hồi sức (**Hình 1**). Không ghi nhận tình trạng chảy máu quá mức hoặc tác dụng phụ nào của idarucizumab. Bệnh nhân ổn định dần và được xuất viện sau 40 ngày nằm viện.



Quá trình sử dụng idarucizumab và phẫu thuật cho bệnh nhân

IV. BÀN LUẬN

Khi tiến hành các phẫu thuật lớn tại tim và ngoài tim, cần bình thường hoá chức năng đông máu của cơ thể, được thể hiện qua các chỉ số về đông cầm máu nhằm giảm tối đa nguy cơ xảy ra các biến chứng chảy máu nặng trong quá trình phẫu thuật cho bệnh nhân. Do đó, cần điều chỉnh các thông số về đông cầm máu về giới hạn cho phép trước phẫu thuật bằng các chế phẩm máu như huyết tương đông lạnh, yếu tố đông máu

hoặc chất đối kháng của các thuốc chống đông nếu đang được sử dụng trước phẫu thuật.

Dabigatran là thuốc chống đông ức chế trực tiếp thrombin, được chỉ định dùng để dự phòng thuyên tắc huyết khối trong rung nhĩ không do van tim, cũng như dự phòng tiên phát hoặc thứ phát thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sâu⁽¹⁾. Nồng độ trong huyết tương và tác dụng chống đông đạt tối ưu khoảng 2 giờ sau uống. Khi chức năng thận bình thường, thời gian bán huỷ của

dabigatran khoảng 12 – 17 giờ, khi có suy giảm chức năng thận, thời gian này có thể kéo dài đến 28 giờ⁽⁵⁾. Không giống như thuốc đối kháng vitamin K, vẫn dễ đánh giá hiệu quả chống đông của dabigatran không thể đánh giá đầy đủ qua các xét nghiệm đông máu thông thường như PT, INR, aPTT hoặc ACT, mà cần thông qua xét nghiệm như Thời gian pha loãng thrombin (dTT). Một số xét nghiệm khác khác biệt đặc hiệu cho đánh giá hoạt tính chống đông của dabigatran là Thời gian đông máu Ecarin (ECT) hoặc định lượng nồng độ dabigatran trong máu⁽⁶⁾. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, các xét nghiệm như dTT, ECT, và đo nồng độ dabigatran ở thời điểm này chưa có sẵn. Tuy nhiên, dựa vào dược động học của thuốc và chức năng thận của bệnh nhân, hiệu quả chống đông của dabigatran có thể ước đoán được nếu được sử dụng với liều 2 lần/ngày⁽¹⁾. Điều này được ủng hộ bởi xét nghiệm aPTT của bệnh nhân kéo dài với giá trị là 45,9 giây (gấp 1,48 lần giá trị bình thường). Mặc dù, không phản ánh chính xác tác động của dabigatran, aPTT kéo vẫn được coi là một chỉ điểm cho thấy có tác động chống đông của dabigatran⁽⁶⁾.

Do cơ chế tác động của dabigatran, các biện pháp thường qui làm giảm tác động chống đông của dabigatran như dùng huyết tương tươi đông lạnh, các chế phẩm chứa yếu tố đông máu tỏ ra kém hiệu quả⁽⁷⁾. Các biện pháp hỗ trợ như lọc thận để thải dabigatran ra khỏi cơ thể có thể áp dụng nhưng do thời gian bán hủy dài và thể tích phân bố thuốc lớn nên vấn đề loại bỏ tác động chống đông của dabigatran trong một thời gian ngắn nhất là trong các tình huống cấp cứu như bệnh nhân cần mổ cấp cứu hoặc chảy máu đe dọa tính mạng là một thách thức⁽⁷⁾. Idarucizumab là một kháng thể đơn dòng có nguồn gốc từ người, có ái lực với dabigatran gấp 350 lần so với thrombin, do đó thuốc trung hoà nhanh chóng dabigatran⁽²⁾. Trong nghiên cứu RE-VERSE AD, 503 bệnh nhân đang uống dabigatran (30% trường hợp uống liều 150 mg x 2 lần/ngày) được chia thành 2 nhóm: nhóm có chảy máu lớn (nhóm A, n = 301) và nhóm cần phẫu thuật (nhóm B, n = 202), được nhận 5g idarucizumab (2 lọ 50 ml truyền tĩnh mạch nhanh không quá 15 phút)⁽⁴⁾. Ở nhóm B, thời gian dTT hoặc ECT trở về bình thường ở 91,7% số bệnh nhân, 69,8% bệnh nhân có thời gian aPTT trở về bình thường. 97,4 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật khẩn cấp/cần thiệp thủ thuật và thời gian từ lúc sử dụng idarucizumab đến tiến hành phẫu thuật/thủ thuật có giá trị trung vị là 1,6 giờ. Trong trường hợp của chúng

tôi, bệnh nhân sau khi dùng idarucizumab, giá trị aPTT giảm từ 45,9 giây xuống 33,9 giây (giảm 1,36 lần), bệnh nhân được tiến hành ghép tim sau 1,5 giờ sử dụng idarucizumab. Trong quá trình ghép tim và hồi sức sau ghép, không có ghi nhận các biến chứng chảy máu nặng cũng như không phải truyền thêm các chế phẩm nhiều hơn so với các trường hợp ghép tim mà không sử dụng dabigatran trước ghép tim.

Vào năm 2015, FDA đã phê chuẩn nhanh chỉ định sử dụng idarucizumab do có những bằng chứng thuyết phục ban đầu về lợi ích của thuốc đối kháng này qua những số liệu từ nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng pha 3 RE-VERSE AD. Năm 2018, FDA đã cấp phép đầy đủ về chỉ định sử dụng idarucizumab (Praxbind, Boehringer Ingelheim), là thuốc trung hoà tác động chống đông của dabigatran ở những bệnh nhân chảy máu đe dọa tính mạng hoặc cần thực hiện những phẫu thuật/thủ thuật khẩn cấp⁽³⁾. Theo ghi nhận của chúng tôi, đây là trường hợp đầu tiên sử dụng thuốc đối kháng idarucizumab để trung hoà tác động chống đông của dabigatran tại Việt Nam. Trên thế giới, đã có báo cáo một vài trường hợp về sử dụng idarucizumab cho bệnh nhân ghép tim đang điều trị với dabigatran⁽⁸⁾, dự hậu của bệnh nhân trong trường hợp của chúng tôi và trên thế giới nhìn chung là tốt.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi đã báo cáo một trường hợp sử dụng thành công thuốc đối kháng tác dụng chống đông của dabigatran là idarucizumab trong tình huống cần phẫu thuật khẩn cấp. Trong điều kiện không lý tưởng, có thể sử dụng aPTT để đánh giá tác dụng chống đông của dabigatran và theo dõi hiệu quả sau sử dụng idarucizumab.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S et al (2009).** Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*, 361(12):1139-1151.
2. **Schiele F, van Ryn J, Canada K et al (2013).** A specific antidote for dabigatran: functional and structural characterization. *Blood*, 121(18):3554-3562.
3. **FDA Provides Full Approval to Praxbind, Specific Reversal Agent for Pradaxa.** Boehringer Ingelheim. <https://www.prnewswire.com/news-releases/fda-provides-full-approval-to-praxbind-specific-reversal-agent-for-pradaxa-300631175.html>. Truy cập ngày 01/11/2019.
4. **Pollack CV, Reilly PA, Van Ryn J, et al (2017).** Idarucizumab for dabigatran reversal – full cohort analysis. *N Engl J Med*, 377(5):431-441.
5. **Stangier J (2008).** Clinical pharmacokinetics and

pharmacodynamics of the oral direct thrombin inhibitor dabigatran etexilate. Clin Pharmacokinet, 47(5):285-295.

6. **Van Ryn J, Grottke O, Spronk H (2014).** Measurement of dabigatran in standardly used clinical assays, whole blood viscoelastic coagulation, and thrombin generation assays. Clin Lab Med, 34(3):479-501.

7. **Majeed A, Hwang HG, Connolly SJ et al (2013).** Management and outcomes of major bleeding during treatment with dabigatran or warfarin. Circulation, 128(21):2325-2332.

8. **Rimsans J, Rhoten M, Sylvester K et al (2017).** Idarucizumab for urgent reversal of dabigatran for heart transplant: A case report. Am J Hematol, 92(3):E34-e35.

TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO TRƯỚC VỠ Ở BỆNH NHI 3 TUỔI: NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Ngô Mạnh Hùng¹, Nguyễn Đức Đông¹,
Trịnh Trung¹, Đào Đình Hùng²

bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái và khoa Phẫu thuật Thần kinh II, bệnh viện Việt Đức.

TÓM TẮT

Phình động mạch não ở trẻ em là bệnh lý hiếm gặp và khác biệt so với bệnh lý này ở người lớn ở đặc điểm của túi phình, biểu hiện lâm sàng, điều trị và kết quả. Điều trị bệnh lý này thường khó khăn và phức tạp hơn so với ở người lớn. Tuy nhiên các nghiên cứu về bệnh lý này ở trẻ em còn ít. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp túi phình động mạch não trước vỡ ở một bệnh nhi 3 tuổi, đã được điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái và bệnh viện hữu nghị Việt Đức và điểm lại y văn về bệnh lý này.

SUMMARY

RUPTURED INTRACRANIAL ANEURYSM IN A 3 YEARS OLD BOY: A CASE REPORT AND REVIEW THE LITERATURE

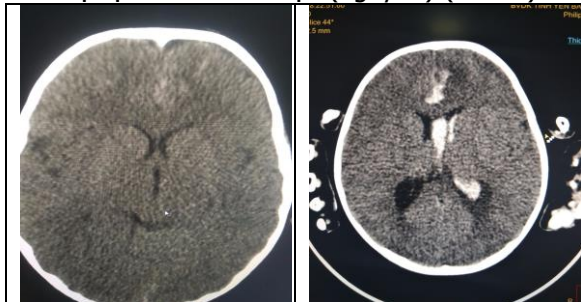
Pediatric intracranial aneurysms are rare and differ from their adult counterpart in term of their aneurysmal characteristics, presentation, treatment and outcome. Their treatment is often more difficult and complex compared with that of adults. However, studies of this special disease remain sparse. We report a 3 years old boy with ruptured anterior cerebral aneurysm who was treated at Yen-Bai general hospital and Viet-Duc hospital as well as short review the literature.

ĐẠI CƯƠNG

Phình động mạch não, khá thường gặp ở người lớn, song lại hiếm gặp ở trẻ em (1-3). Bệnh lý phình động mạch não ở bệnh nhi dưới 18 tuổi gặp với tỉ lệ từ 1%-5% tổng số phình mạch nội sọ (4), và bởi sự hiếm gặp của nó, hầu hết các báo cáo đều là các báo cáo ca bệnh (5). Chúng tôi báo cáo một trường hợp phình động mạch não gặp ở trẻ 3 tuổi đã được điều trị tại

MÔ TẢ CA BỆNH

Bệnh nhi, nam, sinh tháng 3/2016 (42 tháng tuổi), không có tiền sử bệnh lý. Bệnh nhân bị chấn thương sọ não ngày 29.6.2019, và đã được điều trị tại bệnh viện tỉnh Yên Bái. Chụp phim CT sọ não ở thời điểm này thấy có chảy máu dưới nhện vùng trán trái và khe liên bán cầu (Hunt-Hess 0; Fisher cải tiến: 1). Sau đó bệnh nhi được điều trị nội khoa và ra viện (ngày....) (hình 1)



Hình 1. Chụp CT không tiêm thuốc thấy có hình ảnh chảy máu dưới màng nhện

Hình 2. Phim CT sọ não (11.7.2019) xác nhận tình trạng chảy máu trong não trán Trái- khe liên bán cầu và chảy máu não thất

Ngày 11.7.2019, bệnh nhi xuất hiện đau đầu và nôn. Khám lâm sàng tại bệnh viện tỉnh Yên Bái xác định bệnh nhi tình hoàn toàn, đau đầu nhiều kèm nôn. Chụp cắt lớp vi tính sọ não xác định được khối máu tụ trong não trán-khe liên bán cầu và chảy máu não thất (hình 2). Trẻ được chuyển đến bệnh viện Việt Đức cùng ngày.

Tại khoa khám bệnh, khám lâm sàng: trẻ tỉnh táo, tự thở tốt, da niêm mạc hồng. Không thất ngôn. Không có dấu hiệu thần kinh khu trú. Có dấu hiệu cổ cứng nhẹ (Hunt-Hess 1).

Xét nghiệm công thức máu trong giới hạn

¹Bệnh viện Việt Đức.

²Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Mạnh Hùng

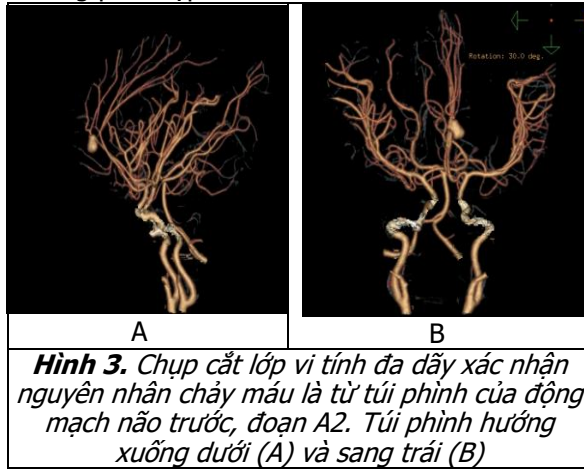
Email: ngomanhhung2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2019

Ngày duyệt bài: 5.11.2019

bình thường. Không phát hiện thêm các tổn thương phối hợp.



