

TẠP CHÍ



Năm thứ sáu mươi tư

Y HỌC

VIỆT NAM

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 2 - SỐ 2
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.tonghoiylhoc.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.tonghoiyo.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

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM LỢI CÓ SỬ DỤNG DUNG DỊCH KHỬ KHUẨN BẰNG CÔNG NGHỆ HOẠT HOÁ (DR.ECA)

Võ Trương Như Ngọc*, Dương Đức Long*,
Bùi Văn Nhơn*, Chu Đình Tới**

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả điều trị viêm lợi có sử dụng dung dịch nước muối điện hoá Dr.ECA và dung dịch nước súc miệng KIN gingival ở một nhóm bệnh nhân có viêm lợi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 60 sinh viên đại học y hà nội theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng có đối chứng. 60 sinh viên này được chia làm hai nhóm, một nhóm được điều trị có sử dụng Dr ECA và nhóm kia sử dụng Kin gingival. **Kết quả:** Ở nhóm nghiên cứu: Trước điều trị, bệnh nhân có chỉ số lợi GI đạt Tốt chiếm 46,67%, sau thời điểm can thiệp 2 tuần và 4 tuần, tỉ lệ đạt tốt tăng lần lượt là 96,67% và 100%. Tỉ lệ bệnh nhân có chảy máu lợi tại thời điểm thăm khám trước điều trị 63,33% nhưng đã giảm mạnh tại thời điểm 2 tuần sau điều trị: 6,67% và chỉ còn 3,33% tại thời điểm 4 tuần sau điều trị. Nhóm chứng: Trước điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số lợi tốt là 53,3%, sau hai tuần điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số lợi đạt Tốt là 100%, sau 4 tuần là 96,6%. Tỉ lệ bệnh nhân chảy máu lợi trước điều trị chiếm 56,67% và đã giảm còn 6,67% tại thời điểm 2 tuần sau điều trị, 3,33% tại thời điểm 4 tuần sau điều trị. **Kết luận:** dung dịch nước muối điện hóa Dr.ECA có tác dụng hỗ trợ điều trị Viêm lợi giống như những sản phẩm nước súc miệng đã được chứng nhận và cấp phép lưu hành trên thị trường

Key words: Nước súc miệng, công nghệ hoạt hoá, Dr ECA, viêm lợi

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF GINGIVITIS TREATMENT WITH ELECTROCHEMICALLY ACTIVATED WATER SOLUTIONS (DR.ECA)

Objectives: To compare of the results of gingivitis treatment using electrolyte saline solution Dr.ECA and KIN gingival mouthwash. **Subjects and methods:** The study was designed based on the clinical trial control. The study conducted on over 60 Hanoi medical university students with gingivitis. The 60 students were divided into two groups, one treated with Dr ECA and the other using Kin gingival. **Results:** In the study group: before treatment, patients had a good GI of 46.67%, after 2 weeks and 4 weeks, the rate of improvement was 96.67% and 100%, respectively. The percentage of patients with bleeding was 63.33% but declined sharply at 2 weeks

after treatment: 6.67% and only 3.33% at 4 weeks post-treatment. Controled group: Before treatment, the proportion of patients with good gingival index was 53.3%, after two weeks of treatment, the proportion of patients with good GI was 100%, after 4 weeks was 96.6%. Prevalence of bleeding pre-treatment was 56.67% and decreased to 6.67% at 2 weeks post-treatment, 3.33% at 4 weeks post-treatment. **Conclusion:** The electrolyte saline solution Dr.ECA is effective in treating gingivitis. It is similar to other oral fluid products that have been approved and marketed.

Key words: Mouthwash, Electrochemically Activated Water Solutions, Dr. ECA, gingivitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo kết quả nghiên cứu trên 55,5% dân số Việt Nam không bao giờ khám răng miệng, 44% người đi khám răng do đau và chỉ có gần 10% tổng số người đi khám để kiểm tra. Do vậy, nhu cầu sử dụng các loại sản phẩm chăm sóc răng miệng để vệ sinh khoang miệng, giảm ê buốt và sâu răng, viêm lợi ngày càng tăng lên. Hiện nay, các sản phẩm chăm sóc răng miệng đã xuất hiện khá đa dạng tại thị trường Việt Nam như kem đánh răng, nước súc miệng, gel chống ê buốt..., trong đó các chế phẩm dạng dung dịch muối được hoạt hoá. Công nghệ hoạt hoá điện hóa nước (EAW) là một chuỗi các quá trình điện hóa và điện học đơn thuần xảy ra trong môi trường với 1 tụ điện lớp kép (EDL) bao gồm hai cực: cực dương và cực âm với mà không cân bằng điện tích thông qua EDL bởi các electron dưới sự phân tán sâu trong nước hình thành các bọt khí phản ứng điện hóa (Bachir et al.,1983). Ưu điểm của điều trị điện hóa là nó cho phép điều chỉnh giá trị pH và điện thế oxi hóa - khử E_b , dù điều này còn phụ thuộc và các quá trình trong nước đó có xảy ra hay không, sự tăng hoạt động của enzym hay việc giảm điện trở suất và gia tăng kết tủa của các cặn hữu cơ trong nước. Mục đích hướng tới là nghiên cứu quá trình điện phân của nước cũng như các đặc tính của EAW (anolyte và catholyte). Thành phần nước súc miệng này gồm có: Nước tinh khiết, Clo hoạt tính 250ppm/L, pH: 6,5. Nước được chỉ định để súc miệng, súc họng hoặc rửa vết thương. Pha loãng dung dịch Dr.ECA 10 lần để vệ sinh cơ thể, răng miệng. Ưu điểm của phương pháp là tẩy trùng hiệu quả các loại vi khuẩn không tạo được sức đề kháng. Sau một thời gian, các chất trong dung dịch hoạt hoá điện

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Trường Đại học Sư Phạm HN, Khoa Y- Đại học Oslo-Nauy
Chịu trách nhiệm chính: Võ Trương Như Ngọc.
Email: votruongnhungoc@gmail.com.

Ngày nhận bài: 5/1/2018

Ngày phản biện khoa học: 5/2/2018

Ngày duyệt bài: 21/2/2018

hoá này kết hợp với nhau tạo thành muối, do đó đây là một phương pháp sạch không gây ô nhiễm môi trường. *Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích so sánh kết quả điều trị viêm lợi có sử dụng dung dịch nước muối điện hoá Dr.ECA và dung dịch nước súc miệng KIN gingival ở một nhóm bệnh nhân có viêm lợi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Là những bệnh nhân có độ tuổi từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán là viêm lợi do cao răng mảng bám theo phân loại của Hội nghị quốc tế về phân loại bệnh quanh răng năm 1999, cập nhật năm 2015 với đặc điểm: có mảng bám răng ở rãnh lợi và bờ lợi, viêm khởi phát từ bờ lợi và rãnh lợi, thay đổi màu sắc lợi, chảy máu khi thăm lợi, không sử dụng kháng sinh hoặc nước súc miệng trong 3 tháng gần đây.

Tiêu chuẩn loại trừ: có tổn thương cấp tính tại chỗ; bệnh toàn thân đang giai đoạn tiến triển: bệnh tiểu đường, bệnh tim mạch, bệnh gan, bệnh thận, ung thư...Túi quanh răng có chỉ định phẫu thuật khi $\geq 7\text{mm}$, không hợp tác điều trị, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá sau điều trị

Kết quả	Tiêu chuẩn đánh giá
Tốt	- Lợi hết viêm, chải răng không chảy máu, chỉ số GI từ 0-0,9 - Giảm tối đa mảng bám răng, cao răng, chỉ số OHI-S từ 0,1-1,2
Trung bình	- Lợi không viêm, chải răng không chảy máu, chỉ số GI từ 1-1,9 - Còn ít cao răng, mảng bám răng, chỉ số OHI-S từ 1,3-3,0
Kém	- Lợi viêm trở lại, chải răng chảy máu, chỉ số GI > 2 - Có cao răng, mảng bám răng, chỉ số OHI-S > 3

***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 không chế các sai số. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

***Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội cấp chứng nhận chấp thuận số 121/HDĐHYHN, ngày 07/6/17.

III. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu thử nghiệm trên 30 bệnh

Bảng 2. Mức cải thiện chỉ số lợi GI sau điều trị

Thời điểm	Nhóm 1 (n,%)			Nhóm 2 (n,%)		
	Tốt	Trung bình	Kém	Tốt	Trung bình	Kém
Trước điều trị	14 (46.67%)	16 (53.33%)	0 (0%)	16 (53.3%)	12 (40%)	2 (6.6%)
Sau 2 tuần	29 (96.67%)	1 (3.33%)	0 (0%)	30 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Sau 4 tuần	30 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	29 (96.6%)	1 (1.33%)	0 (0%)

Tỉ lệ bệnh nhân có chỉ số lợi GI đạt Tốt trong nhóm nghiên cứu, ghi nhận trước can thiệp, chỉ chiếm 46,67% (14/30), nhưng sau thời điểm can thiệp 2 tuần và 4 tuần, tỉ lệ đạt Tốt tăng lần lượt là 96,67% (29/30) và 100% (30/30). Tương tự như vậy, tỉ lệ bệnh nhân có chỉ số lợi đạt Tốt tại nhóm chứng tăng lần lượt lên 100% (30/30) tại thời điểm sau điều trị 2 tuần và 96,6% (29/30) tại thời

2. Thời gian và địa điểm: từ tháng 5/2017 đến 12/2017 tại Trung tâm Kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng Hàm Mặt, Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Bốc thăm ngẫu nhiên để chia thành hai nhóm, một nhóm điều trị với Dr ECA (nhóm 1) và nhóm còn lại được điều trị với Kin gingival (nhóm 2). Sau khi bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu chúng tôi cho bốc thăm, nếu bốc thăm trúng số lẻ thì cho bệnh nhân vào nhóm 1, còn nếu bốc thăm trúng số chẵn thì cho bệnh nhân vào nhóm 2. Thử nghiệm được thiết kế theo phương pháp mù đôi, bác sỹ khám và điều trị là một nhóm, người phát thuốc là một nhóm độc lập, nhóm khám đánh giá lại là một nhóm độc lập để người đánh giá lại không biết bệnh nhân sử dụng loại nước súc miệng nào.

***Tiêu chuẩn đánh giá sau điều trị:** Thời điểm đánh giá sau 2 tuần và 1 tháng. Kết quả điều trị được phân loại: tốt, trung bình và kém qua đánh giá tổng hợp chỉ số lợi GI, chỉ số vệ sinh đơn giản OHI-S.

nhân được điều trị viêm lợi có dùng nước súc miệng Dr ECA (nhóm 1) và 30 bệnh nhân được điều trị viêm lợi có dùng nước súc miệng Kin (nhóm 2), chúng tôi bước đầu có một số kết quả như sau: Nhóm 1 có 30 bệnh nhân trong đó có 13 nam, 17 nữ, tuổi trung bình là $20,40 \pm 1,61$, nhóm 2 có 12 nam, 18 nữ, tuổi trung bình là $20,43 \pm 1,38$. Lý do chính các đối tượng đi khám chữa bệnh là do có hiện tượng chảy máu lợi khi vệ sinh răng miệng hoặc tự nhiên (40/60 bệnh nhân).

điểm sau điều trị 4 tuần so với tỉ lệ thời điểm trước điều trị là 53,3% (16/30)(bảng 2).

Bảng 3. Mức cải thiện chảy máu lợi khi thăm khám sau điều trị

Thời điểm	Nhóm 1		Nhóm 2	
	Có (n, %)	Không (n, %)	Có (n, %)	Không (n, %)
Trước điều trị	19 (63.33%)	11 (36.67%)	17 (56.67%)	13 (43.33%)
Sau 2 tuần	2 (6.67%)	28 (93.33%)	2 (6.67%)	28 (93.33%)
Sau 4 tuần	1 (3.33%)	29 (96.67%)	1 (3.33%)	29 (96.67%)

Sự biến đổi chảy máu lợi khi thăm khám sau điều trị: Tỉ lệ bệnh nhân có ghi nhận chảy máu lợi tại thời điểm thăm khám trước điều trị trong nhóm nghiên cứu là 63.33% (19/30) nhưng đã giảm mạnh tại thời điểm 2 tuần sau điều trị: 6.67% (02/30) và chỉ còn chiếm 3.33% (01/30) tại thời điểm 4 tuần sau điều trị. Tương tự như vậy, trong nhóm chứng, tỉ lệ bệnh nhân chảy máu lợi trước điều trị chiếm 56.67% (17/30) và đã giảm còn 6.67% (02/30) tại thời điểm 2 tuần sau điều trị, 3.33% (01/30) tại thời điểm 4 tuần sau điều trị (bảng 3).

Bảng 4. Mức cải thiện chỉ số vệ sinh răng miệng cơ bản OHI-S sau điều trị

Thời điểm	Nhóm 1 (n, %)			Nhóm 2 (n, %)		
	Tốt	Trung bình	Kém	Tốt	Trung bình	Kém
Trước điều trị	18 (60%)	12 (40%)	0 (0%)	18 (60%)	12 (40%)	0 (0%)
Sau 2 tuần	30 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	30 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Sau 4 tuần	30 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	30 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

Sự biến đổi chỉ số vệ sinh răng miệng cơ bản OHI-S sau điều trị: Tỉ lệ bệnh nhân đạt mức Tốt đối với chỉ số Vệ sinh răng miệng (OHI-S) trong nhóm nghiên cứu được ghi nhận trước điều trị là 60% (18/30), nhưng tại thời điểm 2 tuần và 4 tuần sau điều trị, tỉ lệ đạt Tốt đều được ghi nhận là 100% (30/30). Chỉ số Vệ sinh răng miệng (OHI-S) được ghi nhận trong nhóm chứng cũng đạt tỉ lệ tương đương so với nhóm nghiên cứu (bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này sử dụng nước súc miệng Kin gingival có thành phần clohexidine 0.12%, làm nhóm chứng, đây là một loại nước súc miệng đã được công nhận từ lâu bởi vai trò kháng khuẩn của nó. Nghiên cứu của Herrera D (2013), Richards D (2017) đã cho thấy sử dụng nước súc miệng CHX làm giảm mảng bám đến 33% và giảm viêm lợi 26% sau 4-6 tuần điều trị [4],[5]. Theo tác giả B. Meena Priya, các phản ứng phụ chủ yếu của chlorhexidine bao gồm sự đổi màu nâu nhạt của răng và lưỡi, hình thành cao răng dưới lợi, thay đổi vị giác, bong vảy niêm mạc miệng ở trẻ em. Thêm vào đó, phản ứng dị ứng cũng đã được báo cáo, đặc biệt ở một số bệnh nhân châu Á [6]. Nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy sự giảm đáng kể về chỉ số lợi cũng như tình trạng chảy máu lợi của bệnh nhân sau khi sử dụng ở cả hai loại nước súc miệng như kết quả đã nêu. Tỉ lệ bệnh nhân có chỉ số lợi GI đạt Tốt (0-0.9) trong nhóm nghiên cứu, ghi nhận trước can thiệp, chỉ chiếm 46,67% (14/30), nhưng sau thời điểm can thiệp 2 tuần và 4 tuần, tỉ lệ đạt Tốt tăng lần lượt là 96,67% (29/30) và 100% (30/30). Tương tự như vậy, tỉ lệ bệnh nhân có chỉ số lợi đạt Tốt tại nhóm chứng tăng lần lượt lên 100% (30/30) tại thời điểm sau điều trị 2 tuần và 96,6% (29/30) tại thời điểm sau điều trị 4 tuần so với tỉ lệ thời điểm trước điều trị là 53.3% (16/30).

Về chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản OHI-S, Tỉ lệ bệnh nhân đạt mức Tốt (0.1-1.2) trong nhóm nghiên cứu được ghi nhận trước điều trị là 60% (18/30), nhưng tại thời điểm 2 tuần và 4 tuần sau điều trị, tỉ lệ đạt Tốt đều được ghi nhận là 100% (30/30). Chỉ số Vệ sinh răng miệng được ghi nhận trong nhóm chứng cũng đạt tỉ lệ tương đương so với nhóm nghiên cứu. Như vậy cả hai loại nước súc miệng đều đạt hiệu quả rất cao trong việc hỗ trợ điều trị bệnh viêm lợi. Tỉ lệ giảm của chúng tôi cao hơn các tác giả khác ở cả hai chỉ số GI và OHI-S, sở dĩ có sự khác biệt là do chúng tôi so kết quả ban đầu đến khám và đánh giá sau khi súc miệng.

Dung dịch điện hóa hoạt hóa (ECA water) đã được nghiên cứu và phát triển như một phương pháp khử khuẩn nhanh chóng và hiệu quả. ECA tạo ra một môi trường mà ở đó các vi sinh vật không thể hoạt động được. Khi ở trong các dung dịch này, các vi sinh vật bị tiếp xúc với các chất oxy hóa mạnh gây vỡ các liên kết hóa sinh và do đó dẫn đến mất chức năng của tế bào. Hơn nữa, môi trường ORP cao tạo ra sự mất cân bằng giữa nồng độ ion trong dung dịch và trong các sinh vật đơn bào, gây tổn hại cấu trúc màng. Nghiên cứu so sánh của Gulabivala và cộng sự, vào năm 2004, cho thấy nghiên cứu nuôi cấy vi khuẩn cho CFU cho thấy các ion hydroxyl trong dung dịch ECA làm giảm màng sinh học được hình thành bởi E. faecalis trong mô răng bị nhiễm khuẩn [6].

Trong thực hành lâm sàng nha khoa, ECA water đã được sử dụng với vai trò dung dịch bơm rửa ống tủy. Nghiên cứu của Helme AJ và cộng sự (2010) cho thấy hoạt tính diệt khuẩn của nước ECA đã được tìm thấy hiệu quả gấp bốn lần so với các dung dịch natri hypochlorite 2,5% trong thương mại, trong đó dung dịch điện hóa hoạt hóa được chấp nhận cả về mùi vị cũng như là độ an toàn, đặc biệt không gây nhiễm màu răng. Tuy nhiên, chưa có nhiều các nghiên cứu trên lâm sàng về tác dụng kháng khuẩn của loại dung dịch này nói chung và đối với bệnh viêm lợi nói riêng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở cả hai nhóm sử dụng dung dịch nước muối điện hóa Dr.ECA và dung dịch nước súc miệng KIN gingival, hiệu quả giảm viêm, cải thiện tình trạng chảy máu lợi là tương tự nhau tại các thời điểm sau 14 ngày và sau 28 ngày. Sau 1 tháng, dung dịch nước muối điện hóa Dr.ECA đã hỗ trợ điều trị, cải thiện tình trạng viêm lợi có ý nghĩa thống kê khi so sánh với nhóm chứng dùng dung dịch nước súc miệng KIN gingival ($p < 0,001$). Dung dịch nước súc miệng trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng là loại có Clo hoạt tính nồng độ 250ppm/L, pH: 6,5. Dung dịch nồng độ cao gây ra mùi hắc và khó chịu cho một số người sử dụng, vì vậy việc tuân thủ đúng hướng dẫn pha loãng 10 lần để súc miệng mỗi lần sử dụng được khuyến cáo để đạt được hiệu quả tối ưu nhất.

Bên cạnh đó, cũng vì nhược điểm trên, dung dịch nước súc miệng Dr ECA không nên sử dụng cho trẻ em hoặc những người quá nhạy cảm với mùi của sản phẩm. Tuy nhiên, không có trường hợp nào có hiện tượng kích thích buồn nôn, dị ứng chứng tỏ Dr ECA vẫn là một sản phẩm an toàn, không gây ra cảm giác buồn nôn, nóng rát như các sản phẩm chứa cồn. Đồng thời, các nghiên cứu với số lượng nghiên cứu lớn cũng như là thời gian nghiên cứu dài hơn nên được

tiến hành để các khẳng định chắc chắn hơn.

V. KẾT LUẬN

Không có sự sai khác thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu. Điều đó có nghĩa dung dịch nước muối điện hóa Dr.ECA có tác dụng hỗ trợ điều trị Viêm lợi giống như một số sản phẩm nước súc miệng đã được chứng nhận và cấp phép lưu hành trên thị trường. Cần có các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá hiệu quả của dung dịch nước súc miệng bằng công nghệ hoạt hoá

Lời cảm ơn: Để hoàn thiện được bài báo này, chúng tôi xin chân thành cảm ơn tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu, cảm ơn Tập Đoàn EVD đã hỗ trợ cho chúng tôi thuốc và một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Trường, Trịnh Đình Hải, A John Spencer et al (2001).** *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*. Nhà xuất bản Y học, p. 69-75.
2. **Ignat Ignatov, Georgi Gluhchev, Stoil Karadzhov, et al (2015).** Preparation of Electrochemically Activated Water Solutions (Catholyte/Anolyte) and Studying Their Physical-Chemical Properties, *Journal of Medicine, Physiology and Biophysics*, ISSN 2422-8427 (Online) Vol. 11.
3. **Maria Augusta Bessa Rebelo and Adriana Corrêa de Queiroz (2011).** Gingival Indices: State of Art, Gingival Diseases - Their Aetiology, Prevention and Treatment *InTech Europe*; Croatia, 4-53.
4. **Richard D (2017).** Chlorhexidine mouthwash plaque levels and gingival health, *Evid Based Dent*; 18(2):37-38. doi: 10.1038/sj.ebd.6401232.
5. **Herrera D (2013).** Chlorhexidine mouthwash reduces plaque and gingivitis, *Evid Based Dent*. 2013
6. **S. Lata, Soumya Kanta Mohanty, Prasanti Kumari Pradhan et al (2016).** Anti bacterial Effectiveness of Electro- Chemically Activated (ECA) Water as a Root Canal Irrigant- An In-vitro Comparative Study, *J Clin Diagn Res*; 10(10): ZC138-ZC142.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG NƯỚC SẠCH VÀ Ô NHIỄM NƯỚC SINH HOẠT TẠI TỈNH GIA LAI NĂM 2014

Nguyễn Văn Ba*, Nguyễn Ngọc Toàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu thực trạng nước sạch và ô nhiễm nước sinh hoạt tại Gia Lai năm 2014. **Đối**

**Học viện Quân y*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ba

Email: bsnguyenvanba@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2018

Ngày duyệt bài: 30.01.2018

tượng và phương pháp: mô tả cắt ngang có phân tích thực trạng nước sạch và ô nhiễm nước sinh hoạt tại khu vực thành thị và nông thôn của tỉnh Gia Lai. **Kết quả:** Tại khu vực thành thị, tỉ lệ hộ gia đình sử dụng nước máy là 58,0%; nông thôn là 13%. Tỷ lệ số gia đình thiếu nước sinh hoạt tại khu vực nông thôn và thành thị lần lượt là 26,1% 14,5%. Nguồn nước sinh hoạt của các hộ gia đình thường bị ô nhiễm Clorua, Nitrit, Nitrat và COD. Tình trạng ô nhiễm nguồn nước sinh hoạt bởi Coliforms, E.coli, trùng giun đũa còn xảy ra phổ biến ở tỉnh Gia Lai. **Kết luận:** tình

trạng thiếu nước sinh hoạt và ô nhiễm vẫn còn phổ biến tại tỉnh Gia Lai.

Từ khóa: Nước sạch, ô nhiễm, Gia Lai, 2014.

SUMMARY

STUDY THE STATUS OF TAP WATER AND CONTAMINATION IN GIA LAI PROVINCE IN 2014

Objective: Study the status of of tap water and contamination in Gialai province in 2014. **Subjects and methods:** Cross sectional analysis of the status of tap water and contamination in urban and rural area in Gialai. **Results:** the proportion of families using tap water is 58.0% in urban areas; 13% in rural area. The proportion of families who suffer water shortage is 26.1% and 14.5% in rural and urban areas, respectively. Water is often contaminated with chloride, nitrite, nitrate, COD, Colifoms, E.coli, roundworm eggs in rural areas of Gia Lai province. **Conclusion:** Water shortage and contamination is still common in Gia Lai province.

Keywords: Tap water, contamination, Gialai, 2014

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gia Lai là một tỉnh nằm ở trung tâm Tây Nguyên, Việt Nam, là tỉnh có vị trí chiến lược cả về mặt an ninh và quốc phòng. Trong những năm qua, Đảng, chính quyền và ban ngành các cấp trong tỉnh đã chú trọng hơn đến việc nâng cao chất lượng cuộc sống cho người dân. Nhiều năm trở lại đây, sự phát triển mạnh mẽ của nền kinh tế đã góp phần rất lớn làm cải thiện đời sống nhân dân đặc biệt là các xã vùng cao, vùng sâu, vùng dân tộc ít người[1]. Cùng với các ban ngành, đối với ngành y tế, nhiệm vụ đặt ra là cần có nghiên cứu toàn diện điều kiện kinh tế, xã hội và công tác vệ sinh môi trường tại tỉnh để có cơ sở khoa học xây dựng kế hoạch kiểm soát và đảm bảo sức khỏe cho cộng đồng dân cư giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho người dân. Xuất phát từ những vấn đề trên, nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: *Mô tả thực trạng nguồn nước sinh hoạt của các hộ gia đình tỉnh Gia Lai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: các hộ dân khu vực nông thôn và thành thị tại Gia Lai.

Thời gian nghiên cứu: 1/2014-12/2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Điều tra được tiến hành bằng phỏng vấn trực tiếp các đối tượng qua bộ câu hỏi đã chuẩn bị sẵn và phỏng vấn sâu một số cán bộ lãnh đạo kết hợp biện pháp thu thập số liệu thứ cấp từ cơ sở dữ liệu của địa phương.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

2.2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu điều tra hộ gia đình: đánh giá thực trạng chất lượng cuộc sống, điều kiện kinh tế và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế của các hộ gia đình. Từ kết quả khảo sát sơ bộ 100 hộ gia đình ở khu vực nông thôn tỉnh về khả năng tiếp cận dịch vụ y tế tại các hộ gia đình thấy rằng có khoảng 15% số hộ gia đình không có khả năng tiếp cận dịch vụ y tế. Áp dụng tính cỡ mẫu theo công thức:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu điều tra.

$Z_{(1-\alpha/2)}$: độ tin cậy 95% ($Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$)

p: Tỷ lệ hộ gia đình có phân loại rác ($p = 0,15$); $1 - p = q = 0,85$: Tỷ lệ đối tượng không mang đặc tính nghiên cứu

d: Sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,03$.

DE: hệ số hiệu chỉnh, chọn $DE = 2$. Vậy cỡ mẫu cần nghiên cứu là: $n = 1090$ hộ.

2.2.2.1. Chọn mẫu

***Chọn huyện:** chọn 1 thành phố và 4 huyện.

***Chọn xã:** Tại các huyện được lựa chọn, lập danh sách tất cả các xã, sau đó chọn 30 xã để điều tra (Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống).

***Chọn đối tượng nghiên cứu:** tại mỗi xã, chọn ngẫu nhiên một thôn điều tra 36-37 hộ gia đình. Như vậy 30 xã sẽ điều tra là 1090 hộ gia đình. Sử dụng danh sách hộ gia đình hoặc hộ khẩu của từng thôn đã bốc thăm được để chọn ngẫu nhiên một hộ gia đình bất kỳ làm địa điểm xuất phát đi tìm đối tượng điều tra.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu: Nghiên cứu thực trạng quản lý và xử lý rác thải: quản lý rác thải nông nghiệp, quản lý rác thải sinh hoạt, rác thải các ngành nghề khác và quản lý rác thải nguy hại.

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Nghiên cứu cơ sở dữ liệu thứ cấp: Nghiên cứu đặc điểm dân số, điều kiện kinh tế từ cơ sở dữ liệu thứ cấp của ngành y tế, của Cục thống kê tỉnh.

- Phỏng vấn hộ gia đình theo bộ câu hỏi:

Các mẫu phỏng vấn được thiết kế và tiến hành thử tại 100 hộ gia đình sau đó hoàn chỉnh. Tại Gia Lai, điều tra 30/phường, mỗi/phường phỏng vấn 36-37 hộ gia đình theo các bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

- Phỏng vấn sâu các đối tượng: Tại các địa phương nghiên cứu, mời đồng chí Chủ tịch Hội liên hiệp phụ nữ, Trưởng trạm y tế, Trưởng Ban quản lý chợ, Trưởng một số thôn. Từng người được phỏng vấn riêng rẽ và độc lập. Nội

dung phòng vẫn đã được gợi ý sẵn trong một phiếu để định hướng cho người phỏng vấn.

- Lấy mẫu và xét nghiệm nước ăn uống, sinh hoạt:

+ Lấy mẫu: Dùng can nhựa có dung tích 2000 ml. Trước khi lấy mẫu, can được xúc sạch bằng cát và xả phòng sau cùng rửa bằng nước sạch và tráng bằng nước cất.

Vị trí lấy mẫu: Các mẫu được lấy tại bể chứa nước, vòi nước máy, nước giếng dùng cho ăn uống, sinh hoạt.

Tổng số chỉ tiêu xét nghiệm: 32 chỉ tiêu lý, hóa và 2 nhóm chỉ tiêu vi sinh vật theo ban hành kèm QCVN 01/2002/BYT của Bộ Y tế.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý trên chương trình SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Vệ sinh nguồn nước đóng vai trò quan trọng trong dự phòng bệnh lây truyền qua đường tiêu hóa. Nước sinh hoạt và điều kiện vệ sinh môi trường kém là điều kiện thuận lợi làm cho bệnh truyền nhiễm lan lây lan đặc biệt là những bệnh lây truyền qua đường tiêu hóa. Dưới đây là kết quả khảo sát tình trạng vệ sinh nguồn nước sử dụng ăn uống của các hộ gia đình.

Bảng 3.1. Đặc điểm nguồn nước ăn uống, sinh hoạt của các hộ gia đình

Nguồn nước sử dụng chế biến TP	Nông thôn (%) (n=545)	Thành thị (%) (n=545)
Nước giếng khơi	26,1	10,1
Nước giếng khoan	53,6	27,5
Nước mưa	7,2	4,3
Nước máy	13,0	58,0
Tổng	100	100

Kết quả khảo sát đặc điểm nguồn nước sử dụng ăn uống cho thấy, tại khu vực nông thôn đa phần các hộ gia đình chưa có nước máy, hầu hết vẫn sử dụng nước giếng khơi, giếng khoan và nước mưa. Tại khu vực thành thị có tới 58,0% hộ gia đình có nước máy. Số gia đình còn lại đa phần sử dụng nước giếng khoan để ăn uống. Tỷ

lệ này thấp hơn nhiều so với mặt bằng chung toàn quốc. Đối với các đô thị, hầu hết các hộ gia đình đều được sử dụng nguồn nước máy. Tỷ lệ dân số nông thôn được cấp nước máy ở đồng bằng sông Cửu Long là 34% [2].

Bảng 3.2. Đặc điểm số lượng nước cung cấp cho các gia đình

Số lượng nước sinh hoạt	Nông thôn (%) (n=545)	Thành thị (%) (n=545)
Đủ nước sinh hoạt	73,9	85,5
Thiếu nước sinh hoạt	26,1	14,5
Tổng	100	100

Khảo sát số lượng nước cung cấp cho ăn uống, sinh hoạt cho thấy, đa số các gia đình đều có đủ nước sinh hoạt. Tỷ lệ số gia đình thiếu nước sinh hoạt tại khu vực nông thôn là 26,1% và tại khu vực thành thị là 14,5%. Thực tế cho thấy, tình trạng thiếu nước sinh hoạt không chỉ xảy ra tại Gia Lai, mà còn khá phổ biến tại khắp cả nước, kể cả các đô thị lớn do dân số tăng nhanh, di dân, cung cấp nước không đủ, tỉ lệ thất thoát nước máy có thể lên tới 40%.

Bảng 3.3. Kết quả xét nghiệm các chỉ tiêu vật lý, cảm quan nguồn nước

Chỉ tiêu xét nghiệm	Nông thôn		Thành thị	
	Đạt (%)	X ± SD	Đạt (%)	X ± SD
Màu	68,1	-	78,3	-
Mùi	79,7	-	81,2	-
Vị	82,6	-	85,5	-
Độ trong	63,7	-	87,0	-
Tổng chất rắn hòa tan (TDS)(mg/l)	59,4	1550±65	71,0	1450 ±45

Khảo sát chất lượng nguồn nước của các hộ gia đình bằng xét nghiệm các chỉ tiêu vật lý, cảm quan cho thấy, các chỉ tiêu vệ sinh bị phạm nhiều nhất là tổng chất rắn hòa tan, độ trong và màu sắc. Tỷ lệ đạt tiêu chuẩn về hàm lượng chất rắn hòa tan trong nước tại khu vực nông thôn là 59,4% và 71,0% tại khu vực thành thị.

Bảng 3.4. Kết quả xét nghiệm các chỉ tiêu hóa học nguồn nước

Chỉ tiêu xét nghiệm	Nông thôn		Thành thị	
	Đạt (%)	X ± SD	Đạt (%)	X ± SD
pH	75,4	6,0±1,5	79,7	7,3±1,3
Độ cứng (mg/l)	66,7	320±50	75,4	300±50
Hàm lượng nhôm (mg/l)	88,4	0,25±0,02	71,0	0,2±0,01
Hàm lượng antimon (mg/l)	94,2	0,004±0,001	95,7	0,003±0,001
Hàm lượng Asen (mg/l)	100	0,004±0,001	100	0,004±0,001
Hàm lượng Bari (mg/l)	79,7	0,7±0,2	82,6	0,6±0,2
Hàm lượng Bo (mg/l)	95,7	0,28±0,01	90,0	0,22±0,01
Hàm lượng Cadimi (mg/l)	98,6	0,002±0,0001	91,3	0,003±0,0001

Hàm lượng Clorua (mg/l)	72,5	300±50	78,3	280±40
Hàm lượng Crom (mg/l)	95,7	0,04±0,01	95,7	0,03±0,01
Hàm lượng Đồng (mg/l)	85,5	2,2±0,4	75,4	2,0±0,4
Hàm lượng Xianua (mg/l)	100	0,05±0,02	100	0,05±0,02
Hàm lượng Florua (mg/l)	75,4	2,0±0,4	85,5	1,8±0,2
Hàm lượng Hydro sunfua (mg/l)	84,1	0,05±0,01	78,3	0,06±0,02
Hàm lượng Sắt (mg/l)	53,6	0,7±0,2	73,9	0,5±0,2
Hàm lượng Chì (mg/l)	97,1	0,006±0,002	98,6	0,005±0,001
Hàm lượng Mangan (mg/l)	94,7	0,40±0,15	88,4	0,30±0,05
Hàm lượng Thủy ngân (mg/l)	100	0,0004±0,0001	100	0,0005±0,0001
Hàm lượng Molybden (mg/l)	76,8	0,06±0,01	85,5	0,05±0,01
Hàm lượng Niken (mg/l)	82,6	0,018±0,005	92,8	0,012±0,005
Hàm lượng Nitrat (mg/l)	65,2	60±5	78,3	50±5
Hàm lượng Nitrit (mg/l)	85,5	3,2±0,4	89,9	2,8±0,9
Hàm lượng Selen (mg/l)	97,1	0,005±0,001	98,6	0,004±0,001
Hàm lượng Natri (mg/l)	78,3	250±20	82,6	200±20
Hàm lượng Sunphat (mg/l)	84,1	220±40	81,2	230±50
Hàm lượng kẽm (mg/l)	84,1	3,0±0,4	91,3	2,8±0,4
Độ oxy hóa (mg/l)	59,4	2,5±0,4	82,6	2,0±0,6

Khảo sát chất lượng nguồn nước sinh hoạt bằng xét nghiệm các hợp chất hóa học cho thấy, nguồn nước của các hộ gia đình thường bị ô nhiễm các chất hóa học sau: độ cứng, Clorua, Nitrit, Nitrat và độ oxy hóa. Mức độ ô nhiễm thường nặng hơn và phổ biến hơn ở khu vực nông thôn. Điều này gián tiếp phản ánh nguồn thường gây ô nhiễm nước sinh hoạt của các hộ gia đình là do ô nhiễm nguồn nước mặt. Thực tế

cho thấy, không chỉ tại các vùng sâu, vùng xa, tình trạng ô nhiễm nước mặt cũng rất phổ biến tại các khu vực thành thị, qua số liệu quan trắc tại Hà Nội, hàm lượng amoni tại các sông cao gấp 12-59 lần tiêu chuẩn cho phép, hàm lượng BOD dao động từ 35-220mg/l và hàm lượng COD thường xuyên từ 52-306mg/l, cao gấp 1,5-1,9 lần tiêu chuẩn cho phép.

Bảng 3.5. Kết quả xét nghiệm các chỉ tiêu vi sinh vật và ký sinh trùng nguồn nước ăn uống, sinh hoạt

Chỉ tiêu xét nghiệm	Nông thôn		Thành thị	
	Đạt (%)	X ± SD	Đạt (%)	X ± SD
Tổng số Coliform (khuẩn lạc/100ml)	78,3	1,5±0,4	91,3	1,0±0,1
E.Coli (khuẩn lạc/100ml)	75,4	2,0±0,5	93,3	90,0±0,4
Kén đơn bào	90,0	3,5 ±0,4	94,2	2,5±0,4
Trùng roi thìa	100	-	100	-
Ly Amip	100	-	100	-
Trứng giun đũa	85,5	4,5±0,1	97,1	1,2±0,2
Trứng giun tóc	100	-	100	-
Trứng giun móc	98,6	0,5±0,1	100	-
Trứng sán lá gan bé	100	-	100	-
Ấu trùng giun móc	100	-	100	-
Ấu trùng giun lươn	100	-	100	-

Khảo sát mức độ ô nhiễm vi sinh vật và ký sinh trùng các nguồn nước sinh hoạt của các hộ gia đình cho thấy, các mẫu nước kiểm nghiệm bị thường bị ô nhiễm Coliforms, E.coli và trứng giun đũa. Mức độ ô nhiễm thường nặng hơn và phổ biến hơn ở khu vực nông thôn. Điều này phản ánh nguồn nước sinh hoạt của các hộ gia đình chủ yếu bị ô nhiễm do chất thải sinh hoạt của con người. Kết quả xét nghiệm cũng cho thấy, tất cả các mẫu nước kiểm nghiệm đều không bị ô

nhiễm ấu trùng, trùng roi, Amip và sán lá gan. Kết quả này cũng tỉ lệ thuận với tỉ lệ được dùng nước máy ở giữa hai nhóm nông thôn và thành thị. Đồng thời cũng cần khuyến cáo người dân quan tâm hơn nữa tới chất lượng nguồn nước, vệ sinh môi trường, quản lý chất thải để tránh ô nhiễm nguồn nước đang được sử dụng.

V. KẾT LUẬN

Tại khu vực nông thôn đa phần các hộ gia đình chưa có nước máy, hầu hết vẫn sử dụng

nước giếng khơi, giếng khoan và nước mưa. Tại khu vực thành thị, tỉ lệ hộ gia đình sử dụng nước máy là 58,0%; nông thôn là 13%. Tỷ lệ số gia đình thiếu nước sinh hoạt tại khu vực nông thôn và thành thị lần lượt là 26,1% 14,5%.

Nguồn nước sinh hoạt của các hộ gia đình thường bị ô nhiễm Clorua, Nitrit, Nitrat và COD. Tình trạng ô nhiễm nguồn nước sinh hoạt bởi Coliforms, E.coli, trứng giun đũa còn xảy ra phổ biến ở tỉnh Gia Lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Địa lý y tế** quân sự tỉnh Gia Lai năm 2010.

2. **Đoàn Thu Hà (2013)**. Đánh giá hiện trạng cấp nước nông thôn vùng đồng bằng sông Cửu Long và đề xuất giải pháp phát triển. Tạp chí Khoa học kỹ thuật thủy lợi và môi trường, (43): 3-10.

3. **Nguyễn Trung Dũng**. Impacts of Using heavy Polluted Wastewater for Irrigation on Rice production and Environment in the Nhue and Day River System (Vietnam). Vietnam New. of 03. 20. 2003.

4. **Chu Anh Dao, Phạm Mạnh Con, Nguyễn Mạnh Khai**. Characteristic of urban wastewater in Hanoi City – nutritive value and potential risk in using for agriculture. VNU Journal of Science, Earth Sciences 26 (2010) 42-47

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỨC KHÍ NITRIC OXIDE TRONG KHÍ THỞ RA VÀ MỨC ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH HEN THEO GINA Ở BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Như Vinh*, Trần Văn Ngọc*, Nguyễn Thị Thu Ba*

TÓM TẮT

Mở đầu: Hen là bệnh viêm mạn tính của đường thở. FeNO là chất chỉ điểm viêm theo hướng Th2 đáng tin cậy và dễ sử dụng trong lâm sàng. Sự liên quan giữa FeNO với mức độ nặng của bệnh hen vẫn còn chưa rõ. **Mục tiêu:** Xác định mối liên quan giữa FeNO và mức độ nặng của bệnh hen theo xếp loại của GINA 2005 và 2014. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có phân tích trên bệnh nhân đang được quản lý hen tại phòng khám hen và COPD, bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 3/2015 đến tháng 3/2017. FeNO được đo bằng máy đo cầm tay Niox Mino của hãng Aerocrine. **Kết quả:** 287 bệnh nhân từ 18-76 tuổi (trung bình 43 tuổi), 68% nữ được đưa vào phân tích. Thời gian mắc bệnh hen trung bình là 10 năm và đa phần bệnh nhân được điều trị với bước 3 và 4 của GINA. Mức FeNO trung bình của dân số nghiên cứu là 30,6 ppb (5-156 ppb). FeNO trung bình của 4 nhóm bệnh nhân có mức hen bậc 1, 2, 3 và 4 theo GINA 2005 lần lượt là 21 ppb, 28 ppb, 33 ppb và 34 ppb ($p=0,15$). Mức độ FeNO trung bình của 3 nhóm bệnh nhân hen mức độ nhẹ, trung bình và nặng theo GINA 2014 lần lượt là 23 ppb, 31 ppb và 29 ppb ($p=0,30$). **Kết luận:** FeNO không liên quan với mức độ nặng của hen theo tiêu chuẩn xếp loại GINA 2005 và GINA 2014 ở bệnh nhân hen người lớn đang được điều trị.

Từ khóa: Mức độ nặng hen, khí nitric oxide trong hơi thở ra, FeNO

SUMMARY

*Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Vinh
Email: nguyennhuvinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 6/1/2018
Ngày phản biện: 3/2/2018
Ngày duyệt bài: 22/2/2018

THE RELATIONSHIP BETWEEN FRACTIONAL EXHALED NITRIC OXIDE (FeNO) WITH GINA DEINED ASTHMA SEVERITY IN ASTHMATIC ADULTS IN HO CHI MINH CITY

Objectives: To determine the relationship between FeNO and asthma severity (categorized as GINA 2005 and GINA 2014 criteria). **Method:** A cross-sectional study conducted in Asthma and COPD clinic at University Medical Center (UMC), Ho Chi Minh City from 3/2015 to 3/2017. FeNO was measured by Niox Mino device from Aerocrine company. **Results:** There was 287 asthmatic patients with mean age of 44 years (18-76 years) and 68% female were recruited and analyzed. The mean time of asthma history was 10 years (0.5-73 years). Most patients were treated with GINA step 3 or step 4 of treatment. The mean of FeNO level was 30.6 ppb (5-156 ppb). Means of FeNO in patients with stage 1, 2, 3 and 4 of severity according to GINA 2005 criteria was 21 ppb, 28 ppb, 33 ppb and 33 ppb, respectively ($p=0.15$). Means of FeNO in patients with mild, moderate and severe asthma according to GINA 2014 criteria was 23 ppb, 31 ppb and 29 ppb, respectively ($p=0.30$). **Conclusion:** There was not a relationship between FeNO and asthma severity based on both GINA 2005 and GINA 2014 criteria.

