

TẠP CHÍ



Năm thứ sáu mươi tư

Y HỌC

VIỆT NAM

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 2 - SỐ 1
2018

TẬP 463

TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL ASSOCIATION
68A Bà Triệu - Hà Nội; Tel/Fax: 84-4-39439323; Tel: 39431866
email: vgamp@fpt.vn; website: www.tonghoiyyhoc.vn

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

Hoàng Bảo Châu (Chủ tịch Hội đồng)	
Trần Quán Anh	Đỗ Kim Sơn
Lê Đức Hình	Tôn Thị Kim Thanh
Nguyễn Văn Hiếu	Trần Hữu Thắng
Phạm Gia Khải	Nguyễn Việt Tiến
Phạm Gia Khánh	Nguyễn Khánh Trạch
Phan Thị Phi Phi	Lê Ngọc Trọng
Đặng Vạn Phước	Đỗ Đức Vân
Trần Quy	Nguyễn Vượng

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

Nguyễn Quốc Anh	Nguyễn Đức Hình	Trương Hồng Sơn
Mai Hồng Bằng	Lê Thị Hợp	Võ Tấn Sơn
Nguyễn Gia Bình	Trần Hậu Khang	Lê Ngọc Thành
Vũ Quốc Bình	Mai Trọng Khoa	Trần Văn Thuấn
Hoàng Minh Châu	Lương Ngọc Khuê	Công Quyết Thắng
Ngô Quý Châu	Nguyễn Văn Kính	Phạm Minh Thông
Nguyễn Đức Công	Trương Thị Xuân Liễu	Phạm Văn Thúc
Đỗ Tất Cường	Phạm Đức Mục	Trịnh Lê Trâm
Trần Văn Cường	Nguyễn Việt Nhung	Nguyễn Quốc Trung
Bùi Diệu	Nguyễn Ngọc Quang	Nguyễn Quốc Trường
Trần Trọng Hải	Bùi Đức Phú	Trần Diệp Tuấn
Trịnh Đình Hải	Nguyễn Tiến Quyết	Nguyễn Văn Út
Nguyễn Khắc Hiền	Đỗ Quyết	Nguyễn Lâm Việt
Nguyễn Trần Hiền	Nguyễn Trường Sơn	Nguyễn Văn Vy

BAN THƯ KÝ

Tạ Thị Kim Oanh (Trưởng ban)	Huỳnh Anh Lan
Nguyễn Duy Bắc	Nguyễn Quốc Trường
Nguyễn Tiến Dũng	

TÒA SOẠN QUẢN LÝ VÀ PHÁT HÀNH
TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM

68A Bà Triệu - Hoàn Kiếm - Hà Nội; Tel/Fax: 024.39431866 - 0915070336
Email: tapchihocvietnam@gmail.com; Website: www.tonghoiycv.vn

GPXB: Số 291/GP-BTTTT, Ngày 03/6/2016 do Bộ Thông tin và Truyền thông cấp.
In tại Xí nghiệp in - Nhà máy Z176

ĐẶC ĐIỂM TÁI HẸP STENT ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÊN SIÊU ÂM TRONG LÒNG MẠCH (IVUS)

Nguyễn Thị Hải Yến*, Nguyễn Quốc Thái*,
Nguyễn Thị Bạch Yến*, Vũ Quang Ngọc*

TÓM TẮT

Nghiên cứu trên thế giới cho thấy việc kết hợp hình ảnh IVUS trong chụp mạch để đánh giá các tổn thương này mang lại tính chính xác cao hơn, giải thích rõ ràng hơn cho cơ chế và nguyên nhân tái hẹp stent động mạch vành. **Kết quả:** Đánh giá 44 vị trí tái hẹp $\geq 50\%$ (qua kết quả chụp mạch qua da). Thời gian đặt stent: $46,02 \pm 33,4$ (tháng). % tái hẹp trên IVUS: $67,7 \pm 7,3\%$. Có 24 (63,2%) tổn thương tái cấu trúc âm tính. Nội mạc tăng sinh gặp ở cả 44 vị trí. 31 (70,4%) vị trí tổn thương có tái hẹp tại rìa stent có hoặc không kèm theo tái hẹp trong thân stent. 12 (27,2%) vị trí stent méo hoặc không áp sát, 19 (43,2%) stent nhỏ hoặc nở không hết, 7 (15,9%) vị trí hẹp tại chỗ 2 stent gối nhau. Tái hẹp điểm gặp ở 23/44 (52,3%) vị trí. Diện tích stent $< 9\text{mm}^2$ gặp ở 22/44 (50%) tổn thương. Tổng chiều dài stent $> 40\text{mm}$: 24 (54,5%). Diện tích stent tối thiểu: $8,5 \pm 2,8$ (mm^2) nhỏ hơn so với diện tích lòng mạch tham chiếu tb: $9,5 \pm 2,6$ (mm^2) ($p = 0,01$). **Kết luận:** IVUS cho phép đánh giá chính xác vị trí, hình thái, bản chất MXV của tổn thương tái hẹp, hiện tượng tái cấu trúc mạch máu và tình trạng stent sau can thiệp. Cơ chế tái hẹp chính là do tăng sinh nội mạc.

Từ khóa: Chụp động mạch vành, tái hẹp stent, siêu âm trong lòng mạch

SUMMARY

MECHANISMS CONTRIBUTING TO IN-STENT RESTENOSIS CORONARY ARTERY ON INTRAVASCULAR ULTRASOUND (IVUS)

Previous researchs have shown combining IVUS image with coronary angiography to provides results with better accuracy and explanation for the mechanism of ISR. Results: Evaluating 44 ISR position $\geq 50\%$ (through coronary angiography). Stent implantation period is $46,02 \pm 33,4$ months. Restenosis percentage on IVUS: $67,7 \pm 7,3\%$. 24 positions (63.2%) of negative remodeling injury were reported. Intimal hyperplasia was reported in all 44 cases. Restenosis with fibrosis plaque and mixed plaque was reported at 74%, 7 (15,9%) positions have plaque vulnerability and rupture. 31 (70.4%) positions were reported with Edge stent restenosis. 12 cases (27.2%) of malapposition or distorted stent, 19 cases (43,2%) in those stents were underexpansion or undersize, 7 cases (15,9%) of strut stent overlap were

reported. Focal restenosis was reported at 23 (52,3%) positions. 22 (50%) positions have stent area under 9mm^2 . MLSA: $8,5 \pm 2,8$ (mm^2) smaller than that of minimal lumen reference area: $9,5 \pm 2,6$ (mm^2) ($p=0,01$). Conclusion: IVUS allows us to assess the characterization of plaque types, restenosis stent locations, restenosis morphology, phenomenon of vascular remodeling, and post-intervention stent conditions. In most IRS, IH was the dominant mechanism of ISR.

Keywords: Coronary angiography, in-stent restenosis (ISR), intravascular ultrasound (IVUS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tái hẹp sau can thiệp động mạch vành vẫn còn là một vấn đề mà bệnh nhân và bác sĩ đang phải đối mặt. Có tới 20 – 30% số bệnh nhân phải can thiệp lại sau 1 năm vì tái hẹp hoặc vì phát triển thêm của tổn thương [1]. Siêu âm trong lòng mạch-IVUS (Intravascular ultrasound) là phương pháp chẩn đoán hình ảnh sử dụng nguyên lý siêu âm đánh giá tổn thương trong lòng động mạch vành. Nghiên cứu các hình ảnh tái hẹp stent trên chụp mạch giúp hiểu rõ hơn về nguyên nhân tái hẹp và chỉ định phương pháp tái can thiệp thích hợp. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy việc kết hợp hình ảnh IVUS trong chụp mạch giúp đánh giá tái hẹp chính xác hơn, giải thích rõ ràng hơn cho cơ chế và nguyên nhân tái hẹp stent động mạch vành [2]. Chính vì những lý do trên nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm tái hẹp stent động mạch vành trên siêu âm trong lòng mạch (intravascular ultrasound - IVUS).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 11/2015 đến tháng 9/2017, tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai.

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán tái hẹp stent động mạch vành $\geq 50\%$ (qua kết quả chụp mạch qua da), có tình trạng huyết động ổn định. **Tiêu chuẩn loại trừ:** tái hẹp dưới 50% trên chụp mạch qua da, hoặc tình trạng huyết động không ổn định (suy tim nặng, sốc tim).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

*Viện Tim Mạch, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hải Yến

Email: dr.nguyenthihaiyen.cardio@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/12/2017

Ngày phản biện khoa học: 08/1/2018

Ngày duyệt bài 22/1/2018

***Mẫu nghiên cứu:** gồm 41 bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Với cách chọn mẫu thuận tiện.

***Quy trình nghiên cứu:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán tái hẹp stent động mạch vành $\geq 50\%$ trên chụp mạch sẽ được tiến hành làm IVUS đánh giá tổn thương.

- Các bước tiến hành chụp động mạch vành và làm IVUS theo quy trình.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng chương trình phần mềm Stata 14.2 để tính toán các giá trị: Trung bình, độ lệch chuẩn, tần suất và tỷ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 11/2015 đến tháng 9/2017, nghiên cứu trên 41 bệnh nhân với tuổi trung bình là $66,3 \pm 9,7$ (thấp nhất là 44 tuổi, cao nhất là 86 tuổi). Trong 41 bệnh nhân có 35 nam (chiếm 85,3%) và 7 nữ (14,7%). Trong số 41 bệnh nhân có 44 đoạn mạch tổn thương tái hẹp sau đặt stent được khảo sát bằng siêu âm trong lòng mạch vành (IVUS). Chia 44 đoạn

mạch tái hẹp được khảo sát theo mức độ: Nhóm tái hẹp stent ĐMV mức độ vừa từ 50%-70%: có 22 đoạn mạch. Nhóm tái hẹp trên 70% stent ĐMV: có 22 đoạn mạch.

3.1. Đặc điểm tái hẹp trên chụp động mạch vành qua da: Khảo sát trên 44 vị trí tái hẹp stent ở 41 bệnh nhân, trung bình thời gian đặt stent là $46,02 \pm 33,4$ (tháng). Thời gian ngắn nhất tái hẹp sau 3 tháng và thời gian dài nhất là 132 tháng. Trong đó có: 32 (72,7%) vị trí đặt 1 stent, 10 (22,7%) vị trí đặt 2 stent và có 2 (4,6%) vị trí đặt 3 stent. Số tổn thương tại vị trí LAD: 26 (59,1%), LCx: 3 (6,8%), ĐMV phải: 15 (34,1%). Chúng tôi khảo sát các đặc điểm nghiên cứu ở vị trí stent bị tái hẹp nhiều nhất.

Có 17 (41,4%) bn tổn thương 1 thân ĐMV, 10 (24,4%) bn có tổn thương 2 thân động mạch vành và 14 (34,2%) bn có tổn thương 3 thân ĐMV.

Mức độ tái hẹp trung bình stent ĐMV tính theo đường kính trên chụp mạch qua da là: $67,2 \pm 10,8$ (%). (Mức độ hẹp ít nhất là 50% và cao nhất là 87%).

Bảng 1. Đặc điểm về chụp động mạch vành của các bệnh nhân

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ SD hoặc n và %		
	Nhóm chung (n=44)	Nhóm tái hẹp 50%-70% (n=22)	Nhóm tái hẹp $\geq 70\%$ (n=22)
ĐK lòng mạch tối thiểu (MLD) (mm)	$1,02 \pm 0,4$	$1,3 \pm 0,4$ *	$0,7 \pm 0,2$ *
DT lòng mạch tối thiểu (MLA) (mm ²)	$0,97 \pm 0,92$	$1,49 \pm 1,0$ *	$0,42 \pm 0,2$ *
DT lòng mạch tham chiếu TB (mm ²)	$7,6 \pm 2,9$	$8,1 \pm 3,5$	$7,0 \pm 2,1$
% Tái hẹp theo đường kính	$67,2 \pm 10,8$	$58,6 \pm 7,0$ *	$76,3 \pm 4,9$ *
% Tái hẹp theo diện tích	$88,1 \pm 7,3$	$82,4 \pm 5,7$ *	$94,1 \pm 2,2$ *
Đường kính stent đo trên QCA (mm)	$3,68 \pm 0,4$	$3,7 \pm 0,3$	$3,65 \pm 0,5$
Chiều dài stent đo trên QCA (mm)	$48,9 \pm 22,3$	$40,4 \pm 11,9$ *	$58,07 \pm 27,1$ *
Chiều dài stent đo trên ≥ 40 mm (n/%)	24 (54,5%)	9 (37,5)	15 (62,5%) *
Chiều dài tổn thương tái hẹp (mm)	$17,5 \pm 18,4$	$13,5 \pm 13,5$	$21,8 \pm 22,1$
Có huyết khối	1 (2,8 %)		
Tổn thương Calci	1 (2,8%)		
Tỷ tổn thương tái hẹp (n, %)	Tỷ 1	24	54,5%
	Tỷ 2	6	14,6%
	Tỷ 3	14	31,9%
	Tỷ 4	0	0%

*p < 0,05, DT (diện tích), ĐK (đường kính).

3.2. Kết quả nghiên cứu các đặc điểm tổn thương tái hẹp stent động mạch vành bằng siêu âm trong lòng mạch

Trong số 44 đoạn mạch, phần trăm tái hẹp trung bình trên IVUS là: $67,7 \pm 7,3$ (%). Ở nhóm hẹp vừa: $65,2 \pm 8,4$ (%) và ở nhóm hẹp nhiều là: $70,3 \pm 5,0$ (%) (với p < 0,05 giữa hai nhóm).

Bảng 2. Đường kính và diện tích lòng mạch trên IVUS và chụp mạch

Giá trị	IVUS(n=35)	Chụp ĐMV(n =35)	p
ĐK lòng mạch nhỏ nhất (mm)	$1,8 \pm 0,3$	$1,02 \pm 0,4$	< 0,01
ĐK lòng mạch tham chiếu lớn nhất (mm)	$4,49 \pm 0,5$	$3,60 \pm 0,6$	< 0,01
Diện tích tham chiếu trung bình (MLA) (mm ²)	$9,5 \pm 2,04$	$7,6 \pm 2,97$	< 0,01

Khi so sánh đường kính và diện tích với chụp mạch thấy các giá trị trên IVUS thu được thường lớn hơn trên chụp mạch ($p < 0,01$).

Bảng 3. Các đặc điểm của mạch, lòng mạch, stent, MXV trên IVUS

Giá trị	Nhóm chung (n=44)	Nhóm tái hẹp 50 %- 70% (n=22)	Nhóm tái hẹp $\geq 70\%$ (n=22)	p
Vị trí tham chiếu đầu gần (mm^2)				
DT mạch giới hạn bởi lớp áo ngoài – EEMA	17,2 $\pm$ 3,6	18,4 $\pm$ 3,6	15,4 $\pm$ 2,9	< 0,05
Diện tích lòng mạch nhỏ nhất - MLA (mm^2)	10,7 $\pm$ 2,4	11,04 $\pm$ 2,6	10,3 $\pm$ 2,1	> 0,05
Vị trí tham chiếu đầu xa (mm^2)				
DT mạch giới hạn bởi lớp áo ngoài – EEMA	12,07 $\pm$ 4,5	12,58 $\pm$ 5,2	11,5 $\pm$ 3,7	> 0,05
Diện tích lòng mạch nhỏ nhất - MLA (mm^2)	7,9 $\pm$ 3,2	8,03 $\pm$ 3,7	7,79 $\pm$ 2,7	> 0,05
Diện tích lòng mạch tham chiếu trung bình	9,5 $\pm$ 2,6	10,1 $\pm$ 2,8	8,9 $\pm$ 2,3	> 0,05
Vị trí tổn thương (mm^2)				
DT mạch giới hạn bởi lớp áo ngoài – EEMA	14,7 $\pm$ 4,03	15,99 $\pm$ 3,7	13,3 $\pm$ 4,0	< 0,05
ĐK mạch lớn nhất (mm)	4,35 $\pm$ 0,6	4,56 $\pm$ 0,5	4,12 $\pm$ 0,6	< 0,05
ĐK mạch nhỏ nhất (mm)	4,16 $\pm$ 0,6	4,34 $\pm$ 0,5	3,96 $\pm$ 2,3	< 0,05
Diện tích lòng mạch nhỏ nhất – MLA (mm^2)	3,08 $\pm$ 0,99	3,45 $\pm$ 1,08	2,67 $\pm$ 0,76	< 0,05
ĐK lòng mạch lớn nhất (mm)	1,98 $\pm$ 0,3	2,11 $\pm$ 0,34	1,85 $\pm$ 0,25	< 0,05
ĐK lòng mạch nhỏ nhất (mm)	1,84 $\pm$ 0,3	1,96 $\pm$ 0,3	1,71 $\pm$ 0,26	< 0,05
Diện tích stent nhỏ nhất – MLSA (mm^2)	8,5 $\pm$ 2,8	9,15 $\pm$ 3,15	7,9 $\pm$ 2,28	< 0,05
ĐK stent lớn nhất (mm)	3,37 $\pm$ 0,49	3,54 $\pm$ 0,44	3,19 $\pm$ 0,48	< 0,05
Diện tích stent < 9 mm^2	22 (50%)	10 (45,5%)	12 (54,5%)	> 0,05
Diện tích MXV (mm^2)	11,7 $\pm$ 3,5	12,5 $\pm$ 3,2	10,7 $\pm$ 3,5	> 0,05
% MXV	78,5 $\pm$ 5,8	77,7 $\pm$ 6,8	79,3 $\pm$ 4,3	> 0,05
MXV lệch tâm (n/%)	13 (37,1)	5 (38,5)	8 (61,6)	> 0,05
Độ lệch tâm của MXV	6,2 $\pm$ 10,8	8,5 $\pm$ 14,1	3,8 $\pm$ 4,2	> 0,05
% nội mạc tăng sinh	62,5 $\pm$ 12,9	59,3 $\pm$ 16,6	66,1 $\pm$ 5,1	> 0,05
Chiều dài tổn thương tái hẹp (mm)	18,5 $\pm$ 20,7	14,4 $\pm$ 3,9	23,2 $\pm$ 24,3	> 0,05

Khi so sánh giữa diện tích stent tối thiểu tại vị trí tổn thương tái hẹp và diện tích lòng mạch tham chiếu trung bình, kết quả thu được là: diện tích stent tối thiểu tại vị trí tổn thương: 8,5 $\pm$ 2,8 (mm^2), diện tích lòng mạch tham chiếu trung bình: 9,5 $\pm$ 2,6 (mm^2). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$. Mặt khác, với những tổn thương có diện tích stent $\geq 9 \text{mm}^2$ có mức độ tái hẹp thấp hơn so với nhóm có diện tích stent dưới 9 mm^2 . Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Đặc điểm hình thái mảng xơ vữa

Đặc điểm		n	%
MXV mềm		5	11,3
MXV nhiều xơ		20	45,5
MXV hỗn hợp		13	29,5
MXV không ổn định hoặc vỡ		7	15,9
MXV vỡ		2	4,5
Huyết khối		2	4,5
Canxi		20	45,5
Cung canxi trung bình (theo độ góc) (TB $\pm$ SD) ($^\circ$)		172,1 $\pm$ 18,5 ($^\circ$)	
Độ dài trung bình của tổn thương canxi (TB $\pm$ SD) (mm)		14,2 $\pm$ 3,7	
Vị trí tổn thương Can xi	Bề mặt	8	40,0
	Sâu	6	30,0
	Hỗn hợp	6	30,0
Tái hẹp điểm		23	52,3
Typ 1	Tái hẹp 1 điểm	11	25,0
	Tái hẹp đa điểm	12	27,3
Typ 2		3	6,8
Typ 3		18	40,9
Typ 4		0	0

Trong 44 tổn thương có 38 tổn thương tính được chỉ số tái cấu trúc (một số tổn thương

không tính được chỉ số tái cấu trúc là những tổn thương tại lỗ của ĐMV nên không có tham chiếu gần). Có 14 (36,8%) tổn thương có tái cấu trúc dương tính, 24 (63,2%) tổn thương tái cấu trúc âm tính. Hình ảnh nội mạc tăng sinh gặp ở cả 44 vị trí tổn thương. 31 (70,4%) vị trí tổn thương có tái hẹp tại rìa stent có hoặc không kèm theo tái hẹp trong thân stent. Có 12 (27,2%) trường hợp stent méo hoặc không áp sát, 19 (43,2%) stent nhỏ hoặc nở không hết, 7 (15,9%) vị trí tại hẹp tại chỗ 2 stent gối nhau.

IV. BÀN LUẬN

Khi so sánh giữa đường kính, diện tích lòng mạch cho thấy các thông số đo đạc trên IVUS cao hơn trên chụp mạch. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sự khác biệt này cũng tương tự như trong nghiên cứu của các tác giả khác [3]. Khi so sánh giữa hai nhóm tái hẹp vừa và tái hẹp nhiều trên IVUS, chúng tôi nhận thấy những tổn thương hẹp nhiều có kích thước mạch nhỏ hơn so với nhóm tổn thương hẹp vừa (cả về tham chiếu đầu gần, đầu xa và tham chiếu trung bình). Diện tích stent tại vị trí tổn thương tái hẹp $< 9\text{mm}^2$ gặp ở 50% trường hợp, đường kính stent lớn hơn ở nhóm hẹp vừa so với nhóm hẹp nhiều. Myeong - ki Hong, Gary S. Minz và cs [5] nghiên cứu trên 550 bệnh nhân cho thấy diện tích tối thiểu stent dưới $5,5\text{mm}^2$ sau can thiệp và chiều dài stent trên 40mm đo trên IVUS là những yếu tố tiên lượng độc lập tái hẹp ở stent phủ thuốc sirolimus. Diện tích stent tối thiểu tại vị trí tổn thương: $8,5 \pm 2,8 (\text{mm}^2)$ so với diện tích lòng mạch tham chiếu trung bình: $9,5 \pm 2,6 (\text{mm}^2)$, $p < 0,005$. Như vậy, ở tổn thương tái hẹp thường có diện tích stent tối thiểu nhỏ hơn diện tích tham chiếu trung bình của lòng mạch và diện tích stent càng lớn càng giảm được mức độ tái hẹp stent.

Về tái cấu trúc mạch máu: có 14 (36,8%) tổn thương có tái cấu trúc dương tính, 24 (63,2%) tổn thương tái cấu trúc âm tính. Tái cấu trúc dương tính của động mạch tại vị trí đặt stent đã được báo cáo bởi Hoffmann và cs [6], chuỗi hình ảnh trên IVUS ở 49 stent Palmaz-Schatz cho thấy diện tích mạch máu và mảng xơ vữa tăng lên có ý nghĩa trong quá trình theo dõi. Như vậy, có sự liên quan chặt chẽ với phát triển của các mô xung quanh vị trí đặt stent. Sự gia tăng ngoài stent gây ra hiện tượng giãn các động mạch, trong khi nếu tăng trong lòng stent sẽ gây ra hẹp lòng mạch. Hình thái tái hẹp điểm trong nghiên cứu gặp ở 52,3%. Tỷ lệ này cũng tương tự như những nghiên cứu như nghiên cứu SIRIUS, TAXUS... Trong các nghiên cứu mù đôi

hoặc các nghiên cứu quan sát đều cho thấy tỷ lệ tái hẹp điểm gặp nhiều hơn ở nhóm phủ thuốc, và tỷ lệ tái hẹp tăng sinh lan toả thường gặp nhiều hơn ở nhóm stent thường. Việc này được lý giải bởi việc stent phủ thuốc sẽ giải phóng các thuốc để ức chế sự tăng sinh nội mạc. Khi có hiện tượng kháng thuốc thì hình thái tái hẹp cũng sẽ là hình thái tăng sinh lan toả như trong stent thường. Trong nghiên cứu này, hình ảnh nội mạc tăng sinh gặp ở cả 44 vị trí tổn thương. 31 (70,4%) vị trí tổn thương có tái hẹp vùng rìa có hoặc không kèm theo tổn thương tái hẹp trong thân stent. Chúng tôi gặp 12 (27,2%) trường hợp stent méo hoặc không áp sát, 19 (43,2%) stent nhỏ hoặc nở không hết, 7 (15,9%) vị trí tại hẹp tại chỗ 2 stent gối nhau. Vì vậy, trong quá trình can thiệp dưới sự hướng dẫn của IVUS sẽ mang lại kết quả lâu dài tốt hơn do sẽ khắc phục và tối ưu hoá được các nguyên nhân này.

Trong thử nghiệm HIPS, so sánh IVUS sau thủ thuật và quá trình theo dõi ở 142 bệnh nhân, các tác giả đã khẳng định rằng tăng sinh nội mạc là cơ chế chính gây ra tái hẹp trong stent. Ngoài ra, stent nở không hết với chiều dài stent dài là những cơ chế quan trọng gây ra tái hẹp [2]. Trong nghiên cứu của Yun Gi Kim và cs [7] cho thấy tái hẹp vùng rìa gặp ở stent phủ thuốc vào khoảng 30%. Và cơ chế của hiện tượng tái hẹp vùng rìa stent theo nhiều tác giả có thể là sự phối hợp của nhiều yếu tố như tăng sinh nội mạc, tái cấu trúc âm tính hoặc do áp lực cơ học khi nong bóng tác động lên vùng rìa trong quá trình can thiệp.

V. KẾT LUẬN

IVUS giúp xác định chính xác vị trí tái hẹp, đánh giá hình thái tổn thương tái hẹp cũng như bản chất mảng xơ vữa. Trong nghiên cứu có 70,4% tái hẹp vùng rìa có hoặc không kèm theo tổn thương tái hẹp trong thân stent, 52,3% tái hẹp điểm, tái cấu trúc âm tính chiếm 63,2%, 100% tái hẹp có tăng sinh nội mạc và có 15,9% tổn thương có hình thái mảng xơ vữa không ổn định.

Cơ chế gây tái hẹp chính trong nghiên cứu là tăng sinh nội mạc. Trong đó tổng chiều dài stent $> 40\text{mm}$, diện tích stent nhỏ dưới 9mm^2 , đường kính lòng mạch tham chiếu càng nhỏ là những yếu tố liên quan tới mức độ tái hẹp nhiều hơn. Trong đánh giá tái hẹp cũng nên sử dụng IVUS để đánh giá hình thái và cơ chế tái hẹp, từ đó giúp đưa ra các chiến lược điều trị hợp lý hơn, đặc biệt là trong các trường hợp tái hẹp mức độ vừa từ 50-70%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robert A Byrne et al Salvatore Cassese (2014), "Incidence and predictors of restenosis after coronary stenting in 10004 patients with surveillance angiography", *Heart*, 100, tr. 153-159.
2. Gary S. Mintz Soo-Jin Kang, Duk-Woo Park, Seung-Whan Lee et al (2011), "Mechanisms of In-Stent restenosis After Drug-eluting Stent Implantation: Intravascular Ultrasound Analysis", *Circulation Cardiovasc Interv*, 4, tr. 9-14.
3. Khổng Nam Hương (2015), "Nghiên cứu siêu âm trong lòng mạch (IVUS) trong đánh giá tổn thương động mạch vành và góp phần hướng dẫn điều trị can thiệp bệnh động mạch vành", *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường đại học Y Hà Nội.
4. Shunji Kasaoka, Jonathan M. Tobis, , Tatsuro Akiyama, et al (1998), "Angiographic and Intravascular Ultrasound Predictor of In-Stent Restenosis", *JACC*, 32, tr. 1630-1635.
5. Gary S. Mintz Myeong-Ki Hong (2006), "Intravascular ultrasound predictors of angiographic restenosis after sirolimus-eluting stent implantation", *European heart journal*, 27(11), tr. 1305-1310.
6. R. Hoffmann, G. S. Mintz, R. Mehran et al (1998), "Intravascular ultrasound predictors of angiographic restenosis in lesions treated with Palmaz-Schatz stents", *Journal of the American College of Cardiology*, 31(1), tr. 43-9.
7. Il-Young Oh Yun Gi Kim, Yoo-Wook Kwon et al (2013), "Mechanism of Edge Restenosis After Drug-Eluting Stent Implantation", *Circulation Journal Official Journal of the Japanese Circulation Society*.

NGHIÊN CỨU RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Nguyễn Trung Kiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tiền đái tháo đường; Tỷ lệ, mức độ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tiền đái tháo đường. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng 160 bệnh nhân tiền đái tháo đường. **Kết quả:** Chỉ số vòng bụng, tỷ lệ vòng eo trên vòng mông, chỉ số khối cơ thể ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng. Trong nhóm bệnh, các chỉ số rối loạn lipid máu cao nhất ở phân nhóm đái tháo đường, đến nhóm rối loạn dung nạp glucose máu và thấp nhất ở nhóm dung nạp glucose máu bình thường. **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng và tỷ lệ, các chỉ số rối loạn lipid máu cao nhất ở phân nhóm đái tháo đường, đến nhóm rối loạn dung nạp glucose máu và thấp nhất ở nhóm dung nạp glucose máu bình thường.

Từ khóa: Rối loạn chuyển hóa lipid, tiền đái tháo đường.

SUMMARY

RESEARCH OF LIPID BLOOD DISORDERS AND RISK FACTORS IN PRE-DIABETIC PATIENTS

Objective: Study of clinical characteristics and risk factors in pre-diabetic patients; Rate, level of dyslipidemia in pre-diabetic patients. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study of 160 pre-diabetic patients. **Results:** The waist circumference, waist circumference on the buttocks,

body mass index was higher in the control group than the control group. The prevalence of dyslipidemia was higher in the control group. In the group of patients, the hyperlipidemia was highest in the diabetic subgroups, the lowest in the glucose tolerance group and the lowest in the glucose tolerance group normal blood. **Conclusions:** Risk factors were higher in the control group than in the control group. The prevalence of dyslipidemia was higher in the control and treatment groups, the highest lipid abnormalities in the diabetic subgroup, the lowest in the blood glucose tolerance group, and the lowest in the blood glucose tolerance group normal.

Key words: Dyslipidemia, pre-diabetes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu là tình trạng thay đổi một hay nhiều thành phần lipid máu, là một trong các yếu tố nguy cơ bệnh lý tim mạch. Ở Mỹ, theo NCEP - ATP II năm 1993 thì 25% người trưởng thành từ 20 tuổi trở lên có cholesterol toàn phần >6,2mmol/l. Ở Việt Nam có khoảng 26% người ở lứa tuổi 25-74 mắc rối loạn lipid máu. Rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, tiền đái tháo đường, đái tháo đường liên quan chặt chẽ với nhau.

Từ năm 2002 khái niệm tiền đái tháo đường ra đời để chỉ tình trạng đường huyết cao hơn mức bình thường nhưng chưa đến mức chẩn đoán bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Tiền ĐTĐ là tình trạng suy giảm chuyển hóa glucose, bao gồm 2 tình huống: Rối loạn glucose máu lúc đói (RLGLĐ - Impaired Fasting Glucose- IFG) và rối loạn dung nạp glucose (RLDNG). Cả hai tình huống này đều tăng glucose máu, nhưng chưa đạt mức chẩn đoán ĐTĐ thực sự. Tuy nhiên ở

*Bệnh viện Quân y 4 - Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên

Email: trung.kienv4@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/12/2017

Ngày phản biện khoa học: 26/1/2018

Ngày duyệt bài: 3/2/2018

giai đoạn này đã xuất hiện tình trạng kháng Insulin, là bước khởi đầu trong tiến trình xuất hiện ĐTĐ type 2 với tỷ lệ chuyển đổi hàng năm từ 5% -10%.

Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường đang gia tăng trên toàn thế giới và dự kiến rằng > 470 triệu người sẽ có tiền đái tháo đường trong năm 2030. Tiền đái tháo đường có thể tiến triển thành bệnh đái tháo đường thực sự sau 5-10 năm. Các nghiên cứu cho thấy 25% bệnh nhân bị tiền đái tháo đường sẽ phát triển bệnh đái tháo đường type 2 trong vòng 3 đến 5 năm. Tuy nhiên những người có yếu tố nguy cơ nếu thay đổi lối sống, chế độ ăn uống và tập luyện phù hợp sẽ giảm nguy cơ tương đối 40%-70% mắc bệnh đái tháo đường.

Đã có nhiều công trình nghiên cứu về các chỉ số lipid máu ở người bình thường, người đái tháo đường. Để góp phần giảm nguy cơ tiền đái tháo đường tiến triển thành bệnh đái tháo đường và hạn chế các biến chứng của bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm các mục tiêu sau:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố nguy cơ tiền đái tháo đường.

2. Nghiên cứu tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tiền đái tháo đường.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung.

Bảng 1. Đặc điểm chung của hai nhóm nghiên cứu.

Thông số		Nhóm chứng (n=80)	Nhóm bệnh (n=160)	p
Tuổi (năm)	($\bar{X} \pm SD$)	52,6 ± 8,5	53,1 ± 9,7	> 0,05
Chiều cao (m)	($\bar{X} \pm SD$)	1,62 ± 0,07	1,62 ± 0,05	> 0,05
Cân nặng (kg)	($\bar{X} \pm SD$)	61,8 ± 6,1	66,5 ± 7,2	<0,05
BSA (m ²)	($\bar{X} \pm SD$)	1,68 ± 0,12	1,69 ± 0,09	> 0,05
THA (≥140/90 mmHg)	n; %	15; 18,75%	79; 49,38%	<0,001

Các thông số tuổi, chiều cao, diện tích da (BSA) của nhóm bệnh và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cân nặng, tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2: Kết quả nghiệm pháp dung nạp glucose ở hai nhóm nghiên cứu.

Phân loại	Nhóm chứng (n=80)	Nhóm bệnh (n=160)	p
DNGBT n; %	61; 76,3%	52; 32,5%	p < 0,001
RLDNG n; %	19; 23,7%	62; 38,8%	
ĐTĐ n; %	0; 0,0%	46; 28,7%	

Tỷ lệ RLDNG và ĐTĐ ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2. Một số yếu tố nguy cơ của hai nhóm nghiên cứu.

Bảng 3: Đặc điểm một số yếu tố nguy cơ của hai nhóm nghiên cứu.

Chỉ số	Nhóm chứng (n=80)	Nhóm bệnh (n=160)	p
VB (cm) ($\bar{X} \pm SD$)	88,8 ± 3,63	91,15 ± 5,26	p < 0,05
↑VB (≥ 90cm) n; %	7; 8,75%	78; 48,75%	p < 0,01
Chỉ số WHR ($\bar{X} \pm SD$)	0,91 ± 0,38	0,95 ± 0,42	p < 0,05
↑WHR (≥ 0,9) n; %	41; 51,25%	112; 70,0%	p < 0,01
BMI (kg/m ²) ($\bar{X} \pm SD$)	23,12 ± 1,56	24,97 ± 2,35	p < 0,05

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 160 bệnh nhân tiền ĐTĐ và 80 người khỏe mạnh không có các bệnh lý tim mạch đến khám và điều trị tại Bệnh viện nội tiết Nghệ An và Bệnh viện Quân y 4. Qua khám lâm sàng và cận lâm sàng, tương đồng về tuổi, giới với nhóm bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng.

- Phương tiện nghiên cứu: ống nghe, máy đo huyết áp, cân bàn, thước đo chiều cao, vòng bụng, vòng hông, máy điện tim, máy siêu âm tim, máy xét nghiệm sinh hóa. Các kỹ thuật và xét nghiệm sinh hóa tiến hành tại Bệnh viện Quân y 4.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tuổi, giới, BMI, WHR, huyết áp.

+ Glucose máu lúc đói, Glucose máu sau 2 giờ, Cholesterol total (CT), LDL-Cholesterol (LDL-C), HDL-Cholesterol (HDL-C), Triglycerid (TG).

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được trình bày dưới dạng $\bar{X} \pm SD$ hoặc tỉ lệ %, các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0 và Excel 2010.

↑BMI(≥ 23 (kg/m ²))	n;%	43;53,75%	125;78,13%	p < 0,05
Ít vận động	n;%	14;17,4%	70;43,8%	p<0,001

Chỉ số, tỷ lệ tăng BMI, VB, WHR và tỷ lệ ít vận động ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

3.3. Rối loạn lipid máu ở những bệnh nhân tiền đái tháo đường

Bảng 4: Đặc điểm các chỉ số lipid máu của hai nhóm nghiên cứu.

Thông số	Nhóm chứng(n=80)	Nhóm NC(n=160)	p
CT (mmol/L)	4,92 ± 0,71	5,28 ± 0,95	<0,01
TG (mmol/L)	1,75 ± 0,63	2,37 ± 1,06	<0,01
HDL-C (mmol/L)	1,17 ± 0,25	1,13 ± 0,26	>0,05
LDL-C (mmol/L)	2,87 ± 0,62	3,08 ± 0,92	<0,01

Chỉ số CT, TG, LDL-C của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Chỉ số HDL-C của nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 5: Đặc điểm rối loạn lipid máu của hai nhóm nghiên cứu.

Thông số	Nhóm chứng (n=80)	Nhóm NC (n=160)	p
↑CT ($\geq 5,2$ mmol/L)	n;% 24;30%	89;55,63%	<0,01
↑TG ($\geq 1,7$ mmol/L)	n;% 33;41,25%	110;68,75%	<0,01
↓HDL-C (≤ 1 mmol/L)	n;% 9;11,25%	41;25,63%	>0,05
↑LDL-C($\geq 3,1$ mmol/L)	n;% 22;27,5%	78;48,75%	<0,01

Tỷ lệ tăng CT, TG, LDL-C của nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

Bảng 6: Đặc điểm chỉ số lipid máu của nhóm bệnh nhân tiền đái tháo đường.

Thông số	DNGBT ⁽¹⁾ (n= 69)	RLDNG ⁽²⁾ (n= 52)	ĐTĐ ⁽³⁾ (n=39)	p
CT (mmol/L)	5,03 ± 0,95	5,17 ± 0,96	5,62 ± 0,93	P ₁₋₂ , P ₁₋₃ <0,05; P ₂₋₃ >0,05
TG (mmol/L)	1,92 ± 0,93	2,35 ± 0,82	2,83 ± 1,17	P ₁₋₂ , P ₁₋₃ <0,05; P ₂₋₃ >0,05
HDL-C (mmol/L)	1,26 ± 0,27	1,08 ± 0,21	1,03 ± 0,25	P ₁₋₂ , P ₁₋₃ <0,05; P ₂₋₃ >0,05
LDL-C (mmol/L)	2,91 ± 0,87	3,02 ± 0,93	3,35 ± 0,81	P ₁₋₂ , P ₁₋₃ , P ₂₋₃ > 0,05

Chỉ số CT, TG của phân nhóm ĐTĐ và RLDNG cao hơn phân nhóm DNGBT, còn chỉ số HDL-C thấp hơn, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 7: Đặc điểm rối loạn lipid máu của nhóm bệnh nhân tiền đái tháo đường.

Thông số	DNGBT ⁽¹⁾ (n= 69)	RLDNG ⁽²⁾ (n= 52)	ĐTĐ ⁽³⁾ (n=39)	p
↑CT ($\geq 5,2$ mmol/L)	n 32 46,38%	27 51,9%	26 66,67%	P ₁₋₂ , P ₁₋₃ , P ₂₋₃ > 0,05
↑TG ($\geq 1,7$ mmol/L)	n 36 52,17%	39 75,0%	31 79,49%	P ₁₋₂ , P ₁₋₃ <0,05 P ₂₋₃ >0,05
↓HDL-C (≤ 1 mmol/L)	n 5 7,25%	12 23,08%	18 46,15%	P ₁₋₂ , P ₁₋₃ <0,05 P ₂₋₃ >0,05
↑LDL-C ($\geq 3,1$ mmol/L)	n 27 39,1%	25 48,08%	23 58,97%	P ₁₋₂ , P ₁₋₃ , P ₂₋₃ > 0,05

Tỷ lệ tăng TG và giảm HDL-C của phân nhóm ĐTĐ, RLDNG cao hơn phân nhóm DNGBT, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Cân nặng, tỷ lệ tăng huyết áp, chỉ số, tỷ lệ tăng BMI, VB, WHR và tỷ lệ ít vận động ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Kết quả này cho thấy các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch, chuyển hóa tăng lên, xuất hiện sớm ở nhóm có đề kháng insulin, trước cả khi xuất hiện bệnh đái tháo đường.

Tỷ lệ RLDNG và ĐTĐ ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001). Trong nhóm bệnh phát hiện có 28,7% đái tháo đường và nhóm chứng có 23,7% RLDNG. Kết quả này là phù hợp với cơ chế bệnh

và tiến triển của bệnh tiền đái tháo đường. Đồng thời cho thấy có một tỷ lệ không nhỏ đái tháo đường và tiền đái tháo đường (RLGNG) không được phát hiện, bỏ sót nếu không làm nghiệm pháp dung nạp glucose hoặc chỉ làm xét nghiệm glucose máu lúc đói.

Chỉ số và tỷ lệ tăng CT, TG, LDL-C của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, còn chỉ số HDL-C của nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Theo chúng tôi, trong nhóm bệnh ngoài RLGLĐ, RLDNG, đái tháo đường còn có các bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa, béo phì dạng nam. Tình trạng đề

kháng insulin, béo phì cùng với RLLPM luôn song hành cùng nhau. Khi tiền đái tháo đường kết hợp với RLLPM làm cho nguy cơ bệnh lý tim mạch càng cao.

Chỉ số CT, TG của phân nhóm ĐTĐ và RLDNG cao hơn phân nhóm DNGBT, tỷ lệ tăng TG và giảm HDL-C của phân nhóm ĐTĐ, RLDNG cao hơn phân nhóm DNGBT, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này cho thấy, tỷ lệ và mức độ rối loạn lipid máu tăng theo mức độ rối loạn chuyển hóa đường, cao nhất ở phân nhóm đái tháo đường, đến phân nhóm RLDNG và thấp nhất ở phân nhóm DNGBT.

V. KẾT LUẬN

- Các yếu tố nguy cơ như cân nặng, tỷ lệ tăng huyết áp, chỉ số, tỷ lệ tăng BMI, VB, WHR và tỷ lệ ít vận động ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Tỷ lệ RLDNG và ĐTĐ ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong nhóm bệnh có 28,7% đái tháo đường và nhóm chứng có 23,7% RLDNG.

- Chỉ số và tỷ lệ tăng CT, TG, LDL-C của nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng còn chỉ số HDL-C của nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Chỉ số CT, TG của phân nhóm ĐTĐ và RLDNG cao hơn phân nhóm DNGBT, tỷ lệ tăng TG và giảm HDL-C của phân nhóm ĐTĐ, RLDNG cao hơn phân nhóm DNGBT, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

KIẾN NGHỊ

Cần làm nghiệm pháp dung nạp glucose máu cho các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ, vì có 28,7% đái tháo đường trong nhóm RLGLĐ và 23,7% RLDNG ở nhóm không có RLGLĐ không được phát hiện, bỏ sót nếu không làm nghiệm pháp dung nạp glucose.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình và cs** (2005), *Thực trạng bệnh đái tháo đường và các yếu tố nguy cơ ở 4 thành phố lớn của Việt Nam*, Y học thực hành, (507, 508), tr 37-51.
2. **Đỗ Thanh Bình, Nguyễn Thị Tố Nga** (2012), *Tiền đái tháo đường*, Hội nghị nội tiết và đái tháo đường toàn quốc lần thứ VI, 1, tr. 28-32.
3. **Trần Hữu Dàng** (2010), *Tiền đái tháo đường*, Hội nghị nội tiết - đái tháo đường - rối loạn chuyển hóa miền trung mở rộng lần thứ VII, tr. 17-21.
4. **Nguyễn Văn Vy Hậu, Nguyễn Hải Thủy** (2012), *Đề xuất thang điểm tầm soát tiền đái tháo đường và đái tháo đường type 2 chưa được chẩn đoán cho người Việt Nam*, Hội nghị nội tiết - đái tháo đường - rối loạn chuyển hóa miền trung mở rộng lần thứ VIII, tr. 27-43.
5. **Nguyễn Trung Kiên, Hoàng Nghĩa Nam, Đặng Trang Huyền** (2013), *Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp tại tỉnh Nghệ An*, Y dược học Quân sự, 38(5), tr.86-90.
6. **Deedwania PC, Fonseca VA.** (2005), "Diabetes, prediabetes and cardiovascular risk: Shifting the paradigm", *Am J Med*, 118(9), pp. 939-947.
7. **Ford ES, Zhao G, Li C.** (2010), "Pre-diabetes and the risk for cardiovascular disease: A systematic review of the evidence", *J Am Coll Cardiol*, 55(13), pp. 1310-1317.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THẨM MỸ MI DƯỚI VÀ MỘT SỐ BIẾN CHỨNG PHỔ BIẾN

Trần Thiết Sơn*, Nguyễn Đức Linh**

TÓM TẮT

Bảng thiết kế nghiên cứu mô tả loạt ca, chúng tôi tiến hành khảo sát trên 28 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới tại bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 6/2016 đến tháng 9/2017 nhằm đánh giá kết quả sau phẫu thuật qua sự hài lòng của bệnh nhân, các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng và các biến chứng thường gặp. Phương pháp phẫu thuật sử dụng trong nghiên cứu này là phẫu thuật qua da với 2 kỹ thuật:

lấy phần mỡ và da thừa hoặc dàn mỡ mi dưới và chỉ lấy da thừa. Kết quả cho thấy: (1) Những đối tượng được thực hiện PTTM mi dưới ở Việt Nam phổ biến ở lứa tuổi trên 50, chủ yếu là vừa thừa da, vừa thừa mỡ mi dưới; loại rãnh lệ phổ biến thuộc loại 3; (2) Có 57.1% bệnh nhân hài lòng với kết quả sau mổ. Thời gian hậu phẫu càng dài, tỷ lệ đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân càng cao; (3) Một số biến chứng thường xảy ra sau mổ: tụ máu, sưng nề và phản ứng sẹo, trong đó hai yếu tố sưng nề và sẹo cứng đã ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân.

Từ khóa: Phẫu thuật thẩm mỹ, phẫu thuật mi dưới

SUMMARY

EVALUATE THE OUTCOME RESULT AFTER LOWER BLEPHAROPLASTY SURGERY AND COMMON COMPLICATIONS

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Đa khoa Tây Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thiết Sơn

Email: tranthietson@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5/12/2017

Ngày phản biện khoa học: 2/1/2018

Ngày duyệt bài: 25/1/2018

This study analyzed 28 cases of patients who had lower blepharoplasty surgery at Saint Paul Hospital from June 2016 to September 2017. The goal is to evaluate the result of lower blepharoplasty surgery based on patient satisfaction, factors affecting satisfaction and common complications. The methodology is to study the samples, using convenience sampling. The surgical method used in this study was transcutaneous surgery with two techniques: removing both fat and excess skin; Or repositioning fat and only removing excess skin. The results showed that: (1) Patients having lower blepharoplasty in Vietnam are mostly over 50 years old, mainly having both excess skin and fat bag ptosis; the common tear trough is type 3; (2) 57.1% of the patients were satisfied with postoperative results. The longer the postoperative period, the higher the rate of satisfaction of the patient; (3) Some complications often occurred after surgery: hematoma, swelling, and scarring, in which two swelling and scarring factors have affected the patient's satisfaction.

Keywords: Cosmetic surgery, lower blepharoplasty surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới được ra đời và phát triển từ cuối thế kỷ 19 đầu thế kỷ 20 nhờ những thành tựu trong ngành chống nhiễm khuẩn và gây mê [1]. Đây là một phương pháp can thiệp vào cấu trúc giải phẫu vùng mi dưới nhằm làm trẻ hóa hoặc cải thiện hình thái vùng mi dưới để đạt được kết quả thẩm mỹ cho vùng này nói riêng và toàn bộ khuôn mặt nói chung.

Hiện nay có rất nhiều phương pháp cũng như kỹ thuật can thiệp vào vùng mi dưới để đạt được kết quả thẩm mỹ mong muốn, cùng với đó là hàng trăm cơ sở thẩm mỹ có ứng dụng các phương pháp này nổi lên. Tuy nhiên, cho đến nay ở Việt Nam chưa có một nghiên cứu nào đánh giá về kết quả các trường hợp được phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới cũng như biến chứng của nó. Để có một cái nhìn ban đầu về kết quả sau phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới và rút ra những kinh nghiệm nhằm phục vụ ngày càng tốt hơn cho người bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu có tên: “*Đánh giá kết quả phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới và một số biến chứng phổ biến*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các trường hợp có chỉ định PTTM mi dưới được tiến hành PTTM mi dưới tại bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 6/2016 đến tháng 9/2017.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả loạt ca với kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện: với tất cả những bệnh nhân nào đủ tiêu chuẩn chọn vào và loại ra trong thời gian nghiên cứu đều được lấy vào nghiên

cứu. Trong thời gian trên, chúng tôi đã khảo sát được 28 trường hợp

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Số liệu được thu thập bằng cách: quan sát và ghi nhận qua hình ảnh; phỏng vấn đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi soạn sẵn. Quy trình thu thập số liệu:

- Khám và đánh giá tình trạng của mi dưới của người bệnh, chụp ảnh trước mổ

- Làm các xét nghiệm cơ bản trước phẫu thuật, thử test lidocain.

- Tiến hành phẫu thuật: phương pháp phẫu thuật là đường mỡ qua da, sử dụng hai kỹ thuật là cắt da kèm mỡ thừa hoặc dàn mỡ và cắt da thừa.

Bước 1: Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân ngồi hoặc đứng thẳng đối diện phẫu thuật viên. Phẫu thuật viên sẽ xác định tình trạng sa trễ mi dưới, tình trạng thừa da. Cần xác định bờ dưới của bóng mỡ mi mắt dưới. Vẽ một đường theo bờ dưới mi để xác định đường mỡ (Hình 1).



Hình 1: Đường rạch ngoài da

Bước 2: Gây tê và sát khuẩn.

- Sát khuẩn toàn bộ vùng mặt. Tiến hành trải băng có lỗ vùng mặt, chừa vị trí phẫu thuật.

- Gây tê bằng hỗn hợp lidocain 1mg/1ml pha với epinephrin 1% với tỷ lệ 1:200.000. Gây tê tại chỗ toàn bộ vùng mi dưới. Gây tê vào các túi mỡ, và dưới màng xương bờ dưới ổ mắt.

Bước 3: Phẫu tích vào mi mắt dưới.

- Tạo một đường rạch dọc theo bờ mi dưới, cách bờ mi khoảng 2mm. Đường rạch kéo dài từ giới hạn ngoài của góc mắt trong đến góc mắt ngoài và tiếp tục kéo dài chệch một đường ra ngoài xuống dưới của đuôi mắt.

- Dùng kéo phẫu tích bóc tách bọc lộ cơ vòng mi. Tiến hành cầm máu. Dùng móc đơn móc vào da bờ dưới đường mỡ và kéo xuống để nhìn rõ cơ vòng mi. Dùng kéo hoặc dao điện bóc tách bọc lộ vách ổ mắt. Sau đó, tạo một đường rạch trên vách ổ mắt. Tiến hành cắt một phần cơ vòng mi đối với các trường hợp cơ vòng mi quá lớn.

Bước 4:

Trường hợp 1: Lấy bỏ mỡ (với các trường hợp không dàn mỡ ổ mắt).

- Ấn nhẹ vào nhãn cầu để tạo 1 áp lực làm các túi mỡ trôi lên. Các túi mỡ được dàn trải và xác định lượng cần cắt bỏ hợp lý, sau đó dùng panh kẹp cuống túi mỡ và cắt bỏ bằng kéo hoặc

giao diện. Kiểm soát và cầm máu kỹ. Thường chỉ lấy túi mỡ giữa và một ít túi mỡ trong. Túi mỡ ngoài chỉ lấy trong trường hợp bọng mỡ quá lớn.

- Dàn trải lớp da đồng thời hướng dẫn bệnh nhân mở mắt và nhìn lên để phẫu thuật viên có thể đánh giá lượng da cần cắt bỏ hợp lý. Cắt bỏ da thừa bằng dao hoặc kéo phẫu tích.

- Khâu đóng lớp cơ vòng mi bằng chỉ PDS 5.0 mũi đơn. Khâu đóng da bằng chỉ Nylon 6.0 khâu mũi đơn hoặc khâu vắt. (Hình 2).



Hình 2: Túi mỡ lấy bỏ (trái) và đường khâu ngoài da (phải)

Trường hợp 2: dàn mỡ ổ mắt.

- Các túi mỡ được phẫu tích dàn ra trong khi vẫn bảo toàn cương. Sau đó, tạo một đường rạch phía dưới của chỗ bám vách ổ mắt vào màng xương bờ dưới ổ mắt. Bóc tách rộng và xa hơn về phía dưới, vùng nằm giữa của nếp mi gò má và tháp mũi. Dàn đều mỡ ổ mắt vào trong khoang bóc tách.

- Tiến hành đánh giá lượng da thừa (nếu có) và cắt da thừa bằng dao hoặc kéo phẫu tích. Đóng vết mổ 1 lớp

- Chụp ảnh sau mổ.

- Chăm sóc sau mổ: chườm đá, kê đơn thuốc kèm lịch tái khám, cắt chỉ.

- Hẹn bệnh nhân tái khám để chụp ảnh sau mổ và khám trực tiếp tình trạng mi dưới sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm về mẫu nghiên cứu.

- Người có nhu cầu PTTM mi dưới chủ yếu là giới nữ (92,9%); tuổi có nhu cầu PTTM mi dưới hầu hết thuộc nhóm tuổi trên 50 (64,3%);

- Lý do khiến bệnh nhân muốn tìm đến PTTM mi dưới chủ yếu là do biến dạng cả thừa da và thừa mỡ mi dưới chiếm 57,2%;

- Màu sắc da mi dưới bị thâm quầng trước mổ chiếm ¼ số đối tượng được nghiên cứu;

- Trong số các loại rãnh lệ thì loại 3 là phổ biến nhất, chiếm trên 50%;

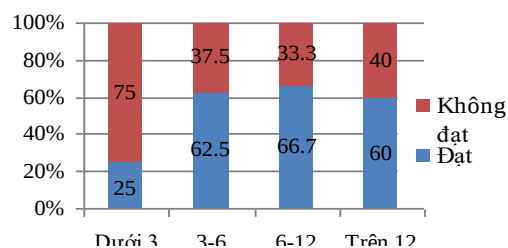
3.2 Kết quả sau PTTM mi dưới.

Tỷ lệ đánh giá đạt (hài lòng) chung của bệnh nhân là 57,1%. Trong đó, phẫu thuật thừa mỡ mi dưới đơn thuần đạt tỷ lệ cao nhất, thừa da mi dưới đơn thuần đạt tỷ lệ thấp nhất. Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.



Hình 3: Ảnh trước và sau mổ: cắt da kèm dàn mỡ mi dưới sau 5 tuần.

Kết quả đạt theo đánh giá của bệnh nhân.



Biểu đồ 1: Kết quả PTTM mi dưới theo khoảng thời gian hậu phẫu

Đánh giá theo thời gian sau phẫu thuật: với 57,1% được đánh giá đạt, nhóm < 3 tháng đạt tỷ lệ thấp nhất (25%), sau đó, tỷ lệ hài lòng tăng dần, sau 3 tháng trở lên đều đạt > 60%.

Da mi dưới trước mổ thâm ảnh hưởng đến sự hài lòng sau mổ: nhóm màu da mi dưới trước mổ không thâm, sau mổ tỷ lệ đánh giá đạt cao hơn nhóm có thâm: 61,9% so với 42,9%. Tuy nhiên, sự khác biệt chưa đủ ý nghĩa thống kê.



Hình 4: Màu sắc da mi dưới thâm (trái) và không thâm (phải).

3.3 Các biến chứng phổ biến

- Các đối tượng được nghiên cứu không có tình trạng trĩ mi dưới sau mổ

- Biến chứng tụ máu chiếm 25% các trường hợp; thời gian tụ máu tối đa < 1 tháng; thời gian sưng nề phổ biến từ 1 tuần – 1 tháng; còn 10,7% sưng nề kéo dài > 1 tháng; sẹo cứng kéo dài > 3 tháng chỉ còn lại 10,8%.



Hình 5: Hình ảnh tụ máu sau 1 tuần

- Tỷ lệ bệnh nhân đánh giá đạt yêu cầu ở nhóm sưng nề < 1 tuần cao hơn nhóm sưng nề > 1 tuần (80% so với 44,4%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$

- Tỷ lệ đạt ở nhóm có sẹo cứng < 1 tháng sau mổ cao hơn nhóm có sẹo cứng > 1 tháng sau mổ (68,8% so với 41,7%). Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm về mẫu nghiên cứu: Trong nghiên cứu này chúng tôi, đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi > 35. Trong đó, chủ yếu là giới nữ, chiếm 92,9%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của David A. Hidalgo nghiên cứu ở New York năm 2006 – 2010 (90,3% là nữ) [4]. Chúng tôi thấy nhu cầu về PTTM mi dưới ở Việt Nam cũng như các nước trên thế giới hầu hết là ở giới nữ. Điều này luôn đúng bởi nhu cầu cải thiện sắc đẹp luôn là đặc tính vốn có của phái nữ. Với 28 đối tượng PTTM mi dưới trên đây, độ tuổi trung bình là 52,5 tuổi, nhỏ nhất là 39, lớn nhất là 66, chúng tôi chia làm 2 nhóm: từ 35 – 50 tuổi và > 50 tuổi. Nhóm trên 50 tuổi chiếm đa số (64,3%). Trong các lý do khiến bệnh nhân đến bệnh viện để PTTM mi dưới, lý do chính là lão hóa, do đó, nguyên nhân do thừa da và thừa mỡ chiếm trên 50%, lớn hơn gấp 2 lần mỗi nguyên nhân thừa da hay thừa mỡ đơn thuần là điều tất yếu.

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có màu sắc da mi dưới thâm quầng chiếm 25%. Yếu tố thâm này không trực tiếp làm tăng thêm sự sa trĩ hay lão hóa của vùng mi dưới nhưng lại gián tiếp ảnh hưởng đến nhận định của bệnh nhân. Vì ở những trường hợp màu sắc da mi dưới thâm quầng sẽ khiến cho người bệnh và cả người khác bị 1 ảo giác về độ sâu lõm vùng mi dưới sâu hơn thực tế. Ngoài ra, màu sắc da mi dưới thâm quầng cũng làm nổi bật thêm vùng mi dưới so với các vùng lân cận, qua đó làm nổi bật hơn những nhược điểm hiện có của vùng mi dưới.

Để có một chỉ định phù hợp với các biến đổi giải phẫu mi dưới, nhiều tác giả đã cố gắng phân loại các biến đổi giải phẫu, trong đó biến đổi

vùng rãnh lệ (TTD) được quan tâm nhiều nhất. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phân loại của Mohammed G. Turkmani [2],[5] để đánh giá. Phân loại này chia làm 5 loại nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào thuộc loại 1. Nhóm thuộc loại 3 chiếm tỷ lệ cao nhất 57,2%. Những biến đổi giải phẫu của loại 3 bao gồm cả tình trạng thừa da và sa trĩ mỡ mi dưới kết hợp. Đây là loại có lượng mỡ và da thừa tương đối nhiều nên việc phẫu thuật cắt bỏ da và lấy mỡ hoặc dàn mỡ sẽ dễ dàng hơn.

4.2. Kết quả PTTM mi dưới: Với 28 bệnh nhân chấp nhận quay trở lại tái khám và tham gia phỏng vấn, có 16 bệnh nhân đánh giá đạt yêu cầu, đạt tỷ lệ 57,1%. Kết quả này tương đồng với kết quả trong một nghiên cứu về phẫu thuật cải thiện tình trạng sa trĩ do mạc được thực hiện bởi hội phẫu thuật tạo hình nhãn khoa Anh Quốc (British Oculoplastics Surgical Society) với tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 57,4% [6]. Chúng tôi thấy, để phần đầu đạt được sự hài lòng của bệnh nhân có nhu cầu trẻ hóa vùng mi mắt, kết quả phẫu thuật của chúng tôi tại Việt Nam cũng tương tự các nước trên thế giới. Đánh giá kết quả phẫu thuật theo thời gian hậu phẫu cho thấy tỷ lệ hài lòng tăng dần theo thời gian. Với những trường hợp sau mổ dưới 3 tháng tỷ lệ hài lòng chỉ 25%, sau đó, tỷ lệ này tăng dần đến trên 6 tháng đều ở mức trên 60%. Như vậy có thể thấy mức độ hài lòng của bệnh nhân phụ thuộc vào sự ổn định của tình trạng mi dưới sau mổ. Người bệnh chỉ đánh giá hài lòng khi chủ quan họ cảm thấy hình thái mi dưới sau mổ cao hơn hoặc bằng với mức mong đợi của họ. Sự đánh giá này là sự tổng hòa của tất cả các yếu tố liên quan đến hình thái mi dưới (màu sắc da, tình trạng thừa da, mỡ, kết cấu khuôn mặt, chất lượng da mi, cơ địa bệnh nhân, sự sưng nề, tụ máu, chất lượng sẹo...). Các yếu tố như sưng nề, tụ máu, tình trạng sẹo là những yếu tố ảnh hưởng rõ nhất tới đánh giá này.

Với những trường hợp trước mổ có màu da mi dưới thâm tỷ lệ hài lòng chỉ chiếm 42,9% trong khi với những trường hợp không thâm tỷ lệ hài lòng cao hơn hẳn (61,9%). Kết quả này phản ánh quan điểm về màu sắc da mi dưới tuy không trực tiếp ảnh hưởng đến sự sa trĩ mi dưới hay kết quả sau mổ nhưng lại gián tiếp tác động đến sự đánh giá của người bệnh.

4.3. Các biến chứng của PTTM mi dưới.

Trong quá trình theo dõi trên 28 trường hợp không thấy có xuất hiện biến chứng trĩ mi, một biến chứng rất nặng nề trong PTTM mi dưới. Một tình trạng trĩ mi khác thường được nhắc tới là

trường hợp trễ mi tạm thời mức độ nhẹ trong khoảng 1 tháng đầu sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được 3 biến chứng phổ biến nhất bao gồm tụ máu, sưng nề và sẹo cứng. Tỷ lệ tụ máu sau mổ chỉ chiếm 25% các trường hợp.

Tình trạng sưng nề trong thời gian từ 1 tuần đến 1 tháng chiếm phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ 53,6%. Đây cũng là thời gian sinh lý bình thường của 1 quá trình viêm và liền thương.

Trong nghiên cứu có 57,1% các trường hợp có thời gian sẹo phản ứng mạnh dưới 1 tháng. Theo thời gian sẹo trở về ổn định dần và nhóm có thời gian phản ứng sẹo trên 3 tháng chỉ chiếm 10,8%.

Tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân tỉ lệ nghịch với thời gian sưng sau mổ, những trường hợp sưng nề dưới 1 tuần tỷ lệ hài lòng cao hơn hẳn nhóm trên 1 tuần (80% so với 44,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này chứng tỏ rằng sưng nề kéo dài là dấu hiệu khó chịu nhất của bệnh nhân sau PTTM mi dưới.

Sẹo phản ứng càng kéo dài thì tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân càng ít: sẹo phản ứng dưới 1 tháng có tỷ lệ hài lòng đạt 68,8% trong khi sẹo phản ứng kéo dài trên 1 tháng tỷ lệ hài lòng chỉ đạt 41,7%. Tuy sự khác biệt chưa đủ ý nghĩa thống kê, song cũng tương tự như biến chứng sưng nề, sẹo phản ứng không chỉ làm cho bệnh nhân khó chịu về mặt cơ năng mà còn là dấu hiệu làm giảm thẩm mỹ, cũng đồng nghĩa với việc không đạt với kỳ vọng của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

- Đối tượng có nhu cầu PTTM mi dưới chủ yếu là giới nữ, bắt đầu ở độ tuổi trên 35, nhưng

cao nhất là trên 50 tuổi; Những đối tượng thực hiện PTTM mi dưới ở Việt Nam chủ yếu là vừa thừa da, vừa thừa mỡ mi dưới; thừa da mi dưới kết hợp thừa da mi trên và loại rãnh lệ chủ yếu thuộc loại 3.

- Kết quả PTTM mi dưới được đánh giá theo bệnh nhân đạt 57,1%, trong đó phương pháp được đánh giá đạt cao nhất là mổ thừa mỡ đơn thuần mi dưới (66,7%).

- Thời gian hậu phẫu càng dài, tỷ lệ đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân càng cao;

- Một số biến chứng thường xảy ra sau mổ: tụ máu, sưng nề và phản ứng sẹo, trong đó, tỷ lệ tụ máu thấp nhất (25%) và thời gian tụ máu không quá 1 tháng; Sưng nề phổ biến trong vòng từ 1 tuần – 1 tháng; Phản ứng sẹo sau mổ phổ biến trong thời gian từ 1- 3 tháng; Hai yếu tố sưng nề và sẹo cứng đã ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Professor Paolo Santoni-Rugiu và M. Philip J. Sykes (2007).** *A history of plastic surgery*, Heidelberg, Germany,
2. **M. Mohammed G. Turkmani (2017).** *New Classification System for Tear Trough Deformity*, Wolters Kluwer Health, Inc., Saudi Arabia, 26. Andrew P. Trussler và Rod J. Rohrich (2008). Blepharoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(1),
3. **Andrew P. Trussler và Rod J. Rohrich (2008).** Blepharoplasty. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(1),
4. **David A. Hidalgo (2011).** *An Integrated Approach to Lower Blepharoplasty*, New York, N.Y,
5. **N. Subramanian (2008).** Blepharoplasty. *Indian Journal of Plastic Surgery*, Indian, 41,
6. **R. Manner (2014).** *Patient information factsheet*, University Hospital Southampton.

NHẬN XÉT SỰ THAY ĐỔI CHỈ SỐ DOPPLER ỒNG TĨNH MẠCH Ở THAI CHẬM PHÁT TRIỂN TRONG TỬ CUNG SO VỚI THAI BÌNH THƯỜNG Ở TUỔI THAI TỪ 32 ĐẾN 33 TUẦN

Nguyễn Thị Hồng*, Lê Hoàng**
Phan Trường Duyệt***

TÓM TẮT

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

***Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng

Email: drnguyenthihong77@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/1/2018

Ngày phản biện khoa học: 28/1/2018

Ngày duyệt bài: 3/2/2018

Siêu âm Doppler ồng tĩnh mạch có vai trò quan trọng trong việc đánh giá lưu lượng tuần hoàn thai.

Mục tiêu: Nhận xét sự thay đổi chỉ số Doppler ồng tĩnh mạch ở thai chậm phát triển trong tử cung so với thai bình thường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 125 thai phụ mang thai trong đó có 85 thai bình thường và 40 thai chậm phát triển trong tử cung có tuổi thai từ 32-33 tuần được siêu âm đo chỉ số Doppler ồng tĩnh mạch. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** thai bình thường có giá trị trung bình của chỉ số xung: $0,73 \pm 0,13$ chỉ số trở kháng: $0,68 \pm 0,16$, tỉ lệ S/a : $2,21 \pm 0,56$. Các chỉ số

trên đều thay đổi đối với thai chậm phát triển trong tử cung, cụ thể chỉ số xung: $1,14 \pm 0,29$ chỉ số trở kháng: $0,73 \pm 0,13$, tỉ lệ S/a: $3,75 \pm 1,15$ sự thay đổi khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** Chỉ số xung, chỉ số trở kháng, tỉ lệ S/a ở thai chậm phát triển trong tử cung tăng cao hơn so với thai bình thường.

Từ khóa: Ống tĩnh mạch, siêu âm, Doppler, chỉ số Doppler, thai, chậm phát triển trong tử cung.

SUMMARY

OBSERVATION OF CHANGE IN DUCTUS VENOSUS DOPPLER INDICES IN INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION COMPARED TO NORMAL FETUSES AT 32 TO 33 WEEKS' GESTATION

The ductus venosus Doppler ultrasound plays an important role in evaluation of fetal circulation.

Objectives: To observe a change in the DV Doppler indices in intrauterine growth restriction compared to normal fetuses at 32 to 33 weeks' gestation.

Subjects and method: Subjects: 125 pregnant including 85 normal fetuses and 40 intrauterine growth restrictions at 32 to 33 weeks' gestation were treated with an ultrasound to measure ductus venosus Doppler indices. **Method:** A cross-sectional descriptive study used in the study. **Results:** In normal fetuses, a mean value of pulsatility Index: $0,73 \pm 0,13$; Resistive Index: $0,68 \pm 0,16$ and S/a was: $2,21 \pm 0,6$. In intrauterine growth restriction, a mean value of pulsatility Index: $1,14 \pm 0,29$; Resistive Index: $0,73 \pm 0,13$ and S/a was: $3,75 \pm 1,15$. **Conclusions:** The pulsatility Index, Resistive Index and S/a in the intrauterine growth restriction were significantly higher than those in normal fetuses.

Keywords: Ductus venosus, Doppler ultrasound, Doppler indices, fetus, intrauterine growth restriction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Siêu âm là một phương pháp thăm dò không can thiệp được áp dụng rộng rãi trong sản phụ khoa. Ngoài áp dụng siêu âm để thăm dò hình thái thái thai, siêu âm Doppler còn có vai trò thăm dò tình trạng tuần hoàn của thai từ đó có thể tiên lượng được tình trạng sức khỏe của thai nhi khi thai còn trong tử cung. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về Doppler ống tĩnh mạch ở thai bình thường và thai chậm phát triển trong tử cung [1],[2]. Các nghiên cứu đã chứng tỏ siêu âm Doppler ống tĩnh mạch là một trong những thăm dò quan trọng giúp đánh giá tình trạng tuần hoàn ở những thai chậm phát triển trong tử cung. Thăm dò Doppler ống tĩnh mạch có thể giúp các bác sĩ biết được bất thường về tuần hoàn thai, góp phần cải thiện việc quản lý thai chậm phát triển trong tử cung [3]. Ở Việt Nam các nghiên cứu mới chỉ tập trung vào động mạch rốn, động mạch não, động mạch tử cung ở thai bình thường và thai bệnh lý, cho đến nay, nghiên cứu về doppler ống tĩnh mạch còn rất ít,

và chưa có nghiên cứu nào cho thấy sự thay đổi về chỉ số Doppler ống tĩnh mạch ở thai chậm phát triển trong tử cung so với thai bình thường. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét sự thay đổi về chỉ số PI, RI, S/a của Doppler ống tĩnh mạch ở thai chậm phát triển trong tử cung so với thai bình thường.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Một thai, thai sống.
- Tuổi thai từ 32-33 tuần.
- Cân nặng ước tính và cân nặng sau đẻ nằm trong khoảng từ đường bách phân vị thứ 10 đến 90 đối với nhóm thai bình thường theo biểu đồ phân bố BPV cân nặng theo tuổi thai của Phan Trường Duyệt 2005.
- Cân nặng ước tính và cân nặng sau đẻ nằm dưới đường bách phân vị thứ 10 đối với nhóm thai chậm phát triển trong tử cung theo biểu đồ phân bố bách phân vị cân nặng theo tuổi thai của Phan Trường Duyệt 2005.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thai có dị tật bẩm sinh.
- Không xác định được tuổi thai.
- Trọng lượng sau đẻ nằm trên đường bách phân vị thứ 10 tương ứng với tuổi thai (đối với nhóm thai chậm phát triển trong tử cung).

2. Phương pháp nghiên cứu

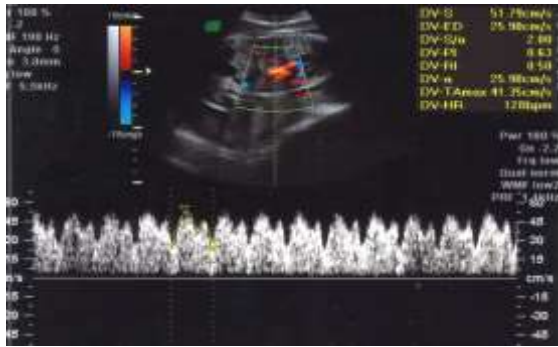
2.1. Mô tả cắt ngang trên 125 thai từ 32-33 tuần trong đó có 85 thai bình thường và 40 thai chậm phát triển trong tử cung trong khoảng thời gian từ 4/2014 đến tháng 1 năm 2017.

2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi mẹ, tuổi thai, tiền sử sản khoa.
- Chỉ số Doppler ống tĩnh mạch: Chỉ số xung (PI), chỉ số trở kháng (RI), tỉ lệ S/a.
- Chỉ số xung của Doppler ống tĩnh mạch.
- Trọng lượng khi sinh.

2.3. Quy trình thu thập số liệu

- Phòng vấn các thai phụ: tuổi, địa chỉ, tiền sử, kết quả khám thai.
- Siêu âm thai đo kích thước và ước lượng cân nặng thai.
- Siêu âm Doppler ống tĩnh mạch



+ Thai nằm yên khi thực hiện thăm dò, sử dụng lát cắt dọc giữa phải, phóng to hình ảnh để lồng ngực và bụng thai chiếm toàn bộ màn hình.

+ Trên lát cắt dọc giữa đi qua tâm thất phải, sử dụng Doppler màu để xác định, sẽ thấy động mạch chủ dưới đi dọc phía trước cột sống có đường kính lớn. Phía trước trên ngang ngực thai là thất phải của tim thai nối liền với tĩnh mạch chủ dưới chạy dọc phía trước động mạch chủ. Điểm mốc dễ thấy nhất là tĩnh mạch rốn chảy vào gan thai, đi theo tĩnh mạch rốn ta sẽ gặp

một nhánh nối từ tĩnh mạch rốn vào tĩnh mạch chủ dưới, đó chính là ống tĩnh mạch.

+ Phân tích định tính: Phổ Doppler ống tĩnh mạch có 3 pha:

Sóng S: tâm thu thất, đồng thời ống tĩnh mạch co bóp để máu đi qua lỗ bầu dục.

Sóng D: tâm trương thất, van 3 lá mở tạo áp lực âm hút máu về tim.

Sóng a: nhĩ phải co bóp cuối tâm trương

Các chỉ số được đo một cách tự động trên máy siêu âm, khi đặt thước đo lên điểm cao nhất của sóng S, D, a

- Tuổi thai khi đẻ và trọng lượng khi sinh.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Tính giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Cho đến nay các nghiên cứu đều thừa nhận rằng siêu âm không có hại cho sức khỏe bà mẹ và thai nhi. Nghiên cứu được thực hiện cùng với quá trình khám thai và siêu âm thai nên không làm mất thời gian và chi phí của thai phụ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về độ tuổi, số lần có thai của đôi tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Thai bình thường		Thai chậm phát triển trong tử cung		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Tuổi mẹ	18-24	6	4,8	7	5,6	13	10,4
	25-29	35	28,0	14	11,2	49	39,2
	30-35	32	25,6	9	7,2	41	32,8
	>35	12	9,6	10	8,0	22	17,6
Số lần có thai	1	43	34,4	24	19,2	67	53,6
	2	37	29,6	7	5,6	44	35,2
	≥3	5	4,0	9	7,2	14	11,2

Nhận xét: Độ tuổi 25-29 cao nhất chiếm 39,2%, Số thai phụ có thai lần 1 chiếm 53,6%.

Bảng 2. Tuổi thai và trọng lượng trung bình sinh.

Đặc điểm	Thai bình thường		Thai chậm phát triển	
	Trung bình	SD	Trung bình	SD
Tuổi thai	38,9 tuần	1,2	36,3 tuần	2,2
Trọng lượng	3207,8 g	338,0	2065,1g	509,1

Nhận xét: Tuổi thai trung bình khi đẻ của nhóm thai bình thường là 38,9 tuần với trọng lượng trung bình 3207,8g. Tuổi thai trung bình khi đẻ của nhóm thai chậm phát triển là 36,3 tuần với trọng lượng trung bình 2065,1g.

Bảng 3. Giá trị trung bình của các chỉ số RI, PI, S/a của thai bình thường.

Chỉ số	Giá trị trung bình	SD
Xung (PI)	0,73	0,13
Trở kháng (RI)	0,68	0,16
Tỉ lệ S/a	2,21	0,56

Nhận xét: Thai bình thường giá trị trung bình của chỉ số xung: $0,73 \pm 0,13$ chỉ số trở kháng: $0,68 \pm 0,16$, tỉ lệ S/a : $2,21 \pm 0,56$.

Bảng 4. Giá trị trung bình của các chỉ số RI, PI, S/a của nhóm thai chậm phát triển trong tử cung.

Chỉ số	Giá trị trung bình	SD
PI	1,14	0,29

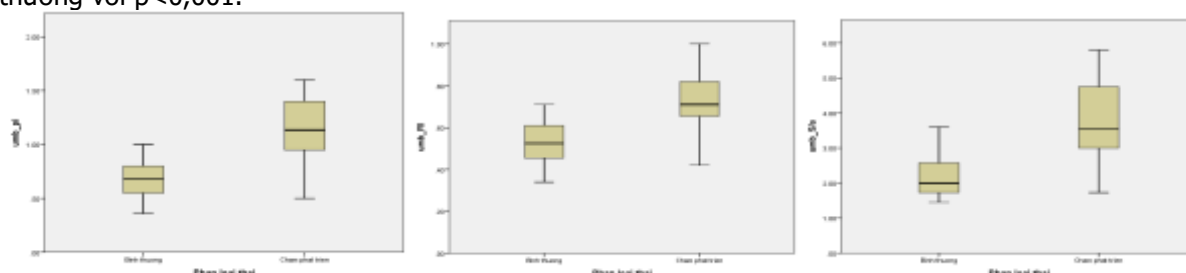
RI	0,73	0,13
S/a	3,75	1,05

Nhận xét: Thai chậm phát triển trong tử cung giá trị trung bình của chỉ số xung: $1,14 \pm 0,29$ chỉ số trở kháng: $0,73 \pm 0,13$, tỉ lệ S/a: $3,75 \pm 1,15$.

Bảng 5. So sánh giá trị trung bình của các chỉ số Doppler ống tĩnh mạch ở thai bình thường và thai chậm phát triển.

Chỉ số	Thai bình thường	Thai chậm phát triển trong tử cung	p	95% CI
PI	$0,68 \pm 0,16$	$1,14 \pm 0,29$	$<0,001$	- 0,54 đến - 0,37
RI	$0,53 \pm 0,10$	$0,73 \pm 0,13$	$<0,001$	-0,24 đến - 0,16
S/a	$2,21 \pm 0,56$	$3,75 \pm 1,05$	$<0,001$	-1,84 đến -1,26

Nhận xét: Chỉ số xung, chỉ số trở kháng, tỉ lệ S/a ở thai chậm phát triển cao hơn so với thai bình thường với $p < 0,001$.



Biểu đồ 1. Sự khác nhau về chỉ số Doppler ống tĩnh mạch ở thai bình thường và thai chậm phát triển trong tử cung

IV. BÀN LUẬN

1. Bàn luận về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Tuổi thai phụ, ở nhóm thai chậm phát triển trong tử cung có tuổi >35 và $18-24$ chiếm tỉ lệ khá cao điều này phù hợp với các nghiên cứu trước phụ nữ ở độ tuổi >35 và <20 thì tỉ lệ thai chậm phát triển trong tử cung cao hơn các nhóm khác. Khi bà mẹ mang thai còn trẻ tuổi cơ thể chưa phát triển hoàn thiện thiếu kiến thức về chăm sóc thai nghén ngược lại khi bà mẹ lớn tuổi thì sức khỏe giảm sút đồng thời bị chi phối bởi công việc nên không có thời gian chăm sóc thai nghén. Đây là những nguyên nhân gây ra thai chậm phát triển trong tử cung. Ở những thai bình thường thai phụ có độ tuổi từ $25-35$ tuổi chiếm nhiều nhất đây là độ tuổi người phụ nữ mang thai thuận lợi nhất ít xảy ra các bệnh lý và biến chứng trong thời kỳ mang thai.

2. Bàn luận về giá trị trung bình của các chỉ số PI, RI, S/a ống tĩnh mạch: Kết quả nghiên cứu tại bảng 3 cho thấy ở thai bình thường giá trị trung bình của chỉ số xung: $0,73 \pm 0,13$ chỉ số trở kháng: $0,68 \pm 0,16$, tỉ lệ S/a: $2,21 \pm 0,56$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần giống với một số tác giả khác trên thế giới. Barthman [2], Tongpraser [4], Marcolin [5], cao hơn so với giá trị trung bình của Turan sự khác biệt về các chỉ số Doppler ống tĩnh mạch có sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do: Sự

phát triển của người Việt Nam khác với người Châu Âu. Do vậy cần có hằng số sinh lý về chỉ số Doppler ống tĩnh mạch ở thai bình thường cho từng chủng tộc dân số điều đó có ý nghĩa quan trọng trong thực tiễn lâm sàng, giúp theo dõi thai nghén bình thường từ đó giúp phát hiện thai bất thường.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 4 cho thấy ở những thai chậm phát triển trong tử cung giá trị trung bình của chỉ số xung: $1,14 \pm 0,29$ chỉ số trở kháng: $0,73 \pm 0,13$, tỉ lệ S/a: $3,75 \pm 1,15$. So với chỉ số Doppler ống tĩnh mạch ở thai bình thường thì giá trị trung bình các chỉ số xung, chỉ số trở kháng tỉ lệ S/a ở thai thai chậm phát triển trong tử cung cao hơn, và sự khác biệt các chỉ số Doppler giữa thai bình thường và thai chậm phát triển trong tử cung có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$. Chứng tỏ có sự thay đổi về lưu lượng tuần hoàn ở những thai chậm phát triển trong tử cung. Nghiên cứu của chúng tôi có chung nhận định so với một số các tác giả trên thế giới: Tác giả Wegrzyn, và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu với mục đích so sánh các chỉ số PI, RI S/a của Doppler ống tĩnh mạch ở thai chậm phát triển và thai bình thường cho thấy nhóm thai chậm phát triển trong tử cung các chỉ số này cao hơn so với thai bình thường [3].

Tác giả Cruz-Martinez và cộng sự đánh giá sự thay đổi chỉ số PI của Doppler ống tĩnh mạch có

tuổi thai dưới 34 tuần. Tác giả cho thấy chỉ số PI của ống tĩnh mạch của thai chậm phát triển nằm trên đường BPV thứ 95 trước khi sinh 26 ngày 12 ngày và 5 ngày. Tác giả cho rằng chỉ số PI của ống tĩnh mạch trong thai chậm phát triển có thể tăng sớm hơn, chính vì vậy thăm dò chỉ số xung Doppler ống tĩnh mạch có vai trò quan trọng trong theo dõi và tiên lượng thai chậm phát triển trong tử cung [6].

Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy trong thực hành lâm sàng các nhà sản khoa cần tiến hành thăm dò Doppler mạch máu của thai đặc biệt là thăm dò Doppler ống tĩnh mạch để phát hiện sớm sự biến đổi và phân bố lại tuần hoàn của thai ở những thai chậm phát triển trong tử cung. Sự xuất hiện các kết quả chỉ số Doppler ống tĩnh mạch bất thường là một yếu tố chứng tỏ tình trạng tuần hoàn của thai không tốt, đây là nguyên nhân dẫn đến suy thai, thai chậm phát triển trong tử cung. Sự thay đổi lưu lượng tuần hoàn của thai xảy ra trước khi có sự thay đổi nhịp tim của thai, chính vì vậy sự tăng lên của các chỉ số Doppler ống tĩnh mạch so với thai bình thường được coi là dấu hiệu cảnh báo thai có tình trạng rối loạn tuần hoàn trước khi có các yếu tố nguy cơ đe dọa tính mạng thai. Vì vậy để có được kết quả thai nghén tốt nhất trong những trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung thì các bác sỹ cần phải phát hiện sớm những thay đổi về chỉ số Doppler ống tĩnh mạch. Các nghiên cứu đã chứng tỏ thăm dò Doppler ống tĩnh mạch là một trong những thăm dò quan trọng giúp đánh giá tình trạng tuần hoàn ở những thai chậm phát triển trong tử cung.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số xung, chỉ số trở kháng, tỉ lệ S/a ở thai chậm phát triển cao hơn so với thai bình thường. Sự thay đổi về chỉ số Doppler ống tĩnh mạch ở thai chậm phát triển trong tử cung so với thai bình thường có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Axt-Fliedner, R., Wiegank, U., Fetsch, C. và cộng sự (2004).** Reference values of fetal ductus venosus, inferior vena cava and hepatic vein blood flow velocities and waveform indices during the second and third trimester of pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*, 270 (1), 46-55.
2. **Bahlmann, F., Wellek, S., Reinhardt, I. và cộng sự (2000).** Reference values of ductus venosus flow velocities and calculated waveform indices. *Prenat Diagn*, 20 (8), 623-634.
3. **Wegrzyn, P., Borowski, D., Szaflik, K. và cộng sự (2005).** Doppler flow characteristics in ductus venosus between 22-42 weeks in intrauterine growth restriction and normal pregnancies. *Ginek Pol*, 76 (5), 358-364.
4. **Tongprasert, F., Srisupundit, K., Luewan, S. và cộng sự (2012).** Normal reference ranges of ductus venosus Doppler indices in the period from 14 to 40 weeks' gestation. *Gynecol Obstet Invest*, 73 (1), 32-37.
5. **Marcolin, A. C., Berezowski, A. T., Crott, G. C. và cộng sự (2010).** Longitudinal reference values for ductus venosus Doppler in low-risk pregnancies. *Ultrasound Med Biol*, 36 (3), 392-396.
6. **Cruz-Martinez, R., Figueras, F., Hernandez-Andrade, E. và cộng sự (2011).** Changes in myocardial performance index and aortic isthmus and ductus venosus Doppler in term, small-for-gestational age fetuses with normal umbilical artery pulsatility index. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 38 (4), 400-405.
7. **Figueras, F., Benavides, A., Del Rio, M. và cộng sự (2009).** Monitoring of fetuses with intrauterine growth restriction: longitudinal changes in ductus venosus and aortic isthmus flow. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 33 (1), 39-43.

TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ TỦY RĂNG SỮA TRẺ 5 TUỔI

Đỗ Minh Hương*, Mai Thu Quỳnh*, Lê Thị Thu Hằng*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 348 trẻ 5 tuổi Trường mầm non 19.5 thành phố Thái Nguyên với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh lý tủy răng sữa. Mỗi trẻ được khám tất cả các răng và đánh giá tình trạng bệnh lý tủy răng dựa vào triệu chứng lâm

sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỉ lệ bệnh lý tủy răng sữa là 21.6%, nguyên nhân là do sâu răng. Trong số răng sữa bị bệnh lý tủy: 15.7% viêm tủy có hồi phục, 18.4% viêm tủy không hồi phục, 46.4% tủy hoại tử, 8.0% tủy hoại tử biến chứng cấp, 11.5% tủy hoại tử biến chứng mạn. Thêm vào đó, tiền sử đau được ghi nhận ở 21.8% răng bệnh lý tủy. Triệu chứng bệnh lý tủy răng sữa nghèo nàn: răng bị tủy hoại tử 69.4% lỗ sâu hở tủy, 49.6% đổi màu răng, 100% gõ không đau, 100% vùng lợi tương ứng bình thường. Bên cạnh đó, 100% bệnh nhân tủy hoại tử biến chứng cấp tính với biểu hiện sưng vùng lợi tương ứng, 50% bệnh nhân tủy hoại tử biến chứng mạn có lỗ dò tương ứng.

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Hương
Email: ashrose_tn@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 5/12/2017
Ngày phản biện khoa học: 28/12/2017
Ngày duyệt bài: 16/1/2018

Từ khóa: Bệnh lý tủy răng sữa, trẻ 5 tuổi, triệu chứng lâm sàng, nguyên nhân.

SUMMARY

STATUS OF PULPAL DISEASES IN PRIMARY TEETH ON 5-YEAR-OLD CHILDREN

Cross-sectional descriptive study was conducted on 348 5-year-old children at 19/5 kindergarten, Thai Nguyen City. The aim of the study was to describe clinical symptoms of pulpal diseases in primary teeth. The results indicated that the percentage of pulpal diseases in primary teeth was 21.6 %, caused by dental caries. Among that, 15.7% reversible pulpitis, 18.4% irreversible pulpitis, 46.45 necrotic pulp, 8% acute apical abscess, 11.5% chronic apical abscess. In addition, history of pain was witnessed in 21.8% of teeth which had pulpal diseases. Symptoms of this disease were poor: 69.4% pulp exposure, 49.6% discoloration of tooth, 100% no painful if tapping on the tooth, 100% had normal respectively gingiva. Besides, 100% acute apical abscess had swelling gingival, 50% chronic apical abscess had fistula.

Key words: Pulpal diseases in primary teeth, 5-year-old children, clinical symptom, cause.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tủy răng sữa là một trong các bệnh lý răng miệng thường gặp ở trẻ em mà nguyên nhân chủ yếu do sâu răng không được điều trị. Tủy thường bị viêm mãn tính dẫn đến hoại tử tủy, gây các biến chứng tại chỗ như các biến chứng vùng quanh chóp răng, viêm mô tế bào, biến chứng xa ở khớp, tim... duy trì hoặc làm nặng thêm những bệnh đó. Bệnh lý tủy răng sữa cũng là một trong các nguyên nhân trực tiếp dẫn đến mất răng sữa sớm ở trẻ nhỏ, ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai, thẩm mỹ, suy giảm chất lượng cuộc sống của trẻ nhỏ. Nghiên cứu của Vũ Thị Mỹ Anh ở trẻ 6 tuổi cho thấy riêng ở nhóm răng hàm: 0,5% viêm tủy không có khả năng hồi phục, 7,9% tủy hoại tử, 2,3% tủy hoại tử có biến chứng vùng cuống, 4,6% răng mất do sâu [1].

Theo Fortier.J.P, Camp.J.H, bệnh lý tủy răng sữa có những đặc điểm khác biệt so với răng vĩnh viễn như: triệu chứng nghèo nàn, có nhiều ống tủy phụ từ sàn buồng tủy đến vùng khoảng giữa kẽ chân răng nên hay gặp ổ áp-xe ngay dưới đường viền lợi, vùng chóp răng sữa cách mầm răng vĩnh viễn một lớp xương mỏng, ít khi gặp u hạt ở vùng chóp răng sữa [2].

Chẩn đoán bệnh lý tủy răng sữa gặp nhiều khó khăn do các yếu tố chủ quan và khách quan

khác nhau. Chẩn đoán cần dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng để xác định tình trạng bệnh lý tủy răng, giai đoạn sinh lý răng, tình trạng mô quanh răng, tình trạng mầm răng vĩnh viễn bên dưới... giúp đưa ra chỉ định điều trị thích hợp đối với trẻ. Tuy nhiên việc thăm khám thử tủy răng, chỉ định x-quang đôi khi gặp khó khăn do sự hợp tác của trẻ và phụ huynh. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đóng góp các bằng chứng cho việc chẩn đoán chính xác bệnh lý tủy răng sữa với mục tiêu: *Xác định đặc điểm lâm sàng bệnh lý tủy răng sữa ở trẻ em Trường mầm non 19.5 thành phố Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ 5 tuổi Trường mầm non 19.5 thành phố Thái Nguyên.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2017 đến 11/2017 tại Trường mầm non 19.5 thành phố Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ 5 tuổi hợp tác, phụ huynh đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có tiền sử phát triển bất thường.

- Cỡ mẫu: Tính theo công thức tính cỡ mẫu cho việc kiểm định một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{pq}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu. $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy ở mức xác suất 95%. p: tỷ lệ trẻ bị bệnh lý tủy răng sữa ($p = 0,05$) [1]. d: sai số cho phép là 5% ($d = 0,025$). Cỡ mẫu tính được là 292 trẻ.

Phương pháp chọn mẫu: Lập danh sách toàn bộ trẻ 5 tuổi Trường mầm non 19.5. Chọn ngẫu nhiên đơn 440 trẻ vào trong danh sách nghiên cứu để dự phòng loại trừ trẻ không đạt tiêu chuẩn lựa chọn. Tiến hành phỏng vấn, hỏi ý kiến phụ huynh học sinh. Chọn trẻ đạt tiêu chuẩn chọn mẫu vào trong nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên 348 trẻ, đảm bảo cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

2.4. Chỉ số nghiên cứu: Bệnh lý tủy răng sữa: được khám và chẩn đoán bệnh lý tủy răng được thực hiện tại cộng đồng dựa trên các triệu chứng lâm sàng theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Siqueira J.F (2004) [4]:

Dấu hiệu	Viêm tủy có hồi phục	Viêm tủy không hồi phục	Tủy hoại tử	Tủy hoại tử biến chứng cấp	Tủy hoại tử biến chứng mạn
Đau tự nhiên	(+)/cơn ngắn	(+)/cơn dài	(-)	(+)/liên tục	(-)
Gõ đau	(+)	(+)	(±)	(++)	(±)
Răng đổi màu	(-)	(-)	(+)	(±)	(+)

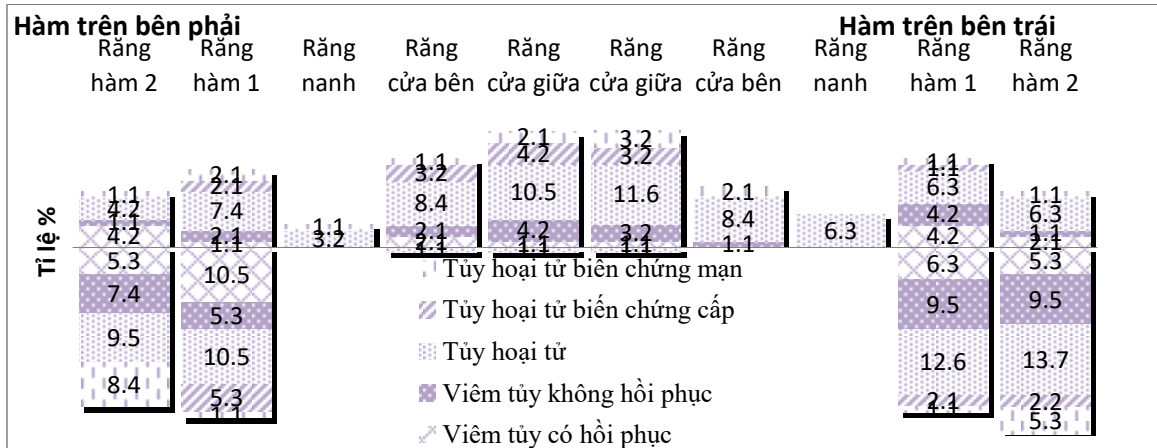
Ngách lợi	Bình thường	Bình thường	Bình thường	Đỏ, sưng, ần đau	Lô dò hoặc sẹ rò
Răng lung lay	(-)	(-)	(±)	(++)	(±)
Thử tủy	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)

2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu: Triệu chứng cơ năng được xác định thông qua hỏi bệnh phụ huynh và trẻ. Khám tất cả các răng từ cung răng 1, 2, 3, 4. Gõ răng để xác định cảm giác đau khi gõ. Đổi màu răng được thực hiện bằng cách so sánh với màu sắc của các răng bên cạnh và răng đối chiếu. Xác định tính sống của tủy răng thông qua cảm giác của bệnh nhi khi thăm khám, làm sạch đáy lỗ sâu bằng cây nạo ngà hay tay khoan nhanh. Chỉ số Kappa đánh giá độ tin cậy của việc khám răng đạt mức tốt (KAPPA = 0.80).

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh lý tủy răng

Bệnh lý tủy răng	Răng bệnh lý tủy (n = 261)		Trẻ bị bệnh (n = 75)	
	n	%	n	%
Viêm tủy có hồi phục	41	15.7	15	20.0
Viêm tủy không hồi phục	48	18.4	21	28.0
Tủy hoại tử	121	46.4	39	50.7
Tủy hoại tử biến chứng cấp	21	8.0	15	20.0
Tủy hoại tử biến chứng mạn	30	11.5	19	25.3

Nhận xét: Bệnh lý tủy răng thường gặp nhất là tủy hoại tử (46.4% tổng số răng bị bệnh, 50.7% tổng số trẻ bị bệnh). Tủy hoại tử biến chứng cấp có tỉ lệ gặp thấp nhất (8.0% tổng số răng bị bệnh, 20.0% tổng số trẻ bị bệnh).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ trẻ mắc bệnh lý tủy răng theo răng (n = 75 trẻ)

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ mắc bệnh lý tủy răng giảm dần theo thứ tự: răng hàm hàm dưới, răng cửa hàm dưới, răng cửa hàm trên, răng hàm hàm trên, răng nanh. Không có trẻ mắc bệnh lý tủy răng răng nanh hàm dưới. Bệnh lý tủy răng có tần xuất gặp cao nhất ở hầu hết các răng là tủy hoại tử.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của răng bệnh lý tủy

Triệu chứng	Viêm tủy có hồi phục (n = 41)		Viêm tủy không hồi phục (n = 48)		Tủy hoại tử (n = 121)		Tủy hoại tử biến chứng cấp (n = 21)		Tủy hoại tử biến chứng mạn (n = 30)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

Tiền sử điều trị										
Không	31	75.6	35	72.9	116	95.9	16	76.2	28	93.3
Hàn răng	10	24.4	13	27.1	3	2.5	2	9.5	2	6.7
Điều trị tủy	0	0	9	18.8	2	1.7	3	14.2	0	0
Có tiền sử đau	7	17.1	12	25.0	23	19.0	9	42.9	6	20.0
Đau khi thăm khám	41	100	48	100	0	0	9	42.9	6	20.0
Hở tủy										
Không	41	100	23	47.9	37	30.6	8	38.1	5	16.7
Có, chảy máu	0	0	25	52.1	0	0	0	0	0	0
Có, không chảy máu	0	0	0	0	84	69.4	13	61.9	25	83.3
Lung lay răng										
Độ 1	25	61.0	40	83.3	61	50.4	8	38.1	9	30.0
Độ 2	16	39.0	8	16.7	54	44.6	3	14.3	7	23.3
Độ 3	0	0	0	0	3	2.5	2	9.5	5	16.7
Độ 4	0	0	0	0	3	2.5	8	38.1	9	30.0
Đổi màu răng	0	0	0	0	60	49.6	10	47.6	17	56.7
Gõ đau	41	100	48	100	0	0	9	42.9	12	40.0
Tủy hoại tử	0	0	0	0	121	100	21	100	30	100
Sưng vùng lợi tương ứng	0	0	0	0	0	0	21	100	0	0
Có lỗ dò	0	0	0	0	0	0	0	0	15	50.0

Nhận xét: 86,6% răng bị bệnh lý tủy chưa từng được điều trị (76.2% răng tủy hoại tử biến chứng cấp, 93.3% răng tủy hoại tử biến chứng mạn không được điều trị). Tiền sử đau được ghi nhận ở số ít trẻ (21.8%). 100% bệnh nhân tủy hoại tử biến chứng cấp có đỏ sưng vùng lợi tương ứng, chỉ 50% bệnh nhân tủy hoại tử biến chứng mạn có lỗ dò.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 348 trẻ 5 tuổi, việc khám và chẩn đoán bệnh lý tủy răng dựa vào các triệu chứng lâm sàng, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng:

Tỉ lệ trẻ bị bệnh lý tủy răng cao (21.6%) (Bảng 1). Đây là vấn đề sức khỏe răng miệng cần được quan tâm vì trẻ mắc bệnh có thể bị ảnh hưởng chất lượng cuộc sống do đau, ăn nhai kém. Tỉ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Vũ Thị Mỹ Anh vì nghiên cứu của chúng tôi đánh giá toàn bộ các răng sữa trong khi nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Mỹ Anh chỉ nghiên cứu trên nhóm răng hàm sữa [1].

Răng mắc bệnh lý tủy răng sữa trầm trọng nhất là nhóm răng hàm dưới trong khi đây không phải là nhóm răng mọc sớm nhất trong khuôn miệng (biểu đồ 1). Điều đó cho thấy nguy cơ bị mắc bệnh lý của nhóm răng hàm sữa hàm dưới là rất cao. Nguyên nhân có thể được lý giải là do răng hàm sữa với cấu trúc hố rãnh dễ làm lắng đọng thức ăn, nguy cơ sâu răng cao, cùng với đó là do các răng này nằm phía bên trong cung hàm nên khó phát hiện các biểu hiện bệnh lý giai đoạn sớm hơn dẫn đến nguy cơ cao bị bệnh lý tủy răng. Bên cạnh đó, chiều dày men ngà ở răng sữa mỏng hơn răng vĩnh viễn nên nguy cơ sâu răng dẫn đến bệnh lý tủy răng cũng

cao hơn. Đây là vấn đề sức khỏe răng miệng cần được cảnh báo cho các bậc phụ huynh vì các răng này cần được tồn tại trong khuôn miệng để đảm nhận chức năng ít nhất trong 4 năm nữa.

Triệu chứng bệnh lý tủy răng ở trẻ em nghèo nàn. Viêm tủy răng được ghi nhận ở 34.1% răng bệnh lý nhưng tiền sử đau chỉ gặp ở 21.4%, đau khi thăm khám và gõ đau gặp ở 100% răng viêm tủy (Bảng 2). Kết quả nghiên cứu này tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Mỹ Anh, Trần Thanh Bình, Nguyễn Thị Vân: 100% bệnh nhân viêm tủy có đau khi thăm khám [1],[3],[5]. Tủy hoại tử có biến chứng cấp gặp ở 21 răng nhưng chỉ có 23.7% răng đã từng được điều trị (nhưng chưa thành công nên bệnh lý tái phát hoặc trầm trọng hơn) (Bảng 2). 42.9% răng bị đau và đau khi thăm khám, 47.6% răng đổi màu, 100% răng có sưng nề vùng lợi tương ứng nhưng không có trẻ nào bị sốt. Những trẻ này vẫn đi học và tham gia đầy đủ các hoạt động tại lớp học, đây có thể là nguyên nhân khiến cho các bậc phụ huynh mất cảnh giác, coi nhẹ tình trạng bệnh lý răng miệng của trẻ, không đưa trẻ đi khám và điều trị kịp thời.

V. KẾT LUẬN

21.6% trẻ 5 tuổi bị bệnh lý tủy răng sữa trong đó 100% nguyên nhân là do sâu răng.

Trong các răng bị bệnh lý tủy răng: 15.7% viêm tủy có hồi phục, 18.4% viêm tủy không hồi phục, 46.4% tủy hoại tử, 8.0% tủy hoại tử biến chứng cấp, 11.5% tủy hoại tử biến chứng mạn.

Triệu chứng bệnh lý tủy răng sữa nghèo nàn: 21.8% răng bệnh lý tủy có tiền sử đau. Răng bị tủy hoại tử 69.4% lỗ sâu hở tủy, 49.6% đổi màu răng, 100% gõ không đau, 100% vùng lợi tương ứng bình thường. Ngoài ra, 100% bệnh nhân tủy hoại tử biến chứng cấp tính với biểu hiện sưng vùng lợi tương ứng, 50% bệnh nhân tủy hoại tử biến chứng mạn có lỗ dò tương ứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Mỹ Anh (2000)**, Góp phần chẩn đoán và điều trị viêm tủy răng sữa cho học sinh Mẫu giáo và tiểu học, luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 25-61.
2. **Fortier.J.P & Demars.Ch (1983)**, Adreger de Pedodontic, Masson Paris, chapter 4, 127- 133.
3. **Nguyễn Thị Vân (2002)**, Nhận xét lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm tủy răng sữa bằng phương pháp lấy tủy 1 phần, luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội, 25-50.
4. **Siqueira J.F, Barnett F. (2004)**, Interappointment pain: mechanisms, diagnosis, and treatment, Endodontic topics 7(1): 93-109.
5. **Trần Thanh Bình (2002)**, Đánh giá kết quả điều trị tủy răng hàm sữa trẻ em từ 3-8 tuổi, luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y học.Đại học Y Hà Nội, 20-61.

TỶ LỆ MẮC BỆNH VỀ XƯƠNG KHỚP VÀ NHU CẦU SỬ DỤNG Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI MỘT SỐ XÃ THUỘC TỈNH HƯNG YÊN NĂM 2017

Lưu Minh Châu¹, Đậu Xuân Cảnh¹, Lê Thị Hương²

TÓM TẮT

Bệnh xương khớp được xếp vào nhóm 10 bệnh gây tàn tật cao nhất ở người cao tuổi ở các nước trên thế giới cũng như trong khu vực. Trong y học cổ truyền có nhiều phương pháp điều trị bệnh xương khớp như ngoài thuốc ra còn xoa bóp bấm huyệt, châm cứu, hoặc ngâm dược liệu hoặc cao dán trực tiếp. Các phương pháp này đều có hiệu quả. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu để mô tả tỷ lệ mắc bệnh về xương khớp và nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền trong phòng chống bệnh tại một số xã thuộc tỉnh Hưng Yên năm 2017. Với phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên cỡ mẫu là 1221 hộ gia đình. Kết quả: tỷ lệ hộ gia đình tham gia nghiên cứu tự báo có người mắc bệnh về xương khớp là 36,6%; tỷ lệ mắc bệnh ở người trên 60 tuổi là 42,63%. Nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe ở người mắc bệnh về xương khớp 61,5%; các hộ gia đình lựa chọn phương pháp Y học cổ truyền khi điều trị bệnh mạn tính ở gia đình có mức thu nhập trên trung bình là 27,5%; thu nhập trung bình là 24,8%; dưới trung bình là 16,2%. Tỷ lệ bệnh về xương khớp chiếm tỷ lệ khoảng 1/3 hộ gia đình. Nhu cầu sử dụng thuốc y học cổ truyền cao trong phòng, chống bệnh này nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống đặc biệt đối với người cao tuổi. Cần có thêm các nghiên cứu để xác định các nhóm phương pháp y học cổ truyền giảm gánh nặng bệnh xương khớp và tăng cường thông tin cho người dân về sử dụng y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

Từ khóa: Bệnh xương khớp, Y học cổ truyền, nhu cầu Y học cổ truyền.

SUMMARY

OSTEOARTHRITIS AND THE DEMAND OF USING TRADITIONAL MEDICINE IN SOME COMMUNES, HUNG YEN PROVINCE IN 2017

Osteoarthritis is one of the 10 most debilitating diseases in the elderly in the world as well as in the region. In traditional medicine, there are many methods of treating osteoarthritis such as acupressure, acupuncture, or soaking. These methods are used effectively. We conducted a study to describe the incidence of osteoarthritis and the demand of using traditional medicine in disease - prevention in some communes in Hung Yen province in 2017. With the method described above sample size is 1221

households. Results: The percentage of households reporting autoimmune disease in people with osteoarthritis is 36.6%. Incidence in people over 60 years old is 42.63%. The demand of traditional medicine in people with osteoarthritis 61.5%; Households selected the traditional medicine method when treating chronic diseases in families with an above-average income of 27.5%; average income is 24.8%; average of 16.2%. Osteoarthritis accounts for about one third of the family. The demand of using traditional medicine in the prevention and treatment of this disease to improve the quality of life especially for the elderly. More researches are needed to identify groups of traditional medicine methods that reduce the burden on bone and increase information for people on the use of traditional medicine in community health care.

Key words: Osteoarthritis, traditional medicine, the demand of using traditional medicine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên phạm vi toàn cầu, bệnh xương khớp được xếp vào nhóm 10 bệnh gây tàn tật cao nhất ở NCT. Trong các bệnh về khớp, bệnh viêm khớp là một trong các bệnh phổ biến ở người cao tuổi với tỷ lệ mắc là 34%, đặc biệt là viêm khớp gối [6]. Bệnh viêm khớp. Bệnh viêm khớp hay các bệnh về xương khớp cũng là bệnh phổ biến ở người cao tuổi ở các nước trên thế giới cũng như trong khu vực. Kết quả nghiên cứu của G. R. Falsarella ở Brazil, tỷ lệ viêm khớp dạng thấp ở NCT là 22,7%, tỷ lệ này ở nữ cao hơn nam. Theo kết quả điều tra nghiên cứu về người cao tuổi năm 2011 tại Việt Nam kết quả cho thấy tỷ lệ người cao tuổi gặp khó khăn vận động 71,6% [6]. Trong y học cổ truyền có nhiều phương pháp điều trị bệnh khớp như ngoài thuốc ra còn xoa bóp bấm huyệt, châm cứu, hoặc ngâm dược liệu hoặc cao dán trực tiếp. Các phương pháp này đều có hiệu quả và được sử dụng hiệu quả.

Bệnh về xương khớp là một trong các bệnh không lây nhiễm, bệnh không lây nhiễm có thể được giảm đáng kể, nếu chúng ta triển khai đồng bộ các giải pháp như tăng cường hệ thống y tế ở cả hai lĩnh vực Y học hiện đại và y học cổ truyền (YHCT) nhất là chú trọng vào chăm sóc sức khỏe ban đầu để quản lý, chăm sóc người đã mắc và thực hiện thành công Chiến lược Quốc gia phòng chống bệnh tim mạch Đái tháo đường và các bệnh không lây nhiễm khác. Chính vì lý do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên địa

*Học viện Y học Cổ truyền VN

**Cục Phòng chống HIV/AIDS

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Minh Châu

Email: minhchauytdp@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/12/2017

Ngày phản biện khoa học: 30/12/2017

Ngày duyệt bài: 16/1/2018

bàn với mục tiêu xác định tỉ lệ hiện mắc bệnh đái tháo đường và nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền trong phòng chống bệnh tại một số xã thuộc tỉnh Hưng Yên năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 1221 hộ gia đình sinh sống tại 6 xã thuộc 3 huyện Văn Giang, Yên Mỹ, Khoái Châu, tỉnh Hưng Yên.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đối tượng nghiên cứu đồng ý tham gia nghiên cứu và trên 18 tuổi, có thể trạng tinh thần và sức khỏe ổn định.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai từ tháng 02/2017 đến tháng 06/2017 tại 6 xã thuộc 3 huyện Khoái Châu, Văn Giang, Yên Mỹ của tỉnh Hưng Yên.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

2.3.1 Thiết kế nghiên cứu: Chúng tôi sử

dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.1 Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính toán theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới. Số người bỏ cuộc ước tính dựa vào các điều tra trước đây khoảng 10%.

Cỡ mẫu thực tế: 1221 hộ gia đình, nhiều hơn so với tính toán theo công thức.

2.3.2 Phương pháp chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên 02 xã trong huyện, sau đó chọn ngẫu nhiên 2 thôn. Các hộ gia đình trong 02 thôn sẽ được lập danh sách trước và sau đó chọn mẫu ngẫu nhiên để có được cỡ mẫu điều tra.

2.4 Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epi Data và sử dụng phần mềm thống kê phân tích số liệu SPSS 21.0.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Số hộ gia đình tại 3 huyện tham gia nghiên cứu

Huyện	Hộ gia đình	Tỷ lệ %	Số dân trong các hộ điều tra	Tỷ lệ%	Người/hộ gia đình
Khoái Châu	401	32,8	1753	33,2	4,4
Văn Giang	420	34,4	1771	33,6	4,2
Yên Mỹ	400	32,8	1751	33,2	4,4
Tổng số	1221	100,0	5275	100,0	4,3

Trong tổng số hộ gia đình tham gia vào nghiên cứu trên thì các hộ là không có sự chênh lệch lớn giữa các huyện, dao động trong khoảng 400 đến 420 hộ, mỗi huyện chiếm 1/3 số hộ tham gia nghiên cứu.

Bảng 2. Số hộ gia đình có người trên 60 tuổi

Huyện	Số hộ gia đình có người trên 60 tuổi, n (%)
Khoái Châu, n=401	176 (43,9)
Văn Giang, n=420	129 (30,7)
Yên Mỹ, n=400	118 (29,5)
Tổng số	423 (34,6)

Số hộ gia đình có người trên 60 tuổi trong tổng số hộ gia đình tham gia nghiên cứu tại 03 huyện chiếm 34,6%. Trong đó, cao nhất phải nhắc đến huyện Khoái Châu với 43,9% và ngược lại thấp nhất là huyện Yên Mỹ chỉ với 29,5%.

Bảng 3. Tỷ lệ gia đình có người mắc bệnh về xương khớp

Stt	Bệnh không lây nhiễm khác	Khoái Châu	Văn Giang	Yên Mỹ	Chung
1	Tỷ lệ gia đình có người mắc bệnh về xương khớp (%)	161/401 (40,15)	180/420 (42,9)	106/400 (26,6)	447/1221 (36,6)
2	Tỷ lệ người mắc Bệnh xương khớp (%)	208/1753 (11,87)	236/1771 (13,33)	123/1751 (7,02)	567/5275 (10,75)
3	Số người ≥60 tuổi mắc Bệnh xương khớp (%)	124/271 (45,76)	83/176 (47,16)	59/177 (33,33)	266/624 (42,63)

Tỷ lệ hộ gia đình có người mắc bệnh về xương khớp 36,6%; tỷ lệ người mắc bệnh về xương khớp là 10,75%; tỷ lệ người trên 60 tuổi mắc bệnh về xương khớp là 42,63%; tỷ lệ bệnh này ở người trên 60 tuổi ở huyện Văn Giang là 47,16%.

Bảng 4. Thực trạng bệnh về xương khớp và thu nhập trung bình/người/ tháng của gia đình

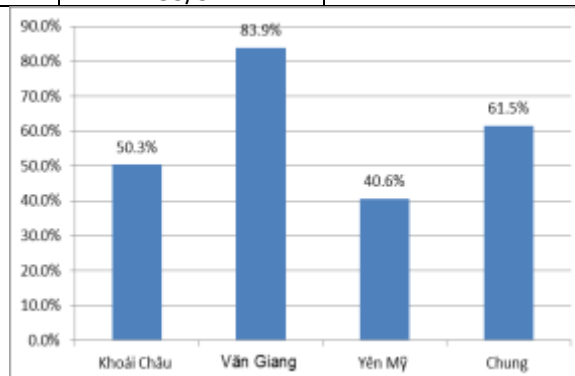
STT	Thu nhập trung bình/người /tháng	Gia đình có người mắc bệnh về xương khớp	Gia đình không có mắc bệnh về xương khớp	p
1	Mức dưới trung bình (%)	61/136 (44,9)	75/136 (55,1)	1
2	Mức Trung bình (%)	82/165 (49,7)	83/165 (50,3)	>0,05 ^(1,2)
3	Mức trên trung bình (%)	287/868 (33,1)	581/868 (66,9)	<0,05 ^(2,3) <0,05 ^(1,3)

4	Không có thông tin (%)	17/52	35/52	-
---	------------------------	-------	-------	---

Phân bố bệnh về xương khớp theo mức thu nhập gia đình thấy:

- Tỷ lệ gia đình mức thu nhập dưới trung bình có người mắc bệnh về xương khớp là 44,9%; con số này ở gia đình mức thu nhập trung bình 49,7%; tỷ lệ này thấp nhất ở các gia đình có mức thu nhập trên trung bình là 33,1%; sự khác biệt này ở nhóm trung bình và nhóm trên trung bình có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$; sự khác biệt ở nhóm dưới trung bình và nhóm trên trung bình có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở hộ gia đình có người mắc bệnh về xương khớp bằng phương pháp YHCT trong 03 huyện chiếm 61,5 %. Con số này cao nhất tại huyện Văn Giang 83,9%; Khoái Châu 50,3% và Yên Mỹ là 40,6%

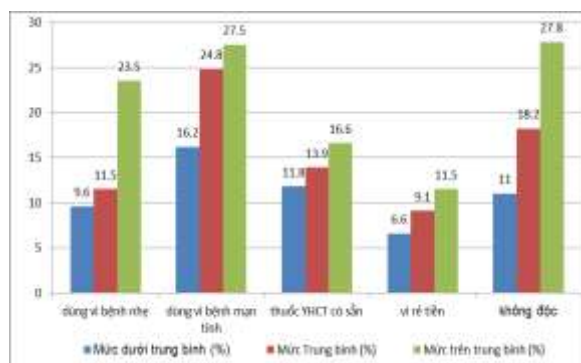


Biểu đồ 1. Thực trạng gia đình có người mắc bệnh về xương khớp sử dụng biện pháp YHCT để điều trị bệnh

Bảng 5. Tỷ lệ nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe của các hộ gia đình

STT	Nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền	Khoái Châu	Văn Giang	Yên Mỹ	Tổng số
1	Tỷ lệ gia đình dùng chế phẩm YHCT (%)	115/401 (28,7)	42/420 (10,0)	39/400 (9,7)	196/1221 (16,0)
2	Tỷ lệ gia đình dùng thuốc thang sắc uống (%)	86/401 (21,4)	18/420 (4,3)	36/400 (9,0)	140/1221 (11,5)
3	Tỷ lệ gia đình dùng nấu nước uống hàng ngày (%)	23/401 (5,7)	19/420 (4,5)	45/400 (11,3)	87/1221 (7,1)
4	Tỷ lệ gia đình dùng Dưỡng sinh (%)	10/401 (2,5)	6/420 (1,4)	23/400 (5,7)	39/1221 (3,2)
5	Tỷ lệ gia đình dùng Châm cứu (%)	41/401 (10,2)	10/420 (2,3)	27/400 (6,7)	78/1221 (6,3)
6	Tỷ lệ gia đình dùng Bấm huyệt (%)	35/401 (8,4)	8/420 (1,9)	35/400 (8,7)	78/1221 (6,3)
7	Tỷ lệ gia đình dùng Xoa bóp (%)	40/401 (9,9)	8/420 (1,9)	47/400 (11,7)	95/1221 (7,7)

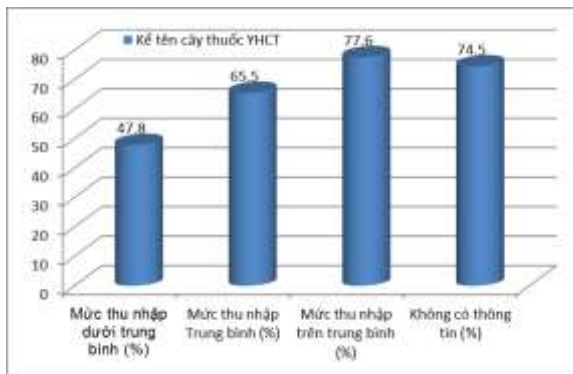
Trong số hộ gia đình có sử dụng YHCT thì tỷ lệ sử dụng thuốc YHCT dạng chế phẩm chiếm 16,0%, dùng thuốc thang sắc uống chiếm 11,5%, dùng nấu nước uống hàng ngày chiếm 7,1%, cuối cùng là dưỡng sinh chiếm 3,2%. Huyện Khoái Châu có tỷ lệ sử dụng chế phẩm YHCT cao nhất chiếm 28,7%. Số hộ gia đình của huyện này sử dụng phương pháp dưỡng sinh thấp chỉ chiếm 2,5%.



Biểu đồ 2. Lý do lựa chọn YHCT trong chăm sóc sức khỏe theo mức thu nhập trung bình các hộ gia đình

Lý do các hộ gia đình lựa chọn phương pháp Y học cổ truyền để chăm sóc sức khỏe khi điều trị bệnh mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất là ở gia

đình có mức thu nhập trên trung bình 27,5%; điều trị bệnh nhẹ 23,5%; vì cho rằng thuốc YHCT không độc hại là 27,8% và có sẵn 16,6%; tỷ lệ này lần lượt tại các hộ thu nhập trung bình là 24,8%; 11,5%; 18,2% và 13,9%; đối với hộ thu nhập dưới trung bình lần lượt là 16,2%; 9,6%; 11,0% và 11,8%.



Biểu đồ 3. Người phỏng vấn theo mức thu nhập trung bình các hộ gia đình kể được tên cây thuốc

Sự nhận biết của người được phỏng vấn về cây thuốc xung quanh khu vực sinh sống có sự khác biệt theo mức thu nhập trung bình gia đình: Tỷ lệ kể được tên cây thuốc YHCT ở nhóm thu nhập trên trung bình 77,6%; nhóm thu nhập trung bình 65,5%; thu nhập dưới trung bình là 47,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trên phạm vi toàn cầu, bệnh xương khớp được xếp vào nhóm 10 bệnh gây tàn tật cao nhất ở NCT. Trong các bệnh về khớp, bệnh viêm khớp chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt là viêm khớp gối. Theo kết quả điều tra nghiên cứu về người cao tuổi năm 2011 tại Việt Nam kết quả cho thấy tỷ lệ người cao tuổi gặp khó khăn vận động 71,6%; trong đó vận động khó nhất là đứng dậy khi đang ngồi 54,2%, khó khăn khi lên xuống cầu thang (52,1%). Kết quả điều tra y tế hộ gia đình năm 2015 với cỡ mẫu đại diện toàn quốc các triệu chứng/ bệnh do người cao tuổi tự báo cáo bệnh lý cơ xương khớp là 10%. Bệnh viêm khớp là một trong các bệnh phổ biến ở người cao tuổi với tỷ lệ mắc là 34% [6]. Bệnh viêm khớp hay các bệnh về xương khớp cũng là bệnh phổ biến ở người cao tuổi ở các nước trên thế giới cũng như trong khu vực. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại 6 xã thuộc 3 huyện tỉnh Hưng Yên cho thấy tỷ lệ hộ gia đình có người mắc bệnh về xương khớp 36,6%; tỷ lệ người mắc bệnh về xương khớp là 10,75%; tỷ lệ người trên 60 tuổi mắc bệnh về xương khớp là 42,63%; tỷ lệ bệnh này ở người trên 60 tuổi ở huyện Văn Giang là 47,16%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Lê Vũ Anh và cộng sự tiến hành ở Tiền Hải-Thái Bình tỷ lệ bệnh xương khớp là 58,7%, và cao hơn tỷ lệ này trong nghiên cứu của Nguyễn Thế Huệ là 18,8% [1,4]. Tỷ lệ gia đình mức thu nhập dưới trung bình có người mắc bệnh về xương khớp là 44,9%; con

số này ở gia đình mức thu nhập trung bình 49,7%; tỷ lệ này thấp nhất ở các gia đình có mức thu nhập trên trung bình là 33,1%; sự khác biệt này ở nhóm trung bình và nhóm trên trung bình có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$; sự khác biệt ở nhóm dưới trung bình và nhóm trên trung bình có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

4.2 Nhu cầu sử dụng YHCT của những người bị đái tháo đường tại 03 huyện của tỉnh Hưng Yên:

Kết quả điều tra 1221 gia đình, nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe ở gia đình có người bệnh về xương khớp tại 03 huyện chiếm tỷ lệ 61,5%. Tỷ lệ hộ gia đình có nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền dạng chế phẩm là 16,0%; dạng thuốc thang sắc uống: 11,5% và sử dụng phương pháp dưỡng sinh 3,2%, thấp hơn với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lý (2015), số người của 3 tỉnh miền Trung muốn dùng thuốc Thang sắc uống là 42,8%; chế phẩm có sẵn là 57,2% [5], nghiên cứu của Trần Phương (2012) tại Trà Vinh: thuốc sắc là 66,2% và chế phẩm là 33,8% [5]. Trong y học cổ truyền có nhiều phương pháp điều trị bệnh khớp như ngoài thuốc ra còn xoa bóp bấm huyệt, châm cứu, hoặc ngâm dược liệu hoặc cao dán trực tiếp. Các phương pháp này đều có hiệu quả và được sử dụng hiệu quả. Đối với bệnh khớp nên phối hợp tây y để chẩn đoán chính xác là bị khớp ở mức độ nào. Khi bị khớp, có nhiều phương pháp và nhiều kỹ thuật để điều trị, nên lựa chọn cái nào trước, cái nào sau, có những bệnh cần phải phẫu thuật bắt buộc phải phẫu thuật trước, sau đó và đến giai đoạn phục hồi có thể áp dụng đông y kết hợp tây y. Phương pháp kết hợp cả y học cổ truyền và y học hiện đại bao giờ cũng đem lại hiệu quả điều trị cho người bệnh [2]

Khi nghiên cứu về yếu tố liên quan đến kinh tế gia đình trong nhu cầu người dân khi sử dụng Y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe, chúng tôi nhận thấy: các hộ gia đình lựa chọn phương pháp Y học cổ truyền để chăm sóc sức khỏe khi điều trị bệnh mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất là ở gia đình có mức thu nhập trên trung bình 27,5%; điều trị bệnh nhẹ 23,5%; vì cho rằng thuốc YHCT không độc hại là 27,8% và có sẵn 16,6%; tỷ lệ này lần lượt tại các hộ thu nhập trung bình là 24,8%; 11,5%; 18,2% và 13,9%; đối với hộ thu nhập dưới trung bình lần lượt là 16,2%; 9,6%; 11,0% và 11,8%. Thế mạnh nổi bật của YHCT là thầy thuốc luôn tiến hành chỉnh thể luân trị, tức là xem xét bệnh nhân một cách toàn diện, tức là xem bệnh nhân là người lớn tuổi hay người trẻ, hoàn cảnh kinh tế bình

thường hay khó khăn... từ đó thầy thuốc xem xét một cách toàn diện lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp nhất với người bệnh. Đây là những đặc trưng của điều trị theo YHCT [2].