Chụp cắt lớp vi tính đa dãy tái tạo mạch máu não cho kết quả (hình 3):

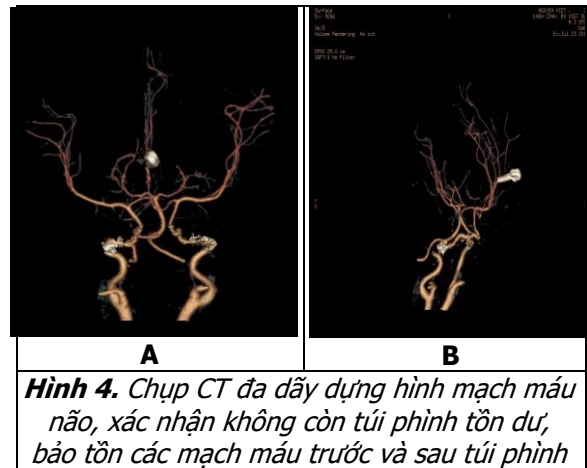
- Túi phình động mạch não trước trái, đoạn thể chai (động mạch viền thể chai); kích thước túi phình 12x7mm; cổ túi phình đường kính 2mm, bờ đều, không thấy co thắt động mạch phía sau túi phình.

- Chảy máu trong não trán hai bên, chủ yếu bên trái với ổ lớn nhất là 24mm; chảy máu não thất bên trái.

Chẩn đoán lâm sàng ở thời điểm này là: Túi phình động mạch não trước (đoạn A2) trái vỡ. Độ Hunt-Hess 1 và Fisher cải tiến: 4

Ngày 12.7.2019, bệnh nhi được tiến hành phẫu thuật vi phẫu kẹp cổ túi phình. Bệnh nhân nằm ngửa, cố định đầu trên khung Mayfield, lắp hệ thống định vị thần kinh (neuronavigation). Mở nắp sọ trán trái, qua xoang tĩnh mạch dọc trên (đường giữa) sang phải. Mở khe liên bán cầu, phẫu tích và bộc lộ nhánh động mạch não trước đoạn A2 trái, và xác định được túi phình động mạch não trước, nằm ở chỗ chia đôi A2-A3. Đặt 2 clip mini vào cổ túi phình, mở túi phình và lấy một phần thành túi phình động mạch não làm sinh thiết đánh giá. Sau đó khối máu tụ được lấy bỏ cho đến khi vào thành trong của sừng trán não thất bên. Lấy bỏ và bơm rửa máu tụ trong não thất. Sau đó đặt dẫn lưu não thất ra ngoài ngay từ chỗ mở vào não thất.

Bệnh nhân được điều trị tại khoa hồi sức tích cực đến ngày thứ 6 sau mổ, xuất hiện cơn động kinh co giật. Điều trị với Keppra 250mg/ngày. 10 ngày sau mổ bệnh nhân được chuyển về khoa Phẫu thuật Thần kinh 2 (ngày 20.7.2019). Trẻ tỉnh, yếu nhẹ nửa người phải (mRS:3). Ngày 27.7.2019 trẻ được chuyển về bệnh viện tỉnh Yên Bái tiếp tục điều trị (mRS: 2) (hình 4).



IV. BÀN LUẬN

Phình động mạch não khá hiếm gặp ở trẻ em, được mô tả đầu tiên bởi Eppinger (theo (5)) năm 1871 ở một trẻ nam 15 tuổi. Tần suất của bệnh lý này ở trẻ dưới 18 tuổi dao động từ 0,5%-4,6% (5). Vì vậy, hầu hết các báo cáo về phình động mạch não ở trẻ em đều là các báo cáo trường hợp bệnh hoặc một nhóm các trường hợp (case series). Ngày nay cùng với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh không can thiệp, chẳng hạn như CT hoặc MRI sọ não, tần suất gặp bệnh lý phình động mạch não ở trẻ em cũng tăng lên nhanh chóng (6)

Trong bệnh lý phình động mạch não ở trẻ em, tỉ lệ nam/nữ = 2/1; tuy nhiên ở nhóm dưới 2 tuổi, tần xuất gặp ở nữ cao hơn nhiều (nữ/nam=5/1) (7). Phình động mạch não ở trẻ em được cho là có cơ chế bệnh sinh khác với ở người lớn, và thường liên quan đến các tổn thương bẩm sinh (7). Các bệnh lý đi kèm với phình động mạch ở trẻ em thường là hội chứng Ehlers-Danlos, hội chứng loạn sản xơ cơ, u xơ cơ thần kinh loại 1 (neurofibromatosis type 1), bệnh lý thân đa nang, bệnh Marfan....

Biểu hiện lâm sàng của túi phình động mạch não ở người lớn và trẻ em cũng khác nhau. Nếu như đau đầu là triệu chứng thường gặp ở người lớn, thì chảy máu dưới màng nhện (SAH) lại là triệu chứng thường gặp nhất ở trẻ em, sau đó là đau đầu và dấu hiệu thần kinh khu trú (7). Hầu hết bệnh nhi có tình trạng lâm sàng tốt, với độ Hunt-Hess 1,2, chiếm trên 50%, khiến cho có nhiều trường hợp SAH ở trẻ em đã bị bỏ sót chẩn đoán cho đến khi chảy máu lại (7).

60% số trẻ em có SAH khi thăm dò chẩn đoán hình ảnh phát hiện túi phình động mạch não. 55% số trẻ có phình động mạch não đến bệnh viện với các triệu chứng của vỡ túi phình (7)

Phân bố theo vị trí của túi phình động mạch

não ở trẻ em là $\frac{3}{4}$ nằm ở phần trước của đa giác Willis, trong khi đó chỉ có $\frac{1}{4}$ nằm ở nửa sau của vòng tuần hoàn này (8). Túi phình động mạch gặp nhiều nhất ở chỗ chia tận động mạch cảnh trong, trong khi đó túi phình của động mạch não trước chỉ chiếm 5%-10% (6). Quyết định lựa chọn điều trị túi phình động mạch não ở trẻ em giữa vi phẫu thuật hay can thiệp nội mạch vẫn còn đang được tranh luận. Nhóm các tác giả ủng hộ phẫu thuật dựa trên tính chất triệt để của phẫu thuật, và khuyến cáo tiến hành phẫu thuật cho các túi phình ở vị trí có thể tiếp cận được và có một số đặc điểm về cổ túi phình khiến cho việc can thiệp mạch khó khăn (cổ rộng, tỉ lệ đỉnh/cổ thấp). Tuy nhiên, tỉ lệ tàn phế và tử vong liên quan đến phẫu thuật lên đến 30%.

Ngược lại, can thiệp nội mạch ngày càng được áp dụng rộng rãi trên thế giới, đặc biệt là khi bố mẹ không mong muốn con phải chịu một cuộc phẫu thuật. Can thiệp nội mạch cho kết quả khả quan, song vẫn còn thấp khi so với phẫu thuật kẹp cổ túi phình. Cũng cần phải lưu ý thêm, tỉ lệ tái phát của phương pháp can thiệp nội mạch là 15%-20% (7). Một nghiên cứu lớn nhất của các tác giả Phần lan, với 114 trẻ em, đã đưa ra kết luận rằng không có sự khác biệt về kết quả giữa phẫu thuật và can thiệp nội mạch.

Tổng hợp lại, túi phình động mạch não ở trẻ em là tổn thương bệnh lý hiếm gặp (0,5%-4,6%), bệnh gặp nhiều hơn ở trẻ gái (nhóm dưới 2 tuổi) và trẻ nam (nhóm trên 2 tuổi). Cơ chế bệnh sinh của bệnh lý này còn chưa được hiểu biết rõ, song hầu hết các tác giả đều cho là có sự khác biệt so với ở người lớn. Vị trí túi phình ở

động mạch não trước chỉ gặp ở 5%-10%, trong khi đó vị trí thường gặp nhất là chỗ chia tận động mạch cảnh trong. Dấu hiệu khởi phát thường gặp nhất là chảy máu dưới màng nhện. Điều trị bằng phẫu thuật hay can thiệp nội mạch đều được áp dụng cho bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Slator N, Talibi SS, Mundil N, Thomas A, Lamin S, Walsh R, et al. Paediatric intracranial aneurysms: a British institutional review. *Childs Nerv Syst.* 2019;35(7):1197-205.
2. Levy ML, Levy DM, Manna B. Pediatric Cerebral Aneurysm. *StatPearls.* Treasure Island (FL)2019.
3. Gemmete JJ, Toma AK, Davagnanam I, Robertson F, Brew S. Pediatric cerebral aneurysms. *Neuroimaging Clin N Am.* 2013;23(4):771-9.
4. Mehrotra A, Nair AP, Das KK, Srivastava A, Sahu RN, Kumar R. Clinical and radiological profiles and outcomes in pediatric patients with intracranial aneurysms. *J Neurosurg Pediatr.* 2012;10(4):340-6.
5. Huang J, McGirt MJ, Gailloud P, Tamargo RJ. Intracranial aneurysms in the pediatric population: case series and literature review. *Surg Neurol.* 2005;63(5):424-32; discussion 32-3.
6. Beez T, Steiger HJ, Hanggi D. Evolution of Management of Intracranial Aneurysms in Children: A Systematic Review of the Modern Literature. *J Child Neurol.* 2016;31(6):773-83.
7. Kim M, Lee HS, Lee S, Park JC, Ahn JS, Kwon DH, et al. Pediatric Intracranial Aneurysms: Favorable Outcomes Despite Rareness and Complexity. *World Neurosurg.* 2019.
8. Chen R, Ren Y, Zhang S, You C, Liu Y. Radiologic Characteristics and High Risk of Seizures in Infants with Ruptured Intracranial Aneurysms: Case Report and Review of the Literature. *World Neurosurg.* 2018;118:e772-e7.

GIÁ TRỊ CỦA CHỈ SỐ PELD VÀ APRI TRONG TIÊN LƯỢNG KẾT QUẢ DẪN LƯU MẬT SAU PHẪU THUẬT KASAI Ở BỆNH NHÂN TEO MẬT BẨM SINH

Nguyễn Phạm Anh Hoa¹, Phạm Duy Hiền¹, Phạm Thị Hải Yến²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chỉ số PELD và APRI thường được sử dụng để đánh giá tình trạng xơ gan và bệnh gan giai đoạn cuối mà ít khi được coi là yếu tố tiên lượng. **Mục tiêu:** Đánh giá vai trò của chỉ số PELD và APRI trong tiên lượng kết quả dẫn lưu mật sau phẫu thuật Kasai ở bệnh nhân teo mật bẩm sinh. **Đối tượng và phương**

pháp: Nghiên cứu tiến cứu theo dõi các bệnh nhân được phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2017 đến 1/2019. Tất cả các bệnh nhân được tính toán chỉ số PELD và chỉ số APRI và đánh giá mối liên quan của các chỉ số này tới tiên lượng kết quả phẫu thuật. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu gồm 117 bệnh nhân với thời gian theo dõi chung là 16,9 tháng. Thời gian sống trung bình sau phẫu thuật là 18,74 tháng. 56,4% bệnh nhân dẫn lưu mật thành công sau 6 tháng, 83,8% bệnh nhân sống tới thời điểm kết thúc nghiên cứu. Chỉ số PELD có mối liên quan chặt chẽ với kết quả dẫn lưu mật sau phẫu thuật, APRI tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật có mối tương quan yếu với kết quả dẫn lưu mật. **Kết luận:** Đánh giá chỉ số PELD trước phẫu thuật và APRI tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật giúp dự đoán kết quả dẫn lưu mật sau

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương,

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phạm Anh Hoa

Email: drhoanph@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.9.2019

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2019

Ngày duyệt bài: 12.11.2019

phẫu thuật Kasai.

Từ khóa: Teo mật bẩm sinh, Kasai, PELD score, APRI

SUMMARY

PELD SCORE AND APRI IN INFANTS WITH BILIARY ATRESIA: PROGNOSTIC VALUE

Background: PELD score and APRI are commonly used to assess end stage cirrhosis and liver disease, which are rarely considered prognostic factors. **Objectives:** To evaluate the role of PELD and APRI indices in prognosis of results after Kasai's surgery. **Materials and methods:** A prospective study following patients underwent Kasai surgery at the National Hospital Pediatrics from January 2017 to January 2019. All patients were calculated PELD and APRI and evaluate their association with the prognosis of surgical results. **Results:** The group study consisted of 117 patients with a follow-up duration of 16.9 months. The median survival time after surgery was 18.74 months. 56.4% of patients successfully drained bile after 6 months, 83.8% of patients lived to the end of the study. The PELD score is closely related to the result of postoperative biliary drainage, APRI at 1 month postoperatively has a weak correlation with surgical outcome. **Conclusion:** Evaluation of PELD before surgery and APRI at 1 month after surgery helps predict the outcome of Kasai's surgery.

Keywords: Biliary atresia, Kasai, PELD score, APRI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo mật bẩm sinh (TMBS) là bệnh lí đặc trưng bởi sự xơ hóa hoàn toàn của một phần hoặc toàn bộ cây đường mật ngoài gan và trong gan, không liên quan đến tân sinh hoặc chấn thương dẫn đến sự cản trở lưu thông của mật, là nguyên nhân phổ biến gây vàng da ứ mật ở trẻ em Châu Á [1].