Keywords: Asthma severity, exhaled nitric oxide, FeNO

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen là một bệnh lý viêm mạn tính của đường thở và mục tiêu chính của điều trị hen là kiểm soát nền viêm này để giúp bệnh nhân đạt được kiểm soát hen¹. Có nhiều phương pháp xác định tình trạng viêm theo hướng tăng eosinophil (là cơ chế viêm chủ yếu trong hen) trong đó FeNO đã được xem như là công cụ đơn giản nhưng tin cậy nhất trong thực hành lâm sàng^{2,3}. Năm

2011, Hội Lồng ngực Hoa Kỳ (ATS) đã chấp thuận sử dụng FeNO như một chỉ điểm định lượng, không xâm lấn, đơn giản và an toàn để đo mức độ viêm của đường thở chủ yếu trong hen.⁴

FeNO được chứng minh có tương quan với độ nặng của hen và là chất chỉ điểm mức độ nặng của hen ở người lớn và cả trẻ em.^{5,6} Tuy nhiên, mối liên quan giữa FeNO và mức độ nặng của hen không hằng định qua nhiều nghiên cứu và chưa được xác định ở người Việt Nam. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu xem xét mối liên quan giữa FeNO với mức độ nặng của bệnh hen ở bệnh nhân hen người lớn đang được điều trị tại bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích với 287 bệnh nhân hen đang được quản lý tại phòng khám hen và COPD, bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (BV ĐHYD) từ 3/2015 – 3/2017. Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán hen theo tiêu chuẩn của GINA và đang được quản lý tại BV ĐHYD ít nhất 6 tháng được thu nhận. Bệnh nhân bị loại ra khỏi nghiên cứu nếu có bất cứ một đặc điểm nào sau đây gồm nhập viện vì bệnh hen trong vòng 1 tháng trước nghiên cứu, bị nhiễm trùng đường hô hấp (trên hay dưới) trong vòng 1 tháng trước nghiên cứu, có bệnh hô hấp khác ngoài bệnh hen, đang hút thuốc lá hay đã từng hút thuốc lá trên 10 gói/năm.

FeNO được đo bằng máy Niox mino của hãng Aerocrine (Thụy Điển) với lưu lượng 50ml/s, được định chuẩn và chuẩn bị trước khi đo theo qui trình bảo trì và kiểm tra chất lượng của hãng.⁷ Việc tiến hành đo FeNO tuân thủ theo tiêu chuẩn

đo FeNO của hội Hô hấp châu Âu (ERS) và hội Lồng ngực Hoa Kỳ (ATS) năm 2005.

Mức độ nặng của hen được xếp theo 2 kiểu: (i) theo GINA 2005 thành 4 bậc dựa vào các triệu chứng ban ngày, triệu chứng ban đêm, nhu cầu sử dụng thuốc cắt cơn và chức năng hô hấp; (ii) theo GINA 2014 thành 3 mức nhẹ, trung bình, nặng dựa vào bước (step) điều trị theo GINA mà bệnh nhân đang dùng để có thể kiểm soát được bệnh hen của họ.

Số liệu được nhập bằng phần mềm excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Do FeNO không phân bố chuẩn nên logFeNO (phân phối chuẩn) được dùng để so sánh giữa các nhóm thay cho FeNO. Phép kiểm ANOVA được sử dụng để so sánh trung bình giữa 3 nhóm trở lên và student test được sử dụng để so sánh trung bình giữa 2 nhóm. Các giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Đề cương nghiên cứu được đăng ký tại phòng Nghiên cứu khoa học, đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh và được thông qua bởi hội đồng Y đức của trường này.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu được trình bày ở bảng 1 và tỷ lệ bệnh nhân có mức độ nặng của hen được xếp loại theo GINA 2005 và GINA 2014 được trình bày ở bảng 2. Trong cách phân loại mức độ nặng theo GINA 2014, có 3 nhóm đối tượng không xếp loại được là (i) bệnh nhân hen đang điều trị bước 1 và 2 nhưng hen chưa được kiểm soát (không phải là hen nhẹ) (ii) bệnh nhân hen đang điều trị bước 3 và hen chưa được kiểm soát (không phải là hen trung bình) và (iii) bệnh nhân không tuân thủ điều trị và hen chưa được kiểm soát.

Bảng 1: Đặc điểm cơ bản của các nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi (năm), trung bình $\pm$ SD		43,5 $\pm$ 13,3
Nữ giới, n (%)		188 (67,6)
Cân nặng (Kg), trung bình $\pm$ SD		57,4 $\pm$ 9,3
Chiều cao (cm), trung bình $\pm$ SD		158,6 $\pm$ 7,5
BMI (kg/m ²), trung bình $\pm$ SD		22,8 $\pm$ 3,3
Thời gian mắc bệnh hen (năm), trung bình $\pm$ SD		10,0 $\pm$ 14,7
Thời gian mắc bệnh hen, n (%)	0,5-4,9 năm	154 (55,4)
	5-9,9 năm	48 (17,3)
	10-19,9 năm	33 (11,9)
	≥ 20 năm	43 (15,5)
Mức điều trị theo GINA, n (%)	Điều trị bước 1	1 (0,4)
	Điều trị bước 2	61 (21,9)
	Điều trị bước 3	89 (32,0)
	Điều trị bước 4	127 (45,7)
	Điều trị bước 5	0 (0)

Hầu hết bệnh nhân đều đo thành công FeNO với trung bình FeNO là 30,6 ($\pm 24,4$) ppb với sự dao động từ 5 ppb đến 156 ppb và trung vị là 24 ppb. Đa số bệnh nhân đang được điều trị với bước 3 và 4 của GINA.

Nếu xếp loại FeNO theo hội đồng ngực Hoa Kỳ thành 3 mức thấp (<25ppb), trung bình (25-50ppb) và cao (>50ppb) thì đa số bệnh nhân có

FeNO thấp với tỷ lệ lần lượt là 51,5%, 32% và 16,5% tương ứng với mức FeNO nêu trên.

So sánh FeNO ở các bệnh nhân có mức độ nặng của hen khác nhau theo GINA 2005 và 2014 được trình bày ở bảng 1. Qua bảng này, FeNO không có sự tương quan nào với mức độ nặng của hen theo tiêu chuẩn GINA 2005 và GINA 2014.

Bảng 2: Mối tương quan giữa FeNO và 4 bậc hen theo GINA 2005 và 3 mức độ nặng của hen theo GINA 2014

		n (%)	LogFeNO Trung bình (SD)	FeNO Trung bình (SD)	p	
Phân bậc theo GINA 2005	Bậc 1	16 (5,8)	1,23 (0,30)	21,1 (14,0)	p = 0,15	
	Bậc 2	107 (38,5)	1,34 (0,31)	28,0 (21,3)		
	Bậc 3	96 (34,5)	1,40 (0,32)	33,2 (28,3)		
	Bậc 4	59 (21,2)	1,40 (0,34)	33,5 (24,4)		
	Tổng	287 (100)	1,37 (0,32)	30,6 (24,4)		
Phân bậc theo GINA 2014	Hen nhẹ	33 (11,9)	1,27 (0,29)	28,7 (25,2)	p*=0,30	p**=0,09
	Hen trung bình	46 (16,5)	1,37 (0,33)	29,8 (22,7)		
	Hen nặng	125 (45,0)	1,35 (0,31)	26,7 (18,1)		
	Chưa xếp loại được	74 (26,6)	1,43 (0,33)	34,8 (28,0)		
	Tổng	287 (100)	1,37 (0,32)	30,6 (24,4)		

Ghi chú: p*: so sánh 3 nhóm hen nhẹ, trung bình và nặng; p**: So sánh 4 nhóm bao gồm nhóm chưa xếp loại.

IV. BÀN LUẬN

Mức FeNO trung bình trong 287 bệnh nhân hen đang được điều trị trong nghiên cứu này là 30,6 ppb thuộc mức FeNO trung bình (25-50 ppb) theo xếp loại của ATS 2011. Mức FeNO này hoàn toàn tương tự một vài nghiên cứu khác trên thế giới ở bệnh nhân đang được điều trị như nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ (31,8 ppb) với cùng một dụng cụ đo FeNO là Niox Mino, nghiên cứu tại Mỹ (31,5 ppb), nghiên cứu tại Nepal (31 ppb) hay mới đây tại Ấn Độ (38,4 ppb). Tuy nhiên, ở một vài nghiên cứu khác, dù bệnh nhân đang điều trị với corticoid hít (ICS) hay ICS kết hợp với thuốc dẫn phế quản tác dụng kéo dài (LABA) thì FeNO vẫn còn rất cao như nghiên cứu gần đây ở Ấn Độ của Revathy Neelamega và cộng sự nhận thấy FeNO trung bình của 102 bệnh nhân sau 8 tuần điều trị với ICS là 80 ppb (trước khi điều trị là 98 ppb). Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về FeNO ở bệnh nhân hen nên để có cái nhìn chung về mức FeNO của bệnh nhân hen đang điều trị trong nghiên cứu này, chúng tôi liệt kê một số số liệu về FeNO ở các đối tượng khác nhau tại Việt Nam để tham khảo. FeNO của người bình thường tại Lâm Đồng là 10,4 ppb và tại thành phố Hồ Chí Minh là 15,7 ppb, của bệnh nhân ACO là 31,1 ppb và của bệnh nhân COPD là 18,8 ppb. Sự so sánh này cho thấy mức FeNO ở

bệnh nhân hen đang điều trị còn rất cao so với người bình thường hay bệnh nhân COPD.

Phát hiện chính của nghiên cứu này là FeNO không liên quan đến mức độ nặng của bệnh hen theo cả hai cách xếp loại cũ và mới. Điều này cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trên thế giới. Năm 2015, Silkoff và cộng sự nghiên cứu ghi nhận không có sự khác biệt về FeNO trung bình giữa 3 nhóm hen nhẹ (32,9ppb), trung bình (29,1ppb) và nặng (28,8ppb) (p=0,59). Eugenia Buzoianu (2014) không ghi nhận liên quan giữa FeNO với phân độ hen theo GINA 2005 tuy có liên quan với độ nặng theo GINA 2018. Revathy Neelamegan và cộng sự năm 2016 ghi nhận mức FeNO trung bình của 102 bệnh nhân hen chưa được điều trị có mức hen nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 103, 91 và 97 ppb và không có khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Sau khi điều trị với corticoid dạng hít 8 tuần, mức FeNO vẫn còn rất cao lần lượt là 90, 76, 77 ppb tương ứng với 3 mức độ nặng của hen (p>0,05). Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu tương tự ở người lớn nhưng qua một nghiên cứu với cỡ mẫu rất nhỏ (n=55) ở trẻ em tại thành phố Hồ Chí Minh thì không có sự tương quan giữa FeNO với mức độ nặng (3 bậc hen là bậc 1 bậc 2 và bậc 3) của bệnh hen. Tuy nhiên do cỡ mẫu rất nhỏ nên có nhóm chỉ có 6- 7 bệnh

nhân (nhóm hen bậc 2 và 3) nên kết luận này ít có ý nghĩa.

Ngược lại, cũng có một số nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt FeNO giữa các bệnh nhân hen có mức độ nặng khác nhau. Eugenia Buzoianu và cộng sự dù không thấy FeNO liên quan với mức độ hen theo GINA 2005 nhưng có liên quan đến mức độ nặng theo GINA 2014. Spergel và cộng sự cũng thấy có sự khác biệt rõ rệt giữa 4 nhóm bệnh nhân có hen nhẹ gián đoạn, nhẹ giai đoạn, trung bình dai dẳng và nặng dai dẳng (4 bậc của GINA 2005) có FeNO trung bình lần lượt là 19,9; 30,0; 61,1 và 123,3 ppb. Senna và cộng sự ghi nhận FeNO có tương quan với mức độ nặng của hen theo GINA 2005 ($r=0,59$, $p=0,002$). Với cách xếp loại mức độ nặng không theo GINA, một vài tác giả cũng ghi nhận mối liên quan này như Shome và cộng sự thấy FeNO tăng có ý nghĩa thống kê trên những bệnh nhân hen mức độ trung bình - nặng so với những bệnh nhân khỏe mạnh (18,53 ppb so với 5,90 ppb với $p < 0,001$), mặc dù tác giả không ghi nhận sự khác biệt giữa mức độ nhẹ với nhóm chứng.⁵ Một nghiên cứu mới đây (năm 2017) tại Ấn Độ ghi nhận FeNO khác nhau giữa 5 nhóm bệnh nhân có mức độ nặng khác nhau dựa vào mức % FEV1 với trung vị FeNO lần lượt là 21, 39, 48, 82 và 132 ppb ($p<0,001$).

Sở dĩ không có mối liên quan hằng định giữa FeNO với các mức độ nặng của bệnh hen như trong nghiên cứu của chúng tôi và vài nghiên cứu khác là vì hen được xem là một bệnh không đồng nhất. Mặc dù cơ chế viêm chính của bệnh hen là viêm theo hướng Th2 với bạch cầu ái toan chiếm ưu thế nhưng cũng có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân hen có cơ chế viêm không theo hướng Th2 mà theo hướng Th1 với bạch cầu đa nhân trung tính chiếm ưu thế. Vì FeNO được chứng minh là một chỉ dấu viêm theo hướng Th2 chứ không có vai trò chỉ điểm trong viêm theo hướng Th1 nên nếu trong một quần thể bệnh nhân có nhiều kiểu viêm khác nhau thì FeNO khó có thể phản ánh chính xác các tình trạng viêm

đó. Farrente và cộng sự cũng nêu ý kiến tương tự rằng tính đa dạng của bệnh hen có thể là một hạn chế trong việc sử dụng FeNO một mình như là một chất chỉ điểm xem xét tình trạng viêm hay mức độ nặng của bệnh. Một nghiên cứu khác cũng không phát hiện mối liên quan giữa FeNO và mức độ nặng của hen và tác giả cũng nhận định rằng FeNO có thể phản ánh mức độ viêm của đường thở nhưng không cung cấp đủ thông tin liên quan đến bản chất của bệnh hen cũng như mức độ nặng của nó.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, với kết quả của nghiên cứu này, FeNO không liên quan đến mức độ nặng của hen theo các cách xếp loại của GINA ở bệnh nhân hen người lớn đang được điều trị tại thành phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global-Initiative-for-Asthma.** Global Strategy For Asthma Management And Prevention (GINA), updated 2017. 2017; Available from: www.ginasthma.org. Truy cập ngày 10/01/2018
2. **Kim MA, Shin YS, Pham le D, Park HS.** Adult asthma biomarkers. *Current opinion in allergy and clinical immunology*. 2014;14(1):49-54.
3. **Warke TJ, Fitch PS, Brown V, et al.** Exhaled nitric oxide correlates with airway eosinophils in childhood asthma. *Thorax*. 2002;57(5):383-387.
4. **Dweik RA, Boggs PB, Erzurum SC, et al.** An official ATS clinical practice guideline: interpretation of exhaled nitric oxide levels (FENO) for clinical applications. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;184(5):602-615.
5. **Shome GP, Starnes JD, 3rd, Shearer M, et al.** Exhaled nitric oxide in asthma: variability, relation to asthma severity, and peripheral blood lymphocyte cytokine expression. *The Journal of asthma : official journal of the Association for the Care of Asthma*. 2006;43(2):95-99.
6. **Aal-Ali MK, Eames C, Howarth PH.** Exhaled nitric oxide; relationship to clinicophysiological markers of asthma severity. *Respiratory medicine*. 1998;92(7):908-913.
7. **Aerocrine. User manual 000164** (EPM-000109), version 9. Truy cập ngày 10/01/2018 [http://www.niox.com/Documents/000164-09%20NIOX%20MINO%20User%20Manual%20\(U S\).pdf](http://www.niox.com/Documents/000164-09%20NIOX%20MINO%20User%20Manual%20(U S).pdf). 2014.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI CHÂN RĂNG HÀM LỚN THỨ HAI HÀM DƯỚI

Vũ Quang Hưng*, Nguyễn Thế Hạnh**

TÓM TẮT

*Trường Đại học Y dược Hải Phòng
**Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hạnh
Email: thehanh1972@gmail.com
Ngày nhận bài: 31/12/2017

Mục tiêu: Nhằm đánh giá về số lượng và hình dạng chân răng hàm lớn thứ hai hàm dưới (RHLT2HD) ở người Việt Nam trên thực nghiệm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu ở 113 RHLT2HD của người Việt, được nhổ từ các cơ sở nha khoa. Các răng sau nhổ được làm sạch bên ngoài bằng cách ngâm trong dung dịch NaOCl 5,25% trong 24 giờ, sau đó cố định trong dung dịch formol 10%. Quan sát và ghi nhận số lượng chân răng, hình dạng chân răng. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền lâm sàng. **Kết quả:** RHLT2HD có 2 chân (chiếm 67,3%) gặp nhiều hơn răng có 1 chân (chiếm 30,1%), và răng có 3 chân (chiếm 2,6%). 71,7% các RHLT2HD có chân đơn thuần và 28,3% có chân dạng chữ C. Các chân răng dạng chữ C được thấy ở 53,1% các răng 1 chân, 37,5% các răng có 2 chân chập hoàn toàn, 6,3% các răng có 2 chân chập không hoàn toàn và 3,1% các răng có 2 chân riêng biệt. **Kết luận:** Các RHLT2HD ở người Việt có chân dạng chữ C chiếm tỷ lệ cao.

Từ khóa: Răng hàm lớn thứ hai hàm dưới.

SUMMARY

COMMENTS MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MANDIBULAR SECOND MOLARS' ROOT

Aim: This study experimentally evaluates the number and shape of root in mandibular second molars in Vietnamese population. **Materials and methods:** This is a preclinical study. We conducted a study in 113 mandibular second molars of Vietnamese people extracted from dental centers. The extracted teeth are cleaned by soaking in 5.25% NaOCl solution for 24 hours, then fixed in 10% Formol solution. Observe and record the number and shape of root. **Results:** There are more mandibular second molars which have two roots (67.3%) than those with a single root (30.1%), and three roots (2.6%). 71.7 % of the mandibular second molars have a single root canal and 28.3% have C-shaped root canal. C-shaped roots were found in 53.1% of the single-rooted teeth, 37.5% of teeth with two completely merged roots, 6.3% of teeth with two incompletely merged roots and 3.1% of teeth with two separate roots. **Conclusion:** The rate of the mandibular second molars in the C-shaped root canal in Vietnamese population is high.

Keywords: Mandibular second molar.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu đặc điểm hình thái răng, đặc biệt quan trọng liên quan đến những hiểu biết cơ bản về sinh học, cấu trúc hệ thống ống tủy (HTOT), chức năng ăn nhai, giải phẫu thẩm mỹ. Các kết quả nghiên cứu cơ bản về định lượng, mô tả hình thái ngoài, cấu trúc siêu vi thể của răng, góp phần quan trọng trong chuyên ngành nội nha về ứng dụng lâm sàng sửa soạn và hàn kín

HTOT, điều trị các bệnh quanh răng, dự phòng sâu răng cũng như phẫu thuật tạo hình, nắn chỉnh răng không những ở Việt Nam mà trên toàn thế giới. Hình thái giải phẫu RHLT2HD được nhiều tác giả quan tâm nghiên cứu để đưa ra các chỉ số về kích thước thân răng, độ dài của chân răng, hình thái của các chân răng và HTOT. Đây là răng có đặc điểm chân răng và HTOT phức tạp, đa dạng, với chân răng dạng chữ C và HTOT chữ C hay gặp ở những răng này. Và một điều đặc biệt, khi xuất hiện, thì hơn 70% số người có dạng chân răng chữ C và OT chữ C đối xứng ở cả hai bên (Sabala và Cs-1994). Những khác biệt mang tính chủng tộc và giới tính cũng được các nhà nội nha quan tâm, nhằm góp phần nâng cao hiệu quả chất lượng điều trị [1], [6], [7].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành thu thập và nghiên cứu ở 113 RHLT2HD, với tiêu chuẩn: RHLT2HD được nhổ từ các bệnh nhân người Việt Nam tại các cơ sở điều trị nha khoa. Răng đã đóng kín cuống và có thân, chân răng còn nguyên vẹn hoặc có thể có lỗ sâu nhưng chưa điều trị tủy. Các răng sau nhổ được làm sạch bằng cách ngâm trong dung dịch NaOCl 5,25% trong 24 giờ, sau đó cố định trong dung dịch formol 10%. Làm khô và giữ các răng trong môi trường đẳng trương (trong dung dịch NaCl 0,9%). Quan sát số lượng chân răng và hình dạng của chân răng.

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

III. KẾT QUẢ

3.1. Số lượng chân răng hàm lớn thứ 2 hàm dưới

Bảng 1. Phân bố số lượng chân răng

Số lượng chân răng	Số lượng	Tỷ lệ %
1 chân	34	30,1
2 chân	76	67,3
3 chân	3	2,6
Tổng cộng	113	100

Kết quả ở bảng trên thấy, RHLT2HD có 2 chân gặp nhiều nhất, ít nhất là răng có 3 chân. Răng có 2 chân chiếm tỷ lệ 67,3%; răng 1 chân chiếm tỷ lệ 30,1% và răng có 3 chân chiếm tỷ lệ 2,6%.

3.2. Hình dạng chân RHLT2HD

Bảng 2. Phân bố hình dạng chân RHLT2HD

Dạng chân răng	Chân R đơn thuần		Chân dạng chữ C		Tổng cộng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Răng 1 chân	5	14,7	29	85,3	34	100,0

Ngày phản biện khoa học: 25/1/2018

Ngày duyệt bài: 12/2/2018

Răng 2 chân	73	96,1	3	3,9	76	100,0
Răng 3 chân	3	100,0	0	0	3	100,0
Tổng cộng	81	71,7	32	28,3	113	100,0

Kết quả bảng 2 thấy, RHLT2HD có chân răng đơn thuần (chiếm tỷ lệ 71,7%) cao hơn chân dạng chữ C (chiếm tỷ lệ 28,3%). Tỷ lệ chân RHLT2HD có dạng chữ C gặp nhiều nhất ở răng 1 chân và không gặp trường hợp nào ở răng 3 chân. Chân răng dạng chữ C chiếm 85,3% các trường hợp răng 1 chân và chiếm 3,9% các răng 2 chân.

Bảng 3. Phân bố hình dạng chân răng dạng chữ C

Các dạng chân răng chữ C	Số lượng	Tỷ lệ %
Răng 1 chân chữ C	17	53,1
Dạng chân chập hoàn toàn	12	37,5
Dạng chân chập không hoàn toàn	2	6,3
2 chân riêng biệt, chân xa chữ C	1	3,1
Tổng cộng	32	100

Ở các răng có chân dạng chữ C, tỷ lệ răng 1 chân dạng chữ C gặp nhiều nhất, chiếm 53,1%, răng có chân chập hoàn toàn chiếm 37,5% và ít gặp nhất là răng có 2 chân riêng biệt với chân xa dạng chữ C, chiếm 3,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Số lượng chân răng: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy, phần lớn các RHLT2HD có 2 chân và ít gặp nhất là răng có 3 chân. Trong tổng số 113 răng nghiên cứu, 76 răng có 2 chân, chiếm tỷ lệ 67,3%. Răng 1 chân chúng tôi gặp ở 34 răng, chiếm tỷ lệ 30,1% và chỉ có 3/113 răng có 3 chân, chiếm tỷ lệ 2,6%.

Một số nghiên cứu về hình thái RHLT2HD ở người Việt cũng cho rằng, đa số các RHLT2HD có 2 chân. Hoàng Tử Hùng (2003), báo cáo 70,5% các RHLT2HD có 2 chân, chân gần và chân xa với kích thước lớn và tương đối đều nhau. Tỷ lệ răng 1 chân chiếm khoảng 27,5% trong tổng số các răng và răng 3 chân rất hiếm gặp, chiếm từ 2% đến 2,5%. Lê Thị Hường [1], khi nghiên cứu ở 75 RHLT2HD thấy rằng, 46/75 răng có 2 chân (chiếm tỷ lệ 61,4%). Tỷ lệ răng 1 chân chiếm 37,3% và chỉ có 1/75 răng có 3 chân, chiếm tỷ lệ 1,3%. Lê Thị Hường cũng đưa ra tỷ lệ số lượng chân răng của RHLT2HD bên phải và bên trái thấy có sự khác biệt, nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Gulabivala và CS [4], thực hiện nghiên cứu ở 351 răng hàm lớn (RHL) hàm dưới được nhổ từ người Thái Lan. Bao gồm, 118 RHL thứ nhất, 60 RHL thứ 2 và 173 RHL thứ 3. Kết quả cho thấy,

phần lớn các RHL hàm dưới có 2 chân răng. Trong số 60 RHLT2HD thì 54% số răng có 2 chân riêng biệt. Trong một đánh giá trên thực nghiệm khác, Gulabivala và CS [3] nghiên cứu đặc điểm giải phẫu RHL hàm dưới ở người Miến Điện thấy, tỷ lệ RHLT2HD có 2 chân riêng biệt chiếm 58% trong tổng số 134 răng được nghiên cứu.

Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trên, tuy nhiên, một số tác giả khác khi nghiên cứu đặc điểm giải phẫu RHLT2HD lại thấy một tỷ lệ khá lớn các RHLT2HD có 2 chân riêng biệt.

Nghiên cứu của Nur và CS (2014) ở 1165 RHLT2HD của người Thổ Nhĩ Kỳ thấy, 90% RHLT2HD có 2 chân riêng biệt, răng 1 chân chiếm tỷ lệ 10% và không gặp trường hợp nào có 3 chân răng. Ahmed và CS (2007), nghiên cứu hình thái giải phẫu RHL hàm dưới ở người Sudan. 100 RHLT1HD và 100 RHLT2HD đã được thu thập vào nghiên cứu. Sau khi làm sạch, số lượng chân răng sẽ được quan sát bằng trực quan. Kết quả, 78% trong tổng số 100 RHLT2HD có 2 chân riêng biệt, 14% có 1 chân và 8% có 2 chân chập. Nghiên cứu hình thái giải phẫu RHL hàm dưới ở người Sri Lankan lại thấy các RHLT2HD có 2 chân riêng biệt chiếm tỷ lệ khá cao. Kết quả nghiên cứu của Peiris và CS (2007) ở người Sri Lankan thấy, RHLT2HD có 2 chân riêng biệt chiếm 94% trong tổng số 100 răng nghiên cứu.

4.2. Hình dạng chân RHLT2HD: Nhiều tác giả nước ngoài tập trung nghiên cứu về hình thái răng và hệ thống ống tủy RHLT2HD, các nghiên cứu trên người da trắng cho thấy RHLT2HD thường có 2 chân, chân gần và chân xa. Trong các nghiên cứu gần đây, đặc biệt là các nghiên cứu ở các dân tộc da vàng (châu Á), các RHLT2HD một chân chập được tập trung nghiên cứu nhiều hơn gần với chân răng dạng chữ C và hệ ống tủy phức tạp, hệ ống tủy dạng C.

Hình thái chân răng dạng chữ C được Cooke và Cox mô tả lần đầu tiên vào năm 1979. Tuy nhiên, Weine và CS (1998) cho rằng, một số các bác sĩ lâm sàng đã phát hiện thấy sự hiện diện của các chân răng cũng như ống tủy dạng chữ C ở RHLT2HD từ trước đó. Trong một nghiên cứu mô tả về giải phẫu chân răng của răng hàm lớn thứ hai, Manning (1990) báo cáo rằng, các chân răng dạng chữ C được ghi nhận lần đầu tiên vào năm 1908 và 1911, sau khi khảo sát các bộ xương của những người thuộc chủng tộc Neanderthal, đây là những người tiền sử của chủng tộc Mongoloid, bao gồm các quần thể người châu Á.

Cho đến nay, đã có nhiều các nghiên cứu về hình thái chân và ống tủy dạng chữ C ở RHLT2HD được báo cáo, tuy nhiên, các nghiên cứu cho các kết quả khác nhau về tỷ lệ chân răng dạng chữ C và tỷ lệ này có sự khác biệt giữa các dân tộc.

Kết quả nghiên cứu của Zheng và CS [7] cho thấy, trong tổng số 528 RHLT2HD được nghiên cứu thì 207 răng có chân dạng chữ C (chiếm tỷ lệ 39,2%). Trong đó, 116 răng có 1 chân duy nhất (chiếm tỷ lệ 56,0% các răng có chân chữ C) và 91 răng có chân chập hoàn toàn hoặc không hoàn toàn (chiếm tỷ lệ 44,0% các răng có chân chữ C). Kết quả nghiên cứu của Ahmed và CS (2007) ở 100 RHLT2HD của người Sudan thấy, 100% các răng 2 chân có chân đơn thuần (78 răng). Ở 22 răng còn lại, 8 răng có 2 chân chập hoàn toàn, 10 răng có chân dạng chữ C và 4 răng có chân hình chóp nón.

Một nghiên cứu trên thực nghiệm khác ở người Sri Lankan lại thấy, tỷ lệ chân RHLT2HD có dạng chữ C khá thấp, chỉ chiếm 6% trong tổng số 100 răng được nghiên cứu (Peiris và CS-2007). Tỷ lệ chân răng dạng chữ C ở RHLT2HD của người Sri Lankan khá tương đồng với nghiên cứu của Akhlaghi và CS [2] ở người Iran. Trong nghiên cứu của Akhlaghi và CS [2], 150 RHLT2HD được thu thập từ các phòng khám nha khoa ở Tehran và Marand (Iran). Kết quả nghiên cứu cho thấy, khoảng 86,7% RHLT2HD có hai chân và 13,3% có một chân. Chân răng dạng chữ C chỉ gặp ở răng một chân và chiếm 50% các trường hợp (chiếm 6,7% trong tổng số 150 răng nghiên cứu).

Ở Việt Nam, Lê Thị Hường [1] khi nghiên cứu ở 75 RHLT2HD thấy, tỷ lệ RHLT2HD có chân răng đơn thuần chiếm 66,7% các trường hợp và 33,3% các chân răng có dạng chữ C.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, RHLT2HD có chân răng đơn thuần chiếm tỷ lệ 71,7%; chân dạng chữ C chiếm tỷ lệ 28,3%. Trong đó, chân răng dạng chữ C gặp nhiều nhất ở răng có 1 chân và 1 tỷ lệ ít hơn ở răng có 2 chân.

Có một điều khác biệt là, chúng tôi gặp chân RHLT2HD có dạng chữ C ở cả răng 1 chân và 2 chân. Trong tổng số 34 răng 1 chân thì 29 răng có chân dạng chữ C (chiếm tỷ lệ 85,3% các răng 1 chân) và trong 76 răng 2 chân thì 3 răng có chân dạng chữ C (chiếm tỷ lệ 3,9% các răng 2 chân). Ở những răng 2 chân có chân dạng chữ C, cả 3 trường hợp chân dạng chữ C đều gặp ở chân xa ngoài, không gặp trường hợp nào ở chân gần. Tuy nhiên, Lê Thị Hường [1] và Yang và CS [5] lại thấy, các RHLT2HD có chân dạng

chữ C chỉ gặp ở răng 1 chân và không gặp ở răng có 2 hay nhiều hơn 2 chân. Kết quả nghiên cứu của Lê Thị Hường [1] thấy, trong tổng số 28 răng 1 chân thì 25 răng có chân dạng chữ C (chiếm tỷ lệ 89,3% các răng 1 chân). Yang và CS [5], thấy rằng RHLT2HD có 1 chân chiếm tỷ lệ 33,6% (195/581 răng). Trong đó, 183 răng có chân dạng chữ C (chiếm tỷ lệ 93,8% các răng 1 chân), 12 răng có chân hình chóp nón (chiếm tỷ lệ 6,2% các răng 1 chân) và không gặp trường hợp nào chân răng dạng chữ C ở các răng còn lại.

Ahmed và CS (2007), khi nghiên cứu hình thái giải phẫu chân RHLT2HD nhận thấy, các răng có chân dạng chữ C có thể gặp ở răng 1 chân hay 2 chân, thậm chí là ở răng 3 chân.



Hình ảnh RHLT2HD có chân dạng chữ C trong nghiên cứu của Ahmed (2007)

Sự khác biệt này cũng được minh chứng bởi Zhang và CS [6], khi sử dụng phim chụp cắt lớp để đánh giá hình thái chân và ống tủy các RHLT2HD. Trong nghiên cứu của Zhang và CS, 157 RHLT2HD được nghiên cứu thì, 120 răng có 2 chân riêng biệt (chiếm 76,4%), 2 răng có 3 chân riêng biệt (chiếm 1,3%) và 35 răng có 1 chân (chiếm 22,3%). Trong đó, tỷ lệ chân RHLT2HD có dạng chữ C chiếm 29% (45 răng). Mặc dù nghiên cứu không đưa ra tỷ lệ chân răng dạng chữ C ở các răng 1 chân hay nhiều chân, nhưng có thể thấy rằng, số răng có chân dạng chữ C (45 răng) nhiều hơn hẳn số răng có 1 chân (35 răng). Tác giả cũng đưa ra kết luận, chân răng dạng chữ C có thể gặp ở cả răng 1 hay nhiều chân và đây là sự khác biệt so với nghiên cứu trước đó của Yang và CS [5].

Tỷ lệ chân RHLT2HD có dạng chữ C trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của Yang và CS [5], Zhang và CS [6] (nghiên cứu ở người Trung Quốc), Lê Thị Hường [1] (nghiên cứu ở người Việt Nam), nhưng khác với kết quả từ các nghiên cứu khác. Các báo cáo cho thấy, tỷ lệ chân RHLT2HD có dạng chữ C

dao động từ 6% ở người Sri Lanka (Peiris và CS-2007); 6,7% ở người Iran [2]; Akhlaghi và CS [2], cho rằng sắc tộc có ảnh hưởng tới hình thái chân RHLT2HD và các chân RHLT2HD có dạng chữ C gặp với tỷ lệ lớn hơn ở người châu Á. Jafarzadeh và CS (2007), cũng cho rằng người châu Á, đặc biệt là ở vùng Viễn Đông có tỷ lệ chân RHLT2HD dạng chữ C nhiều hơn các vùng địa lý khác.

V. KẾT LUẬN

RHLT2HD là răng có đặc điểm giải phẫu phức tạp, đa dạng về hình thái và tỷ lệ chân răng có dạng chữ C chiếm khá cao ở người Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Hương (2010), *Nghiên cứu hình thái răng và hệ thống ống tủy răng số 5, số 7 để xuất ứng dụng trong điều trị nội nha*, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, Bộ Quốc phòng, tr.19-102.

2. Akhlaghi N.M., Abbas F.M., et al. (2016), Radicular anatomy of permanent mandibular second molars in an Iranian population: A preliminary study, *Dent Res J*, 13 (4), pp.362-366.
3. Gulabivala K., Aung T.H., et al. (2001), Root and canal morphology of Burmese mandibular molars, *International Endodontic Journal*, 34, pp. 359-370.
4. Gulabivala K., Opasanon A., et al. (2002), Root and canal morphology of Thai mandibular molars, *Int Endod J*, 35(1), pp.56-62.
5. Yang Z.P., Yang S.F., et al. (1988), C-shaped root canals in mandibular second molars in a Chinese population, *Endodon Dent Traumatol*, 4(4), pp.160-163.
6. Zhang R., Wang H., et al. (2011), Use of cone-beam computed tomography to evaluate root and canal morphology of mandibular molars in Chinese individuals. *International Endodontic Journal*, 44, pp.990-999.
7. Zheng Q., Zhang L., et al. (2011), C-shaped root canal system in mandibular second molars in a Chinese population evaluated by cone-beam computed tomography, *International Endodontic Journal*, 44, pp.857-862.

TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BẠO HÀNH GIA ĐÌNH TRONG THAI KÌ Ở PHỤ NỮ 18-49 TUỔI SỐNG TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Thị Nhật Vy*, Võ Minh Tuấn*

TÓM TẮT

Phụ nữ bị bạo hành gia đình trong lúc mang thai có thể tăng nguy cơ bệnh tật và tử vong cả mẹ và con. Nghiên cứu cắt ngang thực hiện ngẫu nhiên tại 10 quận/huyện thuộc Tp.HCM ở 1099 phụ nữ 18 – 49 tuổi từng sinh con trong 2 năm từ 1/2015 đến 7/2016 nhằm xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến bạo hành gia đình trong thai kỳ. Kết quả cho thấy tỷ lệ bị bạo hành gia đình trong thai kỳ ở phụ nữ 18 – 49 tuổi là 23,4% (16,8% bạo hành tinh thần; 7,3% bạo hành thể chất; 12,4% bạo hành tình dục). Ngoài ra, một số yếu tố dịch tễ - xã hội làm tăng nguy cơ bị bạo hành gia đình: phụ nữ 35 – 39 tuổi (PR* = 1,38), buôn bán (PR* = 1,35), kinh tế khó khăn (PR* = 2,37), chồng cờ bạc (PR* = 2,15), dùng ma túy (PR* = 2,11). Cần phổ biến trong xã hội về: "Luật phòng chống bạo lực gia đình"; tầm soát nhằm phát hiện các trường hợp bị bạo hành ở phụ nữ đến khám thai, đặc biệt trong tam cá nguyệt II.

Từ khóa: Tỷ lệ; bạo hành gia đình; bạo hành tinh thần; bạo hành thể chất; bạo hành tình dục; thai kỳ, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

*Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nhật Vy
Email: drthanhibcs@gmail.com
Ngày nhận bài: 3/12/2017
Ngày phản biện khoa học: 25/12/2017
Ngày duyệt bài: 12/2/2018

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF DOMESTIC VIOLENCE IN WOMEN 18-49 YEARS OLD IN HO CHI MINH CITY

Women who experience domestic violence during pregnancy may increase the risk of maternal and child morbidity and mortality. A cross-sectional study was conducted among 10 districts randomly selected from HCMC from Jan 2015 to Jul 2016 with 1099 women aged 18 – 49 and given birth within 2 years to determine the prevalence and risk factors of domestic violence amongst women living in HCMC city. The results showed that domestic violence prevalence rate of women aged 18 – 49 in HCMC was 23.4%: 16.8% of psychological violence; 7.3% of physical violence and 12.4% of sexual violence. In addition, the study also found that domestic violence associated with some social and epidemiological factors: women in the 35 – 39 age group (PR* = 1.38; 95% CI = 1.06 – 1.81), merchant career (PR* = 1.35; 95% CI = 1.03 – 1.78), poor (PR* = 2.37; 95% CI = 1.84 – 3.05), their husband is gambler (PR* = 2.15; 95% CI = 1.62 – 2.85), drug user (PR* = 2.11; 95% CI = 1.25 – 3.57). Therefore, it should be widely disseminated in the society about: "Law of Domestic Violence Prevention" and screened to detect psychological – physical – sexual violence in pregnant women.

Key words: Prevalence; Domestic violence; Psychological violence; Physical violence; Sexual violence; Pregnancy; Risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạo hành gia đình (BHGD) là: "Những hành động cưỡng bức về thể chất, tinh thần và tình

dục của bạn tình nam hiện tại hoặc trước đây đối với phụ nữ trong độ tuổi vị thành niên và trưởng thành"(Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG))[13]. Mang thai là thời điểm dễ bị tổn thương nhất đối với những nạn nhân bị BHGD do thay đổi nhu cầu về thể chất, xã hội, tình cảm và kinh tế; nhiều nghiên cứu (NC) cho thấy tỷ lệ phụ nữ bị bạo hành bởi chồng/bạn tình trong thời kỳ mang thai dao động từ 4 – 29%[1]. Tỷ lệ phụ nữ bị bạo hành thể chất (BHTC) trong thai kỳ ở Việt Nam khoảng 5%[5]. Những phụ nữ bị BHGD trong lúc mang thai có thể bị ảnh hưởng gián tiếp (ví dụ tăng nguy cơ trầm cảm, sang chấn về mặt tinh thần) hoặc ảnh hưởng trực tiếp (ví dụ sẩy thai, nhau bong non, sinh non, sinh nhẹ cân...) dẫn đến bệnh tật và tử vong cả mẹ và con[2].

Hiện nay BHGD là vấn đề phổ biến mang tính thời sự không chỉ riêng của ngành y tế mà của toàn xã hội. Do đó, những nghiên cứu về vấn đề này của ngành Sản phụ khoa hết sức cần thiết và đầy tính nhân văn. Đa số trước đây, rất ít các NC đề cập đến tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến BHGD. Hy vọng với NC này, sẽ có cái nhìn sâu hơn về tình hình BHGD trong thai kì đối với phụ nữ ở TPHCM. Mục tiêu nghiên cứu

- *Xác định tỷ lệ BHGD và các loại BHGD ở phụ nữ sống tại Tp.HCM trong thời gian 01/01/2015 đến 04/07/2016.*

- *Khảo sát các yếu tố dịch tễ, xã hội liên quan đến tình trạng BHGD ở phụ nữ sống tại Tp.HCM.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Phụ nữ 18 – 49 tuổi từng sinh con trong vòng 2 năm, sống tại Tp.HCM thỏa điều kiện nhận vào và đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian 01/01/2015 đến 04/07/2016 (loại trừ phụ nữ: câm, điếc, tâm thần).

2. Phương pháp: Áp dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang trong cộng đồng với cỡ mẫu được tính bằng công thức ước lượng cho một tỷ lệ

Bảng 2: Phân loại các hình thức bạo hành ở mẫu nghiên cứu (n = 1099)

Đặc điểm	Tần số (n=1099)	Tỷ lệ %
BHTT: Quất mắng/Si nhục/Lãng mạ	122	11,1
Làm mất phẩm giá/thể diện trước mặt người khác	62	5,6
Đe dọa/ Dọa nạt	108	9,8
Dọa đánh đối tượng hoặc người họ yêu quý	21	1,9
BHTC: Cố tình xô ngã/Xô thứ gì vào người	23	2,1
Tát hoặc Ném vật gì vào người	62	5,6
Dùng vật gì/dùng tay để đánh	16	1,5
Đá vào người/Cào cào, lôi kéo	20	1,8
Đánh như tử	4	0,4
Bóp cổ/ Gãy bồng	6	0,6
Dùng dao/súng để dọa/tấn công	3	0,3
BHTD: Đòi hỏi quan hệ tình dục	109	9,9
Bắt quan hệ tình dục	42	3,8

trong cộng đồng với $q = 0,05$; $d = 0,05$ và để đảm bảo năng lực mẫu tốt nhất cho mục tiêu chính, chúng tôi chọn $P = 0,50$. Ta tính được $n = 384$. Đây là NC trong cộng đồng có khảo sát yếu tố liên quan, để giảm hiệu ứng thiết kế, chúng tôi nhân 3 cho cỡ mẫu. Vậy, cỡ mẫu cần thiết là $N = 1.152$ phụ nữ.

Công cụ thu thập số liệu: có nguồn gốc từ bảng câu hỏi của TCYTTG. BHGD được đánh giá bằng cách phân nhóm bạo hành (thể chất, tinh thần, tình dục) xảy ra trong vòng 12 tháng khi đối tượng nghiên cứu có thai.

Phương pháp tiến hành: Áp dụng chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống:

Chọn ngẫu nhiên 10 quận/huyện, sau đó chọn ngẫu nhiên hệ thống 30 phường/xã. Tại mỗi phường, chọn ngẫu nhiên hệ thống 37 phụ nữ sinh con trong vòng 2 năm. Nếu đối tượng từ chối tham gia 2 lần liên tiếp: loại khỏi NC và gửi thư mời người tiếp theo có số thứ tự liền kề đối tượng đó.

Xử lý số liệu: phần mềm Stata 10.0 với các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ

1. Tỷ lệ BHGD trong mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Tỷ lệ BHGD trong mẫu nghiên cứu (n = 1099)

Đặc điểm	Tần số (n=1099)	Tỷ lệ %
Không BHGD	842	76,6
Có BHGD	257	23,4
Bạo hành tinh thần	185	16,8
Bạo hành thể chất	80	7,3
Bạo hành tình dục	136	12,4

Cứ 1 trong 5 phụ nữ được phỏng vấn thì có 1 phụ nữ bị BHGD (23,4%). Trong nhóm bị BHGD, BHTT chiếm tỷ lệ cao nhất 16,8%, kế tiếp là BHTD 12,4% còn BTTC thấp nhất 7,3%.