V. KẾT LUẬN

Số hộ gia đình tham gia nghiên cứu tại 3 huyện tự báo có người mắc bệnh về xương khớp là 36,6%. Tỷ lệ người trên 60 tuổi mắc bệnh về xương khớp là 42,63%, tỷ lệ bệnh này ở người trên 60 tuổi ở huyện Văn Giang là 47,16%. Nhu cầu sử dụng Y học cổ truyền trong chăm sóc sức khỏe ở người mắc bệnh về xương khớp tại 03 huyện chiếm tỷ lệ 61,5%; các hộ gia đình lựa chọn phương pháp Y học cổ truyền để chăm sóc sức khỏe khi điều trị bệnh mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất là ở gia đình có mức thu nhập trên trung bình 27,5%; thu nhập trung bình là 24,8%; dưới trung bình lần lượt là 16,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Vũ Anh và các cộng sự (2010)**, Xây dựng mô hình nâng cao sức khỏe người cao tuổi thông qua sự tham gia tích cực trong một chương trình can thiệp Y tế công cộng ở Tiên Hải, Thái Bình, *Báo cáo toàn văn Hội nghị khoa học toàn quốc Hội*

Y tế công cộng Việt Nam lần thứ VI, chủ biên, Nha Trang, Khánh Hòa, tr. 128-141.

2. **Đậu Xuân Cảnh (2017)**. Truyền hình trực tuyến: Những sai lầm khi điều trị bệnh cơ xương khớp <http://vuttm.edu.vn/vi/tin-tuc-18.nd/truyen-hinh-truc-tuyen-nhung-sai-lam-khi-dieu-tri-benh-co-xuong-khop.html>
3. **Đậu Xuân Cảnh (2017)**. Truyền hình trực tuyến: Kết hợp Đông - Tây y hiệu quả trong điều trị bệnh <http://vuttm.edu.vn/vi/tin-tuc-18.nd/truyen-hinh-truc-tuyen-ket-hop-dong-tay-y-hieu-qua-trong-dieu-tri-benh.html>
4. **Nguyễn Thế Huệ (2004)**, "Thực trạng sức khỏe và đời sống người cao tuổi ở Hải Dương, Quảng Bình và Đắk Lắk", *Tạp chí Dân số & Phát triển*. 10, tr 12-15.
5. **Hoàng Thị Hoa Lý (2015)**. Đánh giá thực trạng và hiệu quả can thiệp Y học cổ truyền tại tuyến xã ở 3 tỉnh miền Trung. *Luận án Tiến sĩ Y học*. Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Viện Chiến lược và Chính sách y tế (2016)**. Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt về thực trạng sức khỏe, khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế tại 6 tỉnh thuộc 6 vùng kinh tế xã hội của Việt Nam năm 2014-2015, HSPI: Hà Nội].
7. **G. R. Falsarella, et al. (2013)**, "Prevalence and factors associated with rheumatic diseases and chronic joint symptoms in the elderly", *Geriatr Gerontol Int*.

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT CỤT TRỰC TRÀNG TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP ĐƯỢC HÓA XẠ TRỊ TRƯỚC MỔ TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt cắt trực tràng điều trị bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được hóa xạ trị trước mổ tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 49 bệnh nhân ung thư trực tràng thấp, được điều trị hoá xạ đồng thời trước mổ và chỉ định phẫu thuật nội soi cắt cắt trực tràng đường bụng tăng sinh môn tại bệnh viện K từ 1/2015 đến 7/2017. **Kết quả:** Thời gian mổ $139,7 \pm 29,6$ (phút), có 1 Bn tai biến tổn thương dây bàng quang, 3 trường hợp chuyển mổ mở (do u xâm lấn rộng), thời gian có nhu động ruột $2,2 \pm 0,9$ (ngày), thời gian dùng thuốc giảm đau $3,4 \pm 0,9$ (ngày), thời gian rút sonde tiểu là 3,3 ngày, thời gian hậu phẫu là $8,6 \pm 2,2$ ngày. Biến chứng sau mổ 8,7%, trong đó bí tiểu gặp ở 2 BN (4,3%), 1 Bn chảy máu tăng sinh môn sau khi rút

mèche, 1 Bn phải chuyển mổ lại do tắc ruột cao sau mổ 8 ngày. **Kết luận:** PTNS là phương pháp ngoại khoa hiệu quả, an toàn trong phẫu thuật điều trị Bn ung thư trực tràng thấp đã được hóa xạ trị tiền phẫu.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, ung thư trực tràng thấp

SUMMARY

EARLY RESULT OF ABDOMINAL PERINEAL RESECTION BY LAPAROSCOPIC SURGERY IN PREOPERATIVE CHEMORADIATION PATIENTS AT K HOSPITAL

Objective: Assess the early result of abdominal perineal resection (APR) by Laparoscopic surgery in preoperative chemoradiation patients at K Hospital. **Methods:** Cross sectional survey-with 49 preoperative chemoradiation patients with lower rectal cancer, who were undergone APR by Laparoscopic surgery at K Hospital from January/2015 to July/2017. **Results:** Operating duration was $139,7 \pm 29,6$ (mins), 1 case was suffered from bladder lesion in accident, 3 cases were changed to laparotomy, bowel movement recovery duration was $2,2 \pm 0,9$ (days), pain-relief using duration was $3,4 \pm 0,9$ (days); urine drainage remove time was 3,3 days, postoperative duration was $8,6 \pm 2,2$ (days). 8.7% of postoperative complications,

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 4.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.01.2018

Ngày duyệt bài: 10.01.2018

including urinary retention seen in 2 patients (4.3%), 1 patient with perineal bleeding after withdrawal meche, 1 patients must be operated again due to ileus obstruction. **Conclusion:** The laparoscopic surgery is an effective, safe surgical approach to lower rectal cancer patients treated preoperative chemoradiation therapy.

Key words: Laparoscopy, Low rectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là bệnh lý ác tính của đại trực tràng, đứng thứ 4 về tỉ lệ mắc mới và đứng thứ 5 về tỉ lệ tử vong trong số các bệnh lý ác tính thường gặp. Khoảng một phần ba trong số đó là ung thư trực tràng (UTTT) [1],[3],[6],[7]. Tại Việt Nam, tỉ lệ mắc mới và tỉ lệ tử vong do bệnh UTĐTT năm 2012 lần lượt là 10,1 và 7,0/100.000 dân [1],[2]. Điều trị bệnh UTTT cần phối hợp đa mô thức để đạt được kết quả cao nhất, trong đó, phẫu thuật đóng vai trò chính, hóa chất và xạ trị có tác dụng bổ trợ (trước hoặc sau phẫu thuật). Các nghiên cứu cho thấy khi tiến hành hóa xạ trị đồng thời trước mổ sẽ có tỉ lệ đáp ứng cao, tăng khả năng phẫu thuật triệt căn, giảm tái phát tại chỗ và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân (BN) [1], [2], [3], [6],[7]. Phẫu thuật nội soi (PTNS) ra đời đã đánh dấu một kỷ nguyên mới trong điều trị phẫu thuật bệnh UTTT. Năm 1992, Sackier J.M. tiến hành thành công PTNS cắt cụt trực tràng. Sau hơn hai thập kỷ, PTNS đã được chứng minh là không chỉ đem lại kết quả cao hơn về giảm đau sau mổ, phục hồi nhanh và tính thẩm mỹ mà còn an toàn, hiệu quả khi so sánh với mổ mở kinh điển [1].

Tại Việt Nam, PTNS điều trị UTTT đã được tiến hành tại các trung tâm lớn ở Hà Nội, Huế, TP Hồ Chí Minh từ đầu những năm 2000. Một số nghiên cứu về kết quả PTNS trong điều trị UTTT đã được báo cáo [1]. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá khả năng áp dụng PTNS cho các đối tượng mắc ung thư trực tràng thấp được hóa xạ trị đồng thời trước mổ. Xuất phát những vấn đề nêu trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng trên bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được hóa xạ trị trước mổ tại bệnh viện K".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn BN: Có chẩn đoán xác định UTTT thấp (cực dưới u cách rìa hậu môn ≤ 5 cm) với mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến. Giai đoạn lâm sàng trước điều trị T3-4 và/hoặc N1-2 và M0 theo phân loại AJCC 2010 [5]. Được hoá xạ trị đồng thời trước phẫu thuật. Được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng tăng sinh môn. Có bệnh án ghi chép đầy

đủ, biên bản phẫu thuật chi tiết, có mô tả tổn thương trong mổ và theo dõi BN đến ít nhất 30 ngày sau phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu

III. KẾT QUẢ

3.1. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Bảng 1: Thời gian mổ

Thời gian mổ(phút)	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Ngắn nhất	Dài nhất
N = 46	139,7 $\pm$ 29,6	110	210

Nhận xét: Thời gian mổ ngắn nhất là 110 phút, dài nhất 210 phút, trung bình 139,7 phút tính trong số 46 BN PTNS thành công.

Bảng 2: Tai biến trong mổ

Tai biến	Số BN (n)	Tỉ lệ %
Tổn thương tiết niệu	1	2,0
Không tai biến	48	98,0
Tổng	49	100

Nhận xét: 1 BN (2,0%) có tai biến trong mổ tổn thương đáy bàng quang khi phẫu tích cắt toàn bộ MTTT, BN được khâu phục hồi bàng quang qua nội soi.

3.2 Chuyển mổ mở

Nhận xét: 3 trường hợp (6,1%) chuyển mổ mở đều do tổn thương lan rộng, xâm lấn vào cơ quan xung quanh. Không có trường hợp nào chuyển mổ mở do tai biến.

Bảng 3: Số hạch nạo vét được

Số lượng hạch	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Ít nhất	Nhiều nhất
N = 46	8,4 $\pm$ 2,2	3	14

Nhận xét: Tổng số hạch nạo vét được trên 46 BN PTNS thành công đạt 387 hạch, tính trung bình 8,4 hạch/BN.

Bảng 4: Thời gian có nhu động ruột trở lại sau mổ

Thời gian	Số BN (n)	Tỉ lệ %
1 ngày	8	17,4
2 ngày	24	52,2
≥ 3 ngày	14	30,4
Tổng	46	100

Nhận xét: Thời gian có nhu động ruột trở lại ngắn nhất là 1 ngày. 52,2% BN có nhu động ruột sau 2 ngày. Thời gian có nhu động ruột tính chung là ($\bar{X} \pm SD$) 2,2 $\pm$ 0,9 ngày.

Bảng 5: Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ

Thời gian	Số BN (n)	Tỉ lệ %
≤ 3 ngày	25	54,3
4 ngày	19	41,3
> 4 ngày	2	4,4

Tổng	46	100
-------------	-----------	------------

Nhận xét: 95,6% BN dùng thuốc giảm đau trong 4 ngày sau mổ. Thời gian trung bình $3,4 \pm 0,9$ ngày.

Bảng 6: Thời gian rút ống thông tiểu sau mổ

Thời gian (ngày)	Số BN (n)	Tỉ lệ %
2 ngày	3	6,5
3 ngày	32	69,6
≥ 4 ngày	11	23,9
Tổng	46	100

Nhận xét: Thời gian rút sone tiểu sau mổ ngắn nhất là 2 ngày. 69,6% BN rút ống thông tiểu sau 3 ngày. Thời gian rút sone tiểu $3,3 \pm 0,9$ ngày.

Bảng 7: Thời gian nằm hậu phẫu

Thời gian hậu phẫu (ngày)	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Ngắn nhất	Dài nhất
n = 46	$8,6 \pm 2,2$	7	19

Nhận xét: Thời gian hậu phẫu từ 7 đến 19 ngày, trung bình 8,6 ngày.

3.2. Biến chứng sau mổ

Bảng 8: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số BN	Tỉ lệ (%)
Chảy máu	1	2,2
Nhiễm trùng tầng sinh môn	0	0,0
Rối loạn chức năng bàng quang	2	4,3
Tắc ruột	1	2,2
Hậu phẫu thường (không biến chứng)	42	91,3
Tổng	46	100

Nhận xét: Tỉ lệ biến chứng chung là 8,7%. Biến chứng hay gặp nhất là rối loạn chức năng bàng quang 2 BN chiếm 4,3%. Trường hợp duy nhất phải chuyển mổ lại bị tắc ruột do quai ruột non kẹt xuống khe hở phúc mạc tiểu khung. Không có trường hợp nào tử vong trong thời gian hậu phẫu.

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật nạo vét hạch: Trong PTNS cắt cụt trực tràng, nạo vét hạch liên quan tới việc thắt các mạch máu của trực tràng và cắt toàn bộ MTTT. Theo nguyên tắc, thắt mạch máu ở vị trí càng gần nguyên ủy hơn thì số lượng hạch vét được càng nhiều hơn [1]. Ngày nay, các phẫu thuật viên trên thế giới đều đồng thuận thắt mạch dưới chỗ chia của động mạch đại tràng trái trên là đủ trong phẫu thuật cắt cụt triệt căn UTTT thấp [1], [4]

Khái niệm TME chỉ mới được Heald, phẫu thuật viên người Anh, đưa ra từ năm 1982. Một trong những khó khăn khi tiến hành kỹ thuật TME là tỉ lệ biến chứng cao hơn, đặc biệt là trên đối tượng nam giới khung chậu hẹp hay bệnh

nhân béo phì [1],[3]. Áp dụng PTNS trong kỹ thuật TME giúp hạn chế được khó khăn trên nhờ quan sát tốt cấu trúc giải phẫu vùng tiểu khung, tăng khả năng bảo tồn thần kinh tiết niệu sinh dục mà vẫn đảm bảo tính nguyên vẹn của MTTT. Kỹ thuật TME trong PTNS của chúng tôi cũng giống như các tác giả nước ngoài mô tả: sau khi thắt mạch MTTD ở dưới chỗ chia động mạch đại tràng trái trên và giải phóng đại tràng sigma, tiếp tục phẫu tích xuống mặt sau MTTT theo một lớp giải phẫu ngoài cân trực tràng không có mạch máu, các tác giả nước ngoài gọi là diện phẫu tích "Holy plane", tránh làm tổn thương mạch máu trước xương cùng xuống tới tận sàn đáy chậu. Diện phẫu tích mặt trước xuống đến cân Denonvilliers ở nam hay vách trực tràng âm đạo ở nữ [1].

Số hạch nạo vét được: khía cạnh dễ dàng lượng giá nhất của kỹ thuật nạo vét hạch trong PTNS cắt cụt trực tràng chính là số lượng hạch nạo vét được. Tác giả Aziz O. tập hợp lại các nghiên cứu liên quan từ 1993 đến 2004 với số lượng bệnh nhân lên đến 2071 ca UTTT. Kết quả phân tích khẳng định cho giả thiết "khả năng nạo vét hạch của PTNS trong UTTT tương đương với mổ mở truyền thống"[4]. Tiếp đó, tác giả Lourenco T. và CS báo cáo một tổng kết mang tính hệ thống về hiệu quả của PTNS so với mổ mở UTTT trên 4500 BN từ 1997 đến 2005.

Theo kết quả nghiên cứu, số lượng hạch trung bình vét được của chúng tôi thấp hơn so với số lượng hạch tối ưu cần để đánh giá giai đoạn bệnh sau mổ là 12 hạch [5]. Chúng tôi thấy rằng điều trị hỗ trợ trước mổ chính là một trong các yếu tố ảnh hưởng tới số lượng hạch nạo vét được. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ hạch di căn sau mổ là 21,8%, kết quả này phù hợp với tác giả Phạm Cẩm Phương với 22,1% nhưng cao hơn so với tác giả Phạm Văn Bình (31,1%). Sự khác biệt này được giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Phạm Cẩm Phương chỉ bao gồm các BN được hóa xạ trước mổ, còn các tác giả trên nghiên cứu trên cả các BN không được hóa xạ trước mổ[2].

Thời gian mổ, tai biến trong mổ và chuyển mổ mở: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ là $139,7 \pm 29,6$ phút. Ca mổ ngắn nhất 110 phút, dài nhất 210 phút (bảng 1). So sánh thời gian PTNS trực tràng với phẫu thuật mổ mở, tác giả Lourenco T. nghiên cứu trên 4125 trường hợp cho kết quả PTNS trực tràng lâu hơn mổ mở trực tràng khoảng 40 phút [4].

Tai biến trong mổ: Chúng tôi gặp duy nhất một trường hợp gặp tai biến tổn thương đáy

bàng quang khi phẫu tích mặt trước trực tràng, BN đã được khâu phục hồi lại thành bàng quang qua nội soi và không phải chuyển mổ mở, nhờ khả năng quan sát tốt các cấu trúc giải phẫu trong tiểu khung trong PTNS [1].

Chuyển mổ mở Có hai nguyên nhân chính dẫn tới chuyển mổ mở là do tai biến trong mổ và do khối u đã xâm lấn rộng xung quanh. Cả 3 trường hợp chuyển mổ mở trong nghiên cứu của chúng tôi đều do nguyên nhân khối u xâm lấn rộng xung quanh không còn chỉ định PTNS. Các nghiên cứu về tỉ lệ chuyển mổ mở trong PTNS trực tràng cho kết quả thay đổi từ 0% đến 15% [4]. Tuy vậy không nên coi chuyển mổ mở là một thất bại hoặc tai biến của PTNS mà nên coi là việc làm để tránh tai biến, biến chứng và kéo dài cuộc mổ đem lại kết quả không có lợi cho bệnh nhân.

Kết quả sớm sau mổ: Thời gian có nhu động ruột trở lại sau mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian có nhu động ruột tính chung là $2,2 \pm 0,9$ ngày (bảng 4). Các nghiên cứu so sánh thời gian có nhu động ruột trở lại của PTNS và mổ mở trong UTTT đều cho kết quả thời gian có nhu động ruột trở lại của PTNS ít hơn có ý nghĩa thống kê [4]. Đây cũng chính là một trong các ưu điểm của PTNS ổ bụng nói chung.

Thời gian dùng thuốc giảm đau: Cùng với thời gian có lại nhu động ruột ngắn, thời gian dùng thuốc giảm đau ngắn cũng là một ưu điểm của PTNS. Trong PTNS UTTT, bệnh nhân ít đau hơn so với mổ mở do vết mổ đặt trocar và vết mổ lấy bệnh phẩm ngắn. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian dùng thuốc giảm đau chung cho 46 BN là $3,4 \pm 0,9$ ngày. Kết quả này tương đồng với kết quả do tác giả Zhou Z.G. và CS (3,9 ngày), thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm mổ mở [7].

Thời gian rút sonde tiểu sau mổ: Trong phẫu thuật UTTT, ngoài việc cắt rộng rãi khối u vào nạo vét hệ thống hạch vùng để đảm bảo nguyên tắc về mặt ung thư học thì việc bảo tồn tối đa thần kinh hạ vị dưới để tránh suy giảm chức năng tiết niệu, sinh dục cũng là vấn đề hết sức quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp tới chất lượng sống của BN sau mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy (bảng 7) 76,1% BN được rút ống thông tiểu trong vòng 3 ngày sau mổ, thời gian trung bình rút ống thông tiểu là 3,3 ngày, tương đương với các tác giả khác [1],[2]. Khi so sánh giữa thời gian rút ống thông tiểu sau phẫu thuật UTTT bằng hai phương pháp PTNS và mổ mở kinh điển, các tác giả Stamopoulos P. và Lim R.S. đều đi đến kết luận chức năng tiết niệu sau mổ tốt hơn ở nhóm BN được PTNS [7]

Biến chứng sau mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ biến chứng chung là 8,7% (bảng 8). Biến chứng gặp nhiều nhất là rối loạn chức năng bàng quang gặp ở 2 BN (4,3%). Hai BN này biểu hiện bí tiểu sau khi rút ống thông bàng quang, các BN được đặt lại ống thông tiểu, hướng dẫn tập phục hồi chức năng bàng quang tích cực và được rút ống thông tiểu sau 6 và 7 ngày. Một trường hợp bị chảy máu tầng sinh môn sau khi rút mèche, BN được khâu cầm máu tại chỗ và không phải chuyển mổ lại. Trường hợp duy nhất phải chuyển mổ lại là BN có biểu hiện tắc ruột cao hậu phẫu ngày thứ 8. Tổn thương trong mổ xác định nguyên nhân tắc là do quai ruột non kẹt xuống khe hở phúc mạc tiểu khung, quai ruột non chưa có dấu hiệu hoại tử. 15 phút sau khi giải phóng quai ruột và đánh giá lại chức năng quai ruột còn tốt, BN chỉ phải khâu lại khe hở phúc mạc tiểu khung và bảo tồn được quai ruột tắc. BN hậu phẫu ổn định và chuyển khoa sau mổ 11 ngày. Nghiên cứu CLASSIC trên 268 BN được PTNS điều trị UTTT cho thấy tỉ lệ biến chứng là 39% [4].

Thời gian hậu phẫu: Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, thời gian hậu phẫu là $8,6 \pm 2,2$ ngày. Thời gian hậu phẫu lâu nhất là trường hợp BN bị biến chứng tắc ruột sau mổ. Theo tác giả Zhou Z.G. thời gian hậu phẫu của mổ mở và PTNS lần lượt là $13,3 \pm 3,4$ ngày và $8,1 \pm 3,1$ ngày ($p < 0,001$) [7]. Thời gian hậu phẫu ngắn chính là biểu hiện ưu điểm "hậu phẫu nhẹ nhàng" của PTNS.

V. KẾT LUẬN

PTNS là phương pháp ngoại khoa hiệu quả, an toàn trong điều trị BN ung thư trực tràng thấp đã được hóa xạ trị tiền phẫu với thời gian mổ trung bình $139,7 \pm 29,6$ (phút), Tai biến trong mổ thấp 2%, tỷ lệ chuyển mổ mở 6%, thời gian có nhu động ruột $2,2 \pm 0,9$ (ngày), thời gian dùng thuốc giảm đau $3,4 \pm 0,9$ (ngày), thời gian hậu phẫu là $8,6 \pm 2,2$ ngày. Biến chứng sau mổ 8,7%, không có tử vong sau mổ. Tuy nhiên cần nghiên cứu dài hơn để đánh giá kết quả ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm văn Bình (2013).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng tầng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp, Học viện Quân Y, Hà Nội.
2. **Phạm Cẩm Phương (2013).** Đánh giá hiệu quả của xạ trị kết hợp Capecitabine trước mổ trong ung thư trực tràng thấp tiến triển tại chỗ, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Li Y, Wang J, Ma X, et al. (2016).** A Review of Neoadjuvant Chemoradiotherapy for Locally

- Advanced Rectal Cancer. *Int J Biol Sci.* 12(8), 1022-1031.
4. **Lourenco T, Murray A, Grant A, et al. (2008).** Laparoscopic surgery for colorectal cancer: safe and effective? - A systematic review. *Surg Endosc.* 22(5), 1146-1160.
 5. **Wittekind C, Sobin L (2010),** Colon and Rectum, 7th TNM Classification of Malignant Tumors, Wiley Liss.
 6. **Wolff B, Fleshman J, Wexner S (2009).** Surgical Treatment of Rectal Cancer: The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery, Springer, London.
 7. **Zhou Z.G, Hu M, Li Y, et al. (2004).** Laparoscopic versus open total mesorectal excision with anal sphincter preservation for low rectal cancer. *Surg Endosc.* 18(8), 1211-1215.

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ MỘT SỐ BIẾN CHỨNG Ở BỆNH NHÂN TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Nguyễn Trung Kiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tiền đái tháo đường; Tỷ lệ, mức độ một số biến chứng ở bệnh nhân tiền đái tháo đường. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng 160 bệnh nhân tiền đái tháo đường. **Kết quả:** Chỉ số vòng bụng, tỷ lệ vòng eo trên vòng mông, chỉ số khối cơ thể ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng. Một số biến chứng tim mạch, biến chứng mắt ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng. Trong nhóm bệnh, một số biến chứng tim mạch, biến chứng mắt ở phân nhóm đái tháo đường cao nhất, đến nhóm rối loạn dung nạp glucose máu và thấp nhất ở nhóm dung nạp glucose máu bình thường. **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng. Một số biến chứng tim mạch, biến chứng mắt ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng và ở phân nhóm đái tháo đường cao nhất, đến phân nhóm rối loạn dung nạp glucose máu và thấp nhất ở nhóm dung nạp glucose máu bình thường.

Từ khóa: Phi đại thất trái, bệnh vồng mạc, tiền đái tháo đường.

SUMMARY

RESEARCH OF RISK FACTORS AND SOME COMPLICATION IN PRE-DIABETIC PATIENTS

Objective: Study of clinical characteristics and risk factors in patients with pre-diabetes; Rate, degree of some complications in patients with pre-diabetes. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study of 160 pre-diabetic patients. **Results:** The waist circumference, waist circumference on the buttocks, body mass index was higher in the control group than the control group. Some cardiovascular complications, eye complications in the group higher than the control group. In the group of diseases, some cardiovascular complications, eye complications in the highest diabetic subgroups, to the group of disorders of blood glucose tolerance and lowest in the normal blood glucose tolerance. **Conclusions:** Risk factors were higher in the control group than in the control group. A number of cardiovascular complications, eye complications were higher in the control group and in the highest diabetic subgroup, to the hypoglycemic tolerance subgroup and lowest in the normal glucose tolerance group.

Key words: Left ventricular hypertrophy, retinal disease, pre-diabetes.

*Bệnh viện Quân y 4 - Nghệ An.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên

Email: trung.kienv4@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/12/2017

Ngày phản biện khoa học: 29/1/2018

Ngày duyệt bài: 6/2/2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ năm 2002 khái niệm tiền đái tháo đường ra đời để chỉ tình trạng đường huyết cao hơn mức bình thường nhưng chưa đến mức chẩn đoán bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Tiền ĐTĐ là tình trạng suy giảm chuyển hóa glucose, bao gồm 2 tình huống: Rối loạn glucose máu lúc đói (RLGLĐ - Impaired Fasting Glucose- IFG) và rối loạn dung nạp glucose (RLDNG). Cả hai tình huống này đều tăng glucose máu, nhưng chưa đạt mức chẩn đoán ĐTĐ thực sự. Tuy nhiên ở giai đoạn này đã xuất hiện tình trạng kháng Insulin, là bước khởi đầu trong tiến trình xuất hiện ĐTĐ type 2 với tỷ lệ chuyển đổi hàng năm từ 5% -10%.

Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ đang gia tăng trên toàn thế giới và dự kiến rằng > 470 triệu người sẽ có tiền đái tháo đường trong năm 2030. Tiền ĐTĐ có thể tiến triển thành bệnh ĐTĐ thực sự sau 5 - 10 năm. Các nghiên cứu cho thấy 25% bệnh nhân bị tiền ĐTĐ sẽ phát triển bệnh ĐTĐ 2 trong vòng 3 đến 5 năm. Tuy nhiên những người có yếu tố nguy cơ nếu thay đổi lối sống, chế độ ăn uống và tập luyện phù hợp sẽ giảm nguy cơ tương đối 40%-70% mắc bệnh ĐTĐ.

Tiền ĐTĐ, ĐTĐ cùng với rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, béo phì liên quan chặt chẽ với nhau, khi các yếu tố này kết hợp với nhau làm tăng tần suất bệnh lý tim mạch. Ngoài ra bệnh vồng mạc đái tháo đường là một trong các biến chứng thường gặp ở bệnh nhân ĐTĐ, tuy nhiên bệnh vồng mạc cũng được ghi nhận ở 7,9% bệnh nhân tiền ĐTĐ.

Đã có nhiều công trình nghiên cứu về các biến chứng ở bệnh nhân ĐTĐ. Để góp phần giảm nguy cơ tiền ĐTĐ tiến triển thành bệnh ĐTĐ và hạn chế các biến chứng của bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm các mục tiêu sau:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố nguy cơ tiền đái tháo đường.

2. Nghiên cứu các biến chứng tim mạch, biến chứng mắt ở bệnh nhân tiền đái tháo đường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 160 bệnh nhân tiền ĐTĐ và 80 người khỏe mạnh không có các bệnh lý tim mạch đến khám và điều trị tại Bệnh viện nội tiết Nghệ An và Bệnh viện Quân y

4. Qua khám lâm sàng và cận lâm sàng, tương đồng về tuổi, giới với nhóm bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** tiến cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng.

- **Phương tiện nghiên cứu:** ống nghe, máy đo huyết áp, cân bàn, thước đo chiều cao, vòng bụng, vòng hông, máy điện tim, máy siêu âm tim, kính soi đáy mắt, máy xét nghiệm sinh hóa. Các kỹ thuật và xét nghiệm sinh hóa tiến hành tại Bệnh viện Quân y 4.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tuổi, giới, BMI, WHR, huyết áp.
+ Glucose máu lúc đói, Glucose máu sau 2 giờ, Cholesterol total (CT), LDL-Cholesterol (LDL-C),

HDL-Cholesterol (HDL-C), Triglycerid (TG).

+ Đánh giá biến chứng tim mạch: Thiếu máu cơ tim (TMCT) xác định dấu hiệu trên điện tim; Khối cơ thất trái (LVM); Chỉ số khối cơ thất trái (LVMI).

+ Đánh giá biến chứng mắt: Bệnh võng mạc ĐTD (Bệnh võng mạc nền (BVMN), Bệnh võng mạc tiền tăng sinh (BVMTTS)); Bệnh võng mạc tăng huyết áp (Gunn độ I; Gunn độ II); Đục thủy tinh thể (ĐTTT).

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được trình bày dưới dạng $\bar{x} \pm SD$ hoặc tỉ lệ %, các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0 và Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của hai nhóm nghiên cứu.

Thông số	Nhóm chứng(n=80)	Nhóm bệnh(n=160)	p
Tuổi (năm)	$(\bar{X} \pm SD)$ 52,6 ± 8,5	53,1 ± 9,7	> 0,05
Chiều cao (m)	$(\bar{x} \pm SD)$ 1,62 ± 0,07	1,62 ± 0,05	> 0,05
Cân nặng (kg)	$(\bar{X} \pm SD)$ 61,8 ± 6,1	66,5 ± 7,2	<0,05
BSA (m ²)	$(\bar{X} \pm SD)$ 1,68 ± 0,12	1,69 ± 0,09	> 0,05
THA (≥140/90mmHg)	n; % 15; 18,75%	79; 49,38%	<0,001

Các thông số tuổi, chiều cao, diện tích da (BSA) của nhóm bệnh và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Cân nặng, tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2: Kết quả nghiệm pháp dung nạp glucose.

Phân loại	Nhóm chứng (n=80)	Nhóm bệnh (n=160)	p
DNGBT	n; % 61; 76,3%	52; 32,5%	p < 0,001
RLDNG	n; % 19; 23,7%	62; 38,8%	
ĐTD	n; % 0; 0,0%	46; 28,7%	

Tỷ lệ RLDNG và ĐTD ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2. Một số yếu tố nguy cơ và biến chứng ở hai nhóm nghiên cứu.

Bảng 3: Đặc điểm một số yếu tố nguy cơ của hai nhóm nghiên cứu.

Chỉ số	Nhóm chứng (n=80)	Nhóm bệnh (n=160)	p
VB (cm)	$(\bar{X} \pm SD)$ 88,8 ± 3,63	91,15 ± 5,26	p < 0,05
↑VB (≥ 90cm)	n; % 7; 8,75%	78; 48,75%	p < 0,01
Chỉ số WHR	$(\bar{X} \pm SD)$ 0,91 ± 0,38	0,95 ± 0,42	p < 0,05
↑WHR(≥ 0,9)	n; % 41; 51,25%	112; 70,0%	p < 0,01
BMI (kg/m ²)	$(\bar{X} \pm SD)$ 23,12 ± 1,56	24,97 ± 2,35	p < 0,05
↑BMI(≥23(kg/m ²))	n; % 43; 53,75%	125; 78,13%	p < 0,05
Ít vận động	n; % 14; 17,4%	70; 43,8%	p < 0,001

Chỉ số, tỷ lệ tăng BMI, VB, WHR và tỷ lệ ít vận động ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4: Đặc điểm biến chứng tim mạch của hai nhóm nghiên cứu.

Dấu hiệu	Nhóm chứng (n=80)	Nhóm NC (n=160)	p
TMCT	n; % 9; 11,25%	54; 33,75%	p < 0,01
LVM (g)	161,26 ± 35,52	196,38 ± 42,26	p < 0,01
↑LVM (≥215 g)	$(\bar{X} \pm SD)$ 4; 5%	52; 32,5%	p < 0,001
LVMI (g/m ²)	97,56 ± 18,65	115,56 ± 23,83	p < 0,01
↑LVMI (≥ 125g/m ²)	n; % 6; 7,5%	47; 29,38%	p < 0,01

Dấu hiệu TMCT, phì đại thất trái (tăng LVM và LVMI) ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 5: Đặc điểm biến chứng tim mạch của nhóm bệnh.

Dấu hiệu		DNGBT ⁽¹⁾ (n=69)	RLDNG ⁽²⁾ (n=52)	ĐTĐ ⁽³⁾ (n=39)	P
TMCT	n %	14 20,29%	21 40,38%	19 48,7%	P ₁₋₂ , P ₁₋₃ < 0,01 P ₂₋₃ > 0,05
↑LVM (≥215 g)	n %	13 18,84%	20 38,46%	19 48,72%	P ₁₋₂ , P ₁₋₃ < 0,01 P ₂₋₃ > 0,05
↑LVMI (≥125 g/m ²)	n %	7 10,14%	18 34,62%	22 56,4%	P ₁₋₂ , P ₁₋₃ < 0,01 P ₂₋₃ > 0,05

Dấu hiệu TMCT, phì đại thất trái (tăng LVM và LVMI) ở phân nhóm ĐTĐ và RLDNG cao hơn phân nhóm DNGBT, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6: Đặc điểm biến chứng mắt của nhóm hai nghiên cứu.

Phân loại tổn thương	Nhóm chứng (n=80)		Nhóm NC (n=160)		p
	n	%	n	%	
BVMN	1	1,2	12	7,5	<0,05
BVMTTTS	0	0	5	3,13	
Gunn độ I	3	3,75	21	13,12	<0,05
Gunn độ II	1	1,2	13	8,13	
Cộng	05	6,25	51	31,88	<0,05
ĐTTT	3/50	6%	27	16,88	

Tỷ lệ BVMN, BVMTTTS, Gunn độ I, Gunn độ II và ĐTTT ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 7: Đặc điểm biến chứng mắt của nhóm bệnh.

Phân loại tổn thương	DNGBT ⁽¹⁾ (n=69)	RLDNG ⁽²⁾ (n=52)	ĐTĐ ⁽³⁾ (n=39)	p
BVMN	2 (2,9%)	4 (7,69%)	6 (15,38%)	<0,05
BVMTTTS	0 (0,0%)	2 (3,84%)	3 (7,69%)	
Gunn độ I	6 (8,7%)	7 (13,46%)	8 (20,51%)	>0,05
Gunn độ II	3 (4,35%)	4 (7,69%)	6 (15,38%)	
Đục thủy tinh thể	8 (11,59%)	9 (17,31%)	10 (25,64%)	>0,05

Tỷ lệ Gunn độ I, Gunn độ II cao nhất ở phân nhóm ĐTĐ, đến phân nhóm RLDNG và thấp nhất ở phân nhóm DNGBT, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ BVMN, BVMTTTS và ĐTTT ở các phân nhóm có khác nhau, không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Cân nặng, tỷ lệ tăng huyết áp, chỉ số, tỷ lệ tăng BMI, VB, WHR và tỷ lệ ít vận động ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này cho thấy các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch, chuyển hóa tăng lên, xuất hiện sớm ở nhóm có đề kháng insulin, trước cả khi xuất hiện bệnh ĐTĐ.

Tỷ lệ RLDNG và ĐTĐ ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong nhóm bệnh phát hiện có 28,7% ĐTĐ và nhóm chứng có 23,7% RLDNG. Kết quả này là phù hợp với cơ chế bệnh và tiến triển của bệnh tiền đái tháo đường. Đồng thời cho thấy có một tỷ lệ không nhỏ ĐTĐ và tiền ĐTĐ (RLGNG) không được phát hiện, bỏ sót nếu không làm nghiệm pháp dung nạp glucose hoặc chỉ làm xét nghiệm glucose máu lúc đói.

Dấu hiệu TMCT, phì đại thất trái (tăng LVM và LVMI) ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Theo chung tôi, trong nhóm bệnh ngoài RLGLĐ, RLDNG, ĐTĐ

còn có các bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa, béo phì dạng nam, tăng huyết áp, RLLPM. Tình trạng đề kháng insulin, béo phì, tăng huyết áp cùng với RLLPM luôn song hành cùng nhau, làm tăng nguy cơ tim mạch và gây ra biến chứng.

Dấu hiệu TMCT, phì đại thất trái (tăng LVM và LVMI) ở phân nhóm ĐTĐ và RLDNG cao hơn phân nhóm DNGBT, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này cho thấy, tỷ lệ và mức độ biến chứng tim mạch tăng theo mức độ rối loạn chuyển hóa đường, cao nhất ở phân nhóm ĐTĐ, đến phân nhóm RLDNG và thấp nhất ở phân nhóm DNGBT.

Tỷ lệ BVMN, BVMTTTS, Gunn độ I, Gunn độ II và ĐTTT ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, Tỷ lệ Gunn độ I, Gunn độ II cao nhất ở phân nhóm ĐTĐ, đến phân nhóm RLDNG và thấp nhất ở phân nhóm DNGBT, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả phù hợp với diễn tiến của bệnh võng mạc mắt ở bệnh nhân ĐTĐ, tăng huyết áp. Đồng thời cũng cho thấy biến chứng võng mạch mắt tăng theo mức độ rối loạn chuyển hóa đường.

V. KẾT LUẬN

- Các yếu tố nguy cơ như cân nặng, tỷ lệ tăng huyết áp, chỉ số, tỷ lệ tăng BMI, VB, WHR và tỷ lệ ít vận động ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Tỷ lệ RLDNG và ĐTĐ ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trong nhóm bệnh có 28,7% ĐTĐ và nhóm chứng có 23,7% RLDNG.

- Dấu hiệu TMCT, phì đại thất trái (tăng LVM và LVMI) ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, ở phân nhóm ĐTĐ và RLDNG cao hơn phân nhóm DNGBT, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

- Tỷ lệ BVMN, BVMTT, Gunn độ I, Gunn độ II và ĐTTT ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, Tỷ lệ Gunn độ I, Gunn độ II cao nhất ở phân nhóm ĐTĐ, đến phân nhóm RLDNG và thấp nhất ở phân nhóm DNGBT, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

KIẾN NGHỊ

- Cần làm nghiệm pháp dung nạp glucose máu cho các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ, vì có 28,7% ĐTĐ trong nhóm RLGLĐ và 23,7% RLDNG ở nhóm không có RLGLĐ không được phát hiện, bỏ sót nếu không làm nghiệm pháp dung nạp glucose.

- Biện chứng tim mạch và mắt chiếm tỷ lệ

khá cao trong nhóm bệnh tiền ĐTĐ, vì vậy đối với những bệnh nhân tiền ĐTĐ cần được thăm khám tim mạch và mắt, kể cả khi chưa có biểu hiện trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình và cs** (2005), *Thực trạng bệnh đái tháo đường và các yếu tố nguy cơ ở 4 thành phố lớn của Việt Nam*, Y học thực hành, (507, 508), tr 37-51.
2. **Đỗ Thanh Bình, Nguyễn Thị Tố Nga** (2012), *Tiền đái tháo đường*, Hội nghị nội tiết và đái tháo đường toàn quốc lần thứ VI, 1, tr. 28-32.
3. **Trần Hữu Dàng** (2010), *Tiền đái tháo đường*, Hội nghị nội tiết - đái tháo đường - rối loạn chuyển hóa miền trung mở rộng lần thứ VII, tr. 17-21.
4. **Deedwania PC, Fonseca VA.** (2005), "Diabetes, prediabetes and cardiovascular risk: Shifting the paradigm", *Am J Med*, 118(9), pp. 939-947.
5. **Ford ES, Zhao G, Li C.** (2010), "Pre-diabetes and the risk for cardiovascular disease: A systematic review of the evidence", *J Am Coll Cardiol*, 55(13), pp. 1310-1317.
6. **Grundy SM.** (2012), "Pre-diabetes, metabolic syndrome, and cardiovascular risk", *J Am Coll Cardiol*, 59(7), pp. 635-643.
7. **Garber AJ, Handelsman Y, Einhorn D, Bergman DA, Bloomgarden ZT, Fonseca V, et al.** (2008), "Diagnosis and management of prediabetes in the continuum of hyperglycemia: When do the risks of diabetes begin? A consensus statement from the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists", *Endocr Pract*, 14(7), pp.933-946.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH CÓ POLYP MŨI BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI MŨI XOANG TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG NĂM 2015-2017

Châu Chiêu Hòa*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm mũi xoang mạn tính (VMXMT) có polyp mũi là bệnh lý mũi xoang thường gặp nhưng cơ chế bệnh sinh hình thành polyp mũi vẫn chưa xác định rõ và sự tìm kiếm giải pháp điều trị vẫn là mục tiêu quan trọng. Phẫu thuật nội soi mũi xoang là phương pháp điều trị hiệu quả VMXMT có polyp mũi thất bại với điều trị nội. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị VMXMT có polyp mũi tại Bệnh viện (BV) Tai Mũi Họng Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến

cứu 140 bệnh nhân VMXMT có polyp mũi được phẫu thuật nội soi mũi xoang từ tháng 4/2015 đến 7/2017. **Kết quả:** 140 bệnh nhân (83 nam, 57 nữ, tuổi trung bình: $42,1 \pm 12,55$) được phẫu thuật nội soi cắt polyp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Tất cả các triệu chứng cơ năng chính về mũi đều cải thiện sau phẫu thuật: 84,3% không còn triệu chứng chảy mũi, không còn triệu chứng rối loạn khứu giác là 77,1%. Nội soi sau phẫu thuật 3 tháng: 90% hồ mô sạch không có polyp. Biến chứng sau phẫu thuật thường gặp nhất là hiện tượng dính chiếm 5%, chủ yếu xảy ra dính giữa cuốn mũi giữa và vách ngăn. Không có trường hợp nào có biến chứng nặng như chảy dịch não tủy, chảy máu sau nhĩ cầu, song thị hay mù mắt. Sau 3 tháng có 88,6% đạt kết quả tốt, 8,6% kết quả trung bình và 2,8% đạt kết quả xấu. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi mũi xoang là phẫu thuật an toàn và mang lại hiệu quả trong điều trị bệnh VMXMT có polyp mũi.

Từ khóa: viêm mũi xoang mạn tính, polyp mũi, phẫu thuật nội soi.

*Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Châu Chiêu Hòa

Email: chieuhua72@yahoo.com

Ngày nhận bài: 30.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.12.2017

Ngày duyệt bài: 8.01.2018

SUMMARY**ENDOSCOPIC SINUS SURGERY FOR CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH NASAL POLYPS AT CAN THO ENT HOSPITAL**

Background: Chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP) is a highly prevalent disease of the nasal cavity and paranasal sinus, but its exact etiology is still unclear and remains a difficult to treat condition. Endoscopic sinus surgery (ESS) is an effective treatment for medically recalcitrant CRSwNP. **Objectives:** To evaluate ESS efficacy in CRSwNP treatment at Can Tho ENT Hospital. **Materials and method:** This is prospective cross-sectional descriptive study with 140 patients of CRSwNP submitted to ESS from April 2015 to July 2017. **Results:** One hundred forty CRSwNP patients (83 male, 57 female, mean age was 41.2 ± 12.55 years old) having undergone ESS involving polypectomy were enrolled. All rhinologic symptoms improved after surgery, in a statistically way: 84.3% no nasal discharge, 77.1% no hyposmia, 76.4% no nasal obstruction. 90% no polyp at 3-month follow-up endoscopy exams. The commonest surgical complication observed was synechiae between middle turbinate and septum nasal (5%). No major complications like CFS leak, retro orbital hemorrhage, diplopia and blindness were noted. The results after 3 months surgery showed that good with 88.6%, average with 8.6% and bad with 2.8%. **Conclusion:** It was concluded that ESS has proved to be an safe and effective treatment in CRSwNP.

Key words: chronic rhinosinusitis, nasal polyps, endoscopic sinus surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VMXMT có polyp mũi là một bệnh lý viêm mạn tính của đường hô hấp trên, là bệnh lý lành tính ở mũi nhưng rất hay tái phát, với tổn thương đa yếu tố phức tạp và nhiều cơ chế sinh lý mô bệnh học chỉ được biết một phần, bệnh chiếm tỉ lệ khoảng 1-4% trong dân số. VMXMT nói chung đã là một thể bệnh phức tạp rất khó điều trị dứt điểm, VMXMT có polyp mũi lại càng phức tạp và khó giải quyết hơn nữa. Ngày nay VMXMT có polyp mũi thường được điều trị hiệu quả với phẫu thuật nội soi mũi xoang do có tính ưu việt hơn so với các phương pháp phẫu thuật kinh điển. Phẫu thuật mang lại hiệu quả tối ưu với can thiệp tối thiểu, bảo tồn tối đa niêm mạc bình thường, can thiệp đúng bệnh tích, đảm bảo sự thông khí và dẫn lưu của các xoang cạnh mũi, khôi phục lại hoạt động thanh thải của hệ thống màng nhầy - lông chuyển giúp tái phục hồi sinh lý tự nhiên của mũi xoang cả về cấu trúc và chức năng. Mặc dù vậy vẫn phải đối mặt với sự tái diễn của bệnh nên xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu sau: *Đánh giá kết quả điều trị VMXMT có polyp mũi tại BV Tai Mũi Họng Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán VMXMT có polyp mũi được điều trị nội trú tại BV Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2015-2017.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán VMXMT có polyp mũi theo tiêu chuẩn EPOS 2012. Được chỉ định phẫu thuật nội soi mũi xoang và được phẫu thuật. Có sự đồng ý tham gia nghiên cứu và tái khám đúng hẹn.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có tiền sử VMXMT có polyp mũi đã được phẫu thuật. Viêm mũi xoang do nấm hoặc do nguyên nhân từ răng, chấn thương hay u. BN có bệnh nội khoa nặng chống chỉ định phẫu thuật.

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại BV Tai Mũi Họng Cần Thơ. Thời gian: 4/2015 – 7/2017.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 140 bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nơi cư ngụ.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật: loại phẫu thuật, tai biến phẫu thuật, mức độ sự cải thiện triệu chứng cơ năng chính sau phẫu thuật theo thang điểm quan sát VAS, đánh giá hồ mổ qua nội soi theo Lund-Kennedy, biến chứng phẫu thuật.

Phương pháp thu thập số liệu: khám lâm sàng, nội soi mũi xoang, CT scan mũi xoang tiến hành phẫu thuật và đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi mũi xoang điều trị cho 140 bệnh nhân VMXMT có polyp mũi.

3.1 Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

- Nam giới có 83/140 BN chiếm 59,3% và nữ giới có 57/140 BN chiếm 40,7%.

- Tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1.

- Tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi và lớn nhất là 76 tuổi.

- Độ tuổi trung bình là $41,2 \pm 12,55$.

- Nơi cư ngụ: ở vùng nông thôn chiếm đa số 66,4%, BN sống ở vùng thành thị chiếm tỷ lệ 33,6%.

3.2 Đánh giá kết quả điều trị**Phương pháp phẫu thuật**

Bảng 1. Phân bố các loại phẫu thuật

Loại phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ %
Mở khe giữa + cắt polyp	9	6,4
Mở sàng hàm + cắt polyp	76	54,3
Mở khe giữa, nạo sàng, ngách trán, xoang bướm + cắt polyp	55	39,3
Tổng	140	100

Nhận xét: Phẫu thuật mở sàng hàm + cắt polyp chiếm nhiều nhất 76/140 bệnh chiếm 54,3%, kế đến là phẫu thuật mở khe giữa, nạo sàng, ngách trán, xoang bướm + cắt polyp có 55/140 bệnh chiếm 39,3%, phẫu thuật mở khe giữa + cắt polyp có tỷ lệ thấp nhất với 9/140 bệnh chiếm 6,4%.

Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật**Bảng 2.** Mức độ cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật 3 tháng (n=140)

Triệu chứng	Không giảm		Giảm		Hết	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nghe mũi	0	0	33	23,6	107	76,4
Chảy mũi	1	0,7	21	15	118	84,3
Rối loạn khứu giác	0	0	32	22,9	108	77,1
Đau căng nặng mặt	1	0,7	9	6,4	130	92,9

Nhận xét: Tỷ lệ không giảm các triệu chứng sau 3 tháng đều chiếm rất thấp. Sau 3 tháng, không có bệnh nhân nào không giảm triệu chứng nghe mũi và rối loạn khứu giác. Tỷ lệ hết các triệu chứng sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao >75% trong đó triệu chứng đau căng nặng mặt chiếm tỷ lệ cao nhất 92,9%, đứng thứ 2 là chảy mũi chiếm 84,3%, kế đến là triệu chứng rối loạn khứu giác chiếm 77,1%, triệu chứng nghe mũi có tỷ lệ cải thiện thấp nhất chỉ chiếm 76,4%.

Nội soi sau phẫu thuật: Đánh giá qua 5 yếu tố: niêm mạc, dịch tiết, polyp, sẹo và vảy theo Lund-Kennedy.

Bảng 3. Hình ảnh nội soi sau phẫu thuật 3 tháng (n=140)

Tổn thương		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Niêm mạc	Bình thường	89	63,6
	Phù nề nhẹ	40	28,6
	Phù nề nặng	11	7,8
Dịch tiết	Không dịch	104	74,3
	Trong, nhầy loãng	30	21,4
	Mủ nhầy, đặc	6	4,3
Polyp	Không có polyp	126	90
	Khu trú khe giữa	14	10
Sẹo	Không có sẹo	59	42,1
	Sẹo hóa ít	76	54,3
	Sẹo hóa nhiều	5	3,6
Vảy	Không có vảy	119	85
	Vảy ít	20	14,3
	Vảy nhiều	1	0,7

Nhận xét: Sau phẫu thuật 3 tháng, không có polyp chiếm tỷ lệ cao nhất 90%, 14/140 bệnh có polyp ở khe giữa, không có trường hợp nào

Tai biến phẫu thuật: Trong các trường hợp phẫu thuật VMXMT có polyp mũi, không có tai biến trong lúc phẫu thuật chiếm đa số có 117/140 bệnh chiếm 83,6%. Có 01 trường hợp tổn thương xương giấy chiếm 0,7% gây tụ máu và bầm tím nhẹ ổ mắt nhưng không cần can thiệp và thị lực sau mổ không bị ảnh hưởng. Chảy máu nhiều lúc mổ có 22/140 bệnh chiếm 15,7%, trường hợp chảy máu nhiều do tổn thương động mạch hay gặp là động mạch bướm khẩu cái và động mạch sàng trước.

Biến chứng sau phẫu thuật: Sau phẫu thuật 3 tháng, 95% không ghi nhận biến chứng. Các trường hợp dính niêm mạc sau phẫu thuật có 7/140 BN chiếm 5%, chủ yếu xảy ra dính giữa niêm mạc cuốn mũi giữa vào vách ngăn mũi.

polyp vượt ra ngoài khe mũi giữa, tiếp theo không có vảy chiếm 85%.

Kết quả điều trị**Bảng 4.** Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật 3 tháng

Kết quả chung	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	124	88,6
Trung bình	12	8,6
Xấu	4	2,8
Tổng	140	100

Nhận xét: Đạt kết quả tốt sau phẫu thuật 3 tháng chiếm nhiều nhất có 124/140 bệnh chiếm 88,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN**4.1 Đặc điểm chung**

Tuổi: Tỷ lệ mắc bệnh của nam trong nghiên cứu của chúng tôi nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 83/57 (1,5/1). So với các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự: nam giới chiếm 60% trong nghiên cứu của DeConde A.S. 2016 [6]. Như vậy, tỷ lệ nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới có thể cho rằng nam giới thường có những hoạt động ở những môi trường ô nhiễm, độc hại ảnh hưởng nhiều đến niêm mạc mũi xoang gây viêm

xoang kéo dài hoặc tái đi tái lại làm biến đổi niêm mạc gây ra polyp mũi.

Giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thấp nhất là 16, cao nhất là 76 và độ tuổi trung bình là $41,2 \pm 12,55$. Trong nghiên cứu của Trần Thị Thúy Hằng năm 2013 [3] cho thấy tuổi nhỏ nhất là 14, cao nhất là 64, khoảng tuổi mắc bệnh là từ 16-64 tuổi, tuổi trung bình là $40,96 \pm 1,55$. Độ tuổi từ 36-55 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 61% trong nghiên cứu của Hoàng Lương năm 2015 [4].

4.2 Đánh giá kết quả điều trị

Phương pháp phẫu thuật: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận loại phẫu thuật mở sàng hàm + cắt polyp chiếm nhiều nhất chiếm 54,3%, mở khe giữa, nạo sàng, ngách trán, xoang bướm + cắt polyp chiếm 39,3% và thấp nhất là mở khe giữa + cắt polyp chiếm 6,4%. Điều này tương tự như nghiên cứu của Trần Giám [2], phẫu thuật mở sàng hàm + cắt polyp chiếm tỷ lệ cao nhất (55,9%).

Tai biến phẫu thuật: Có 1 trường hợp tổn thương xương giấy chiếm 0,7% gây tụ máu quanh ổ mắt nhưng thị lực không giảm và máu tụ dần mất đi sau 1 tuần. Tỷ lệ chảy máu nhiều trong lúc phẫu thuật chiếm 15,7%. Nguyên nhân là do có bệnh lý nội khoa kèm theo như tăng huyết áp, bệnh nhân kết hợp các loại phẫu thuật kèm theo như chỉnh hình cuốn mũi và chỉnh hình vách ngăn, tổn thương động mạch sàng trước khi vào ngách trán trong phẫu thuật, bệnh nhân có polyp mũi độ 3, 4 hai bên, nếu gặp khó khăn nên dừng phẫu thuật vì nếu tiếp tục dễ gây tai biến nguy hiểm.

Biến chứng phẫu thuật: Biến chứng dính gặp 7/140 bệnh chiếm 5% trong nghiên cứu của chúng tôi sau phẫu thuật 3 tháng, tỷ lệ này thấp hơn so với tác giả Trần Giám chiếm 11,5% [2]. Chúng tôi nhận thấy, nếu phẫu thuật tạo ra các khoảng cách giữa các bề mặt niêm mạc, bảo tồn niêm mạc tối đa, tách cuốn mũi giữa ra khỏi vách ngăn để khe khứu thông thoáng kết hợp với chăm sóc hậu phẫu tốt: vệ sinh rửa mũi và tái khám đúng hẹn ít nhất 1 lần sau 1 tuần để lấy đi chất dịch tiết hoặc các cầu xơ vừa mới hình thành thì xơ dính sẽ giảm.

Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật: Khi tiến hành theo dõi triệu chứng nghẹt mũi sau quá trình điều trị, chúng tôi thấy đây là triệu chứng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống. Sau 3 tháng, hầu hết các bệnh nhân 107/140 bệnh (76,4%) là hết hoàn toàn nghẹt mũi, chỉ còn lại 33/140 bệnh (23,6%) bệnh nhân vẫn còn dấu hiệu nghẹt mũi nhẹ một số thời điểm trong ngày và một số ngày trong tuần.

Không còn bệnh nhân nào không cải thiện các triệu chứng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng giảm chảy mũi được bệnh nhân ghi nhận nhiều nhất. Hầu hết các bệnh nhân cảm thấy triệu chứng chảy mũi cải thiện nhiều, bệnh nhân cảm thấy dễ chịu. Sau 3 tháng, tỷ lệ bệnh nhân hoàn toàn hết các triệu chứng chảy mũi tăng lên 84,3%, còn bệnh nhân giảm chảy mũi giảm hơn xuống còn 15%. Có 1/140 bệnh (0,7%) không cải thiện triệu chứng do không có tuân thủ việc vệ sinh mũi nên tắc lại lỗ thông xoang và tăng xuất tiết dịch.

Rối loạn khứu giác là triệu chứng hay gặp trong nhóm các triệu chứng cơ năng chính. Sau 3 tháng, có 108/140 bệnh (77,1%) người được bình thường. Đây là triệu chứng đầu tiên được than phiền nhiều sau phẫu thuật và gặp rất nhiều khó khăn trong điều trị. Kết quả phục hồi chức năng khứu giác sau phẫu thuật FESS rất khó dự đoán chính xác và các nghiên cứu trước đây cho thấy sự cải thiện này khoảng 17-75%. Kết quả của chúng tôi là phù hợp với những dữ liệu này [7].

Tỷ lệ bệnh nhân có đau căng nặng mặt sau 3 tháng, các triệu chứng cải thiện nhanh chóng có 130/140 bệnh (92,9%) hết triệu chứng này, còn lại 1/140 bệnh (0,7%) không giảm đau, bệnh nhân đau 4 vị trí: trán, má, thái dương, góc mũi mắt. Các bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi đa số có đau căng nặng mặt kết hợp với các triệu chứng khác như chảy mũi mủ, nghẹt mũi nên chảy mũi, nghẹt mũi giảm thì đau căng nặng mặt cũng giảm theo, điều đó lý giải kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.3 Nội soi sau phẫu thuật

***Niêm mạc:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh nhân sau khi xuất viện được tư vấn về chăm sóc và điều trị sau mổ, hướng dẫn cách vệ sinh rửa mũi tại nhà. Sau 1 tuần bệnh nhân tái khám đánh giá và chăm sóc hố mổ. Nghiên cứu của chúng tôi có trường hợp bị dính gồm có dính niêm mạc cuốn mũi giữa vào vách mũi xoang, vách ngăn vào cuốn mũi dưới. Sau 3 tháng, tình trạng niêm mạc bình thường chiếm 63,6%, chỉ còn 7,8% niêm mạc phù nề mọng.

***Polyp mũi:** Polyp mũi ở hố mổ, sau 3 tháng tỷ lệ không có polyp chiếm 90%. Theo tác giả Trần Giám [2], sau 3 tháng là 78,8% thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Polyp xuất hiện sớm sau khi ra viện do bệnh nhân có cơ địa dị ứng và hen phế quản kèm theo. Polyp thường xuất hiện dưới những vùng niêm mạc có mũ ứ đọng. Do vậy, chăm sóc tại chỗ là một yếu tố đóng vai trò

quan trọng đối với sự phục hồi của niêm mạc mũi xoang.

Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật: Nghiên cứu của chúng tôi, sau 3 tháng kết quả tốt chiếm nhiều nhất chiếm 88,6%, kết quả trung bình chiếm 8,6% và 4/140 bệnh chiếm 2,8% đạt kết quả xấu.

Kết quả của chúng tôi so với kết quả của tác giả Hoàng Lương [4] trên 462 trường hợp có kết quả tốt là 86%, trung bình là 14%. Sự khác biệt trên có thể là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn nhiều so với tác giả.

Kết quả sau mổ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như quá trình điều trị nội khoa tích cực trước và sau mổ, vì polyp mũi dễ tái phát nên vấn đề chăm sóc sau mổ có vai trò rất quan trọng giúp cho sự lành vết mổ và phục hồi của hệ thống màng nhầy - lông chuyển nhanh hơn. Mặt khác, chỉ định phẫu thuật cũng rất quan trọng phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như triệu chứng cơ năng, hình ảnh nội soi và CT scan trước phẫu thuật. Các thao tác trong lúc phẫu thuật cũng là một yếu tố chính quyết định thành công trong điều trị.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi mũi xoang ngày càng đóng vai trò quan trọng trong điều trị VMXMT có polyp mũi vì những ưu điểm nổi bật là phương pháp an toàn, ít biến chứng, không có tai biến nghiêm trọng, cải thiện rõ rệt các triệu chứng lâm sàng >75% (không còn triệu chứng chảy mũi so với trước phẫu thuật chiếm 84,3%) và hình ảnh nội

soi sau phẫu thuật (90% nhóm nghiên cứu không còn polyp). Sau phẫu thuật 3 tháng, tốt (88,6%), trung bình (8,6%) và chỉ có 2,8% đạt kết quả xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Hồng Điệp (2011)**, *Nghiên cứu hình thái polyp mũi qua nội soi, cắt lớp vi tính và đối chiếu với mô bệnh học*, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Trần Giám (2013)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm mũi xoang mạn tính có polyp ở người lớn bằng phẫu thuật nội soi", *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, 58(17), tr. 331-346.
3. **Trần Thị Thúy Hằng (2013)**, *Khảo sát đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của polyp mũi*, Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh.
4. **Hoàng Lương (2015)**, "Điều trị bệnh viêm xoang polyp mũi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Sài Gòn", *Kỷ yếu Hội nghị khoa học Tai Mũi Họng toàn quốc lần thứ XVIII*, tr. 88-95.
5. **Vũ Kim Ngân (2017)**, "Khảo sát sự hiện diện của bạch cầu ái toan trong mô giải phẫu bệnh polyp mũi xoang và sự đáp ứng điều trị thuốc steroid xịt mũi sau phẫu thuật", *Chuyên đề Tai Mũi Họng và Phẫu thuật Đầu - Cổ*, tr. 56-62.
6. **DeConde A.S, Mace J.C et al (2016)**, "Prevalence of polyp recurrence after endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis with nasal polyposis", *The Laryngoscope*, 127(3), pp. 550-555.
7. **Kim BG., Kang JM. et al (2015)**, "Do sinus computed tomography findings predict olfactory dysfunction and its postoperative recovery in chronic rhinosinusitis patients", *Am J Rhinol Allergy*, 29, pp. 69-76.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG TỪ THÁNG 10 ĐẾN THÁNG 11 NĂM 2017

Lê Văn Thêm*, Trần Minh Tân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng phân tích một số yếu tố liên quan đến kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 10 đến tháng 11 năm 2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 150 bệnh nhân đái tháo đường tuý 2

đang điều trị ngoại trú. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 65,33±10,35, trên 50 tuổi chiếm 94,68%, nhiều nhất là nhóm tuổi 60-69 (39,33%), trí thức (39,33%). Thể trạng thừa cân, béo phì chiếm 46,0%. Thời gian mắc bệnh >5 năm chiếm 60,7%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm ăn nhiều (60%), uống nhiều (73,3%), khát nhiều (75,3%), gầy sút cân (70,7%), mệt mỏi (78,0%) và tê bì rối loạn cảm giác (58,7%). Kiểm soát glucose máu ở mức tốt chiếm 37,3%, mức chấp nhận 28,0%, mức kém 34,7%; mức kiểm soát kém cao ở đối tượng có độ tuổi 60-69 chiếm 37,2%, trí thức chiếm 40,7%. Một số yếu tố liên quan đến kiểm soát glucose máu như mối liên quan giữa mức độ kiểm soát glucose máu và kiểm soát HbA1c của bệnh nhân.

*Trường đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm
Email: themlv2003@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.11.2017
Ngày phản biện khoa học: 27.12.2017
Ngày duyệt bài: 4.01.2018

SUMMARY**STUDY OF CLINICAL, PRE-CLINICAL FEATURES OF DIABETIC PATIENTS TYPE 2 UNDER THE OUT- PATIENT TREATMENT AT HAI DUONG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL FROM OCTOBER TO NOVEMBER, 2017**

Purposes: To describe clinical, pre-clinical features, evaluate related factor of blood glucose control in the diabetic patients type 2 under the out-patient treatment from October to November, 2017. **Methods:** Descriptive cross- sectional study on 150 patients with diabetes type 2 who was under the out-patient treatment. **Results:** mean age was 65.33 ± 10.35 , over 50 at 94.68%, group 60-90 achieved the highest rate at 39.33%. Scholar was 39.33%. Over weight and obesity accounted for 46%. Disease duration over 5 years accounted for 60.7%. The common clinical symptoms were eating much (60%), drink much (73.3%), urine much (75.3%), lose weight (70.7%), tired (78%), feeling disorder (58.7). Glucose control at good level accounted for 37.3%, acceptable level at 28%, poor level at 34.7%, patients in group 60-69 years old with poor level accounted for 37.2% while scholar at 40.7%. Some related factor of blood glucose control such as correlation of blood glucose control and HbA1c control in patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

"Thế kỷ 21 là thế kỷ của các bệnh nội tiết và rối loạn chuyển hoá" dự báo của các chuyên gia y tế từ những năm 90 của thế kỷ XX đã và đang trở thành hiện thực. Trong đó, đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh không lây nhiễm được Tổ chức y tế thế giới (WHO) quan tâm hàng đầu trong chiến lược chăm sóc sức khoẻ cộng đồng. Tình trạng tăng đường huyết mạn tính của bệnh đái tháo đường gây các rối loạn chức năng và tổn thương nhiều cơ quan, đặc biệt là mắt, thận, thần kinh và tim mạch. ĐTĐ typ 2 còn gọi là ĐTĐ không phụ thuộc Insulin, chiếm 90-95% tổng số ca ĐTĐ, đặc trưng bởi sự đề kháng Insulin kèm theo sự giảm bài tiết Insulin tương đối [1]. Theo Hiệp hội Đái tháo đường Quốc tế (IDF) 2015, số người mắc ĐTĐ trên thế giới là 415 triệu người (9,1%), con số này dự báo vào năm 2040 sẽ là 642 triệu người (10% dân số thế giới). Việt Nam là nước có tốc độ gia tăng ĐTĐ nhanh, theo điều tra của bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2002 tỷ lệ mắc ĐTĐ toàn quốc là 2,7%, năm 2015 theo điều tra của Bộ Y tế, tỷ lệ này là 4,1%, tỷ lệ tiền ĐTĐ là 3,6%), trong đó có tới 65% người bệnh không biết mình mắc bệnh [1].

Hải Dương là tỉnh đang trên đà phát triển về công nghiệp và dịch vụ, cùng với sự phát triển về kinh tế, xã hội, cùng với sự thay đổi của lối

sống thì lệ mắc bệnh ĐTĐ type 2 ngày càng gia tăng. Biện pháp hữu hiệu để làm giảm tiến triển và biến chứng của bệnh, chi phí cho chữa bệnh là phát hiện sớm và quản lý, điều trị người bệnh kịp thời. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương đã sớm đã triển khai công tác quản lý và điều trị ngoại trú ĐTĐ type 2 tại phòng khám Nội tiết của bệnh viện. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về việc đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại đây chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu của đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 10 đến tháng 11 năm 2017.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 10 đến tháng 11 năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ĐTĐ type 2 đã được chẩn đoán ĐTĐ type 2 theo tiêu chuẩn của ADA 2010 và điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

- Mức glucose huyết tương lúc đói $\geq 7,0\text{mmol/l}$ ($\geq 126\text{mg/dl}$).

- Mức glucose huyết tương $\geq 11,1\text{mmol/l}$ (200mg/dl) ở thời điểm 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống.

- HbA1c $\geq 6,5\%$ (48mmol/mol theo Liên đoàn Sinh hóa Lâm sàng Quốc tế - IFCC).

- Có các triệu chứng lâm sàng điển hình của ĐTĐ và mức glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ $\geq 11,1\text{mmol/l}$ (200mg/dl).

Thời gian: Từ 01/10/2017 đến 30/11/2017.

Địa điểm: Phòng khám Nội tiết, bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu ngang có phân tích.

2.2.2 Cỡ mẫu, chọn mẫu: Toàn bộ bệnh nhân ĐTĐ type 2 đã được chẩn đoán ĐTĐ type 2 theo tiêu chuẩn của ADA 2010 và điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương trong thời gian nghiên cứu

2.2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu: Tất cả đối tượng nghiên cứu khi đi khám định kỳ được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cần thiết và phỏng vấn khai thác kỹ các yếu tố liên quan đến bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã được chuẩn bị trước.

2.2.4. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 19.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Số lượng bệnh nhân nam là 71, số bệnh nhân nữ là 79. Tỷ lệ nam/nữ là 0,90.

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi.

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
<40	2	1,33
40-49	6	3,99
50-59	34	22,67
60-69	59	39,33
≥70	49	32,68
Tổng số	150	100
Tuổi trung bình	65,33 ± 10,35	

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 65,33 ± 10,35. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu trên 50 tuổi chiếm 94,68%. Nhóm tuổi 60 - 69 có tỷ lệ cao nhất 39,33%.

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh.

Thời gian mắc bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
<1 năm	0	0
1-5 năm	59	39,3
>5 năm	91	60,7
Tổng số	150	100
Thời gian mắc bệnh trung bình	7,87±6,32	

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh trung bình là 7,87±6,32 năm. Thời gian mắc bệnh trên 5 năm chiếm phần lớn 60,7%.

Bảng 3.3. Thể trạng của đối tượng nghiên cứu.

Thể trạng		BMI	Số lượng	Tỷ lệ %
Gầy		<18,5	14	9,3
Bình thường		18,5 - 22,9	67	47,4
Béo	Thừa cân	23 - 24,9	33	22,0
	Béo độ 1	25 - 29,9	35	23,3
	Béo độ 2	≥ 30	1	0,7
Tổng số			150	100

Nhận xét: Đối tượng có thể trạng bình thường chiếm đa số (47,4%). Đối tượng thừa cân, béo phì chiếm 46%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.4. Đặc điểm lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu.

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Ăn nhiều	90	60,0
Uống nhiều	110	73,3
Đái nhiều	113	75,3

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiểm soát glucose máu của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.8. Mức độ kiểm soát glucose máu theo giới tính.

Giới tính	Kiểm soát G máu		Tốt		Chấp nhận		Kém	
			Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %

Gầy sút cân	106	70,7
Mệt mỏi	117	78,0
Tê bì rối loạn cảm giác	88	58,7
Đau ngực	59	39,3
Giảm thị lực	53	35,3
Triệu chứng bàn chân ĐTĐ	15	10,0
Không có triệu chứng	7	4,7

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu là: ăn nhiều (60%), uống nhiều (73,3%), đái nhiều (75,3%), gầy sút cân (70,7%), mệt mỏi (78,0%) và tê bì rối loạn cảm giác (58,7%). 4,7% đối tượng không biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

Bảng 3.5. Mức độ kiểm soát glucose máu của đối tượng nghiên cứu

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt (4,4 - 6,1)	56	37,3
Chấp nhận (6,2 - 7,0)	42	28,0
Kém (> 7,0)	52	34,7
Tổng số	150	100
Glucose máu trung bình	6,98±1,86	

Nhận xét: Mức độ kiểm soát đường huyết tốt là 37,3%. Mức độ kiểm soát đường huyết kém là 34,7%. Chỉ số glucose máu trung bình của đối tượng nghiên cứu là 6,98±1,86 nằm ở mức kiểm soát chấp nhận.

Bảng 3.6. Mức độ kiểm soát HbA1C của đối tượng nghiên cứu. (Theo tiêu chuẩn của WHO năm 2002)

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt (≤ 7,0)	87	58,0
Chấp nhận (7,1-7,5)	25	16,7
Kém (> 7,5)	38	25,3
Tổng số	150	100
HbA1C trung bình	7,25±1,34	

Nhận xét: Đối tượng kiểm soát HbA1C ở mức độ tốt chiếm 58,0%. Đối tượng kiểm soát HbA1C ở mức độ kém chiếm 25,3%. Chỉ số HbA1C trung bình của đối tượng nghiên cứu là 7,25±1,34 nằm ở mức kiểm soát chấp nhận.

Bảng 3.7. Tỷ lệ rối loạn thành phần lipid máu ở đối tượng nghiên cứu.

Thành phần	Giới hạn bệnh lý (mmol/l)	Số lượng	Tỷ lệ %
Cholesterol	>5.2	31	20,7
Triglycerid	>2.3	60	40,0
HDL - C	<0.9	27	18,0
LDL - C	>3.5	43	28,7
Có rối loạn ít nhất một thành phần		98	65,33

Nhận xét: Có 20,7% đối tượng có tăng cholesterol máu, có 18,0% đối tượng có giảm HDL—C máu, có 65,33% đối tượng có rối loạn ít nhất một thành phần mỡ máu.

Nam	25	35,2	20	28,2	26	36,6
Nữ	31	39,1	22	27,0	26	32,9

$p > 0,05$

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát glucose máu ở mức độ chấp nhận trở lên ở nam và nữ lần lượt là 63,6% và 67,1%. Mức độ kiểm soát glucose máu ở nam và nữ tương đương nhau ($p > 0,05$).

Bảng 3.9. Mức độ kiểm soát glucose máu theo nhóm tuổi.

Nhóm tuổi	Kiểm soát G máu		Tốt		Chấp nhận		Kém	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
<40	2	100	0	0	0	0	0	0
40-49	2	33,3	3	50	1	16,7		
50-59	15	44,1	9	26,5	10	24,4		
60-69	20	33,8	13	22,0	22	37,2		
>70	17	34,7	17	34,7	19	30,6		

$p > 0,05$

Nhận xét: Đường huyết kiểm soát tốt nhất ở nhóm tuổi <40 (100%). Đường huyết kiểm soát kém nhất ở nhóm tuổi 40-49 (33,3%). Mức độ kiểm soát glucose máu ở các nhóm tuổi tương đương nhau ($p > 0,05$).

Bảng 3.10. Mức độ kiểm soát glucose máu theo nghề nghiệp.

Nghề nghiệp	Kiểm soát G máu		Tốt		Chấp nhận		Kém	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nông dân	18	53,0	8	23,5	8	23,5		
Công nhân	20	39,2	14	27,5	17	33,3		
Trí thức	17	28,8	18	30,5	24	40,7		
Khác	1	16,7	2	33,3	3	50,0		

$p > 0,05$

Nhận xét: Đường huyết kiểm soát tốt nhất ở đối tượng là nông dân (53,0%) và kém nhất ở đối tượng khác (16,7%). Mức độ kiểm soát glucose máu ở các nhóm nghề nghiệp tương đương nhau ($p > 0,05$).

Bảng 3.11. Mức độ kiểm soát đường huyết theo chế độ ăn.

Chế độ ăn	Kiểm soát G máu		Tốt		Chấp nhận		Kém	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Chế độ ăn ĐTD theo tư vấn	18	41,9	12	27,9	13	30,2		
Chế độ ăn bình thường không kiêng	37	35,9	30	29,1	36	35,0		
Chế độ ăn nhiều đường/mỡ/muối	1	25,0	0	0	3	75,0		

$p > 0,05$

Nhận xét: Nhóm có chế độ ăn ĐTD tư vấn có mức độ kiểm soát glucose máu ở mức độ tốt cao nhất 41,9%. Mức độ kiểm soát đường huyết của các nhóm đối tượng có chế độ ăn khác nhau tương đương nhau ($p > 0,05$).

Bảng 3.12. Mức độ kiểm soát đường huyết và tập thể dục thể thao.

Thói quen G máu tập thể dục thể thao	Kiểm soát		Tốt		Chấp nhận		Kém	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Không tập thể dục	11	40,7	6	22,3	10	33,0		
Tập thể dục ≤ 3 lần/tuần	13	43,3	8	26,7	9	30,0		
Thường xuyên tập thể dục	32	34,4	28	30,0	33	35,6		

$p > 0,05$

Nhận xét: Mức độ kiểm soát đường huyết của các nhóm đối tượng có thói quen tập thể dục thể thao khác nhau không có sự khác biệt. ($p > 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân ĐTD rất đa dạng. Các triệu chứng cổ điển ăn nhiều, gầy nhiều, đói

nhiều, uống nhiều có thể gặp đầy đủ hoặc không đầy đủ trên một bệnh nhân. Tần suất xuất hiện các triệu chứng lần lượt là uống nhiều 73,3%, đói nhiều 75,3%, ăn nhiều 60,0%, gầy sút cân 70,7%. Bệnh nhân có đủ bốn triệu chứng cổ điển là 43,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi

có tần suất xuất hiện các triệu chứng cổ điển ít hơn so với các tác giả khác. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Trí có 98,6% bệnh nhân gây sút cân, uống nhiều 87,8%, đói nhiều 83,7% [7]. Tác giả Bế Thu Hà cho thấy gây sút cân 81,7%, uống nhiều 84%, đói nhiều 86,7% [4].

4.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, chỉ số glucose máu trung bình của các nhóm tuổi từ 3,8 đến 16,3 mmol/l, trung bình là $6,98 \pm 1,86$ mmol/l. So sánh với tiêu chí kiểm soát glucose máu của WHO (2002) thì glucose máu trung bình nằm ở mức kiểm soát chấp nhận. Trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu, kiểm soát glucose máu ở mức tốt chỉ có 37,3%, mức chấp nhận 28,0% và còn lại 34,7% ở mức kiểm soát kém.

Nhóm bệnh nhân kiểm soát glucose máu tốt nhất thuộc nhóm tuổi <40, chiếm 100%. Nhóm bệnh nhân ở nhóm tuổi 60-69 kiểm soát ở mức độ kém chiếm 37,2%. Bệnh nhân có nghề nghiệp nông dân có mức kiểm soát tốt nhất (53,0%) trong khi đó bệnh nhân có nghề nghiệp khác kiểm soát glucose máu ở mức chấp nhận và mức kém lần lượt là 33,3% và 50,0%.

Theo Nguyễn Thị Ngọc Lan và cộng sự, glucose trung bình của đối tượng nghiên cứu là $7,96 \pm 2,43$, mức kiểm soát tốt là 14,4%, kém là 67,8% [5]. Đào Thi Dừa nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Huế cho kết quả kiểm soát glucose máu lúc đói đạt mức tốt 7,6%, mức chấp nhận 17,7%, mức kém 74,7% [3]. Phạm Văn Thủy nghiên cứu tại bệnh viện tuyến huyện, tỉnh Thái Bình thấy kiểm soát glucose máu ở mức tốt chiếm 31,8%, mức chấp nhận 27,9%, mức kém 40,3% [6]. Nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu trên phù hợp với kết luận của các tác giả trên.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số HbA1c trung bình của đối tượng nghiên cứu là $7,25 \pm 1,34$, thuộc mức độ kiểm soát chấp nhận theo tiêu chuẩn của WHO 2002. Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ HbA1c kiểm soát tốt, chấp nhận và kém lần lượt là 58,0%, 16,7% và 25,3%.

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Lan và cộng sự, hàm lượng HbA1c trung bình của các bệnh nhân tại bệnh viện A Thái Nguyên là $6,93 \pm 0,98$, tỷ lệ bệnh nhân đạt mức kiểm soát tốt và chấp nhận là 70% [5]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đương với các tác giả này.

Nghiên cứu của chúng tôi có 150 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 65,33% có rối loạn một hoặc nhiều thành phần lipid máu. Trong đó, rối loạn

cholesterol máu là 20,7% (cholesterol toàn phần trung bình là $4,49 \pm 1,78$ mmol), tăng triglycerid 40,0% (triglycerid trung bình là $2,49 \pm 2,26$ mmol), tăng LDL - C chiếm tỷ lệ 28,7% và giảm HDL - C chiếm tỷ lệ 18,0%.

Theo Bế Thu Hà, bệnh nhân có rối loạn triglycerid là 38,4%, ít gặp rối loạn HDL-C (11,9%), 76,7% bệnh nhân có rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu. Theo Lê Thị Cẩm và cộng sự, kết quả tỷ lệ rối loạn lipid máu là 65,3%, trong đó tăng cholesterol máu toàn phần chiếm 53%, tăng triglycerid chiếm 40%, tăng LDL - C chiếm 42,9% và giảm HDL - C chiếm 20% [2]. So với một số nghiên cứu trên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu trên.

4.2 Một số yếu tố liên quan đến kiểm soát glucose máu của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ kiểm soát glucose máu ở mức độ chấp nhận trở lên ở nam và nữ lần lượt là 63,6% và 67,1% ($p > 0,05$). Đường huyết kiểm soát tốt nhất ở nhóm tuổi <40 (100%) Đường huyết kiểm soát kém nhất ở nhóm tuổi 40-49 (33,3%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đường huyết kiểm soát tốt nhất ở đối tượng là nông dân (53,0%) và kém nhất ở đối tượng khác (16,7%), ($p > 0,05$). Nhóm có chế độ ăn ĐTD tư vẫn có mức độ kiểm soát glucose máu ở mức độ tốt cao nhất 41,9%, Mức độ kiểm soát đường huyết của các nhóm đối tượng có thói quen tập thể dục thể thao khác nhau không có sự khác biệt. ($p > 0,05$)

IV. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân.

- Thời gian mắc bệnh phần lớn > 5 năm (60,7%).

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm ăn nhiều (60%), uống nhiều (73,3%), đói nhiều (75,3%), gây sút cân (70,7%), mệt mỏi (78,0%) và tê bì rối loạn cảm giác (58,7%).

- Kiểm soát glucose máu ở mức tốt chiếm 37,3%, mức chấp nhận 28,0%, mức kém 34,7%

- 65,33% bệnh nhân có rối loạn lipid máu, 20,7% tăng cholesterol máu toàn phần, 40,0% tăng triglycerid, 28,7% tăng LDL-C, 18,0% giảm HDL-C.

2. Một số yếu tố liên quan đến kiểm soát glucose máu của bệnh nhân.

- Mức độ kiểm soát glucose máu ở nam và nữ tương đương nhau.

- Đường huyết kiểm soát tốt nhất ở nhóm tuổi <40 (100%). Đường huyết kiểm soát kém nhất ở nhóm tuổi 40-49 (33,3%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$)

- Nhóm có chế độ ăn ĐTD tư vấn có mức độ kiểm soát glucose máu ở mức độ tốt cao nhất 41,9%, Mức độ kiểm soát đường huyết của các nhóm đối tượng có thói quen tập thể dục thể thao khác nhau không có sự khác biệt. ($p>0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2014)**, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa*, Nxb Y học, Hà Nội, 2015.
2. **Lê Thị Cẩm và cộng sự (2015)**, "Kiểm soát một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện nội tiết Nghệ An", Hội nghị Y tế tỉnh Nghệ An.
3. **Đào Thị Dừa (2010)**, "Kiểm soát chuyển hóa bệnh nhân đái tháo đường kèm béo phì điều trị

ngoại trú tại bệnh viện Trung ương Huế", *Tạp chí Y học thực hành*, (723).

4. **Bê Thu Hà (2003)**, *Nghiên cứu thực trạng bệnh đái tháo đường điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn*, Luận án Thạc sĩ Y học, trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên.
5. **Nguyễn Thị Ngọc Lan, Bùi Nguyên Kiềm, Trịnh Xuân Tráng, (2010)**, "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện A Thái Nguyên", *Tạp chí khoa học và công nghệ*, trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên.
6. **Phạm Văn Thúy, Nguyễn Đỗ Huy, Ninh Thị Dung (2013)**, "Kết quả quản lý, điều trị ngoại trú bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện tuyến huyện, tỉnh Thái Bình", *Tạp chí Y học thực hành*, (874).
7. **Nguyễn Bá Trí (2016)**, "Thực trạng bệnh đái tháo đường ở người 45-69 tuổi và một số yếu tố liên quan tại thị trấn Sa Thầy, huyện Sa Thầy, tỉnh Kon Tum năm 2016", *Sở Y tế tỉnh Kon Tum*.

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC KHOA NỘI - NGOẠI - SẢN - NHI BỆNH VIỆN VIỆT NAM - THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ TỪ THÁNG 4/2017 ĐẾN THÁNG 6/2017

Đào Thị Phụng*, Lê Thị Dung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu này mô tả sự hài lòng trong công việc của điều dưỡng (ĐD) và so sánh sự hài lòng chung của ĐD trong từng yếu tố cá nhân. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 126 ĐD. **Kết quả:** tỷ lệ ĐD hài lòng với công việc đạt 55,6%, về môi trường làm việc là 61.9%, lãnh đạo, đồng nghiệp là 32.5%, quy chế nội bộ, tiền lương, phúc lợi là 63.5%, công việc, cơ hội học tập, thăng tiến là 68.3% và về bệnh viện là 77.8%. Có ý nghĩa khác nhau về sự hài lòng của ĐD trong yếu tố cá nhân là giới và nguồn thu nhập chính trong gia đình ($p < 0.05$). Tuy nhiên sự hài lòng của ĐD trong yếu tố (điều kiện sống, bằng cấp, số năm công tác, vị trí, loại công chức, số công việc kiêm nhiệm và số buổi trực) là như nhau ($p > 0.05$) tại các khoa Nội – Ngoại – Sản - Nhi bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí. **Kết luận:** kết quả nghiên cứu này đã gợi ý cho các nhà quản lý muốn nâng cao chất lượng nguồn nhân lực và cải thiện sự hài lòng của ĐD thì ban lãnh đạo bệnh viện cần tích cực cải thiện mối quan hệ lãnh đạo- đồng nghiệp, nâng cao điều kiện và môi trường làm việc, tăng chế độ tiền lương, phụ cấp, tạo cơ hội cho ĐD học tập, phát triển.

Từ khóa: sự hài lòng, điều dưỡng, bệnh viện.

SUMMARY

*Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Phụng
Email: phuongoathuyhd@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.11.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.12.2017
Ngày duyệt bài: 4.01.2018

SURVEY SATISFACTION OF NURSING IN INTERNAL - SURGERY - OBSTETRICS - PEDIATRIC WARD IN VIETNAM – SWEDEN GENERAL HOSPITAL UONG BI FROM 4/2017 TO 6/2017

Purposes: To describe the satisfaction of the nurse's work and to compare the overall satisfaction of the nurse in each individual factor. **Methods:** cross-sectional descriptive study conducted on 126 nurses. **Results:** job satisfaction of nurses was 55.6%; the working environment was 61.9%; the leader and colleague were 32.5%; the internal regulations, salary and welfare were 63.5%, work, study opportunities, promotion were 68.3% and the hospital was 77.8%. There were significant differences of the nurse's satisfaction in gender and main income in the family ($p < 0.05$). However, the nurse's satisfaction in the factors (living conditions, degrees, years of employment, positions, types of civil servants, number of year for works and number of night shift) were the same ($p > 0.05$) at the Internal - Surgery - Obstetrics - Pediatric wards in Vietnam – Sweden General Hospital Uong Bi. **Conclusion:** these results suggest that leaders want to raise the quality of their staffs resources and improve nurses' satisfaction. Leaders of hospital needs to positively improve relationships between leaderships and nurses, to raise working conditions and environment, to increase salary and allowances, and to advance opportunities for education and development.

Keywords: satisfaction, nursing, hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng nguồn nhân lực là một yếu tố vô cùng quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng công việc của mỗi ngành nghề, và nền kinh tế mỗi quốc gia. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế sẽ đảm bảo duy trì đủ nguồn nhân lực và nâng cao chất lượng các dịch vụ y tế [1]. Mặt khác việc làm hài lòng nhân viên y tế cũng là một chỉ số quan trọng trong đánh giá hiệu quả hoạt động và hiệu quả của dịch vụ y tế. Ở Việt Nam hiện nay, nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh là ưu tiên hàng đầu của tất cả các bệnh viện nhằm đạt được nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người bệnh. Trên thực tế, chất lượng chăm sóc người bệnh phụ thuộc vào chất lượng cơ sở hạ tầng, hiệu quả của hệ thống điều hành, chất lượng đào tạo, năng lực của nhân viên y tế và đặc biệt là điều dưỡng viên. Để nâng cao chất lượng nguồn nhân lực y tế và đặc biệt là ĐD, từ đó đề xuất các giải pháp nhằm giữ chân và thu hút nguồn nhân lực điều dưỡng có chất lượng cao giúp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và chăm sóc người bệnh tại các cơ sở y tế và cộng đồng. Tuy vậy, chưa có nghiên cứu nào được tiến hành riêng về thái độ, suy nghĩ và sự hài lòng của ĐD tại bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Khảo sát sự hài lòng của Điều dưỡng làm việc tại các khoa Nội - Ngoại - Sản - Nhi Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí từ tháng 4/2017 đến tháng 6/2017” với mục tiêu:

1. *Mô tả mức độ hài lòng của Điều dưỡng làm việc tại các khoa Nội - Ngoại - Sản - Nhi của Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí.*

2. *So sánh sự hài lòng chung của Điều dưỡng trong từng yếu tố cá nhân tại các khoa Nội - Ngoại - Sản - Nhi của Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (N = 126)

Đặc điểm		Số lượng (126)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	16	12.7
	Nữ	110	87.3
Tuổi ($M = 28.83 \pm 5.47$)	21-30	76	60.3
	31-42	50	39.7
Điều kiện sống hiện tại	Phải thuê nhà ở riêng	48	38.1
	Không phải thuê nhà ở	78	61.9
Bằng cấp cao nhất	TC	62	49.2
	CĐ	50	39.7
	ĐH và sau ĐH	14	11.1
Số năm công tác tại bệnh viện	<5 năm	66	52.4
	5-10 năm	36	28.6
	11-15 năm	24	19.0

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng đang làm việc tại các khoa các khoa Nội - Ngoại- Sản- Nhi Bệnh viện Việt Nam- Thụy Điển Uông Bí, Quảng Ninh.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian: từ tháng 04 năm 2017 đến tháng 06 năm 2017.

- Địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại các khoa lâm sàng Nội, Ngoại, Sản, Nhi của Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí, Quảng Ninh

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu: Toàn bộ ĐD đang làm việc tại các khoa Nội - Ngoại- Sản- Nhi Bệnh viện Việt Nam- Thụy Điển Uông Bí Quảng Ninh trong thời gian nghiên cứu, tổng cộng là 126 ĐD.

2.3.3. Kỹ thuật thu thập số liệu:

- Sau khi được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện, nhóm làm nghiên cứu giải thích mục tiêu của nghiên cứu cho các ĐD đang làm việc tại khoa Nội - Ngoại- Sản- Nhi hiểu, ĐD đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu đã ký phiếu tự nguyện tham gia. Sau đó nghiên cứu viên phát bộ câu hỏi cho các ĐD. ĐD tham gia hoàn thành câu trả lời trong thời gian khoảng 30 phút. sau đó điều tra viên thu phiếu và gửi về cho nhóm nghiên cứu.

- Công cụ thu thập thông tin: Phiếu khảo sát ý kiến của NVYT do Bộ Y tế ban hành [6].

2.3.4. Phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0

- Khoảng tin cậy được sử dụng là 95%.

- Mô tả trong SPSS đã được sử dụng để mô tả các biến và tỷ lệ phần trăm của các biến.

- Independent t-test và one-way analysis of variance (ANOVA) đã được sử dụng để so sánh sự hài lòng chung trong từng yếu tố.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm cá nhân:

	>15 năm	0	0.0
Vị trí công tác hiện tại	ĐD lâm sàng	103	81.8
	ĐD hành chính	14	11.1
	Điều dưỡng trưởng khoa/phòng	9	7.1
Loại công chức	Hợp đồng thời vụ	48	38.1
	Hợp đồng dài hạn	38	30.2
	Biên chế	40	31.7
Số công việc được phân công kiêm nhiệm	Không kiêm nhiệm thêm	104	82.5
	Kiểm nhiệm thêm 1 công việc	20	15.9
	Kiểm nhiệm thêm từ 2 công việc trở lên	2	1.6
Là người có thu nhập chính trong gia đình	Có	58	46.0
	Không	68	54.0
Số buổi trực trong 1 tháng ($M = 8.83 \pm 2.14$)	3-5 buổi	12	9.5
	6-7 buổi	12	9.5
	8-9 buổi	50	39.7
	10-11 buổi	50	39.7
	12-13 buổi	2	1.6

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của ĐTNC là 28.83 ± 5.47 , thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 42 tuổi, độ tuổi 21-30 chiếm tỉ lệ cao nhất 60.3%. Đa số là ĐD nữ chiếm 87.3%. Tuổi dưới 30 chiếm 60.3%. ĐD không phải thuê nhà ở chiếm 61.9%, trình độ trung cấp chiếm 49.2%, đại học và sau đại học chiếm 11.1%, có 81.7% ĐD làm lâm sàng. ĐD Có thâm niên công tác dưới 5 năm chiếm 52.4%, hợp đồng thời vụ chiếm 38.1%. Tỷ lệ ĐD không kiêm nhiệm thêm các công việc

khác ngoài công việc được giao là 82.6% và đa số ĐD không phải là ng có thu nhập chính trong gia đình chiếm 54%. Số buổi trực trung bình của ĐD là 8.83 ± 2.14 . Người trực ít nhất là 3 buổi, nhiều nhất là 13 buổi. Đa số ĐD trực từ 8-9 buổi đến 10-11 buổi trong 1 tháng (39.7%), chỉ 1.6% trực từ 12-13 buổi/tháng (bảng 1).

3.2. Sự hài lòng trong công việc của điều dưỡng tại Bệnh viện Việt Nam- Thụy Điển Uông Bí Quảng Ninh:

Bảng 2: Tỷ lệ hài lòng của ĐD đối với từng yếu tố trong công việc (N = 126)

STT	Tên mục	HL		KHL	
		SL	TL(%)	SL	TL(%)
1	Sự hài lòng về môi trường làm việc	78	61.9	48	38.1
2	Sự hài lòng về lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp	41	32.5	85	67.5
3	Sự hài lòng về quy chế nội bộ, tiền lương, phúc lợi	80	63.5	46	36.5
4	Sự hài lòng về công việc, cơ hội học tập và thăng tiến	86	68.3	40	31.7
5	Sự hài lòng chung về bệnh viện	98	77.8	28	22.2
6	Hài lòng chung	70	55.6	56	44.4

Nhận xét: ĐD hài lòng chung về bệnh viện chiếm tỷ lệ cao nhất đạt 77.8%, tiếp đến là sự hài lòng về công việc, cơ hội học tập và thăng tiến (68.3%), tỷ lệ hài lòng thấp nhất ở yếu tố hài lòng về lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp (32.5%). ĐD hài lòng chung với cả 05 yếu tố chiếm tỷ lệ 55,6% (bảng 2).

3.3. So sánh sự hài lòng chung của ĐD trong từng yếu tố cá nhân.

Bảng 3: So sánh sự hài lòng chung của ĐD trong từng yếu tố cá nhân (N=126)

Các yếu tố cá nhân	t	F	p
Nhóm tuổi		1.126	0.33
Giới	-0.283		0.03
Điều kiện sống hiện tại	-1.305		0.09
Bảng cấp cao nhất		1.200	0.30
Số năm công tác tại bệnh viện		0.329	0.72
Vị trí công tác hiện tại		0.873	0.42
Loại công chức		0.163	0.85
Số công việc được phân công kiêm nhiệm thêm		0.049	0.95
Số buổi trực trong 1 tháng		2.105	0.07
Là người có thu nhập chính trong gia đình	0.115		0.04

Nhận xét: Có sự khác nhau về sự hài lòng chung của điều dưỡng trong yếu tố cá nhân là giới ($t = -0.283$, $p < 0.05$) và nguồn thu nhập chính trong gia đình ($t = 0.115$, $p < 0.05$). Tuy nhiên

không có sự khác nhau về sự hài lòng chung của điều dưỡng trong tuổi ($F=1.126$, $p > 0.05$), yếu tố điều kiện sống hiện tại ($t=-1.305$, $p > 0.05$), bằng cấp ($F=1.200$, $p > 0.05$), số năm công tác ($F=0.329$, $p > 0.05$), vị trí công tác ($F=0.873$, $p > 0.05$), loại công chức ($F=0.163$, $p > 0.05$), số công việc kiêm nhiệm ($F=0.049$, $p > 0.05$) và số buổi trực ($F=2.105$, $p > 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự hài lòng của ĐD đối với công việc:

4.1.1. Sự hài lòng chung: Nghiên cứu cho kết quả 55.6% ĐD hài lòng với cả 5 yếu tố trong công việc. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Như Tú (2013) có 27.6% [2]. Có sự thay đổi tích cực này là do các yếu tố trong công việc cũng đồng thời được cải thiện: trang thiết bị được đầu tư và đổi mới thường xuyên, lãnh đạo tạo điều kiện và quan tâm hơn đến nhân viên, phân công chuyên môn hợp lý. Do đó tỷ lệ ĐD hài lòng với công việc và các yếu tố trong công việc cũng tăng đáng kể. Đây cũng là động lực thúc đẩy các điều dưỡng yêu nghề và ngày càng phấn đấu hơn cho sự nghiệp phát triển ĐD của Việt Nam, góp phần vào nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh ngày càng tốt hơn và đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân.

4.1.2. Sự hài lòng với môi trường làm việc: Tỷ lệ ĐD hài lòng với môi trường làm việc đạt 61.9%, tuy nhiên tỷ lệ này cao hơn nhiều so với kết quả của Lê Thanh Nhuận và Lê Cự Linh (2009) có hài lòng về trang thiết bị là 43%, cơ sở vật chất là 50% và Nguyễn Như Tú (2013) chiếm 44.4% [2][3]. Lý do của sự khác biệt này là do BV Việt Nam- Thụy Điển là bệnh viện được thành lập và đưa vào hoạt động từ rất lâu (1981). Trong suốt quá trình hoạt động BV luôn có sự đầu tư và đổi mới trang thiết bị làm việc, cải thiện môi trường làm việc cho nhân viên, ứng dụng và chuyển giao các công nghệ kỹ thuật mới nhất với các chuyên gia Thụy Điển để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

4.1.3. Sự hài lòng về lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp: Tỷ lệ hài lòng đối với yếu tố này đạt 32.5% thấp nhất trong 5 yếu tố, thấp hơn rất nhiều so với Nguyễn Như Tú (2013) có hài lòng lãnh đạo là 86.5%, đồng nghiệp là 89.7% và Trần Văn Bình (2016) có tỷ lệ 82% [2][4].

4.1.4. Sự hài lòng về quy chế nội bộ, tiền lương, phúc lợi: Trong đó tỷ lệ cao nhất đạt 85.7% ở 2 tiêu mục "Bảo đảm đóng BHXH, BHYT, khám sức khỏe định kỳ và các hình thức hỗ trợ ốm đau, thai sản đầy đủ" và "Có phong

trào thể thao văn nghệ tích cực", trong khi đó tỷ lệ này của Trần Văn Bình (2016) lần lượt là 81,9% và 73.3% [4]. Điều này chứng tỏ lãnh đạo BV Việt Nam- Thụy Điển Uông Bí đã quan tâm nhiều hơn đến chăm sóc sức khỏe thể chất và tinh thần cho đội ngũ Điều dưỡng. Đáng lưu ý là tiêu mục có tỷ lệ hài lòng thấp nhất là liên quan đến thu nhập tăng thêm, cách chia thu nhập tăng thêm (71.4%); điều này có thể nói lên các nguồn thu trong các đơn vị còn chưa thực sự làm hài lòng với mong muốn về thu nhập của người ĐD. Như vậy, kết quả nghiên cứu của tôi rất tương đồng và khẳng định lại tầm quan trọng của yếu tố tài chính.

4.1.5. Sự hài lòng về công việc, cơ hội học tập và thăng tiến: Mức hài lòng chung đối với yếu tố công việc, cơ hội học tập và thăng tiến là 68.3%. Tỷ lệ này cao hơn so với Lê Thanh Nhuận & Lê Cự Linh (2009) (63.4%) và thấp hơn của Trần Văn Bình (2016) chiếm 77.4% [3],[4]. Điều này chứng tỏ có sự phân công rõ ràng và phù hợp giữa công việc chuyên môn và năng lực của Điều dưỡng, tuy nhiên việc tạo điều kiện cho ĐD học tiếp các bậc cao hơn thì chưa đạt tỷ lệ tối đa như mong muốn, nguyên nhân này có thể do các trường đào tạo (thạc sỹ, tiến sỹ...) đúng chuyên ngành ĐD chưa được mở rộng nên khó khăn cho người ĐD muốn học lên bậc học cao hơn.

4.1.6. Sự hài lòng về bệnh viện: Tỷ lệ hài lòng chung của yếu tố này là 77.8% cao nhất trong 5 yếu tố và điều này cho thấy ĐD tương đối hài lòng với sự quan tâm và đãi ngộ của BV đối với nhân viên.

4.2. So sánh sự hài lòng chung của điều dưỡng trong từng yếu tố cá nhân: Từ kết quả bảng 2 cho thấy: Có ý nghĩa khác nhau về sự hài lòng chung của điều dưỡng trong yếu tố giới tính ($t = -0.283$, $p < 0.05$). Kết quả cho thấy tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới, theo Lyn N. Henderson (2008), vì nữ giới chiếm số đông trong nghề y, do đó điều quan trọng là các nhà lãnh đạo phải xem xét các nhu cầu khác nhau của nhân viên y tế nữ khi phát triển các yếu tố động viên nhân viên làm việc [5]. Làm việc bán thời gian hay thời gian linh hoạt, nghỉ phép hoặc nghỉ lễ linh động, chăm sóc con cái và học tập của con và tạm nghỉ việc theo kế hoạch là một số yếu tố động viên quan trọng đối với nguồn lao động nữ.

Nghiên cứu cũng chỉ ra có sự khác biệt về sự hài lòng chung của điều dưỡng trong yếu tố là người có thu nhập chính trong gia đình ($t = 0.115$, $p < 0.05$), kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Thanh Nhuận và Lê

Cự Linh (2009)[3]. Điều này cho thấy mặc dù đều có vai trò là người thu nhập chính trong gia đình nhưng có thể do nhu cầu chi tiêu của mỗi gia đình là khác nhau, yêu cầu đòi hỏi mức độ tài chính trong mỗi gia đình là không giống nhau, do đó mà sự hài lòng với nguồn thu nhập của họ cũng khác nhau.

Tuy nhiên không có ý nghĩa khác nhau về sự hài lòng chung của điều dưỡng về nhóm tuổi ($F=1.126$, $p > 0.05$), bằng cấp ($F=1.200$, $p > 0.05$), số năm công tác ($F = 0.329$, $p > 0.05$), loại công chức ($F=0.163$, $p > 0.05$). Do chế độ đãi ngộ của bệnh viện công bằng, phù hợp với mức độ bằng cấp, thâm niên công tác như ĐD làm việc lâu năm hơn trong viện sẽ được hưởng chế độ ưu đãi nhiều hơn. Vì vậy mà các ĐD ở đây thấy phù hợp với những chế độ và chính sách của bệnh viện nên họ đã có sự hài lòng như nhau.

Kết quả nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa sự hài lòng chung của điều dưỡng với điều kiện sống hiện tại ($t = -1.305$, $p > 0.05$). Trong nghiên cứu về mối quan hệ giữa các đồng nghiệp với nhau đã tìm thấy tỷ lệ rất cao chiếm 96.8% là đồng nghiệp quan tâm giúp đỡ nhau trong cuộc sống. Tỷ lệ này cho thấy tinh thần đoàn kết cao của đồng nghiệp, các ĐD cảm thấy được chia sẻ gánh nặng cũng như các khó khăn trong cuộc sống khi họ gặp phải vì vậy mà sự hài lòng chung về điều kiện sống là như nhau.

V. KẾT LUẬN

1. Sự hài lòng của Điều dưỡng:

- Tỷ lệ hài lòng về môi trường làm việc là 61.9%.
- Tỷ lệ hài lòng về lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp là 32.5%.
- Tỷ lệ hài lòng về quy chế nội bộ, tiền lương, phúc lợi là 63.5%.
- Tỷ lệ hài lòng về công việc, cơ hội học tập và thăng tiến là 68.3%.
- Tỷ lệ hài lòng về bệnh viện là 77.8%.
- Tỷ lệ hài lòng đối với công việc của ĐD là 55.6%.

2. So sánh sự hài lòng chung của Điều dưỡng trong từng yếu tố cá nhân:

- Có sự khác nhau về sự hài lòng chung của điều dưỡng trong yếu tố cá nhân là giới và nguồn thu nhập chính trong gia đình ($p < 0.05$).

- Tuy nhiên không có sự khác nhau về sự hài lòng chung của điều dưỡng trong yếu tố điều kiện sống hiện tại, bằng cấp, số năm công tác, vị trí công tác, loại công chức, số công việc kiêm nhiệm và số buổi trực ($p > 0.05$) tại các khoa Nội – Ngoại – Sản – Nhi của bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí.

KIẾN NGHỊ

- Lãnh đạo các đơn vị tiếp tục duy trì những nội dung đã có sự hài lòng tốt của NVYT.

- Nên bố trí phòng trực tiện nghi, cải thiện và đảm bảo an toàn môi trường làm việc để ĐD yên tâm làm việc, có như vậy chất lượng công việc mới được nâng cao.

- Tạo sự tin tưởng, nâng cao kỹ năng giao tiếp với người bệnh và người nhà để có sự hợp tác điều trị tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Linda H. Aiken, Sean P. Clarke, Douglas M. Sloane, Julie Sochalski và Jeffrey H. Silber (2002b), "Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction", Journal of American Medical Association, Vol 288 (No 16), pp. 1987-1993.
2. Nguyễn Thị Như Tú (2013) "Một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng trong công việc của điều dưỡng tại tỉnh Bình Định", Luận án thạc sĩ y khoa, Bình Định.
3. Lê Thanh Nhuận và Lê Cự Linh (2009), "Sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tuyến cơ sở".
4. Trần Văn Bình và cộng sự (2016) "Sự hài lòng của nhân viên y tế tại các bệnh viện thuộc tỉnh Kon Tum năm 2016"
5. Lyn N. Henderson và Jim Tulloch (2008), "Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries"
6. Phạm Trí Dũng, Phùng Thanh Hùng và Phạm Quỳnh Anh (2014) "Bản luận phương pháp nghiên cứu và một số kết quả của các luận văn thạc sĩ tại trường đại học Y tế công cộng về sự hài lòng với công việc của nhân viên Y tế trong bệnh viện" [Y học thực hành (907)-số 3/2014].

ĐO LƯỜNG GÁNH NẶNG BỆNH TẬT:

TỔNG QUAN MỘT SỐ KHÁI NIỆM VÀ VẤN ĐỀ KỸ THUẬT CƠ BẢN

Nguyễn Thu Hà¹, Nguyễn Quỳnh Anh¹, Trần Khánh Long²,
Nguyễn Thị Trang Nhung¹, Nguyễn Thanh Hương¹

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y tế Công cộng – Hà Nội, Việt Nam

Chỉ số năm sống tàn tật hiệu chỉnh (Disability Adjusted Life Year - DALY) được giới thiệu lần đầu vào năm 1991 nhằm mục đích cơ bản là ước tính gánh nặng của bệnh tật và chấn thương trong quần thể, hỗ trợ cho xác định ưu tiên nhằm phân bổ nguồn lực. Trong hơn hai thập kỷ qua, nghiên cứu và sử dụng DALY đã có nhiều đóng góp vào quá trình hoạch định chính sách toàn cầu, khu vực cũng như quốc gia ở nhiều cấp độ khác nhau. Trong khi phương pháp và kỹ thuật tính toán DALY trên toàn cầu đã có nhiều thay đổi kể từ năm 1991 đến nay, tại Việt Nam chưa có bất kỳ tổng quan nào được thực hiện liên quan đến khái niệm và kỹ thuật tính toán DALY cơ bản. Hiểu được những vấn đề cơ bản liên quan đến kỹ thuật tính toán sẽ giúp cho Việt Nam đóng góp vào nghiên cứu và sử dụng DALY một cách hiệu quả phục vụ cho quá trình hoạch định chính sách trong nước.

Từ khóa: Gánh nặng bệnh tật, số năm sống hiệu chỉnh theo mức độ tàn tật, DALY, YLL, YLD

SUMMARY

QUANTIFY BURDEN OF DISEASES: REVIEWS OF DEFINITION AND BASIC TECHNICAL ISSUES

The Disability Adjusted Life Year (DALY) was first introduced in 1991 with the primary purpose of estimating the burden of disease and injury in the population in order to aid the priority setting and resources allocation. Over the last two decades, research and use of DALY has contributed to global, regional and national policy making at various levels. While the techniques employed in calculating DALY have changed considerably since 1991, no overview has ever been made in Vietnam concerning the basic concept and technique of DALY. Understanding the technical basis will help Vietnam better contribute to the research and useage of DALY for the domestic policy making process.

Keywords: Burden of disease, disability adjusted life year, DALY, YLL, YLD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh khan hiếm nguồn lực, vai trò của bằng chứng nhằm hỗ trợ xác định ưu tiên và đưa ra các quyết định liên quan đến phân bổ nguồn lực cho hệ thống y tế ngày càng quan trọng [1]. Trong một thời gian dài khi giảm tỷ lệ tử vong là ưu tiên hàng đầu của hệ thống y tế, thống kê về tử vong và kỳ vọng sống được sử dụng phổ biến nhằm xác định ưu tiên. Mặc dù về mặt nguyên tắc số liệu về tử vong nói chung và theo từng nguyên nhân có thể thống kê được,

nhược điểm của nguồn số liệu này nằm ở tính rời rạc và không nhất quán vì nhiều nguyên nhân liên quan đến cách thức ghi nhận, cách thức xác định nguyên nhân tử vong...[2]. Không những thế, hạn chế của việc sử dụng số liệu tử vong đơn thuần trong xác định ưu tiên nằm ở chỗ không cung cấp được thông tin về ảnh hưởng của các bệnh mạn tính, chấn thương và tàn tật [2,3]. Bên cạnh đó, việc sử dụng những thông tin khác như tỷ lệ hiện mắc hay tỷ lệ mới mắc cũng không phải là chỉ số có thể cho phép so sánh được giữa các vấn đề sức khỏe khác nhau [4].

Khắc phục những hạn chế nói trên, chỉ số năm sống tàn tật hiệu chỉnh (Disability Adjusted Life Year - DALY) được giới thiệu năm 1991, được coi là cách tiếp cận được chuẩn hóa nhằm tổng hợp các thông tin có khả năng so sánh được về bệnh tật, tàn tật và tử vong nào ở các quần thể khác nhau trên toàn thế giới [5]. Chỉ số DALY được phát triển bởi nhóm nghiên cứu viên của Ngân hàng thế giới (WB) và trường đại học Harvard, Hoa Kỳ để phục vụ cho báo cáo Đầu tư cho sức khỏe của WB [6], và sau này được biết đến rộng rãi trong khuôn khổ nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu (Global Burden of Disease study-GBD). DALY được phát triển nhằm mục đích cơ bản là ước tính gánh nặng của bệnh tật và chấn thương trong quần thể, hỗ trợ cho xác định ưu tiên nhằm phân bổ nguồn lực [4,6]. Hiện tại giá trị này được nhiều tổ chức toàn cầu, các chính phủ sử dụng rất rộng rãi trong xác định ưu tiên phân bổ nguồn lực của hệ thống y tế, xác định ưu tiên nghiên cứu. DALY cũng được sử dụng như đơn vị đo lường hiệu quả của các can thiệp y tế trong các đánh giá kinh tế y tế, đặc biệt được dùng phổ biến trong đánh giá kinh tế y tế tại các quốc gia thu nhập thấp và trung bình.

Tại Việt Nam, DALY cũng đã được giới thiệu trong giai đoạn này, đánh dấu bởi việc công bố kết quả Nghiên cứu gánh nặng bệnh tật và chấn thương ở Việt Nam vào năm 2010. Chỉ số DALY sau đó cũng được nhắc đến trong Báo cáo tổng quan ngành y tế kể từ năm 2015 cung cấp các bằng chứng quan trọng cho quá trình hoạch định chính sách ngành y tế hàng năm.

Việc cập nhật gánh nặng bệnh tật tại Việt Nam sử dụng chỉ số DALY là rất quan trọng giúp phản ánh chính xác trạng thái cũng như xu hướng thay đổi gánh nặng của các vấn đề sức khỏe ở quy mô quốc gia từ đó hỗ trợ cho quá trình hoạch định chính sách. Trong khi phương pháp và kỹ thuật tính toán DALY trên toàn cầu đã có nhiều thay đổi kể từ năm 1991 đến nay, tại Việt Nam chưa có bất kỳ tổng quan nào được

²Nghiên cứu sinh Trường ĐH Tổng hợp kỹ thuật Queensland – Queensland, Úc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hà

Email: nth11@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2017

Ngày duyệt bài: 29.12.2017

thực hiện liên quan đến khái niệm và kỹ thuật tính toán DALY cơ bản. Hiểu được những vấn đề cơ bản liên quan đến kỹ thuật tính toán sẽ giúp cho người đọc có thể sử dụng được chỉ số này một cách phù hợp. *Vì lý do đó, bài báo tổng quan này được thực hiện nhằm tổng quan khái niệm và những kỹ thuật cơ bản trong đo lường gánh nặng bệnh tật sử dụng chỉ số DALY.*

II. PHƯƠNG PHÁP TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Để hoàn thành được bài báo này, nhóm tác giả đã rà soát và tổng hợp tài liệu kỹ thuật được cung cấp bởi Khóa tập huấn chuyên sâu về gánh nặng bệnh tật do Tổ chức nghiên cứu về đo lường sức khỏe (Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME) thuộc Trường đại học Washington, Hoa Kỳ - là cơ quan đảm nhận việc triển khai nghiên cứu GBD hiện tại; rà soát cơ sở dữ liệu của tổ chức IHME về các tài liệu kỹ thuật sử dụng trong phân tích GBD được lưu trữ từ năm 1991 đến nay; tìm kiếm tài liệu trên các cơ sở dữ liệu bao gồm Pubmed và PROSPERO với các từ khóa cơ bản về gánh nặng bệnh tật ("burden of disease", DALY, YLL, YLD và DW); tra cứu các công bố của tạp chí The Lancet về GBD; rà soát website của Tổ chức y tế thế giới (World Health Organization - WHO) và WB để tìm kiếm các tài liệu liên quan; rà soát danh mục tài liệu tham khảo của các công bố quan trọng. Bên cạnh đó, nhóm tác giả cũng tiến hành trao đổi với các nhà khoa học của tổ chức IHME để làm rõ các vấn đề liên quan đến khái niệm và kỹ thuật tính toán cơ bản trong quá trình thực hiện bài báo tổng quan này.

III. KẾT QUẢ

2.1. Một số khái niệm cơ bản

Năm sống tàn tật hiệu chỉnh - DALY:

Trong nhiều ấn phẩm và đặc biệt là trong công bố đầu tiên liên quan đến đo lường DALY, DALY được xác định là chỉ số đo lường khía cạnh mất mát của sức khỏe (health gap), kết hợp cả các thông tin về tử vong và tàn tật để phản ánh tình trạng sức khỏe của quần thể bằng một đơn vị đo lường tổng hợp duy nhất [4]. Một đơn vị DALY có thể hiểu là một năm sống khỏe mạnh mất đi do tử vong sớm và tàn tật như là hậu quả của một bệnh, chấn thương hoặc vấn đề sức khỏe. Thuật ngữ *tàn tật (disability)* được sử dụng để chỉ bất kỳ vấn đề sức khỏe cấp tính hay mạn tính nào dẫn đến sự suy giảm về cả thể chất và tinh thần trong ngắn hạn hoặc dài hạn, từ các bệnh truyền nhiễm cho đến các bệnh không truyền nhiễm, các bệnh tâm thần kinh, thiếu vi chất

đinh dưỡng, chấn thương.... DALY bao gồm hai cấu phần cơ bản. Thứ nhất, cấu phần tử vong của DALY được biết đến với tên gọi *năm sống mất đi do tử vong sớm - YLL*, biểu diễn số năm sống dự kiến lẽ ra còn lại tại tuổi tử vong. Cấu phần thứ hai là *năm sống mất đi do tàn tật - YLD* biểu diễn số năm sống trong tình trạng tàn tật được hiệu chỉnh dựa trên mức độ trầm trọng của vấn đề sức khỏe.

Tuổi thọ trung bình hay kỳ vọng sống (Life Expectancy - LE) cho biết số năm sống dự kiến còn lại của một người tại tuổi cụ thể. *Tuổi thọ khỏe mạnh (Healthy life expectancy - HALE)*, tương tự như LE nhưng cho biết số năm sống dự kiến còn lại trong tình trạng hoàn toàn khỏe mạnh của một người tại tuổi cụ thể, tức là đã được hiệu chỉnh dựa trên cả yếu tố tử vong và tàn tật.

Trọng số bệnh tật (Disability Weight - DW), cho phép so sánh mức độ trầm trọng tương đối giữa các tình trạng sức khỏe khác nhau. DW có giá trị từ 0 đến 1, với 0 tương đương với "hoàn toàn khỏe mạnh" và 1 tương đương với "tử vong". Trọng số bệnh tật của một tình trạng sức khỏe càng lớn đồng nghĩa với sự "ưa thích" của xã hội đối với 1 năm sống với tình trạng sức khỏe đó càng thấp. Ví dụ, 1 năm sống bị mù (DW=0,430) được xã hội ưa thích hơn so với 1 năm sống bị liệt nửa người (DW=0,570) và 1 năm sống bị liệt nửa người được xã hội ưa thích hơn so với 1 năm sống trong tình trạng trầm cảm đơn cực trầm trọng (DW=0,760).

2.2. Công thức và phương pháp tính toán: DALY của một tình trạng sức khỏe được tính bằng tổng số năm sống mất đi do tử vong sớm bởi tình trạng sức khỏe đó (Years of Life Lost due to Premature Death -YLL) và số năm sống với tàn tật (Years Lived with Disability - YLD). Công thức tính toán DALY được khái quát bằng công thức sau:

DALY = YLL + YLD: Mặc dù nguyên tắc đo lường DALY giữ nguyên không thay đổi kể từ khi được giới thiệu lần đầu từ năm 1991 đến nay, có nhiều nghiên cứu đo lường gánh nặng bệnh tật sử dụng chỉ số DALY đã được công bố ở cả quy mô quốc gia hay toàn cầu, sử dụng những phương pháp ước tính khác nhau. Một tổng quan hệ thống của tác giả Suzanne Polinder và cộng sự (2012) cho thấy có tất cả 27 nghiên cứu tính toán gánh nặng bệnh tật sử dụng chỉ số DALY trên thế giới trong giai đoạn 1990-2011. Mặc dù hầu như các nghiên cứu thường sử dụng cách tiếp cận của nghiên cứu GBD, vẫn có sự khác

biệt rất lớn về việc sử dụng phương pháp ước tính các cấu phần khác nhau của DALY.

2.2.1. Ước tính YLL: YLL của một tình trạng sức khỏe nào đó ở mỗi nhóm tuổi của nam hoặc nữ được tính bằng tích số của số trường hợp tử vong do tình trạng sức khỏe ở nhóm tuổi đó và kỳ vọng sống chuẩn (standard life expectancy) sử dụng trong GBD tại tuổi trung bình khi tử vong trong nhóm tuổi đó (thường được lấy là tuổi giữa của nhóm tuổi). Công thức cơ bản để tính YLL như sau: $YLL = N \times L$, với N là số trường hợp tử vong và L là kỳ vọng sống chuẩn tại tuổi trung bình khi tử vong theo nhóm tuổi và giới.

So sánh với cấu phần YLD, cách tiếp cận trong tính toán cấu phần YLL khá dễ hiểu. Về mặt nguyên tắc số liệu tử vong có bản chất của số liệu mới mắc nên việc tính toán YLL chỉ có thể được thực hiện theo cách tiếp cận mới mắc (incidence approach)[4]. Bảng sống chuẩn (reference life table) hoặc bảng sống của từng quốc gia là chìa khóa để ước tính YLL và việc lựa chọn các bảng sống khác nhau dẫn đến rất nhiều thay đổi trong kết quả. Ví dụ, bảng sống được sử dụng trong nghiên cứu GBD năm 1990 dựa trên kỳ vọng sống cao nhất được quan sát tại từng độ tuổi; bảng sống được sử dụng trong nghiên cứu GBD năm 2010, lại được điều chỉnh dựa trên tỷ suất tử vong thấp nhất được ghi nhận ở từng nhóm tuổi tại các quốc gia có tổng dân số trên 5 triệu dân. Bảng sống này cũng được thống nhất sử dụng toàn cầu trong nghiên cứu GBD, có thể được tìm thấy dễ dàng trên cơ sở dữ liệu của tổ chức IHME.

2.2.2. Ước tính YLD: YLD được tính bằng tích của DW và thời gian sống với bệnh tật. Công thức tính YLD của một tình trạng sức khỏe tính theo cách tiếp cận hiện mắc là: $YLD = P \times DW$, với P là số trường hợp hiện mắc và DW là trọng số bệnh tật của tình trạng sức khỏe. Theo cách tiếp cận mới mắc, YLD được tính bằng tích số của thời gian mắc bệnh (thời gian sống tàn tật) trung bình và trọng số bệnh tật của tình trạng sức khỏe đó theo công thức: $YLD = I \times DW \times L$, với I là số trường hợp mới mắc, DW là trọng số bệnh tật và L là thời gian mắc bệnh trung bình (đo lường bằng năm) của tình trạng sức khỏe.

Thực tế, đôi khi khó để đưa ra quyết định ước tính YLD sử dụng cách tiếp cận nào. Nếu như phần lớn các nghiên cứu tính toán DALY sử dụng cách tiếp cận mới mắc tương tự như cách tiếp cận mà nghiên cứu GBD sử dụng thì một số nghiên cứu (tại Serbia, Trung Quốc, Netherland, Estonia) vẫn sử dụng cách tiếp cận tỷ lệ hiện mắc do những vấn đề liên quan đến sự sẵn có

của số liệu hiện mắc. Tuy nhiên sau năm 2010, nghiên cứu GBD thay đổi từ cách tiếp cận theo tỷ lệ mới mắc sang tỷ lệ hiện mắc dựa trên lập luận về sự sẵn có của số liệu hiện mắc. Mặc dù chưa có tổng quan hệ thống nào cập nhật về cách tiếp cận mà các nghiên cứu gánh nặng bệnh tật sử dụng nhưng điều này dự báo xu hướng thay đổi về cách tiếp cận trong ước tính theo nghiên cứu GBD.

Liên quan đến DW, việc ước tính DW dựa trên những nền tảng đo lường mức độ "ưa thích" (preference) trong lĩnh vực kinh tế y tế. Có nhiều cách thức để xác định mức độ "ưa thích" của cá nhân đối với các tình trạng sức khỏe, phổ biến nhất có thể đề cập đến như "thang điểm trực giác" (Visual Analog Scale - VAS), phương pháp "đánh cược" (Standard Gamble - SG), phương pháp "đánh đổi thời gian" (Time Trade Off - TTO), phương pháp "đánh đổi con người" (Person Trade Off-PTO) [4]. Trong nghiên cứu DALY đầu tiên, DW được xác định cho 131 trạng thái sức khỏe sử dụng kết hợp giữa phương pháp PTO và VAS bởi 10 nhóm chuyên gia y tế thuộc các lĩnh vực khác nhau. Nhóm chỉ số DW này cũng đã được nghiên cứu GBD thay đổi sử dụng những phương pháp khác trong các vòng nghiên cứu 1990, 1996, 2010 và 2013. Bên cạnh nhóm chỉ số DW được phát triển bởi nghiên cứu GBD, còn có nhiều nhóm chỉ số DW khác được phát triển, phổ biến nhất được biết đến là DDW (viết tắt của Dutch Disability Weight) được một nhóm các chuyên gia Hà Lan phát triển cho 175 bệnh cụ thể và sử dụng cho khu vực Tây Âu năm 2000.

2.3. Một số vấn đề kỹ thuật khác

2.3.1. Nguồn số liệu đầu vào và các vấn đề liên quan đến xử lý số liệu đầu vào: Một trong những thách thức lớn nhất của đo lường DALY là vấn đề về nguồn số liệu đầu vào [9]. Tổng quan hệ thống 27 nghiên cứu trên toàn thế giới trong giai đoạn 1990-2011 của tác giả Suzanne Polinder và cộng sự nhấn mạnh vấn đề tồn tại của các nghiên cứu đo lường DALY nằm ở khả năng tiếp cận với nguồn số liệu dịch tễ hoàn chỉnh, hệ thống và nhất quán. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong báo cáo số liệu, mã hóa, phân loại bệnh tật, vẫn còn rất nhiều tồn tại và thách thức liên quan đến nguồn số liệu đầu vào. Một số vấn đề tồn tại về nguồn số liệu đầu vào được trình bày trong Bảng 1. Kể cả khi các nghiên cứu đã chú trọng trong việc áp dụng các phương pháp phân tích mới để hiệu chỉnh các sai số, đánh giá chất lượng số liệu tử vong xác định các thiếu hụt số liệu quan trọng để thu thập mới..., vẫn còn nhiều thách thức tồn tại liên quan đến xử lý nguồn số liệu đầu vào chẳng hạn như

xử lý sai số do chọn mẫu, sai số không phải do chọn mẫu (liên quan đến việc triển khai nghiên cứu, sai số trong xét nghiệm hoặc sai số lựa chọn); khó khăn trong việc áp dụng các mô hình thống kê để hiệu chỉnh các sai số trong trường hợp bệnh hiếm hoặc ít có số liệu...