Phẫu thuật Kasai được áp dụng để khôi phục dòng chảy mật. Phẫu thuật này được áp dụng tại Việt Nam từ năm 1994. Các chỉ số tiên lượng cho kết quả sau phẫu thuật Kasai ở bệnh nhân teo mật bẩm sinh còn nhiều tranh cãi và chưa thống nhất. PELD và APRI là các chỉ số thường được sử dụng trong đánh giá bệnh gan giai đoạn cuối và tiến triển của xơ gan mà còn chưa được đề cập nhiều trong vai trò yếu tố tiên lượng kết quả phẫu thuật. Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá chỉ số PELD và APRI và kết quả dẫn lưu mật sau phẫu thuật Kasai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Liên quan giữa điểm PELD tại thời điểm trước phẫu thuật và kết quả phẫu thuật

Điểm PELD tại thời điểm mổ	Kết quả dẫn lưu mật		P	OR (95%CI)
	Thành công (n= 72)	Thất bại (n= 45)		
<10 (n= 90)	62,2% (56)	37,8% (34)	0,021	2,8
≥10 (n=27)	37,0% (10)	63,0% (17)		1,150- 6,817
< 13 (n= 103)	61,2 % (63)	38,8 % (40)	0,005	5,775

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định TMBS và được phẫu thuật theo phương pháp Kasai, theo dõi sau phẫu thuật tại bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2017 đến 1/2019, với thời gian theo dõi ít nhất 6 tháng.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân không đủ các thông số nghiên cứu hoặc bỏ theo dõi sau phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc loạt ca bệnh.

Các bệnh nhân được đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật, sau phẫu thuật tại các thời điểm 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

❖ Chỉ số PELD: Biến định lượng. Được tính theo công thức

PELD score = (0,48xLn (bilirubin) + 1,857x Ln (INR) - 0,678x Ln (albumin) + 0,436 nếu trẻ < 1 tuổi + 0,667 nếu trẻ có cân nặng < - 2SD x 10[2].

❖ Chỉ số APRI: Biến định lượng. Được tính theo công thức:

APRI = [(AST / ULN AST) x 100] / tiểu cầu (109/ L)[3].

Đánh giá kết quả dẫn lưu mật sau phẫu thuật Kasai: Phẫu thuật được đánh giá là dẫn lưu mật thành công khi: sau phẫu thuật bệnh nhân có phân vàng, hết vàng da, bilirubin < 34 mmol/l tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật. Phẫu thuật được đánh giá là dẫn lưu mật thất bại nếu không đáp ứng đủ 3 tiêu chuẩn trên hoặc bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật.

Xử lí số liệu: Các kết quả được nhập liệu và làm sạch bởi epidata, phân tích bởi phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các phân tích Roc, Kaplan-Meier, Log-rank test được sử dụng để tìm mối tương quan giữa chỉ số nghiên cứu và kết quả phẫu thuật.

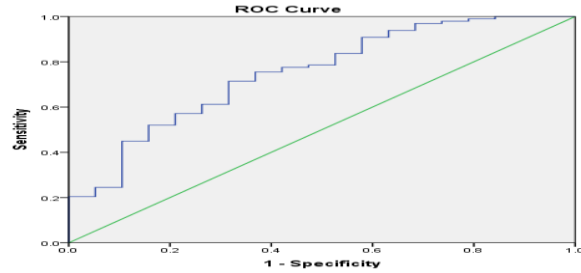
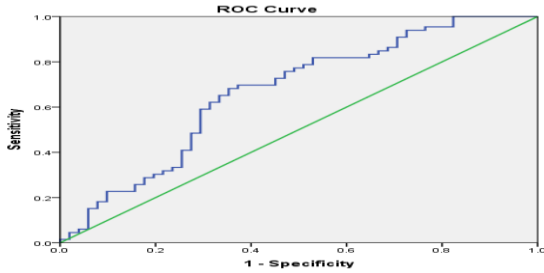
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2017 đến 1/2019 có 117 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu, trong đó nữ chiếm 60,7%, nam chiếm 39,0%. Tỷ lệ nữ/ nam xấp xỉ 1,5/1. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67,4 ± 21,9 ngày tuổi (17 - 123 ngày). Thời gian theo dõi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 16,97 ± 8,09 tháng (Min 1,53 tháng - Max 31,27 tháng). Tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu có 83,8% (98) bệnh nhân còn sống, 16,2% (19) bệnh nhân tử vong.

≥13 (n= 14)	21,4% (3)	78,6% (11)		(1,517- 21,982)
<15 (n= 111)	59,6% (66)	40,5% (45)	0,006*	
≥15 (n=6)	0% (0)	100% (6)		
Trung bình Max- Min	7,2 ± 2,7 (1,6 – 14,21)	9,95± 5,1 (1,7 – 27,1)	0,001	

*: Fisher Exact Test

Điểm PELD trung bình ở nhóm dẫn lưu mật thành công thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm dẫn lưu mật thất bại (p= 0,001). Tỷ lệ dẫn lưu mật thất bại là 63% ở nhóm PELD trước mổ ≥ 10 điểm, tỷ lệ này là 78,6% ở nhóm PELD trước mổ ≥ 13 điểm và tỷ lệ thất bại lên tới 100% nếu PELD trước mổ ≥ 15 điểm.

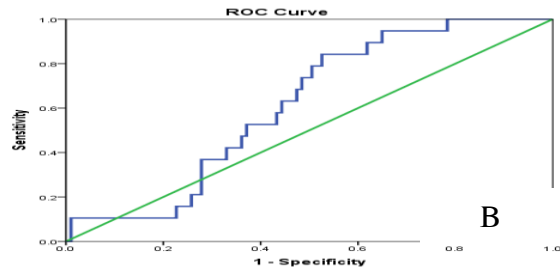
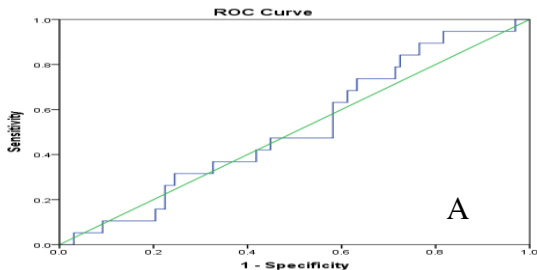


Biểu đồ1. Biểu đồ đường cong ROC A: Môi liên quan giữa chỉ số PELD và kết quả dẫn lưu mật. B: Môi liên quan giữa chỉ số PELD và xác suất sống sau phẫu thuật.

Biểu đồ A cho thấy điểm PELD ở thời điểm trước phẫu thuật ở nhóm thoát mật thất bại cao hơn nhóm thoát mật thành công với diện tích dưới đường cong đạt 0,667 (p=0,002). Tại ngưỡng PELD =7,86 cho dự đoán tỷ lệ dẫn lưu mật thất bại với độ nhạy là 68,2% và độ đặc hiệu là 64,7%.

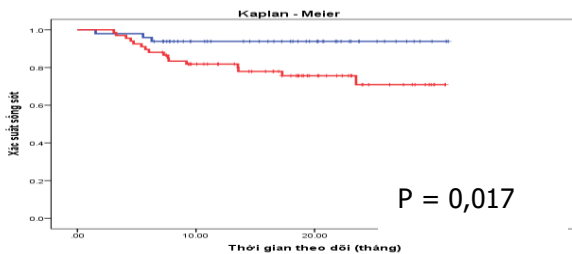
Biểu đồ B cho thấy điểm PELD tại thời điểm trước phẫu thuật ở nhóm tử vong cao hơn nhóm sống sót với diện tích dưới đường cong ROC đạt 0,75 (p=0,001). Tại ngưỡng PELD 8,9 cho dự đoán tỷ lệ tử vong với độ nhạy 71,4% và độ đặc hiệu 68,4%.

3.3.7. Môi liên quan giữa APRI và kết quả phẫu thuật



Biểu đồ2.A: Đường cong ROC biểu thị môi liên quan giữa chỉ số APRI tại thời điểm trước mổ và xác suất sống sót; B: Đường cong ROC biểu thị môi liên quan giữa chỉ số APRI tại thời điểm 1 tháng và xác suất sống sót

Chỉ số APRI tại thời điểm 1 tháng ở nhóm tử vong cao hơn nhóm sống sót với diện tích dưới đường cong đạt 65,4% (p=0,04). Tại ngưỡng APRI ≥1,13 cho dự đoán tử vong với độ nhạy 64,0% và độ đặc hiệu 47,0%.



APRI < 1,13 APRI ≥ 1,13

Biểu đồ3. Xác suất sống theo thời gian giữa 2 nhóm có APRI tại thời điểm 1 tháng < 1,13 và ≥ 1, 13.

Xác suất sống ở nhóm có APRI tại thời điểm 1 tháng < 1,13 cao hơn so với nhóm có APRI tại thời điểm 1 tháng ≥ 1,13. Kiểm định Log rank với p= 0,017. Xác suất sống tích lũy của 2 nhóm APRI < 1,13 và APRI ≥ 1,13 tại thời điểm 6 tháng 95,9% và 88,1%, 12 tháng là 93,9% và 86,5%, 2 năm là 93,9% và 70,9%.

IV. BÀN LUẬN

PELD (Pediatric End – stage Liver- Disease) trước đây được dùng chủ yếu với vai trò là công cụ xét chỉ định ưu tiên cho các bệnh nhân trong danh sách cần ghép gan, song những năm gần

đây, một số tác giả đã áp dụng chỉ số này để đánh giá kết quả sau phẫu thuật của trẻ em TMBS. Một nghiên cứu của tác giả Rhu J và cộng sự năm 2012 kết luận rằng ở điểm PELD ≥ 15 là yếu tố làm gia tăng nguy cơ thất bại ở các bệnh nhân TMBS sau phẫu thuật Kasai[2].

Trong nghiên cứu này, điểm PELD tại thời điểm trước phẫu thuật có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$ giữa nhóm có kết quả dẫn lưu mật thành công và nhóm dẫn lưu mật thất bại trung bình lần lượt là $7,2 \pm 2,7$ và $9,95 \pm 5,1$. Nguy cơ dẫn lưu mật thất bại ở nhóm PELD ≥ 10 và ≥ 13 lần lượt là 2,8 lần và 5,775 lần. Ở nhóm có điểm PELD ≥ 15 không có BN nào dẫn lưu mật thành công (bảng 1). Biểu đồ 2 cho thấy có sự liên quan chặt chẽ giữa điểm PELD ở thời điểm trước phẫu thuật với kết quả dẫn lưu mật và xác suất sống sau phẫu thuật. Tại ngưỡng PELD $\geq 7,86$ cho dự đoán tỉ lệ dẫn lưu mật thất bại với độ nhạy 68,2% và độ đặc hiệu 64,7%. Tại ngưỡng PELD $\geq 8,9$ cho dự đoán tỉ lệ tử vong với độ nhạy 71,4% và độ đặc hiệu 68,4%. Nghiên cứu của tác giả Rhu J và cộng sự 2012 cho thấy điểm PELD trung bình ở nhóm thành công là 9,4 ở nhóm thất bại là 14,9, tỉ lệ thất bại ở nhóm PELD ≥ 15 điểm là 83,3%. PELD được tính dựa trên ba chỉ số Albumin, bilirubin và INR, là những xét nghiệm cận lâm sàng quan trọng nhất được sử dụng trong đánh giá chức năng gan. The kết quả nghiên cứu này, những bệnh nhân trước mổ có điểm PELD cao cần được tư vấn thận trọng trước mổ và theo dõi chặt chẽ sau phẫu thuật không chỉ do khả năng thoát mật sau mổ thấp mà còn nguy cơ tử vong cao vì nguy cơ suy gan và cần ghép gan sớm cho dù đã được phẫu thuật dẫn lưu mật ruột.

Năm 2002, tác giả Grieve Andrew và cộng sự nghiên cứu trên 194 bệnh nhân TMBS, cho thấy số lượng tiểu cầu thấp và nồng độ AST cao là những yếu tố độc lập tiên lượng xấu kết quả dẫn lưu mật[4]. Chỉ số tổng hợp APRI được phát triển từ cả 2 yếu tố này đầu tiên được sử dụng bởi Wai và cộng sự vào năm 2003 để đánh giá tình trạng xơ gan ở bệnh nhân trưởng thành bị viêm gan C mạn tính[5]. Năm 2007, mối liên hệ giữa APRI với TMBS được Ledinghen V và cộng sự lần đầu mô tả và báo cáo có tương quan đáng kể với mức độ xơ hóa và AUC đạt 0,73 trên sinh thiết 33 trẻ mắc bệnh gan mạn tính trong đó có 9 bệnh nhân TMBS[6]. Sau đó, khi nghiên cứu một loạt trẻ TMBS, Kim và cộng sự đã quan sát có mối tương quan đáng kể giữa APRI và mức độ xơ hóa gan[7]. Năm 2013 tác giả Grieve đã kết luận khả năng hết vàng da ở bệnh nhân sau phẫu thuật Kasai có chỉ số APRI thấp tại thời

điểm phẫu thuật và tình trạng vàng da diễn ra dai dẳng nếu tại thời điểm mổ bệnh nhân có chỉ số APRI > 3 và các bệnh nhân này cần phải ghép gan điều trị sớm[4]. Tuy nhiên khi Lind và cộng sự nghiên cứu trên 31 bệnh nhân BA lại không chứng minh được điều này, kết quả này gây tranh cãi được công bố khi sử dụng APRI trong chẩn đoán xơ gan ở trẻ em và dự đoán kết quả sau phẫu thuật [3]. Khá nhiều nghiên cứu tiếp theo về APRI tuy nhiên chưa có sự thống nhất chung về giá trị của chỉ số này, hơn nữa các nghiên cứu đều đề cập tới giá trị tiên lượng của APRI trước mổ và mối liên quan sau phẫu thuật mà ít đề cập tới APRI trong thời gian theo dõi hậu phẫu. Năm 2018, tác giả Ihn K đánh giá mối tương quan giữa chỉ số APRI sau phẫu thuật và kết quả cuộc phẫu thuật. Tác giả kết luận rằng tại thời điểm APRI $> 0,605$ tháng thứ 4 sau phẫu thuật là yếu tố độc lập dự đoán kết quả phẫu thuật thất bại.