2. Các hình thức bạo hành

Dùng vũ lực bắt quan hệ tình dục	4	0,4
Bắt quan hệ tình dục bằng đường miệng/hậu môn	49	4,5
Dùng dụng cụ để quan hệ	5	0,5

Đi sâu vào các kiểu bị bạo hành thì hình thức mà các đối tượng trong nghiên cứu phải trải qua nhiều nhất trong nhóm chịu BHTT chính là "Quát mắng/Si nhục/Lãng mạ" (65,9%) và "Đe dọa/Dọa nạt" (58,4%). Bên cạnh đó, việc bị "Tát hoặc Ném vật gì vào người" trong nhóm bị BHTC chiếm đa số (77,5%); đặc biệt có 3 trường hợp (chiếm tỷ lệ 3,8%) bị chồng/bạn tình dùng dao để tấn công, 6 trường hợp (7,5%) bị "Bóp cổ/Gây bông" trong lúc mang thai. Riêng nhóm bị BTTD thì cứ 5 đối tượng sẽ có 4 đối tượng bị chồng/bạn tình "Đòi hỏi quan hệ tình dục dù không muốn" (80,1%).

3. Liên quan giữa BHGD với các yếu tố dịch tễ - xã hội

Bảng 3: Phân tích đa biến mối liên quan giữa BHGD với các yếu tố dịch tễ - xã hội

Yếu tố	BHGD (n=257)	Không BHGD (n=842)	PR* (KTC 95%)	P*
VỢ				
Nhóm tuổi: 26-34	144 (56,0)	507 (60,2)	1	
< 20	1 (0,4)	14 (1,7)	0,21 (0,04 – 1,14)	0,072
20-25	54 (21,0)	173 (20,5)	0,98 (0,75 – 1,29)	0,916
35-39	49 (19,1)	111 (13,2)	1,38 (1,06 – 1,81)	0,016
≥ 40	9 (3,5)	37 (4,4)	0,88 (0,50 – 1,55)	0,668
Nghề: Nội trợ	85 (33,1)	310 (36,8)	1	
Công nhân	64 (24,9)	193 (22,9)	1,13 (0,85 – 1,49)	0,393
CNV	57 (22,2)	207 (24,6)	1,30 (0,88 – 1,91)	0,177
Buôn bán	51 (19,8)	132 (15,7)	1,35 (1,03 – 1,78)	0,032
Học vấn: ≤ Cấp 1	35 (13,6)	99 (11,8)	1	
Cấp 2	92 (35,8)	251 (29,8)	1,20 (0,87 – 1,67)	0,260
Cấp 3	59 (22,9)	237 (28,2)	1,02 (0,70 – 1,48)	0,910
> cấp 3	71 (27,7)	255 (30,2)	1,25 (0,79 – 1,97)	0,329
Nhà ở: Nhà riêng	65 (25,3)	255 (30,3)	1	
Nhà thuê	107 (41,6)	238 (28,3)	0,93 (0,67 – 1,31)	0,691
Sống chung	85 (33,1)	349 (41,4)	0,73 (0,52 – 1,04)	0,078
Kinh tế: Đủ sống	181 (70,4)	619 (73,5)	1	
Khó khăn	42 (16,3)	20 (2,4)	2,37 (1,84 – 3,05)	<0,001
Khả giả	34 (13,3)	203 (24,1)	0,56 (0,37 – 0,83)	0,004
CHỒNG				
Chênh lệch tuổi: 1 – 5	119 (46,3)	419 (49,8)	1	
Nhỏ hoặc bằng	73 (28,4)	228 (27,1)	1,09 (0,86 – 1,39)	0,475
6 – 9	39 (15,2)	132 (15,7)	1,04 (0,77 – 1,42)	0,779
≥ 10	26 (10,1)	63 (7,4)	1,22 (0,87 – 1,73)	0,249
Nghề: LĐPT	106 (41,2)	247 (29,3)	1	
CNV	58 (22,6)	216 (25,7)	1,06 (0,71 – 1,57)	0,787
BB – DV	38 (14,8)	169 (20,0)	0,71 (0,52 – 0,97)	0,031
Công nhân	51 (19,8)	199 (23,6)	0,79 (0,59 – 1,05)	0,108
Thất nghiệp	4 (1,6)	11 (1,4)	0,61 (0,26 – 1,44)	0,263
Học vấn: Cấp 3	77 (29,9)	265 (31,5)	1	
≤ Cấp 1	41 (15,9)	95 (11,3)	1,07 (0,75 – 1,51)	0,716
Cấp 2	76 (29,6)	205 (24,3)	1,09 (0,83 – 1,44)	0,528
> cấp 3	63 (24,6)	277 (32,9)	0,77 (0,52 – 1,14)	0,191
Rượu bia: Không	22 (8,6)	126 (14,9)	1	
Có	235 (91,4)	716 (85,1)	1,43 (0,97 – 2,12)	0,072
Cờ bạc: Không	225 (87,6)	827 (98,2)	1	
Có	32 (12,4)	15 (1,8)	2,15 (1,62 – 2,85)	0,001
Ma túy: Không	248 (96,5)	835 (99,2)	1	
Có	9 (3,5)	7 (0,8)	2,11 (1,25 – 3,57)	0,005

(*): Poisson đa biến

Qua phân tích hồi quy đa biến, số liệu của chúng tôi cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa BHGD và một số yếu tố sau: tuổi, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế của vợ, nghề nghiệp và thói quen chơi cờ bạc, ma túy của chồng.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ BHGD trong thai kỳ của chúng tôi thấp hơn kết quả của Nguyễn Hoàng Thanh và cs. tại Đông Anh – Hà Nội (35,4%)[6]. Mặc dù mối liên quan giữa việc cư trú tại nông thôn/thành thị với nguy cơ bị BHGD trong thai kỳ chưa được mô tả rõ trong y văn tuy nhiên những phụ nữ sinh ra và lớn lên ở vùng nông thôn dễ trở thành nạn nhân của BHGD vì họ bị giới hạn về trình độ học vấn, tiếp cận với các cơ sở y tế cũng như dịch vụ xã hội.

Tỷ lệ BHGD thay đổi giữa các vùng khác nhau. Một NC trên 19 quốc gia của TCYTGT[3] cho thấy tần suất BHGD trong thai kỳ dao động từ 2,0% – 13,5%. Ngoài ra, tỷ lệ này ở Philipin là 2,0%, Campuchia 2,8% và Jordan 5,0%[3]. Vì thế, chúng tôi kết luận Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ phụ nữ bị BHGD trong thai kỳ cao nhất ở Châu Á. Trên thế giới, một phân tích gộp gần đây đã báo cáo tỷ lệ BHTT là 28,4%, BHTC là 13,8% và BHTD là 8,0%[7]. Đáng kể, một tỷ lệ rất cao của BHGD trong khi mang thai đã được báo cáo trong một nghiên cứu từ Thái Lan với 54% phụ nữ đã từng bị BHTT, 27% bị BHTC và 19% BHTD. Tỷ lệ BHTD ở NC chúng tôi thấp hơn ở Thái Lan có thể do sự khác biệt về văn hoá. Một mặt, vì ảnh hưởng của nền văn hoá truyền thống, phụ nữ Việt Nam ngại đề cập đến các vấn đề liên quan đến tình dục, thậm chí sau khi bị BHTD, ít tìm kiếm sự trợ giúp của người khác vì cảm giác xấu hổ, lo sợ bị kỳ thị. Ngoài ra, mặc dù có những hành vi ép buộc tình dục trong các cặp vợ chồng, nhiều phụ nữ đã không xem nó như là một loại BHGD. Điều này có thể dẫn đến tỷ lệ BHTD bị đánh giá thấp hơn so với thực tế.

Phụ nữ từ 35 – 39 tuổi có nguy cơ bị BHGD cao gấp 1,38 lần so với nhóm 26 – 34 tuổi ($P < 0,05$). Điều này trái ngược với kết quả của Saltzman LE và cs. cho thấy nguy cơ bị BHGD trong thai kỳ tăng gần gấp đôi ở những phụ nữ dưới 20 tuổi. Chúng tôi thiết nghĩ khác biệt này xuất phát từ 2 khả năng: thứ nhất những phụ nữ lớn tuổi trong khảo sát này đã có ít nhất 2 con trở lên và khi được hỏi họ thường cho rằng thai kỳ này ngoài ý muốn; thứ hai khi người mẹ lớn tuổi mang thai thường nghỉ việc ở nhà chăm con dẫn đến tăng gánh nặng về kinh tế từ đó thúc đẩy các mối xung đột, bất hòa trong gia đình.

Nghề nghiệp buôn bán làm tăng nguy cơ bị BHGD cao gấp 1,35 lần so với nội trợ, với $P < 0,05$. Thai kỳ vốn dĩ được xem là giai đoạn nhạy cảm, nặng nề đối với người phụ nữ, thay vì được chồng nâng niu, chăm sóc thì những phụ nữ làm

nghề buôn bán lại phải bươn chải vất vả ngoài đường để kiếm sống. Sự mệt mỏi về tinh thần cộng dồn với sự vất vả về thể chất là ngòi nổ gây bùng phát những mâu thuẫn giữa 2 vợ chồng, từ đó khiến BHGD có dịp leo thang.

Kinh tế khó khăn làm tăng nguy cơ bị BHGD cao gấp 2,37 lần với $P < 0,05$. Tương tự nghiên cứu của Finnbogadóttir và cộng sự cho thấy những phụ nữ gặp phải vấn đề về kinh tế có nguy cơ bị BHGD cao gấp 3,7 lần[4]. Sơ đồ sinh thái học về các yếu tố nguy cơ của BHGD có đề cập đến khó khăn về kinh tế. Như đã trình bày, thai kỳ có thể khiến người phụ nữ nghỉ việc do đó người đàn ông – vốn được xem là trụ cột chính của gia đình – sẽ gánh vác thêm phần kinh tế của người vợ. Cũng chính vì lẽ đó, áp lực về kinh tế cộng với áp lực công việc khiến người đàn ông trở nên căng thẳng, dễ đưa đến hành vi bạo lực. Nghèo đói, phụ thuộc về kinh tế cuốn người phụ nữ vào vòng lẩn quẩn của BHGD.

Phụ nữ có chồng chơi cờ bạc làm tăng nguy cơ bị BHGD cao gấp 2,15 lần và chồng sử dụng chất gây nghiện làm tăng nguy cơ bị BHGD cao gấp 2,11 lần với $P < 0,05$. Đây chính là điểm nổi bật trong kết quả của chúng tôi. Việc người chồng sử dụng chất gây nghiện có thể liên quan đến BHGD bởi sự mất kiểm soát hành vi, lời nói gây ảnh hưởng xấu đến mối quan hệ vợ chồng hoặc theo những cách tệ hại hơn, chẳng hạn như khiến họ tranh cãi về các vấn đề tài chính (người sử dụng ma túy lấy tiền từ người phối ngẫu, dùng tiền thanh toán hóa đơn gia đình để mua thuốc gây nghiện).

V. KẾT LUẬN

Số liệu từ 1099 phụ nữ sanh con trong vòng 2 năm tại Tp.HCM đã cho thấy BHGD trong thai kỳ chiếm một tỷ lệ không nhỏ, trong đó phổ biến nhất là BHTT. Chúng tôi thiết nghĩ nên phổ biến rộng rãi trong trường học và xã hội về: “Luật phòng chống bạo lực gia đình”, đặc biệt cho các phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Tầm soát nhằm phát hiện các trường hợp bị BHTC, BHTT hoặc BHTD ở những phụ nữ đến khám thai, đặc biệt trong tam cá nguyệt giữa; từ đó cung cấp các địa chỉ tư vấn và hỗ trợ để họ có nơi chia sẻ và bảo vệ quyền lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Campbell J G-MC, SharpsP (2004). Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence against Women*, **10**, 770 – 89.
2. Chambliss LR (2008). Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.*, **51**(2), 385 – 97.

3. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stockl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al (2010). "Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries". *Reprod Health Matters*, **18**(36), 158 – 170.
4. Finnbogadóttir et al (2016). "Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden". *BMC Pregnancy and Childbirth*, **16**, 228.
5. Henrica AFMJ, Vung ND, Anh HT, Trang QT, Nga NTV, Kiem DA, et al (2010). "Results from the National Study on Domestic Violence against Women in Vietnam". *General Statistics Office*.
6. Hoang TN, Van TN, Gammeltoft T, W. Meyrowitsch D, Nguyen Thi Thuy H, Rasch V (2016). "Association between Intimate Partner Violence during Pregnancy and Adverse Pregnancy Outcomes in Vietnam: A Prospective Cohort Study". *PLoS ONE*, **11**(9).
7. James L, Brody D, Hamilton Z (2013). "Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review". *Violence Vict*, **28**(3), 359 – 380.

NGHIÊN CỨU BÀO CHẾ VI CẦU TRIMETAZIDIN HYDROCLORID GIẢI PHÓNG KÉO DÀI ĐỂ TĂNG HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐAU THẮT NGỰC

Nguyễn Văn Bạch*, Nguyễn Thị Hồng Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng được công thức bào chế vi cầu Trimetazidin (TMH) giải phóng kéo dài 12 giờ và đánh giá được một số đặc tính của vi cầu. **Phương pháp:** khảo sát ảnh hưởng của tá dược kiểm soát giải phóng Ethyl cellulose và Eudragit RS100; tá dược dẻo PEG 4000 và PEG 6000 ở các tỷ lệ khác nhau; ảnh hưởng của tốc độ khuấy và thời gian khuấy bốc hơi dung môi đến một số đặc tính của vi cầu TMH giải phóng kéo dài bào chế theo phương pháp bốc hơi dung môi từ nhũ tương. **Kết quả:** công thức bào chế vi cầu phù hợp nhất gồm Eudragit RS 100: TMH = 4:1, PEG 4000 5%, tốc độ và thời gian khuấy bốc hơi dung môi: khuấy từ với tốc độ 800 vòng/phút trong 4 giờ. Công thức này cho vi cầu đều, hiệu suất là 88,5%, tỷ lệ vi cầu hóa là 89,2%, được chất giải phóng chậm và kéo dài. **Kết luận:** đã xây dựng được công thức và qui trình bào chế vi cầu TMH GPKD 12 giờ. Đã đánh giá một số đặc tính của vi cầu: hình thái, mật khối lượng do làm khô, hiệu suất tạo vi cầu, hiệu suất lưu giữ được chất và độ hòa tan để làm cơ sở xây dựng tiêu chuẩn chất lượng cho chế phẩm.

Từ khóa: Trimetazidin hydroclorid, Giải phóng kéo dài, Vi cầu.

SUMMARY

PREPARATION AND EVALUATION OF SUSTAINED RELEASE MICROSPHERES OF TRIMETAZIDINE HYDROCHLORIDE TO INCREASE THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF ANGINA

Objectives: Formulating and evaluating sustained release microspheres of Trimetazidine hydrochloride. **Methods:** Evaluate the effects of Ethyl cellulose and Eudragit RS100; PEG 4000, PEG 6000 at different ratios; effects of stirring rate and stirring time on the properties of TMH microspheres preparing by emulsion solvent method. **Results:** the suitable formula was selected with Eudragit RS 100-TMH = 4:1, 5% PEG 4000, stirring rate at 800 rpm for 4 hours on magnetic stirrer. **Conclusion:** The formulation and properties of microspheres of Trimetazidine hydrochloride in terms of *in vitro* release behaviors, morphology characteristics, drug content, entrapment efficiency and production yield were established.

Keywords: Trimetazidine hydrochloride, sustained release, microspheres.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trimetazidin là một thuốc điều trị đau thắt

ngực cơ bản, được sử dụng phổ biến trong các phác đồ điều trị đau thắt ngực ổn định. Tuy nhiên, Trimetazidin dễ tan trong nước, thời gian đạt nồng độ đỉnh nhanh (khoảng 2 giờ sau khi uống) và thời gian bán thải ngắn ($t_{1/2}$ = 5-6 giờ) nên phải dùng nhiều lần trong ngày khi dùng ở dạng qui ước [1],[2]. Dạng thuốc giải phóng kéo dài chứa Trimetazidin sẽ có thể khắc phục các nhược điểm trên đồng thời tăng sinh khả dụng, nâng cao hiệu quả điều trị của thuốc.

Hiện nay, vi cầu giải phóng kéo dài đang được các nhà khoa học quan tâm nghiên cứu do dạng thuốc này giúp giải quyết được những khó khăn thuộc lĩnh vực sinh dược học và kỹ thuật bào chế các dạng thuốc. Tuy nhiên, đây là một dạng bào chế khá phức tạp và mới chỉ là sản phẩm trung gian, đòi hỏi phải có sự thiết kế công thức chính xác để có được mô hình giải phóng hoạt chất theo thời gian mong muốn [3], [4], [5]. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu xây dựng được công thức bào chế vi cầu trimetazidin giải phóng kéo dài 12 giờ.

II. NGUYÊN VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Nguyên vật liệu

*Nguyên liệu: TMH (USP 27), Ethyl cellulose (EC), Eudragit (Eud) RS 100 (BP 2009), PEG 4000, PEG 6000 (USP 27), Span 80, Aceton, dầu parafin,...

*Thuốc đối chiếu và chất chuẩn:

- Thuốc đối chiếu: Viên bao phim Vastarel MR 35mg. SDK: VN-7243-08 (Seriver-Pháp), số lô sản xuất 972751, hạn sử dụng: 08/2018.

- Trimetazidin hydroclorid chuẩn: đạt chuẩn phòng thí nghiệm (SKS: QT076080515, hàm lượng 98,91%) do Viện kiểm nghiệm thuốc TP Hồ Chí Minh (Bộ Y tế) cung cấp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Bào chế vi cầu theo phương pháp bốc hơi dung môi từ nhũ tương: Hòa tan polyme, chất hóa dẻo trong 50ml aceton. Tiếp tục phối hợp TMH vào dung dịch polyme, khuấy đều để tạo pha nội. Dùng bơm tiêm thủy tinh phối hợp từ từ pha nội vào 200ml parafin lỏng có chứa sẵn 2% Span 80 (tt/tt), khuấy bằng máy khuấy cơ (tốc độ 1000 vòng/phút trong 3 phút) để tạo nhũ tương. Nhũ tương tạo thành đem khuấy từ với tốc độ và thời gian khảo sát để bay hơi hết aceton, hình thành vi cầu rắn. Lọc lấy vi cầu trên phễu Buchner và rửa 3 lần bằng 200ml n-hexan lạnh. Sấy vi cầu ở nhiệt độ 30-35°C trong 12 giờ.

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bạch

Email: bachqy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 27/1/2018

Ngày duyệt bài: 21/2/2018

2.2.2. Đánh giá tiêu chuẩn chất lượng vi cầu

- Hình thái vi cầu: xác định bằng cảm quan, sử dụng kính hiển vi điện tử quét (SEM).

- Định lượng hàm lượng dược chất bằng 2 phương pháp:

+ Phương pháp đo quang ở bước sóng 210nm để định lượng TMH trong thử nghiệm hòa tan.

+ Phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao để định lượng TMH trong vi cầu (điều kiện: cột Nucleosin 100 – C18 (4,6 x 150mm; 5 μ m), pha động KH₂PO₄ (0,05 mol/l, được điều chỉnh về pH 4,0 bằng acid phosphoric 10%): methanol (76:24, tt/tt), tốc độ dòng 1,0 ml/phút, detector UV 210nm, thể tích tiêm 20 μ l, nhiệt độ: 30°C). Từ kết quả định lượng, tính được hiệu suất tạo vi cầu và tỷ lệ vi cầu hóa.

- So sánh đồ thị giải phóng dược chất: Chỉ số f_2 (similarity factor) thể hiện sự giống nhau giữa đồ thị giải phóng của vi cầu TMH với viên đối chiếu Vastarel MR 35mg.

$$f_2 = 50 \cdot \lg \left\{ \left[1 + \frac{1}{n} \cdot \sum_{i=1}^n (R_i - T_i)^2 \right]^{-0.5} \cdot 100 \right\}$$

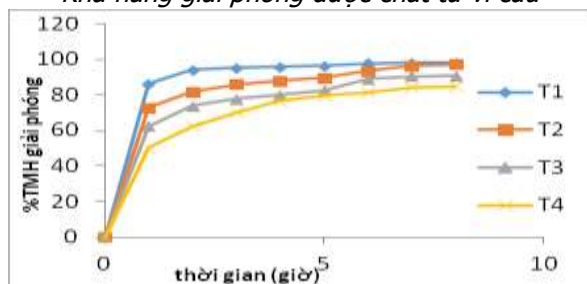
n : số điểm lấy mẫu.

R_t và T_t : lần lượt là tỷ lệ (%) DC giải phóng tại thời điểm t của vi cầu và viên đối chiếu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**3.1. Kết quả nghiên cứu bào chế*****Ảnh hưởng của loại và tỷ lệ polymer dùng làm chất mang (CM)**

Tiến hành bào chế và khảo sát các công thức vi cầu (T1-T8). Kết quả như sau:

- Khả năng giải phóng dược chất từ vi cầu



Hình 1. Đồ thị biểu diễn tỷ lệ (%) TMH giải phóng theo thời gian từ vi cầu EC (T1-T4)

Kết quả trên cho thấy khi tăng tỷ lệ CM/DC, tốc độ và mức độ giải phóng DC đối với cả 2 loại vi cầu đều giảm. Điều này là do khi tỷ lệ EC và Eud tăng làm tăng bề dày lớp khuếch tán, khả năng thẩm môi trường hòa tan vào cốt giảm do vậy làm giảm lượng DC được giải phóng. Tuy nhiên, vai trò của cả EC và Eud trong những giờ đầu lại không rõ ràng. Phần trăm giải phóng DC của cả 8 CT trong 3 giờ đầu vẫn cao (>70%).

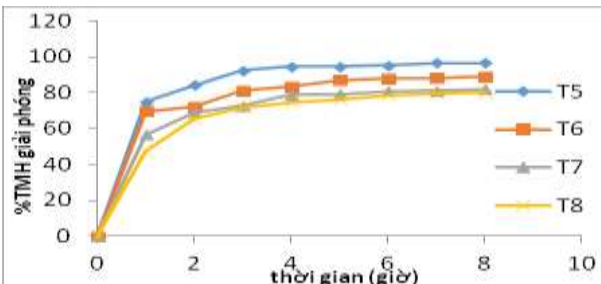
- Hình thái vi cầu:

3.1.1. Ảnh hưởng của các thành phần

công thức: Cố định một số thông số như sau: thể tích pha nội: 50ml acetone, thể tích pha ngoại: 200ml parafin lỏng có chứa sẵn 2% Span 80 với nồng độ (tt/tt), nhiệt độ khuấy: $t^0_{\text{phòng}}$, khuấy nhũ hóa: khuấy cơ với tốc độ 1000 vòng/phút trong 3 phút, bốc hơi dung môi: khuấy từ với tốc độ 800 vòng/phút trong 4 giờ. Tiến hành bào chế các mẫu vi cầu với thành phần công thức như bảng 1:

Bảng 1. Thành phần công thức vi cầu T1-T16

Công thức	Tỷ lệ EC/TMH	Tỷ lệ Eud/TMH	PEG 4000	PEG 6000
T1	1/1			
T2	1,5/1			
T3	2/1			
T4	3/1			
T5		1/1		
T6		2/1		
T7		3/1		
T8		4/1		
T9	3/1		5%	
T10			10%	
T11				5%
T12				10%
T13	4/1		5%	
T14			10%	
T15				5%
T16				10%



Hình 2. Đồ thị biểu diễn tỷ lệ (%) TMH giải phóng theo thời gian từ vi cầu Eud (T5-T8)

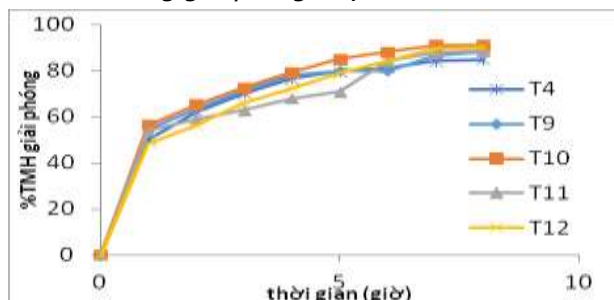
Khi tăng tỷ lệ CM/DC thì kích thước cả hai loại vi cầu EC (T1-T4) và Eud (T5-T8) đều tăng lên. Điều này là do khi lượng polymer sử dụng nhiều hơn làm tăng độ nhớt của pha nội, khi phân tán vào pha ngoại sẽ tạo ra giọt nhũ tương lớn hơn làm tăng kích thước vi cầu tạo thành.

- Hiệu suất tạo vi cầu, hàm lượng và tỷ lệ vi cầu hóa:

Bảng 2. Các chỉ số khảo sát vi cầu bào chế theo công thức T1-T8

Công thức	HS tạo VC (%)	Hàm lượng DC (%)	Tỷ lệ VCH (%)
T1	74,9	33,1	66,7
T2	80,8	32,1	76,3
T3	84,7	27,3	81,6
T4	86,5	21,3	85,3
T5	82,3	39,2	78,4
T6	84,8	27,5	82,6
T7	87,5	21,5	85,6
T8	89,5	17,3	86,2

- Khả năng giải phóng dược chất từ vi cầu:



Hình 3. Đồ thị biểu diễn tỷ lệ (%) TMH giải phóng theo thời gian từ vi cầu EC (T4, T9, T10, T11, T12)

Với vi cầu EC (CT T9-T12): cả 2 loại TD hóa dẻo PEG 4000 và PEG 6000 ở tỷ lệ 5% và 10% đều làm tăng tốc độ và mức độ giải phóng DC từ vi cầu. Điều này có thể do PEG với bản chất thân nước tạo thành các kênh khuếch tán, làm tăng khả năng thẩm dung môi của cốt và tốc độ khuếch tán DC ra khỏi cốt.

Với vi cầu Eud (CT T13-T16): Chỉ có PEG 4000 cải thiện được khả năng kiểm soát GPDC. CT13 với 5% PEG 4000 có khả năng kiểm soát GPDC tốt nhất. Điều này chứng tỏ TD hóa dẻo đã cải thiện được tính mềm dẻo, giảm sự đứt gãy của chuỗi polyme do đó làm môi trường hòa tan thẩm vào cốt chậm hơn.

- Hình thái vi cầu: Khi thêm tá dược hóa dẻo vào thành phần thu được vi cầu dạng cầu đều hơn do tá dược hóa dẻo làm bề mặt các giọt pha nội trở nên đàn hồi và dẻo dai hơn do đó hình dạng được cải thiện nhiều. Độ nhớt pha nội tăng cũng làm tăng kích thước vi cầu.

- Hiệu suất tạo vi cầu, hàm lượng và tỷ lệ vi cầu hóa:

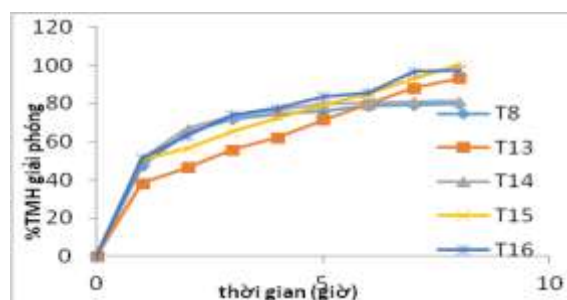
Bảng 3. Các chỉ số khảo sát vi cầu bào chế theo công thức T9-T16

Công thức	HS tạo VC (%)	Hàm lượng DC (%)	Tỷ lệ VCH (%)
T9	83,2	20,7	86,2
T10	82,0	20,0	85,8
T11	79,9	21,0	87,1
T12	77,4	20,4	87,7
T13	89,2	17,0	88,5

Các công thức vi cầu đều đạt hiệu suất bào chế khá cao (trên 70%). Khi tăng tỷ lệ CM/DC đối với cả EC và Eud, hiệu suất tạo vi cầu và tỷ lệ vi cầu hóa được cải thiện rõ rệt. Tuy nhiên, khi càng tăng tỷ lệ polyme thì hiệu suất bào chế càng không nhiều.

*Ảnh hưởng của loại và tỷ lệ tá dược hóa dẻo

Tiến hành bào chế và khảo sát 8 công thức vi cầu (T9-T16).



Hình 4. Đồ thị biểu diễn tỷ lệ (%) TMH giải phóng theo thời gian từ vi cầu Eud (T8, T13, T14, T15, T16)

T14	87,4	16,5	89,2
T15	88,5	16,9	87,9
T16	88,1	16,4	88,6

Kết quả trên cho thấy: thêm tá dược hóa dẻo làm hiệu suất bào chế đối với cả 2 loại vi cầu EC và Eud đều giảm. Tuy hiệu suất tạo vi cầu giảm nhưng với cả 2 loại vi cầu, TD hóa dẻo vẫn làm tăng tỷ lệ vi cầu hóa do chuỗi polyme dẻo dai hơn nên khả năng lưu giữ DC cao hơn.

Theo kết quả khảo sát, vi cầu bào chế theo công thức T13 có khả năng kiểm soát GPDC tốt nhất, hiệu suất tạo vi cầu và hiệu suất lưu giữ DC cao được lựa chọn để nghiên cứu ảnh hưởng của các thông số quá trình tới đặc tính vi cầu.

3.1.2. Ảnh hưởng của các thông số quá trình

*Ảnh hưởng của tốc độ khuấy bốc hơi dung môi

Khảo sát tại 3 tốc độ: 600, 800, 1000 vòng/phút trên máy khuấy từ. Kết quả như sau:

Bảng 4. Các chỉ số khảo sát vi cầu khi thay đổi tốc độ khuấy

Tốc độ khuấy (vòng/phút)	Hình thái	HS tạo VC (%)	Hàm lượng DC (%)	Tỷ lệ VCH (%)
600	Không đều, lớn	68,6	15,1	78,5
800	Nhỏ	89,2	17,0	88,5
1000	Dạng cầu đều	72,1	14,3	74,3

Tốc độ khuấy 800 vòng/phút, lực khuấy vừa phải, các giọt nhũ tương phân tán và chuyển

đồng đều, ổn định trong pha ngoại nên vi cầu tạo thành có dạng cầu hơn, kích thước đồng đều hơn, hiệu suất tạo vi cầu và tỷ lệ vi cầu hóa cao.

***Ảnh hưởng của thời gian khuấy bốc hơi dung môi:** Khảo sát các khoảng thời gian: 3 giờ, 4 giờ và 5 giờ. Kết quả thu được như sau:

Bảng 5. Các chỉ số khảo sát vi cầu khi thay đổi thời gian khuấy

Thời gian khuấy	Hình thái	HS tạo VC (%)	Hàm lượng DC (%)	Tỷ lệ VCH (%)
3 giờ	Biến dạng	80,7	15,7	81,6
4 giờ	Cầu, gần cầu, đều	89,2	17,0	88,5
5 giờ	Cầu, gần cầu, đều	88,9	17,1	89,0

Thời gian khuấy 3 giờ: vi cầu bị hao hụt do kết dính nhiều, cấu trúc vi cầu không đồng nhất do vẫn còn aceton chưa bay hơi hết nên hiệu suất chế tạo và khả năng lưu giữ DC thấp. Ở thời gian khuấy 4 và 5 giờ đều cho vi cầu với hiệu suất bào chế và tỷ lệ vi cầu hóa cao nên lựa chọn thời gian khuấy là 4 giờ.

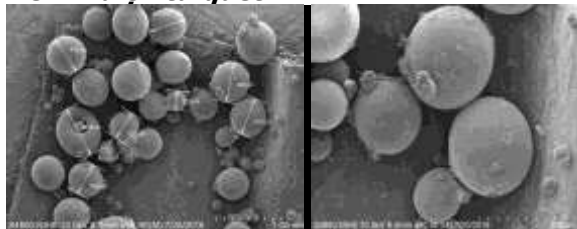
3.1.3. Kết quả so sánh độ hòa tan của công thức lựa chọn với viên Vastarel MR

Chỉ số f2 của vi cầu bào chế theo công thức T13 và viên đối chiếu Vastarel MR là 71,2 (nằm trong khoảng 50-100). Do đó, đồ thị giải phóng là tương đối giống nhau.

3.1.4. Kết quả đánh giá động học giải phóng được chất của vi cầu bào chế theo công thức T13: Với vi cầu T13, mô hình Higuchi nhận giá trị AIC nhỏ nhất (36,9011) và R^2_{hc} lớn nhất (0,993). Do đó, quá trình GPDC từ vi cầu bào chế theo công thức T13 được mô tả tốt nhất theo mô hình Higuchi. Đây là mô hình động học đặc trưng cho sự GPDC từ dạng thuốc GPKD hệ cốt trợ khuếch tán.

3.2. Kết quả đánh giá một số đặc tính lý hóa và TCCL của vi cầu trimetazidin

***Xác định hình thái vi cầu bằng kính hiển vi điện tử quét**



Hình 5. Hình ảnh chụp SEM của vi cầu TMH

Vi cầu bào chế được có kích thước khoảng 200 – 500µm, hình cầu đều, bề mặt vi cầu tương đối nhẵn.

***Phân tích nhiệt vi sai (DSC) và phổ nhiễu xạ tia X:** cho thấy TMH có thể đã bắt đầu chuyển dạng sang trạng thái vô định hình trong vi cầu. Hiện tượng này có thể do các điều kiện trong quá trình bào chế vi cầu gây ra.

***Phổ hồng ngoại IR:** chứng tỏ không có sự tương tác giữa dược chất và polyme trong vi cầu.

***Đánh giá chỉ tiêu chất lượng của vi cầu Trimetazidin GPKD:**

Bảng 6. Kết quả kiểm tra một số chỉ tiêu chất lượng vi cầu TMH GPKD bào chế theo công thức lựa chọn

Chỉ tiêu	Mẻ 1	Mẻ 2	Mẻ 3
Mất KL do làm khô (%)	1,97	2,43	2,71
Hiệu suất tạo vi cầu (%)	86,2	85,3	89,4
Hiệu suất lưu giữ DC (%)	88,7	90,2	88,3
Độ hòa tan (%) (n=6, $\bar{x} \pm SD$)			
1 giờ	35,2 ± 1,8 44,3 ± 1,6	38,5 ± 2,3 46,7 ± 1,3	37,6 ± 2,0 47,2 ± 1,7
2 giờ	54,9 ± 1,1	55,0 ± 1,4	55,4 ± 1,6
3 giờ	64,2 ± 2,1	64,7 ± 2,6	62,4 ± 2,3
4 giờ	71,3 ± 0,9	72,6 ± 3,2	71,8 ± 1,3
5 giờ	79,8 ± 1,1	80,4 ± 1,3	79,3 ± 1,6
6 giờ	86,5 ± 1,8	87,8 ± 1,8	87,2 ± 1,2
7 giờ	90,5 ± 2,0	89,9 ± 1,6	91,7 ± 1,6
8 giờ			

Nhận xét: Cả 3 mẻ vi cầu đạt yêu cầu về mất khối lượng do làm khô, hiệu suất tạo vi cầu, hiệu suất lưu giữ dược chất và khả năng kiểm soát giải phóng dược chất.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi thấy công thức bào chế vi cầu phù hợp nhất gồm Eudragit RS 100-TMH = 4:1, 5% PEG 4000, tốc độ và thời gian khuấy bốc hơi dung môi là vị trí số 4 trên máy khuấy từ trong 4 giờ. Công thức này cho vi cầu đều, hiệu suất 88,5%, tỷ lệ vi cầu hóa 89,2%, dược chất giải phóng chậm và kéo dài. Trên cơ sở lựa chọn được công thức bào chế vi cầu, đã tiến hành bào chế 3 mẻ và đánh giá đặc tính của vi cầu thu được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học Hà Nội.
2. Martindale 35 CD (2007), *monographs*:

Trimetazidine Hydrochloride.

3. Chitra S., Suresh P., Madhu S., Pandey B. L. (2013), "Design and evaluation of microspheres: a review", *Journal of Drug Delivery Research*, 2 (2), pp. 18-27.
4. Giri P., et al. (2014), "Microspheres as drug delivery system – a review", *Journal of Global Trends in Pharmaceutical Sciences*, 5(3), pp.1961-1972.
5. Vikrant K. N., et al. (2012), "Microspheres – A Novel Drug Delivery System: An Overview", *International journal of pharmaceutical and chemical sciences*, 1(1), pp. 113-128.
6. Vinod J., Chentilnathan A., Vijayakumar S. (2013), "Formulation and evaluation of modified release matrix tablets of trimetazidine dihydrochloride", *IJPRS*, 2 (1), pp. 106-112.

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE PHÒNG CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TẠI TUYẾN XÃ CỦA HUYỆN LỤC NAM TỈNH BẮC GIANG NĂM 2016

Nguyễn Thị Hiền¹, Lê Đức Cường¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm cung cấp thông tin về thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) phòng chống bệnh không lây nhiễm (KLN) tại các trạm y tế xã của huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang tại 27 trạm y tế xã tại huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang. Kết quả cho thấy: Có 96,3% trạm y tế có cán bộ chuyên trách về công tác TT-GDSK; Tần suất thực hiện các hoạt động TT-GDSK của nhân viên y tế chủ yếu là theo tháng; Trong 3 tháng qua nhân viên y tế truyền thông các chủ đề về các bệnh KLN tương đương nhau; Phương pháp TT-GDSK phòng chống bệnh không lây nhiễm được sử dụng tại các xã có hiệu quả là đài truyền thanh xã để phát (77,0%); Hơn nửa số Trưởng trạm được phỏng vấn cho rằng việc lồng ghép và phối hợp liên ngành trong truyền thông về bệnh không lây nhiễm chưa tốt.

Từ khóa: Truyền thông-Giáo dục sức khỏe; Y tế xã; Bệnh không lây nhiễm (bệnh KLN)

SUMMARY

THE STATUS OF HEALTH COMMUNICATION AND EDUCATION FOR NON-COMMUNICABLE DISEASE PREVENTION AT COMMUNE HEALTH IN LUC NAM DISTRICT, BAC GIANG PROVINCE 2016

This research aims to provide information on the status of health education communication activities NCDs prevention at the commune health stations of Luc Nam district, Bac Giang province. A cross sectional design was designed at 27 community health stations in the Luc Nam district, Bac Giang province. Results showed that: The percentage of health stations having specialists in health education and information are 96,3%; Health-care activities of health workers are mainly done on a monthly basis; In the past 3 months, health workers have been communicating on the topic of CLN diseases equally; Non-communicable disease prevention and control methods are used in communes

**Trường Đại học Y Dược Thái Bình*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiền

Email: hien_nganvn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2018

Ngày duyệt bài: 31.01.2018

with effective broadcasting stations (77.0%); More than half of the interviewees interviewed said that integration and interdepartmental coordination in communicable disease transmission was not good.

Keywords: Health Education and Communication; Commune health; Non-communicable disease (NCDs).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm vừa qua, hệ thống truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) đã có những đóng góp không nhỏ vào công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân bằng việc nâng cao nhận thức, cung cấp kiến thức, kỹ năng và thực hành có lợi cho sức khỏe cá nhân và cho cộng đồng. Theo nghiên cứu gánh nặng về bệnh tật toàn cầu cho biết: trong tổng số 52,7 triệu ca tử vong năm 2010, có 65,5% là do các bệnh KLN. Điều đáng báo động là các ca tử vong do các bệnh KLN ở các nước đang phát triển xảy ra ở nhóm tuổi trẻ hơn [5]. Trong bối cảnh hiện nay, chiến lược Quốc gia phòng, chống bệnh các bệnh không lây nhiễm (KLN) giai đoạn 2015-2025 đã được Chính phủ phê duyệt, với mục tiêu nêu rõ "Khống chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các bệnh KLN, trong đó ưu tiên phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản nhằm góp phần bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của nhân dân và phát triển kinh tế, xã hội của đất nước [6].

Hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu (chủ yếu là trạm y tế xã/phường) đóng vai trò chính trong thực hiện hoạt động y tế tuyến xã/phường. Tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu cần được nâng cao năng lực cả về chuyên môn và TT-GDSK để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người dân, nhưng thực tế tình hình hoạt động về truyền thông của tại tuyến y tế cơ sở hiện nay như thế nào? Để có cơ sở khoa học và cung cấp

những thông tin chính xác cho các nhà hoạch định xây dựng các chương trình hành động về TT-GDSK nói chung và phòng chống bệnh KLN nói riêng chúng tôi thực hiện đề tài "*Thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh không lây nhiễm tại tuyến xã của huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang năm 2016*" với mục tiêu: Mô tả thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh không lây nhiễm tại tuyến xã của huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn, đối tượng và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai tại huyện Lục Nam tỉnh Bắc Giang,
- Đối tượng nghiên cứu: Trưởng trạm và cán bộ, nhân viên y tế của trạm y tế xã/thị trấn.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2016 đến tháng 5/2017

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 cách chọn mẫu: Chọn toàn bộ Trưởng trạm và cán bộ, nhân viên y tế của các trạm y tế xã/thị trấn huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin: Phòng văn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn (phụ lục 1,2). Điều tra viên sẽ đến để phỏng vấn trực tiếp đối tượng tại các trạm y tế. Trong quá trình phỏng vấn chỉ có hai người (điều tra viên và đối tượng phỏng vấn) và ngồi đối diện nhau.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính, sử dụng phần mềm EPI DATA 3.1 để nhập. Phân tích số liệu được tiến hành bằng chương trình SPSS 20.0 với các test thống kê y học.

2.2. Các phương pháp hạn chế sai số: Tổ chức tập huấn kỹ lưỡng, thống nhất cách ghi nhận số liệu cho toàn bộ điều tra viên trước khi tiến hành nghiên cứu. Giám sát chặt chẽ trong quá trình điều tra và xử lý số liệu. Tuân thủ nghiêm ngặt quy trình kiểm tra, làm sạch số liệu trước khi phân tích.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu không gây ảnh hưởng tới sức khỏe và những bí mật riêng tư của các địa phương và đối tượng trực tiếp tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập được chỉ nhằm mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng

nghiên cứu về về tuổi, giới và dân tộc

Đặc điểm	Số người	%
Tuổi	26-35	65
	36-45	65
	46-55	34
	≥ 56	8
Giới	Nam	57
	Nữ	115
Dân tộc	Kinh	161
	Dân tộc khác	11
		6,4

Qua bảng 3.1 cho thấy đặc điểm của đối tượng nghiên cứu về tuổi, giới, dân tộc: về tuổi cao nhất là nhóm 26-35 tuổi và 36-45 tuổi (chiếm 37,8%), về phân bố giới tính nữ chiếm tỷ lệ cao hơn (66,9%) so với nam giới (33,1%), về dân tộc chủ yếu là dân tộc kinh (chiếm 93,6%).

Bảng 3.2. Một số thông tin chung về hoạt động truyền thông (n=27)

Nội dung	SL	Tần suất	%
Phòng truyền thông	Có phòng độc lập	13	13/27
	Dùng chung	14	14/27
Cán bộ chuyên trách TTGDSK	Có	26	26/27
	Không	1	1/27
Kế hoạch năm về TTGDSK	Có	27	27/27
	Không	0	-

Bảng 3.2 cho thấy có (51,85%) trạm y tế phải dùng chung phòng truyền thông với các hoạt động khác của trạm y tế; có (96,3%) trạm y tế có cán bộ chuyên trách về TT- GDSK và (100%) trạm y tế có lập kế hoạch năm về TT-GDSK.