Hộp 1: Một số vấn đề tồn tại về nguồn số liệu đầu vào-Kết quả tổng quan hệ thống 27 nghiên cứu tính toán DALY trên thế giới giai đoạn 1990-2011

Cơ sở dữ liệu về bệnh tật và tử vong có sự khác biệt rất lớn trên toàn cầu: Nếu như hầu hết các quốc gia phát triển sử dụng các cơ sở dữ liệu điện tử ở cấp độ cá thể (micro data) có thể tiếp cận dễ dàng thì các quốc gia khác vẫn sử dụng các số liệu tử vong tổng hợp (tabulated data) khó có thể tiếp cận, thậm chí hoàn toàn dựa vào hệ thống số liệu trên giấy tờ với các số liệu dịch tễ học cơ bản dựa trên ước tính chứ không phải số liệu quần thể thực tế. Bên cạnh đó là sự khác biệt về cách thức ghi nhận tử vong, phương pháp thu thập số liệu, định nghĩa các biến số, sự sẵn có của nguồn số liệu mới mắc...

Mức độ bao phủ của hệ thống ghi nhận sinh tử (vital registration): Không phải hệ thống ghi nhận sinh tử quốc gia nào cũng có độ bao phủ 100% đại diện cho quần thể. Lẽ ra các nghiên cứu cần phải trình bày rõ ràng về phương pháp được thực hiện nhằm điều chỉnh (correcting) các trường hợp tử vong không được ghi nhận thì chỉ có 10/27 nghiên cứu trình bày về việc sử dụng các mô hình tiên lượng dân số (demographic projection models) hoặc các phân tích dọc sử dụng số liệu hồi cứu về tử vong.

Xử lý sai số trong mã hóa nguyên nhân tử vong/bệnh tật – "garbage code": Việc mã hóa không chính xác có thể xảy ra do nhiều lý do như thiếu thông tin, không rà soát kỹ lưỡng hồ sơ bệnh án, do sai sót của cán bộ y tế... Các lý do này có thể dẫn đến việc một số mã bệnh được sử dụng nhiều hơn các mã khác trong khi nhiều bệnh lại chỉ được mã là không phân loại được dẫn đến nhiều sai số trong số liệu về nguyên nhân bệnh tật và tử vong. Mặc dù vấn đề này luôn xảy ra, rất nhiều nghiên cứu không hề trình bày về cách thức xử lý trong trường hợp thiếu số liệu, số liệu bị báo cáo chưa đầy đủ (under-reporting) hay bị mã hóa sai lệch (misclassification).

2.3.2. Phân loại nguyên nhân tử vong, bệnh tật và chấn thương: Phần lớn các nghiên cứu tính toán DALY sử dụng danh sách nguyên nhân tử vong, bệnh tật và chấn thương (causes of death, diseases and injuries) được

phát triển nguyên gốc bởi nghiên cứu GBD dựa trên phân loại bệnh tật và tử vong quốc tế (International Classification of Disease – ICD). Tuy nhiên, các nghiên cứu tính toán DALY cũng tiến hành điều chỉnh danh sách này theo hướng thêm/bớt một số nguyên nhân theo mức độ quan trọng và ảnh hưởng với từng quốc gia cụ thể. Đặc thù có một số nghiên cứu (tại New Zealand, Anh và Hà Lan tiến hành phát triển danh sách nguyên nhân tử vong riêng của quốc gia).

Về nguyên tắc, danh sách nguyên nhân tử vong, bệnh tật và chấn thương được nghiên cứu GBD cấu trúc theo nhóm gồm 4 cấp độ với 3 nguyên nhân cấp độ 1: (1) các vấn đề về truyền nhiễm, của bà mẹ trẻ em và dinh dưỡng; (2) các bệnh không truyền nhiễm và (3) chấn thương. Mỗi nhóm nguyên nhân này lại chia thành nhiều nhóm nguyên nhân cấp độ 2, 3 và 4.

2.3.3. Trọng số tuổi và chiết khấu: Trọng số tuổi và chiết khấu là hai vấn đề liên quan đến phương pháp được áp dụng trong tính toán DALY nguyên gốc năm 1990. Việc áp dụng trọng số tuổi và chiết khấu cũng rất đa dạng trong các nghiên cứu tính toán DALY trên toàn thế giới. Tuy nhiên cùng với những tranh luận về sự không phù hợp của tính trọng số tuổi và chiết khấu được trình bày trong Bảng 2, thực hành liên quan đến tính trọng số tuổi và chiết khấu cũng dần bị loại bỏ trong các nghiên cứu tính toán DALY.

Hộp 2: Các tranh luận về chiết khấu và trọng số tuổi trong tính toán DALY

Trọng số tuổi: được áp dụng nhằm thể hiện quan điểm 1 năm sống khỏe mạnh của trẻ em và người già được coi là có giá trị thấp hơn so với 1 năm sống khỏe mạnh của thanh niên. Do đó nhiều tranh luận mạnh mẽ về việc không thể chấp nhận trọng số tuổi nếu xét về khía cạnh công bằng (mọi năm sống phải có giá trị như nhau), trong khi một số khác lại băn khoăn về việc sử dụng trọng số tuổi như thế nào để phản ánh giá trị xã hội thực của năm sống ở các độ tuổi khác nhau.

Chiết khấu: được áp dụng để quy đổi số năm sống khỏe mạnh mất đi trong tương lai về giá trị hiện tại. Ví dụ, với tỷ lệ chiết khấu 3%, 1 năm sống khỏe mạnh tại năm thứ 10 trong tương lai kể từ thời điểm hiện tại sẽ chỉ tương đương với 0,76 năm sống khỏe mạnh hiện tại. Chiết khấu cho lợi ích tương lai là khái niệm thường gặp trong phân tích kinh tế. Tuy nhiên, nhiều tranh luận về việc không nên áp dụng chiết khấu cho sự được hoặc mất về mặt sức khỏe trong tương lai. Hơn nữa, việc áp dụng tỷ

lệ chiết khấu cho lợi ích về sức khỏe có thể dẫn đến quyết định ưu tiên phân bổ nguồn lực cho thể hệ hiện tại nhiều hơn so với các thể hệ tương lai, và như vậy là không thể chấp nhận được về mặt đạo đức.

2.3.4. Phương pháp xử lý tính bất định/không chắc chắn: Bất kì tính toán gánh nặng bệnh tật nào đều mang tính bất định do tính chính xác của số liệu dịch tễ học (số liệu về tử vong, số liệu hiện mắc, số liệu mới mắc, mức độ trầm trọng của bệnh tật...) hoặc do phương pháp được sử dụng. Trước thời điểm kết quả nghiên cứu GBD 2010 được công bố, không có bất kì nghiên cứu tính toán DALY nào đề cập đến phương pháp xử lý tính bất định. Chỉ đến nghiên cứu GBD vòng 2010, việc áp dụng phương pháp phân tích độ nhạy cùng với việc trình bày về khoảng tin cậy mới được thực hiện nhằm cung cấp đầy đủ thông tin hơn cho người đọc, đặc biệt là nhà hoạch định chính sách trong việc đánh giá kết quả. Cụ thể, do sự không chắc chắn của các tham số đầu vào, nghiên cứu GBD tiến hành ước tính dựa trên 1.000 lần mô phỏng và tổng hợp kết quả dưới dạng giá trị trung bình và 95% khoảng tin cậy.

IV. BÀN LUẬN

Nguồn số liệu đầu vào đóng vai trò đặc biệt quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng nghiên cứu tính toán DALY. Như đã trình bày trong phần trên, cơ sở số liệu tử vong và tàn tật ở các quốc gia khác nhau rất đa dạng. Các nghiên cứu tính toán DALY toàn cầu như nghiên cứu GBD cũng đã có nhiều phát triển về phương pháp khắc phục sự hạn chế về số liệu đầu vào. Tuy nhiên, để có thể có được kết quả đầu ra đáng tin cậy, cần phải có nhiều thay đổi về sự sẵn có và chất lượng của các nguồn số liệu tử vong và bệnh tật phục vụ tính toán DALY. Tại Việt Nam, nhiều vấn đề liên quan đến sự thiếu hụt và chất lượng số liệu đã được trình bày trong Báo cáo gánh nặng bệnh tật tại Việt Nam công bố năm 2010 [15]. Mặc dù đã có nhiều nguồn số liệu cập nhật trong thời gian qua, chúng ta vẫn còn nhiều hạn chế trong việc tiếp cận các cơ sở dữ liệu điện tử ở cấp độ cá thể, mức độ bao phủ của hệ thống ghi nhận sinh tử, các vấn đề liên quan đến xác định nguyên nhân tử vong... Đây vẫn là những vấn đề cần phải ưu tiên giải quyết nhằm phục vụ tốt hơn cho việc tính toán DALY tại Việt Nam.

Các nghiên cứu tính toán DALY còn phải đối mặt với các vấn đề liên quan đến tính không chắc chắn, không chỉ dừng lại ở vấn đề về tính không chắc chắn của các tham số đầu vào, mà

còn là các vấn đề liên quan đến lựa chọn về mặt phương pháp như trong quá trình xử lý số liệu, phân tích số liệu, đưa ra các giả định trong những phân tích cụ thể... Mặc dù đã có nhiều nỗ lực trong việc hạn chế các khả năng sai số nói trên, chẳng hạn như việc đưa vào khái niệm liên quan đến phân tích độ nhạy, áp dụng các mô hình thống kê khắc khe hơn để hạn chế sai số liên quan đến nghiên cứu viên trong quá trình xử lý số liệu, đây vẫn là một trong các hạn chế lớn liên quan đến nghiên cứu tính toán DALY. Vì lý do đó, việc phiên giải kết quả tính toán gánh nặng bệnh tật sử dụng chỉ số DALY cũng như sử dụng chỉ số này phục vụ cho quá trình hoạch định chính sách cần phải được thực hiện thận trọng cùng với những cân nhắc liên quan đến những khía cạnh khác [3]. Bên cạnh đó, để đảm bảo tính tin cậy của các bằng chứng, việc báo cáo minh bạch về các nguồn số liệu được sử dụng, phương pháp tính toán, các giả định được sử dụng... là vô cùng quan trọng.

Kỹ thuật tính toán DALY đã có nhiều rà soát thay đổi để khắc phục những hạn chế còn tồn tại như việc thay đổi cách tiếp cận ước tính YLD thay đổi cách thức ước tính DW, loại bỏ trọng số tuổi và chiến khẩu... dựa trên nhiều phản biện khoa học và nỗ lực của các nhà nghiên cứu. Nhiều vấn đề về kỹ thuật khác cũng vẫn được đưa ra bàn luận để hướng tới việc cải thiện cách thức tính toán DALY nhằm mục tiêu sử dụng DALY hiệu quả hơn trong quá trình hoạch định chính sách.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù còn tồn tại những hạn chế nhất định, tính toán gánh nặng bệnh tật sử dụng DALY vẫn đóng vai trò vô cùng quan trọng góp phần cung cấp bằng chứng mang tính toàn diện, có khả năng so sánh và chi tiết về sự mất mát liên quan đến sức khỏe toàn cầu để xác định ưu tiên cũng như đánh giá về hiệu quả có thể có của việc triển khai các can thiệp y tế cụ thể. Nghiên cứu và sử dụng DALY thực tế đã có nhiều đóng góp vào quá trình hoạch định chính sách toàn cầu, khu vực cũng như quốc gia ở nhiều cấp độ khác nhau.

Mặc dù đến thời điểm hiện tại đã có rất nhiều nghiên cứu khác nhau trên toàn thế giới ước tính gánh nặng bệnh tật sử dụng cách tiếp cận tính toán DALY, nghiên cứu GBD vẫn đóng vai trò tiên phong trong việc phát triển và mở rộng việc sử dụng chỉ số này trong quá trình hoạch định chính sách. Bản thân nghiên cứu GBD đã có nhiều rà soát tổng thể và điều chỉnh hoàn thiện về mặt phương pháp, phát triển về mặt quy mô,

phạm vi và các bên liên quan. Cập nhật được các vấn đề cơ bản liên quan đến khái niệm, cách tiếp cận và các vấn đề kỹ thuật liên quan sẽ góp phần quan trọng giúp cho Việt Nam đóng góp vào nghiên cứu và sử dụng DALY một cách hiệu quả phục vụ cho quá trình hoạch định chính sách trong nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** "Priority setting methodologies in health research," Geneva WHO, 2008.
2. **Mathers C.** *The global burden of disease: 2004 update.* World Health Organization, 2008.
3. **Gold MR, Stevenson D, and Fryback DG.** "DALYS and QALYS and DALYS, Oh My: similarities and differences in summary measures of population Health," *Annu. Rev. Public Health*, 2002; vol.23, no.1: 115–134.
4. **Murray CJ,** "Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years," *Bull World Heal. Organ.*, 1994; vol.72.
5. **Murray CJ and Lopez AD.** "Evidence-Based Health Policy-Lessons from the Global Burden of Disease Study," *Science (80-)*, 1996; vol.274, no.5288: 740–743.
6. **World Development Report 1993: Investing in Health.** New York: Oxford University Press, 1993.
7. **Murray CJ, Lopez AD, and Jamison DT.** "The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions," *Bull. World Health Organ.*, 1994; vol.72, no.3: 495.
8. **Murray CJ and Lopez AD.** "Quantifying disability: data, methods and results," *Bull. World Health Organ.*, 1994; vol.72, no.3: 481.
9. **Murray CJ and Lopez AD.** "Measuring global health: motivation and evolution of the Global Burden of Disease Study," *Lancet*, 2017; vol. 390, no. 10100:1460–1464.
10. **Edejer T, Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis**, 2003; vol. 1. World Health Organization.
11. **Proffit J et al..** "Clinical benefits, costs, and cost-effectiveness of neonatal intensive care in Mexico," *PLoS Med.*, 2010; vol.7, no.12: e1000379.
12. **Adam T et al..** "Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries," *Bmj*, 2005; vol.331, no.7525: 1107.
13. **Hogan DR, Baltussen R, Hayashi C, Lauer JA, and Salomon JA.** "Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries," *Bmj*, 2005; vol. 331, no. 7530:1431–1437.
14. **Marseille E et al.** "Cost effectiveness of single-dose nevirapine regimen for mothers and babies to decrease vertical HIV-1 transmission in sub-Saharan Africa," *Lancet*, 1999; vol. 354, no. 9181: 803–809.
15. **Nguyễn Thị Trang Nhung, Trần Khánh Long, Bùi Ngọc Linh, Theo Vos, Ngô Đức Anh, and Nguyễn Thanh Hương.** *Gánh nặng bệnh tật và chấn thương ở Việt Nam*, 2010; Hà Nội: Nhà xuất bản y học.
16. **IHME.** "Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Data Input Sources Tool." [Online]. Available: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2016/data-input-sources>. [Accessed: 15-Jun-2017].
17. **Plaszewski M and Bettany-Saltikov J.** "PROSPERO International prospective register of systematic reviews."
18. **Polinder S, Haagsma JA, Stein C, and Havelaar AH.** "Systematic review of general burden of disease studies using disability-adjusted life years," *Popul. Health Metr.*, 2012; vol. 10, no. 1: 21.
19. **Murray CJ et al..** "GBD 2010: design, definitions, and metrics," *Lancet*, 2017; vol. 380, no. 9859: 2063–2066.
20. **Drummond M, O'Brien B, Stoddart GL, and Torrance GW.** *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes.* Oxford: Oxford Medical Publications, 1997.

ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU VÀ GIẢM ALBUMIN MÁU Ở BỆNH NHÂN PHONG BỆNH VIỆN PHONG DA LIỄU VĂN MÔN VÀ BỆNH VIỆN PHONG DA LIỄU TRUNG ƯƠNG QUỲNH LẬP

Phạm Thị Dung*, Ninh Thị Nhung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm thiếu máu và giảm albumin máu của bệnh nhân phong tại Bệnh viện Phong tỉnh Thái Bình và tỉnh Nghệ An. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân phong đang điều trị tại 2

bệnh viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân phong là 55,0%; Tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân ở ở bệnh viện Quỳnh Lập là 46,7% và bệnh viện Văn Môn là 63,3%; Tỷ lệ thiếu Albumin ở bệnh nhân phong là 24,4%. Tỷ lệ thiếu Albumin của bệnh nhân ở ở bệnh viện Quỳnh Lập là 16,7% và bệnh viện Văn Môn là 32,2%.

Từ khóa: Bệnh phong, Thiếu máu; Giảm Albumin.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ANEMIA AND BLOOD ALBUMIN DEPLETION OF LEPROSY PATIENTS

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Dung

Email: dungpt@tbmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 28.12.2017

AT VAN MON LEPROSY DERMATOLOGY HOSPITAL AND QUYNH LAP NATIONAL LEPROSY DERMATOLOGY HOSPITAL

Objective: Characteristics of anemia and blood albumin depletion of leprosy patients at Van Mon leprosy dermatology hospital and Quynh Lap national leprosy dermatology hospital. **Subject:** Leprosy patients are treated in two hospitals. **Method:** The epidemiological method described by cross-sectional investigation. **Results:** The prevalence of anemia in leprosy patients was 55,0%; The prevalence of anemia in Quynh Lap Hospital was 46,7% and Van Mon Hospital was 63,3%; The incidence of albumin deficiency in leprosy patients was 24.4%; The incidence of albumin deficiency in patients at Quynh Lap Hospital was 16.7% and Van Mon Hospital was 32.2%.

Keywords: Leprosy; Anemia; Decreased Albumin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phong là một bệnh nhiễm trùng mãn tính gây bệnh ở da và thần kinh ngoại biên, do trực khuẩn *Mycobacterium leprae* gây nên. Hoàn cảnh kinh tế - xã hội được coi là một yếu tố quyết định lớn, nhưng không chắc chắn tồn tại liên quan đến mối quan hệ giữa bệnh phong và nghèo đói. Bên cạnh đó về mặt xã hội hiện nay vẫn còn có tình trạng cô lập, phân biệt đối xử với những bệnh nhân này khiến tình trạng điều trị bệnh và chế độ được chăm sóc của các bệnh nhân còn rất hạn chế. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phong nhằm hỗ trợ trong điều trị bệnh tốt hơn.

Trên thế giới cũng như Việt Nam chúng ta đã có rất nhiều những cuộc điều tra dinh dưỡng và cho thấy tỷ lệ được đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng trong bệnh viện và dinh dưỡng trực tiếp điều trị vẫn còn thấp. Hiện nay, mặc dù có nhiều tiến bộ hơn về các kiến thức y học, nhưng những nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân đặc biệt là bệnh nhân phong thì chưa có nhiều tác giả đi sâu nghiên cứu cùng với đánh giá về chất lượng dinh dưỡng tại bệnh viện phong.

Bệnh viện phong - Da liễu Văn Môn và Quỳnh Lập Nghệ An là một bệnh viện chuyên khoa điều trị bệnh phong cho những người mắc bệnh phong các tỉnh khu vực bắc bộ. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phong chưa được nghiên cứu nào đánh giá. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm thiếu máu và giảm albumin máu của bệnh nhân phong tại bệnh viện phong tỉnh Thái Bình và tỉnh Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phong – Da liễu Văn Môn tỉnh Thái Bình và Bệnh viện Phong – Da Liễu Quỳnh Lập tỉnh Nghệ An.

- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân phong đang điều trị tại 2 bệnh viện.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 3/2013 – 6/2013

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

a. Cỡ mẫu

$$n = Z^2 (1 - \alpha/2) \frac{S^2}{\Delta^2}$$

Vậy $n = 86$ bệnh nhân/bệnh viện x2 bệnh viện = 172 bệnh nhân. Thực tế chúng tôi đã xét nghiệm 180 bệnh nhân.

b. *Phương pháp chọn mẫu:* Chọn mẫu thuận tiện lấy 2 bệnh viện để nghiên cứu là bệnh viện Phong - Da liễu Văn Môn Thái Bình và bệnh viện Phong - Da liễu Quỳnh Lập Nghệ An.

Lập danh sách toàn bộ bệnh nhân phong đang điều trị nội trú tại 2 bệnh viện được chọn vào nghiên cứu theo đúng tiêu chuẩn chọn đối tượng và tiêu chuẩn loại trừ. Tại mỗi bệnh viện bốc thăm ngẫu nhiên 400 bệnh nhân nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng.

Sau đó chia thành 2 nhóm: Nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ và nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng.

Tại mỗi nhóm bốc thăm ngẫu nhiên cho đủ số bệnh nhân để xét nghiệm máu theo cỡ mẫu đã tính.

2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

a. *Định lượng Hemoglobin*

- Phương pháp: Hemoglobin được xác định bằng phương pháp cyanmethemoglobin, trên máy xét nghiệm huyết học Laser tự động Celltac F Nihon Kohden.

- Tiêu chuẩn đánh giá: Theo Tổ chức Y tế thế giới, bệnh nhân phong bị thiếu máu khi Hemoglobin huyết thanh <120g/L.

b. *Định lượng Albumin:* Xét nghiệm Albumin được thực hiện trên máy sinh hóa tự động.

2.4. Các phương pháp hạn chế sai số:

Cán bộ tham gia nghiên cứu là những cán bộ đã có kinh nghiệm trong điều trị, phòng vấn, đã được tập huấn thống nhất kỹ thuật điều tra. Chọn mẫu nghiên cứu đúng tiêu chuẩn. Dụng cụ khám bệnh và trang thiết bị được chuẩn hóa.

2.5. Xử lý số liệu: Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm EPI DATA. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê, sử dụng phần mềm SPSS 13.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Giá trị trung bình Hb (g/l) của bệnh nhân phong theo giới

Giới	BV Văn Môn		BV Quỳnh Lập		p
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Nam	40	118,7 ± 8,0	40	120,3 ± 7,8	>0,05
Nữ	50	114,8 ± 8,5	50	113,6 ± 14,3	>0,05
So sánh 2 giới	<0,05		<0,05		

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Giá trị trung bình nồng độ Hb của bệnh nhân nam BV Văn Môn là 118,7 thấp hơn BV Quỳnh Lập là 120,3, trong khi đó của bệnh nhân nữ BV Văn Môn là 114,8 lại cao hơn BV Quỳnh Lập là 113,6. Tỷ lệ Hb trung bình của bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ.

Bảng 3.2: Giá trị trung bình Hb (g/l) của bệnh nhân phong theo nhóm bệnh

Nhóm bệnh	BV Văn Môn		BV Quỳnh Lập		p
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
BN phong tàn tật nhẹ	45	119 ± 8,2	45	121,1 ± 7,2	>0,05
BN Phong tàn tật nặng	45	114,0 ± 7,9	45	111,9 ± 14,4	>0,05
So sánh 2 nhóm bệnh	<0,05		<0,05		

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: Giá trị nồng độ Hb trung bình của bệnh nhân phong tàn tật nhẹ tại BV Văn Môn là 119 thấp hơn BV Quỳnh Lập là 121,1. Nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng BV Văn Môn là 114,0 cao hơn BV Quỳnh Lập là 111,9, sự khác biệt với với $p > 0,05$.

Bảng 3.3: Giá trị trung bình Albumin (g/dl) của bệnh nhân phong theo giới

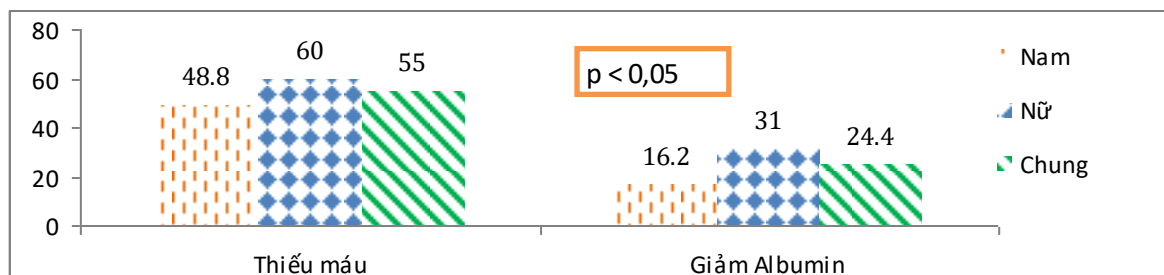
Giới	BV Văn Môn		BV Quỳnh Lập		p
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Nam	40	37,3 ± 3,3	40	37,3 ± 3,7	>0,05
Nữ	50	35,9 ± 4,3	50	36,3 ± 3,5	>0,05
So sánh 2 giới	<0,05		>0,05		

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Giá trị trung bình nồng độ Albumin của bệnh nhân nam ở cả 2 bệnh viện là 37,3 của bệnh nhân nữ BV Văn Môn 35,9 thấp hơn BV Quỳnh Lập là 36,3. Nồng độ Albumin của bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ ở cả 2 bệnh viện.

Bảng 3.4: Giá trị trung bình Albumin (g/dl) của bệnh nhân phong theo nhóm bệnh

Nhóm bệnh	BV Văn Môn		BV Quỳnh Lập		p
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
BN phong tàn tật nhẹ	45	37,7 ± 3,9	45	37,5 ± 3,2	>0,05
BN Phong tàn tật nặng	45	35,4 ± 3,5	45	35,9 ± 3,8	>0,05
So sánh 2 nhóm bệnh	<0,05		<0,05		

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: Giá trị trung bình nồng độ albumin của bệnh nhân phong tàn tật nhẹ tại bệnh viện Văn Môn là 37,7 tương đương với bệnh viện Quỳnh Lập là 37,5, của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng bệnh viện Văn Môn là 35,4, bệnh viện Quỳnh Lập là 35,9. Nồng độ albumin trung bình của bệnh nhân phong tàn tật nhẹ đều cao hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng của cả 2 bệnh viện.



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ bệnh nhân phong thiếu máu mức độ nhẹ và thiếu Albumin mức độ vừa theo giới tính

Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy bệnh nhân phong chủ yếu thiếu máu ở mức độ nhẹ chiếm 55% trong đó tỷ lệ nữ thiếu máu là 60% cao hơn nam 48,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ thiếu albumin ở mức độ vừa là 24,4% tỷ lệ nữ thiếu abumin là 31% cũng cao hơn nam

là 16,2% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.5: Tỷ lệ bệnh nhân phong thiếu máu, thiếu Albumin theo từng bệnh viện

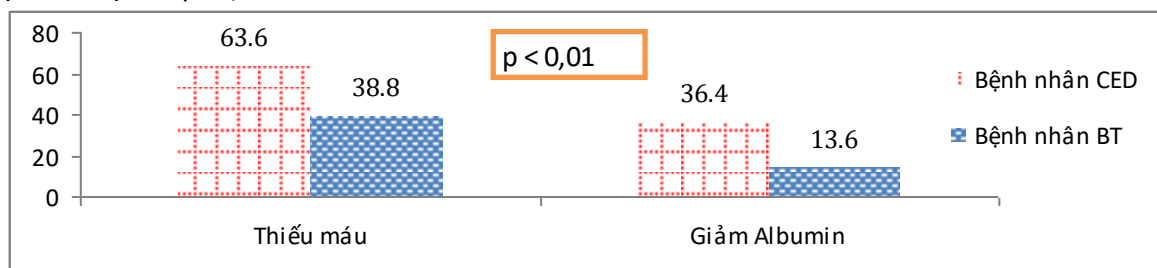
Bệnh viện	Thiếu máu		Thiếu Albumin	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Văn Môn (n=90)	57	63,3	29	32,2
Quỳnh lập (n=90)	42	46,7	15	16,7
So sánh 2 bệnh viện	<0,05		<0,05	

Kết quả bảng 3.5 cho thấy: Tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân ở cả 2 bệnh viện đều ở mức cao; tại BV Văn Môn là 63,3% cao hơn BV Quỳnh Lập là 46,7%, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tỷ lệ thiếu albumin tại BV Văn Môn là 32,2% cũng cao hơn BV Quỳnh Lập là 16,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.6: Tỷ lệ bệnh nhân phong thiếu máu, thiếu Albumin theo nhóm bệnh nhân

Nhóm bệnh	Thiếu máu		Thiếu Albumin	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
BN phong tàn tật nhẹ	37	41,1	9	10,0
BN Phong tàn tật nặng	62	68,9	35	38,9
So sánh 2 nhóm bệnh	<0,001		<0,001	

Kết quả bảng 3.6 cho thấy: Tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân phong tàn tật nhẹ là 41,1% thấp hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 68,9%, sự khác biệt với $p < 0,001$. Tỷ lệ thiếu albumin nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ là 10% cũng thấp hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 38,9%, sự khác biệt với $p < 0,001$.



Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ bệnh nhân phong thiếu máu, thiếu Albumin theo BMI

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy: Những bệnh nhân phong có BMI ở mức thiếu năng lượng trường diễn thì tỷ lệ thiếu máu và thiếu Albumin cao hơn những bệnh nhân phong có BMI ở mức bình thường. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Giá trị trung bình nồng độ Hb của bệnh nhân nam BV Văn Môn là 118,7 thấp hơn BV Quỳnh Lập là 120,3, trong khi đó của bệnh nhân nữ BV Văn Môn là 114,8 lại cao hơn BV Quỳnh Lập là 113,6. Tỷ lệ Hb trung bình của bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ.

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới: Khoảng 3,5 tỷ người trên hành tinh thiếu máu thiếu sắt, phổ biến ở các nước đang phát triển. Các nước đang phát triển tỷ lệ thiếu sắt thiếu máu ở trẻ em vẫn rất cao: 53% ở Ấn độ, 45% ở Indonesia, 37,9% ở Trung Quốc, và 31,8% ở Phillipine, trong khi đó các nước đã phát triển tỷ lệ này tương đối thấp: Mỹ: 3-20%; Hàn Quốc: 15%. Ở các nước đang phát triển vấn đề về tình trạng thiếu sắt vẫn đang rất được chú ý ở rất nhiều nhóm đối tượng.

Theo nghiên cứu tình trạng thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại 6 tỉnh đại diện ở Việt nam

năm 2006 của Viện Dinh dưỡng thì tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ ở mức trung bình về ý nghĩa sức khỏe cộng đồng (37,6% ở phụ nữ có thai, 26,7% ở phụ nữ không có thai. Vùng nội thành có tỷ lệ thiếu máu thấp hơn ngoại thành: 32,5% và 38,4%. So với nghiên cứu năm 1995 cũng của Viện dinh dưỡng thì thiếu máu ở phụ nữ có thai là 53% và phụ nữ không có thai trong độ tuổi sinh đẻ là 45%. Như vậy tỷ lệ thiếu máu của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và phụ nữ có thai sau 10 năm đã giảm đáng kể [1].

Kết quả biểu đồ 31 cho thấy bệnh nhân phong chủ yếu thiếu máu ở mức độ nhẹ chiếm 55% trong đó tỷ lệ nữ thiếu máu là 60% cao hơn nam 48,8%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Kết quả bảng 3.5 cho thấy: Tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân ở cả 2 bệnh viện đều ở mức cao; tại BV Văn Môn là 63,3% cao hơn BV Quỳnh Lập là 46,7%, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tỷ

lệ thiếu máu của bệnh nhân bình thường là 41,1% thấp hơn nhóm bệnh nhân nặng là 68,9%, sự khác biệt với $p < 0,001$.

Tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của các tác giả khác là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân phong, đây là những đối tượng nghèo nhất trong số những người nghèo, khẩu phần của họ rất đơn điệu bữa ăn chủ yếu là gạo và rau cho nên sự thiếu hụt về vi chất dinh dưỡng trong đó có sắt là điều không thể tránh khỏi.

Albumin là một trong những chỉ số hóa sinh đánh giá tình trạng dinh dưỡng, nhất là tình trạng dinh dưỡng của các đối tượng đặc biệt như các bệnh mạn tính, các bệnh lý nhiễm trùng kéo dài như bệnh nhân phong, lao...[2], [3].

Mức Albumin huyết thanh phụ thuộc vào chế độ ăn uống. Saha K. và KN Rao (1989) cho thấy các bệnh nhân phong đều có mức Albumin huyết thanh giảm [5]. Một số nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự [4], [6], [7].

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy. Tỷ lệ thiếu albumin ở mức độ vừa là 24,4% tỷ lệ nữ thiếu abumin là 31% cũng cao hơn nam là 16,2% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ thiếu abumin tại BV Văn Môn là 32,2% cũng cao hơn BV Quỳnh Lập là 16,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả bảng 3.6 cho thấy: Tỷ lệ thiếu albumin nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ là 10% cũng thấp hơn nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng là 38,9%, sự khác biệt với $p < 0,001$.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thiếu máu ở bệnh nhân phong là 55,0%. Thiếu máu ở nữ là 60% cao hơn nam là 48,8%, sự khác biệt với $p > 0,05$.

- Tỷ lệ thiếu máu của bệnh nhân ở ở bệnh viện Quỳnh Lập là 46,7% thấp hơn bệnh viện Văn Môn là 63,3%, sự khác biệt với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ thiếu Albumin ở bệnh nhân phong là 24,4%. Thiếu Albumin ở nữ là 31,0% cao hơn nam là 16,2%, sự khác biệt với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ thiếu Albumin của bệnh nhân ở ở bệnh viện Quỳnh Lập là 16,7% thấp hơn bệnh viện Văn Môn là 32,2%, sự khác biệt với $p < 0,05$.

KHUYẾN NGHỊ

1. Cần tăng kinh phí nuôi dưỡng cho người bệnh đảm bảo mức tối thiểu 20.000 đồng/ngày nhằm đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng từng bước cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân phong.

2. Nâng cấp cơ sở vật chất đáp ứng các hoạt động chăm sóc bệnh nhân.

LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Ninh, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Chí Tâm, và CS. (2006), "Tình trạng thiếu máu ở trẻ em và phụ nữ tuổi sinh đẻ tại 6 tỉnh đại diện Việt Nam năm 2006", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, 3+4(2), tr. 5-11.
2. Banta H. D. (2001), "Global issues on the agenda at the World Health Assembly: discussion of HIV/AIDS, leprosy, access to drugs", *JAMA*, 286(1), pp. 29-30
3. Canicoba M., Feldman N., Lipovetzky S., et al. (2007), "Nutritional status assessment in leprosy hospitalized patients in Argentina", *Nutr Hosp*, 22(3), pp. 377-381
4. Feenstra S. G., Nahar Q., Pahan D., et al. (2011), "Recent food shortage is associated with leprosy disease in Bangladesh: a case-control study", *PLoS Negl Trop Dis*, 5(5), pp. e1029.
5. Saha K. and Rao K. N. (1989), "Undernutrition in lepromatous leprosy. V. Severe nutritional deficit in lepromatous patients co-infected with pulmonary tuberculosis", *Eur J Clin Nutr*, 43(2), pp. 117-128
6. Saha K., Rao K. N., Chattopadhyay D., et al. (1990), "A study on nutrition, growth and development of a high-risk group of children of urban leprosy patients", *Eur J Clin Nutr*, 44(6), pp. 471-479.
7. Sommerfelt H., Irgens L. M. and Christian M. (1985), "Geographical variations in the occurrence of leprosy: possible roles played by nutrition and some other environmental factors", *Int J Lepr Other Mycobact Dis*, 53(4), pp. 524-532.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ VỀ CHẾ ĐỘ DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BÃI CHÁY, TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2015

Nguyễn Văn Công¹, Nguyễn Thị Hải²

TÓM TẮT¹⁴

¹Ban Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ TW

²Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Công

Email: congnguyen12389@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2017

Ngày duyệt bài: 29.12.2017

Mục đích: Nghiên cứu về thực trạng tuân thủ chế độ dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh (NB) đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 điều trị ngoại trú. **Thiết kế nghiên cứu:** Phỏng vấn bằng bảng hỏi về việc tuân thủ chế độ dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở 292 người bệnh ĐTĐ type 2 trên 18 tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 12/2014 đến tháng 9/2015. **Kết quả:** Về nhóm các thực phẩm nên ăn: 97,3% NB tuân thủ là ăn hầu hết các loại rau, tiếp đến là các loại cá (76,0%), thấp nhất là ăn các loại trái cây (11,0%). Nhóm thực phẩm hạn chế/không nên ăn: 98,6% NB tuân thủ không thường xuyên ăn các món nội tạng, khoai bỏ lò (94,9%); 57,6% NB thường xuyên ăn dưa hấu và 56,5% NB thường xuyên ăn dứa (không tuân thủ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ NB không tuân thủ chế độ dinh dưỡng giữa các nhóm tuổi, giới, trình độ học vấn, thời gian phát hiện bệnh, tình trạng việc làm và các yếu tố về dịch vụ y tế. **Kết luận:** Hầu hết NB tuân thủ về chế độ dinh dưỡng theo hướng dẫn của thầy thuốc. Việc truyền thông giáo dục sức khỏe và phổ biến kiến thức liên quan đến bệnh tật có lợi ích rất lớn đối với quản lý ĐTĐ vì khi NB có đầy đủ kiến thức thì sẽ tuân thủ điều trị tốt, bất kể là thành phần nào.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2; Tuân thủ chế độ dinh dưỡng; Yếu tố liên quan.

SUMMARY

RELATED FACTORS OF COMPLIANCE WITH NUTRITION IN TYPE 2 DIABETES OUT PATIENTS AT BAI CHAY HOSPITAL, QUANG NINH PROVINCE IN 2015

Objective: Study on knowledge, compliance with nutrition and some related factors in patients with type 2 diabetes mellitus. **Design:** Questionnaire-based interviews on knowledge, nutritional compliance and related factors in 292 type 2 diabetic out patients over 18 years of age at Bai Chay Hospital, Quang Ninh Province from Dec 2014 to Sept 2015. **Result:** About the group of foods should eat: 97.3% of patients complied with eating most vegetables, followed by fish (76.0%), the lowest was eating fruits (11.0%). Restricted /should not eat food group: 98.6% of patients complied with occasional eating of viscera, sweet potato (94.9%); 57.6% of patients regularly eat watermelon and 56.5% of patients regularly eat pineapple (non-compliance). There were no statistically significant differences in the incidence of non-compliance with age, sex, educational attainment, duration from onset, employment status and health care services supplying. **Conclusions:** Most patients have proper knowledge and compliance with nutrition. Communicating health education and disseminating knowledge related to disease is of great benefit to managing diabetes because when patients are well informed they will adhere to treatment, regardless of who they are.

Keywords: Type 2 diabetes; Compliance with nutrition; Related factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những bệnh mạn tính không lây với nhiều biến chứng nguy hiểm và đang tăng nhanh trên thế giới. Việt Nam không phải là nước có tỷ lệ người bệnh ĐTĐ cao nhất thế giới nhưng lại là quốc gia có tốc độ phát triển rất nhanh về căn bệnh này. Qua điều tra dịch tễ, tỷ lệ mắc ĐTĐ trên toàn quốc đã tăng từ mức 2,7% vào năm 2002 lên 5,7% năm 2008. Sự gia tăng tỷ lệ bệnh ĐTĐ có ý nghĩa gia tăng hơn nữa tỷ lệ biến chứng của bệnh, nhất là biến chứng tim mạch. Vì vậy, người bệnh ĐTĐ cần được theo dõi, điều trị đúng, đủ, điều trị lâu dài, kéo dài đến hết cuộc đời. Mục tiêu điều trị là kiểm soát chỉ số glucose máu ở mức độ cho phép để giảm tối đa các nguy cơ biến chứng.

Bệnh viện Bãi Cháy trực thuộc Sở Y tế tỉnh Quảng Ninh là Bệnh viện đa khoa hạng II tuyến tỉnh, quy mô 640 giường bệnh với đầy đủ các chuyên khoa. Phòng khám Nội tiết Bệnh viện Bãi Cháy được triển khai từ năm 2010, hiện đang quản lý gần 1400 người bệnh ĐTĐ, trong đó người bệnh ĐTĐ type 2 là chủ yếu. Đây là số lượng NB đái tháo đường tương đối lớn và số người bệnh ngày càng tăng, trong khi đó Phòng khám ngoại trú chỉ có một bác sỹ và một điều dưỡng. Mặt khác, Bệnh viện hiện chưa có phòng tư vấn dinh dưỡng và truyền thông giáo dục sức khỏe. Chính vì vậy, việc nắm bắt về việc tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường tại cộng đồng cũng như công tác tư vấn về chế độ ăn uống, hoạt động thể lực hay cách phát hiện, dự phòng biến chứng là một vấn đề khó khăn đối với nhân viên y tế.

Qua đánh giá nhanh người bệnh mắc ĐTĐ type 2 tại Phòng khám Nội tiết bệnh viện Bãi Cháy, tỉnh Quảng Ninh cho thấy có khá nhiều người bệnh không thực hiện nghiêm túc chế độ ăn, tập luyện, theo dõi đường huyết... theo chỉ định của thầy thuốc. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới việc không tuân thủ chế độ dinh dưỡng ở người bệnh ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

-Đối tượng nghiên cứu: 292 BN đái tháo đường type 2, khám và quản lý điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội tiết Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh. Thời gian: Từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 9 năm 2015.

-Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu ngang mô tả. Thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn BN theo bảng kiểm thiết kế sẵn.

-**Xử lý số liệu:** xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

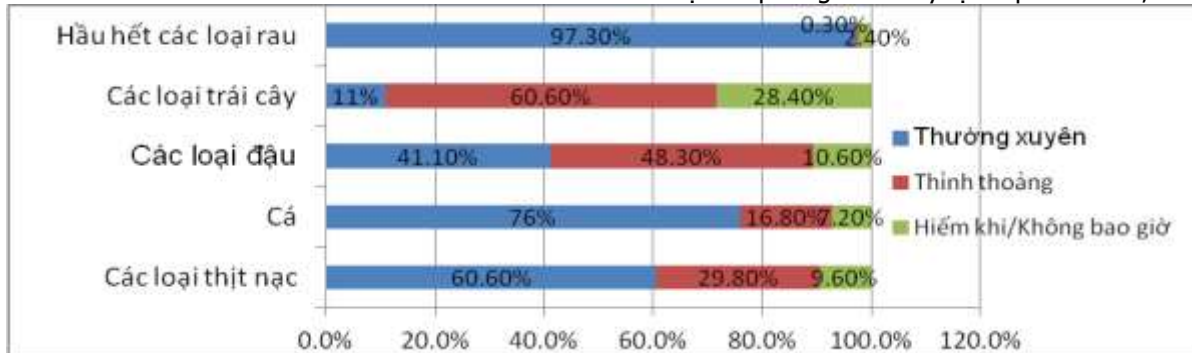
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung của người bệnh		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	92	31,5
	≥ 60 tuổi	200	68,5
Giới tính	Nam	125	42,8
	Nữ	167	57,2
Hoàn	Cùng người thân	282	96,6

cảnh sống	Độc thân	10	3,4
	Tổng	292	100

ĐTNC chủ yếu thuộc nhóm ≥ 60 tuổi, nhiều gấp hơn 2 lần so với nhóm ĐTNC < 60 tuổi. Người bệnh là nữ giới chiếm tỷ lệ 57,2% cao hơn so với nam giới (42,8%). Đa số người bệnh sống cùng với người thân (96,6%), chỉ có tỷ lệ rất nhỏ người bệnh sống độc thân (3,4%). Ngoài ra, ĐTNC có trình độ học vấn chủ yếu dưới phổ thông trung học (PTTH) (74,6%), trên phổ thông trung học chiếm tỷ lệ 22,9%. Phần lớn ĐTNC là những người đã nghỉ hưu chiếm tỷ lệ tới 63,4%, cán bộ văn phòng chiếm tỷ lệ thấp nhất là 4,1%.



Biểu đồ 1. Tuân thủ đối với các thực phẩm nên ăn của người bệnh

Về nhóm các thực phẩm nên ăn: Tỷ lệ NB thực hành đúng nên ăn hầu hết các loại rau chiếm tỷ lệ khá cao (97,3%), tiếp đến là các loại cá (76,0%), thấp nhất là ăn các loại trái cây (11,0%).



Biểu đồ 2. Tuân thủ đối với các thực phẩm không nên ăn của người bệnh

Nhóm thực phẩm hạn chế/không nên ăn: NB thực hành đúng chiếm tỷ lệ khá cao như không thường xuyên ăn các món nội tạng (98,6%), khoai bỏ lò (94,9%) vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ NB thực hành không đúng như thường xuyên ăn dưa hấu (57,6%), dứa (56,5%).

NB trong nghiên cứu về thực hành tuân thủ dinh dưỡng chiếm tỷ lệ rất cao tới 97,3%, chỉ có 2,7% NB không tuân thủ chế độ dinh dưỡng.

Bảng 2. Liên quan giữa yếu tố cá nhân với tuân thủ chế độ dinh dưỡng

Đặc điểm		Tuân thủ dinh dưỡng				OR (95%CI)	p
		Không tuân thủ		Tuân thủ			
		n	%	n	%		
Tuổi	≥ 60 tuổi	01	1,1	91	98,9	0,3 (0,03 – 2,49)	0,20
	< 60 tuổi	7	3,5	193	96,5		
Giới	Nam	3	2,4	122	97,6	0,79 (0,18 – 3,39)	0,75
	Nữ	5	3,0	162	97,0		

Trình độ học vấn	$\leq$ PTTH	7	3,2	211	96,8	2,19 (0,26 - 18,22)	0,40
	$>$ PTTH	1	1,5	66	98,5		
Nghề nghiệp	<i>Đang làm việc</i>	3	3,0	98	97,0	1,1 (0,25 - 4,70)	0,89
	<i>Không làm việc</i>	5	2,7	180	97,3		
Được người thân nhắc nhở tuân thủ dinh dưỡng	<i>Cố</i>	5	2,7	179	97,3	0,97 (0,22 - 4,97)	0,97
	<i>Không</i>	3	2,8	105	97,2		
Thời gian phát hiện bệnh	< 5 năm	5	3,0	159	97,0	1,31 (0,30 - 5,58)	0,71
	≥ 5 năm	3	2,3	125	97,7		
Mắc các bệnh mạn tính đi kèm/biến chứng ĐTĐ	<i>Không</i>	0	0	10	100,0	1,03 (1,01 - 1,05)	0,45
	<i>Mắc bệnh mạn tính/biến chứng</i>	8	2,8	274	97,2		
Kiến thức về chế độ dinh dưỡng	<i>Không đạt</i>	3	3,5	82	96,5	1,4 (0,34 - 6,32)	0,61
	<i>Đạt</i>	5	2,4	202	97,6		

Bảng 2. cho thấy: Tỷ lệ NB có trình độ học vấn $\leq$ PTTH không tuân thủ chế độ dinh dưỡng cao hơn so với NB có trình độ học vấn $>$ PTTH; tỷ lệ NB có thời gian mắc bệnh < 5 năm không tuân thủ chế độ dinh dưỡng cao hơn so với NB có NB mắc bệnh ≥ 5 năm. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Khi so sánh tỷ lệ tuân thủ theo các yếu tố đặc điểm nhân khẩu học khác cũng không tìm thấy sự khác biệt với $p > 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa yếu tố dịch vụ y tế với tuân thủ chế độ dinh dưỡng

Đặc điểm		Tuân thủ dinh dưỡng				OR (95%CI)	p
		Không tuân thủ		Tuân thủ			
		n	%	n	%		
Thời gian cán bộ y tế tư vấn cho NB	Quá ngắn và/hoặc ngắn	5	3,1	154	96,9	1,23 (0,14-10,87)	0,66
	Vừa phải Và / hoặc dài	1	2,6	38	97,4		
Được giải thích rõ về chế độ tuân thủ điều trị ĐTD và những nguy cơ	Không giải thích và/hoặc giải thích không rõ	5	2,1	236	97,9	0,34 (0,08 – 1,47)	0,15
	Giải thích rõ	3	5,9	48	94,1		
Mức độ thường xuyên nhận được tư vấn về tuân thủ dinh dưỡng từ CBYT	Không thường xuyên	7	2,5	273	97,5	0,28 (0,03 – 2,49)	0,29
	Thường xuyên	1	8,3	11	91,7		
Mức độ hài lòng của NB về thái độ của CBYT	Không hài lòng	2	3,9	49	96,1	1,60 (0,31 – 8,16)	0,42
	Hài lòng	6	2,5	235	97,5		
Mức độ hài lòng về những thông tin tuân thủ điều trị nhận được.	Không hài lòng	3	2,4	121	97,6	0,80 (0,19 – 3,45)	0,54
	Hài lòng	5	3,0	163	97,0		

Bảng 3 cho thấy: Tỷ lệ NB đánh giá thời gian cán bộ y tế tư vấn quá ngắn/ngắn không tuân thủ chế độ dinh dưỡng cao hơn so với NB đánh giá thời gian cán bộ y tế tư vấn vừa phải/dài; tỷ lệ NB không hài lòng với thái độ của CBYT không tuân thủ chế độ dinh dưỡng cao hơn so với NB hài lòng với thái độ của CBYT nhưng sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Các yếu tố dịch vụ khác cũng không tìm thấy mối liên quan với tuân thủ về chế độ dinh dưỡng ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

1. Thực trạng thực hành tuân thủ về chế độ dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Tuân thủ về dinh dưỡng: Theo khuyến cáo của chuyên gia dinh dưỡng, NB ĐTĐ nên chọn những thực phẩm có nhiều chất xơ và có chỉ số đường huyết thấp dưới 55% như: Xoài, chuối, táo, nho, mận, khoai, củ, hầu hết các loại rau trừ bí đỏ, đậu hạt (đậu xanh, đậu đen, đậu Hà Lan...). Hạn chế và tránh ăn những thực phẩm có chỉ số đường cao trên 55% như bánh mì, miến, dưa hấu, dưa, các loại khoai nướng... Chọn

các thực phẩm giàu đạm nguồn gốc động vật ít chất béo và/hoặc nhiều acid béo chưa no có lợi cho sức khỏe như thịt nạc (thịt gia cầm nên bỏ da), nên ăn cá ít nhất 3 lần trong mỗi tuần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong nhóm các thực phẩm nên ăn tỷ lệ NB thực hành không đúng, đó là không ăn thường xuyên các loại trái cây chiếm tỷ lệ khá cao là 89,0%, tiếp đến là các loại đậu chiếm 58,9%.

Trong khi đó nhóm thực phẩm hạn chế/không nên ăn thì có một tỷ lệ đáng kể NB thực hành không đúng như thường xuyên ăn dưa hấu

chiếm tới 57,6%, dứa 56,5% (Biểu đồ 2). Việc thực hành không đúng này xuất phát từ nhiều nguyên nhân, nhiều NB nghe dân gian truyền miệng cho rằng ăn dứa rất tốt cho sức khỏe, hay ăn thịt nạc nhiều sợ làm tăng đường huyết. Ngoài ra một số người bệnh còn cho rằng nhân viên y tế tư vấn chung chung chưa cụ thể, không biết là mình nên ăn hay không nên ăn loại thực phẩm nào. Việc thực hành không đúng các thực phẩm nên ăn, hạn chế và cần tránh chắc chắn sẽ ảnh hưởng không tốt đến kết quả điều trị bệnh, rất khó kiểm soát được đường huyết và nhanh xuất hiện các biến chứng của bệnh đái tháo đường. Những người bệnh điều nội trú chúng ta có thể kiểm soát được việc tuân thủ chế độ ăn nhưng điều đáng ngại ở đây là toàn bộ đối tượng nghiên cứu của chúng tôi lại đang điều trị ngoại trú, liệu họ có duy trì sự tiết chế ăn uống hay không, đặc biệt là một số nhóm thực phẩm nên hạn chế và cần tránh. Vì vậy nhân viên y tế tại Phòng khám cần phải chú trọng hơn nữa công tác tư vấn chế độ dinh dưỡng và cần phải có những biện pháp tích cực giúp người bệnh tuân thủ như: Giải thích, tư vấn cụ thể nhiều lần cho người bệnh biết được nên ăn, hạn chế và cần tránh những loại thực phẩm nào, đồng thời tăng cường sự hỗ trợ từ phía gia đình của người bệnh trong việc giám sát chế độ ăn của họ.

Đánh giá chung về tuân thủ dinh dưỡng: Tỷ lệ NB tuân thủ dinh dưỡng chiếm tỷ lệ rất cao (97,3%), trong khi đó chỉ có 2,7% NB không tuân thủ dinh dưỡng (Biểu đồ 3). Điều này có thể giải thích rằng nhiều NB tuân thủ đúng do hàng ngày họ cập nhật thông tin trên nhiều phương tiện khác nhau và cũng đã được bác sỹ tư vấn trước khi tham gia vào nghiên cứu. Do đó họ hiểu được tầm quan trọng của việc tuân thủ dinh dưỡng sẽ giúp kiểm soát tốt được đường huyết. Tuy nhiên kết quả này có thể phản ánh không chính xác mức độ tuân thủ dinh dưỡng thực tế của NB, vì nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ tập trung chủ yếu vào mức độ tiêu thụ của một số nhóm thực phẩm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Mafauzy M (2008) là 84,6%. Sự chênh lệch này có thể do cách đánh giá mức độ tuân thủ dinh dưỡng giữa nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả trên là khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ đề cập đến thực hành mức độ tiêu thụ thực phẩm thường xuyên hay không thường xuyên của một số nhóm thực phẩm chính mà chưa đi đánh giá cụ thể về nhu cầu năng lượng trong khẩu phần ăn của người bệnh ĐTĐ. Đây cũng là hạn chế của đề tài này, hy vọng trong tương lai sẽ có những nghiên cứu

đánh giá sâu hơn nữa về tuân thủ điều trị dinh dưỡng, đặc biệt là những nghiên cứu về khẩu phần ăn của người bệnh đái tháo đường.

2. Một số yếu tố liên quan với tuân thủ về chế độ dinh dưỡng: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NB có trình độ học vấn dưới PTTH không tuân thủ chế độ dinh dưỡng cao gấp 2,19 lần so với NB có trình độ học vấn trên PTTH, NB có thời gian mắc bệnh < 5 năm không tuân thủ chế độ dinh dưỡng cao gấp 1,31 lần so với NB có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm, những khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (Bảng 4). Nhưng với tỷ lệ NB có thời gian mắc bệnh < 5 năm không tuân thủ chế độ dinh dưỡng cao gấp 1,31 lần so với NB mắc bệnh ≥ 5 năm cũng chỉ ra rằng thời gian mắc bệnh ngắn thì những kiến thức về dinh dưỡng phù hợp cũng như tầm quan trọng của tuân thủ chế độ dinh dưỡng trong điều trị và phòng ngừa biến chứng bệnh đái tháo đường của NB chưa được cung cấp đầy đủ và chưa tìm hiểu thấu đáo. Vì vậy mà họ thực hành không đúng nhiều hơn. Qua đó cho thấy cán bộ y tế cần phải tư vấn, hướng dẫn để nâng cao kiến thức và thực hành cho những NB mới mắc ĐTĐ. Kết quả của nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Shobhana và cộng sự (1999) là không có mối liên quan giữa tuân thủ dinh dưỡng với thời gian mắc bệnh đái tháo đường. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi là khác biệt với nghiên cứu của Đỗ Quang Tuyền (2012) cho thấy NB có thời gian mắc bệnh đái tháo đường dưới 5 năm không tuân thủ dinh dưỡng cao gấp 1,79 lần so với nhóm người bệnh mắc bệnh đái tháo đường từ 5 năm trở lên với $p < 0,05$. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Đỗ Quang Tuyền có thời gian mắc bệnh trung bình ngắn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Vấn đề tư vấn cho người bệnh là gợi ý đối với nhà quản lý Bệnh viện cần tăng cường thêm bác sỹ và mở thêm Phòng khám để các bác sỹ tại Phòng khám Nội tiết có nhiều thời gian tư vấn, hướng dẫn chế độ tuân thủ điều trị cho người bệnh ĐTĐ, người bệnh sẽ được trang bị kiến thức đầy đủ hơn về bệnh và họ sẽ tuân thủ các chế độ điều trị tốt hơn.

Các yếu tố nhân khẩu học khác (tuổi, giới, nghề nghiệp, hoàn cảnh sống, mắc các bệnh lý mạn tính đi kèm/biến chứng ĐTĐ...) và một số yếu tố về đặc điểm dịch vụ y tế cũng không có mối liên quan đến tuân thủ dinh dưỡng của NB. Kết quả này có lẽ do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn nên chưa thấy rõ được mối liên quan. Mặt khác, khi NB đã có tỷ lệ tuân thủ điều trị rất lớn như vậy thì hầu như tất cả các yếu tố sẽ rất ít

chi phối và ảnh hưởng đến việc không tuân thủ điều trị nữa.

V. KẾT LUẬN

Về nhóm các thực phẩm nên ăn: 97,3% NB tuân thủ là ăn hầu hết các loại rau, tiếp đến là các loại cá (76,0%), thấp nhất là ăn các loại trái cây (11,0%). Nhóm thực phẩm hạn chế/không nên ăn: 98,6% NB tuân thủ không thường xuyên ăn các món nội tạng, khoai bỏ lò (94,9%); 57,6% NB thường xuyên ăn dưa hấu và 56,5% NB thường xuyên ăn dứa (không tuân thủ). Không có liên quan giữa việc NB không tuân thủ về chế độ dinh dưỡng với tuổi, giới, trình độ học vấn, thời gian phát hiện bệnh, tình trạng việc làm và các yếu tố về dịch vụ y tế.

KHUYẾN NGHỊ

Việc tuyên truyền, giáo dục sức khỏe đối với NB đái tháo đường cần thực hiện thường xuyên trong mỗi lần thăm khám. Ngoài ra cần cung cấp các tài liệu hướng dẫn, minh họa cụ thể về lối sống phù hợp để NB có kiến thức đầy đủ về bệnh tật. Khi NB có kiến thức và thực hành tốt thì sẽ tuân thủ nghiêm túc chế độ điều trị theo hướng dẫn của thầy thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2007)**, *Làm gì để phòng chống bệnh đái tháo đường và biến chứng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2011)**, Quyết định số 3280/QĐ-BYT ngày 09/09/2011 về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường type 2, Bộ Y tế, Hà Nội.
3. **Nguyễn Mạnh Dũng (2007)**, "Đánh giá nhận thức của người bệnh đái tháo đường về chế độ ăn uống và tập luyện thể lực", *Tạp chí Y học thực hành*, Số 731, tr 191 - 195.
4. **Phạm Thị Thu Hương và Nguyễn Thị Lâm (2008)**, *Hướng dẫn chế độ ăn cho người bệnh đái tháo đường theo đơn vị chuyển đổi thực phẩm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. **Trần Chiêu Phong và Lê Hoàng Ninh (2005)**, "Kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng biến chứng đái tháo đường của bệnh nhân đái tháo đường tại Trung tâm Y tế quận 1, Thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Số 1 (10), tr 33 - 36.
6. **American Diabetes Association (2011)**, "Standard of Medical care in diabetes - 2011", *Diabetes care*. Vol. 34 (1).
7. **Hanko B & et al. (2007)**, "Self-reported medication and lifestyle adherence in Hungarian Patients with Type 2 diabetes". Vol. 29 (2), pg. 58 -66.

ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH SÂU RĂNG VÀ BỆNH QUANH RĂNG TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI THÔNG QUA CHỈ SỐ OHIP-14

Lê Long Nghĩa*, Nguyễn Ngọc Anh*

TÓM TẮT¹⁵

Những bệnh phổ biến ở người trẻ như sâu răng, bệnh quanh răng cũng là bệnh có tỷ lệ mắc cao ở người cao tuổi. **Mục tiêu:** Đánh giá ảnh hưởng của bệnh sâu răng và bệnh quanh răng tới chất lượng cuộc sống người cao tuổi thành phố Hồ Chí Minh thông qua chỉ số OHIP-14. **Đối tượng:** Là người từ 60 tuổi trở lên sống tại địa bàn thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian điều tra. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Điểm trung bình tác động vấn đề sức khỏe răng miệng lên chất lượng cuộc sống ở nhóm có sâu răng là $6,23 \pm 8,87$; nhóm không sâu răng là $5,39 \pm 8,46$. Điểm trung bình tác động vấn đề sức khỏe răng miệng lên chất lượng cuộc sống ở nhóm có bệnh quanh răng là $8,11 \pm 9,36$; nhóm không

có bệnh quanh răng là $7,46 \pm 8,96$. **Kết luận:** Bệnh sâu răng và vùng quanh răng làm giảm chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, sâu răng, bệnh quanh răng

SUMMARY

THE IMPACT OF DECAY AND PERIODONTAL DISEASE ON THE QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY THROUGH OHIP-14

Abstract: Common diseases in young people such as tooth decay, periodontal disease are also high morbidity in the elderly. **Aim:** Assess the impact of decay and periodontal disease on the quality of life of the elderly in Ho Chi Minh City through OHIP-14. **Subjects:** The persons from 60 years old and above living in Ho Chi Minh City during the investigation period. **Method:** cross-sectional descriptive study. **Results:** The mean score of oral health effects on quality of life in the caries group was 6.23 ± 8.87 ; The group without decay was 5.39 ± 8.46 . The mean score of oral health effects on quality of life in patients with periodontal disease was 8.11 ± 9.36 ; The group

*Viện Đào tạo Răng hàm mặt, Đại học Y Hà nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Long Nghĩa
Email: nghia.lelong@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.10.2017
Ngày phản biện khoa học: 19.12.2017
Ngày duyệt bài: 28.12.2017

without periodontal disease was 7.46 ± 8.96 .
Conclusion: Tooth decay and periodontal disease reduce the quality of life of the elderly.

Keywords: quality of life, tooth decay, periodontal disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổng Điều tra biến động Dân số và Kế hoạch hoá gia đình (01/4/2012), tỷ trọng người cao tuổi (tính từ 60 tuổi trở lên) trong dân số đã tăng nhanh từ 8,2% vào năm 1999 lên 9,9% vào năm 2011 và 10,2% vào năm 2012 [1]. Dự báo tỷ lệ này có thể sẽ tăng đột biến và đạt 16,8% vào năm 2029 và 22% vào năm 2050 [2]. Phạm Văn Việt và cộng sự nghiên cứu năm 2004 cho biết tỷ lệ sâu răng của người cao tuổi tại Hà Nội là 55,1, tỷ lệ mắc bệnh quanh răng là 96,1% [3]. Vì vậy, theo WHO, công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, bao gồm chăm sóc sức khỏe răng miệng là vấn đề cấp thiết được đặt ra và cần được các nhà hoạch định chính sách quan tâm [4]. Trong hơn 20 bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe răng miệng được sử dụng trên toàn thế giới, bộ công cụ OHIP được sử dụng nhiều nhất đặc biệt trên đối tượng người cao tuổi, trong đó bộ công cụ OHIP-14 là bộ công cụ ngắn gọn, được cho là có nhiều ưu điểm trong áp dụng và rút ngắn thời gian phỏng vấn trên đối tượng người cao tuổi và được sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới.

Thành phố Hồ Chí Minh là một trong những trung tâm kinh tế lớn nhất cả nước nơi tập trung số lượng lớn người cao tuổi. Vì vậy xuất phát từ tầm quan trọng và ý nghĩa đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Ảnh hưởng của bệnh sâu răng và bệnh quanh răng tới chất lượng cuộc

sống người cao tuổi thông qua chỉ số OHIP-14" với mục tiêu: *Đánh giá ảnh hưởng của bệnh sâu răng và bệnh quanh răng tới chất lượng cuộc sống người cao tuổi thành phố Hồ Chí Minh thông qua chỉ số OHIP-14.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Là người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) sống tại địa bàn thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian điều tra. Tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Đủ năng lực trả lời các câu hỏi phỏng vấn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người đến sinh sống tạm thời trong thời gian ngắn ở khu vực lấy mẫu, vắng mặt tại địa bàn trong thời gian thu thập số liệu. Người đang bị bệnh lý toàn thân cấp tính.

Địa điểm nghiên cứu: TP. Hồ Chí Minh

Thời gian lấy số liệu: Từ tháng 10/2015 đến tháng 12/2015

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: 1350 người.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi DATA. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của các ban ngành liên quan tại địa phương như Sở Y tế, Trung tâm y tế thành phố. Tất cả các đối tượng nghiên cứu được giới thiệu rõ mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến kinh tế và sức khỏe của đối tượng tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành với sự tự nguyện hoàn toàn của người cao tuổi.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Điểm OHIP trung bình phân bố theo nhóm tuổi

Lĩnh vực	Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)			p
	60 đến 64	65 đến 74	≥ 75	
Giới hạn chức năng	$1,22 \pm 1,58$	$1,20 \pm 1,65$	$1,15 \pm 1,60$	0,427
Đau thực thể	$1,89 \pm 1,94$	$1,83 \pm 1,91$	$1,82 \pm 1,89$	0,658
Không thoải mái tâm lý	$1,07 \pm 1,55$	$1,04 \pm 1,55$	$0,93 \pm 1,44$	0,834
Thiếu năng thể chất	$1,08 \pm 1,59$	$1,16 \pm 1,67$	$1,04 \pm 1,53$	0,692
Thiếu năng tâm lý	$0,86 \pm 1,48$	$0,88 \pm 1,52$	$0,70 \pm 1,30$	0,768
Thiếu năng xã hội	$0,76 \pm 1,35$	$0,78 \pm 1,41$	$0,64 \pm 1,27$	0,982
Tàn tật	$0,83 \pm 1,40$	$0,86 \pm 1,49$	$0,78 \pm 1,36$	0,674
OHIP tổng	$7,70 \pm 8,88$	$7,74 \pm 9,41$	$7,06 \pm 8,55$	0,438

Trung bình điểm OHIP - 14 ở nhóm 65 - 74 tuổi cao nhất là $7,74 \pm 9,41$, thấp nhất ở nhóm từ 75 tuổi trở lên là $7,06 \pm 8,55$. Không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Bảng 2. Điểm OHIP trung bình phân bố theo giới

Lĩnh vực	Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		p
	Nam	Nữ	
Giới hạn chức năng	$1,25 \pm 1,71$	$1,15 \pm 1,55$	0,639
Đau thực thể	$1,91 \pm 1,97$	$1,79 \pm 1,87$	0,745
Không thoải mái tâm lý	$1,05 \pm 1,61$	$0,99 \pm 1,46$	0,839

Thiếu năng thể chất	1,19±1,70	1,04±1,54	0,387
Thiếu năng tâm lý	0,89±1,56	0,77±1,37	0,538
Thiếu năng xã hội	0,78±1,44	0,69±1,29	0,896
Tàn tật	0,88±1,50	0,79±1,37	0,674
OHIP tổng	7,96±9,58	7,23±8,60	0,572

Điểm trung bình OHIP - 14 ở nam 7,96±9,58 cao hơn nữ là 7,23±8,60. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Bảng 3. Ảnh hưởng của sâu răng đến điểm trung bình OHIP

Lĩnh vực	Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		p
	Có bệnh	Không có bệnh	
Giới hạn chức năng	0,88±1,45	0,96±1,50	0,934
Đau thực thể	2,28±3,03	1,93±2,83	0,865
Không thoải mái tâm lý	3,07±5,06	2,50±4,78	0,623
Thiếu năng thể chất	2,28±3,03	1,93±2,83	0,543
Thiếu năng tâm lý	1,90±1,43	0,85±1,45	0,872
Thiếu năng xã hội	1,75±1,38	1,68±1,34	0,962
Tàn tật	0,84±1,43	0,79±1,42	0,755
OHIP tổng	6,23±8,87	5,39±8,46	0,538

Điểm trung bình tác động vấn đề sức khỏe răng miệng lên chất lượng cuộc sống ở nhóm có sâu răng là 6,23±8,87 và nhóm không sâu răng là 5,39±8,46 với $p>0,05$.

Bảng 4. Ảnh hưởng của bệnh quanh răng đến điểm trung bình OHIP

Lĩnh vực	Điểm trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		p
	Có bệnh	Không có bệnh	
Giới hạn chức năng	1,2±1,51	1,19±1,62	0,924
Đau thực thể	2,02±1,86	1,82±1,92	0,304
Không thoải mái tâm lý	1,1±1,78	1,00±1,49	0,536
Thiếu năng thể chất	1,11±1,65	1,10±1,6	0,945
Thiếu năng tâm lý	0,87±1,55	0,81±1,43	0,713
Thiếu năng xã hội	0,95±1,66	0,71±1,31	0,074
Tàn tật	0,87±1,47	0,82±1,42	0,738
OHIP tổng	8,11±9,36	7,46±8,96	0,464

Điểm trung bình tác động của vấn đề sức khỏe răng miệng lên chất lượng cuộc sống ở nhóm có bệnh quanh răng là 8,11±9,36 và nhóm không có bệnh quanh răng là 7,46±8,96.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn chỉ số OHIP-14VN là chỉ số tác động sức khỏe răng miệng, công cụ đo lường toàn diện về chức năng, thể chất và tâm lý cảm nhận do tình trạng răng miệng, OHIP-14 nhằm vào những tác động có liên quan với tình trạng răng miệng tổng quát hơn những tác động thuộc về những rối loạn hay triệu chứng răng miệng đặc biệt. Các lĩnh vực của OHIP-14 dựa trên mô hình lý thuyết về sức khỏe răng miệng của Locker, dựa trên các vấn đề sức khỏe, đau đớn và tàn tật đều liên quan với vấn đề về thể chất, tâm lý và lợi ích xã hội [5].

Điểm trung bình tác động sức khỏe răng miệng lên chất lượng cuộc sống OHIP-14 ở nhóm 60 - 64 tuổi là 7,70, nhóm 65 - 74 là 7,74 và nhóm ≥ 75 tuổi là 7,06. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Phân tích một số yếu tố liên quan đến CLCS - SKRM thông qua điểm tác động sức khỏe răng

miệng OHIP, chúng tôi thu được một số kết quả đáng ghi nhận. CLCS - SKRM ở nữ giới thấp hơn nam giới ($p>0,05$), tương đồng với nghiên cứu của Uliniski [6]. Theo điều tra quốc gia về người cao tuổi Việt Nam năm 2011, tỷ số giữa số phụ nữ cao tuổi với nam giới cao tuổi ngày càng tăng khi tuổi tăng lên thể hiện rõ dấu hiệu của "nữ hóa" dân số ở Việt Nam. Tại Việt Nam, phụ nữ có lợi thế hơn về tuổi thọ nhưng họ lại gặp phải nhiều nguy cơ về sức khỏe, và phụ nữ thường có xu hướng nhạy cảm hơn với các vấn đề về sức khỏe, hoạt động chức năng, thẩm mỹ, tâm lý xã hội. Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, chúng tôi có quan sát thấy khi được phỏng vấn về tác động của răng miệng/hàm giả lên các vấn đề cuộc sống, phụ nữ quan tâm phân tích và suy nghĩ đánh giá kĩ hơn nam giới.

Tác động của sâu răng làm giảm chất lượng cuộc sống ở người cao tuổi thể hiện qua điểm trung bình OHIP ở nhóm có sâu răng là 6,23±8,87 cao hơn nhóm không sâu răng là

5,39±8,46 tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Trong các lĩnh vực ta thấy điểm cao nhất thuộc lĩnh vực không thoải mái về tâm lý ở nhóm sâu răng (3,07) và nhóm không sâu răng (2,50), sau đó là đau thực thể (2,28; 1,93) và thiếu năng về thể chất (2,28; 1,93). Kết quả này tương đồng nghiên cứu của Sischo L. [7].

Tác động của bệnh quanh răng làm giảm chất lượng cuộc sống của người cao tuổi thể hiện qua điểm trung bình OHIP ở nhóm có bệnh quanh răng là 8,11±9,36 cao hơn nhóm không có bệnh quanh răng là 7,46±8,96, điểm cao nhất là trong lĩnh vực đau thực thể ở nhóm có bệnh quanh răng (2,02) và nhóm không có bệnh quanh răng (1,82). Slavkin H.C. cũng đưa ra nhận định như vậy.

V. KẾT LUẬN

Bệnh sâu răng và vùng quanh răng làm giảm chất lượng cuộc sống của người cao tuổi thể hiện như sau:

Điểm trung bình tác động vấn đề sức khỏe răng miệng lên chất lượng cuộc sống ở nhóm có sâu răng là 6,23±8,87; nhóm không sâu răng là 5,39±8,46.

Điểm trung bình tác động vấn đề sức khỏe răng miệng lên chất lượng cuộc sống ở nhóm có bệnh quanh răng là 8,11±9,36; nhóm không có bệnh quanh răng là 7,46±8,96.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vụ Thống kê Dân số và Lao động (2012)**. Điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình. Tổng cục thống kê.
2. **Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam**. Luật người cao tuổi số 39/2009/QH12. Ban hành ngày 23 tháng 11 năm 2009.
3. **Phạm Văn Việt (2004)**. *Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội*, Luận án tiến sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội. 89-94
4. **Peterson P.E. (2005)**. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol 33, 81-92
5. **Locker D. (2008)**. Conceptual development of oral health-related quality of life.
6. **K. G. B. Ulinski, M. A. do Nascimento, A. M. C. Lima et al (2013)**. Factors related to oral health-related quality of life of independent brazilian elderly. *International journal of dentistry*, 2013,
7. **Sischo L. et al (2011)**. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*, 90(11), 1264-1270

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ VỀ DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH GIA LAI NĂM 2017

Phùng Thanh Hùng¹, Nguyễn Thị Hoài Thu², Đào Ngọc Quân³

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu "Mô tả sự hài lòng của người bệnh dân tộc thiểu số đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai". Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính. Thời gian nghiên cứu từ tháng 01 đến tháng 09 năm 2017 tại khoa Khám bệnh - Bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh Gia Lai. Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh (NB) thông qua 5 khía cạnh và kết quả cho thấy 62,94 % NB hài lòng với khía cạnh tiếp cận với dịch vụ y tế, 75,5% NB hài lòng với khía cạnh sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị, 82% NB hài lòng với cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ NB, 89,73% NB

hài lòng với thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế (NVYT), 90,95% NB hài lòng với kết quả cung cấp dịch vụ. Trong nghiên cứu cũng chỉ ra một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của NB như: sự quá tải bệnh nhân đã dẫn đến sự chờ đợi lâu, nhất là chờ đợi làm các cận lâm sàng; nhà vệ sinh của khoa Khám bệnh chưa đáp ứng được nguyện vọng của NB; trình độ dân trí thấp nên khả năng tiếp cận với internet của người đồng bào dân tộc là chưa cao khi muốn tìm kiếm thêm thông tin hoặc đăng ký khám bệnh trên trang web của bệnh viện.

Từ khóa: Sự hài lòng của người bệnh, Khoa khám bệnh, Bệnh viện Gia Lai.

SUMMARY

SURVEY ON SATISFACTION OF ETHNIC MINORITY PATIENTS ABOUT HEALTH SERVICES PROVIDED AT THE CONSULTING DEPARTMENT OF PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL OF GIA LAI, 2017

This study was conducted with the objective "To describe the satisfaction of the ethnic minority patients about the health services provided at Consulting Department, General Hospital of Gia Lai province". A

¹Trường Đại học Y tế công cộng

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thanh Hùng

Email: pth@huph.edu.vn.

Ngày nhận bài: 11.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2017

Ngày duyệt bài: 28.12.2017

cross-sectional descriptive study combining quantitative and qualitative research was used. Study took place from January to September 2017 at the Consulting Department, General Hospital in Gia Lai province. The assessment of the level of satisfaction of patients was conducted in 5 dimensions and the results showed that 62.94% of the respondents were satisfied with their access to health services; 75.5% were satisfied with the information transparency and procedures for treatment; 82% of patients were satisfied with infrastructures and facilities; 89.73% of patients were satisfied with the attitude and professional skills of the health workers in the hospital, and 90.95% of them were satisfied with outcomes of treatment. Several factors influenced the satisfaction of patients included patient overload led longer waiting time, especially waiting for paraclinical examinations; the toilets of the Consulting Department did not meet the aspirations of patients; and the educational level of the ethnic minority people. Therefore, the effectiveness of the website of the hospital is not high that limit their access to the hospital's website to search for information and register for services.

Key words: Patient satisfaction, Consulting Department, Gia Lai provincial general hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua chất lượng chăm sóc người bệnh tại các Bệnh viện ngày càng được nâng cao, tinh thần và thái độ phục vụ người bệnh đang có những bước tiến triển. Tuy nhiên, chất lượng dịch vụ y tế vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu của người dân, do nhiều nơi cơ sở vật chất trang thiết bị chưa đạt yêu cầu, trình độ chuyên môn của nhân viên y tế còn hạn chế, dẫn đến vẫn có hiện tượng nhiều bệnh nhân chưa hài lòng với chất lượng dịch vụ. Năm 2013, Bộ Y tế cũng đã có Quyết định số 4448/QĐ- BYT phê duyệt Đề án “Đánh giá sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế công” và đang triển khai áp dụng thí điểm ở các lĩnh vực, trong đó có lĩnh vực KCB [1]. Sự hài lòng của người bệnh là thước đo đánh giá chất lượng dịch vụ y tế, đây là yếu tố quyết định uy tín và là mục tiêu hướng tới của bất kỳ một cơ sở y tế nào [2,3]. BVĐK tỉnh Gia Lai là BV hạng II trực thuộc sở Y tế Gia Lai, trong những năm qua BV đã không ngừng cải tiến nhằm nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh là người dân tộc thiểu số. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu “Mô tả sự hài lòng của người bệnh dân tộc thiểu số về dịch

vụ KCB tại khoa Khám bệnh, BVĐK tỉnh Gia Lai năm 2017”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu định lượng: Người bệnh là người dân tộc thiểu số trên 18 tuổi, tham gia đầy đủ các bước trong quy trình khám bệnh của bệnh viện.

Đối tượng nghiên cứu định tính: Người bệnh là người dân tộc thiểu số đến khám tại khoa Khám bệnh, điều dưỡng trưởng khoa Khám bệnh.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính, nghiên cứu định tính được tiến hành sau khi có kết quả sơ bộ của nghiên cứu định lượng.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

Mẫu nghiên cứu định lượng:

Số đối tượng nghiên cứu được tính theo công thức một tỉ lệ:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu cần tính

Z (1- $\alpha/2$): Hệ số tin cậy = 1,96 (với α = 5%, độ tin cậy 95%).

p: Ước tính tỷ lệ hài lòng của NB ngoại trú trong cộng đồng, trong nghiên cứu này chúng tôi chọn p = 0,715 [4].

d: sai số cho phép, trong nghiên cứu này chúng tôi lấy d = 0,06.

Tổng số mẫu cần điều tra là 217, thực tế số phiếu hợp lệ thu thập được là 210.

Mẫu nghiên cứu định tính: Chọn mẫu có chủ đích phỏng vấn sâu 05 người bệnh và 01 điều dưỡng trưởng khoa khám bệnh

Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu định lượng sau khi làm sạch được nhập vào phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS cho các thông tin mô tả và phân tích thống kê. Các cuộc phỏng vấn sâu được ghi âm, gõ bằng và chuyển sang văn bản, nội dung của các cuộc phỏng vấn sâu được phân tích và trích dẫn theo chủ đề.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 210 NB là người dân tộc thiểu số đến khám tại khoa Khám bệnh, BVĐK tỉnh Gia Lai, đã thu được một số kết quả chính sau:

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

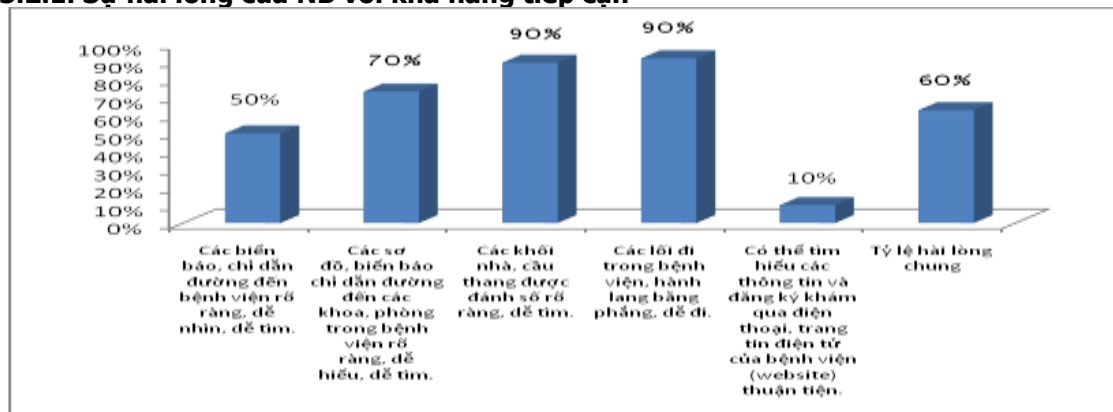
Thông tin	Phân loại	n	Tỷ lệ
-----------	-----------	---	-------

Tuổi	≤ 25	48	22,9%
	25-35	66	31,4%
	36-45	37	17,6%
	45-55	22	10,5%
	>55	37	17,6%
Giới	Nam	116	55,2%
	Nữ	94	44,8%
Khoảng cách từ nơi sống đến BV (km)	<5	16	7,6%
	5-15	48	22,9%
	16-25	17	8,1%
	>25	129	61,4%
Bảo hiểm y tế	Có	162	77,1%
	Không	48	22,9%
Dân tộc	Bana	31	14,8%
	Jarai	156	74,3%
	Khác	23	10,9%

Từ bảng trên ta thấy: đa số bệnh nhân đang trong độ tuổi lao động, nhóm tuổi từ 25 đến 35 tuổi chiếm 31,4%; bệnh nhân nam chiếm 55,2%, bệnh nhân nữ ít hơn là 44,8%; đa số người bệnh đều ở cách xa bệnh viện (khoảng cách từ nhà đến bệnh viện >25km chiếm 61,4%); đa số bệnh nhân là người dân tộc Jarai và có bảo hiểm y tế (74,3% người bệnh là người dân tộc Jarai và 77,1% người bệnh có bảo hiểm y tế).

3.2. Mô tả sự hài lòng của người bệnh

3.2.1. Sự hài lòng của NB với khả năng tiếp cận



Hình 1: Tỷ lệ người bệnh hài lòng với khả năng tiếp cận

Sự hài lòng của người bệnh với khả năng tiếp cận được đánh giá trên 5 tiêu chí. Tiêu mục có tỷ lệ NB hài lòng cao nhất là các lối đi trong BV, hành lang bằng phẳng dễ đi (90%); Tiêu mục có tỷ lệ NB hài lòng thấp nhất là có thể tìm hiểu các thông tin và đăng ký khám qua điện thoại, trang thông tin điện tử của BV (website) thuận tiện

(10%); Tỷ lệ NB hài lòng chung với khả năng tiếp cận dịch vụ là 60%. Nếu NB đã đến BV một vài lần thì không khó khăn gì, nhưng với NB đến khám lần đầu thì việc tìm đường cũng gặp nhiều khó khăn: "...trên đường đi có thấy các biển báo chỉ dẫn đường đến Bệnh viện nên cũng dễ tìm đường đến Bệnh viện" (PVS-NB1).

3.2.2. Sự hài lòng của người bệnh đối với sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị

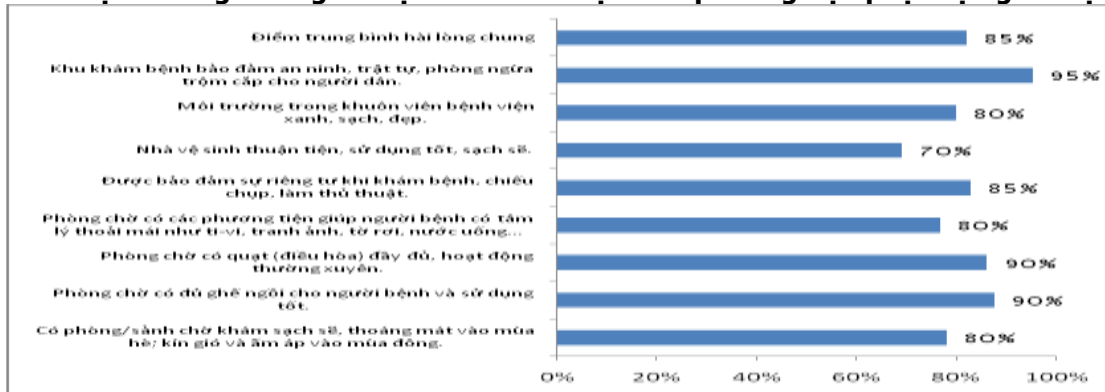


Hình 2: Tỷ lệ NB hài lòng với sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị

Tiêu mục có tỷ lệ NB hài lòng cao nhất (90%) là được xếp hàng theo thứ tự trước sau khi làm các thủ tục đăng ký, nộp tiền, khám bệnh, xét nghiệm, chiếu chụp. Tiêu mục có tỷ lệ NB hài lòng thấp nhất là đánh giá thời gian chờ làm xét nghiệm, chiếu chụp chỉ được 60% NB hài lòng. Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy NB hay than phiền về thời gian chờ đợi lâu, khiến họ chưa hài lòng "chờ siêu âm lâu, do chỗ đó đông quá" (PVS-NB5); Tỷ lệ hài lòng chung với nhóm

yếu tố sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị là 75%. Kết quả phỏng vấn cho thấy, dù thời gian chờ đợi lâu, trung bình thời gian khám là khoảng hơn 2 tiếng, nhưng nhìn chung các kết quả đều có thể nhận được ngay trong ngày khám bệnh ".... Tổng thời gian khám bệnh của một người bệnh tùy loại cận lâm sàng mà qui định thời gian trả kết quả và tùy thuộc tổng số loại cận lâm sàng phải làm, mọi người bệnh đều được giải quyết trong ngày" (PVS-DDT).

3.2.3. Sự hài lòng của người bệnh với cơ sở vật chất phương tiện phục vụ người bệnh

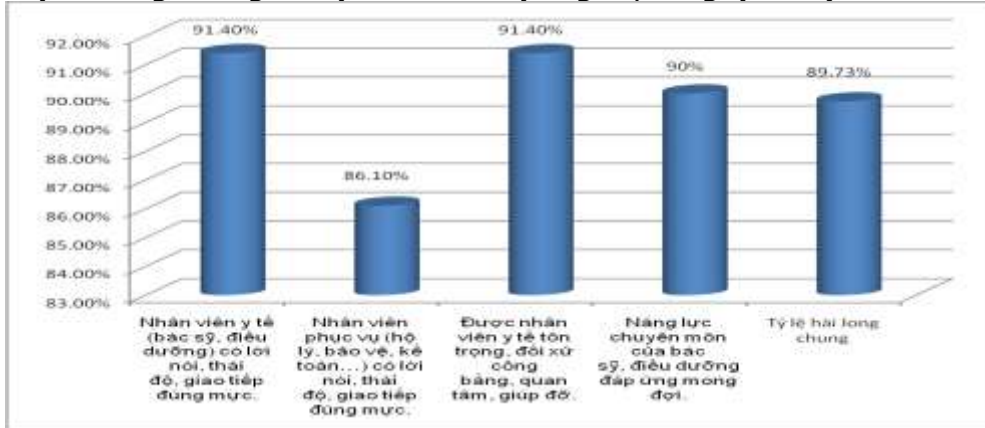


Hình 3: Tỷ lệ NB hài lòng với cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ NB

Tiêu chí khu khám bệnh bảo đảm an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp cho người dân là có tỷ lệ NB hài lòng cao nhất với 95%; Tiêu chí có tỷ lệ NB hài lòng thấp nhất là nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt, sạch sẽ là có tỷ lệ NB hài lòng thấp nhất, chỉ có 70% NB hài lòng. Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy "Lần này thì chưa thấy, nhưng lần trước thì thấy không sạch" (PVS-NB1); Tỷ lệ hài lòng chung với nhóm cơ sở vật chất trang thiết bị phục vụ NB là 85%. Có

nhiều ý kiến đánh giá khác nhau từ NB: "nhà vệ sinh lần này thì chưa vào, nhưng lần trước thì thấy không sạch. Môi trường trước cửa bệnh viện chưa được tốt lắm, tôi chưa hài lòng về vệ sinh ở đây, bệnh viện cần làm tốt hơn nữa" (PVS-NB1); nhưng cũng có ý kiến hài lòng như "Nhà vệ sinh cũng sạch sẽ. Môi trường thì xanh, cũng có nhân viên quét dọn hàng ngày, nên tôi hài lòng" (PVS-NB3).

3.2.4. Sự hài lòng của người bệnh với thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn NVYT

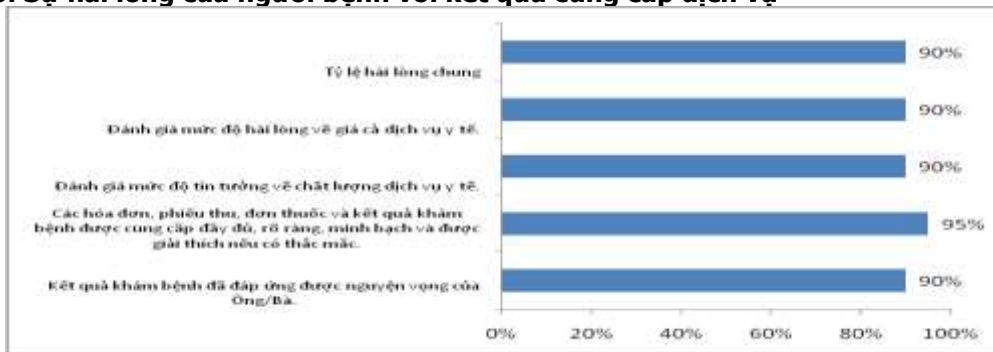


Hình 4: Tỷ lệ NB hài lòng với thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT

Sự hài lòng của người bệnh đối với thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT là khá cao, tỷ lệ hài lòng chung là 90%. Riêng với tiêu chí nhân viên y tế (bác sĩ, điều dưỡng) có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực và tiêu chí: Được nhân viên y tế tôn trọng, đối xử công bằng, quan tâm, giúp đỡ là có tỷ lệ người bệnh hài lòng cao nhất với 90%; Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy NB khá hài lòng với giao tiếp ứng xử của NVYT của khoa "Bác sĩ, Điều dưỡng nói năng nhẹ nhàng, không la mắng bệnh nhân" (PVS-NB2); "Thái độ của Bác sĩ, điều dưỡng thì cũng nhiệt tình chu đáo với bệnh nhân" (PVS-NB3). Thái độ ứng xử của NVYT đã đáp ứng

được phần lớn sự hài lòng của NB: "Nhân viên y tế nói chuyện, chỉ dẫn bằng tiếng kinh, tôi cũng hiểu hết, nhưng tôi có nguyện vọng là có nhân viên y tế là người Jrai, nói chuyện, tư vấn cho tôi bằng tiếng Jrai, nói thật cũng có người này người kia, người tốt người xấu, nên tôi vẫn chưa hài lòng hết được" (PVS-NB1). BV cho biết hiện tại khoa chỉ có một NVYT là người dân tộc thiểu số, nhưng kỹ năng giao tiếp của cả khoa là rất tốt, nên NB rất hài lòng "Có một nhân viên y tế của khoa là người đồng bào. Ngày trước Bệnh viện có cho nhân viên học tiếng đồng bào, nhưng đã lâu rồi. Bệnh viện không tổ chức học tiếng dân tộc thiểu số" (PVS-DDT).

3.2.5. Sự hài lòng của người bệnh với kết quả cung cấp dịch vụ



Hình 5: Tỷ lệ NB hài lòng với kết quả cung cấp dịch vụ

Tỷ lệ NB hài lòng chung với kết quả cung cấp dịch vụ là 90% và tỷ lệ NB hài lòng cao nhất với tiêu chí: Các hóa đơn, phiếu thu, đơn thuốc và kết quả khám bệnh được cung cấp đầy đủ, rõ ràng, minh bạch và được giải thích nếu có thắc mắc, tỷ lệ người bệnh hài lòng là 95%, tiêu chí. Về mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế chỉ có 90% NB hài lòng.

IV. BÀN LUẬN

Trong số các mục về sự hài lòng của NB, mục "Khả năng tiếp cận" có tỉ lệ NB hài lòng thấp nhất. Trong nghiên cứu này chỉ có 60% NB hài lòng chung với mục này, đa phần chưa hài lòng về các biển hướng dẫn, tính liên hoàn của các khối nhà trong bệnh viện. Biển báo chỉ đường đến bệnh viện được lắp đặt khá đầy đủ. Đa số người bệnh ở xa bệnh viện, nên người bệnh đi bằng xe máy, xe buýt hoặc taxi đến bệnh viện để khám bệnh, nhưng người bệnh không để ý đến các biển báo vì đã quen đường hoặc được

lái xe đưa đến tận nơi. Bên cạnh đó, trang web của BV hoạt động không hiệu quả: Người bệnh là người dân tộc thiểu số nên việc truy cập mạng internet là rất hạn chế hoặc không biết lên mạng như thế nào, và cũng không biết số điện thoại của bệnh viện để đăng ký khám hoặc hỏi đáp các thắc mắc.

Trong khi đó khi đánh giá về cơ sở vật chất chung của BV thì tỉ lệ hài lòng cao hơn với 85%. Kết quả này tương tự với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu và cộng sự tiến hành ở BVĐK tỉnh Tuyên Quang [5]. Cơ sở vật chất ở khoa khám được trang bị khá đầy đủ, người bệnh rất hài lòng về tiêu chí này. Tuy nhiên vấn đề vệ sinh tại khoa Khám, nhất là nhà vệ sinh còn chưa được sạch sẽ và người bệnh chưa thực sự hài lòng.

Về thời gian chờ ở các khâu khám bệnh, chờ được khám, chờ được xét nghiệm,... có tỉ lệ NB hài lòng từ 70%-90%, và tỉ lệ hài lòng chung với các tiểu mục này là 80%. Thời gian chờ đợi đăng ký khám, chờ đợi khám và chờ đợi cận lâm sàng còn lâu, do lượng bệnh nhân đông nên Khoa khó có thể giải quyết nhanh được. Kết quả định tính cho thấy, dù thời gian chờ đợi lâu, trung bình thời gian khám là khoảng hơn 2 tiếng, nhưng nhìn chung các kết quả đều có thể nhận được ngay trong ngày khám bệnh. Khi đánh giá sự hài lòng về thời gian chờ ở từng khâu tại BVĐK Gia Lai, nhìn chung tỉ lệ NB hài lòng cao hơn ở BVĐK huyện Tân Lạc [6] và Khoa Khám bệnh BV Bạch Mai [7].

Về thái độ và chuyên môn của nhân viên y tế, đa phần NB dân tộc thiểu số đều hài lòng với tỉ lệ hài lòng chung khá cao, gần 90%. Tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu tại BVĐK tỉnh Tuyên Quang [5]. Một đặc thù của BV ở đây là đối tượng NB có cả người dân tộc thiểu số nên việc chỉ biết tiếng Kinh là một hạn chế trong giao tiếp, tư vấn giáo dục sức khỏe đối với NB. Mặc dù phần lớn NB hài lòng với thái độ và chuyên môn của nhân viên y tế, việc giao tiếp với NB

bằng tiếng dân tộc cũng là một vấn đề cần quan tâm của BV.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ hài lòng chung với kết quả cung cấp dịch vụ là cao nhất 90%
- Tỷ lệ hài lòng chung với khả năng tiếp cận là thấp nhất 60%
- Tỷ lệ hài lòng chung với minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị là 80%
- Tỷ lệ hài lòng chung với cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ NB là 85%
- Tỷ lệ hài lòng chung với thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của NVYT là 90%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2015).** Báo cáo tổng quan chung ngành Y tế năm 2015: Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân.
2. **Jorge Mendoza Aldana; Helga Piechulek; Ahmed Al-Sabir (2001),** "Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh", *Bulletin of world health organization* (79), tr. 512-517.
3. **Junya Tokunaga; Yuichi Imanaka (2002).** "Influence of length of stay on patient satisfaction with hospital care in Japan". *International Journal for Quality in Health Care*, 18(4), tr. 493-502.
4. **Trịnh Thị Mến (2014),** Thực trạng khám chữa bệnh và sự hài lòng của người bệnh khám chữa bệnh ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Đồng Hưng, Thái Bình năm 2014. Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Hoài Thu (2017).** Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang năm 2016. *Tạp chí Y học thực hành*, số 6 (1049)/2017.
6. **Quách Thị Nghĩa (2015).** Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện đa khoa huyện Tân Lạc, tỉnh Hoà Bình năm 2011. *Tạp chí Y học thực hành*, số 8 (974)/2015.
7. **Phạm Nhật Yên (2008).** Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa khám chữa bệnh theo yêu cầu Bệnh viện Bạch Mai năm 2008. Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG DI CĂN KHÔNG CÒN CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN BẰNG HÓA CHẤT PHÁC ĐỒ FOLFOXIRI

Trịnh Lê Huy*, Lê Văn Quảng*, Ngô Thu Thoa**

TÓM TẮT

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: tringlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.12.2017

Ngày duyệt bài: 28.12.2017

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và độc tính của phác đồ FOLFOXIRI điều trị bệnh nhân ung thư đại tràng di căn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, thực hiện trên 39 bệnh nhân ung thư đại tràng di căn không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn. **Kết quả:** Sau 3 chu kỳ điều trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, một phần và bệnh giữ nguyên lần lượt là 5,1%; 76,9% và 12,8%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 94,9%. Sau 6 chu kỳ điều trị các tỷ lệ này lần lượt là 5,9%; 73,5%; 11,8% và 91,2%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là $13,37 \pm 9$ tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 90% và 76%. Hạ bạch cầu hạt là tác dụng không mong muốn hay gặp nhất, chiếm 48,9%, chủ yếu là độ 1 và độ 2. Không có bệnh nhân nào hạ bạch cầu hạt có sốt. Độc tính gan chiếm 52,5%, nhưng đều là độ 1. Tỷ lệ nôn là 18,3%, không có nôn độ 3, độ 4. Các độc tính khác đều rất thấp và chỉ ở mức độ 1. **Kết luận:** Phác đồ FOLFOXIRI có tỉ lệ đáp ứng cao, thời gian sống thêm được cải thiện và độc tính chấp nhận được cho bệnh nhân ung thư đại tràng di căn.

Từ khóa: Folfoxiri, ung thư đại tràng di căn.

SUMMARY

THE TREATMENT RESULTS OF FOLFOXIRI IN UNRESECTABLE METASTATIC COLON CANCERS

Objectives: To evaluate the treatment results and toxicity profile of triplet combination FOLFOXIRI in the treatment of unresectable metastatic colon cancer patients. **Patients and methods:** Uncontrolled clinical trial carried on 39 colon cancer patients. **Results:** After 3 cycles of treatment, the rate of complete response, partial and disease stable rate were 5.1%; 76.9% and 12.8% respectively. Disease control rate was 94.9%. After 6 cycles of treatment, these rates were 5.9%; 73.5%; 11.8% and 91.2% respectively. The median progression free survival was 13.37 ± 9 months. The 12 month- survival and 24 month- survival was 90% and 76%. Granulocytopenia is the most considerable side effect, accounting for 48.9%, but mostly grade 1 and grade 2. There are no patients with febrile neutropenia. Liver toxicity, accounted for 52.5%, but all were grade 1. The incidence of chemotherapy induced nausea was 18.3%, none was grade 3 or grade 4. The other toxicities were very low and all were at grade 1. **Conclusion:** The combination FOLFOXIRI resulted high response rate, improved survival rate and acceptable toxicity for unresectable metastatic colon cancer patients.

Key words: Folfoxiri, stage IV colon cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại thời điểm hiện tại, 5Fluoropyrimidines, Oxaliplatin và Irinotecan vẫn là 3 loại thuốc "xương sống" trong điều trị ung thư đại tràng giai đoạn IV. Kết quả các phân tích gộp cho thấy thời gian sống thêm của bệnh nhân UTĐT liên quan một cách có ý nghĩa thống kê với sự sử dụng cả 3 loại thuốc này trong tổng thời gian điều trị của người bệnh. Hiện nay, ba loại thuốc này được sử dụng một cách lần lượt theo từng

bước điều trị qua các phác đồ (bước 1: FOLFOX/XELOX, bước 2: FOLFIRI/XELIRI). Với cách dùng thuốc này, chỉ có 60%-80% số bệnh nhân UTĐT được điều trị với cả 3 loại thuốc do nhiều nguyên nhân khác nhau như bỏ dở điều trị, thể trạng không cho phép điều trị bước 2.

Vì vậy, ý tưởng điều trị cả ba thuốc ngay từ bước một (FOLFOXIRI) đã manh nha từ hơn 10 năm trước. Nhiều nghiên cứu pha II, pha III đã được thực hiện với kết quả khả quan của phác đồ này [1]. Từ năm 2010, phác đồ này đã được đưa vào khuyến cáo điều trị của tổ chức NCCN.

Tại Việt Nam, FOLFOXIRI dần được đưa vào áp dụng tại một số cơ sở chuyên khoa ung bướu. Tuy nhiên, cho tới hiện nay, chưa có một nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả cũng như độc tính của phác đồ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại tràng di căn bằng hóa chất phác đồ Folfoxiri.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Được chẩn đoán là UTĐT di căn, không cắt được khối di căn ngay từ đầu, mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến. Được điều trị ít nhất là 3 chu kỳ phác đồ FOLFOXIRI. Điểm toàn trạng là 0-1 theo ECOG. Chức năng gan, thận, huyết học trước điều trị trong giới hạn bình thường.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Có bệnh ung thư khác kèm theo hoặc có chống chỉ định với điều trị đa hóa trị liệu (trên 75 tuổi, có bệnh khác kèm theo)

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

3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Thu thập tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 10/2013 đến tháng 4/2017 tại khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, bệnh viện đại học Y Hà Nội. Tổng số bệnh nhân thu thập được là 39 trường hợp.

4. Quy trình nghiên cứu:

4.1. Thu thập các đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng: Đặc điểm lâm sàng và đặc điểm cận lâm sàng ung thư đại tràng di căn xa không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn

4.2. Sau khi các bệnh nhân có đủ các tiêu chuẩn sẽ được tiến hành điều trị hóa chất phác đồ FOLFOXIRI

Irinotecan: 165mg/m², truyền tĩnh mạch trong 1 giờ. Ngày 1,15

Oxaliplatin: 85mg/m², truyền tĩnh mạch trong 2 giờ. Ngày 1,15

Calcium folinat 200mg/m², truyền tĩnh mạch trong 2 giờ Ngày 1, 15

5FU 3200mg/m², truyền tĩnh mạch liên tục trong 48 giờ. Ngày 1, 2, 3, 15, 16, 17. Chu kỳ mỗi 4 tuần.

4.3. Đánh giá độc tính của phác đồ theo từng chu kỳ và sau 3 đợt, 6 đợt điều trị.

Chỉ số Performance status (PS) theo thang điểm của ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). Độc tính với hệ tạo huyết: hạ bạch cầu, thiếu máu, hạ tiểu cầu. Độc tính ngoài hệ tạo huyết: độc tính tiêu hóa, niêm mạc miệng, da, tóc, thần kinh.

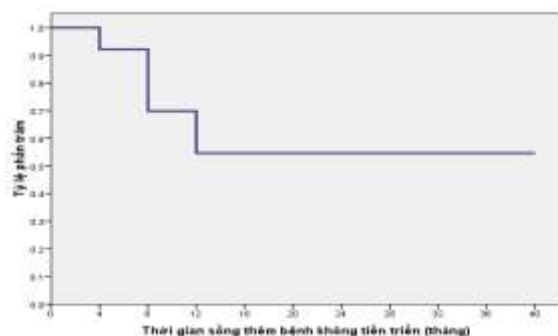
4.4. Đánh giá đáp ứng điều trị sau 3 đợt, sau 6 đợt điều trị:

Theo tiêu chuẩn RECIST của tác giả Therasse và cộng sự năm 2000

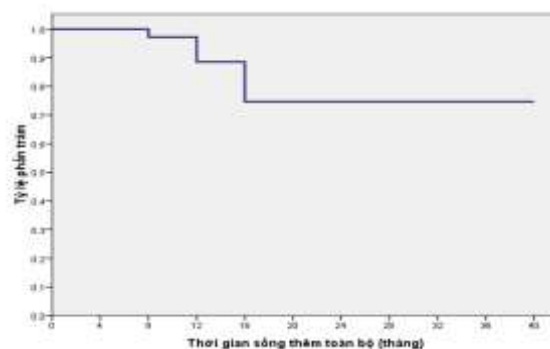
4.5. Theo dõi bệnh nhân sau điều trị: bằng khám lâm sàng, xq phổi, siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính, nồng độ CEA để đánh giá tình trạng thời gian sống thêm không tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ.

3. Xử lý số liệu: Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm toàn bộ

Bảng 1: Tỷ lệ đáp ứng sau 3 chu kỳ

Mức độ đáp ứng	Tỷ lệ %
Toàn bộ	5,1
Một phần	76,9
Bệnh giữ nguyên	12,8
Bệnh tiến triển	5,2

Bảng 2: Tỷ lệ đáp ứng sau 6 chu kỳ

Mức độ đáp ứng	Tỷ lệ %
Toàn bộ	5,9
Một phần	73,5
Bệnh giữ nguyên	11,8
Bệnh tiến triển	8,8

Bảng 3: Các độc tính

Loại độc tính	Độ 0 (%)	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	Độ 4 (%)
Hạ BC hạt	51,1	12,3	13,2	14,1	9,3
Thiếu máu	91,7	6	2,3		0
Hạ TC	96,8	3,2	0	0	0
Độc tính gan	47,5	50,2	2,3	0	0
Độc tính thận	95,9	4,1	0	0	0
Nôn	81,7	7,7	10,6	0	0
Tiêu chảy	93,1	3,7	3,2	0	0
Viêm miệng	96,8	3,2	0	0	0
Độc tính thần kinh	95	5	0	0	0

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của Falcone trên 39 bệnh nhân có 11.9% đáp ứng hoàn toàn, 59.5% đáp ứng một phần, tỉ lệ đáp ứng chung là 71.9%. Tiêu chảy và hạ bạch cầu hạt là những tác dụng phụ phổ

biến với 14% số bệnh nhân có ít nhất một lần sốt do hạ bạch cầu hạt.

Nghiên cứu của Souglakos trên 31 bệnh nhân cho 6.5% tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 6.5%, đáp ứng một phần 51.6%, tỉ lệ đáp ứng chung là 58.1%. Hạ bạch cầu hạt độ 3, độ 4 xảy ra ở 14 bệnh nhân (45%), hai bệnh nhân có sốt (6%). Tiêu chảy độ 3,

độ 4 ở 10 trường hợp (32%), độc tính thần kinh độ 3, độ 4 ở 3 trường hợp (9%).

Falcone [3], 5 năm sau, tiếp tục thực hiện một nghiên cứu pha III, trên 244 bệnh nhân nhằm so sánh 2 nhóm: nhóm 1 được điều trị bằng FOLFOXIRI và nhóm 2 được điều trị bằng FOLFIRI. Kết quả cho thấy nhóm 1 có tỉ lệ đáp ứng chung là 60% trong đó 8% đáp ứng toàn bộ và 58% đáp ứng một phần, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các tỷ lệ tương ứng trong nhóm 2 là 34%, 6% và 35%. Nhóm 1 cũng có độc tính thần kinh độ 2, độ 3 (19%) và hạ bạch cầu độ 3/4 (50%) cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với độc tính tương ứng của nhóm 2 (0% và 28%). Tuy nhiên, sốt hạ bạch cầu và tiêu chảy độ 3/4 không khác biệt giữa hai nhóm.

Nghiên cứu pha II của Azmy [4], năm 2012, trên 60 bệnh nhân được thiết kế tương tự như của Falcone. Nhóm 1 một lần nữa lại có tỷ lệ đáp ứng chung cao hơn nhóm 2 (60% vs 33%, $p=0,007$). Độc tính thần kinh độ 2/3 và hạ bạch cầu hạt độ 3/4 ở nhóm 1 vẫn nhiều hơn ở nhóm 2 (20% vs 0%, $p<0,001$ và 53% vs 26%, $p<0,001$). Và tỷ lệ sốt do hạ bạch cầu hạt không khác nhau giữa hai nhóm.

Tỷ lệ đáp ứng chung của chúng tôi không thấp hơn so với các báo cáo được trích dẫn từ y văn ở phía trên. Liều hóa chất sử dụng được lấy khuôn mẫu từ nghiên cứu pha III năm 2007 của Falcone [3].

Độc tính huyết học của chúng tôi không cao hơn các tác giả khác: hạ bạch cầu hạt thường gặp nhất, độ 3/4 là 29,4% nhưng không có trường hợp nào sốt do giảm bạch cầu đa nhân trung tính.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC ĐỘT BIẾN GEN NAT2 VÀ GSTP1 VỚI VÔ SINH NAM NGUYÊN PHÁT VÀ STRESS OXY HÓA

Vũ Thị Huyền*, Nguyễn Thị Trang*, Trần Đức Phấn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột biến gen chuyển hóa xenobiotic (gen GSTP1 và NAT2) là một trong những nguyên nhân gây vô sinh ở nam giới. Stress oxy hóa cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng tới khả năng sinh sản. Đề tài tiến hành với mục tiêu mô tả một số đột biến gen NAT2 và GSTP1 ở nam giới vô

Tác dụng không mong muốn ngoài hệ huyết học chủ yếu là độc tính thần kinh (95%) nhưng tất cả đều là độ 1. Độc tính gan chiếm 52,5% nhưng chủ yếu là độ 1 (chiếm 95,6%).

V. KẾT LUẬN

Từ những kết quả ban đầu cho thấy phác đồ kết hợp cả ba thuốc (Irinotecan, Oxaliplatin, 5FU) là một phác đồ có hiệu quả tốt và mức độ độc tính có thể chấp nhận được đối với bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Falcone A, Masi G, Allegrini G, Danesi R, Pfanner E, Brunetti IM et al** (2002): Biweekly chemotherapy with oxaliplatin, irinotecan, infusional fluorouracil and leucovorin: a pilot study in patients with metastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol* 20: 4006-14.
2. **Souglakos J, Mavroudis D, Kakolyris S, Kourousis Ch, Vardakis N, Androulakis N et al** (2002): A triplet combination with irinotecan (cpt-11) plus oxaliplatin (l-ohp) plus continuous infusion 5-fluorouracil (5 fu) and leucovorin (lv) as first-line treatment in metastatic colorectal cancer (MCC): a multicenter phase II trial. *J Clin Oncol* 20: 2661-7.
3. **Falcone A, Ricci S, Brunetti I, Pfanner E, Allegrini G, Barbara C et al** (2007): Phase III Trial of Infusional Fluorouracil, Leucovorin, Oxaliplatin and Irinotecan (FOLFOXIRI) Compared With Infusional Fluorouracil, Leucovorin and Irinotecan (FOLFIRI) as first-line treatment for metastatic colorectal cancer: The Gruppo Oncologico Nord Ovest. *J Clin Oncol* 25: 1670-6.
4. **Azmy M.A, Nasr K.E, Gobran N.S and Mostafa M.Y** (2012): Infusional fluorouracil, leucovorin, oxaliplatin and irinotecan (FOLFOXIRI) compared with infusional fluorouracil, leucovorin and irinotecan (FOLFIRI) as first-line treatment for metastatic colorectal cancer. *J Cell Sci Ther* 3(4): 125.

sinh nguyên phát và mối liên quan giữa đột biến gen này với mức độ stress oxy hóa ở nam giới vô sinh nam nguyên phát. **Phương pháp nghiên cứu:** DNA của 200 đối tượng nghiên cứu (100 nam giới vô sinh nguyên phát và 100 người bình thường) được xác định đột biến gen bằng kỹ thuật ARMS - PCR. Chọn ngẫu nhiên 35/100 mẫu tinh dịch của nam giới bình thường và 35/100 mẫu tinh dịch của nam giới có ít nhất một đột biến của hai gen NAT2 và (hoặc) GSTP để xác định mức độ stress oxy hóa bằng kit Oxysperm. **Kết quả nghiên cứu:** Các kiểu gen CT + TT của gen NAT2 (481C>T), (OR, 95% CI: 3,12, 95% (CI): 1,72-5,68, $p<0,001$) và GA + AA của NAT2 (590 G>A)), (OR, 95% CI: 2,34, 95% (CI): 1,27-4,31, $p<0,001$). Kiểu gen GA + AA của gen GSTP1 (313G>A), (OR,

*Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Huyền

Email: drhuyenvu@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2017

Ngày duyệt bài: 25.12.2017

95% CI: 5,25, 95% (CI): 2,71-10,19, $p < 0,001$) và CT + TT của gen GSTP1 (341C>T), (OR, 95% CI: 12,36, 95% (CI): 4,19 - 36,49, $p < 0,001$) có nguy cơ cao gây vô sinh nam. Mức độ stress oxy hóa tăng cao ở bệnh nhân mang đột biến các gen này. **Kết luận:** Các đa hình gen GSTP1 (313G>A và (341C>T); gen NAT2 (481C>T) và (590 G>A) có liên quan với vô sinh nam nguyên phát và tăng mức độ stress oxy hóa.

Từ khóa: GSTP1, NAT2, xenobiotics, vô sinh nam, đột biến, stress oxy hóa.

SUMMARY

IDENTIFICATION OF POLYMORPHISM OF NAT2, GSTP1 GENES AND FRIMARY INFERTILE MEN, OXIDATIVE STRESS

Introduction: Mutation of GSTP1 and NAT2 gene could reduce xenobiotics metabolism, which increases oxidation and causes chronic diseases including infertility. Oxidative stress is a common pathology seen in approximately half of all infertile men. This study aimed to describe some of the mutations of the NAT2 and GSTP1 genes and the association between this mutations and the oxidative stress level in primary male infertility. **Material and Methods:** A total 200 DNA samples (100 infertile patients and 100 fertile men) were genotyped for the polymorphisms by ARMS - PCR. Randomly selected 70 samples of seminal plasma (35 samples of infertile men and 35 samples of normal men) from 200 subjects were studied to determine the level of oxidative stress with Oxysperm kit (Halotech, Spain). **Results:** There was a significant association between the NAT2 variant genotypes (CT + TT (NAT2 (481C>T)), (OR, 95% CI: 3,12, 95% (CI): 1,72-5,68, $p < 0,001$)) and GA + AA (NAT2 (590 G>A)), (OR, 95% CI: 2,34, 95% (CI): 1,27-4,31, $p < 0,001$) and or NAT2 variant genotypes (GA+AA) (GSTP1 (313G>A), (OR, 95% CI: 5,25, 95% (CI): 2,71-10,19, $p < 0,001$)) and CT + TT (GSTP1 (C341T)), (OR, 95% CI: 12,36, 95% (CI): 4,19 - 36,49, $p < 0,001$)) with idiopathic infertility risk. Our findings also rate the significance of the effect of GSTP1 and/or NAT2 in modulating the risk of male infertility in males from Viet Nam. The level of oxidative stress is high in patients carrying these mutations. **Conclusions:** This pilot study found, as far as is known for the first time, that the polymorphisms GSTP1 (313G>A) and (341C>T); NAT2 (481C>T) and (590 G>A) were some novel genetic markers for susceptibility to idiopathic male infertility, but the risk is potentiated by exposure to various environmental oxidants.

Keyword: GSTP1, NAT2, xenobiotics, infertile men, mutation, stress oxidatives.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là tình trạng bệnh lý gặp ở 12%-15% cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản. Vô sinh nói chung và vô sinh nam giới nói riêng ngày càng ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống. Xenobiotics là các chất không có nguồn gốc từ sinh vật, trong đó có nhiều chất có hại với sức khỏe con người, có thể là nguyên nhân gây vô sinh. Glutathione S transferase P1 (GSTP1) và N-

acetyl-transferase 2 (NAT2) là các gen mã hóa cho enzym có vai trò quan trọng trong chuyển hóa, đào thải xenobiotics, chuyển hóa xenobiotic ở giai đoạn II thành dạng không độc để đào thải ra ngoài[1]. Stress oxy hóa (Oxydative Stress, OS) là hậu quả của sự mất cân bằng giữa sự hình thành các gốc tự do có oxy (Reactive Oxygen Species, ROS) và cơ chế chống oxy hóa của cơ thể. Đột biến các gen GSTP1 và NAT2 làm cho quá trình chuyển hóa xenobiotics không tốt, gây tăng gốc tự do và tăng stress oxy hóa. Vì vậy nghiên cứu mối liên quan giữa các gen chuyển hóa xenobiotics với stress oxy hóa là cần thiết đặc biệt có ý nghĩa để có biện pháp điều trị thích hợp [2]. **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. *Mô tả một số đột biến gen NAT2 và GSTP1 ở nam giới vô sinh nguyên phát.*

2. *Xác định mối liên quan giữa một số đột biến gen NAT2 và GSTP1 với vô sinh nam và mức độ stress oxy hóa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nam vô sinh không rõ nguyên nhân trong độ tuổi sinh sản đã làm xét nghiệm tinh dịch đồ tại Trung tâm tư vấn-Di truyền, trường Đại học Y Hà nội từ năm 2015-2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Nhóm bệnh: 100 nam giới vô sinh không có tình trùng hoặc ít tinh trùng (<15 triệu, WHO 2010).

Nhóm chứng: 100 nam giới khỏe mạnh đã có ít nhất một con.

Tiêu chuẩn loại trừ: Nam giới vô sinh có kết quả tinh dịch đồ bình thường, do viêm cơ quan sinh dục, giãn tĩnh mạch tinh, tắc nghẽn đường sinh dục, mất đoạn nhỏ trên NST Y, nhiễm sắc đồ bất thường, bị các bệnh ung thư, cấp tính, tâm thần...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mẫu DNA được tách chiết từ máu ngoại vi (chống đông EDTA) bằng kit tách DNA Express (Lytech, Nga). Sử dụng kỹ thuật ARMS-PCR để xác định các đa hình gen GSTP1 (341C>T (A114V), 313 G>A (I105V)) và NAT2 (481C>T (L161L), 590G>A (R197Q)) với trình tự mỗi được sản xuất bởi bộ kit thương mại.

Kỹ thuật ARMS - PCR thực hiện với thể tích 50 µl phản ứng có chứa 5µl (50-100 ng) ADN di truyền, trong mỗi ống (allen bình thường hoặc allen đột biến) 17,5µl đệm PCR, 2,5µl primer mix (mỗi bình thường hoặc mỗi đột biến), 0,2 Taq DNA polymerase và 25µl đầu khoáng (Lytech, Nga) với chu trình luân nhiệt: 93°C-1 phút; 35 chu kỳ (93°C - 10s, 64°C - 10s, 72°C - 20s), 72°C - 10 phút. Sản phẩm PCR sau đó được điện di trên thạch agarose 3% để xác định kiểu gen của các đối tượng nghiên cứu.

Mẫu tinh dịch đồ của 35 bệnh nhân nhóm bệnh (có ít nhất 1 đột biến gen NAT2 và (hoặc) GSTP1) và 35 bệnh nhân nhóm chứng không có đột biến gen nào được xác định mức độ stress oxy hóa bằng kit Oxysperm của hãng Halotech. Kết quả xác định mức độ stress oxy hóa được chia làm 4 mức: Mức 1 (màu trắng) - mức độ stress oxy hóa thấp; Mức 2 (màu hồng) - mức độ stress oxy hóa trung bình thấp; Mức 3 (màu xanh

tím) - mức độ stress oxy hóa trung bình cao; Mức 4 (màu đen) - mức độ stress oxy hóa cao.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu khi không đồng ý. Bệnh nhân sẽ được thông báo về kết quả xét nghiệm gen. Các thông tin cá nhân được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ

3.1 Kết quả phân tích đột biến gen NAT2 và GSTP1 ở nhóm bệnh và nhóm chứng

Bảng 1: Các đột biến gen NAT2 ở nhóm bệnh và nhóm chứng

NAT2 polymorphism	Nhóm vô sinh (n = 100)	Nhóm chứng (n = 100)	χ^2 (p)	OR	95% CI
481C>T (L161L)					
CC	49 (59%)	75 (75%)	14,35 (0,0008)	0,32	0,18 - 0,58
CT	51 (51%)	25 (25%)		3,12	1,72 - 5,68
TT	0 (0%)	0 (0%)		1,0	0,02 - 50,89
CT+TT	51 (51%)	25 (25%)	14,35 (0,0002)	3,12	1,72 - 5,68
590G>A (R197Q)					
GG	54 (54%)	66 (66%)	9,61 (0,008)	0,43	0,23 - 0,79
GA	42 (42%)	24 (24%)		1,99	1,08 - 3,68
AA	4 (4%)	0 (0%)		8,44	0,45- 158,99
GA+AA	46 (46%)	24 (24%)	7,61(0,006)	2,34	1,27 - 4,31

Bảng 2: Các đột biến gen GSTP1 ở nhóm bệnh và nhóm chứng

GSTP1 polymorphism	Nhóm vô sinh (n = 100)	Nhóm chứng (n = 100)	χ^2 (p)	OR	95% CI
313G>A (Ile 105 Val)					
GG	50 (50%)	84 (84%)	30,32 (3.10 ⁻⁷)	0,19	0,10 - 0,37
GA	36 (36%)	16 (16%)		2,95	1,51 - 5,79
AA	14 (14%)	0 (0%)		33,69	1,98-573,16
GA+AA	50 (50%)	16 (16%)	26,14 (3.10 ⁻⁷)	5,25	2,71-10,19
341C>T Ala 114 Val					
CC	66 (66%)	96 (96%)	29,24(5.10 ⁻⁷)	0,08	0,03 - 0,24
CT	34 (34%)	4 (4%)		12,36	4,19 - 36,49
TT	0 (0%)	0 (0%)		1,00	0,02 - 50,89
CT+TT	34 (34%)	4 (4%)		12,36	4,19 - 36,49

3.2. Kết quả đánh giá mức độ stress oxy hóa ở bệnh nhân nhóm bệnh và nhóm chứng

Bảng 3: Kết quả mức độ stress oxy hóa ở bệnh nhân nhóm bệnh và nhóm chứng

Mức độ stress oxy hóa	Nhóm bệnh (có ít nhất 1 đột biến gen)		Nhóm chứng (không có đột biến gen)		p
	n	%	n	%	
M1	0	0	24	68,6	p < 0,05
M2	8	22,9	11	31,4	p > 0,05
Stress oxy hóa thấp (M1+M2)	8	22,9	35	100	p < 0,05
Stress oxy hóa cao (M3+M4)	27	77,1	0	0	p < 0,05
p < 0,05					

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá đột biến gen NAT2 (481C>T) ở nhóm bệnh với kiểu gen dị hợp tử CT 51% cao hơn ở nhóm chứng 25% (OR=3,12; CI= 1,72-5,68), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Không gặp trường hợp nào mang kiểu

gen đồng hợp tử (TT) ở cả hai nhóm. Đột biến gen NAT2 (590G>A) ở nhóm bệnh với kiểu gen dị hợp tử GA 42% cao hơn ở nhóm chứng 24% (OR=1,99; CI= 1,08-3,68), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Gặp 4% kiểu gen đồng hợp AA ở nhóm bệnh mà không gặp trường hợp nào ở nhóm chứng. Kiểu gen GA+AA gặp ở

nhóm bệnh và nhóm chứng lần lượt là 46% và 24% và có nguy cơ cao gây vô sinh nam ($OR=2,34$; $CI=1,27-4,31$) cho thấy nguy cơ vô sinh tăng đáng kể ở những người mang kiểu gen này.

Theo nghiên cứu của Yarosh và cộng sự (2014) [3] nghiên cứu đột biến gen NAT2 ở 203 bệnh nhân vô sinh nam và 227 nam giới bình thường cho kết quả: Ở nhóm bệnh có 46,8% dị hợp tử, 34,5% bình thường, 18,7% đồng hợp tử đột biến. Ở nhóm chứng: 51,5% dị hợp tử, 34,8% bình thường và 14,1% đồng hợp tử đột biến. Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ phân bố genotypes và alleles giữa hai nhóm bệnh và nhóm chứng không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tuy nhiên, theo nghiên cứu của tác giả trên, những trường hợp mang đột biến NAT2 (481C>T) và NAT2 (590G>A) làm tăng tính nhạy cảm dẫn đến vô sinh nam khi có sự tiếp xúc với các chất oxy hóa như: khói thuốc lá ($OR=1,7$; $95\%CI=1,02-2,87$; $p=0,042$), lạm dụng rượu ($OR=2,14$; $95\%CI=1,08-4,27$; $p=0,029$), lượng thức ăn ít chất xơ ($OR=1,68$; $95\%CI=1,01-2,79$; $p=0,04$) [4]

Nghiên cứu đột biến GSTP1 (313G>A) thấy tỷ lệ mang gen GA ở nhóm bệnh là 36%, nhóm chứng là 16% với $OR=2,95$; $CI=1,51-5,75$; $p<0,001$. 14% ở nhóm bệnh mang kiểu gen AA, không gặp trường hợp nào mang kiểu gen AA ở nhóm chứng với $OR=33,69$, $CI=1,98-573,16$. Kiểu gen GA+AA gặp ở nhóm bệnh và nhóm chứng lần lượt là 50% và 16% với $OR=5,25$; $CI=2,71-10,19$; $p<0,005$. Đột biến GSTP1 (341C>T) tỷ lệ người mang kiểu gen CT ở nhóm bệnh là 34%, nhóm chứng là 4% ($OR=12,36$; $CI=4,19-36,49$). Không gặp trường hợp nào mang gen TT ở cả hai nhóm. Trong nghiên cứu của Feng Z. và cộng sự (2017) [5] về sự kết hợp của các đột biến gen SPO11 và GSTP1 đối với các trường hợp vô sinh I ở nam giới, kết quả so sánh trên 216 bệnh nhân và 198 người bình thường cho thấy tần suất đột biến đơn thuần 313G>A gen GSTP1 (GSTP1 Leu105Val) của 2 nhóm có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Tác giả kết luận có thể có sự kết hợp của đột biến gen GSTP1 313G>A và nam giới vô sinh. Nghiên cứu đột biến gen GSTP1 313G>A của Yarosh và cộng sự (2015)[6] trên 203 bệnh nhân nam vô sinh I và 227 người bình thường cho thấy đột biến gen này làm tăng nguy cơ vô sinh ở nam giới ($OR=1,50$, $95\%CI=1,02-2,20$, $p=0,04$). Xiong D.K. và cộng sự (2015) kết luận sự đa hình trong các đột biến GSTP1 C341T và đột biến tại cả hai vị trí G313A, C341T làm phát triển

các yếu tố nguy cơ vô sinh nam ở nam giới Tứ Xuyên, Tây Nam Trung Quốc[7].