Trong khi phân tích mối liên quan của APRI đối với kết quả phẫu thuật, mặc dù chúng tôi không tìm thấy ảnh hưởng đáng kể của APRI trước phẫu thuật nhưng tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật cho thấy APRI $\geq 1,13$ có giá trị như một yếu tố dự đoán kết quả của cuộc phẫu thuật (biểu đồ 2, biểu đồ 3), mặc dù độ nhạy và độ đặc hiệu không cao (64% và 47%).

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy các chỉ số PELD trước phẫu thuật và APRI sau phẫu thuật 1 tháng góp phần tiên lượng kết quả phẫu thuật Kasai ở bệnh nhân TMBS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. Hartley, A. Harnden, and D. Kelly, "Biliary atresia," *BMJ*, vol. 340, p. c2383, May 2010.
2. J. Rhu, S.-M. Jung, Y. H. Choe, J.-M. Seo, and S.-K. Lee, "PELD score and age as a prognostic index of biliary atresia patients undergoing Kasai portoenterostomy," *Pediatr. Surg. Int.*, vol. 28, no. 4, pp. 385–391, Apr. 2012.
3. R. C. Lind, H. J. Verkade, R. J. Porte, and J. B. F. Hulscher, "Aspartate transaminase-to-platelet ratio index is not correlated with severity of fibrosis or survival in children with biliary atresia," *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, vol. 54, no. 5, p. 698, May 2012.
4. Grieve A, Makin E, Davenport M, "Aspartate Aminotransferase to platelet ratio index in infants with biliary atresia: prognostic value at presentation.," *J Pediatr Surg*, vol. 48, 795 789.
5. C.-T. Wai et al., "A simple noninvasive index can predict both significant fibrosis and cirrhosis in patients with chronic hepatitis C," *Hepatology*, vol. 38, no. 2, pp. 518–526, Aug. 2003.
6. V. de Ledinghen et al., "Liver stiffness measurement in children using FibroScan: feasibility study and comparison with Fibrotest, aspartate transaminase to platelets ratio index,

and liver biopsy," J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr., vol. 45, no. 4, pp. 443–450, Oct. 2007.

7. S. Y. Kim, J. Y. Seok, S. J. Han, and H. Koh, "Assessment of liver fibrosis and cirrhosis by

aspartate aminotransferase-to-platelet ratio index in children with biliary atresia," J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr., vol. 51, no. 2, pp. 198–202, Aug. 2010.

SỰ KHÁC BIỆT VỀ GIỚI TÍNH Ở ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐIỆN SINH LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ CẮT ĐỐT QUA CATHETER CỦA NHỊP NHANH KỊCH PHÁT TRÊN THẤT DO VÒNG VÀO LẠI

Hoàng Văn Sỹ*, Nguyễn Minh Kha*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất và nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất là những rối loạn nhịp thường gặp của nhịp nhanh kịch phát trên thất. Tuy nhiên, có ít nghiên cứu đánh giá về sự ảnh hưởng của giới tính đến các đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý và kết quả điều trị của nhịp nhanh kịch phát trên thất bằng năng lượng sóng có tần số radio. **Mục tiêu:** Đánh giá những khác biệt liên quan đến giới tính ở đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý và kết quả điều trị bằng năng lượng sóng có tần số radio của nhịp nhanh kịch phát trên thất tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng:** Dân số nghiên cứu gồm 62 bệnh nhân nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất và nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất được chọn liên tiếp, được tiến hành thăm dò điện sinh lý và cắt đốt qua catheter từ tháng 12/2018 đến tháng 04/2019. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 62 bệnh nhân, trong đó 26 bệnh nhân thuộc nhóm nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất và 36 bệnh nhân nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất, giới nam có 30 bệnh nhân, chiếm 48,4%, giới nữ có 32 bệnh nhân, chiếm 51,6%. Độ tuổi trung bình là $47,8 \pm 13,2$; tuổi lúc cắt đốt trẻ hơn ở nam so với nữ ($43,4 \pm 2,4$, $51,8 \pm 2,0$ năm, $p = 0,01$). Nam giới chiếm ưu thế trong nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất (24/30, chiếm 80%), ngược lại nữ chiếm ưu thế trong nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất (20/32, chiếm 62,5%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về các khoảng dẫn truyền cơ bản, bước nhảy AH và thời gian trở của đường phụ giữa hai nhóm nam và nữ. Tỷ lệ thành công của điều trị cắt đốt đều cao ở giới nam và nữ, lần lượt là 96,7 và 100%. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ giới tính ở bệnh nhân nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất và nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất. Bệnh nhân nam có tuổi trung bình lúc cắt đốt trẻ hơn bệnh nhân nữ. Tỷ lệ cắt đốt thành công nhịp nhanh kịch phát trên thất bằng năng lượng sóng có tần số radio cao ở cả giới nam và nữ.

Từ khóa: Nhịp nhanh kịch phát trên thất, điện sinh lý, giới tính.

*Khoa Y, Đại học Y Dược TP. HCM
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ
Email: hoangvansy@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.9.2019
Ngày phản biện khoa học: 5.11.2019
Ngày duyệt bài: 12.11.2019

SUMMARY

GENDER-RELATED DIFFERENCES IN CLINICAL, ELECTROPHYSIOLOGIC CHARACTERISTICS AND CATHETER ABLATION THERAPY OF PAROXYSMAL SUPRAVENTRICULAR TACHYCARDIA CAUSED REENTRY MECHANISM

Background: Atrioventricular nodal reentrant tachycardia (AVNRT) and atrioventricular reentrant tachycardia (AVRT) are part of supraventricular tachycardias (SVT). However, limited studied evaluating the influence of gender on clinical, electrophysiologic characteristics and outcome of SVT treatment by radiofrequency energy. **Objectives:** The objective of this study was to investigate gender-related differences in clinical, electrophysiologic characteristics and outcome of SVT treatment by radiofrequency energy at Cho Ray Hospital. **Materials:** The study population consisted of 62 consecutive patients with AVNRT and/or AVRT underwent electrophysiologic studies and catheter ablation from December 2018 to April 2019. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** The study population consisted of 26 patients with AVNRT and 36 patients with AVRT. There were 30 (48.4%) male and 32 (51.6%) female patients. The mean age was 47.8 ± 13.2 years, and men with AVRT were significantly younger at ablation therapy compared to women (43.4 ± 2.4 vs 51.8 ± 2.0 years, $p = 0.01$). The majority of patients with AVRT were men (24/30, accounting for 80%), whereas the majority of patients with AVNRT were women (20/32, accounting for 62.5%). Baseline conduction intervals, AH jumping, and accessory pathway refractory were similar in male and female patients with PST underwent electrophysiologic studies. Success rate of catheter ablation were high in men and women (96.7 vs 100%, respectively). **Conclusions:** The study revealed that significant differences in sex distribution exist among patients with AVNRT và AVRT. Male patients were younger at for ablation therapy than female patients. The rate of successful radiofrequency ablation of SVT was high in both men and women.

Keywords: Paroxysmal supraventricular tachycardia, electrophysiologic study, gender.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất và nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất là hai thể rối loạn

nhịp thường gặp trên lâm sàng của nhịp nhanh kịch phát trên thất. Tại Mỹ, tỷ lệ hiện mắc nhịp nhanh kịch phát trên thất là 2,25/1.000 dân và tỷ lệ mới mắc là 35/100.000 dân⁽¹⁾. Theo y văn, cũng ghi nhận tỷ lệ phân bố khác nhau về giới tính ở 2 loại nhịp nhanh do vòng vào lại trên, cụ thể giới nam chiếm ưu thế trong nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất và ngược lại trong nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất có giới nữ ưu thế⁽²⁾. Kích thước buồng tim ở nữ thường nhỏ hơn nam và những đặc điểm về dẫn truyền nhĩ-thất giữa nam và nữ có sự khác nhau, dẫn đến sự biểu hiện các loại nhịp nhanh trên thất do vòng vào lại cũng khác nhau về vị trí vòng vào lại, tuổi khởi phát và triệu chứng lâm sàng⁽³⁾.

Nhịp nhanh kịch phát trên thất được gọi ý chẩn đoán dựa trên lâm sàng và thăm dò điện sinh lý giúp chẩn đoán xác định. Khi thăm dò điện sinh lý sẽ giúp chẩn đoán cơ chế gây nhịp nhanh, vị trí các vòng vào lại, cũng các đặc điểm điện sinh lý liên quan đường kếp qua nút nhĩ thất và đường dẫn truyền phụ. Cắt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio là biện pháp điều trị triệt để của nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất trong hướng dẫn điều trị nhịp nhanh trên thất của Hội Tim Mạch Châu Âu 2019⁽⁴⁾.

Sự khác nhau về các đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý, kết quả và tiên lượng điều trị lâu dài bằng năng lượng sóng có tần số radio của nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất và nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất theo giới tính được báo cáo. Tuy nhiên dữ liệu về ảnh hưởng của giới tính lên đến các đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý và kết quả điều trị của nhịp nhanh kịch phát trên thất bằng năng lượng sóng có tần số radio còn ít và có sự không đồng nhất với nhau về kết quả^{(5),(6),(7)}. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để đánh giá những khác biệt liên quan đến giới tính ở đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý và kết quả điều trị bằng năng lượng sóng có tần số radio của Nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất và nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ tháng 12/2018 đến tháng 04/2019. Nghiên cứu được tiến hành dưới sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh số 410/HĐĐĐ ký ngày 20/11/2018.

Tiêu chuẩn nhận bệnh: Tất cả bệnh nhân đủ 18 tuổi với chẩn đoán lâm sàng là nhịp nhanh kịch phát trên thất và được thăm dò điện sinh lý với kết quả là nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ

thất hoặc nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất; bệnh nhân đồng ý tham gia và ký vào bản chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp không được thực hiện đầy đủ quy trình thăm dò và cắt đốt điện sinh lý.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Các bước tiến hành: Bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và thực hiện cận lâm sàng, thu thập các biến số cần thiết. Chẩn đoán đường dẫn truyền hiện (Dẫn truyền từ nhĩ xuống thất qua đường dẫn truyền phụ) bằng ĐTĐ (điện tâm đồ) bề mặt: PR ngắn (<120ms), QRS dẫn rộng (≥ 110 ms) và sóng delta ở đầu các phức bộ QRS. Đường dẫn truyền phụ ẩn khi không có biểu hiện trên ĐTĐ bề mặt và được xác định qua thăm dò điện sinh lý (Dẫn truyền từ thất lên nhĩ qua đường dẫn truyền phụ)⁽⁴⁾. Thăm dò và cắt đốt đường phụ bằng năng lượng sóng có tần số radio.

Trang thiết bị: Hệ thống máy chụp mạch một bình diện Axiom Artis, máy kích thích tim theo chương trình (tích hợp trong hệ thống thăm dò điện sinh lý tim), các điện cực thăm dò và cắt đốt.

Bệnh nhân được đo điện tâm đồ 12 chuyển đạo trước và sau thủ thuật.

Quá trình thăm dò: Đưa các điện cực vào tim thông qua đường tĩnh mạch đùi, các dây điện cực đặt tại nhĩ phải, bộ His, xoang vành và thất phải. Đo các khoảng dẫn truyền cơ bản AH, HV, QRS. Dùng máy kích thích tim theo chương trình để khởi phát cơn nhịp nhanh và đo thời gian block nhĩ thất xuôi dòng, đặc tính dẫn truyền và thời gian trở của đường dẫn truyền phụ. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất là: Có bằng chứng của đường kếp nút nhĩ thất chiều xuôi; trong cơn nhịp nhanh, khoảng AH > 180 ms; gây cơn nhịp nhanh phụ thuộc vào bước nhảy AH và trình tự khử cực nhĩ có dạng đồng tâm, điện thế nhĩ dẫn truyền ngược sớm nhất ghi được ở vị trí CS9-10 ngang lỗ xoang vành – phía sau cần Todara và phía sau bên trái vị trí bó His. Tiêu chuẩn có đường dẫn truyền phụ là: Hoạt hóa nhĩ đồng tâm (concentric)/không đồng tâm (eccentric) với hoạt hóa nhĩ ngược lên sớm nhất ở vị trí xoang vành dẫn truyền từ trái qua phải trên ĐTĐ trong buồng tim; Một ngoại tâm thu thất được tạo ra trong lúc nhịp nhanh có thể gây ra tiền kích thích nhĩ ở thời điểm mà bó His trở.

Cắt đốt nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất thành công khi: Không còn gây cơn nhịp nhanh bằng kích thích tim theo chương trình kể cả sau khi tiêm atropin; không còn đường kếp của nút nhĩ thất hoặc còn đường kếp nhưng chỉ có một

nhịp nút đảo khi kích thích tim theo chương trình. Cắt đốt đường phụ gọi là thành công khi: Không còn các dấu hiệu tiền kích thích thất trên ĐTĐ bề mặt - mất sóng delta đối với hội chứng WPW hiện; không còn dấu hiệu dẫn truyền ngược thất – nhĩ qua đường phụ khi tạo nhịp thất và không gây được cơn nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất khi kích thích tim theo chương trình.