Bảng 3.3. Phân bố nhân viên y tế có thực hiện các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe (n=172)

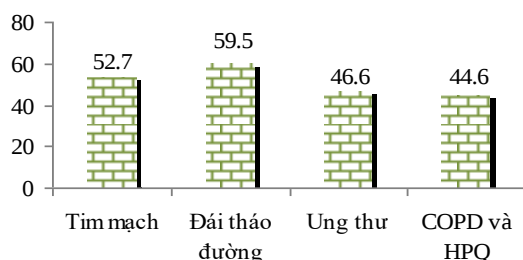
Phân bố nhân viên thực hiện truyền thông theo	SL	%	p
Vùng	Đồng bằng	71	88,8
	Trung du, miền núi	77	83,7
Giới tính	Nam	48	84,2
	Nữ	100	87,0
Dân tộc	Kinh	141	87,6
	Dân tộc khác	7	63,6

Qua bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế tại các trạm y tế xã, thị trấn không có sự khác biệt về giới cũng như giữa các vùng, miền. Tỷ lệ nhân viên y tế là người dân tộc kinh thực hiện các hoạt động truyền thông cao có ý nghĩa thống kê so với các dân tộc khác với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Tần suất thực hiện các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của nhân viên y tế (n=148)

Tần suất thực hiện	Số lượng	%
Hàng ngày	36	24,3
Hàng tuần	32	21,6
Hàng tháng	65	43,9
Hàng quý	7	4,7
Khi có yêu cầu	8	5,4

Qua kết quả bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ cán bộ thực hiện các hoạt động TT- GDSK theo tháng là cao nhất (chiếm 43,9%) và có (24,3%) nhân viên y tế thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe theo ngày.

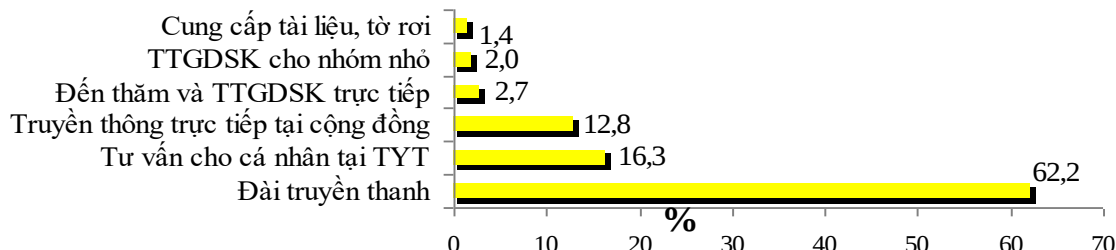


Biểu đồ 3.1. Các bệnh không lây nhiễm đã được truyền thông trong 3 tháng qua (n=148)

Qua biểu đồ 3.1 cho thấy trong 3 tháng qua nhân viên y tế truyền thông các chủ đề về các bệnh KLN tương đương nhau (chiếm từ 44,6-59,5%) với $p > 0,05$.

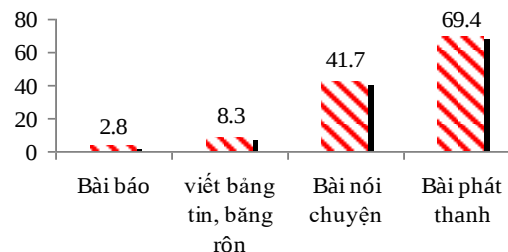
Bảng 3.5. Vai trò tham gia của nhân viên y tế trong hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe theo vùng, miền

Vai trò	Vùng				p
	Đồng bằng (n=67)		Miền núi, trung du (n=81)		
	SL	%	SL	%	
Lập kế hoạch	29	43,3	25	30,9	>0,05
Tổ chức tiến hành	21	31,3	41	50,6	>0,05
Quản lý, giám sát	10	14,9	6	7,4	
Đánh giá hoạt động TT	1	1,5	1	1,2	
Khác	6	9,0	8	9,9	



Biểu đồ 3.3. Các phương pháp phù hợp nhất khi tiến hành truyền thông (n=148)

Qua bảng 3.5 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của nhân viên y tế trong các bước tham gia truyền thông ở 2 vùng đồng bằng và miền núi, trung du với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.2. Tài liệu, vật liệu truyền thông giáo dục sức khỏe nhân viên y tế đã biên soạn (n=36)

Qua biểu đồ 3.2 cho thấy, trong số những người tham gia biên soạn tài liệu truyền thông bệnh KLN thì chủ yếu nhân viên y tế soạn thảo bài phát thanh trên loa xã/thị trấn (chiếm 69,4%).

Bảng 3.6. Phương pháp truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh không lây nhiễm có hiệu quả tại địa phương (n=148)

Phương pháp TT- GDSK	Số lượng	%
Đài truyền thanh	114	77,0
Tivi	13	8,8
Cung cấp tài liệu, tờ rơi	60	40,5
Truyền thông trực tiếp tại cộng đồng	61	41,2
Đến thăm và TT- GDSK cho gia đình	31	20,9
TT- GDSK cho nhóm nhỏ	18	12,2
Gặp gỡ, tư vấn cho cá nhân tại gia đình	18	12,2
Tư vấn cho cá nhân tại trạm y tế	97	65,5

Bảng 3.6 cho thấy phương pháp TT- GDSK phòng chống bệnh không lây nhiễm được sử dụng tại các xã có hiệu quả là đài truyền thanh xã để phát (77,0%), biện pháp ít có hiệu quả hơn cả là tivi (chiếm 8,8%).

Biểu đồ 3.3 cho thấy phương pháp phù hợp nhất khi tiến hành truyền thông là sử dụng đài truyền thanh xã (chiếm 62,2%), tiếp theo là tư vấn cho cá nhân tại trạm y tế (chiếm 16,3%) và ít nhất là cung cấp tờ rơi, tài liệu cho người dân (chiếm 1,4%).

Bảng 3.7. Nhận xét về công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của trường trạm y tế (n=27)

Nội dung		Số lượng	%
Phối hợp liên ngành	Tốt	11	40,7
	Chưa tốt	16	59,3
Lồng ghép	Tốt	13	48,1
	Chưa tốt	14	51,9

Nhận xét của các trường trạm y tế về việc sự phối hợp liên ngành và lồng ghép trong công tác truyền thông ở bảng 3.7 cho thấy chủ yếu là chưa tốt (chiếm 51,9%- 59,3%).

Bảng 3.8. Nhận xét của trường trạm y tế về tài liệu/ấn phẩm cho hoạt TT- GDSK về bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế (n=27)

Ấn phẩm/tài liệu	Được cấp phát		Sử dụng hiệu quả	
	SL	%	SL	%
Tài liệu hướng dẫn chuyên môn	14	51,8	11	40,7
Đĩa CD	12	44,4	13	48,1
Tờ rơi	14	51,8	15	55,6
Poster	4	14,8	5	18,5
Bài phát thanh	8	29,6	20	70,1
Báo/tạp chí chuyên môn	3	11,1	1	3,7

Qua bảng 3.8 cho thấy các ấn phẩm/ tài liệu sử dụng có hiệu quả truyền thông cao đối với cộng đồng thì đa số trường trạm y tế cho rằng bài phát thanh có hiệu quả cao nhất (chiếm 70,1%), tiếp theo là tờ rơi (chiếm 55,6%) và chỉ có 01 trạm trường cho rằng báo/tạp chí chuyên môn có hiệu quả truyền thông đối với cộng đồng. Trên thực tế chỉ có (29,6%) trạm y tế được cấp phát bài phát thanh còn chủ yếu được cấp phát tài liệu hướng dẫn chuyên môn và tờ rơi (chiếm 51,8%).

Bảng 3.9. Nhận xét về kế hoạch truyền thông và chất lượng hoạt động TT- GDSK tại trạm y tế của trường trạm (n=27)

Nội dung		Số lượng	Tần suất	%
Kế hoạch về truyền thông	Tốt	12	12/27	44,4
	Chưa đạt	6	6/27	22,2
	Trung bình	9	9/27	33,4
Chất lượng hoạt động TT- GDSK	Tốt	10	10/27	37,0
	Chưa đạt	7	7/27	25,9
	Trung bình	10	10/27	37,0

Kết quả bảng 3.9 cho thấy nhận xét về chất lượng kế hoạch về truyền thông tại trạm y tế có

(44,4%) kế hoạch truyền thông đạt kết quả tốt và vẫn còn (22,2%) kế hoạch chưa đạt; về chất lượng của các hoạt động TT-GDSK chỉ có trạm y tế có chất lượng hoạt động tốt, (37,04%) có chất lượng trung bình và (25,91%) chất lượng hoạt động chưa đạt.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi của nhân viên y tế phân bố từ 26- trên 56 tuổi, trong đó nhóm từ 26-35 tuổi (chiếm 37,8%), nhóm từ 36-45 tuổi (chiếm 37,8%), nhóm từ 46-55 tuổi (chiếm 19,8%), nhóm tuổi trên 56 (chiếm 4,7%) và không có cán bộ dưới 25 tuổi (bảng 3.1). Đây là một trong những điều kiện thuận lợi cho công tác quản lý và phân công nguồn nhân lực một cách hợp lý, phục vụ cho công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại tuyến xã. Bên cạnh đó, nhân viên nữ chiếm tỷ lệ (66,9%) nhiều hơn nam (33,1%) (bảng 3.1) là một điểm mạnh và phù hợp cho truyền thông các chương trình y tế ở tế ở tuyến cơ sở bởi lẽ các nhân viên của trạm y tế thường xuyên tiếp xúc với các đối tượng có trình độ học vấn không đồng đều và chưa cao là những người dân lao động. Trong công tác truyền thông, cán bộ/nhân viên y tế (CBYT) là nữ giới thường có tinh thần trách nhiệm, tận tình, chu đáo, tính tình nhẹ nhàng, nếu CBYT là nữ sẽ dễ tiếp cận với đối tượng cần được truyền thông, tư vấn là phụ nữ và trẻ em hơn là nam giới. Về dân tộc, CBYT dân tộc kinh chiếm 93,6%, các dân tộc khác chiếm 6,43%. Số năm công tác của CBYT phổ biến ở mức trên 10 năm, chiếm tỷ lệ cao nhất (50,0%), với tỷ lệ cao CBYT có thâm niên công tác kết hợp với độ tuổi từ 36-55 là nguồn nhân lực quan trọng, có nhiều kinh nghiệm về công tác TT- GDSK cũng như tạo được uy tín trong cộng đồng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết các hoạt động TT-GDSK đang được cán bộ thực hiện tại các xã nghiên cứu, với sự kết hợp cả các phương pháp trực tiếp và gián tiếp, đồng thời phối hợp với các cán bộ khác thực hiện TT-GDSK ở cả 2 khu vực đồng bằng, miền núi và trung du các hoạt động TT-GDSK trực tiếp như nói chuyện với cộng đồng, tư vấn cho cá nhân tại trạm y tế chiếm tỷ lệ khá cao từ 41,2% đến 65,5% (bảng 3.6). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hiến và cộng sự triển khai tại 6 tỉnh/thành phố nghiên cứu, hoạt động TT-GDSK đang được phần lớn cán bộ thực hiện với các hình thức đa dạng nói chuyện với cộng đồng, thảo luận nhóm cộng đồng, tư vấn cho cá nhân/nhóm, sử dụng đài phát thanh,

tài liệu in ấn, panô, áp phích, tờ rơi... Đồng thời hoạt động TT-GDSK có sự phối hợp với nhiều ban ngành đoàn thể để thực hiện. Về chất lượng hoạt động TT-GDSK: có từ 23,2-65% ý kiến nhận xét chất lượng hoạt động TT-GDSK ở ba khu vực là chưa đạt [2].

Hiện nay, trong các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe thì tờ rơi là loại tài liệu được sử dụng rất phổ biến, do tính tiện dụng, hấp dẫn và gọn nhẹ. Trung bình mỗi trạm y tế hàng năm có khoảng 4 loại tờ rơi. Tờ rơi chủ yếu do Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương, các Viện, các chương trình y tế Quốc gia, Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe thuộc Sở Y tế các tỉnh cung cấp. Sự chênh lệch về số loại tờ rơi giữa các tỉnh là không nhiều, chỉ có một tỷ lệ nhỏ trạm y tế có 2 loại tờ rơi để phục vụ TTGDSK, trung bình một trạm y tế có khoảng 2.500 tờ rơi. Tờ rơi được sử dụng ở góc truyền thông của trạm y tế, được các cán bộ trạm y tế, nhân viên y tế thôn ấp phát cho các hộ gia đình.

Việc lồng ghép lập kế hoạch TT- GDSK với các chương trình y tế - xã hội đang được thực hiện tại cơ sở là cách làm phù hợp với tình hình thực tiễn tại cơ sở. Phối hợp, lồng ghép, thu hút nhiều ban ngành cùng tham gia là một nguyên lý của hoạt động TT- GDSK và nâng cao sức khỏe [1], [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tại địa bàn nghiên cứu đã có khá nhiều ban ngành đoàn thể tham gia vào hoạt động TT-GDSK, có 34,5-44,6% nhân viên y tế được phỏng vấn trả lời có phối hợp với hội nông dân; Hội Phụ nữ; Đoàn Thanh niên; Hội cựu chiến binh, chính quyền... Tuy nhiên, sự phối hợp hoạt động với một số tổ chức như Hội cựu chiến binh, Đảng, Mặt trận tổ quốc còn rất thấp (<25%). Đây cũng là vấn đề cần nghiên cứu thêm để phát huy sức mạnh tổng hợp của các tổ chức trong cộng đồng, nhằm hỗ trợ và nâng cao hiệu quả hoạt động TT-GDSK, thực hiện đẩy mạnh xã hội hóa công tác TT-GDSK và các hoạt động CSSK nói chung.

Theo ý kiến của trạm trưởng, thì chỉ có 44,4% trưởng trạm cho rằng chất lượng lập kế hoạch tốt, còn lại 65,6% trưởng trạm cho rằng chất lượng lập kế hoạch ở mức trung bình và chưa đạt, thông tin này rất đáng được quan tâm, từ đó mở các lớp đào tạo, tập huấn cho nhân viên y tế xã để nâng cao kiến thức và chất lượng lập kế hoạch y tế và nhất là chất lượng lập kế hoạch về phòng chống bệnh không lây nhiễm.

V. KẾT LUẬN

- Có 96,3% trạm y tế có cán bộ chuyên trách về công tác TT-GDSK
- Tần suất thực hiện các hoạt động TT-GDSK của

nhân viên y tế chủ yếu là theo tháng (chiếm 43,9%).

- Hình thức tham gia biên soạn tài liệu truyền thông về bệnh không lây nhiễm của nhân viên y tế xã chủ yếu là bài phát thanh qua loa truyền thanh xã chiếm 69,4% và đây cũng là lựa chọn chủ yếu về tính hiệu quả của biện pháp truyền thanh bệnh không lây nhiễm đến người dân (77,0%)

- Có 59,3% trưởng trạm y tế cho rằng sự lồng ghép và phối hợp liên ngành trong công tác truyền thông là chưa tốt.

- Đa số trưởng trạm y tế cho rằng bài phát thanh có hiệu quả cao nhất (chiếm 70,1%).

KHUYẾN NGHỊ

2. Tăng cường các khóa tập huấn, bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng thực hiện công tác truyền thông cho cán bộ y tế xã nhất là nội dung liên quan đến phòng chống các bệnh không lây nhiễm, nâng cao năng lực tổ chức các hoạt động truyền thông như cách tổ chức phát thanh, cách viết bài cho chương trình truyền thanh, cách tổ chức góc truyền thông, cách tổ chức tư vấn, tổ chức các buổi nói chuyện trực tiếp;

3. Trung tâm Y tế, Bệnh viện Đa khoa huyện Lục Nam cần hỗ trợ nhiều hơn nữa cho tuyến xã về các tài liệu tuyên truyền về bệnh không lây nhiễm. Cung cấp nhiều hơn nữa tranh ảnh, tờ rơi với nội dung ngắn gọn, dễ hiểu, phù hợp với từng địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Hiền (2006)**, *Giáo trình Khoa học hành vi và giáo dục sức khỏe*, Nhà xuất bản Y học, HN.
2. **Nguyễn Văn Hiền và cộng sự (2010)**, *Nghiên cứu thực trạng truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến huyện và xây dựng mô hình thí điểm phòng truyền thông giáo dục sức khỏe ở trung tâm y tế dự phòng huyện*, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Đàm Khải Hoàn và cộng sự (2007)**, *Giáo trình Giáo dục và nâng cao sức khỏe*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Lê Trung Quân, Nguyễn Minh Dũng và cộng sự (2011)**, *Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành về truyền thông giáo dục sức khỏe của cán bộ y tế xã, phường - tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2011*, *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương, Hà Nội*, tr. 109 – 117.
5. **Nguyễn Thị Kim Tiên và cộng sự (2015)**, *Tổng quan ngành Y tế năm 2014 về tăng cường dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm*, Nhà xuất bản Y học.
6. **Thủ tướng Chính phủ (2015)**, *Chiến lược quốc gia về phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025 phê duyệt theo quyết định số: 376/QĐ-TTg ban hành ngày 20 tháng 3 năm 2015* Bộ Y tế, Hà Nội.
7. **Western Pacific region of World health Organization (2011)**. *Strengthening prevention and control of NCDs Vietnam recommendations from WHO*. World Health Organisation.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỨC KHÍ NITRIC OXIDE TRONG KHÍ THỞ RA VÀ TÌNH TRẠNG KIỂM SOÁT HEN THEO GINA Ở BỆNH NHÂN HEN NGƯỜI LỚN TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Như Vinh*, Trần Văn Ngọc*, Nguyễn Thị Thu Ba*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mức nitric oxide trong hơi thở ra (FeNO) được xem là một chỉ điểm của viêm trong hen. Chưa rõ FeNO có phản ánh được mức kiểm soát hen ở bệnh nhân hen hay không. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả phân tích trên bệnh nhân đang được quản lý hen tại TP Hồ Chí Minh từ 3/2015 đến 3/2017. **Kết quả:** 278 bệnh nhân hen từ 18-76 tuổi (trung bình 43 tuổi), 68% nữ tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân có hen không kiểm soát, kiểm soát 1 phần hay kiểm soát theo GINA lần lượt là 15,5%; 29,1% và 55,4% và mức FeNO trung bình tương ứng là 56,0 ppb, 26,4 ppb và 25,7 ppb ($p < 0,001$). Với điểm cắt FeNO > 50 ppb, FeNO có thể phát hiện được hen không kiểm soát với AUC = 0,730 (95% CI: 0,637-0,823; $p < 0,001$) và với điểm cắt FeNO < 25 ppb thì FeNO có thể phát hiện hen kiểm soát với AUC = 0,601 (95% CI: 0,534-0,668; $p = 0,004$). **Kết luận:** FeNO có mối liên quan với tình trạng kiểm soát hen theo GINA và có thể tiên đoán tình trạng kiểm soát hen.

Từ khóa: Kiểm soát hen, khí nitric oxide trong hơi thở ra, FeNO

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN FRACTIONAL EXHALED NITRIC OXIDE (FENO) WITH GINA DEFINED ASTHMA CONTROL IN ASTHMATIC ADULTS IN HO CHI MINH CITY

Background: Fractional exhaled nitric oxide (FeNO) has been used as a marker for airway inflammation in asthma. Little is known about whether FeNO levels can reflect asthma control in Vietnamese patients. **Methods:** A cross-sectional study conducted in Asthma and COPD clinic at University Medical Center (UMC), Ho Chi Minh City, Vietnam from 3/2015-3/2017. **Results:** 278 asthmatic patients with mean age of 43 years (18-76 years), 68% female and had disease 10 years in average. The percentage of patients who had uncontrolled, partly-controlled and controlled asthma were 15.5%; 29.1% and 55.4%, respectively. The mean FeNO of these three groups were 56.0 ppb, 26.4 ppb and 25.7 ppb, respectively ($p < 0,001$). With cutoff point of FeNO > 50 ppb, FeNO can detect GINA defined uncontrolled asthma with AUC = 0,730 (95% CI: 0,637-0,823; $p < 0,001$) and with cutoff point of FeNO < 25 ppb, FeNO can predict

GINA defined controlled asthma with AUC = 0,601 (95% CI: 0,534-0,668; $p = 0,004$). **Conclusions:** There was a relationship between FeNO and GINA defined asthma control levels and this marker can predict uncontrolled asthma better than predict controlled asthma.

Keywords: Asthma, asthma control, exhaled nitric oxide, FeNO

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện có ba mức kiểm soát hen đang được sử dụng trong thực hành lâm sàng là kiểm soát, kiểm soát một phần và không kiểm soát được xếp loại dựa vào các triệu chứng lâm sàng, nhu cầu sử dụng thuốc cắt cơn và mức độ ảnh hưởng của hen đến hoạt động thể chất của người bệnh. Tuy nhiên, cách đánh giá mức độ kiểm soát như vậy có xu hướng mang tính chủ quan vì dựa hoàn toàn vào lời khai của bệnh nhân. Do vậy mô hình quản lý hen (điều chỉnh thuốc) dựa vào cách đánh giá này có thể dẫn đến những sai lầm do nhận định chủ quan. Để có một cách đánh giá khách quan hơn, nhiều tác giả đã đề xuất mô hình quản lý hen dựa vào các chất chỉ điểm mức độ viêm của đường hô hấp với lý luận rằng điều trị kháng viêm bằng corticoid sẽ chính xác hơn và đem lại hiệu quả cao hơn nếu các chất chỉ điểm viêm được xem xét. Nitric oxide trong khí thở ra (FeNO) hiện đang được sử dụng tương đối rộng rãi như là một biomarker của tình trạng viêm ở đường hô hấp của bệnh hen. Nhiều thử nghiệm lâm sàng đã được tiến hành và đã ghi nhận rằng quản lý hen dựa vào FeNO hoặc kết hợp với FeNO cho kết quả tốt hơn mô hình quản lý hen dựa vào triệu chứng và chức năng hô hấp.

Tại Việt Nam, FeNO còn tương đối mới nhưng với xu hướng sử dụng rộng rãi trên thế giới xét nghiệm này cũng đang phát triển tại Việt Nam. Để có thể áp dụng FeNO như là một chỉ dấu hướng dẫn trong mô hình quản lý hen tại Việt Nam thay cho mức kiểm soát hen, chúng tôi muốn xem xét liệu FeNO có phản ánh được mức độ kiểm soát hen hay không. Đây cũng chính là lý do chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát mối liên quan giữa FeNO với các mức độ kiểm soát hen theo GINA và xác định điểm cắt của FeNO để nhận biết hen kiểm soát tốt (để giảm thuốc điều trị) và không kiểm soát (để tăng thuốc điều trị).

*Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Vinh
Email: nguyennhuvinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 6/1/2018
Ngày phản biện: 5/2/2018
Ngày duyệt bài: 22/2/2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích với 278 bệnh nhân hen đang được quản lý tại phòng khám hen và COPD, bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (BV ĐHYD) từ 3/2015 – 3/2017. Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán hen theo tiêu chuẩn của GINA và đang được quản lý tại BV ĐHYD ít nhất 6 tháng được thu nhận. Bệnh nhân bị loại ra khỏi nghiên cứu nếu có bất cứ một đặc điểm nào sau đây gồm nhập viện vì bệnh hen trong vòng 1 tháng trước nghiên cứu, bị nhiễm trùng đường hô hấp (trên hay dưới) trong vòng 1 tháng trước nghiên cứu, có bệnh hô hấp khác ngoài bệnh hen, đang hút thuốc lá hay đã từng hút thuốc lá trên 10 gói/năm. FeNO được đo bằng máy Niox mino của hãng Aerocrine (Thụy Điển) với lưu lượng 50 ml/s tuân thủ theo tiêu chuẩn đo FeNO của hội Lồng ngực Hoa Kỳ (ATS) năm 2005.

Mức độ kiểm soát hen được xếp loại theo GINA 2017 thành 3 mức kiểm soát, kiểm soát 1 phần và không kiểm soát.¹

Số liệu được nhập bằng phần mềm excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Phép kiểm ANOVA được sử dụng để so sánh trung bình giữa 3 nhóm trở lên và student test được sử dụng để so sánh trung bình giữa 2 nhóm. Các giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Đề cương nghiên cứu được đăng ký tại Phòng Nghiên cứu khoa học, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 278 người đủ tiêu chuẩn đưa vào phân tích. Các đặc điểm dịch tễ cũng như bệnh hen của các đối tượng nghiên cứu được trình bày ở bảng 1.

Thời gian trung bình mắc bệnh hen thấp nhất là 6 tháng và lâu nhất là 73 năm. Có 39 bệnh nhân (13,6%) khai là mắc bệnh hen từ nhỏ. FeNO trung bình của 278 bệnh nhân là 30,6 ppb

với (5 ppb-156 ppb) và trung vị là 24 ppb. Trong các đặc điểm được nêu trong bảng 1 thì chỉ có triệu chứng hen, hội chứng tắc nghẽn trên hô hấp ký và FeNO là khác biệt giữa 3 nhóm bệnh nhân. FeNO ở bệnh nhân hen không kiểm soát khác biệt rõ rệt với nhóm có hen kiểm soát 1 phần hay kiểm soát. Nếu xếp loại FeNO theo ATS thành 3 mức thấp (<25 ppb), trung bình (25-50ppb) và cao (>50 ppb) thì tỷ lệ phần trăm bệnh nhân có FeNO thuộc 3 nhóm trên lần lượt là 51%, 32% và 17%. Phân bố tỷ lệ bệnh nhân có mức kiểm soát khác nhau ở 3 nhóm có mức FeNO khác nhau theo ATS được trình bày ở biểu đồ 1. Khi $\text{FeNO} > 50$ ppb, đa số bệnh nhân có hen không kiểm soát (46%) còn khi $\text{FeNO} < 25$ ppb thì đa số bệnh nhân có hen kiểm soát (64%).

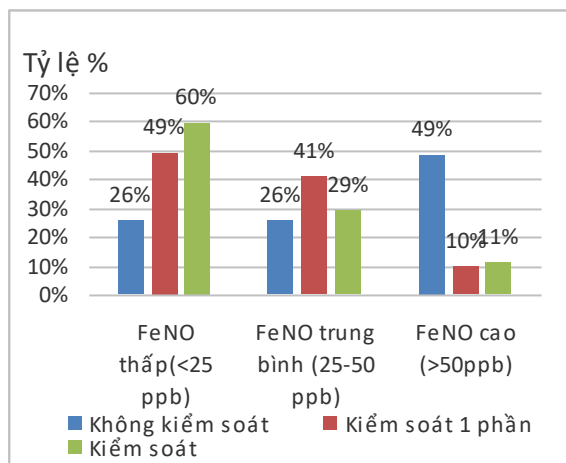
Về giá trị tiên đoán hen “không kiểm soát” hay “kiểm soát” theo GINA của FeNO được mô tả ở hình 1. Hình 1A mô tả diện tích dưới đường cong ROC của FeNO trong tiên đoán hen “không kiểm soát” theo GINA là 0,730 (95% CI: 0,637-0,823; $p < 0,001$). Với điểm cắt FeNO > 50 ppb thì chỉ số youden cao nhất là 0,401 và FeNO có thể phát hiện được hen “không kiểm soát” với độ nhạy là 51% và độ đặc hiệu là 89%, LR (+) và LR (-) lần lượt là 4,61 và 0,54. Điểm cắt này trùng với giá trị FeNO cao của ATS ($\text{FeNO} > 50$ ppb).² Hình 1B mô tả diện tích dưới đường cong ROC của FeNO trong tiên đoán hen “kiểm soát” theo GINA là 0,601 (95% CI: 0,534-0,668; $p = 0,004$). Với điểm cắt là FeNO < 25 thì chỉ số youden cao nhất là 0,186 và như vậy FeNO có thể phát hiện hen “kiểm soát” với độ nhạy là 59% và độ đặc hiệu là 60%, giá trị LR (+) và LR (-) lần lượt là 1,5 và 0,7. Điểm cắt này có giá trị chẩn đoán tuy thấp nhưng cũng trùng với mức thấp theo ATS ($\text{FeNO} < 25$ ppb).² Nhìn chung, các kết quả này cho thấy dù điểm cắt để xác định hen đã kiểm soát của chúng tôi giống ATS nhưng giá trị tiên đoán còn rất thấp.

Bảng 1: Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu chia theo các mức kiểm soát hen khác nhau theo GINA

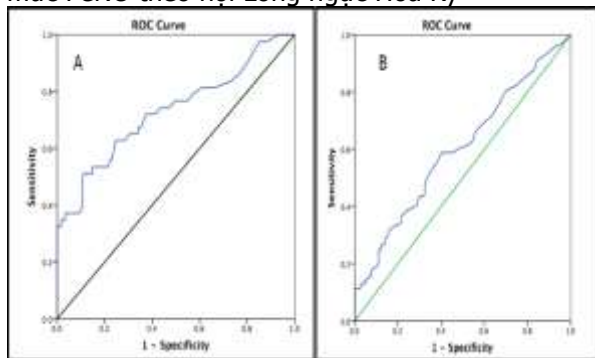
Đặc điểm	Kiểm soát hen theo GINA				p
	Chung n=278 (100%)	Không kiểm soát n=43, (15,5%)	Kiểm soát một phần n=81 (29,1%)	Kiểm soát n=154 (55,4%)	
Tuổi(năm),trung bình $\pm$ SD	43,5 $\pm$ 13,3	42,4 $\pm$ 14,2	46,2 $\pm$ 13,2	42,4 $\pm$ 12,9	0,095
Nữ giới, n (%)	188 (67,6)	28 (65,1)	57 (70,4)	103 (66,9)	0,802
Cân nặng (Kg), trung bình $\pm$ SD	57,4 $\pm$ 9,3	59,2 $\pm$ 8,4	57,7 $\pm$ 9,7	56,7 $\pm$ 9,3	0,292
Chiều cao (cm), trung bình $\pm$ SD	158,6 $\pm$ 7,5	158,4 $\pm$ 8,4	158,5 $\pm$ 7,6	158,7 $\pm$ 7,2	0,961
BMI (kg/m ²), trung bình $\pm$ SD	22,8 $\pm$ 3,3	23,6 $\pm$ 3,2	22,9 $\pm$ 3,3	22,5 $\pm$ 3,2	0,112
Thời gian mắc bệnh hen (năm), trung bình $\pm$ SD	10,0 $\pm$ 14,7	13,1 $\pm$ 17,5	7,8 $\pm$ 12,4	10,2 $\pm$ 14,9	0,155

Có triệu chứng hen, n (%)	185 (66,5)	42 (97,7)	69 (85,2)	74 (48,1)	<0,001*
Có hút thuốc lá, n (%)	23 (8,3)	7 (16,3)	4 (4,9)	12 (7,8)	0,088
Có gia đình dị ứng, n (%)	67 (24,1)	14 (32,6)	14 (17,3)	39 (25,3)	0,145
Bản thân có dị ứng, n (%)	226 (81,3)	39 (90,7)	67 (82,7)	120 (77,9)	0,153
Có hội chứng tắc nghẽn, n (%)	44 (15,8)	15 (34,9)	16 (19,8)	13 (8,4)	<0,001*
FeNO, trung bình $\pm$ SD	30,6 $\pm$ 24,4	56,0 $\pm$ 39,7	26,4 $\pm$ 15,8	25,7 $\pm$ 17,4	<0,001*
LogFeNO, trung bình $\pm$ SD	1,37 $\pm$ 0,36	1,62 $\pm$ 0,36	1,34 $\pm$ 0,28	1,31 $\pm$ 0,29	<0,001*

Ghi chú: SD: độ lệch chuẩn, *: Có ý nghĩa thống kê, %: được tính theo cột



Biểu đồ 1: Tỷ lệ phân bố bệnh nhân hen có các mức kiểm soát khác nhau tương ứng với 3 mức FeNO theo hội Lồng ngực Hoa Kỳ



Hình 1: Diện tích dưới đường cong ROC của FeNO trong tiên đoán

A) hen "không kiểm soát" theo GINA và B) hen "kiểm soát" theo GINA

IV. BÀN LUẬN

Mức FeNO trung bình trong 278 bệnh nhân hen đang được điều trị trong nghiên cứu này là 30,6 ppb, mức FeNO này hoàn toàn tương tự như trong một vài nghiên cứu khác như nghiên cứu tại Thổ Nhĩ Kỳ (31,8 ppb) (cùng là máy Niox Mino), nghiên cứu khác tại Mỹ (31,5 ppb) hay nghiên cứu tại Nepal năm 2017 (31 ppb).³ Như vậy, dù đang được điều trị (chủ yếu bằng

corticoid hít (ICS) đơn thuần hay phối hợp với thuốc dẫn phế quản tác dụng kéo dài (LABA) như trong nghiên cứu này) thì tình trạng FeNO của bệnh nhân vẫn còn rất cao so với người bình thường (15,7 ppb⁴). Số trung bình này cũng nằm trong giới hạn ghi nhận được từ nhiều nghiên cứu theo tổng kết của ATS (hen kiểm soát có FeNO từ 22 đến 44 ppb).²

Về khác biệt mức độ FeNO trung bình giữa 3 nhóm có mức kiểm soát hen theo GINA khác nhau thì nhiều nghiên cứu đã ghi nhận có sự khác biệt này như trình bày ở bảng 2. Trong bảng này, FeNO khác biệt giữa các nhóm có mức kiểm soát khác nhau trong hầu hết các nghiên cứu. Tuy nhiên, mối liên quan giữa FeNO với mức kiểm soát hen có thể tồn tại ở nhóm bệnh nhân chưa điều trị mà không tồn tại ở nhóm đang được điều trị như trong nghiên cứu của Visitsunthorn tại Thái Lan.⁵ Nghiên cứu của Gutiérrez cũng ghi nhận mặc dù FeNO tăng dần khi mức kiểm soát hen kém nhưng sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê.⁶ Nhìn bảng 3, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi rất tương đồng với kết quả của Kavitha vừa mới thực hiện năm 2017 tại Ấn Độ.⁷

Bảng 2: Mức FeNO trung bình giữa các nhóm có mức kiểm soát hen khác nhau theo GINA ở một vài nghiên cứu

Tác giả, năm nghiên cứu	Cỡ mẫu	Kiểm soát 1 phần	Kiểm soát 1 phần	Không kiểm soát	p
Gutiérrez, 2010 ⁶	441	33,4	35,4	40,5	p=0,171
Visitsunthorn, 2013 ⁵	20 (chưa trị với ICS)	31,8	34,1	92,0	p* < 0,05
	94 (điều trị với ICS)	19,2	24,9	39,2	p = 0,24
Kavitha, 2017 ⁷	151	25,5	35	40	p* < 0,001
Nghiên cứu này, 2017	278	25,7	26,4	56,0	p* < 0,001

Ghi chú: *: Có ý nghĩa thống kê,

Không có nhiều nghiên cứu xác định điểm cắt của FeNO để đánh giá tình trạng hen đã được kiểm soát hay không kiểm soát. Các nghiên cứu chủ yếu tìm kiếm điểm cắt để xác định hen không kiểm soát theo GINA dao động từ 30 đến 45 ppb với độ nhạy khoảng 67%, độ đặc hiệu khoảng 66% và giá trị tiên đoán dương khoảng 85-88%. Trong xác định hen không kiểm soát, điểm cắt chúng tôi xác định được là >50 ppb tương ứng với mức FeNO cao của hội Lồng ngực Hoa Kỳ và có độ đặc hiệu là 89% rất cao so với các nghiên cứu khác có lẽ do điểm cắt cao hơn.⁷ Điều này cũng dễ hiểu vì điểm cắt FeNO càng cao thì khả năng tiên đoán sai (dương tính giả) thấp nên độ đặc hiệu cao. Điểm cắt để xác định hen đã kiểm soát khó hơn vì nhiều nghiên cứu cho thấy khi hen đã ổn định (được kiểm soát) thì FeNO dao động từ 22 đến 44 ppb.² So sánh tính giá trị của 2 điểm cắt và việc lợi ích của độ đặc hiệu cao giúp chẩn đoán xác định tốt hơn trong lâm sàng, chúng ta thấy FeNO có giá trị trong thực hành chủ yếu để phát hiện hen không kiểm soát.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức FeNO có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ kiểm soát hen theo tiêu chuẩn GINA. Điểm cắt để xác định hen kiểm soát theo GINA là < 25 ppb và điểm cắt để xác định hen không kiểm soát là >50 ppb. Hai giá trị điểm cắt này phù hợp với xếp loại FeNO thấp (25 ppb) và cao (50 ppb) của

ATS. FeNO có thể tiên đoán hen “không kiểm soát” (khi FeNO >50 ppb) với độ đặc hiệu tốt (89%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global-Initiative-for-Asthma.** Global Strategy For Asthma Management And Prevention (GINA), updated 2017. 2017; Available from: www.ginasthma.org. Accessed September 5, 2017.
2. **Dweik RA, Boggs PB, Erzurum SC,** et al. An official ATS clinical practice guideline: interpretation of exhaled nitric oxide levels (FENO) for clinical applications. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;184(5):602-615.
3. **Shrestha SK, Shrestha S, Sharma L,** Pant S, Neopane A. Comparison of fractional exhaled nitric oxide levels in chronic obstructive pulmonary disease, bronchial asthma and healthy subjects of Nepal. *J Breath Res*. 2017.
4. **Vinh NN, Ngoc TV, Ba NTT.** Levels of fractional exhaled nitric oxide (FeNO) in asthma-copd overlap (ACO) patients compared with those in COPD patients and in healthy persons in Viet Nam. *Respirology*. 2017;22:245-245.
5. **Visitsunthorn N, Prottasan P,** Jirapongsananuruk O, Maneechotesuwan K. Is fractional exhaled nitric oxide (FeNO) associated with asthma control in children? *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2014;32(3):218-225.
6. **Alvarez-Gutierrez FJ, Medina-Gallardo JF, Perez-Navarro P,** et al. [Comparison of the Asthma Control Test (ACT) with lung function, levels of exhaled nitric oxide and control according to the Global Initiative for Asthma (GINA)]. *Archivos de bronconeumologia*. 2010;46(7):370-377.
7. **Kavitha V, Mohan A, Madan K, Hadda V, Khilnani GC,** Guleria R. Fractional exhaled nitric oxide is a useful adjunctive modality for monitoring bronchial asthma. *Lung India*. 2017;34(2):132-137.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI XÃ QUỲNH THANH, HUYỆN QUỲNH LƯU, TỈNH NGHỆ AN

Phạm Thị Dung¹, Hoàng Đình Tùng², Phạm Thị Tĩnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi xã Quỳnh Thanh, huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An năm 2017. **Phương pháp:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả:** 415 trẻ tham gia nghiên cứu, trong đó tỷ lệ trẻ nam là 52,1%, tỷ lệ trẻ

nữ là 47,9%. Tỷ lệ SDD cân nặng/ tuổi, chiều cao/ tuổi và cân nặng/chiều cao là 18,8%, 30,1% và 5,1%. SDD trẻ em dưới 5 tuổi ở những hộ nghèo (52,9%) cao gấp 5,5 lần so với hộ không nghèo; trẻ bị tiêu chảy, viêm phổi bị SDD (51,4%) cao gấp 4,2 lần so với trẻ không bị bệnh (20%). Bà mẹ có trình độ học vấn THCS trở xuống có con bị SDD chiếm 53,5% cao gấp 1,47 lần so với bà mẹ có học vấn trên THCS. Bà mẹ thiếu kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ thì con bị SDD chiếm 52,9% cao hơn gấp 4,6 con của các bà mẹ đủ kiến thức (19,7%). Bà mẹ thiếu kiến thức thực hành dinh dưỡng cho trẻ thì con bị SDD chiếm 44,1% cao hơn gấp 3,3 lần so với con của bà mẹ có kiến thức thực hành dinh dưỡng tốt (19,5%), đều có ý nghĩa thống kê với p (<0,05). **Kết luận:** Có 05 yếu tố nguy cơ của tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Quỳnh Thanh, huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An: Trẻ ở những hộ nghèo, trẻ bị tiêu chảy, viêm phổi,

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Trung tâm dân số và kế hoạch hóa gia đình huyện Quỳnh Lưu, Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Dung

Email: dungpt@tbmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2017

Ngày duyệt bài: 29.01.2017

học vấn của bà mẹ từ THCS trở xuống, trẻ có bà mẹ không đạt về kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ và trẻ có bà mẹ thiếu kiến thức thực hành dinh dưỡng thì tỷ lệ trẻ bị SDD cao hơn với $OR > 1$ và $p < 0,05$.

Từ khóa: suy dinh dưỡng, trẻ dưới 5 tuổi.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO THE NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN UNDER 5 YEARS IN QUYNH THANH COMMUNE, QUYNH LUU DISTRICT, NGHE AN PROVINCE

Objectives: Describe some factors related to malnutrition among children under 5 in Quynh Thanh commune, Quynh Luu district, Nghe An province in 2017. **Methods:** The epidemiological method described through the cross-sectional investigation. **Results:** 415 children participated in the study, the percentage of boys was 52,1%, and girls was 47,9%. The percentage of weight / age, height / age and weight / height malnutrition were 18,8%, 30,1% and 5,1% respectively. Malnutrition among under-five children in the poor households (52,9%) was 5.5 times higher than that of non-poor households; Children with diarrhea, pneumonia accompanied by malnutrition (51,4%) were 4,2 times higher than those without disease (20%). Mothers with lower secondary education were malnourished, accounting for 53,5%, 1,47 times higher than mothers with lower secondary education. With mothers lacking knowledge and practicing child care, the percentage of children with malnutrition were 52,9% higher than those with mothers with knowledge (19,7%). Mothers who lack nutritional knowledge to practice nutrition for their children are 44,1% more likely to be malnourished than those who have good nutritional knowledge (19,5%). All of them were statistically significant with $p < 0,05$. **Conclusion:** There are 05 risk factors for malnutrition in children under 5 years old in Quynh Thanh commune, Quynh Luu district, Nghe An province: Children living in poor households, children with diarrhea, pneumonia, mother's education from lower secondary school to midwifery, the proportion of children with malnutrition was higher with $OR > 1$ and higher $p < 0,05$.

Key word: Malnutrition; Children under five.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vấn đề dinh dưỡng luôn được quan tâm hàng đầu ở tất cả các nước trên thế giới. Chế độ dinh dưỡng quyết định sự phát triển của cả cuộc đời một con người, hay nói rộng ra là vấn đề của cả giống nòi hay một dân tộc [1]. Suy dinh dưỡng gắn liền với nghèo đói, bệnh tật và thiếu kiến thức về dinh dưỡng. Tình trạng dinh dưỡng liên quan chặt chẽ đến các yếu tố kinh tế, văn hoá, xã hội, môi trường sống và dịch vụ y tế. Một trong những nguyên nhân của tình trạng trên là sai lầm trong nuôi dưỡng. Chính vì vậy, thay đổi hành vi nuôi dưỡng trẻ nhỏ là can thiệp thiết yếu của chương trình phòng chống SDD ở nước ta.

Ở nước ta mặc dù trong những năm qua đã có nhiều nỗ lực trong việc phòng chống SDD, tỉ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi ở nước ta đã giảm một cách đáng kể [5]. Tuy nhiên ở nước ta tỉ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi vẫn còn cao so với các nước trong khu vực. Quỳnh Lưu là một huyện đông dân của tỉnh Nghệ An, trong đó có 26.308 trẻ em dưới 5 tuổi (2016). Tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi là (14,3%) nhưng có một số xã có tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi trên 20%, các xã đó đều là xã vùng giáo, biển, xa trung tâm. Nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan để cải thiện tình trạng SDD ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi xã Quỳnh Thanh, huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa bàn nghiên cứu: Là trẻ em dưới 5 tuổi; Bà mẹ có con dưới 5 tuổi; Bà mẹ và người chăm sóc trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu tại xã Quỳnh Thanh huyện Quỳnh Lưu tỉnh Nghệ An.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2017 đến tháng 6/2017

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu:

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng: Toàn bộ trẻ em dưới 5 tuổi (415 trẻ).