Stress oxy hóa gây tổn thương đến lớp màng lipid của tinh trùng, ADN tinh trùng và tăng quá trình chết theo chương trình của tinh trùng. Từ đó ảnh hưởng đến số lượng, mật độ, tỷ lệ sống, độ di động, hình thái và mức độ đứt gãy ADN tinh trùng. Tiến hành đo mức độ stress oxy hóa ở 35 bệnh nhân có ít nhất 1 trong các đột biến GSTP1 (341C>T), (313 G>A) và (hoặc) NAT2 (481C>T), (590G>A) và 35 bệnh nhân nhóm chứng không có đột biến nào dựa trên kit Oxisperm có 4 mức từ M1 đến M4 được chia làm 2 nhóm: nhóm I có mức stress oxy hóa thấp gồm M1 và M2, nhóm II có mức stress oxy hóa cao gồm M3 và M4, ở nhóm bệnh chúng tôi không gặp trường hợp nào ở mức 1 còn ở nhóm chứng 68,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Ở mức độ stress oxy hóa cao gặp 77,1% ở nhóm bệnh, 0% ở nhóm chứng $p<0,05$. Có 8 trường hợp đột biến từ 3 gen trở lên đều có mức độ stress oxy hóa cao ở mức M3, M4. Điều này cho thấy mức độ stress oxy hóa trong tinh dịch tăng cao ở nhóm bệnh nhân bị đột biến một trong các gen trên.

V. KẾT LUẬN

1. Tần số xuất hiện kiểu gen ở nhóm bệnh và nhóm chứng khác biệt có ý nghĩa thống kê với χ^2 : 14,35 NAT2 (481C>T) và 9,61 NAT2 (590G>A); 30,32 GSTP1 (313G>A) và 29,24 GSTP1 (341C>T). Tỷ lệ xuất hiện kiểu gen dị hợp tử và đồng hợp đột biến ở nhóm bệnh là 51% NAT2 (481C>T), 46% NAT2 (590G>A) và 50% GSTP1 (313G>A); 34% GSTP1 (341C>T). Trong khi đó ở nhóm chứng là 25% NAT2 (481C>T), 24% NAT2 (590G>A) và 16% GSTP1 (313G>A); 4% GSTP1 (341C>T).

2. Có mối liên quan giữa các đột biến gen GSTP1 (341C>T (A114V), 313 G>A (I105V)) và NAT2 (481C>T (L161L), 590G>A (R197Q) với vô sinh nam. Các kiểu gen GA+AA (GSTP1 313G>A); CT+TT GSTP1 (341C>T) và CT+TT NAT2 (481C>T); GA+AA NAT2 (590G>A) có nguy cơ cao gây vô sinh nam với OR lần lượt là: 5,25 ($95\%CI=2,71-10,19$); 12,36 ($95\%CI=4,19-36,49$) và 3,12 ($95\%CI=1,72-5,68$); 2,34 ($95\%CI=1,27-4,31$) và mối liên quan giữa đột biến các gen này với mức độ stress oxy hóa ($p<0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ouerhani S., Ben Bahria I., Rouissi K., Cherni L. (2017). Distribution of xenobiotics metabolising enzyme genotypes in different Tunisian populations. Ann. Hum. Biol. 44(4): 366 - 372.

2. Magalon H., Patin E., Austerlitz F. (2008). Population genetic diversity of the NAT2 gene supports a role of acetylation in human adaptation to farming in Central Asia. *European Journal Human Genetic*, 16(2), 243 - 251.
3. Yarosh S.L., Kokhtenko E.V., Churnosov M.I et al (2014). Synergism between the N-acetyltransferase 2 gene and oxidant exposure increases the risk of idiopathic male infertility. *Report Biomed Online*, 29(3), 362 - 369.
4. Feng Z, Jing Z, Liu H, Liao S., (2015). Association of SPO11 and GST gene polymorphisms with idiopathic male infertility in ethnic Han Chinese. *Zhonghua Yi Xue Yi Chuan Xue Za Zhi*. 32(6), 866 - 870.
5. Yarosh S.L., Kokhtenko E.V., Churnosov M.I. (2015). Joint effect of glutathione S-transferase genotypes and cigarette smoking on idiopathic male infertility. *Andrologia*, 47(9), 980 - 986.
6. Brahem S., Mehdi M., Elghezai H. et al (2011). The effects of male aging on semen quality, sperm DNA fragmentation and chromosomal abnormalities in an infertile population. *Journals of Assisted Reproduction and Genetics*, 28(5), 425 - 432.
7. Xiong D.K., Chen H.H., Ding X.P. (2015). Association of polymorphisms in glutathione S-transferase genes (GSTM1, GSTT1, GSTP1) with idiopathic azoospermia or oligospermia in Sichuan, China. *Asian J Androl*, 17(3), 481 - 486.

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ

Châu Chiêu Hòa*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dị vật thực quản là một cấp cứu trong Tai Mũi Họng, chẩn đoán và điều trị còn khá phức tạp. Bệnh rất phổ biến và diễn biến nguy hiểm đến tính mạng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá điều trị dị vật thực quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 90 trường hợp dị vật thực quản, các bệnh nhân được soi thực quản ống cứng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0. **Kết quả:** Xương cá (46,67%), xương gia cầm (16,67%), viên thuốc (12,22%), đồng xu (8,89%), kích thước trung bình là $2,59 \pm 0,93$ cm. Triệu chứng nuốt vướng – nghẹn (91,11%), nuốt đau (90%), không ăn uống được (67,78%). Thời gian hóc dị vật đến khi nhập viện trước 24 giờ (76,67%). X quang thực quản cổ nghiêng có hình ảnh dị vật là 68,89%. Có sự gia tăng công thức bạch cầu từ giai đoạn chưa viêm đến giai đoạn biến chứng, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính ($p < 0,001$). Soi lấy dị vật thành công 97,78%, tổn thương cơ thực quản là 2,22%. Đánh giá điều trị tốt (94,44%), không tốt (5,56%), xấu (0%). Kết quả điều trị thành công 100%. **Kết luận:** Nội soi thực quản ống cứng lấy dị vật cho kết quả tốt.

Từ khóa: Dị vật thực quản, nội soi ống cứng

SUMMARY

THE CLINICAL, PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATE THE RESULTS OF TREATMENT ESOPHAGEAL FOREIGN BODY AT CAN THO ENT HOSPITAL

Background: Esophageal foreign body is an emergency in ENT, the diagnosis and treatment are

difficult. This disease's common and dangerous. **Objectives:** Describe the clinical, paraclinical characteristics and evaluate the results of treatment esophageal foreign body. **Materials and Methods:** This is a cross-sectional descriptive with 90 patient of esophageal foreign body, treatment by rigid esophagoscopy at Can Tho ENT Hospital. Data were analyzed by SPSS 18.0 software. **Results:** Fish bones (46,67%), poultry bones (16,67%), pills (12,22%), coins (8,89%), average size is $2,59 \pm 0,93$ Cm. Difficult swallowing (91,11%), pain swallowing (90%), inability to eat (67,78%). Duration of illness was less than 24 hours (76,67%). X-ray confirmed the presence foreign body in esophagus (68,89%). Increases the number of white blood cells by disease stage, especially neutrophils ($p < 0,001$). Removing foreign bodies success (97,78%), damaging muscle of esophagus (2,22%). Results of treatment: good (94,44%), not good (5,56%), bad (0%). All of cases were treatment successfully. **Conclusion:** Rigid esophagoscopy in treatment esophageal foreign body has shown good results.

Key words: Esophageal foreign body, rigid esophagoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật thực quản là một cấp cứu thường gặp trong Tai Mũi Họng. Do dị vật ở sâu trong cổ, trong ngực nên rất phức tạp về mặt định bệnh, xử trí, đặc biệt có nhiều nguy hiểm trong diễn biến và có tính chất phổ biến [2], [5]. Tại Hoa Kỳ hằng năm 1500 – 1600 case tử vong do dị vật thực quản. Ở Việt nam ghi nhận của Trần Việt Hồng trong 4 năm (2010-2013) có 84 bệnh nhân dị vật thực quản [1]. Nguyên nhân do thói quen hay đưa vật vào miệng ở trẻ em, hàm răng già ở người già, nghiện rượu, ăn nhanh vội, cười đùa trong khi ăn, yếu nhu động thực quản ở người già, bệnh lý hẹp thực quản, hội chứng Steak House [7]. Việc tiên lượng bệnh tùy thuộc vào kích thước, hình thái, bản chất dị vật và thời gian

*BV Tai Mũi Họng Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Châu Chiêu Hòa

Email: chieuhua72@yahoo.com

Ngày nhận bài: 30.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.12.2017

Ngày duyệt bài: 22.12.2017

bị hóc [6]. Hiện nay bệnh ngày càng phổ biến, tuy nhiên ít được nghiên cứu ở Cần Thơ. Xuất phát từ những vấn đề trên chúng tôi tiến hành đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị dị vật thực quản tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ*".

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng dị vật thực quản*

2. *Đánh giá kết quả điều trị dị vật thực quản*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu

1. Đối tượng: Gồm 90 bệnh nhân được chẩn đoán dị vật thực quản được khám và điều trị tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ 6/2015 đến 6/2017.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tiền sử nuốt dị vật, nuốt đau, nuốt vướng hay nuốt nghẹn, không ăn được, ho, có thể có tím tái, ngạt thở, sốt, ấn máng cảnh đau; Có nội soi hạ họng và chụp X quang thực quản cổ thẳng nghiêng; Nội soi thực quản thấy dị vật trong lòng thực quản.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân trốn viện sau soi thực quản lấy dị vật, không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh tâm thần, không giao tiếp được.

2. Phương pháp: Chọn mẫu thuận tiện

Vị trí dị vật được xác định cách CRT, đoạn thực quản cổ từ miệng TQ đến vị trí cách CRT 20cm, đoạn ngực từ vị trí cách CRT 20cm đến tâm vị. Đánh giá giai đoạn bệnh dựa vào lâm sàng. X quang cổ nghiêng, công thức máu nhằm đánh giá và tiên lượng bệnh.

Ông nội soi thực quản cứng Chevalier Jackson và kẹp forcep lấy dị vật có chiều dài thích hợp. Phẫu thuật được thực hiện với gây tê hay gây mê.

Bảng 1. Bản chất và vị trí dị vật thực quản

Dị vật	Vị trí	Miệng thực quản		Đoạn cổ		Đoạn ngực		Tổng
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Xương gà		2	2,22	3	3,33	2	2,22	16,67
Xương cá		12	13,33	25	27,78	5	5,56	46,67
Viên thuốc		2	2,22	5	5,56	4	4,44	12,22
Đồng xu		4	4,44	4	4,44	0	0	8,89
Xương trần - rắn		1	1,11	2	2,22	0	0	3,33
Xương vịt		3	3,33	3	3,33	2	2,22	4,44
Răng giả		0	0	2	2,22	2	2,22	2,22
Mề - Thịt vịt		0	0	1	1,11	1	1,11	3,33
Hạt - cây thuốc- tằm		0	0	3	3,33	0	0	2,22
Xương heo		0	0	2	2,22	0	0	16,67
Tổng		24	26,67	50	55,56	16	17,78	100
X ± SD (Cm)		18,54 ± 4,46						

Bảng 2. Tỷ lệ dị vật thấy được trên X quang

X quang	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có dị vật	62	68,89
Không có dị vật	28	31,11
Tổng	90	100

Đánh giá điều trị: Tốt, không tốt, xấu.

+Tốt: Soi lấy được xương, bệnh nhân ăn uống bình thường qua đường miệng, không khó chịu sau soi thực quản ống cứng.

+ Không tốt: Soi lấy được xương, bệnh nhân bị áp xe thực quản hoặc trong quá trình soi thực quản làm rách cơ hay thủng thực quản, bệnh nhân phải nuôi ăn qua ống xông dạ dày sau soi thực quản ống cứng.

+ Xấu: Soi lấy được xương nhưng bệnh nhân xuất hiện các biến chứng nặng sau soi thực quản ống cứng, phải chuyển khoa, chuyển viện hay tử vong; hoặc kết hợp phẫu thuật mở thực quản mới lấy dị vật.

Số liệu xử lý bằng phương pháp thống kê sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ

Triệu chứng nuốt vướng – nghẹn chiếm tỉ lệ cao nhất 91,11%, nuốt đau (90%), không ăn uống được (67,78%), tăng tiết nước bọt (42,22%), quay cổ hạn chế (27,78%), nôn (23,33%), khó thở (17,78%), thấp nhất là ho (13,33%).

Triệu chứng thực thể chiếm tỉ lệ cao nhất là có điểm đau ở cổ (65,56%), ứ nước bọt ở xoang lê (58,89%), lọc cọc thanh quản cột sống mất (8,89%), sưng máng cảnh chiếm tỉ lệ 4,44%.

Bệnh nhân đến sớm trước 24h (76,67%), giai đoạn chưa viêm (74,44%), giai đoạn viêm nhiễm (22,22%), giai đoạn biến chứng (3,33%).

Có dấu hiệu dày khoảng Henke 42,22%, mất chiều cong sinh lý cột sống cổ 17,78%, dấu hiệu mực khí dịch và lệch khí quản có chung tỉ lệ là 3,33%. Các dị vật chủ yếu nằm khoảng C6-C7 (31,11%).

Bảng 3. Số lượng bạch cầu theo giai đoạn bệnh

Giai đoạn Số lượng	Chưa viêm nhiễm (X ± SD)	Viêm nhiễm (X ± SD)	Biến chứng (X ± SD)	p
Bạch cầu (10 ⁹ /L)	7,43 ± 0,99	12,58 ± 2,46	16,27 ± 2,83	p<0,001
Đa nhân (%)	67,12 ± 4,83	77 ± 2,29	80,67 ± 2,29	p<0,001
Lympho (%)	25,88 ± 4,83	18 ± 2,29	16,33 ± 2,08	p<0,001

Thời gian bệnh càng lâu thì thời gian nằm viện càng kéo dài, dị vật càng dài thì thời gian lấy lâu hơn (p<0,001).

Bảng 4. Kết quả lấy dị vật bằng ống nội soi cứng

Kết quả soi	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Lấy được dị vật	88	97,78
Rơi xuống dạ dày	2	2,22
Tổng	90	100

Bảng 5. Số lượng dị vật trên một bệnh nhân

Số lượng dị vật/1 BN	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Một	87	96,67
Hai	3	3,33
Tổng	90	100

Bảng 6. Tỉ lệ biến chứng soi thực quản ống cứng lấy dị vật

Biến chứng soi thực quản	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Rách xước niêm mạc	54	60
Rách cơ thực quản	2	2,22
Không biến chứng	34	37,78
Tổng	90	100

Đánh giá: tốt (94,44%), không tốt (5,56%), xấu (0%). Điều trị thành công 100%, không có trường hợp nào biến chứng nặng hay tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ nuốt khó và nuốt đau chiếm tỉ lệ cao nhất (hơn 90%), đồng thuận với các tác giả trong và ngoài nước [2], [3], [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp nuốt dị vật mềm vệt làm bệnh nhân có cảm giác căng tức trong thực quản, không nuốt thức ăn xuống được nữa, cả 2 trường hợp bệnh nhân đều mất răng nhai với số lượng nhiều.

Đa số các dị vật có cạnh sắc nhọn nên khi ấn vùng cổ hoặc nuốt nước bọt dị vật sẽ tác động lên cấu trúc xung quanh tạo ra cảm giác đau tăng lên tại một điểm trên vùng cổ. Chúng tôi nhận thấy rằng khi bệnh nhân có triệu chứng này thì xác suất soi thực quản ống cứng có dị vật ở đoạn cổ là rất cao nên đây là một triệu chứng có giá trị trong chẩn đoán dị vật thực quản.

Trường hợp bệnh nhân đến sớm trước 24 giờ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn và kết quả đến muộn thì thấp hơn các tác giả trong nước như Nguyễn Tư Thế và Trần Phương Nam

[2],[3]. Từ đó cho thấy rằng nhận thức về sự nguy hiểm của việc hóc dị vật thực quản ngày càng cao. Bệnh nhân nhập viện trong 24 giờ đầu có tỉ lệ chưa viêm nhiễm cao, có 2 trường hợp bệnh nhập viện trong vòng 24 giờ có dấu hiệu viêm nhiễm, thời gian nhập viện từ 24–72 giờ sau hóc dị vật có tỉ lệ viêm nhiễm cao và có 2/16 trường hợp có biến chứng, các bệnh nhân nhập viện sau 72 giờ có 1/5 trường hợp biến chứng. Thời gian từ lúc hóc dị vật đến khi điều trị càng lâu thì càng dễ gây biến chứng (sau 48 giờ có 2/10 trường hợp biến chứng). Kết quả của chúng tôi cho thấy sau 24 giờ hóc dị vật biến chứng có thể xuất hiện, sự viêm nhiễm xảy ra chủ yếu trong 24-48 giờ. Do đó cần tuyên truyền cho mọi người hóc dị vật thực quản cần phải đến cơ sở chuyên khoa điều trị trong vòng 24 giờ.

Dị vật là xương chiếm đa số, có đa hình dạng như thẳng, nhiều cạnh sắc bén. Dị vật dẹt bao gồm đồng xu và lon đền. Dị vật là viên thuốc có 2 dạng là 3 cạnh và hình 4 cạnh, các cạnh sắc bén, 11 trường hợp viên thuốc đều là thuốc nguyên vỏ (thuốc hạ sốt và thuốc kháng histamine). Dị vật là răng giả không có móc kim loại 3 trường hợp và 1 trường hợp có móc. Trong các loại dị vật hữu cơ thì xương cá chiếm tỉ lệ cao nhất (46,6%) kết quả này phù hợp với các kết quả của Nguyễn Tư Thế, Trần Minh Trường, Trần Việt Hồng và Trần Phương Nam [1], [2], [3], [4]. Kết quả của chúng tôi cho thấy dị vật ở trẻ em chủ yếu là đồng xu còn ở người lớn thì dị vật chủ yếu là xương. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp dị vật pin.

Chúng tôi ghi nhận kích thước trung bình của dị vật ở thực quản là 2,59 ± 0,93cm, kết quả của các tác giả nước ngoài như Kyong Hee là 26,2 ± 16,7mm, Kim là 2,51 ± 0,81cm. Sự khác biệt do thói quen chế biến thức ăn của từng quốc gia khác nhau.

X quang cổ thẳng nghiêng thấy dị vật là 68,89%. Kết quả phụ thuộc vào bản chất của dị vật, như xương, đồng xu, viên thuốc bao chì, vỏ tôm cua... thì có thể cho hình ảnh cản quang rõ trên X quang. Với X quang thực quản cổ nghiêng, dù có hình ảnh dị vật trên phim hay không thì chúng ta cũng nên soi thực quản kiểm

tra. Dấu hiệu cần chú ý là đau khi nuốt, có khi bệnh nhân khẳng định chắc chắn rằng họ hóc dị vật. Trường hợp dị vật nằm ngay dưới sụn nhĩn có thể bỏ sót khi có kèm theo hình ảnh vô hóa sụn nhĩn, hoặc có thể nhầm lẫn hình ảnh vô hóa sụn nhĩn là dị vật [5]. Khi chụp X quang phát hiện dị vật trong lòng thực quản mà soi không phát hiện dị vật thì rất cần thiết chụp X quang lại lần nữa để tránh bỏ sót chẩn đoán.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy có sự gia tăng công thức bạch cầu, chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính từ giai đoạn chưa viêm đến giai đoạn biến chứng ($p < 0,001$). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp bệnh nhân có công thức bạch cầu trên $20 \times 10^9/L$, khi chúng tôi tiếp nhận có dấu hiệu nhiễm trùng, sốt cao, tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao trên 75%. Sự gia tăng số lượng bạch cầu cho thấy rằng xét nghiệm công thức bạch cầu cũng có giá trị về mặt chẩn đoán cũng như tiên lượng bệnh và nếu không điều trị kịp thời có thể gây nhiều biến chứng.

Kết quả soi thực quản lấy được dị vật thành công (97,78%), dị vật rơi vào dạ dày (2,22%). Dị vật thực quản theo đường tự nhiên hóc vào thực quản, do đó tốt nhất chúng ta lấy ra qua đường tự nhiên (miệng), tuy nhiên với những trường hợp dị vật tròn, nhọn gây khó khăn cho phẫu thuật viên khi kẹp gấp làm trượt hay vô tình đẩy dị vật lọt vào dạ dày. Do đó đối với các trường hợp dị vật vô tình rơi vào dạ dày cần phải được theo dõi sát ít nhất 48 giờ, đảm bảo dị vật đi qua đường tiêu hóa.

Nội soi thực quản ống cứng là phương pháp an toàn và hữu hiệu, việc chẩn đoán đúng và nội soi thực quản ống cứng kịp thời giúp tránh khỏi các biến chứng nghiêm trọng của dị vật thực quản gây ra. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả soi gấp dị vật thực quản là độ sắc nhọn của dị vật và thời gian mắc dị vật ($p < 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân hóc cùng lúc 2 xương chiếm 3,33% thấp hơn kết quả của Trần Phương Nam (6,2%) [2]. Nguyên nhân hóc cùng lúc 2 xương là do cấu trúc trong ăn uống, không nhai kỹ khi ăn, nuốt vội.

Chúng tôi ghi nhận biến chứng xước niêm mạc là 60%. Những bệnh nhân hóc dị vật như xương động vật, răng giả, viên thuốc còn nguyên vỏ bọc đều là những dị vật có cạnh sắc nhọn, dễ gây tổn thương thành thực quản trong quá trình lấy ra, niêm mạc có thể xước, rách do dụng cụ soi gấp, dị vật quá to, cứng. Đây chính là lí do hình ảnh xước niêm mạc sau soi thực quản có tỉ lệ cao. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào thủng thực quản, biến chứng rách niêm mạc

thực quản thấp (2,22%). Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều ăn uống bình thường sau khi xuất viện. Theo kinh nghiệm của các phẫu thuật viên đối với dị vật sắc nhọn, nhiều góc cạnh, dị vật kích thước to chúng ta cần kéo nhẹ nhàng dị vật vào lòng ống soi đưa ra ngoài không làm tổn thương cấu trúc xung quanh, từ đó giảm biến chứng phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi về dị vật thực quản cho kết quả tốt chiếm 94,44%, kết quả không tốt chiếm 5,56%, không có trường hợp nào có biến chứng nặng phải chuyển khoa, chuyển viện hay tử vong. Có 5,56% chúng tôi đánh giá không tốt do bệnh nhân sau khi soi phải ăn qua xông dạ dày, triệu chứng đau vẫn còn nhiều, thời gian điều trị kéo dài. Tuy nhiên kết quả khi xuất viện của nghiên cứu thì tất cả trường hợp khỏi hoàn toàn, ăn uống bình thường, triệu chứng lâm sàng không còn đáng kể.

V. KẾT LUẬN

Dị vật thực quản là một tình trạng nguy hiểm cho mọi giới, mọi lứa tuổi đòi hỏi phải can thiệp điều trị nhanh chóng. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở từng giai đoạn có ý nghĩa chẩn đoán và báo hiệu mức độ nguy hiểm. Phương pháp điều trị tối ưu là lấy dị vật ra khỏi lòng thực quản càng sớm càng tốt, đồng thời hạn chế chấn thương cho bệnh nhân. Dị vật đáng chú ý nhất là xương cá. Điều trị dị vật thực quản bằng soi ống cứng vẫn đang là kỹ thuật an toàn và tin cậy nhất. Trong tương lai nội soi ống cứng vẫn còn là phương tiện điều trị dị vật thực quản chủ đạo trong ngành Tai Mũi Họng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Việt Hồng và cộng sự (2013)**, "Nhận xét tình hình dị vật thực quản và kết quả điều trị tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định", *Kỷ yếu Hội Nghị Khoa Học Tai Mũi Họng toàn quốc lần thứ 16*, Tr. 171-178.
2. **Trần Phương Nam (2006)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị dị vật thực quản tại bệnh viện Trung Ương Huế*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Dược Huế.
3. **Nguyễn Tư Thế (2005)**, "Đánh giá dịch tễ và đặc điểm lâm sàng dị vật đường ăn vào khám và điều trị tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Trung Ương Huế", *Tạp chí khoa học Đại Học Huế*, 29, Tr. 5-12.
4. **Trần Minh Trường (2009)**, "Đánh giá lâm sàng và kết quả lấy dị vật thực quản bằng ống soi cứng tại bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí y học thực hành*, 5(622), Tr 116-118.
5. **Võ Tân (2006)**, "Soi thực quản", "Dị vật thực quản", *Tai Mũi Họng thực hành*, Nhà Xuất Bản Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, Tr. 184-195, 227-236.
6. **Ambe, P, et al. (2012)**, "Swallowed Foreign Bodies in Adults", *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(50), pp. 869-875.

7. Çobanoğlu. U, et al. (2014), "Esophageal Foreign Bodies", *Journal of Clinical and Analytical*

Medicine, 5(2), pp. 234-239.

SO SÁNH KHẢ NĂNG PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG CỦA CÁC HỆ THỐNG PHÂN LOẠI THỊ TRƯỜNG VỚI HỆ PHÂN LOẠI DDLS TRONG BỆNH GLÔCÔM

Bùi Thị Vân Anh*, Hoàng Thanh Tùng**

Keywords: categorical classification system, glaucoma, compared, agreement

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh các hệ thống phân loại giai đoạn tổn thương thị trường với hệ thống phân loại tổn thương đầu dây thần kinh thị giác DDLS trên bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát (GGMNP). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 55 bệnh nhân (90 mắt) đến khám và điều trị tại Bệnh viện mắt Trung Ương từ 9/2016 – 9/2017. **Kết quả:** 38% các đối tượng tham gia nghiên cứu thuộc lứa tuổi trung niên và chủ yếu là nữ với số lượng chiếm trên 50%. Trong 90 mắt được khám trên 55 bệnh nhân, các chỉ số trung bình của thị trường lần lượt là MD -11.49 dB, PSD 5.85 dB, VFI 74.2%. So với DDLS, cả 3 phân loại đều có mức đồng nhất thấp ($K < 0.2$). Tỷ lệ bất đồng với DDLS cao nhất ở eGSS (70%), theo sau là mGSS (50%) và HPA (48.9%). Kết luận: mGSS và HPA có xu hướng cho kết quả phân loại gần với các phân loại chuẩn nhiều hơn so với eGSS. Nên sử dụng phân loại mGSS cho thực hành lâm sàng và nghiên cứu khoa học.

Từ khóa: phân loại thị trường, glôcôm, so sánh, đồng nhất

SUMMARY

COMPARING THE FUNCTIONAL STAGING SYSTEMS TO DDLS CLASSIFICATION SYSTEMS IN OPEN ANGLE PRIMARY GLAUCOMA

Objective: To compare visual field staging classifications to DDLS in primary open angle glaucoma (POAG). **Patients and Methods:** Cross-section study on 55 patients (90 eyes) examined and treated in Vietnam National Institute of Ophthalmology from 9/2016 – 9/2017. **Results:** 38 patients were at the middle age and female was predominant with more than 50%. Mean visual field indexes were -11.49 dB (MD), 5.85 dB (PSD), 74.2% (VFI). Compared to DDLS, all systems had slight agreement ($K < 0.2$). The disagreement percentage was highest in eGSS (70%) then followed by mGSS (50%) and HPA (48.9%). **Conclusion:** mGSS and HPA tend to show the stronger agreement with DDLS classifications than eGSS. mGSS should be used in clinical practice.

*Bệnh viện Mắt Trung ương

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Vân Anh

Email: buivananh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.12.2017

Ngày duyệt bài: 30.12.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quingley năm 2012 nhận thấy rằng tổn thương khoảng 25- 30% tế bào hạch võng mạc thì tổn thương thị trường mới bắt đầu xuất hiện. Tuy nhiên một số nghiên cứu khác lại cho thấy rất nhiều trường hợp có tổn thương trên thị trường nhưng lớp sợi tế bào hạch không có tổn thương. Mặc dù hàng loạt các mô hình định lượng về sự tương ứng giữa tổn thương chức năng - cấu trúc đã được đề xuất như mô hình của Hood – Kardon, của Harwerth và cộng sự, của Drasdo và cộng sự và mô hình Hockey – Stick nhưng mối quan hệ này vẫn còn là một chủ đề nghiên cứu tiềm năng. Cho tới nay việc đếm số lượng hay xác định chính xác mức độ tổn thương tế bào hạch võng mạc nhằm giúp đánh giá mức độ tổn thương thực thể vẫn là lĩnh vực mà y học chưa chạm tới được. Bên cạnh đó, việc sử dụng bảng phân loại DDLS đôi khi khó thực hiện do khó khăn trong lưu trữ hình ảnh hoặc phân tích còn chủ quan. Chính vì vậy việc tìm được một phân loại chức năng gần sát với phân loại thực thể có thể góp phần giúp các bác sỹ có thêm công cụ để tiên lượng bệnh glôcôm. Trong bài báo này chúng tôi tập trung phân tích khả năng đồng thuận giữa các bảng phân loại thị trường eGSS, mGSS và HPA với DDLS nhằm tìm ra cách phân loại thị trường phù hợp nhất giúp tiên lượng về mức độ tổn thương cấu trúc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân GGMNP đến khám mới/đang được theo dõi tại Bệnh viện Mắt Trung Ương từ 9/2016 – 9/2017

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi từ 18 đến 80, đã chẩn đoán xác định GGMNP hoặc tăng nhãn áp đơn thuần. BN có khả năng làm được thị trường và chụp được đáy mắt, đồng ý tham gia nghiên cứu, hợp tác tốt.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Kết quả đo thị trường không đảm bảo các chỉ số tin cậy như mất định thị, lỗi dương tính giả, lỗi âm tính giả $< 20\%$.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3. Cách thức nghiên cứu

Hỏi bệnh: họ tên, tuổi, giới, lý do đến khám, tiền sử gia đình, tiền sử bản thân.

Khám lâm sàng: Đánh giá thị lực bằng bảng Snellen. Đo nhãn áp bằng nhãn áp hơi. Khám sinh

hiển vi bán phần trước (giác mạc, tiền phòng, góc tiền phòng, mống mắt, thủy tinh thể), bán phần sau (đánh giá tổn hại đầu thị thần kinh).

Cận lâm sàng: Chụp ảnh đáy mắt: đánh giá tổn thương đầu thị thần kinh theo phân loại DDLS (Disc Damage Likelihood Scale).

Bảng 1. Bảng phân loại xu hướng tổn thương đĩa thị [1]

	Giai đoạn	Nơi hẹp nhất của viền thần kinh		
		Đĩa thị nhỏ < 1.5 mm	Đĩa trung bình 1.5 – 2 mm	Đĩa lớn > 2 mm
Nguy cơ Glôcôm	1	≥ 0.5	≥ 0.4	≥ 0.3
	2	0.4 – 0.49	0.3 – 0.39	0.2 – 0.29
	3	0.3 – 0.39	0.2 – 0.29	0.1 – 0.19
	4	0.2 – 0.29	0.1 – 0.19	< 0.1
Tổn thương kiểu Glôcôm	5	0.1 – 0.19	< 0.1	0 với < 45°
	6	< 0.1	0 với < 45°	0 với 46 – 90°
	7	0 với < 45°	0 với 46 – 90°	0 với 91 – 180°
Glôcôm tiến triển & trầm trọng	8	0 với 46 – 90°	0 với 91 – 180°	0 với 181° – 270°
	9	0 với 91 – 180°	0 với 181° – 270°	0 với > 270°
	10	0 với > 180°	0 với > 270°	

Đo thị trường bằng thị trường Humphrey 24 – 2 test SITA (Swedish Interactive Threshold Algorithm Standard) để chẩn đoán xác định, chẩn đoán giai đoạn và xác định giá trị VFI. Kết quả tổn thương thị trường sẽ được phân loại theo hệ thống HPA, eGSS và mGSS. Các phân loại khác nhau này sẽ được ứng dụng trên cùng một bản ghi thị trường.

Tuy nhiên vì số lượng các giai đoạn trong mỗi hệ thống khác nhau nên, theo phân loại ICD 9 mới của Viện Hàn lâm Nhân khoa Hoa Kỳ và Hiệp hội Glôcôm Hoa Kỳ [2], nhóm nghiên cứu đề xuất một hệ thống phân loại tích hợp (intergrated classification – IC) đưa tất cả các hệ thống về một chung hệ quy chiếu gồm 4 mức độ để thuận tiện trong khảo sát các hệ thống.

		HPA	eGSS	mGSS
IC1 (Bình thường)	Bình thường		0	0
			Ranh giới	
IC2 (Nhẹ)	Sớm/Nhẹ	Sớm	1	1
IC3 (Trung bình)	Trung bình/ Tiến triển	Trung bình	2	2
			3	3
IC4 (Nặng)	Trầm trọng/ Tuyệt đối	Trầm trọng	4	4
			5	5

Xử lý số liệu: Tỷ lệ mắt tổn thương theo từng phân loại DDLS, HPA, eGSS, mGSS sẽ được thống kê, tính tỷ lệ và phân tích sự đồng thuận theo thuật toán Kappa (đánh giá mức độ đồng nhất – agreement) tìm K, P các test Chi - square, Fisher exact (đánh giá mức độ liên quan), Spearman Rank (đánh giá mức độ tương quan). Mức ý nghĩa thống kê $p < 0.05$ được sử dụng.

+ Thống kê mô tả bao gồm tính toán giá trị trung bình, độ lệch chuẩn (đối với các số liệu định lượng) và tần số, tỷ lệ phần trăm (với các số liệu định tính).

+ Thống kê suy luận được thực hiện qua test Khi bình phương, Kappa, Spearman Rank. Trong đó.

- Mức ý nghĩa thống kê $p < 0.05$ được sử dụng

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

2.5 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân theo quy định đạo đức trong nghiên cứu theo

tuyên bố Helsinki, được Trường ĐH Y Hà Nội và Bệnh viện Mắt TƯ chấp nhận.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bệnh nhân thuộc lứa tuổi trung niên từ 40 – 60 tuổi, chiếm 38%. Đây là lứa tuổi lao động, do vậy chẩn đoán sớm và quản lý glôcôm là rất cần thiết để giảm thiểu gánh nặng bệnh tật cho gia đình và xã hội. Nữ chiếm chủ yếu với số lượng trên 50%. Sự phân bố về giới này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam là tỉ lệ mắc glôcôm ở nữ cao hơn nam. [3]

Các chỉ số thị trường: Trong 90 mắt được khám trên 55 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận các chỉ số trung bình của thị trường lần lượt là MD - 11.49 dB (-29.55; -1.4), PSD 5.85 dB (1.02 – 14), VFI 74.2% (13–100).

Khác biệt giữa nhóm đã có và chưa có tổn thương thị trường

Bảng. Các chỉ số thị trường ở nhóm có và chưa có tổn thương

		HPA	eGSS	mGSS	DDLS
Chưa có tổn thương	MD	-4.06	-2.58	-4.05	74 (82,2%)
	PSD	1.8	1.51	1.78	
	VFI	97.75	99.36	97.84	
	Số mắt	32 (35,6%)	11 (12,2%)	31 (34,4%)	
Đã có tổn thương	MD	-15.59	-12.73	-15.41	16 (17,8%)
	PSD	8.08	6.45	7.99	
	VFI	60.93	70.49	61.51	
	Số mắt	58 (64,4%)	79 (87,8%)	59 (65,6%)	

3.2. So sánh các phân loại với DDLS

So sánh các phân loại với DDLS trong chẩn đoán xác định bệnh glôcôm

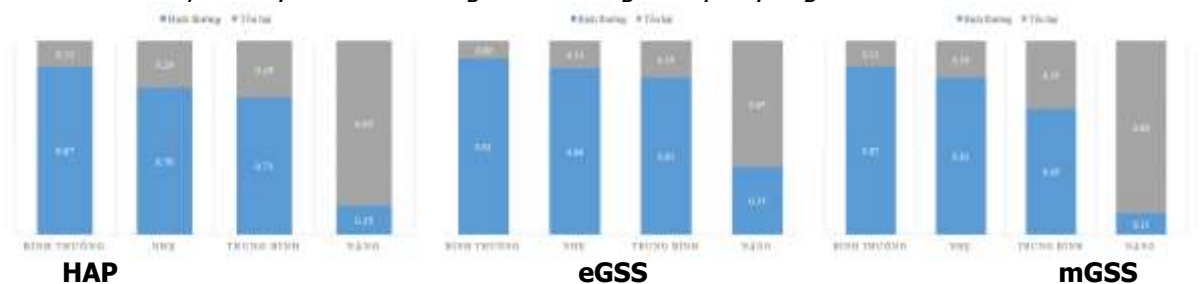
Bảng. So sánh giữa các phân loại với DDLS

		HPA		eGSS		mGSS	
		Bất thường	Bình thường	Bất thường	Bình thường	Bất thường	Bình thường
DDLS	Có	15	1	16	0	15	1
	Không	43	31	63	11	44	30
		K= 0.176 (p = 0.007) Test χ^2 (p = 0.001)		K = 0.058 (p = 0.1) Test χ^2 (p = 0.059)		K=0.167(p=0.009) Test χ^2 (p=0.002)	

Phân tích số liệu bằng thuật toán Kappa, ta thấy cả 3 phân loại đều có mức đồng nhất thấp với DDLS trong chẩn đoán xác định bệnh glôcôm ($K < 0.2$) mặc dù mức đồng nhất đều có ý nghĩa với $P < 0,05$. Điều này cho thấy trong chẩn đoán xác định bệnh dù mọi phương pháp phân loại đều có thể đưa đến đồng nhất chẩn đoán khi bệnh rõ ràng (nên mức đồng nhất có ý nghĩa thống kê) nhưng trong trường hợp nghi ngờ thì mức danh giới giữa các phân loại còn rất khác nhau khiến cho mức độ đồng nhất còn thấp.

Khi sử dụng thuật toán χ^2 để phân tích, chúng tôi nhận thấy phân loại thị trường HAP và mGSS có mối liên quan có ý nghĩa với phân loại DDLS, trong khi eGSS không có mối liên quan có ý nghĩa với DDLS ($P = 0,059$). Điều này càng được khẳng định rõ khi ta nhận thấy tỷ số bất đồng giữa eGSS và DDLS rất cao $= 70\% = [0$ (bình thường trên eGSS, bất thường trên DDLS) + 63 (bất thường trên eGSS, bình thường trên DDLS)]/90. Tỷ số bất đồng giữa DDLS và HAP, mGSS thấp hơn là 50% và 48,9%.

So sánh các phân loại với DDLS trong chẩn đoán giai đoạn bệnh glôcôm



HAP
So sánh HAP với DDLS: Sơ đồ trên cho thấy có 13% trong số các trường hợp thị trường bình thường theo HAP có tổn hại đầu thị thần kinh và 15% trong số các trường hợp tổn thương thị trường trầm trọng theo HAP nhưng đầu thị thần kinh không có tổn thương. Trong phân loại HAP, tổn thương glôcôm được chia đơn giản thành 3 giai đoạn: sớm, trung bình và nặng. Phân loại dựa chủ yếu vào 2 tiêu chuẩn: độ rộng của tổn thương đánh giá bởi MD và số điểm tổn thương trên thang độ lệch khu trú; vị trí tổn thương liên quan tới gần điểm định thị. Do không đánh giá mức độ sâu của tổn thương khu trú nên đôi khi

phân loại HAP có thể làm mức độ tổn thương trở nên nhẹ hơn so với tổn thương sâu của bố sợi thần kinh biểu hiện trên phân loại DDLS. Đây có thể chính là nguyên nhân dẫn đến bất đồng giữa 2 phương pháp này.

So sánh giữa eGSS với DDLS: eGSS (enhanced Glaucoma Staging System) hay GSS 2 được Brusini và Filacorda công bố năm 2006, dựa vào 2 chỉ số thị trường là MD và PSD để phân loại giai đoạn khi sử dụng chiến lược SITA. Phân loại eGSS được tối ưu hóa bằng cách lập biểu đồ tiến triển bệnh giữa các thời điểm. Ưu điểm chính của eGSS là đơn giản, tiện lợi cho

thực hành lâm sàng hằng ngày. Vì vậy các tổn thương khác nhau vào các thời điểm khác nhau có thể được phân loại giống nhau. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có tới 35% trường hợp được chẩn đoán giai đoạn glôcôm nặng theo eGSS lại có biểu hiện của đầu thị thần kinh là bình thường. Tỷ lệ này cao nhất so với mGSS (11%) và HAP (15%). Như vậy, dường như việc sử dụng eGSS cho chẩn đoán giai đoạn tổn thương thực thể là không phù hợp nhất trong 3 cách phân loại thị trường.

Số sánh mGSS với DDLS: Phân loại mGSS dựa vào đánh giá chỉ số VFI trên thị trường. Ưu điểm của mGSS là có thể chẩn đoán chính xác tổn thương ở giai đoạn sớm và trầm trọng, đơn giản, dễ sử dụng trên lâm sàng. Nhược điểm là chỉ có thể sử dụng với các thể hệ máy đo thị trường Humphrey cải tiến, không sử dụng được với thị trường 10 – 2 và với những trường hợp MD < -20 dB giá trị VFI có thể dao động vì mọi tính toán chuyển từ thang độ lệch khu trú sang thang độ lệch toàn bộ. mGSS cũng như HAP dù có bất đồng với DDLS nhưng với tỷ lệ không cao: 87% trong số các trường hợp thị trường bình thường trên mGSS cũng có biểu hiện đầu thị thần kinh bình thường trên DDLS và 89% trường hợp đầu thị thần kinh tổn hại thì có thị trường tổn thương trầm trọng trên mGSS. Mặc dù có cùng khả năng phân biệt giai đoạn như HAP nhưng mGSS có khả năng phân loại đơn giản, dễ ứng dụng được trên lâm sàng hơn HAP.

Như vậy, eGSS bất đồng với DDLS nhiều nhất trong cả chẩn đoán xác định và chẩn đoán giai đoạn. Bên cạnh đó, không như HPA và mGSS, eGSS hoàn toàn phụ thuộc vào MD và PSD dẫn tới kết quả có thể bị ảnh hưởng bởi các giao động ngắn hạn bởi các giả tổn thương trên thị trường dẫn tới sai lệch trong kết quả phân loại. Ngoài ra eGSS cũng không thể xác định được hình dạng, vị trí và độ sâu tổn thương. Trong khi đó, HPA và mGSS quan tâm tới tổn thương thị trường ở cả khu vực ngoại vi và trung tâm (phía mũi, hai nửa thị trường) và đánh giá dựa vào

ngưỡng tổn thương của từng điểm. HPA tuy đồng nhất với DDLS nhưng quá đơn giản, chỉ có 3 giai đoạn nên sẽ không đánh giá được những biến đổi nhỏ của tổn thương thị trường. Còn eGSS tuy đơn giản dễ sử dụng nhưng không có khả năng chẩn đoán xác định, lại có xu hướng làm tổn thương nặng hơn so với thực tế. Kết quả này cho thấy nên sử dụng mGSS trong lâm sàng do khả năng chẩn đoán giai đoạn và theo dõi tổn thương tốt. Tuy nhiên, không có phân loại nào hoàn hảo nên khi chẩn đoán xác định và phân loại thị trường, kể cả sử dụng mGSS thì vẫn phải kết hợp với đánh giá bản ghi thị trường (thang xám, độ lệch khu trú) và sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương thị trường glôcôm của Anderson và Patella.

IV. KẾT LUẬN

Giữa 3 phân loại được nghiên cứu, mGSS và HPA có xu hướng cho kết quả phân loại giống nhau và gần với các phân loại cấu trúc DDLS nhiều hơn so với eGSS. Do việc sử dụng HAP phức tạp hơn nên phân loại mGSS có thể sử dụng phổ biến trên thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GEORGE L. SPAETH, MD, FACS (2005).** The disk damage likelihood scale. *Glaucoma today*. January/February 2005
2. **American Academy of Ophthalmology.** Know the New Glaucoma Staging Codes: *American Academy of Ophthalmology*; 2011 [Available from: <https://www.aao.org/eyenet/article/know-new-glaucoma-staging-codes>].
3. **Cook C., Foster P. (2012).** Epidemiology of glaucoma: what's new? *Can J Ophthalmol*. 47, 223-226.
4. **Chung H.J., Choi J.H., Lee Y.C., Kim S.Y. (2016).** Effect of Cataract Opacity Type and Glaucoma Severity on Visual Field Index. *Optom Vis Sci*. 93, 575-578.
5. **Heo D.W., Kim K.N., Lee M.W., Lee S.B., Kim C.S. (2017).** Properties of pattern standard deviation in open-angle glaucoma patients with hemi-optic neuropathy and bi-optic neuropathy. *PLoS One*. 12, e0171960.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CO GIẬT DO SỐT Ở TRẺ EM VÀ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH XỬ TRÍ CO GIẬT DO SỐT CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC TRẺ TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG QUÝ IV NĂM 2017

Lê Văn Thêm*, Hoàng Văn Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành xử trí co giật do sốt của người chăm sóc trẻ ở khoa Nội tổng hợp Bệnh viện nhi Hải Dương trong quý IV năm 2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 123 trẻ co giật do sốt và 123 người chăm sóc trẻ. **Kết quả:** Phần lớn trẻ co giật do sốt khởi phát triệu chứng sốt một cách từ từ. Có 39,8% trẻ lên cơn co giật khi thân nhiệt trên 39 °C và 91,1% trường hợp co giật xuất hiện sớm trước 24 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng sốt, 52% trường hợp co giật xuất hiện trước 6 giờ. Cơn co giật do sốt thường khởi đầu bằng dấu hiệu trợn mắt (69,9%), tím tái 61,8%. Nguyên nhân gây co giật do sốt: Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên 43,9%. Kiến thức, thái độ, thực hành về xử trí CGDS của người chăm sóc trẻ Kiến thức chung của người chăm sóc về co giật do sốt ở mức chưa tốt. Thực hành xử trí co giật do sốt của người chăm sóc ở mức tốt.

SUMMARY

THE STUDY OF CLINICAL FEATURES OF FEBRILE SEIZURE IN CHILDREN AND KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE ON FEBRILE SEIZURE OF PEOPLE WHO CARED FOR CHILDREN AT GENERAL INTERNAL DEPARTMENT OF HAI DUONG CHILDREN'S HOSPITAL 4TH QUARTER 2017

Purposes: To describe the clinical features and evaluation of knowledge, attitude, practice on febrile seizure of people who cared for children at general internal department of Hai Duong children's hospital 4th quarter 2017. **Methods:** Descriptive cross-sectional study of 123 febrile seizure children and 123 people who cared for those children. **Results:** The majority of children started fever symptom gradually. 39.8% cases occurred convulsion when temperature over 39 °C and 91.1% cases occurred convulsion 24 hours before starting of fever, 52% convulsion occurred 6 hours before. Febrile seizure tended to start with goggled sign (69.9%), pale (61.8%). Causes of febrile seizure: Upper respiration infection (43.9). General knowledge of febrile seizure of person who cared for children were not very good. Practice of handling on febrile seizure of people who cared for children was good.

*Trường đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm
Email: themlv2003@gmail.com
Ngày nhận bài: 1.11.2017
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2017
Ngày duyệt bài: 29.12.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co giật ở trẻ em là một tình trạng rối loạn chức năng sống nghiêm trọng rất thường gặp [5]. Co giật ở trẻ em là một tình trạng cấp cứu vì trẻ có thể tử vong trong cơn do ngạt thở, hoặc có thể bị các di chứng tâm thần kinh do thiếu oxy não nếu không được sơ cứu tốt [3]. Nguyên nhân gây co giật rất phong phú nhưng hay gặp nhất là co giật do sốt (CGDS) đơn thuần [7]. Tại Viện Nhi Trung ương, trong 7 năm từ năm 1984 - 1990 nghiên cứu trên 5660 trẻ dưới 7 tuổi vào khoa Cấp cứu lưu, tỷ lệ trẻ co giật do sốt là 2,12% [7]. Một trong những nguyên nhân làm tăng cao tần suất mắc bệnh nhiễm khuẩn trẻ em ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam là do kiến thức, thái độ, thực hành xử trí của các bà mẹ còn hạn chế trong đó có bệnh CGDS. Bùi Bình Bảo Sơn nghiên cứu 100 bà mẹ có con CGDS thấy đa số bà mẹ lo lắng khi trẻ xuất hiện CGDS, ảnh hưởng đến tính mạng (93,0%), nguy cơ tổn thương não (84,0%), nguy cơ động kinh sau này (74%). Nghiên cứu cũng cho thấy họ còn quan niệm sai về CGDS và chưa biết cách xử trí khi trẻ bị CGDS (83%) [1]. Lê Thiện Thuyết nghiên cứu 206 trẻ CGDS thấy CGDS chủ yếu gặp trẻ từ 5 tháng đến 60 tháng (90,8%), 50% gặp ở độ tuổi từ 12 đến 36 tháng [6].

Tại Bệnh viện Nhi Hải Dương, CGDS khá thường gặp nhưng chưa có nghiên cứu về CGDS ở trẻ em và về kiến thức - thái độ - thực hành xử trí co giật do sốt của người chăm sóc trẻ. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng co giật do sốt ở trẻ tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện nhi Hải Dương trong quý IV năm 2017.*

2. *Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành xử trí co giật do sốt của người chăm sóc trẻ tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện nhi Hải Dương trong quý IV năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi từ 6 tháng đến 5 tuổi vào điều trị tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Nhi Hải Dương trong quý IV năm 2017 được chẩn đoán co giật do sốt đơn thuần dựa theo tiêu chuẩn của Viện quốc gia về

sức khỏe Hoa Kỳ (1980) và người chăm sóc trẻ.

2.2 Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2 Cỡ mẫu và chọn mẫu: Toàn bộ trẻ được chẩn đoán co giật do sốt đơn thuần tại Khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Nhi Hải Dương trong Quý IV năm 2017

2.2.3 Định nghĩa một số chỉ số nghiên cứu

- Phân loại sốt: Sốt nhẹ từ 37,5°C -< 38,5°C, sốt vừa từ 38,5°C -< 39°C, sốt cao từ 39°C -< 41°C, sốt rất cao hay sốt nguy hiểm $\geq 41^\circ\text{C}$.

- Xác định mức độ kiến thức đúng của người chăm sóc về co giật do sốt: thông qua tổng điểm điểm tối 11 điểm chia làm 4 mức như sau:

- + Từ 0 -< 2,75 điểm: Không có kiến thức
- + Từ 2,75 -< 5,5 điểm: Kiến thức chưa tốt
- + Từ 5,5 -< 8,2 điểm: Kiến thức tốt
- + Từ 8,2 -< 11 điểm: Kiến thức rất tốt

- Xác định mức thái độ của người chăm sóc về co giật do sốt: Tổng điểm phần này là 50 điểm, chia làm 4 mức độ:

- + Từ 0 -< 12,5 điểm: Thái độ kém
- + Từ 12,5 -< 25 điểm: Thái độ chưa đúng
- + Từ 25 -< 37,5 điểm: Thái độ đúng
- + Từ 37,5 -< 50 điểm: Thái độ rất đúng
- Xác định mức độ xử lý của người chăm sóc

về co giật do sốt: Trong phần thực hành là 15 điểm và được chia làm 4 mức độ:

- + Từ 0 -< 3,75 điểm: Thực hành kém
- + Từ 3,75 -< 7,5 điểm: Thực hành chưa đúng
- + Từ 7,5 -< 11,25 điểm: Thực hành đúng
- + Từ 11,25 -< 15 điểm: Thực hành rất đúng

2.2.4 Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng co giật do sốt

3.1.1 Đặc điểm chung của trẻ co giật do sốt

Bảng 3.1 Phân bố trẻ co giật do sốt theo lứa tuổi khi vào viện.

Lứa tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
< 12 tháng	20	16,3
Từ 12 - < 24 tháng	49	39,8
Từ 24 - < 36 tháng	22	17,9
Từ 36 - < 48 tháng	16	13,0
≥ 48 tháng	16	13,0
Tổng	123	100

Nhận xét: Trẻ vào viện vì co giật do sốt xảy ra ở tất cả các lứa tuổi, tỉ lệ cao nhất ở các nhóm tuổi từ 12 - < 24 tháng (39,8%), nhóm tuổi từ 24 - < 36 tháng (17,9%), thấp ở nhóm tuổi từ 36 - < 48 tháng và ≥ 48 tháng (13%).

Bảng 3.2. Tuổi khởi phát cơn co giật so sốt lần đầu tiên

Nhóm tuổi	< 12 tháng	Từ 12 - < 24 tháng	Từ 24 - < 36 tháng	Từ 36 - < 48 tháng	≥ 48 tháng
Số bệnh nhân	37	47	20	10	9
Tỷ lệ (%)	30,1	38,2	16,3	8,1	7,3

Nhận xét: Tuổi khởi phát cơn co giật lần đầu gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 12 đến < 24 tháng, sau đến nhóm dưới 12 tháng (31,1%).

3.1.2 Đặc điểm co giật do sốt lần này

Bảng 3.3 Đặc điểm đợt sốt lần này của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đợt sốt này		Số lượng	Tỷ lệ %
Khởi phát	Từ từ	83	67,5
	Đột ngột	40	32,5
Thân nhiệt co giật ($^\circ\text{C}$)	< 39 $^\circ\text{C}$	16	13,0
	Từ 39 - < 40 $^\circ\text{C}$	37	30,1
	Từ 40 - < 41 $^\circ\text{C}$	11	8,9
	$\geq 41^\circ\text{C}$	1	0,8
	Không cập nhiệt độ	58	47,2
Thân nhiệt khi vào viện ($^\circ\text{C}$)	< 39 $^\circ\text{C}$	63	51,2
	Từ 39 - < 40 $^\circ\text{C}$	40	32,5
	Từ 40 - < 41 $^\circ\text{C}$	18	14,6
	$\geq 41^\circ\text{C}$	2	1,6
Thời gian sốt (ngày)	< 4 ngày	103	83,7
	Từ 4 - < 7 ngày	15	12,2
	≥ 7 ngày	5	4,1

Nhận xét: Phần lớn trẻ co giật do sốt khởi phát triệu chứng sốt một cách từ từ (67,5%), gia đình không cập nhiệt độ cho trẻ lúc co giật (47,2%), co giật do sốt xảy ra khi thân nhiệt của trẻ từ 39 - < 40 $^\circ\text{C}$ (30,1%), trẻ có thời gian sốt ngắn < 4 ngày (83,7%).

Bảng 3.4. Phân bố trẻ co giật do sốt theo tính chất cơn co giật

Đặc điểm cơn co giật	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Cơn dạng co cứng đơn thuần	23	18,7
Cơn dạng co giật đơn thuần	46	37,4
Cơn co cứng rồi co giật	16	13
Khởi đầu bằng dấu hiệu trợn mắt	86	69,9
Trong cơn co giật trẻ có tím	76	61,8
Trong cơn co giật có sùi bọt mép	40	32,5
Có rối loạn ý thức sau cơn co giật	43	35,0
Có liệt thoáng qua sau cơn co giật	9	7,3
Hội chứng màng não sau cơn co giật	5	4,1
Không rõ tính chất cơn co giật	4	3,3

Nhận xét: Trong số 123 trường hợp trẻ co giật do sốt có 69,9% trẻ khởi phát cơn co giật bằng dấu hiệu trợn mắt, 37,4% trẻ có cơn co giật đơn thuần, chỉ có 17,8% cơn co cứng đơn thuần và 13% cơn co cứng rồi mới co giật. Trong cơn co giật có 61,8% trẻ có tím, 32,5% sùi bọt mép. Sau cơn co giật có 35,0% có rối loạn ý thức, 7,3% có liệt thoáng qua.

Bảng 3.5. Tình trạng ý thức bệnh nhân sau cơn co giật

Tình trạng ý thức	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tỉnh táo, khóc to	80	65,0
Li bì, lơ mơ	42	34,2
Hôn mê	1	0,8
Tổng	123	100,0

Nhận xét: Đa số trẻ co giật do sốt sau cơn co giật tỉnh táo, khóc to chiếm tỷ lệ 65,0%, có 34,1% trẻ rơi vào trạng thái lơ mơ, li bì hoặc lơ mơ. Chỉ có một trường hợp hôn mê sau cơn co giật do sốt (0,8%).

3.2 Kiến thức, thái độ, thực hành về xử trí co giật do sốt của người chăm sóc trẻ

Bảng 3.6. Quan niệm về nguyên nhân gây CGDS của người chăm sóc trẻ

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ %
Do sự bất thường của dòng điện trong não	16	13,0
Mức độ sốt và tuổi của trẻ	96	78,0
Cơ địa của trẻ dễ CGDS	59	48,0
Do di truyền	21	17,1
Do thần kinh, ma quỷ	4	3,3

Nhận xét: Phần lớn người chăm sóc các trẻ cho rằng nguyên nhân gây CGDS là do mức độ sốt và tuổi của trẻ (78%), gần một nửa (48%) cho rằng do cơ địa của trẻ dễ co giật, tuy nhiên vẫn còn 3,3% người chăm sóc cho rằng do thần kinh, ma quỷ gây ra.

Bảng 3.7. Kiến thức của người chăm sóc về CGDS

Mức độ kiến thức	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Điểm trung bình chung
Không có kiến thức	11	8,9	4,31±1,43
Kiến thức chưa tốt	89	72,4	
Kiến thức tốt	23	18,7	
Kiến thức rất tốt	0	0,0	

Nhận xét: Điểm trung bình chung về kiến thức CGDS của người chăm sóc trẻ là 4,31 ± 1,43, đa số có kiến thức chưa tốt (72,4%)

Bảng 3.8. Thái độ của người chăm sóc trẻ về CGDS

Mức độ thái độ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Điểm trung bình chung
Thái độ kém	0	0,0	39,16±3,24
Thái độ chưa đúng	0	0,0	
Thái độ đúng	36	29,3	
Thái độ rất đúng	87	70,7	

Nhận xét: Thái độ của người chăm sóc về co giật do sốt trung bình là 39,16 ± 3,24 ở mức rất đúng, thái độ đúng chiếm tỷ lệ 29,3%, rất đúng chiếm 70,7%.

Bảng 3.9. Thực hành của người chăm sóc về CGDS

Mức độ thực hành xử trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Điểm trung bình chung
Thực hành kém	0	0,0	7,62±1,52
Thực hành chưa đúng	22	17,9	
Thực hành đúng	101	82,1	
Thực hành rất đúng	0	0,0	

Nhận xét: Thực hành về xử trí CGDS của người chăm sóc trẻ ở mức đúng: điểm trung bình là 7,62±1,52. Đa số thực hành đúng (82,1%)

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng co giật do sốt của trẻ

4.1.1 Tuổi co giật do sốt: Theo số liệu của chúng tôi, nhìn chung CGDS chủ yếu xảy ra ở trẻ trong độ tuổi từ 6 tháng đến 5 tuổi. Trong số này, CGDS gặp nhiều nhất ở nhóm trẻ từ 12 – 24 tháng chiếm tỷ lệ 39,8%, sau đến nhóm tuổi từ 24 – 36 tháng chiếm tỷ lệ 17,9% và nhóm tuổi dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ 16,3%, tỷ lệ rất thấp gặp ở nhóm tuổi từ 36 tháng trở lên.

4.1.2 Đặc điểm sốt: Về thân nhiệt lúc co

giật và thân nhiệt lúc vào viện, kết quả cho thấy chỉ có một nửa số trẻ CGDS được đo nhiệt độ lúc co giật, có 39,8% các trường hợp CGDS xảy ra khi thân nhiệt của trẻ từ 39° C trở nên. Trong đó, 30,1% từ 39 đến 40° C, 8,9% từ 40 đến 41° C và duy chỉ có 1 trường hợp có thân nhiệt lúc co giật trên 41° C chiếm 0,8%. Tất cả trẻ CGDS đều đo thân nhiệt lúc vào viện, kết quả cho thấy có 51,2% trường hợp CGDS có thân nhiệt lúc vào viện dưới 39° C. Đó là những trường hợp đã xảy ra co giật ở nhà và hầu hết gia đình đã cho trẻ dùng thuốc hạ sốt trước khi vào viện.

Các nghiên cứu trong và ngoài nước cho các kết quả khác nhau. Theo Lê Thiện Thuật có 51,9% trẻ có thân nhiệt lúc co giật từ 39 đến 40° C; 24,7% từ 40 đến 41° C, 3% trên 41° C và 20,4% dưới 39° C [5].

4.1.3 Đặc điểm co giật: Trong số 123 trường hợp trẻ CGDS vào viện lần này thì có 69,95 trẻ khởi phát cơn co giật bằng dấu hiệu trợn mắt; 37,4% trẻ có cơn co giật dạng co giật đơn thuần, chỉ có 18,7% co cứng đơn thuần và 13% co cứng rồi mới co giật. Bên cạnh đó, chúng tôi thấy trong cơn co giật có 61,8% trẻ có tím, 32,5% sùi bọt mép. Sau cơn giật hầu hết trẻ tỉnh chiếm 65%, có 34,1% mê li bì, chỉ có 35% có rối loạn ý thức và 7,3% có liệt thoáng qua. Số cơn giật trong 24 giờ sau cơn co giật đầu tiên hầu hết trẻ chỉ co giật 1 cơn trong 24 giờ đầu sau cơn CGDS đầu tiên chiếm tỷ lệ 83,7%.

4.2. Kiến thức, thái độ, thực hành về xử trí co giật do sốt của người chăm sóc trẻ tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Nhi Hải Dương (quý IV năm 2017):

4.2.1 Quan niệm về nguyên nhân gây co giật do sốt của người chăm sóc

Hầu hết người chăm sóc cho rằng CGDS là do mức độ sốt và tuổi của trẻ nhỏ chiếm tỷ lệ 78%. Điều này cho thấy phần lớn các bà mẹ đều cho rằng sốt là nguyên nhân chính của CGDS. Vì vậy, việc áp dụng các biện pháp hạ sốt là rất quan trọng để làm giảm tỉ lệ mắc CGDS. Theo nghiên cứu của Bùi Bình Bảo Sơn [1] có 50% người chăm sóc cho rằng CGDS là do sốt và tuổi nhỏ; 20% có ý kiến khác, chủ yếu cho rằng là do sốt cao.

4.2.2 Kiến thức về co giật do sốt của người chăm sóc trẻ

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm trung bình chung về kiến thức CGDS của người chăm sóc về CGDS còn chưa tốt ($4,31 \pm 1,43$).

Theo Neilson và CS nghiên cứu trên 216 trường hợp người chăm sóc có con bị CGDS thì có 71,4% người chăm sóc biết rằng CGDS hiểm

gập trên 5 tuổi, 61,6% biết CGDS không phải là động kinh, 60,2% biết không cần dùng thuốc chống co giật cho tất cả trẻ CGDS, chỉ có 26% người chăm sóc biết rằng nguy cơ trở thành động kinh sau này của trẻ CGDS là rất hiếm. Còn lại hầu hết người chăm sóc có kiến thức sai về CGDS như: cần phải làm điện não và cắt lớp sọ não cho tất cả trẻ CGDS (85,6%), CGDS tái phát là nguyên nhân gây tổn thương não (74%), cần phải ngáng lưỡi trẻ (62,4%).

4.2.3 Thái độ của người chăm sóc về co giật do sốt

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm trung bình chung về thái độ của người chăm sóc có con bị CGDS là $39,16 \pm 3,24$, như vậy người chăm sóc có thái độ rất tốt về CGDS.

Theo Bùi Bình Bảo Sơn [1], khi được hỏi về mức độ nguy hiểm thì hầu hết người chăm sóc (73%) cho rằng CGDS đe dọa đến tính mạng, 66% cho rằng CGDS có thể xấu đi, 70% cho rằng CGDS có thể gây tổn thương não với các mức độ khác nhau. Điều này chứng tỏ người chăm sóc trẻ rất lo lắng vì sự nguy hiểm của CGDS và các nguy cơ của nó. Nhưng có 94% cho rằng cần thường xuyên theo dõi nhiệt độ và 96% rất đồng ý là cần chú ý và chăm sóc trẻ CGDS. Có 69% người chăm sóc rất không đồng ý CGDS là do thần kinh chi phối, chỉ có 6% đồng ý với ý kiến cho rằng có con CGDS là đáng xấu hổ. Điều này giúp chúng ta hy vọng rằng công tác giáo dục sức khỏe có thể tác động được lên cộng đồng.

4.2.4 Thực hành của người chăm sóc về co giật do sốt: Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm trung bình chung về thực hành của người chăm sóc có con bị CGDS là $7,62 \pm 1,52$, như vậy người chăm sóc đã thực hành đúng các xử trí khi trẻ bị CGDS.

Thực hành của người chăm sóc về CGDS trong nghiên cứu của chúng tôi nói chung là tốt hơn so với nghiên cứu của Bùi Bình Bảo Sơn [1] đa số người chăm sóc không biết cách xử trí đúng khi trẻ bị CGDS vì khi trẻ bị CGDS có 7% sưng sờ không biết xử trí gì, 45% vội vàng đưa ngay trẻ đến cơ sở y tế, 27% lay và đánh thức trẻ, 25% kích thích đau, 55% ôm ghì chặt trẻ, 33% cố gắng nắn bóp chân tay, mặc thêm quần áo, 1% mang thêm bít tất, 21% cạo gió, 29% chích lễ. Chỉ có 22% bà mẹ biết cách xử trí đúng là cởi rộng quần áo cho trẻ và 9% bà mẹ biết đúng vị trí an toàn để đặt trẻ.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng của trẻ bị co giật do sốt tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện nhi

Hải Dương quý IV năm 2017.

- Phần lớn trẻ co giật do sốt khởi phát triệu chứng sốt một cách từ từ.
- Hầu hết trẻ có thời gian sốt ngắn <4 ngày.
- Có 39,8% trẻ lên cơn co giật khi thân nhiệt trên 39°C và 91,1% trường hợp co giật xuất hiện sớm trước 24 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng sốt, 52% trường hợp co giật xuất hiện trước 6 giờ.
- Cơn co giật do sốt thường khởi đầu bằng dấu hiệu trợn mắt (69,9%), tím (61,8%), sùi bọt mép (32,5%), sau cơn trẻ tỉnh, khóc to (65%).

2. Kiến thức, thái độ, thực hành về xử trí CGDS của người chăm sóc trẻ tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện nhi Hải Dương quý IV năm 2017.

- Kiến thức chung của người chăm sóc về co giật do sốt ở mức chưa tốt.
- Thái độ chung của người chăm sóc về co giật do sốt ở mức rất đúng.
- Thực hành xử trí co giật do sốt của người chăm sóc ở mức tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Bình Bảo Sơn (2009)**, "Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi của người chăm sóc đối với trẻ bị co giật do sốt", Y học thực hành, số 356, 157-166.
2. **Chu Văn Tường và CS (1990)**, "Co giật do sốt cao đơn thuần", Cấp cứu nhi khoa, NXBYH, Hà Nội, 133 – 135.
3. **Đặng Phương Kiệt (1998)**, "Động kinh liên tục", Hồi sức cấp cứu và gây mê trẻ em, NXB Y học, Hà Nội, tr 120 – 131.
4. **Huỳnh Văn Lộc, Võ Công Đồng (2001)**, "Khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi của người chăm sóc đối với bệnh nhi sốt cao co giật tại phòng lưu bệnh viện Nhi Đồng 1", Y học thành phố Hồ Chí Minh, Phụ bản số 4, tập 5, 151-155.
5. **Lê Nam Trà (1997)**, "Co giật và động kinh ở trẻ em", Cẩm nang điều trị Nhi khoa, NXBYH, Hà Nội, 285 – 292.
6. **Lê Thiện Thuyết (2003)**, "Đặc điểm dịch tễ lâm sàng và nguyên nhân co giật do sốt cao ở trẻ em", Y học thực hành, số 447, 47 – 59.
7. **Nguyễn Thanh Hải và CS (1990)**, "Tình hình bệnh tật trong 7 năm (1984 – 1990) tại khoa cấp cứu lưu", Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 10 năm (1981 – 1990), Viện bảo vệ sức khỏe trẻ em, HN.

THỰC TRẠNG NGUỒN LỰC, HOẠT ĐỘNG DINH DƯỠNG TẠI CÁC BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Thị Tĩnh¹, Ninh Thị Nhung¹, Phan Anh Tiến²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình hình tổ chức, nhân lực, hoạt động dinh dưỡng và việc thực hiện một số nhiệm vụ chuyên môn chăm sóc người bệnh theo thông tư 08/2011/TT-BYT của Bộ Y tế tại các bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thái Bình. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả:** Có 2/12 bệnh viện có khoa dinh dưỡng nhưng chỉ có 1 bệnh viện hoàn thiện đầy đủ cả bếp ăn bệnh viện trực thuộc khoa dinh dưỡng, 6/12 bệnh viện có tổ dinh dưỡng còn 4/12 bệnh viện chưa thành lập khoa/tổ dinh dưỡng. Có 1/12 bệnh viện có trưởng khoa là bác sĩ, số còn lại đều là điều dưỡng được đi học và cấp chứng chỉ đào tạo 3 tháng. Có 4/12 bệnh viện đã chỉ định chế độ ăn bệnh lý, 2/12 bệnh viện thực hiện báo suất ăn cho khoa dinh dưỡng, 2/12 bệnh viện lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân nội trú có SDD. **Kết luận:** 2/12 bệnh viện có khoa dinh dưỡng. 12/12 bệnh viện chưa có phòng khám tư vấn dinh dưỡng riêng và nhà ăn trực thuộc khoa/tổ dinh dưỡng. 4/12 bệnh viện đã chỉ định chế độ ăn bệnh lý, 2/12 bệnh viện thực hiện báo suất ăn

cho khoa dinh dưỡng, 2/12 bệnh viện lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân nội trú SDD.

Từ khóa: Khoa dinh dưỡng, khám, tư vấn dinh dưỡng.

SUMMARY

SITUATION OF RESOURCES, NUTRITION ACTIVITIES IN HOSPITALS IN THAI BINH PROVINCE

Objective: Describe the organization, human, nutritional activity and the implementation of some specialized tasks of caring for patients according to Circular 08/2011/TT-BYT of the Ministry of Health at district hospitals in Thai Binh province. **Research Methods:** Descriptive epidemiological study through a cross-sectional survey. **Results:** There are 2/12 hospitals with nutritional department but only one hospital is fully equipped with a hospital kitchen directly under the nutrition department, 6 out of 12 hospitals have nutritional groups; 4 out of 12 hospitals have not established a faculty/nutrition team. One out of every 12 clinics is headed by a doctor, while the rest are nurses who go to school and receive three months of training. 4 out of 12 hospitals have prescribed pathological diets, 2 out of 12 hospitals provide nutritional nutrition advice, and 2 out of 12 hospitals plan nutrition interventions for inpatients with SDD. **Conclusion:** 2/12 hospitals have nutritional department; 12/12 hospitals do not have their own nutrition consultation clinic and the dining room belongs to the department /nutrition team. 4 out of 12 hospitals have been assigned pathological diets, 2 out

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện đa khoa huyện Hưng Hà, Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tĩnh

Email: phamtinh_ytb@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2017

Ngày duyệt bài: 20.12.2017

of 12 hospitals provide dietary advice for nutrition, and 2 out of 12 hospitals plan nutrition interventions for inpatients.

Key words: department of nutrition; examination, nutrition consulting.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, việc can thiệp dinh dưỡng trong điều trị lâm sàng đã bắt đầu được chú trọng. Người bệnh không chỉ điều trị bằng thuốc mà còn điều trị bằng chế độ dinh dưỡng hợp lý. Ước tính tỉ lệ SDD bệnh viện và nguy cơ SDD của bệnh nhân đang nằm điều trị ở Việt Nam khoảng 30-40%. Suy dinh dưỡng ở bệnh nhân làm tăng chi phí điều trị, thời gian nằm viện kéo dài, tỉ lệ biến chứng, nhiễm trùng tăng... [6]. Do vậy, các chuyên gia y tế khuyến cáo, hỗ trợ dinh dưỡng sớm cho bệnh nhân sẽ rút ngắn thời gian nằm viện, gia tăng kết quả điều trị, tận dụng các nguồn lực y tế [7]. Để tăng cường công tác chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh, Bộ Y tế đã ban hành thông tư 08/2011/TT-BYT yêu cầu các bệnh viện từ tuyến huyện trở lên từng bước phải thành lập khoa dinh dưỡng - tiết chế, có nhiệm vụ cung cấp, tư vấn dinh dưỡng cho các bệnh nhân ngoại trú và nội trú. Tuy nhiên, do khó khăn về nhân lực, cơ sở vật chất, nên sau hơn 4 năm thông tư được ban hành, việc thực hiện quy định này cho đến nay vẫn là một thách thức. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: "*Mô tả tình hình tổ chức, nhân lực, hoạt động dinh dưỡng và việc thực hiện một số nhiệm vụ chuyên môn chăm sóc người bệnh theo thông tư 08/2011/TT-BYT tại các bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thái Bình*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa bàn nghiên cứu:

- + Điều kiện cơ sở vật chất khoa dinh dưỡng.
- + Trang thiết bị, dụng cụ phục vụ chế biến tại bếp ăn, phòng khám, tư vấn DD.
- + Hệ thống sổ sách báo cáo, Hồ sơ các bếp ăn và bộ phận dinh dưỡng điều trị.
- + Nhân lực khoa dinh dưỡng bao gồm: Nhân

viên trực tiếp chế biến thực phẩm và các cán bộ làm việc tại bộ phận dinh dưỡng điều trị.

Thời gian nghiên cứu: từ 1/2016 đến tháng 6/2016

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: toàn bộ 12 bệnh viện được chọn.

- Phòng văn cán bộ quản lý về nhiệm vụ của cán bộ hoạt động dinh dưỡng và nhân viên chế biến: Mỗi bệnh viện phỏng vấn một giám đốc hoặc phó giám đốc phụ trách chuyên môn. Phòng văn 12 cán bộ quản lý.

- Phòng văn cán bộ quản lý về thực trạng hoạt động dinh dưỡng: Mỗi bệnh viện phỏng vấn 1 giám đốc/phó giám đốc phụ trách chuyên môn. Phòng văn 12 cán bộ.

- Cỡ mẫu khảo sát kiến thức về ATTP và năng lực của người chế biến thực phẩm: Lập danh sách và chọn toàn bộ người chế biến thực phẩm của 12 bệnh viện để phỏng vấn theo bộ câu hỏi đã được xây dựng trước. Có 52 người.

- Cỡ mẫu phỏng vấn phụ trách bộ phận chế biến cung cấp suất ăn: Mỗi bếp ăn có một bếp trưởng. Vậy cỡ mẫu là toàn bộ 12 bếp ăn của 12 bệnh viện.

Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng chương trình EPI DATA để nhập số liệu. Phân tích số liệu được tiến hành bằng chương trình SPSS 13.0 với các test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Tình hình thành lập Khoa/Tổ dinh dưỡng trong bệnh viện

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thành lập khoa	2/12	16,7
Thành lập Tổ	6/12	50,0
Chưa thành lập Khoa/ tổ	4/12	33,3
Đã hoạt động	8/12	66,7
Chưa hoạt động	4/12	33,3

8/12 bệnh viện thành lập khoa/tổ dinh dưỡng trong đó có 2 bệnh viện thành lập được khoa dinh dưỡng và đều đã đi vào hoạt động.

Bảng 3.2. Công tác tổ chức, quản lý khoa, tổ dinh dưỡng ở các bệnh viện

Nội dung	Có	Không
Có quyết định thành lập khoa/tổ dinh dưỡng	8/8	0/8
Có quyết định biên chế cán bộ khoa, tổ dinh dưỡng	8/8	0/8
Có bản mô tả nhiệm vụ cho từng cán bộ	1/8	7/8
Có bản nhiệm vụ của mạng lưới DD trong bệnh viện	1/8	7/8
BV có quy định phối hợp giữa khoa, tổ dinh dưỡng với các khoa phòng khác và nhiệm vụ cho từng đối tượng	1/8	7/8
Có quy định những loại bệnh hoặc khoa lâm sàng, người bệnh phải thực hiện chế độ ăn bệnh lý và suất ăn do khoa DD cung cấp	1/8	7/8

Có sơ kết 6 tháng và tổng kết một năm hoạt động	2/8	6/8
---	-----	-----

Kết quả bảng 3.2 cho thấy các thủ tục hành chính về quyết định thành lập khoa/tổ và quyết định biên chế cán bộ đã được 8/8 bệnh viện thực hiện. Tuy nhiên, các nội dung khác như bản mô tả công việc, các quy định cụ thể thì chỉ có 1 số bệnh viện thực hiện được.

Bảng 3.3. Hoạt động giáo dục truyền thông và đào tạo về dinh dưỡng tại các bệnh viện (n=12)

Nội dung	SL	Tỷ lệ (%)
Có tài liệu truyền thông về dinh dưỡng, tiết chế, an toàn thực phẩm phổ biến cho người bệnh, người nhà và nhân viên y tế	12/12	100,0
Tổ chức giáo dục sức khỏe, hướng dẫn cho người bệnh, người nhà thực hiện chế độ ăn bệnh lý và an toàn thực phẩm	11/12	91,7
Tổ chức đào tạo cho bác sĩ, điều dưỡng viên, hộ sinh bệnh viện về dinh dưỡng, tiết chế	3/12	25,0
Thực hiện nghiên cứu và ứng dụng kết quả nghiên cứu vào công tác dinh dưỡng, tiết chế	1/12	8,3
Tham gia đào tạo học sinh, sinh viên về dinh dưỡng, tiết chế	0	0,0

100% các bệnh viện đều có các tài liệu về dinh dưỡng, tiết chế, an toàn thực phẩm để phổ biến cho người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế. Hầu hết các bệnh viện cũng đã tổ chức giáo dục sức khỏe và hướng dẫn cho người bệnh, người nhà người bệnh thực hiện chế độ ăn bệnh lý và an toàn thực phẩm (11/12 bệnh viện).

Bảng 3.4. Hoạt động khám, tư vấn chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân tại các khoa lâm sàng tại các bệnh viện (n=12)

Nội dung	SL	Tỷ lệ (%)
Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân nội trú	9/12	75,0
Chỉ định chế độ ăn trong hồ sơ người bệnh theo mã số quy định	3/12	25,0
Chỉ định chế độ ăn bệnh lý	4/12	33,3
Báo suất ăn cho khoa/tổ dinh dưỡng	2/12	16,7
Hội chẩn và lập kế hoạch can thiệp DD cho bệnh nhân nội trú SDD	2/12	16,7
Có khu, góc truyền thông dinh dưỡng	0	0,0

Tại các khoa lâm sàng, hoạt động khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân được 9/12 bệnh viện thực hiện. Các nội dung khác như chỉ định chế độ ăn theo quy định trong hồ sơ, báo suất ăn hay hội chẩn chỉ có 2-4 bệnh viện thực hiện.

Bảng 3.5. Hoạt động khám, tư vấn chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân tại các khoa/tổ dinh dưỡng (n=8)

Nội dung	Có	Không
Tổ chức khám, tư vấn dinh dưỡng cho bệnh nhân	1/8	7/8
Cán bộ dinh dưỡng tư vấn hướng dẫn thực hiện chế độ ăn bệnh lý	2/8	6/8
Họp với người bệnh về dinh dưỡng	3/8	5/8
Cung cấp suất ăn đúng chỉ định	2/8	6/8
Xây dựng chế độ ăn bệnh lý áp dụng cho toàn bệnh viện	0/8	8/8
Có tờ rơi hoặc hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý cho ít nhất 5 loại bệnh lý thường gặp liên quan đến dinh dưỡng tại bệnh viện	1/8	7/8

Các hoạt động khám, tư vấn dinh dưỡng tại các tổ/khoa dinh dưỡng cũng mới chỉ được từ 1-3 bệnh viện thực hiện các nội dung này.

Bảng 3.6. Đặc điểm về năng lực của nhân viên phục vụ bếp ăn bệnh viện (n=52)

Nội dung	Thành thạo		Chưa thành thạo		Không biết	
	SL	%	SL	%	SL	%
Kỹ năng xây dựng thực đơn	6	11,5	12	23,1	34	65,4
Kỹ năng tiết chế dinh dưỡng	2	3,9	6	11,5	44	84,6
Kỹ năng quản lý ATTP	5	9,6	9	17,3	38	73,1

Đa số các nhân viên tại các bếp ăn bệnh viện chưa thực sự thành thạo về các kỹ năng xây dựng thực đơn, dinh dưỡng và quản lý an toàn thực phẩm.

Bảng 3.7. Điểm kiến thức về ATTP của nhân viên phục vụ bếp ăn (n=52)

Giấy xác nhận kiến thức về ATTP	Có (n=14)	Không (n=38)	p
---------------------------------	-----------	--------------	---

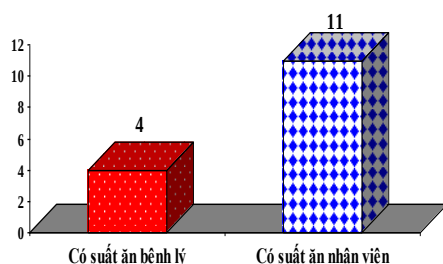
Trung bình $\pm$ SD	16,9 $\pm$ 1,4	12,8 $\pm$ 2,8	<0,01
Min - Max	14-18	8-18	

Kết quả bảng 3.17 cho thấy nhóm đã được cấp giấy xác nhận kiến thức về ATTP có điểm kiến thức cao hơn so với nhóm chưa có giấy xác nhận kiến thức.

Bảng 3.8. Tỷ lệ đạt kiến thức về ATTP của nhân viên phục vụ bếp ăn bệnh viện (n=52)

Giấy xác nhận kiến thức về ATTP	Có (n=14)		Không (n=38)		p
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	
Đạt	12	85,7	4	10,5	< 0,01
Không đạt	2	14,3	34	89,5	

Qua bảng 3.8 cho thấy mặc dù đã được cấp giấy xác nhận kiến thức về ATTP nhưng vẫn còn 2/14 đối tượng không đạt về kiến thức. Tỷ lệ không đạt ở nhóm chưa được cấp giấy chứng nhận là 89,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.



Biểu đồ 3.1. Hoạt động cung cấp suất ăn tại các bếp ăn bệnh viện

Biểu đồ 3.3 cho thấy hiện mới có 4/ 12 bệnh viện cung cấp suất ăn bệnh lý cho bệnh nhân còn 11/12 bệnh viện có cung cấp suất ăn cho nhân viên bệnh viện.

Bảng 3.9. Năng lực cung cấp suất ăn tại các bếp ăn bệnh viện

Nội dung	Trung bình	Min-Max
Tổng số suất ăn trung bình/ ngày	265	50-475
Số suất ăn thông thường	114	42-300
Số suất ăn bệnh lý	130	15-350
Số suất ăn nhân viên	21	8-30

Các bếp ăn của bệnh viện tuyến huyện đã cung cấp trung bình 265 suất/ ngày, trong đó trung bình là 130 suất ăn bệnh lý cho bệnh nhân năm viện.

IV. BÀN LUẬN

Tại Thái Bình 12 bệnh viện huyện với nhiệm vụ chủ yếu là khám chữa bệnh và phần lớn lượng bệnh nhân được tập trung tại đây. Các bệnh viện tuyến huyện đều ở hạng 3 trở lên, trong đó 5/12 bệnh viện hạng 2. Theo quy định của Bộ Y tế các bệnh viện từ hạng 3 trở lên phải có khoa dinh dưỡng nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hiện tại mới có 8/12 bệnh viện thành lập khoa/tổ dinh dưỡng trong đó có 2 bệnh viện thành lập được khoa dinh dưỡng và đều đã đi vào hoạt động. Hiện tại còn 4 bệnh viện chưa thành lập được đơn vị dinh dưỡng. Trong số 8 bệnh viện đã thành lập khoa/tổ dinh

dưỡng thì thời gian triển khai hoạt động chủ yếu trong năm 2015, chỉ có 2 đơn vị triển khai các hoạt động từ năm 2012, 2013.

Đánh giá về công tác tổ chức, quản lý khoa/tổ dinh dưỡng tại các bệnh viện đã thành lập hệ thống dinh dưỡng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các thủ tục hành chính về quyết định thành lập khoa/tổ và quyết định biên chế cán bộ khoa/tổ dinh dưỡng đã được 100% bệnh viện thực hiện. Tuy nhiên, các nội dung khác như bản mô tả công việc, các quy định cụ thể thì chỉ có 1 số bệnh viện thực hiện được. Có 2/8 bệnh viện đã phân công lãnh đạo bệnh viện phụ trách khoa/tổ dinh dưỡng. Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Lương Ngọc Khuê. Tác giả cho biết tỷ lệ bệnh viện có phân công lãnh đạo phụ trách chiếm tới 95%. Sở dĩ có sự khác biệt đáng kể này là do đối tượng nghiên cứu của tác giả là các bệnh viện tuyến tỉnh.

Đánh giá về nguồn lực của khoa/tổ dinh dưỡng, nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy tất cả các trưởng khoa/tổ dinh dưỡng đều đã được đi đào tạo về dinh dưỡng tiết chế ít nhất từ 3 tháng trở lên nhưng hầu hết các trưởng khoa/tổ dinh dưỡng bệnh viện là điều dưỡng. Chỉ có 1 bệnh viện có bác sỹ là trưởng khoa/tổ dinh dưỡng. Đây cũng là một trong những hạn chế đáng kể trong việc triển khai các hoạt động dinh dưỡng điều trị. Tại các bệnh viện tuyến tỉnh, tỷ lệ bác sỹ là trưởng khoa dinh dưỡng đã tăng dần qua các năm từ 45,6% năm 2013 đã lên tới 52,5% năm 2015. Nhưng lãnh đạo khoa có chuyên ngành dinh dưỡng năm 2015 cũng mới chỉ có 7,5% [5].

Hoạt động giáo dục truyền thông về dinh dưỡng cho bệnh nhân tại bệnh viện cũng gặp nhiều hạn chế. Mặc dù, 100% các bệnh viện trong nghiên cứu của chúng tôi đều có các tài liệu về dinh dưỡng, tiết chế, an toàn thực phẩm để phổ biến cho người bệnh, người nhà người bệnh và nhân viên y tế, hầu hết các bệnh viện

cũng đã tổ chức giáo dục sức khỏe và hướng dẫn cho người bệnh, người nhà người bệnh thực hiện chế độ ăn bệnh lý và an toàn thực phẩm (11/12 bệnh viện). Nhưng các hoạt động này chủ yếu thực hiện lồng ghép với các nội dung hoạt động khác như tổ chức cùng với hợp hội đồng người bệnh.

Bệnh viện tuyến huyện chính là nơi đầu tiên tiếp nhận bệnh nhân điều trị nội trú với các kỹ thuật cơ bản và xử trí các bệnh thông thường [2]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh viện chưa triển khai các hoạt động chăm sóc dinh dưỡng tại khoa khám bệnh cho bệnh nhân. Tại các khoa lâm sàng, hoạt động khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân được 9/12 bệnh viện thực hiện. Các nội dung khác như chỉ định chế độ ăn theo quy định, báo suất ăn hay hội chẩn chỉ có 2-4 bệnh viện thực hiện. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu tại bệnh viện tuyến tỉnh [5]. Trong số 8 bệnh viện đã thành lập khoa/tổ dinh dưỡng, các hoạt động khám, tư vấn dinh dưỡng tại các tổ/khoa dinh dưỡng cũng mới chỉ được từ 1-3 bệnh viện thực hiện. Nguyên nhân các khoa/tổ dinh dưỡng hầu hết là mới thành lập.

Theo khảo sát của Lương Ngọc Khuê 50% số bệnh viện đã xây dựng chế độ ăn và thực đơn phù hợp với từng mặt bệnh. Bệnh viện Bạch Mai đã tổ chức hỗ trợ các bệnh viện tuyến dưới trong việc xây dựng thực đơn và hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý. Các bác sỹ ở các khoa lâm sàng trong bệnh viện cũng đã phối hợp với khoa trong việc chỉ định chế độ ăn bệnh lý (51% số bệnh viện Bác sỹ chỉ định chế độ ăn theo mã số) [5].

Bếp ăn bệnh viện là một loại hình bếp ăn tập thể đặc biệt. Ngoài việc đảm bảo chế độ dinh dưỡng cho người bệnh thì đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm đóng vai trò quan trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 52 nhân lực thực hiện các hoạt động cung cấp suất ăn, chỉ có 1 người có trình độ chuyên môn là trung cấp nấu ăn còn hầu hết là ở mức trình độ học vấn THCS hoặc THPT (hơn 70% trường hợp). Điều này cũng hoàn toàn hợp lý bởi vì 11/12 bếp ăn bệnh viện hoạt động theo cơ chế đầu thầu, không trực thuộc khoa/tổ dinh dưỡng.

Theo yêu cầu của thông tư 30/2012/TT-BYT Về điều kiện đảm bảo an toàn thực phẩm tại các bếp ăn tập thể thì 100% số nhân viên trực tiếp sản xuất, chế biến thức ăn phải có giấy xác nhận tập huấn kiến thức về ATTP [3]. Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi hiện tại mới có 26,9% được cấp giấy xác nhận. Nhóm đã được cấp giấy xác nhận kiến thức về ATTP có điểm kiến thức

cao hơn so với nhóm chưa có giấy xác nhận kiến thức. Tuy nhiên, khi đánh giá kiến thức về ATTP, ở nhóm đã được cấp giấy xác nhận kiến thức về ATTP vẫn có 2/14 đối tượng không đạt về kiến thức. Tỷ lệ không đạt ở nhóm chưa được cấp giấy chứng nhận là 89,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Đánh giá về đặc điểm cung cấp xuất ăn của bếp ăn bệnh viện, kết quả của chúng tôi cho thấy hiện mới có 4/12 bệnh viện cung cấp suất ăn bệnh lý cho bệnh nhân còn 11/12 bệnh viện có cung cấp suất ăn cho nhân viên bệnh viện. Tính trung bình hàng ngày, các bếp ăn của bệnh viện tuyến huyện đã cung cấp trung bình 265 suất/ ngày, trong đó trung bình là 130 suất ăn bệnh lý cho bệnh nhân nằm viện. So với lưu lượng bệnh nhân nằm viện thì suất ăn bệnh lý này chưa đáp ứng được cho nhu cầu của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả tình hình tổ chức, nhân lực, hoạt động dinh dưỡng và việc thực hiện một số nhiệm vụ chuyên môn chăm sóc người bệnh theo thông tư 08/2011/TT-BYT của Bộ Y tế tại các bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thái Bình cho thấy: Có 2/12 bệnh viện có khoa dinh dưỡng nhưng chỉ có 1 bệnh viện hoàn thiện đầy đủ cả bếp ăn bệnh viện trực thuộc khoa, 6/12 bệnh viện có tổ dinh dưỡng còn 4/12 bệnh viện chưa thành lập khoa/tổ dinh dưỡng. Chỉ có 1/12 bệnh viện có trưởng khoa là bác sỹ, các bệnh viện còn lại đều là điều dưỡng làm trưởng khoa. Có 4/12 bệnh viện đã chỉ định chế độ ăn bệnh lý, 2/12 bệnh viện thực hiện báo suất ăn cho khoa dinh dưỡng, 2/12 bệnh viện lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng cho bệnh nhân nội trú có SDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Yên Bình, Trần Hồng Phương (2012)**, "Thực trạng nguồn lực cán bộ Y học Cổ truyền trong các bệnh viện tuyến tỉnh", Tạp chí YHTH, 837(8), tr.67-69.
2. **Bộ Y tế (2012)**, Niên giám thống kê Y tế.
3. **Bộ Y tế (2012)**, Thông tư 30/2012/TT-BYT ngày 05 tháng 12 năm 2012 của Bộ Y tế Quy định về điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống, kinh doanh thức ăn đường phố
4. **Nguyễn Công Khanh (2012)**, Đổi mới đào tạo nhân lực Y tế thực hiện quy hoạch phát triển nhân lực Y tế Việt Nam giai đoạn 2012-2020
5. **Lương Ngọc Khuê, Hoàng Văn Thành (2015)**, Thực trạng công tác dinh dưỡng tiết chế tại bệnh viện đa khoa tỉnh: Báo cáo Hội nghị Dinh dưỡng lâm sàng toàn quốc.
6. **Correia M. I., Perman M. I. and Waitzberg D. L. (2016)**, "Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review", Clin Nutr.

- 7. Mulu H., Hamza L.and Alemseged F. (2016),**
"Prevalence of Malnutrition and Associated Factors
among Hospitalized Patients with Acquired
Immunodeficiency Syndrome in Jimma University
Specialized Hospital, Ethiopia", Ethiop J Health Sci,
26(3), pp. 217-226.

Kiến thức, tuân thủ về chế độ dinh dưỡng ở bệnh nhân Đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bãi Cháy, tỉnh Quảng Ninh năm 2015

Nguyễn Văn Công¹, Nguyễn Thị Hải²

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu về kiến thức, tuân thủ chế độ dinh dưỡng ở người bệnh (NB) đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 điều trị ngoại trú. **Thiết kế nghiên cứu:** Phỏng vấn bằng bảng hỏi về kiến thức, tuân thủ chế độ dinh dưỡng ở 292 người bệnh ĐTĐ type 2 trên 18 tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh trong thời gian từ tháng 12/2014 đến tháng 9/2015. **Kết quả:** Phần lớn NB có kiến thức đúng về lựa chọn thực phẩm (91,8%); 95,2% NB hiểu nên ăn các loại rau và đồ luộc; 91,1% NB hiểu đúng cơm/miến dong là thực phẩm nên hạn chế ăn; 93,5% NB cho biết cần tránh các loại nước uống có đường, bánh kẹo, đồ ngọt... Có 27,7% NB cho rằng dưa hấu là thức ăn cần tránh và tỷ lệ này đối với dứa là 39,0%. **Kết luận:** Hầu hết NB có kiến thức đúng và tuân thủ về chế độ dinh dưỡng. Việc truyền thông giáo dục sức khỏe và thường xuyên phổ biến kiến thức liên quan đến bệnh tật là hết sức cần thiết và mang lại lợi ích rất lớn đối với người bệnh ĐTĐ.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2; Kiến thức dinh dưỡng; Tuân thủ chế độ dinh dưỡng

SUMMARY

KNOWLEDGE, COMPLIANCE WITH NUTRITION AND RELATED FACTORS IN TYPE 2 DIABETES OUT PATIENTS AT BAI CHAY HOSPITAL, QUANG NINH PROVINCE IN 2015

Objective: Study on knowledge, compliance with nutrition in out patients with type 2 diabetes mellitus. **Design:** Questionnaire-based interviews on knowledge, nutritional compliance in 292 type 2 diabetic outpatients over 18 years of age at Bai Chay Hospital, Quang Ninh Province from Dec 2014 to Sept 2015. **Result:** The majority of patients had proper knowledge about food choices (91.8%); 95.2% of patients understand to eat vegetables and boiled foods; 91.1% of the patients understand that rice / walnuts are foods that should limit their intake; 93.5% of patients said that they should avoid sugary drinks, confectionery, sweets... 27.7% of patients said that watermelon is the food to avoid and the ratio for pineapple is 39.0%. **Conclusions:** Most patients have proper knowledge and compliance with nutrition. Communicating health education and disseminating frequently knowledge related to the diseases is very necessary and beneficial for diabetes patients.

¹Ban Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ TW

²Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Công

Email: congnguyen12389@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 29.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 28.12.2017

Keywords: Type 2 diabetes; Nutrition knowledge; Compliance with nutrition

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những bệnh mạn tính không lây với nhiều biến chứng nguy hiểm và đang tăng nhanh trên thế giới. Việt Nam không phải là nước có tỷ lệ người bệnh ĐTĐ cao nhất thế giới nhưng lại là quốc gia có tốc độ phát triển rất nhanh về căn bệnh này. Qua điều tra dịch tễ, tỷ lệ mắc ĐTĐ trên toàn quốc đã tăng từ mức 2,7% vào năm 2002 lên 5,7% năm 2008. Sự gia tăng tỷ lệ bệnh ĐTĐ có ý nghĩa gia tăng hơn nữa tỷ lệ biến chứng của bệnh, nhất là biến chứng tim mạch. Vì vậy, người bệnh ĐTĐ cần được theo dõi, điều trị đúng, đủ, điều trị lâu dài, kéo dài đến hết cuộc đời. Mục tiêu điều trị là kiểm soát chỉ số glucose máu ở mức độ cho phép để giảm tối đa các nguy cơ biến chứng. Dùng đúng, đủ liều, đều đặn, tích cực thay đổi lối sống như thực hiện chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ dinh dưỡng và các yếu tố vi lượng, giảm cân nếu quá cân, thay đổi thói quen như hút thuốc lá, hạn chế rượu bia, tăng cường hoạt động thể lực ở mức độ phù hợp, định kỳ kiểm tra chỉ số glucose máu là có thể kiểm soát được glucose máu. Nếu người bệnh ĐTĐ không kiểm soát được glucose máu tốt trong giới hạn cho phép sẽ dẫn đến các biến chứng nặng nề như mắt, thận, tim, tổn thương mạch máu, bệnh lý bàn chân...

Qua đánh giá nhanh người bệnh mắc ĐTĐ type 2 tại Phòng khám Nội tiết bệnh viện Bãi Cháy, tỉnh Quảng Ninh cho thấy phần lớn người bệnh không thực hiện nghiêm túc chế độ ăn, tập luyện, theo dõi đường huyết... được đầy đủ theo tư vấn của thầy thuốc. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Xác định tỷ lệ NB có kiến thức đúng và tuân thủ về chế độ dinh dưỡng ở người bệnh ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** 292 BN đái tháo đường type 2, khám và quản lý điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội tiết Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh. Thời gian: Từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 9 năm 2015.

- **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu ngang mô tả. Thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn BN theo bảng kiểm thiết kế sẵn.

- **Xử lý số liệu:** xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung của người bệnh		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	92	31,5
	≥ 60 tuổi	200	68,5
Giới tính	Nam	125	42,8
	Nữ	167	57,2
Hoàn cảnh sống	Cùng người thân	282	96,6
	Độc thân	10	3,4
	Tổng	292	100

ĐTNC chủ yếu thuộc nhóm ≥ 60 tuổi, nhiều gấp hơn 2 lần so với nhóm ĐTNC < 60 tuổi. Người bệnh là nữ giới chiếm tỷ lệ 57,2% cao hơn so với nam giới (42,8%). Đa số người bệnh sống cùng với người thân (96,6%), chỉ có tỷ lệ rất nhỏ người bệnh sống độc thân (3,4%). Ngoài ra, ĐTNC có trình độ học vấn chủ yếu dưới phổ thông trung học (74,6%), trên phổ thông trung học chiếm tỷ lệ 22,9%. Phần lớn ĐTNC là những người đã nghỉ hưu chiếm tỷ lệ tới 63,4%, cán bộ văn phòng chiếm tỷ lệ thấp nhất là 4,1%.

Bảng 2. Đặc điểm về thời gian phát hiện ĐTĐ và bệnh mạn tính đi kèm hoặc biến chứng của ĐTĐ

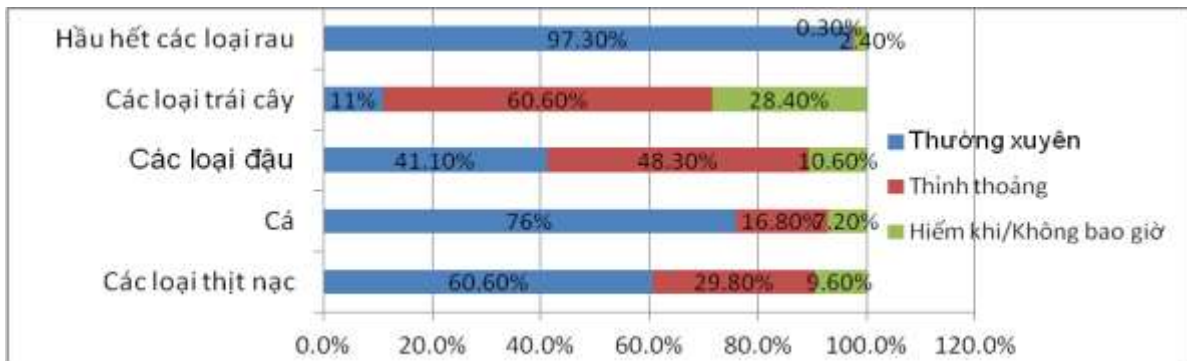
Thông tin về tiền sử bệnh		Tần số	Tỷ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	164	56,2
	≥ 5 năm	128	43,8
Mắc các bệnh mạn tính đi kèm hoặc biến chứng ĐTĐ	Không	10	3,5
	1 bệnh mạn tính/biến chứng	149	51,0
	≥ 2 bệnh mạn tính/biến chứng	133	45,5
	Tổng số	292	100

Kết quả Bảng 2 cho thấy: ĐTNC mắc bệnh < 5 năm chiếm tỷ lệ 56,2% cao hơn so với ĐTNC mắc bệnh ≥ 5 năm (43,8%). Hầu hết, người bệnh trong nghiên cứu có kèm từ 1 bệnh mạn tính/biến chứng trở lên (96,5%), chỉ có 3,5% số người bệnh không có kèm bệnh mạn tính/biến chứng.

Bảng 3. Tỷ lệ NB có kiến thức đúng về lựa chọn thực phẩm phù hợp

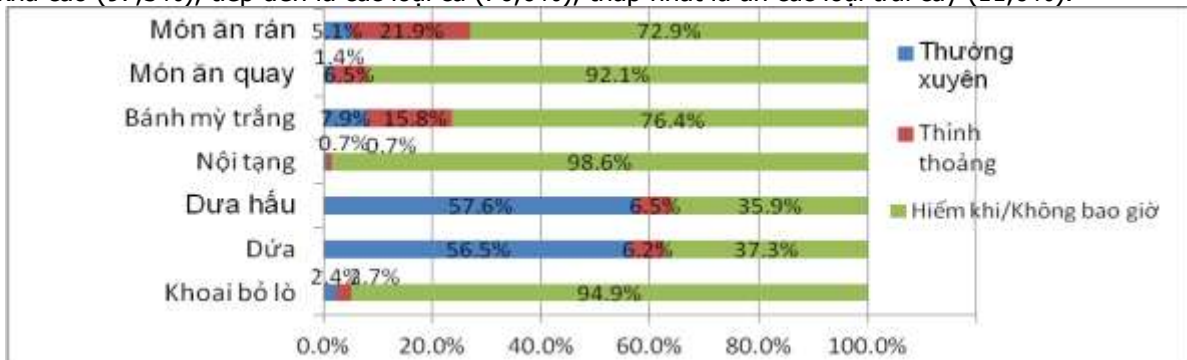
Lựa chọn thực phẩm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Các thực phẩm nên ăn		
Món ăn đồ luộc (các loại rau luộc...)	278	95,2
Các loại đậu (đậu phụ, đậu xanh, đậu đen...)	246	84,2
Các loại trái cây (xoài, chuối, táo, nho, mận)	135	46,2
Hầu hết các loại rau	278	95,2
Các thực phẩm hạn chế: Ăn đồ rán		
Ăn đồ quay	262	89,7
Bánh mì trắng	245	83,9
Gạo (cơm), miến dong	217	74,3
Các thực phẩm cần tránh		
Ăn các món nội tạng (lòng, gan, óc, đồ hộp...)	266	91,1
Nước uống có đường, bánh kẹo, đồ ngọt	253	86,6
Dưa hấu	273	93,5
Dứa	81	27,7
Khoai tây, khoai lang nướng và rán	114	39,0
Khoai tây, khoai lang nướng và rán	211	72,3
→ Kiến thức đạt về lựa chọn thực phẩm	268	91,8

Phần lớn NB có kiến thức đúng về lựa chọn thực phẩm (91,8%); 95,2% NB hiểu nên ăn các loại rau và đồ luộc; 91,1% NB hiểu đúng cơm/miến dong là thực phẩm nên hạn chế ăn; 93,5% NB cho biết cần tránh các loại nước uống có đường, bánh kẹo, đồ ngọt... Có 27,7% NB cho rằng dưa hấu là thức ăn cần tránh và tỷ lệ này đối với dứa là 39,0%.



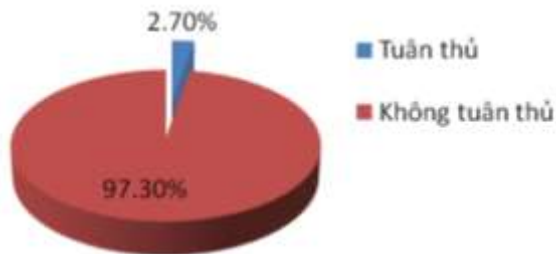
Biểu đồ 1. Tuân thủ đối với các thực phẩm nên ăn của người bệnh

Về nhóm các thực phẩm nên ăn: Tỷ lệ NB thực hành đúng nên ăn hầu hết các loại rau chiếm tỷ lệ khá cao (97,3%), tiếp đến là các loại cá (76,0%), thấp nhất là ăn các loại trái cây (11,0%).



Biểu đồ 2. Tuân thủ đối với các thực phẩm không nên ăn của người bệnh

Nhóm thực phẩm hạn chế/không nên ăn: NB thực hành đúng chiếm tỷ lệ khá cao như không thường xuyên ăn các món nội tạng (98,6%), khoai bỏ lò (94,9%) vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ NB thực hành không đúng như thường xuyên ăn dưa hấu (57,6%), dứa (56,5%).



Biểu đồ 3. Tỷ lệ tuân thủ chung về chế độ dinh dưỡng của người bệnh

Biểu đồ 3 cho thấy: NB trong nghiên cứu thực hành tuân thủ dinh dưỡng chiếm tỷ lệ rất cao tới 97,3%; chỉ có 2,7% NB không tuân thủ chế độ dinh dưỡng.

IV. BÀN LUẬN

1. Thực trạng kiến thức về tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu

Hiểu biết về lựa chọn thực phẩm phù hợp: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ NB có kiến thức đúng về lựa chọn các thực phẩm nên ăn chiếm tỷ lệ khá cao, trong đó có tới

95,2% NB lựa chọn đúng là ăn các loại rau để tăng cường chất xơ và giúp làm giảm quá trình hấp thu glucose vào máu. Trong khi đó nhóm thực phẩm cần hạn chế và cần tránh thì tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng chiếm tỷ lệ không cao như: cần tránh ăn dưa hấu (27,7%), dứa (39,0%). Đánh giá chung về kiến thức đúng lựa chọn các thực phẩm phù hợp chiếm tỷ lệ cao (91,8%) (Bảng 3.5). Kết quả này cho thấy, NB đã có hiểu biết đúng về lựa chọn thực phẩm khá cao. Tuy nhiên, chế độ ăn kiêng vẫn còn một số đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi quan tâm chưa đúng mức các loại thực phẩm cần hạn chế và tránh, một số người bệnh trả lời chưa đúng, có nhiều người bệnh chưa hiểu hoặc hiểu sai về những loại thực phẩm nên ăn kiêng như dưa, dưa hấu..., dẫn đến sai lầm trong chế độ ăn uống của người bệnh. Nguyên nhân là do họ chưa được nhân viên y tế tại Phòng khám tư vấn cụ thể là nên ăn, hạn chế và cần tránh những loại thực phẩm nào.

Sự hiểu biết về chế độ ăn kiêng là một phần rất quan trọng trong chiến lược điều trị bệnh

ĐTĐ nhằm kiểm soát đường huyết, cũng như phòng ngừa các biến chứng của bệnh. Vì vậy cán bộ y tế tại Phòng khám cần cung cấp thông tin một cách kỹ lưỡng và tư vấn chi tiết, đồng thời phát cho người bệnh tài liệu dinh dưỡng hướng dẫn cụ thể về chế độ ăn như thế nào cho đúng, giúp họ hiểu được tầm quan trọng của việc tuân thủ dinh dưỡng, đặc biệt hiểu được các thực phẩm nên hạn chế và cần tránh, từ đó giúp người bệnh tuân thủ điều trị tốt hơn.

2. Thực trạng thực hành tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu: Theo khuyến cáo của chuyên gia dinh dưỡng, NB ĐTĐ nên chọn những thực phẩm có nhiều chất xơ và có chỉ số đường huyết thấp dưới 55% như: Xoài, chuối, táo, nho, mận, khoai, củ, hầu hết các loại rau trừ bí đỏ, đậu hạt (đậu xanh, đậu đen, đậu Hà Lan...). Hạn chế và tránh ăn những thực phẩm có chỉ số đường cao trên 55% như bánh mì, miến, dưa hấu, dứa, các loại khoai nướng... Chọn các thực phẩm giàu đạm nguồn gốc động vật ít chất béo và/hoặc nhiều acid béo chưa no có lợi cho sức khỏe như thịt nạc (thịt gia cầm nên bỏ da), nên ăn cá ít nhất 3 lần trong mỗi tuần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong nhóm các thực phẩm nên ăn tỷ lệ NB thực hành không đúng, đó là không ăn thường xuyên các loại trái cây chiếm tỷ lệ khá cao là 89,0%, tiếp đến là các loại đậu chiếm 58,9%.

Trong khi đó nhóm thực phẩm hạn chế/không nên ăn thì có một tỷ lệ đáng kể NB thực hành không đúng như thường xuyên ăn dưa hấu chiếm tới 57,6%, dứa 56,5% (Biểu đồ 2). Việc thực hành không đúng này xuất phát từ nhiều nguyên nhân, nhiều NB nghe dân gian truyền miệng cho rằng ăn dứa rất tốt cho sức khỏe, hay ăn thịt nạc nhiều sợ làm tăng đường huyết. Ngoài ra một số người bệnh còn cho rằng nhân viên y tế tư vấn chung chung chưa cụ thể, không biết là mình nên ăn hay không nên ăn loại thực phẩm nào.

Việc thực hành không đúng các thực phẩm nên ăn, hạn chế và cần tránh chắc chắn sẽ ảnh hưởng không tốt đến kết quả điều trị bệnh, rất khó kiểm soát được đường huyết và nhanh xuất hiện các biến chứng của bệnh đái tháo đường. Những người bệnh điều nội trú chúng ta có thể kiểm soát được việc tuân thủ chế độ ăn nhưng đối tượng nghiên cứu của chúng tôi lại đang điều trị ngoại trú, liệu họ có duy trì sự tiết chế ăn uống hay không, đặc biệt là với một số nhóm thực phẩm nên hạn chế và cần tránh. Vì vậy nhân viên y tế tại Phòng khám cần phải chú trọng hơn nữa công tác tư vấn chế độ dinh dưỡng và cần phải có những biện pháp tích cực

giúp người bệnh tuân thủ như: Giải thích, tư vấn cụ thể nhiều lần cho người bệnh biết được nên ăn, hạn chế và cần tránh những loại thực phẩm nào, đồng thời tăng cường sự hỗ trợ từ phía gia đình của người bệnh trong việc giám sát chế độ ăn của họ.

Đánh giá chung về tuân thủ dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu: Tỷ lệ NB tuân thủ dinh dưỡng chiếm tỷ lệ rất cao (97,3%), chỉ có 2,7% NB không tuân thủ dinh dưỡng (Biểu đồ 3). Điều này có thể giải thích rằng nhiều NB tuân thủ đúng do hàng ngày họ cập nhật thông tin trên nhiều phương tiện khác nhau và cũng đã được bác sỹ tư vấn trước khi tham gia vào nghiên cứu. Do đó họ hiểu được tầm quan trọng của việc tuân thủ dinh dưỡng sẽ giúp kiểm soát tốt được đường huyết. Tuy nhiên kết quả này có thể phản ánh không chính xác mức độ tuân thủ dinh dưỡng thực tế của NB, vì nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ tập trung chủ yếu vào mức độ tiêu thụ của một số nhóm thực phẩm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Mafauzy M (2008) (là 84,6%). Sự chênh lệch này có thể do cách đánh giá mức độ tuân thủ dinh dưỡng giữa nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả trên là khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ đề cập đến thực hành mức độ tiêu thụ thực phẩm thường xuyên hay không thường xuyên của một số nhóm thực phẩm chính mà chưa đi đánh giá cụ thể về nhu cầu năng lượng trong khẩu phần ăn của người bệnh ĐTĐ. Đây cũng là hạn chế của đề tài này, hy vọng trong tương lai sẽ có những nghiên cứu đánh giá sâu hơn nữa về tuân thủ điều trị dinh dưỡng, đặc biệt là những nghiên cứu về khẩu phần ăn của người bệnh đái tháo đường.

V. KẾT LUẬN

95,2% NB hiểu nên ăn các loại rau và đồ luộc; 91,1% NB hiểu đúng cơm/miến dong là thực phẩm nên hạn chế ăn; 93,5% NB cho biết cần tránh các loại nước uống có đường, bánh kẹo, đồ ngọt... Có 27,7% NB cho rằng dưa hấu là thức ăn cần tránh và tỷ lệ này đối với dứa là 39,0%.

Về nhóm các thực phẩm nên ăn: 97,3% NB thực hành đúng là ăn hầu hết các loại rau, tiếp đến là các loại cá (76,0%), thấp nhất là ăn các loại trái cây (11,0%).

Nhóm thực phẩm hạn chế/không nên ăn: 98,6% NB thực hành đúng không thường xuyên ăn các món nội tạng, khoai bỏ lò (94,9%); 57,6% NB thường xuyên ăn dưa hấu và 56,5% NB thường xuyên ăn dứa (thực hành không đúng).

KHUYẾN NGHỊ

Cán bộ y tế cần chú trọng đến tư vấn và hướng dẫn cho người bệnh đái tháo đường type 2 về tuân thủ điều trị nói chung và tuân thủ về chế độ dinh dưỡng nói riêng. Đặc biệt tập trung vào những đối tượng là người cao tuổi, người mới phát hiện bệnh. Bệnh viện cần xem xét mở thêm Phòng khám Nội tiết để giảm bớt quá tải cho Phòng khám hiện tại để cán bộ y tế có nhiều thời gian tư vấn, hướng dẫn và giải thích cho người bệnh hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2007)**, *Làm gì để phòng chống bệnh đái tháo đường và biến chứng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2011)**, Quyết định số 3280/QĐ-BYT ngày 09/09/2011 về việc ban hành tài liệu chuyên môn

- hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường type 2, Bộ Y tế, Hà Nội.
3. **Nguyễn Mạnh Dũng (2007)**, "Đánh giá nhận thức của người bệnh đái tháo đường về chế độ ăn uống và tập luyện thể lực", *Tạp chí Y học thực hành*, Số 731, tr 191 - 195.
4. **Phạm Thị Thu Hương và Nguyễn Thị Lâm (2008)**, *Hướng dẫn chế độ ăn cho người bệnh đái tháo đường theo đơn vị chuyển đổi thực phẩm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. **Trần Chiêu Phong và Lê Hoàng Ninh (2005)**, "Kiến thức, thái độ, thực hành về dự phòng biến chứng đái tháo đường của bệnh nhân đái tháo đường tại Trung tâm Y tế quận 1, Thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Số 1 (10), tr 33 - 36.
6. **American Diabetes Association (2011)**, "Standard of Medical care in diabetes - 2011", *Diabetes care*. Vol. 34 (1).
7. **Hanko B & et al. (2007)**, "Self-reported medication and lifestyle adherence in Hungarian Patients with Type 2 diabetes". Vol. 29 (2), pg. 58 -66.

TỶ LỆ CƯỜI HỞ LỢI Ở MỘT NHÓM NGƯỜI VIỆT ĐỘ TUỔI 18 - 25 TẠI HÀ NỘI NĂM 2016 -2017

Lê Long Nghĩa¹, Đỗ Quốc Hương²

TÓM TẮT

Tình trạng hở lợi khi cười là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến nụ cười. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ cười hở lợi ở một nhóm người Việt độ tuổi 18 - 25 tại Hà Nội. **Đối tượng:** nam nữ người Việt Nam dân tộc Kinh có độ tuổi từ 18-25. **Phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ cười hở lợi chiếm nhiều nhất ở nhóm tương quan xương loại II (26,4%). Tỷ lệ cười hở lợi ở nhóm chiều cao môi trên ngắn chiếm tỷ lệ cao nhất (47,1% ở nữ và 25,0% ở nam). Tỷ lệ cười hở lợi ở nhóm cung cười song song là 25,1%, cao hơn nhóm cung cười ngược và thẳng. **Kết luận:** Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại tương quan xương: Cười hở lợi gặp nhiều nhất ở nhóm tương quan xương loại II, loại III ít nhất. Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại theo chiều cao môi trên: Ở cả hai giới cười hở lợi gặp nhiều nhất nhóm môi trên ngắn. Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại cung cười: Cười hở lợi gặp nhiều nhất ở nhóm cung cười song song.

Từ khóa: cười hở lợi

SUMMARY

THE RATE OF GUMMY SMILE IN A GROUP OF VIETNAMESE PEOPLE AGED 18-25 YEARS IN HANOI FROM 2016 TO 2017

Gummy smile is one of the factors that affect the

smile. **Objective:** Determining the rate of gummy smile in a group of Vietnamese people aged 18-25 in Hanoi. **Subjective:** Vietnamese men and women of the Kinh ethnic aged from 18 to 25 years. **Method:** descriptive cross-sectional study. **Results:** The biggest proportion of gummy smile was the type II bone correlation group (26.4%). The short upper lip group accounted for the highest proportion of gummy smile (47.1% for women and 25.0% for men). The rate of gummy smile in the group of laughing in parallel was 25.1%, higher than the group of backwards and straight back laughing. **Conclusion:** Percentage of gummy smile according to bone correlation classification: most common in type II and less common in type III groups. The rate of gummy smile was biggest in the group of short upper lip according to the height of upper lip classification. The rate of gummy smile was biggest in the group laughed in parallel compared to other groups.

Keyword: gummy smile

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu nghiên cứu trên nhiều quốc gia, tình trạng cười hở lợi chiếm tỉ lệ trung bình từ 7 - 16% trong cộng đồng ở độ tuổi thanh thiếu niên. Thống kê của Peck (1992) cho thấy tỷ lệ cười hở lợi chiếm tới 10% ở nhóm dân số độ tuổi từ 20-30 tuổi và tỉ lệ gặp ở nữ nhiều hơn nam [1]; theo Mouakeh M (1996) thì tỷ lệ cười hở lợi chiếm 21% ở độ tuổi thanh thiếu niên [2]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Võ Trương Như Ngọc và Nguyễn Việt Anh (2010) trên 89 đối tượng người Việt Nam độ tuổi từ 18-25 bằng phương

¹Viện Đào tạo Răng hàm mặt, Đại học Y Hà nội

²Học viện Y học cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lê Long Nghĩa¹

Email: nghia.lelong@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2017

Ngày duyệt bài: 28.12.2017

pháp chụp ảnh[3] cho thấy có 49,44% đối tượng có đường cười cao (lộ toàn bộ thân răng và một phần lợi viền). Nghiên cứu của Lê Quang Linh và Nguyễn Mạnh Phú (2015) trên 80 đối tượng độ tuổi 20-25 cho thấy tỷ lệ cười hở lợi là 36,3% [5].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến vẻ thẩm mỹ của nụ cười, nhằm phục vụ cho việc chẩn đoán và cải thiện thẩm mỹ nụ cười. Hiện nay đã có một số tác giả trong nước nghiên cứu về cười hở lợi nhưng chủ yếu tập chung vào các phương pháp điều trị, chúng tôi thấy những nghiên cứu về tình trạng cười hở lợi và các yếu tố liên quan đến cười hở lợi ở người Việt Nam trường thành chưa rõ ràng và sâu sắc. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: *Tỷ lệ cười hở lợi ở một nhóm người Việt độ tuổi 18 - 25 tại Hà Nội năm 2016 -2017, với mục tiêu: Xác định tỷ lệ cười hở lợi ở một nhóm người Việt độ tuổi 18 - 25 tại Hà Nội*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Là nam nữ người Việt Nam dân tộc Kinh có độ tuổi từ 18 - 25 ở thành phố Hà Nội.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Là người Việt Nam dân tộc kinh có độ tuổi từ 18 - 25.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Nhóm răng trước hai hàm đầy đủ.
- Những bệnh nhân không bị các bệnh về lợi và bệnh viêm quanh răng.
- Những bệnh nhân không có tiền sử hoặc đang phẫu thuật cười hở lợi.
- Không có các tổn thương tổ chức cứng của răng trước hàm trên.
- Các răng trước hàm trên không mọc chen chúc lệch lạc.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có tiền sử phẫu thuật thẩm mỹ hàm mặt.
- Không ghi hình được nụ cười.

- Bệnh nhân dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt.
- Bệnh nhân dị ứng với iod.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm

+ *Địa điểm chụp phim:* Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Hà Nội.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi từ tháng: 10/2016 đến tháng 06/2017.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- **Cỡ mẫu:** được tính theo công thức

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

*Trong đó: n: cỡ mẫu cần nghiên cứu. $Z_{1-\alpha/2}$: độ tin cậy khi $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. $p = 0,36$ tỷ lệ cười hở lợi theo nghiên cứu của Lê Quang Linh và Nguyễn Mạnh Phú [5], vậy $1-p = 0,64$. d: độ chính xác mong muốn, chọn $d = 0,05$. Tính n bằng 354. Chúng tôi đã nghiên cứu 360 đối tượng.

Cách chọn mẫu: có chủ đích theo tiêu chuẩn chọn

Các chỉ số nghiên cứu: Chiều cao hở lợi khi cười tốt đa. Tương quan xương theo góc ANB. Cung cười. Chiều cao môi trên

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch, nhập vào máy tính và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1. Bộ nhập liệu được thiết kế với tập check để khống chế các sai số. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài được tiến hành nghiên cứu tại cơ sở có uy tín. Kết quả của nghiên cứu góp phần vào chỉ số nhân trắc của người Việt nam. Đối tượng được quyền rút khỏi nghiên cứu với bất cứ lý do nào. Các thông tin của đối tượng được chúng tôi giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại tương quan xương trên phim sọ nghiêng của các đối tượng nghiên cứu (n=360)

TQ xương	Mức độ cười		Cười không hở lợi		Tổng		p(*)
	n	%	n	%	n	%	
Loại I	46	25,4	135	74,6	181	100	0,495
Loại II	37	26,4	103	73,6	140	100	0,367
Loại III	3	7,7	36	92,3	39	100	0,012
Tổng	86	23,9	274	76,1	360	100	

Nhận xét: Qua bảng thấy tỷ lệ cười hở lợi chiếm nhiều nhất ở nhóm tương quan xương loại II 26,4%. Tỷ lệ cười hở lợi và không hở lợi ở nhóm đối tượng có tương quan xương loại III, Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt về tỷ lệ cười hở lợi và không hở lợi ở nhóm đối tượng có tương quan xương loại I và loại II ($p > 0,05$).