Xử lý thống kê: Dữ liệu được nhập và xử trí bằng phần mềm Stata 13.0. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm theo giới tính. Đối với các biến số liên tục dùng phép kiểm Student's t (nếu có phân phối chuẩn) hoặc phép kiểm Wilcoxon (nếu không có phân phối chuẩn) để so sánh sự khác biệt giữa 2 nhóm. Đối với biến số danh định, dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc phép kiểm chính xác Fisher.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng theo giới tính

	Chung, n = 62	Nam n = 30	Nữ n = 32	Giá trị p
Tuổi, năm	47,8 ± 13,2	43,4 ± 2,4	51,8 ± 2,0	0,01
Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến cắt đốt, năm	1 (0 - 7)	1 (0 - 3)	0,5 (0 - 10)	0,98
Tuổi khởi phát, năm	43,0 ± 2,2	37,3 ± 3,2	47,2 ± 2,9	0,02
Chức năng cơ bóp thất trái, %	63,8 ± 0,9	64,2 ± 0,9	63,3 ± 1,6	0,64
LVIDd, mm	43,9 ± 0,4	44,2 ± 2,5	43,6 ± 3,7	0,46
AVNRT, n (%)	26 (41,9)	6 (20,0)	20 (62,5)	0,001
AVRT, n (%)	36 (59,1)	24 (80,0)	12 (37,5)	0,001
Kiểu biến hiện đường phụ				
- WPW hiện, n (%)	16 (44,4)	14 (58,3)	2 (16,6)	0,02
- WPW ẩn, n (%)	20 (55,6)	10 (41,7)	10 (83,3)	

Giá trị là TB ± ĐLC; số lượng (%).

LVIDd: Đường kính cuối tâm trương thất trái, AVNRT: Nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất. AVRT: Nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất.

Thăm dò điện sinh lý. Tất cả các trường hợp nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất (n=26) đều có bằng chứng đường kép qua nút nhĩ thất với bước nhảy AH có giá trị là 96,9 ± 7,4 ms. Không có sự khác biệt về các đặc điểm điện sinh lý của

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng chung. Trong thời gian 5 tháng, chúng tôi ghi nhận được 62 trường hợp gồm có 26 trường hợp nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất và 36 trường hợp nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất, trong đó có 16 trường hợp HC WPW hiện và 20 trường hợp HC WPW ẩn. Độ tuổi trung bình 47,8 ± 13,2 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 23 tuổi và tuổi lớn nhất là 72 tuổi. Trong nghiên cứu có 30 bệnh nhân là nam, 48,4% và 32 bệnh nhân nữ chiếm 51,6%. Sự khác biệt về các đặc điểm lâm sàng giữa giới nam và nữ được trong Bảng 1. Trong đó, ở hai giới có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi lúc cắt đốt, tuổi khởi phát cơn nhịp nhanh, đường kính cuối tâm trương thất trái và loại vòng vào lại với p < 0,05.

nhịp nhanh trên thất do vòng vào lại ở 2 nhóm nam và nữ ở các chỉ số về khoảng dẫn truyền cơ bản, tần số tim trong cơn nhịp nhanh, thời gian block nhĩ thất xuôi dòng (điểm Wekenbach) cũng như khi đánh giá độ dài bước nhảy AH trong nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất và thời gian trở xuôi chiều và ngược chiều của đường dẫn truyền phụ trong nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất (**Bảng 2**).

Bảng 2. Đặc điểm điện sinh lý theo giới tính

	Chung n= 62	Nam n = 30	Nữ n = 32	Giá trị p
AH, ms	83,6 ± 2,3	85,2 ± 3,4	82,3 ± 3,1	0,53
HV, ms	36,4 ± 1,1	34,3 ± 2,0	38,3 ± 1,0	0,08
QRS, ms	110 (97 - 128)	113 (99 - 130)	108 (96-123)	0,36
Tần số cơn tim nhịp nhanh, lần/phút	171,2 ± 3,4	172,6 ± 5,6	170,1 ± 4,2	0,72
Điểm Weckenbach xuôi, ms	317,9 ± 5,2	326,0 ± 8,5	310,6 ± 6,4	0,14
Bước nhảy AH, ms	107,8 ± 1,8	110,2 ± 19,9	105,5 ± 5,0	0,25
Đặc điểm đường phụ (n =36)				
Nằm trên vòng van 2 lá, n (%)	29 (80,6)	18 (75,0)	11 (91,7)	0,235
Nằm trên vòng van 3 lá, n (%)	7 (19,4)	6 (25,0)	1 (8,3)	
Thời gian trở xuôi chiều, ms	273,7 ± 16,7	267,1 ± 15,9	292,0 ± 48,8	0,53
Thời gian trở ngược chiều, ms	278,8 ± 11,5	280,0 ± 11,9	276,0 ± 27,1	0,87

Bước nhảy AH = A2H2 - A1H1 khảo sát ở bệnh nhân nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất.

Thời gian trở xuôi chiều và ngược chiều của đường phụ khảo sát ở bệnh nhân nhịp nhanh

vòng vào lại nhĩ thất.

Điều trị cắt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio. Trong 62 bệnh nhân, cắt đốt thành công ở 61 bệnh nhân, chiếm 98,4%. Trong trường hợp thất bại, bệnh nhân nam có đường phụ nằm thượng tâm mạc, sâu trong lỗ xoang vành, nguy cơ sẽ gây thủng tĩnh mạch xoang vành khi cắt đốt, nên bác sĩ điều trị quyết định

dùng cắt đốt. Không ghi nhận biến chứng như tử vong, tràn máu màng ngoài tim, block nhĩ thất, mất máu phải truyền máu. Chúng tôi chỉ ghi nhận 1 trường hợp tụ máu vùng ben đùi phải – vị trí đâm kim, xử trí bằng cách chèn ép tại chỗ. So sánh các thông số kỹ thuật trong quá trình cắt đốt giữa 2 giới được thể hiện trong **Bảng 3**.

Bảng 3. Thông số kỹ thuật trong quá trình cắt đốt theo giới tính

	Chung N = 62	Nam n = 30	Nữ n = 32	Giá trị p
Tỷ lệ thành công, n (%)	61 (98,4)	29 (96,7)	32 (100)	N/A
Thời gian cắt đốt, giây	228,4 ± 12,6	236,0 ± 19,9	221,3 ± 15,8	0,56
Công suất trung bình, Watt	31,5 ± 1,2	33,1 ± 2,0	29,9 ± 1,5	0,19
Nhiệt độ trung bình, °C	53,1 ± 0,7	53,3 ± 1,3	52,9 ± 0,6	0,75
Trở kháng trung bình, Ohm	103,2 ± 1,4	102,8 ± 2,3	103,6 ± 1,7	0,79
Thời gian chiếu tia X, phút	15,9 ± 1,2	14,6 ± 1,4	17,16 ± 1,9	0,29
Thời gian thủ thuật, phút	106,9 ± 3,0	108,5 ± 4,4	105,5 ± 4,2	0,62

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi mô tả mối liên quan giữa giới tính và các đặc điểm lâm sàng, điện sinh lý và kết quả điều trị ở 62 bệnh nhân nhịp nhanh kịch phát trên thất được thăm dò và cắt đốt điện sinh lý. Về đặc điểm chung của dân số nghiên cứu, tỷ lệ nam và nữ trong nhịp nhanh trên thất do vòng vào lại gần bằng nhau (48,4% và 51,6%). Tuy nhiên, giới nam lại chiếm ưu thế trong nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất (nam gấp 2 lần nữ) và ngược lại nữ gấp 3 lần nam trong nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Theo Liu và cs, nam giới chiếm 61,8% số bệnh nhân HC WPW⁽⁸⁾. Chúng tôi nhận thấy rằng, sự khác biệt về giới tính được tạo ra do sự khác biệt về giới trong HC WPW hiện, cụ thể giới nam nhiều hơn là giới nữ (87,5% và 50%), khác biệt này ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$ (**Bảng 1**). HC WPW không chỉ là một bất thường bẩm sinh mà còn phát triển trong quá trình trưởng thành. Thời gian dẫn truyền nhĩ thất (biểu hiện bằng khoảng PR) tương đối dài là điều kiện tiền đề quan trọng để xuất hiện các bất thường về kích thích sớm ở HC WPW hiện. Từ lâu, nhiều nghiên cứu trong cộng đồng đã cho thấy sự khác biệt về giới trong dẫn truyền nhĩ thất, nữ có khoảng PR ngắn hơn so với nam, có lẽ do kích thích buồng tim của giới nữ nhỏ hơn nam⁽³⁾.

Độ tuổi lúc cắt đốt ở bệnh nhân nam nhỏ hơn so với nữ. Khi phân tích sâu hơn, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt này chủ yếu xảy ra ở nhóm bệnh nhân có HC WPW hiện so với WPW ẩn. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Liu và cs (37 so với 40 tuổi)⁽⁸⁾, điều này có thể do HC WPW hiện được tầm soát và phát hiện sớm hơn

dựa vào sóng delta trên ĐTĐ bề mặt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các khoảng dẫn truyền các cơ bản của dân số nghiên cứu nằm trong khoảng giá trị của dân số chung. Không có sự khác biệt về các đặc điểm điện sinh lý theo giới tính, kết quả này cũng được ghi nhận tương tự trong nghiên cứu của các tác giả khác^{(6),(8)}.

Tỷ lệ cắt đốt có tỷ lệ thành công cao ở cả 2 giới nam và nữ. Kết quả này tương tự của Dagres và cs với tỷ lệ thành công ở nam là 93% và ở nữ 95%⁽⁶⁾. Tuy nhiên, theo Feldman và cs, giới nữ là yếu tố tiên lượng độc lập tái phát nhịp nhanh sau điều trị cắt đốt⁽⁵⁾. Bên cạnh đó, chúng tôi không ghi nhận có sự khác biệt nào về các thông số kỹ thuật giữa 2 giới nam và nữ. Tương tự các nghiên cứu khác, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt giữa 2 giới về các thông số kỹ thuật như nhiệt độ, công suất, thời gian chiếu tia⁽⁶⁾.

V. KẾT LUẬN

Qua phân tích sự khác nhau về đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý và điều trị cắt đốt theo giới tính ở 62 trường hợp nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất và nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất, chúng tôi ghi nhận giới nam có độ tuổi cắt đốt và khởi phát cắt đốt thấp hơn so với giới nữ. Giới nam chiếm ưu thế ở bệnh nhân nhịp nhanh vòng vào lại nhĩ thất, nữ giới bị mắc nhịp nhanh vòng vào lại nút nhĩ thất nhiều hơn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số khi thăm dò điện sinh lý và các thông số kỹ thuật lúc cắt đốt giữa hai giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Orejarena LA, Vidaillet H, DeStefano F et al (1998). Paroxysmal supraventricular tachycardia in the general population. J Am Coll Cardiol,

- 31(1):150-157.
2. Porter MJ, Morton J B, Denman R (2004) et al. Influence of age and gender on the mechanism of supraventricular tachycardia. Heart Rhythm, 1(4):393-396.
 3. Simonson E, Blackburnjr H, Puchner TC et al (1960). Sex Differences in the Electrocardiogram. Circulation, 22:598-601.
 4. Brugada J, Katritsis DG, Arbelo E et al (2019). 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardiaThe Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J , Aug 31.
 5. Feldman A, Voskoboynik A, Kumar S et al (2011). Predictors of acute and long-term success of slow pathway ablation for atrioventricular nodal reentrant tachycardia: a single center series of 1,419 consecutive patients. Pacing Clin Electrophysiol, 34(8): 927-933.
 6. Dargès N, Clague JR, Breithardt G et al (2003). Significant gender-related differences in radiofrequency catheter ablation therapy. J Am Coll Cardiol, 42(6):1103-1107.
 7. Farkowski MM, Pytkowski M, Maciag A et al (2014). Gender-related differences in outcomes and resource utilization in patients undergoing radiofrequency ablation of supraventricular tachycardia: results from Patients' Perspective on Radiofrequency Catheter Ablation of AVRT and AVNRT Study. Europace, 16(12):1821-1827.
 8. Liu S, Yuan S, Hertervig E et al (2001). Gender and atrioventricular conduction properties of patients with symptomatic atrioventricular nodal reentrant tachycardia and Wolff-Parkinson-White syndrome. J Electrocardiol, 34(4):295-301.

PHÂN TÍCH CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U TUYẾN THƯỢNG THẬN LÀNH TÍNH KHÔNG TRIỆU CHỨNG

TÓM TẮT

U tuyến thượng thận (TTT) lành tính không triệu chứng là khối u được phát hiện tình cờ bởi i chẩn đoán hình ảnh, tỷ lệ mắc 1,4 - 8,7%. Đến nay chỉ định PTNS điều trị bệnh lý này còn nhiều tranh cãi. Đề tài được thực hiện với mục tiêu: Phân tích chỉ định và kết quả PTNS điều trị u TTT lành tính không triệu chứng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu 64 BN u TTT lành tính không triệu chứng được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2015 đến tháng 05/2018. **Kết quả:** Chỉ định mổ: 39,1% do u có kích thước ≥ 4 cm; 35,9% u hoạt động nội tiết; 18,8% u thay đổi kích thước; 6,3% nghi ngờ Pheochromocytoma. 76,6% PTNS truyền thống, 23,4% PTNS một lỗ. 1,6% chuyển mổ mở. Tai biến 17,1%. Thời gian phẫu thuật $80,78 \pm 29,76$ phút. Đau sau mổ $2,08 \pm 1,03$ ngày. Thời gian nằm viện $5,08 \pm 1,36$ ngày. Biến chứng sớm 8,0%. **Kết luận:** Chỉ định PTNS phụ thuộc vào khả năng hoạt động nội tiết, đặc điểm hình ảnh học và sự thay đổi tính chất u. PTNS điều trị u TTT lành tính không triệu chứng là phương pháp an toàn, với nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở.