- Đánh giá về kiến thức, thực hành của bà mẹ về chăm sóc trẻ:

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

Thay vào công thức ta tính cỡ mẫu tối thiểu là $n = 92$. Thực tế, chúng tôi đã chọn 100 bà mẹ tham gia nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu:

- Toàn 415 trẻ dưới 5 tuổi đủ tiêu chuẩn nghiên cứu
- Bà mẹ: Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Từ danh sách 415 trẻ lập danh sách được 378 bà mẹ. Lấy khoảng cách $k=3$, lấy ngẫu nhiên 1 trong 3 bà mẹ đầu tiên danh sách được bà mẹ thứ nhất, bà mẹ thứ 2 là bà mẹ có số thứ tự trong danh sách bằng số thứ tự của bà mẹ đầu tiên + 3, cứ tiếp tục như vậy cho đến cuối danh sách để có được 100 bà mẹ.

Phương pháp thu thập số liệu

- Cân nặng: cân trẻ bằng cân đồng hồ có độ chính xác là 100 gram, trọng lượng tối đa là 25kg.

- Kỹ thuật đo chiều cao đứng.

- Kỹ thuật đo chiều dài nằm: Áp dụng cho trẻ ≤ 24 tháng tuổi.

- Xác định tuổi trẻ em theo dương lịch của Viện Dinh dưỡng, dựa trên khuyến cáo của WHO năm 2006, tính tuổi theo tháng.

- Phòng vấn bà mẹ bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

Các chỉ số, biến số nghiên cứu

- Thông tin chung về trẻ: tuổi, giới, cân nặng sơ sinh, thứ con của trẻ,....

- Đánh giá suy dinh dưỡng: Đánh giá mức độ SDD theo WHO. Dùng 3 chỉ tiêu: Cân nặng/tuổi (CN/T), chiều cao/tuổi (CC/T) và cân nặng/chiều cao (CN/CC) theo quần thể tham chiếu của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã được áp dụng ở Việt Nam từ năm 2006.

+Suy dinh dưỡng cân nặng theo tuổi (CN/T):

Mức độ	Ngưỡng phân loại
Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân mức độ vừa	Dưới -2SD đến $\geq$ -3SD
Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân mức độ nặng	Dưới -3SD
Bình thường	-2SD đến +2SD

+Suy dinh dưỡng chiều cao theo tuổi (CC/T):

Mức độ	Ngưỡng phân loại
Bình thường	- 2 SD trở lên
Suy dinh dưỡng thể thấp còi mức độ vừa	Dưới -2SD đến - 3SD
Suy dinh dưỡng thể thấp còi mức độ nặng	Dưới -3SD

+ Suy dinh dưỡng cân nặng theo chiều cao (CN/CC):

Mức độ	Ngưỡng phân loại
Suy dinh dưỡng thể gầy còm mức độ vừa (độ I)	Dưới -2SD đến $\geq$ -3SD
Suy dinh dưỡng thể gầy còm mức độ nặng	Dưới -3SD
Bình thường	-2SD đến +2SD
Thừa cân/Béo phì	Trên +2SD

- Kiến thức, thực hành của bà mẹ về chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ

- Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi xã Quỳnh Thanh, huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An năm 2016.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm EPI data để nhập số liệu. Đánh giá tình trạng SDD của trẻ bằng phần mềm WHO Anthro 2006. Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 13.0.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Liên quan về điều kiện kinh tế của gia đình với tình trạng SDD của trẻ

Kinh tế	n	Có SDD		OR (95% CI)	p
		Tần số	Tỷ lệ %		
Hộ nghèo	17	9	52,9	5,54 (1,8-16,9)	<0,05
Không nghèo	83	14	16,8		

Nhận xét: Kết quả cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điều kiện kinh tế gia đình với tình trạng SDD trẻ em. Trẻ em trong gia đình thuộc diện hộ nghèo có nguy cơ SDD trẻ em cao gấp hơn 5,54 lần so với những đứa trẻ trong gia đình không thuộc hộ nghèo ($p < 0,05$).

Bảng 2. Liên quan giữa tình hình bệnh tật (tiêu chảy, NKHHCT) với tình trạng SDD của trẻ

Tình trạng bệnh tật	n	Có SDD		OR (95% CI)	p
		Tần số	Tỷ lệ %		
Có bị bệnh	35	18	51,4	4,24 (1,7-10,4)	<0,05
Không bị bệnh	65	13	20,0		

Nhận xét: Kết quả trên cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng mắc bệnh (tiêu chảy, NKHHCT) trong vòng hai tuần gần đây với tình trạng SDD. Những đứa trẻ bị bệnh trong 2 tuần gần đây có nguy cơ SDD gấp 4,24 lần những đứa trẻ không bị bệnh ($p < 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa KT chăm sóc trẻ của BM với tình trạng SDD của trẻ

Kiến thức của bà mẹ	n	Có SDD		OR (95% CI)	p
		Tần số	Tỷ lệ %		
Không đạt	34	18	52,9	4,59 (1,8-11,4)	<0,01
Đạt	66	13	19,7		

Nhận xét: Kết quả cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức của bà mẹ trong việc chăm sóc trẻ đạt với tình trạng SDD ở trẻ em. Trẻ em của các bà mẹ có kiến thức không đạt có nguy cơ SDD gấp 4,59 lần trẻ của các bà mẹ có kiến thức đạt ($p < 0,01$).

Bảng 4. Liên quan giữa trình độ học vấn của bà mẹ với tình trạng SDD của trẻ

Trình độ học vấn	n	Có SDD		OR (95% CI)	p
		Tần số	Tỷ lệ %		
THCS trở xuống	43	23	53,5	1,47 (1,1-7,2)	<0,05
Trên THCS	57	25	43,8		

Nhận xét: Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa trình độ học vấn của bà mẹ trong việc chăm sóc trẻ với tỷ lệ SDD trẻ em, có ý nghĩa thống kê. Con của các bà mẹ có trình độ học vấn càng cao thì có tỷ lệ SDD càng giảm.

Bảng 5. Mối liên quan giữa thực hành dinh dưỡng của bà mẹ với tình trạng SDD của trẻ.

Thực hành của bà mẹ	n	Có SDD		OR (95% CI)	p
		Tần số	Tỷ lệ %		
Không đạt	59	26	44,1	3,3 (1,29-8,22)	<0,05
Đạt	41	8	19,5		

Nhận xét: Kết quả cho thấy có mối liên

quan, có ý nghĩa thống kê giữa thực hành của bà mẹ trong việc chăm sóc trẻ với tình trạng SDD trẻ em. Con của các bà mẹ không đạt yêu cầu về thực hành dinh dưỡng có nguy cơ SDD tăng gấp 3,3 lần so với con của những bà mẹ đạt yêu cầu về thực hành.

IV. BÀN LUẬN

Một trong những yếu tố không thể thiếu liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi là kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ của các bà mẹ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thực hành chung về chăm sóc trẻ của các bà mẹ có sự khác biệt rất lớn. Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa kiến thức của bà mẹ trong việc chăm sóc trẻ với tỷ lệ SDD trẻ em, có ý nghĩa thống kê. Con của các bà mẹ không đạt yêu cầu về kiến thức thì có tỷ lệ SDD tăng gấp hơn hai lần so với con của những bà mẹ đạt yêu cầu về kiến thức. Tỷ lệ bà mẹ có thực hành đạt yêu cầu ở nhóm SDD là 19,5%, nhóm không SDD là 80,5%. Trẻ là con của những bà mẹ không đạt yêu cầu về thực hành chăm sóc trẻ có tỷ lệ SDD cao hơn hai lần so với những trẻ là con của bà mẹ có thực hành đạt yêu cầu. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Lương Tuấn Dũng và Lê Thị Hương [2],[3].

Trẻ mắc các bệnh nhiễm khuẩn thì tỉ lệ suy dinh dưỡng càng cao 51,4% đối với trẻ mắc bệnh, 20% đối với trẻ không bị bệnh. Điều này nói lên yếu tố bệnh tật có vai trò quan trọng đối với suy dinh dưỡng. Bệnh tật được coi là một trong hai nguyên nhân trực tiếp gây SDD ở trẻ em. Năm 1995, ở các nước đang phát triển có 55% trẻ em tử vong do các bệnh nhiễm trùng có liên quan đến suy dinh dưỡng, dẫn đầu là bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (19%), tiêu chảy (19%), sỏi (7%). Nhiễm trùng làm tăng sự hao hụt các chất dinh dưỡng, trẻ biếng ăn và ăn với số lượng ít hơn do giảm ngon miệng. Các nghiên cứu ước tính rằng nhiễm trùng ảnh hưởng đến 30% sự giảm chiều cao ở trẻ em. Nhiễm khuẩn dễ đưa đến SDD do rối loạn tiêu hoá và ngược lại SDD dễ dẫn tới nhiễm khuẩn do đề kháng giảm. Do đó, tỷ lệ SDD có thể dao động theo mùa và thường cao trong những mùa có các bệnh nhiễm khuẩn lưu hành ở mức cao.

Tiêu chảy là nguyên nhân quan trọng gây thiếu dinh dưỡng, nhưng ngược lại thiếu dinh dưỡng cũng ảnh hưởng tới tiêu chảy. Ở những trẻ bị SDD do thiếu ăn thì những đợt tiêu chảy kéo dài cũng thường gặp hơn, kéo dài và thường xuyên hơn, tiêu chảy kéo dài cũng thường gặp hơn và cũng xảy ra nặng hơn. Nguy cơ tử vong do tiêu chảy kéo dài tăng lên rõ rệt khi trẻ đã bị

SDD. SDD làm giảm sức đề kháng của cơ thể do đó tăng nguy cơ bị các bệnh nhiễm khuẩn, trong đó có nhiễm khuẩn đường tiêu hóa. SDD làm tuyến tụy và các tuyến tiêu hóa ở niêm mạc ruột non bị teo đét dẫn tới giảm hệ thống men gây rối loạn nghiêm trọng quá trình tiêu hóa và hấp thụ các chất dinh dưỡng, vì vậy không nên kiêng khem cho trẻ trong khi bị tiêu chảy và đặc biệt chăm sóc nuôi dưỡng tốt cho trẻ cũng sẽ hạn chế tối đa trẻ bị mắc nhiễm trùng đường tiêu hóa.

Hiểu biết kiến thức nuôi trẻ của các bà mẹ càng cao thì trẻ càng ít bị suy dinh dưỡng và ngược lại, vì qua nghiên cứu thấy rằng 52,9% trẻ suy dinh dưỡng có nguyên nhân do bà mẹ thiếu kiến thức nuôi trẻ so với 19,7% số bà mẹ có kiến thức nuôi trẻ. Trình độ học vấn của bà mẹ càng cao thì trẻ càng ít bị suy dinh dưỡng và ngược lại, vì qua nghiên cứu thấy rằng 60 % trẻ suy dinh dưỡng ở bà mẹ có trình độ học vấn tiểu học so với 33% số bà mẹ có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên. Theo tổng kết của Viện nghiên cứu Chiến lược và Chính sách Dinh dưỡng Quốc tế cho thấy học vấn của người phụ nữ tác động 43% đối với suy dinh dưỡng, trong khi an ninh thực phẩm tác động 26,1% đối với suy dinh dưỡng điều này nói lên yếu tố về dinh dưỡng, cách chăm sóc, kiến thức ngày càng đóng vai trò quan trọng đối với suy dinh dưỡng.

Thực hành dinh dưỡng của bà mẹ trong việc chăm sóc trẻ đạt yêu cầu có ý nghĩa quan trọng đối với tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ em. Kết quả nghiên cứu cho thấy con của các bà mẹ đạt về thực hành dinh dưỡng thì tỉ lệ suy dinh dưỡng của trẻ thấp hơn nhiều so với các bà mẹ không đạt về thực hành dinh dưỡng (19,5% so với 44,1%) qua đó cho thấy con các bà mẹ không đạt yêu cầu về thực hành dinh dưỡng có nguy cơ bị suy dinh dưỡng gấp 3,25 lần so với các bà mẹ đạt yêu cầu về thực hành dinh dưỡng.

Mặt khác, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tình trạng SDD trẻ em còn chịu ảnh hưởng của các yếu tố như điều kiện kinh tế của gia đình, tình hình mắc bệnh tiêu chảy, NKHHCT trong vòng hai tuần trước thời điểm khảo sát. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như một số kết quả nghiên cứu khác. Như vậy, chúng ta thấy cần phải có một hệ thống thống nhất và kết hợp nhiều giải pháp mới như tăng cường phát triển kinh tế gia đình, xóa đói giảm nghèo, thực hiện kế hoạch hoá gia đình và đặc biệt cần đẩy mạnh công tác truyền thông giáo dục nhằm nâng cao kiến thức, thay đổi hành vi cho các bà mẹ đang nuôi con nhỏ nói riêng và phụ nữ có thai, phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ nói chung góp phần hạ tỷ lệ

SDD trẻ em ở Quỳnh Thanh một cách có hiệu quả và thành công.

V. KẾT LUẬN

Có 05 yếu tố nguy cơ của tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Quỳnh Thanh, huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An: Trẻ ở những hộ nghèo, trẻ bị tiêu chảy, viêm phổi, học vấn của bà mẹ từ THCS trở xuống, trẻ có bà mẹ không đạt về kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ và trẻ có bà mẹ thiếu kiến thức thực hành dinh dưỡng thì tỷ lệ trẻ bị SDD cao hơn với $OR > 1$ và $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn đến năm 2030, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Lương Tuấn Dũng và Phạm Văn Phú (2012), "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 5 tuổi tại hai xã Hùng Mỹ, Xuân Quang, huyện Chiêm Hóa- Tuyên Quang", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 70(5), pp. 12-16.
3. Lê Thị Hương và Nguyễn Anh Vũ (2011), "Tình trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em < 5 tuổi vùng đồng bào dân tộc Mường của huyện Yên Thủy, tỉnh Hòa Bình", *Tạp chí Y học thực hành*, 6(786).
4. Nguyễn Thị Hoài Thương, Lê Hồng Phượng và Lê Thị Hương (2015), "Kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ của bà mẹ và tình trạng dinh dưỡng của trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Văn Chấn, tỉnh Yên Bái năm 2013", *Tạp chí Y học Dự phòng*, 6(166)(5), pp. 495-500.
5. Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2016), "Tỷ lệ Suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi theo các mức độ, theo vùng sinh thái 2016".

TỶ LỆ KÉM ĐÁP ỨNG VỚI CLOPIDOGREL Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Hoàng Văn Sỹ*, Nguyễn Lê Hoàng Phụng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng vành cấp là bệnh nặng, diễn tiến phức tạp, nhiều biến chứng nguy hiểm cho người bệnh. Liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép đóng vai trò thiết yếu trong điều trị hội chứng vành cấp và trong thủ thuật can thiệp mạch vành qua da. Mặc dù có hai loại thuốc kháng kết tập tiểu cầu phối hợp, biến cố tim mạch vẫn xảy ra trên những đối tượng sử dụng Clopidogrel. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ kém đáp ứng với Clopidogrel nhằm tối ưu việc điều trị bệnh nhân hội chứng vành cấp. **Phương pháp:** Cắt ngang mô tả có phân tích. **Kết quả:** 98 bệnh nhân bị hội chứng mạch vành cấp được can thiệp đặt stent mạch vành và điều trị kháng kết tập tiểu cầu kép – aspirin và clopidogrel. Trong số này, có 18 bệnh nhân kém đáp ứng với clopidogrel, chiếm tỉ lệ 18,4%. **Kết luận:** Tỷ lệ kém đáp ứng với clopidogrel ở bệnh nhân hội chứng vành cấp 18,4%.

Từ khóa: Clopidogrel, Hội chứng vành cấp, kém đáp ứng với clopidogrel

SUMMARY

DUAL-RESPONSE TO CLOPIDOGREL IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Introduction: The acute coronary syndrome (ACS) is a serious disease with dangerous complications. Dual platelet aggregation therapy plays an essential role in the management of acute coronary syndrome and in percutaneous coronary intervention.

Although there are two antiplatelet combinations, cardiovascular events still occur in subjects using clopidogrel. **Objectives:** To determine the incidence of poor response to clopidogrel to optimize the treatment of patients with acute coronary syndrome. **Method:** Cross-sectional descriptive analysis. **Results:** 98 patients with ACS enrolled in study and implanted coronary artery stenting and dual anti-platelet aggregation therapy - aspirin and clopidogrel. Of these, 18 had a poor response to clopidogrel, accounting for 18.4%. **Conclusion:** The prevalence of poor response to clopidogrel in patients with acute coronary syndrome was 18.4%.

Key words: Clopidogrel, Acute coronary syndrome, poor response to clopidogrel.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng hội chứng mạch vành cấp vẫn là bệnh nặng, diễn tiến phức tạp, có nhiều biến chứng nguy hiểm luôn đe dọa tính mạng người bệnh, vì thế tỉ lệ tử vong vẫn còn cao. Liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép đóng vai trò thiết yếu trong điều trị hội chứng mạch vành (HCMV) cấp và trong thủ thuật can thiệp mạch vành qua da. Trên thực hành lâm sàng, clopidogrel vẫn được sử dụng nhiều nhất ở bệnh nhân hội chứng vành cấp vì lý do chi phí cũng như biến cố xuất huyết thấp so các thuốc khác. Mặc dù, đã có tới hai loại thuốc chống kết tập kết hợp với nhau, nhưng những biến cố thiếu máu cơ tim cục bộ vẫn xảy ra. Từ đó, khái niệm kém đáp ứng với clopidogrel đã được quan tâm. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về lĩnh vực này,

*Đại học Y Dược, TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ
Email: hoangvansy@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 23.01.2018
Ngày duyệt bài: 30.01.2018

nhưng ở Việt Nam hiện còn rất ít nghiên cứu. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ kém đáp ứng với clopidogrel ở bệnh nhân hội chứng vành cấp để tối ưu hơn trong việc điều trị bệnh nhân hội chứng vành cấp. *Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ kém đáp ứng với clopidogrel ở bệnh nhân hội chứng vành cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế: cắt ngang mô tả có phân tích.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp nhập viện tại khoa Tim Mạch Can Thiệp Bệnh Viện Chợ Rẫy từ tháng 12/2016 đến tháng 06/2017.

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân nhập vào khoa Tim Mạch Can Thiệp Bệnh Viện Chợ Rẫy:

Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, nhồi máu cơ tim cấp ST không chênh lên, hoặc đau thắt ngực không ổn định nguy cơ trung bình hoặc cao; Được can thiệp đặt stent mạch vành.

Tiêu chuẩn loại trừ gồm: Phụ nữ có thai; dung tích hồng cầu < 28% hoặc ≥ 50%; hemoglobin ≤ 10 g/dL hoặc ≥ 16 g/dL; số lượng tiểu cầu dưới 100.000 G/L hay > 500.000 G/L; bệnh thận mạn với eGFR < 15ml/phút/1,73m² da hoặc bệnh nhân đang lọc máu; xơ gan; bệnh tâm thần; bệnh nhân đang dùng hoặc ít nhất 3 tuần gần đây có sử dụng thuốc kháng viêm không steroid để điều trị bất kỳ bệnh lý khác, hoặc thuốc ức chế thụ thể GP IIb/IIIa, hoặc kháng vitamin K; đang sử dụng nhóm thuốc ức chế bơm proton (ngoại trừ pantoprazol và rabeprazol).

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu liên tiếp thuận tiện.

Quy trình thực hiện nghiên cứu: Lựa chọn vào nghiên cứu những bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ: Được sử dụng liệu pháp kháng tiểu cầu kép với liều nạp aspirin 325mg, liều duy trì là 81 mg mỗi ngày, và clopidogrel với liều nạp 600 mg, liều duy trì 75 mg lần/ngày. Lấy máu xét nghiệm PFA- P2Y để định lượng mức độ ức chế tiểu cầu trong khoảng thời gian từ 24 giờ sau sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu kép đến tối đa 48 giờ sau can thiệp đặt stent mạch vành. Mẫu bệnh phẩm được gửi đến phòng xét nghiệm trong vòng 4 giờ kể từ khi lấy máu. Máy xét nghiệm chức năng tiểu cầu PFA- 100 hiệu SIEMENS với màng lọc PFA INNOVACE P2Y cho đánh giá hiệu quả ức chế tiểu cầu của clopidogrel. Kém đáp ứng với clopidogrel khi kết quả P2Y < 106 giây.

Xử lý thống kê: Các số liệu được xử lý bằng SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, các biến

định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm. Kiểm định các yếu tố liên quan đến kém đáp ứng clopidogrel bằng phép kiểm chi bình phương. Ngưỡng ý nghĩa thống kê là p<0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại khoa tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 12/2016 đến tháng 06/2017, tổng cộng có 98 trường hợp được đưa vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Đặc tính	N=98
Giới nam, n(%)	27 (27,5)
Tuổi ≥ 65, n(%)	51 (52,0)
Thừa cân và béo phì, n(%)	45 (44,9)
Hút thuốc là, n(%)	48 (49,0)
Tăng huyết áp, n(%)	67 (68,4)
Đái tháo đường, n(%)	15 (15,3)
Rối loạn lipid máu, n(%)	43 (43,8)
Suy tim, n(%)	32 (2,7)
Tiền căn nhồi máu cơ tim, n(%)	27 (27,6)
Tiền căn đặt stent, n(%)	19 (19,4)

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu:

Đặc tính	N=98
Tần số tim, lần/phút	78,5 ± 14,8
Huyết áp tâm thu, mmHg	108,9 ± 22,9
Huyết áp tâm trương, mmHg	67,7 ± 12,3
Phân độ Killip I, n(%)	79 (80,6)
Phân độ Killip II, n(%)	7 (7,1)
Phân độ Killip III, n(%)	8 (8,2)
Phân độ Killip IV, n(%)	4 (4,1)
Nhồi máu cơ tim ST chênh lên, n(%)	50 (51)
Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, n(%)	36 (36,7)
Đau thắt ngực không ổn định, n(%)	12 (12,2)
Nguy cơ trung bình (GRACE 109-140 điểm), n(%)	29 (29,5)
Nguy cơ cao (GRACE > 140 điểm), n(%)	69 (70,5)

Bảng 3. Đặc điểm phân suất tổng máu của mẫu nghiên cứu:

Mức độ	N=98
Giảm ≤ 40 %, n(%)	22 (22,4)
Giới hạn 41-49 %, n(%)	32 (32,7)
Bình thường ≥ 50 %, n(%)	44 (44,9)

Bảng 4. Đặc điểm các thuốc điều trị bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp

Các thuốc điều trị	N=98
Kháng tiểu cầu kép ASA + Clopidogrel, n(%)	98 (100)
Kháng đông, n(%)	95 (96,9)
UCMC/ thụ thể AT1, n(%)	95 (96,9)
Ức chế thụ thể beta, n(%)	82 (83,7)
Statin, n(%)	98 (100)

Chẹn kênh canxi, n(%)	2 (2)
Nitrat, n(%)	71 (72,4)
Lợi tiểu, n(%)	30 (30,1)
NorAdrenalin/Adrenalin, n(%)	6 (6,1)
Dobutamin, n(%)	7 (7,1)

Trong 98 bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp, có 18 trường hợp (18,4%) xét nghiệm P2Y cho kết quả < 106 giây, dù bệnh nhân đã được điều trị thuốc kháng kết tập tiểu cầu kép (aspirin và clopidogrel) theo đúng phác đồ, các trường hợp này gọi là kém đáp ứng với clopidogrel (Bảng 5).

Bảng 5. Tỷ lệ đáp ứng và kém đáp ứng với clopidogrel:

Đáp ứng với clopidogrel	N=98
Đáp ứng bình thường, n(%)	80 (81,6)
Kém đáp ứng, n(%)	18 (18,4)

IV. BÀN LUẬN

Đề kháng hay kém đáp ứng với clopidogrel là một thuật ngữ về mặt dược động học. Sự thay đổi trên dược động học được xác định bằng các xét nghiệm đánh giá chức năng tiểu cầu. Những nghiên cứu sử dụng phương pháp truyền quang (LTA: light transmittance aggregometry), sử dụng adenosine diphosphate, cho thấy sự kết dính tiểu cầu <10% so với mức nền được định nghĩa là "đề kháng". Thuật ngữ đề kháng clopidogrel vẫn chưa có sự thống nhất hay chưa phù hợp, và thường được diễn giải sang không đáp ứng hay kém đáp ứng với clopidogrel [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thuật ngữ kém đáp ứng với clopidogrel.

Hiện nay có nhiều chứng cứ cho thấy chính đặc điểm chuyển hóa của clopidogrel đóng vai trò then chốt trong cơ chế đề kháng với thuốc [4]. Bản thân clopidogrel không có hoạt tính kháng tiểu cầu. Sau khi được hấp thu ở ruột, khoảng 85% lượng thuốc hấp thu được chuyển hóa bởi các men esterase thành những chất không có hoạt tính và 15% được chuyển hóa bởi hệ men cytochrome P-450 thành chất có hoạt tính ức chế thụ thể P2Y₁₂ trên bề mặt tiểu cầu. Men chủ yếu trong hệ cytochrome P-450 biến clopidogrel thành chất có hoạt tính kháng tiểu cầu là men CYP2C19. Có nhiều allele khác nhau mã hóa sự tổng hợp men CYP2C19. Trong số này có một allele mang tên *CYP2C19*2* mã hóa sự tổng hợp men CYP2C19 khiếm khuyết chức năng chuyển hóa clopidogrel. Sau khi uống clopidogrel, người mang allele *CYP2C19*2* có nồng độ trong huyết tương của chất chuyển hóa có hoạt tính của clopidogrel thấp hơn so với người không mang gen này [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, áp dụng màng lọc PFA INNOVANCE P2Y để nhận biết hiện

tượng đáp ứng bình thường và hiện tượng kém đáp ứng kém với thuốc clopidogrel [3]. Phương pháp này không những chuyên biệt cho clopidogrel mà còn cho những thuốc tác động lên thụ thể P2Y₁₂ như prasugrel hay ticagrelor thay cho phương pháp cũ trước đây sử dụng màng lọc ADP không đặc hiệu. Chúng tôi chọn điểm cắt 106 giây theo nghiên cứu của Jürgen Kössler và cộng sự [3]. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ kém đáp ứng là 18,4% (N = 18). Cùng đối tượng được can thiệp mạch vành qua da, với liều thuốc tương tự và điểm cắt 106 giây, kết quả nghiên cứu của Jürgen Kössler và cộng sự, cũng có kết quả tương tự 16% [3]. Trong nghiên cứu của Jürgen Kössler và cộng sự [3], tác giả cho thấy ở những điểm cắt khác nhau sẽ có tỉ lệ đề kháng khác nhau. Nếu lấy điểm cắt là 106 thì tỉ lệ này là 16%, cũng cùng đối tượng trên nếu lấy điểm cắt là 200 thì tỉ lệ này tăng lên 24%.

Nghiên cứu của LinWang và cộng sự [7], trên 154 bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp được can thiệp mạch vành qua da cho thấy tỉ lệ kém đáp ứng với clopidogrel là 20,78%, cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu này, xét nghiệm đánh giá chức năng tiểu cầu được thực hiện sau 12 giờ sau can thiệp, chính sự khác biệt trong thời gian thực hiện đánh giá chức năng tiểu cầu cũng làm tăng tỉ lệ kém đáp ứng với thuốc. Hơn nữa trong nghiên cứu trên, để đánh giá chức năng tiểu cầu tác giả dùng phương pháp truyền quang (LTA- Light transmittance aggregometry). Tuy nhiên, phương pháp này khó thực hiện vì đòi hỏi kỹ thuật và phương tiện phức tạp hơn, nên thực sự ít được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng.

Nghiên cứu của Hồ Tấn Thịnh [2], trên 174 bệnh nhân bệnh mạch vành, cho thấy tỉ lệ kháng clopidogrel là 26,4%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của tác giả, xét nghiệm PFA- P2Y được thực hiện tại thời điểm nhập viện, khác với nghiên cứu của chúng tôi xét nghiệm được thực hiện tối thiểu 24 giờ sau khi sử dụng liệu pháp chống kết tập tiểu cầu kép. Về mặt lâm sàng tỉ lệ các bệnh lý đi kèm kèm theo trong nghiên cứu của Hồ Tấn Thịnh khá cao, nguyên nhân này có thể làm tăng hoạt hóa tiểu cầu.

Điều này, cho thấy tỉ lệ kém đáp ứng với thuốc phụ thuộc vào điểm cắt thích hợp, liều thuốc được sử dụng trong mỗi nghiên cứu, và thời gian thực hiện đánh giá chức năng tiểu cầu. Tuy nhiên, nguyên nhân quan trọng nhất ảnh hưởng đến tỉ lệ này chính là nguyên nhân di truyền, bệnh nhân có allele *CYP2C19*2* hay *CYP2C19*3* có tỉ lệ hoạt hóa tiểu cầu cao hơn khi

điều trị clopidogrel cũng như có những biến cố thiếu máu cục bộ cơ tim khi dùng các clopidogrel [4],[5]. Nhưng để đánh giá về mặt di truyền, cần có những xét nghiệm cao cấp hơn, do hạn chế về thời gian cũng như điều kiện về tài lực nên chúng tôi không thực hiện được đánh giá di truyền trên những đối tượng này.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ kém đáp ứng với thuốc clopidogrel ở bệnh nhân hội chứng vành cấp có can thiệp đặt stent mạch vành là 18,4 %, tỉ lệ kém đáp ứng với thuốc phụ thuộc vào điểm cắt thích hợp, liều thuốc được sử dụng trong mỗi nghiên cứu, và thời gian thực hiện đánh giá chức năng tiểu cầu.

Tuy nhiên, nguyên nhân quan trọng nhất ảnh hưởng đến tỉ lệ này chính là nguyên nhân di truyền, bệnh nhân có allele CYP2C19*2 hay CYP2C19*3 có tỉ lệ hoạt hóa tiểu cầu cao hơn khi điều trị clopidogrel cũng như có những biến cố thiếu máu cục bộ cơ tim khi dùng các clopidogrel sau này[6]. Nhưng để đánh giá về mặt di truyền, cần có những xét nghiệm cao cấp hơn, do hạn chế về thời gian cũng như điều kiện về tài lực nên chúng tôi không thực hiện được đánh giá di

truyền trên những đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Huỳnh Quang Trí. (2010).** Đề kháng Clopidogrel cơ chế và xử trí. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. Tháng 6, tr. 9 -15.
2. **Hồ Tấn Thịnh. (2012).** Nghiên cứu đáp ứng tiểu cầu bằng test chức năng tiểu cầu trong điều trị bệnh mạch vành. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y được TP. Hồ Chí Minh.
3. **Koessler, J., Ehrenschrwender, M., et al. (2012).** Evaluation of the new INNOVANCE(R) PFA P2Y cartridge in patients with impaired primary haemostasis. *Platelets*, 23 (8), 571-578.
4. **Nguyen, T. A., Diodati, J. G., et al. (2005).** Resistance to clopidogrel: a review of the evidence. *J Am Coll Cardiol*, 45(8), 1157-1164.
5. **Sibbing, D., Byrne, R. A., et al. (2011).** High platelet reactivity and clinical outcome – fact and fiction. *Thromb Haemost*, 106(2), 191-202.
6. **Tantry, U. S., Bliden, K. P., et al. (2005).** Resistance to antiplatelet drugs: current status and future research. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 6(12), 2027-2045.
7. **Wang, L., Wang, X., et al. (2010).** Clopidogrel Resistance is Associated with Long-Term Thrombotic Events in Patients Implanted with Drug-Eluting Stents. *Drugs in R&D*, 10(4), 219-224.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ XỬ TRÍ VÀ PHÒNG BỆNH TIÊU CHẢY CẤP CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY CẤP TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG THÁNG 11/ 2017

Lê Văn Thêm*, và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thực hành và phân tích các yếu tố liên quan về xử trí và phòng chống bệnh tiêu chảy cấp của bà mẹ có con dưới 5 tuổi điều trị tiêu chảy cấp tại Bệnh viện Nhi Hải Dương tháng 11 năm 2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 285 trẻ bị tiêu chảy cấp. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ nam bị bệnh tiêu chảy cấp cao hơn trẻ nữ. Tỷ lệ trẻ mắc bệnh tiêu chảy cấp cao nhất ở nhóm tuổi từ 6 tháng - 24 tháng. Đa số bà mẹ có con bị tiêu chảy cấp ở độ tuổi từ 21 đến 30. **Kiến thức của bà mẹ có** 51,9% bà mẹ có kiến thức đúng về thời gian bắt đầu bú sau đẻ. Có 56,5% bà mẹ có kiến thức đúng về thời gian cai sữa tốt nhất, 71,2% bà mẹ có kiến thức đúng về thời gian bắt đầu ăn dặm tốt nhất. Có 67,7% bà mẹ có kiến thức đúng và đủ về bệnh tiêu chảy biết tác dụng của dung dịch ORS và biết cách pha ORS. **Thực hành của bà mẹ:** 58,6% bà mẹ có con bị tiêu chảy

đã bù dịch sớm cho trẻ và có 67,7% bà mẹ trong số đó bù dịch bằng dung dịch ORS. Đa số các bà mẹ thực hành 94% bà mẹ thực hành bú đúng khi trẻ bị tiêu chảy, 93,3% bà mẹ thực hành uống đúng khi trẻ bị tiêu chảy, 89,8% bà mẹ thực hành ăn đúng khi trẻ bị tiêu chảy cấp.

SUMMARY

THE KNOWLEDGE AND PRACTICE OF THE HANDLING AND PREVENTION OF ACUTE DIARRHEA OF MOTHERS HAVING CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD TREATMENT AT HAI DUONG PEDIATRICS HOSPITAL IN NOVEMBER 2017

Purpose: To describe the knowledge, practice and analysis of related factors in the handling and prevention of acute diarrhea of mothers having children under 5 years old treatment at Hai Duong Pediatrics Hospital in November 2017. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 285 infants with acute diarrhea. **Results:** The percentage of boys with diarrhea was higher than girls. The prevalence of diarrhea was highest in the age group of 6 - 24 months. Most mothers having children with diarrhea was in the age of 21-30 years. 51.9% of mothers had correct knowledge about the

*Trường đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2018

Ngày duyệt bài: 31.01.2018

timing of initiation of breastfeeding. 56.5% of mothers had the best knowledge about best weaning time. 71.2% of mothers had the best knowledge about time to start eating. 67.7% of mothers had correct and adequate knowledge about diarrhea and knew the effect of ORS solution as well as how to make ORS. 58.6% of mothers having children with diarrhea had early compensated a solution for their child wherein 67.7% using ORS. The right breastfeeding, feeding, and drinking ways for children with diarrhea were 94%, 93.3%, and 89.8%, respectively.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ em là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng đã và đang được quan tâm. Bệnh có tỷ lệ mắc cao và tỷ lệ tử vong tương đối cao, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây suy dinh dưỡng cho trẻ em. Việt Nam là một trong những quốc gia đang phát triển, bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ em vẫn còn khá phổ biến, trung bình mắc 2,2 lượt/trẻ/năm. Tử vong do bệnh tiêu chảy khoảng 6,5 trường hợp/1000 trẻ dưới 5 tuổi/năm[4].

Hải Dương là một tỉnh đồng bằng sông Hồng nằm giữa khu tam giác kinh tế lớn phía bắc gồm: Hà Nội - Hải Phòng - Quảng Ninh. Bệnh viện Nhi Hải Dương là bệnh viện chuyên khoa Nhi đầu ngành của tỉnh trong 3 tháng có 8000 lượt bệnh nhi đến khám và điều trị, trong đó gần 9% mắc bệnh tiêu chảy [5], chính vì số bệnh nhi cao như vậy nên việc theo dõi và chăm sóc ban đầu của các bà mẹ là hết sức quan trọng góp phần lớn vào hiệu quả điều trị bệnh. Bà mẹ là người đầu tiên và trực tiếp chăm sóc trẻ khi trẻ bắt đầu bị tiêu chảy tại nhà cũng như tại bệnh viện do đó kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ bị tiêu chảy của bà mẹ là rất quan trọng, việc giáo dục sức khỏe cho người mẹ về chăm sóc trẻ bị tiêu chảy là rất cần thiết, nó không chỉ mang lại hiệu quả cho quá trình điều trị mà còn giúp cho bà mẹ chăm sóc con tại nhà tốt hơn. Đồng thời bà mẹ cũng có thể yên tâm tự chăm sóc và theo dõi trẻ khi chưa cần đưa trẻ đến cơ sở y tế góp phần giảm chi phí cho gia đình, xã hội và giảm tải cho bệnh viện. Từ thực tiễn trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu sau: *Mô tả kiến thức, thực hành về xử trí và phòng chống bệnh tiêu chảy cấp của bà mẹ có con dưới 5 tuổi điều trị tiêu chảy cấp tại Bệnh viện Nhi Hải Dương tháng 11 năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ bà mẹ có con dưới 5 tuổi bị tiêu chảy cấp điều trị tại Bệnh viện Nhi Hải Dương tháng 11 năm 2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.3. Phương pháp thu thập thông tin

- Phát phiếu phỏng vấn các bà mẹ có con dưới 5 tuổi bị TCC điều trị tại Bệnh viện Nhi Hải Dương thông qua bộ câu hỏi được thiết kế sẵn phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

- Bệnh nhi đủ điều kiện nghiên cứu được các bác sĩ khám và ghi các thông tin thu thập được của từng bệnh nhân vào mẫu phiếu nghiên cứu.

2.4 Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu được làm sạch, mã hoá, phân tích và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của trẻ dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp

Bảng 3.1. Phân bố tỷ lệ trẻ mắc tiêu chảy cấp theo giới tính, nơi ở

Địa điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	168
	Nữ	117
Nơi ở	Thành thị	68
	Nông thôn	217

Nhận xét: Tỷ lệ tiêu chảy cấp ở trẻ nam (58,9%) nhiều hơn trẻ nữ (41,1%). Tỷ lệ trẻ sống ở nông thôn (76,1%) nhiều hơn thành thị (23,9%).

Bảng 3.2. Phân bố tỷ lệ trẻ mắc tiêu chảy cấp theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tần số	Tỷ lệ (%)
< 6 tháng	81	28,4
6 đến < 12 tháng	60	21,1
12 đến < 24 tháng	126	44,2
24 đến < 60 tháng	18	6,3
Tổng	285	100

Nhận xét: Đa số trẻ bị tiêu chảy tập trung ở nhóm tuổi dưới 24 tháng tuổi chiếm tỷ lệ 93,7%, trong đó nhóm 12 tháng đến dưới 24 tháng tuổi chiếm tỷ lệ 44,2%.

Bảng 3.3. Phân bố tỷ lệ trẻ mắc tiêu chảy cấp theo nhóm tuổi của bà mẹ

Nhóm tuổi	Tần số	Tỷ lệ (%)
< hoặc = 20	17	6,0
21 đến 30	200	70,2
31 đến 40	58	20,4
>40	10	3,5
Tổng số	285	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bà mẹ chủ yếu tập trung trong nhóm từ 21-30 tuổi chiếm 70,2%, nhóm từ 31 đến 40 chiếm 20,4%. Các bà mẹ có trình độ học vấn THCS và THPT tương đương chiếm 85,3%, các bà mẹ có trình độ học vấn trên THPT cũng chiếm một tỷ lệ 14,4%, các bà mẹ có trình độ tiểu học chiếm tỷ lệ rất nhỏ 0,4%.

3.2. Kiến thức, thực hành về xử trí bệnh tiêu chảy cấp của bà mẹ

3.2.1. Kiến thức về bệnh tiêu chảy cấp của bà mẹ

Bảng 3.4. Kiến thức của bà mẹ về nhận biết tiêu chảy cấp

Kiến thức của bà mẹ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đúng	193	67,7
Sai	78	27,4
Không biết	14	4,9
Tổng số	285	100

Nhận xét: Đa số các bà mẹ (67,7%) nhận biết đầy đủ về các dấu hiệu của bệnh tiêu chảy ở trẻ em.

Bảng 3.5. Kiến thức của bà mẹ về dinh dưỡng cho trẻ

Kiến thức của bà mẹ		Tần số	Tỷ lệ (%)
Thời gian bắt đầu bú sau đẻ tốt nhất	30 phút	148	51,9
	30 phút–12 giờ	114	40,0
	>12 giờ	23	8,1
Thời gian cai sữa tốt nhất	< 18 tháng	87	30,5
	18–24tháng	161	56,5
	>24 tháng	37	13,0
Thời gian bắt đầu ăn dặm tốt nhất	<4 tháng	19	6,7
	4-6 tháng	203	71,2
	>6 tháng	63	22,1

Nhận xét: Tỷ lệ bà mẹ cho trẻ bú sớm trong 30 phút sau đẻ là 51,9%, số bà mẹ cho rằng nên cho trẻ bú muộn sau sinh chiếm 48,1%. Có 30,5% trẻ cai sữa sớm trước 18 tháng tuổi chiếm, 13,0% trẻ cai sữa sau 24 tháng tuổi. Tỷ lệ bà mẹ cho trẻ bắt đầu ăn dặm 4-6 tháng tuổi chiếm 71,2%.

Bảng 3.6. Kiến thức của bà mẹ về nhận biết dấu hiệu mất nước

Kiến thức của bà mẹ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Biết đủ	168	58,9
Không đủ	93	32,6
Không biết	24	8,4
Tổng số	285	100

Nhận xét: Đa số các bà mẹ (58,9%) nhận biết đầy đủ về các dấu hiệu mất nước của bệnh tiêu chảy ở trẻ em.

Bảng 3.7. Kiến thức của bà mẹ về cách cho bú khi trẻ bị tiêu chảy

Kiến thức của bà mẹ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tạm ngưng cho bú	3	1,0
Cho bú ít đi	17	6,0
Cho bú bình thường	143	50,2
Cho bú nhiều lên	122	42,8
Tổng số	285	100

Nhận xét: Tỷ lệ bà mẹ cho rằng khi trẻ bị tiêu chảy thì tạm ngưng cho trẻ bú và cho trẻ bú ít hơn bình thường chiếm 7,0%, tỷ lệ bà mẹ cho trẻ bú bình thường và cho bú nhiều hơn bình thường là 93%.

Bảng 3.8. Kiến thức của bà mẹ về cách cho trẻ uống nước khi trẻ bị tiêu chảy

Kiến thức của bà mẹ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không cho uống	1	0,3

Cho uống ít đi	17	6,0
Cho uống bình thường	81	28,4
Cho uống nhiều lên	186	65,3
Tổng số	285	100

Nhận xét: Khi trẻ bị tiêu chảy thì đa số bà mẹ cho trẻ uống nước bình thường hoặc cho trẻ uống nhiều hơn bình thường chiếm 93,7%.

Bảng 3.9. Kiến thức của bà mẹ về cách cho trẻ ăn khi trẻ tiêu chảy

Kiến thức của bà mẹ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cho ăn ít đi	28	9,8
Cho ăn bình thường	215	75,4
Cho ăn nhiều lên	42	14,8
Tổng số	285	100

Nhận xét: Khi trẻ bị tiêu chảy phần lớn các bà mẹ cho trẻ ăn bình thường hoặc cho ăn nhiều hơn bình thường chiếm 90,2%. Có 67,7% các bà mẹ có kiến thức cho trẻ uống dung dịch ORS khi trẻ bị tiêu chảy, 11,6% các bà mẹ cho trẻ uống nước đun sôi để nguội, 6,7% bà mẹ cho trẻ uống nước gạo rang và 14% bà mẹ cho trẻ uống nước cháo muối.

Bảng 3.10. Kiến thức của bà mẹ cho trẻ ăn thêm khi trẻ khỏi bệnh

Kiến thức của bà mẹ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Ăn tăng mỗi ngày một bữa	209	73,3
Không cho trẻ ăn thêm	76	26,7
Tổng số	285	100

Nhận xét: Có tới 73,3% bà mẹ cho trẻ ăn thêm mỗi ngày một bữa trong vòng 2 tuần sau khi trẻ khỏi bệnh, 26,7% bà mẹ không cho trẻ ăn thêm.