Bảng 2. Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại chiều cao môi trên trên ảnh chuẩn hóa ở nữ (n=197)

Chiều cao môi	Cười hở lợi		Cười không hở lợi		Tổng		p ^(*)
	N	%	n	%	n	%	
FS (môi trên ngắn)	8	47,1	9	52,9	17	100,0	0,129
FN (môi trên tb)	23	23,5	75	76,5	98	100,0	
FL (môi trên dài)	22	26,8	60	73,2	82	100,0	
Tổng	53	26,9	144	73,1	197	100,0	

(*): kiểm định χ^2 test

Nhận xét: Trong nhóm nữ giới, tỷ lệ cười hở lợi ở nhóm chiều cao môi trên ngắn chiếm tỷ lệ cao nhất (47,1%), tiếp đến là nhóm môi trên dài (26,8%) và thấp nhất ở nhóm môi trung bình (23,5%). Có sự khác biệt về chiều cao môi trên ở nữ giới giữa nhóm cười hở lợi và không cười hở lợi, Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3. Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại chiều cao môi trên trên ảnh chuẩn hóa ở nam (n=163)

Chiều cao môi	Cười hở lợi		Cười không hở lợi		Tổng		p ^(*)
	N	%	n	%	n	%	
MS (môi trên ngắn)	4	25,0	12	75,0	16	100,0	0,743
MN (môi trên tb)	14	17,1	68	82,9	82	100,0	
ML (môi trên dài)	15	23,1	50	76,9	65	100,0	
Tổng	33	20,2	130	79,8	163	100,0	

(*): kiểm định Fisher's exact test

Nhận xét: Ở nhóm nam giới, đối tượng chiều cao môi trên ngắn có tỷ lệ cười hở lợi là cao nhất (25,0%), tiếp đến là ở nhóm có môi trên dài (23,1%) và thấp nhất ở nhóm môi trung bình (17,1%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Có sự khác biệt về chiều cao môi trên ở nữ giới giữa nhóm cười hở lợi và không cười hở lợi. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 4. Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại cung cười trên ảnh nụ cười giai đoạn 3 của tất cả đối tượng nghiên cứu (n=360)

Nụ cười	Cười hở lợi		Cười không hở lợi		Tổng		p ^(*)
	n	%	n	%	n	%	
Cung song	51	25,1	152	74,9	203	100	0,684
Cung thẳng	30	23,3	99	76,7	129	100	
Cung ngược	5	17,9	23	82,1	28	100	
Tổng	86	23,9	274	76,1	360	100	

(*): kiểm định χ^2 test

Nhận xét: Tỷ lệ cười hở lợi giảm dần từ nhóm cung cười song song (25,1%), đến cung cười thẳng (23,3%) và cung cười ngược (17,9%). Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

***Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại tương quan xương:** Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại tương quan xương qua bảng 3.3 thấy tỷ lệ cười hở lợi nhiều nhất ở tương quan xương loại II 26,4%, ít nhất là ở tương quan xương loại III. Có sự khác biệt về tỷ lệ cười hở lợi và không hở lợi ở nhóm đối tượng có tương quan xương loại III. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$ nhưng lại không có sự khác biệt về tỷ lệ cười hở lợi và không hở lợi ở nhóm đối tượng có tương quan xương loại I và loại II. Như vậy là trong những trường hợp xương hàm dưới phát triển lùi ra sau góc ANB lớn răng cửa trên nghiêng về phía tiền đình, hoặc trong trường hợp xương hàm dưới nhô ra trước góc ANB nhỏ răng cửa

trên nghiêng nhẹ về phía tiền đình, răng cửa dưới nghiêng về phía lưỡi.

***Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại chiều cao môi trên:** Theo nghiên cứu của Dr. Marwwan Mouakeh (2002) khoảng cách ANS – Me tăng trong trường hợp quá phát xương hàm trên do chiều cao phía trước xương hàm trên tăng là yếu tố gây cười hở lợi, nhưng nếu ANS – Me giảm kể cả khi điều trị sẽ làm thay đổi chiều cao môi trên gây nên cười hở lợi [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong nhóm nữ giới, tỷ lệ cười hở lợi ở nhóm chiều cao môi trên ngắn chiếm tỷ lệ cao nhất (47,1%), tiếp đến là nhóm môi trên dài (26,8%) và thấp nhất ở nhóm môi trung bình (23,5%), tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Ở nhóm

nam giới, đối tượng chiều cao môi trên ngắn có tỷ lệ cười hở lợi là cao nhất (25,0%), tiếp đến là ở nhóm có môi trên dài (23,1%) và thấp nhất ở nhóm môi trung bình (17,1%), tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Vậy ta thấy cả hai giới thì tỷ lệ cười hở lợi cao nhất ở nhóm có chiều cao môi trên ngắn đồng thời có sự khác biệt về tỷ lệ cười hở lợi và không cười hở lợi giữa các nhóm chiều cao môi trên ngắn, trung bình và dài theo phân loại Fonseca RJ tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

***Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại cung cười:** Theo Sarver (2011), cung cười được định nghĩa là mối liên hệ giữa đường bờ cắn các răng trước hàm trên với đường viền trên môi dưới khi cười [7]. Xét trên mặt phẳng trán, hai đường này có thể song song, thẳng hay ngược hướng với nhau. Qua bảng 4 thấy tỷ lệ cười hở lợi cao nhất ở cung cười song song 25,1% và ít nhất ở cung cười ngược 17,9%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy (2005) cho rằng cả cung cười song song và cung cười phẳng đều được xem là thẩm mỹ [4], riêng đối với Sanjay M.Parekh (2005), cung cười song song là thẩm mỹ nhất, nghiên cứu của ông không đánh giá cao tính thẩm mỹ của dạng cung cười phẳng. Nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy cho thấy cung cười song song chiếm tỷ lệ cao nhất 65%, tiếp đến là cung cười ngược hướng 18% và thấp hơn là cung cười thẳng 17%, nghiên cứu cũng cho thấy nụ cười với cung cười thẳng và cung cười song song có tỷ lệ đánh giá đẹp ngang nhau (50,15% và 47,46%) [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cung cười song song cao nhất 56,4% giống nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy, nhưng cung cười thẳng là 35,8% và thấp nhất là là cung cười

ngược chiếm 7,8%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ cười hở lợi và không cười hở lợi ở nhóm đối tượng có cung cười song song và cung cười thẳng và cung cười ngược ($p>0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại tương quan xương: Cười hở lợi gặp nhiều nhất ở nhóm tương quan xương loại II, loại III ít nhất.

- Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại theo chiều cao môi trên: Ở cả hai giới cười hở lợi gặp nhiều nhất nhóm môi trên ngắn.

- Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại cung cười: Cười hở lợi gặp nhiều nhất ở nhóm cung cười song song.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peck, S., L. Peck, and M. Kataja. (1992). The gingival smile line. *Angle Orthod.* 62(2): p. 91-100; discussion, 101-2.
2. Mouakeh M. (2003). Diagnosis and treatment of gummy smile condition. *Al-Hokail Polyclinic Academy*. <https://www.slideshare.net/marwanmouakeh/diagnosis-and-treatment-of-gummy-smile-30724980> (Access 12 august 2017).
3. Võ Trương Như Ngọc (2014). Phân tích kết cấu đầu - mặt và thẩm mỹ khuôn mặt, *Nhà xuất bản Y học*. tr. 30-5.
4. Nguyễn Thu Thủy (2007). Về đẹp nụ cười và một số yếu tố ảnh hưởng. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 11, phụ bản số 2*, 190-198.
5. Lê Quang Linh, Nguyễn Mạnh Phú (2015). *Đánh giá tỷ lệ cười hở lợi và các yếu tố liên quan ở nhóm sinh viên răng hàm mặt độ tuổi 20-25*. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ răng hàm mặt-Đại học Y HN.
6. Fonseca, R.J. and T.A. Turvey (2009). *Oral and maxillofacial surgery: [3- volume set]. 3, 3, Saunders Elsevier*, 978-1-4160-6656-9.
7. Sarver DM (2001). The importance of incisor positioning in the esthetic smile: the smile arc. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 120(2): 98-111.

KHẢO SÁT TỈ LỆ, ĐẶC ĐIỂM HẸP ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÊN MSCT TIM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ BIẾN CHỨNG SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI

Cao Tấn Phước*, Hoàng Trung Vinh**, Phạm Quốc Toàn**

TÓM TẮT

*Bệnh viên Trưng Vương – TP HCM

**Học viện quân y

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Toàn

Email: toannephro@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 30.12.2017

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ, đặc điểm hẹp động mạch vành (ĐMV) dựa vào chụp vi tính đa lát cắt tim (MSCT) ở bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng suy thận mạn giai đoạn cuối (STMGĐC). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 73 BN đái tháo đường typ 2 có biến chứng suy thận mạn tính giai đoạn cuối do các nguyên nhân khác thuộc nhóm chứng bệnh điều trị tại Bệnh viên Trưng Vương từ tháng 03/2011 đến tháng 04/2015. Các bệnh nhân được khám lâm sàng, xét nghiệm thường quy, xét

nghiệm phospho, PTH máu; chụp vi tính 64 lát cắt tim. Tổn thương hẹp động mạch vành có ý nghĩa khi hẹp $\geq 50\%$ diện tích lòng mạch. **Kết quả:** Tỷ lệ hẹp lòng động mạch vành ý nghĩa ở nhóm bệnh (đái tháo đường) cao hơn so với nhóm chứng bệnh (79,5% so với 26,8%; $p < 0,05$). Số nhánh, số đoạn hẹp ở BN thuộc nhóm bệnh có hẹp ĐMV cao hơn so với nhóm chứng bệnh nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa (nhánh: $1,78 \pm 0,87$ so với $1,39 \pm 0,61$; đoạn: $3,00 \pm 1,95$ so với $2,33 \pm 2,00$; $p > 0,05$). Tỷ lệ BN có hẹp nhiều nhánh ĐMV ý nghĩa ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng bệnh nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa (52,5% so với 33,4%; $p > 0,05$). Tỷ lệ BN hẹp ĐMV theo vị trí các nhánh ở nhóm bệnh khác biệt chưa có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh. Tuổi ≥ 60 (tuổi), nam giới, thời gian THA ≥ 5 năm, BMI ≥ 23 , tăng phospho và tăng PTH ở nhóm bệnh liên quan không có ý nghĩa với hẹp ĐMV; thời gian suy thận mạn ≥ 2 năm là yếu tố gia tăng hẹp ĐMV ở nhóm bệnh. **Kết luận:** Hẹp động mạch vành gặp với tỷ lệ cao hơn ở BN suy thận mạn giai đoạn cuối do đái tháo đường; Số nhánh, số đoạn, vị trí nhánh hẹp ĐMV khác biệt chưa có ý nghĩa ở nhóm đái tháo đường so với nhóm chứng bệnh. Thời gian suy thận mạn ≥ 2 năm làm gia tăng có ý nghĩa hẹp ĐMV ở BN ĐTĐ có STMTGDC trong khi các yếu tố nguy cơ truyền thống khác liên quan chưa có ý nghĩa.

Từ khóa: hẹp ĐMV, bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối, MSCT

SUMMARY

STUDY OF THE RATE AND CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERY STENOSIS BY CARDIAC MSCT IN DIABETIC END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS

Objective: The survey of the rate and characteristics of the coronary arteries stenosis by using cardiac MSCT in diabetic patients who have the end-stage of the chronic kidney disease. **Subjects and methods:** cross-sectional description, comparison of 73 diabetic end-stage kidney disease patients (diabetic group) and 68 end-stage kidney disease patients causing by others (control group). All patients were clinically examined and measured serum phosphor, PTH levels. Cardiac MSCT was performed for all patients. **Result:** The rate of significant coronary arteries stenosis in diabetic group was significant higher than in control group (79.5% versus 26.8%; $p < 0.05$). Mean of stenosed branches, segments of coronary arteries in diabetic group is not significantly higher than in control group (branch: 1.78 ± 0.87 versus 1.39 ± 0.61 ; segment: 3.00 ± 1.95 versus 2.33 ± 2.00 ; $p > 0.05$). The rate of multistenosed branches in diabetic group is not significantly higher than in control group (52.5% versus 33.4%; $p > 0.05$). Age ≥ 60 years, gender, period of hypertension ≥ 5 years, BMI ≥ 23 , elevated phosphor and PTH were not association between the proportion of patients have the significant stenosed coronary arteries in diabetic group but period of renal failure ≥ 2 years was significantly effected to them (OR = 3.6, $p < 0.05$). **Conclusion:** The rate of significant stenosed coronary arteries was significant higher in diabetic end-stage kidney disease patients. Characteristics of coronary

arteries stenosis in diabetic end-stage kidney disease patients was not significantly different from end-stage kidney disease patients causing by others.

Keywords: coronary artery stenosis, diabetic, end-stage renal disease, MSCT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh nội tiết chuyển hóa gây ra biến chứng các cơ quan, mô trong cơ thể trong đó có thận và mạch vành tim. Đái tháo đường được coi là nguy cơ hàng đầu gây bệnh động mạch vành, làm gia tăng biến cố tim mạch và tỷ lệ tử vong. Biến chứng thận tiến triển nặng dần tới suy thận mạn giai đoạn cuối, rối loạn nội môi nặng nề, phối hợp của nhiều yếu tố khác nhau như: nhiễm độc, nhiễm toan, thiếu máu và rối loạn chuyển hóa canxi – phospho là nguyên nhân hình thành mảng xơ gây hẹp động mạch vành ở BN BTMGDC, làm trầm trọng thêm các rối loạn nội môi sẵn có gây ra bởi đái tháo đường, làm tiến triển tổn thương và hẹp lòng động mạch vành. Khi đó, tổn thương ĐMV gây ra bởi sự phối hợp các rối loạn của đái tháo đường và suy thận mạn tính. Tuy vậy, khảo sát lòng động mạch vành bằng cách sử dụng các thuốc cản quang bị hạn chế ở những bệnh nhân có giảm chức năng thận giai đoạn sớm bởi nguy cơ tiến triển suy thận mạn nhanh hơn sau dùng thuốc. Thời điểm BN suy thận mạn giai đoạn cuối bắt đầu phải điều trị thay thế thận là phù hợp nhất để khảo sát tổn thương hẹp lòng ĐMV, làm cơ sở tiên lượng các biến cố tim mạch ở bệnh nhân điều trị thay thế thận bằng lọc máu hay ghép thận. Chụp cắt lớp vi tính đa lát cắt tim là phương pháp không xâm nhập nhưng có độ chính xác cao trong đánh giá tổn thương hẹp động mạch vành, nhằm sàng lọc những BN có nguy cơ cao các biến cố tim mạch, can thiệp điều trị sớm cũng như tiên lượng cho bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "*Khảo sát tỷ lệ, đặc điểm hẹp động mạch vành dựa vào chụp vi tính đa lát cắt tim ở bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng suy thận mạn giai đoạn cuối*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 73 BN đái tháo đường type 2 có biến chứng suy thận mạn tính giai đoạn cuối (nhóm bệnh) và 68 BN suy thận mạn tính giai đoạn cuối do các nguyên nhân khác (nhóm chứng bệnh) điều trị tại Bệnh viện Trưng Vương từ tháng 03/2011 đến tháng 04/2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng:

***Nhóm bệnh (BN đái tháo đường biến chứng BTMGDC):**

+ Được chẩn đoán đái tháo đường type 2 theo tiêu chuẩn Liên đoàn quốc tế năm 2011.

- + Thời gian phát hiện đái tháo đường trên 5 năm
- + Mức lọc cầu thận < 15ml/phút/1,73m²
- + Chưa lọc máu chu kỳ.

***Nhóm chứng bệnh (BN BTMTGĐC không do đái tháo đường):**

- + Được chẩn đoán suy thận mạn do các nguyên nhân khác nhau không phải đái tháo đường.
- + Mức lọc cầu thận < 15ml/phút/1,73m²
- + Chưa lọc máu chu kỳ.

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu

- + Suy tim mạn tính độ 4, rối loạn nhịp tim nặng.
- + Đột quỵ não giai đoạn cấp tính.
- + Hội chứng mạch vành cấp

- + Nhiễm khuẩn toàn thân mức độ nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả, cắt ngang.

Một số tiêu chuẩn, phân loại sử dụng trong nghiên cứu

+ **Phân chia giải phẫu ĐMV:** theo phân chia của Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ, bao gồm 16 đoạn đó là các đoạn động mạch có đường kính trên 1.5mm được đánh số từ 1 đến 16.

+ **Hẹp động mạch vành ý nghĩa:** hẹp ≥ 50 % diện tích lòng động mạch

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 141)

Biến đối chỉ số	Nhóm ĐTĐ (n = 73)	Nhóm chứng bệnh (n = 68)	p
Tuổi	61,8 ± 9,8	55,3 ± 15,8	< 0,05
Nam/nữ	29/44	36/32	> 0,05
Thời gian ĐTĐ (năm)	14,5 ± 5,6	-	
Thời gian tăng huyết áp	8,4 ± 6,0	5,0 ± 4,2	< 0,05
Thời gian suy thận mạn	2,9 ± 1,7	1,7 ± 1,1	< 0,05
BMI ≥ 23	30 (41,1)	7 (10,3)	< 0,05
Thiếu máu nặng (Hb < 70g/l)	30 (41,1)	37 (54,4)	> 0,05
Giảm canxi	68 (93,1)	58 (85,3)	> 0,05
Tăng phospho	60 (82,2)	54 (79,4)	> 0,05
Tăng PTH	31 (42,5)	32 (47,1)	> 0,05
Giảm albumin máu	60 (82,2)	44 (64,7)	< 0,05
Mức lọc cầu thận (ml/p)	9,3 ± 4,5	8,8 ± 4,6	> 0,05

Bảng 3.1. cho thấy tuổi trung bình, thời gian tăng huyết áp, thời gian phát hiện tăng huyết áp, thời gian phát hiện suy thận mạn, tỉ lệ BN có dư cân béo phì, giảm albumin máu ở nhóm đái tháo đường cao hơn nhóm chứng bệnh. Tỉ lệ về giới, tỉ lệ BN thiếu máu nặng, giảm canxi, tăng phospho, tăng PTH máu, giá trị trung bình mức lọc cầu thận ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.2: So sánh tỷ lệ bệnh nhân hẹp động mạch vành có ý nghĩa

Động mạch vành	Nhóm ĐTĐ n = 73; n, (%)	Nhóm chứng bệnh n = 68; n, (%)	p
Hẹp có ý nghĩa	59 (79,5)	18 (26,8)	< 0,05

Kết quả cho thấy tỉ lệ bệnh nhân hẹp động mạch vành có ý nghĩa ở nhóm BN suy thận mạn do đái tháo đường cao hơn có ý nghĩa so nhóm suy thận do các nguyên nhân khác.

Bảng 3.3: So sánh giá trị trung bình số nhánh, số đoạn ĐMV hẹp có ý nghĩa ở những BN hẹp có ý nghĩa ĐMV (n = 77)

	Nhóm ĐTĐ (n = 59)	Nhóm chứng bệnh (n = 18)	p
Số nhánh hẹp ý nghĩa	1,78 ± 0,87	1,39 ± 0,61	> 0,05
Số đoạn hẹp ý nghĩa	3,00 ± 1,95	2,33 ± 2,00	> 0,05

Giá trị trung bình số nhánh hẹp, số đoạn hẹp ở những bệnh nhân có hẹp ĐMV ý nghĩa ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4: So sánh tỉ lệ bệnh nhân dựa vào số nhánh động mạch vành hẹp có ý nghĩa (n = 77)

	Nhóm ĐTĐ (n = 59); n, (%)	Nhóm chứng bệnh (n = 18); n, (%)	p
Hẹp 1 nhánh	28 (47,5)	12 (66,6)	> 0,05
Hẹp nhiều nhánh	31 (52,5)	6 (33,4)	

Tỉ lệ BN hẹp nhiều nhánh ở hai nhóm khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5: Tỉ lệ bệnh nhân dựa vào vị trí động mạch vành hẹp có ý nghĩa (n=77)

	Nhóm ĐTĐ (n = 59)	Nhóm chứng bệnh (n = 18)	p
Thân chung	2 (3,39)	0 (0,0)	> 0,05
Nhánh trái	49 (83,05)	13 (72,22)	

Nhánh mũ	15 (25,42)	3 (16,67)	> 0,05
Nhánh phải	25 (42,37)	8 (44,44)	> 0,05

Tỉ lệ BN hẹp có ý nghĩa ĐMV thuộc các vị trí giải phẫu ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.6: Mối liên quan hẹp động mạch vành ý nghĩa với tuổi, giới, thời gian BTM, tăng huyết áp, BMI, tăng phospho và tăng PTH máu ở nhóm bệnh (n = 73)

Yếu tố	Biến đổi	Hẹp ĐMV (n, %)		OR	p
		Có	Không		
Tuổi (năm)	≥ 60	28 (38,4)	9 (12,3)	0,5	> 0,05
	< 60	31 (42,5)	5 (6,8)		
Giới	Nam	24 (32,9)	5 (6,8)	1,2	> 0,05
	Nữ	35 (47,9)	9 (12,3)		
Thời gian STM (năm)	≥ 2	35 (32,9)	4 (5,5)	3,6	< 0,05
	< 2	24 (32,9)	10 (13,7)		
Thời gian THA (năm)	≥ 5	38 (52,1)	7 (9,6)	1,8	> 0,05
	< 5	21 (28,8)	7 (9,6)		
BMI	≥ 23	25 (34,2)	5 (6,8)	1,3	> 0,05
	< 23	34 (46,6)	9 (12,3)		
Phospho máu	Tăng	51 (69,9)	9 (12,3)	3,5	> 0,05
	Bình thường	8 (11,0)	5 (6,8)		
Tăng PTH máu	Tăng	24 (32,9)	7 (9,6)	4,5	> 0,05
	Bình thường	35 (47,9)	7 (9,6)		

Nhóm bệnh nhân tuổi ≥ 60 (năm), giới liên quan chưa có ý nghĩa với hẹp ĐMV ở BN ĐTĐ có BTMTGDC. Thời gian tăng huyết áp, dư cân béo phì, tăng phosphor và PTH máu liên quan chưa có ý nghĩa với tỉ lệ hẹp ĐMV ở bệnh nhân BTMTGDC do đái tháo đường, trong khi thời gian suy thận mạn tính là yếu tố làm gia tăng tỉ lệ hẹp ĐMV ở BN STMTGDC do đái tháo đường.

IV. BÀN LUẬN

Tiến triển của suy thận mạn tính tùy thuộc vào nguyên nhân gây suy thận, lứa tuổi phát hiện suy thận. Với những BN suy thận mạn tính do đái tháo đường xuất hiện ở lứa tuổi trung niên và tuổi già, trải qua thời gian dài diễn tiến ĐTĐ lâm sàng rồi mới tới giai đoạn biến đổi chức năng thận, thời điểm phát hiện biến đổi chức năng thận cũng sớm hơn so với suy thận do các nguyên nhân khác do BN thường xuyên phải theo dõi điều trị kiểm soát glucose máu. Bên cạnh đó, tăng huyết áp là biểu hiện hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của nhóm ĐTĐ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh (bảng 3.1). Thời gian phát hiện suy thận mạn và tăng huyết áp ở nhóm ĐTĐ cũng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh (bảng 3.1). Dư cân, béo phì là yếu tố nguy cơ đồng thời là đặc điểm thường tồn tại ở BN đái tháo đường, kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ dư cân béo phì ở nhóm ĐTĐ cao hơn so với nhóm chứng bệnh (bảng 3.1). Các đối tượng nghiên cứu dù suy thận do các nguyên nhân khác nhau nhưng cùng ở giai đoạn cuối bệnh thận mạn nên các rối loạn đặc trưng chưa cho thấy sự khác biệt. Tỉ lệ BN thiếu máu, giảm canxi máu, tăng phospho, tăng PTH và mức lọc cầu thận là tương đương nhau ở 2 nhóm (bảng 3.1).

Đái tháo đường là nguy cơ hàng đầu gây bệnh động mạch vành, là nguyên nhân gây suy tim và các biến cố tim mạch. Suy thận mạn tính với những rối loạn đặc trưng cũng làm xuất hiện các yếu tố nguy cơ không truyền thống gây tổn thương ĐMV như: canxi hóa mạch vành, nhiễm toan, thiếu máu, stress oxy hóa, tăng homocystein,... Bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng suy thận làm gia tăng nguy cơ tổn thương ĐMV, kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ hẹp ĐMV ý nghĩa ở BN ĐTĐ có biến chứng STMTGDC cao hơn so với BN STMTGDC do các nguyên nhân khác (79,5% so với 26,8%; $p < 0,05$; bảng 3.2). Nghiên cứu của Nguyễn Văn Công (2012) ở 142 BN ĐTĐ có tổn thương thận giai đoạn sớm (MAU (+)) thì tỉ lệ hẹp là 36,6%, như vậy, khi suy thận tiến triển đến giai đoạn cuối làm gia tăng gấp đôi tỉ lệ BN có hẹp ĐMV ý nghĩa. Do đó, ở BN suy thận mạn tính do ĐTĐ tiến triển tới giai đoạn cuối cần được chỉ định sàng lọc tổn thương ĐMV để dự phòng và tiên lượng các biến cố tim mạch trong quá trình điều trị thay thế thận suy.

Phân tích đặc điểm tổn thương mạch vành ở nhóm suy thận do ĐTĐ so với nhóm suy thận do các nguyên nhân khác chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa (bảng 3.3; bảng 3.4; bảng 3.5). Đặc điểm tổn thương ĐMV ở BN ĐTĐ không có suy

thận là tổn thương lan tỏa, nhiều nhánh. Kết quả nghiên cứu trên có thể lý giải là các tác động gây ra bởi rối loạn do suy thận cũng mang tính chất hệ thống, do đó tổn thương mạch vành do suy thận mạn tính cũng có đặc điểm như ở BN ĐTD chưa có suy thận mạn tính.

Phân tích mối liên quan của hẹp ĐMV với các yếu tố nguy cơ cho thấy các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành truyền thống như tuổi ≥ 60 năm, nam giới, tăng huyết áp, dư cân béo phì và không truyền thống xuất hiện ở BN suy thận như tăng phosphor, tăng PTH máu đều không cho thấy mối liên quan với nguy cơ gia tăng hẹp ĐMV ở bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng suy thận mạn tính (bảng 3.6). Rối loạn chuyển hóa gây ra bởi ĐTD và suy thận mạn tính giai đoạn cuối tác động nặng nề, làm gia tăng tỉ lệ BN có hẹp ĐMV do đó cũng làm giảm đi tác động của các yếu tố khác tới sự hình thành tiến triển tổn thương gây hẹp ĐMV ý nghĩa. Bên cạnh đó, số lượng BN trong nhóm nghiên cứu chưa nhiều, chưa làm bộc lộ rõ các yếu tố liên quan khi phân tích, cần có khảo sát với số lượng BN nhiều hơn nữa để có nhận định chắc chắn hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tổn thương hẹp ý nghĩa động mạch vành dựa vào chụp vi tính đa lát cắt tim ở 73 bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối so sánh với 68 bệnh nhân suy thận do các nguyên nhân khác cho thấy:

+ Hẹp ĐMV ý nghĩa ở nhóm đái tháo đường có tỉ lệ cao hơn so với nhóm suy thận do các nguyên nhân khác (79,5% so với 26,8%; $p < 0,05$).

+ Đặc điểm hẹp mạch vành (số nhánh, số đoạn, vị trí hẹp) ở nhóm đái tháo đường có suy thận mạn tính khác biệt chưa có ý nghĩa so với suy thận.

+ Các yếu tố nguy cơ bệnh động mạch vành (tuổi ≥ 60 năm, nam giới, tăng huyết áp, dư cân béo phì, tăng phosphor và PTH) ở bệnh nhân đái tháo đường suy thận mạn liên quan chưa có ý nghĩa với tỉ lệ hẹp động mạch vành ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Công** (2012), "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch vành, mối liên quan với microalbumin niệu và một số yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2". *Luận án Tiến sĩ Y học-chuyên ngành Nội - Nội tiết, Học viện Quân y, Hà Nội*.
2. **Joosen I.A, Schiphof F, et al** (2012), "Relation between mild to moderate chronic kidney disease and coronary artery disease determined with coronary CT angiography". *PLoS One*, 7(10), e47267
3. **Sassa S, Shimada K, et al** (2008), "Comparison of 64-slice multi-detector computed tomography coronary angiography between asymptomatic, type 2 diabetes mellitus and impaired glucose tolerance patients", *J Cardiol*, 52(2), pp 133-139.
4. **Ramos A.M, Albalade M, et al** (2008), "Hyperphosphatemia and hyperparathyroidism in incident chronic kidney disease patients". *Kidney Int Suppl* (111), S88-93.
5. **Wald R, Sarnak M.J, et al** (2008), "Disordered mineral metabolism in hemodialysis patients: an analysis of cumulative effects in the Hemodialysis (HEMO) Study". *Am J Kidney Dis*, 52(3), pp 531-540.

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG ĐỐI VỚI CÔNG VIỆC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHU VỰC 333, HUYỆN EA KAR, TỈNH ĐẮK LẮK NĂM 2017

Nguyễn Thị Hoài Thu¹, Phùng Thanh Hùng²,
Phan Văn Trọng³, Nguyễn Văn Hoàn²

TÓM TẮT

Nghiên cứu "Khảo sát sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tại bệnh viện đa khoa khu vực 333, huyện EaKar, tỉnh Đắk Lắk năm 2017" được tiến hành với mục tiêu "Mô tả sự hài lòng đối với công việc của bác sĩ và điều dưỡng tại bệnh viện" nhằm đưa ra một số giải pháp cải thiện công tác quản lý nhân lực tại

bệnh viện. Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính, tiến hành từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2017 tại bệnh viện đa khoa khu vực (BVĐKKV) 333. Đối tượng nghiên cứu định lượng là 110 bác sĩ và điều dưỡng của bệnh viện (BV); đối tượng nghiên cứu định tính là lãnh đạo BV, các trưởng khoa/phòng và các nhân viên của một số khoa đang công tác tại BV. Chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi với thang điểm Likert 5 mức độ để đánh giá sự hài lòng. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ nhân viên y tế có sự hài lòng đối với công việc chưa cao. Tỷ lệ hài lòng cao nhất với yếu tố phúc lợi (36,4%), tỷ lệ hài lòng thấp nhất với yếu tố thu nhập (20,9%). Tỷ lệ hài lòng chung với công việc của bác sĩ và điều dưỡng tại BV là 10,9%.

Từ khóa: Sự hài lòng của nhân viên, bệnh viện đa khoa 333.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y tế công cộng

³Trường Đại học Tây Nguyên.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu

Email: nguyenhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 30.12.2017

SUMMARY**SURVEY ON JOB SATISFACTION OF HEALTH WORKERS AT THE GENERAL HOSPITAL 333, EA KAR DISTRICT, DAK LAK PROVINCE IN 2017**

The study "Survey on job satisfaction of health workers at the hospital of 333, EaKar district, Daklak province in 2017" was conducted with the objective "Describe job satisfaction of medical doctors and nurses in hospital" to provide some solutions to improve human resource management in the hospital. The methodology is cross-sectional, combining quantitative and qualitative research, conducted from February to August 2017 at the hospital. The sample of qualitative research is 110 doctors and nurses of the hospital; The sample of qualitative research are the leader of the hospital, the department heads and the staff of some departments in the hospital. Questionnaire with a 5-level Likert scale was used to measure job satisfaction. Research results showed that: The proportion of health workers with job satisfaction is not high. The highest satisfaction with the welfare factor (36.4%), the lowest satisfaction with the income factor (20.9%). The overall satisfaction rate for doctors and nurses was 10.9%.

Key words: Job Satisfaction, health worker, General hospital 333.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân lực y tế là một trong sáu cấu phần chính hình thành hệ thống y tế, bao gồm cả lĩnh vực khám chữa bệnh [1]. Trong quản lý nguồn nhân lực, để thu hút và giữ được nhân lực y tế có trình độ chuyên môn giỏi, vấn đề đánh giá sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế (NVYT) là hết sức cần thiết của các cơ sở khám chữa bệnh hiện nay [2]. Sự thỏa mãn của tập thể nhân viên không chỉ giúp duy trì nhân viên làm việc tại đơn vị mà còn quyết định đến hiệu quả công việc và sự phát triển của đơn vị [3]. Khảo sát sự hài lòng của nhân viên là một trong những giải pháp tạo điều kiện cho người lao động có cơ hội bày tỏ tâm tư, nguyện vọng của bản thân trong công việc, qua đây giúp lãnh đạo đơn vị hiểu được tâm lý và mong muốn của nhân viên, từ đó phát huy tối đa năng lực và sự nhiệt tình trong công việc của họ, giúp đơn vị không ngừng hoàn thiện chính sách phát triển nguồn nhân lực. BVĐKKV 333 của huyện Ea Kar, trong 5 năm gần đây nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân ngày càng tăng nhưng tốc độ phát triển về chuyên môn của BV còn chậm, hiệu quả công việc còn khiêm tốn, chưa đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh của nhân dân trên địa bàn; nguồn nhân lực giảm theo hàng năm. Câu hỏi được đặt ra là: Mức độ hài lòng với công việc hiện tại của nhân viên y tế tại BV đến đâu? Những yếu tố nào làm ảnh hưởng đến sự hài

lòng của NVYT trong BV? Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu với mục tiêu "Mô tả sự hài lòng đối với công việc của bác sĩ và điều dưỡng tại BVĐKKV 333 huyện Ea Kar, tỉnh Đắk Lắk".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu bao gồm: Các bác sĩ và điều dưỡng, lãnh đạo BV, đại diện phòng tổ chức hành chính và phòng kế hoạch tổng hợp.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.

Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Địa điểm: BVĐKKV 333, huyện Ea Kar, tỉnh Đắk Lắk.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 02 năm 2017 đến tháng 8 năm 2017

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng: Chọn toàn bộ 110 bác sĩ và điều dưỡng hiện đang làm việc tại BVĐKKV 333, huyện Ea Kar, tỉnh Đắk Lắk.

Nghiên cứu định tính: Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn sâu: Lãnh đạo BV, Trưởng phòng Tổ chức – Hành chính; Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp; Bác sĩ/điều dưỡng một số khoa; 01 cuộc thảo luận nhóm 06 người bao gồm Phó khoa HSCC, Phó khoa Phụ sản, Trưởng khoa YHCT, Trưởng khoa Khám bệnh, Trưởng phòng KHTH, Trưởng phòng Điều dưỡng.

Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu định lượng: Để khảo sát sự hài lòng với công việc của bác sĩ và điều dưỡng, nghiên cứu tham khảo bộ công cụ đánh giá sự hài lòng của tác giả Vũ Minh Tuấn [2], điều chỉnh lại phù hợp với đặc thù BV và đánh giá độ tin cậy bộ công cụ. Bộ công cụ của nghiên cứu đo lường sự hài lòng với 35 tiểu mục của 8 nhóm yếu tố: thu nhập, chính sách chế độ, phúc lợi, điều kiện làm việc, bản chất công việc, sự ghi nhận thành tích, cơ hội học tập phát triển, quan hệ đồng nghiệp được phát vấn tới 110 bác sĩ và điều dưỡng.

Số liệu định tính: Để tìm hiểu yếu tố ảnh hưởng tới sự hài lòng của NVYT, nghiên cứu tiến hành phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm với các đối tượng có liên quan.

Xử lý số liệu: **Số liệu định lượng:** Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. **Số liệu định tính:** Gỡ băng, trích dẫn và phân tích những thông tin liên quan nhằm giải thích, làm rõ thêm kết quả định lượng.

III. KẾT QUẢ**3.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu:**

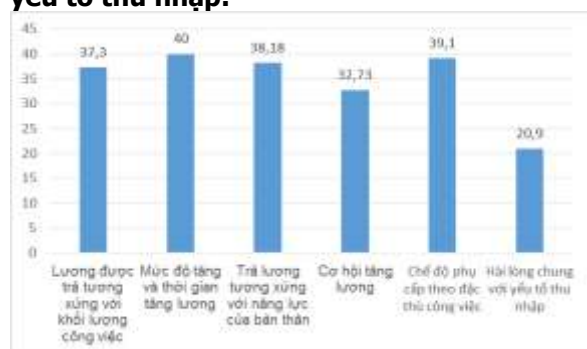
Bảng 1: Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Nội dung	n	Tỷ lệ (%)
Giới tính: Nam	31	28,18
Nữ	79	71,82
Tuổi: ≤40	75	68,18
>41	35	31,82
Trình độ: Dưới đại học	69	62,73
Đại học	22	20,00
Sau đại học	19	17,67
Thu nhập chính trong gia đình: Có	71	64,55
Không	39	35,45
Thu nhập trung bình/tháng: ≤ 3 triệu đồng	7	6,36
3 triệu – 5 triệu	58	52,73
5 triệu – 7 triệu	29	26,37
> 7 triệu	16	14,64
Thâm niên công tác: < 5 năm	20	18,13
5 < 15 năm	61	55,45
≥ 15 năm	29	26,42

Bảng 1 mô tả thông tin chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 110 bác sĩ và điều dưỡng của BV, trong đó nữ giới chiếm tỉ lệ cao nhất 72%. Lứa tuổi dưới 40 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 68%, nhìn chung độ tuổi đội ngũ NVYT của BV còn khá trẻ, hầu hết là có gia đình (80,90%), chủ yếu có thâm niên công tác từ 5-15 năm (55,45%). Trình độ dưới đại học chiếm tỉ lệ cao với 62,7%. Về thu nhập trung bình, mức thu nhập 3-5 triệu đồng/ tháng có số lượng bác sĩ và điều dưỡng chiếm tỉ lệ cao nhất 52,73%.

3.2. Sự hài lòng đối với công việc của bác sĩ, điều dưỡng tại Bệnh viện đa khoa khu vực 333.

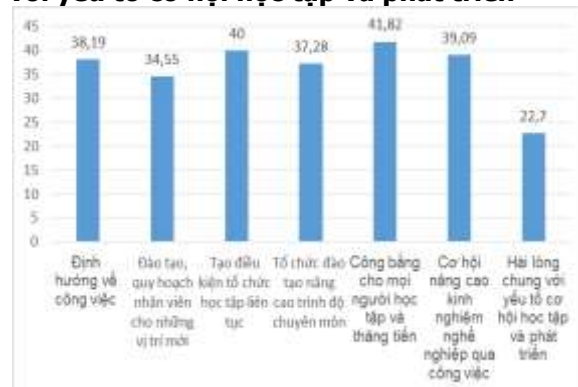
Sự hài lòng của bác sĩ, điều dưỡng với yếu tố thu nhập.

**Hình 1: Tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng hài lòng đối với yếu tố thu nhập**

Hình 1 cho thấy tỷ lệ hài lòng với yếu tố thu nhập nhìn chung còn thấp. Thấp nhất là "Cơ hội tăng lương" (32,73%). Tỷ lệ hài lòng chung với yếu tố thu nhập của NVYT là 20,9%. Kết quả thảo luận nhóm cho biết "Do mức lương, phụ

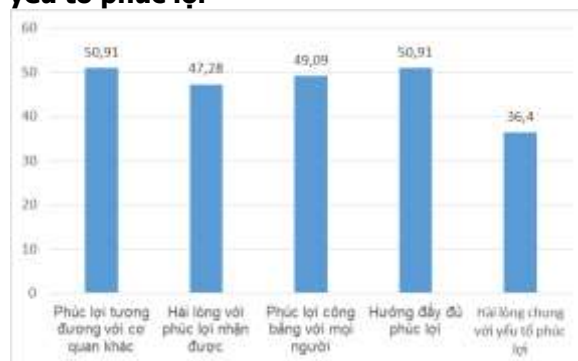
cấp thấp nên thu nhập thấp, bác sĩ mới ra trường về nhận công tác với mức lương là 4,5-5 triệu đồng/ tháng" (TLN_ Trưởng phó khoa).

Sự hài lòng của bác sĩ, điều dưỡng đối với yếu tố cơ hội học tập và phát triển

**Hình 2: Tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng hài lòng đối với yếu tố cơ hội học tập và phát triển**

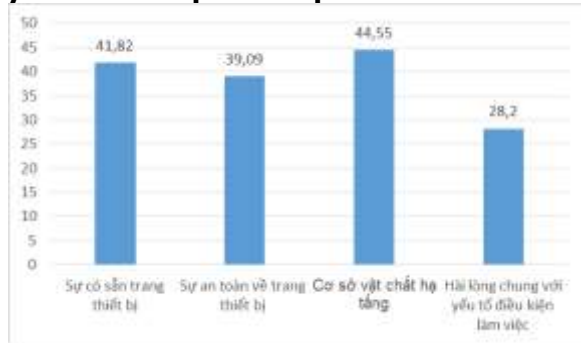
Đối với yếu tố học tập và phát triển, sự hài lòng của bác sĩ và điều dưỡng BV nhìn chung còn thấp, chỉ có 22,7%. Thấp nhất là "Đào tạo, quy hoạch nhân viên cho những vị trí mới" (34,55%). Một bác sĩ cho biết thêm "Chúng tôi rất muốn đi học để nâng cao nghiệp vụ chuyên môn, nhưng điều kiện không cho phép vì không có người làm, đi học tốn kém trong khi thu nhập đang thấp và cơ quan hỗ trợ không được nhiều" (PVS – BS1).

Sự hài lòng của bác sĩ, điều dưỡng với yếu tố phúc lợi

**Hình 3: Tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng hài lòng đối với yếu tố phúc lợi**

Tỷ lệ hài lòng chung của bác sĩ, điều dưỡng với yếu tố phúc lợi là 36,4%. Thấp nhất là "Hài lòng với phúc lợi nhận được" (47,28%). Lý do chưa hài lòng nằm ở chỗ không chỉ tiền phúc lợi còn thấp mà còn do cách phân bổ chưa hợp lý, dẫn đến sự không công bằng. Một bác sĩ trao đổi "Số tiền nhận từ quỹ phúc lợi nhưng còn thấp, cách chia cũng chưa hợp lý khi mà chỉ chia theo số năm công tác mà không chia theo năng lực cống hiến của từng người" (PVS - BS2).

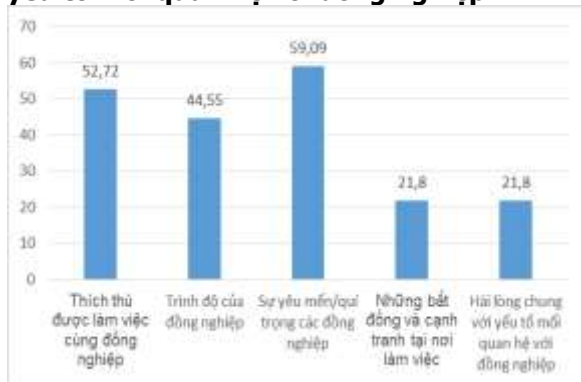
Sự hài lòng của bác sĩ, điều dưỡng với yếu tố điều kiện làm việc



Hình 4: Tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng hài lòng đối với yếu tố điều kiện làm việc

Tỷ lệ hài lòng chung với điều kiện làm việc của bác sĩ và điều dưỡng là 28,2%. Cơ sở hạ tầng trang thiết bị là tiểu mục có tỷ lệ hài lòng cao nhất 44,55%, thấp nhất là sự hài lòng với an toàn về trang thiết bị (39,9%).

Sự hài lòng của bác sĩ, điều dưỡng với yếu tố môi quan hệ với đồng nghiệp

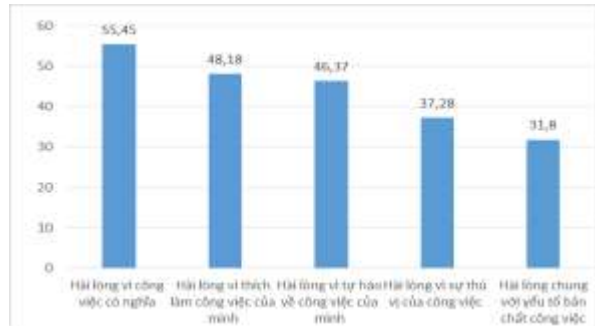


Hình 5: Tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng hài lòng đối với yếu tố môi quan hệ với đồng nghiệp

Tỷ lệ hài lòng chung của bác sĩ, điều dưỡng với yếu tố môi quan hệ đồng nghiệp là 21,8%. Trong số các tiểu mục, môi quan hệ quý mến đồng nghiệp có tỷ lệ hài lòng cao nhất (59,09%), sự hài lòng với những bất đồng. NVYT phản ánh tình trạng bất đồng giữa các loại hình nhân viên trong BV và cạnh tranh tại nơi làm việc. Một điều dưỡng cho biết "Bác sĩ không hòa đồng với điều dưỡng, có nhiều bác sĩ xem thường điều dưỡng, hay quát nạt điều dưỡng vô cớ" (PVS_ĐD3).

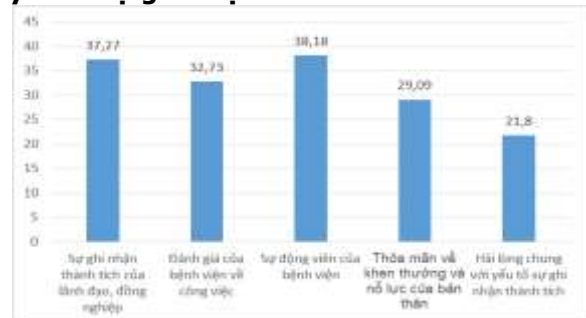
Sự hài lòng của bác sĩ, điều dưỡng với yếu tố bản chất công việc

Với yếu tố bản chất công việc, tỷ lệ hài lòng chung của bác sĩ với điều dưỡng là 31,8%. Tiểu mục có tỷ lệ hài lòng thấp nhất là "Hài lòng vì sự thú vị của công việc" (37,28%). Tỷ lệ hài lòng chung với yếu tố bản chất công việc là 31,8%.



Hình 6: Tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng hài lòng đối với yếu tố bản chất công việc

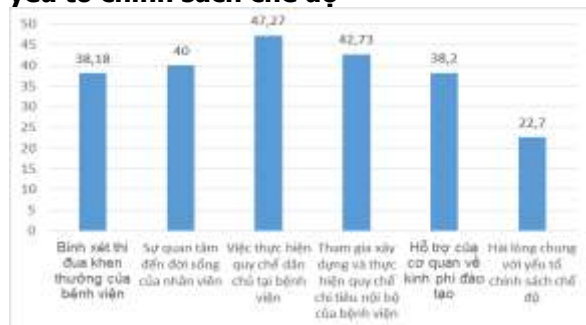
Sự hài lòng của bác sĩ, điều dưỡng với yếu tố sự ghi nhận thành tích



Hình 7: Tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng hài lòng đối với yếu tố sự ghi nhận thành tích

Yếu tố sự ghi nhận thành tích là một trong những yếu tố có tỷ lệ hài lòng thấp (21,8%). Cao nhất trong nhóm yếu tố này là hài lòng với sự động viên của BV, tỷ lệ 38,2%. Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy, thành tích làm việc của nhân viên đều được BV ghi nhận, tuy nhiên "số lượng khen thưởng theo quy định của Luật Thi đua-Khen thưởng thì ít, vì vậy NV sẽ hiểu nhầm và cho rằng lãnh đạo BV không ghi nhận" (TLN_Trường/phó khoa phòng).

Sự hài lòng của bác sĩ, điều dưỡng với yếu tố chính sách chế độ

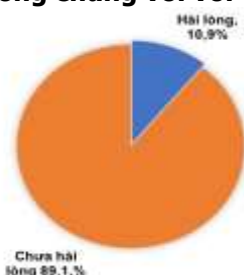


Hình 8: Tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng hài lòng đối với yếu tố chính sách chế độ

Hình 8 cho thấy tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng hài lòng đối với yếu tố chính sách chế độ còn thấp. Tiểu mục có tỷ lệ hài lòng thấp nhất là "Bình xét thi

đưa khen thưởng của BV" (38,18%). Tỷ lệ hài lòng chung với yếu tố chính sách chế độ là 22,7%.

Tỷ lệ hài lòng chung với công việc



Hình 9: Tỷ lệ nhân viên y tế hài lòng chung với công việc

Hình 9 thể hiện tỷ lệ hài lòng chung với công việc của bác sĩ và điều dưỡng BVĐKKV 333. Kết quả cho thấy hầu hết bác sĩ và điều dưỡng tại BV còn chưa hài lòng với công việc với tỷ lệ 89,1%. Chỉ có 10,9% NVYT hài lòng chung với công việc hiện tại.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm yếu tố thúc đẩy sự hài lòng của nhân viên: Bản chất công việc liên quan chặt chẽ với trình độ chuyên môn của bác sĩ. Một nhân viên được làm công việc phù hợp với trình độ chuyên môn thì chất lượng, hiệu quả công việc sẽ cao hơn, đồng thời người nhân viên cũng thường xuyên trau dồi, học tập nâng cao trình độ chuyên môn để phục vụ tốt hơn nữa công việc của mình. Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 31,8% bác sĩ và điều dưỡng hài lòng với bản chất công việc hiện tại, thấp hơn kết quả nghiên cứu của Vũ Minh Tuấn và của Nguyễn Huy Hoàn, với 43,8% và 85,7% NVYT sự hài lòng đối với công việc với bản chất công việc của mình tại cơ quan [2,4].

Mặt khác, kết quả định tính cho thấy hầu hết NVYT đều cho rằng nghề y là cứu người, chữa bệnh cho cộng đồng nên là một nghề được xã hội tôn trọng. Tuy nhiên, với nhiều sự việc liên quan đến bạo hành NVYT gần đây, và sự không tin tưởng của người dân vào chất lượng khám chữa bệnh của các cơ sở điều trị đã phần nào làm ảnh hưởng không nhỏ tới động lực làm việc và sự hài lòng với công việc của NVYT [6].

Tỷ lệ NVYT hài lòng với sự ghi nhận thành tích và khen thưởng phi vật chất là rất thấp, chỉ đạt 21,8%. Cơ chế khen thưởng bao gồm sự đánh giá, ghi nhận của cơ quan và các phần thưởng cho các cá nhân khi họ hoàn thành tốt công việc của mình hoặc có những cải tiến, sáng tạo nhằm nâng cao hiệu quả công việc, tiết kiệm chi phí cho cơ quan [5]. Tuy nhiên hiện tại, số lượng khen thưởng hạn chế theo Luật thi đua khen thưởng đang khiến cho nhiều NVYT trong đơn vị nhận định rằng đóng góp của họ chưa

được ghi nhận một cách thoả đáng. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Minh Tuấn (2015) là 44,8% [2], của Nguyễn Huy Hoàn (2012) với 56% nhân viên hài lòng với cơ chế khen thưởng tại cơ quan [4].

Học tập và phát triển sẽ giúp người nhân viên được nâng cao chuyên môn năng lực, phát huy trong công việc và đảm nhiệm những vị trí mới. Tuy nhiên, thực tế tại BV, hàng năm do số lượng nhân lực thiếu nên gặp khó khăn trong việc tổ chức đào tạo, số lượng đào nhân viên được cử đi đào tạo chưa nhiều, không được hỗ trợ kinh phí đi học. Về học tập và phát triển, có tới 77,3% bác sĩ và điều dưỡng chưa hài lòng với cơ hội đào tạo.

Nhóm yếu tố duy trì sự hài lòng của nhân viên: Thu nhập thấp, không tương xứng với áp lực công việc là một trong những lý do khiến NVYT không hài lòng. Lương và phụ cấp thấp không đáp ứng được chi tiêu sinh hoạt, một số NVYT phải tìm kiếm những công việc khác ngoài giờ. Kết quả khảo sát cho thấy tỷ lệ nhân viên hài lòng với mức thu nhập hiện tại rất thấp, chỉ có 20,9%. Kết quả này thấp hơn so với khảo sát của Vũ Minh Tuấn tại BV đa khoa Hưng Yên năm 2015 là 48,3% [2] và với kết quả của Nguyễn Huy Hoàn tại Trung tâm y tế Vĩnh Phúc (2012) là 37,1% [4].

Một số khó khăn trong điều kiện làm việc của bác sĩ và điều dưỡng tại BV bao gồm bất cập của cơ sở hạ tầng trong quá trình sử dụng. Có những khoa phòng vị trí được bố trí xa, không liên hoàn, gây khó khăn trong việc di chuyển, đặc biệt trong các trường hợp tai nạn, cấp cứu bệnh nhân. Bên cạnh đó, cơ sở vật chất hư hỏng, lạc hậu cũng khiến nhân viên không phát huy được hết năng lực trong công việc. Cũng chính vì thực trạng điều kiện làm việc như hiện tại nên điểm hài lòng về cấu phần này rất thấp. Tình trạng điều kiện làm việc chưa hợp lý cũng được ghi nhận ở nhiều cơ sở y tế tuyến huyện và tuyến xã [7]. Về điều kiện làm việc, chỉ có 28,2% NVYT được hỏi hài lòng với yếu tố điều kiện làm việc. Kết quả trên thấp hơn kết quả của Vũ Minh Tuấn với tỷ lệ bác sĩ hài lòng với điều kiện làm việc hiện tại của BV chiếm 39,7% [2].

Về quan hệ với đồng nghiệp, tỷ lệ nhân viên hài lòng đối với mối quan hệ đồng nghiệp tại BV tương đối thấp, chỉ có 21,8%. Yếu tố mối quan hệ với đồng nghiệp là một trong những yếu tố quan trọng đối với nhân viên không chỉ trong công việc mà còn trong cuộc sống. Kết quả của nghiên cứu này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Huy Hoàn (2012), trong đó tỷ lệ nhân viên sự hài lòng đối với công việc với đồng

ng nghiệp của mình là khá cao 67,4% số NVYT [4], và với kết quả của Vũ Minh Tuấn với tỉ lệ bác sĩ chưa hài lòng với mối quan hệ đồng nghiệp chiếm 45,7% [2].

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng tại BVĐKKV 333 hài lòng với công việc chưa cao. Tỷ lệ hài lòng với từng yếu tố như sau: Yếu tố phúc lợi (36,4%), Yếu tố thu nhập (20,9%). Yếu tố cơ hội học tập và phát triển (22,7%); Yếu tố điều kiện làm việc (28,2%); Yếu tố mối quan hệ với đồng nghiệp (21,8%); Yếu tố bản chất công việc (31,8%); Yếu tố sự ghi nhận thành tích (21,8%); Yếu tố chính sách chế độ (22,7%). Tỷ lệ hài lòng chung với công việc của bác sĩ và điều dưỡng là thấp 10,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2006), "The World Health Report 2006: working together for health".
2. Vũ Minh Tuấn (2015), *Sự hài lòng đối với công việc của bác sĩ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hưng Yên và một số yếu tố liên quan năm 2015*. Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (2006), "Quản lý y tế", Nhà xuất bản Y học.
4. Nguyễn Huy Hoàn (2012). *Đánh giá sự hài lòng và ảnh hưởng của một số chính sách y tế đến sự hài lòng trong công việc của nhân viên y tế dự phòng tuyến cơ sở tỉnh Vĩnh Phúc năm 2011*. Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, Trường đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. I Mathauer & I. Imhoff (2006). Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Hum Resour Health*.
6. Nguyen Thi Hoai Thu et al. (2015). Motivation or demotivation of health workers providing maternal health services in rural areas in Vietnam: findings from a mixed-methods study. *Human Resources for Health* 13:91.
7. Bộ Y Tế (2015), "Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2015 và giai đoạn 2011– 2015, một số nhiệm vụ chủ yếu năm 2016 và giai đoạn 2016– 2020".

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH VỀ LÀM MẸ AN TOÀN CỦA PHỤ NỮ ĐANG NUÔI CON DƯỚI 5 TUỔI TẠI 3 TỈNH ĐẮK LẮK, GIA LAI VÀ KON TUM

Hà Văn Thúy¹, Đặng Quốc Việt²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 10-12/2017 với 1.680 phụ nữ đang nuôi con dưới 5 tuổi tại 35 xã thuộc 7 huyện nghèo của 3 tỉnh Tây Nguyên gồm Đắk Lắk, Gia Lai và Kon Tum. Kết quả cho thấy, kiến thức của phụ nữ đang nuôi con nhỏ dưới 5 tuổi về làm mẹ an toàn (LMAT) còn rất hạn chế. Tuy đa số phụ nữ đã có kiến thức đúng về số lần và thời điểm cần khám thai, nhưng ở các nội dung khác thì còn nhiều hạn chế và rất cần được cải thiện, đó là vấn đề tiêm phòng uốn ván, các xét nghiệm cần làm khi mang thai, dinh dưỡng trong thai kỳ, các dấu hiệu nguy hiểm cho phụ nữ trước, trong và sau sinh. Thực hành LMAT của phụ nữ tại các huyện nghèo 3 tỉnh Tây Nguyên còn nhiều điều cần được cải thiện. Mặc dù, kiến thức về khám thai khá tốt nhưng tỷ lệ phụ nữ khám thai ít nhất 3 lần và khám vào 3 thời điểm khuyến cáo chưa cao (72% và 67,1%). Khoảng 79,6% phụ nữ sinh con tại các cơ sở y tế, còn lại vẫn có tới hơn 20% phụ nữ sinh con tại nhà, trên nương/rẫy.

SUMMARY

¹Bộ Y tế

²Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy

Email: hvthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 30.12.2017

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE AND PRACTICE AMONG WOMEN RAISING UNDER-5 CHILDREN IN SAFE MOTHERHOOD IN THREE PROVINCES OF DAK LAK, GIA LAI AND KON TUM

A cross-sectional descriptive study that was used to interview with 1,680 women raising under-5 children in 35 communes in 7 poor districts of 3 Central Highland provinces including Dak Lak, Gia Lai and Kon Tum was conducted from October to December 2017. Results showed that knowledge of women having under-5 children on safe motherhood (SM) was very limited. Although most women had correct knowledge about the number and time of antenatal care, other issues were limited and need to be improved, such as tetanus vaccination, necessary tests during pregnancy, nutrition during pregnancy, danger signs before, during and after birth. SM practices in poor districts in the three Central Highlands provinces should be improved more. Despite good knowledge of antenatal care, the rate of women receiving antenatal care at least 3 times and the 3 periods were not high (72% and 67.1%). Rate of women giving births at health facilities was 79.6%. Still more than 20% of women giving birth at home, in the field.

Keywords: safe motherhood, pregnancy check-up, delivery, Central Highland

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới, ước tính mỗi năm trên thế giới có khoảng 139 triệu ca sinh và ước tính có khoảng 289.000 bà mẹ chết trong quá

trình mang thai, trong khi sinh và sau sinh, hoặc cứ 2 phút trôi qua thì có một bà mẹ tử vong. Theo ước tính của Liên hợp quốc năm 2015, tỷ số tử vong mẹ tại Việt Nam đã giảm khoảng gần 3 lần kể từ năm 1990-2015. Tuy nhiên, bên cạnh những thành tựu đã đạt được, Việt Nam đã và đang phải đối mặt với sự chênh lệch giữa các vùng, miền về các chỉ số sức khỏe, đặc biệt đối với người dân tộc thiểu số vùng miền núi khó khăn. Theo điều tra của Bộ Y tế, tỷ suất tử vong mẹ ở khu vực Tây Nguyên là 108/100.000 ca sinh sống, cao gấp 1,5 lần so với vùng Đông Bắc. Làm mẹ an toàn (LMAT) là một trong những nội dung quan trọng nhất của Chiến lược Quốc gia về Chăm sóc sức khỏe sinh sản nhằm đảm bảo tất cả các phụ nữ nhận được sự chăm sóc cần thiết để khỏe mạnh và an toàn trong suốt quá trình từ khi mang thai đến khi sinh con.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả kiến thức và thực hành về làm mẹ an toàn của phụ nữ đang nuôi con dưới 5 tuổi tại 3 tỉnh Đắk Lắk, Gia Lai và Kon Tum, từ đó đề xuất các khuyến nghị nhằm nâng cao kiến thức thiết yếu, cơ bản cho phụ nữ, gia đình và cộng đồng về làm mẹ an toàn, góp phần giảm tử vong mẹ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp: Phương pháp được sử dụng trong nghiên cứu này là mô tả cắt ngang qua phỏng vấn theo bộ câu hỏi với 1.680 phụ nữ đang nuôi con dưới 5 tuổi tại 7

huyện nghèo của 3 tỉnh Tây Nguyên là Đắk Lắk, Gia Lai và Kon Tum. Mỗi huyện chọn ngẫu nhiên 5 xã, mỗi xã chọn ngẫu nhiên 3 thôn, mỗi thôn điều tra 16 phụ nữ.

Từ danh sách các hộ gia đình của thôn, chọn ngẫu nhiên hộ đầu tiên. Đến hộ gia đình, điều tra viên sẽ sàng lọc xem nếu hộ có phụ nữ từ 15-49 tuổi đang nuôi con dưới 5 tuổi, có đủ năng lực trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu thì sẽ tiến hành phỏng vấn. Các hộ tiếp theo được lấy theo phương pháp cổng liên cổng cho đến khi đủ cỡ mẫu cho mỗi thôn thì dừng lại. Các thôn được chọn không đủ 16 phụ nữ từ 15-49 tuổi đang nuôi con dưới 5 tuổi, thì được chọn sang thôn kế tiếp.

Thời gian phỏng vấn tại thực địa từ tháng 10 đến tháng 12/2017.

2.2. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được nhập vào máy tính với chương trình Epi Data 3.1 và được phân tích bằng chương trình SPSS 17.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức về LMAT: Để đánh giá kiến thức về LMAT, tất cả phụ nữ được chọn tham gia phỏng vấn đã được hỏi về các vấn đề liên quan đến chăm sóc sức khỏe trước, trong và sau sinh. Cụ thể là vấn đề khám thai, tiêm phòng uốn ván, chế độ dinh dưỡng, làm việc và nghỉ ngơi khi mang thai, các dấu hiệu nguy hiểm cho phụ nữ trước trong và sau sinh.

Bảng 1. Tỷ lệ phụ nữ có kiến thức đúng về chăm sóc thai

Kiến thức	Đắk Lắk	Gia Lai	Kon Tum	Tổng
Biết được khám thai 3 lần trở lên	630	348	364	1.342
Biết khám thai vào 3 thời điểm	605	322	303	1.230
Biết tiêm phòng đủ 2 mũi vắc xin uốn ván trong lần mang thai đầu tiên	465	313	266	1.044
Thử protein nước tiểu	33	3	18	54
Xét nghiệm HIV	56	10	4	70
Xét nghiệm viêm gan	29	10	1	40
Xét nghiệm máu	483	183	92	758
Xét nghiệm nước tiểu	264	33	56	353
Tổng	720	480	480	1.680

Tổng số 1.680 phụ nữ đang nuôi con dưới 5 tuổi được phỏng vấn. Đa số đối tượng phỏng vấn đều đã biết cần khám thai ít nhất 3 lần trong thai kỳ (79,9%) và biết đúng những thời điểm cần khám thai (73,2%). Tuy nhiên, chỉ có khoảng 2/3 số phụ nữ biết rằng cần tiêm phòng 2 mũi vắc xin uốn ván trong lần mang thai đầu tiên (62,1%), chưa đến 1/2 số phụ nữ biết rằng khi mang thai cần phải làm xét nghiệm máu (45,1%) và chỉ 21% phụ nữ biết rằng khi mang thai cần xét nghiệm nước tiểu. Rất ít phụ nữ kể được tên một số xét nghiệm cơ bản như xét nghiệm HIV, viêm gan B hay xét nghiệm protein niệu (lần lượt là 4,2%; 2,1% và 3,2%).

Bảng 2. Tỷ lệ phụ nữ biết dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai

Thông tin	Đắk Lắk	Gia Lai	Kon Tum	Tổng
Đau bụng	383	200	204	787
Phù chân, tay, toàn thân	56	26	43	125
Sốt cao	48	25	50	123

Thai đập yếu hoặc không đập	21	2,9	10	2,1	21	4,4	52	3,1
Không thấy bụng to dần lên	11	1,5	4	0,8	5	1,0	20	1,2
Chảy máu dịch ối khi chưa đến ngày sinh	220	30,6	91	19,0	104	21,7	415	24,7
Nôn nhiều hơn bình thường, đau đầu, hoa mắt, chóng mặt	35	4,9	29	6,0	37	7,7	101	6,0
Khác	25	3,5	12	2,5	13	2,7	50	3,0
Không biết	232	32,2	218	45,4	206	42,9	656	39,0
Tổng	720		480		480		1.680	

Nhận biết về các dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ mang thai là điều hết sức cần thiết giúp phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ để can thiệp kịp thời. Tuy nhiên, kiến thức của phụ nữ về các dấu hiệu nguy hiểm cho phụ nữ trong thời kỳ mang thai còn rất hạn chế. Có tới 39% phụ nữ được phỏng vấn không biết bất cứ dấu hiệu nguy hiểm nào khi mang thai, cao nhất ở Gia Lai (45,4%). Hai dấu hiệu được biết đến nhiều nhất là đau bụng và chảy máu khi chưa đến ngày sinh (lần lượt là 46,8% và 24,7%). Các dấu hiệu nguy hiểm khác như phù chân, tay, toàn thân, sốt cao, thai đập yếu... chỉ được một số ít phụ nữ đề cập đến (dao động dưới 8%).

Bảng 3. Tỷ lệ phụ nữ biết dấu hiệu nguy hiểm trong chuyển dạ

Thông tin	Đắk Lắk		Gia Lai		Kon Tum		Tổng	
Đau bụng dữ dội	237	32,9	159	33,1	149	31,0	545	32,4
Chảy nhiều máu	147	20,4	84	17,5	103	21,5	334	19,9
Sốt	20	2,8	10	2,1	25	5,2	55	3,3
Co giật	28	3,9	12	2,5	28	5,8	68	4,0
Vỡ ối sớm trước khi đẻ	85	11,8	20	4,2	24	5,0	129	7,7
Khác	13	1,8	6	1,3	8	1,7	27	1,6
Không biết	359	49,9	262	54,6	269	56,0	890	53,0
Tổng	720		480		480		1.680	

Tương tự, kiến thức của phụ nữ về các dấu hiệu nguy hiểm trong chuyển dạ cũng rất yếu và thiếu. Có tới 53% phụ nữ được hỏi không biết bất cứ dấu hiệu nguy hiểm nào, cao nhất ở Kon Tum (56%). Hai dấu hiệu được biết đến nhiều nhất là đau bụng dữ dội và chảy nhiều máu cũng chỉ được 32,4% và 19,9% phụ nữ nhắc tới. Rất ít phụ nữ biết đến các dấu hiệu sốt, co giật, vỡ ối sớm trước khi đẻ (dao động dưới 10%).

Bảng 4. Tỷ lệ phụ nữ biết những dấu hiệu nguy hiểm sau sinh

Thông tin	Đắk Lắk		Gia Lai		Kon Tum		Tổng	
Chảy máu nhiều và tăng lên	328	45,6	184	38,3	166	34,6	678	40,4
Hôn mê hoặc/và co giật	44	6,1	10	2,1	26	5,4	80	4,8
Sốt cao kéo dài (≥ 39 độ C và ≥ 7 ngày)	61	8,5	31	6,5	56	11,7	148	8,8
Đau bụng dữ dội, kéo dài và tăng lên	71	9,9	38	7,9	31	6,5	140	8,3
Ra dịch âm đạo có mùi hôi	19	2,6	9	1,9	13	2,7	41	2,4
Khác	18	2,5	8	1,7	8	1,7	34	2,0
Không biết	304	42,2	249	51,9	273	56,9	826	49,2

Đối với các dấu hiệu nguy hiểm sau sinh, phần lớn phụ nữ chỉ biết đến dấu hiệu chảy máu nhiều và tăng lên với khoảng trên 40%. Các dấu hiệu nguy hiểm khác như hôn mê co giật, sốt cao kéo dài, đau bụng kéo dài, sản dịch có mùi hôi chỉ được ít người biết đến (lần lượt là 4,8%; 8,8%; 8,3% và 2,4%). Có tới gần 50% phụ nữ

không kể được bất cứ dấu hiệu nguy hiểm nào, trong đó cao nhất ở Kon Tum (56,9%).

3.2. Thực hành về LMAT: Để đánh giá thực hành LMAT của cộng đồng, đối tượng phỏng vấn sẽ được hỏi về hành vi khám thai, tiêm phòng uốn ván, uống viên đa vi chất, chế độ dinh dưỡng, việc xử trí các dấu hiệu bất thường xảy ra trong thời kỳ mang thai, nơi sinh con và người đỡ đẻ.

Bảng 5. Tỷ lệ phụ nữ thực hành về chăm sóc thai, tiêm phòng uốn ván và uống viên đa vi chất trong thời gian mang thai

Thực hành	Đắk Lắk		Gia Lai		Kon Tum		Tổng	
Được khám thai 3 lần trở lên	603	83,8	329	68,5	277	57,7	1.209	72,0
Khám thai vào 3 thời điểm theo khuyến cáo	580	80,6	309	64,4	238	49,6	1.127	67,1
Tiêm phòng đủ 2 mũi vắc xin uốn ván trong lần mang thai đầu tiên	594	82,5	362	75,4	309	64,4	1.265	75,3
Có uống viên sắt trước sinh	589	81,8	336	70,0	334	69,6	1.259	74,9

Nhìn chung, tỷ lệ phụ nữ thực hành đúng về số lần khám thai và các thời điểm khám thai chưa thực sự cao (72% và 67,1%). Tỷ lệ có tiêm phòng uốn ván đủ mũi và có uống viên đa vi chất trong thời kỳ mang thai đạt khoảng 75%.

Bảng 6. Tỷ lệ phụ nữ xử trí những dấu hiệu bất thường trong thời gian mang thai

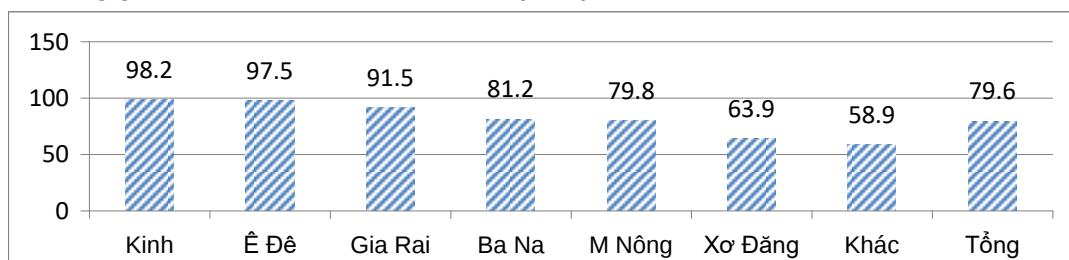
Thông tin	Đắk Lắk		Gia Lai		Kon Tum		Tổng	
Bệnh viện (công, tư)	107	65,6	70	56,9	35	26,5	212	50,7
PKĐK khu vực	0	0,0	0	0,0	1	0,8	1	0,2
Trạm y tế	13	8,0	18	14,6	64	48,5	95	22,7
Phòng khám tư nhân	24	14,7	21	17,1	7	5,3	52	12,4
Thầy lang	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Y tế thôn bản/cô đỡ thôn bản	0	0,0	0	0,0	2	1,5	2	0,5
Tự điều trị	6	3,7	0	0,0	2	1,5	8	1,9
Không điều trị gì	12	7,4	14	11,4	21	15,9	47	11,2
Tổng	163		123		132		418	

Trong 1.680 phụ nữ đang nuôi con nhỏ dưới 5 tuổi, có 418 phụ nữ (24,9%) báo cáo có gặp ít nhất 1 dấu hiệu bất thường trong thời gian mang thai con nhỏ nhất. Khi đó, 86,8% đã chọn đến cơ sở y tế để được điều trị, trong đó cao nhất là các bệnh viện công, tư và các trạm y tế (50,7% và 22,7%). Đáng chú ý là số tự điều trị và không điều trị gì vẫn chiếm một tỷ lệ không nhỏ (13,2%), lý do chủ yếu là chưa cảm thấy bệnh nặng đến mức phải đến cơ sở y tế (65,6%).

Bảng 7. Tỷ lệ phụ nữ sinh con nhỏ nhất theo người đỡ đẻ

Thông tin	Đắk Lắk		Gia Lai		Kon Tum		Tổng	
Cán bộ y tế có chuyên môn sản	667	92,6	430	89,6	236	49,2	1.333	79,3
Cán bộ y tế không có chuyên môn sản	1	0,1	2	0,4	3	0,6	6	0,4
Y tế thôn bản	0	0,0	1	0,2	10	2,1	11	0,7
Cô đỡ thôn bản	6	0,8	5	1,0	34	7,1	45	2,7
Bà mụ vườn	19	2,6	11	2,3	16	3,3	46	2,7
Người trong gia đình	17	2,4	30	6,3	173	36,0	220	13,1
Khác	10	1,4	1	0,2	3	0,6	14	0,8
Không có ai	0	0,0	0	0,0	5	1,0	5	0,3
Tổng	720		480		480		1.680	

Khoảng gần 80% phụ nữ sinh con được cán bộ y tế có chuyên môn sản đỡ, trong đó cao nhất ở Đắk Lắk (92,6%) và thấp nhất ở Kon Tum (49,2%). Chỉ có khoảng 3,4% phụ nữ sinh con được y tế thôn bản và cô đỡ thôn bản hỗ trợ. Như vậy, vẫn còn khoảng hơn 17% phụ nữ sinh con không có sự hỗ trợ của cán bộ y tế, đặc biệt, có tới 13% phụ nữ cho biết người đỡ đẻ trong lần sinh con gần nhất là người trong gia đình đỡ, cao nhất ở Kon Tum (36%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phụ nữ sinh con tại cơ sở y tế theo dân tộc

Kết quả trong biểu đồ trên cho thấy, khoảng 79,6% phụ nữ sinh con tại các cơ sở y tế, còn lại vẫn có tới hơn 20% phụ nữ sinh con tại nhà, trên nương/rẫy. Tỷ lệ sinh con tại CSYT rất cao ở phụ nữ dân tộc Kinh, Ê Đê, Gia Rai (91,5% - 98,2%) và thấp hơn ở nhóm dân tộc Xơ Đăng, M Nùng và nhóm dân tộc khác (58,9% - 63,9%). Lý do chính dẫn đến việc sinh con tại nhà là do phong tục tập quán. Tình trạng sinh con tại nhà rất phổ biến ở Kon Tum và chủ yếu là người Xơ Đăng và các dân tộc khác. Điều này

cho thấy cần tăng cường hoạt động truyền thông cho người dân thuộc các nhóm dân tộc này về sinh con tại cơ sở y tế.

IV. KẾT LUẬN

4.1. Kết luận: Kiến thức của phụ nữ đang nuôi con nhỏ dưới 5 tuổi về LMAT còn rất hạn chế. Tuy đa số phụ nữ đã có kiến thức đúng về số lần và thời điểm cần khám thai, nhưng ở các nội dung khác thì còn nhiều hạn chế và rất cần được cải thiện, đó là vấn đề tiêm phòng uốn ván, các xét

nghiệm cần làm khi mang thai, các dấu hiệu nguy hiểm cho phụ nữ trước, trong và sau sinh.

Thực hành LMAT của phụ nữ tại các huyện nghèo 3 tỉnh Tây Nguyên còn nhiều điều cần được cải thiện. Mặc dù kiến thức về khám thai khá tốt nhưng tỷ lệ phụ nữ khám thai ít nhất 3 lần và khám vào 3 thời điểm khuyến cáo chưa cao (72% và 67,1%). Khoảng 79,6% phụ nữ sinh con tại các cơ sở y tế, còn lại vẫn có tới hơn 20% phụ nữ sinh con tại nhà hoặc trên nương/rẫy. Tỷ lệ sinh con tại CSYT rất cao ở phụ nữ dân tộc Kinh, Ê Đê, Gia Rai (91,5% - 98,2%) và thấp hơn ở nhóm dân tộc Xơ Đăng, Mơ Nông và nhóm dân tộc khác (58,9% - 63,9%). Lý do chính dẫn đến việc sinh con tại nhà là do phong tục tập quán.

4.2. Khuyến nghị: Cần tăng cường công tác truyền thông về làm mẹ an toàn cho các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và cộng đồng về tất cả các nội dung chăm sóc trước sinh, trong sinh và sau sinh. Các nội dung ưu tiên là:

- Tầm quan trọng của việc khám thai đủ 3 lần trong một thai kỳ.
- Tiêm phòng uốn ván.
- Các dấu hiệu nguy hiểm trước, trong và sau sinh.

- Chọn nơi sinh con và người đỡ đẻ an toàn.
- Nguy cơ xảy ra tai biến cho sản phụ và thai nhi khi sinh con tại nhà mà không có cán bộ chuyên môn hỗ trợ.

- Trách nhiệm của cộng đồng và gia đình trong việc hỗ trợ sản phụ tiếp cận dịch vụ LMAT khi sinh.

Liên quan đến nội dung chọn nơi sinh con và người đỡ đẻ an toàn, tập trung vào các dân tộc có tỷ lệ sinh con tại nhà cao là Xơ Đăng, đặc biệt ở tỉnh Kon Tum.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (11/2009).** Báo cáo kết quả nghiên cứu thực trạng tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 14 tỉnh tham gia chương trình. Chương trình Giảm tử vong mẹ và Tử vong sơ sinh.
2. **Bộ Y tế (2015).** Báo cáo thực trạng tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 7 tỉnh miền núi phía Bắc.
3. **The Lancet (June 2014).** Midwifery An Executive Summary for The Lancet's Series, page 3
4. **WHO (2014),** World Health Statistics 2014, page 3
5. **WHO, UNICEF, UNFPA.** Global Health Observatory (GHO) data. Maternal mortality country profiles. Maternal mortality in 1990-2015 in Vietnam. The World Bank, and United Nations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter - Agency Group.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG KINH DOANH CỦA MỘT SỐ DOANH NGHIỆP DƯỢC TẠI VIỆT NAM: NGHIÊN CỨU TRƯỜNG HỢP TẠI CÔNG TY TNHH MỘT THÀNH VIÊN DƯỢC PHẨM BALI, GIAI ĐOẠN 2013 - 2016

Nguyễn Nhật Hải¹, Nguyễn Thị Song Hà², Nguyễn Đức Vân³

TÓM TẮT²⁸

Mục tiêu. Bài báo này được thực hiện nhằm mục tiêu phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến doanh thu của công ty dược phẩm Bali trong giai đoạn 2013 đến 2016. **Phương pháp nghiên cứu.** Tiến hành thu thập số liệu về kết quả hoạt động kinh doanh của công ty từ hệ thống số liệu tài chính-kế toán sử dụng phiếu trích xuất số liệu được thiết kế sẵn. Tiến hành thu thập số liệu định tính thông qua phỏng vấn sâu với nhiều nhóm đối tượng khác nhau. **Kết quả và bàn luận.** Các yếu tố ảnh hưởng được đưa vào phân tích bao gồm các nhóm yếu tố thuộc về môi trường nội bộ, các nhóm yếu tố thuộc về môi trường ngành và các

nhóm yếu tố thuộc về môi trường vĩ mô. **Kết luận.** Các thông tin này đóng vai trò quan trọng giúp công ty Bali có thể khắc phục được các ảnh hưởng bất lợi và tận dụng các yếu tố thuận lợi nhằm tăng cường hiệu quả hoạt động kinh doanh của công ty trong giai đoạn tới.

Từ khóa: kết quả hoạt động kinh doanh, doanh thu, các yếu tố ảnh hưởng

SUMMARY

ANALYSIS OF THE INFLUENCE FACTORS AFFECTING THE BUSINESS PERFORMANCE OF SMALL AND MEDIUM SIZE PHARMACEUTICAL ENTERPRISE IN VIETNAM: A CASE STUDY OF BALI PHARMACEUTICAL COMPANY LTD, IN THE PERIOD 2013 - 2016

Objective. This paper aims to analyze the influence factors affecting the business performance of Bali pharmaceutical company in the 2013-2016 period. **Method.** Collect quantitative data on business results of company from financial records using pre-designed data collection forms. Collect qualitative data using indepth interviews with diferent key informants.

¹Công ty TNHH Dược phẩm 1 IP

²Trường Đại học Dược Hà Nội

³Văn Phòng Chính phủ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nhật Hải

Email: haaiduocpham@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2017

Ngày duyệt bài: 25.12.2017

Results and discussion. The influence factors affecting the business performance of Bali pharmaceutical company were categorized into 3 main groups, namely company-level factors, sector-level factors and macro level factors. **Conclusion.** This study provides important information in order to support Bali pharmaceutical company

Keywords: business performance, revenue, influence factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công ty TNHH một thành viên dược phẩm Bali (gọi tắt là Công ty dược phẩm Bali) được xây dựng từ năm 2011 và chính thức đi vào hoạt động từ tháng 4 năm 2012 công ty hiện có trụ sở và địa bàn hoạt động chính tại tỉnh Bắc Giang. Với lĩnh vực kinh doanh đăng ký bao gồm: (1) bán buôn dược phẩm (tân dược, đông dược) nguyên liệu, hóa chất, phụ liệu để sản xuất thuốc phòng và chữa bệnh dược phẩm và dụng cụ y tế; (2) sản xuất các mặt hàng: thuốc, nguyên liệu làm thuốc, sản phẩm chăm sóc sức khỏe; và (3) xuất nhập khẩu các mặt hàng công ty kinh doanh. Mặc dù mới thành lập trong 5 năm trở lại đây, công ty luôn nỗ lực phát triển và mở rộng với sứ mạng giúp cho tất cả mọi người dân trên địa bàn tỉnh Bắc Giang nói riêng và cả nước nói chung được tiếp cận với dược phẩm và thiết bị y tế có chất lượng với mức chi phí hợp lý mà không gặp phải bất kì rào cản nào; đồng thời góp phần đẩy mạnh sự phát triển của công nghiệp dược trong nước.

Để có thể hoàn thiện được sứ mạng nói trên, trong giai đoạn từ năm 2011 đến năm 2021, công ty dược phẩm Bali chú trọng vào hoạt động phân phối thuốc trên địa bàn tỉnh Bắc Giang và dần mở rộng ra các địa bàn khác. Hiệu quả của hoạt động giai đoạn này đóng vai trò rất quan trọng trong việc giúp công ty tiếp tục thực hiện các nhiệm vụ trong các giai đoạn tiếp theo, đặc biệt là các nhiệm vụ liên quan đến sản xuất thuốc góp phần đẩy mạnh công nghiệp dược trong nước cũng như giúp cho tất cả mọi người dân được tiếp cận với thuốc cơ bản, có chất lượng. Bên cạnh đó, việc phân tích và tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả hoạt động kinh doanh của giai đoạn này đóng vai trò rất quan trọng để công ty có thể khắc phục được các ảnh hưởng bất lợi và tận dụng các yếu tố thuận lợi nhằm tăng cường hiệu quả hoạt động kinh doanh của công ty. *Vì lý do đó, bài báo này tập trung trình bày một số yếu tố ảnh hưởng đến doanh thu của công ty dược phẩm Bali giai đoạn 2013-2016 dựa trên số liệu định tính kết hợp định lượng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Cấu phần định lượng

Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ số liệu về kết quả hoạt động kinh doanh của công ty dược phẩm Bali trong giai đoạn 2013-2016; Rà soát toàn bộ số liệu về các mặt hàng kinh doanh theo các hóa đơn mua vào và hóa đơn bán ra theo quý từ quý 1 năm 2013 đến quý 4 năm 2016.

Biến số nghiên cứu: Các nhóm biến số chính gồm nhóm biến số về sản phẩm kinh doanh (xuất xứ, nhóm khách hàng; phân loại sản phẩm theo mã ATC, doanh số bán hàng, giá vốn) và nhóm biến số về yếu tố ảnh hưởng (CPI, lãi suất, chỉ số cước kho bãi, vận chuyển, dân số, tỷ suất tử vong...)

Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng mẫu trích xuất số liệu được thiết kế sẵn trên định dạng excel để thu thập số liệu từ phần mềm kế toán của Công ty dược phẩm Bali; các số liệu về CPI theo quý; lãi suất theo quý được thu thập từ Tổng cục thống kê và Ngân hàng nhà nước Việt Nam.

Nhập liệu, làm sạch và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và làm sạch bằng phần mềm Excel 2010. Sau đó định dạng và đưa vào quản lý và phân tích bằng phần mềm Stata 13. Tiến hành gán mã ATC, mã quốc gia xuất xứ cho các mặt hàng kinh doanh của công ty dược phẩm Bali. Tiến hành mô tả sử dụng tổng tốc độ tăng (giảm) và tốc độ tăng (giảm) trung bình năm đối với biến số chuỗi thời gian cơ bản là doanh thu. Tiến hành phân tích suy luận đơn biến sử dụng mô hình xu hướng tuyến tính để đánh giá xu hướng của các chuỗi số theo thời gian. Đánh giá các biến số chuỗi thời gian và áp dụng các mô hình đa biến phù hợp.

2.2. Cấu phần định tính

Đối tượng nghiên cứu: Tiến hành chọn mẫu có chủ đích 06 đối tượng thuộc nhóm Lãnh đạo và đại diện các bộ phận của công ty dược phẩm Bali; 08 đối tượng là đại diện các nhóm khách hàng của công ty dược phẩm Bali; 02 đối tượng thuộc nhóm chuyên gia

Chủ đề nghiên cứu định tính: bao gồm đánh giá/lý giải các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả hoạt động kinh doanh của công ty dược phẩm Bali theo các nhóm yếu tố môi trường nội bộ, môi trường ngành và môi trường vĩ mô.

Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn sâu sử dụng Hướng dẫn phỏng vấn sâu

Nhập liệu, làm sạch và phân tích số liệu: Tiến hành gõ bằng thu các cuộc phỏng vấn sâu, tổng hợp các thông tin đã ghi chép. Các thông

tin được mã hóa, dán nhãn và làm sạch. Các thông tin sau khi được mã hóa được phân tích theo chủ đề.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Ảnh hưởng của các yếu tố môi trường nội bộ: Kết quả phân tích định lượng cho thấy giá vốn tăng lên 1% thì tổng doanh thu

tăng lên nhưng mức tăng thấp hơn mức tăng của giá vốn, cụ thể là 0,947% ($p=0,03$). Tương tự, khi tổng chi phí tăng lên 1% thì tổng doanh thu tăng 0,926% ($p<0,001$). Chỉ duy nhất có tỷ trọng KH là nhóm nhà thuốc bệnh viện tăng lên 1% thì tổng doanh thu lại giảm đi và mức giảm -4,58% (Xem chi tiết Bảng 1)

Bảng 1. Phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến giữa tổng doanh thu hàng năm (đã được biến đổi hàm logarit) và các biến số độc lập là các yếu tố môi trường nội bộ

	Hệ số góc a	95% KTC	p	Giá trị R ²
L.Giá vốn	0,947	0,716; 1,180	0,003	0,990
L.Chi phí bán hàng	0,697	-0,360; 1,753	0,105	0,701
L.Chi phí nhân viên	0,567	-0,423; 1,558	0,133	0,628
L.Chi phí quản lý	0,0095	-0,674; 0,693	0,958	0,002
L.Tổng chi phí	0,926	0,848; 1,002	0,000	0,999
Tỷ trọng bán hàng cho nhóm KH1	2,832	-11,249; 16,913	0,478	0,272
Tỷ trọng bán hàng cho nhóm KH2	5,841	-6,719; 18,400	0,183	0,500
Tỷ trọng bán hàng cho nhóm KH3	-4,581	-7,022; -2,139	0,015	0,953
Tỷ trọng bán hàng cho nhóm KH4	2,857	-32,022; 37,736	0,758	0,059
Tỷ trọng bán hàng cho nhóm KH5	-9,744	-71,877; 52,388	0,569	0,186
Tỷ trọng sản phẩm xuất xứ từ quốc gia nhóm 1	-2,488	-19,059; 14,083	0,585	0,173
Tỷ trọng sản phẩm xuất xứ từ quốc gia nhóm 2	0,808	-7,806; 9,424	0,725	0,076
Tỷ trọng sản phẩm trong nước	-0,540	-14,913; 13,823	0,886	0,013

KH1: nhóm doanh nghiệp dược; KH2: cơ sở KCB công lập; KH3: Nhà thuốc bệnh viện; KH4: cơ sở bán lẻ khác; KH5: Khách hàng khác. L- lấy logarit của biến số chuỗi thời gian

Yếu tố tài chính: Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy yếu tố tài chính ảnh hưởng đặc biệt quan trọng đến doanh thu và lợi nhuận trên doanh thu của công ty Bali. Kết quả phỏng vấn sâu cũng chỉ ra một số thuận lợi và khó khăn đối với hoạt động duy trì và không ngừng tăng cường nguồn vốn cho công ty bao gồm các vấn đề liên quan đến lãi suất, các vấn đề liên quan đến huy động đầu tư, vay vốn cho công ty. Qua đây có thể thấy được ảnh hưởng đan xen nhiều chiều của các nhóm yếu tố khác nhau đến kết quả hoạt động kinh doanh của công ty Bali.

"Vốn, tài chính của công ty đóng vai trò chủ đạo vì việc nhập khẩu yếu cầu nguồn vốn rất lớn, bên cạnh đó là khả năng công ty thương thuyết, làm việc và quan hệ với các đối tác nước ngoài. Dự kiến trong vòng 3-5 năm tới, vốn của công ty sẽ lên tới 100 tỷ/năm để có thể đáp ứng được các hoạt động kinh doanh khác nhau của công ty" – PVS-LĐCT1. "đối với các công ty có quy mô vừa và nhỏ, việc huy động nguồn vốn có ảnh hưởng sống còn đến toàn bộ hoạt động kinh doanh của công ty" – PVS-CG1

Yếu tố nhân lực: Yếu tố nguồn nhân lực được các đối tượng tham gia trả lời PVS nhấn mạnh là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả hoạt động kinh doanh của công ty. Kết quả PVS lãnh đạo công ty cũng nhấn mạnh vấn đề

tuyển dụng và duy trì nguồn nhân lực đủ số lượng và chất lượng thông qua nhiều hoạt động đào tạo và nâng cao năng lực khác nhau.

Yếu tố quản lý: Vai trò của các mô hình quản trị doanh nghiệp được đề cập đến rất nhiều trong việc xem xét ảnh hưởng đến kết quả hoạt động kinh doanh của công ty Bali nói riêng và các công ty dược phẩm nói chung. Cụ thể mô hình trực tuyến chức năng được đề cập đến nhiều với những phân tích về ưu nhược điểm liên quan đối với mô hình các công ty dược phẩm vừa và nhỏ. Bên cạnh đó, các vấn đề liên quan đến chiến lược của nhà quản lý/lãnh đạo công ty cũng được nhấn mạnh có ảnh hưởng quyết định đến kết quả hoạt động kinh doanh của công ty. Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy điểm tương đồng và lý giải cho yếu tố đã được đưa ra phân tích trong cấu phần phân tích định lượng về định hướng tỷ trọng các nhóm khách hàng khác nhau cũng như nhập khẩu các sản phẩm có xuất xứ từ các quốc gia khác nhau đóng vai trò rất quan trọng đến tổng doanh thu của công ty Bali.

"Những chiến lược quản lý và mô hình kinh doanh của lãnh đạo công ty phải dựa trên nhiều yếu tố. Trong đó tầm nhìn của nhà lãnh đạo đóng vai trò đặc biệt quan trọng. Tương tự như kết quả được trình bày ở đây, có thể thấy rõ ràng rằng mối liên quan giữa tỷ trọng các nhóm

khách hàng đến doanh thu của công ty. Nếu chiến lược của nhà lãnh đạo hay quản lý không chính xác có thể dẫn đến thiệt hại không đáng có cho doanh nghiệp” – PGS-CG1

Yếu tố cơ sở vật chất: Một trong các yếu tố khác được khẳng định có ảnh hưởng quyết định đến doanh thu, lợi nhuận trên doanh thu và cơ cấu doanh thu của công ty trong thời gian tới là từ tháng 5/2016, công ty Bali đã đạt GSP về thực hành bảo quản thuốc tốt. Với thể mạnh này, mục tiêu của công ty Bali trong các năm tiếp theo là nhập khẩu trực tiếp hoặc nhập khẩu ủy thác các mặt hàng công ty có thể mạnh. Hệ thống thông tin cũng là yếu tố thuộc về cơ sở vật chất được nhấn mạnh là ảnh hưởng đến kết quả hoạt động kinh doanh của công ty theo hai chiều hướng. Thứ nhất, hệ thống thông tin về kết quả kinh doanh của tự thân công ty Bali cùng những phân tích khai thác số liệu của hệ thống này sẽ đóng vai trò quan trọng trong việc thu hút vốn đầu tư cho công ty. Thứ hai, hệ thống thông tin về thị trường và các nhóm khách hàng, sản phẩm và các đối thủ cạnh tranh là hết sức cần thiết để công ty Bali có thể tận dụng được mọi lợi thế nhằm tăng cường kết quả hoạt động kinh doanh của công ty.

3.2. Ảnh hưởng của các yếu tố môi trường ngành

Yếu tố khách hàng: Xem xét doanh thu của công ty theo các nhóm khách hàng từ năm 2013 đến năm 2016 cho thấy doanh thu từ nhóm khách hàng doanh nghiệp được chiếm tỷ trọng cao nhất (49,11%), tiếp đến là nhóm nhà thuốc bệnh viện (30,77%), tiếp đến là nhóm cơ sở khám chữa bệnh công lập (10,61%), nhóm khách hàng khác (7,20%) và thấp nhất là nhóm cơ sở bán lẻ khác (2,29%). Về mặt xu hướng, doanh thu từ nhóm doanh nghiệp được có sự gia tăng với tổng tốc độ tăng là 210% và tốc độ tăng trung bình là 53%/năm. Tương tự như vậy là nhóm cơ sở khám chữa bệnh công lập với tổng tốc độ tăng lên đến 569% và tốc độ tăng trung bình là 69%/năm. Riêng nhóm nhà thuốc bệnh viện chỉ có tổng tốc độ tăng là 46% và tốc độ tăng hàng năm là 14%/năm. Kết quả phỏng vấn sâu đưa ra một số lý giải cho sự khác biệt này đến từ bản chất của các nhóm khách hàng:

"Sự khác biệt về tốc độ gia tăng liên quan đến doanh thu cũng như lợi nhuận khác biệt giữa các nhóm khách hàng khác nhau là rõ ràng vì đối với doanh nghiệp, vấn đề sống còn liên quan đến khả năng các khách hàng thanh toán. Đối với khách hàng là doanh nghiệp thì có thể thấy có hợp đồng, hóa đơn là khách hàng thanh

toán nhưng đối với các cơ sở y tế mà công ty tham gia đấu thầu để cung ứng thuốc thì rõ ràng là nhóm này phải chấp nhận vấn đề chậm thanh toán, nợ..." – PVS – CG1

"Công ty xác định chú trọng vào nhóm khách hàng bán buôn (nhóm doanh nghiệp) vì khả năng thu lại tiền được ngay, hơn nữa việc nhập khẩu các mặt hàng chính của công ty đem lại lợi thế cạnh tranh và khẳng định vị thế của công ty. Kênh bán hàng qua các bệnh viện, cơ sở y tế có nhiều hạn chế liên quan đến khả năng thanh toán nên được cố gắng duy trì ổn định nhằm thực hiện sứ mệnh và tầm nhìn của công ty đối với thị trường Bắc Giang cũng như trong nước" PVS – LDCT2

Xem xét doanh thu theo từng nhóm mặt hàng mà công ty kinh doanh, có thể thấy rằng, nhóm sản phẩm là thuốc hệ tiêu hóa (nhóm A) có tỷ trọng doanh thu lớn nhất (chiếm 23,87% toàn bộ doanh thu của công ty), tiếp đến là nhóm máu và chế phẩm (chiếm 22,29%), tiếp đến là nhóm hệ tim mạch (6,16%), nhóm thuốc hệ da (5,7%), nhóm thực phẩm chức năng (6,8%), nhóm thuốc hệ thần kinh (6,33%). Về xu hướng, có thể thấy rằng nếu như nhóm thuốc hệ tiêu hóa có tổng doanh thu giảm 43% thì nhóm thuốc máu và chế phẩm lại càng ngày càng gia tăng (với tổng tốc độ tăng là 1200% và trung bình năm là 444%/năm). Nhóm cơ xương khớp cũng có tổng tốc độ gia tăng khá lớn lên đến 381%. Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy các nhóm sản phẩm bao gồm thuốc hệ tiêu hóa, máu và chế phẩm, nhóm hệ tim mạch là các nhóm mặt hàng chính của công ty. Xu hướng gia tăng tỷ trọng của nhóm hàng về máu và chế phẩm; cơ xương khớp là do định hướng và chủ trương của công ty trong giai đoạn tới. Ngoài ra các mặt hàng khác được cố gắng duy trì ổn định để cung cấp cho các nhóm khách hàng là bệnh viện và cơ sở y tế.

Về xuất xứ của các nhóm sản phẩm, phần lớn các thuốc do công ty kinh doanh là các thuốc đến từ các quốc gia có trình độ tương tự như Việt Nam (40,45%), xu hướng doanh thu của các sản phẩm có xuất xứ từ nhóm quốc gia này cũng có sự gia tăng lớn nhất với tổng tốc độ gia tăng trong 4 năm là 206%, trung bình năm là 75%/năm. Kết quả phỏng vấn sâu cũng cho thấy sự tương đồng về xu hướng này trong định hướng của công ty.

Yếu tố cạnh tranh: Yếu tố cạnh tranh được chỉ ra là một trong những vấn đề quan trọng ảnh hưởng đến doanh thu của công ty Bali.

"Cạnh tranh tất yếu dẫn đến ảnh hưởng kết

quả hoạt động kinh doanh của bất kỳ doanh nghiệp nào. Công ty có hàng hóa thay thế tăng hoặc giảm giá đều dẫn đến sự thay đổi về doanh thu của Bali theo chiều ngược lại theo đúng các quy luật kinh tế. Để hiểu hơn công ty X cạnh tranh có mặt hàng y hệt Bali mà chào giá thầu thấp hơn thì rõ ràng là doanh thu của Bali với mặt hàng này sẽ thấp đi” – PVS-CG1

Yếu tố nhà cung ứng: Việc tìm kiếm được các nhà cung ứng trong và ngoài nước và mối quan hệ với các nhà cung ứng được đánh giá là có ảnh hưởng lớn đến kết quả hoạt động kinh doanh, thậm chí là yếu tố quan trọng thứ hai sau yếu tố liên quan đến vốn. Để tìm kiếm được các nhà cung ứng uy tín, đối tượng trả lời phỏng vấn sâu cũng nhấn mạnh vai trò của thông tin cập nhật về sản phẩm, nhà cung ứng và các thông tin liên quan.

Yếu tố quản lý ngành: Kết quả phỏng vấn sâu phân tích khó khăn và thuận lợi của các vấn đề quản lý ngành lên hoạt động kinh doanh của công ty từ đó ảnh hưởng đến kết quả hoạt động này.

"Những khó khăn chung mà bất kỳ doanh nghiệp được vừa và nhỏ nào phải đối mặt liên quan đến các vấn đề thuộc về quy định, chính sách. Điển hình là các vướng mắc liên quan đến đấu thầu đối với nhóm khách hàng là cơ sở khám chữa bệnh công lập do luật thì có nhưng

nghey định hướng dẫn chi tiết còn chưa rõ ràng còn nhiều bất cập..." – PVS-LĐCT1

chúng tôi hiểu những vấn đề thuộc về quy định đấu thầu kể từ liên quan đến hình thức đấu thầu, thời gian đấu thầu, hình thức mua trực tiếp hay mua tập trung, xây dựng và xác định giá trị gói thầu, cách thức thanh toán ... đều ảnh hưởng sống còn đến doanh nghiệp, nhưng mục đích của bệnh viện là để người bệnh có được thuốc với giá cả thấp nhất" – PVS-KH

3.3. Ảnh hưởng của các yếu tố môi trường vĩ mô

Do số liệu không thể thu thập được theo quý cho một số biến số mô tả các yếu tố bên ngoài, nghiên cứu này tiến hành phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến giữa tổng doanh thu hàng năm đối với các biến số độc lập là biến số trung gian phản ánh các yếu tố môi trường vĩ mô. Kết quả phân tích này được trình bày trong Bảng 3.2. Theo đó, tổng doanh thu sau khi được biến đổi bằng hàm logarit được chỉ ra là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với chỉ số giá đô la Mỹ, chỉ số cước vận tải, chỉ số cước kho bãi và tỷ lệ người dân tham gia BHYT. Chỉ số giá đô la Mỹ cứ tăng thêm 1 điểm, chỉ số vận tải tăng thêm 1 điểm thì tổng doanh thu lần lượt thay đổi theo hướng tăng thêm 0,216% ($p=0,032$), giảm đi 0,052% ($p=0,017$) và giảm đi 0,049% ($p=0,014$).

Bảng 2. Phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến giữa tổng doanh thu hàng năm (biên đổi hàm logarit) và các biến số độc lập là các yếu tố bên ngoài

	Hệ số góc a	95% KTC	t	p	Giá trị R ²
Chỉ số CPI	0,011	-0,005; 0,027	2,82	0,106	0,699
Chỉ số giá đô la Mỹ	0,216	0,046; 0,386	5,48	0,032*	0,096
Chỉ số cước vận tải (VT)	-0,052	-0,081; -0,022	-7,53	0,017*	0,948
Chỉ số cước kho bãi và hỗ trợ (KB)	-0,049	-0,075; -0,023	-8,28	0,014*	0,958
L.Dân số	-0,346	-1,085; 0,393	-2,01	0,182	0,504
Tỷ lệ người dân tham gia BHYT	5,519	2,079; 8,959	6,9	0,020*	0,939
Tỷ suất sinh thô	0,059	-0,480; 0,599	1,41	0,393	0,329
Tỷ suất chết thô	-0,249	-0,626; 0,128	-8,40	0,075	0,972

Lưu ý: Phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến (regression) giữa các biến số độc lập và biến số phụ thuộc là doanh thu hàng năm (R) được biến đổi bằng hàm logarit

Kết quả phỏng vấn sâu cũng chỉ ra những điểm tương đồng với kết quả này. Cụ thể, doanh thu cũng như lợi nhuận trên doanh thu của công ty Bali được đánh giá là bị chi phối bởi nhiều yếu tố khác nhau như tỷ số giá đô la Mỹ khi liên quan đến các mặt hàng nhập khẩu; các vấn đề liên quan đến yếu tố kinh tế - xã hội như nhóm dân cư mà công ty phục vụ; vấn đề rủi ro do nhập khẩu.

IV. BÀN LUẬN

Ảnh hưởng của yếu tố môi trường nội bộ: Yếu tố vốn được khẳng định trong cả kết quả nghiên cứu định tính và định lượng ảnh hưởng đến doanh thu. Vấn đề về huy động vốn của doanh nghiệp thông qua vốn vay trong giai đoạn 2013-2016 cũng như trong thời gian tới có nhiều điểm thuận lợi và có khả năng được tăng

cường nhờ sự ổn định của các chính sách vĩ mô. Cụ thể, từ cuối năm 2011 đến thời điểm hiện tại, Ngân hàng nhà nước đã có nhiều điều chỉnh căn bản giúp đạt được mục tiêu giảm mặt bằng lãi suất cho vay nhằm giảm khó khăn cho doanh nghiệp trong nước nói chung. Các điều chỉnh này vào thời điểm năm 2016 được cụ thể hóa bằng các chỉ thị số 01/CT-NHNN ngày 23/2/2016, chỉ

thị số 04/NHNN ngày 27/5/2016 chỉ đạo các tổ chức tín dụng áp dụng các mức lãi suất cho vay hợp lý.

Mặc dù vấn đề về quản trị doanh nghiệp được đề cập đến là yếu tố quan trọng, hạn chế của nghiên cứu này là chưa đi sâu phân tích vấn đề liên quan đến các mô hình quản trị doanh nghiệp khác nhau. Trong thời gian tới, việc phân tích trường hợp về mô hình quản trị doanh nghiệp của một số các doanh nghiệp khác nhau là rất quan trọng để có thể trả lời được câu hỏi mô hình quản trị doanh nghiệp nào là phù hợp nhất với bối cảnh các doanh nghiệp được vừa và nhỏ trong nước.

Nhược điểm thuộc về hệ thống thông tin của nội bộ doanh nghiệp cũng như thiếu hệ thống thông tin cập nhật và toàn diện bên ngoài về thị trường, cạnh tranh, sản phẩm... được chỉ ra là hạn chế cho các hoạt động kinh doanh hiệu quả. Mặc dù hiện trạng về vấn đề sử dụng công nghệ thông tin trong việc cập nhật thông tin về dược phẩm tại Việt Nam nhìn chung còn hạn chế, tuy nhiên một số nghiên cứu như của tác giả Nguyễn Trung Hà (2014) đã chỉ ra một số cơ sở y tế công lập đã bắt đầu áp dụng công nghệ thông tin trong việc lưu trữ các số liệu về tình hình sử dụng thuốc và sử dụng các số liệu này trong hoạt động đấu thầu. Việc tiếp cận được các cơ sở dữ liệu như vậy đóng vai trò rất quan trọng đối với các doanh nghiệp dược trong xây dựng kế hoạch kinh doanh của mình.

Ảnh hưởng của yếu tố môi trường ngành: Nhiều vấn đề về chính sách có ảnh hưởng tới kết quả hoạt động kinh doanh của công ty Bali. Thứ nhất, chính sách kiểm soát giá tại Việt Nam quy định trong Luật Dược số 105/2016/QH13 ngày 06/4/2016 và Nghị định 54/2017/NĐ-CP ngày 08/05/2017, trong đó tiêu chí "không cao hơn mặt bằng giá thuốc trên thị trường trong nước của các thuốc tương tự cùng nhóm tiêu chí kỹ thuật hoặc giá thuốc tại các nước khác trong trường hợp chưa có thuốc tương tự trên thị trường trong nước" đã thể hiện một phần chính sách kiểm soát giá trực tiếp dựa trên giá tham khảo của các nước khác. Thứ hai, chính sách đàm phán giá đối với các thuốc biệt dược gốc, được quy định tại Luật Đấu thầu số 43/2013/QH13 ngày 26/11/2013 và và Nghị định 63/2014/NĐ-CP ngày 26/6/2014, quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật đấu thầu. Các chính sách kiểm soát giá này được đánh giá là có nhiều ảnh hưởng đến kết quả hoạt động kinh doanh của công ty Bali theo hướng làm giảm tổng doanh thu. Tuy nhiên, chịu ảnh hưởng của

các chính sách về kiểm soát giá cũng khiến cho doanh nghiệp có các chiến lược trong việc tìm kiếm các sản phẩm nhập khẩu mà công ty có thể mạnh, đồng thời đảm bảo mức giá cạnh tranh để cung ứng cho các nhóm khách hàng, đặc biệt là nhóm khách hàng cơ sở y tế công lập và sắp tới là nhóm khách hàng nhà thuốc bệnh viện. Thứ ba, chính sách yêu cầu hoặc khuyến khích có các bằng chứng về đánh giá kinh tế y tế, đang được đẩy mạnh triển khai tại Việt Nam trong thời gian qua. Cùng với sự ra đời và đẩy mạnh thực hiện chính sách này, trong tương lai gần kết quả hoạt động kinh doanh của công ty Bali có thể chịu nhiều tác động đặc biệt liên quan đến các nhóm sản phẩm trong phạm vi thanh toán của bảo hiểm y tế khi được yêu cầu cung cấp các bằng chứng về tính chi phí – hiệu quả. Để hạn chế những ảnh hưởng lớn đến kết quả hoạt động kinh doanh của công ty, đồng thời để góp phần hướng tới mục tiêu sử dụng hiệu quả nguồn tài chính y tế, công ty Bali rất cần thiết phải chủ động nghiên cứu và soát các sản phẩm cung ứng cho nhóm khách hàng cơ sở y tế công lập và tìm kiếm các bằng chứng đáng tin cậy về tính chi phí – hiệu quả của các sản phẩm thế mạnh của công ty để chuẩn bị cho những thay đổi trong những giai đoạn tới. Thứ tư, bản về chính sách về thuốc generic như đã được chỉ ra là có nhiều tác dụng trong việc làm giảm giá thuốc theo hướng tích cực cho người tiêu dùng, trong khi có tác dụng theo hướng ngược lại cho các doanh nghiệp [1]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, do còn hạn chế về thời gian và nguồn lực, chưa đề cập được đến ảnh hưởng của yếu tố này đến kết quả hoạt động kinh doanh của công ty, đặc biệt trong bối cảnh thực hành tự điều trị của người dân tại Việt Nam còn rất phổ biến.

Đối với hoạt động bán buôn cho nhóm doanh nghiệp dược, các sản phẩm kinh doanh chính của công ty bao gồm nhóm cơ xương khớp, máu và chế phẩm và nhóm tim mạch là các mặt hàng nhập khẩu từ cả các quốc gia nhóm 1 và quốc gia nhóm 2. Doanh thu từ nhóm khách hàng này chịu ảnh hưởng lớn bởi các yếu tố thuộc về tỷ giá, các vấn đề liên quan đến nhập khẩu. Trong thời gian tới, việc tìm hiểu và phân tích kỹ các khách hàng thuộc nhóm này đóng vai trò rất quan trọng để tăng cường hiệu quả kinh doanh của doanh nghiệp. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Quân (2010) cũng đã chỉ ra những chiến lược tiếp thị sản phẩm hiệu quả trong bối cảnh thị trường trong nước. Mặc dù chỉ tập trung vào các mặt hàng thuốc thảo dược, nhưng việc nghiên cứu các chiến lược tiếp thị hiệu quả này

cũng đóng vai trò quan trọng đối với hoạt động kinh doanh của công ty, đặc biệt là đối với các mặt hàng kinh doanh tương tự.

Đối với khách hàng là cơ sở y tế công lập, các sản phẩm kinh doanh của công ty tương đối đa dạng với nhóm tiêu hóa chiếm tỷ trọng lớn, có nguồn gốc từ cả quốc gia nhóm 1, nhóm 2 và trong nước, chịu sự cạnh tranh lớn của các công ty dược trong nước, các quy định liên quan đến đấu thầu và khả năng thanh toán của khách hàng. Những ảnh hưởng liên quan đến vấn đề đấu thầu đến kết quả hoạt động kinh doanh của công ty Bali được chỉ ra trong nghiên cứu này cũng đồng thuận với những phân tích về ảnh hưởng của các phương thức đấu thầu mua sắm thuốc cho các cơ sở khám chữa bệnh công lập ở Việt Nam của tác giả Phạm Lương Sơn (năm 2012) [2]. Trong bối cảnh các cơ sở y tế công lập nói chung và các bệnh viện nói riêng có xu hướng không ngừng cải thiện hiệu quả chất lượng cung ứng thuốc, chẳng hạn như theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Hà về các giải pháp cụ thể của bệnh viện trong thực hiện đấu thầu bao gồm xác định số lượng thuốc dựa trên phôi hợp phân tích số liệu về thuốc đã tiêu thụ và đặc điểm bệnh tật – nhu cầu KCB của người bệnh tại bệnh viện; và cập nhật quản lý kho thuốc sử dụng công nghệ thông tin. Trên thực tế đây là những giải pháp không chỉ có lợi đối với các bệnh viện mà còn là những thông tin rất quan trọng mà các doanh nghiệp cần phải nắm bắt được nhằm phân tích chi tiết nhóm khách hàng của mình để có được kế hoạch kinh doanh phù hợp và hiệu quả.

Yếu tố cạnh tranh cũng được đề cập đến trong kết quả phỏng vấn sâu là có ảnh hưởng đến kết quả hoạt động kinh doanh của công ty Bali. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu về yếu tố cạnh tranh trong nghiên cứu này vẫn còn mờ nhạt so sánh với các yếu tố khác. Trong thời gian tới, việc phân tích kỹ lưỡng về yếu tố này là hết sức quan trọng trong bối cảnh cạnh tranh ngày càng tăng đối với thị trường dược phẩm trong nước [3].

Ảnh hưởng của yếu tố môi trường vĩ mô:

Kết quả về ảnh hưởng của chỉ số giá đồng đô la Mỹ tương tự như một nghiên cứu tại Ấn Độ về mối quan hệ giữa tỷ giá hối đoái đến giá xuất xưởng của dược phẩm [4]. Đối với công ty Bali nói riêng và ngành dược Việt Nam nói chung với đặc thù khoảng 50% thuốc thành phẩm và 90% nguyên liệu làm thuốc là nhập khẩu nên có thể dễ thấy rằng sự thay đổi về tỷ giá hối đoái của đồng ngoại tệ (đồng Đôla Mỹ và đồng Euro) dẫn

tới sự tăng lên đáng kể của giá thuốc, và điều này lại gây khó khăn cho hoạt động kinh doanh của doanh nghiệp dược trong nước [5]. Đây cũng là luận điểm của tác giả Antonio Angelio và cộng sự phân tích về ngành công nghiệp dược tại Việt Nam được xuất bản trên tạp chí quốc tế vào tháng 7 năm 2017. Trong đó tác giả nhấn mạnh ảnh hưởng của sự tăng trưởng kinh tế nhanh chóng và thu nhập bình quân đầu người trong vòng 20 năm qua có những ảnh hưởng nhất định lên nhận thức về sức khỏe và y tế của người dân từ đó dẫn đến những gia tăng trong cầu dịch vụ y tế cũng như các mặt hàng dược phẩm [6].

Một trong những vấn đề được gợi mở từ kết quả nghiên cứu định tính của nghiên cứu này đó là ảnh hưởng của các vấn đề liên quan đến khách hàng, cụ thể là các yếu tố như quy mô dân số của cộng đồng dân cư mà công ty phục vụ, các vấn đề liên quan đến dịch tễ học, quy mô bệnh tật của quần thể. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu không đồng nhất khi phân tích với các nhóm thuốc khác nhau, các nhóm khách hàng khác nhau phản ánh sự phức tạp trong mối quan hệ này. Bản chất khi tổng quan các nghiên cứu trong nước và quốc tế cũng cho thấy yếu tố thuộc về khách hàng (hành vi dùng thuốc của người dân và cán bộ y tế) ảnh hưởng đến số lượng tiêu thụ và giá thuốc nói chung và từ đó ảnh hưởng tới hoạt động kinh doanh của doanh nghiệp. Một nghiên cứu ở quy mô quốc gia tại Anh năm 2003 cho thấy, thái độ và hành vi kê đơn thuốc của bác sỹ như thích kê đơn thuốc mới, thuốc biệt dược gốc, là một trong các yếu tố ảnh hưởng đến giá thuốc và từ đó ảnh hưởng đến hoạt động kinh doanh của các hãng dược phẩm. Nghiên cứu của Klaus Lieb và cộng sự năm 2014 tại Đức lại cho thấy mối quan hệ theo chiều ngược lại: thói quen kê đơn của bác sỹ và chi phí đơn thuốc chịu sự chi phối bởi tần suất tiếp xúc với nhân viên hãng dược và sự tin tưởng vào thông tin mà hãng dược cung cấp. Theo đó, các bác sỹ có tần suất tiếp xúc nhiều với hãng dược, và tin tưởng rằng các thông tin mà hãng dược cung cấp có giá trị, có thói quen kê đơn thuốc biệt dược của hãng đó cao và giá của đơn thuốc cũng cao hơn, ngay cả đối với loại thuốc đã hết hạn bảo hộ sáng chế (thuốc generic) [7]. Các kết quả nghiên cứu này cũng hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu tại Việt Nam về ảnh hưởng của hành vi sử dụng thuốc (của cả cán bộ y tế và người dân) tới việc sử dụng và giá thuốc. Theo đó, với tâm lý thích dùng/kê đơn thuốc ngoại, thuốc đắt tiền của đại đa số thầy thuốc và

người dân Việt Nam đã dẫn tới việc tiêu thụ và giá của các loại thuốc này ngày càng tăng cao [5]. Điều đó càng làm cho các doanh nghiệp được phẩm chú trọng vào kinh doanh các sản phẩm này. Phân tích gần đây của tác giả Antonio Angelio cũng cho thấy những điểm tương đồng về ảnh hưởng của sự gia tăng dân số, đặc biệt là dân cư đô thị dẫn đến những thay đổi liên quan đến hành vi và xu hướng tiêu thụ các mặt hàng y tế của người dân. Trong đó tác giả dẫn chứng sự quá tải của hệ thống y tế tại các thành phố khiến cho các doanh nghiệp tư nhân cung ứng sản phẩm y tế qua nhiều kênh phân phối đa dạng khác nhau để đến được người tiêu dùng. Tác giả cũng phân tích tác động tiêu cực của lối sống đô thị lên sức khỏe cộng đồng dẫn đến những đặc điểm riêng biệt trong tiêu thụ hàng hóa y tế của cư dân đô thị. Yếu tố già hóa dân số cũng được tác giả Antonio Angelio [6] đề cập đến cùng với xu hướng thay đổi về mô hình bệnh tật liên quan đến gia tăng bệnh mãn tính và không truyền nhiễm dẫn đến những nhu cầu đặc biệt trong tiêu thụ dược phẩm.

V. KẾT LUẬN

Yếu tố môi trường nội bộ: Yếu tố vốn được nhấn mạnh là yếu tố ảnh hưởng quan trọng đến kết quả hoạt động kinh doanh của công ty Bali. Vấn đề về huy động vốn của công ty Bali nói riêng và các doanh nghiệp khác thông qua vốn vay trong giai đoạn 2013-2016 cũng như trong thời gian tới có nhiều điểm thuận lợi và có khả năng được tăng cường nhờ sự ổn định của các chính sách vĩ mô. Yếu tố nguồn nhân lực trong đó vấn đề mô hình quản trị doanh nghiệp được nhấn mạnh và cần được quan tâm nghiên cứu trong thời gian tới để tăng cường hiệu quả hoạt động của doanh nghiệp kinh doanh dược phẩm có quy mô vừa và nhỏ. Yếu tố cơ sở vật chất trong đó có việc đầu tư để công ty đạt chuẩn GSP là một trong các yếu tố được đánh giá là tạo điều kiện thuận lợi cho hoạt động kinh doanh của công ty. Tuy nhiên, nhược điểm thuộc về hệ thống thông tin của nội bộ doanh nghiệp cũng như thiếu hệ thống thông tin cập nhật và toàn diện bên ngoài về thị trường, cạnh tranh, sản phẩm... lại được chỉ ra là hạn chế cho các hoạt động kinh doanh hiệu quả của công ty Bali nói riêng và các doanh nghiệp dược nói chung.

Yếu tố môi trường ngành: Các chính sách hiện tại ảnh hưởng đặc biệt tới hoạt động kinh doanh của công ty Bali bao gồm chính sách kiểm soát giá, chính sách đấu thầu, yêu cầu/khuyến khích có bằng chứng về đánh giá kinh tế y tế

đang được đẩy mạnh, chính sách thuốc generic. Việc tìm hiểu kỹ lưỡng, phân tích các thuận lợi – khó khăn và các bài học kinh nghiệm trong quá trình thực hiện giúp cho công ty có những chiến lược kinh doanh hiệu quả trong bối cảnh hiện tại. Các yếu tố liên quan đến khách hàng cũng đã được bàn luận chi tiết với những đặc điểm cụ thể của nhóm khách hàng là doanh nghiệp dược và các cơ sở y tế công lập. Nếu như doanh thu từ nhóm khách hàng doanh nghiệp dược chịu ảnh hưởng lớn bởi các yếu tố thuộc về tỷ giá, các vấn đề liên quan đến nhập khẩu; thì doanh thu từ nhóm khách hàng cơ sở y tế công lập chịu ảnh hưởng của các vấn đề liên quan đến đầu thầu, cạnh tranh của các doanh nghiệp dược trong nước và khả năng thanh toán. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của phân tích đặc điểm của các nhóm khách hàng, chiến lược tiếp thị sản phẩm hiệu quả trong định hướng chiến lược kinh doanh của công ty Bali.

Yếu tố môi trường vĩ mô: Các yếu tố tỷ giá ngoại tệ, lạm phát, môi trường kinh doanh vĩ mô (đo lường qua chỉ số kho bãi, cước vận chuyển), hành vi của người tiêu dùng đều được nhấn mạnh trong mối liên hệ đối với kết quả hoạt động kinh doanh của công ty Bali. Các kết quả nghiên cứu định lượng khác cũng được sử dụng để làm giả định đầu vào cơ bản cho mô hình đặc biệt là giả định liên quan đến ảnh hưởng của yếu tố chính sách lên doanh thu từ nhóm khách hàng nhà thuốc bệnh viện trong thời gian tới. Nghiên cứu viên gặp nhiều khó khăn trong việc thu thập các số liệu theo thời gian để đưa vào phân tích trong các mô hình định lượng phức tạp. Bản thân số liệu doanh thu của công ty khi phân tích theo năm cũng gặp nhiều hạn chế vì số quan sát còn ít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mohamed Azmi Hassali và các cộng sự. (2014)**, "The experiences of implementing generic medicine policy in eight countries: a review and recommendations for a successful promotion of generic medicine use", Saudi pharmaceutical journal. 22(6), tr. 491-503.
2. **Phạm Lương Sơn (2012)**, Nghiên cứu thực trạng đầu thầu mua thuốc bảo hiểm y tế cho các cơ sở khám, chữa bệnh công lập ở Việt Nam, Luận án tiến sĩ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội năm 2012
3. **Phan Thị Thanh Tâm (2012)**, Nghiên cứu năng lực cạnh tranh và phân tích chiến lược kinh doanh của một số doanh nghiệp dược trên thị trường Việt Nam, Luận án tiến sĩ dược học Trường Đại học Dược Hà Nội năm 2012
4. **Roshan Kumar và Manisha Gupta (2016)**, "Impact of Exchange Rate Fluctuations on Pharmaceutical industries stock prices in India", Management Insight. 12(1).

5. Hứa Thanh Thủy và Nguyễn Thanh Hương (2012), "Các yếu tố ảnh hưởng tới giá thuốc và tính phù hợp của một số văn bản quản lý giá thuốc", Tạp chí y học thực hành. 2012(818-819), tr. 380-385.
6. Angelino, A., Khanh, D. T., An Ha, N., & Pham, T. (2017). Pharmaceutical industry in

Vietnam: Sluggish sector in a growing market. *International journal of environmental research and public health*, 14(9), 976.

7. Lieb K. và Scheurich A. (2014), "Contact between doctors and the pharmaceutical industry, their perceptions, and the effects on prescribing habits", PLoS One. 9(10), tr. e110130.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM CỦA BỆNH NHI BỊ THIẾU MÁU THIẾU SẮT TẠI VIỆN HUYẾT HỌC – TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG NĂM 2015-2016

Nguyễn Triệu Vân¹, Nguyễn Hà Thanh²

TÓM TẮT²⁹

Các tác giả tiến hành nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm của bệnh thiếu máu thiếu sắt ở bệnh nhi tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương trong các năm 2015-2016. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm của bệnh nhi bị thiếu máu thiếu sắt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 57 bệnh nhi, được chẩn đoán xác định là thiếu máu thiếu sắt theo tiêu chuẩn của WHO 2001. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả nghiên cứu:** (1) Các triệu chứng lâm sàng nổi bật: Triệu chứng mệt mỏi ở nhóm chảy máu và nhóm phổi hợp chiếm 100%, ở nhóm chưa rõ nguyên nhân chỉ có 52.4%; 100% bệnh nhi có triệu chứng da xanh niêm mạc nhợt; Triệu chứng nhịp tim nhanh gấp tỷ lệ cao từ 71,4 % trở lên. (2) Các triệu chứng cận lâm sàng nổi bật: Mức độ thiếu máu là phổ biến (Hb: 73,2 ± 14,3); Gặp tỷ lệ 93% bệnh nhi có mức MCV nhỏ hơn 80 fl; có 100% trẻ có nồng độ MCH <28 (pg); có 96,5% mức độ sắt huyết thanh < 7 µmol/l; có 86% có lượng ferritin < 15 ng/ml; lượng Transferrin tăng cao. Các kết quả nghiên cứu trên đã được bàn luận.

Từ khóa: Thiếu máu, thiếu sắt, bệnh nhi.

SUMMARY

CLINICAL AND TEST CHARACTERS OF PEDIATRIC PATIENTS WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION IN 2015 - 2016

The authors have studied clinical and para-clinical characters of iron deficiency anemia on pediatric patients at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion in 2015 – 2016. **Objectives:** to describe some clinical and Para-clinical characters of pediatric patients with iron deficiency anemia via WHO 2001 standards. **Research method:** prospective cross-sectional study. **Results:** (1) Prominent clinical

symptoms: found fatigue symptom 100% in bleeding group and blending group, 52.4% in undefined group; 100% of pediatric patients found pale skin and mucosa; symptom of fast heart beat found with high percentage, 71.4% and over. (2) Prominent clinical symptoms: common met anemia (Hb: 73.2 ± 14.3); 93% pediatric patients met with MCV lower than 80 fl; 100% of them with MCH <28 (pg); 96.5% with serum Fe<7µmol/l; 86% with ferritin < 15ng/ml; Transferrin highly increases. The above results have been discussed.