SUMMARY

ANALYSIS OF INDICATIONS AND RESULTS OF LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY TO TREAT ADRENAL INCIDENTALOMA

Purpose: Adrenal incidentaloma is a tumor that is incidentally discovered on imaging test, incidence is about 1.4 - 8.7%. Nowadays, indications of

*Bệnh viện Thanh Nhàn

**Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Vinh

Email: dr.ntvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2019

Ngày duyệt bài: 5.11.2019

Nguyễn Thành Vinh*, Nguyễn Đức Tiến**

laparoscopic adrenalectomy to treat this disease is controversial. Our research are carried out with purposes: Analysis of indications and results of laparoscopic adrenalectomy to treat adrenal incidentaloma. **Object and Method:** Prospective research in 64 patients with adrenal incidentaloma treated with laparoscopic adrenalectomy at Viet Duc Hospital from 10/2015 to 05/2018. **Results:** Surgical indications: 39,1% tumors size ≥ 4 cm; tumors with endocrine activity was 35.9%; 18.8% tumors changed size; 6.3% suspected Pheochromocytoma. 76,6% normal laparoscopic adrenalectomy, 23,4% single site laparoscopic adrenalectomy. 1.6% turned open surgery. Accident was 17.1%. Surgical time was 80.78 ± 29.76 minutes. Postoperative pain 2.08 ± 1.03 days. Duration of hospitalization was 5.08 ± 1.36 days. Complications 8,0%. **Conclusion:** Indications of laparoscopic adrenalectomy depend on the ability of the hormonal activity, imaging characteristics and changes of tumor properties. Laparoscopic adrenalectomy for adrenal incidentaloma is a safe method, with many advantages over open surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U TTT không triệu chứng thường được phát hiện tình cờ nhân cơ hội thăm khám một bệnh lý khác, đặc biệt bệnh lý hệ tiết niệu, hoặc bởi chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CLVT, MRI) vì những bệnh lý khác, không có triệu chứng lâm sàng liên quan đến bệnh của TTT [1]. Tỷ lệ mắc u TTT không triệu chứng khoảng từ 1,4 đến 8,7% [2]. Các nghiên cứu thấy rằng tỷ lệ mắc u TTT lành tính không triệu chứng tăng theo lứa tuổi và thường đi kèm với tình trạng béo phì, đái tháo đường hoặc tăng huyết áp [1]. Ngày nay, với những tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh, làm tăng cơ hội phát hiện u TTT không triệu chứng.

Về điều trị, PTNS cắt bỏ TTT là phương pháp được ứng dụng phổ biến trong các trường hợp u TTT lành tính không triệu chứng, rất nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn đã chỉ ra rằng PTNS có ưu điểm lớn như: cho phép tiếp cận, phẫu tích dễ dàng ở những vùng sâu như TTT, tính thẩm mỹ, giảm đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, BN có thể sớm quay trở về hoạt động bình thường, giảm tỷ lệ sa lồi thành bụng sau mổ [1], [2].

Mặc dù vậy, cho đến nay chưa có sự thống nhất về chỉ định phẫu thuật cắt bỏ u TTT lành tính không triệu chứng, bên cạnh đó, chỉ định phẫu thuật nội soi đặt ra khi nào vẫn còn nhiều tranh cãi, chủ yếu dựa vào kích thước, tính chất u, lứa tuổi của BN và hoạt động nội tiết của u tại thời điểm phát hiện hoặc biến đổi sau khoảng thời gian theo dõi [1], [3]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Phân tích chỉ định và kết quả PTNS điều trị u tuyến thượng thận lành tính không triệu chứng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng. BN u TTT lành tính không triệu chứng được điều trị bằng PTNS tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2015 đến tháng 05/2018.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, có theo dõi dọc, không đối chứng.

Tất cả BN vào viện đều được thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm thăm dò cận lâm sàng: Siêu âm ổ bụng, chụp CLVT hoặc MRI ổ bụng để đánh giá tính chất, hình thể u, các xét nghiệm sinh hóa Hormon TTT (Định lượng cortisol, Aldosteron, Catecholamin máu và nước tiểu), sinh hóa máu cơ bản.

- Đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu: Tuổi, giới, vị trí u, mô bệnh học u.

- Chỉ định phẫu thuật [1], [2], [3]:

+ U hoạt động chức năng nội tiết *

+ U \geq 4 cm trên chẩn đoán hình ảnh.

+ U thay đổi kích thước, hình thái trong thời gian theo dõi.

+ U < 4cm (Nghĩ tới Pheochromocytome) dựa vào MRI hoặc CLVT

*U được coi là có hoạt động chức năng nội tiết khi: + Có biểu hiện hội chứng Cushing cận lâm sàng (hypercortisolism) bằng xét nghiệm ức chế dexamethasone 1 mg qua đêm (nghiệm pháp NPUC) khi nồng độ cortisol trong huyết thanh vượt quá 5,0 μ g / dL sau khi thử nghiệm ức chế dexamethasone 1 mg [1], [3]. Trong trường hợp không làm được NPUC, có thể đánh giá nồng độ Cortisol máu và nước tiểu tại các thời điểm khác nhau [1], [3].

+Tăng tiết Aldosteron và/hoặc Catecholamin máu đối với u tủy thượng thận

(Pheochromocytome) [1], [3].

- Kết quả trong mổ:

+ Phương pháp mổ: PTNS truyền thống/ PTNS 1 lỗ

+ Thêm trocar/ chuyển mổ mở, tai biến, thời gian phẫu thuật

- Kết quả sớm: Thời gian trung tiện, đau sau mổ, biến chứng sớm, thời gian nằm viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của BN được thể hiện trong Bảng 1: Tuổi trung bình 45,22. Vị trí u thường gặp ở bên trái (57,8%). Không trường hợp nào có u TTT 2 bên. Lý do vào viện chủ yếu là khám sức khỏe định kỳ (43,8%).

Bảng 1. Đặc điểm BN

Tuổi	45,22 \pm 13,8 (13 - 79 tuổi)
Giới	Nam/ nữ: 0,6
Vị trí u	Bên phải: 27 (42,2%), Bên trái: 37 (57,8%)
Lý do vào viện	Khám sức khỏe định kỳ: 28 (43,8%) Khám vì bệnh khác: 24 (37,5%) Khám lại do đã phát hiện u TTT từ trước: 12 (18,7%)

Bảng 2. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Đặc điểm giải phẫu bệnh	Số BN	Tỷ lệ %
U tuyến vỏ thượng thận	46	71,9%
U tủy thượng thận (Pheochromocytome)	11	17,2%
U hạch thần kinh (Ganglioneuroma)	4	6,3%
U mạch bạch huyết (Lymphanginoma)	1	1,6%

Đa số trường hợp là u tuyến vỏ thượng thận, chiếm 71,9%. Pheochromocytome chiếm 17,2%. U hạch thần kinh 6,3% và u mạch bạch huyết 1,6%.

Phân tích chỉ định mổ

Bảng 3. Chỉ định mổ

Chỉ định mổ	Số BN	Tỷ lệ %
U hoạt động chức năng nội tiết	23	35,9%
U \geq 4 cm (Không hoạt động nội tiết)	25	39,1%
U thay đổi kích thước, hình thái	12	18,8%
U < 4cm (Nghĩ tới Pheochromocytome) trên CLVT	4	6,3%

Chỉ định phẫu thuật đa phần do u \geq 4 cm (Không hoạt động nội tiết), chiếm 39,1%.

Kết quả trong mổ

Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật theo kích thước u

Phương pháp phẫu thuật	Số BN (%)	Kích thước u theo CLVT (cm)	p
PTNS một lỗ	15 (23,4%)	2,43 \pm 0,31 (0,8 - 4,4)	0,005

PTNS truyền thống	49 (76,6%)	3,93 ± 0,27 (1,3 - 9,6)	
-------------------	---------------	----------------------------	--

Đa số BN được thực hiện PTNS truyền thống (76,6%). 15 BN (23,4%) PTNS 1 lỗ. Kích thước u được chỉ định cho PTNS một lỗ nhỏ hơn PTNS truyền thống ($p < 0,01$)

Bảng 5. Thêm trocar, chuyển mổ mở

Thêm trocar/ chuyển mổ mở	Số BN (%)	Kích thước u (Theo CLVT) (cm)	p
Không	55 (85,8%)	3,13 ± 0,17 (0,8 - 6,1)	< 0,01
Thêm 1 trocar	6 (9,4%)	7,03 ± 1,07 (3,0 - 9,6)	
Thêm 2 trocar	1 (1,6%)	6,3	
Chuyển mổ mở	1 (1,6%)	5,6	

Có 7 BN (11,0%) phải thêm trocar và 1 BN (1,6%) phải chuyển mổ mở. Kích thước u càng lớn thì tỷ lệ thêm trocar hoặc chuyển mổ mở càng cao ($p < 0,01$)

Bảng 6. Tai biến, thời gian phẫu thuật

Tai biến	Số BN	Tỷ lệ %
Chảy máu	8	12,5%
Tổn thương cuống thận	1	1,6%
Tổn thương lách	2	3,2%
Thời gian phẫu thuật (phút)	80,78 ± 29,76 (35 - 170)	

Có 11 BN (17,1%) tai biến trong mổ, chủ yếu là chảy máu (12,5%)

Thời gian phẫu thuật trung bình là 80,78 ± 29,76 phút (35 - 170)

Kết quả sớm. Chúng tôi không tính kết quả sau mổ của 1 BN phải chuyển mổ mở

Bảng 7. Kết quả sớm (n = 63)

Đau sau mổ	2,08 ± 1,03 ngày (1 - 4)
Trung tiện sau mổ	1,98 ± 0,69 ngày (1 - 4)
Biến chứng sớm	Nhiễm khuẩn vết mổ: 3 BN (4,8%). Bí tiểu: 2 BN (3,2%)
Thời gian nằm viện sau mổ	5,08 ± 1,36 ngày (3 - 9)

IV. BÀN LUẬN

U TTT lành tính không triệu chứng là những khối u thường được phát hiện khi có kích thước > 1 cm thường được phát hiện tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CLVT, MRI khi BN khám sức khỏe định kỳ hoặc đến khám vì bệnh lý khác, đặc biệt là bệnh lý hệ tiết niệu [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần BN phát hiện u TTT tình cờ khi đến khám sức khỏe định kỳ, chiếm 43,8%; có 37,5% đến khám vì bệnh lý khác. Ngoài ra, 12 BN (18,7%) đến khám lại theo hẹn để kiểm tra do đã phát hiện u TTT từ trước. Nghiên cứu của Terzolo M và cộng sự về PTNS u TTT không triệu chứng cũng ghi

nhận u vô thương thận chiếm tỷ lệ cao nhất (từ 49 - 69%), Pheochromocytoma 11 - 23%, trong khi đó Ganglioneuroma, Lymphangioma và Myelolipoma chiếm tỷ lệ thấp từ 0 - 15% [5]. Tương tự kết quả trên, đa phần BN của chúng tôi là u tuyến vô thương thận lành tính (71,9%), có 17,2% Pheochromocytoma, 6,3% u hạch thần kinh (Ganglioneuroma) và 1,6% u mạch bạch huyết TTT (Lymphangioma). Khi tiếp cận những BN u TTT lành tính không triệu chứng, phải trả lời thỏa đáng các câu hỏi [2], [3]:

- Khối u có hoạt động nội tiết không?
- Các xét nghiệm hình ảnh có gợi ý đến một khối u ác tính hoặc nghi ngờ ác tính?
- BN hoặc gia đình có tiền sử bệnh ung thư không?
- U có chỉ định mổ hay không?
- Mổ nội soi hay mổ mở?

Phân tích chỉ định PTNS điều trị u TTT lành tính không triệu chứng

Xem xét cắt bỏ TTT trong trường hợp phát hiện hình ảnh nghi ngờ ác tính, Pheochromocytome hoặc khối u TTT có hoạt động nội tiết [1], [2], [3].

Đối với u TTT không hoạt động nội tiết, theo Hiệp hội nội tiết và phẫu thuật nội tiết Mỹ (AAACE/AAES) năm 2009, phẫu thuật phải được chỉ định trong tất cả các khối u TTT không hoạt động ≥ 6 cm, vì nguy cơ ác tính là khoảng 25% [3]. Ngoài ra, u vô TTT tăng tiết aldosteron gây chứng cường tiết aldosteron nguyên phát và u tuỷ thượng thận đều có chỉ định mổ. Khối u vô thương thận tăng tiết cortisol gây HC Cushing dưới lâm sàng có chỉ định mổ ở một vài trường hợp [3]. Với u < 4cm và không hoạt động chức năng, chỉ định phẫu thuật còn nhiều tranh cãi, nhiều nghiên cứu khuyến nghị nên theo dõi về đặc điểm hình ảnh và nội tiết của khối u [3]. Tuy nhiên, hầu hết các hướng dẫn hiện nay đều khuyến cáo nên PTNS đối với các trường hợp u chuyển sang hoạt động nội tiết hoặc tính chất hình ảnh gợi ý u ác tính [1], [3].