Bảng 3.11. Kiến thức của bà mẹ về gói ORS

Kiến thức của bà mẹ	Đúng		Sai	
	N	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Biết tác dụng của dung dịch ORS	248	87,0	37	13,0
Biết pha ORS	204	71,6	81	28,4

Nhận xét: Có 87,0% bà mẹ biết tác dụng của dung dịch ORS, 71,6% bà mẹ biết cách pha ORS, 28,4% bà mẹ không biết cách pha ORS.

Bảng 3.12. Kiến thức của bà mẹ về thời gian bảo quản dung dịch ORS

Kiến thức của bà mẹ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Dùng trong 24 giờ	148	51,9
Dùng > 24 giờ	100	35,1
Không biết	37	13
Tổng số	285	100

Nhận xét: Có 51,9% các bà mẹ có kiến thức đúng về thời gian bảo quản dung dịch ORS trong 24 giờ, 35,1% bà mẹ cho rằng dùng trên 24 giờ, 13% bà mẹ không biết thời gian bảo quản dung dịch ORS.

Bảng 3.13. Kiến thức của bà mẹ về hậu quả của bệnh tiêu chảy đối với trẻ em

Kiến thức của bà mẹ	Tần số	Tỷ lệ (%)
---------------------	--------	-----------

Gây suy dinh dưỡng	164	57,5
Mất nước gây tử vong	89	31,2
Không biết	32	11,3
Tổng số	285	100

Nhận xét: Có 57,5% bà mẹ cho là bệnh tiêu chảy gây suy dinh dưỡng ở trẻ em, 31,2% bà mẹ cho là tiêu chảy ở trẻ em có thể gây tử vong, và 11,3% bà mẹ không biết hậu quả của bệnh tiêu chảy. Có 19,3% bà mẹ cho rằng nên dùng thuốc kháng sinh khi trẻ bị tiêu chảy, 31,6% bà mẹ dùng thuốc cầm tiêu chảy, 6,7% bà mẹ dùng thuốc nam và có 42,5% bà mẹ không cho trẻ dùng thuốc khi trẻ bị tiêu chảy.

3.3. Kiến thức, thực hành về phòng chống bệnh tiêu chảy cấp của bà mẹ

Bảng 3.14. Kiến thức của bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ

Kiến thức của bà mẹ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đạt	186	65,3
Chưa đạt	99	34,7
Tổng số	285	100

Nhận xét: 65,3% bà mẹ có kiến thức về phòng tiêu chảy cho trẻ đạt yêu cầu, 34,7% bà mẹ có kiến thức phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ chưa đạt.

3.4. Thực hành của bà mẹ khi trẻ bị tiêu chảy

Bảng 3.15. Thời gian bù dịch và loại dịch bù cho trẻ bị tiêu chảy

Thực hành của bà mẹ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Bù dịch	Sớm	167
	Muộn	118
Loại dịch	ORS	193
	Khác	92

Nhận xét: 58,6% bà mẹ đã bù dịch sớm cho trẻ khi trẻ bị tiêu chảy, 67,7% các bà mẹ đã bù dịch cho trẻ bằng dung dịch ORS khi trẻ bị tiêu chảy.

Bảng 3.16. Thực hành chăm sóc của bà mẹ khi trẻ bị tiêu chảy theo từng tiêu chí

Thực hành của bà mẹ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Cho trẻ bú (*)	Đúng	251
	Sai	16
Cho trẻ uống	Đúng	266
	Sai	19
Cho trẻ ăn	Đúng	256
	Sai	29

(*) Tính trên tổng số trẻ còn bú sữa mẹ

Nhận xét: Khi trẻ bị tiêu chảy có 94% bà mẹ cho trẻ bú đúng, 93,3% bà mẹ cho trẻ uống đúng và 89,8% bà mẹ cho trẻ ăn đúng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức của bà mẹ về chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ: Nghiên cứu thấy có 51.9% bà mẹ cho trẻ bú ngay sau khi sinh nhưng có tới 40.0% bà mẹ không cho trẻ bú ngay sau khi sinh và chỉ cho trẻ bú sau sinh từ 30 phút - 12 giờ và

còn có 8,1% bà mẹ cho trẻ bú ngoài 12 giờ sau khi sinh. Tỷ lệ này của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng về tỷ lệ trẻ được bú mẹ là 48.1% so với 49.3% [5].

Một tỷ lệ đáng kể trẻ có chế độ ăn chưa hợp lý không phù hợp với lứa tuổi tuy có tới 93.3% bà mẹ cho rằng thời điểm ăn sam tốt nhất của trẻ là trên 4 tháng, điều này có nghĩa là 88% bà mẹ có kiến thức đúng về cho trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 4 tháng đầu, trong đó 71.2% bà mẹ cho rằng nên cho trẻ ăn sam từ 4 đến 6 tháng tuổi kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng tại bệnh viện nhi Hải Dương năm 2013 là 82.2% [5].

Kiến thức của bà mẹ về thời gian cai sữa tốt nhất thì có một tỷ lệ khá cao bà mẹ cho rằng nên cai sữa trước 18 tháng tuổi 30.5% và có 56.5% bà mẹ cho rằng thời điểm cai sữa tốt nhất là từ 18 đến 24 tháng tuổi, kết quả của chúng tôi tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng tại bệnh viện nhi Hải Dương năm 2013 là 52% [5].

4.2 Kiến thức của các bà mẹ về bệnh tiêu chảy:

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.6 có 67.7% bà mẹ có khái niệm đúng về tiêu chảy tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng tại bệnh viện nhi Hải Dương năm 2013 là 68.7% [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 42,8% các bà mẹ biết nên cho trẻ bú nhiều hơn, có 50,2% bà mẹ cho con bú bình thường khi trẻ bị tiêu chảy, nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng tại bệnh viện nhi Hải Dương năm 2013 là 92.6% [5].

Kết quả nghiên cứu của có 71,6% bà mẹ biết cách pha dung dịch ORS, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng năm 2013 tại bệnh viện Nhi Hải Dương 69,8% [5].

4.3 Thực hành của bà mẹ về bệnh tiêu chảy:

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 285 bà mẹ có con bị tiêu chảy được phỏng vấn về thực hành chăm sóc trẻ tiêu chảy thì có 58,6% bà mẹ bù dịch sớm ngay khi trẻ bị tiêu chảy dù chưa có dấu hiệu mất nước, bù dịch sớm và bù đủ cho trẻ là hết sức cần thiết, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng tại bệnh viện nhi Hải Dương năm 2013 là 63,5% [5]. Khi hỏi các bà mẹ về loại dịch nên cho trẻ tiêu chảy uống thì có 67,7% các bà mẹ có kiến thức cho trẻ uống ORS và đã chọn dung dịch ORS cho trẻ uống. Điều này cho thấy có sự tương đồng giữa kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng tại bệnh viện nhi Hải Dương năm 2013 là 74.6% [5].

Hầu hết các bà mẹ thực hành đúng khi cho trẻ bú, cho trẻ uống và cho trẻ ăn (94%; 93,3%; 89,8) kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Hùng năm 2013 tại bệnh viện Nhi Hải Dương thực hành cho trẻ bú đúng (77%), cho trẻ uống đúng (83,7%) và cho trẻ ăn đúng (68,9%) [5], chứng tỏ kiến thức và thực hành của bà mẹ cải thiện tốt trong 4 năm qua. Tỷ lệ các bà mẹ pha dung dịch ORS đúng là khá thấp so với kiến thức 62,8% so với 71,6%, các bà mẹ có cách thức cho uống ORS phù hợp là 76,5%. Đây là một tỷ lệ rất cao các bà mẹ thực hành đúng.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm của trẻ dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp

- Tỷ lệ trẻ nam bị bệnh tiêu chảy cấp cao hơn trẻ nữ.
- Tỷ lệ trẻ mắc bệnh tiêu chảy cấp cao nhất ở nhóm tuổi từ 6 tháng - 24 tháng.
- Đa số bà mẹ có con bị tiêu chảy cấp ở độ tuổi từ 21 đến 30.

2. Kiến thức, thực hành của bà mẹ có con bị tiêu chảy

2.1. Kiến thức của bà mẹ

- 51,9% bà mẹ có kiến thức đúng về thời gian bắt đầu bú sau đẻ tốt nhất, 56,5% bà mẹ có kiến thức đúng về thời gian cai sữa tốt nhất, 71,2% bà mẹ có kiến thức đúng về thời gian bắt đầu ăn dặm tốt nhất.
- 67,7% bà mẹ có kiến thức đúng và đủ về bệnh tiêu chảy.
- Đa số bà mẹ biết tác dụng của dung dịch ORS và biết cách pha ORS.

- 65,3% bà mẹ có kiến thức về phòng tiêu chảy cho trẻ đạt yêu cầu,

- Đa số các bà mẹ có kiến thức cho bú, uống, ăn đúng.

2.2. Thực hành của bà mẹ

- 58,6% bà mẹ có con bị tiêu chảy đã bù dịch sớm cho trẻ và có 67,7% bà mẹ trong số đó bù dịch bằng dung dịch ORS.

- Đa số các bà mẹ thực hành 94% bà mẹ thực hành bú đúng khi trẻ bị tiêu chảy, 93,3% bà mẹ thực hành uống đúng khi trẻ bị tiêu chảy, 89,8% bà mẹ thực hành ăn đúng khi trẻ bị tiêu chảy cấp.

- 28,3% bà mẹ cho trẻ dùng thuốc kháng sinh, 39,5% bà mẹ dùng thuốc cầm tiêu chảy khi trẻ bị tiêu chảy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn An, Nguyễn Thị Anh Phương (2008). *Điều dưỡng Nhi khoa, Sách đào tạo cử nhân điều dưỡng*, Nhà xuất bản Y học, Tr 32-33.
2. Bộ lao động thương binh và xã hội (2010), *Ban hành chuẩn hộ nghèo áp dụng cho giai đoạn 2011-2015, Quyết định số 170/2010/QĐ-BLĐTBXH*.
3. Bộ môn dịch tễ học – Trường Đại học Y Hà Nội (2000). *Dịch tễ học các bệnh Truyền nhiễm*, nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr 92.
4. Bộ Y tế (2000). Chương trình chống tiêu chảy quốc gia, *Điều trị tiêu chảy*, Nhà xuất bản Y học.
5. Nguyễn Đức Hùng (2013). *Thực trạng bệnh tiêu chảy cấp ở trẻ dưới 5 tuổi và kiến thức thực hành của bà mẹ tại bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2013*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hải Phòng, tr 33 - 51.
6. UNICEF, Tổng cục thống kê, & Quỹ dân số liên hợp quốc (2011). *Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ 2010-2011 giám sát thực trạng trẻ em và phụ nữ*, Hà Nội, tr 14, 17, 18, 26, 28-32, 34 - 36, 98, 99, 148.
7. WHO, UNICEF và Bộ Y tế Việt Nam (2003). *Hướng dẫn xử trí lồng ghép các bệnh thường gặp ở trẻ em (IMCI)*, Nhà xuất bản Y học.

NGHIÊN CỨU XÁC ĐỊNH NHU CẦU TRUYỀN THÔNG VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN VÀ CHĂM SÓC DINH DƯỠNG CHO TRẺ Ở ĐẮK LẮK, ĐẮK NÔNG VÀ LÂM ĐỒNG

Hà Văn Thúy¹, Đặng Quốc Việt²

TÓM TẮT

¹Vụ Bảo hiểm - Bộ Y tế

²Trung tâm Truyền thông GDSK Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy

Email: hvthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 19.01.2018

Ngày duyệt bài: 26.01.2018

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện thông qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi với 1680 phụ nữ đang nuôi con dưới 5 tuổi tại 7 huyện nghèo của 3 tỉnh Đắk Lắk, Đắk Nông và Lâm Đồng từ tháng 10 đến tháng 12/2017. Khoảng 87,9% phụ nữ nghe hiểu thành thạo tiếng Việt, 90,6% phụ nữ có thể đọc hiểu tiếng Việt. Phụ nữ dân tộc Ê Đê, Mơ Nông và Gia Rai có tỷ lệ đọc hiểu thành thạo tiếng Việt khá cao (76,2%-78,7%), đây là cơ sở tốt cho việc xây dựng tài liệu truyền thông bằng tiếng Việt. Nhu cầu về nội dung truyền thông về LMAT/CSDD cần được cung cấp

hiều nhất là phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ thời kỳ ăn dặm, nuôi con bằng sữa mẹ, dấu hiệu bất thường/nguy hiểm của trẻ sau đẻ, dấu hiệu nguy hiểm của bà mẹ sau sinh. Hình thức truyền thông phù hợp với cộng đồng là nói chuyện sức khỏe, lồng ghép vào các cuộc họp cộng đồng, thăm hộ gia đình, thảo luận nhóm và sau đó là cung cấp tài liệu truyền thông. YTTB/cô đỡ thôn bản được cộng đồng đánh giá cao trong truyền thông LMAT và chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ < 5 tuổi.

SUMMARY

STUDY TO DETERMINE THE NEEDS ON COMMUNICATION ON REPRODUCTIVE HEALTH CARE AND NUTRITION CARE FOR UNDER-5 CHILDREN IN DAK LAK, DAK NONG AND LAM DONG

A cross-sectional descriptive study that was used to interview with 1680 women raising under-5 children in 35 communes in 7 poor districts of 3 Central Highland provinces including Dak Lak, Dak Nong and Lam Dong was conducted from October to December 2017. About 87.9% of women listened to Vietnamese fluently, 90.6% of women could read Vietnamese. This rate was quite high among Ede, Mo Nong and Gia Rai women (76.2% - 78.7%), which is a good basis for the development of IEC materials in Vietnamese. Communication contents of safe motherhood/nutrition for under-5 children that needed to be provided consisted of child malnutrition prevention, child nutrition during the weaning period, breastfeeding, abnormal/dangerous signs of baby postpartum, dangerous signs of mothers after delivery. Communication forms that were appropriate to the community included health talk, integrated into community meetings, family visits, group discussions, and communication materials. Village health workers/village midwives were highly valued in communication on safe motherhood and nutritional care for children <5 years of age.

Keywords: Safe motherhood, reproductive health care, nutrition care for under-5 children, communication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đang phải đối mặt với sự chênh lệch giữa các vùng, miền về các chỉ số sức khỏe bà mẹ, trẻ em, đặc biệt đối với người dân tộc thiểu số vùng miền núi khó khăn. Theo điều tra của Bộ Y tế, tỷ số 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 [1]. Bên cạnh đó, tình trạng dinh dưỡng trẻ em đã được cải thiện nhiều trong những năm qua nhưng tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng thấp còi vẫn còn chiếm 1/4 tổng số trẻ em Việt Nam và đặc biệt tỷ lệ này vẫn còn cao ở nông thôn và các dân tộc ít người. Theo

viện Dinh dưỡng Quốc gia, Tây Nguyên là vùng có tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng cao nhất cả nước [2]. Tỷ lệ này ở Đắk Lắk và Đắk Nông năm 2014 là 32,8% và 33,3% [5]. Trong khi đó, kiến thức và thực hành của phụ nữ về làm mẹ an toàn và chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ dưới 5 tuổi ở khu vực Tây Nguyên còn rất hạn chế [4]. Xuất phát từ thực tế trên, việc tăng cường truyền thông cho người dân, đặc biệt là phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ về làm mẹ an toàn (LMAT) và chăm sóc dinh dưỡng (CSDD) cho trẻ dưới 5 tuổi cần được ưu tiên. Để các hoạt động truyền thông có hiệu quả, việc xác định nhu cầu truyền thông của người dân về các nội dung này là hết sức cần thiết. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm: (1) Mô tả thực trạng tiếp cận thông tin về làm mẹ an toàn và dinh dưỡng cho trẻ dưới 5 tuổi của người dân và (2) Xác định nhu cầu truyền thông về làm mẹ an toàn và dinh dưỡng cho trẻ dưới 5 tuổi của người dân tại 3 tỉnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện thông qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi với 1680 phụ nữ đang nuôi con dưới 5 tuổi tại 7 huyện nghèo của 3 tỉnh Đắk Lắk, Đắk Nông và Lâm Đồng từ tháng 10 đến tháng 12/2017. 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 liền 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.

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

Tổng số 1680 phụ nữ đang nuôi con dưới 5 tuổi tại 3 tỉnh Đắk Lắk, Đắk Nông và Lâm Đồng được phỏng vấn về nhu cầu truyền thông về LMAT và CSDD cho trẻ dưới 5 tuổi.

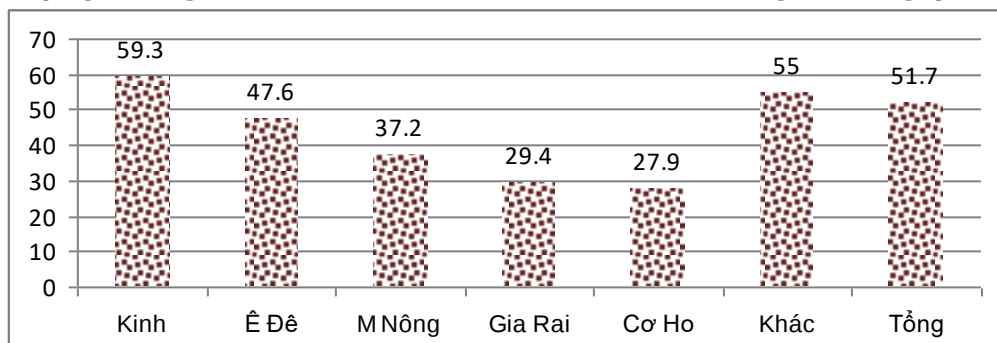
Bảng 1. Tỷ lệ phụ nữ nghe biết về LMAT/CSDD cho trẻ em dưới 5 tuổi qua các hình thức

Thông tin	Kinh	E Đê	M Nông	Gia Rai	Cơ Ho	Khác	Tổng
Đài truyền hình	29.4	15.0	12.2	0.0	8.3	17.2	22.8
Đài phát thanh	21.0	5.0	18.3	0.0	25.0	13.2	18.0

Internet	41.7	12.5	9.2	0.0	8.3	24.5	30.7
Báo in	1.7	2.5	2.3	0.0	8.3	.5	1.6
Thăm hộ gia đình	9.0	7.5	4.6	0.0	8.3	7.4	7.8
Thảo luận nhóm	18.0	37.5	18.3	0.0	0.0	23.0	19.8
Tư vấn sức khỏe tại phòng tư vấn	9.6	.0	4.6	0.0	0.0	8.3	7.9
Nói chuyện sức khỏe	26.2	55.0	42.0	0.0	50.0	27.5	30.4
Tư vấn qua điện thoại	.8	2.5	.8	0.0	0.0	2.0	1.2
Trình diễn/làm mẫu	2.9	2.5	8.4	20.0	16.7	2.0	3.8
Lồng ghép vào cuộc họp cộng đồng	9.4	5.0	6.9	20.0	0.0	15.2	10.1
Đóng kịch/văn nghệ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Cuộc thi tìm hiểu	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Qua tài liệu truyền thông	41.5	77.5	33.6	40.0	50.0	40.7	41.9
Khác	15.1	10.0	15.3	20.0	16.7	16.2	15.2
Không nhớ	0.4	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	0.3
Tổng	477	40	131	5	12	204	869

Hình thức truyền thông có tỷ lệ phụ nữ nghe biết về LMAT/CSDD cho trẻ em dưới 5 tuổi cao nhất là qua tài liệu truyền thông (41,9%), qua internet (30,7%, chủ yếu là người Kinh), qua các cuộc nói chuyện sức khỏe (30,4%), qua đài truyền hình (22,8%), tiếp đến là qua thảo luận nhóm (19,8%), qua đài phát thanh (18%)... Thấp nhất là qua đóng kịch/văn nghệ và cuộc thi tìm hiểu (0%).

3.1. Tiếp cận thông tin về LMAT/CSDD cho trẻ dưới 5 tuổi trong 12 tháng qua



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phụ nữ có tiếp cận thông tin về LMAT/CSDD trong 12 tháng qua theo dân tộc

Trong 12 tháng qua, tỷ lệ phụ nữ có nghe thông tin về LMAT/CSDD cho trẻ em dưới 5 tuổi tính chung là 51,7%. Như vậy, còn gần một nửa số phụ nữ đang nuôi con dưới 5 tuổi được điều tra trong 12 tháng qua không được nghe truyền thông về LMAT/CSDD cho trẻ em dưới 5 tuổi. Tỷ lệ phụ nữ có nghe thông tin về LMAT/CSDD cho trẻ em dưới 5 tuổi cao nhất là phụ nữ người Kinh và Ê đê (53,3% và 47,6%), còn thấp nhất là phụ nữ người Gia Rai và Cơ Ho (29,4% và 27,9%).

3.2. Khả năng nghe hiểu và đọc hiểu thành thạo tiếng Việt và tiếng DTTS của phụ nữ

Khả năng nghe hiểu tiếng Việt của đối tượng phỏng vấn được điều tra viên đánh giá trực tiếp trong quá trình phỏng vấn bằng hỏi. Nếu đối tượng nghe hiểu và trả lời câu hỏi dễ dàng, không cần sự hỗ trợ của người dẫn đường thì được tính là nghe hiểu thành thạo tiếng Việt. Tính chung, có 87,9% phụ nữ nghe hiểu thành thạo tiếng Việt. Ngoại trừ dân tộc Kinh, người Ê Đê, Mơ Nôg có thể nghe hiểu thành thạo tiếng Việt khá tốt (70,2%, 72,4%). Các dân tộc Gia Rai, Cơ Ho thì khả năng nghe hiểu tiếng Việt hạn chế hơn.

Bảng 2. Tỷ lệ phụ nữ đọc hiểu thành thạo các thứ tiếng

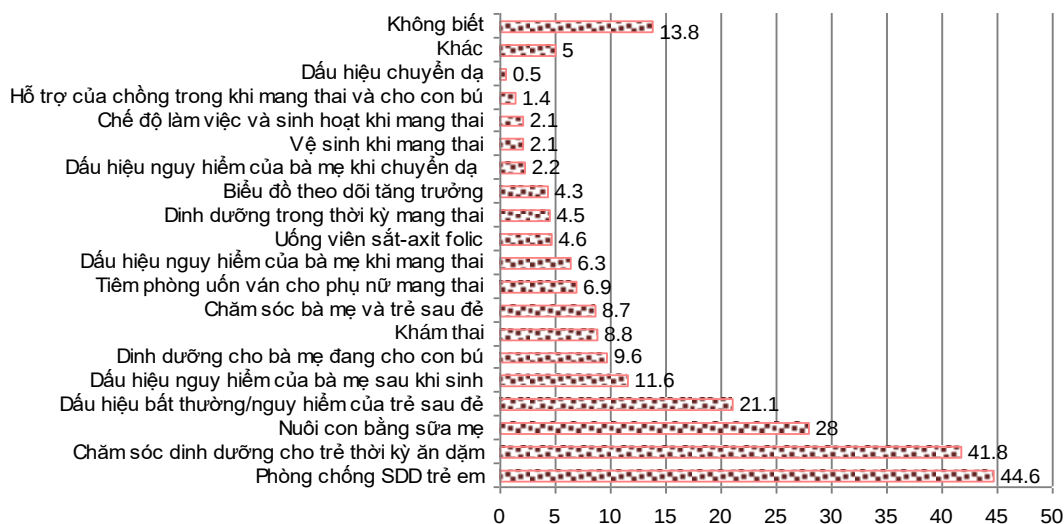
Thông tin	Kinh	Ê Đê	M Nôg	Gia Rai	Cơ Ho	Khác	Tổng
Tiếng Việt	99.9	76.2	78.7	76.5	62.8	89.8	90.6
Tiếng DTTS của người trả lời phỏng vấn	0.0	7.1	8.2	5.9	23.3	5.7	4.1
Không biết đọc	0.1	20.2	18.8	17.6	34.9	8.4	8.2
Tổng	804	84	352	17	43	380	1680

Tính chung, tỷ lệ phụ nữ có thể đọc hiểu thành thạo tiếng Việt khá cao (90,6%). Ngoại trừ dân tộc Kinh, các dân tộc Ê Đê, Mơ Nôg, Gia Rai và nhiều dân tộc khác có khả năng đọc hiểu tiếng Việt khá

tốt (76,2% - 78,7%). Còn 8,2% phụ nữ đang nuôi con dưới 5 tuổi được phỏng vấn không biết đọc, cao nhất là Cơ Ho (34,9%), tiếp đến là Ê đê (20,2%), MNông (18,8%).

3.3. Nhu cầu truyền thông về LMAT/CSDD cho trẻ dưới 5 tuổi

Nhu cầu về nội dung truyền thông



Biểu đồ 3. Nhu cầu của phụ nữ về nội dung truyền thông về LMAT/CSDD cho trẻ dưới 5 tuổi

Theo những phụ nữ có con dưới 5 tuổi được phỏng vấn, nhu cầu về nội dung truyền thông về LMAT/CSDD cần được cung cấp nhiều nhất là phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em (44,6%), tiếp đến là chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ thời kỳ ăn dặm (41,8%), nuôi con bằng sữa mẹ (28%), dấu hiệu bất thường/nguy hiểm của trẻ sau đẻ (21,1%), dấu hiệu nguy hiểm của bà mẹ sau sinh (11,6%),... và thấp nhất là dấu hiệu chuyển dạ (0,5%).

Nhu cầu về các hình thức truyền thông

Bảng 3. Tỷ lệ phụ nữ nói về các hình thức truyền thông phù hợp với bản thân họ

Hình thức truyền thông	Kinh	Ê Đê	M Nông	Gia Rai	Cơ Ho	Khác	Tổng
Thăm hộ gia đình	24.5	11.9	19.9	5.9	11.6	23.7	22.2
Thảo luận nhóm	21.3	20.2	15.9	17.6	9.3	20.5	19.5
Tư vấn sức khỏe tại phòng tư vấn	15.5	2.4	10.8	0.0	9.3	11.3	12.6
Nói chuyện sức khỏe	38.4	33.3	28.7	11.8	51.2	30.7	34.4
Tư vấn qua điện thoại	1.4	0.0	1.1	0.0	0.0	1.3	1.2
Trình diễn/làm mẫu	5.0	1.2	5.7	23.5	4.7	2.4	4.6
Lồng ghép vào cuộc họp cộng đồng	27.0	15.5	25.3	52.9	11.6	25.6	25.6
Đóng kịch/văn nghệ	0.5	1.2	0.0	0.0	0.0	0.3	0.4
Chiếu phim	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Cuộc thi tìm hiểu	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3
Đài truyền hình	4.9	6.0	2.0	0.0	0.0	3.8	3.9
Đài phát thanh	4.1	4.8	3.1	0.0	0.0	3.2	3.6
Internet	8.7	2.4	0.3	0.0	0.0	2.7	4.9
Báo in	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.1
Qua tài liệu truyền thông	14.6	29.8	12.2	5.9	0.0	20.2	15.6
Khác	9.7	8.3	10.5	0.0	23.3	11.9	10.5
Không biết	2.6	9.5	14.8	23.5	9.3	5.9	6.7
Tổng	804	84	352	17	43	380	1680

Có 34,4% số phụ nữ đang nuôi con nhỏ dưới 5 tuổi được phỏng vấn cho rằng hình thức truyền thông phù hợp với họ là nói chuyện sức khỏe, 25,6% cho là lồng ghép vào các cuộc họp cộng đồng, 22,2% cho là thăm hộ gia đình, 19,5% cho là thảo luận nhóm, 15,6% cho là qua tài liệu truyền

thông, 12,6% cho là tư vấn sức khỏe tại phòng tư vấn. Các hình thức truyền thông khác ít phụ nữ cho là phù hợp với mình.

Nhu cầu về các loại tài liệu truyền thông

Bảng 4. Tỷ lệ phụ nữ nói về các tài liệu truyền thông phù hợp với bản thân họ

Thông tin	Kinh	Ê Đê	M Nông	Gia Rai	Cơ Ho	Khác	Tổng
Tờ gấp, tờ rơi	75.7	76.2	72.4	58.8	76.7	80.6	75.9
Áp phích	16.8	3.6	7.7	23.5	2.3	11.9	12.7
Tranh lật	15.0	10.7	11.6	17.6	7.0	14.0	13.7
Phim khoa giáo/câu chuyện truyền hình	4.1	4.8	1.7	23.5	0.0	1.6	3.2
Sách mỏng	23.4	7.1	6.0	5.9	14.0	8.9	15.3
Khẩu hiệu/băng rôn	1.4	0.0	0.6	0.0	2.3	1.1	1.1
Khác	9.5	11.9	12.2	0.0	9.3	9.7	10.1
Không biết	2.0	11.9	13.9	17.6	16.3	6.2	6.5
Tổng	804	84	352	17	43	380	1680

Đa số phụ nữ đang nuôi con dưới 5 ở các nhóm dân tộc được phỏng vấn cho rằng tài liệu truyền thông phù hợp với bản thân họ là tờ rơi (75,9%) và sách mỏng (15,3%). Các tài liệu truyền thông khác như áp phích, tranh lật, phim khoa giáo, khẩu hiệu/băng rôn...ít được chị em đề cập.

Nhu cầu về tổ chức, cá nhân thực hiện truyền thông

Bảng 5. Tỷ lệ phụ nữ nói về những tổ chức, cá nhân làm truyền thông phù hợp với bản thân họ

Thông tin	Kinh	Ê Đê	M Nông	Gia Rai	Cơ Ho	Khác	Tổng
Y tế thôn bản/cô đỡ thôn bản	62.1	69.0	54.8	58.8	51.2	70.4	62.5
CTV dân số	8.0	2.4	3.4	5.9	0.0	9.2	6.7
Hội phụ nữ	9.3	6.0	5.1	17.6	0.0	8.6	8.0
Đoàn thanh niên	0.1	0.0	0.3	0.0	0.0	0.3	0.2
Mặt trận tổ quốc	0.0	1.2	0.0	0.0	0.0	0.5	0.2
Trưởng thôn/già làng	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Khác	49.6	46.4	50.0	29.4	62.8	39.6	47.3
Không biết	1.2	2.4	5.1	11.8	2.3	1.6	2.3
Tổng	804	84	352	17	43	380	1680

Đa số phụ nữ đang nuôi con dưới 5 được phỏng vấn cho rằng YTTB/cô đỡ thôn bản là tổ chức/cá nhân làm truyền thông phù hợp với bản thân họ (62,5%) và còn tốt hơn nếu YTTB là phụ nữ.

Sử dụng ngôn ngữ trong truyền thông về LMAT và chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ

Bảng 6. Tỷ lệ phụ nữ nói thích đọc tài liệu truyền thông bằng loại tiếng phù hợp nhất với họ

Thông tin	Kinh	Ê Đê	M Nông	Gia Rai	Cơ Ho	Khác	Tổng
Tiếng Việt	99.9	75.0	78.4	76.5	62.8	91.1	90.8
Tiếng DTTS của người trả lời phỏng vấn	0.0	9.5	8.2	5.9	4.7	3.5	3.2
Không biết đọc	0.1	15.5	13.4	17.6	32.6	5.4	6.1
Tổng	804	84	352	17	43	380	1680

Đa số phụ nữ DTTS nói thích đọc tài liệu truyền thông bằng tiếng Việt, cao nhất là M'Nông (78,4%), Ê Đê (75%), Gia Rai (76,5%), và thấp nhất là Cơ Ho (62,8%). Tỷ lệ phụ nữ DTTS nói thích đọc tài liệu truyền thông bằng tiếng dân tộc của mình rất thấp (3,2%). Vẫn có khoảng 6,1% phụ nữ không biết đọc, cao nhất ở nhóm Cơ Ho (32,6%).

Như vậy, tỷ lệ phụ nữ có thể đọc hiểu thành thạo tiếng Việt khá cao (90,6%) cùng với tỷ lệ thích đọc tài liệu truyền thông bằng tiếng Việt cũng cao (90,8%) chính là cơ sở để phát triển rộng rãi tài liệu truyền thông bằng tiếng Việt cho người DTTS. Một lý do khác để phát triển rộng rãi tài liệu truyền thông bằng tiếng Việt là rất ít

phụ nữ DTTS có thể đọc hiểu thành thạo chữ viết của họ (4,1%) và thích đọc tài liệu truyền thông bằng chữ viết dân tộc của mình (3,2%). Mặc dù tỷ lệ phụ nữ DTTS nghe hiểu tiếng Việt khá cao, nhưng việc lồng tiếng dân tộc và/hoặc hình ảnh người dân tộc vào tài liệu truyền thông là rất cần thiết. Các bài nói chuyện qua loa truyền thanh xã /thôn buôn cũng cần được đọc bằng tiếng dân tộc của người dân bản địa. Các dân tộc có dân số lớn hơn cả tại 7 huyện nghèo của 3 tỉnh cần được cân nhắc đưa tiếng nói và hình ảnh vào tài liệu truyền thông là Kinh, Mơ Nông, Gia Rai, Cơ Ho, Ê Đê.

IV. KẾT LUẬN

4.1. Kết luận: Khoảng hơn một nửa số phụ nữ được tiếp cận thông tin truyền thông về LMAT trong 12 tháng qua, chủ yếu qua tài liệu truyền thông, internet, nói chuyện sức khỏe, đài truyền hình, thảo luận nhóm và đài phát thanh. Tỷ lệ tiếp cận thông tin qua tài liệu truyền thông cao nhất với 41,9%.

Hình thức truyền thông phù hợp với cộng đồng là nói chuyện sức khỏe, lồng ghép vào các cuộc họp cộng đồng, thăm hộ gia đình, thảo luận nhóm và sau đó là cung cấp tài liệu truyền thông. YT/TB/cô đỡ thôn bản được cộng đồng đánh giá cao trong truyền thông LMAT và chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ < 5 tuổi.

Về khả năng sử dụng tiếng Việt, 87,9% phụ nữ nghe hiểu thành thạo tiếng Việt. Tỷ lệ này ở phụ nữ Ê Đê và Mơ Nông chiếm khoảng 70%, cao hơn nhiều so với dân tộc Gia Rai, và Cơ Ho (52,9% - 67,4%). Về đọc hiểu, có 90,6% phụ nữ có thể đọc hiểu tiếng Việt. Phụ nữ dân tộc Ê Đê, Mơ Nông và Gia Rai có tỷ lệ đọc hiểu thành thạo tiếng Việt khá cao (76,2% - 78,7%), đây là cơ sở tốt cho việc xây dựng tài liệu truyền thông bằng tiếng Việt.

Nhu cầu về nội dung truyền thông về LMAT/CSDD cần được cung cấp nhiều nhất là phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ thời kỳ ăn dặm, nuôi con bằng sữa mẹ, dấu hiệu bất thường/nguy hiểm của trẻ sau đẻ, dấu hiệu nguy hiểm của bà mẹ sau sinh.

4.2. Khuyến nghị: Phát triển tài liệu truyền thông bằng tiếng Việt (tờ rơi, tờ gấp, poster, pano, áp phích) có in hình ảnh phụ nữ dân tộc, đặc biệt là các dân tộc chiếm tỷ trọng lớn như Mơ Nông, Gia Rai, Cơ Ho, Ê Đê về các nội dung: phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ thời kỳ ăn dặm, nuôi con bằng sữa mẹ, dấu hiệu bất thường/nguy hiểm của trẻ sau đẻ, dấu hiệu nguy hiểm của bà mẹ sau sinh.

Phát triển các bài nói chuyện sức khỏe theo các chủ đề liên quan đến LMAT và CSDD cho trẻ bằng tiếng Việt, Mơ Nông, Gia Rai, Cơ Ho, Ê Đê và phát thường xuyên trên hệ thống loa truyền thanh xã /thôn buôn.

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, (2001).** Chiến lược Quốc gia về Dinh dưỡng giai đoạn 2001-2010, Nhà xuất bản y học, HN.
3. **Save the Children (2016).** Mô hình cải thiện dinh dưỡng trẻ em tại cộng đồng – tỉnh Yên Bái. Hà Nội, tháng 4/2016.
4. **Trung tâm Nghiên cứu Môi trường và Sức khỏe (2017).** Báo cáo kết quả điều tra kiến thức, thái độ và thực hành về làm mẹ an toàn và chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ của phụ nữ đang nuôi con dưới 5 tuổi tại các tỉnh Tây Nguyên
5. **Viện Dinh dưỡng Quốc gia (2014).** Giám sát dinh dưỡng 2014.

XÁC ĐỊNH NHU CẦU NHÂN LỰC ĐIỀU DƯỠNG TẠI MỘT SỐ KHOA LÂM SÀNG CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA NĂM 2016

Nguyễn Thị Hoài Thu*

TÓM TẮT

Hiện nay hầu hết các đơn vị y tế vẫn đang gặp khó khăn trong việc tính toán khối lượng công việc của các loại hình nhân viên và tính toán nhu cầu nhân lực nhằm đáp ứng nhu cầu cung cấp dịch vụ. Bộ chỉ số khối lượng công việc (Workload Indicators of staffing Need - WISN) cho phép tính toán nhu cầu nhân lực mang tính hệ thống và dựa trên bằng chứng. Nghiên cứu này áp dụng phương pháp WISN để tính toán nhu cầu nhân lực tại Bệnh viện đa khoa tỉnh (BVĐK) Thanh Hóa năm 2015, với mục tiêu "Xác định nhu cầu nhân lực điều dưỡng của một số khoa tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa". Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính, và rà soát số

liệu thứ cấp. Đối tượng nghiên cứu là điều dưỡng tại bảy khoa thuộc khối Ngoại và Nội được chọn. Kết quả cho thấy, hầu hết các khoa có tỉ lệ WISN từ 1,0-1,2, chứng tỏ không có áp lực lớn đối với điều dưỡng. Số lượng nhân lực tính theo thực tế phù hợp với nhu cầu nhân lực tính theo phương pháp WISN. WISN là phương pháp phù hợp để ước tính nhu cầu nhân lực tại các khoa lâm sàng của các bệnh viện.

Từ khóa: xác định nhu cầu nhân lực, nhân lực y tế, khối lượng công việc, điều dưỡng bệnh viện.

SUMMARY

DETERMINE THE NURSE REQUIREMENT AT CLINICAL DEPARTMENTS OF THANH HOA GENERAL HOSPITAL 2016

Health facilities has been facing challenges in calculating the workload and determining the staff need to meet health service demand. Workload Indicators of Staffing Need (abbreviated as WISN), a tool suggested by World Health Organization can be used in a systematic and evidence-based method to calculate staff requirements of a health facility. This

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu

Email: nguyenhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2018

Ngày duyệt bài: 30.01.2018

study applies WISN to calculate staffing need in Thanh Hoa general hospital in 2015 in order to determine staff requirement of nurses category in some clinical departments. This study uses mix methods, including data retrieval. Participants are nurses in the selected clinical departments of hospital. Results shows that the WISN ratio in all departments was from 1.0-1.2 indicating that there was no high work pressure among nurses. The number of nurses calculated based on the current data was in line with the staff requirements calculated by WISN. WISN is an appropriate and practical method for calculation of staff requirement in health facilities.

Key words: determine of staff requirement, health workforce, work load, hospital nurse

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong giai đoạn gần đây, việc lập kế hoạch nhân lực tại các bệnh viện (BV) chủ yếu căn cứ vào Thông tư liên tịch 08/2007/TTLT/BNV- BYT về hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước [1], mặc dù Thông tư này vẫn còn một số điểm bất cập. Để phát triển được BV theo lộ trình tự chủ mỗi BV cần phát triển năng lực lập kế hoạch nhân lực dựa trên khối lượng công việc thực tế. Bộ chỉ số khối lượng công việc để tính toán nhu cầu nhân lực (Workload Indicators of staffing Need - WISN) sử dụng các số liệu thống kê sẵn có tại cơ sở cần nhắc đến các yếu tố như nhu cầu khám chữa bệnh và sử dụng dịch vụ y tế, tới tính chất phức tạp của dịch vụ chăm sóc cho phép xác định chính xác số lượng nhân lực y tế cần thiết với từng loại hình dịch vụ y tế. Cho tới nay, bộ công cụ WISN đã được áp dụng tại nhiều nước ở châu Á và châu Phi như Indonesia, Namibia, Uganda, Mozambique [2,3]. Tại Việt Nam, phương pháp WISN mới chỉ được thử nghiệm tại một vài cơ sở y tế để tính toán số lượng nhân lực cho các cơ sở điều trị ngoại trú HIV/AIDS nhưng áp dụng trong tính toán khối lượng công việc và xác định nhu cầu nhân lực y tế tại bệnh viện còn hạn chế [4]. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành tại BVĐK tỉnh Thanh Hóa nhằm "Xác định nhu cầu nhân lực điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng của bệnh viện".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ 104 điều dưỡng tại 6 khoa, gồm các khoa Ngoại Chấn thương, Ngoại Tiêu hóa, Ngoại Gan Mật, Nội Hô Hấp, Nội Tim Mạch, và Nội Tổng Hợp.

- Phó giám đốc BV, đại diện phòng Tổ chức cán bộ, đại diện Trưởng khoa lâm sàng, điều dưỡng trưởng bệnh viện và điều dưỡng trưởng các khoa.

- Báo cáo của các bệnh viện về nhân sự, thống kê bệnh viện năm 2014 và 2015.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính, và rà soát số liệu thứ cấp.

2.3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 07/2015 tới tháng 1/2016.

2.4. Địa điểm nghiên cứu: 6 khoa lâm sàng của Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

• **Nghiên cứu định lượng:** Toàn bộ điều dưỡng của 6 khoa được phát vấn bằng bộ câu hỏi bán cấu trúc. Số liệu thu thập được sẽ được nhập theo các mẫu định dạng của WISN, và xử lý bằng phần mềm Excel theo hướng dẫn WISN.

• **Nghiên cứu định tính:** Tiến hành 6 cuộc PVS với đại diện phòng Tổ chức cán bộ, các Trưởng khoa lâm sàng, Điều dưỡng trưởng bệnh viện và điều dưỡng trưởng các khoa; và 3 cuộc thảo luận nhóm với điều dưỡng. Số liệu định tính được ghi chép, gỡ băng, phân tích theo các chủ đề.

• **Hồi cứu số liệu thứ cấp:** Rà soát báo cáo của các bệnh viện về nhân sự, thống kê bệnh viện, sử dụng bảng thu thập số liệu có sẵn.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu:

Thời gian làm việc sẵn có (Available Working Time) - thời gian nhân viên y tế có trong một năm để hoàn thành thành công việc của mình, có tính tới nghỉ phép và nghỉ không phép [5].

Để xác định nhu cầu nhân lực theo WISN, các hoạt động chiếm phần lớn thời gian làm việc hàng ngày của nhân viên được xác định. Các hoạt động này được gọi là cấu phần khối lượng công việc của hạng mục nhân sự gồm 3 loại:

• **Hoạt động dịch vụ y tế:** là hoạt động tất cả các thành viên của một hạng mục nhân sự đều thực hiện và có số liệu thống kê định kỳ như số bệnh nhân khám, nằm viện, được phẫu thuật.

• **Hoạt động hỗ trợ:** là hoạt động tất cả các thành viên của một hạng mục nhân sự đều thực hiện nhưng không có số liệu thống kê thu thập định kỳ, ví dụ giao ban, hội chẩn chuyên môn.

• **Các hoạt động bổ sung:** là hoạt động chỉ một số thành viên cụ thể (không phải tất cả) của một hạng mục nhân sự thực hiện và không có số liệu thống kê, ví dụ hoạt động giám sát và quản lý của trưởng khoa.