Key words: anemia, iron deficiency, pediatric patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thông kê của Tổ chức Y tế thế giới, trong những năm gần đây, tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt ở phụ nữ mang thai là gần 42%, trong đó ở các nước đang phát triển chiếm tới 56%, ở các nước phát triển chỉ chiếm 18%. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của viện Dinh dưỡng thì có từ 2% đến 5% nam giới trưởng thành và phụ nữ mãn kinh có thiếu máu do thiếu sắt, từ 4% đến 13% người bị bệnh đường ruột bị thiếu máu do thiếu sắt. Tác giả Bhutta và Black cho rằng thiếu sắt đã góp phần gây ra hơn 20.000 ca tử vong mỗi năm ở trẻ em dưới 5 tuổi. Vì vậy, nhóm nghiên cứu đã tiến hành thực hiện đề tài "Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm của bệnh nhi bị thiếu máu thiếu sắt tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương năm 2015-2016" với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm của bệnh nhi bị thiếu máu thiếu sắt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Đối tượng nghiên cứu: gồm 57 bệnh nhi được chẩn đoán xác định thiếu máu thiếu sắt và điều trị tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương từ tháng 5/2015 đến tháng 5/2016.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt: Theo tiêu chuẩn của WHO năm 2001: (1) Hb <120g/l; (2) Ferritin huyết thanh < 30ng/ml.

¹Viện Huyết học – Truyền máu TW

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triệu Vân

Email: vannt61@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2017

Ngày duyệt bài: 22.12.2017

- Đối tượng nghiên cứu được chia thành 4 nhóm bệnh theo nguyên nhân như sau:

+ Nhóm chảy máu: có 13 bệnh nhi. Nguyên nhân gây chảy máu do: loét dạ dày, trĩ, ung thư đường tiêu hóa, giun móc.

+ Nhóm không cung cấp đủ và kém hấp thu sắt (KCCĐ và KHT): có 14 bệnh nhi. Nguyên nhân do: chế độ ăn kiêng, cắt dạ dày, cắt đoạn ruột.

+ Nhóm phối hợp: có 9 bệnh nhi. Những bệnh nhi này bị thiếu máu thiếu sắt do 2 hoặc 3 nguyên nhân gây nêu trên.

+ Nhóm chưa rõ nguyên nhân (CRNN): có 21 bệnh nhi.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhi hoặc bố, mẹ bệnh nhi không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Những bệnh nhi thiếu máu thiếu sắt có suy thận, bệnh lý bẩm sinh hồng cầu, bệnh máu ác tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. **Cách chọn mẫu:** Theo phương pháp

chọn mẫu thuận tiện; Trong thời gian nghiên cứu những bệnh nhi nào đủ tiêu chuẩn thì đưa vào nhóm nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm phân bố tuổi của nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Tỷ lệ độ tuổi trong nhóm nghiên cứu

Trẻ em	Nhóm tuổi	n	%
	< 2 tuổi	17	29,8
	2 – 11 tuổi	11	19,3
	12 – 16 tuổi	29	50,9
	Tổng	57	100

Nhận xét: Nhóm bệnh nhi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,9% ở lứa tuổi 12–16.

3.1.2. Đặc điểm phân bố về giới của nhóm nghiên cứu

Trong 57 bệnh nhi, nam có 33 trẻ (58%), nữ có 24 trẻ (42%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi thiếu máu thiếu sắt

3.2.1. Các triệu chứng cơ năng

Bảng 2: Các triệu chứng cơ năng thường gặp

Nguyên nhân	Nhóm chảy máu (n=13)		Nhóm KCCĐ và KHT sắt (n=14)		Nhóm phối hợp (n=9)		Nhóm CRNN (n=21)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mệt mỏi	13	100	12	85,7	9	100	11	52,4
Hoa mắt chóng mặt	10	76,9	11	78,6	8	88,9	4	19,0
Đau đầu	5	38,5	5	35,7	6	66,7	2	9,5
Ăn kém	4	30,8	4	28,6	7	77,8	17	81,0
Kém tập trung	5	38,5	3	21,4	5	55,6	1	4,8

Nhận xét: Triệu chứng mệt mỏi ở nhóm chảy máu và nhóm phối hợp chiếm 100%, ở nhóm CRNN chỉ có 52,4%. Triệu chứng hoa mắt chóng mặt gặp tỷ lệ thấp ở nhóm CRNN (19%).

3.2.2. Các triệu chứng thực thể

Bảng 3: Các triệu chứng thực thể thường gặp

Nguyên nhân	Nhóm chảy máu		Nhóm KCCĐ và KHT sắt		Nhóm phối hợp		Nhóm CRNN	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Da xanh niêm mạc nhợt	13	100	14	100	9	100	21	100
Nhịp tim nhanh	10	76,9	11	78,6	8	88,9	15	71,4
Khó thở	3	21,1	1	7,7	1	11,1	4	19,0
Tiếng thổi tâm thu	2	15,4	1	7,7	0	0	1	4,8

Nhận xét: Tất cả bệnh nhi đều có triệu chứng da xanh niêm mạc nhợt. Triệu chứng tiếng thổi tâm thu ở nhóm CRNN chỉ chiếm 4,8%.

3.3. Đặc điểm xét nghiệm của bệnh nhi trong nghiên cứu

3.3.1. Đặc điểm dòng hồng cầu

Bảng 4. Giá trị trung bình các chỉ số hồng cầu trưởng thành và hồng cầu lưới

Chỉ số HC	Giá trị
RBC (T/L)	3,8 ± 0,4
Hb (g/l)	73,2 ± 14,3
MCV (fl)	62,4 ± 11,2
MCH (pg)	18,0 ± 4,2
MCHC (g/l)	286,2 ± 23,2
HCL (%)	2,2 ± 1,3
RDW (%)	20,3 ± 3,3

Nhận xét: Các chỉ số về số lượng HC, nồng độ Hb, MCV, MCH, MCHC đều giảm so với bình thường. Hồng cầu lưới, phân bố kích thước hồng cầu tăng cao.

Bảng 5. Số lượng HC và nồng độ Hb trung bình theo các nhóm

Nhóm tuổi	Số lượng HC (T/l) $\bar{x} \pm SD$	Nồng độ Hb(g/l) $\bar{x} \pm SD$
Nhóm chảy máu (1)	3,9 $\pm$ 0,6	77,7 $\pm$ 21,2
Nhóm KCCĐ và KHT sắt (2)	3,8 $\pm$ 0,4	70,2 $\pm$ 15,4
Nhóm phối hợp (3)	3,7 $\pm$ 0,5	70,0 $\pm$ 11,5
Nhóm CRNN (4)	3,8 $\pm$ 0,4	73,8 $\pm$ 8,5
p	p _{1,2} ; p _{1,3} ; p _{1,4} ; p _{2,3} ; p _{2,4} ; p _{3,4} > 0,05	p _{1,2} ; p _{1,3} ; p _{1,4} ; p _{2,3} ; p _{2,4} ; p _{3,4} > 0,05

Nhận xét: Số lượng hồng cầu và nồng độ hemoglobin không có sự khác biệt khi so sánh từng cặp giữa các nhóm theo nguyên nhân gây bệnh.

Bảng 6. Giá trị của thể tích trung bình hồng cầu

Nhóm bệnh	MCV		< 80 fl		80-100 fl		> 100 fl	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nhóm CM (1)	12	92,3	1	7,7	0	0	0	0
Nhóm KCCĐ và KHT sắt (2)	13	92,9	1	7,1	0	0	0	0
Nhóm phối hợp (3)	9	100	0	0	0	0	0	0
Nhóm CRNN (4)	19	90,5	2	9,5	0	0	0	0
Tổng	53	93,0	4	7,0	0	0	0	0
p	p _{1,2} ; p _{1,3} ; p _{1,4} ; p _{2,3} ; p _{2,4} ; p _{3,4} > 0,05							

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhi nghiên cứu không có bệnh nhi nào có mức MCV lớn hơn 100 (fl). Gấp tỷ lệ 93% bệnh nhi có mức MCV nhỏ hơn 80 (fl).

Bảng 7. Giá trị của lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu

Nhóm bệnh	MCH		< 28 pg		28- 32 pg		> 32 pg	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nhóm CM (1)	13	100	0	0	0	0	0	0
Nhóm KCCĐ và KHT sắt (2)	14	100	0	0	0	0	0	0
Nhóm PH (3)	9	100	0	0	0	0	0	0
Nhóm CRNN (4)	21	100	0	0	0	0	0	0
Tổng	57	100	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: 100% trẻ có nồng độ MCH < 28 (pg).

Bảng 8. Giá trị của nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu

Nhóm bệnh	MCHC		< 300 g/l		300-320 g/l		320-360 g/l	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nhóm CM (1)	6	46,2	4	30,8	3	23,1		
Nhóm KCCĐ và KHT sắt (2)	11	78,6	1	7,1	2	14,3		
Nhóm PH (3)	5	55,6	3	33,3	1	11,1		
CRNN (4)	20	95,2	1	4,8	0	0		
Tổng	42	73,7	9	15,8	6	10,5		
p	p ₁₂ , p ₁₃ , p ₂₃ , p ₂₄ > 0,05 p ₃₄ , p ₁₄ < 0,05		p ₁₂ , p ₁₃ , p ₂₃ , p ₂₄ > 0,05 p ₃₄ , p ₁₄ < 0,05		p ₁₂ , p ₁₃ , p ₂₃ , p ₂₄ , p ₃₄ > 0,05, p ₁₄ < 0,05			

Nhận xét: Nhóm bệnh nhi có MCHC < 300 (g/l) chiếm tỷ lệ khá cao là 73,7%.

3.3.2. Đặc điểm dấu ấn sắt huyết thanh

Bảng 9. Giá trị của Sắt huyết thanh ở các nhóm

Nhóm bệnh	Fe		< 7 μ mol/l		7-27 μ mol/l		> 27 μ mol/l	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nhóm chảy máu (1)	13	100	0	0	0	0	0	0
Nhóm KCCĐ và KHT sắt (2)	12	85,7	2	14,3	0	0	0	0
Nhóm phối hợp (3)	9	100	0	0	0	0	0	0
Nhóm CRNN (4)	21	100	0	0	0	0	0	0
Tổng	55	96,5	2	3,5	0	0	0	0

Nhận xét: Trẻ em thuộc nhóm chảy máu, nhóm phối hợp và nhóm CRNN đều có 100% mức độ sắt huyết thanh dưới 7 (μ mol/l).

Bảng 10. Giá trị của Ferritin

Nhóm bệnh	Ferritin		< 15 ng/ml		15 – 30 ng/ml	
	n	%	n	%	n	%
Nhóm chảy máu (1)	10	76,9	3	23,1		

Nhóm KCCĐ và KHT sắt (2)	12	85,7	2	14,3
Nhóm phối hợp (3)	7	77,8	2	22,2
Nhóm CRNN (4)	20	95,2	1	4,8
Tổng	49	86,0	8	14,0
p	$p_{1,2}>0,05$; $p_{1,3}<0,05$; $p_{1,4}>0,05$; $p_{2,3}>0,05$; $p_{2,4}>0,05$; $p_{3,4}>0,05$			

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa nhóm chảy máu với nhóm phối hợp khi so sánh mức độ ferritin < 15 ng/ml với các mức độ khác nhau.

Bảng 11. Giá trị của Transferrin

Nhóm tuổi	Transferrin		200 -250 mg/dl		> 250 mg/dl	
	n	%	n	%	n	%
Nhóm CM (1)	0	0	2	15,4	11	84,6
Nhóm KCCĐ và KHT sắt (2)	0	0	0	0	14	100
Nhóm PH (3)	0	0	0	0	9	100
Nhóm CRNN (4)	0	0	1	4,8	20	95,2
Tổng	0	0	3	5,3	54	94,7
p	$p_{1,2}>0,05$; $p_{1,3}>0,05$; $p_{1,4}>0,05$; $p_{2,3}>0,05$; $p_{2,4}>0,05$; $p_{3,4}>0,05$					

Nhận xét: Không có trường hợp nào có mức transferrin < 200mg/dl. Mức transferrin >300mg/dl chiếm tỷ lệ rất cao là 94,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu: Trong 57 bệnh nhi, thiếu máu thiếu sắt gặp ở tất cả các giai đoạn phát triển của trẻ, trong đó nhóm tuổi từ 12 đến 15 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50.9%, tiếp theo là lứa tuổi nhỏ hơn 2 chiếm 29,8%, tuổi từ 3-11 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 19.3%. Kết quả nghiên cứu tương tự nghiên cứu của M. Lan và P.T.L. Hương. Theo tác giả Mai Lan thì nhóm bệnh nhi trên 10 tuổi chiếm 54,1%, còn tác giả Lan Hương thì lứa tuổi từ 11 - 16 tuổi tỷ lệ cao nhất là 43%. Tỷ lệ trẻ nam 58%, nữ 42%. Kết quả này tương tự với tác giả M.Lan (nam 62,4%, nữ 37,6%) và tác giả P.T.L.Hương, nam 62%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi thiếu máu thiếu sắt

Ở nhóm nghiên cứu, các triệu chứng cơ năng như: mệt mỏi, chóng mặt, hoa mắt, chóng mặt chiếm tỷ lệ rất cao, các triệu chứng đau đầu, ăn kém, kém tập trung có tỷ lệ thấp hơn. Về các triệu chứng thực thể, khi thăm khám thì 100% bệnh nhi có triệu chứng da xanh, niêm mạc nhợt. Triệu chứng nhịp tim nhanh gặp tỷ lệ khá cao: nhóm chảy máu là 76,9%, nhóm không cung cấp đủ và kém hấp thu sắt là 78,6%, nhóm phối hợp là 88,9% và nhóm chưa rõ nguyên nhân là 71,4%. Triệu chứng lâm sàng của thiếu máu thiếu sắt phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh. Nếu thiếu máu nhẹ thường không có triệu chứng, khi xuất hiện triệu chứng thì bệnh đã diễn biến sang mức độ thiếu máu nặng hơn.

4.3. Đặc điểm xét nghiệm của bệnh nhi thiếu máu thiếu sắt

4.3.1. Đặc điểm dòng hồng cầu với các nhóm nguyên nhân gây bệnh

Kết quả bảng 4, 5 cho thấy số lượng hồng cầu trung bình của nhóm nghiên cứu là $3,8 \pm 0,4$, nồng độ Hemoglobin là 73.2 ± 14.3 , thể tích trung bình của hồng cầu, lượng huyết sắc tố trung bình của hồng cầu và nồng độ huyết sắc tố trung bình của hồng cầu đều giảm. Chỉ có tỷ lệ phần trăm hồng cầu lưới và phân bố kích thước hồng cầu tăng cao. Giá trị trung bình của MCV ở bệnh nhi là 62.4 ± 11.2 (fl) và giá trị trung bình của RDW ở bệnh nhi là 20.3 ± 3.3 (%), đây là những chỉ số cơ bản giúp cho định hướng chẩn đoán bệnh nhi bị thiếu máu là do thiếu sắt.

Kết quả bảng 6,7,8 cho thấy thể tích trung bình của hồng cầu rất thấp. Nhóm phối hợp các nguyên nhân gây bệnh có 9 bệnh nhi chiếm 100% có mức độ MCV < 80 (fl). Tương tự ở các nhóm nguyên nhân gây bệnh khác, mức độ MCV < 80 (fl) chiếm trên 80%. Không có bệnh nhân nào có mức MCV > 100 (fl). Lượng huyết sắc tố trung bình của hồng cầu cho kết quả: 100% bệnh nhi có mức độ MCH < 28 (pg).

4.3.2. Đặc điểm chuyển hóa sắt ở các nhóm nguyên nhân gây bệnh

a. Sắt huyết thanh: Trong nghiên cứu này, chỉ số sắt huyết thanh trung bình ở trẻ em là 2.9 ± 2.0 ($\mu\text{mol/l}$). Chứng tỏ đa số bệnh nhi đến viện với tình trạng thiếu máu nặng. Cụ thể ở bảng 9, 96.5% bệnh nhi có lượng Fe huyết thanh < 7($\mu\text{mol/l}$). Có 2 trường hợp có sắt huyết thanh trong giới hạn 7-27($\mu\text{mol/l}$), không có trường hợp nào có nồng độ sắt huyết thanh >27($\mu\text{mol/l}$). Điều này có thể cho thấy bệnh nhi đã thiếu máu nặng và kéo dài. Như vậy xét nghiệm sắt huyết thanh sẽ hỗ trợ cho chẩn đoán mà chưa phản ánh chính xác mức độ thiếu máu thiếu sắt.

b. Ferritin huyết thanh: Kết quả nghiên cứu cho thấy, nồng độ trung bình của ferritin ở trẻ em là 6.7 ± 6.4 (ng/ml). Trong đó có đến 86% bệnh nhi có nồng độ ferritin < 15 (ng/ml). Theo kết quả nghiên cứu của N.T.T. Hà thì tỷ lệ này là 88%, tác giả H.T.T. Anh là 78.6%. Có sự khác biệt về nồng độ ferritin giữa nhóm chảy máu với nhóm không cung cấp đủ sắt - kém hấp thu và nhóm chảy máu với nhóm phối hợp ở người lớn.

c. Transferrin: Nghiên cứu cho kết quả với nồng độ transferrin trung bình ở bệnh nhi là 349.6 ± 65.2 (mg/dl). Nồng độ transferrin > 250 (mg/dl) ở trẻ em là 94.7%, trong đó nhóm không cung cấp đủ - kém hấp thu sắt và nhóm phối hợp chiếm 100%. Không có trường hợp nào có nồng độ transferrin < 200 (mg/dl). Có đến 97.1% bệnh nhi có nồng độ transferrin > 250 (mg/dl) thuộc nhóm chảy máu, tiếp theo là nhóm phối hợp với 93.2%, nhóm không cung cấp đủ và kém hấp thu sắt là 92.3% còn nhóm chưa rõ nguyên nhân là 91.3%.

V. KẾT LUẬN

- Các triệu chứng lâm sàng nổi bật: Triệu chứng mệt mỏi ở nhóm chảy máu và nhóm phối hợp chiếm 100%, ở nhóm chưa rõ nguyên nhân chỉ có 52.4%; 100% bệnh nhi có triệu chứng da xanh niêm mạc nhợt; Triệu chứng nhịp tim nhanh gặp tỷ lệ cao từ 71,4 % trở lên.

- Các triệu chứng cận lâm sàng nổi bật: Mức độ thiếu máu là phổ biến (Hb: $73,2 \pm 14,3$); Gặp tỷ lệ 93% bệnh nhi có mức MCV nhỏ hơn 80 fl; có 100% trẻ có nồng độ MCH < 28 (pg); có 96,5% mức độ sắt huyết thanh < $7 \mu\text{mol/l}$; có 86% có lượng ferritin < 15 ng/ml; lượng Transferrin tăng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2001), *Iron deficiency Aneamia, Assesment, Prevention and control*, A guide for programme managers, WHO, 1-114
2. Mai Lan (2015), *Nghiên cứu mô hình bệnh máu và cơ quan tạo máu ở bệnh nhi được điều trị tại Viện Huyết học Truyền máu Trung ương giai đoạn 2013 – 2015*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II.
3. Hoàng Thị Trâm Anh (2014), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân ở bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt tại bệnh viện Bạch Mai năm 2014*, Luận văn thạc sỹ y học.
4. Pappas DE (1998), "Iron deficiency anemia", *Pediatrics in review*, tr. 321-322.
5. Nguyễn Công Khanh (2008), *Huyết học lâm sàng nhi khoa*, Nhà xuất bản Y học, 73
6. Phạm Thị Lan Hương (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm của bệnh nhi thiếu máu thiếu sắt điều trị tại Viện HH-TM TW giai đoạn 2015 – 2016*, Khóa luận tốt nghiệp bác sỹ đa khoa.
7. WHO (2011), *Hemoglobin concentrations for the diagnosis of anemia and assessment of severity Vitamin and mineral nutrition information system Geneva: World Health Organization*.3,55-89,91-

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA SẢN PHỤ ĐƯỢC KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc*, Phạm Thị Yến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ được khởi phát chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu thực hiện trên 65 sản phụ có tuổi thai từ 37 – 42 tuần được khởi phát chuyển dạ tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả:** Chỉ số Bishop trước khi gây chuyển dạ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp nhất là 1 điểm, cao nhất là 5 điểm. Chỉ số Bishop trung bình là $3,42 \pm 1,31$ điểm. Nhóm sản phụ có chỉ số ối > 60mm chiếm tỷ lệ lớn nhất là 69,23%. Nhóm sản phụ còn ối chiếm tỷ lệ 87,69%, nhóm sản phụ có tình trạng ối vỡ chiếm tỷ lệ 12,31%. Tuổi thai 40 – 41 tuần có 53 trường hợp chiếm tỷ lệ 82,54%. **Kết luận:** Sản phụ được khởi phát chuyển dạ có chỉ

số Bishop trung bình là $3,42 \pm 1,31$ điểm và phần lớn có tuổi thai từ 40- 41 tuần.

Từ khóa: Chỉ số Bishop, chỉ số ối, khởi phát chuyển dạ.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF LABOUR INDUCTION IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNEACOLOGY

Objective: To describe clinical and subclinical characteristics of labour induction in National hospital of Obstetrics and Gynecology. **Methods:** This is cross sectional study among 65 pregnant women with 37 to 42 gestational age who were induced labour actively. **Results:** Beforelabour induction, Bishop score was ranging from 1 to 5 and mean score was $3,42 \pm 1,31$. There was 69,23% in group of amnionic fluid index under 60mm. Chorionic sac was still intact was 87,69%. Gestational age ranging from 40-41 was 82,54% (53 cases). **Conclusion:** Pregnant women were induced labour whose mean Bishop score was $3,42 \pm 1,31$ and mostly from 40 to 41 week of gestation.

*Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacbvpstw@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 1.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 28.12.2017

Keywords: Bishop score, Amniotic fluid index, induction of labor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khởi phát chuyển dạ là một trong những thủ thuật phổ biến trong sản khoa. Không phải tất cả các trường hợp khởi phát đều dẫn đến đẻ đường âm đạo; một số trường hợp phải mổ lấy thai, vì lý do cấp cứu hoặc khởi phát thất bại. Khởi phát chuyển dạ thường áp dụng đối với thai quá ngày sinh, ối giảm, ối vỡ non... Tại Việt Nam cũng đã có nhiều đề tài nghiên cứu về hiệu quả của các phương pháp gây chuyển dạ như truyền oxytocin, dùng Misoprostol, dùng Cerivprime, ống thông hai bóng cài tiến... Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về các yếu tố giúp tiên lượng sự thành công của khởi phát chuyển dạ. Cũng như nghiên cứu về ý nghĩa của chiều dài kênh cổ tử cung giúp tiên lượng khởi phát chuyển dạ thành công. Do đó, chúng tôi tiến hành làm đề tài nghiên cứu này với mục tiêu "*Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ được khởi phát chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

**Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:*
Đối tượng nghiên cứu là các sản phụ có thai trên 37 tuần chưa có dấu hiệu chuyển dạ được khởi phát chuyển dạ tại khoa đẻ Bệnh viện phụ sản trung ương, có đủ các tiêu chuẩn gồm:

- Một thai, thai sống, ngôi đầu.
 - Chưa có dấu hiệu chuyển dạ, có chỉ định khởi phát chuyển dạ.
 - Thai quá ngày sinh, thiếu ối, ối vỡ non.
 - Bệnh lý mẹ cần đình chỉ thai nghén.
- **Tiêu chuẩn loại trừ:*
- Thai to, bất tương xứng thai – khung chậu.
 - Thai bệnh lý, ngôi bất thường, thai chết lưu.
 - Các trường hợp đình chỉ thai nghén vì thai bất thường, thai phụ có khối u ở tử cung, di dạng sinh dục.

- Tiền sử có sẹo mổ cũ ở tử cung, rau tiền đạo, nguy cơ chảy máu khi có cơn co tử cung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả với mẫu ngẫu nhiên trong thời gian 6 tháng từ tháng 11/2016 đến tháng 4/2017.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu. Áp dụng kỹ thuật chọn mẫu chủ định (purposive sampling technique). Cỡ mẫu được chọn là tất cả các sản phụ thai trên 37 tuần chưa có dấu hiệu chuyển dạ, được chỉ định gây khởi phát chuyển dạ tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 11/2016 đến tháng 4/2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 6 tháng chúng tôi nghiên cứu được 65 sản phụ được khởi phát chuyển dạ tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương với kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm chỉ số Bishop trước khởi phát chuyển dạ

Chỉ số Bishop	Số BN	Tỷ lệ (%)
1	5	7,69
2	10	15,38
3	22	32,31
4	12	23,08
5	13	21,54
Tổng	65	100

Nhận xét: Chỉ số Bishop trước khi gây chuyển dạ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp nhất là 1 điểm, cao nhất là 5 điểm. Chỉ số Bishop trung bình là $3,42 \pm 1,31$ điểm.

Bảng 2. Chỉ số ối trước khi gây chuyển dạ

Chỉ số ối (mm)	Số BN	Tỷ lệ
≤28	5	7,69
29-40	5	7,69
41-60	10	15,38
>60	45	69,23
Tổng	65	100

Nhận xét: Nhóm sản phụ có chỉ số nước ối > 60mm chiếm tỷ lệ lớn nhất là 69,23%. Nhóm sản phụ có chỉ số nước ối ≤ 28mm và từ 29 – 40mm chiếm tỷ lệ ít nhất là 7,69%

Bảng 3. Tình trạng ối trước khi gây chuyển dạ

Tình trạng ối	Số BN	Tỷ lệ
ối còn	57	87,69
ối vỡ	8	12,31
Tổng	65	100

Nhận xét: Nhóm sản phụ còn ối chiếm tỷ lệ đa số, với 87,69%. Nhóm sản phụ có tình trạng ối vỡ chiếm tỷ lệ 12,31%

Bảng 4. Phân nhóm tuổi thai trước khi gây chuyển dạ

Tuổi thai(tuần)	Số BN	Tỷ lệ (%)
37-39	10	15,38
40-41	53	82,54
42	2	3,08
Tổng	65	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai từ 37 – 39 tuần có 10 trường hợp chiếm tỷ lệ 15,38 %, tuổi thai 40 – 41 tuần có 53 trường hợp chiếm tỷ lệ 82,54 %, tuổi thai 42 tuần có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,08 %.

IV. BÀN LUẬN

Chỉ số Bishop dùng để đánh giá tình trạng cổ tử cung dựa vào chiều dài, độ mở, mật độ, tư thế của cổ tử cung và mức độ xuống của ngôi. Chỉ số Bishop càng thấp tiên lượng đẻ đường dưới càng khó khăn. Theo kết quả nghiên cứu

của chúng tôi, chỉ số Bishop thấp nhất là 1 điểm, cao nhất là 5 điểm, Chỉ số Bishop trung bình là $3,42 \pm 1,31$ điểm. Đây đều là những điểm chưa thuận lợi cho khởi phát chuyển dạ, bắt buộc phải áp dụng các biện pháp gây khởi phát chuyển dạ.

Nghiên cứu của chúng tôi chọn các sản phụ có tuổi thai ≥ 37 tuần thai, có chỉ định đình chỉ thai nghén, tập trung một số nguyên nhân như thai quá ngày sinh, thiếu ối, vỡ ối non... Đối với trường hợp thai quá ngày sinh thì nguy cơ lượng nước ối giảm dần do thận thai nhi giảm bài tiết nước tiểu dẫn đến cuống rốn chèn ép dẫn đến suy thai. Theo Phan Trường Duyệt, nước ối ít có nguy cơ suy thai gấp 13 lần so với thai có nước ối bình thường[5]. Chính vì vậy mà những trường hợp thiếu ối cần chỉ định đình chỉ thai nghén tránh nguy hiểm. Qua bảng 2: Chúng tôi thấy có 5 trường hợp chỉ số nước ối ≤ 28 , có 5 trường hợp chỉ số nước ối từ 29-40mm, 10 trường hợp chỉ số nước ối từ 41 - 60mm và 45 trường hợp chỉ số nước ối >60 mm. Riêng trong 55 trường hợp thai quá ngày sinh có đến 13 trường hợp là chỉ số nước ối < 60 chiếm tỷ lệ 23,64%. Như vậy có thể thấy trong thai quá ngày sinh có nguy cơ bị thiếu ối và suy thai cho thai nhi.

So sánh với Nguyễn Trung Kiên [2] thấy ở nhóm sản phụ cso < 60 mm chiếm 53,2% trong đó riêng nhóm tuổi thai > 41 tuần cso < 60 mm chiếm 66%. Kết quả nghiên cứu của tôi cho thấy tỷ lệ thiếu ối ở thai quá ngày sinh thấp hơn so với kết quả của tác giả. Điều này cho thấy công tác khám, quản lý thai, tư vấn và các lớp tiền sản đã giúp thai phụ có nhiều kiến thức về thai nghén, nên đã đi khám, theo dõi sát và vào viện sớm khi có tình trạng thiếu ối.

Hassan AA, từ 5/2000 - 5/2003 nghiên cứu trên 210 trường hợp thai quá ngày sinh được đo chỉ số nước ối 2 lần /tuần ở thai > 41 tuần cho kết quả: tỷ lệ các biến chứng ở trẻ sơ sinh của các sản phụ có chỉ số nước ối < 60 mm cũng cao hơn so với các sản phụ có chỉ số nước ối > 60 mm. Đã tìm thấy 18,5% trẻ sơ sinh có biểu hiện của các biến chứng, trong đó chỉ số nước ối < 60 mm có 63,2% trẻ sơ sinh có biểu hiện các biến chứng sớm với độ nhạy 63,2%, độ đặc hiệu 83,1%. Vì vậy, chỉ số nước ối là test tin cậy để làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai, giảm tỷ lệ tử vong và tàn tật ở trẻ sơ sinh trong thai quá ngày sinh [6].

Ối vỡ non, ối vỡ sớm là một tai biến trong thai nghén và làm tăng tỷ lệ chết chu sinh. Nếu ối vỡ sớm khi thai gần đủ tháng hoặc vài giờ trước khi chuyển dạ thì nguy cơ cho mẹ và cho con ít hơn. Ngược lại, nếu ối vỡ non, ối vỡ sớm

khi thai non tháng thì hậu quả sẽ dẫn đến nhiễm khuẩn, đẻ non tháng, thai thiếu oxy càng nặng nề. Trong nghiên cứu của tôi, có 8 sản phụ có tình trạng ối vỡ non chiếm tỷ lệ 12,3%, có 57 sản phụ ối còn chiếm tỷ lệ 87,69%.

So sánh với các tác giả Nguyễn Thị Kiều Oanh [1] nghiên cứu đưa ra kết quả tình trạng sản phụ có ối vỡ năm 2004 và năm 2014 là 27,75% và 13,04%. Như vậy tỷ lệ sản phụ ối vỡ, rỉ ối trong nghiên cứu của tôi ít hơn so với nghiên cứu trên. Điều này cho thấy công tác khám, quản lý thai, tư vấn và các lớp tiền sản đã giúp thai phụ có nhiều kiến thức phòng ngừa nhiễm khuẩn, đi khám và điều trị kịp thời làm giảm đáng kể tình trạng ối vỡ non trước khi chuyển dạ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi thai từ 37 – 39 tuần có 10 trường hợp chiếm tỷ lệ 15%, tuổi thai 40 – 41 tuần có 53 trường hợp chiếm tỷ lệ 82%, tuổi thai 42 tuần có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 3%. Tuổi thai thấp nhất là 37 tuần, tuổi thai cao nhất là 42 tuần. Tuổi thai trung bình là .

So sánh với một số tác giả trong nước nghiên cứu về gây chuyển dạ như Lê Hoài Chương [7] tuổi thai trung bình là $39,32 \pm 1,66$. Theo Vũ Ngân Hà [4] tuổi thai trung bình là $40,3 \pm 1,2$ tuần. Như vậy kết quả nghiên cứu của tôi cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác.

V. KẾT LUẬN

Sản phụ được khởi phát chuyển dạ có chỉ số Bishop trung bình là $3,42 \pm 1,31$ điểm và phần lớn có tuổi thai từ 40- 41 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kiều Oanh (2015). *Nghiên cứu hiệu quả gây chuyển dạ ở thai phụ có tuổi thai trên 40 tuần trong 2 năm 2004 và 2014 tại bệnh viện phụ sản trung ương*, trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Trung Kiên (2010). *Đánh giá hiệu quả gây chuyển dạ của Misoprostol trong thai quá ngày sinh tại bệnh viện Phụ sản trung ương*, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Dede .F.S et al (2004). misoprostol for cervical ripening and labor induction in pregnancies with oligohydramnios. *Gynecologic & Obstetric investigation*, 57, 139 - 143.
4. Vũ Ngân Hà (2011). *Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ của Cerviprime tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương*, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Phan Trường Duyệt (1993). Các phương pháp đánh giá thăm dò bằng chỉ số lâm sàng. *Thăm dò trong sản khoa*, Nhà xuất bản Y học, 16 - 40.
6. Hassan AA (2005). The role of amniotic fluid index in the management of postdate pregnancy, *Journal of the College of Physicians and Surgeons*, 15(2), 85 - 88.
7. Lê Hoài Chương (2005). *Nghiên cứu tác dụng làm mềm mô cổ tử cung và gây chuyển dạ của Misoprostol*, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KHÂU NỐI MÁY STAPLER VÀ KHÂU NỐI BẰNG TAY TRONG UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG KINH NGHIỆM QUA 104 TRƯỜNG HỢP

Phạm Văn Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: so sánh kết quả sớm miệng nối đại tràng-trực tràng bằng stapled với khâu nối bằng tay điều trị ung thư đại trực tràng. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu so sánh 2 nhóm. **Kết quả:** 104 bệnh nhân ung thư đại tràng sigma và ung thư trực tràng cao chia 2 nhóm: 50 bệnh nhân nối đại tràng-trực tràng bằng stapler và 54 bệnh nhân nối đại tràng-trực tràng bằng tay. Thời gian mổ trung bình tương ứng 120,4 phút - 141,35 phút, thời gian trung tiện 3,1 ngày-3,4 ngày, thời gian nằm viện sau mổ 7,8-8,1 ngày. Tỷ lệ rò miệng nối 2%-1,8%, chảy máu miệng nối 4% - 1,8%, hẹp miệng nối 4%- 1,8%, nhiễm trùng vết mổ 2%-7,4%. **Kết luận:** so sánh kết quả sớm giữa miệng nối đại tràng- trực tràng bằng stapler và bằng tay không có sự khác nhau giữa 2 nhóm về thời gian trung tiện, thời gian nằm viện, tỷ lệ rò miệng nối. Tuy nhiên thời gian mổ của nhóm có miệng nối bằng stapler ngắn hơn nhóm khâu nối bằng tay, tỷ lệ chảy máu miệng nối và hẹp miệng nối cao hơn, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp hơn so với nhóm khâu nối bằng tay.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng, Miệng nối bằng tay, Miệng nối bằng máy

SUMMARY

EVALUATION OF STAPLED AND HAND-SEWN TECHNIQUES IN ANASTOMOSIS OF COLORECTAL CANCER SURGERY - EXPERIENCE OF 104 CASES

Objective: To compare short-term outcomes of stapled to hand-sewn anastomosis of colon to rectum in treatment of colorectal cancer. **Method:** Retrospective two-arm comparison study. **Results:** 104 patients with sigmoid and upper rectal cancer were divided into two groups: 50 patients with stapled anastomosis and 54 patients with hand-sewn anastomosis. The average operation time is 120.4 - 141.35 minutes. The time of having postoperative gas is 3.1-3.4 days. The duration of postoperative hospital stay is 7.8 - 8.1 days. The rate of anastomotic leak is 2%-1.8%, anastomotic bleeding is 4%-1.8%, anastomotic narrowing is 4%- 1.8%, surgical wound infection 2% - 7.4%. **Conclusion:** In comparison of stapled and hand-sewn techniques in anastomosis of colon to rectum in treatment of colorectal cancer, we conclude that there is no difference between the two groups in terms of duration of having postoperative gas, hospitalization stay, and rate of anastomotic leakage. However the operation time in group using

stapler is shorter than group with hand sewing. Patients with stapled anastomosis have higher rate of anastomotic bleeding, anastomotic narrowing but lower rate of surgical wound infection than the other group.

Key words: Colorectal cancer, Hand-sewn anastomosis, Stapler anastomosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt đoạn ống tiêu hoá có u và vạo vét hạch vùng tương ứng vẫn là phương pháp điều trị cơ bản mang tính triệt căn của ung thư đường tiêu hoá. Lập lại lưu thông tiêu hoá là một kỹ thuật ngoại khoa quan trọng, quyết định thành công của cuộc mổ ung thư đường tiêu hoá nói chung và ung thư đại trực tràng (UTĐTT) nói riêng. Miệng nối đại tràng- trực tràng có thể được thực hiện bằng máy Stapler hay khâu nối bằng tay kinh điển. Denam là người đầu tiên mô tả kỹ thuật khâu nối máy từ năm 1826 sau đó Murphy giới thiệu dụng cụ nối mang tên ông vào năm 1892. Dụng cụ này gọi là Murphy's button nhưng nó gây thất vọng với các bác sĩ ngoại khoa vì kết quả lâm sàng sau khi làm miệng nối không tốt do lòng dụng cụ nhỏ và miệng nối có tỷ lệ hoại tử cao [1],[4]. Ngày nay, sau khi trải qua nhiều giai đoạn công nghệ chế tạo dụng cụ khâu nối máy đã đạt tới sự hoàn thiện, bảo đảm an toàn cho miệng nối đại tràng-trực tràng như loại CDH của hãng J&J, hay máy nối của Coviden... Trong khi đó khâu nối kinh điển bằng tay có lịch sử hơn một thế kỷ nay và cũng được hoàn thiện theo thời gian cùng với những tiến bộ của chỉ khâu liên kim. Câu hỏi đặt ra là sự khác biệt về kết quả giữa 2 phương pháp khâu nối này như thế nào?

Đã có những nghiên cứu so sánh trên thế giới về tính ưu việt của phương pháp khâu nối ống tiêu hoá bằng stapler so với khâu nối kinh điển. Ở trong nước, việc áp dụng kỹ thuật khâu nối ống tiêu hoá bằng máy cũng đã được thực hiện từ khoảng những năm đầu của thập kỷ 90 nhưng những bài viết về so sánh miệng nối đại tràng-trực tràng của các phương pháp này chưa nhiều. Chúng tôi viết bài này với mục tiêu: *So sánh kết quả sớm miệng nối đại tràng- trực tràng bằng stapler với khâu nối bằng tay trong điều trị ung thư đại trực tràng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: bệnh nhân ung thư đại tràng sigma và trực tràng cao

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 4.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.12.2017

Ngày duyệt bài: 19.12.2017

giai đoạn II-III, được phẫu thuật triệt căn và nối đại tràng- trực tràng. Miệng nối chia làm 2 nhóm: nối bằng stapler (CDH hãng J&J số 29-31) và miệng nối khâu bằng tay 2 lớp (trong khâu vết chỉ PDS 3.0, ngoài mũi rời chỉ PDS 4.0).

+ **Các chỉ tiêu nghiên cứu:** tuổi, giới, thời gian mổ, thời gian có trung tiện sau mổ, tỷ lệ chảy máu, hẹp miệng nối, rò miệng nối, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ. Thời gian đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu tới 30 ngày sau mổ.

+ **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu, so sánh 2 nhóm.

III. KẾT QUẢ

104 bệnh nhân ung thư đại tràng sigma và ung thư trực tràng cao giai đoạn II-III

+ Tuổi trung bình: 62,5 tuổi

+ Nam/nữ 1,5

Bảng: Các chỉ tiêu nghiên cứu

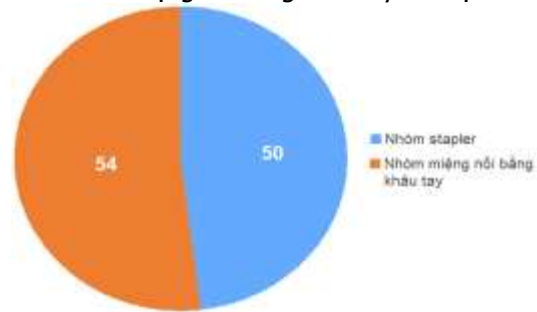
Các chỉ tiêu nghiên cứu	Nhóm nối bằng stapler	Nhóm nối bằng khâu tay
Thời gian mổ trung bình	120,4 phút	141,35 phút
Thời gian có trung tiện	3,1 ngày	3,4 ngày
Thời gian nằm viện sau mổ	7,8 ngày	8,1 ngày
Tỷ lệ chảy máu miệng nối	4%	1,8%
Tỷ lệ rò miệng nối	2%	1,8%
Tỷ lệ hẹp miệng nối	4%	1,8%
Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ	2%	7,4%
Tổng số bệnh nhân	50	54

IV. BÀN LUẬN

Thời gian mổ: Phẫu thuật vẫn là phương pháp cơ bản mang tính triệt căn điều trị UTĐTT: cắt đoạn ruột có u, nạo vét hạch vùng theo nguyên tắc ung thư sau đó lập lại sự lưu thông của đại trực tràng bằng miệng nối đại tràng-trực tràng. Miệng nối đại tràng- trực tràng có thể thực hiện kinh điển khâu bằng tay hoặc bằng stapler. Kỹ thuật dùng stapler cũng như khâu nối bằng tay trong nghiên cứu của chúng tôi luôn tuân theo 1 protocol thống nhất: với nhóm nối bằng stapler CDH 29-31 miệng nối tận tận sau khi cắt móm trực tràng bằng contour. Trong khi đó nhóm khâu nối bằng tay sẽ được thực hiện khâu nối tận- tận 2 lớp: lớp trong chỉ PDS 3.0 mũi vắt, lớp ngoài mũi rời PDS 4.0. Kết quả thực tế trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm dùng stapler nhanh hơn nhóm khâu nối bằng tay khoảng 20 phút (120,4 phút-141,35 phút). Bangaru.H (2012) so sánh giữa 2 nhóm cho kết quả nhóm khâu nối stapler có thời gian mổ trung bình là 165,1 phút, nhóm khâu nối bằng tay là 192,55 phút ($p < 0,05$) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [1]. Một báo cáo 2016 Meta-analysis so sánh đối chứng (randomized

+ Nhóm miệng nối đại tràng- trực tràng bằng stapler: 50 bệnh nhân

+ Nhóm miệng nối bằng khâu tay: 54 bệnh nhân.



Biểu đồ 1: Số bệnh nhân có miệng nối bằng stapler và miệng nối khâu bằng tay

Nhận xét: 50 bệnh nhân dùng stapler, 54 bệnh nhân khâu miệng nối bằng tay.

controlled trials) của tác giả Slessor.A thông kê tất cả các bài viết trên MEDLINE, Embase, Cochrane với tiêu chuẩn là so sánh đối chứng 2 nhóm nối đại trực tràng bằng stapler và khâu nối kinh điển bằng tay với số lượng 106 bài báo gồm 1969 bệnh nhân. Tác giả cũng kết luận nhóm nối bằng stapler có thời gian mổ nhanh hơn nhóm khâu nối bằng tay ($P < 0,05$) [5]. Tuy nhiên ứng dụng stapler trong nối đại tràng-trực tràng ngoài thời gian mổ ra còn tạo thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện miệng nối trong một tiểu khung hẹp sẽ rất khó khăn khi khâu nối bằng tay ở khía cạnh kỹ thuật ngoại khoa.

Thời gian có nhu động ruột sau mổ: liệt ruột cơ năng sau mổ là một phản ứng sinh lý bình thường sau phẫu thuật ổ bụng nói chung. Nhu động ruột trở lại sớm hay muộn phụ thuộc vào các yếu tố như: thời gian phẫu thuật, tính chất phẫu thuật vô trùng hay nhiễm khuẩn, số lượng các tạng trong ổ bụng bị can thiệp, mức độ sang chấn ruột trong phẫu thuật, miệng nối tiêu hoá, phương pháp phẫu thuật nội soi hay mổ mở, thể trạng chung và mức độ vận động sớm sau mổ... Với phẫu thuật UTĐTT là loại phẫu thuật tác động nhiều đến nhu động ruột sau mổ, thời gian

có nhu động ruột trở lại sau mổ có bị ảnh hưởng bởi miệng nối bằng stapler hay khâu nối bằng tay hay không?. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm miệng nối stapler có thời gian trung tiện sau mổ trung bình là 3,1 ngày, nhóm miệng nối bằng tay là 3,4 ngày, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

Chảy máu miệng nối: đây là biến chứng quan trọng của miệng nối tiêu hoá, nó quyết định tới sự thành công của cuộc phẫu thuật. Chảy máu miệng nối thường xảy ra trong 24h sau mổ, điểm chảy nằm trên chính miệng nối. Nguyên nhân chảy máu tại miệng nối là do miệng nối được tưới máu tốt nhưng khi nối 2 diện cắt lại với nhau những mạch máu nhỏ ở diện cắt 2 đầu không được cầm máu tốt. Đối với miệng nối khâu bằng tay trong quá trình thao tác kỹ thuật diện cắt 2 đầu được quan sát trực tiếp dưới mắt thường nên những điểm chảy máu dễ được phát hiện và cầm máu tốt trong khi nối bằng stapler đầu dưới mòm trực tràng đã được đóng kín, khi bấm máy nối xong chúng ta không thể quan sát được miệng nối vì thế khó phát hiện được điểm chảy máu trên miệng nối. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ chảy máu miệng nối khi dùng stapler là 4%, nhóm khâu nối bằng tay có 1,8% chảy máu miệng nối. Zbar A.P (2012) cũng có cùng nhận xét về nguy cơ chảy máu miệng nối khi nối bằng máy cao hơn miệng nối kinh điển [7]. Gustafsson.P (2015) lại nhấn mạnh rằng trong kỹ thuật nối ống tiêu hoá bằng stapler phải chú trọng kích cỡ độ dày của hàng đinh ghim trong máy nối, nếu thành ruột mỏng mà dùng máy nối có hàng đinh ghim dày thì nguy cơ chảy máu miệng nối sẽ cao [2].

Rò miệng nối: đây là một trong các biến chứng quan trọng nhất của miệng nối đại tràng-trực tràng vì là nguyên nhân gây tử vong cho bệnh nhân sau phẫu thuật UTĐTT lên tới 10%. Theo các báo cáo tỷ lệ rò miệng nối trong UTĐTT dao động từ 3% đến 9%. Một miệng nối tiêu hoá tốt thường phải được tưới máu tốt, không căng, kín và không có cản trở cơ học phía dưới dòng nhu động cũng như không ở trong môi trường nhiễm trùng. Nghiên cứu của Banraru. H (2012) trên 120 bệnh nhân UTĐTT thì không có sự khác biệt về tỷ lệ rò miệng nối giữa 2 nhóm. Tác giả chỉ đưa ra ưu thế của nối bằng stapler khi miệng nối đại tràng- trực tràng thấp so với khâu nối bằng tay [1]. Phân tích Meta-analysis có so sánh đối chứng trên 1969 bệnh nhân của Slessor.A.A.P (2016) có 9 nghiên cứu so sánh đối chứng 2 phương pháp nối bằng stapler và nối bằng khâu tay cho kết quả không

có sự khác biệt về tỷ lệ rò miệng nối giữa 2 nhóm [5]. Các tác giả khác cũng có nhận xét chung về tỷ lệ rò miệng nối không có sự khác biệt ở 2 phương pháp nối này [6],[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm dùng stapler chỉ có một bệnh nhân (2%) rò miệng nối ngày thứ 7 sau mổ, điều trị nội khoa có kết quả. Nhóm miệng nối bằng tay cũng chỉ có 1 bệnh nhân (1,8%) rò miệng nối biểu hiện trên lâm sàng dịch qua dẫn lưu, điều trị nội khoa không phải can thiệp lại. Báo cáo 2017 của Schiff.A nghiên cứu hồi cứu đa quốc gia chẩn đoán và điều trị rò miệng nối đại trực tràng được nối bằng stapler trên 458 bệnh nhân UTĐTT do 26 phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ UTĐTT thực hiện. Kết quả tỷ lệ rò miệng nối là 13,5% [4]. Tobola (2017) so sánh tỷ lệ rò miệng nối ở nhóm stapler là 2,2% so với nhóm khâu nối bằng tay là 3%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [6].

Hẹp miệng nối: nguyên nhân gây hẹp miệng nối được cho là do viêm xơ miệng nối, hệ quả của phản ứng mô với dị vật ngoại lại tại miệng nối như đinh ghim trong stapler hay chỉ khâu. Hẹp miệng nối cũng đôi khi là hệ quả của rò miệng nối hay chảy máu miệng nối. Tobola.R (2017) phân tích tỷ lệ hẹp miệng nối đại- trực tràng ở nhóm nối bằng stapler có cùng giả thiết do xơ hoá miệng nối [6]. Trong 104 bệnh nhân của chúng tôi, tỷ lệ hẹp miệng nối ở nhóm dùng stapler là 4%, nhóm khâu nối bằng tay là 1,8%.

Nhiễm trùng vết mổ và thời gian nằm viện sau mổ: nghiên cứu của Bangaru.H (2012) sự khác biệt về thời gian nằm viện sau mổ cũng như tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nối bằng stapler và nối bằng tay [1]. Kết quả này cũng giống với Schiff.A [4] và Liu.B.W [3]. Trên 104 bệnh nhân của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình sau mổ của nhóm nối kinh điển là 8,1 ngày, nhóm dùng stapler là 7,8 ngày nhưng tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ ở nhóm stapler chiếm 2% trong khi nhóm khâu nối bằng tay là 7,4%. Nguyên nhân của sự khác biệt về nhiễm trùng vết mổ có thể giải thích được là khi khâu nối bằng tay, miệng nối đại tràng-trực tràng mở nên nguy cơ nhiễm trùng cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 104 bệnh nhân UTĐTT so sánh kết quả sớm giữa miệng nối đại tràng-trực tràng bằng stapler và khâu bằng tay không có sự khác nhau giữa 2 nhóm về thời gian trung tiện, thời gian nằm viện, tỷ lệ rò miệng nối. Tuy nhiên thời gian mổ của nhóm miệng nối bằng stapler ngắn hơn nhóm khâu nối bằng tay (120,4 - 141,35

phút), tỷ lệ chảy máu miệng nối (4%-1,8%) và hẹp miệng nối (4%-1,8%) cao hơn, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ (2%-7,4%) thấp hơn so với nhóm khâu nối bằng tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bangaru. H, Rao Veitla. R.M, Pigilam. M, Kunwargiri. G.K (2012) "Comparative study between staplers and conventional (Hand-sewn) anastomosis in gastrointestinal surgery". Indian J Surg 74 (6): 462-467
2. Gustafsson.P, Jestin.P, Gunnarsson.U, Lindfors.U (2015): "Higher frequency of anastomotic leakage with stapled compared to hand-sewn ileocolic anastomosis in a large population-based study". World J Surg DOI 10.1007/s00268-015-2996-6
3. Liu.B.W, Liu.Y, Liu.J.R, Feng.Z.X (2014): "Comparison of hand-sew and stapled anastomoses in surgeries of gastrointestinal tumors based on clinical practice of China". World journal of surgical oncology 12:292
4. Schiff.A, Roy.S, Pignot.M, Ghosh.S.K et al (2017): "Diagnosis and management of intraoperative colorectal anastomotic leaks: Aglobal retrospective patient chart review study". Surgery Research and Practic Vol 2017, ID 3852731, 9 pages.
5. Slessor.A.A.P, Pellino.G, Shariq.O, Cocker.D et al (2016) "Compression versus hand-sewn and stapled anastomosis in colorectal surgery: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials". Tech Coloproctol. DOI 10.1007/s10151-016-1521-8
6. Tobola.R, Cirocchi. R, Fingerhut.A, Arezzo.A et al (2017): "Asystematic analysis of controlled clinical trials using the NiTi CAR compression ring in colorectal anastomoses". Tech Coloproctol DOI 10.1007/s10151-017-1583-2.
7. Zbar.A.P, Nir.Y, Weizman.A, Rabau.M et al (2012): "Compression anastomoses in colorectal surgery: a review". Tech coloproctol 16: 187-199

XÁC ĐỊNH CÁC DỰ BÁO ĐỘC LẬP CỦA ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO CỤC BỘ Ở NGƯỜI CAO TUỔI (>75 TUỔI)

Nguyễn Huy Ngọc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các dự báo độc lập liên quan với hậu quả của đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp (IS) ở người rất cao tuổi (> 75 tuổi) so với người cao tuổi từ 60-75 tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 308 bệnh nhân IS cấp tuổi ≥ 60 (138 BN > 75 tuổi), được điều trị tại Đơn vị đột quỵ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ (2014-2017). Đặc điểm chung, mức độ tàn tật trước đột quỵ (Rankin ≥ 3) và các bệnh lý kết hợp, nguyên nhân gây IS, thang các đánh giá lâm sàng và xét nghiệm khi nhập viện, các biến chứng đã được thống kê. Các dự báo độc lập của tử vong trong bệnh viện, tỷ lệ tàn tật, thời gian nằm viện, ra viện không phục hồi chức năng và không về nhà đã được xác định bởi phương pháp hồi quy logistic. Các nguy cơ trước và sau tuổi 75 đã được so sánh. **Kết quả:** Các hậu quả nghèo nàn cao hơn ở nhóm (>75 tuổi) so với nhóm (≤ 75 tuổi). Điểm NIHSS, mức độ nặng trên lâm sàng (phải thở oxy hỗ trợ, đặt thông tiểu, ống thông dạ dày), tỷ lệ tàn tật và các biến chứng khi nằm viện là dự báo hậu quả của cả hai nhóm. Sau 75 tuổi, nguyên nhân trước IS gồm (tuổi, giới và tình trạng chức năng) được xác định là dự báo độc lập. **Kết luận:** Xác định hồi quy logistic thấy các dự báo độc lập trước IS và ba ngày đầu nằm viện của nhóm (>75 tuổi): Phải hỗ trợ trong sinh hoạt hằng ngày, thở máy và viêm phổi; nhóm ($\leq$

75 tuổi): Rung nhĩ, là hậu quả nghèo nàn và tử vong khi ra viện.

Từ khóa: Người cao tuổi, yếu tố dự báo, phân tích hồi quy đa biến, thở máy, rung nhĩ

SUMMARY

THE STUDY OF INDEPENDENT PREDICTORS OF ISCHEMIC STROKE IN THE ELDERLY (> 75 YEARS)

Objective: The study of independent predictors of acute ischemic stroke (IS) in the oldest-old (>75 years) with the elderly (from 60-75 years). **Subject and method:** Data are for 308 consecutive IS patients aged ≥ 60 years (138 aged >75years) admitted to a stroke unit of Phu Tho hospital from (2014-2017). Demographics, prestroke disability (modified Rankin Scale ≥ 3) and comorbidities, IS etiology and subtype, NIH Stroke Scale (NIHSS) score, clinical and laboratory admission parameters and medical complications were prospectively registered. Independent predictors of in-hospital death, incident disability, length stay, discharge without rehabilitation, and no direct discharge home were identified by multiple logistic regression. Risk profiles before and after age 75 were compared. **Results:** Poor outcomes were more frequent in the oldest-old (>75 years) compared to the younger patients (≤ 75 years). NIHSS score, clinical parameters of IS severity (need for oxygen, indwelling catheter, or nasogastric tube), incidents disability, and medical complications predicted most of the study outcomes in both age groups. After age 75, IS etiology and subtype proved additional independent determinants for most outcomes along with age, sex, and prestroke functional and health status. **Conclusions:** Identified by multiple logistic regression were: independent predictors prestroke and first threedays in the hospital of acute

*Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: huyngoc888@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2017

Ngày duyệt bài: 29.12.2017

ischemic stroke in the oldest-old (> 75 years) were dependent, mechanical ventilation and pneumonia; the patients (≤ 75 years) with atrial fibrillation were poor outcomes and death when discharge.

Keywords: Elderly person, predictive factor, multiple logistic regression, mechanical ventilation, atrial fibrillation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ thiếu máu não cục bộ (ischemic stroke) chiếm khoảng 80 - 85% của đột quỵ não, là nguyên nhân hàng đầu của tử vong và tàn tật. Tỷ lệ của nó gia tăng theo tuổi ở các bệnh nhân (BN) già và rất già (>75 tuổi). So với những người già, những người rất già (>75 tuổi) bị đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp, hậu quả có gì khác cả về tỷ lệ tử vong và tàn tật?

Để tìm hiểu các dự báo độc lập ở các BN rất cao tuổi (>75 tuổi) so với các bệnh nhân cao tuổi (từ 60-75 tuổi) đột quỵ thiếu máu cục bộ não, chúng tôi tiến hành đề tài: "Xác định các dự báo độc lập của đột quỵ thiếu máu não cục bộ ở người cao tuổi (> 75 tuổi)" nhằm mục tiêu: *Xác định các yếu tố độc lập liên quan với hậu quả của đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp ở người trên 75 tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 308 bệnh nhân (BN) ≥ 60 tuổi (có 138 BN > 75 tuổi), bị nhồi máu não (NMN) cấp được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ (2014 - 2017).

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các BN nghiên cứu được chẩn đoán đột quỵ thiếu máu não cục bộ theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (1989)

- Lâm sàng, bệnh xảy ra đột ngột với tổn thương thần kinh khu trú tồn tại trên 24 giờ.

Bảng 1. Lý do vào viện

Nội dung		Tuổi		p
		≤ 75 tuổi (n = 170)	>75 tuổi (n = 138)	
Giới	Nam	101 (59,4%)	77 (55,8%)	P = 0,523
	Nữ	69 (40,6%)	61 (44,2%)	
Yếu nửa người		101 (59,4%)	93 (67,4%)	0,149
Đau đầu		17 (10,0%)	7 (5,1%)	0,109
Chóng mặt		4 (2,4%)	4 (2,9%)	0,519*
Nói khó		17 (10,0%)	10 (7,3%)	0,395
Lơ mơ		23 (13,5%)	20 (14,5%)	0,808
Hôn mê		12 (7,1%)	8 (5,8%)	0,655

(test Khi bình phương, *: test Fisher's exact)

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$; test khi bình phương) về tuổi và giới cũng như lý do vào viện của hai nhóm BN.

Bảng 2. Thời gian điều trị theo nhóm tuổi

Thời gian điều trị	≤ 75 tuổi (n, %)	> 75 tuổi (n, %)	p
Dưới 10 ngày	75 (44,1%)	61 (44,2%)	0,993
Từ 10 đến dưới 20	66 (38,8%)	52 (37,7%)	
Từ 20 đến dưới 30 ngày	21 (12,4%)	19 (13,8%)	
Từ 30 đến dưới 40 ngày	6 (3,5%)	5 (3,6%)	
Từ 40 ngày trở lên	2 (1,2%)	1 (0,7%)	

- Phim CTscan hoặc cộng hưởng từ sọ não (MRI) có hình ảnh giảm tỷ trọng mỗi tương ứng với lâm sàng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các BN có cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIAs), chảy máu não, u não, chấn thương sọ não, viêm não. BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

- **Thiết kế nghiên cứu:** Theo phương pháp mô tả, theo dõi dọc

- Các BN được chia làm 2 nhóm:

+ Nhóm 1: gồm 138 BN >75 tuổi (nhóm nghiên cứu)

+ Nhóm 2: gồm 170 BN từ 60-75 tuổi (nhóm so sánh)

- **Kỹ thuật thu nhập thông tin:** BN được khám, đánh giá theo một mẫu bệnh án thống nhất.

- **Xét nghiệm cận lâm sàng:** Trong 24 giờ sau tiếp nhận, tất cả BN được chụp CTscan hoặc MRI sọ não để loại trừ chảy máu não và xác định tính chất, mức độ của NMN; làm các xét nghiệm máu thường quy, điện tim; siêu âm mạch cảnh; siêu âm tim qua ngực; theo dõi điện tim 24 giờ trên holter nếu nghi ngờ nguyên nhân tắc mạch tim.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học, phần mềm SPSS 16.0; tỷ lệ phần trăm, kiểm định bằng các test χ^2 ; t-Student, độ tin cậy 95%, xác suất có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Khía cạnh đạo đức của đề tài: Tất cả BN hoặc thân nhân được giải thích, trao đổi cặn kẽ, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm chung

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p > 0,05$; test Fisher's exact) giữa thời gian điều trị của hai nhóm BN ≤ 75 tuổi và trên 75 tuổi.

Bảng 3. Tần suất yếu tố dự báo trước đột quỵ theo nhóm tuổi

Tần suất yếu tố dự báo trước đột quỵ			Tần suất yếu tố dự báo trong 72 giờ đầu nằm viện		
Tần suất yếu tố dự báo	≤ 75 tuổi (n, %)	> 75 tuổi (n, %)	Tần suất yếu tố dự báo	≤ 75 tuổi (n, %)	> 75 tuổi (n, %)
0 yếu tố	0	1 (0,7%)	0 yếu tố	2 (1,2%)	4 (2,9%)
1 -	33 (19,4%)	29 (21,0%)	1 -	20 (11,8%)	17 (12,3%)
2 -	45 (26,5%)	43 (31,2%)	2 -	56 (32,9%)	31 (22,5%)
3 -	54 (31,8%)	28 (20,3%)	3 -	36 (21,2%)	19 (13,8%)
4 -	22 (12,9%)	17 (12,3%)	4 -	20 (11,8%)	22 (15,9%)
5 -	10 (5,9%)	10 (7,3%)	5 -	11 (6,5%)	8 (5,8%)
6 -	4 (2,4%)	7 (5,1%)	6 -	6 (3,5%)	12 (8,7%)
7 -	0	0	7 -	7 (4,1%)	9 (6,5%)
8 -	1 (0,6%)	2 (1,5%)	8 -	7 (4,1%)	6 (4,4%)
9 -	1 (0,6%)	1 (0,7%)	9 -	3 (1,8%)	6 (4,4%)
P = 0,366			10 -	2 (1,2%)	4 (2,9%)
			P = 0,142		

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p > 0,05$; test Fisher's exact) giữa tần suất xuất hiện yếu tố dự báo trước điều trị và trong ba ngày đầu nằm viện của hai nhóm BN ≤ 75 tuổi và nhóm > 75 tuổi.

Bảng 4. Yếu tố dự báo trước đột quỵ theo nhóm tuổi

Yếu tố dự báo trước đột quỵ			
Yếu tố dự báo	≤ 75 tuổi (n, %)	> 75 tuổi (n, %)	p
Nam giới	101 (59,4)	77 (55,8%)	0,523
Tăng huyết áp	157 (92,4%)	125 (90,6%)	0,578
Đái tháo đường	39 (22,9%)	20 (14,5%)	0,061
Rối loạn chuyển hóa lipid	73 (42,9%)	53 (38,4%)	0,421
Tiền sử đột quỵ	25 (14,7%)	37 (26,8%)	0,008
Hỗ trợ trong sinh hoạt	21 (12,4%)	31 (22,5%)	0,018
Bệnh mạch vành	10 (5,9%)	17 (12,3%)	0,047
Bệnh van tim	6 (3,5%)	7 (5,1%)	0,503
Rung nhĩ	8 (4,7%)	15 (10,9%)	0,041
Cơ TIA	33 (19,4%)	28 (20,3%)	0,848
Béo phì	10 (5,9%)	10 (7,3%)	0,629
Nghiện thuốc lá	37 (21,8%)	10 (7,3%)	<0,001
Lạm dụng rượu	10 (5,9%)	2 (1,5%)	0,046
Sống độc thân	3 (1,8%)	4 (2,9%)	0,386*
Kinh tế khó khăn	32 (18,8%)	25 (18,1%)	0,874

(test Khi bình phương; *: test Fisher's exact)

Nhận xét: Nhóm BN trên 75 tuổi có tỷ lệ yếu tố dự báo trước đột quỵ (tiền sử đột quỵ, cần hỗ trợ trong sinh hoạt, bệnh lý mạch vành, rung nhĩ) cao hơn nhóm ≤ 75 tuổi ($p < 0,05$); nhưng ở nhóm BN ≤ 75 tuổi, tỷ lệ nghiện thuốc lá, lạm dụng rượu lại cao hơn ($p < 0,05$).

Bảng 5. Yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nằm viện theo nhóm tuổi

Yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nằm viện	≤ 75 tuổi (n, %)	> 75 tuổi (n, %)	p
Thời gian từ khi BN nhập viện đến khi được khám, đánh giá toàn diện	< 6 giờ	45 (26,5%)	0,087
	> 6 giờ	125 (73,5%)	
Điểm NIHSS	0 - 6	111 (65,3%)	0,043
	7 - 15	30 (17,7%)	
	> 15	29 (17,1%)	
Glasgow	3 - 7	7 (4,1%)	0,630
	8 - 12	44 (25,9%)	
	13 - 15	119 (70,0%)	
Độ liệt (n=287)	Độ 0	18 (11,3%)	0,001
	Độ 1	22 (13,8%)	
	Độ 2	21 (13,1%)	
	Độ 3	47 (29,4%)	

	Độ 4	43 (26,9%)	15 (11,8%)	
	Độ 5	9 (5,6%)	5 (3,9%)	
Thở oxy		104 (61,2%)	109 (79,0%)	0,001
Thở máy		17 (10,0%)	30 (21,7%)	0,004
Ống thông dạ dày		23 (13,5%)	33 (23,9%)	0,019
Ống thông tiểu		14 (8,2%)	19 (13,8%)	0,118
Sốt		25 (14,7%)	31 (22,5%)	0,079
Bạch cầu tăng		42 (24,7%)	47 (34,1%)	0,072
BC nội khoa: Viêm phổi		31 (18,2%)	47 (34,1%)	0,001
BC nội khoa: Viêm tiết niệu		1 (0,6%)	1 (0,7%)	0,696*
BC nội khoa: Suy tim cấp		1 (0,6%)	2 (1,5%)	0,422*
BC nội khoa: Suy thận cấp		1 (0,6%)	3 (2,2%)	0,237*

(test Khi bình phương; *: test Fisher's exact)

Nhận xét: Các BN trên 75 tuổi có yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nhập viện (điểm NIHSS, thở oxy, thở máy, đặt ống thông dạ dày và biến chứng viêm phổi) cao hơn nhóm BN ≤ 75 tuổi, (p < 0,05).

Bảng 6. Mối liên quan giữa một số yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nằm viện với tình trạng nặng lên/ tử vong khi ra khỏi đơn vị đột quỵ theo hai nhóm tuổi

Yếu tố dự báo	≤ 75 tuổi (n=170)				> 75 tuổi (n=138)			
	OR thô		OR hiệu chỉnh		OR thô		OR hiệu chỉnh	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Nhập viện > 6h	0,85 (0,3-2,6)	0,773	1,79 (0,1-17,5)	0,675	1,27 (0,6-2,8)	0,554	3,34 (0,6-19,8)	0,183
NIHSS >15 điểm	7,48 (2,4-23,0)	<0,001	2,98e-08	0,996	5,83 (2,4-14,3)	<0,001	0,79 (0,1-6,2)	0,825
Glasgow <13 điểm	9,84 (2,8-34,6)	<0,001	7,65e-07	0,998	6,45 (2,6-15,7)	<0,001	3,53 (0,6-22,2)	0,179
Độ liệt: 0, 1, 2	-		-		0,15 (0,1-0,5)	<0,001	0,3 (0-3,1)	0,341
Thở oxy	-		-		4,10 (1,1-14,9)	0,020	0,96 (0,1-13,4)	0,976
Thở máy	556,25 (9,2-3485)	<0,001	1,49e+15	0,997	52,0 (9,5-183,9)	<0,001	22,71 (1,9-265,1)	0,013
Ống thông dạ dày	135,94 (12,4-1493)	<0,001	14,09 (0,3-626,1)	0,172	38,45 (8,7-169,7)	<0,001	1,93 (0,2-20,0)	0,580
Ống thông tiểu	53,21 (9,2-309,1)	<0,001	6,67 (0,2-222,7)	0,289	39,67 (6,2-253,7)	<0,001	3,79 (0,3-46,2)	0,297
Sốt	9,63 (3,0-30,9)	<0,001	0,05 (0-4,7)	0,197	8,99 (3,3-24,5)	<0,001	0,60 (0,1-5,0)	0,638
Bạch cầu tăng	13,90 (3,8-51,2)	<0,001	6,32 (0,1-287,8)	0,344	9,82 (3,7-26,1)	<0,001	0,46 (0,1-4,2)	0,493
Viêm phổi	16,93 (4,7-61,6)	<0,001	14,2 (0,4-561,2)	0,156	18,31 (5,7-58,4)	<0,001	19,90 (2,5-156,6)	0,004
Viêm tiết niệu	-		-		-		-	
Suy tim cấp	-		-		-		-	
Suy thận cấp	-		-		5,50 (0,5-64,4)	0,126	20,23 (0,6-650,1)	0,089

Nhận xét: - Ở nhóm BN trên 75 tuổi, nguy cơ nặng lên, tử vong cao gấp 7,48 lần nếu điểm NIHSS >15 điểm; 9,84 lần nếu có Glasgow <13 điểm; 556,25 lần nếu thở máy; 135,94 lần nếu đặt ống thông dạ dày; 53,21 lần nếu đặt ống thông tiểu; 9,63 lần nếu sốt; 13,90 lần nếu bạch cầu tăng và 16,93 lần nếu viêm phổi.

- Ở nhóm BN ≤ 75 tuổi, nguy cơ nặng lên, tử vong cao gấp 5,83 lần nếu có điểm NIHSS > 15 điểm; gấp 6,45 lần nếu Glasgow < 13 điểm; gấp 4,10 lần nếu phải thở oxy; gấp 52,0 lần nếu thở máy; 38,45 lần nếu đặt ống thông dạ dày; 39,67 lần nếu đặt ống thông tiểu; 8,99 lần nếu sốt; 9,82 lần nếu bạch cầu tăng và 18,31 lần nếu biến chứng viêm phổi.

Bảng 7. Tình trạng sau khi ra viện 6 tháng theo hai nhóm (n=249)

Tình trạng ra viện sau 6 tháng	≤ 75 tuổi (n, %)	> 75 tuổi (n, %)	p
Ổn định	132 (87,4%)	47 (48,0%)	p<0001
Tái phát	14 (9,3%)	29 (29,6%)	
Tử vong	5 (3,3%)	22 (22,5%)	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa (p<0,001, test Khi bình phương) giữa tình trạng ra viện sau 6 tháng theo nhóm tuổi. Nhóm BN ≤ 75 tuổi có tình trạng ổn định cao hơn, tình trạng tái phát, tử vong thấp hơn nhóm BN trên 75 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số yếu tố dự báo đột quỵ theo nhóm tuổi: Đột quỵ là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và khiếm khuyết vận động, là tác nhân chính làm gia tăng chi phí chăm sóc y tế. Nguy cơ đột quỵ ngày càng cao khi tuổi thọ càng tăng, theo thống kê các đối tượng cao tuổi nhất (≥75 tuổi) bị đột quỵ chiếm hơn 1/3 số ca nhập viện, họ có tỷ lệ tử vong và khiếm khuyết vận động cao hơn do thường không được quan tâm trong các thử nghiệm lâm sàng và có rất ít thông tin về các tác nhân gây hậu quả của đột quỵ.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ của một số yếu tố dự báo trước đột quỵ theo nhóm tuổi. Những BN ≤ 75 tuổi có tỷ lệ tiền sử đột quỵ, cần hỗ trợ trong sinh hoạt, bệnh lý mạch vành, rung nhĩ thấp hơn nhưng lại có tỷ lệ nghiện thuốc lá, lạm dụng rượu cao hơn những BN >75 tuổi. Những BN > 75 tuổi, nguy cơ nặng lên, tử vong ở những khi phải hỗ trợ sinh hoạt, mắc bệnh mạch vành, rung nhĩ. Nhưng khi phân tích hồi quy đa biến logistics, ở nhóm BN ≤ 75 tuổi chỉ còn yếu tố rung nhĩ là yếu tố tiên lượng độc lập với tình trạng nặng lên và tử vong, ở nhóm BN > 75 tuổi, hỗ trợ sinh hoạt là yếu tố tiên lượng độc lập với tình trạng nặng lên và tử vong.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa một số yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nằm viện theo 2 nhóm tuổi. Những BN > 75 tuổi có điểm NIHSS cao, thở oxy, thở máy, đặt ống thông dạ dày, có biến chứng viêm phổi cao hơn những BN ≤ 75 tuổi. Sau khi phân tích hồi quy đa biến logistics, ở nhóm BN > 75 tuổi chỉ còn yếu tố thở máy và viêm phổi là yếu tố tiên lượng độc lập với tình trạng nặng lên và tử vong. Ở nhóm BN ≤ 75 tuổi chưa tìm thấy yếu tố tiên lượng độc lập với tình trạng nặng lên, tử vong.

4.1. Yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nằm viện: Một số yếu tố dự báo tăng nặng bệnh và tử vong trong ba ngày đầu nhập viện theo thống kê là: phải thở oxy hỗ trợ 69,2%, điểm Glasgow (<13 điểm 31,2%, < 8 điểm 5,2%, 8-12

điểm 26,0%), tỷ lệ BN có các yếu tố nguy cơ là (2 yếu tố 28,3%, 3 yếu tố 17,9%). Viitanen M và cộng sự đã nghiên cứu mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ chính và tử vong ở những BN sau đột quỵ 5 năm đã chỉ ra rằng những BN sau đột quỵ nếu có 2 yếu tố nguy cơ là tăng HA và bệnh tim mạch thì cơ hội sống sót sau 5 năm chỉ là 25%, nếu họ chỉ có 1 trong 2 yếu tố nguy cơ này thì cơ hội sống sót sau 5 năm là 50% và nếu không có cả 2 yếu tố nguy cơ này thì tỷ lệ sống sót sau 5 năm là 75%. Chúng tôi nhận thấy, những yếu tố trên là những yếu tố cần phải đặc biệt chú ý trong đánh giá và thiết lập chế độ điều trị tích cực cho BN để giảm tử vong và tàn tật.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị: Kết quả thống kê cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa (p<0,05) giữa tuổi của BN và tình trạng lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ. Những BN từ 60-69 tuổi có nguy cơ nặng lên/ tử vong thấp hơn 2,54 lần tuổi từ 70-79, 4,03 lần tuổi từ 80-89 và thấp hơn 9,50 lần tuổi từ 90 trở lên. Có thể thấy rằng, ở người cao tuổi, quá trình phục hồi bệnh sẽ trở nên khó khăn hơn do sự lão hóa theo tuổi các cơ quan của cơ thể nên BN tuổi càng cao tỷ lệ phục hồi và thuyên giảm bệnh càng thấp, tỷ lệ tử vong càng cao.

- Khi BN có đồng thời nhiều yếu tố nguy cơ thì tình trạng khi ra viện tỷ lệ nặng lên hay tử vong sẽ cao hơn. Nghiên cứu cho thấy nếu tăng lên 1 yếu tố thì nguy cơ nặng lên/ tử vong lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ tăng lên 1,50 lần. Tuy nhiên sau 6 tháng ra viện, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê (p>0,05) giữa tần suất xuất hiện các yếu tố nguy cơ trước đột quỵ với tình trạng lúc sau ra viện 6 tháng. Một số yếu tố nguy cơ trong ba ngày đầu nằm viện gồm: Những BN có điểm NIHSS từ 0-6 điểm có nguy cơ nặng lên/tử vong thấp hơn 2,45 lần những BN có NIHSS từ 7-15 điểm và thấp hơn 8,97 lần những bệnh nhân có NIHSS > 15 điểm.

- Giá trị dự báo của thang điểm Glasgow cũng được thể hiện khi khảo sát tỷ suất chênh: Nếu lấy BN có điểm Glasgow từ 13-15 điểm là nhóm để so sánh (OR = 1) thì hai nhóm còn lại là Glasgow từ 3-7 điểm và Glasgow từ 8-12 điểm lần lượt có OR là 46,7 và OR là 4,62. Như vậy, nếu những BN có điểm Glasgow từ 13-15 điểm có nguy cơ nặng lên/tử vong thấp hơn 4,62 lần những BN có Glasgow từ 8-12 điểm và thấp hơn

46,7 lần những BN có Glasgow từ 3-7 điểm. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nhận xét của Miah MT và cộng sự khi đánh giá BN đột quỵ có điểm Glasgow từ 3-8 điểm có tỷ lệ tử vong 12,07%, Glasgow từ 13-15 điểm không có BN tử vong.

- Về mức độ liệt: những BN liệt độ (0, 1, 2) có nguy cơ nặng lên/ tử vong lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ cao hơn 16,13 lần những BN liệt độ (3, 4, 5). Còn sau 6 tháng thì những BN liệt độ (3, 4, 5) có nguy cơ tử vong thấp hơn 0,43 lần những BN liệt độ (0, 1, 2).

- Những BN phải thở oxy hỗ trợ, thở máy, đặt ống thông dạ dày, đặt ống thông tiểu có nguy cơ nặng lên/ tử vong cao hơn những BN không thở oxy, không thở máy, không đặt ống thông dạ dày và ống thông tiểu. Những BN sốt, tăng bạch cầu, viêm phổi cũng có nguy cơ nặng lên/ tử vong cao hơn những BN không có biểu hiện trên ($p < 0,05$).

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa tần suất xuất hiện các yếu tố nguy cơ trong ba ngày đầu nằm viện với tình trạng lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ và sau 6 tháng ra viện nếu BN tăng lên một yếu tố dự báo thì nguy cơ nặng lên/ tử vong lúc ra khỏi đơn vị đột quỵ cũng tăng lên.

V. KẾT LUẬN

- Các yếu tố dự báo trước đột quỵ làm tăng nặng bệnh và tử vong gồm: phải hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày, có bệnh lý mạch vành, bệnh van tim, rung nhĩ, cơn TIA, lạm dụng rượu; phân tích hồi quy đa biến logistics chỉ có yếu tố phải hỗ trợ sinh hoạt hàng ngày là yếu tố tiên lượng độc lập làm tăng nặng bệnh hoặc tử vong khi ra viện.

- Các yếu tố dự báo trong ba ngày đầu nhập viện làm tăng nặng bệnh và tử vong gồm: điểm NIHSS > 15 điểm, Glasgow < 13 điểm, độ liệt (0

- 2), thở oxy hỗ trợ, thở máy, đặt ống thông dạ dày, thông tiểu, sốt-bạch cầu tăng, biến chứng viêm phổi; phân tích hồi quy đa biến logistics chỉ có yếu tố thở máy và viêm phổi là yếu tố tiên lượng độc lập với tình trạng nặng lên và tử vong khi ra viện.

- Tình trạng sau ra viện 6 tháng: nhóm bệnh nhân trên 75 tuổi có tình trạng ổn định, tình trạng tái phát và tử vong thấp hơn nhóm từ 75 tuổi trở xuống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thế Anh (2017)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu não ở người cao tuổi có bệnh đái tháo đường, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu Y-Dược Lâm sàng 108
2. **Lê Thị Hòa Bình (2010)**, Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thiếu máu não cục bộ ở người cao tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y-Dược TP. Hồ Chí Minh
3. **Lê Quang Cường (2008)**, Một số yếu tố nguy cơ của đột quỵ não, Đột quỵ não, cấp cứu, điều trị dự phòng, NXB Y học
4. **Nguyễn Huy Ngọc (2012)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
5. **Nguyễn Bá Thắng, Vũ Anh Nhị (2006)**, Tiên đoán hồi phục chức năng trong nhồi máu động mạch não giữa: khảo sát tiến cứu 149 trường hợp, kỷ yếu công trình khoa học Hội Thần kinh học Việt Nam, NXB TP. Hồ Chí Minh 2007, tr. 71-83
6. **Forti P, Maioli F, Procaccianti G, et al (2013)**, Independent predictors of ischemic stroke in the elderly: prospective data from a stroke unit, Neurology, 80 (1), 29-38
7. **Paola Forti, Fabiola Maioli, Giorgia Arnone, Maura Coveri, Gian Luca Pirazzoli, Marco Zoli, Gaetano Procaccianti**, Homocysteinemia and early outcome of acute ischemic stroke in elderly patients, First published: 5 April 2016.

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT NỒNG ĐỘ GLUCOSE, CHỈ SỐ HbA1c MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thanh Xuân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thực trạng kiểm soát nồng độ glucose máu, chỉ số HbA1c máu ở bệnh nhân đái tháo đường

**Học viện Quân y*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 28.12.2017

týp 2. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** 143 bệnh nhân đái tháo đường týp 2, xét nghiệm glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu so sánh với khuyến cáo về kiểm soát nồng độ glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu. Nghiên cứu mô tả, cắt ngang. **Kết quả:** Bệnh nhân đái tháo đường týp 2 chủ yếu là bệnh nhân nhóm tuổi cao (72,0%); bệnh nhân là nữ có tỷ lệ tuổi cao chiếm tới 84,9%; có thời gian phát hiện bệnh trên 10 năm chiếm 58,7%. Bệnh nhân đái tháo đường týp 2: bệnh nhân kiểm soát glucose máu kém (chiếm 39,9%) và trung bình (chiếm 42,7%) cao hơn tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát tốt (17,4%); tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát tỷ lệ

HbA1c máu kém (43,4%) và trung bình (49,9%) cao hơn tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát tốt (7,7%). **Kết luận:** Kiểm soát nồng độ glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu ở đa số bệnh nhân đái tháo đường type 2 chưa được tốt.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, nồng độ glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu.

SUMMARY

STATUS CONTROL CONCENTRATION OF BLOOD GLUCOSE, INDEX OF BLOOD HBA1C IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Objective: Status control concentration of blood glucose, index of blood HbA1c in patients with type 2 diabetes mellitus. **Subjects and methods:** 143 patients with type 2 diabetes mellitus, to tested concentration of glucose and index of HbA1c in blood compare with recommendation on contro about concentration of blood glucose, index of blood HbA1c. Descriptive study, cross sectional. **Results:** patients with type 2 diabetes mellitus: the mostly are patients with elderly (72,0%); in female have the mostly rate of elderly (84,9%). Patients have detection disease with time of over ten are 58,7%. Patients control blood of glucose are bad (39,9%) and medium (42,7%) more than good (17,4%); Patients control blood of HbA1c index are bad (43,4%) and medium (49,9%) more than good (7,7%). **Conclusions:** Cotrol blood of glucose concentration and HbA1c index in a lot of patients with type 2 diabetes mellitus are not good.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, blood of glucose concentration, blood of HbA1c index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một rối loạn chuyển hóa mạn tính có đặc điểm chính là glucose huyết trong máu tăng cao. Glucose tăng cao trong máu lâu ngày sẽ làm tổn thương nhiều tổ chức, cơ quan trong cơ thể. Một trong những tổn thương quan trọng nhất xảy ra ở hệ thống mạch máu, do đó biến chứng chính của bệnh ĐTĐ bao gồm biến chứng mạch máu lớn và biến chứng mạch máu nhỏ. Khi đã biến chứng thì hậu quả đối ảnh hưởng đến bệnh nhân rất nghiêm trọng như chất lượng cuộc sống, tinh thần và cả vật chất cho việc điều trị biến chứng.

Bệnh đái tháo đường đang được xem là vấn đề cấp thiết của thời đại toàn thế giới, cũng như ở Việt Nam. Trong đó, đái tháo đường type 2 chiếm tỷ lệ trên 90% trong tổng số bệnh đái tháo đường, bệnh diễn biến âm thầm và đa số phát hiện khi bệnh nhân đã có biến chứng. Mục tiêu trong điều trị đái tháo đường nhằm mục đích hạn chế các biến chứng, trong đó kiểm soát bệnh nhân đái tháo đường theo khuyến cáo mới nhất của Tổ chức y tế thế giới là kiểm soát tốt nồng độ glucose máu và chỉ số HbA1c máu. Việc kiểm tra đánh giá và thường xuyên kiểm soát tốt nồng độ glucose máu, HbA1c máu ở bệnh nhân

rối loạn đường máu, đái tháo đường type 2 góp phần làm giảm biến chứng cho người bệnh và cộng đồng. Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

1) *Đặc điểm chung của bệnh nhân đái tháo đường type 2;*

2) *Thực trạng kiểm soát nồng độ glucose máu, chỉ số HbA1c máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 143 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường type 2 được điều trị tại khoa Khám- Nội tiết, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 7 năm 2017.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân đã được chẩn đoán đái tháo đường type 2; bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đái tháo đường type 1; bệnh nhân có các bệnh lý kết hợp Basedow, hội chứng Cushing, to đầu chi... và các rối loạn nội tiết khác; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang, mô tả.

- **Nội dung nghiên cứu:** Bệnh nhân đến khám được làm xét nghiệm sinh hóa, huyết học, các xét nghiệm khác và chẩn đoán đái tháo đường type 2 được đưa vào nhóm nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu khai thác bệnh sử: thời gian phát hiện đái tháo đường, thời gian phát hiện tăng huyết áp, các triệu chứng khác.

+ **Khám lâm sàng:** Đo chiều cao, cân nặng, vòng eo; khám toàn thân: tình trạng phù, da, niêm mạc; khám tim mạch: đo huyết áp, bắt mạch, nghe tim, điện tim, siêu âm tim. Khám mắt: do bác sỹ chuyên khoa mắt thực hiện. Soi đáy mắt: phát hiện tổn thương võng mạc ở BN đái tháo đường. Khám chuyên khoa khác theo chỉ định, dựa vào kết quả lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu.

+ **Cận lâm sàng:** Các xét nghiệm sinh hóa thực hiện tại khoa Sinh hóa Bệnh viện 103. Sử dụng máy sinh hóa BX-4000 của Nhật Bản-2012.

1) Glucose máu: Định lượng glucose máu tĩnh mạch lúc đói (8-12 giờ sau nhịn ăn) bằng phương pháp enzyme so màu (Hexokinase).

2) HbA1c máu: Định lượng HbA1c. Tỷ lệ phần % của glycosylated được định lượng trên máy D10 bằng phương pháp sắc ký lỏng cao áp (HPLC)

- Chỉ tiêu dùng trong nghiên cứu:

+ **Thời gian phát hiện:** tính theo năm, từ khi BN được chẩn đoán ĐTĐ type 2 đến thời điểm phát hiện tổn thương tại mắt, căn cứ theo hồi bệnh, hồ sơ khám bệnh, và khám lâm sàng.

+ **Chỉ số đường máu:** chia thành 3 nhóm (Mục tiêu kiểm soát ở bệnh nhân đái tháo đường châu Á-Thái Bình Dương 2005 và Hội Nội tiết – ĐTĐ Việt Nam 2009): Kiểm soát tốt: < 7mmol/l; kiểm soát chấp nhận được: 7-10mmol/l; kiểm soát kém: >10mmol/l.

+ **Chỉ số HbA1C:** chia thành 3 nhóm (Mục tiêu kiểm soát ở bệnh nhân đái tháo đường châu

Á-Thái Bình Dương 2005 và Hội Nội tiết – ĐTĐ Việt Nam 2009): Kiểm soát tốt: < 6,5%; kiểm soát chấp nhận được: 6,5%-7,5%; kiểm soát kém: > 7,5%.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi (n=143)

Nhóm tuổi (năm)	Số bệnh nhân (n=143, 100%)	Nam (n=90, 100%)	Nữ (n=53, 100%)
Tuổi < 50	20 (14,0)	18 (20,0)	3 (5,7)
Tuổi từ: 50 - 60	20 (14,0)	15 (16,7)	5 (9,4)
Tuổi >60	103 (72,0)	57 (63,3)	45 (84,9)
Tuổi trung bình	64,7 ± 11,8		

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 64,7 ± 11,8 tuổi, cao nhất là 86 tuổi, thấp nhất là 33 tuổi. Nhóm tuổi lớn hơn 60 tuổi (103) chiếm 72,0% nhiều hơn nhóm tuổi nhỏ hơn 50 tuổi (14,0%); nhóm tuổi từ 50 đến 60 tuổi (14,0%) chỉ chiếm 24,56%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm tuổi dưới 50 tuổi và nhóm tuổi từ 50 đến 60 tuổi có tỷ lệ nam giới cao hơn so với nữ giới; nhóm tuổi cao từ 60 tuổi trở lên có tỷ lệ nữ giới (84,9%) cao hơn so với nam giới (63,3%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả này tương tự nghiên cứu của các tác giả khác, đều cho thấy các tổn thương tại mắt do ĐTĐ không phụ thuộc vào giới tính nam hay nữ. Theo Amber, nghiên cứu 4640 bệnh nhân đái tháo đường type 2, kết quả cho thấy đa số bệnh

nhân là cao tuổi (> 65 tuổi) chiếm tới hơn 80%; nhóm bệnh nhân đái tháo đường có tuổi trẻ (< 65 tuổi) có tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (14% vs 12%, $p = 0,52$), nhóm bệnh nhân lớn tuổi (> 65 tuổi) có tỷ lệ nữ giới cao hơn nam giới (25% vs 17% $p < 0,001$) [2]. Điều này được giải thích bệnh nhân nam và nữ khác nhau về cấu trúc, sinh lý và hormon, ở nhóm tuổi trẻ do nam giới có hormon testosterone và chế độ ăn, uống thường phức tạp hơn do vậy tỷ lệ đái tháo đường tăng hơn. Khi tuổi cao, thời kỳ mãn kinh thì nữ giới giảm nồng độ hormone estrogen sẽ làm cho khả năng rối loạn chuyển hóa tăng hơn, chế độ ăn và sinh hoạt tĩnh hơn do đó tỷ lệ đái tháo đường cũng tăng lên và thường tăng hơn hẳn nam giới, do nam giới nồng độ testosterone giảm xuống.

Bảng 3.2. Phân bố chỉ số sinh hóa máu (n=143)

Chỉ số	Giá trị, tỷ lệ	Kiểm soát tốt
Glucose máu (mmol/l)	15,22±6,93	< 7
HbA1c (%)	9,67±3,03	< 6,5

Trong nghiên cứu bệnh nhân đái tháo đường type 2 có giá trị trung bình nồng độ glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu cao hơn so với giá trị khuyến cáo kiểm soát tốt ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi tương tự so với nghiên cứu của tác giả Tạ Văn Bình (2006) 11,8 ± 2,5mmol/l [1], Spijkerman và cs là 9,0 ± 1,35mmol/l [6]. Như vậy cho thấy bệnh nhân đái tháo đường mới phát hiện hay điều trị không đều, có thể thuốc điều trị đường máu chưa đạt hiệu quả nên bệnh nhân có nồng độ glucose máu, chỉ số HbA1c cao hơn chỉ số kiểm soát tốt.

3.1.2. Thời gian phát hiện bệnh

Bảng 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường theo thời gian phát hiện bệnh (n=143)

Thời gian phát hiện bệnh (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 5 năm	23	16,1%
Từ 5 đến 10 năm	36	25,2%
Trên 10 năm	84	58,7%

Kết quả bảng 3.3 cho thấy số bệnh nhân đái tháo đường có thời gian phát hiện < 5 năm (16,1%), bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ 5 đến 10 năm là 25,2%, bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh trên 10 năm chiếm đa số

58,7%. Kết quả này có tỷ lệ khác biệt với nghiên cứu của Tạ Văn Bình (2006): bệnh nhân đái tháo đường có thời gian phát hiện bệnh từ 5 – 10 năm gặp nhiều nhất chiếm 38,60%, từ 1-5 chiếm tỷ lệ 31,58%, và trên 10 năm gặp 28,82% [1].

Một số nghiên cứu khác thì cho thấy tỷ lệ phát hiện bệnh đái tháo đường trên 10 năm chiếm đa số Arshad Hussain (2017) [3], Shaun Wen Huey Lee [5]. Điều này được giải thích với các nghiên cứu khoảng 10 đến 15 năm trở về trước thì nhận thức về bệnh tật của người Việt Nam còn hạn chế, đa số người bệnh phát hiện bệnh do các biểu hiện lâm sàng của đái tháo đường. Đến nay, sự hiểu biết của người dân đã được nâng cao, tỷ lệ người dân đi khám kiểm tra sức khỏe tốt hơn, phát hiện đái tháo đường thường ở giai đoạn sớm là tiền đái tháo đường hoặc rối loạn đường huyết và được điều trị và hướng dẫn chế độ ăn ngay từ đầu do đó tỷ lệ các biến chứng

nguy hiểm giảm và thường xuyên điều chỉnh và kiểm tra. Tuy nhiên, vẫn còn một lượng không nhỏ người dân khi có tăng glucose máu thì do điều kiện công việc, thói quen lối sống nên chưa tuân thủ tốt chế độ dùng thuốc, chế độ sinh hoạt và chế độ ăn theo hướng dẫn của nhân viên y tế. Do đó số bệnh nhân đến điều trị bệnh đái tháo đường tại bệnh viện vì dùng thuốc không kiểm soát được, hoặc không tuân thủ chế độ ăn, chỉ định điều trị, kháng thuốc.

3.2. Thực trạng kiểm soát nồng độ glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2

Bảng 3.4. Thực trạng kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 (n=143)

Kiểm soát đường máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt: glucose máu < 7mmol/l	25	17,4%
Trung bình: glucose máu 7-10 mmol/l	61	42,7%
Kém: glucose máu > 10 mmol/l	57	39,9%

Kết quả bảng 3.4, nhóm bệnh nhân đái tháo đường type 2 kiểm soát glucose máu tốt (<7 mmol/l) chiếm 17,4%, nhóm bệnh nhân kiểm soát glucose máu ở mức trung bình (7-10mmol/l) chiếm 42,7%, nhóm bệnh nhân kiểm soát glucose máu kém (>10mmol/l) chiếm 40%. Tổng số bệnh nhân đái tháo đường type 2 kiểm soát glucose máu kém và trung bình (82,6%) nhiều hơn kiểm soát glucose máu tốt (17%), $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu tương tự nghiên cứu của Tạ Văn Bình (2006) có 29% là có tình hình kiểm soát đường huyết tốt, 45,2% kiểm soát đường huyết ở mức trung bình, 25,8% kiểm soát đường huyết kém [1]. Theo nghiên cứu về đái tháo đường ở Việt Nam năm 2002 – 2003, khoảng 80% bệnh nhân đái tháo đường ở nước ta không có được tình trạng kiểm soát đường huyết tốt.

Bảng 3.5. Thực trạng kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 (n=143)

Kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt: HbA1c máu < 6,5%	11	7,7%
Trung bình: HbA1c máu 6,5%-7,5%	70	49,9%
Kém: HbA1c máu > 7,5%	62	43,4%

Kết quả nghiên cứu, có bệnh nhân kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu tốt (<6,5%) chiếm 7,7%. Bệnh nhân kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu ở mức trung bình (6,5-7,5%) chiếm 49,9%, bệnh nhân kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu kém (>7,5%) chiếm 43,4%. Số bệnh nhân kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu kém và trung bình (93,3%) cao hơn số bệnh nhân kiểm soát HbA1c máu tốt (7,7%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Giá trị HbA1c trung bình là $9,67 \pm 3,03\%$, kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả trong nghiên cứu của T.V.Bình (2006) $8,1 \pm 3,5\%$ [1], bệnh nhân có mức độ kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu cũng cho thấy mức độ kiểm soát kém và trung bình chiếm ưu thế hơn so với mức độ kiểm soát tốt. Các nghiên cứu khác đều cho kết quả tương tự: Arshad Hussain (2017), kết quả nghiên cứu bệnh nhân đái tháo đường có tăng chỉ số HbA1c có tỷ lệ rối loạn lipid máu cao và có liên quan đến biến chứng mạch máu do đái tháo đường [3]. Lee

SWH cho thấy trong điều trị đái tháo đường, theo dõi chỉ số HbA1c có giá trị trong việc làm ổn định đường máu, giảm các yếu tố nguy cơ bệnh đái tháo đường [4]. Chỉ số HbA1c là chỉ số được tổ chức y tế thế giới đánh giá là ổn định và có giá trị để đánh giá mức độ kiểm soát glucose máu, vì HbA1c là kháng nguyên trên bề mặt hồng cầu do đó nó tồn tại cùng với đời sống hồng cầu trong khoảng thời gian là 3 tháng (120 ngày). Trong chẩn đoán cũng như điều trị và dự phòng thì chỉ số HbA1c là chỉ số được đưa vào và là tiêu chuẩn quan trọng.

Điều trị bệnh đái tháo đường type 2 là sự kết hợp của nhiều phương pháp dùng thuốc, không dùng thuốc trong đó chế độ ăn, sinh hoạt của bệnh nhân là yếu tố quan trọng tác động đến kết quả điều trị. Do đó các bệnh nhân đái tháo đường type 2 thường không tuân thủ một cách nghiêm ngặt nguyên tắc điều trị và hướng dẫn của bác sĩ, mặt khác việc lượng giá chế độ ăn tại

Việt Nam vẫn còn chung chung, chưa đưa ra được con số cụ thể về tiêu hao năng lượng và khẩu phần ăn; các thuốc điều trị còn chưa phong phú và phổ cập cho các bác sĩ, việc theo dõi các biến chứng và hiệu quả điều trị chưa được thường xuyên. Những yếu tố trên góp phần số bệnh nhân đái tháo đường vẫn phải nhập viện trong tình trạng đường máu tăng. Khuyến cáo của chúng tôi trong quá trình điều trị, các bác sĩ phải nâng cao hơn nữa việc hướng dẫn bệnh nhân tuân thủ các biện pháp điều trị không dùng thuốc, tuân thủ kê đơn thuốc điều trị và chế độ theo dõi, đánh giá định kỳ để giảm thiểu khả năng kháng thuốc, bỏ điều trị, nâng cao ý thức tự giác bệnh của mỗi bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân đái tháo đường type 2 chủ yếu nhóm tuổi cao (trên 60 tuổi) chiếm 72,0%; tỷ lệ bệnh nhân là nữ có tuổi cao chiếm tới 84,9%; có thời gian phát hiện bệnh trên 10 năm chiếm 58,7%.

- Bệnh nhân đái tháo đường type 2: tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát glucose máu kém (chiếm 39,9%) và trung bình (chiếm 42,7%) cao hơn tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát tốt (17,4%); tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát tỷ lệ HbA1c máu kém (43,4%) và trung bình (49,9%) cao hơn tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát tốt (7,7%).

Kết luận: Kiểm soát nồng độ glucose máu, tỷ lệ HbA1c máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 chưa được tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình**, (2006), *Nghiên cứu theo dõi biến chứng đái tháo đường ở bệnh nhân đến khám lần đầu tại Bệnh viện Nội tiết*; Nxb y học, Hà Nội, tr. 90-120.
2. **Amber M Otten, Jan Paul Ottervanger**, (2013), "Age-dependent differences in diabetes and acute hyperglycemia between men and women with ST-elevation myocardial infarction: a cohort study", *Diabetology & Metabolic Syndrome* 2013, **5**:34, <https://doi.org/10.1186/1758-5996-5-34>.
3. **Arshad Hussain, Iftikhar Ali, Muhammad Ijaz**, (2017), "Correlation between hemoglobin A1c and serum lipid profile in Afghani patients with type 2 diabetes: : hemoglobin A1c prognosticates dyslipidemia", *Journal list, Ther Adv Endocrinol Metab*. 2017 Apr; **8** (4): 51-57.
4. **Lee SWH1,2, Chan CKY3**, (2017), "Comparative effectiveness of telemedicine strategies on type 2 diabetes management: A systematic review and network meta-analysis.", *Sci Rep*. 2017 Oct 4; **7**(1):12680. doi: 10.1038/s41598-017-12987-z.
5. **Shaun Wen Huey Lee, Carina Ka Yee Chan**, (2017), "Comparative effectiveness of telemedicine strategies on type 2 diabetes management: A systematic review and network meta-analysis", *Published online* 2017 Oct 4. doi: 10.1038/s41598-017-12987-z PMID: PMC5627243
6. **Spijkerman A.M.W, Nijpels G, Dekker J.M, Adriaanse M.C, Kostense P.J, Ruwaard D., Stehouwer C.D.A, Bouter L.M, Heine R.J** (2003), "Microvascular Complication at Time of Diagnosis of Type 2 Diabetes Are Similar Among Diabetic Patients Detect by Targeted Screening and Patient Newly Diagnosis in General Practice", *Diabetes Care*, 26(9), pp. 2604-2608.

ĐÁNH GIÁ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG SỐNG CÒN CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐIỀU TRỊ ĐỐT SÓNG CAO TẦN

Đào Việt Hằng^{1,2}, Đào Văn Long^{1,2}

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là bệnh lý ác tính thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Đốt sóng cao tần (ĐSCT) là phương pháp điều trị tại chỗ phá hủy khối u bằng nhiệt tuy nhiên hiện chưa có nhiều nghiên cứu ở nước ta phân tích các yếu tố tiên lượng sống còn của bệnh nhân được điều trị đốt sóng cao tần. Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định thời gian sống thêm và mô tả một số yếu tố tiên lượng sống còn của bệnh nhân UTBMTBG điều trị bằng ĐSCT. Đây là nghiên cứu can thiệp, theo dõi dọc trên

130 bệnh nhân UTBMTBG giai đoạn Barcelona (BCLC) 0 và A được điều trị đốt sóng cao tần từ tháng 10/2011 đến tháng 6/2016 tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai với thời gian theo dõi trung bình 30,0 ± 11,1 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 48,5 tháng (CI 95%: 44,7 – 52,4 tháng). Có 31 bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi (23,8%) với thời gian sống thêm trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong là 33,6 tháng (CI 95%: 31,7-35,6 tháng). Tỷ lệ bệnh nhân chết ước tính trung bình là 8,3 người/100 người theo dõi/năm. Không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa các nhóm khác nhau về số khối, kích thước khối, loại kim, mức độ xơ gan. Phân tích hồi quy Cox ghi nhận tiền sử điều trị phổi hợp và đáp ứng điều trị sau 1 tháng có liên quan đến tiên lượng tử vong với $p < 0,05$ và $r = 0,37$. ĐSCT là phương pháp điều trị triệt căn giúp kéo dài thời gian sống thêm của bệnh nhân và các yếu tố đáp ứng điều trị sớm, tiền sử điều trị trước có liên quan đến tiên lượng tử vong.

¹Bộ môn Nội tổng hợp - Đại học Y Hà Nội

²Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: hangdao.fsh@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào gan, đốt sóng cao tần, sống thêm toàn bộ

SUMMARY

SURVIVAL PROGNOSIS FACTORS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA TREATED BY RADIOFREQUENCY ABLATION

Hepatocellular carcinoma (HCC) is a common malignancy worldwide and in Vietnam. Radiofrequency ablation (RFA) is a local therapy to destroy tumor by heat, however, not many studies in our country have been conducted to analyze factors correlating to survival prognosis. This study was conducted to evaluate overall survival after 1 year, 2 years and 3 years and prognostic factors relating in HCC patients treated by RFA. This study was an interventional, follow-up study on 130 HCC patients stage Barcelona (BCLC) 0 and A treated RFA from Oct/2011 to June/2016 in Gastroenterology department of Bach Mai hospital with mean follow up time being 30.0 ± 11.1 months. Overall survival time was 48.5 months (CI 95%: 44.7 – 52.4 months). 31 patients (23.8%) died during follow-up time with mean survival time being 33.6 months (CI 95%: 31,7-35,6 months). The estimated mean death rate was 8.3 /100 follow-up patients/year. There was no difference of survival rate among different groups of number of tumors, tumor size, types of needles and liver cirrhosis severity. Cox regression analysis recorded past history of other therapies and response after 1 month had correlation with survival prognosis ($p < 0,05$ and $r = 0,37$). RFA is a curative therapy to improve overall survival; early response and past history of other therapies are survival prognosis factors for HCC patients treated by RFA.

Keywords: hepatocellular carcinoma, radiofrequency ablation, overall survival

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là bệnh lý ác tính thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam [1]. Đây là bệnh có diễn biến nhanh với tỷ lệ tử vong cao. Phẫu thuật và ghép gan hiện được coi là những phương pháp điều trị triệt để và lý tưởng nhất. Tuy nhiên, theo khuyến cáo của các Hội Gan Mật trên thế giới, tỷ lệ phát hiện được bệnh nhân có giai đoạn thích hợp với chỉ định điều trị của hai phương pháp này không cao và tình trạng tạng ghép còn ít tạo ra khó khăn cho bệnh nhân khi tiếp cận những phương pháp này. Trong bối cảnh đó, đốt sóng cao tần (ĐSCT) hiện là phương pháp điều trị được nhiều hội gan mật trên thế giới khuyến cáo với ưu điểm như xâm lấn ít, tương đối an toàn, kết quả đáp ứng tốt và có thể áp dụng tại nhiều cơ sở y tế [2,3,4]. Phương pháp này được áp dụng lần đầu năm 2002 tuy nhiên hầu hết các cơ sở y tế hiện nay sử dụng kim đơn khi tiến hành kỹ thuật này [5,6]. Từ năm 2011, tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai đã triển khai kỹ thuật

ĐSCT sử dụng máy cắt đốt cao tần RF 3000 với hệ thống kim đơn Soloist và kim chùm LeVeen™ lựa chọn theo kích thước khối u. Tuy nhiên hiện chưa có nhiều nghiên cứu tại Việt Nam theo dõi với thời gian dài và đi sâu phân tích các yếu tố tiên lượng sống còn của bệnh nhân được điều trị bằng đốt sóng cao tần. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu:

1. *Xác định thời gian sống thêm và tỷ lệ sống tại các thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm bệnh nhân UTBMTBG điều trị bằng ĐSCT.*

2. *Mô tả một số yếu tố tiên lượng sống còn của bệnh nhân UTBMTBG điều trị bằng ĐSCT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG (theo Hướng dẫn chẩn đoán của Bộ y tế Việt Nam năm 2012) bao gồm: giải phẫu bệnh là UTBMTBG hoặc hình ảnh điển hình trên chụp CLVT/CHT có tiêm thuốc và AFP > 400ng/ml[7].

Bệnh nhân được chỉ định ĐSCT được lựa chọn theo hướng dẫn của APASL 2010 là những bệnh nhân giai đoạn BCLCA: có 1 khối u gan ≤ 5 cm hoặc số khối ≤ 3 và kích thước mỗi khối ≤ 3 cm; Xơ gan giai đoạn Child Pugh A, B; toàn trạng tốt với chỉ số PS 0. Những BN đã điều trị bằng phương pháp khác (nút mạch, phẫu thuật, tiêm cồn) nhưng không đáp ứng với điều trị và thuộc giai đoạn BCLCA vẫn được lựa chọn điều trị ĐSCT[4]. Bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu đã được điều trị ĐSCT tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2011 – tháng 6/2016, khám lại theo lịch định kỳ với thời gian theo dõi ít nhất 1 năm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân đã được ĐSCT tại các đơn vị khác. Xơ gan giai đoạn Child Pugh C.

2. Phương pháp nghiên cứu: Áp dụng thiết kế nghiên cứu theo dõi dọc không có nhóm chứng ở bệnh nhân UTBMTBG sau điều trị ĐSCT. Cỡ mẫu thuận tiện thu nhận tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG đã ĐSCT để theo dõi ghi nhận thời gian sống thêm.

Các bệnh nhân được theo dõi và đánh giá tình trạng sống sót theo các bước sau:

- Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn.

- Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá tình trạng sống/chết, tiến triển của bệnh sau điều trị tại các thời điểm 1 tháng sau điều trị sau đó 3 tháng/lần trong năm đầu sau đó 6 tháng/lần.

- Các chỉ tiêu theo dõi: tình trạng sống chết của bệnh nhân; Các biến cố sau điều trị; Thời gian xuất hiện các sự kiện (biến cố; sống/chết).

- Tỷ lệ chết được tính toán theo tỷ lệ người/năm: Số người chết/100 người theo dõi/năm.

Tất cả các bệnh nhân được lựa chọn tham gia nghiên cứu được giải thích kỹ lưỡng về mục đích nghiên cứu, theo dõi sau điều trị và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Nghiên cứu nhằm quản lý bệnh nhân UTBMTBG sau ĐSCT.

Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thuật toán kiểm định khi bình phương để tìm hiểu sự khác biệt giữa các nhóm. Chúng tôi sử dụng thuật toán Kaplan Meier, phân tích hồi quy Cox để tính toán khả năng sống sót theo thời gian của người bệnh.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Nghiên cứu thu nhận tổng cộng 130 bệnh nhân với 410 lượt ĐSCT.

- Tuổi trung bình là $57,5 \pm 10,2$. Tỷ lệ nam: nữ là 4,7:1.

- Có 30 bệnh nhân (23,1%) đã từng điều trị bằng phương pháp khác trước khi ĐSCT: 28

bệnh nhân nút mạch, 1 bệnh nhân tiêm cồn, 1 bệnh nhân phẫu thuật cắt gan.

- Đặc điểm khối u: Có 87 bệnh nhân có 1 khối u (66,9%), 35 bệnh nhân có 2 khối u (26,9%) và 8 bệnh nhân có 3 khối u (6,2%). Tổng cộng 130 bệnh nhân có 181 khối trên siêu âm trước điều trị trong đó 53 khối có kích thước < 2cm (29,3%), 83 khối có kích thước 2 - 3cm (45,9%) và 45 khối có kích thước > 3cm (24,8%).

- Giai đoạn: không xơ gan - 2,3%, xơ gan Child Pugh A- 87,7% và Child Pugh B - 10%;

- Tổng số lần ĐSCT - 410 lần. Số lần ĐSCT trung bình cho mỗi khối u gan là $2,0 \pm 1,1$ lần. Có sự khác biệt về số lần đốt giữa các loại kim: kim đơn 1.0 là $1,8 \pm 1,0$ lần, các loại kim chùm LeVeon là $2,3 \pm 1,3$ lần ($p < 0,05$).

3.2. Quá trình theo dõi:

- Thời gian theo dõi bệnh nhân trong nghiên cứu trung bình $30,0 \pm 11,1$ tháng.

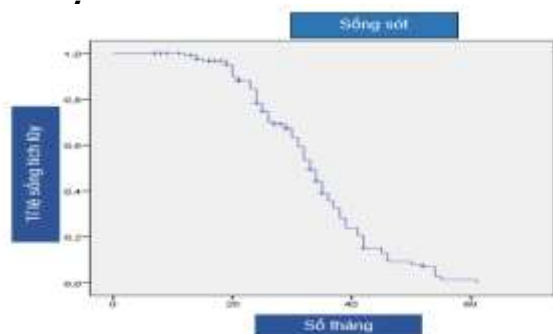
- Tổng số bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi: 31 người.

Bảng 1: Tỷ lệ bệnh nhân chết theo thời gian theo dõi.

	Thời gian theo dõi			
	1-12 tháng	13 – 24 tháng	25 – 36 tháng	>36 tháng
Tổng số BN theo dõi	130	123	86	33
Số BN tử vong	6	13	10	2
Tỷ lệ sống (%)	95,4	89,4	88,4	93,9
Tỷ lệ chết (%)	4,6	10,6	11,6	6,1

Nhận xét: Nếu tính tổng số lượt bệnh nhân được theo dõi là 372 người trong vòng 4 năm có 31 bệnh nhân tử vong, tỷ lệ bệnh nhân chết ước tính trung bình là 8,3 người/100 người theo dõi/ năm. Tỷ lệ chết ước tính trong năm thứ nhất 4,6 người/100 người/năm; Tỷ lệ chết ước tính trong năm thứ hai 10,6 người/100 người/năm; Tỷ lệ chết ước tính trong năm thứ ba 11,6 người/100 người/năm. Tỷ lệ chết ước tính trong năm thứ tư 6,1 người/100 người/năm.

Thời gian sống thêm của bệnh nhân sau điều trị



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ của các bệnh nhân trong nghiên cứu

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu là 48,5 tháng (CI 95%: 44,7 – 52,4 tháng).

- Có 31 bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi (23,8%) với thời gian sống thêm trung bình là 33,6 tháng (CI 95%: 31,7-35,6 tháng). Nguyên nhân tử vong: Có 10 trường hợp do xuất huyết tiêu hóa (32,3%), 9 trường hợp do suy gan (29,0%), 7 trường hợp do di căn (22,6%) (trong đó 1 trường hợp di căn toàn bộ khắp gan, 2 trường hợp di căn đường mật, 1 trường hợp di căn não, 3 trường hợp di căn phổi), 2 trường hợp do u gan vỡ (6,5%) và 3 trường hợp không rõ nguyên nhân.

- Không có sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa các nhóm khác nhau về kích thước khối, số khối và loại kim sử dụng nhưng nguy cơ tử vong tăng ở nhóm bệnh nhân xơ gan Child Pugh B, có 1 khối u > 3cm hoặc có 2-3 khối u (bảng 2)

- Thời gian sống thêm không tiến triển bệnh trung bình là 30,9 tháng (CI 95%: 28,7-33,0 tháng).

Bảng 2. Tỷ lệ tử vong ở một số nhóm bệnh nhân

Đối tượng		Số BN N=130	Số BN tử vong(n=31)	Tỷ lệ tử vong(%)	So sánh
Nhóm 1: có 1 khối u kích thước ≤ 3cm	Tổng nhóm 1	54	11	20,4	>0,05
	Child Pugh A và không xơ gan	47	8	17,0	
	Child Pugh B	7	3	42,9	
	Tỷ số HR Child B so với A = 2,5 lần				
Nhóm 2: có 1 khối u kích thước >3 cm	Tổng nhóm 2	33	11	33,3	>0,05
	Child Pugh A và không xơ gan	30	9	30,0	
	Child Pugh B	3	2	66,7	
	Tỷ số HR Child B so với A = 2,0 lần				
Nhóm 3: Có 2 – 3 khối u ≤3cm	Tổng nhóm 3	43	9	20,9	
	Child Pugh A và không xơ gan	40	9	22,5	
	Child Pugh B	3	0	0	
Tỷ số HR nhóm Child B so với Child A = 1,7 Child B: 5/13 (38,5%), Child A: 26/117 (22,2%)					>0,05
Tỷ số HR nhóm 1 khối u so với nhóm nhiều khối u = 1,2 1 khối: 22/87(25,3%), Nhiều khối: 9/43(20,9%)					>0,05

- Có sự khác nhau về tỷ lệ tử vong ở các nhóm bệnh nhân nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

- Phân tích hồi quy Cox ghi nhận chỉ có tiền sử điều trị phối hợp và đáp ứng điều trị sau 1 tháng có liên quan đến tiên lượng tử vong trong đó tiền sử điều trị phối hợp có tương quan thuận, đáp ứng điều trị sau 1 tháng có tương quan nghịch với p lần lượt là 0,001 và 0,02 và $r = 0,37$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, có 31 bệnh nhân tử vong trong quá trình theo dõi (23,8%) với thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu là 48,5 tháng (CI 95%: 44,7 – 52,4 tháng) và thời gian sống thêm trung bình của nhóm bệnh nhân tử vong là 33,6 tháng (CI95%: 31,7-35,6 tháng). Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm của chúng tôi tương tự với công bố trong nhiều nghiên cứu về đốt sóng cao tần trên thế giới. Một nghiên cứu tại Nhật Bản của tác giả Tateishi và cs trên 664 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan với 1000 lượt đốt sóng cao tần ghi nhận tỷ lệ sống tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 94,7%, 86,1% và 67,4% với những bệnh nhân không có tiền sử điều trị trước đó và 91,8%, 75,6% và 62,4% với những bệnh nhân tái phát sau điều trị bằng các phương pháp khác. Nghiên cứu tác giả Curley và cs sử dụng hệ thống kim LeVeen với thời gian theo dõi trung bình là 24 tháng trên 59 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan cũng ghi nhận tỷ lệ sống tại thời điểm 1 năm và 3 năm là 94,4% và 65%. Một hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi khiến tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 3 năm thấp là do số bệnh nhân có thời gian theo

dõi trên 3 năm còn ít (33 bệnh nhân). Về nguyên nhân tử vong trong nghiên cứu này, chiếm tỷ lệ cao nhất xuất huyết tiêu hóa (32,3%), tiếp theo là suy gan (29,0%) và di căn của ung thư (22,6%). Đây là điểm khác biệt so với nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới với tỷ lệ tử vong cao nhất là do tiến triển trực tiếp của ung thư. Như vậy, tỷ lệ sống trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các tác giả nước ngoài nhưng nguyên nhân tử vong là xuất huyết tiêu hóa và suy gan gặp với tỷ lệ cao hơn. Điều này một phần là do tỷ lệ những bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản của chúng tôi cao (20,8%) và việc phòng ngừa biến chứng xuất huyết tiêu hóa ở những bệnh nhân ung thư gan còn chưa được chặt chẽ.

Trong nghiên cứu của tác giả Lưu Minh Diệp sử dụng kim đơn cực, tỷ lệ sống sau 12 tháng và 24 tháng lần lượt là 74% và 56,3% [6]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ sống sau 1 năm và 2 năm cao hơn khi so sánh với nghiên cứu sử dụng kim đơn cực trước đây.

Khi phân tích hồi quy Cox, ghi nhận tiền sử điều trị phối hợp và đáp ứng điều trị sau 1 tháng có tương quan với tử vong của bệnh nhân. Kết quả này tương tự như kết quả của một số tác giả trên thế giới ghi nhận tỷ lệ sống tại các thời điểm theo dõi dọc của nhóm không có tiền sử điều trị cao hơn so với những bệnh nhân có tiền sử điều trị trước đó và các yếu tố tuổi, antiHCV, phân độ Child Pugh, kích thước và số khối có liên quan đến tử vong.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 130 bệnh nhân được điều trị bằng đốt sóng cao tần với thời gian theo dõi

trung bình là $30,0 \pm 11,1$ tháng chúng tôi ghi nhận có 31 bệnh nhân (23,8%) tử vong với thời gian sống thêm toàn bộ là 48,5 tháng (CI 95%: 44,7 – 52,4 tháng). Tỷ lệ sống sót tích lũy tại thời điểm 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 95,4%, 89,4% và 88,4%. Đáp ứng sau 1 tháng và tiền sử đã điều trị là những yếu tố có liên quan đến tỷ lệ sống còn của bệnh nhân.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu được thực hiện với sự hỗ trợ và giúp đỡ của các bác sĩ và điều dưỡng khoa Tiêu hóa, khoa Chẩn đoán hình ảnh, khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Bạch Mai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN 2012** [online] Available at, http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx [Accessed 27th July 2015]
2. **Bruix J, Sherman M;** American Association for the Study of Liver Diseases (2011). Management of

hepatocellular carcinoma, an update. Hepatology, 53(3), 1020 -2

3. **European Association for Study of Liver,** European Organisation for Research and Treatment of Cancer (2012). EASL- EORTC clinical practice guidelines, management of hepatocellular carcinoma. Eur J Cancer, 48(5), 599 - 641
4. **Omata M, Lesmana LA, Tateishi R et al (2010).** Asian Pacific Association for the Study of the Liver consensus recommendations on hepatocellular carcinoma. Hepatol Int, 4(2), 439 -74.
5. **Đào Văn Long, Đỗ Nguyệt Anh (2007).** Bước đầu đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt sóng cao tần (RFA) tại khoa tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam, 2 (5): 284 - 90
6. **Lưu Minh Diệp, Đào Văn Long, Trần Minh Phương (2007).** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, alphafeto protein và hình ảnh ung thư biểu mô tế bào gan sau điều trị bằng nhiệt tần số radio. Tạp chí nghiên cứu y học, 53 (5), 23-29.
7. **Bộ y tế (2012).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA CÁC HỆ THỐNG PHÂN LOẠI THỊ TRƯỜNG TRONG BỆNH GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

Hoàng Thanh Tùng*, Bùi Thị Vân Anh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh các hệ thống phân loại giai đoạn tổn thương thị trường trên bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát (GGMNP). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 55 bệnh nhân (90 mắt) đến khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung Ương từ 9/2016 – 9/2017. **Kết quả:** 38% các đối tượng tham gia nghiên cứu thuộc lứa tuổi trung niên và chủ yếu là nữ với số lượng chiếm trên 50%. Trong 90 mắt được khám trên 55 bệnh nhân, các chỉ số trung bình của thị trường lần lượt là MD - 11.49 dB, PSD 5.85 dB, VFI 74.2%. Trong chẩn đoán xác định, HPA và mGSS đồng nhất với AGIS ở mức cao ($K > 0.6$) và cao hơn mức đồng nhất của eGSS với AGIS (0.073 và 0.75 so với 0.399) với $p < 0.001$. Trong chẩn đoán giai đoạn, HPA và mGSS có mức đồng nhất cao ($K > 0.6$) với AGIS còn eGSS đạt mức đồng nhất vừa ($K < 0.4$). HPA, eGSS và mGSS tương quan rất chặt với AGIS ($p > 0.8$) nhưng mức tương quan của HPA và mGSS với AGIS cao hơn eGSS. **Kết luận:** mGSS và HPA có xu hướng cho kết quả phân loại gần với các phân loại chuẩn nhiều hơn so với eGSS. Nên sử dụng phân loại mGSS cho thực hành lâm sàng và nghiên cứu khoa học.

Từ khóa: phân loại thị trường, glôcôm, so sánh, đồng nhất.

SUMMARY

COMPARING FUNCTION STAGING SYSTEMS IN GLAUCOMA

Objective: To compare visual field staging classifications in patients with primary open angle glaucoma (POAG). **Patients and Methods:** Cross-section study on 55 patients (90 eyes) examined and treated in Vietnam National Institute of Ophthalmology from 9/2016 – 9/2017. **Results:** 38 patients were at the middle age and female was predominant with more than 50%. Mean visual field indexes were -11.49 dB (MD), 5.85 dB (PSD), 74.2% (VFI). In terms of definitive diagnosis, HPA and mGSS showed a substantial agreement ($K > 0.6$) with AGIS which is higher than that between eGSS and AGIS (retrospectively 0.773 and 0.75 vs 0.399) with $p < 0.001$. In terms of staging detection, the agreement between HPA & mGSS and AGIS was substantial ($K > 0.6$) while that between eGSS and AGIS was fair ($K < 0.4$). All systems had significant correlations with AGIS ($p > 0.8$); the correlation between HPA & mGSS and AGIS were higher than that between eGSS and AGIS. **Conclusion:** mGSS and HPA tend to show the stronger agreement with the standard classification than eGSS. MGSS should be used in clinical practice and research.

Keywords: categorical classification system, glaucoma, compared, agreement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ khi hệ thống phân loại giai đoạn tổn thương thị trường của Hiệp hội Y khoa Hoa Kỳ lần đầu tiên được công bố vào năm 1958, cho tới nay đã có hơn 20 hệ thống phân loại ra đời

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thanh Tùng

Email: tungthanhhoanghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 29.12.2017

nhưng chưa có phân loại nào được coi là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá mức độ nặng của tổn thương thị trường. Năm 2013, một nhóm tác giả Nhật đã công bố phân loại cải biên modified Glaucoma Staging System (mGSS) dựa trên ngưỡng của chỉ số thị trường (VFI) và được cải tiến từ Bascom Palmer GSS của Mills. [1] Sau đó, phân loại nhận được sự quan tâm từ giới chuyên môn bởi khả năng đánh giá chính xác cũng như cách thức phân chia đơn giản của nó. Tuy nhiên liệu mGSS có thực sự tốt hơn các phân loại trước đây như Hodapp – Parrish – Anderson (HPA) và enhanced Glaucoma Staging Systems (eGSS) không?

Để phân nào làm sáng tỏ giả thiết nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 3 hệ thống phân loại glôcôm: HPA, eGSS và mGSS với mục tiêu: So sánh các hệ thống phân loại giai đoạn tổn thương thị trường trên bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát (GGMNP) đến khám mới/đang được theo dõi tại Bệnh viện Mắt Trung Ương từ 9/2016 – 9/2017

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi từ 18 đến 80, đã được chẩn đoán xác định GGMNP hoặc tăng nhãn áp đơn thuần.
- Thị lực > ĐNT 2m; đồng ý tham gia nghiên cứu, hợp tác tốt.
- Kết quả đo thị trường phải đảm bảo có các chỉ số tin cậy như mất định thị, lỗi dương tính giả, lỗi âm tính giả < 20%.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người ốm yếu, có bệnh mạn tính lâu ngày, rối loạn tâm thần không đủ điều kiện sức khỏe

để đo thị trường. Bệnh nhân phối hợp không tốt (nhận thức kém).

- Bệnh nhân đục thể thủy tinh độ 4 và 5; bị các bệnh nội nhãn ảnh hưởng tới thị trường (u tuyến yên, bệnh võng mạc đái tháo đường ...), sử dụng các thuốc ảnh hưởng tới thị trường và mù màu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3. Cách thức nghiên cứu

Hỏi bệnh: họ tên, tuổi, giới, lý do đến khám, tiền sử gia đình, tiền sử bản thân.

Khám lâm sàng

- Đánh giá thị lực bằng bảng Snellen.
- Đo nhãn áp bằng nhãn áp hơi.
- Khám sinh hiển vi bán phần trước (giác mạc, tiền phòng, góc tiền phòng, mống mắt, thủy tinh thể), bán phần sau (đánh giá tổn hại đầu thị thần kinh).