Bên cạnh đó, các nghiên cứu cho thấy khả năng ác tính tăng lên theo kích thước khối u, đặc biệt đối với u phát triển hơn 1 cm trong thời gian theo dõi, do vậy chỉ định PTNS cắt TTT nên được chỉ định đối với những trường hợp này [1], [5], [3]. Ngoài ra, chỉ định phẫu thuật cũng nên được xem xét khi u chèn ép gây đau, vỡ u hoặc chảy máu trong u [1]

PTNS cắt bỏ TTT là phương pháp được ứng dụng phổ biến trong các trường hợp u TTT lành tính không triệu chứng, rất nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn đã chỉ ra rằng PTNS có ưu điểm lớn như: cho phép tiếp cận, phẫu tích dễ dàng ở những vùng sâu như TTT, tính thẩm mỹ, giảm đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, BN có thể

sớm quay trở về hoạt động bình thường, giảm tỷ lệ thoát vị vết mổ [1], [2]. Mặc dù vậy, vẫn còn nhiều tranh cãi giữa mổ nội soi hay mổ mở đối với các trường hợp u lớn hoặc nghi ngờ ác tính [1]

Theo hướng dẫn của Hội phẫu thuật Nội tiết Đức (German Association of Endocrine Surgeons) năm 2019, nên chỉ định PTNS đối với các khối u TTT không hoạt động có đường kính < 6cm, không nghi ngờ ác tính [2].

Một số nghiên cứu cũng cho rằng PTNS cắt bỏ tuyến thượng thận là một lựa chọn tốt, tuy nhiên nên cân nhắc với những khối u có kích thước (8 cm trở lên) hoặc nghi ngờ ung thư có thể làm tăng thời gian phẫu thuật, tăng lượng máu mất và thời gian nằm viện lâu hơn [6]. Các tác giả cũng cho rằng kích thước u TTT lớn và tiền sử phẫu thuật vùng bụng không phải chống chỉ định tuyệt đối của PTNS [6]. Phẫu thuật này vẫn có thể được thực hiện đối với u TTT lớn (nhưng < 12cm) hoặc u TTT nghi ung thư miễn là chẩn đoán hình ảnh trước mổ cho thấy u không xâm lấn [6]. Tuy nhiên trong trường hợp u hơn 12 cm có thể làm tăng nguy cơ chảy máu và tổn thương cơ quan lân cận hoặc chuyển mổ mở [6].

Tại Việt Nam, tác giả Nguyễn Đức Tiến chỉ định PTNS cho tất cả các trường hợp u TTT có hoạt động nội tiết. Đối với u TTT không triệu chứng, chỉ định mổ khi kích thước > 3 cm. Chỉ định PTNS cho những u lớn kích thước ≤ 10cm, và những trường hợp ung thư nhưng chưa có dấu hiệu xâm lấn và di căn trên chẩn đoán hình ảnh trước mổ.

Tương tự các nghiên cứu trên, chúng tôi chỉ định mổ đa phần là do u có đường kính ≥ 4cm, chiếm 39,1%. 23 BN (35,9% do u hoạt động nội tiết và 12 BN (18,8%) có thay đổi kích thước và hình thái u trong thời gian theo dõi trung bình 25,5 ± 9,6 tháng. Nghiên cứu của Yoon Young Cho, 72 BN được thời gian theo dõi (trung bình 22,5 tháng), có 3 BN (4,2%) đã phát triển thay đổi nội tiết tố do các khối u chức năng. Một BN được xác định là Pheochromocytoma bằng chẩn đoán hình ảnh và sinh thiết trước mổ, những BN khác được chẩn đoán mắc hội chứng Cushing cận lâm sàng và theo dõi thường xuyên mà không cần can thiệp phẫu thuật. Không có biến đổi ác tính được tìm thấy ở những BN này [7].

Hướng dẫn của Hội phẫu thuật Nội tiết Đức [2] và Hiệp hội nội tiết và phẫu thuật nội tiết Mỹ [3] chỉ ra rằng, nên chỉ định phẫu thuật đối với các trường hợp nghi ngờ pheochromocytoma và/hoặc paraganglioma dựa vào chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm Hormon. Các tác giả cho rằng pheochromocytoma và paraganglioma nếu không được điều trị sớm có thể chuyển thành u hoạt

động nội tiết gây tăng Catecholamin không kiểm soát, dẫn tới các bệnh lý tim mạch và tăng tỷ lệ tử vong [3],[2]. Ngoài ra sự phát triển và tiềm năng ác tính của những khối u này cũng là một trong những lý do cần phải phẫu thuật sớm khi được phát hiện [2]. Tương tự như vậy, chúng tôi có 4 BN (6,3%) có u < 4cm không hoạt động chức năng nhưng có đặc điểm CLVT nghi tới Pheochromocytoma (đã phân tích ở trên) đều được chỉ định PTNS thành công mà không xảy ra tai biến, biến chứng gì.

Kết quả PTNS điều trị u TTT lành tính không triệu chứng. PTNS cắt u TTT có thể thực hiện qua ổ phúc mạc hoặc khoang sau phúc mạc, tùy theo thói quen của phẫu thuật viên. Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện PTNS qua ổ bụng để cắt TTT. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Lê Đình Khánh là 92,3% [8]. Chúng tôi có cùng nhận định với các tác giả Wang D.S., Lê Đình Khánh và Đỗ Trường Thành: cách tiếp cận này có ưu điểm lớn do phẫu trường rộng rãi hơn thuận tiện cho việc quan sát và dễ dàng cho việc thực hiện các thao tác [6],[8]. Nghiên cứu thấy đa số BN được thực hiện PTNS truyền thống (76,6%). 15 BN (23,4%) PTNS 1 lỗ. Kích thước u được chỉ định cho PTNS một lỗ (2,43 ± 0,31 cm) nhỏ hơn PTNS truyền thống (3,93 ± 0,27 cm). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Nghiên cứu có 6 BN (9,4%) phải thêm 1 trocar chủ yếu để hỗ trợ đốt điện cầm máu hoặc bóc tách do u có kích thước lớn, dính vào tổ chức xung quanh. 1 BN (1,6%) phải thêm 2 trocar để gỡ dính và cầm máu do u lớn kích thước 6,3 cm dính vào cuống thận trái. Ngoài ra chúng tôi có 1 trường hợp phải chuyển mổ mở (1,6%). Đây là BN Pheochromocytoma tăng tiết Catecholamin với kích thước 5,6 cm bên trái dính nhiều vào lách, trong mổ tổn thương lách, phải chuyển mổ mở đường trắng giữa để đốt điện và chèn surgical cầm máu lách. Chúng tôi nhận thấy kích thước u càng lớn thì tỷ lệ thêm trocar hoặc chuyển mổ mở càng cao (p < 0,01). Nghiên cứu của Lê Đình Khánh, có 1 trường hợp Adrenocortical Carcinoma phải chuyển mổ mở do khó khăn khi phẫu tích và khống chế tĩnh mạch thượng thận chính [8]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Đỗ Trường Thành là 2,9%. Các nghiên cứu thấy rằng những khối u TTT lớn > 8cm làm tăng nguy cơ chảy máu và tổn thương cơ quan lân cận hoặc chuyển mổ mở, vì vậy cần được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có kinh nghiệm [6], [8].

Nghiên cứu của chúng tôi gặp 11 trường hợp có tai biến trong mổ, chiếm 17,1%. Trong đó

chủ yếu là chảy máu 8 trường hợp (12,5%), chủ yếu là chảy máu từ diện cắt TTT hoặc khi bóc tách u dính vào gan hoặc do tổn thương mạch cực trên TTT. Tất cả các trường hợp đều được kẹp clip hoặc đốt điện cầm máu qua nội soi. Kết quả tương tự các nghiên cứu khác [6], [8]. Ngoài ra nghiên cứu có 1 BN tổn thương cuống thận trái (1,6%) và 2 BN tổn thương lách (3,2%)

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là $80,78 \pm 29,76$ phút (35 - 170 phút). Thấp hơn của Lê Đình Khánh là $151,46 \pm 54,44$ phút (90 - 260) [8] và Đỗ Trường Thành là 86,2 phút. Các tác giả có cùng nhận định, thời gian mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: Kinh nghiệm phẫu thuật viên, thể trạng BN (béo, gầy), vị trí, kích thước và tính chất u,... Bên cạnh đó, các tác giả cũng cho rằng đối với những u có hoạt động nội tiết, thời gian mổ thường kéo dài hơn do khó khăn trong mổ và hồi sức, u giải phóng ra Hormone trong quá trình phẫu thuật [6], [8].

Kết quả sớm. Nghiên cứu thấy thời gian trung tiện trung bình $1,98 \pm 0,69$ ngày. Thời gian đau sau mổ trung bình $2,08 \pm 1,03$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất 4 ngày. Tác giả nhận thấy ưu điểm của PTNS cắt u TTT là ít xâm lấn, chàm thương các tạng trong ổ bụng ít hơn, BN ít đau sau mổ, qua đó thời gian phục hồi nhu động ruột cũng sớm hơn.

Chúng tôi có 5 trường hợp (8,0%) biến chứng sớm. Trong đó 3 BN nhiễm khuẩn vết mổ (4,8%) được thay băng, làm sạch và 2 BN bí tiểu (3,2%) được đặt sonde tiểu, tất cả đều được theo dõi và điều trị nội khoa ổn định. Nghiên cứu của Đỗ Trường Thành có 3 BN hạ Kali máu sau mổ (4,4%) và 5 trường hợp suy TTT (7,3%)

Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi

là $5,08 \pm 1,36$ ngày, ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 9 ngày. Tương đương nghiên cứu của Đỗ Trường Thành (4,5 ngày), ngắn hơn Lê Đình Khánh là $8,77 \pm 2,86$ ngày (4-14) [8]. Qua đây có thể thấy rằng PTNS điều trị u TTT là phẫu thuật ít xâm lấn, đảm bảo tính thẩm mỹ, giảm đau sau mổ, giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng, giúp BN sớm quay trở lại với cuộc sống bình thường [6],[8].

V. KẾT LUẬN

Chỉ định PTNS phụ thuộc vào khả năng hoạt động nội tiết, đặc điểm hình ảnh học và sự thay đổi tính chất u. PTNS điều trị u TTT lành tính không triệu chứng là phương pháp an toàn, với nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jung-Min Lee, et al., (2017).** Clinical Guidelines for the Management of Adrenal Incidentaloma. *Endocrinol Metab (Seoul)*. 32(2): 200-218.
2. **K. Lorenz, et al., (2019).** Surgical therapy of adrenal tumors: guidelines from the German Association of Endocrine Surgeons (CAEK). *Langenbeck's Archives of Surgery*.
3. **AACE/AAES, (2009).** Guidelines for the management of adenal incidentalomees. *Endocrine practice*. 15(1).
4. **Young WF, (2007).** The incidentally discovered adrenal mass. *N Engl J Med*. 356: 601-610.
5. **Terzolo M, et al., (2011).** AME position statement on adrenal incidentaloma. *Italian Association of Clinical Endocrinologists. Eur J Endocrinol*. 164(6): 851-870.
6. **Wang DS, Terashi T, (2008).** Laparoscopic adrenalectomy. *Urol Clin North Am*. 35(3): 351-63.
7. **Yoon Young Cho, et al., (2013).** Clinical characteristics and follow-up of Korean patients with adrenal incidentalomas. *Korean J Intern Med*. 28(5): 557-564.
8. **Lê Đình Khánh Khánh, et al., (2012).** Phẫu thuật cắt tuyến thượng thận nội soi tại Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 16(3): 488-491.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ XỬ TRÍ THAI TO TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Minh Thiện*, Nguyễn Thị Hồng*,
Hoàng Thị Ngọc Trâm*, Bùi Thị Thu Hương*

TÓM TẮT

Nghiên cứu kết quả xử trí thai to có vai trò và ý nghĩa ngày càng quan trọng trong quản lý thai nghén

*Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Thiện

Email: nguyeminhthiendk47d@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.8.2019

Ngày phản biện khoa học: 29.10.2019

Ngày duyệt bài: 5.11.2019

nhằm loại trừ các yếu tố nguy cơ, dự đoán trọng lượng thai trước sinh, lựa chọn nơi đẻ an toàn và có phương thức xử trí đúng góp phần làm giảm các biến chứng trong và sau đẻ về phía mẹ và thai. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ thai to và nhận xét kết quả xử trí thai to tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 333 trường hợp sản phụ đẻ con ra sống và có cân nặng $\geq 3500g$ tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ 01/01/2019 đến 30/06/2019 với phương pháp nghiên cứu mô tả cắt

ngang. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ thai to $\geq 3500g$ là 23.06 %, tỷ lệ thai to $\geq 4000g$ là 4.32%. Tỷ lệ sản phụ thai to phải mổ lấy thai chiếm đa số (73.6%).

Từ khóa: Tỷ lệ thai to, thai có cân nặng $\geq 3500g$, xử trí thai to.

SUMMARY

RESEARCH ON THE RESULTS OF MANAGEMENT OF GESTATIONAL FETAL AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Research on the results of management of gestational fetal has an increasingly important role and significance in pregnancy management in order to eliminate risk factors, predict birth weight before birth, choose safe and methodical delivery places Correct management contributes to reducing intra- and postpartum complications to the mother and fetus.

Objectives: Determining the rate of fetal enlargement and commenting on the results of management of fetal congestion in the Department of Obstetrics and Gynecology at Thai Nguyen National Hospital in the first 6 months of 2019. **Materials and methods:** 333 cases of pregnant women giving birth and weighing $\geq 3500g$ at the Department of Obstetrics and Gynecology at Thai Nguyen National Hospital from January 1st, 2019 to June 30th, 2019 with the research method horizontal cut representation. **Result and conclusion:** The fetal rate $\geq 3500g$ is 23.06 %, the fetal rate $\geq 4000g$ is 4.32%. The proportion of women pregnant to have caesarean section accounted for the majority (73.6%).

Key words: Pregnancy ratio, fetus weighing $\geq 3500g$, management of fetus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây ở Việt Nam, cùng với sự phát triển của nền kinh tế và xã hội, đời sống của người dân được cải thiện, việc chăm sóc và quản lý thai nghén tốt hơn, trọng lượng trẻ sơ sinh cũng có xu hướng tăng hơn so với những thập kỷ trước.