3.2. Mô tả khối lượng công việc của điều dưỡng.

Các hoạt động dịch vụ y tế chuẩn

Bảng 1: Các hoạt động dịch vụ y tế của điều dưỡng tại bệnh viện

Cấu phần khối lượng công việc	Đơn vị tính	Khoa	
		Ngoại	Nội
Làm hồ sơ vào viện	Phút/ bệnh nhân	20	15-20
Làm hồ sơ chuyển viện	Phút/ bệnh nhân	8h10 ph	8h20 ph
Làm hồ sơ chuyển khoa	Phút/ bệnh nhân	20	20
Làm thủ tục ra viện	Phút/ bệnh nhân	10	5
Theo dõi bệnh nhân cấp 1/ bệnh nhân tích cực	Phút/ bệnh nhân	15	20-30
Làm thủ thuật	Phút/ bệnh nhân	30	15
Chuẩn bị trước và sau phẫu thuật	Phút/ bệnh nhân	25-30	

Bảng trên mô tả các công việc và thời gian chuẩn cho từng hoạt động của điều dưỡng khoa Nội, Ngoại của BV. Các hoạt động về cơ bản giống với hoạt động của bác sĩ, bao gồm làm hồ sơ bệnh án cho bệnh nhân vào viện, ra viện, chuyển viện, chuyển khoa; theo dõi bệnh nhân cấp 1/tích cực, theo dõi bệnh nhân hàng ngày, phụ giúp thủ thuật và chuẩn bị bệnh nhân trước, sau khi phẫu thuật.

Về thời gian làm thủ tục cho bệnh nhân vào viện bao gồm các hoạt động cụ thể: khai thác tiểu sử, hồ sơ bệnh án, thẻ, làm thủ tục hành chính bệnh nhân vào viện, đo các chỉ số sinh tồn, lấy máu xét nghiệm, theo dõi bệnh nhân và thực hiện y lệnh. Tại BV, điều dưỡng khoa Ngoại và khoa Nội cần từ 15-20 phút để hoàn thành cho 1 bệnh nhân, trong khi ở bệnh viện 1, công việc này lâu hơn, cần khoảng 25 phút. *"Khoa chỉ 15 phút sao được, toàn bệnh nhân nặng mà 15 phút thì xảy ra chuyện gì ai chịu trách nhiệm ..."* TLN_ĐD Ngoại_1

Ngoài các hoạt động trên, điều dưỡng chăm sóc tại các khoa đều phải thực hiện các công việc chăm sóc chuyên môn, chăm sóc hàng ngày cho bệnh nhân cũ. Các hoạt động này được thực hiện sau giao ban. Các hoạt động cụ thể được thể hiện ở bảng sau

Bảng 3. Áp lực khối lượng công việc của điều dưỡng bệnh viện

Khoa	Số lượng ĐD 2014	Số lượng thực tế làm việc 2014	Nhu cầu theo WISN	Vấn đề nhân sự	Tỉ lệ WISN	Áp lực công việc
Ngoại 1	17	16,5	14	Không thiếu	1,2	Không
Ngoại 2	16	14,1	14	Không thiếu	1	Bình thường
Ngoại 3	15	13,5	13	Không thiếu	1	Bình thường
Nội 4	21	20,8	21	Không thiếu	1	Bình thường
Nội 5	19	18,2	17	Không thiếu	1,1	Không
Nội 6	21	20,1	22	Thiếu 2	0,9	Ít

Hoạt động hỗ trợ: Hoạt động hỗ trợ của điều dưỡng cũng tương tự với hoạt động bổ sung của bác sĩ, bao gồm một số hoạt động chính: đi buồng nhận định đánh giá bệnh nhân, giao ban khoa, họp khoa và hoạt động kiểm tra định kỳ.

Bảng 2: Các hoạt động hỗ trợ của điều dưỡng bệnh viện

Cấu phần công việc	Đơn vị tính	Khoa	
		Ngoại	Nội
Đi buồng nhận định đánh giá bệnh nhân	Phút/ ngày	15	20
Giao ban khoa	Phút/ ngày	30	30
Họp khoa	Phút/ tháng	60	60
Kiểm tra định kỳ của BV	Giờ/tháng	6	6

Thời gian đi buồng của điều dưỡng thường kéo dài từ 15-30 phút tùy từng khoa. Hoạt động giao ban khoa buổi sáng khoảng 30 phút/ ngày, họp khoa định kì một tháng một lần kéo dài trong 1 tiếng.

Các hoạt động bổ sung: Hoạt động bổ sung của điều dưỡng bao gồm hoạt động của điều dưỡng trưởng khoa (lập kế hoạch nhân lực điều dưỡng, kiểm tra vệ sinh, quy trình chuyên môn như quy trình tiêm an toàn, kiểm soát nhiễm khuẩn,...) và hoạt động một số điều dưỡng làm như đưa bệnh nhân đi khám cận lâm sàng, chuẩn bị xe tiêm/xe thay băng. Các khoa có cách bố trí khác nhau về nhân lực phụ trách thanh toán và thuốc, từ 2-4 điều dưỡng. Ngoài các hoạt động trên, điều dưỡng còn tham gia bàn giao y lệnh/ thuốc vật tư, họp (công đoàn, chi bộ, Đảng Ủy, Nghị Quyết, ...), sinh hoạt khoa học, văn hóa văn nghệ, hướng dẫn sinh viên.

3.3. Xác định nhu cầu nhân lực: Hoạt động cần nhiều điều dưỡng nhất là hoạt động theo dõi chăm sóc bệnh nhân hàng ngày. Các hoạt động hỗ trợ chiếm khoảng 11-12% thời gian làm việc của điều dưỡng các khoa. Bảng 3 thể hiện số lượng nhân lực cần thực tế và số lượng hiện có, cũng như áp lực công việc của điều dưỡng tại các khoa.

Đối với BVĐK tỉnh Thanh Hóa, điều dưỡng các khoa Ngoại và Nội phần lớn không có áp lực khối lượng công việc hoặc áp lực chỉ ở mức bình thường, duy nhất có khoa Nội 6 điều dưỡng có áp lực công việc, tuy nhiên cũng không cao. So với các điều dưỡng Ngoại, điều dưỡng khối Nội có tỉ lệ WISN thấp hơn, tức là áp lực nhiều hơn. Điều này có thể giải thích bởi các điều dưỡng Nội mặc dù không phải tham gia chuẩn bị phẫu thuật nhưng do đặc thù bệnh nhân nội trú nên số lượng lượt chăm sóc bệnh nhân của điều dưỡng khối Nội nhiều hơn.

Bàn luận: Tại BV2, các công việc việc tiếp đón, đưa bệnh nhân đi khám chuyên khoa/ cận lâm sàng, thay băng được chuyên môn hóa hơn, bố trí 1-2 điều dưỡng riêng để thực hiện mỗi một công việc nói trên và điều dưỡng chăm sóc chỉ thực hiện nhiệm vụ chăm sóc hàng ngày. Điều này có thể giải thích một phần lí do vì sao áp lực của điều dưỡng của BV ít hơn, tuy nhiên sẽ cần số lượng nhân lực lớn hơn.

"Chị cũng bảo với trưởng khoa điều dưỡng không thiếu nhưng anh ý không tin vì chẳng có bằng chứng... kết quả các em chỉ ra đúng như chị cảm nhận..." PVS_ĐDT_Ngoại 3

Mặc dù nhìn chung, áp lực công việc lên điều dưỡng trong các khoa của bệnh viện không có hoặc ở mức bình thường, các điều dưỡng bệnh viện 2 đều có nhận định áp lực từ việc trực đêm là không nhỏ. *"Nếu hàng ngày cứ đảm bảo 4 đội xe tiêm thì không có vấn đề gì để nói. Nhưng nhiều hôm điều dưỡng trực nghỉ bù, lại thêm điều dưỡng trực cuối tuần xin nghỉ bù nữa thế nên mới thành thiếu người làm trong hôm đó..."* PVS_ĐDT_Nội5

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các cấu phần hoạt động của điều dưỡng tại bệnh viện: Đối với các hoạt động dịch vụ y tế chuẩn như làm hồ sơ bệnh án, theo dõi người bệnh, phụ giúp bác sĩ làm thủ thuật ... thì thời gian thực hiện của các điều dưỡng tại BVĐK Thanh Hóa cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu tại một số bệnh viện khác [3,4]. Đối với các hoạt động Thời gian chuyển viện có sự khác biệt lớn giữa BVĐK Thanh Hóa và BVĐK tỉnh Bắc Giang. Hoàn thành các thủ tục, giấy tờ cho bệnh nhân chuyển viện mất khoảng 15 phút tại BVĐK tỉnh Bắc Giang, ở BVĐK Thanh Hóa là 10 phút cho khoa Ngoại và 20 phút cho khoa Nội. Sự khác biệt về thời gian chuyển viện giữa 2 bệnh viện phụ thuộc vào khoảng cách địa lý giữa 2 bệnh viện với bệnh viện tuyến Trung Ương (Hà

Nội). Do đó thời gian đi lại hoàn thành thủ tục tại bệnh viện tiếp nhận cần hơn 4 tiếng ở BVĐK tỉnh Bắc Giang và 8 tiếng ở BVĐK Thanh Hóa [3].

Thời gian làm thủ thuật của điều dưỡng Ngoại 2 bệnh viện khá tương đồng, trong khi đó thời gian làm thủ thuật khoa Nội BVĐK Thanh Hóa ít hơn khoa Nội của BVĐK tỉnh Bắc Giang. Tham gia chuẩn bị cho phẫu thuật là hoạt động dịch vụ y tế mà điều dưỡng các khoa Ngoại phải làm trong khi điều dưỡng chăm sóc khoa Nội không thực hiện. Hoạt động này bao gồm chuẩn bị bệnh nhân trước mổ, đưa bệnh nhân đi mổ, chuẩn bị sau mổ và đón bệnh nhân, trung bình hết 25- 30 phút chuẩn bị trước và sau khi mổ [3].

4.2. Nhu cầu nhân lực của điều dưỡng:

Hoạt động cần nhiều điều dưỡng nhất là hoạt động theo dõi chăm sóc bệnh nhân hàng ngày.

Các hoạt động hỗ trợ chiếm khoảng 11-12% thời gian làm việc của điều dưỡng các khoa. Để hoàn thành các hoạt động bổ sung, các khoa cần thêm từ 3,5 đến 8,3 điều dưỡng phụ thuộc vào cách sắp xếp nhân lực điều dưỡng thanh toán/ được, tiêm và hoạt động phòng khám. Tuy nhiên có điểm chung giữa kết quả nghiên cứu này tìm ra và các nghiên cứu khác đã tiến hành ở các nước châu Á và châu Phi là điều dưỡng còn làm nhiều việc hành chính như thanh toán, vào sổ thuốc, hoặc đi lĩnh thuốc là các nhiệm vụ họ không được đào tạo khi tốt nghiệp chương trình đào tạo điều dưỡng [6,7].

WISN là một phương pháp phù hợp và khả thi để tính toán nhu cầu nhân lực bệnh viện. Về nhu cầu nhân lực, hiện tại ở nhiều khoa nhu cầu nhân lực chênh lệch so với số lượng nhân lực hiện có. Đối với loại hình điều dưỡng các khoa Ngoại và khoa Nội thì nhu cầu nhân lực lại thấp hơn, cho thấy nhân viên ở các khoa này không bị quá tải hoặc áp lực. Kết quả tính toán nhu cầu nhân lực hoàn toàn phù hợp với nhận định của các trưởng phó khoa lâm sàng, do đó có thể sử dụng để bố trí lại nhân lực trong khoa, hoặc bố trí lại công việc cho phù hợp với nhân lực của các khoa [4].

V. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy, hầu hết các khoa có tỉ lệ WISN từ 1,0-1,2, chứng tỏ không có áp lực lớn đối với điều dưỡng.

Số lượng nhân lực tính theo thực tế phù hợp với nhu cầu nhân lực tính theo phương pháp WISN. WISN là phương pháp phù hợp để ước tính nhu cầu nhân lực tại các khoa lâm sàng của các bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế, Bộ Nội vụ (2007)**, "Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 5 tháng 6 năm 2007: Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước".
2. **WHO (2006)**, "Testing the WISN method in Mbale and Mukono Districts, Uganda".
3. **WHO (2010)**, "Applying the WISN method in practice – Case studies from Indonesia, Mozambique and Uganda".
4. **Phạm Văn Tác, Nguyễn Thị Hoài Thu, Nguyễn Thị Lan Hương, và cộng sự (2016)**. Áp dụng phương pháp đánh giá khối lượng công việc của nhân lực y tế của Tổ chức Y tế thế giới (WISN) để xác định nhu cầu nhân lực tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang.
5. **WHO (2010)**, *Workload indicators of staffing need – User's manual*, Geneva.
6. **Philip Govule et al., (2015)**, "Application of Workload Indicators of Staffing Needs (WISN) in Determining Health Workers' Requirements for Mityana General Hospital, Uganda", *International Journal of Public Health Research*, 3(5), pp. 254-263.
7. **Saikat Das et al., (2013)**, "A study to calculate the nursing staff requirement for the Maternity Ward of Medical College Hospital, Kolkata Applying WISN method", *Journal of Dental and Medical Sciences*, 8(3), pp. 01-07.

ĐẶC ĐIỂM THIẾU MÁU, THIẾU KẼM Ở TRẺ TỪ 36 ĐẾN DƯỚI 60 THÁNG TUỔI TẠI HAI XÃ HUYỆN VŨ THƯ TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Thị Minh Chính¹, Ninh Thị Nhung², Phạm Văn Thúy³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thiếu máu, thiếu kẽm ở trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại hai xã huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ thiếu máu, tỷ lệ thiếu kẽm, tỷ lệ thiếu máu thiếu kẽm kết hợp ở xã Nguyên Xá lần lượt là 27,3%; 66,2% và 18,2%; Ở xã Minh Khai lần lượt là 30,1%; 65,7% và 24,5%. Tỷ lệ thiếu máu trung bình, thiếu máu nhẹ ở xã Nguyên Xá lần lượt là 6,5%, 20,8%; còn xã Minh Khai lần lượt là 4,2% và 25,9%. Tỷ lệ dự trữ sắt cạn kiệt, dự trữ sắt thấp và thiếu sắt mô ở xã Nguyên Xá lần lượt là 5,8%; 22,1%; 0,6%. Tỷ lệ dự trữ sắt thấp và thiếu sắt mô ở xã Minh Khai lần lượt là 0,7%; 28,0% và 1,4%. **Kết luận:** Tỷ lệ thiếu máu và thiếu máu kết hợp thiếu kẽm ở xã Nguyên xá thấp hơn xã Minh Khai. Tỷ lệ thiếu kẽm ở xã Nguyên Xá cao hơn xã Minh Khai. Tỷ lệ thiếu máu nhẹ ở cả 2 xã Nguyên Xá và Minh Khai cao hơn tỷ lệ thiếu máu trung bình. Trên 20% đối tượng nghiên cứu ở cả 2 xã có dự trữ sắt thấp.

Từ khóa: thiếu máu, thiếu kẽm.

SUMMARY

THE CHARACTERISTIC OF ANEMIA, ZINC DEFICIENCY OF CHILDREN FROM 36 TO UNDER 60 MONTHS IN 2 COMMUNES OF VU THU DISTRICT THAI BINH PROVINCE

Objectives: Determine the prevalence of anemia and zinc deficiency of children from 36 to under 60 months in two communes of Vu Thu district, Thai Binh

¹Bệnh viện Nhi tỉnh Thái Bình,

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

³Bệnh viện Nhiệt đới trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Chính

Email: chinhthanh1968@gmail.com

Ngày nhận bài: 31.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2018

Ngày duyệt bài: 25.01.2018

province. **Methods:** The epidemiological method described through the cross-sectional investigation. **Results:** The prevalence of anemia, zinc deficiency, anemia combined zinc deficiency in Nguyen Xa commune is 27.3%; 66.2% and 18.2%; In Minh Khai commune is 30.1%; 65.7% and 24.5% respectively. Average anemia, mild anemia in Nguyen Xa commune is 6.5%, 20.8%; Minh Khai commune is 4.2% and 25.9%, respectively. The rate of iron reserve depletion, low iron reserves and tissue iron deficiency in Nguyen Xa commune is 5.8%; 22.1%; 0.6%. The low iron reserve and tissue iron deficiency in Minh Khai commune is 0.7%; 28.0% and 1.4% respectively. **Conclusion:** The prevalence of anemia and anemia combined zinc deficiency in Nguyen Xa Commune is lower than in Minh Khai Commune. The zinc deficiency rate in Nguyen Khai commune. The incidence of anemia is higher in both Nguyen Xa and Minh Khai communes than in the average prevalence of anemia. More than 20% of respondents in both communes have low iron reserves. Xa commune is higher than in Minh

Key words: Anemia; Zinc deficiency

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng trưởng ở trẻ em bị chi phối bởi nhiều yếu tố: yếu tố di truyền và môi trường bên ngoài trong đó có dinh dưỡng, bệnh tật và môi trường sống. Dinh dưỡng hợp lý là yếu tố môi trường quan trọng đối với sự tăng trưởng và kiểm soát sức khỏe, bệnh tật trong các giai đoạn vòng đời. Khi nhắc tới SDD, các chuyên gia cho rằng nó không chỉ đơn thuần là nạn đói mà còn ám chỉ khái niệm "đói tiềm ẩn" hay tình trạng thiếu các vi chất thiết yếu như Vitamin D, A, sắt và kẽm [1].

Tại Việt Nam, suy dinh dưỡng và thiếu vi chất dinh dưỡng đang là vấn đề có nghĩa sức khỏe cộng đồng, trong đó nhóm đối tượng có nguy cơ cao là phụ nữ và trẻ em, đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi. Các số liệu điều tra mới nhất của Viện

Dinh dưỡng quốc gia cho thấy, tỷ lệ thiếu hụt vi chất dinh dưỡng trẻ em ở mức trên 30%. Một số nghiên cứu cũng chỉ ra thiếu máu do thiếu sắt có xu hướng kết hợp với thiếu kẽm, selen, vitamin A và một số vi chất khác [2],[3],[6].

Thái Bình là một tỉnh nông nghiệp, trên 80% dân số sống bằng nghề nông, bên cạnh tỷ lệ suy dinh dưỡng thì tỷ lệ thiếu máu do thiếu sắt ở trẻ em dưới 5 tuổi còn khá cao [2]. Để hiểu rõ hơn vấn đề này chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Xác định đặc điểm thiếu máu, thiếu kẽm ở trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại một số xã huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa bàn nghiên cứu: Là trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi thuộc 2 xã Minh Khai, Nguyên Xá của huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2015 đến tháng 12/2015

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn toàn bộ trẻ trong độ tuổi nghiên cứu thuộc 2 xã trong địa bàn nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu

- Chọn địa bàn nghiên cứu: chủ động chọn huyện Vũ Thư

- Chọn xã: Lập danh sách toàn bộ các xã trên địa bàn Vũ Thư. Bốc thăm ngẫu nhiên lấy 2 xã để nghiên cứu (Xã Minh Khai và xã Nguyên Xá).

- Chọn đối tượng điều tra: Chọn toàn bộ các cháu từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi của các xã chọn vào nghiên cứu theo đúng tiêu chuẩn chọn mẫu và loại mẫu.

Các kỹ thuật và tiêu chuẩn đánh giá áp dụng trong nghiên cứu

- **Xác định nồng độ Hemoglobin:** sử dụng 1 giọt máu tĩnh mạch để xác định hemoglobin. Nồng độ Hb được xác định bằng phương pháp cyanmethemoglobin. Đo trên máy xét nghiệm XS800i của hãng Symex

Nguyên lý: Máu toàn phần được pha loãng với dung dịch phá vỡ hồng cầu giải phóng hemoglobin, sau đó đưa vào hệ thống đo mật độ quang với bước sóng 540nm từ đó tính ra lượng huyết sắc tố trên 1 đơn vị thể tích máu toàn phần.

Phân loại thiếu máu theo tiêu chuẩn của WHO ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi thiếu máu khi Hb dưới 11g/dL.

- **Ferritin:** Nồng độ ferritin trong huyết thanh được phân tích trên máy xét nghiệm AU680 của hãng Beckman Coulter. Ferritin trong huyết thanh ngưng kết với hạt latex phủ kháng thể kháng ferritin người. Sự ngưng kết của hạt latex tỷ lệ thuận với nồng độ ferritin và có thể đo bằng phương pháp miễn dịch đo độ đục.

Chẩn đoán dự trữ sắt cạn kiệt ở trẻ em nếu ferritin huyết thanh < 10µg/L. Khi hàm lượng Ferritin huyết thanh nhỏ hơn 30µg/L là tình trạng dự trữ sắt thấp.

- **Transferin receptor (TfR):** Nồng độ Transferin receptor trong huyết thanh được phân tích trên máy xét nghiệm AU680 của hãng Beckman Coulter. Transferin được định lượng bằng phương pháp miễn dịch đo độ đục. Kháng thể kháng Transferin trong thuốc thử kết hợp với Transferin trong mẫu thử tạo phức hợp miễn dịch kháng nguyên-kháng thể khiến dung dịch phản ứng có độ đục. Nồng độ Transferin có trong mẫu thử tỷ lệ thuận với độ đục do phức hợp miễn dịch kháng nguyên - kháng thể tạo ra. Chẩn đoán thiếu sắt mô nếu nồng độ Transferin receptor huyết thanh > 8,6mg/L.

- **Định lượng nồng độ kẽm huyết thanh** theo phương pháp quang phổ hấp phụ nguyên tử (AAS), bước sóng 213,9nm, khe sáng 0,7 với tốc độ hút 3ml/phút, kẽm chuẩn Zn(NO₃)₂ (Wako Puro Chemical Industry Ltd. Japan), được pha theo các nồng độ 0,2mg/L; 0,4mg/L; 0,6mg/L và 0,8mg/L. Đánh giá tình trạng thiếu kẽm: trẻ được coi là thiếu kẽm khi nồng độ kẽm huyết thanh < 10,7µmol/L hoặc < 70µg/dl.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và nhập máy. Sử dụng phần mềm SPSS 15.0 (SPSS Inc, Chicago) để phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Giá trị trung bình 1 số chỉ số sinh hóa ở trẻ 36 đến dưới 60 tháng tuổi

Chỉ số xét nghiệm	Nguyên Xá(n=154)	Minh Khai(n=143)	p
Hb (g/dl)	114,3±8,6	114,5±8,4	>0,05
Kẽm (µmol/l)	8,4±2,9	9,0±2,8	>0,05
Ferritin huyết thanh (µg/L)	45,1±26,7	57,9±31,2	<0,05
TfR huyết thanh (µg/L)	2,76±0,63	2,79±0,81	>0,05

Kết quả bảng trên cho thấy, không có sự khác biệt về nồng độ trung bình các chỉ số Hb, kẽm, Tfr huyết thanh, CRP huyết thanh của của 2 xã Nguyên xã và Minh Khai với $p > 0,05$. Chỉ số Ferritin huyết thanh của xã Minh Khai cao hơn xã Nguyên Xã. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 2. Tỷ lệ thiếu máu, thiếu kẽm ở trẻ 36 đến dưới 60 tháng tuổi

Chỉ số	Nguyên Xã(n=154)		Minh Khai(n=143)		p
	SL	%	SL	%	
Thiếu máu	42	27,3	43	30,1	$>0,05$
Thiếu kẽm	102	66,2	94	65,7	$>0,05$
Thiếu máu, thiếu kẽm kết hợp	28	18,2	35	24,5	$>0,05$

Kết quả bảng trên cho thấy, tỷ lệ thiếu máu, tỷ lệ thiếu kẽm, tỷ lệ thiếu máu thiếu kẽm kết hợp ở xã Nguyên Xã lần lượt là 27,3%; 66,2% và 18,2%. Tỷ lệ thiếu máu, tỷ lệ thiếu kẽm, tỷ lệ thiếu máu thiếu kẽm kết hợp ở xã Minh Khai lần lượt là 30,1%; 65,7% và 24,5%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Mức độ thiếu máu ở trẻ 36 đến dưới 60 tháng tuổi

Chỉ số	Nguyên Xã(n=154)		Minh Khai (n=143)		p
	SL	%	SL	%	
Thiếu máu chung (Hb<11g/dL)	42	27,3	43	30,1	$>0,05$
Mức độ thiếu máu					
Trung bình (7g/dL≤Hb<10g/dL)	10	6,5	6	4,2	$>0,05$
Nhẹ (10g/dL ≤ Hb < 11g/dL)	32	20,8	37	25,9	$>0,05$

Kết quả bảng trên cho thấy, tỷ lệ thiếu máu trung bình, thiếu máu nhẹ ở xã Nguyên Xã lần lượt là 6,5%, 20,8%; còn xã Minh Khai lần lượt là 4,2 và 25,9%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Tình trạng dự trữ sắt ở trẻ 36 đến dưới 60 tháng tuổi

Chỉ số	Nguyên Xã(n=154)		Minh Khai(n=143)		p
	SL	%	SL	%	
Dự trữ sắt cạn kiệt (Ferritin <10μg/L)	9	5,8	0	0,0	-
Dự trữ sắt thấp (Ferritin <30 μg/L)	34	22,1	40	28,0	$>0,05$
Thiếu sắt mô (Tfr> 8,6 μg/L)	1	0,6	2	1,4	$>0,05$

Kết quả bảng trên cho thấy, tỷ lệ dự trữ sắt cạn kiệt, dự trữ sắt thấp và thiếu sắt mô ở xã Nguyên Xã lần lượt là 5,8%; 22,1%; 0,6%. Tỷ lệ dự trữ sắt thấp và thiếu sắt mô ở xã Minh Khai lần lượt là 0,7%; 28,0% và 1,4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng là một trong những nguyên nhân quan trọng dẫn đến SDD, đặc biệt là SDD thấp còi.

Thiếu máu là biểu hiện nặng nhất của thiếu sắt, khi mức dự trữ sắt của cơ thể đã cạn kiệt bởi vì sắt là nguyên liệu tổng hợp nên Hb, chất có mặt trong tế bào hồng cầu và làm cho hồng cầu và làm cho hồng cầu có màu đỏ. Khi thiếu máu khả năng vận chuyển oxy của hồng cầu bị giảm, làm thiếu oxy ở các tổ chức đặc biệt là tim, cơ bắp và não gây nên hiện tượng tim đập nhanh, trẻ nhỏ có thể bị suy tim do thiếu máu, có biểu hiện hoa mắt, chóng mặt do thiếu oxy não, cơ bắp yếu, cơ thể mệt mỏi. Trẻ được coi là thiếu máu khi nồng độ Hb <110g/L. Trong khi đó, kẽm là một vi chất dinh dưỡng rất cần cho quá trình tăng trưởng, tăng cường khả năng miễn dịch, hạn chế mắc các bệnh nhiễm khuẩn (tiêu chảy, viêm đường hô hấp...), tham gia vào hoạt động của các enzym, phân chia tế bào [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trình bày tại

bảng 1 cho thấy không có sự khác biệt về nồng độ trung bình các chỉ số Hb, kẽm, Tfr huyết thanh, CRP huyết thanh của của 2 xã Nguyên xã và Minh Khai với $p > 0,05$. Chỉ số Ferritin huyết thanh của xã Minh Khai cao hơn xã Nguyên Xã. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đặc biệt, thiếu kẽm còn làm cản trở sự phát triển trí lực và thể lực ở trẻ em. Bên cạnh đó, thiếu kẽm thường gây ra những hậu quả rất âm thầm, không đặc trưng nên thường chỉ biết đến sau khi chủ động thực hiện xét nghiệm huyết thanh [7]. Tỷ lệ thiếu máu, tỷ lệ thiếu kẽm, tỷ lệ thiếu máu thiếu kẽm kết hợp ở xã Nguyên Xã lần lượt là 27,3%; 66,2% và 18,2%. Tỷ lệ thiếu máu, tỷ lệ thiếu kẽm, tỷ lệ thiếu máu thiếu kẽm kết hợp ở xã Minh Khai lần lượt là 30,1%; 65,7% và 24,5%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (bảng 2). Kết quả thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Trần Thúy Nga và cộng sự về tình trạng thiếu kẽm của trẻ dưới 5 tuổi tại 5 xã thuộc huyện Lạc Sơn, tỉnh Hòa Bình trên 447 trẻ dưới 5 tuổi được lấy

máu đo nồng độ kẽm huyết thanh, tỉ lệ thiếu kẽm ở trẻ dưới 5 tuổi là 85%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ thiếu kẽm ở trẻ dưới 24 tháng tuổi là: 91,8% và ở trẻ 24 - 59 tháng tuổi: là 81,3%. Tỉ lệ thiếu thiếu kẽm ở trẻ dưới 5 tuổi tại các xã nghiên cứu rất cao [6].

Tỷ lệ dự trữ sắt cạn kiệt, dự trữ sắt thấp và thiếu sắt mô ở xã Nguyên Xá lần lượt là 5,8%; 22,1%; 0,6%. Tỷ lệ dự trữ sắt thấp và thiếu sắt mô ở xã Minh Khai lần lượt là 0,7%; 28,0% và 1,4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$ (bảng 4). Trong nghiên cứu của Phan Bích Nga khi tìm hiểu tình trạng vi chất dinh dưỡng của trẻ sơ sinh đủ tháng có cân nặng thấp đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương kết quả cho thấy nồng độ kẽm huyết thanh đạt mức $9,72 \mu\text{mol/L}$ ở nhóm trẻ suy dinh dưỡng bào thai, tức là thấp hơn ngưỡng đánh giá tình trạng thiếu kẽm. Tỷ lệ kẽm huyết thanh thấp chiếm 52,8% ở nhóm trẻ suy dinh dưỡng bào thai. Theo Nhóm tư vấn quốc tế về Kẽm khoảng 27,8% người dân Việt Nam đang có nguy cơ thiếu kẽm [5].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thiếu máu và thiếu máu kết hợp thiếu kẽm ở xã Nguyên Xá thấp hơn xã Minh Khai. Tỷ lệ thiếu kẽm ở xã Nguyên Xá cao hơn xã Minh Khai (66,2% và 65,7%).

- Tỷ lệ thiếu máu nhẹ ở cả 2 xã Nguyên Xá và Minh Khai (20,8% và 25,9%) cao hơn tỷ lệ thiếu máu trung bình (6,5% và 4,2%).

- Trên 20% đối tượng nghiên cứu ở cả 2 xã có dự trữ sắt thấp.

KIẾN NGHỊ

Cần đẩy mạnh công tác truyền thông, giáo dục kiến thức và thực hành về dinh dưỡng hợp lý cho các bà mẹ có con nhỏ, đặc biệt là về vấn đề đa dạng hóa thực phẩm và bổ sung vi chất để phòng thiếu vi chất dinh dưỡng cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), "Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011-2020 và tầm nhìn đến năm 2030", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Đặng Hoàng Cường (2016), *Thực trạng suy dinh dưỡng và thiếu máu, thiếu kẽm, thiếu albumin, đặc điểm khẩu phần ở trẻ thấp còi từ 25 đến 48 tháng tuổi tại 3 xã, huyện Tiên Hải, tỉnh Thái Bình, năm 2016*, Luận văn thạc sỹ dinh dưỡng, Đại học Y Dược Thái Bình.
3. Nguyễn Thanh Hà (2011), *Hiệu quả bổ sung kẽm và sprinkle đa vi chất trên trẻ 6 - 36 tháng tuổi suy dinh dưỡng thấp còi tại huyện Gia Bình, tỉnh Bắc Ninh*, Luận án tiến sỹ dinh dưỡng cộng đồng.
4. Trương Tuyết Mai, Nguyễn Thị Thủy Hồng (2014), "Tình trạng thiếu vi chất dinh dưỡng, chỉ số miễn dịch IgA và IgF- I thấp trên trẻ suy dinh dưỡng thấp còi 12 - 47 tháng tuổi tại một số xã thuộc huyện Lục Ngạn, tỉnh Bắc Giang", *Tạp chí y học dự phòng*, tập XXIV (số 6(155)).
5. Phan Bích Nga (2013), *Thiếu vi chất dinh dưỡng ở mẹ và con và hiệu quả bổ sung đa vi chất trên trẻ suy dinh dưỡng bào thai đẻ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận án tiến sỹ dinh dưỡng, Viện dinh dưỡng.
6. Trần Thủy Nga, Nguyễn Quang Dũng and Đặng Thủy Nga (2014), "Tình trạng thiếu vitamin A, kẽm ở trẻ dưới 5 tuổi tại 5 xã, huyện Lạc Sơn, tỉnh Hòa Bình", *Tạp chí y học dự phòng*, tập XXIV (số 4(153)).
7. Nguyễn Quang Trung, Nguyễn Xuân Ninh, Nguyễn Văn Nhiên và CS (2012), "Tác dụng bổ sung sắt, kẽm đối với sự tăng trưởng và phòng chống thiếu máu ở trẻ nhỏ", *Tạp chí Y học dự phòng*, 10(46), tr. 17-22.

SO SÁNH KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT BÈ CÙNG GIÁC MẠC CÓ VÀ KHÔNG ÁP 5FLUOROURACIL TRONG ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM

Bùi Thị Vân Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: so sánh hiệu quả của phẫu thuật áp 5FU trong phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc với phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc đơn thuần trong điều trị glôcôm. **Đối tượng nghiên cứu:** là những bệnh nhân bị glôcôm có chỉ định phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc tại khoa Glôcôm, Viện Mắt Trung ương trong khoảng

thời gian từ tháng 4 đến tháng 12 năm 1997 có ít nhất 1 trong hai điều kiện sau: Bệnh nhân có 2 mắt đã phẫu thuật lổ dò nhãn áp không điều chỉnh với thuốc bổ sung và/ hoặc bệnh nhân có tuổi từ 15 đến 40. **Phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng có đối chứng, ngẫu nhiên, nhóm 1: phẫu thuật cắt bè + áp 5FU trên vạt cùng mạc, nhóm 2: phẫu thuật cắt bè đơn thuần. Các chỉ số nhãn áp, sẹo bong, biến chứng sau phẫu thuật được thu thập và xử lý theo phương pháp thống kê ở các thời điểm 1 tuần, 1, 3, 6 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ nhãn áp điều chỉnh sau phẫu thuật ở nhóm có áp thuốc 5FU trong phẫu thuật cao hơn so với nhóm không áp thuốc ở tất cả các thời điểm: sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng tỷ lệ thành công ở nhóm áp thuốc lần lượt là 100%, 100%,

*Bệnh viện Mắt Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Vân Anh
Email: buivananh@yahoo.com
Ngày nhận bài: 7.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 23.01.2018
Ngày duyệt bài: 29.01.2018

94,74% còn ở nhóm không áp thuốc lần lượt là 82,6%, 82,6%, 63,1%. Nhãn áp trung bình ở các thời điểm sau phẫu thuật ở nhóm áp thuốc cũng thấp hơn nhóm chứng. Tỷ lệ sẹo bong tốt ở nhóm chứng thấp hơn nhóm áp thuốc: sau 6 tháng số mắt tạo sẹo tốt ở nhóm có 5FU (84,21%) cao hơn so với nhóm chứng (36,84%). Tỷ lệ biến chứng ở nhóm áp thuốc 5FU cao hơn nhưng điều trị khỏi nhanh chóng và không trầm trọng. **Kết luận:** áp thuốc 5FU trong phẫu thuật cắt bè củng giác mạc giúp cho nhãn áp điều chỉnh tốt hơn, tỷ lệ hình thành sẹo bong tốt cao hơn. Tuy nhiên phương pháp có tỷ lệ biến chứng cao hơn nhóm chứng nhưng biến chứng không trầm trọng.

Từ khóa: cắt bè củng giác mạc, áp thuốc 5 Fluorouracil, sẹo bong

SUMMARY

COMPARING THE RESULTS OF TRABECULECTOMY WITH OR WITHOUT 5FLUOROURACIL APPLICATION ON GLAUCOMA EYES

Objectives: To compare the efficacy of trabeculectomy with or without 5FU application on sclera flap on glaucoma eyes. **Patient and method:** Patients had trabeculectomy in both eyes at the Glaucoma department, VNIO between April and December 1997 had at least one of the following two conditions: Patients whose both eyes have undergone trabeculectomy but IOP was uncorrected with medications and /or patients aged 15 to 40 years. Study design as randomized, placebo-controlled study, group 1: trabeculectomy with 5FU application on the sclera flap, group 2: trabeculectomy. The IOP, filtration bleb, postoperative complications are collected and statistically analysed at the time of 1 week, 1, 3, 6 months after operation. **Results:** The rate IOP corrected in the 5FU group was higher than in the control group at all times: after 1 month, 3 months and 6 months the rate of success in the 5FU group were 100%, 100%, 94.74%, and control group were 82.6%, 82.6%, 63.1%, consecutively. The mean postoperative IOP were lower in the 5FU group than control group. The incidence of good bleb in the control group was lower than in the 5FU group: after 6 months the number of good bleb in the 5FU group was higher (84.21%) than in the control group (36.84%). The complication rate in the 5FU group was higher but not serious. **Conclusion:** trabeculectomy with 5FU application on the sclera flap improve the IOP control, the rate of good bleb was better. However, the method has a higher incidence of complications than the control group but the complications are not serious.

Key words: trabeculectomy, 5 fluorouracil, filtration bleb.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng tăng sinh xơ gây bít tắc đường thoát thủy dịch là nguyên nhân chính dẫn đến thất bại của phẫu thuật cắt bè củng giác mạc. Có rất nhiều biện pháp được đề xuất để hạn chế tình trạng tăng sinh xơ sau phẫu thuật như lạng bỏ lớp thượng củng mạc, cắt bỏ bao tenon,... Tuy nhiên, các biện pháp sử dụng các chất

chống chuyển hóa vẫn được ưa chuộng sử dụng do có hiệu quả rõ rệt nhất. Thuốc chống chuyển hóa thường được sử dụng trong nhãn khoa gồm 5 fluorouracil và Mitomycin, các thuốc này có thể được sử dụng dưới dạng tiêm và áp trong phẫu thuật. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm so sánh hiệu quả của phẫu thuật áp 5FU trong phẫu thuật cắt bè củng giác mạc với phẫu thuật cắt bè củng giác mạc đơn thuần trong điều trị glôcôm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: là những bệnh nhân bị glôcôm đến khám và điều trị tại khoa Glôcôm, Viện Mắt Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 4 đến tháng 12 năm 1997

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu có ít nhất 1 trong hai điều kiện sau:

1. Bệnh nhân có 2 mắt đã phẫu thuật lổ dò nhãn áp không điều chỉnh với thuốc bổ sung nay được chỉ định phẫu thuật cắt bè củng giác mạc
2. Bệnh nhân có tuổi từ 15 đến 40 có chỉ định phẫu thuật cắt bè cả 2 mắt

Chúng tôi loại khỏi nhóm nghiên cứu những bệnh nhân không đủ thời gian theo dõi hoặc có biến chứng trong quá trình phẫu thuật.

Bệnh nhân được bắt thăm mắt số 1 thuộc nhóm 1, mắt số 2 thuộc nhóm 2

Phương pháp nghiên cứu

Khám đánh giá tình trạng thị lực, thị trường, nhãn áp, lổ đĩa, sẹo kết mạc, tình trạng góc tiền phòng trước phẫu thuật.

- Nhóm 1 (nhóm điều trị): phẫu thuật cắt bè củng-giác mạc kết hợp áp 5FU lên nắp củng mạc.

- Nhóm 2 (nhóm chứng): phẫu thuật cắt bè củng-giác mạc.

Phương pháp phẫu thuật:

Nhóm điều trị: Cỗ định mí, cơ trực. Tách kết mạc cách rìa 7-8mm, đáy ở vùng rìa, cầm máu. Rạch vạt củng mạc hình thang 4 x6mm, sau 2/3 chiều dày củng mạc. Đặt miếng gelasponge kích thước 3 x 4mm thấm 5FU (nồng độ 50mg/ml) lên nắp củng mạc, phủ kết mạc lên miếng gelasponge. Sau 5 phút lấy bỏ miếng gelasponge rồi rửa sạch bằng nước muối sinh lý. Tiếp tục tạo nắp củng mạc. Cắt mẫu bè kích thước 1 x 2mm. Cắt mỏng mắt ngoại vi. Khâu nắp củng mạc, khâu vạt kết mạc và bao Tenon bằng chỉ 8.0 prolene.

Với nhóm chứng: phẫu thuật cắt bè củng giác mạc thông thường

Tiêu chí đánh giá tình trạng sẹo bong

Sẹo xấu: (Sẹo bong dẫn lưu không tốt): Sẹo lồi hoặc bong kết mạc hình thành nhưng xơ, dính xuống nền củng mạc, khó di động.

Sẹo khá: bông kết mạc hình thành toả lan nhưng nhiều mạch máu trên bề mặt hoặc có xu hướng khu trú dính ở chu biên

Sẹo tốt: sẹo kết mạc vùng phẫu thuật phẳng dẹt hoặc bông kết mạc toả lan, trên bề mặt bông vô mạch hoặc trong kết mạc có những bông nhỏ trong (microcysts).

Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị:

- Phẫu thuật thành công hoàn toàn: nhãn áp dưới 22mmHg không cần dùng thuốc bổ xung.

- Phẫu thuật thành công tương đối: nhãn áp từ 22 tới 25mmHg không dùng thuốc bổ xung hoặc dưới 22mmHg với thuốc bổ xung.

- Phẫu thuật thất bại: nhãn áp từ 22 tới 25mmHg với thuốc bổ xung hoặc có chỉ định phẫu thuật lại.

Đánh giá kết quả sử dụng thuật toán thống kê X^2 - Student.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 1995 đến tháng 12 năm 1997, chúng tôi tiến hành nghiên cứu phẫu thuật cắt bè củng giác mạc kết hợp áp 5FU lên nắp củng mạc trên 23 bệnh nhân với 5 bệnh nhân glôcôm tái phát ở 2 mắt, 18 bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm người trẻ ở 2 mắt. Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là 43,3 gồm 9 nam và 14 nữ. Tình trạng sẹo trên 5 bệnh nhân glôcôm tái phát có 4 mắt sẹo xấu (80%), 1 mắt sẹo khá (20%). Tất cả các mắt của nhóm điều trị và nhóm chứng đều có nhãn áp từ 25 mmHg trở lên.

Bảng 1: Nhãn áp của bệnh nhân trước phẫu thuật (n=23)

NA Mắt	< 24	25 - 32	> 32	Nhãn áp trung bình $\bar{X} = X_0 \pm \delta$ mmHg
CBè + 5 FU	0 (0%)	10 (43,48%)	13 (56,52%)	33,09 $\pm$ 5,06
CBè	0 (0%)	17 (73,91%)	6 (26,09%)	30,70 $\pm$ 4,37

Như vậy, nhãn áp trung bình trước phẫu thuật của nhóm mắt dùng 5FU là 33,09 $\pm$ 5,06 mmHg, cao hơn nhóm mắt không dùng 5FU là 30,70 $\pm$ 4,37 mmHg. Số mắt có nhãn áp không điều chỉnh ở nhóm có 5FU (56,52%) cao hơn nhóm chứng (26,09%).