Cận lâm sàng: Đo thị trường bằng thị trường Humphrey 24 – 2 test SITA (Swedish Interactive Threshold Algorithm Standard) để chẩn đoán xác định, chẩn đoán giai đoạn và xác định giá trị VFI. Kết quả tổn thương thị trường sẽ được phân loại theo hệ thống HPA, eGSS, mGSS và AGIS (Advance Glaucoma Intervention Study) (phân loại chuẩn làm căn cứ so sánh 3 phân loại được nghiên cứu). Các phân loại khác nhau này sẽ được ứng dụng trên cùng một bản ghi thị trường.

Tuy nhiên vì số lượng các giai đoạn trong mỗi hệ thống khác nhau nên, theo phân loại ICD 9 mới của Viện Hàn lâm nhãn khoa Hoa Kỳ và Hiệp hội Glôcôm Hoa Kỳ [2], đồng thời kế thừa từ ý tưởng của tác giả Brusini [3] nhóm nghiên cứu đề xuất một hệ thống phân loại tích hợp (intergrated classification – IC) đưa tất cả các hệ thống về một chung hệ quy chiếu gồm 4 mức độ để thuận tiện trong khảo sát các hệ thống.

		HPA	eGSS	mGSS	AGIS
IC1 (Bình thường)	Bình thường		0	0	1
			Ranh giới		
IC2(Nhẹ)	Giai đoạn sớm/Nhẹ	Sớm	1	1	2
IC3 (Trung bình)	Trung bình	Trung bình	2	2	3
			3	3	
IC4 (Nặng)	Tiến triển/Trầm trọng/Tuyệt đối	Trầm trọng	4	4	4
			5	5	5

2.4 Xử lý số liệu: Thống kê: tính tần số, tỷ lệ phần trăm; các test Chi - square, Fisher exact (đánh giá mức độ liên quan), Kappa (đánh giá mức độ đồng nhất – agreement), Spearman Rank (đánh giá mức độ tương quan). Mức ý nghĩa thống kê $p < 0.05$ được sử dụng. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.5 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân

theo quy định về đạo đức trong nghiên cứu theo tuyên bố Helsinki, được Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Mắt Trung Ương chấp nhận. Bệnh nhân được giải thích kỹ càng trước khi tham gia và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào muốn.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần bệnh nhân thuộc lứa tuổi trung niên từ 40 – 60 tuổi, chiếm 38%. Đây là lứa tuổi lao động, do vậy chẩn đoán sớm và quản lý glôcôm là rất cần thiết để giảm thiểu gánh nặng bệnh tật cho gia đình và xã hội.

- Nữ chiếm chủ yếu với số lượng trên 50%. Sự phân bố về giới này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam là tỉ lệ mắc glôcôm ở nữ cao hơn nam[4].

- Trong 90 mắt được khám trên 55 bệnh nhân, các chỉ số trung bình của thị trường lần lượt là MD -11.49 dB, PSD 5.85 dB, VFI 74.2%. Nghiên cứu Chung H J cũng cho ra những kết quả gần tương tự. [5]

3.2. So sánh các phân loại: Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành so sánh giữa HPA, eGSS và mGSS với các phân loại chuẩn để xem giữa 3 phân loại trên, phân loại gần với phân loại chuẩn (AGIS) hơn.

Bảng 1. So sánh trong chẩn đoán xác định

		HPA		eGSS		mGSS	
		Bất thường	Bình thường	Bất thường	Bình thường	Bất thường	Bình thường
AGIS	Bình thường	32	10	11	31	31	11
	Bất thường	0	48	0	48	0	48
		K = 0.773 (p = 0.000) Cramer's = 0.794 (p = 0.000)		K = 0.399 (p = 0.000) Cramer's = 0.399 (p = 0.000)		K = 0.75 (p = 0.000) Cramer's = 0.775 (p = 0.000)	

Trong chẩn đoán xác định, HPA và mGSS đồng nhất với AGIS ở mức cao ($K > 0.6$) và cao hơn mức đồng nhất của eGSS với AGIS (0.773 và 0.75 so với 0.399) với $p < 0.001$. Tỉ lệ bất đồng của eGSS với AGIS cao nhất (31/90 mắt) với mGSS (11/90 mắt) và HPA (10/90 mắt). Có sự liên quan chặt chẽ của 3 phân loại với AGIS với $p < 0.001$ trong đó mức độ liên quan của eGSS là thấp nhất. (Fisher exact test).

Bảng 2 So sánh trong chẩn đoán giai đoạn

		HPA				eGSS				mGSS			
		I<1	I<2	I<3	I<4	I<1	I<2	I<3	I<4	I<1	I<2	I<3	I<4
AGIS	I<1	32	10	0	0	11	14	17	0	31	11	0	0
	I<2	0	9	5	0	0	0	11	3	0	9	5	0
	I<3	0	2	11	1	0	0	3	11	0	1	12	1
	I<4	0	0	1	19	0	0	0	20	0	0	3	17
		K = 0.706 (p = 0.000) Cramer's = 0.794 (p = 0.000)				K = 0.204 (p = 0.000) Cramer's = 0.399 (p = 0.002)				K = 0.678 (p = 0.000) Cramer's = 0.775 (p = 0.000)			

Trong chẩn đoán giai đoạn, HPA và mGSS có mức đồng nhất cao ($K > 0.6$) với AGIS còn eGSS đạt mức đồng nhất vừa ($K < 0.4$). Có sự liên quan giữa AGIS và các phân loại HPA, eGSS và mGSS với $p < 0.001$ trong đó HPA và mGSS có mức liên quan với AGIS chặt chẽ hơn so với eGSS. (Fisher exact test).

Bảng 3. Tương quan giữa các phân loại với AGIS

SpearmanRank (p)	HPA	eGSS	mGSS
AGIS	0.927	0.858	0.921
p	0.000	0.000	0.000

HPA, eGSS và mGSS tương quan rất chặt với AGIS ($p > 0.8$) nhưng mức tương quan của HPA và mGSS với AGIS cao hơn eGSS.

Cũng giống như HPA và mGSS, AGIS quan tâm tới tổn thương thị trường ở cả khu vực ngoại vi và trung tâm (phía mũi, hai nửa thị trường) và đánh giá dựa vào ngưỡng tổn thương của từng điểm. Do vậy dễ hiểu vì sao HPA và mGSS có

mức độ đồng nhất và liên quan với AGIS cao hơn eGSS (chỉ dựa vào MD, PSD; dễ bị ảnh hưởng bởi các dao động ngắn hạn; dễ bị ảnh hưởng bởi các giả tổn thương trên thị trường). Kết quả này cho thấy nên sử dụng mGSS trong lâm sàng do khả năng chẩn đoán giai đoạn và theo dõi tổn thương tốt. HPA tuy đồng nhất với AGIS và DDLS nhưng quá đơn giản, chỉ có 3 giai đoạn nên sẽ không đánh giá được những biến đổi nhỏ của tổn thương thị trường. Còn eGSS tuy đơn giản để sử dụng nhưng không có khả năng chẩn đoán xác định, lại có xu hướng làm tổn thương nặng hơn so với thực tế. Tuy nhiên, không có phân loại nào hoàn hảo nên khi chẩn đoán xác định và phân loại thị trường, kể cả sử dụng mGSS thì vẫn phải kết hợp với đánh giá bản ghi thị trường (thang xám, độ lệch khu trú) và sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương thị trường glôcôm của Anderson và Patella.

V. KẾT LUẬN

Giữa 3 phân loại được nghiên cứu, mGSS và HPA có xu hướng cho kết quả phân loại giống nhau và gần với các phân loại chuẩn nhiều hơn so với eGSS. Nên sử dụng phân loại mGSS cho thực hành lâm sàng và nghiên cứu khoa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hirasawa K., Shoji N., Morita T., Shimizu K. (2013). A modified glaucoma staging system based on visual field index. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* **251**, 2747-2752.

2. American Academy of Ophthalmology. Know the New Glaucoma Staging Codes: American Academy of Ophthalmology; 2011 [Available from: <https://www.aao.org/eyenet/article/know-new-glaucoma-staging-codes>].
3. Brusini P., Tosoni C. (2003). Staging of functional damage in glaucoma using frequency doubling technology. *J Glaucoma.* **12**, 417-426.
4. Cook C., Foster P. (2012). Epidemiology of glaucoma: what's new? *Can J Ophthalmol.* **47**, 223-226.
5. Chung H.J., Choi J.H., Lee Y.C., Kim S.Y. (2016). Effect of Cataract Opacity Type and Glaucoma Severity on Visual Field Index. *Optom Vis Sci.* **93**, 575-578.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CANXI HÓA ĐỘNG MẠCH VÀNH BẰNG CHỤP VI TÍNH ĐA LÁT CẮT TIM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ BIẾN CHỨNG BỆNH MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI

Phạm Quốc Toàn**, Cao Tấn Phước*, Hoàng Trung Vinh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm canxi hóa động mạch vành (ĐMV) dựa vào chụp vi tính đa lát cắt tim (MSCT) ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 biến chứng bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMTGĐC) có so sánh với nhóm chứng bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 73 BN đái tháo đường typ 2 có biến chứng bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thuộc nhóm nghiên cứu và 68 BN bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối do các nguyên nhân khác thuộc nhóm chứng bệnh, điều trị tại Bệnh viện Trưng Vương từ tháng 03/2011 đến tháng 04/2015. Các bệnh nhân được khám lâm sàng, xét nghiệm thường quy, xét nghiệm phospho, PTH máu; chụp vi tính đa lát cắt tim. Điểm canxi hóa động mạch vành được xác định dựa vào nguyên lý tính điểm Agatston sử dụng phần mềm Smart Score có sẵn trên máy chụp MSCT. **Kết quả:** Tỷ lệ BN có canxi hóa động mạch vành ở nhóm ĐTD biến chứng BTMTGĐC (89,1%) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh (42,6%). Tỷ lệ BN theo các mức điểm CACS ở nhóm bệnh (44,6%; 32,3%; 23,1%) khác biệt chưa có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh (58,6%; 27,6%; 13,8%). Sự xuất hiện canxi hóa ĐMV ở BN ĐTD có biến chứng BTMTGĐC liên quan có ý nghĩa với giảm canxi máu, liên quan chưa có ý nghĩa với các yếu tố tuổi ≥ 60 , thời gian STM ≥ 2 năm, thời gian THA ≥ 5 năm, tăng phospho, PTH máu. **Kết luận:** Canxi hóa động mạch vành phát hiện dựa vào chụp MSCT gặp với tỷ lệ cao hơn ở bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng BTMTGĐC so với bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối do các nguyên nhân khác. Đặc điểm canxi hóa ĐMV ở nhóm

đái tháo đường khác biệt chưa có ý nghĩa so với nhóm BTMTGĐC do các nguyên nhân khác. Giảm canxi máu liên quan có ý nghĩa tới sự xuất hiện canxi hóa ĐMV ở BN ĐTD biến chứng BTMTGĐC trong khi các yếu tố tuổi ≥ 60 , thời gian STM ≥ 2 năm, thời gian THA ≥ 5 năm, tăng phospho, PTH máu liên quan chưa có ý nghĩa.

Từ khóa: canxi hóa ĐMV, đái tháo đường, bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối, MSCT

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERY CALCIFICATION BY CARDIAC MSCT IN DIABETIC END-STAGE KIDNEY DISEASE PATIENTS

Objective: The survey of the characteristics of the coronary arteries calcification by using cardiac MDCT in diabetic end-stage kidney disease patients. **Subjects and methods:** cross-sectional description, comparison between 73 diabetic end-stage kidney disease patients (diabetic group) and 68 end-stage kidney disease patients (control group). All patients were clinically examined and measured serum biochemical indices. Cardiac MDCT was performed for all patients. **Result:** The rate of patients who had coronary arteries calcification in diabetic group (89,1%) was significant higher than in control group (42,6%). The mean of CACSs in diabetic group were significant higher than in control group. The proportion of CACS levels in diabetic group (44,6%; 32,3%; 23,1%) was not significant to control group (58,6%; 27,6%; 13,8%). The proportion of CACS of coronary arterial branches in diabetic group was not significant to control group. Coronary arteries calcification in diabetic group was significantly related with and hypocalcemia but not significantly related with aging ≥ 60 years old, period of kidney failure ≥ 2 years, period of hypertension ≥ 5 years, elevated serum phosphor and PTH concentration. **Conclusion:** The rate of the coronary arteries calcification was significant higher in diabetic end-stage of chronic

*Bệnh viện Trưng Vương – TP. HCM

**Học viện quân y

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Toàn

Email: toannephro@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2017

Ngày duyệt bài: 25.12.2017

kidney disease patients but characteristics of coronary arteries calcification of whom was not significantly different from end-stage kidney disease patients causing by others. Hypocalcemia may cause increasing the CACS in diabetic end-stage kidney patients but aging ≥ 60 years old, period of kidney failure ≥ 2 years, period of hypertension ≥ 5 years, elevated serum phosphor and PTH concentration were not significantly related.

Keywords: coronary artery calcification, diabetes, end-stage renal disease, MSCT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường týp 2 là bệnh rối loạn chuyển hóa gây ra nhiều biến chứng tim mạch trong đó hay gặp là bệnh động mạch vành. Bên cạnh tổn thương hẹp ĐMV do tổn thương nội mạc, tình trạng canxi hóa ĐMV cũng được chứng minh là yếu tố nguy cơ xuất hiện các biến cố mạch vành. Canxi hóa ĐMV gây ra bởi rối loạn do đái tháo đường gồm nhiều yếu tố: hoạt hóa yếu tố viêm, stress oxy hóa, kháng insulin, rối loạn lipid máu và tăng phosphor trong máu. Ở bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng bệnh thận mạn tính lại xuất hiện thêm các yếu tố gây canxi hóa ĐMV như rối loạn chuyển hóa canxi, phospho và cường cận giáp thứ phát. Hậu quả lâu dài khi suy thận tiến triển đến giai đoạn cuối là dẫn tới gia tăng sự lắng đọng canxi ở thành động mạch vành, làm tăng độ cứng động mạch, giảm sức đàn hồi và tưới máu nuôi cơ tim cũng như thuận lợi cho việc hình thành các mảng xơ động mạch, làm gia tăng nguy cơ bệnh tim thiếu máu cục bộ ở bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Chụp cắt lớp vi tính đa lát cắt tim là phương pháp không xâm nhập có giá trị nhất giúp đánh giá mức độ canxi hóa động mạch vành, giúp phân tầng nguy cơ bệnh tim thiếu máu cục bộ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm canxi hóa động mạch vành dựa vào chụp vi tính đa lát cắt tim ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có biến chứng bệnh thận mạn giai đoạn cuối".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 73 BN đái tháo đường týp 2 có biến chứng bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối (nhóm bệnh) và 68 BN bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối do các nguyên nhân

khác (nhóm chứng bệnh) điều trị tại Bệnh viện Trung Ương từ tháng 03/2011 đến tháng 04/2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng:

***Nhóm bệnh (BN đái tháo đường biến chứng bệnh thận mạn giai đoạn cuối):**

- + Được chẩn đoán đái tháo đường týp 2 theo tiêu chuẩn Liên đoàn quốc tế năm 2011
- + Thời gian phát hiện đái tháo đường trên 5 năm.
- + Mức lọc cầu thận $< 15\text{ml/phút/1,73m}^2$
- + Chưa lọc máu chu kỳ.

***Nhóm chứng bệnh (BN bệnh thận mạn tính không do đái tháo đường):**

- + Được chẩn đoán suy thận mạn do các nguyên nhân khác nhau không phải đái tháo đường.
- + Mức lọc cầu thận $< 15\text{ml/phút/1,73m}^2$
- + Chưa lọc máu chu kỳ.

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu

- + Suy tim mạn tính độ 4, rối loạn nhịp tim nặng.
- + Đột quỵ não giai đoạn cấp tính.
- + Hội chứng mạch vành cấp
- + Nhiễm khuẩn toàn thân mức độ nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả, cắt ngang, so sánh nhóm bệnh và nhóm chứng.

Một số tiêu chuẩn, phân loại sử dụng trong nghiên cứu

+ Phân chia giai đoạn bệnh thận mạn theo Hội Thận quốc tế KDOGO-2012

+ Chẩn đoán đái tháo đường týp 2 theo Liên đoàn đái tháo đường quốc tế IDF-2012

+ Chẩn đoán tăng huyết áp theo JNC VII-2003.

Bảng 2.1: Điểm canxi hóa ĐMV dựa vào nguyên tắc Agatston

Đơn vị H.U	Điểm canxi hóa
130 ÷ 199	1
200 ÷ 299	2
300 ÷ 399	3
≥ 400	4

Bảng 2.2. Dự báo nguy cơ mắc bệnh mạch vành dựa vào điểm canxi hóa

Điểm canxi hóa CACS	Nguy cơ mắc bệnh mạch vành
1 ÷ 100	Không nguy cơ, tương ứng 1 lần
101 ÷ 400	3,1 lần (OR) (95% CI: 1.2 – 7.9)
401 ÷ 1000	4,6 lần (OR) (95% CI: 1.8 – 11.8)
> 1000	8,3 lần (OR) (95% CI: 3.3 – 21.1)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 141)

Biến đổi chỉ số	Nhóm ĐTĐ (n = 73)	Nhóm chứng bệnh (n = 68)	p
Tuổi	61,8 ± 9,8	55,3 ± 15,8	$< 0,05$
Nam/nữ	29/44	36/32	$> 0,05$
Thời gian ĐTĐ (năm)	14,5 ± 5,6	-	
Thời gian tăng huyết áp	8,4 ± 6,0	5,0 ± 4,2	$< 0,05$

Thời gian suy thận mạn	2,9 ± 1,7	1,7 ± 1,1	< 0,05
BMI ≥ 23	30 (41,1)	7 (10,3)	< 0,05
Thiếu máu nặng (Hb < 70g/l)	30 (41,1)	37 (54,4)	> 0,05
Giảm canxi	68 (93,1)	58 (85,3)	> 0,05
Tăng phospho	60 (82,2)	54 (79,4)	> 0,05
Tăng PTH	31 (42,5)	32 (47,1)	> 0,05
Giảm albumin máu	60 (82,2)	44 (64,7)	< 0,05
Mức lọc cầu thận (ml/p)	9,3 ± 4,5	8,8 ± 4,6	> 0,05

+ Tuổi trung bình, thời gian phát hiện tăng huyết áp, thời gian phát hiện suy thận mạn, tỷ lệ BN có dư cân béo phì, giảm albumin máu ở nhóm đái tháo đường cao hơn nhóm chứng bệnh.

+ Tỷ lệ về giới, tỷ lệ BN thiếu máu nặng, giảm canxi, tăng phospho, tăng PTH máu, giá trị trung bình mức lọc cầu thận ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.2: So sánh tỷ lệ bệnh nhân có canxi hóa động mạch vành (n = 141)

Động mạch vành	Nhóm ĐTĐ n = 73; n _r (%)	Nhóm chứng bệnh n = 68; n _r (%)	p
Canxi hóa	65 (89,1)	29 (42,6)	p < 0,05
Không có canxi hóa	8 (10,9)	39 (57,4)	

Tỷ lệ bệnh nhân có canxi hóa động mạch vành ở BN đái tháo đường có biến chứng BTMTGDC cao hơn có ý nghĩa so với BTMTGDC do các nguyên nhân khác.

Bảng 3.3: So sánh tỷ lệ bệnh nhân dựa vào phân mức nguy cơ bệnh động mạch vành theo thang điểm CACS (n = 94)

Điểm canxi hóa CACS	Nhóm ĐTĐ n = 65; n _r (%)	Nhóm chứng bệnh n = 29; n _r (%)	p
1 ÷ 100	29 (44,6)	17 (58,6)	p > 0,05
101 ÷ 400	21 (32,3)	8 (27,6)	
401 ÷ 1000	15 (23,1)	4 (13,8)	
> 1000	0 (0,0)	0 (0,0)	

Tỷ lệ bệnh nhân theo phân mức nguy cơ bệnh ĐMV dựa vào điểm canxi hóa CACS ở bệnh nhân ĐTĐ có biến chứng BTMTGDC khác biệt không có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh (BTMTGDC do các nguyên nhân khác).

Bảng 3.4: So sánh giá trị trung bình điểm canxi hóa chung, từng nhánh động mạch vành (n = 141)

Điểm CACS	Nhóm ĐTĐ n = 73 (GTTB ± SD)	Nhóm chứng bệnh n = 68 (GTTB ± SD)	p
CACS chung	234,0 ± 292,6	61,4 ± 129,1	< 0,05
CACS thân chung	14,0 ± 34,3	4,5 ± 18,0	< 0,05
CACS vành phải	62,5 ± 110,3	22,5 ± 78,3	< 0,05
CACS liên thất trước	112,5 ± 160,0	28,2 ± 65,5	< 0,05
CACS nhánh mũ	45,9 ± 74,8	5,6 ± 16,9	< 0,05

Giá trị trung bình điểm CACS chung, từng nhánh ĐMV ở BN đái tháo đường có biến chứng BTMTGDC cao hơn có ý nghĩa so với BN BTMTGDC do các nguyên nhân khác.

Bảng 3.5: Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào số nhánh động mạch vành bị canxi hóa (n=94)

Số nhánh	Nhóm ĐTĐ n = 65; n _r (%)	Nhóm chứng bệnh n = 29; n _r (%)	p
1 nhánh	14 (21,5)	10 (34,5)	p > 0,05
2 nhánh	21 (32,3)	9 (31,0)	
3 nhánh	18 (27,7)	9 (31,0)	
4 nhánh	12 (18,5)	1 (3,5)	

Tỷ lệ bệnh nhân theo số nhánh ĐMV có canxi hóa ở BN đái tháo đường có biến chứng BTMTGDC khác biệt chưa có ý nghĩa so với BN BTMTGDC do các nguyên nhân khác.

Bảng 3.6: Môi liên quan giữa sự xuất hiện canxi hóa ĐMV với một số yếu tố, chỉ số ở BN đái tháo đường biến chứng BTMTGDC

Chỉ số	Gộp chung (n = 141)		Nhóm ĐTĐ (n=73)	
	OR	p	OR	p
Tuổi ≥ 60 (năm)	3,1	< 0,05	1,8	> 0,05
Thời gian STM ≥ 2 năm	4,7	< 0,05	2,1	> 0,05

Thời gian THA ≥ 5 năm	5,4	$< 0,05$	1,7	$> 0,05$
Giảm canxi	3,5	$< 0,05$	6,9	$< 0,05$
Tăng PTH	3,3	$> 0,05$	1,0	$> 0,05$
Tăng Phospho	1,0	$> 0,05$	0,6	$> 0,05$

Tuổi ≥ 60 , thời gian STM ≥ 2 năm, thời gian THA ≥ 5 năm, tăng PTH và tăng phospho máu liên quan chưa có ý nghĩa với sự xuất hiện canxi hóa ĐMV ở BN đái tháo đường biến chứng BTMTGĐC trong khi giảm canxi máu liên quan có ý nghĩa.

IV. BÀN LUẬN

Đái tháo đường type 2 xuất hiện chủ yếu ở tuổi trên 40, biến chứng thận thường xuất hiện sau từ 5 – 10 năm phát hiện ĐTĐ, tiến triển dần tới suy thận mạn tính giai đoạn cuối. Do đó, những BN suy thận mạn tính do đái tháo đường thường ở lứa tuổi trung niên và tuổi già, thời điểm phát hiện biến đổi giảm chức năng thận cũng sớm hơn so với suy thận do các nguyên nhân khác do BN thường xuyên phải theo dõi điều trị kiểm soát glucose máu trước đó. Bên cạnh đó, tăng huyết áp là biểu hiện hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của nhóm ĐTĐ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh (bảng 3.1). Thời gian phát hiện suy thận mạn và tăng huyết áp ở nhóm ĐTĐ cũng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh (bảng 3.1). Dư cân, béo phì là yếu tố nguy cơ đồng thời là đặc điểm thường tồn tại ở BN đái tháo đường, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ dư cân béo phì ở nhóm ĐTĐ cao hơn so với nhóm chứng bệnh (bảng 3.1). Các đối tượng nghiên cứu dù suy thận do các nguyên nhân khác nhau nhưng cùng ở giai đoạn cuối bệnh thận mạn nên các rối loạn đặc trưng chưa cho thấy sự khác biệt, tỷ lệ BN thiếu máu, giảm canxi máu, tăng phospho, tăng PTH và mức lọc cầu thận là tương đương nhau ở 2 nhóm (bảng 3.1).

Đái tháo đường được đặc trưng bởi rối loạn chuyển hóa glucose trong cơ thể, dẫn tới các rối loạn thứ phát khác, làm tổn thương các cơ quan, ảnh hưởng chức phận các cơ quan cũng như sự sống còn của cơ thể. Bệnh động mạch vành là một trong các biến chứng hay gặp ở BN đái tháo đường type 2. Cơ chế bệnh sinh hẹp ĐMV ở bệnh nhân ĐTĐ đã được làm sáng tỏ, bên cạnh quá trình hình thành trực tiếp các mảng xơ vữa gây hẹp lòng mạch, theo nhiều con đường khác nhau đái tháo đường còn tác động tới quá trình canxi hóa thành ĐMV, làm tăng nguy cơ hẹp ĐMV rõ rệt, cũng như tiên lượng khả năng hồi phục khi có hẹp ĐMV gây thiếu máu cơ tim. Các rối loạn ở BN đái tháo đường được nhắc tới như là nguyên nhân gây canxi hóa mạch máu bao gồm quá trình viêm mạch, stress oxy hóa, kháng insulin,

rối loạn lipid máu và tăng phosphor trong máu. Ở bệnh nhân ĐTĐ có biến chứng bệnh thận mạn tính sẽ xuất hiện thêm các rối loạn đặc trưng như rối loạn chuyển hóa canxi, phospho và cường cận giáp thứ phát, làm gia tăng canxi hóa động mạch. Tình trạng canxi hóa ĐMV ở những BN đó nặng nề hơn so với đái tháo đường chưa có giảm chức năng thận hoặc bệnh thận mạn giai đoạn cuối do các nguyên nhân khác. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN có canxi hóa ĐMV ở nhóm đái tháo đường có biến chứng BTMTGĐC cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh (bảng 3.2). Tỷ lệ BN có canxi hóa ĐMV trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Công (58,5%; 2012) ở đối tượng là bệnh nhân đái tháo đường chưa có suy thận. Như vậy, tiến triển bệnh lý suy thận mạn ở bệnh nhân đái tháo đường làm gia tăng canxi hóa ĐMV. Mức độ canxi hóa càng nhiều sẽ làm gia tăng nguy cơ các biến cố tim mạch, đánh giá mức độ canxi hóa động mạch vành là cơ sở phân tầng nguy cơ bệnh động mạch vành (bảng 2.2), nghiên cứu của các tác giả cho thấy nguy cơ mắc bệnh tim thiếu máu cục bộ của nhóm bệnh nhân có điểm CACS > 100 tăng lên trên 3 lần. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao (CACS ≥ 100) ở nhóm đái tháo đường (55,4%) cao hơn so với nhóm chứng bệnh (41,4%) nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (bảng 3.3). Phân tích điểm canxi hóa của từng nhánh ĐMV cho thấy giá trị trung bình điểm CACS của từng nhánh ở BN ĐTĐ có biến chứng BTMTGĐC cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh, nguy cơ bệnh ĐMV ở các nhánh liên quan tới tình trạng canxi hóa mạch máu là như nhau (bảng 3.4). Canxi hóa ĐMV gây ra bởi rối loạn do ĐTĐ và suy thận là khác nhau nhưng cùng đặc điểm chung là có tính chất lan tỏa, tỷ lệ số nhánh ĐMV có canxi hóa ĐMV ở nhóm ĐTĐ khác biệt chưa có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh (bảng 3.5).

Phân tích ở BN ĐTĐ có biến chứng BTMTGĐC cho thấy sự xuất hiện canxi hóa ĐMV liên quan có ý nghĩa với giảm canxi máu mà không cho thấy sự liên quan với các yếu tố như: tuổi ≥ 60 , thời gian STM ≥ 2 năm, thời gian THA ≥ 5 năm, tăng PTH, tăng phosphor máu (bảng 3.6). Trong khi đó, khi phân tích gộp chung các BN BTMTGĐC do các nguyên nhân bao gồm cả đái tháo đường và các nguyên nhân khác cho thấy

sự xuất hiện canxi hóa ĐMV liên quan có ý nghĩa với tuổi ≥ 60 , thời gian STM ≥ 2 năm, thời gian THA ≥ 5 năm (bảng 3.6). Điều đó có thể ngoại suy rằng yếu tố rối loạn chuyển hóa do ĐTD ảnh hưởng mạnh mẽ tới sự xuất hiện canxi hóa ĐMV đã làm sai lệch ảnh hưởng của các yếu tố khác tới sự xuất hiện canxi hóa. Kết quả phân tích cho thấy chưa có mối liên quan giữa tăng nồng độ phospho, PTH với canxi hóa ĐMV (bảng 3.6) kể cả khi phân tích riêng rẽ nhóm bệnh đái tháo đường cũng như khi gộp chung BTMTGĐC do các nguyên nhân khác nhau. Về mặt bệnh sinh và các nghiên cứu theo dõi dọc cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa sự biến đổi của các chỉ số trên với canxi hóa động mạch, quá trình này diễn biến không đồng nhất ở các bệnh nhân khác nhau, ở từng thời điểm khác nhau trên một bệnh nhân. Trong nghiên cứu này sử dụng phân tích cắt ngang với các đối tượng không hoàn toàn đồng nhất về các yếu tố nguy cơ khác gây canxi hóa ĐMV nên có thể sẽ chưa thấy được mối liên quan đó.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát đặc điểm canxi hóa động mạch vành dựa vào chụp vi tính đa lát cắt tim ở 73 bệnh nhân đái tháo đường biến chứng bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối có so sánh với 68 bệnh nhân BTMTGĐC do các nguyên nhân khác cho thấy:

+ Tỷ lệ bệnh nhân có canxi hóa động mạch vành, giá trị trung bình điểm CACS ở nhóm đái tháo đường biến chứng BTMTGĐC cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh.

+ Đặc điểm canxi hóa ĐMV (phân mức điểm CACS, số nhánh canxi hóa) ở nhóm đái tháo đường biến chứng BTMTGĐC khác biệt chưa có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh.

+ Canxi hóa động mạch vành gia tăng ở những bệnh nhân đái tháo đường có canxi máu giảm, liên quan chưa có ý nghĩa với tuổi ≥ 60 , thời gian STM ≥ 2 năm, thời gian THA ≥ 5 năm, tăng phospho, PTH máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Công (2012), "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch vành, mối liên quan với microalbumin niệu và một số yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2". *Luận án Tiến sĩ Y học-chuyên ngành Nội - Nội tiết, Học viện Quân y, Hà Nội*.
2. Chistiakov D.A, Sobenin I.A et al (2014) "Mechanisms of medial arterial calcification in diabetes", *Current Pharmaceutical Design*, Vol20, pp 1-14.
3. Schurgin S, Rich S, et al (2001) "Increased prevalence of significant coronary artery calcification in patients with diabetes" *Diabetes Care*, Vol 24 (2), pp 335-8.
4. Vliegthart R, Oudkerk M, Hofman A, et al. (2005), "Coronary calcification improves cardiovascular risk prediction in the elderly". *Circulation*, 112(4), 572-577.
5. Joosen I.A, Schiphof F, et al (2012), "Relation between mild to moderate chronic kidney disease and coronary artery disease determined with coronary CT angiography". *PLoS One*, 7(10), e47267.
6. Wald R, Sarnak M.J, et al (2008), "Disordered mineral metabolism in hemodialysis patients: an analysis of cumulative effects in the Hemodialysis (HEMO) Study". *Am J Kidney Dis*, 52(3), pp 531-540.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ PHÙ HỢP GIỮA HOẠT ĐỘNG MUA SẴM VÀ SỬ DỤNG THUỐC TẠI BỆNH VIỆN GIAO THÔNG VẬN TẢI TRUNG ƯƠNG NĂM 2015

Hà Văn Thuý¹, Lê Thanh Cường²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành để đánh giá mức độ phù hợp giữa mua sắm và sử dụng thuốc tại Bệnh viện Giao thông vận tải Trung ương năm 2015. Các kết quả nghiên cứu cho thấy tại Bệnh viện, thuốc sử dụng chiếm 73,8% về số khoản mục (SKM) và 75,5% về giá trị so với thuốc mua sắm theo kế hoạch. Việc mua sắm hai gói thầu là Thuốc biệt dược gốc và thuốc đông y tương đối phù hợp với nhu

cầu sử dụng, đáp ứng trên 80%. Có nhiều nhóm thuốc trúng thầu nhưng không sử dụng (219 thuốc) như nhóm thuốc điều trị ung thư và nhóm thuốc đông y. Ngược lại, có nhiều nhóm lại phải mua bổ sung ngoài kế hoạch (197 thuốc). Điều đó cho thấy việc mua sắm thuốc tại Bệnh viện chưa thực sự sát với nhu cầu sử dụng.

SUMMARY

ASSESS THE APPROPRIATENESS BETWEEN PROCUREMENT AND USING OF MEDICINES AT CENTRAL TRANSPORT HOSPITAL IN 2015

A cross-sectional descriptive study was conducted to compare the appropriateness between drugs in the winning bid list and the use list at the Central Hospital of Transport in 2015. The results showed that, 73.8% of drugs in the winning bid list were used and it accounted for 75.5% value of total used drugs. The

¹Bộ Y tế

²BV Giao thông vận tải TƯ

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thuý

Email: hvthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2017

Ngày duyệt bài: 28.12.2017

procurement of two packages included original drugs and traditional drugs were rather suitable for the need of use, with responsible rate over 80%. There were a number of choosed drugs but they weren't used (219 drugs) including drugs for cancer treatment and traditional drugs. In contrast, there are many classes were bought for additional quantities (197 drugs). It showed that, the procurement at the hospital was not really close to the needs.

Keyword: Procurement, bidding, use of medication, central transport hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cung ứng đủ thuốc, đảm bảo chất lượng là nhiệm vụ hàng đầu của khoa dược bệnh viện. Hoạt động cung ứng không chỉ là việc đáp ứng đủ thuốc, nó còn bao gồm các hoạt động điều tiết liên quan đến tồn trữ, sự khan hiếm và phân bổ thuốc đảm bảo nhu cầu điều trị. Những bất cập trong cung ứng xảy ra thường xuyên, chịu ảnh hưởng bởi thảm họa tự nhiên, giảm sản lượng cung ứng nguyên liệu, các khó khăn và quyết định kinh doanh của nhà sản xuất, hoặc do sử dụng quá mức số lượng thuốc đã mua theo kế hoạch [2],[5]. Tình trạng này dẫn đến thiếu hụt thuốc, gây ra lo lắng cho bác sỹ, khiến các dược sỹ gặp khó khăn trong tìm kiếm nguồn cung ứng thuốc; làm tăng khối lượng công việc của dược sỹ và cuối cùng là ảnh hưởng tới chất lượng điều trị cho bệnh nhân [1]. Để có thể thực hiện tốt hơn hoạt động cung ứng thuốc trong bệnh viện thì hàng năm mỗi bệnh viện luôn phải đặt ra câu hỏi là liệu việc sử dụng thuốc thực tế có thay đổi gì so với kết quả đấu thầu để nhằm

rà soát và điều chỉnh trong năm tới cho phù hợp. Để giải quyết câu hỏi trên trong việc cung ứng thuốc tại bệnh viện Giao thông Vận tải Trung ương, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Đánh giá mức độ phù hợp giữa hoạt động mua sắm và sử dụng thuốc tại bệnh viện Giao thông Vận tải Trung ương năm 2015*" với mục tiêu: So sánh danh mục thuốc (DMT) sử dụng và DMT trúng thầu tại Bệnh viện Giao thông Vận tải Trung ương năm 2015. Từ đó đưa ra một số kiến nghị và đề xuất nhằm nâng cao chất lượng hoạt động cung ứng thuốc tại Bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đề tài sử dụng các danh mục thuốc như DMT trúng thầu năm 2015 (744 thuốc); DMT mua bổ sung ngoài kế hoạch (197 thuốc) và DMT sử dụng (555 thuốc) tại Bệnh viện để tiến hành các phân tích, đánh giá.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Sử dụng phương pháp tỉ trọng để phân tích. Tính toán các chỉ số nghiên cứu dựa vào số khoản mục (SKM), giá trị sử dụng (GTSD) của các thuốc, nhóm thuốc. Phần mềm Microsoft Excel được sử dụng để tính toán giá trị, tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Cơ cấu thuốc sử dụng theo kết quả đấu thầu năm 2015: Thuốc sử dụng năm 2015 của Bệnh viện bao gồm thuốc trúng thầu theo kế hoạch (đấu thầu tập trung) và thuốc mua bổ sung ngoài kế hoạch, kết quả về số khoản mục và giá trị thuốc sử dụng được thể hiện qua bảng sau:

Bảng 1. Cơ cấu thuốc sử dụng theo kết quả đấu thầu năm 2015

Nội dung	SKM	Tỷ lệ %	GTSD (nghìn đồng)	Tỷ lệ %
Thuốc sử dụng theo kết quả ĐT tập trung	555	73,8	28.422.717	75,5
Thuốc sử dụng phải mua bổ sung ngoài kế hoạch	Áp dụng giá trúng thầu	180	23,9	9.156.863
	Mua ngoài kế hoạch	17	2,3	47.570
Tổng (DMT sử dụng)	752	100,0	37.627.150	100,0

Thuốc được sử dụng theo kết quả đấu thầu tập trung chiếm 73,8% SKM và 75,5% GTSD, còn thuốc mua bổ sung ngoài kế hoạch chiếm khoảng hơn 20% về cả SKM và GTSD. Với các thuốc mua bổ sung ngoài kế hoạch thì phần lớn là mua áp giá trúng thầu.

Cơ cấu thuốc sử dụng tại Bệnh viện theo kết quả đấu thầu tập trung: Phân tích danh mục thuốc sử dụng của Bệnh viện theo kết quả đấu thầu tập trung, số liệu được trình bày theo bảng sau

Bảng 2. Cơ cấu thuốc sử dụng theo kết quả đấu thầu tập trung

Phân loại	SKM sử dụng	Tỷ lệ %	GTSD(nghìn đồng)	Tỷ lệ %
Thuốc Generic	414	74,6	12.488.618	43,9
Thuốc BDG	134	24,1	15.233.549	53,6
Thuốc Đông y, thuốc từ dược liệu	7	1,3	700.550	2,5
Tổng	555	100,0	28.422.717	100,0

Thuốc generic được sử dụng có tỷ lệ SKM cao nhất, đạt 74,6%, trong khi thuốc BDG chỉ đạt 24,1%. Tuy nhiên, GTSD thuốc generic chỉ đạt 43,9%, trong khi đó giá trị thuốc BDG sử dụng đạt tới 53,6%.

So sánh danh mục thuốc sử dụng và danh mục thuốc trúng thầu theo các gói thầu: Kết quả được trình bày trong bảng sau

Bảng 3. So sánh danh mục thuốc sử dụng so với danh mục thuốc trúng thầu theo gói thầu

Gói thầu	SKM			Giá trị (nghìn đồng)		
	Trúng thầu	Sử dụng	Tỷ lệ %	Trúng thầu	Sử dụng	Tỷ lệ %
Thuốc theo tên Generic	588	414	70,4	27.301.168	12.488.618	45,7
Thuốc BDG hoặc thuốc có TĐĐT	178	134	75,3	18.763.549	15.233.549	81,2
Thuốc Đông y, thuốc tử dược liệu	8	7	87,5	705.050	700.550	99,4
Tổng	774	555	71,7	46.769.767	28.422.717	60,8

*BDG: Biệt dược gốc; TĐĐT: Tương đương điều trị

Các gói thầu đều được sử dụng trên 70% SKM tuy nhiên về GTSD có sự không đồng đều. Nhóm thuốc đông y có GTSD cao nhất, đạt 99,4% giá trị trúng thầu trong khi đó nhóm thuốc Generic chỉ đạt 45,7% giá trị trúng thầu.

So sánh danh mục thuốc sử dụng và danh mục thuốc trúng thầu theo nguồn gốc: Kết quả được trình bày trong bảng sau

Bảng 4. So sánh DMT sử dụng với DMT trúng thầu theo nguồn gốc sản xuất

Nguồn gốc sản xuất	SKM			Giá trị (nghìn đồng)		
	Trúng thầu (TT)	Sử dụng (SD)	Tỷ lệ SD/TT (%)	Trúng thầu	Sử dụng	Tỷ lệ SD/TT (%)
Nước ngoài	479	353	73,7	38.384.469	23.865.659	62,2
Việt Nam	295	202	68,5	8.385.299	4.557.058	54,3
Tổng	774	555	71,7	46.769.768	28.422.717	60,8

Thuốc trúng thầu có nguồn gốc từ nước ngoài được sử dụng 73,7% và giá trị là 62,2% sử dụng cao hơn thuốc trúng thầu nguồn gốc sản xuất trong nước (68,5% về SKM và 54,3% về giá trị).

So sánh danh mục thuốc sử dụng và danh mục thuốc trúng thầu theo nhóm điều trị: Chúng tôi có bảng số liệu sau;

Bảng 5. Cơ cấu thuốc theo nhóm điều trị

Ký hiệu	Tên nhóm	SKM			Giá trị (nghìn đồng)		
		Trúng thầu	Sử dụng	Tỷ lệ SD/TT %	Trúng thầu	Sử dụng	Tỷ lệ SD/TT %
I	Thuốc tân dược						
N1	Thuốc giải độc và các thuốc dùng trong trường hợp ngộ độc	7	7	100,0	161.440	89.016	55,1
N2	Thuốc điều trị đau nửa đầu, chóng mặt	2	2	100,0	248.310	129.760	52,3
N3	Thuốc tẩy trùng và sát khuẩn	2	2	100,0	20.870	18.565	89,0
N4	Thuốc lợi tiểu	4	4	100,0	35.640	34.796	97,6
N5	Khoáng chất và vitamin	22	19	86,4	699.845	448.670	64,1
N6	Dung dịch điều chỉnh nước, điện giải, cân bằng acid-base và các dung dịch tiêm truyền khác	35	28	80,0	3.362.830	1.545.857	46,0
N7	Thuốc điều trị bệnh mắt, tai mũi họng	22	17	77,3	473.441	256.359	54,1
N8	Thuốc tim mạch	148	112	75,7	9.683.608	6.404.941	66,1
N9	Thuốc có tác dụng thúc đẻ, cầm máu sau đẻ và chống đẻ non	8	6	75,0	124.753	49.237	39,5
N10	Hocmon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	79	58	73,4	7.416.062	4.125.435	55,6
N11	Thuốc giãn cơ và ức chế cholinesterase	15	11	73,3	593.810	297.621	50,1
N12	Thuốc đường tiêu hóa	78	57	73,1	3.697.762	2.293.980	62,0
N13	Thuốc gây mê, gây tê	21	15	71,4	1.239.630	695.820	56,1
N14	Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	152	107	70,4	10.170.116	5.318.494	52,3
N15	Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	19	13	68,4	331.873	226.937	68,4
N16	Thuốc chống co giật, chống động kinh	12	8	66,7	321.918	264.416	82,1
N17	Thuốc chống dị ứng và dùng trong	20	13	65,0	173.436	66.790	38,5

Ký hiệu	Tên nhóm	SKM			Giá trị (nghìn đồng)		
		Trúng thầu	Sử dụng	Tỷ lệ SD/TT %	Trúng thầu	Sử dụng	Tỷ lệ SD/TT %
	các trường hợp quá mẫn						
N18	Thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm không steroid, thuốc điều trị gút và các bệnh xương khớp	39	25	64,1	1.247.420	743.150	59,6
N19	Thuốc tác dụng đối với máu	31	19	61,3	4.633.752	3.801.921	82,0
N20	Thuốc chống rối loạn tâm thần	14	8	57,1	270.500	199.878	73,9
N21	Thuốc phối hợp nhiều đơn chất, mà sự phối hợp này chưa có sẵn trong danh mục	15	8	53,3	729.849	517.424	70,9
N22	Thuốc điều trị bệnh đường tiết niệu	2	1	50,0	104.976	82.500	78,6
N23	Thuốc điều trị bệnh da liễu	6	3	50,0	33.674	13.596	40,4
N24	Thuốc chống parkinson	7	3	42,9	32.726	17.433	53,3
N25	Thuốc dùng chẩn đoán	5	2	40,0	254.127	79.570	31,3
N26	Thuốc điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch	1		0,0	2.350	0	0,0
II Thuốc đông y, thuốc từ dược liệu							
N27	Nhóm thuốc thanh nhiệt, giải độc, tiêu ban, lợi thủy	4	4	100,0	369.770	369.770	100,0
N28	Nhóm thuốc nhuận tràng, tả hạ, tiêu thực, bình vị, kiện tì	1	1	100,0	187.500	187.500	100,0
N29	Nhóm thuốc an thần, định chí, dưỡng tâm	1	1	100,0	89.280	89.280	100,0
N30	Nhóm thuốc chữa bệnh về ngũ quan	1	1	100,0	54.000	54.000	100,0
N31	Nhóm thuốc chữa các bệnh về dương, về khí	1	0	0,0	4.500	0	0,0
	Tổng	774	555	71,7	46.769.767	28.422.717	60,8

Nhóm thuốc tân dược (thuốc điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch) và nhóm thuốc đông y (nhóm thuốc chữa các bệnh về dương, về khí) trúng thầu nhưng không sử dụng. SKM sử dụng các thuốc tân dược trúng thầu giảm không đồng đều với giá trị trúng thầu trong các nhóm điều trị, ngoài ra có 4 nhóm điều trị sử dụng 100,0% SKM trúng thầu nhưng GTSD lại giảm so với giá trị trúng thầu như thuốc giải độc và các thuốc dùng trong trường hợp ngộ độc; thuốc điều trị đau nửa đầu, chống mặt; thuốc tẩy trùng và sát

khẩn; thuốc lợi tiểu. Khi nhìn vào từng thuốc trong nhóm thì hầu hết các thuốc trúng thầu chưa sử dụng hết số lượng trúng thầu, trừ 4 thuốc: Vinluta 300 mg; Betadine Antiseptic 10% - 125 ml; Verospiron 25 mg; Aldactone Tab 25 mg sử dụng hết số lượng và phải mua bổ sung.

Số lượng thuốc phải mua bổ sung: Tiến hành phân tích số lượng mua bổ sung để đánh giá mức độ thiếu hụt so với thực tế đầu thầu, chúng tôi có bảng số liệu:

Bảng 6. Số lượng mua bổ sung một số thuốc

TT	Tên thuốc	Số lượng trúng thầu	Mua bổ sung	Tổng sử dụng
1	Vinluta 300 mg (viên)	500	397	897
2	Betadine Antiseptic Solution 10% 125ml (lọ)	200	406	606
3	Verospiron 25 mg (viên)	6.000	8.904	14.904
4	Aldactone Tab 25 mg (viên)	9.000	3.404	12.404

Những thuốc sử dụng hết số lượng trúng thầu đều phải mua bổ sung, trong đó hai thuốc là Betadine Antiseptic Solution 10% - 125ml và Verospiron 25mg có số lượng mua bổ sung cao hơn nhiều số lượng thuốc trúng thầu theo kế hoạch.

Việc tìm hiểu lý do vì sao các thuốc trúng thầu mà không được sử dụng là rất quan trọng giúp đưa ra những điều chỉnh phù hợp cho hoạt động lựa chọn thuốc trong năm sau. Tổng hợp các nguyên nhân chúng tôi có bảng số liệu sau:

Bảng 7. Một số nguyên nhân thuốc trúng thầu chưa được sử dụng

Nguyên nhân		SKM	Tỷ lệ %
Do nhà cung ứng	Do sản xuất	11	5,0

	Gián đoạn cung cấp	7	3,2
	Vi phạm chất lượng	6	2,8
Do Bệnh viện	Điều tiết sử dụng thuốc	195	89,0
Tổng		219	100,0

Điều tiết sử dụng thuốc trúng thầu của bệnh viện là nguyên nhân chính mà 219 thuốc trúng thầu chưa được sử dụng, chiếm 89%. Các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ không đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ giá trị sử dụng thuốc BDG cao hơn so với thuốc generic do các nhóm thuốc BDG có giá trị trúng thầu cao (40,7%) và thường được ưa tiên hơn trong sử dụng. Một nguyên nhân nữa là một số BDG có hàm lượng kỹ thuật cao (thuốc tim mạch) hoặc cửa sổ điều trị hẹp chưa có thuốc generic thay thế sử dụng và không được khuyến khích sử dụng. Tuy nhiên, hiện nay cũng có rất nhiều thuốc generic có tương đương sinh học với BDG, có thể lựa chọn thay thế nhưng chưa được lựa chọn để đưa vào kế hoạch thầu hoặc được cán bộ y tế biết đến để sử dụng. Vì vậy, để hạn chế việc thiếu thông tin, lạm dụng sử dụng thuốc BDG, cơ quan quản lý cần khuyến khích các doanh nghiệp công bố các thuốc generic có tương đương sinh học với thuốc BDG để dễ lựa chọn trong mua sắm thuốc phục vụ nhu cầu khám chữa bệnh.

Thuốc thiếu hụt do không có nhà thầu chào dẫn tới kết quả nhiều thuốc phải mua ngoài kế hoạch đấu thầu, nhưng việc mất cân đối trong cung ứng, sử dụng quá mức một số thuốc trúng thầu mới là nguyên nhân chính dẫn tới thuốc phải mua bổ sung theo kết quả trúng thầu. Việc thực hiện mua sắm bổ sung xảy ra ở toàn bộ các gói thầu trong suốt thời gian sử dụng kết quả đấu thầu. Kết quả nghiên cứu cho thấy nguyên nhân thiếu hụt thuốc phần lớn do bệnh viện điều tiết sử dụng (chiếm 89%) và 11% do nhà cung ứng. Nhiều thuốc generic khi tham gia đấu thầu được nhà thầu chào với giá thấp nhưng sau trong quá trình cung ứng các nhà sản xuất bỏ sản xuất các thuốc có giá trị thấp, doanh thu không đủ bù đắp chi phí dẫn đến gián đoạn trong cung ứng. Để tránh điều này xảy ra, cơ quan quản lý cần có những đánh giá để bên cạnh quy định về giá trần cần có quy định về giá sàn để tránh tình trạng các nhà cung ứng chạy đua theo giá thấp, bỏ thầu với giá thấp để trúng rồi sau đó không cung ứng vì không đảm bảo lợi nhuận. Kết quả này có một phần giống với báo cáo của hiệp hội Dược Mỹ. Giải quyết các vấn đề thiếu thuốc trong quá trình sử dụng là công việc khó khăn nếu nó liên quan đến thảm họa tự nhiên. Tuy nhiên, có thể hạn chế được bằng cách đánh giá các yếu tố khác có thể ảnh hưởng tới quá trình sử dụng nhằm hạn chế tối đa hiện tượng thiếu thuốc [1].

Khoảng 1/3 các mặt hàng trúng thầu không được sử dụng, cá biệt có hai nhóm trúng thầu nhưng không được sử dụng (*thuốc điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch; nhóm thuốc chữa các bệnh về dương, về khí*) và thuốc phải mua ngoài kế hoạch đấu thầu so với số khoản thuốc không được chào thầu và chào thầu vượt giá kế hoạch vênh nhau nhiều (17 SKM mua thêm so với 159 SKM không trúng thầu). Điều này cho thấy kế hoạch cung ứng và kiểm soát quá trình đấu thầu thuốc tại bệnh viện chưa tối ưu. Phần lớn các nhóm thuốc điều trị đều có giá trị sử dụng thấp hơn so với giá trị trúng thầu do một số thuốc chưa dùng hết số lượng, hoặc không sử dụng. Việc sử dụng quá mức một số thuốc trúng thầu trong khi một số thuốc khác cùng nhóm điều trị lại không được sử dụng. Điều này có thể do việc dự báo nhu cầu kém (danh mục thuốc đấu thầu chưa hợp lý) hoặc do tác động bởi chính sách của các công ty cung ứng thuốc dẫn tới một số thuốc trúng thầu bị hết số lượng thuốc nhanh chóng, gián đoạn cung ứng. Kế hoạch đấu thầu và sử dụng thuốc thiếu hợp lý dẫn đến phải tiêu tốn nhiều thời gian, nguồn lực để thực hiện quá trình mua sắm (6 tháng đấu thầu mua thuốc và 6 tháng còn lại thực hiện mua sắm bổ sung). Để giảm thiểu các vấn đề có liên quan đến cung ứng thuốc như thuốc mua không được sử dụng, thuốc phải mua bổ sung, bệnh viện nên đánh giá kế hoạch đấu thầu mua sắm thuốc hàng năm, xem xét loại bỏ những thuốc không dùng trong các nhóm điều trị hoặc thay thế các thuốc ít được sử dụng, đơn giản hóa danh mục thuốc trong mua sắm, giảm gánh nặng cho quản lý cung ứng thuốc sau đấu thầu. Bên cạnh đó, bệnh viện cần có những biện pháp quản lý chặt chẽ hơn vấn đề kê đơn của bác sĩ. Cuối cùng, cơ quan quản lý và các công ty sản xuất thuốc trong nước cần có những chính sách và cải thiện trong quản lý để có thể tăng cường hàm lượng kỹ thuật và công tác hậu cần của thuốc sản xuất trong nước. Thuốc sản xuất trong nước chưa tạo được sự tin tưởng, thường được đánh giá hàm lượng kỹ thuật thấp, giá rẻ đôi khi được đánh đồng với chất lượng thấp và sự thiếu chuyên nghiệp trong cung ứng. Những yếu tố trên góp phần vào việc tạo ra sự thiếu ổn định trong cung ứng thuốc trong bệnh viện, được coi là mối đe

dọa chính tới việc phân bổ nguồn lực, không vụ lợi và chăm sóc sức khỏe công bằng. Tóm lại, để giải quyết tình trạng thiếu thuốc trong sử dụng đòi hỏi cần có "hành động mạnh" để thúc đẩy sự thay đổi lập pháp, cũng như hợp tác địa phương và quốc tế, tính minh bạch và trách nhiệm giữa các bên liên quan (bao gồm các bác sĩ, hoạch định chính sách, bệnh nhân và nhà sản xuất) trong cả phòng ngừa và quản lý tình trạng thiếu thuốc [4].

Bên cạnh những kết quả đạt được, đề tài còn một số hạn chế. Đề tài chưa đánh giá được ảnh hưởng của việc tăng giá trị sử dụng một số nhóm điều trị là do sử dụng quá mức số lượng trúng thầu thuốc BDG hay generic. Ngoài ra, đề tài cũng chưa phân tích một số thuốc phải mua bổ sung số lượng ngoài kế hoạch theo kết quả trúng thầu có thuốc khác thay thế hay không và thuốc thay thế này có được sử dụng hay không.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Các kết quả nghiên cứu cho thấy tại Bệnh viện Giao thông vận tải Trung ương năm 2015, thuốc sử dụng chiếm 73,8% về SKM và 75,5% về giá trị so với thuốc mua sắm theo kế hoạch. Có nhiều nhóm thuốc trúng thầu nhưng không sử dụng (219 thuốc), ngược lại có nhiều nhóm lại phải mua bổ sung ngoài kế hoạch (197

thuốc). Điều đó cho thấy việc mua sắm thuốc tại Bệnh viện chưa thực sự sát với nhu cầu sử dụng. Để hạn chế tình trạng này, Bệnh viện cần phân tích danh mục thuốc sử dụng hàng năm làm căn cứ để xây dựng kế hoạch mua sắm cho phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mario Bedard (2013), "Drug shortages: Can we resolve that problem?", Canadian Journal of Anesthesia, 60(6): p. 523-527.
2. Erin R. Fox, Annette Birt, et al. (2009), AHSP Guidelines on Managing Drug Product Shortages in Hospitals and Health Systems.
3. Dongsoo Kim (2005), "An integrated supply chain management system: a case study in Healthcare sector", E-Commerce and Web Technologies: p. 218-227.
4. Wendy Lipworth, Ian Kerridge (2013), "Why drug shortages are an ethical issue", Australasian Medical Journal, 6(11): p. 556-559.
5. American Medical Association and the American Society of Health-System Pharmacists (2002), "Provisional observations on drug product shortages: effects, causes, and potential solutions", Am J Health-Syst Pharma, 59(22): p. 2173-2182.
6. Kannan Sethuraman, Devanath Tirupati (2005), "Evidence of bullwhip effect in healthcare sector: causes, consequences and cures", Int. J. Services and Operation Management, 1(4): p. 372-394.
7. World Health Organization (2003), Drugs and Money-Prices, Affordability and Cost Containment. p. 7-9.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG SỢ HÃI NHA KHOA VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI BỆNH LÝ SÂU RĂNG SỮA Ở TRẺ EM LỚP HAI TRƯỜNG TIỂU HỌC PHÚ LÂM, HÀ ĐÔNG, HÀ NỘI

Lương Minh Hằng*, Trần Thị Phụng*,
Nguyễn Phương Nga*, Nguyễn Hà Thu*, Lê Hưng**

TÓM TẮT

Sợ hãi nha khoa của trẻ được coi là một trong những nguyên nhân làm tăng, nặng thêm tình trạng bệnh răng miệng và tạo điều kiện thuận lợi cho các bệnh lý răng miệng khác trong tương lai. Đánh giá được tâm lý và kiểm soát sợ hãi của trẻ trong nha khoa sẽ góp phần mang lại kết quả thành công cũng như tiết kiệm được thời gian điều trị. **Mục tiêu:** mô tả thực trạng sợ hãi nha khoa và phân tích mối liên quan giữa sợ hãi nha khoa với tình trạng sâu răng sữa ở trẻ em lớp hai tại trường Tiểu học Phú Lâm, Hà Đông, Hà Nội. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả - cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ sợ hãi ở nhóm đối tượng nghiên cứu là

34,85%. Trẻ có điểm số trung bình sợ hãi cao nhất trong hai tình huống "nha sĩ khoan răng" và "bị tiêm". Trong nhóm trẻ có sâu răng, tỷ lệ trẻ có sợ hãi nha khoa cao hơn trẻ không sợ hãi. **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra thực trạng sợ hãi nha khoa trong nhóm đối tượng nghiên cứu và tỷ lệ sâu răng rất cao trên nhóm đối tượng có sợ hãi nha khoa.

Từ khóa: sợ hãi nha khoa, sâu răng sữa.

SUMMARY

DENTAL FEAR AND ITS RELATIONSHIP WITH PRIMARY DENTAL CARIES IN 7-YEAR-OLD CHILDREN IN PHU LAM PRIMARY SCHOOL, HA DONG, HA NOI

Aims: The aims of this cross-sectional study were to describe the level of dental fear and to assess the relationship between primary dental caries and dental fear in 7-year-old children at Phu Lam Primary School, Ha Dong, Ha Noi. **Methods and Material:** This is an observational study, a cross-sectional study. **Results:** The prevalence of dental fear was 34.85%. Fear

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt –Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Đa khoa Đống Đa

Chịu trách nhiệm chính: Lương Minh Hằng

Email: luongminhhang261@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2017

Ngày duyệt bài: 29.12.2017

scores were highest for "Dentist drilling" (2.92 ± 1.47) and "Injections" (2.87 ± 1.53). In the children who had primary dental caries, there was no statistically significant difference between "dental fear" group and "without dental fear" group. **Conclusion:** The study showed the prevalence of dental fear in 7-year-old children. There were a high incidence of primary dental caries in the group of children with dental fear.

Keywords: dental fear, primary dental caries

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sợ hãi nha khoa là phản ứng cảm xúc của cơ thể trước một mối đe dọa hay nguy hiểm cụ thể trong khám và điều trị răng miệng. Sự sợ hãi trong nha khoa được báo cáo là một trong những nguyên nhân quan trọng gây trì hoãn việc đi khám nha khoa và cũng có thể là một yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ sâu răng [1]. Sự sợ hãi nha khoa của trẻ được coi là một trong những nguyên nhân làm tăng, nặng thêm tình trạng bệnh răng miệng đang mắc và tạo điều kiện thuận lợi cho các bệnh lý răng miệng khác trong tương lai. Thực trạng bệnh như trên phần lớn do việc chăm sóc răng miệng trẻ em chưa được quan tâm đúng mực, đội ngũ bác sĩ chuyên sâu về răng trẻ em còn ít, chủ yếu vẫn do các bác sĩ Răng Hàm Mặt tổng quát điều trị, nên chưa nắm bắt được đúng tâm lý trẻ để lựa chọn các phương pháp tiếp cận và điều trị hợp lý. Ở Việt Nam các nghiên cứu đánh giá mức độ sợ hãi của trẻ trong khám và điều trị răng miệng còn nhiều hạn chế. Nhằm giúp các bác sĩ Răng Hàm Mặt nói chung và bác sĩ Răng trẻ em nói riêng đánh giá được tâm lý của trẻ, qua đó giúp kiểm soát sợ hãi của trẻ trong nha khoa, góp phần mang lại kết quả thành công và tiết kiệm thời gian điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *mô tả thực trạng sợ hãi nha khoa và phân tích mối liên quan giữa sợ hãi nha khoa với tình trạng sâu răng sữa ở trẻ em lớp hai tại trường Tiểu học Phú Lãm, Hà Đông, Hà Nội.*

2.4. Các biến số, chỉ số sử dụng trong nghiên cứu

Mục tiêu	Nhóm biến	Biến số	Phân loại		Phương pháp thu thập	Công cụ thu thập
			Định tính	Định lượng		
Mục tiêu 1	Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Giới	x		Hỏi	Phiếu câu hỏi
		Thứ tự con trong gia đình	x			
	Tỷ lệ sợ hãi nha khoa	Giới	x		Hỏi	Phiếu câu hỏi
		Thứ tự con trong gia đình	x			
		Có/không sợ hãi	x			
Mục tiêu 2	Mối liên quan giữa sợ hãi nha khoa với bệnh lý sâu răng	Tình huống của thang điểm CFSS-DS		x	Phỏng vấn	Thang điểm CFSS-DS
		Giới	x		Hỏi	Phiếu câu hỏi
		Có/không sâu răng sữa	x			
		Giai đoạn sâu răng	x		Phỏng vấn	Bảng tiêu chuẩn ICDAS
		Có/không sợ hãi	x			

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: là những học sinh đang học lớp hai tại trường Tiểu học Phú Lãm, Hà Đông, Hà Nội năm học 2016-2017

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** trẻ em có tiền sử thăm khám nha khoa; không có rối loạn phát triển tâm thần; có sự đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu của trẻ và người giám hộ trẻ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** trẻ chưa từng thăm khám nha khoa trước đây, trẻ và người giám hộ trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: nghiên cứu sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho xác định một tỷ lệ trong quần thể

$$\frac{p(i-p)}{d^2}$$

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

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu

α : mức ý nghĩa thống kê, $\alpha = 0,05$

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$) thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. p: Tỷ lệ trẻ 7 tuổi có sợ hãi nha khoa trong nghiên cứu của Beena năm 2013[4] là 56,52%. Lấy $p=0,57$. d: khoảng sai lệch mong muốn của kết quả nghiên cứu từ mẫu so với quần thể. Chọn $d=0,09$. Do vậy cỡ mẫu nghiên cứu là 116 trẻ. Trên thực tế chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 132 trẻ đang học lớp hai tại trường tiểu học Phú Lãm, Hà Đông, Hà Nội.

2.3. Các bước nghiên cứu: Phỏng vấn đối tượng theo bộ công cụ nghiên cứu. Trẻ được đánh giá là có "sợ hãi nha khoa" khi tổng điểm CFSS-DS ≥ 38 , "không có sợ hãi nha khoa" khi tổng điểm CFSS-DS < 38 . Khám lâm sàng phát hiện sâu răng nguyên phát theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICDAS.

	Mối tương quan giữa sợ hãi nha khoa và một số yếu tố khác	Giới	×		Hỏi	Phiếu câu hỏi
		Tiền sử thăm khám nha khoa	×			
		Thứ tự con trong gia đình	×			
		Có/không sợ hãi	×		Phòng vấn	Thang điểm CFSS-DS

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước và sau khi nhập bằng phần mềm Epi DATA. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS16.0

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho đối tượng lựa chọn, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý và các cấp lãnh đạo có liên quan tới đề tài nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Tỷ lệ sợ hãi nha khoa theo giới tính

Giới	Đặc điểm	Có sợ hãi nha khoa		Không sợ hãi nha khoa		p(χ^2)
		n	%	n	%	
Nam		27	35,06	50	64,94	p>0,05
Nữ		19	34,55	36	65,45	
Tổng (n)		46	34,85	86	65,15	

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 132 trẻ sử dụng thang điểm CFSS-DS, kết quả cho thấy tỷ lệ trẻ có sợ hãi nha khoa là 34,85% trong đó có 35,06% trẻ nam có sợ hãi nha khoa (CFSS-DS $\geq$ 38), cao hơn so với tỷ lệ trẻ nữ có sợ hãi nha khoa (34,55%). Sự khác biệt giữa sợ hãi và giới tính không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 2: Sợ hãi nha khoa của đối tượng nghiên cứu theo giới tính ở từng tình huống trong thang điểm CFSS-DS

Tình huống liên quan đến	Nam(n=77)	Nữ(n=55)	Tổng(n=132)
1.Nha sĩ	1,73 $\pm$ 1,02	1,78 $\pm$ 1,30	1,75 $\pm$ 1,14
2.Bác sĩ	2,00 $\pm$ 1,31	1,71 $\pm$ 1,13	1,88 $\pm$ 1,24
3.Tiêm	2,96 $\pm$ 1,53	2,75 $\pm$ 1,54	2,87 $\pm$ 1,53
4.Có ai đó khám miệng	1,96 $\pm$ 1,16	1,84 $\pm$ 1,01	1,91 $\pm$ 1,10
5.Phải há miệng	1,79 $\pm$ 1,22	1,62 $\pm$ 0,97	1,72 $\pm$ 1,12
6.Có người lạ chạm vào	2,19 $\pm$ 1,23*	2,75 $\pm$ 1,49*	2,42 $\pm$ 1,37
7.Có người nhìn	1,97 $\pm$ 1,29*	2,55 $\pm$ 1,48*	2,21 $\pm$ 1,39
8.Nha sĩ khoan răng	2,90 $\pm$ 1,47	2,91 $\pm$ 1,48	2,92 $\pm$ 1,47
9.Cảnh tượng nha sĩ đang khoan răng	2,35 $\pm$ 1,33	2,35 $\pm$ 1,31	2,35 $\pm$ 1,31
10.Âm thanh khi nha sĩ khoan răng	2,32 $\pm$ 1,38	2,47 $\pm$ 1,33	2,39 $\pm$ 1,36
11.Có ai đó đưa dụng cụ vào trong miệng	2,32 $\pm$ 1,35	2,44 $\pm$ 1,46	2,37 $\pm$ 1,39
12.Ngạt thở (do có quá nhiều nước trong miệng)	2,56 $\pm$ 1,46	2,69 $\pm$ 1,45	2,61 $\pm$ 1,45
13.Phải đi tới bệnh viện	2,35 $\pm$ 1,41	2,16 $\pm$ 1,29	2,27 $\pm$ 1,36
14.Mọi người mặc đồng phục màu trắng	1,81 $\pm$ 1,17	1,69 $\pm$ 1,12	1,76 $\pm$ 1,15
15.Bác sĩ làm sạch răng	1,45 $\pm$ 0,85	1,49 $\pm$ 1,00	1,47 $\pm$ 0,91

Kiểm định Mann-Whitney. *p<0,05

Nhận xét: Các tình huống có điểm trung bình cao nhất (thể hiện sự sợ hãi của trẻ đối với các tình huống đó): "nha sĩ khoan răng" (2,90 $\pm$ 1,47), "tiêm" (2,96 $\pm$ 1,53), "ngạt thở (do có quá nhiều nước trong miệng)" (2,56 $\pm$ 1,46). Trong tình huống: "Có người lạ chạm vào" và "Có người nhìn" (Tình huống 6 và 7), trẻ nữ có điểm trung bình sợ hãi cao hơn trẻ nam và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

3.3. Mối liên quan giữa sợ hãi nha khoa với bệnh lý sâu răng sữa và một số yếu tố khác

Bảng 3: Giai đoạn sâu răng sữa với sợ hãi nha khoa

	Tổn thương sâu răng giai đoạn sớm		Tổn thương sâu răng giai đoạn có lỗ sâu		Tổng	p(χ^2)
	n	%	n	%		

Có sợ hãi	22	8,27	244	91,73	266	0,1115
Không sợ hãi	65	12,29	464	87,71	529	

Nhận xét: Trên nhóm đối tượng có sợ hãi nha khoa, tỷ lệ số răng tổn thương giai đoạn hình thành lỗ sâu là 91,73% cao hơn so với nhóm tổn thương sâu răng sớm (8,27%). Tỷ lệ này cũng cao hơn so với nhóm không có sợ hãi nha khoa. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4: Tỷ lệ sâu răng sữa với sợ hãi nha khoa

	Có sợ hãi		Không sợ hãi		$p(\chi^2)$
	n	%	n	%	
Có sâu răng	44	95,65	80	93,02	0,8256
Không sâu răng	2	4,35	6	6,97	
Tổng	46	100	86	100	

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng trẻ có sợ hãi nha khoa, tỷ lệ trẻ có sâu răng sữa là (95,65%) cao hơn tỷ lệ trẻ không sâu răng sữa (4,35%). Sự khác biệt giữa tỷ lệ trẻ sợ hãi nha khoa và trẻ không sợ hãi trong nhóm đối tượng có sâu răng sữa không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5: Môi trường quan giữa sợ hãi nha khoa và một số yếu tố khác

Đặc điểm		Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Giới tính	Nam	1	-	1	-
	Nữ	1,15	-0,49-0,77	1,16	-0,48-0,78
Thứ tự con trong gia đình	Con khác	1	-	1	-
	Con út	1,33	-0,34-0,91	1,34	-0,85-0,60

Nhận xét: Kết quả phân tích mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy: Trẻ nữ có nguy cơ sợ hãi tương đương so với trẻ nam, có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95%CI từ -0,72 đến 0,78. Trẻ là đối tượng con út có nguy cơ sợ hãi cao gấp 1,34 lần so với đối tượng trẻ là con thứ, con một và con con cả. Khoảng tin cậy 95%CI không bao gồm 1.

IV. BÀN LUẬN

Trong 132 trẻ tham gia nghiên cứu, tỷ lệ trẻ nam (58,33%) cao hơn so với trẻ nữ (41,67%). Điều này phù hợp với xu hướng phát triển dân số của Việt Nam trong 15 năm qua khi tỷ lệ bé trai luôn nhiều hơn tỷ lệ bé gái khi sinh. Về thứ tự con trong gia đình: Trong số 132 trẻ được nghiên cứu, trẻ là con út chiếm tỷ lệ cao nhất 43,94%, trẻ là con cả chiếm tỷ lệ 33,33%, trẻ là con thứ chiếm tỷ lệ 14,39% và trẻ là con một chiếm tỷ lệ ít nhất 8,34%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỷ lệ trẻ có sợ hãi nha khoa là 34,85%. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Beena.J.P thực hiện năm 2013 tại một trường dân lập ở Anh cho thấy tỷ lệ trẻ 7 tuổi có tỷ lệ sợ hãi nha khoa là 56,52% [4]; tỷ lệ sợ hãi nha khoa ở nữ là 34,55% gần như tương đương với tỷ lệ sợ hãi nha khoa ở nam là 35,06%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khác biệt với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Anh (2015) trên trẻ từ 5-12 tuổi có tỷ lệ sợ hãi ở trẻ nam thấp hơn trẻ nữ [6]. Điều này có thể được giải thích là do nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là nhóm đối

tượng đang học lớp hai. Trẻ mới đi học và làm quen với môi trường tiểu học, giai đoạn này là giai đoạn có rất nhiều biến đổi về tâm sinh lý.

Chúng tôi nhận thấy mức độ sợ hãi của trẻ theo từng tình huống của thang điểm CFSS-DS được thể hiện ở bảng 2. Các tình huống có điểm trung bình cao nhất (thể hiện sự sợ hãi của trẻ đối với các tình huống đó): "nha sĩ khoan răng" (2,90±1,47), "tiêm" (2,96±1,53), "ngạt thở (do có quá nhiều nước trong miệng)" (2,56±1,46). Kết quả này tương đồng với kết quả của nhiều nghiên cứu như nghiên cứu của Beena trên 444 trẻ em tại Anh năm 2013 [4], nghiên cứu của Aylin và cộng sự trên 275 trẻ em tại Thổ Nhĩ Kỳ năm 2008 [5], So sánh với nghiên cứu trên 600 trẻ em ở Bangarulu, Ấn Độ của Sunil Raj và Cs năm 2013 [7], cho thấy có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi về *sự khác biệt có ý nghĩa thống kê* ở điểm số sợ hãi trung bình giữa nam và nữ ở tại tình huống "có người nhìn" (tình huống số 7). Ngoài ra kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy trong tình huống "Có người lạ chạm vào" thì điểm số sợ hãi trung bình ở trẻ nữ cao hơn trẻ nam và *sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê*. Bảng 2 cũng cho thấy tình huống có điểm số sợ hãi trung bình cao nhất là "nha sĩ khoan răng" và tiếp đến là tình huống "tiêm". Trong điều trị răng trẻ em, sử dụng được tay khoan khi điều trị và gây tê được cho trẻ luôn luôn là thử thách với nha sĩ.

Bảng 3 cho thấy trên nhóm răng tổn thương giai đoạn hình thành lỗ sâu, tỷ lệ răng thuộc đối tượng có sợ hãi nha khoa cao hơn so với nhóm tổn thương sâu răng sớm. Tổn thương sâu răng giai đoạn hình thành lỗ sâu tương ứng với ICDAS

giai đoạn 3, 4, 5 và 6. Đây là những tổn thương không thể hồi phục đòi hỏi cần có biện pháp can thiệp để phục hồi. Trong khi đó, tổn thương sâu răng sớm có thể hồi phục bằng các biện pháp tái khoáng thông thường. Các phương pháp điều trị răng ở giai đoạn hình thành lỗ sâu thường phức tạp hơn, lỗ sâu được làm sạch bằng nạo ngà hoặc tay khoan nhanh hay chậm. Nếu lỗ sâu tiến triển và sát tủy có thể gây kích thích cho bệnh nhân trong khi làm sạch. Trong nhóm đối tượng có sâu răng, tỷ lệ sợ hãi nha khoa cao hơn so với nhóm không sâu răng. Kết quả này được chỉ ra trong bảng 4. Điều này có thể được lý giải bởi yếu tố tâm lý nói chung hay sợ hãi nha khoa nói riêng có thể ảnh hưởng đến tần suất, thói quen thăm khám nha khoa của trẻ. Trẻ có sợ hãi nha khoa thường né tránh, hủy bỏ hoặc từ chối các cuộc hẹn với nha sĩ làm tăng nguy cơ mắc bệnh sâu răng hoặc làm nặng thêm tình trạng sâu răng sẵn có. Mỗi liên quan của một số yếu tố gồm: giới tính, thứ tự con trong gia đình với sợ hãi nha khoa cho thấy: trẻ nữ có nguy cơ sợ hãi tương đương so với trẻ nam. Trẻ là đối tượng con út có nguy cơ sợ hãi cao gấp 1,34 lần đối tượng con một, con thứ và con cả ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sợ hãi trong nha khoa ở trẻ em lớp 2 trường tiểu học Phú Lâm, Hà Đông là 34,85%. Trẻ có điểm số trung bình sợ hãi cao nhất trong hai tình huống "nha sĩ khoan răng" và "bị tiêm". Trẻ nữ có điểm số trung bình sợ hãi cao hơn trẻ nam trong hai tình

huống "có người nhìn" và "có người lạ chạm vào".

Nhóm đối tượng có sợ hãi nha khoa tỷ lệ trẻ có sâu răng cao hơn nhiều tỷ lệ trẻ không có sâu răng, tỷ lệ số răng tổn thương ở giai đoạn hình thành lỗ sâu cao hơn so với nhóm tổn thương sâu răng sớm. Ngoài ra, trẻ nam và trẻ nữ có nguy cơ sợ hãi tương đương nhau, đối tượng là con út có nguy cơ sợ hãi cao gấp 1,34 lần đối tượng là con khác trong gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chellappah.N.K, Vignehsa.H, Milgrom.P (1990). Prevalence of dental anxiety and fear in children in Singapore, *Community. Dent. Oral Epidemiol*, 18, 269-271.
2. Lundgren.J, Carlsson.S.G, Berggren.U (2004). Relaxation versus cognitive therapies for dental fear-a psychophysiological approach, *Health Psychol*, 25(3), 73-267.
3. Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn và Cs (2010). Thực trạng bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan ở trẻ 4-8 tuổi tại 5 tỉnh thành của Việt Nam. *Tạp chí Y học thực hành*, 797, 56-59.
4. Beena.J.P (2013). Dental subscale of children's fear survey schedule and dental caries prevalence. *European Journal of Dentistry*, 7, 181-185.
5. Aylin.A.O, Çoruh.T.D, Işıl.S.S (2008). Prevalence of Dental Anxiety in 7- to 11-Year-Old Children and Its Relationship to Dental Caries. *Med Princ Pract*, 18, 453-457.
6. Trần Thị Ngọc Anh (2015). *Đánh giá mức độ lo lắng của trẻ tại phòng khám nha khoa*, khóa luận tốt nghiệp trường Đại học Y Hà Nội, trang 59.
7. Sunil Raj, Manisha Agarwal, Kiran Aradhya, Sapna Konde, V Nagakishore (2013). Evaluation of Dental Fear in Children during Dental Visit using Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 6(1), 12-1

TÌM HIỂU MỘT SỐ ĐỘT BIẾN NHIỄM SẮC THỂ Ở NHỮNG CẶP VỢ CHỒNG CÓ TIỀN SỬ SẴY THAI, THAI CHẾT LƯU

Hoàng Thị Ngọc Lan¹, Mạnh Trọng Bằng¹, Hoàng Bảo Ngọc²,
Ngô Văn Phương², Nguyễn Thị Huyền²

TÓM TẮT

Sảy thai (ST) và thai chết lưu (TCL) là hai trong số rất nhiều bất thường thai sản thường gặp. Nó để lại những gánh nặng rất lớn về mặt tâm lý, kinh tế cho nhiều cặp vợ chồng và cho cả xã hội. Bất thường nhiễm sắc thể (NST) cũng là một trong những nguyên

nhân gây sảy thai, thai chết lưu. **Mục tiêu:** (1) *Xác định các dạng đột biến NST ở những cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai, thai chết lưu.* (2). *Bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa đột biến NST với số lần sảy thai, thai chết lưu.* **Đối tượng:** Bao gồm 1222 cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai, thai chết lưu được xét nghiệm nhiễm sắc thể. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu. Số liệu thống kê được xử lý với phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Có 61 cặp vợ chồng với 62 đột biến NST chiếm tỷ lệ 4,99% (42 trường hợp ở vợ, 20 trường hợp ở chồng). Đột biến cấu trúc NST chiếm 4,66%, đột biến số lượng NST chiếm 0,33%. Về số lần sảy thai, thai chết lưu (ST,TCL): Ở người vợ: Tỷ lệ đột biến NST ở nhóm ST-TCL 1 lần là 1,4% và nhóm ST-TCL > 1 lần là 3,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Ngọc Lan

Email: hoangngoclan.cdts@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2017

Ngày duyệt bài: 29.12.2017

thống kê ($p=0,125$). Tỷ lệ đột biến NST ở nhóm ST-TCL ≤ 2 lần là 2,4% và nhóm ST-TCL > 2 lần là 5,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,006$). Ở người chồng: Tỷ lệ đột biến NST ở nhóm ST-TCL 1 lần là 1,0% và nhóm ST-TCL > 1 lần là 1,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,555$). Tỷ lệ đột biến NST ở nhóm ST-TCL ≤ 2 lần là 1% và nhóm ST-TCL > 2 lần là 3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,025$). **Kết luận:** Tỷ lệ bất thường NST ở các cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai/thai chết lưu là 4,99%. Tỷ lệ đột biến NST ở các cặp vợ chồng có tiền sử ST, TCL > 2 lần khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm có tiền sử ST, TCL < 2 lần. Cần xét nghiệm NST cho các cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai > 2 lần.

Từ khóa: Sảy thai, thai chết lưu, nhiễm sắc thể.

SUMMARY

THE CHROMOSOMAL MUTATIONS IN COUPLES WITH A HISTORY OF MISCARRIAGE, STILLBIRTH

Miscarriage and stillbirth are two of the many reproduction abnormalities. It is cause about severe consequences of psychological, economic burdens for many couples and for the society. Chromosomal abnormalities are one of the causes of miscarriage, stillbirth. **Objectives:** (1) Identify types of chromosomal mutations in couples with a history of miscarriage, stillbirth. (2) The relationship between chromosome mutations and the number of miscarriages and stillbirths. **Subjects:** 1222 couples with a history of miscarriage, stillbirth have chromosome tests. **Study method:** retrospective description. **Results:** There were 61 couples with 62 chromosomal mutations, the rate was 4.99% (42 cases in wife, 20 cases in husband). The rate of structural mutation was 4.66%, numerical mutation was 0.33%. The rate of chromosomal mutations in couples with a history of > 2 times - miscarriage, stillbirth group was statistically different compared to the couples with a history of < 2 times - miscarriage, stillbirth group. **Conclusion:** The rate of chromosomal abnormalities in couples with a history of miscarriage, stillbirth was 4.99%. It is recommended to have a chromosome test for couples with a history of > 2 times - miscarriage, stillbirth.

Keywords: miscarriage, stillbirth, chromosomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sảy thai (ST) và thai chết lưu (TCL) là hai trong số rất nhiều bất thường thai sản thường gặp. Nó để lại những gánh nặng rất lớn về mặt tâm lý, kinh tế cho nhiều cặp vợ chồng và cho cả xã hội. Có rất nhiều nguyên nhân khác nhau liên

quan đến sảy thai và thai chết lưu như mẹ lớn tuổi, bất thường tử cung, sử dụng dụng cụ tránh thai, nhiễm trùng sinh dục... Ngoài ra bất thường di truyền ở thai nhi cũng là nguyên nhân phổ biến nhất của sảy thai và thai chết lưu, trong đó có bất thường nhiễm sắc thể (NST). Những cặp vợ chồng mang rối loạn NST sẽ tạo nên những hợp tử bất thường gây chết phôi hoặc thai dẫn sảy thai và thai chết lưu [1]. Hiện nay, trên thế giới và ở Việt nam đã có một số nghiên cứu về bất thường NST ở những cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai, thai chết lưu [2]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi muốn tìm hiểu thêm về các dạng bất thường NST và mối liên quan giữa bất thường NST với tiền sử sảy thai, thai chết lưu ở các cặp vợ chồng có tiền sử thai sản bất thường với mục tiêu:

1. Xác định các dạng đột biến NST ở những cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai, thai chết lưu.

2. Bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa đột biến NST với số lần sảy thai, thai chết lưu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 1222 cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai, thai chết lưu đến làm xét nghiệm NST tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh – Bệnh viện phụ sản Trung ương từ tháng 12/2014 - 6/2016. Với phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Số liệu thống kê được xử lý với phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ các dạng đột biến NST của các cặp vợ chồng có tiền sử ST – TCL

Trong tổng số 1222 cặp vợ chồng có:

- 1161 cặp vợ chồng có bộ NST bình thường chiếm 95,01%.

- 61 cặp có vợ hoặc chồng hoặc cả hai có mang đột biến NST chiếm tỷ lệ 4,99%.

Sau đây chúng tôi sẽ đi vào chi tiết các dạng rối loạn NST.

3.2. Các dạng đột biến NST ở người vợ và người chồng có tiền sử ST – TCL

3.2.1. Các dạng đột biến NST ở các cặp vợ chồng có tiền sử ST – TCL

Bảng 3.1 Các dạng đột biến NST ở các cặp vợ chồng có tiền sử ST-TCL

Loại đột biến NST	Vợ		Chồng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Số lượng	1	0,08	3	0,25
Cấu trúc	Chuyển đoạn	41	16	1,31
	Nhân đoạn	0	1	0,08
Tổng Số	42	3,44	20	1,64

Nhận xét: Trong 61 cặp vợ chồng có 62 đột biến NST thì:

- 57 cặp có vợ hoặc chồng mang đột biến cấu trúc NST chiếm 93,44%.

- 3 cặp có vợ hoặc chồng mang đột biến số lượng NST chiếm 4,92%.

- 1 cặp vợ chồng cả hai người đều mang đột biến NST trong đó vợ mang đột biến chuyển đoạn chồng mang đột biến lệch bội NST chiếm 1,64%.

Tỷ lệ người vợ mang NST đột biến là 3,44%, ở người chồng tỷ lệ này là 1,64%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các dạng đột biến cấu trúc NST gặp chủ yếu so với các dạng đột biến số lượng NST trong đó đột biến cấu trúc dạng cân bằng (chuyển đoạn) chiếm tỷ lệ rất cao so với dạng không cân bằng. Cụ thể:

Ở người vợ: Có 41/42 trường hợp (chiếm 97,62%) mang đột biến cấu trúc NST trong đó 100% trường hợp đều thuộc dạng chuyển đoạn. Có 1/42 trường hợp (chiếm 2,38%) mang đột biến số lượng NST dạng lệch bội.

Ở người chồng: Có 17/20 trường hợp (chiếm 85%) mang đột biến cấu trúc NST trong đó có 16/20 trường hợp (chiếm 80%) thuộc dạng chuyển đoạn và 1/20 trường hợp (chiếm 5%) thuộc dạng nhân đoạn. Có 3/20 trường hợp (chiếm 15%) mang

đột biến số lượng NST (tất cả là dạng lệch bội).

3.3.2. Các kiểu đột biến cấu trúc NST ở các cặp vợ chồng có tiền sử ST – TCL

3.3.2.1. Các kiểu chuyển đoạn nhiễm sắc thể

Có 57 trường hợp mang chuyển đoạn NST (41 người vợ, 16 người chồng):

- 41 trường hợp chuyển đoạn tương hỗ trong đó ở người vợ gặp 28 trường hợp và ở người chồng gặp 13 trường hợp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p = 0,011$).

- 16 trường hợp chuyển đoạn hòa hợp tâm, trong đó ở người vợ gặp 13 trường hợp và ở người chồng gặp 3 trường hợp, tỷ lệ vợ/chồng = 4,33.

Chuyển đoạn hòa hợp tâm giữa các NST cùng cặp tương đồng gặp ở 2 trường hợp t(21q;21q) gặp ở vợ và t(22q; 22q) gặp ở chồng.

3.3.2.2. Các kiểu nhân đoạn NST: Chỉ gặp duy nhất 1 trường hợp nhân đoạn NST số 15 ở người nam với kích thước đoạn lặp khá dài 46,XY,dup(15)(p24→pter).

3.3. Tỷ lệ đột biến nhiễm sắc thể theo số lần ST – TCL

Bảng 3.2. Tỷ lệ đột biến NST theo số lần ST-TCL (điểm cắt là 1 lần)

BTTS	Vợ			Chồng		
	N	n	Tỷ lệ (%)	N	N	Tỷ lệ (%)
ST-TCL 1 lần (1)	209	3	1,4	209	2	1,0
ST-TCL > 1 lần (2)	1013	39	3,8	1013	18	1,8
Tổng số	1222	42	3,4	1222	20	1,6
p ₁₋₂	p = 0,125			p = 0,555		

Bảng 3.3. Tỷ lệ đột biến NST theo số lần ST-TCL (điểm cắt là 2 lần)

BTTS	Vợ			Chồng		
	N	n	Tỷ lệ (%)	N	N	Tỷ lệ (%)
ST-TCL ≤ 2 lần (3)	858	21	2,4	858	9	1,0
ST-TCL > 2 lần (4)	364	21	5,8	364	11	3,0
Tổng số	1222	42	3,4	1222	20	1,6
p ₁₋₂	p = 0,006			p = 0,025		

Chú thích: N: Tổng số nghiên cứu. n: Số trường hợp mang NST đột biến.

Nhận xét: Người vợ: Với điểm cắt là 1 lần và > 1 lần ST-TCL nhận thấy: Tỷ lệ đột biến NST ở nhóm ST-TCL 1 lần là 1,4% và nhóm ST-TCL > 1 lần là 3,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,125$).

Với điểm cắt là ≤ 2 lần và > 2 lần ST-TCL nhận thấy: Tỷ lệ đột biến NST ở nhóm ST-TCL ≤ 2 lần là 2,4% và nhóm ST-TCL > 2 lần là 5,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,006$).

Người chồng: Với điểm cắt là 1 lần và > 1 lần ST-TCL nhận thấy: Tỷ lệ đột biến NST ở nhóm ST-TCL 1 lần là 1,0% và nhóm ST-TCL > 1 lần là 1,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,555$).

Với điểm cắt là ≤ 2 lần và > 2 lần ST-TCL nhận thấy: Tỷ lệ đột biến NST ở nhóm ST-TCL ≤ 2 lần là 1% và nhóm ST-TCL > 2 lần là 3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,025$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ rối loạn NST ở các cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai, thai chết lưu

Bảng 4.1. So sánh tỷ lệ đột biến NST với các nghiên cứu khác

Quốc gia	Tác giả	Số cặp vợ chồng	Số bất thường NST/ %
Canada	M.De Braekeleer(1990)[25][5]	22199	1043 (4,7%)
Nhật Bản	Kochhar, P.K (2013)[28] [8]	788	54 (6,8%)
Ấn Độ	Frenny J Sheth (2013)[26] [6]	4859	170 (3,5%)

Trung Quốc	Fan, H.T. (2016)[40] [12]	1948	58 (2,98 %)
Việt Nam	Nguyễn Văn Rực (2012)[19] [3]	350	24 (6,68 %)
Việt Nam	H.T.N.Lan (2017)	1222	61 (4,99 %)

Các bất thường NST của bố mẹ là một trong những nguyên nhân chủ yếu liên quan đến ST-TCL. Theo một số nghiên cứu trên thế giới tỷ lệ đột biến NST trong nhóm các cặp vợ chồng có tiền sử ST – TCL dao động từ 2-8% tùy từng cộng đồng nhưng nó đều cao hơn một cách có ý nghĩa so với tỷ lệ 0,3-0,4% trong quần thể các cặp vợ chồng có tiền sử thai sản bình thường.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bất thường NST nói chung là 4,99% thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Rực, Kochhar, P.K. nhưng lại cao hơn nghiên cứu của Frenny J Sheth, Fan, H.T và nhìn chung rơi vào khoảng giữa 2-8% theo các nghiên cứu trên thế giới nên có thể chấp nhận được, nhưng tương tự kết quả của M.De Braekeleer(1990) là 4,7%. Tuy có sự khác biệt về tỷ lệ bất thường NST nhưng nhìn chung các nghiên cứu đều chỉ ra rằng đột biến cấu trúc NST luôn chiếm tỷ lệ lớn hơn so với đột biến số lượng NST ở các cặp vợ chồng có BTSS. Zhang, Z. và cs (2011) phát hiện 22 trường hợp bất thường NST trong các cặp vợ chồng có tiền sử BTSS thì 100% các trường hợp là bất thường về cấu trúc NST [7]. Nghiên cứu của Yu M. Y. (2002) trên 9258 cặp vợ chồng cho thấy dạng rối loạn cấu trúc NST chiếm 86,9%, còn rối loạn về số lượng chỉ chiếm 13,1%. Nguyễn Văn Rực (2012) [3] khi phân tích 350 cặp vợ chồng có tiền sử STLT đưa ra kết quả có 24 trường hợp có biểu hiện rối loạn NST trong đó 87,5% (21/24 trường hợp) mang đột biến cấu trúc và 12,5% (3/24 trường hợp) mang đột biến số lượng NST [3]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả 57/61 (chiếm 93,44%) cặp vợ chồng có vợ hoặc chồng mang đột biến cấu trúc NST, 3/61 (chiếm 4,92%) cặp vợ chồng có vợ hoặc chồng mang đột biến số lượng NST, đặc biệt có 1/61 (chiếm 1,64%) cặp vợ chồng có cả vợ và chồng mang đột biến NST trong đó chồng mang đột biến số lượng NST, vợ mang đột biến chuyển đoạn. Kết quả này tương tự với nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới.

Trong 61 cặp vợ chồng có đột biến NST có 42 trường hợp quan sát thấy ở người vợ và 20 trường hợp ở người chồng. Chúng tôi nhận thấy ở cả vợ và chồng chủ yếu là dạng chuyển đoạn (41/42 trường hợp (chiếm 97,62%) ở vợ và tất cả là chuyển đoạn tương hỗ và 16/20 trường hợp (chiếm 80%) ở chồng trong đó có 15/16 trường hợp là chuyển đoạn cân bằng còn 1/16 trường hợp nhân đoạn NST số 15).

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Rực (2012) cũng cho thấy tỷ lệ đột biến cấu trúc dạng chuyển đoạn chiếm đa số 19/21 trường hợp (chiếm 90,48%), và không phát hiện trường hợp đột biến không cân bằng nào [3]. Phùng Như Toàn (2004) nghiên cứu trên 215 cặp vợ chồng có tiền sử STLT phát hiện 18 trường hợp có rối loạn NST và 100% đều là dạng chuyển đoạn. Theo kết quả nghiên cứu của Fan, H.T. (2016) phát hiện 58 trường hợp bất thường NST trong đó 20 trường hợp là nam giới và 38 trường hợp là nữ giới. Có 18/20 (chiếm 90%) trường hợp ở nam và 35/38 (chiếm 92,11%) trường hợp ở nữ là đột biến chuyển đoạn, số còn lại là dạng đảo đoạn quanh tâm.

Mối liên quan giữa tỷ lệ đột biến NST với số lần ST – TCL: Khoảng 15 – 20% số ca mang thai được chẩn đoán lâm sàng kết thúc bằng ST hoặc TCL, đây là một tỷ lệ rất lớn vì vậy việc hiểu biết rõ về mối liên quan giữa đột biến – một trong những nguyên nhân chính gây ST-TCL là điều hết sức cần thiết.

Trong điều kiện xã hội ngày càng phát triển, con người ngày càng quan tâm tới sức khỏe sinh sản việc một cặp vợ chồng bị ST-TCL một lần đã là một áp lực lớn trong cuộc sống. Do đó trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành trên 2 điểm cắt:

- Trường hợp thứ nhất lấy điểm cắt là 1 lần và lớn hơn 1 lần ST-TCL.

- Trường hợp thứ hai lấy điểm cắt là nhỏ hơn hoặc bằng 2 lần và lớn hơn 2 lần ST-TCL.

Từ đó so sánh sự khác nhau ở hai điểm cắt này và trả lời cho câu hỏi tư vấn đã cần thiết tiến hành một xét nghiệm NST khi mới ST-TCL lần đầu hay chưa.

Kết quả ở điểm cắt thứ nhất tỷ lệ đột biến NST ở nhóm ST-TCL lớn hơn 1 lần cao hơn nhóm ST-TCL 1 lần ở cả vợ và chồng, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (với $p_{vợ} = 0,125$ và $p_{chồng} = 0,555$). Ở điểm cắt thứ hai tỷ lệ đột biến NST ở nhóm ST-TCL > 2 lần cao hơn nhóm ST-TCL ≤ 2 lần, và ở điểm cắt này sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p_{vợ} = 0,006$ và $p_{chồng} = 0,025$).

Nhìn chung kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Asgari, A.(2013) [4] có nghĩa là tỷ lệ đột biến NST trong các cặp vợ chồng có lớn 2 lần ST-TCL cao hơn một cách có ý nghĩa so với các đối tượng có từ 2 lần ST-TCL trở xuống. Vì vậy nên tiến hành xét nghiệm NST cho các đối

tượng này nhằm thực hiện tư vấn di truyền một cách kịp thời hạn chế hậu quả đáng tiếc xảy ra trong quá trình sinh sản. Đối với các cặp vợ chồng chỉ mới ST-TCL một lần chưa nhất thiết phải tiến hành xét nghiệm NST tuy nhiên nên tiến hành nếu có điều kiện.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ bất thường NST: Có 61 cặp vợ chồng với 62 đột biến NST chiếm tỷ lệ 4,99% (42 trường hợp ở vợ, 20 trường hợp ở chồng). Đột biến cấu trúc chiếm 4,66%, đột biến số lượng chiếm 0,33%.

- Ở vợ đột biến cấu trúc NST chiếm 97,62% (28 chuyển đoạn tương hỗ, 13 chuyển đoạn hòa hợp tâm), 1 trường hợp (2,38%) mang đột biến dạng khảm 90%[46,XX]/10% [47,XXX]

- Ở chồng đột biến cấu trúc NST chiếm 85% (12 chuyển đoạn tương hỗ, 3 chuyển đoạn hòa hợp tâm, 1 xen đoạn và 1 nhân đoạn). Đột biến số lượng chiếm 15% (2[XY], 1[XY,+Mar]).

2. Mối liên quan giữa đột biến NST với số lần ST-TCL

- **Điểm cắt là 1 lần và >1 lần ST-TCL:**

Người vợ: Nhóm ST-TCL 1 lần: 1,4%; Nhóm ST-TCL > 1 lần: 3,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,125$).

Người chồng: Nhóm ST-TCL 1 lần: 1,0%. Nhóm ST-TCL > 1 lần: 1,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,55$).

- **Điểm cắt là ≤ 2 lần và > 2 lần ST-TCL:**

Người vợ: Nhóm ST-TCL ≤ 2 lần: 2,4%. Nhóm ST-TCL > 2 lần: 5,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,006$).

Người chồng: Nhóm ST-TCL ≤ 2 lần: 1%. Nhóm ST-TCL > 2 lần: 3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,025$).

Cần tiến hành xét nghiệm NST cho những cặp vợ chồng có tiền sử ST-TCL > 2 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Suci, N. and V. Plaiasu, A time stamp comparative analysis of frequent chromosomal abnormalities in Romanian patients. J Matern Fetal Neonatal Med, 2014. **27**(1): p. 1-6.
2. Qin, J.Z., et al., Risk of chromosomal abnormalities in early spontaneous abortion after assisted reproductive technology: a meta-analysis. PLoS One, 2013. **8**(10): p. e75953.
3. Nguyễn Văn Rực, L.T.H., Nguyễn Ngân Hà, Đặng Thị Nhâm,, *Phân tích nhiễm sắc thể ở 350 cặp vợ chồng sảy thai liên tiếp và sinh con bị dị tật bẩm sinh*, in *Tạp chí nghiên cứu y học*. 2012. p. 24-28.
4. Asgari, A., et al., The study of chromosomal abnormalities and heteromorphism in couples with 2 or 3 recurrent abortions in Shahid Beheshti Hospital of Hamedan. Iran J Reprod Med, 2013. **11**(3): p. 201-8.
5. M.De Braekeleer, T.-N.D., Cytogenetic studies in couples experiencing repeated pregnancy losses. 1990. **5**(5): p. 519-528.
6. Sheth, F.J., et al., Chromosomal abnormalities in couples with repeated fetal loss: An Indian retrospective study. Indian J Hum Genet, 2013. **19**(4): p. 415-22.
7. Zhang, Z., et al., Chromosomal abnormalities in patients with recurrent spontaneous abortions in northeast China. J Reprod Med, 2011. **56**(7-8): p. 321-4.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ HẠT NHÂN Ở BỆNH NHÂN LOẠN NĂNG THÁI DƯƠNG HÀM

Đinh Diệu Hồng*, Nguyễn Mạnh Thành*, Lâu A Minh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) ở bệnh nhân loạn năng thái dương hàm (TMD). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 21 bệnh nhân được chẩn đoán loạn năng thái dương hàm tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** tỷ lệ TMD ở nam thấp hơn nữ, 38.1% so với 61.9%. Vị trí đau thường gặp nhất là vùng cơ mặt và vùng khớp thái dương hàm (TMJ)/quanh tai với tỷ lệ lần lượt là 95.2% và 90.5%. Biên độ há miệng từ 10 đến 30 mm với giá trị hay gặp nhất là 10 và 15mm,

giá trị trung bình là $16,19 \pm 6,306$. **Kết luận:** TMD gây ảnh hưởng lên bệnh nhân nữ nhiều hơn là bệnh nhân nam. Các triệu chứng lâm sàng có thể gặp của TMD là đau vùng cơ mặt hoặc vùng TMJ, hạn chế há miệng, tiếng kêu khớp bất thường và lệch đường há ngậm miệng... Các hình ảnh có thể gặp trên MRI của TMD là sai lệch vị trí đĩa khớp ra trước, tràn dịch khớp, biến dạng đĩa khớp... MRI chỉ phát hiện được các tổn thương của đĩa khớp, nếu chỉ sử dụng MRI để chẩn đoán loạn năng TDH là chưa thuyết phục và để bỏ sót tổn thương.

Từ khóa: khớp thái dương hàm (TMJ), loạn năng khớp thái dương hàm (TMD), hình ảnh cộng hưởng từ hạt nhân (MRI).

SUMMARY

CLINICAL AND MAGNETIC RESONANCE IMAGE CHARACTERISTICS IN TEMPOROMANDIBULAR DISORDER PATIENTS
Purpose of research: the purpose of this study

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Đinh Diệu Hồng
 Email: dieuhong201@gmail.com
 Ngày nhận bài: 3.10.2017
 Ngày phản biện khoa học: 23.12.2017
 Ngày duyệt bài: 29.12.2017

was to describe clinical and magnetic resonance image (MRI) characteristics in patients with temporomandibular disorder (TMD). **Method of research:** a case series study was performed on 21 patients diagnosed with TMD at Department of Dentistry, Hanoi Medical University Hospital. **Results:** the rate of TMD in males, 38.1%, was lower than that in females with 61.9%. The most common pain positions were recorded in facial muscle area and TMJ/around the ear area with 95.2% and 90.5% respectively. Maximal mouth opening ranged from 10 to 30mm with 10 and 15 were seen in most cases, the average figure of this variable was $16,19 \pm 6,306\text{mm}$. **Conclusion:** TMD affected females more than males. Possible clinical symptoms included: pain in facial muscle area or TMJ area, reduced mouth opening, abnormal sounds in TMJ and changes in mandibular motion... Possible MRI findings: anterior displacement of the disc, joint effusion, disc deformity... Magnetic resonance imaging only detect damages of TMJ disc, therefore TMD diagnosis based solely on MRI is unconvinced and tend to leave out other damages.

Key words: temporomandibular joint (TMJ), temporomandibular disorder (TMD), magnetic resonance image (MRI).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TMD – Temporomandibular disorders, là thuật ngữ chung cho các rối loạn cấu trúc và chức năng trong khớp thái dương hàm hoặc các cơ nhai, cơ vùng đầu cổ và các thành phần mô kế cận [1]. TMD có thể được coi là một tổn thương thực thể đa tác nhân [2]. Đặc trưng chủ yếu là đau, vận động hàm dưới hạn chế và tiếng kêu khớp [3].

Loạn năng thái dương hàm ngày càng trở thành một vấn đề được chú ý ở hầu hết các quốc gia trên thế giới chiếm tỉ lệ khá cao trong cộng đồng. Tại Mỹ theo nghiên cứu của Lipton (1993) thì 22% dân số có ít nhất một trong những triệu chứng TMD [4]. Tại Nhật (1996) một báo cáo về dịch tễ của TMD là 46% [5]. Ở Việt Nam: nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc Linh (2003) cho thấy: số người có biểu hiện TMD chiếm tỉ lệ rất cao: 60,5% [6]. Nghiên cứu của Phạm Như Hải (2006) trên 544 người dân Hà Nội cho thấy số người có biểu hiện rối loạn từ trung bình tới nặng chiếm 20,6%, triệu chứng hay gặp là mỏi hàm (11,9%) [7].

Các phương pháp chẩn đoán tia X như panorama, cắt lớp lõi cầu, CT Scanner cho phép đánh giá tốt phần xương của khớp TDH. Tuy nhiên, chụp cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) là phương pháp quan trọng và có giá trị chẩn đoán cao nhất, cho phép đánh giá chính xác hình thể, vị trí của đĩa khớp so với lõi cầu ở pha đóng và mở miệng. Ngoài ra cộng hưởng từ còn có thể đánh giá những bất thường giải phẫu lõi cầu, những thay đổi sớm ở bề mặt khớp và những bất

thường phần mềm xung quanh khớp TDH như độ dày của vùng bám dính cơ chân bướm ngoài, sự gián đoạn vùng mô sau đĩa khớp, tràn dịch khớp.

Ở Việt Nam chưa có đề tài nào được công bố về đặc điểm lâm sàng và hình ảnh MRI ở bệnh nhân bị TMD. Xuất phát từ những điểm đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ hạt nhân (MRI) ở bệnh nhân bị loạn năng thái dương hàm*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán TMD tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 7/2016 đến 7/2017.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán TMD. Đồng ý tham gia nghiên cứu

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định chụp MRI. Các trường hợp chụp không đúng protocol chuẩn. Bệnh án không đủ biển.

1.3. Thời gian và địa điểm: Từ tháng 7/2016 đến tháng 7/2017 tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh

2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Mẫu thuận tiện: nghiên cứu được thực hiện trên tất cả những bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Trên thực tế chọn được 21 bệnh nhân.

2.3. Biến số nghiên cứu

- Biến số liên quan các thông tin chung của bệnh nhân: tuổi, giới...

- Biến số liên quan các triệu chứng lâm sàng: đau (mức độ, vị trí đau,...), tiếng kêu khớp, đường há ngậm miệng, biên độ vận động há miệng tối đa...

- Biến số liên quan các đặc điểm trên hình ảnh MRI: sai lệch vị trí đĩa khớp ra trước, sai lệch vị trí đĩa khớp sang bên, biến dạng đĩa khớp, tràn dịch khớp, gián đoạn mô sau đĩa khớp, thay đổi hình dạng cơ chân bướm ngoài, biến dạng lõi cầu,...

4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch, nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ bất cứ mục đích nào khác. Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua Hội Đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu khoa học cấp cơ sở của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 21 bệnh nhân gồm 8 nam (38,1%) và 13 nữ (61,9%).

Bảng 3.1: Vị trí và mức độ đau

Vị trí	Số lượng – Tỷ lệ (%)	Mức độ đau: $X \pm SD$
Cơ mặt	21 - 100	$5,9 \pm 2,49$
TMJ/quanh tai	21 - 100	$7,43 \pm 1,45$
Vùng thái dương	0 - 0	0
Vùng cổ/gáy	0 - 0	0

Nhận xét: 100% bệnh nhân có biểu hiện đau vùng cơ mặt và vùng TMJ hoặc vùng quanh tai. Mức độ đau theo thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là $5,9 \pm 2,49$, tại vùng TMJ là $7,43 \pm 1,45$.

Bảng 3.2: Đặc điểm tiếng kêu khớp

Tiếng kêu khớp	n	%
Có	3	14,3
Không	18	85,7

Nhận xét: chỉ có 3 bệnh nhân (14,3%) có tiếng kêu khớp. Trong đó, có 1 bệnh nhân có tiếng kêu vùng TMJ bên trái, 1 bệnh nhân có tiếng kêu TMJ bên phải và 1 bệnh nhân có tiếng kêu TMJ cả 2 bên, cả 3 bệnh nhân đều xuất hiện tiếng kêu khớp ở cả 2 thì há miệng và ngậm miệng.

Bảng 3.5: Sai vị trí đĩa khớp và mức độ tổn thương

Vị trí đĩa khớp	Mức độ tổn thương					
	Bình thường		Hồi phục		Không hồi phục	
	n	%	n	%	n	%
Sai vị trí đĩa khớp bên trái ra trước	17	81,0	2	9,5	2	9,5
Sai vị trí đĩa khớp bên trái sang bên	21	100	0	0	0	0
Sai vị trí đĩa khớp bên phải ra trước	14	66,7	2	9,5	5	23,8
Sai vị trí đĩa khớp bên phải sang bên	21	100	0	0	0	0

Nhận xét: Có 4 đối tượng (19%) có sai đĩa khớp bên trái ra trước (trong đó có 2 tổn thương có hồi phục và 2 tổn thương không hồi phục). Có 7 đối tượng (33,3%) có sai đĩa khớp bên phải ra trước (trong đó có 2 tổn thương có hồi phục và 5 tổn thương không hồi phục). Ngược lại, không có bệnh nhân nào có sai đĩa khớp sang bên.

Bảng 3.6: Biến dạng đĩa khớp

Đĩa khớp	Hình dạng			
	Bình thường		Biến dạng (dẹt)	
	n	%	n	%
Bên trái	16	76,2	5	23,8
Bên phải	17	81,0	4	19,0

Nhận xét: Có 5 đối tượng (23,8%) bị biến dạng đĩa khớp bên trái, 4 đối tượng (19%) biến dạng đĩa khớp bên phải. Cả 9 đối tượng (100%) đều có hình thái đĩa khớp dạng dẹt.

Bảng 3.7: Tràn dịch khớp trong nhóm đối tượng nghiên cứu

	Tràn dịch khớp			
	Có		Không	
	n	%	n	%
Bên trái	8	38,1	13	61,9
Bên phải	6	28,6	15	71,4

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 8 bệnh nhân (38,1%) bị tràn dịch khớp bên trái và 6 bệnh nhân (28,6%) tràn dịch khớp bên phải.

Bảng 3.8: Biến dạng lồng cầu trong nhóm đối tượng nghiên cứu

	Biến dạng lồng cầu			
	Có		Không	
	n	%	n	%
Bên trái	0	0,0	21	100
Bên phải	1	4,8	20	95,2

Bảng 3.3: Đặc điểm đường há ngậm miệng

Đường há ngậm miệng	n	%
Thẳng	1	4,8
Lệch trái	3	14,2
Lệch phải	6	28,6
Zigzag	11	52,4
Tổng	21	100

Nhận xét: Có 1 bệnh nhân (4,8%) có đường há ngậm miệng thẳng, 3 bệnh nhân (14,2%) há ngậm miệng lệch trái, 6 bệnh nhân (28,6%) há ngậm lệch phải và 11 bệnh nhân (52,4%) có đường há ngậm miệng zigzag.

Bảng 3.4: Biên độ há miệng tối đa

	Min	Max	Mode	X	SD
Biên độ há miệng tối đa	10	30	10,15	16,19	6,306

Nhận xét: biên độ há miệng tối đa dao động từ 10 đến 30mm, hai giá trị gặp nhiều nhất là 10 và 15mm, trung bình là $16,19 \pm 6,306$.

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có 1 bệnh nhân (4,8%) bị biến dạng lồng cầu bên phải và không có bệnh nhân nào bị biến dạng lồng cầu bên trái.

Bảng 3.9: Đặc điểm lâm sàng tương ứng với vị trí đĩa khớp trên MRI

Hình ảnh đĩa khớp trên MRI	n	Vị trí và mức độ đau trung bình				Có tiếng kêu khớp (%)	Đường há ngậm miệng bất thường (%)	Biên độ há miệng tối đa trung bình (mm)
		Cơ mặt	TMJ/quanh tai	Thái dương	Cổ/gáy			
Bình thường	13	6,3 ± 2,8	8,0 ± 1,2	0	0	0	7,7	15,8 ± 6,4
Sai vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục	3	4,33 ± 2,08	7,0 ± 2,0	0	0	100	100	13,33 ± 2,89
Sai vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục	5	5,8 ± 1,48	6,2 ± 1,1	0	0	0	100	19 ± 7,4

Nhận xét: Trong số 21 bệnh nhân có 13 bệnh nhân có vị trí đĩa khớp bình thường, 3 bệnh nhân có sai vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục và 5 bệnh nhân có sai vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục.

Trong 13 bệnh nhân có vị trí đĩa khớp bình thường, mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là $6,3 \pm 2,8$; tại vùng khớp thái dương hàm là $8,0 \pm 1,2$; không có bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp; 7,7% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là $15,8 \pm 6,4$.

Trong 3 bệnh nhân có sai vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục, mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là $4,33 \pm 2,08$; tại vùng khớp thái dương hàm là $7,0 \pm 2,0$; 100% bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp; 100% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là $13,33 \pm 2,89$.

Trong 5 bệnh nhân có sai vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục, mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là $5,8 \pm 1,48$; tại vùng khớp thái dương hàm là $6,2 \pm 1,1$; không có bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp tại thời điểm khám; 100% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là $19 \pm 7,4$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Trong 21 bệnh nhân có 38,1% là nam và 61,9% là nữ. So sánh với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác nhận thấy có sự tương đồng. Các tác giả Dworkin (1990), Hồ Thị Ngọc Linh (2003), Phạm Như Hải (2006) đều đưa ra kết luận loạn năng TDH có tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn so với bệnh nhân nam [3],[7]. Có sự khác biệt này chủ yếu do nữ giới quan tâm đến các vấn đề sức khỏe hơn so với nam giới, do đó nữ giới tham gia khám và điều trị bệnh nhiều hơn so với nam giới.

4.2. Đặc điểm lâm sàng ở nhóm đối tượng nghiên cứu:

Trong nhóm đối tượng này, 2 triệu chứng nổi bật hơn là đau vùng cơ mặt và vùng khớp và hạn chế há miệng, triệu chứng tiếng kêu khớp phát hiện trong lúc khám bệnh nhân chỉ xuất hiện ở 3/21 bệnh nhân. Tuy nhiên khi khai thác bệnh sử thì tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử có tiếng kêu khớp tăng lên rất nhiều. Hầu hết bệnh nhân đến khi tình trạng bệnh đã tiến triển nặng hơn, triệu chứng tiếng kêu khớp chỉ xuất hiện trong trường hợp sai lệch vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục, những tổn thương dạng này không được điều trị sẽ tiến triển đến sai lệch vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục, lúc này bệnh nhân không còn triệu chứng tiếng kêu khớp nhưng khi khai thác tiền sử sẽ thu được kết quả là bệnh nhân đã có những đợt có tiếng lục cục bất thường ở khớp khi ăn nhai, khi vận động hàm.

4.3. Đặc điểm hình ảnh MRI ở nhóm đối tượng nghiên cứu:

Dấu hiệu sai vị trí đĩa khớp điển hình của loạn năng khớp thái dương hàm là sai đĩa khớp ra trước. Ngoài ra còn có thể gặp các dấu hiệu khác trên MRI như biến dạng đĩa khớp, tràn dịch ổ khớp. Với 11 bệnh nhân (52,4%) có sai vị trí đĩa khớp, nghiên cứu này cho kết quả khác với báo cáo của R. Tallents và cộng sự (1996) với 84% bệnh nhân có dấu hiệu tương tự [6]. Sự khác biệt này đến từ khác biệt về cỡ mẫu khi R. Tallents thực hiện nghiên cứu trên 263 bệnh nhân có triệu chứng của loạn năng khớp thái dương hàm.

4.4. Đặc điểm lâm sàng theo các vị trí của đĩa khớp:

Trong các trường hợp vị trí đĩa khớp bình thường, mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là $6,3 \pm 2,8$; tại vùng khớp thái dương hàm là $8,0 \pm 1,2$; không có bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp; 7,7% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là $15,8 \pm 6,4$.

Trong các trường hợp sai vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục, mức độ đau trung bình theo

thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là $4,33 \pm 2,08$; tại vùng khớp thái dương hàm là $7,0 \pm 2,0$; 100% bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp; 100% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là $13,33 \pm 2,89$.

Trong các trường hợp sai vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục, mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS tại vùng cơ mặt là $5,8 \pm 1,48$; tại vùng khớp thái dương hàm là $6,2 \pm 1,1$; không có bệnh nhân nào có tiếng kêu khớp tại thời điểm khám; 100% bệnh nhân có đường há ngậm miệng không thẳng với biên độ há miệng tối đa trung bình là $19 \pm 7,4$.

Như thế có thể thấy các dấu hiệu như đau, hạn chế há miệng không phải là triệu chứng đặc hiệu cho sai vị trí đĩa khớp ra trước, kể cả các trường hợp vị trí đĩa khớp bình thường ta vẫn có thể gặp các triệu chứng này, thậm chí các triệu chứng này còn biểu hiện rõ rệt hơn (mức độ đau lớn hơn, hạn chế há miệng hơn). Tuy nhiên, triệu chứng tiếng kêu khớp lại là đặc hiệu cho tổn thương sai vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục khi mà 100% bệnh nhân có sai vị trí đĩa khớp ra trước có hồi phục đều có tiếng kêu khớp ở cả hai thì, còn các trường hợp vị trí đĩa khớp bình thường hoặc sai vị trí đĩa khớp ra trước không hồi phục thì không xuất hiện tiếng kêu khớp. Như vậy, MRI chỉ phát hiện được các tổn thương của đĩa khớp, tuy nhiên, loạn năng TDH bao gồm các rối loạn ở cả hệ thống cơ và vùng khớp TDH, vì vậy, nếu chỉ sử dụng MRI để chẩn đoán loạn năng TDH là không thuyết phục và dễ bỏ sót tổn thương.

V. KẾT LUẬN

TMD gây ảnh hưởng lên bệnh nhân nữ nhiều

hơn là bệnh nhân nam.

Các triệu chứng lâm sàng có thể gặp của TMD là đau vùng cơ mặt hoặc vùng TMJ, hạn chế há miệng, tiếng kêu khớp bất thường và lệch đường há ngậm miệng...

Các hình ảnh có thể gặp trên MRI của TMD là sai lệch vị trí đĩa khớp ra trước, tràn dịch khớp, biến dạng đĩa khớp...

MRI chỉ phát hiện được các tổn thương của đĩa khớp, nếu chỉ sử dụng MRI để chẩn đoán loạn năng TDH là chưa thuyết phục và dễ bỏ sót tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Okeson J.P. (1996). Orofacial pain: Guidelines for assessment, diagnosis and management. Chicago: Quintessence Publishing Co, 113-184.
2. De Leeuw R. (2008). American Academy of Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management, fourth ed. Chicago: Quintessence Publishing, 131-141.
3. Dworkin S.F., Huggins K.H., Leresche L. et al. (1990). Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in case and controls. *J. Am. Dent. Association*, 120(3), 273-281.
4. Kamisaka M., Yatani H., Kuboki T. et al (2000). Four year longitudinal course of TMD symptoms in an adult population and the estimation of risk factors in relation to symptoms. *J Orofac Pain*, 14(3), 224-232.
5. Jake E, Robert JG (2000). Coping Profile Differences in the Biopsychosocial Functioning of Patients With TMD. *Psychosomatic Medicine*, 62, 69-75.
6. R. Tallents, R. Katzberg, W. Murphy et al (1996). Magnetic resonance imaging findings in asymptomatic volunteers and symptomatic patients with temporomandibular disorders. *The Journal of prosthetic dentistry*, 75 (5), 529-533.
7. Hoàng Thị Diên Thảo, Hoàng Tử Hùng (2000). Rối loạn thái dương hàm, *Tạp chí Y học Hồ Chí Minh*, 8(4), 23-30.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯƠNG CỰC

Lê Thị Thu Hà*, Nguyễn Kim Việt*,
Trần Hữu Bình*, Nguyễn Thành Long*, Phạm Xuân Thắng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm thực trạng điều trị trầm cảm ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực. **Đối tượng:** 71 bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện giai đoạn trầm cảm theo

tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ tháng 1/2011 đến 12/2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian nghiên cứu trên, chúng tôi thu được 1 số kết quả sau: các bệnh nhân được điều trị phác đồ đa hóa trị chiếm > 90%. Thuốc chính khí sắc được chỉ định ở 67,6% bệnh nhân, phổ biến nhất là valproat. Thuốc an thần kinh và chống trầm cảm được sử dụng phổ biến ở hơn 75% bệnh nhân; an thần kinh thường được chỉ định là quetiapin và olanzapin, các thuốc an thần kinh thế hệ mới sử dụng dài ngày hơn so với an thần kinh thế hệ cũ (haloperidol); sertraline và mirtazapin là

*Trường đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hà
Email: lethuha@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 11.11.2017
Ngày phản biện khoa học: 23.12.2017
Ngày duyệt bài: 30.12.2017

các thuốc chống trầm cảm được sử dụng nhiều nhất.
Kết luận: Điều trị trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực đa dạng về cách lựa chọn phác đồ cũng như loại thuốc, sự đa dạng này phù hợp với thực tế bệnh nhân và hướng dẫn điều trị.

Từ khóa: điều trị, trầm cảm, rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

SUMMARY

STUDY OF SOME FEATURES OF TREATING DEPRESSION OF BIPOLAR DISORDER IN REALITY

Objective: Describe some features of treating depression of bipolar disorder in reality. **Participants:** 71 patients were diagnosed bipolar disorder current depressive episode by ICD-10 criteria, treated at National Institute of Mental Health from 1/2011 to 12/2017. **Method:** Cross-sectional descriptive study. **Result:** In this period, some results were obtained: > 90% patients were treated by combined drugs therapy. Mood stabilizer was indicated in 67,6% patients, the most prominent one was valproate. Antipsychotics and antidepressants were used in more than 75% patients, quetiapin and olanzapin were more common, the second-generation antipsychotics were used longer in duration than the first-generation (haloperidol), the most common antidepressants were sertraline and mirtazapine. **Conclusion:** Treatment of depression in bipolar disorder is varied of not only treatment regimen but also types of drugs, this variety is appropriate with patients and current guidelines.

Keyword: treatment, depression, bipolar disorder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là trạng thái bệnh lý phổ biến trong lĩnh vực tâm thần học, đặc trưng bởi sự ức chế toàn bộ các mặt hoạt động tâm thần. Trầm cảm phổ biến ở các rối loạn cảm xúc nội sinh, đặc biệt trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực (RLCXL) chiếm một tỷ lệ lớn trong số đó.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3. 1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. 1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	28	39,4
	Nữ	43	60,6
Tuổi	Tuổi trung bình	42,34 ± 13,90	
Nơi cư trú	Thành thị	31	43,7
	Nông thôn	40	56,3
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	16	22,5
	Đang kết hôn	53	74,6
	Ly dị/Ly thân	1	1,4
	Góa	1	1,4
Hoàn cảnh sống	Sống cùng gia đình	70	98,6
	Sống một mình	1	1,4
Thể bệnh trầm cảm theo ICD - 10	Nhẹ hoặc vừa	33	46,5
	Nặng không loạn thần	21	29,6
	Nặng có loạn thần	17	23,9

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu, nữ giới có 43 người, chiếm tỷ lệ 60,6%, nam giới có 28 người

Tối ưu hoá điều trị trầm cảm lưỡng cực, hóa được chiếm vai trò quan trọng. Có nhiều bằng chứng khác nhau về lựa chọn cũng như lưu ý điều trị thuốc trong giai đoạn cấp và duy trì, đặc biệt khi phối hợp đa dạng các nhóm thuốc như cholinergic (CKS), an thần kinh (ATK), chống trầm cảm (CTC) [3].

Trên thế giới, các nghiên cứu, các hướng dẫn điều trị trầm cảm lưỡng cực ngày càng được cập nhật và hoàn thiện. Cho tới nay, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá về thực trạng điều trị trầm cảm lưỡng cực, do đó chúng tôi thực hiện đề tài "Nhận xét một số đặc điểm thực trạng điều trị trầm cảm ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực" nhằm làm rõ vấn đề này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: 71 bệnh nhân được chẩn đoán xác định RLCXL hiện giai đoạn trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ tháng 1/2011 đến 11/2017, với:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân được chẩn đoán xác định RLCXL hiện giai đoạn trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu, các bệnh nhân có bệnh lý nội ngoại khoa tình trạng nặng: các bệnh lý não thực, bệnh lý ác tính, tình trạng cấp cứu..., các bệnh lý cản trở khả năng giao tiếp, đọc hiểu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS25.

(39,4%), tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 1,5/1. Độ tuổi trung bình của nhóm là $42,34 \pm 13,90$ (tuổi). Tỷ lệ sống ở thành thị (43,7%) và nông thôn (56,3) gần tương đương nhau. Nhóm người đang kết hôn chiếm tỷ lệ cao nhất 74,6%, đa phần những người bệnh sống cùng với gia đình (98,6%). Tỷ lệ bệnh mức độ nặng chiếm 53,5%.

3. 2. Đặc điểm sử dụng thuốc

Bảng 3. 2. 1. Đặc điểm sử dụng phối hợp thuốc

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Đơn trị CTC	2	2,8
Đơn trị ATK	5	7,0
CKS + ATK	7	9,9
CKS + CTC	8	11,2
ATK + CTC	16	22,5
CKS + ATK + CTC	33	46,5
Tổng	71	100

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân được điều trị phác đồ đa hóa trị với 3 loại thuốc chiếm đa số 46,5%, chỉ có 7 bệnh nhân đơn trị chiếm 9,8% (2 bệnh nhân đơn trị CTC và 5 bệnh nhân đơn trị bằng ATK). Thuốc ATK và CTC được sử dụng phổ biến ở hơn 75%. Thuốc CKS được chỉ định ở 67,6%.