Trọng lượng của trẻ khi sinh là một yếu tố góp phần không nhỏ tới tỷ lệ tử vong, tỷ lệ mắc bệnh trong thời kỳ sơ sinh, sự phát triển về trí tuệ thể lực của trẻ sau này. Trọng lượng trung bình của trẻ sơ sinh Việt nam là $3000g \pm 200$. Trẻ sơ sinh có cân nặng lớn hơn so với tuổi thai còn gọi là thai to. Thai to $\geq 3500g$ có nhiều yếu tố thuận lợi để giúp trẻ phát triển tốt về thể chất, tinh thần và vận động sau này. Vấn đề phát hiện và đánh giá nguy cơ thai to có ý nghĩa quan trọng trong chăm sóc, quản lý thai nghén và tiên lượng cuộc đẻ. Quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ, dự đoán trọng lượng thai trước sinh, lựa chọn nơi đẻ an toàn và có phương thức xử trí đúng sẽ góp phần làm giảm các biến chứng trong và sau đẻ về phía mẹ và thai cho các trường hợp đẻ thai to.

Trên thế giới và tại Việt Nam đã có nhiều

nghiên cứu về tỷ lệ thai to, các yếu tố nguy cơ, ảnh hưởng của nó đến tình trạng sức khỏe của sản phụ và trẻ cũng như các phương thức xử trí trong trường hợp thai to. Các nghiên cứu đã được công bố: Jolly MC (2003) [7]; Mahin Najafian (2012) [6]; Phạm Thị Quỳnh Hoa (2008) [5]; Phạm Thị Mai Nhung (2009) [4]; Ngô Thị Uyên (2011) [3]; Lê Lam Hương (2014) [2]; Lâm Đức Tâm (2016) [1]... Xuất phát từ tình hình thực tế và tầm quan trọng của vấn đề. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ thai to tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2019.*

2. *Nhận xét kết quả xử trí thai to tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

- Bao gồm 333 trường hợp sản phụ đẻ con ra sống và có cân nặng $\geq 3500g$ tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai có cân nặng $< 3500g$, thai chết lưu, thai dị tật bẩm sinh.

Thời gian nghiên cứu: Từ 1/1/2019 đến 30/6/2019.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phụ Sản – Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

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

Chi tiêu nghiên cứu: Tuổi mẹ, nơi ở, nghề nghiệp, tuổi thai, tiền sử sản khoa, cân nặng của trẻ, phương thức xử trí.

Quy trình thu thập số liệu: Số liệu được thu thập hồi cứu theo bộ câu hỏi có sẵn trên bệnh án sản khoa tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

Xử lý số liệu: Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức nghiên cứu: Các số liệu được thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Các đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi mẹ	≤ 19 tuổi	2	0.6
	20 – 24 tuổi	70	21.0
	25 – 29 tuổi	143	42.9
	30 – 34 tuổi	93	27.9
	≥ 35 tuổi	25	7.5
Nơi ở	Thành thị	160	48
	Nông thôn	173	52
Nghề nghiệp	Cán bộ	71	21.3
	Công nhân	58	17.4
	Nông dân	23	6.9

	Khác	181	54.4
Có thai lần	1 lần	121	36.3
	2 lần	155	46.5
	3 lần	53	15.9
	4 lần	4	1.2
Tuổi thai	37 – 40 tuần	285	85.6
	> 40 tuần	48	14.4

Nhận xét: - Sản phụ có độ tuổi 25 – 29 đẻ con ra sống và có cân nặng $\geq 3500g$ chiếm tỷ lệ cao nhất 42.9%.

- Số sản phụ có con lần 2 cân nặng $\geq 3500g$ chiếm tỷ lệ cao nhất 46.5%.

Xác định tỷ lệ thai to tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên:

Bảng 2: Thực trạng đẻ thai to tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2019.

Tháng	Thai to $\geq 3500g$	Thai to $\geq 4000g$	Tổng
Tháng 1	63	10	273
Tháng 2	57	12	231
Tháng 3	72	9	269
Tháng 4	50	10	233

Bảng 4: Kết quả xử trí thai to theo cân nặng của thai tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2019.

Cân nặng	Xử trí		Mổ lấy thai		Đẻ thường		Đẻ khó		Đẻ có biến cố		Tổng
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
3500g- <4000g	197	72.4	28	10.2	25	9.2	22	8.1			272
$\geq 4000g$	48	78.6	4	6.6	4	6.6	5	8.2			61
Tổng:	245		32		29		27				333

Nhận xét: - Các trường hợp sản phụ đẻ con có cân nặng $\geq 4000g$ có tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn các trường hợp sản phụ đẻ con có cân nặng 3500g - <4000g.

- Tỷ lệ đẻ thường và đẻ khó ở các trường hợp sản phụ đẻ con có cân nặng 3500g - <4000g cao hơn các trường hợp sản phụ đẻ con có cân nặng $\geq 4000g$.

Bảng 5: Kết quả xử trí thai to theo số lần đẻ của sản phụ tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2019.

Số lần đẻ	Xử trí		Mổ lấy thai		Đẻ thường		Đẻ khó		Đẻ có biến cố		Tổng
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1 lần	87	35.5	5	15.6	15	51.7	14	51.9			121
≥ 2 lần	158	64.5	27	84.4	14	48.3	13	48.1			212
Tổng:	245	100.0	32	100.0	29	100.0	27	100.0			333

Nhận xét: Đối với phương thức xử trí mổ lấy thai, tỷ sản phụ đẻ ≥ 2 lần phải mổ lấy thai (64.5%) cao hơn tỷ lệ sản phụ đẻ lần đầu (35.5%).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Sản phụ có độ tuổi 25 – 29 đẻ con ra sống và có cân nặng $\geq 3500g$ chiếm tỷ lệ cao nhất 42.9%. Kết quả này là phù hợp vì độ tuổi 25 – 29 nằm trong khoảng tuổi thích hợp nhất để mang thai của người phụ nữ. Lúc này, người phụ nữ đã sẵn sàng về mặt sinh lý và tâm lý để mang thai, sinh con và gánh vác trách nhiệm làm mẹ, đồng thời phụ nữ ở độ tuổi này chưa phải đối mặt với nguy

Tháng 5	40	7	187
Tháng 6	51	13	218
Tổng số:	333	61	1411

Nhận xét: -Tỷ lệ thai to có cân nặng $\geq 3500g$ tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2019: **23.60 %**

- Tỷ lệ thai to có cân nặng $\geq 4000g$ tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2019: **4.32 %**

Bảng 3: Kết quả xử trí thai to tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên 6 tháng đầu năm 2019.

Hình thức xử trí	Số lượng	Tỷ lệ %
Mổ lấy thai	245	73.6
Đẻ thường	32	9.6
Đẻ khó	29	8.7
Đẻ có biến cố	27	8.1
Tổng số	333	100.0

Nhận xét: Phương thức xử trí mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao nhất 73.6%.

cơ cao của biến chứng thai kỳ và các bệnh lý bẩm sinh, mắc phải của thai.

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy số sản phụ có con lần 2 cân nặng $\geq 3500g$ chiếm tỷ lệ cao nhất 46.5%. Điều này phù hợp với đặc điểm sinh lý của phụ nữ có thai, từ lần mang thai thứ 2 cân nặng của thai thường có xu hướng tăng lên so với lần mang thai đầu.

2. Tỷ lệ đẻ thai to. Qua quá trình nghiên cứu chúng tôi đưa ra kết quả có 61/1411 sản

phụ đẻ con ra sống có cân nặng $\geq 4000g$, chiếm tỷ lệ 4.32. Kết quả tỷ lệ thai to có cân nặng $\geq 4000g$ qua quá trình nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của các tác giả: Phạm Thị Quỳnh Hoa (2008) là 3.92% [5]; Lâm Đức Tâm (2016) là 3.86% [1].

Đồng thời, tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên các trường hợp sản phụ đẻ con ra sống có cân nặng $\geq 3500g$ được ghi nhận là thai to. Do đó chúng tôi nghiên cứu chỉ số này và thấy rằng có 333/1411 sản phụ đẻ con ra sống có cân nặng $\geq 3500g$, chiếm tỷ lệ 23.6%. Kết quả tỷ lệ thai to có cân nặng $\geq 3500g$ qua quá trình nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của các tác giả: Ngô Thị Uyên (2011) là 15.7% [3]; Lê Lam Hương (2014) là 18.5% [2].

Qua những phân tích trên cho thấy xu hướng tăng lên của trọng lượng thai phù hợp với sự phát triển của nền kinh tế và xã hội, sự cải thiện đời sống con người và hiệu quả ngày càng tăng trong công tác chăm sóc và quản lý thai nghén.

3. Kết quả xử trí thai to. Kết quả nghiên cứu cho thấy, đối với các trường hợp thai to phương thức xử trí mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao nhất 73.6%. Kết quả này là phù hợp vì trong các trường hợp thai to kèm theo ngôi bất thường, khung chậu hẹp và có khối u tiền đạo thì mổ lấy thai là chỉ định tuyệt đối, đồng thời thai to đơn thuần không kèm theo các bất thường khác cũng có chỉ định mổ lấy thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mổ lấy thai do thai to phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả: Phạm Thị Quỳnh Hoa (2008) là 65.36% [5]; Phạm Thị Mai Nhung (2009) là 73.8% [4].

3.1 Kết quả xử trí thai to theo cân nặng của thai. Cân nặng của thai là con số có ý nghĩa lớn trong việc cân nhắc lựa chọn phương thức xử trí thai thích hợp. Ở các mức cân nặng khác nhau thì sự lựa chọn phương thức xử trí cũng khác nhau qua quá trình cân nhắc về lợi ích và tác hại cho cả mẹ và thai.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các trường hợp sản phụ đẻ con ra sống có cân nặng $\geq 4000g$ có tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn các trường hợp sản phụ đẻ con ra sống có cân nặng $3500g - <4000g$. Trên thực tế, khi trọng lượng thai $\geq 4000g$ các hình thức xử trí đẻ đường âm đạo có thể làm tăng nguy cơ xảy ra tai biến cho mẹ và thai. Do đó, sự lựa chọn phương thức mổ lấy thai trong trường hợp này là phù hợp.

3.2 Kết quả xử trí thai to theo số lần đẻ của sản phụ. Số lần đẻ của sản phụ cũng là con số có ý nghĩa lớn trong việc cân nhắc lựa chọn phương thức xử trí thai thích hợp. Trường hợp

thai to đẻ lần đầu, việc lựa chọn phương thức xử trí thích hợp bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố: Sức khỏe người mẹ, kích thước khung chậu người mẹ, sự dẫn nở cổ tử cung – âm đạo, khối u tiền đạo, ngôi thai, vị trí rau thai bất thường... Trường hợp thai to đẻ từ lần thứ 2 trở đi, sự lựa chọn phương thức xử trí không những bị ảnh hưởng bởi các yếu tố trên mà còn phụ thuộc vào phương thức xử trí của lần mang thai trước.

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy rằng đối với phương thức xử trí mổ lấy thai, tỷ lệ sản phụ đẻ ≥ 2 lần phải mổ lấy thai cao hơn tỷ lệ sản phụ đẻ lần đầu. Đồng thời, đối với phương thức xử trí đẻ thường, tỷ lệ sản phụ đẻ ≥ 2 lần đẻ thường cao hơn tỷ lệ sản phụ đẻ lần đầu.

V. KẾT LUẬN

Qua quá trình nghiên cứu kết quả xử trí thai to tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên ghi nhận số thai to có cân nặng $\geq 3500g$ chiếm tỷ lệ 23.60%, số thai to có cân nặng $\geq 4000g$ chiếm tỷ lệ 4.32%. Tỷ lệ sản phụ thai to phải mổ lấy thai chiếm đa số (73.6%).

KHUYẾN NGHỊ. Lựa chọn phương thức xử trí thích hợp đối với các trường hợp sản phụ đẻ thai to đáp ứng yêu cầu giảm thiểu tối đa nguy cơ tai biến cho mẹ và thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lâm Đức Tâm, Lưu Thị Trâm Anh, Nguyễn Vũ Quốc Huy (2016)** " Nghiên cứu tỷ lệ và các yếu tố liên quan thai to tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2015", Tạp chí Phụ Sản tháng 7 năm 2016.
- Lê Lam Hương, Hoàng Thanh Hà (2014)** " Nghiên cứu giá trị dự đoán trọng lượng thai của thai đủ tháng qua lâm sàng và siêu âm", Tạp chí Phụ sản năm 2014.
- Ngô Thị Uyên, Lê Thùy Hưu (2011)** " Tình hình chẩn đoán thai to tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2008". Tạp chí Y học Thực hành năm 2011
- Phạm Thị Mai Nhung (2009)** " Nghiên cứu tình hình trẻ sơ sinh thừa cân tại Bệnh viện Trung Ương Huế". Luận văn tốt nghiệp nội trú Đại học Y Huế.
- Phạm Thị Quỳnh Hoa (2008)**, "Nghiên cứu một số ảnh hưởng đến sơ sinh quá cân theo tuổi thai ở những sản phụ đẻ tại Bệnh viện". Tạp chí Y học Thực hành năm 2008.
- Jolly M.C, Sebire N.J, Harris J.P, Regan L., Robinson S. (2003)** " Risk factors for macrosomia and its clinical consequences: a study of 350,311 pregnancies" European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology.
- Mahin Najafian and Maria Cheraghi (2012)** "Occurrence of Fetal macrosomia Rate and Its Maternal and Neonatal Complication: A 5- year Cohort Study". Article ISRN Obstetrics and Gynecology.