Bảng 3.2.2. Đặc điểm sử dụng thuốc chính khí sắc

Đặc điểm	Tần suất (%)	Liều tối thiểu (mg/ngày)		Liều tối đa (mg/ngày)		Thời gian sử dụng (ngày)
		Liều trung bình	Khoảng liều	Liều trung bình	Khoảng liều	
Valproat	62	$727,2 \pm 251,8$	500-1000	$852,2 \pm 296,9$	500-1500	$20,4 \pm 10,7$
Lamotrigin	11,3	$59,4 \pm 26,5$	25-100	$106,3 \pm 56,3$	50-200	$20,7 \pm 8,4$
Oxcarbazepin	1,4	600	600	600	600	10

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân được điều trị với valproat (62% bệnh nhân, với liều trung bình tối thiểu là 727,2mg/ngày, liều trung bình tối đa là 852,2mg/ngày). Có 11,3% bệnh nhân được điều trị bằng lamotrigin, số bệnh nhân được sử dụng oxcarbazepin chiếm rất thấp 1,4%.

Bảng 3.2.3 Đặc điểm sử dụng thuốc an thần kinh

Đặc điểm	Tần suất (%)	Tối thiểu (mg/ngày)		Tối đa (mg/ngày)		Thời gian sử dụng (ngày)
		Liều trung bình	Khoảng liều	Liều trung bình	Khoảng liều	
Haloperidol	31	$7,6 \pm 3,8$	2,5-15	$10,3 \pm 5,0$	2,5-20	$2,9 \pm 2,0$
Risperidon	9,9	$1,9 \pm 0,7$	1-3	$2,7 \pm 1,4$	1-5	$10,6 \pm 4,4$
Olanzapin	29,6	$9,4 \pm 4,6$	5-20	$13,6 \pm 6,5$	5-30	$14 \pm 8,8$
Quetiapin	57,7	$199,4 \pm 135,4$	25-600	$304,9 \pm 204,0$	50-900	$18,7 \pm 10,1$

Nhận xét: An thần kinh được chỉ định nhiều nhất là quetiapin, tần suất dùng haloperidol và olanzapin tương đương nhau. Về thời gian trung bình sử dụng, các ATK thế hệ mới có thời gian sử dụng hơn 10 ngày, haloperidol chỉ được sử dụng ngắn ngày.

Bảng 3.2.4. Đặc điểm sử dụng thuốc chống trầm cảm

Đặc điểm	Tần suất (%)	Tối thiểu (mg/ngày)		Tối đa (mg/ngày)		Thời gian sử dụng (ngày)
		Liều trung bình	Khoảng liều	Liều trung bình	Khoảng liều	
Amitriptylin	4,2	$41,7 \pm 14,4$	25-50	75 ± 25	50-100	$21,7 \pm 7,1$
Sertralin	36,6	$78,8 \pm 28,9$	50-150	$119,2 \pm 42,6$	50-200	$19,3 \pm 10,8$
Fluvoxamin	2,8	$150 \pm 70,7$	100-200	$150 \pm 70,7$	100-200	$27 \pm 11,3$
Paroxetin	12,7	$42,2 \pm 15,6$	20-60	$51,1 \pm 20,3$	20-80	$25,5 \pm 17,3$
Mirtazapin	36,6	$27,7 \pm 5,5$	15-60	$35,8 \pm 12,1$	15-60	$12,7 \pm 7,2$

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân được sử dụng thuốc CTC sertralin và mirtazapin (36,6%). Hai loại CTC này được sử dụng trong thời gian ngắn nhất, với sertralin trung bình 19,3 ngày, mirtazapin trung bình 12,7 ngày. Các thuốc CTC khác với tỉ lệ lần lượt là fluvoxamin (2,8%), amitriptylin (4,2%) và paroxetin (12,7%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

trong số 71 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ nữ/nam khoảng 1,5/1. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu tổng quan của Adriana D (2010) khi đánh giá về yếu tố giới tính ở RLCXC, nữ giới có nguy cơ cao bị RLCXC II/

hưng phần nhẹ, chu kỳ nhanh và các giai đoạn hỗn hợp [2]. Độ tuổi trung bình của nhóm là $42,34 \pm 13,90$ (tuổi), đây là độ tuổi nhóm người trưởng thành, phù hợp với kết quả tỷ lệ đang kết hôn chiếm cao nhất 74,6% và đa phần những người bệnh sống cùng với gia đình (98,6%). Tỷ lệ sống ở thành thị và nông thôn gần tương đương nhau, yếu tố địa dư không ảnh hưởng tới bản chất rối loạn bệnh. Đáng chú ý là, tỷ lệ bệnh nhân nặng chiếm 53,5% (29,6% không có loạn thần và 23,9% có loạn thần trong tổng số bệnh nhân), mức độ nhẹ và vừa chiếm 46,5%. Có thể thấy, nhóm đối tượng RLCXLC giai đoạn trầm cảm khi điều trị nội trú thường ở mức độ nặng.

4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc:

4.2.1. Đặc điểm phối hợp thuốc: đa số (>90%) bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được sử dụng phác đồ đa trị liệu, chỉ có 9,8% tương đương 7 bệnh nhân được điều trị đơn trị, trong đó đơn trị CTC là 2 bệnh nhân, đơn trị ATK quetiapin có 5 bệnh nhân. Đồng thuận các hướng dẫn điều trị ưu tiên đơn trị bằng thuốc CKS hoặc thuốc ATK có tác dụng chính khí sắc (quetiapin) [4]. Tuy nhiên thực tế nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa phần ở mức độ nặng, có triệu chứng loạn thần, kèm theo áp lực ra viện ở bệnh nhân nội trú kèm theo cần có thời gian chờ tác dụng của thuốc CKS, nên việc điều trị phối hợp là phù hợp với thực trạng để bệnh nhân sớm thuyên giảm triệu chứng, sau đó có chiến lược giảm liều phù hợp. Kết quả này của chúng tôi tương tự như kết quả của một số tác giả trong nước như Vũ Văn Dân (2012) [1].

4.2.2. Đặc điểm sử dụng thuốc chỉnh khí sắc: Phần lớn các bệnh nhân được điều trị với valproat (62%, liều trung bình tối thiểu là 727,2 mg/ngày, liều trung bình tối đa 852,2 mg/ngày). Kết quả nghiên cứu phù hợp với hội đồng lý tâm thần Anh 2016, valproat là chỉ định trong điều trị đơn trị cũng như trong điều trị phối hợp ở RLCXLC [4]. Tuy nhiên, lamotrigin cũng được đồng thuận ưu tiên mức độ hàng đầu, nhưng chỉ có 8 bệnh nhân được điều trị bằng lamotrigin với khoảng liều 50-200mg. Nguyên nhân là do tâm lý e ngại tác dụng không mong muốn như dị ứng của lamotrigin.

4.2.3. Đặc điểm sử dụng thuốc an thần kinh: ATK được chỉ định phổ biến nhất là quetiapin. Kết quả này phù hợp với nhiều hướng dẫn điều trị hiện nay, quetiapin vừa có vai trò như thuốc chống loạn thần đồng thời có vai trò như thuốc CKS, là lựa chọn hàng đầu trong điều trị đơn trị cũng như điều trị phối hợp với các thuốc khác trong điều trị RLCXLC. Theo Stahl và

cộng sự, liều trung bình điều trị RLCXLC có hiệu quả của Quetiapin là 300 mg/ngày [7]. Bên cạnh đó, olanzapin cũng được sử dụng với tỷ lệ cao 29,6%. Theo hội tâm thần học sinh học thế giới (2013), việc phối hợp sử dụng olanzapin liều thấp với thuốc CTC fluoxetine có hiệu quả CKS, giảm các triệu chứng loạn thần đồng thời không gây hưng cảm hoặc hưng cảm nhẹ [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các thuốc ATK thế hệ mới có thời gian sử dụng hơn 10 ngày, trong khi haloperidol chỉ được sử dụng ngắn ngày ($2,9 \pm 2,0$). Điều này là phù hợp bởi ATK thế hệ mới có ít tác dụng ngoại tháp và đều nằm trong các lựa chọn hàng đầu và hàng thứ hai.

4.2.4. Đặc điểm sử dụng thuốc chống trầm cảm: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thuốc CTC được sử dụng nhiều nhất là sertraline và mirtazapin (36,6%) nhưng trong thời gian trung bình ngắn. Các nghiên cứu gần đây cho thấy các thuốc tái hấp thu chọn lọc serotonin (SSRIs) có thể dung nạp tốt nhất, đáp ứng nhanh nhất và ít liên quan đến nguy cơ gây hưng cảm hoặc làm nhanh chu kỳ so với CTC ba vòng. Nghiên cứu của Agosti và cộng sự (2007) nhận thấy dùng thuốc CTC đơn thuần vẫn an toàn và hiệu quả với giai đoạn trầm cảm trong RLCXLC II [2].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 71 bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện giai đoạn trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ tháng 1/2011 đến 11/2017 chúng tôi có nhận xét sau: thực trạng, điều trị trầm cảm ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực đa dạng về nhiều phác đồ và đặc điểm sử dụng các nhóm thuốc chỉnh khí sắc, an thần kinh, chống trầm cảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Dân (2012), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị trầm cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực*, Luận án chuyên khoa cấp II. Trường đại học Y dược Huế, Huế.
2. Agosti V. and Stewart J. W. (2007). Efficacy and safety of antidepressant monotherapy in the treatment of bipolar-II depression. *Int Clin Psychopharmacol*, **22** (5), 309–311.
3. Crismon M. L., Argo T. R., Bendele B. S. D., et al. (2007). Texas medication algorithm project procedural manual. *Bipolar Disord Algorithms Tex Dep State Health Serv*.
4. Goodwin G. M., Haddad P. M., Ferrier I. N., et al. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol Oxf Engl*, **30** (6), 495–553.

5. Grunze H. , Vieta E. , Goodwin G. M. , et al. (2013). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: Update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *World J Biol Psychiatry*, **14** (3), 154–219.
6. Salloum I. M. , Cornelius J. R. , Daley D. C. , et

- al. (2005). Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, **62** (1), 37–45.
7. Stahl S. M (2013). Mood Disorders. *Stahl's Essential Psychopharmacology*. 4, Cambridge University Press, 237–283.

TÌM HIỂU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THIẾU MÁU ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Văn Bằng¹, Nguyễn Thanh Xuân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thiếu máu điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 66 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thiếu máu năm điều trị tại Bệnh viện Quân y 103. Bệnh nhân được hỏi để phát hiện các triệu chứng cơ năng: ù tai, hoa mắt, chóng mặt, ngất, đau đầu, giảm trí nhớ, mất ngủ hoặc ngủ gà, thay đổi tính tình hay cáu gắt, tê tay chân, giảm sút sức lao động trí óc và chân tay, hồi hộp đánh trống ngực, khó thở, đau vùng trước tim, chán ăn, đầy bụng, đau bụng, đại tiện lỏng hoặc táo bón. Bệnh nhân được khám để phát hiện các triệu chứng khách quan: da xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt có thể kèm theo vàng da niêm mạc hoặc xạm da niêm mạc; màu sắc lưỡi, gai lưỡi; tóc (rụng, dễ gãy), móng tay móng chân mất độ bóng, bờ đục dễ gãy; tim mạch: tim có tiếng thổi tâm thu không, mạch nhanh. **Kết quả:** tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ (54,55%), độ tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,6%), tỷ lệ thiếu máu trước đó (18,2%), có dùng thuốc trước đó (15,2%). Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân thiếu máu: giảm sức lao động trí óc chân tay (81,8%); hoa mắt, chóng mặt (71,2%); chán ăn (66,7%); mất ngủ hoặc ngủ gà (65,2%). Triệu chứng thực thể: da xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt (86,4%); gai lưỡi giảm hoặc mất (65,2%); tóc rụng dễ gãy (60,6%); mạch nhanh (39,4%). **Kết luận:** tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ (54,55%), độ tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,6%), tỷ lệ thiếu máu trước đó (18,2%), có dùng thuốc trước đó (15,2%). Bệnh nhân giảm sức lao động trí óc chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất (81,8%); hoa mắt, chóng mặt (71,2%); chán ăn (66,7%); mất ngủ hoặc ngủ gà (65,2%). Triệu chứng thực thể: da xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt (86,4%); gai lưỡi giảm hoặc mất (65,2%); tóc rụng dễ gãy (60,6%); mạch nhanh (39,4%).

Từ khóa: thiếu máu; hoa mắt, chóng mặt; da xanh niêm mạc nhợt.

SUMMARY

¹Bệnh viện Quân y 103

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bằng

Email: bangnvbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2017

Ngày duyệt bài: 25.12.2017

TO STUDY A NUMBER OF CLINICAL FEATURES OF ANAEMIC PATIENTS THAT TREATED IN HOSPITAL 103

Objects: to study a number of clinical features of anaemic patients that treated in hospital 103. **Subjects and methods:** 66 patients diagnosed anaemia and treated in hospital 103. Patients answered questions to find functional symptoms: tinnitus, dizziness, faint, headache, memory loss, insomnia or drowsiness, mood swings or irritability, numbness in hands and feet, reduction of mental and physical strength, nervous, palpitations, short of breath, severe feelings or even painful in the chest, anorexia, abdominal pain, indigestion, constipation or diarrhea. Patients have examined to detect physical symptoms: pale skin, pale mucosa may be have pale skin with yellow or dark pale skin, colour of tongue, pale tongue, cuticles tongue, hair is loose and brittle, finger and toes nails loss of gloss, cracking; fast pulse, the subluxation of the heart can be heard. **Results:** the rate of men patients is higher than women patients (54.55%), age > 60 has highest percentage (46.6%). The rate of the previous anaemia patients (18.2%), have using previous drugs (15.2%). Functional symptoms of patients: reduction of mental and physical strength (81.8%), tinnitus, dizziness (71.2%), anorexia (66.7%), insomnia or drowsiness (65.2%). Physical symptoms: pale skin, pale mucosa (86.4%), losing cuticles tongue (65.2%), hair is loose and brittle (60.6%), fast pulse (39.4%). **Conclusion:** the rate of men patients is higher than women patients (54.55%), age > 60 has highest percentage (46.6%). The rate of the previous anaemia patients (18.2%), have using previous drugs (15.2%). Patients have reduction of mental and physical strength (81.8%), tinnitus, dizziness (71.2%), anorexia (66.7%), insomnia or drowsiness (65.2%). Physical symptoms: pale skin, pale mucosa (86.4%), losing cuticles tongue (65.2%), hair is loose and brittle (60.6%), fast pulse (39.4%).

Key words: anaemia, dizziness, pale skin, pale mucosa.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là hiện tượng giảm số lượng hồng cầu, giảm huyết sắc tố và hematocrit trong một đơn vị thể tích máu dẫn đến thiếu oxy cung cấp cho các mô tế bào trong cơ thể. Trong 3 chỉ số trên thì sự giảm huyết sắc tố là quan trọng nhất.

Khi bệnh nhân thiếu máu có kèm giảm khối lượng máu lưu hành (do nôn, tiêu chảy, bỏng...) thì có thể hematocrit và số lượng hồng cầu không giảm. Theo định nghĩa của tổ chức Y tế thế giới: thiếu máu là hiện tượng giảm nồng độ huyết sắc tố trong máu dưới mức bình thường so với người cùng tuổi, cùng giới, cùng trạng thái và điều kiện sống. Thiếu máu là một hội chứng hay gặp trong nhiều bệnh nhất là các bệnh về máu và cơ quan tạo máu. Chẩn đoán hội chứng thiếu máu, phân loại và tìm nguyên nhân phải dựa vào các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm nhưng chủ yếu phải dựa vào xét nghiệm. Tuy nhiên, khi chẩn đoán hội chứng thiếu máu trước hết chúng ta phải dựa vào triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân. Triệu chứng lâm sàng gồm: triệu chứng cơ năng (triệu chứng chủ quan) và triệu chứng thực thể (triệu chứng khách quan). Có những bệnh nhân thiếu máu thể hiện rõ các triệu chứng lâm sàng nhưng cũng có những bệnh nhân triệu chứng lâm sàng mờ nhạt nhất là các bệnh nhân thiếu máu mức độ nhẹ hoặc thiếu máu mạn tính, do vậy khi khám chúng ta phải hỏi thật kỹ và khám thật tỉ mỉ để phát hiện và chẩn đoán bệnh nhân thiếu máu. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: *tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thiếu máu điều trị tại bệnh viện quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 66 bệnh nhân được chẩn đoán xác định có thiếu máu, được điều trị tại Khoa AM7- Bệnh viện Quân y 103.

Thời gian: Từ tháng 1/2017 đến tháng 10/2017

Tiêu chuẩn loại trừ: mắc các bệnh thần kinh (động kinh, rối loạn tiền đình, suy nhược thần kinh...), bệnh tim mạch (suy tim, bệnh van tim...)...

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang có phân tích.
- Bệnh nhân nằm điều trị nội trú được hỏi bệnh, khám bệnh, xét nghiệm công thức máu ngoại vi được chẩn đoán xác định có thiếu máu.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định thiếu máu: bệnh nhân có nồng độ huyết sắc tố trong máu giảm < 120g/L (nữ), < 130g/L (nam), < 110g/L (phụ nữ có thai, đang cho con bú) [3].
- Các biến số, chỉ số nghiên cứu (bệnh nhân được hỏi và khám tỷ mỉ) theo mẫu hồ sơ nghiên cứu:
 - + Tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi ở, ngày nhập viện, ngày ra viện, số bệnh án.
 - + Tiền sử: thiếu máu trước đó, vàng da trước đó, chế độ ăn kiêng, tăng nhu cầu sử dụng, chảy máu, có dùng thuốc gì liên quan đến thiếu máu.
 - + Khám phát hiện các triệu chứng cơ năng

của triệu chứng thiếu máu: ù tai, hoa mắt, chóng mặt, ngất, nhức đầu, giảm trí nhớ, mất ngủ hoặc ngủ gà, thay đổi tính tình hay cáu gắt, tê chân tay, giảm sức lao động trí óc chân tay, hồi hộp đánh trống ngực, khó thở, đau vùng trước ngực, chán ăn, đầy bụng, đau bụng, đại tiện lỏng hoặc táo bón [7].

+ Khám phát hiện các triệu chứng thực thể của thiếu máu: da xanh xao niêm mạc nhợt nhạt, vàng da niêm mạc, xạm da niêm mạc, gai lưỡi giảm hoặc mất, gai lưỡi nhợt màu nhợt vàng, gai lưỡi bự bần, lưỡi đỏ lừ và đầy lên, tóc rụng dễ gãy, móng tay móng chân bẹt lõm đục có khía bờ dễ gãy, mạch nhanh, tiếng thổi tâm thu, huyết áp thay đổi [7].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo giới tính (n=66)

Giới tính	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	36	54,55%
Nữ	30	45,45%

Nhận xét: bệnh nhân nam chiếm 54,55%; tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 45,45%.

Bảng 2: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo độ tuổi (n=66)

Độ tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 20	3	4,5%
Từ 20 đến < 40	14	21,2%
Từ 40 đến ≤ 60	18	27,7%
> 60	31	46,6%

Nhận xét: bệnh nhân thiếu máu trong nghiên cứu có độ tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (46,6%), nhóm bệnh nhân ≤ 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp (4,5%).

Bảng 3: Một số yếu tố tiền sử, nguyên nhân (n=66)

Một số yếu tố tiền sử, nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu trước đó	12	18,2%
Vàng da	5	7,6%
Có dùng thuốc gì trước đó không	10	15,2%
Chế độ ăn kiêng	2	3,0%
Tăng nhu cầu sử dụng	1	1,5%
Chảy máu	3	4,5%

Nhận xét: bệnh nhân có tiền sử thiếu máu trước đó chiếm 18,2%, bệnh nhân có chế độ ăn kiêng, tăng nhu cầu sử dụng, chảy máu trước đó chiếm tỷ lệ thấp với các tỷ lệ (3,0%, 1,5%, 4,5%).

Bảng 4: Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân thiếu máu (n=66)

Triệu chứng cơ năng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ù tai	30	45,5%
Hoa mắt	47	71,2%

Chóng mặt	47	71,2%
Ngất	5	7,6%
Nhức đầu	41	62,1%
Giảm trí nhớ	40	60,6%
Mất ngủ hoặc ngủ gà	43	65,2%
Thay đổi tính tình, hay cáu gắt	12	18,2%
Tê chân tay	34	51,5%
Giảm sức lao động trí óc, chân tay	54	81,8%
Hồi hộp đánh trống ngực	37	56,1%
Khó thở	25	37,9%
Đau vùng trước ngực	27	40,9%
Chán ăn	44	66,7%
Đầy bụng	19	28,8%
Đau bụng	17	25,8%
Đại tiện lỏng hoặc táo bón	27	40,9%

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân giảm sức lao động trí óc chân tay chiếm 81,8%, bệnh nhân có hoa mắt, chóng mặt chiếm 71,2%, chán ăn (66,7%), mất ngủ hoặc ngủ gà (65,2%), nhức đầu (62,1%), giảm trí nhớ (60,6%), tỷ lệ bệnh nhân ngất chiếm tỷ lệ thấp (7,6%).

Bảng 5: Triệu chứng thực thể của bệnh nhân thiếu máu (n=66)

Triệu chứng thực thể	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Da xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt	57	86,4%
Vàng da, niêm mạc	20	30,3%
Xạm da, niêm mạc	15	22,7%
Gai lưỡi giảm hoặc mất	43	65,2%
Gai lưỡi nhợt vàng	31	47,0%
Gai lưỡi bị bẩn	11	16,7%
Lưỡi đỏ lừ và dày lên	3	4,5%
Tóc rụng, dễ gãy	40	60,6%
Móng tay, móng chân bẹt, lõm đục, có khía, bờ, dễ gãy	27	40,9%
Mạch nhanh	26	39,4%
Tim có tiếng thổi tâm thu	1	1,5%
Huyết áp giảm	0	0%

Nhận xét: bệnh nhân thiếu máu có da xanh niêm mạc nhợt nhạt chiếm tỷ lệ cao (86,4%); gai lưỡi giảm hoặc mất, tóc rụng dễ gãy chiếm tỷ lệ (65,2% và 60,6%), bệnh nhân có mạch nhanh chiếm tỷ lệ 39,4%; móng tay móng chân bẹt lõm đục có khía bờ dễ gãy (40,9%), tim có tiếng thổi tâm thu chỉ có một bệnh nhân (chiếm 1,5%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu có 36 bệnh nhân nam (54,55%), nữ chiếm 45,45%, tỷ lệ nam: nữ là 1,2: 1. Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao (46,6%), độ tuổi ≤ 20 tuổi chỉ chiếm tỷ lệ thấp (4,5%) nhưng độ tuổi từ 20 đến 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 48,9. Kết quả

nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt về giới so với nghiên cứu của Nguyễn Hoài Thu (2016) [2], (tỷ lệ nam: nữ là 1: 1,05), bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên chiếm 77,9%; nghiên cứu của Chan JC và cs (1998) [5] tỷ lệ nam: nữ là 1,08: 1, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 73,5. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam nhiều hơn nữ và độ tuổi từ 20 đến 40 tuổi có thể là do chúng tôi điều trị cho đối tượng quân là chính và đang trong độ tuổi lao động.

Một số yếu tố về tiền sử, nguyên nhân: có 12 bệnh nhân có thiếu máu trước đó (18,2%), vàng da (7,6%); trong nghiên cứu của chúng tôi có những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thiếu máu huyết tán bẩm sinh do vậy bệnh nhân thường có thiếu máu, vàng da trong những lần chẩn đoán trước đó. Nghiên cứu của chúng tôi, có những bệnh nhân dùng thuốc trước đó có thể gây thiếu máu như thuốc điều trị thuốc ung thư... (có 10 bệnh nhân có dùng những thuốc có thể gây thiếu máu chiếm tỷ lệ 15,2%). Có 3 bệnh nhân chảy máu mạn thiếu máu (bệnh nhân bị trĩ, đa rong kinh).

Triệu chứng cơ năng của nhóm nghiên cứu: tỷ lệ bệnh nhân giảm sức lao động trí óc chân tay chiếm 81,8% (54 bệnh nhân); bệnh nhân hoa mắt, chóng mặt chiếm 71,2% (47 bệnh nhân); tỷ lệ bệnh nhân chán ăn (66,7%) (thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Hoài Thu, tỷ lệ này là 72,1% và theo tác giả đặc điểm chán ăn, ăn kém xuất hiện trong một thời gian dài trước khi phát hiện bệnh, gây sút thường từ 2- 6 kg trong vài tháng đến nhiều năm), bệnh nhân mất ngủ hoặc ngủ gà chiếm 65,2%, nhức đầu 62,1%; giảm trí nhớ (60,6%) cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hoài Thu (2016), tỷ lệ này là 12,8%; trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân có ngất chiếm 7,6%; điều này có thể lý giải trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có thiếu máu nặng chiếm tỷ lệ thấp do vậy bệnh nhân có triệu chứng ngất chiếm tỷ lệ thấp. Theo nghiên cứu của Tejas Shah và cs (2014) [7], tỷ lệ bệnh nhân mệt mỏi chiếm 96% (cao hơn nghiên cứu của chúng tôi: 81,8%), chán ăn: 64% tương tự với kết quả nghiên cứu của chúng tôi (66,7%), tiêu chảy chiếm 2%, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn đại tiện (đại tiện lỏng hoặc táo bón) chiếm tỷ lệ 40,9%. Theo Nguyễn Hoài Thu (2016), tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn tiêu hóa thường là táo bón hoặc xen kẽ tiêu chảy từng đợt (26,7%) thấp hơn tỷ lệ bệnh nhân bị rối loạn tiêu hóa trong nghiên cứu của chúng tôi và trong nghiên cứu của tác giả cũng thấy rằng có 39,5% bệnh nhân xuất hiện các cơn đau

thương vị với đặc điểm đau âm ỉ làm cho người bệnh ăn kém, đau kèm theo buồn nôn hoặc rối loạn tiêu hóa; có thể trong nghiên cứu của chúng tôi chọn những bệnh nhân thiếu máu có điều trị hóa chất do vậy tác dụng phụ của hóa chất có thể gây chán ăn, rối loạn tiêu hóa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có tê bì chân tay chiếm 51,5%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Hoài Thu (2016) [2] (tỷ lệ bệnh nhân có tê bì chân tay: 8,1%), những triệu chứng này có thể liên quan đến tuổi của bệnh nhân (phần lớn trên 50 tuổi), tỷ lệ cao hơn do có thể trong nghiên cứu của chúng tôi chọn cả những bệnh nhân điều trị hóa chất mà có thiếu máu vào nghiên cứu do vậy tỷ lệ bệnh nhân bị tê bì chân tay do tác dụng phụ của hóa chất sẽ cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Thu.

Triệu chứng thực thể của bệnh nhân trong kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân có da xanh xao niêm mạc nhợt chiếm tỷ lệ cao (86,4%), gai lưỡi giảm hoặc mất (65,2%), tóc rụng dễ gãy (60,6%), mạch nhanh chiếm 39,4%; có 1 bệnh nhân nghe tim có tiếng thổi tâm thu. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoài Thu (2016), 44,2% bệnh nhân có hình ảnh viêm lưỡi, lưỡi nhẵn, mất gai và các triệu chứng này xuất hiện âm thầm trong thời gian tiến triển của bệnh mà bệnh nhân thường không để ý đến, tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của tác giả, tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân có tóc rụng dễ gãy chiếm tỷ lệ cao và mạch nhanh chỉ chiếm tỷ lệ 39,4% có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều bệnh nhân có thiếu máu mạn tính do vậy bệnh nhân có sự bù trừ và mạch không nhanh.

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm của bệnh nhân thiếu máu nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (54,55%), độ tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,6%), chỉ có 4,5% bệnh nhân ở lứa tuổi ≤ 20, tỷ lệ thiếu máu trước đó chiếm 18,2%, có dùng thuốc trước đó chiếm 15,2%.

- Triệu chứng cơ năng thường gặp của bệnh nhân thiếu máu: giảm sức lao động trí óc chân tay (81,8%); hoa mắt, chóng mặt (71,2%); chán ăn (66,7%); mất ngủ hoặc ngủ gà (65,2%). Triệu chứng thực thể: da xanh xao, niêm mạc nhợt nhạt (86,4%); gai lưỡi giảm hoặc mất (65,2%); tóc rụng dễ gãy (60,6%); mạch nhanh (39,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trọng Hà và cs (2017), *Nghiên cứu đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan*, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 458, 2 (9): 61-64.
2. Nguyễn Hoài Thu (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, đánh giá đáp ứng điều trị bệnh nhân thiếu máu do thiếu vitamin B12 và/hoặc acid Folic tại viện Huyết học- truyền máu trung ương*, Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội.
3. Học viện Quân y (2004), *"Bài giảng huyết học lâm sàng"*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội.
4. Aaron S và cs (2005), *Clinical and laboratory features and response to treatment in patients presenting with vitamin B12 deficiency-related neurological syndromes*, Neurol India, 53:55-58.
5. Chan J C, Liu HS, Kho BC, et al (1998), *"Megaloblastic anaemia in Chinese patients: a review of 52 cases"*, Hong Kong Med J, 4(3): 269-274.
6. Nguyen PH, Gonzalez- Casanova I, Nguyen H et al (2015), *Multicausal etiology of anemia among women of reproductive age in Vietnam*, Eur J Clin Nutr, 69(1): 107-113
7. Tejas Shah, Taruna Rathod (2014), *Study of clinical profile of megaloblastic anemia (100 cases)*, International Journal of Scientific research, 3: 3314-3315.

TĂNG CHOLESTEROL MÁU GIA ĐÌNH: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Hoàng Văn Sỹ*, Nguyễn Hồng Thoại**

máu gia đình được điều trị tại khoa Tim Mạch Can Thiệp Bệnh viện Chợ Rẫy.

Từ khóa: tăng cholesterol máu gia đình, PCSK9

TÓM TẮT

Tăng cholesterol máu gia đình được đặc trưng bởi tăng nặng LDL-C dẫn đến lắng đọng thành các mảng xơ vữa trong hệ động mạch vành và đoạn gần động mạch chủ lúc còn tuổi trẻ, dẫn đến tăng nguy cơ tim mạch. Chúng tôi báo cáo trường hợp tăng cholesterol

SUMMARY

FAMILIAL HYPERCHOLESTEROLEMIA – CLINICAL CASE REPORTS

Familial hypercholesterolemia (FH) is characterized by severely elevated LDL cholesterol (LDL-C) levels that lead to atherosclerotic plaque deposition in the coronary arteries and proximal aorta at an early age, leading to an increased risk for cardiovascular disease.

Key words: Familial hypercholesterolemia, PCSK9

*Đại học Y Dược, TP. Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2017

Ngày duyệt bài: 29.12.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch do xơ vữa là nguyên nhân hàng đầu của bệnh tật và tử vong trên thế giới. Có nhiều yếu tố nguy cơ gây xơ vữa động mạch, bao gồm các yếu tố không thay đổi được như tuổi, giới, chủng tộc, và các yếu tố có thể điều chỉnh được như hút thuốc lá, ít hoạt động thể lực, tăng huyết áp, rối loạn đường và rối loạn lipid máu. Trong đó rối loạn lipid máu có tính gia đình là một bệnh lý không hiếm gặp, làm tăng quá mức lipid máu trong cơ thể, đặc biệt là cholesterol dẫn đến tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch cao hơn và nguy cơ nhồi máu cơ tim sớm hơn. Hiện nay có nhiều thuốc có thể giúp kiểm soát được nồng độ cholesterol máu.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 62 tuổi, tiền căn tăng cholesterol máu nặng phát hiện năm 35 tuổi, kèm xuất hiện xanthoma 2 mắt, gân cơ tay và chân (Hình 1), điều trị thuốc hạ lipid máu không

thường xuyên. Tăng huyết áp từ 2 năm nay. Tiền căn gia đình có con trai 42 tuổi bị tăng cholesterol máu. Hai tháng gần đây, bệnh nhân hay có cơn đau ngực vùng sau xương ức khi gắng sức, nghỉ ngơi thì giảm, lúc đầu cơn đau ngắn, sau đó đau kéo dài trên 10 phút. Chụp MSCT cho thấy hẹp ba nhánh mạch vành. Bilan lipid máu cho kết quả: Cholesterol 734mg/dl, HDL-C 24mg/dl, LDL-C 587,8mg/dl, và Triglyceride 136mg/dl. Các xét nghiệm sinh hóa khác trong giới hạn bình thường. Chụp động mạch cản quang cho thấy hẹp 70% động mạch cảnh trong hai bên gần gốc, hẹp 70% động mạch thận phải gần gốc, và tổn thương lan tỏa hẹp 3 nhánh mạch vành nặng. Bệnh nhân được can thiệp đặt stent động mạch cảnh, động mạch thận và mạch vành bằng stent. Sau thủ thuật bệnh nhân ổn định và tiếp tục điều trị nội khoa với các thuốc aspirin, clopidogrel, lisinopril, bisoprolol, rosuvastatin 20mg, phối hợp thêm ezetimibe 10 mg mỗi ngày.



Hình 1. U mỡ ở gân cơ bàn tay, bàn chân và quanh mắt

III. BÀN LUẬN

Tăng cholesterol máu gia đình là bệnh lý di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường, đặc trưng bởi tăng nồng độ LDL-C với nồng độ triglycerid bình thường, xanthomas, và xơ vữa động mạch vành lúc còn trẻ tuổi. FH gây ra do sự đột biến (>900 đột biến) trong gene quy định thụ thể LDL. Nồng độ LDL-C tăng cao do sự tăng tạo LDL-C từ IDL và giảm sự dị hóa LDL trong máu. Do hiệu ứng gene mà ở bệnh nhân bị đột biến 2 alen của thụ thể LDL (FH đồng hợp tử) sẽ bị ảnh hưởng nặng nề hơn những bệnh nhân chỉ bị đột biến 1 alen (FH dị hợp tử)[7].

FH dị hợp tử gây ra do đột biến một alen của gene quy định thụ thể LDL, xảy ra 1/500 người trên thế giới[7]. FH là bệnh lý đơn gene do đột biến mất chức năng gene quy định thụ thể LDL hay gene apoB, hoặc đột biến tăng chức năng của gene PCSK9. Trong đó 95% nguyên nhân là do đột biến gene LDLR, 4 – 5% là do đột biến gene apoB làm giảm gắn kết vào thụ thể LDL, và

1% do đột biến gene PCSK9 làm tăng thoái giáng thụ thể LDL[5]. Nồng độ LDL-C khoảng 200 – 400mg/dl kèm theo nồng độ triglyceride bình thường. Bệnh nhân thường tăng cholesterol từ lúc mới sinh nhưng bệnh có thể không được phát hiện cho đến khi lớn. Thường khi làm xét nghiệm thường quy, hoặc u mỡ (xanthomas) gân cơ hoặc bệnh mạch vành có triệu chứng. Tiền sử gia đình có người mắc bệnh mạch vành sớm vì tính di truyền của bệnh. Tuổi khởi phát bệnh mạch vành thay đổi phụ thuộc vào mức độ khiếm khuyết của gene thụ thể LDL và các yếu tố tim mạch khác đi kèm. Bệnh nhân FH dị hợp tử kèm tăng Lp(a) có nguy cơ bị các biến chứng tim mạch nhiều hơn. Bệnh nhân nam FH dị hợp tử không điều trị sẽ có 50% khả năng nhồi máu cơ tim trước 60 tuổi. Ở nữ, bệnh mạch vành xuất hiện trễ hơn nhưng thường gặp hơn người nữ không mắc FH. Không có xét nghiệm nào để chẩn đoán FH dị hợp tử. Kỹ thuật phân tử giúp xác định đột biến trong DNA nhưng ý nghĩa trên

lâm sàng vẫn chưa được mô tả. Chẩn đoán trên lâm sàng thường không gặp khó khăn nhưng cần loại trừ các bệnh lý như hội chứng thận hư, nhược giáp, bệnh lý gan trước khi điều trị. [7]. Có nhiều tiêu chuẩn để chẩn đoán nhưng thường dùng tiêu chuẩn Dutch Lipid Clinic Network[6].

FH đồng hợp tử có tần suất 1/1 000 000 người trên thế giới. Bệnh nhân FH đồng hợp tử có thể chia thành 2 nhóm dựa vào mức độ hoạt động của thụ thể LDL đo ở trong nguyên bào sợi của da, nhóm bệnh nhân với hoạt động bình thường của thụ thể ít hơn 2% và nhóm bệnh nhân từ 2 – 25%. Hầu hết những bệnh nhân này thời thơ ấu xuất hiện xanthomas ở bàn tay, cổ tay, khuỷu, gối, gót, móng. Nồng độ cholesterol thường trên 500mg/dl và có thể trên 1000mg/dl. Biến chứng của FH đồng hợp tử là xơ vữa mạch máu, có thể gây tử vong và tàn tật khi còn nhỏ. Màng xơ vữa thường xuất hiện đầu tiên ở gốc động mạch chủ có thể gây hẹp tại van hay trên van động mạch chủ, có thể lan xuống lỗ động mạch vành làm hẹp lỗ động mạch vành. Trẻ em thường phát triển sớm các mảng xơ vữa và có triệu chứng trước tuổi dậy thì, triệu chứng có thể không điển hình và có thể gây đột tử. Nếu không điều trị, những bệnh nhân không có thụ thể LDL hiếm khi sống quá 20 tuổi, những bệnh nhân thiếu thụ thể LDL có tiên lượng tốt hơn nhưng cũng phát triển xơ vữa mạch máu ở khoảng tuổi 30. Xơ vữa động mạch cảnh và động mạch đùi phát triển chậm hơn và thường ít nổi bật trên lâm sàng. Chẩn đoán FH đồng hợp tử có thể xác định bằng cách sinh thiết da và đo hoạt động của thụ thể LDL ở tế bào nguyên bào sợi, hoặc đo lường số lượng thụ thể trên bề mặt tế bào lymphocyte. Các kỹ thuật phân tử cũng được dùng để xác định đột biến gen thụ thể LDL.

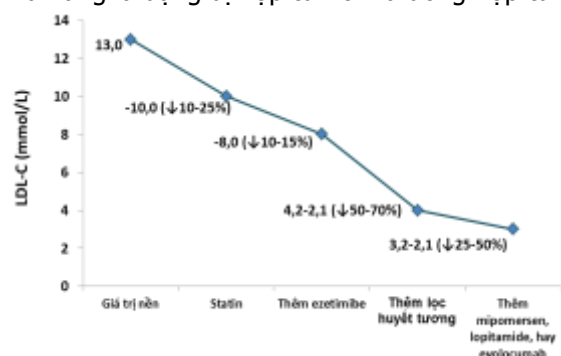
Để chẩn đoán tăng cholesterol máu gia đình, có thể dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của Dutch Lipid Clinic Network (Bảng 1).

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng cholesterol máu gia đình theo Dutch Lipid Clinic Network

Tiêu chuẩn	Điểm
1. Tiền căn gia đình	
Người thân trực hệ (họ hàng bậc 1) có: - Sớm mắc bệnh mạch vành hoặc bệnh động mạch khác (nam trước 55 tuổi, nữ trước 60 tuổi) HOẶC - Đã từng có kết quả LDL-C cao, trong nhóm > 95% phân bố theo tuổi và giới	1
- Họ hàng bậc 1 có hình ảnh u mỡ bám gân và/hoặc vòng giác mạc HOẶC - Trê 95% phân bố theo tuổi và giới	2

2. Bệnh sử	
Người sớm mắc bệnh mạch vành (nam trước 55 tuổi, nữ trước 60 tuổi)	2
Người bị tai biến mạch não hoặc bệnh động mạch ngoại biên sớm (nam trước 55 tuổi, nữ trước 60 tuổi)	1
3. Khám lâm sàng	
Cổ u mỡ bám gân	6
Cổ vòng giác mạc từ trước 45 tuổi	4
4. Xét nghiệm LDL-C	
LDL-C $\geq 8,5$ mmol/L (325 mg/dL)	8
LDL-C 6,5 - 8,4 mmol/L (251- 325 mg/dL)	5
LDL-C 5,0 - 6,4mmol/L (191 – 250 mg/dL)	3
LDL-C 4,0 – 4,9mmol/L (155 – 190mg/dL)	1
5. Phân tích gen	
Đột biến về chức năng của gen LDLR, apoB hay PCSK9	8
Chẩn đoán: Chắc chắn: > 8 Có thể: 6 – 8 Nghĩ ngờ: 3 - 5	

Bệnh nhân trong trường hợp lâm sàng này là bệnh nhân nữ 62 tuổi, đã có tiền căn tăng cholesterol máu gia đình từ năm 35 tuổi và tăng huyết áp, nhiều mảng xanthoma 2 mắt, trong gia đình cũng có con trai mắc bệnh. Nhập viện vì đau ngực trái, ECG có dấu hiệu của thiếu máu cơ tim, men tim không tăng, LDL-C 587,8mg/dl. Chụp mạch cảnh thấy hẹp 70% động mạch cảnh trong hai bên gần gốc, chụp mạch thận thấy hẹp 70% động mạch thận phải gần gốc, chụp mạch vành thấy hẹp ba nhánh mạch vành. Theo tiêu chuẩn DLCN, bệnh nhân có các đặc điểm; có người thân thể hệ thứ 1 cũng mắc bệnh (1 điểm), chụp mạch vành có hẹp 3 nhánh mạch vành (2 điểm), LDL-C = 587,8mg/dl (>325mg/dl), (8 điểm). Tổng điểm 11 điểm (>8 điểm) nên chẩn đoán là FH. Bệnh nhân này có nhiều u mỡ ở gân cơ và dưới da, biết bệnh mạch vành gần đây và LDL-C > 12mmol/L nên nhiều khả năng là dạng dị hợp tử hơn là đồng hợp tử.



Hình 2. Tổng hợp hiệu ứng giảm LDL-C khi dùng statin, ezetimibe, mipomersen, lopitamide, hay evolocumab, thay huyết tương ở bệnh nhân FH đồng hợp tử. [1]

FH đồng hợp tử hiếm gặp nhưng đe dọa tính mạng. Bức tranh lâm sàng có đặc điểm xanthomas quá mức, bệnh mạch vành nặng và xuất hiện sớm, total cholesterol >500mg/dl. Hầu hết bệnh nhân mắc bệnh mạch vành và hẹp động mạch cảnh trước 20 tuổi và chết trước năm 30 tuổi. Bệnh nhân nên được điều trị sớm với thuốc làm giảm cholesterol, lọc huyết tương. Ngoài ra vai trò của ức chế PCSK9 và lomitapide (microsomal triglyceride transfer protein)[6].

Ở bệnh nhân FH dị hợp tử, điều trị giảm cholesterol máu nên được bắt đầu ngay khi có chẩn đoán. Khởi đầu điều trị với statin cường độ cao, kết hợp với ezetimibe trong hầu hết các trường hợp. Mục tiêu LDL là dưới 100mg/dl hoặc dưới 70mg/dl khi có kèm bệnh mạch vành.

Statin đã chứng tỏ hiệu lực của nó trong điều trị trên bệnh nhân HoFH, kể cả người đó không có thụ thể LDL[4] và giảm tử vong tim mạch cũng như tất cả các nguyên nhân[3]. Mặc dù dùng liều cao nhất của statin nhưng chỉ giảm được nồng độ LDL-C rất khiêm tốn, từ 10 – 25% ở các bệnh nhân. Do vậy thêm ezetimibe có thể giảm thêm nồng độ LDL-C từ 10 – 15% nữa [2], tức là giảm 30 – 40% nồng độ LDL-C với tác dụng phụ tối thiểu và hiệu quả kinh tế cao[1].

Kháng thể PCSK9 gần đây đã được chấp thuận sử dụng cho bệnh nhân FH. Thuốc có hiệu quả giảm LDL-C đến 60% so với statin. Nhiều nghiên cứu RCT cũng đã đưa ra kết cục lâm sàng của thuốc này và thường dùng trong các trường hợp: nguy cơ rất cao bệnh mạch vành, tiền sử gia đình mắc bệnh mạch vành rất sớm, hay nồng độ LDL-C vẫn quá cao khi đã điều trị tối ưu với các thuốc khác. Thuốc ức chế PCSK9 cũng được sử dụng trong các trường hợp bệnh nhân không dung nạp statin và bệnh nhân FH có nồng độ Lp(a) cao. Ở bệnh nhân FH dị hợp tử, sử dụng chất ức chế PCSK9 là một kháng thể đơn dòng, có thể làm giảm LDL-C đến 65% khi dùng cùng với các thuốc hạ cholesterol khác[5]. Sau này, có nhiều nghiên cứu chứng tỏ evolocumab (AMG 145, 420 mg tiêm dưới da mỗi hai tuần) giảm được LDL-C 26% ở những bệnh nhân FH đồng hợp tử khi mà không còn thụ thể LDL nào. Trong một nghiên cứu pha 3 có nhóm chứng với giả dược, evolocumab giảm LDL-C 31% so với giả dược[5]. (Hình 2).

Bệnh nhân được can thiệp tái thông động mạch cảnh, đặt stent động mạch thận phải và LAD I. Bệnh nhân có nồng độ cholesterol tăng cao kèm xơ vữa nhiều động mạch trung bình và lớn, mặc dù đã dùng các loại thuốc hạ lipid máu

như statin và ezetimibe. Hiện nay ngoài statin và ezetimibe, thuốc ức chế PCSK9 đã được chấp thuận sử dụng để giảm thêm LDL – C trên những bệnh nhân tăng cholesterol máu gia đình, mở ra triển vọng điều trị cho bệnh nhân để hạn chế biến cố tim mạch có thể xảy ra.

III. KẾT LUẬN

Tăng cholesterol máu gia đình là bệnh lý không hiếm gặp. Có hai thể lâm sàng là thể dị hợp tử và đồng hợp tử. Chẩn đoán và điều trị sớm đóng vai trò quan trọng đối với bệnh nhân và người thân trong gia đình. Điều trị bao gồm tích cực điều chỉnh lối sống và dùng thuốc. Hiện nay ngoài các thuốc statin và ezetimibe thì còn có thuốc ức chế PCSK9 có thể giúp kiểm soát nồng độ LDL – C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cuchel M., Bruckert E.,** Ginsberg H. N., Raal F. J., Santos R. D., et al. (2014), "Homozygous familial hypercholesterolaemia: new insights and guidance for clinicians to improve detection and clinical management. A position paper from the Consensus Panel on Familial Hypercholesterolaemia of the European Atherosclerosis Society". Eur Heart J, 35 (32), pp. 2146-57.
2. **Gagne C., Gaudet D.,** Bruckert E. (2002), "Efficacy and safety of ezetimibe coadministered with atorvastatin or simvastatin in patients with homozygous familial hypercholesterolemia". Circulation, 105 (21), pp. 2469-75.
3. **Raal F. J., Pilcher G. J., Panz V. R.,** van Deventer H. E., Brice B. C., et al. (2011), "Reduction in mortality in subjects with homozygous familial hypercholesterolemia associated with advances in lipid-lowering therapy". Circulation, 124 (20), pp. 2202-7.
4. **Raal F. J., Pappu A. S.,** Illingworth D. R., Pilcher G. J., Marais A. D., et al. (2000), "Inhibition of cholesterol synthesis by atorvastatin in homozygous familial hypercholesterolaemia". Atherosclerosis, 150 (2), pp. 421-8.
5. **Stein E. A., Gipe D., Bergeron J.,** Gaudet D., Weiss R., et al. (2012), "Effect of a monoclonal antibody to PCSK9, REGN727/SAR236553, to reduce low-density lipoprotein cholesterol in patients with heterozygous familial hypercholesterolaemia on stable statin dose with or without ezetimibe therapy: a phase 2 randomised controlled trial". Lancet, 380 (9836), pp. 29-36.
6. **Catapano Alberico L.,** Graham Ian, De Backer Guy, Wiklund Olov, Chapman M. John, et al. (2016), "2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias". European Heart Journal, 37 (39), pp. 2999-3058.
7. **Marais A. David (2004),** "Familial Hypercholesterolaemia". The Clinical Biochemist Reviews, 25 (1), pp. 49-68.

Kiến thức, Thái độ và Thực hành của Nhân viên y tế về nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa Huyện Quỳnh Lưu, Tỉnh Nghệ An

Lê Đức Cường¹, Nguyễn Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành qua cuộc điều tra cắt ngang trên 171 nhân viên y tế làm việc tại bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An. Kết quả nghiên cứu cho thấy: đối với công tác vệ sinh bàn tay: kiến thức đúng: 93,0-100%, thực hành đúng: 85-98,8%; Sử dụng phòng hộ cá nhân: kiến thức đúng 94,2-100%, thực hành đúng: 84,8-94,2%; Dự phòng cách ly bệnh lây: kiến thức đúng 81,3-100%, thực hành đúng: 73,1-93,6%; Khử khuẩn và tiệt khuẩn: kiến thức đúng: 97,6-100%, thực hành đúng: 92,9-94,2%.

Từ khóa: Kiến thức - Thái độ - Thực hành; Nhiễm khuẩn bệnh viện; Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Lưu.

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE OF HOSPITAL STAFF ON NOSOCOMIAL INFECTIONS AT THE QUYNH LUU GENERAL HOSPITAL, NGHE AN PROVINCE

The study was carried out through a cross-sectional survey of 171 health workers in Quynh Luu General Hospital, Nghe An province. Research results showed that: the proportion of health worker having correct knowledge: 93,0%-100% and correct practice: 85,0%-98,8% of hand hygiene; Use of personal protection: 94,2-100% correct knowledge, correct practice: 84,8%-94,2%; Prophylaxis of septic contusion: Correct knowledge 81,3-100%, correct practice: 73,1%-93,6%; Disinfection and sterilization: The correct knowledge is: 97,6-100%, correct practice: 92,9%-94,2%.

Keywords: Knowledge - Attitude - Practice; Nosocomial Infections; Quynh Luu district hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay trên thế giới, nhiễm khuẩn bệnh viện được coi là chỉ số nhạy cảm để đánh giá chất lượng bệnh viện. Nhiễm khuẩn bệnh viện không chỉ xảy ra ở người bệnh mà còn là nguy cơ thường trực đe dọa sức khỏe và tính mạng của nhân viên y tế đặc biệt là trong tình hình hiện nay khi các dịch bệnh HIV, viêm gan, lao đang phát triển rầm rộ [1],[3]. Do vậy việc chống nhiễm khuẩn bệnh viện đã và đang được ngành y tế đặc biệt quan tâm. Ở Việt Nam chưa

có hệ thống giám sát NTVM cấp quốc gia, thống kê NTVM mới chỉ dừng lại ở các báo cáo đơn lẻ, đề tài nghiên cứu khoa học về NTVM của các bệnh viện. Theo số liệu báo cáo, NTVM chiếm khoảng 5% - 10% trong tổng số 2 triệu người bệnh phẫu thuật hàng năm, đây cũng là loại NKBV hay gặp nhất ở nước ta [1], [4].

Tại Nghệ An đã có một số bệnh viện thực hiện các giám sát NTVM [2]. Tuy nhiên công tác kiểm soát nhiễm khuẩn mới chỉ đạt được kết quả bước đầu, chưa đáp ứng được yêu cầu đặt ra. Mặc dù các bệnh viện có thành lập Hội đồng, khoa kiểm soát nhiễm khuẩn nhưng chủ yếu là kiểm nhiệm nên hiệu quả hoạt động chưa cao. Bên cạnh đó cơ sở hạ tầng của các bệnh viện chưa đáp ứng được nhu cầu, có bệnh viện còn quá tải đến 200%, càng làm gia tăng nguy cơ lây chéo bệnh trong môi trường bệnh viện [2]. Tuy nhiên những đánh giá về kiến thức và thực hành của nhân viên y tế về vấn đề trên ra sao hiện vẫn còn bỏ ngỏ, chưa được nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu sau: *Mô tả kiến thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế về nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- *Địa điểm nghiên cứu:* Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An.

- *Đối tượng nghiên cứu:* Người cao tuổi hiện đang sinh sống tại địa bàn nghiên cứu.

- *Thời gian nghiên cứu:* Nghiên cứu được thực hiện từ 2/2017 – 8/2017

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

- *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:* Toàn bộ nhân viên y tế bệnh viện (Điều dưỡng viên và Bác sỹ tại các khoa chuyên môn): bao gồm 171 nhân viên.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin:

Thông tin được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn thông qua bộ phiếu điều tra. Bộ câu hỏi này được xây dựng dựa vào mục tiêu của nghiên cứu và tham khảo ý kiến của các chuyên gia.

**Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Cường
Email: cuongldvn@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.10.2017
Ngày phản biện khoa học: 21.12.2017
Ngày duyệt bài: 25.12.2017

2.4. Các quy định xác định và đánh giá trong nghiên cứu: Kiến thức, thái độ, thực hành của NVYT về vệ sinh bàn tay, sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân, dự phòng cách ly, khử khuẩn/tiệt khuẩn, quản lý đồ vải y tế, quản lý chất thải y tế, vệ sinh bề mặt môi trường, quản lý sức khỏe nhân viên được đánh giá bằng hai mức độ: đúng và chưa đúng trong từng câu hỏi. Để đánh giá chi tiết từng nội dung, nghiên cứu của chúng tôi đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành qua từng câu hỏi, không đánh giá tổng điểm tất cả các phần chung.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu sau khi điều tra được làm sạch thô và nhập vào máy vi tính bằng phần mềm EPI-DATA, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 16.0 để xử lý với các test thống kê y học, giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung nhân viên y tế (n=171)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Trình độ chuyên môn		
Bác sĩ	32	18,7
Điều dưỡng viên	89	52,1
Kỹ thuật viên	19	11,1
Nữ hộ sinh, hộ lý	27	15,8
Khác	4	2,3

Thâm niên công tác

< 5 năm	50	29,2
5 – 10 năm	63	36,8
> 10 năm	58	34,0

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy, số NVYT nhiều nhất là điều dưỡng viên (52,1%), số bác sĩ chiếm 18,7% và nữ hộ sinh chiếm 15,8%. Thâm niên công tác của NVYT tại bệnh viện phần lớn là từ 5 năm trở lên (70,8%).

Bảng 3.2. Tỷ lệ NVYT được tập huấn theo các nội dung (n = 156)

Nội dung tập huấn	Số lượng	Tỷ lệ %
Vệ sinh bàn tay	145	92,9
Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân	48	30,8
Dự phòng cách ly	11	7,1
Khử khuẩn/ tiệt khuẩn	70	44,9
Vệ sinh môi trường bệnh viện	78	50,0
Quản lý chất thải	139	89,1
Quản lý đồ vải	26	16,7
Quản lý sức khỏe nhân viên y tế	21	13,5

Kết quả bảng 3.2 cho thấy các nội dung được tập huấn chủ yếu là vệ sinh bàn tay (92,9%), quản lý chất thải (89,1%), vệ sinh môi trường bệnh viện (50,0%) và khử khuẩn/tiệt khuẩn (44,9%).

Bảng 3.3. Kiến thức, thái độ, thực hành đúng của nhân viên y tế về cơ hội vệ sinh bàn tay (n=171)

Nội dung	Đánh giá	Kiến thức đúng		Thái độ đúng		Thực hành đúng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Trước khi chạm vào BN		162	94,7	148	86,5	146	85,4
Trước khi làm thủ thuật		171	100,0	171	100,0	169	98,8
Sau làm thủ thuật xâm lấn		170	99,4	168	98,2	156	91,2
Trước khi mang găng tay		159	93,0	157	91,8	154	90,0
Sau khi tháo găng tay		160	93,6	152	88,9	151	88,3
Sau tiếp xúc dụng cụ buồng bệnh		159	93,0	156	91,2	148	86,5

Các kết quả ở bảng trên cho thấy, đa số nhân viên y tế của bệnh viện đều có kiến thức, thái độ và thực hành về vệ sinh bàn tay đúng từ 85,4% đến 100%. Trong đó việc rửa tay hoặc khử khuẩn tay trước thủ thuật có tỷ lệ nhân viên y tế nhận thức và thực hành đúng là cao nhất từ 98,8% đến 100%.

Bảng 3.4. Kiến thức, thái độ, thực hành đúng của nhân viên y tế về sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân (n=171)

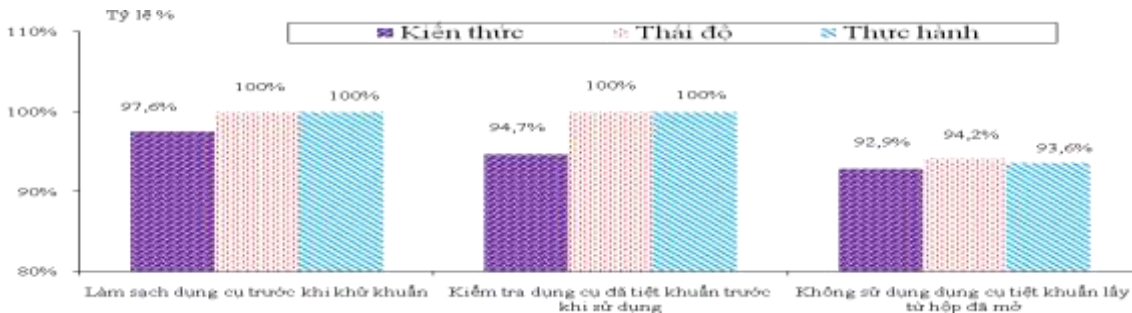
Đánh giá Nội dung	Kiến thức đúng		Thái độ đúng		Thực hành đúng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Mang găng tay khi có khả năng tiếp xúc với máu, dịch	171	100,0	169	98,8	160	93,6
Mang găng tay trước khi tiếp xúc với da/niêm mạc	171	100,0	167	97,7	161	94,2
Không dùng 1 đôi găng cho nhiều người bệnh	171	100,0	166	97,1	156	91,2
Mang găng tay dùng 1 lần khi thực hiện thao tác có nguy cơ	161	94,2	160	93,6	152	88,9
Sử dụng tấm che mặt kính khi thực hiện thao tác có nguy cơ	161	94,2	160	93,6	145	84,8

Kết quả bảng 3.4 cho thấy các kiến thức, thái độ, thực hành đúng của NVYT về sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân tại bệnh viện là khá cao. Có từ 84,8% đến 100% số NVYT có kiến thức, thái độ và kỹ năng đúng. Với nội dung mang găng tay khi có nguy cơ tiếp xúc với máu dịch có nhận thức đúng là 100% thì thực hành đúng chỉ đạt là 93,6%. Với nội dung không dùng 1 đôi găng cho nhiều BN thì nhận thức đúng là 100%, còn thực hành đúng là 91,2%. Với nội dung sử dụng tấm che mặt kính khi thực hiện thủ thuật có nguy cơ thì nhận thức đúng là 94,2% và thực hành đúng là 84,8%.

Bảng 3.5. Kiến thức, thái độ, thực hành đúng của nhân viên y tế về dự phòng cách ly (n=171)

Nội dung	Đánh giá		Kiến thức đúng		Thái độ đúng		Thực hành đúng	
			SL	%	SL	%	SL	%
Mang khẩu trang N95 khi chăm sóc BN lây			167	97,6	162	94,7	148	86,5
Bố trí phòng riêng cho BN lây			171	100,0	171	100,0	160	93,6
Giữ khoảng cách khi tiếp xúc với BN lây			139	81,3	127	74,3	125	73,1
Mang và tháo găng tay khi vào, ra buồng cách ly			155	90,6	152	88,9	149	87,1

Các kết quả về nội dung dự phòng cách ly ở bảng trên cho thấy, tỷ lệ NVYT có kiến thức, thái độ và thực hành đều khá. Với nội dung BN lây cần được bố trí phòng riêng thì nhận thức đúng là 100% còn thực hành đúng chỉ đạt 93,6%. Với nội dung yêu cầu giữ khoảng cách khi tiếp xúc với BN lây thì nhận thức đúng là 81,3% còn thực hành đúng là 73,1%. Với nội dung mang và tháo găng tay khi vào và khi ra buồng cách ly thì nhận thức đúng là 90,6% còn thực hành đúng là 87,7%.



Biểu đồ 3.1. Kiến thức, thái độ, thực hành đúng của NVYT về khử khuẩn/tiệt khuẩn

Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy kiến thức, thái độ, thực hành đúng của nhân viên y tế về việc làm sạch dụng cụ trước khi khử khuẩn/tiệt khuẩn và kiểm tra dụng cụ tiệt khuẩn trước khi sử dụng dao động từ 92,9% đến 100,0%.

Bảng 3.6. Kiến thức, thái độ, thực hành đúng của nhân viên y tế về quản lý đồ vải y tế (n=171)

Nội dung	Đánh giá		Kiến thức đúng		Thái độ đúng		Thực hành đúng	
			SL	%	SL	%	SL	%
Phân loại đồ vải bẩn tại khoa/phòng			165	94,8	163	95,3	160	93,6
Sử dụng xe riêng vận chuyển đồ bẩn, đồ sạch			171	100,0	171	100,0	165	96,5
Mang khẩu trang, găng tay khi tiếp xúc đồ vải bẩn			171	100,0	171	100,0	169	98,8

Kết quả ở bảng 3.6 cho thấy, kiến thức, thái độ, thực hành đúng của nhân viên y tế về việc phân loại đồ vải bẩn tại khoa, phòng và việc mang khẩu trang, găng tay đúng khi tiếp xúc với đồ vải bẩn dao động từ 93,6%-100,0%.

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số đối tượng được phỏng vấn nhằm đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành về chống nhiễm khuẩn trong đề tài này có 18,7% bác sỹ, 52,1% điều dưỡng viên, 15,8% nữ hộ sinh và hộ lý. Số đối tượng là kỹ thuật viên chiếm 11,1%. Như vậy, đối tượng tham gia nghiên cứu ở đề tài này hầu hết là những người có trình độ chuyên môn được đào tạo bài bản về

công tác y tế, do đó điều này cũng đóng vai trò quan trọng trong việc thu thập thông tin một cách chính xác hơn khi được phỏng vấn. Về thời gian công tác trong nghề y thì số đối tượng công tác từ 10 năm trở lên chiếm tỷ lệ cũng khá cao là 34,0% và đối tượng có thâm niên từ 5 đến 10 năm là 36,8% (bảng 3.1).

Trong những năm qua bệnh viện đã tổ chức được nhiều lớp tập huấn về công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện với nhiều nội dung khác

nhau, đã có 156/171 người trong nghiên cứu này tham gia chiếm 91,2% nhân viên đã tham dự các lớp tập huấn này (bảng 3.2). Địa điểm tập huấn công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện chủ yếu là ngay tại bệnh viện chiếm 84,0%. Các lớp tập huấn hầu hết là có các chuyên gia từ tuyến trên như Bệnh viện sản nhi Nghệ An, Sở Y tế Nghệ An, Bệnh viện Bạch Mai (Theo dự án Bắc trung bộ) về hướng dẫn.

Kết quả điều tra khảo sát vấn đề này được trình bày trong bảng 3.3 sau khi phỏng vấn nhân viên y tế của bệnh viện đều cho thấy cả kiến thức, thái độ và thực hành đúng về rửa tay thường quy và rửa tay vô khuẩn có tỷ lệ rất cao. Trong tất cả các nhiệm vụ thì hầu hết nhân viên đều có kiến thức đúng rất cao từ 85,4% đến 100%, trong khi đó thái độ đúng về vấn đề này thường thấp hơn so với nhận thức và chỉ đạt ở mức từ 85,4 – 98,8% (trừ vấn đề rửa tay và khử khuẩn tay trước khi tiến hành thủ thuật xâm lấn) và thực hành thường có tỷ lệ đúng thấp nhất so với nhận thức và thái độ, tuy nhiên sự khác biệt giữa kiến thức và thái độ với thực hành là không đáng kể. Trong rửa tay hoặc khử khuẩn tay trước khi tiến hành thủ thuật có tỷ lệ nhân viên y tế nhận thức và thực hành đúng cao nhất và đạt từ 98,8%-100%.

So sánh với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác cho thấy với nhận thức, thái độ và thực hành rửa tay và khử khuẩn tay của nhân viên y tế Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu Nghệ An là rất đáng khả quan và có tỷ lệ đúng cao. Theo khuyến cáo Hội Điều dưỡng Việt Nam-Uỷ ban quốc gia phòng chống HIV/AIDS thì một trong những vấn đề bắt buộc trong phòng chống nhiễm khuẩn là nhân viên y tế nhất thiết phải tuân thủ theo quy trình rửa tay, mang khẩu trang trước và sau khi tiếp xúc với người bệnh lây nhiễm, đặc biệt khi tiến hành các thao tác kỹ thuật trên người bệnh [1].

Việc sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân cho thấy kiến thức, thái độ, thực hành đúng của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu là khá cao. Có từ 84,8% đến 100% số nhân viên y tế có kiến thức, thái độ và kỹ năng thực hành đúng. Tuy nhiên, trong từng nội dung điều tra, chúng tôi nhận thấy phần thực hành có xu hướng thấp hơn so với nhận thức. Với nội dung mang găng tay khi tiếp xúc với máu, dịch có nguy cơ cao thì nhận thức là 100%, trong khi đó thực hành chỉ đạt là 93,6%. Với nội dung không dùng 1 đôi găng cho nhiều người bệnh thì nhận thức là 100%, còn thực hành chỉ đạt 91,2% (bảng 3.4).

Với nội dung người bệnh lây cần được bố trí phòng riêng thì nhận thức là 100% còn thực hành chỉ đạt 93,6%. Với nội dung yêu cầu giữ khoảng cách khi tiếp xúc với người bệnh lây thì nhận thức là 81,3% còn thực hành là 73,1%. Với nội dung mang và tháo găng tay khi vào và khi ra khỏi buồng cách ly thì nhận thức là 90,6% nhưng thực hành chỉ là 87,1% (bảng 3.5).

Một trong những nội dung rất cơ bản và thường xuyên của hầu hết các nhân viên y tế là vệ sinh dụng cụ y tế trước khi khử khuẩn, tiệt khuẩn và nhất là trước khi sử dụng, vì đây là vấn đề khá quan trọng, nó liên quan mật thiết với tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện, nhiễm khuẩn chéo giữa người bệnh này với người bệnh khác. Qua nghiên cứu phỏng vấn nhận thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế về vấn đề này chúng tôi nhận thấy rằng cả 2 nội dung trên đều có tỷ lệ khá cao, từ 92,9% đến 100,0% (biểu đồ 3.1).

Đồ vải trong bệnh viện đóng một vai trò khá quan trọng, chúng được sử dụng khá nhiều và thường xuyên ở tất cả các khoa/phòng, đặc biệt là tại các phòng kỹ thuật. Qua nhiều nghiên cứu của một số tác giả đều cho thấy tỷ lệ nhiễm tạp khuẩn ở đồ vải là khá cao hơn so với dụng cụ y tế bằng kim loại [5]. Qua kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế làm công việc này đạt khá cao tới 98,8 – 100,0% (bảng 3.6). Tuy nhiên vấn đề này cũng cần được tập huấn, hướng dẫn thực hiện theo quy trình là hết sức cần thiết và rất có tác dụng trong phòng chống lây nhiễm từ người này sang người khác. Đây chính là một trong những yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp, nhất là tại các đơn vị điều trị tích cực, phòng mổ, khoa HSCC...[5],[6].

V. KẾT LUẬN

- Số nhân viên Y tế đã tham gia tập huấn về chống nhiễm khuẩn là 91,2%
- Vệ sinh bàn tay: Kiến thức đúng: 93,0-100%, thực hành đúng: 85-98,8%.
- Sử dụng phòng hộ cá nhân: Kiến thức đúng 94,2-100%, thực hành đúng: 84,8-94,2%.
- Dự phòng cách ly bệnh lây: Kiến thức đúng 81,3-100%, thực hành đúng: 73,1-93,6%.
- Khử khuẩn và tiệt khuẩn: Kiến thức đúng là: 97,6-100%, thực hành đúng: 92,9-94,2%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Tổ chức đào tạo cập nhật kiến thức phòng ngừa NTVM cho đối tượng Nhân viên y tế công tác trong lĩnh vực ngoại khoa. Chú trọng các nội dung: vệ sinh bàn tay, sử dụng phòng hộ cá nhân, dự phòng cách ly, khử khuẩn và tiệt khuẩn.

2. Cần thiết phải nâng cấp các cơ sở phòng kỹ thuật đảm bảo đúng tiêu chuẩn vệ sinh do Bộ Y tế quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2003)**, "Ngăn ngừa nhiễm khuẩn tại khoa phẫu thuật", Tài liệu hướng dẫn quy trình chống nhiễm khuẩn bệnh viện", tr. 161-164.
2. **Sở Y tế tỉnh Nghệ An (2016)**, "Sơ kết công tác y tế 6 tháng đầu năm 2016", tr. 45-48.
3. **Hà Mạnh Tuấn. (2006)**, *Yếu tố nguy cơ và tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại Khoa Hồi sức cấp cứu bệnh viện Nhi đồng I*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Trần Quý Tường (2013)**, "Hướng dẫn thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn môi trường bệnh viện (Tài liệu tham khảo)", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 19.
5. **Belcaro G, Cesarone MR, Ledda A et al. (2008)**, "New concepts and new roles for vascular medicine/angiology and vascular surgery. A developing role for vascular specialists: from the hospital, to the community, to the environment. The example of environmental estrogens", *Minerva Cardioangiol*, 56(5 Suppl):1-2.
6. **Joseph S. Solomkin et al. (2011)**, "Diagnosis and Management of Complicated Intra-abdominal Infection in Adults and Children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America", *Clinical Infectious Diseases*, 50(2), pp. 133-164.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA ĐIỀU TRỊ TIÊU SƠI HUYẾT ĐƯỜNG TĨNH MẠCH LIỀU THẤP TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘT QUÝ CẤP TRONG CỬA SỔ 0-3 GIỜ

Nguyễn Huy Thăng*

TÓM TẮT⁴⁵

Cơ sở và mục tiêu nghiên cứu: đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch liều thấp (0,6mg/kg) trên bệnh nhân đột quỵ cấp trong cửa sổ 3 giờ tại Bệnh viện Nhân dân 115. **Phương pháp:** nghiên cứu tiền cứu, tất cả các trường hợp đột quỵ cấp đã được điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch theo protocol điều trị của nghiên cứu NINDS, ghi nhận điểm NIHSS ban đầu tại thời điểm nhập viện và đánh giá mRS tại thời điểm 3 tháng, theo dõi các biến cố xuất huyết hệ thống và xuất huyết não do điều trị tiêu sợi huyết. **Kết quả:** trong số 6171 bệnh nhân đột quỵ nhập viện trong thời gian theo dõi 3 năm chỉ có 121 bệnh nhân (2%) được điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch. Tuổi trung bình là 57 tuổi, điểm NIHSS trung bình là 12. Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến khi được điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch là 143 phút (sớm nhất là 50 phút và chậm nhất là 210 phút). Trong đó, 73 bệnh nhân được điều trị với liều rtPA chuẩn, còn lại 48 bệnh nhân được sử dụng liều thấp (trung bình 0,62mg/kg). Tỷ lệ bệnh nhân mRS từ 0-1 ở nhóm điều trị liều thấp là 56,3%, cao hơn so với 34,2% ở nhóm bệnh nhân điều trị liều chuẩn. Tỷ lệ tử vong ở nhóm điều trị liều chuẩn cũng cao hơn so với nhóm bệnh nhân điều trị với liều thấp (12,5% so với 2,1% P=0,004). Bốn trường hợp xuất huyết não có triệu chứng được ghi nhận ở nhóm điều trị với liều chuẩn so với chỉ một bệnh nhân ở nhóm được điều trị liều thấp (P=0,36). **Kết luận:** điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch cho bệnh nhân đột quỵ cấp

với liều thấp đối với dân số Việt Nam có hiệu quả và tính an toàn vượt trội so với liều chuẩn.

SUMMARY

EFFICACY AND SAFETY OF LOW DOSE ALTEPLASE FOR INTRAVENOUS THROMBOLYSIS IN STROKE PATIENTS IN 0-3 HOURS WINDOW

Background and objectives: To compare the efficacy and safety of low dose alteplase with standard dose for intravenous thrombolysis in stroke patients. **Methods:** A prospective study of all acute stroke patients treated with intravenous fibrinolysis under the protocol of the NINDS study, initial NIHSS score at admission and mRS assessment at age score of 3 months, followed by systemic haemorrhagic events and cerebral haemorrhage resulting from fibrinolysis. **Results:** Of 6171 stroke patients hospitalized for 3 years follow-up, only 121 patients (2%) were treated with intravenous fibrinolysis. The median age was 57 years, mean NIHSS score was 12. The time from onset of symptoms to folic acid was 143 minutes (50 minutes at the earliest and 210 minutes at the earliest). Of these, 73 were treated with standard rtPA and 48 were low-dose (mean 0.62mg/kg). The prevalence of mRS from 0 to 1 in the low-dose treatment group was 56.3% higher compared to 34.2% in the standard treatment group. Mortality rates in the standard treatment group were also higher than those in the low dose group (12.5% vs. 2.1% P = 0.004). Four cases of symptomatic cerebral hemorrhage were reported in the standard treatment group compared with only one patient in the low-dose group (P = 0.36). **Conclusion:** Intravenous fibrinolytic therapy with low dose of rtpa is superior than standard dose for acute stroke patients in the selective population of Viet Nam.

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Thăng

Email: nguyenhuythang115@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2017

Ngày duyệt bài: 30.12.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hồ Chí Minh là thành phố lớn nhất Việt Nam. Tuy nhiên, với dân số lên đến 8 triệu, thành phố Hồ Chí Minh chỉ có ba trung tâm đột quỵ lớn có thể triển khai phương pháp tiêu sợi huyết tĩnh mạch cho bệnh nhân đột quỵ cấp: Bệnh viện Nhân dân 115, Bệnh viện Nhân dân Gia Định và Bệnh viện An Bình. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu các dữ liệu về tiêu sợi huyết được ghi nhận từ tháng 5 năm 2006 đến tháng 5 năm 2009, nhằm góp phần trình bày những kết quả ban đầu của phương pháp điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch trên bệnh nhân đột quỵ cấp tại TP. Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chẩn đoán xác định đột quỵ thiếu máu não cấp được dựa vào hình ảnh học chụp cắt lớp vi tính não (CT scan não) hoặc cộng hưởng từ não (MRI não) và được phân loại dựa theo phân loại TOAST. Tiêu chuẩn thu nhận và tiêu chuẩn loại trừ của điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch cho bệnh nhân đột quỵ cấp trong cửa sổ điều trị 3 giờ dựa vào protocol của nghiên cứu NINDS. Chúng tôi loại trừ tất cả các bệnh nhân có điểm NIHSS ≤ 4 điểm, CT scan cho thấy hình ảnh thiếu máu não sớm lớn hơn 1/3 vùng chi phối của động mạch não giữa hoặc mRS ≥ 2 trước khi khởi phát đột quỵ. Liều thuốc tPA theo khuyến cáo là 0,9mg/kg. Tuy nhiên, để giảm chi phí điều trị đối với những bệnh nhân không thể chi trả cho lọ thuốc thứ hai chúng tôi sẽ sử dụng liều thấp hơn

(dao động từ 0,6 đến 0,86mg/kg). Việc sử dụng liều thấp đã được chứng minh là hiệu quả và an toàn cho người châu Á [5,6].

Sau khi tính liều tPA dựa vào cân nặng của bệnh nhân, 10% tổng liều sẽ được bolus, còn lại được truyền tĩnh mạch trong vòng 1 giờ. Khám lâm sàng, đánh giá thang điểm NIHSS và mRS được ghi nhận trước và sau khi điều trị tiêu sợi huyết, điểm NIHSS được đánh giá tại thời điểm một giờ, 24 giờ sau điều trị tiêu sợi huyết, và đánh giá mỗi ngày cho đến khi bệnh nhân xuất viện hoặc tử vong. Lâm sàng thần kinh được đánh giá là có cải thiện khi điểm NIHSS giảm ≥ 4 điểm hoặc NIHSS bằng 0 tại thời điểm 24 giờ. CT scan hoặc MRI –MRA não được lặp lại sau 24 giờ hoặc ngay tại thời điểm lâm sàng diễn tiến xấu. Biến cố xuất huyết não được chẩn đoán dựa vào CT scan não, và xuất huyết não có triệu chứng được định nghĩa là có hình ảnh xuất huyết não trên CT scan và điểm NIHSS tăng ≥ 4 điểm. Các bệnh nhân tiếp tục được theo dõi và đánh giá điểm NIHSS, mRS tại thời điểm 3 tháng sau điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 11.5, sau đó được trình bày dưới dạng thống kê mô tả gồm giá trị trung bình, độ lệch chuẩn và tỷ lệ phần trăm. Phân tích mối tương quan dựa vào phép kiểm χ^2 bình phương đối với tỷ lệ và phép kiểm T đối với giá trị trung bình. $P < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân điều trị IV-tPA liều thấp và liều chuẩn

Đặc điểm	Liều thấp	Liều chuẩn	P
Tuổi trung bình	57 $\pm$ 13	59 $\pm$ 14	
Giới nam (%)	31	56	0.699
Tăng huyết áp (%)	60	62	0.007
Đái tháo đường (%)	13	21	0.892
Điểm NIHSS trung bình	10.5	12	0.253
Thời gian trung bình từ lúc khởi phát đến điều trị (phút)	141 $\pm$ 33	145 $\pm$ 33	0.127
Liều IV-tPA trung bình	0.62 (0.6-0.86)	0.9	0.520
HA tâm thu trước điều trị (mmHg)	139 $\pm$ 23	146 $\pm$ 29	
HA tâm trương trước điều trị (mmHg)			0.162
Đường huyết trước điều trị (mg/dl)	83 $\pm$ 12	86 $\pm$ 16	
Phân loại đột quỵ theo TOAST (%)			0.321
Lắp mạch do tim	124 $\pm$ 54	129 $\pm$ 52	
Xơ vữa động mạch	27	28	0.582
Nhồi máu lỗ khuyết	19	22	
Khác/không xác định	10	25	0.112
	44	25	

Trong tổng số 6171 bệnh nhân đột quỵ nhập ba trung tâm đột quỵ từ tháng 5 năm 2006 đến tháng 5 năm 2009, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị

tiêu sợi huyết là 2% (121 bệnh nhân). Đặc điểm dịch tễ học, yếu tố nguy cơ, phân loại đột quỵ và đặc điểm lâm sàng được ghi nhận trong bảng 1.

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 75 tuổi, nam chiếm tỷ lệ 46%. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất (61%), tiếp theo là rung nhĩ (21%) và đái tháo đường (17%). Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là 12 điểm (dao động từ 5-23 điểm). Thời gian trung bình từ khi khởi phát triệu chứng đến khi được sử dụng tiêu sợi huyết là 143 phút (dao động từ 50- 210 phút). Thời gian trung bình từ khi nhập viện đến khi được sử dụng tiêu sợi huyết là 73 phút, trong đó 38,9% bệnh nhân được sử dụng trong vòng 60 phút sau khi nhập viện.

Cá số liệu nghiên cứu cho thấy có 60,3% (73 bệnh nhân) được sử dụng liều chuẩn (0,9mg/kg), 36,9% bệnh nhân được sử dụng liều thấp (trung bình là 0,62 mg/kg, dao động từ 0,6-0,86 mg/kg). Các đặc điểm lâm sàng, dịch tễ học và yếu tố nguy cơ giống nhau giữa hai nhóm, ngoại trừ tỷ lệ nữ ở nhóm bệnh nhân được sử dụng liều thấp cao hơn so với nhóm dùng liều chuẩn ($P=0,007$).

Bảng 2. Các kết cục ở bệnh nhân điều trị IV-tPA liều thấp ($n=48$) và liều chuẩn ($n=73$)

Biến số	Liều thấp	Liều chuẩn	p
mRS 0-1	27 (56.3)	25 (34.2)	0.01
XH não	1 (2.1)	4 (5.5)	0.36
Tử vong	1 (2.1)	9 (12.5)	0.04

Các bệnh nhân được điều trị với liều rtPA thấp cho thấy sự cải thiện về kết cục với mRS 0,1 cao hơn so với nhóm bệnh nhân điều trị với liều chuẩn (56,3% so với 34,2%, $P=0,01$) (Bảng 2). Chúng tôi còn ghi nhận nhóm điều trị với liều thấp có ít biến cố xuất huyết nội sọ hơn so với liều chuẩn, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,36$). Sau 3 tháng theo dõi tỷ lệ tử vong được ghi nhận cao hơn có ý nghĩa thống kê ($P=0,04$) ở nhóm sử dụng liều chuẩn (12,5%) so với liều thấp (2,1%).

IV. BÀN LUẬN

Sự an toàn và hiệu quả của rtPA tĩnh mạch trong điều trị đột quỵ cấp đã được chứng minh qua các thử nghiệm lâm sàng đối với chủng tộc châu Âu. Tuy nhiên cho đến thời điểm chúng tôi thực hiện nghiên cứu vẫn còn thiếu các dữ liệu cho người châu Á, ngoài các nghiên cứu được thực hiện trước đây ở Thái Lan, Ấn Độ, Singapore, Nhật Bản đối với liều thấp. Những kết quả ban đầu của điều trị tiêu sợi huyết ở Việt Nam gần như tương tự với kết quả của nghiên cứu NINDS.

Phần lớn các bệnh nhân không đủ điều kiện để được sử dụng rtPA tĩnh mạch do đến ngoài thời gian cửa sổ điều trị, chỉ 8,7% bệnh nhân nhập viện trong cửa sổ điều trị 3 giờ, nguyên

nhân nằm ở vấn đề về nhận thức các triệu chứng của đột quỵ, hệ thống vận chuyển cấp cứu còn hạn chế cũng như trì hoãn của nhân viên y tế trong việc đưa ra quyết định điều trị TPA, tình hình quá tải của các bệnh viện, cơ sở vật chất còn thiếu thốn hay thời gian trả kết quả của các xét nghiệm cần thiết còn chậm trễ. Có đến 5% bệnh nhân không đồng ý sử dụng rtPA vì lo ngại nguy cơ xuất huyết. Tất cả các nguyên nhân trên dẫn đến việc trì hoãn thời gian được sử dụng thuốc của bệnh nhân (143 phút) và chỉ có 38,9% bệnh nhân từ khi nhập viện đến khi được bolus nhỏ hơn 60 phút.

Tỷ lệ bệnh nhân có thể sống độc lập (mRS 0,1) sau 3 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là 43%, cao hơn so với kết quả của nghiên cứu NINDS 39%, J-ACT, CASES 37%, SITS-MOS 40,6%. TPA liều thấp và liều chuẩn đều cho thấy sự an toàn khi tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng là 5,5% so với 6,4% của nghiên cứu NINDS và 4,6% của nghiên cứu CASES. Điều thú vị trong nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân được sử dụng liều thấp cho kết cục tốt sau 3 tháng (mRS 0,1) chiếm tỷ lệ 56,3% cao hơn so với liều chuẩn và tỷ lệ tử vong thấp 2,1%.

Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cũng còn một số hạn chế. Đầu tiên, chỉ có một tỷ lệ nhỏ các bệnh nhân được sử dụng rtPA tĩnh mạch trong quần thể rất lớn các bệnh nhân nhập viện trong thời gian nghiên cứu. Thứ hai, các bệnh nhân được đánh giá kết cục sau điều trị bởi cùng các bác sĩ điều trị ban đầu, điều này sẽ dẫn đến các kết luận có thể không hoàn toàn mang tính khách quan. Ngoài ra, một số bệnh nhân là ứng cử viên của điều trị tiêu sợi huyết nhưng lại không thể thực hiện do vấn đề tài chính. Ở Việt Nam chi phí cho điều trị rtPA không được chi trả bởi chính phủ hay các công ty bảo hiểm, trong khi đó, giá tiền của một lọ rtPA 50mg khoảng 11 triệu đồng, tương đương với 3 tháng thu nhập trung bình hàng tháng của người Việt Nam. Để đạt được mục tiêu ngày càng có nhiều bệnh nhân đột quỵ cấp được điều trị rtPA cần nâng cao nhận thức của người dân về nhận biết triệu chứng của đột quỵ cũng như cải thiện hệ thống vận chuyển bằng xe cấp cứu và nâng cao chất lượng quản lý và điều trị đột quỵ cấp.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, việc điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch cho bệnh nhân đột quỵ Việt Nam đã mang lại kết quả tương đối an toàn và hoàn toàn khả thi, đặc biệt, liều thấp có hiệu quả và tính an toàn vượt trội so với liều chuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The National Institute** of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. *N Engl J Med* 1995; 333: 1581–1587.
2. **Adams HP Jr, Adams RJ, Brott T, del Zoppo GJ, et al.** Stroke Council of the American Stroke Association. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke. A scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. *Stroke* 2003; 34: 1056–1083.
3. **Ueshima S, Matsuo O.** The differences in thrombolytic effects of administered recombinant t-PA between Japanese and Caucasians. *Thromb Haemost* 2002; 87: 544–546.
4. **Adams HP Jr, Bendixen BH, Kappelle LJ, et al.** Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke* 1993; 24: 35–41.
5. **Hacke W, Donnan G, Fieschi C, et al.** Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet* 2004; 363: 768–774.
6. **Wahlgren N, Ahmed N, Dağvalos A, et al.** Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study. *Lancet* 2007; 369: 275–282.
7. **Suwanwela NC, Phanthumchinda K, Likitjaroen Y.** Thrombolytic therapy in acute ischemic stroke in Asia: the first prospective evaluation. *Clin Neurol Neurosurg* 2006; 108: 549–552.

THỰC TRẠNG PHÒNG BỆNH UNG THƯ CỔ TỬ CUNG CỦA PHỤ NỮ TỪ 21-70 TUỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI HAI XÃ HUYỆN ĐÔNG HƯNG TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2015

Lê Đức Cường¹, Nguyễn Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 400 phụ nữ tuổi từ 21-70 tại 2 xã của huyện Đông Hưng, tỉnh Thái Bình nhằm cung cấp thông tin về thực trạng và một số yếu tố liên quan về phòng bệnh ung thư cổ tử cung (UTCTC) của phụ nữ. Kết quả nghiên cứu cho thấy: 81,8% phụ nữ thực hành vệ sinh đường sinh dục đúng cách và 25,5% thực hiện khám phụ khoa định kỳ; 1,5% đối tượng đã tiêm vắc xin HPV và 55,5% chưa từng tiêm vắc xin HPV. Lý do không tiêm vắc xin HPV là không thuộc đối tượng được tiêm (48,2%); 22,8% phụ nữ đi khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư cổ tử cung. Nhóm phụ nữ không làm nông nghiệp có hành vi khám phụ khoa định kỳ (OR=1,95; 95%CI: 1,23-3,08) và khám sàng lọc UTCTC (OR=1,82; 95%CI: 1,13-2,92) cao hơn so với nhóm làm nông nghiệp.

Từ khóa: Phòng ung thư cổ tử cung ở phụ nữ; Phòng ung thư cổ tử cung; Phụ nữ; Ung thư cổ tử cung.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF CERVICAL CANCER PREVENTION AMONG WOMEN AGED 21-70 AND SOME RELATED FACTORS IN 2 COMMUNES OF DONG HUNG DISTRICT, THAI BINH PROVINCE IN 2015

This study aimed to provide information on the status of cervical cancer prevention among women

aged 21-70 in two communes of Dong Hung district, Thai Binh province, and thereby identify some factors related to this issue. With a cross-sectional design of over 400 women aged 21-70 in the study area, the results showed that: 81.8% of women had proper hygiene practices and 25.5% had periodic gynecological exams; 1.5% have injected HPV vaccine and 55.5% never have injected HPV vaccine. The reasons for not vaccinating with HPV is not being injected (48.2%); 22.8% of women screened for early detection of cervical cancer. Women are not farmer having periodic gynecological exams and screened for early detection of cervical cancer higher than farmer women, relatively: (OR=1,95; 95%CI: 1,23-3,08) and (OR=1,82; 95%CI: 1,13-2,92)

Keywords: cervical cancer among women; cervical cancer prevention; women; cervical cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là một trong những ung thư thường gặp, có tần suất đứng thứ hai trong các ung thư phụ nữ trên thế giới, với khoảng 500.000 ca mới và 250.000 ca chết mỗi năm. Khoảng 80% số ca ung thư cổ tử cung xảy ra ở các nước có mức sống thấp [1]. Tại Việt Nam, UTCTC và ung thư vú là 2 loại có tần suất cao nhất. Theo số liệu báo cáo năm 2010 có 5.664 phụ nữ mắc UTCTC, tỷ lệ mắc là 13,6/100.000 phụ nữ [1]. Tần suất mắc UTCTC trong khoảng 20-30 trường hợp mới mắc/100.000 phụ nữ/năm. Một trong những lý do dẫn đến tình trạng này là phụ nữ còn hạn chế về kiến thức phòng ngừa UTCTC, chưa được sàng lọc định kỳ và chưa có hệ thống phát hiện sớm

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Cường
Email: cuongldvn@gmail.com
Ngày nhận bài: 16.10.2017
Ngày phản biện khoa học: 24.12.2017
Ngày duyệt bài: 30.12.2017

ung thư qua các xét nghiệm thích hợp, dễ tiếp cận và khi phát hiện tổn thương tiền ung thư thì cũng chưa được điều trị kịp thời và hiệu quả [1].

Thái Bình là một tỉnh ven biển ở đồng bằng sông Hồng, miền Bắc Việt Nam, là một tỉnh còn có những địa bàn với điều kiện kinh tế xã hội thấp, khả năng cung cấp dịch vụ y tế thiếu nên việc tiếp cận của phụ nữ tới các chương trình, dự án phòng chống ung thư còn gặp nhiều khó khăn. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài "*Thực trạng phòng bệnh ung thư cổ tử cung và một số yếu tố liên quan của phụ nữ 21-70 tuổi tại hai xã thuộc huyện Đông Hưng, tỉnh Thái Bình năm 2015*" với mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng phòng bệnh ung thư cổ tử cung của phụ nữ 21-70 tuổi tại hai xã huyện Đông Hưng, tỉnh Thái Bình năm 2015.*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan phòng bệnh ung thư cổ tử cung của phụ nữ 21-70 tuổi tại hai xã huyện Đông Hưng, tỉnh Thái Bình năm 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn, đối tượng và thời gian nghiên cứu

- Địa bàn nghiên cứu: Tại 2 xã Đông Xuân và Chương Dương của huyện Đông Hưng tỉnh Thái Bình.

- Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ từ 21 đến 70 tuổi sinh sống tại địa bàn nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2015 đến tháng 9/2015.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

*Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Cỡ mẫu tính được theo công thức là n=384. Trên thực tế đã phỏng vấn 400 phụ nữ từ 21-70 tuổi (200 đối tượng/xã).

*Phương pháp chọn mẫu:

- Chọn xã: Chọn 2 xã Đông Xuân và Chương Dương trong tổng số 44 xã/thị trấn trên địa bàn huyện Đông Hưng. Tại mỗi xã: Bốc thăm ngẫu nhiên mỗi xã 3 thôn để điều tra.

- Chọn hộ gia đình (HGD): Chọn ngẫu nhiên một hộ gia đình trong danh sách được chọn để điều tra. Các hộ gia đình tiếp theo được chọn bằng phương pháp cồng liên cồng. Tại mỗi HGD chỉ chọn 1 đối tượng để phỏng vấn. Nếu hộ gia đình được chọn không có đối tượng phù hợp thì chuyển sang hộ liền kề.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp với các đối tượng là phụ nữ từ 21-70 tuổi thoả mãn các điều kiện nghiên cứu bằng bộ phiếu định lượng chuẩn bị sẵn.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số phiếu thu được từ thực địa được xử lý thô trước khi nhập số liệu vào máy tính. Sử dụng phần mềm của Epidata 3.1 để vào số liệu. Số liệu được phân tích, tính toán và lập thành các bảng số liệu thông qua sử dụng chương trình phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng các test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng phòng chống UTCTC của phụ nữ

Bảng 3.1. Tỷ lệ phụ nữ thực hiện các biện pháp để giảm các yếu tố nguy cơ mắc ung thư cổ tử cung (n=400)

Biện pháp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vệ sinh đường sinh dục đúng cách	327	81,8
Đi KPK định kỳ để phát hiện sớm UTCTC	102	25,5
Chế độ ăn uống giàu dinh dưỡng	49	12,3
Không quan hệ tình dục với nhiều người	30	7,5
Tập thể dục đều đặn	26	6,5
Đẻ đủ số con (đẻ ít)	6	1,5
Tiêm vắc xin HPV	6	1,5
Không quan hệ tình dục sớm	4	1,0
Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục	1	0,3
Tránh uống thuốc tránh thai từ 5 năm trở lên	1	0,3
Không hút thuốc lá	0	0
Khác	12	3,0
Không biết	31	7,8

Khi được hỏi về việc thực hiện các biện pháp giảm các yếu tố nguy cơ mắc UTCTC, biện pháp được nhiều đối tượng thực hiện nhất là vệ sinh đường sinh dục đúng cách (81,8%). Tỷ lệ phụ nữ thực hiện khám phụ khoa định kỳ để phát hiện sớm ung thư cổ tử cung còn rất thấp (25,5%). Một số biện pháp khác như đẻ ít, không quan hệ tình dục với nhiều người, tiêm vắc xin ... có tỷ lệ đối tượng thực hiện không đáng kể (dao động từ 0,3% đến 12,3%).

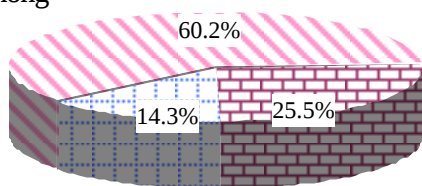
Bảng 3.2. Tỷ lệ phụ nữ tiêm vắc xin phòng ung thư cổ tử cung (n=400)

Số mũi tiêm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chưa tiêm mũi nào	222	55,5
Không biết/không nhớ	172	43,0
Đã được tiêm	6	1,5

1 mũi	3	-
2 mũi	1	-
3 mũi	2	-

Có 55,5% trong tổng số 400 phụ nữ được phỏng vấn chưa từng tiêm vắc xin HPV và 43,0% là không biết/không nhớ là mình đã từng tiêm vắc xin HPV chưa. Chỉ có 6/400 đối tượng đã tiêm vắc xin HPV (1,5%) và trong đó có 2/6 người tiêm đủ 3 mũi, 1 người tiêm 2 mũi và 3 người tiêm mũi 1.

- Có, khi có bất thường
- Có, định kỳ
- Không



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ phụ nữ đi khám phụ khoa định kỳ (n=400)

Kết quả điều tra cho thấy có 85,7% phụ nữ đã từng đi khám phụ khoa, trong đó 60,2% phụ nữ chỉ đi khám phụ khoa khi có những biểu hiện khác thường; 14,3% không đi khám và chỉ có 25,5% phụ nữ thực hiện đi khám phụ khoa định kỳ.

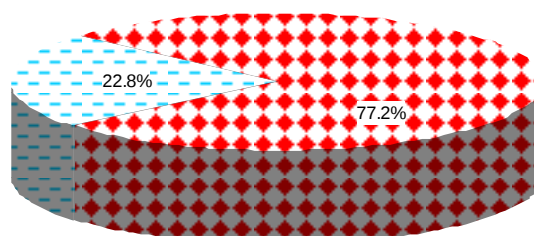
Bảng 3.3. Lý do PN chưa đi khám sàng lọc phát hiện sớm UTCTC (n=309)

Lý do	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thấy không có triệu chứng, biểu hiện gì nên chưa đi khám	225	72,8
Không nghĩ rằng nó quan trọng	65	21,0

Thấy ngại khi đi khám sàng lọc UTCTC	28	9,1
Bận việc, không có thời gian	26	8,4
Sợ bị đau khi khám sàng lọc	5	1,6
Nơi ở xa cơ sở y tế khám sàng lọc UTCTC	3	1,0
Khác	2	0,6

Khi được hỏi về lý do không đi khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư cổ tử cung, 72,8% cho rằng do không có triệu chứng, biểu hiện gì nên chưa đi khám, không nghĩ rằng nó quan trọng (21%). Các lý do khác như thấy ngại khi đi khám sàng lọc ung thư cổ tử cung, thấy không có triệu chứng, biểu hiện gì nên chưa đi khám, có thể bị đau khi làm kiểm tra này và nơi ở xa cơ sở y tế khám sàng lọc ung thư cổ tử cung cũng được các đối tượng đề cập đến (dao động từ 1,0%-9,1%).

- Có
- Chưa bao giờ đi



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ phụ nữ đi khám sàng lọc phát hiện sớm UTCTC (n=400)

Kết quả nghiên cứu cho thấy đã tỷ lệ phụ nữ được hỏi đã từng đi khám sàng lọc phát hiện sớm UTCTC còn khá hạn chế (22,8%), trong khi đó vẫn còn có 77,2% phụ nữ chưa bao giờ đi khám sàng lọc phát hiện sớm UTCTC.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng phòng UTCTC của phụ nữ

Bảng 3.4. Liên quan giữa thực trạng khám phụ khoa định kỳ với một số yếu tố

Đặc điểm	Có KPK		Không KPK		Tổng (n=400)	OR (95%CI)
	SL	%	SL	%		
Độ tuổi: ≥ 50 tuổi	72	24,8	218	75,2	290	1,14
≤ 49 tuổi	30	27,3	80	72,7	110	(0,69-1,87)
Trình độ học vấn: ≤ THCS	52	26,5	144	73,5	196	1,11
≥ THPT	50	24,5	154	75,5	204	(0,71-1,74)
Nghề nghiệp: Nông nghiệp	53	20,8	202	79,2	255	1,95
Khác	49	33,8	96	66,2	145	(1,23-3,08)
Tình trạng hôn nhân: Đang có chồng	99	25,4	290	74,6	389	1,10
Góa	3	27,3	8	72,7	11	(0,29-4,22)

Kết quả bảng trên cho thấy nhóm phụ nữ có nghề nghiệp không phải nông nghiệp có hành vi khám phụ khoa định kỳ cao hơn 1,95 lần so với nhóm còn lại (OR=1,95; 95%CI: 1,23-3,08). Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa độ tuổi, trình độ học vấn và tình trạng hôn của phụ nữ với hành vi khám phụ khoa định kỳ của nhóm phụ nữ tại địa bàn nghiên cứu.

Bảng 3.5. Liên quan giữa hành vi khám sàng lọc phát hiện sớm UTCTC với một số yếu tố

Đặc điểm	Khám sàng lọc		Không KSL		Tổng (n=400)	OR (95%CI)
	SL	%	SL	%		
Độ tuổi: ≥ 50 tuổi	22	20,0	88	80,0	110	1,25
≤ 49 tuổi	69	23,8	221	76,2	290	(0,73-2,14)
Trình độ học vấn: ≤ THCS	43	21,9	153	78,1	196	1,09
≥ THPT	48	23,5	156	76,5	204	(0,69-1,75)
Nghề nghiệp: Nông nghiệp	48	18,8	207	81,2	255	1,82
Khác	43	29,7	102	29,7	145	(1,13-2,92)

Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu có mối liên quan với hành vi khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư cổ tử cung. Nhóm không làm nông nghiệp (29,7%) đi khám cao hơn nhóm làm nghề nông (18,8%), (OR=1,82, 95%CI: 1,13-2,92). Kết quả nghiên cứu không cho thấy sự tương quan giữa độ tuổi, trình độ học vấn với hành vi khám sàng lọc phát hiện sớm UTCTC.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng phòng chống UTCTC của phụ nữ

Hành vi giảm các yếu tố nguy cơ mắc UTCTC: Ung thư cổ tử cung là một căn bệnh rủi ro nhưng lại có cơ hội chữa khỏi nếu được phát hiện sớm. Khi được hỏi về việc thực hiện các biện pháp giảm các yếu tố nguy cơ mắc UTCTC, có 81,8% phụ nữ thực hiện biện pháp là vệ sinh đường sinh dục đúng cách; 25,5% đi khám phụ khoa định kỳ để phát hiện sớm ung thư cổ tử cung. Một số biện pháp khác như đẻ ít, tiêm vắc xin HPV, không quan hệ tình dục với nhiều người... có tỷ lệ dao động từ 0,3% đến 7,5%.

Thực hành tiêm vắc xin HPV: Với vai trò ngày càng được làm rõ của HPV đối với những tổn thương ác tính đường sinh dục, việc tiêm vắc xin HPV thật sự là một yếu tố quan trọng trong việc ngăn ngừa ung thư. Sau khi tiêm vắc xin, nồng độ kháng thể trong cơ thể sẽ cao hơn gấp 20-80 lần so với sau khi nhiễm tự nhiên [7]. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 55,5% trong tổng số 400 phụ nữ được phỏng vấn chưa từng tiêm vắc xin HPV và chỉ có 1,5% đối tượng được tiêm vắc xin HPV (Bảng 3.2). Tỷ lệ đối tượng được tiêm vắc xin HPV cao hơn so với nghiên cứu của Health Bredge (0,5%) [5]. Một lý do khác nữa là, mặc dù nhiều người dân đã nghe nói về vắc xin HPV, tuy nhiên, do vắc xin này được đưa vào Việt Nam chưa được lâu và giá thành cao, nên số đối tượng được tiêm còn rất hạn chế. Kết quả này cung cấp bằng chứng cho việc xây dựng chiến lược, chương trình dự án trong việc thúc đẩy chương trình phòng bệnh ung thư cổ tử cung. Các chương trình truyền thông cần chú trọng vào việc nâng cao nhận thức không chỉ về ung thư cổ tử cung mà cần làm nổi bật các thông tin liên quan đến HPV là một yếu tố nguy cơ và các thông tin liên quan đến vắc xin HPV. Những chương trình truyền thông ngày càng trở lên quan trọng nhằm khuyến khích sự chấp nhận

của phụ nữ trong việc tiêm vắc xin HPV cho bản thân cũng như cho con gái của họ.

Thực hành khám phụ khoa định kỳ: Kết quả điều tra cho thấy 85,7% phụ nữ đã từng đi khám phụ khoa (Biểu đồ 3.2). Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Bộ Y tế (95,7%) [1].

Trong số những đối tượng đi khám phụ khoa thì chỉ có 25,5% phụ nữ thực hiện khám phụ khoa định kỳ, 60,2% phụ nữ chỉ đi khám phụ khoa khi có những biểu hiện khác thường (Biểu đồ 3.2). Kết quả khám phụ khoa định kỳ trong nghiên cứu thấp hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Bộ Y tế và GIZ (42,7%) [2], nhưng cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Khuyến (22,8% chủ động đi khám phụ khoa và 12% chủ động đi khám phụ khoa 6-12 tháng) [6]

Thực hành khám sàng lọc UTCTC: 77,2% phụ nữ được hỏi chưa bao giờ đi khám sàng lọc phát hiện sớm UTCTC (Biểu đồ 3.3). Kết quả nghiên cứu này cho thấy mới chỉ có 22,8% phụ nữ đã từng đi khám sàng lọc UTCTC, cao hơn so với nghiên cứu của Bộ Y tế và của Bùi Thị Chi và cộng sự [2],[3]. Tỷ lệ phụ nữ đi khám phụ khoa và khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư cổ tử cung ở nghiên cứu này cao hơn so với các nghiên cứu khác là do 2 xã Đông Xuân và Chương Dương trong những năm qua thường xuyên có những đợt khám phụ khoa và sàng lọc ung thư cổ tử cung của dự án GIZ do Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản và Trung tâm y tế huyện Đông Hưng thực hiện. Tháng 8 -12/2014, chương trình tăng cường hệ thống y tế tuyến tỉnh về sàng lọc ung thư cổ tử cung của GIZ (Hợp tác Đức) đã triển khai sàng lọc được 20% số xã (trong đó có huyện Đông Hưng) và 55% số phụ nữ trong độ tuổi ưu tiên (30-50) đã tham gia sàng lọc ung thư cổ tử cung [4].

Khi được hỏi về lý do không đi khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư cổ tử cung, đa số (72,8%) phụ nữ cho biết do không thấy có triệu chứng, biểu hiện gì nên chưa đi khám và không nghĩ rằng nó quan trọng (21%) (Bảng 3.3). Kết

quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiệp với 62,4% đối tượng cho rằng không cần thiết khám phụ khoa vì không có triệu chứng và còn nhiều người cảm thấy ngại, mặc cỡ nên không muốn đi khám (41%) [6].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng phòng chống UTCTC của phụ nữ

Kết quả nghiên cứu về hành vi phòng bệnh ung thư cổ tử cung với một số yếu tố liên quan cho thấy: Nghề nghiệp là yếu tố có ảnh hưởng đến hành vi khám phụ khoa định kỳ và hành vi khám sàng lọc ung thư cổ tử cung của phụ nữ. Nhóm phụ nữ không làm nghề nông có hành vi khám phụ khoa định kỳ cao hơn so với nhóm còn lại (OR=1,95; 95%CI: 1,23-3,08) (Bảng 3.4). Hành vi khám sàng lọc ung thư cổ tử cung của nhóm này cũng cao hơn so với nhóm phụ nữ làm nông nghiệp (OR=1,82; 95%CI:1,13-2,92) (

Bảng 3.5). Kết quả nghiên cứu này không tìm thấy mối liên quan giữa độ tuổi, trình độ học vấn và tình trạng hôn nhân của phụ nữ với hành vi khám phụ khoa định kỳ của nhóm phụ nữ tại địa bàn nghiên cứu.

Với những kết quả phân tích trên cho thấy các phụ nữ có trình độ học vấn thấp và làm nghề nông là những yếu tố có liên quan đến kiến thức của phụ nữ về ung thư cổ tử cung. Kết quả cũng cho thấy nghề nghiệp là yếu tố ảnh hưởng đến hành vi khám phụ khoa và khám sàng lọc ung thư cổ tử cung của phụ nữ. Các yếu tố này cần được quan tâm và ứng dụng trong việc xây dựng chương trình truyền thông và sàng lọc ung thư cổ tử cung tại địa bàn nghiên cứu nhằm nâng cao kiến thức và thực hành phòng bệnh ung thư cổ tử cung của phụ nữ.

Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy kiến thức và thực hành trong phòng bệnh ung thư cổ tử cung ở nhóm phụ nữ từ 21-70 tuổi tại huyện Đông Hưng, tỉnh Thái Bình vẫn còn hạn chế, đặc biệt là hành vi phòng bệnh ung thư cổ tử cung. Vì vậy, cần có những nghiên cứu chuyên sâu để tìm hiểu những rào cản trong kiến thức cũng như thực hành khám phụ khoa, thực hành khám sàng lọc phát hiện sớm ung thư cổ tử cung và tiêm vắc xin HPV của đối tượng nghiên cứu, đặc biệt là đối với những người trẻ và con gái của họ trong việc tiêm vắc xin.

Các phát hiện của chúng tôi có được từ một nghiên cứu cắt ngang tại địa bàn 2 xã tại huyện Đông Hưng, Thái Bình. Do đó, kết quả của chúng tôi có thể không được tổng quát hóa với nhóm phụ nữ từ 21-70 tuổi ở các tỉnh/thành phố khác. Kết quả này chỉ có thể đại diện cho kiến thức và hành vi phòng bệnh ung thư cổ tử cung trong huyện của tỉnh Thái Bình hoặc trong các

khu vực khác ở Việt Nam mà đặc điểm kinh tế xã hội và hoạt động phòng bệnh ung thư cổ tử cung tương tự.

V. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng phòng chống ung thư cổ tử cung của đối tượng

- 81,8% phụ nữ thực hành vệ sinh đường sinh dục đúng cách và 25,5% thực hiện khám phụ khoa định kỳ.

- 1,5% đối tượng đã tiêm vắc xin HPV và 55,5% chưa từng tiêm vắc xin HPV. Lý do không tiêm vắc xin HPV là không thuộc đối tượng được tiêm (48,2%).

- 22,8% phụ nữ đi khám sàng lọc phát hiện sớm UTCTC. Lý do không khám sàng lọc được đưa ra là thấy không có triệu chứng, biểu hiện gì (72,8%).

5.2. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng phòng chống UTCTC

- Nhóm phụ nữ không làm nông nghiệp có hành vi khám phụ khoa định kỳ (OR=1,95; 95%CI: 1,23-3,08) và khám sàng lọc UTCTC (OR=1,82; 95%CI: 1,13-2,92) cao hơn so với nhóm làm nông nghiệp

KHUYẾN NGHỊ

1. Xây dựng chương trình, kế hoạch và triển khai các hoạt động về tầm soát ung thư cổ tử cung tại cộng đồng; tổ chức các hoạt động dịch vụ tầm soát về gần dân, tiện lợi

2. Vận động phụ nữ tại địa phương đi khám phụ khoa định kỳ và khám sàng lọc ung thư cổ tử cung. Nên lập sổ theo dõi và nhắc nhở phụ nữ đi khám.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2011)**, *Hướng dẫn sàng lọc, điều trị tổn thương tiền ung thư để dự phòng thứ cấp UTCTC* (ban hành kèm theo Quyết định 1476/QĐ-BYT ngày 16 tháng 5 năm 2011).
- Bộ Y tế (2012)**, *Báo cáo điều tra ban đầu về sàng lọc UTCTC tại 5 tỉnh: Nghệ An, Thái Bình, Yên Bái, Phú Yên và Thanh Hóa*
- Bùi Thị Chi, Nguyễn Dung và cộng sự (2007)**, "Mô tả nhận thức và hành vi tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản liên quan đến phòng ngừa ung thư cổ tử cung của các phụ nữ đến khám tại trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản Thừa Thiên Huế", *tạp chí Phụ sản*, số đặc biệt (3-4/2007) tr. 1-12.
- GIZ (2012)**, *Báo cáo Chương trình tăng cường hệ thống y tế tuyến tỉnh về sàng lọc UTCTC*, Hội thảo Nâng cao nhận thức về ung thư cổ tử cung tại VN
- Health Bridge, Cannada (2010)**, *Báo cáo đánh giá nhu cầu truyền thông phòng chống ung thư cho cộng đồng tại Hà Nội, Huế và tp Hồ Chí Minh*.
- Nguyễn Thanh Hiệp, Lê Minh Nguyệt**, Trương Thị Bích Hà (2010), "Khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi về tầm soát UTCTC của nữ nội trợ từ 18-65 tuổi tại Hồ Chí Minh năm 2008", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14(2), tr. 80-85.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 463 - THÁNG 2 - SỐ 1 - 2018

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o1 - FEBRUARY - 2018

1. **Đặc điểm tái hẹp stent động mạch vành trên siêu âm trong lòng mạch (IVUS)** 1
Mechanisms contributing to in-stent restenosis coronary artery on intravascular ultrasound (IVUS)
Nguyễn Thị Hải Yến, Nguyễn Quốc Thái, Nguyễn Thị Bạch Yến, Vũ Quang Ngọc
2. **Nghiên cứu rối loạn lipid máu và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tiền đái tháo đường** 5
Research of lipid blood disorders and risk factors in pre-diabetic patients
Nguyễn Trung Kiên
3. **Đánh giá kết quả phẫu thuật thẩm mỹ mí dưới và một số biến chứng phổ biến** 8
Evaluate the outcome result after lower blepharoplasty surgery and common complications
Trần Thiết Sơn, Nguyễn Đức Linh
4. **Nhận xét sự thay đổi chỉ số doppler ống tĩnh mạch ở thai chậm phát triển trong tử cung so với thai bình thường ở tuổi thai từ 32 đến 33 tuần** 12
Observation of change in ductus venosus doppler indices in intrauterine growth restriction compared to normal fetuses at 32 to 33 weeks' gestation
Nguyễn Thị Hồng, Lê Hoàng, Phan Trường Duyệt
5. **Tình trạng bệnh lý tủy răng sữa trẻ 5 tuổi** 16
Status of pulpal diseases in primary teeth on 5-year-old children
Đỗ Minh Hương, Mai Thu Quỳnh, Lê Thị Thu Hằng
6. **Tỷ lệ mắc bệnh về xương khớp và nhu cầu sử dụng y học cổ truyền tại một số xã thuộc tỉnh Hưng Yên năm 2017** 20
Osteoarthritis and the demand of using traditional medicine in some communes, Hung Yen province in 2017
Lưu Minh Châu, Đậu Xuân Cảnh, Lê Thị Hương
7. **Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt cắt trực tràng trên bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được hóa xạ trị trước mổ tại Bệnh viện K** 24
Early result of abdominal perineal resection by laparoscopic surger in preoperative chemoradiation patients at K Hospital
Phạm Văn Bình
8. **Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ và một số biến chứng ở bệnh nhân tiền đái tháo đường** 28
Research of risk factors and some complication in pre-diabetic patients
Nguyễn Trung Kiên
9. **Đánh giá kết quả điều trị viêm mũi xoang mạn tính có polyp mũi bằng phẫu thuật nội soi mũi xoang tại Bệnh viện Tai Mũi Họng năm 2015-2017** 31
Endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis with nasal polyps at Can Tho ent Hospital
Châu Chiêu Hòa
10. **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 10 đến tháng 11 năm 2017** 35
Study of clinical, pre-clinical features of diabetic patients type 2 under the out-patient treatment at Hai Duong Provincial General Hospital from october to november, 2017
Lê Văn Thâm, Trần Minh Tân
11. **Khảo sát sự hài lòng của điều dưỡng tại các Khoa Nội - Ngoại - Sản - Nhi Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí từ tháng 4/2017 đến tháng 6/2017** 40
Survey satisfaction of nursing in Internal - Surgery - Obstetrics - Pediatric ward in Vietnam - swenden generral Hospital Uong Bi from 4/2017 to 6/2017
Đào Thị Phượng, Lê Thị Dung
12. **Đo lường gánh nặng bệnh tật: Tổng quan một số khái niệm và vấn đề kỹ thuật cơ bản** 44
Quantify burden of diseases: Reviews of definition and basic tectnical issues
Nguyễn Thu Hà, Nguyễn Quỳnh Anh, Trần Khánh Long, Nguyễn Thị Trang Nhung, Nguyễn Thanh Hương

13. **Đặc điểm thiếu máu và giảm albumin máu ở bệnh nhân phong bệnh viện phong da liễu văn môn và Bệnh viện Phong Da Liễu Trung Ương Quỳnh Lập** 50
Characteristics of anemia and blood albumin depletion of leprosy patients at van mon leprosy dermatology Hospital and Quynh Lap National Leprosy Dermatology Hospital
Phạm Thị Dung, Ninh Thị Nhung
14. **Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ về chế độ dinh dưỡng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bãi Cháy, tỉnh Quảng Ninh năm 2015** 54
Related factors of compliance with nutrition in type 2 diabetes out patients at Bai Chay Hospital, Quang Ninh Province in 2015
Nguyễn Văn Công, Nguyễn Thị Hải
15. **Ảnh hưởng của bệnh sâu răng và bệnh quanh răng tới chất lượng cuộc sống của người cao tuổi thông qua chỉ số OHIP-14** 59
The impact of decay and periodontal disease on the quality of life of the elderly through OHIP-14
Lê Long Nghĩa, Nguyễn Ngọc Anh
16. **Khảo sát sự hài lòng của người bệnh người dân tộc thiểu số về dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa khám bệnh – Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Gia Lai năm 2017** 62
Survey on satisfaction of ethnic minority patients about health services provided at the consulting department of provincial general Hospital of Gia Lai, 2017
Phùng Thanh Hùng, Nguyễn Thị Hoài Thu, Đào Ngọc Quân
17. **Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại tràng di căn không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn bằng hóa chất phác đồ folfoxiri** 67
The treatment results of folfoxiri in unresectable metastatic colon cancers
Trịnh Lê Huy, Lê Văn Quảng, Ngô Thu Thoa
18. **Mối liên quan giữa các đột biến gen NAT2 và GSTP1 với vô sinh nam nguyên phát và stress oxy hóa** 70
Identification of polymorphism of NAT2, GSTP1 genes and primary infertile men, oxidative stress
Vũ Thị Huyền, Nguyễn Thị Trang, Trần Đức Phấn
19. **Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị dị vật thực quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ** 73
The clinical, paraclinical characteristics and evaluate the results of treatment esophageal foreign body at Can Tho ent Hospital
Châu Chiêu Hòa
20. **So sánh khả năng phân loại mức độ tổn thương của các hệ thống phân loại thị trường với hệ phân loại DDLS trong bệnh glôcôm** 77
Comparing the functional staging systems to DDLS classification systems in open angle primary glaucoma
Bùi Thị Vân Anh, Hoàng Thanh Tùng
21. **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng co giật do sốt ở trẻ em và kiến thức, thái độ, thực hành xử trí co giật do sốt của người chăm sóc trẻ tại khoa nội tổng hợp Bệnh viện Nhi Hải Dương quý IV năm 2017** 81
The study of clinical features of febrile seizure in children and knowledge, attitude, practice on febrile seizure of people who cared for children at general internal department of Hai Duong Children's Hospital 4th quarter 2017
Lê Văn Thêm, Hoàng Văn Bình
22. **Thực trạng nguồn lực, hoạt động dinh dưỡng tại các Bệnh viện Tuyến Huyện tỉnh Thái Bình** 85
Situation of resources, nutrition activities in Hospital hospitals in Thai Binh Province
Phạm Thị Tinh, Ninh Thị Nhung, Phan Anh Tiến
23. **Kiến thức, tuân thủ về chế độ dinh dưỡng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bãi Cháy, tỉnh Quảng Ninh năm 2015** 90
Knowledge, compliance with nutrition and related factors in type 2 diabetes out patients at Bai Chay Hospital, Quang Ninh Province in 2015
Nguyễn Văn Công, Nguyễn Thị Hải

24. Tỷ lệ cười hở lợi ở một nhóm người việt độ tuổi 18 – 25 tại Hà Nội năm 2016 -2017 94
The rate of gummy smile in a group of vietnamese people aged 18-25 years in Hanoi from 2016 to 2017
Lê Long Nghĩa, Đỗ Quốc Hương
25. Khảo sát tỉ lệ, đặc điểm hẹp động mạch vành trên msct tim ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có biến chứng suy thận mạn giai đoạn cuối 97
Study of the rate and characteristics of coronary artery stenosis by cardiac msct in diabetic end-stage renal disease patients
Cao Tấn Phước, Hoàng Trung Vinh, Phạm Quốc Toàn
26. Khảo sát sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khu vực 333, huyện Ea Kar, Tỉnh Đắk Lắk năm 2017 101
Survey on job satisfaction of health workers at the general Hospital 333, Ea Kar district, Dak Lak Province in 2017
Nguyễn Thị Hoài Thu, Phùng Thanh Hùng, Phan Văn Trọng, Nguyễn Văn Hoàn
27. Đánh giá kiến thức và thực hành về làm mẹ an toàn của phụ nữ đang nuôi con dưới 5 tuổi tại 3 tỉnh Đắk Lắk, Gia Lai và Kon Tum 106
Assessment of knowledge and practice among women raising under-5 children in safe motherhood in three provinces of Dak Lak, Gia Lai and Kon Tum
Hà Văn Thúy, Đặng Quốc Việt
28. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả hoạt động kinh doanh của một số doanh nghiệp dược tại Việt Nam: Nghiên cứu trường hợp tại công ty TNHH một thành viên dược phẩm Bali, giai đoạn 2013 – 2016 110
Analysis of the influence factors affecting the business performance of small and medium size pharmaceutical enterprise in vietnam: A case study of Bali pharmaceutical company Ltd, in the period 2013 - 2016
Nguyễn Nhật Hải, Nguyễn Thị Song Hà, Nguyễn Đức Vân
29. Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm của bệnh nhi bị thiếu máu thiếu sắt tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung Ương năm 2015 - 2016 118
Clinical and test characters of pediatric patients with iron deficiency anemia at the national institute of hematology and blood transfusion in 2015 - 2016
Nguyễn Triệu Vân, Nguyễn Hà Thanh
30. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ được khởi phát chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương 122
Clinical and subclinical characteristics of labour induction in national Hospital of Obstetrics and Gynecology
Nguyễn Quảng Bắc, Phạm Thị Yến
31. Đánh giá kết quả khâu nối máy stapler và khâu nối bằng tay trong ung thư đại trực tràng kinh nghiệm qua 104 trường hợp 125
Evaluation of stapled and hand-sewn techniques in anastomosis of colorectal cancer surgery - experience of 104 cases
Phạm Văn Bình
32. Xác định các dự báo độc lập của đột quỵ thiếu máu não cục bộ ở người cao tuổi (>75 tuổi) 128
The study of independent predictors of ischemic stroke in the elderly (>75 years)
Nguyễn Huy Ngọc
33. Thực trạng kiểm soát nồng độ glucose, chỉ số HBA1C máu ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân Y 103 133
Status control concentration of blood glucose, index of blood HBA1C in patients with type 2 diabetes mellitus
Nguyễn Thanh Xuân
34. Đánh giá yếu tố tiên lượng sống còn của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan điều trị đốt sóng cao tần 137
Survival prognosis factors of hepatocellular carcinoma treated by radiofrequency ablation
Đào Việt Hằng, Đào Văn Long

35. **Mối tương quan giữa các hệ thống phân loại thị trường trong bệnh glôcôm góc mở nguyên phát** 141
Comparing function staging systems in glaucoma
Hoàng Thanh Tùng, Bùi Thị Vân Anh
36. **Nghiên cứu đặc điểm canxi hóa động mạch vành bằng chụp vi tính đa lát cắt tim ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có biến chứng bệnh mạn tính giai đoạn cuối** 144
The characteristics of coronary artery calcification by cardiac MSCT in diabetic end-stage kidney disease patients
Phạm Quốc Toàn, Cao Tấn Phước, Hoàng Trung Vinh
37. **Đánh giá mức độ phù hợp giữa hoạt động mua sắm và sử dụng thuốc tại Bệnh viện Giao Thông Vận Tải Trung Ương năm 2015** 148
Assess the appropriateness between procurement and using of medicines at Central Transport Hospital in 2015
Hà Văn Thuý, Lê Thanh Cường
38. **Khảo sát thực trạng sợ hãi nha khoa và mối liên quan với bệnh lý sâu răng sữa ở trẻ em lớp hai trường tiểu học Phú Lâm, Hà Đông, Hà Nội** 153
Dental fear and its relationship with primary dental caries in 7-year-old children in phu lam primary school, Ha Dong, Ha Noi
Lương Minh Hằng, Trần Thị Phụng, Nguyễn Phương Nga, Nguyễn Hà Thu
39. **Tìm hiểu một số đột biến nhiễm sắc thể ở những cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai, thai chết lưu** 157
The chromosomal mutations in couples with a history of miscarriage, stillbirth
Hoàng Thị Ngọc Lan, Mạnh Trọng Bằng, Hoàng Bảo Ngọc, Ngô Văn Phương, Nguyễn Thị Huyền
40. **Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ hạt nhân ở bệnh nhân loạn năng thái dương hàm** 161
Clinical and magnetic resonance image characteristics in temporomandibular disorder patients
Đinh Diệu Hồng, Nguyễn Mạnh Thành, Lầu A Minh
41. **Nhận xét một số đặc điểm thực trạng điều trị trầm cảm ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực** 165
Study of some features of treating depression of bipolar disorder in reality
Lê Thị Thu Hà, Nguyễn Kim Việt, Trần Hữu Bình, Nguyễn Thành Long, Phạm Xuân Thắng
42. **Tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thiếu máu điều trị tại Bệnh viện Quân Y 103** 169
To study a number of clinical features of anaemic patients that treated in hospital 103
Nguyễn Văn Bằng, Nguyễn Thanh Xuân
43. **Tăng cholesterol máu gia đình: Báo cáo trường hợp lâm sàng** 172
Familial hypercholesterol emia – Clinical case reports
Hoàng Văn Sỹ, Nguyễn Hồng Thoại
44. **Kiến thức, thái độ và thực hành của nhân viên y tế về nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Đa Khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An** 176
Knowledge, attitude and practice of hospital staff on nosocomial infections at the Quỳnh Luu general Hospital, Nghe An province
Lê Đức Cường, Nguyễn Thị Hiền
45. **Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch liều thấp trên bệnh nhân đột quỵ cấp trong cửa sổ 0-3 giờ** 180
Efficacy and safety of low dose alteplase for intravenous thrombolysis in stroke patients in 0-3 hours window
Nguyễn Huy Thắng
46. **Thực trạng phòng bệnh ung thư cổ tử cung của phụ nữ từ 21-70 tuổi và một số yếu tố liên quan tại hai xã huyện Đông Hưng tỉnh Thái Bình năm 2015** 183
Current status of cervical cancer prevention among women aged 21-70 and some related factors in 2 communes of Dong Hung District, Thai Binh province in 2015
Lê Đức Cường, Nguyễn Thị Hiền