Kết quả nhãn áp

Bảng 2: Tình trạng nhãn áp sau phẫu thuật

Kết quả NA Phẫu thuật		Thành công hoàn toàn	Thành công tương đối		Thất bại		NATB (mmHg)
		NA < 22 Không thuốc	NA < 22 Có thuốc	22 $\leq$ NA $\leq$ 25 Không thuốc	22 $\leq$ NA $\leq$ 25 Có thuốc	NA $\geq$ 25	
Sau 1 tuần	CB+ 5FU	22 (95,65%)	1 (4,34%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	16,87 $\pm$ 3,7
	Cắt bè	22 (95,65%)	1 (4,34%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	18,39 $\pm$ 3,7
Sau 1 tháng	CB+5FU	19 (82,61%)	1 (4,34%)	3 (13,05%)	0 (0%)	0 (0%)	18,61 $\pm$ 3,2
	Cắt bè	16 (69,55%)	1 (4,35%)	2 (8,70%)	2 (8,7%)	2 (8,7%)	19,09 $\pm$ 3,5
Sau 3 tháng	CB+ 5FU	17 (73,91%)	1 (4,35%)	5 (21,74%)	0 (0%)	0 (0%)	19,39 $\pm$ 2,3
	Cắt bè	16 (69,55%)	1 (4,35%)	2 (8,70%)	2 (8,7%)	2 (8,7%)	19,74 $\pm$ 3,2
Sau 6 tháng	CB+ 5FU	14 (73,68%)	0 (0%)	4 (21,05%)	1 (5,26%)	0 (0%)	19,74 $\pm$ 1,8
	Cắt bè	9 (47,37%)	1 (5,26%)	2 (10,53%)	3 (15,8%)	4 (21,1%)	22,21 $\pm$ 3,3

Như vậy, sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng, nhãn áp ở nhóm cắt bè kết hợp áp 5FU luôn ở mức thành công hoàn toàn (100% trường hợp). Trong khi đó, chỉ sau phẫu thuật 1 tháng, nhóm chứng đã có 4 mắt (17,4%) thuộc diện phẫu thuật thất bại. Sau 3 tháng ở nhóm chứng có 2 mắt (8,7%) nhãn áp không điều chỉnh và có chỉ định phẫu thuật lại, 2 mắt (8,7%) dù đã tra betoptic 0,5% bổ xung 2lần/ ngày nhưng nhãn áp vẫn ở mức từ 22 tới 25mmHg. Các trường hợp còn lại (82,6%) thuộc vào diện có kết quả phẫu thuật thành công. Sau 6 tháng, chúng tôi chỉ theo dõi được 19 bệnh nhân (19 mắt điều trị - 19 mắt chứng). Ở thời điểm này, có 1 mắt trong nhóm điều trị (5,26%) bị thất bại do dùng thuốc bổ sung nhưng nhãn áp vẫn trong khoảng

22 – 25mmHg. Sự điều chỉnh nhãn áp ở nhóm không có 5FU không tốt như nhóm có dùng 5FU. Trong 19 trường hợp chỉ có 9 mắt (47,37%) có nhãn áp dưới 22mmHg không dùng thuốc bổ xung và có 7mắt (36,84%) thuộc nhóm phẫu thuật thất bại (4 mắt phải phẫu thuật lại và 3 mắt dù đã tra thuốc bổ xung nhãn áp vẫn từ 22 tới 25mmHg).

Mặt khác, trên 23 bệnh nhân có đối chứng, dù nhãn áp trước phẫu thuật của nhóm có 5FU (33,08 $\pm$ 5,06mmHg) cao hơn nhóm chứng (không dùng 5FU) (30,70 $\pm$ 4,37mmHg) nhưng ở các thời điểm sau phẫu thuật, nhãn áp trung bình của nhóm có 5FU luôn thấp hơn nhóm chứng. Đặc biệt, sau phẫu thuật 6 tháng, nhóm chứng có nhãn áp trung bình (22,21 $\pm$ 5,28mmHg) cao

hơn nhóm có kết hợp áp 5FU ($19,74 \pm 1,78\text{mmHg}$) ($P < 0,05$), nhãn áp trung bình của nhóm có 5FU thấp hơn nhóm chứng tới $2,47\text{mmHg}$. Điều này cho thấy khả năng hạ nhãn áp ở nhóm có 5FU tốt hơn nhóm chứng hay thuốc đã giúp nhãn áp sau mổ hạ tốt hơn. Ngoài ra, tái phát xuất hiện ở nhóm chứng (4 mắt) cao hơn so với nhóm có 5FU (1 mắt).

Bảng 3: Tình trạng sẹo bong sau phẫu thuật (n=23)

Thời gian	Phương pháp PT	Tình trạng sẹo bong			Tổng
		Xấu	Khá	Tốt	
Sau PT 1 tuần	Cắt bề +5FU	2 (8,7%)	12 (52,17%)	9 (39,13%)	23
	Cắt bề	5 (21,74%)	11 (47,83%)	7 (30,43%)	23
Sau PT 1 tháng	Cắt bề +5FU	2 (8,7%)	5 (21,74%)	16 (69,57%)	23
	Cắt bề	5 (21,74%)	9 (39,13%)	9 (39,13%)	23
Sau PT 3 tháng	Cắt bề +5FU	2 (8,7%)	4 (17,39%)	17 (73,92%)	23
	Cắt bề	9 (39,14%)	7 (30,43%)	7 (30,43%)	23
Sau PT 6 tháng	Cắt bề +5FU	2 (10,53%)	1 (5,26%)	16 (84,21%)	19
	Cắt bề	6 (31,58%)	6 (31,84%)	7 (36,84%)	19

Sử dụng thuật toán Student để so sánh tỷ lệ sẹo bong tốt ở các thời điểm, chúng tôi nhận thấy việc điều trị kết hợp 5FU đã làm ảnh hưởng tới sự hình thành sẹo sau phẫu thuật và làm tỷ lệ hình thành sẹo bong tốt cao hơn hẳn. 1 tháng sau phẫu thuật ở hai nhóm có dùng và không dùng 5FU chúng tôi nhận thấy tình trạng sẹo bong có biểu hiện tốt ở nhóm có 5FU cao hơn nhóm không dùng 5FU (có ý nghĩa với $T = 2,072 > t_{[44; \alpha]} = 2,021$, $P < 0,05$). Sau 3 tháng tỷ lệ sẹo bong tốt ở nhóm có 5FU là 17 mắt (73,92%) cao hơn so với nhóm chứng 7 mắt (30,43%). Sau 6 tháng số mắt tạo sẹo tốt ở nhóm có 5FU (84,21%) cũng cao hơn so với nhóm chứng (36,84%).

Ngoài ra, bảng trên còn cho chúng ta thấy trong nhóm chứng tỷ lệ giữa các dạng sẹo bong tốt, khá và không tốt gần tương đương nhau. Ngược lại, trong nhóm được điều trị kết hợp 5FU, sẹo bong tốt chiếm đa số (hơn 70%). Điều này chứng tỏ 5FU có tác dụng tốt lên quá trình hình thành sẹo bong sau phẫu thuật. Tuy nhiên, sự xuất hiện 4 trường hợp hình thành sẹo bong không tốt sau phẫu thuật chứng tỏ áp 5FU không phải có đủ tác dụng cho tất cả các trường hợp. Chúng tôi cho rằng ở một số cá thể có khả năng tăng sinh xơ mạnh (đặc biệt ở nhóm I), việc áp 5FU chỉ ngăn chặn được phần nào sự quá phát của xơ.

Cuối cùng, chúng tôi nhận thấy dù có chịu ảnh hưởng của yếu tố cơ địa hay không, dù có phải dùng thuốc điều trị bổ xung hay không thì phương pháp áp 5FU lên nắp củng mạc trong phẫu thuật lổ dò cũng đã làm tăng cao tỷ lệ sẹo bong có khả năng dẫn lưu và qua đó giúp nhãn áp được điều chỉnh tốt

Mặc dù ngoài phương pháp phẫu thuật, sự điều chỉnh của nhãn áp còn phụ thuộc vào giai đoạn tiến triển, thời gian bị bệnh, ... nhưng các số liệu nêu trên đã chứng minh rằng kết hợp áp 5FU với phẫu thuật lổ dò đã giúp hạ nhãn áp tốt hơn và giảm tỷ lệ tái phát.

Kết quả về tình trạng sẹo bong

Sau phẫu thuật tình trạng gai thị, lõm đĩa, mạch máu võng mạc hầu như không có biến đổi. Một số rất ít các trường hợp thấy gai thị hồng hơn đôi chút, nhưng tỉ lệ C/D không biến đổi trên lâm sàng. Biến chứng xảy ra ở nhóm có sử dụng 5FU trong điều trị cũng có tỷ lệ gặp khác với nhóm chứng.

Bảng 4: Biến chứng sau phẫu thuật (n=23)

Biến chứng	Cắt bề + 5FU	Cắt bề
Tổn thương BM giác mạc	7 (30,43%)	1 (4,35%)
Viêm đốm dưới biểu mô	1 (4,35%)	0 (0%)
Xẹp tiền phòng	5 (21,74%)	2 (8,69%)
Xuất huyết tiền phòng	3 (13,04%)	0 (0%)
Tổn thương hoàng điểm	0 (0%)	0 (0%)
Các biến chứng khác	0 (0%)	0 (0%)

Như vậy, ở nhóm có sử dụng 5FU trong điều trị biến chứng tổn thương biểu mô giác mạc, xẹp tiền phòng và xuất huyết tiền phòng có tỷ lệ cao hơn nhiều so với nhóm không sử dụng 5FU. Với các biến chứng khác tỷ lệ gặp ở hai nhóm tương đương nhau.

Biến chứng tổn thương biểu mô giác mạc xuất hiện ở 7 trường hợp (30,43%) thuộc nhóm có sử dụng 5FU và 1 trường hợp (4,35%) thuộc nhóm chứng. Sự khác biệt này chứng tỏ phương pháp phẫu thuật lổ dò kết hợp áp 5FU trong phẫu thuật làm tăng cao biến chứng tổn thương biểu mô giác mạc. Chúng tôi cho rằng chính sự tiếp xúc của 5FU với tế bào biểu mô làm chúng bị ngộ độc và gây ra hiện tượng này. Trong

phương pháp tiêm 5FU dưới kết mạc sau phẫu thuật, sự tiếp xúc của tế bào biểu mô giác mạc với 5FU xảy ra do sự rò rỉ thuốc qua vị trí xuyên kim hoặc qua phim nước mắt. Còn trong phương pháp áp 5FU trong phẫu thuật, theo chúng tôi, sự tiếp xúc xảy ra trong quá trình rửa thuốc khỏi nắp củng mạc. Việc để thuốc tiếp xúc quá lâu trên bề mặt giác mạc hoặc rửa thuốc không sạch chính là nguyên nhân dẫn đến các tổn thương biểu mô giác mạc dạng chấm. Chính vì thế, việc rửa thuốc sạch và nhanh chóng sau thời gian đặt 5FU là hết sức cần thiết. Tuy nhiên đa số các tổn thương biểu mô giác mạc thường không nặng nề và có thể điều trị khỏi nhanh chóng bằng thuốc dinh dưỡng giác mạc.

Xẹp tiền phòng là biến chứng thứ hai có tỷ lệ gặp nhiều hơn sau phẫu thuật. Các trường hợp xẹp tiền phòng thường xảy ra sớm ngay sau phẫu thuật và không kèm theo tăng nhãn áp hay bong hắc mạc. Sau khi xử trí tra atropin 1% x 1 lần/ngày và băng ép, tiền phòng sớm được tái tạo. Điều này chứng tỏ nguyên nhân chủ yếu của xẹp tiền phòng là do lỏng dờ để thoát quá tăng sinh xơ của thuốc đã làm khả năng đóng kín tạm thời của vật củng mạc giai đoạn đầu sau phẫu thuật bị ảnh hưởng. Chính vì thế ngay sau phẫu thuật khi tác dụng ức chế tiết dịch thể mi của các thuốc còn hiệu lực thì việc thoát nước quá nhiều qua mép mổ đã làm biến chứng xẹp tiền phòng rất dễ xảy ra.

Xuất huyết tiền phòng, là biến chứng mà hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước đều gặp phải. Chúng tôi gặp biến chứng này ở 13.04% trường hợp trong quá trình nghiên cứu và đều thuộc nhóm có sử dụng thuốc 5FU. Chúng tôi cho rằng việc hạ nhãn áp quá nhanh, nhiều trên mắt có áp thuốc 5FU có thể là nguyên nhân khiến cho những mạch máu nhỏ có thành mạch yếu trở nên dễ vỡ hơn gây xuất huyết. Tuy nhiên các trường hợp xuất huyết tiền phòng cũng được điều trị rất nhanh chóng bằng uống nước nhiều và tra Atropin 1%

V. KẾT LUẬN

Phương pháp áp 5FU trên vật củng mạc trong phẫu thuật cắt bè củng giác mạc giúp cho nhãn áp điều chỉnh tốt hơn, tỷ lệ thành công cao hơn, tỷ lệ sẹo bong tốt cao hơn so với cắt bè củng giác mạc thông thường. Mặc dù nhóm sử dụng 5FU có tỷ lệ biến chứng cao hơn nhưng các biến chứng thường nhẹ và điều trị khỏi nhanh chóng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **E.M.V. Buskirk.** Mechanisms and management of filtration bleb failure. Australia and New Zealand Journal of Ophthalmology. 1992, 20, 3, 157-162
2. **Yoshiaki Kitazawa, Kazuhide Kawase,** HIromi Matsushita, Mutsumi Minobe. Trabeculectomy with Mitomycin: A comparative study with Fluorouracil. Arch. Ophthalmol. 1991. 109. 1693-1698
3. **Justin S.Mora, Ngoc Nguyen, Andrew G.Iwach. và cs.** Trabeculectomy with intraoperative sponge 5Fluorouracil. Ophthalmology. 1996.103. 963-970

ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH RĂNG MẠN TÍNH KHÔNG PHẪU THUẬT Ở MỘT NHÓM BỆNH NHÂN TẠI VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT, ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Long Nghĩa¹, Nguyễn Việt Đa Đô¹

TÓM TẮT

Phương pháp điều trị bệnh quanh răng phổ biến tại Việt Nam hiện nay là lấy cao răng, làm nhẵn bề mặt chân răng, nạo túi quanh răng kín. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh răng mạn tính không phẫu thuật ở một nhóm bệnh nhân tại Viện đào tạo Răng hàm mặt, đại học Y Hà nội. **Đối tượng:** những bệnh nhân mắc viêm quanh răng mạn tính có độ tuổi từ 18 trở lên, có túi quanh răng sâu > 3mm, <7mm.

**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: 19.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2018

Ngày duyệt bài: 30.01.2018

Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng không đối chứng. **Kết quả:** Mức giảm độ sâu túi quanh răng sau 1 tuần là $0,61 \pm 0,27$. Sau 1 tháng là $1,20 \pm 0,43$. Sau 3 tháng mức giảm là $1,66 \pm 0,44$. Mức giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mức giảm mất bám dính quanh răng sau 1 tuần là $0,38 \pm 0,47$. Sau 1 tháng là $0,8 \pm 0,67$. Sau 3 tháng là $1,1 \pm 0,73$. Khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Sau điều trị 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng: các chỉ số túi quanh răng, mất bám dính, chỉ số lợi GI, chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản OHI-S của nhóm bệnh nhân đều cải thiện so với trước điều trị.

Từ khóa: viêm quanh răng mạn tính, túi quanh răng

SUMMARY

THE RESULTS OF NON-SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PERIODONTITIS IN A GROUP OF

PATIENTS AT THE ODONTO-STOMATOLOGY SCHOOL, HANOI MEDICAL UNIVERSITY

The popular treatment for periodontal disease in Vietnam is scaling, root planing and gingival curette. **Objective:** Evaluating the results of non-surgical treatment of chronic periodontitis in a group of patients at the odonto-stomatology school, hanoi medical university. **Subjects:** Patients with chronic periodontitis aged 18 years and older, with periodontal pockets > 3mm, <7mm. **Method:** Non-control clinical trial. **Results:** The reduction in pocket depth after 1 week was 0.61 ± 0.27 , after 1 month was 1.20 ± 0.43 , after a three month was 1.66 ± 0.44 . The reduction was statistically significant with $p < 0.05$. The reduction of loss of attachment after 1 week was 0.38 ± 0.47 , after one month, it was 0.8 ± 0.67 , after 3 months it was 1.1 ± 0.73 . Difference between before and after treatment was statistically significant at $p < 0.05$. **Conclusions:** After treatment for 1 week, 1 month, 3 months: the index of pocket depth, loss of attachment, GI index, OHI-S index were improved compared to pre-treatment.

Keywords: chronic periodontitis, pocket depth

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vùng quanh răng là một trong những bệnh phổ biến trong các bệnh răng hàm mặt. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, mọi quốc gia trên thế giới, chiếm tỷ lệ cao trong cộng đồng và mang tính chất xã hội. Bệnh không chỉ gây tổn thương tại chỗ mà còn ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân và thẩm mỹ của bệnh nhân.

Hiện nay người ta coi bệnh viêm quanh răng là một bệnh nhiễm khuẩn vì có liên quan chặt chẽ với vi khuẩn trong mảng bám răng. Vi khuẩn gây bệnh viêm quanh răng rất đa dạng chủ yếu là vi khuẩn Gram âm và vi khuẩn yếm khí [1],[2]. Để điều trị bệnh quanh răng cần phải thay đổi hoặc loại bỏ vi khuẩn gây bệnh. Phương pháp điều trị bệnh quanh răng phổ biến tại Việt Nam hiện nay là lấy cao răng, làm nhẵn bề mặt chân răng, nạo túi quanh răng kín kết hợp với bơm rửa túi quanh răng bằng các chất kháng khuẩn.

Với mong muốn đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị viêm quanh răng mạn tính không phẫu thuật nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Kết quả điều trị viêm quanh răng mạn tính không phẫu thuật ở một nhóm bệnh nhân tại Viện đào tạo Răng hàm mặt, Đại học Y Hà Nội*" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh răng mạn tính không phẫu thuật ở một nhóm bệnh nhân tại Viện đào tạo Răng hàm mặt, đại học Y Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn: Là những bệnh nhân có độ tuổi từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán là viêm quanh răng mạn tính theo phân loại của Hội nghị quốc tế về phân loại bệnh quanh răng năm 1999 cập nhật năm 2015 với đặc điểm:

- Có túi quanh răng sâu > 3mm, <7mm
- Có hình ảnh tiêu xương ổ răng trên phim Xquang.

- Không sử dụng kháng sinh hoặc nước súc miệng kháng khuẩn trong 3 tháng gần đây.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tổn thương cấp tính tại chỗ.
- Bệnh nhân có bệnh toàn thân đang giai đoạn tiến triển: Bệnh tiểu đường, bệnh tim mạch, bệnh gan, bệnh thận, ung thư...

- Đã được điều trị bệnh quanh răng bằng phương pháp phẫu thuật.

- Túi quanh răng có chỉ định phẫu thuật khi ≥ 7 mm.

- Bệnh nhân không hợp tác điều trị.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian: Từ tháng 10/2016 đến tháng 10/2017

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm điều trị Kỹ thuật cao Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại Học Y Hà Nội

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng không đối chứng. **Cách chọn mẫu:** có chủ đích

Cỡ mẫu: 52 bệnh nhân

Biện pháp khống chế sai số: Dùng một biểu mẫu thống nhất để thu thập thông tin nghiên cứu. Sử dụng thước đo túi quanh răng chia vạch mm hãng Osung Hàn Quốc loại PCP UNC 15 để đo. Nghiên cứu viên trực tiếp khám và đánh giá kết quả. Các BN do chính nghiên cứu viên điều trị. Các thông tin đều thống nhất, rõ ràng, làm sạch số liệu trước khi xử lý.

Đạo đức trong nghiên cứu

- Kết quả của nghiên cứu góp phần cải thiện các biện pháp điều trị bệnh, tăng cường sức khỏe răng miệng cho người bệnh.

- Người bệnh được chúng tôi xin ý kiến và đồng ý tham gia nghiên cứu

- Bệnh nhân được cung cấp đầy đủ thông tin về phương pháp điều trị, giải thích tất cả các thông tin có liên quan và bệnh nhân đồng ý ký cam đoan trước điều trị.

- Các thông tin của người bệnh được chúng tôi giữ bí mật và cam đoan chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu để nâng cao sức khỏe cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Sự thay đổi độ sâu túi quanh răng sau điều trị

Độ sâu túi quanh răng	Nhóm nghiên cứu (n = 52)	p
Trước điều trị (T0)	4,51 ± 0,89	< 0,05
Sau điều trị 1 tuần (T1)	3,90 ± 0,81	
Sau điều trị 1 tháng (T2)	3,32 ± 0,74	
Sau điều trị 3 tháng (T3)	2,85 ± 0,73	
Mức giảm độ sâu túi quanh răng theo thời gian		
T0 - T1	0,61 ± 0,27	< 0,05
T0 - T2	1,20 ± 0,43	< 0,05
T0 - T3	1,66 ± 0,44	< 0,05

- Trung bình độ sâu túi ở thời điểm sau 1 tuần, sau 1 tháng và sau 3 tháng so với trước điều trị là khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (T test).

- Mức giảm độ sâu túi quanh răng sau 1 tuần là $0,61 \pm 0,27$. Sau 1 tháng là $1,20 \pm 0,43$. Sau 3 tháng mức giảm là $1,66 \pm 0,44$. Mức giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (T test).

Bảng 2. Sự thay đổi mức mất bám dính quanh răng sau điều trị

Mất bám dính	Nhóm nghiên cứu (n = 52)	p
Trước điều trị (T0)	4,42 ± 1,36	< 0,05
Sau điều trị 1 tuần (T1)	4,05 ± 1,33	
Sau điều trị 1 tháng (T2)	3,62 ± 1,34	
Sau điều trị 3 tháng (T3)	3,32 ± 1,35	
Mức giảm mất bám dính theo thời gian		
T0 - T1	0,38 ± 0,47	< 0,05
T0 - T2	0,8 ± 0,67	< 0,05
T0- T3	1,1 ± 0,73	< 0,05

- Trung bình mức mất bám dính sau 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng so với trước điều trị là khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (T test).

- Mức giảm mất bám dính quanh răng sau 1 tuần là $0,38 \pm 0,47$. Sau 1 tháng là $0,8 \pm 0,67$. Sau 3 tháng là $1,1 \pm 0,73$. Khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (T test).

Bảng 3. Sự thay đổi giá trị trung bình của chỉ số GI sau điều trị

GI trung bình	Nhóm nghiên cứu (n = 52)	p
Trước điều trị (T0)	1,63 ± 0,21	< 0,05
Sau điều trị 1 tuần (T1)	0,99 ± 0,28	
Sau điều trị 1 tháng (T2)	0,51 ± 0,21	
Sau điều trị 3 tháng (T3)	0,38 ± 0,13	
Mức giảm GI theo thời gian		
T0 - T1	0,64 ± 0,2	< 0,05
T0 - T2	1,1 ± 0,25	< 0,05
T0- T3	1,2 ± 0,18	< 0,05

- Giá trị trung bình giảm ở thời điểm sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng so với trước điều trị cho thấy sự khác biệt trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (T test).

- Mức giảm GI trung bình sau 1 tuần là $0,64 \pm 0,2$; sau 1 tháng là $1,21 \pm 0,25$; sau 3 tháng là $1,2 \pm 0,18$. Khác biệt trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (T test).

Bảng 4. Sự thay đổi giá trị trung bình của chỉ số OHI-S sau điều trị

OHI-S trung bình	Nhóm nghiên cứu (n = 52)	p
Trước điều trị (T0)	4,41 ± 0,58	< 0,05
Sau điều trị 1 tuần (T1)	0,6 ± 0,28	
Sau điều trị 1 tháng (T2)	0,37 ± 0,22	
Sau điều trị 3 tháng (T3)	0,96 ± 0,27	
Mức giảm OHI-S theo thời gian		
T0 -T1	3,82 ± 0,6	< 0,05
T0 - T2	4,05 ± 0,6	< 0,05
T0- T3	3,45 ± 0,56	< 0,05

- Giá trị trung bình của chỉ số OHI-S ở các thời điểm là khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (T test).

- Mức giảm giá trị trung bình sau 1 tuần điều trị là $3,82 \pm 0,6$; sau 1 tháng là $4,05 \pm 0,6$; sau 3 tháng là $3,45 \pm 0,56$. Sự khác biệt trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (T test).

IV. BÀN LUẬN

Giảm độ sâu túi quanh răng: Độ sâu túi quanh răng trước điều trị ở nhóm nghiên cứu là $4,51 \pm 0,89$. Sau điều trị 1 tuần, chỉ số giảm $0,61 \pm 0,27$ mm, sau 1 tháng chỉ số giảm $1,20 \pm 0,43$ mm, sau 3 tháng chỉ số giảm $1,66 \pm 0,44$ mm. Như vậy độ giảm túi quanh răng trung bình của nhóm nghiên cứu tăng dần theo thời gian.

Nghiên cứu trên 246 túi quanh răng của Kreisler (2005) [3], sau điều trị 12 tuần ở nhóm điều trị bằng lấy cao răng và làm nhẵn chân răng từ $4,3 \pm 1,26$ mm còn $2,7 \pm 0,73$ mm. Độ sâu túi quanh răng trung bình của nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Kreisler có thể là do thời điểm trước điều trị độ sâu túi quanh răng trung bình cao hơn, mức độ tổn thương nặng hơn, do vậy nên khả năng hồi phục sẽ chậm hơn.

Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Nga Liên (2016) [4] sau điều trị 4 tuần kết hợp giữa lấy cao răng và làm nhẵn chân răng độ sâu túi quanh răng giảm từ $5,1 \pm 0,4$ mm xuống $3,2 \pm 0,4$ mm; nghiên cứu của Nguyễn Thị Hạnh (2009)[5] trên nhóm điều trị bằng phương pháp lấy cao răng, làm nhẵn chân răng kết hợp với Metrogyl Denta giảm từ $3,23 \pm 1,09$ mm xuống $2,5 \pm 0,96$; còn nghiên cứu của chúng tôi từ $4,51 \pm 0,89$ mm xuống $3,32 \pm 0,74$ mm; sau điều trị 3 tháng giảm xuống còn $2,85 \pm 0,73$ mm. Kết quả túi quanh răng trung bình sau điều trị của chúng

tôi gần như tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Nga Liên nhưng độ sâu túi quanh răng trung bình sau điều trị cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hạnh. Lý giải cho sự khác nhau này có thể là do độ sâu túi quanh răng nhóm thử nghiệm của Nguyễn Thị Hạnh ở mức độ nhẹ hơn. Phương pháp này tỏ ra có hiệu quả tốt với những túi quanh răng mức độ nhẹ và vừa.

Theo nghiên cứu của Jayachandran (2016) [6] bơm rửa dưới lợi bằng các dung dịch nước muối sinh lý, Tetracycline HCl 10mg/ml, Povidine Iod 2% trên cùng bệnh nhân ở các R16, R26, R36. Độ sâu túi quanh răng trước điều trị lần lượt là $3,51 \pm 0,35\text{mm}$; $3,46 \pm 0,31\text{mm}$; $3,53 \pm 0,25\text{mm}$, sau 3 tháng điều trị giảm xuống lần lượt là $3,38 \pm 0,26\text{mm}$; $3,17 \pm 0,33\text{mm}$; $3,33 \pm 0,39\text{mm}$. Mức độ giảm độ sâu túi quanh răng thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, có thể là do chỉ nghiên cứu trên các răng hàm lớn thứ nhất, vùng răng hồi phục tổn thương chậm, vệ sinh khó kiểm soát hơn những vùng khác.

Sự giảm mất bám dính sau điều trị: Trước điều trị mức mất bám dính là $4,42 \pm 1,36\text{mm}$. Sau 1 tuần mức mất bám dính giảm $0,38 \pm 0,47\text{mm}$. Sau 1 tháng giảm $0,8 \pm 0,67\text{mm}$; sau 3 tháng giảm $1,1 \pm 0,73\text{mm}$. So với trước điều trị thì sau điều trị mức giảm mất bám dính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với báo cáo của Aykol (2011) [7] cho thấy sau 4 tuần điều trị ở nhóm chứng từ $4,64 \pm 2,08$ còn $3,70 \pm 1,97\text{mm}$. Mức giảm mất bám dính này đều có ý nghĩa thống kê điều đó cho thấy khi làm sạch nguyên nhân gây bệnh thì có khả năng tái bám dính của biểu mô liên kết.

Thay đổi chỉ số quanh răng: Cùng với việc giảm độ sâu túi quanh răng và giảm mất bám dính quanh răng, các chỉ số quanh răng cũng được cải thiện một cách đáng kể sau điều trị. Chỉ số GI trung bình của nhóm trước điều trị là $1,63 \pm 0,21$. Sau 1 tuần điều trị chỉ số GI của nhóm giảm $0,64 \pm 0,2$; sau 1 tháng chỉ số GI của nhóm giảm $1,1 \pm 0,25$; Sau 3 tháng giảm $1,2 \pm 0,18$. Độ giảm GI của nhóm có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước và sau điều trị. Điều này càng khẳng định tác dụng của phương pháp điều trị lấy cao răng, làm nhẵn chân răng và nạo túi quanh răng kín. Kết quả của Trần Thị Nga Liên (2016) có chỉ số GI trung bình nhóm chứng tại thời điểm trước điều trị đều ở mức $1,9 \pm 0,5$; chủ yếu là mức độ viêm trung bình, ở nhóm thử nghiệm mức độ viêm bắt đầu chuyển sang giai đoạn nặng với trung bình là $2,0 \pm 0,5$, sau điều

trị 2 tuần ở nhóm chứng còn $0,9 \pm 0,6$, ở nhóm thử nghiệm còn $0,8 \pm 0,7$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tôi là sau 1 tuần GI giảm từ $1,63 \pm 0,21$ xuống còn $0,99 \pm 0,28$ sau điều trị 1 tuần.

Về chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản OHI-S, sau 1 tuần chỉ số của nhóm giảm từ $4,41 \pm 0,58$ xuống $0,6 \pm 0,28$; sau 1 tháng giảm tiếp xuống $0,37 \pm 0,22$. Tuy nhiên khi đến sau 3 tháng thì chỉ số OHI-S có hiện tượng tăng lên là $0,96 \pm 0,27$. So với trước điều trị thì cả ở 3 thời điểm đều giảm OHI-S ở mức đáng kể, thay đổi từ tình trạng vệ sinh răng miệng kém lên tốt. Điều đó là do sự nỗ lực tích cực của bác sĩ trong việc làm sạch cao răng trên và dưới lợi để làm cho chỉ số cao răng giảm xuống mức tối đa, gần như bằng 0 ở các đối tượng sau điều trị. Đồng thời trong nghiên cứu của chúng tôi rất tích cực trong việc hướng dẫn bệnh nhân kiểm soát mảng bám răng qua việc vệ sinh răng miệng cá nhân tại nhà chủ yếu bằng chải răng đúng cách và sử dụng chỉ tơ, bàn chải kẽ. Nhờ đó mà hầu hết bệnh nhân của chúng tôi đều thay đổi hành vi vệ sinh răng miệng cá nhân, không để tình trạng vệ sinh không tốt ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Cũng nhờ việc kiểm soát vệ sinh tốt mà kết quả của nghiên cứu của chúng tôi khả quan. Tuy nhiên, sau 3 tháng, chỉ số OHI-S có xu hướng tăng lên, điều này là do trên răng bệnh nhân bắt đầu hình thành lại cao răng, bắt đầu lơ là việc vệ sinh răng miệng do thấy kết quả bệnh viêm quanh răng sau điều trị ổn định. Chính vì điều này mà bệnh nhân bị viêm quanh răng mạn tính nên đi khám định kì sau 3 tháng để bác sĩ đánh giá lại tình trạng răng miệng và có phương pháp điều trị sớm.

V. KẾT LUẬN

Sau điều trị 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng: các chỉ số túi quanh răng, mất bám dính, chỉ số lợi GI, chỉ số vệ sinh răng miệng đơn giản OHI-S của nhóm bệnh nhân đều cải thiện so với trước điều trị.

Kết quả sau điều trị sau 1 tháng: Độ sâu túi quanh răng giảm $1,20 \pm 0,43\text{mm}$. Mức giảm mất bám dính $0,8 \pm 0,67\text{mm}$. Mức giảm chỉ số GI là $1,1 \pm 0,25\text{mm}$. Mức giảm chỉ số OHI-S là $4,05 \pm 0,6$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Đình Hải và cộng sự (2013).** *Bệnh học quanh răng*, Nhà xuất bản Y học, 9-234.
2. **Michael G. Newman, Fermin A. Carranza et al (2011).** *Etiology of periodontal diseases, Carranza's Clinical Periodontology*, eleventh edition, Elsevier Saunder; Philadelphia, 194-270.
3. **Kreisler M, Al Haj H, d'Hoedt B (2005).** Clinical efficacy of semiconductor laser application as an

- adjunct to conventional scaling and root planing. *Lasers Surg Med*, 37(5), 350-355.
4. **Trần Thị Nga Liên (2016).** *Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh răng mạn tính bằng phương pháp laser diode*, luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
 5. **Nguyễn Thị Hạnh (2009).** *Đánh giá kết quả điều trị viêm quanh răng bằng phương pháp bảo tồn sử dụng gel Metrogyl Denta*, luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
 6. **Jayachandran Perayil et al. (2016).** Comparison of the efficacy of subgingival irrigation with 2% povidone-iodine and tetracycline HCl in subjects with chronic moderate periodontitis: A clinico microbiological study, *Dental Research Journal*, Vol 13, 2, 98-109.
 7. **Aykol G, Baser U, Maden I, et al (2011).** The effect of low-level laser therapy as an adjunct to non-surgical periodontal treatment. *J Periodontol*. Mar, 82(3), 481-488.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐA XOANG MẠN TÍNH BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ NĂM 2016 – 2017

Châu Chiêu Hòa*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: phẫu thuật nội soi (PTNS) chức năng mũi xoang là một phương pháp mới trong điều trị ngoại khoa bệnh viêm xoang, giúp chăm sóc tốt người bệnh trước, trong và sau mổ, hạn chế tối đa bệnh viêm mũi xoang tái phát. Tuy nhiên thực tế bệnh viêm đa xoang mạn rất khó điều trị do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài. **Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá kết quả PTNS mũi xoang sau 3 tháng, 12 tháng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 121 bệnh nhân viêm đa xoang mạn được PTNS mũi xoang tại Bệnh viện Tai mũi họng Cần Thơ từ tháng 4/2016 đến tháng 7/2017; mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** tỉ lệ nam (58.7%) mắc nhiều hơn nữ (41.3%). Nhóm tuổi mắc nhiều nhất là 31-45 tuổi (47.9%). Lý do vào viện vì chảy mũi 43.8%; nghẹt mũi 41.3%; nhức đầu 28.1%; đau nặng mặt 35.5%; giảm khứu 7.4%. Sau phẫu thuật 3 tháng, nghẹt mũi giảm còn 16.5%; chảy mũi còn 17.4%; nhức đầu còn 7.4%; và khứu giác giảm còn 6.6% ($p < 0.05$). Nội soi tình trạng tắc nghẽn cải thiện tốt 100%; không phát hiện Polyp trong hốc mũi. Tình trạng phù nề niêm mạc giảm còn 21.1%. Xuất tiết nhầy loãng giảm còn 18.2% ($p < 0.05$). Kết quả tốt đạt tỉ lệ cao chiếm 71.9%; khá 19%; trung bình 7.5% và kém 1.6%. Sau phẫu thuật 12 tháng, phức hợp lỗ ngách trước phẫu thuật: mở 1 phần hoặc mở hoàn toàn chiếm 82.5%; sau phẫu thuật: mở 1 phần hoặc mở đều 24.6% ($p < 0.05$). CT scan sau phẫu thuật 12 tháng kết quả tốt 56.1%; khá 26.4%; trung bình 15.3% và kém 1.7%. **Kết luận:** Triệu chứng cơ năng cải thiện sau phẫu thuật rất tốt. Kết quả CT scan sau phẫu thuật 12 tháng cải thiện tốt.

Từ khóa: viêm xoang mạn, phẫu thuật nội soi

SUMMARY

ASSESS THE RESULTS OF TREATMENT CHRONIC SINUSITIS BY ENDOSCOPIC SURGERY AT CAN THO EAR NOSE THROAT HOSPITAL 2016 – 2017

Background: function endoscopic sinus surgery is a new procedure in treatment rhinosinusitis, help take care of patients before, present, after surgery so well, limit recurrence maximum. However, chronic rhinosinusitis disease actually is so difficult to treat

*Bv Tai Mũi Họng Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Châu Chiêu Hòa

Email: chieuhoa72@yahoo.com

Ngày nhận bài: 30.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2018

Ngày duyệt bài: 24.01.2018

ensue we perform the topic. **Objectives:** assess the 3 months, 12 months postoperative results. **Materials and method:** 121 chronic rhinosinusitis patients are treated by endoscopic sinus surgery at can tho ear nose throat hospital from 4/2016 to 7/2017; horizontal description, progressive. **Results:** male (58.7%) more than female (41.3%). The highest age group from 31 to 45 (47.9%). Reason for hospitalization rhinorrhea is 43.8%; congestion is 41.3%; headache 28.1%; facial pain 35.5%; smell decrease 7.4%. After 3 months surgery, congestion decrease 16.5%; rhinorrhea 17.4%; headache 7.4%; smell decrease 6.6% ($p < 0.05$). Endoscopic: obstruction improved well 100%; none polyp in nasal cavity. Mucosal edema is decrease 21.1%. Out of thin mucus is decrease 18.2% ($p < 0.05$). Good result is high 71.9%; moderate 19%; medium 7.5% and bad 1.6%. After 12 months surgery, fissure ostium complex preoperation: fuzzy section or total 82.5%; after surgery 24.6% ($p < 0.05$). CT scan is good 56.1%; moderate 26.4%; medium 15.3% and bad 1.7%. **Conclusion:** symptoms improve after surgery very well. 12 months postoperative CT scan improve well.

Keywords: chronic rhinosinusitis, endoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm xoang mạn (VXM) là một bệnh lý khó điều trị, kéo dài, dễ tái phát [6]. Nhờ sự tiến bộ và hiểu biết về cơ chế sinh bệnh học của niêm mạc mũi xoang, một phương pháp mới trong điều trị đã ra đời, đó là PTNS chức năng mũi xoang. Nguyên tắc của phẫu thuật là can thiệp tối thiểu – hiệu quả tối đa nhằm bảo tồn và phục hồi chức năng sinh lý của hệ thống niêm mạc mũi xoang sau mổ. Hiện nay PTNS mũi xoang là một trong những phương pháp được lựa chọn ưu tiên khi điều trị nội khoa thất bại [4] hoặc là một bước trong quá trình điều trị bệnh lý VXM. Vì vậy chúng tôi mới tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị viêm đa xoang mạn bằng phẫu thuật nội soi mũi xoang tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân (BN) đủ tiêu chuẩn chẩn đoán VXM theo phân loại EPOS 2012 [7]; và các triệu chứng này hiện diện ít nhất 12 tuần; và thấy hình ảnh viêm niêm mạc mũi xoang trên nội soi (chảy dịch từ khe giữa, phù nề niêm mạc khe giữa) và/hoặc CT Scan (dày niêm mạc xoang trước, tắc phức hợp lỗ thông xoang); và có viêm đồng thời cùng lúc từ hai

xoang cạnh mũi trở lên. BN được PTNS tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ từ tháng 4/2016 đến tháng 7/2017; theo dõi sau phẫu thuật 3, 12 tháng và chụp CT scan sau phẫu thuật 12 tháng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN có bệnh nội khoa không có khả năng gây mê và phẫu thuật; chấn thương biến dạng vùng mặt; BN không hợp tác và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

+ Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{1-\frac{\alpha}{2} c^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý

Mức độ tin cậy 95%, Z = 1.96

P: Tỷ lệ thành công 92.1% nên p=0,921.

c: sai số cho phép, chọn c = 0,05.

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần lấy là 112. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 121 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

+ Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

- Nội dung nghiên cứu

+ Thông tin chung: tuổi, giới, bệnh kèm theo.

+ Cơ năng: lý do vào viện, nghẹt mũi, chảy mũi, đau căng mặt, rối loạn khứu giác.

+ Phương pháp phẫu thuật: PTNS chức năng tối thiểu (mở xoang hàm – xoang sàng trước). PTNS kinh điển (mở xoang sàng – xoang hàm

toàn bộ). PTNS mở rộng (Mở xoang hàm – sàng – trán – bướm). PTNS mũi xoang kết hợp: Chính hình vách ngăn; chỉnh hình cuốn giữa; chỉnh hình cuốn giữa + vách ngăn; cắt Polyp mũi.

+ Kết quả sau phẫu thuật 3 tháng:

Nhức đầu: Không giảm = 0 điểm; giảm = 1 điểm; hết = 2 điểm.

Nghẹt mũi: Không giảm = 0 điểm; giảm = 1 điểm; hết = 2 điểm.

Chảy mũi: Không giảm = 0 điểm; giảm = 1 điểm; hết = 2 điểm.

Khứu giác: Không giảm = 0 điểm; giảm = 1 điểm; hết = 2 điểm.

Hở mũi: Dính, có dịch mủ, tái phát, polyp = 0 điểm; dịch nhầy, niêm mạc phù nề = 1 điểm; thông thoáng = 2 điểm.

- Phân loại: Tốt: 9 - 10 điểm; khá: 7 - 8 điểm; trung bình: 4 - 6 điểm; kém: 1 - 3 điểm.

+ Kết quả sau phẫu thuật 12 tháng:

Cơ năng:

Nhức đầu: Không giảm = 1 điểm; giảm = 2 điểm; hết = 3 điểm

Nghẹt mũi: Không giảm = 0 điểm; giảm = 1 điểm; hết = 2 điểm.

Chảy mũi: Không giảm = 0 điểm; giảm = 1 điểm; hết = 2 điểm.

Khứu giác: Không giảm = 0 điểm; giảm = 1 điểm; hết = 2 điểm.

Tốt: 10 - 12 điểm; khá: 7 - 9 điểm; trung bình: 4 - 6 điểm; kém: 1 - 3 điểm.

Thực thể: Qua nội soi:

Bảng 2.1. Thang điểm triệu chứng thực thể qua nội soi

Triệu chứng thực thể		Điểm
1. Cấu trúc giải phẫu	Không có dị hình GP gây cản trở phức hợp lỗ ngách	10
	Có dị hình gây tắc bán phần phức hợp lỗ ngách	5
	Có dị hình gây tắc hoàn toàn phức hợp lỗ ngách	0
2. Tình trạng niêm mạc	Niêm mạc bình thường	5
	Niêm mạc phù nề nhẹ, nhợt màu	2
	Niêm mạc phù nề mọng, thoái hóa	0
3. Xuất tiết, mủ	Không hoặc có xuất tiết trong hoặc nhầy loãng	10
	Xuất tiết trong hoặc nhầy loãng	5
	Mủ nhầy đặc hay mủ đặc bắn ở vùng phức hợp lỗ ngách	2
4. Polyp	Không có polyp	10
	Polyp mũi độ 1	5
	Polyp mũi độ 2	2
	Polyp mũi độ 3 và 4	0

Phân loại đánh giá kết quả triệu chứng thực thể qua nội soi mũi xoang: Tốt: 30 - 35 điểm; khá: 20 - 29 điểm; trung bình: 10 - 19 điểm; kém: 4 - 9 điểm.

Bảng 2.2. Thang điểm hình ảnh niêm mạc qua CT scan

Xoang	Bình thường	Dày niêm mạc	Mờ đều
Xoang sàng trước	2	1	0
Xoang sàng sau	2	1	0

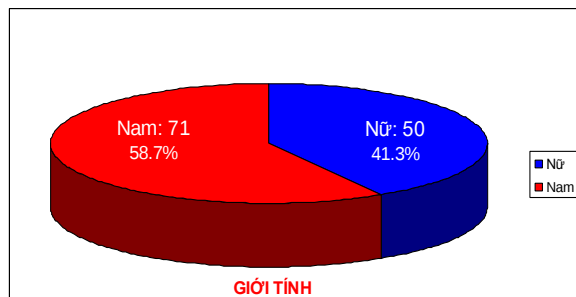
Phức hợp LN	2	-	0
Xoang hàm	2	1	0
Xoang trán	2	1	0
Xoang bướm	2	1	0

Phân loại đánh giá kết quả CT scan sau phẫu thuật 12 tháng. Tốt: 10-12 điểm; khá: 7-9 điểm; trung bình: 4-6 điểm; kém: 1-3 điểm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung

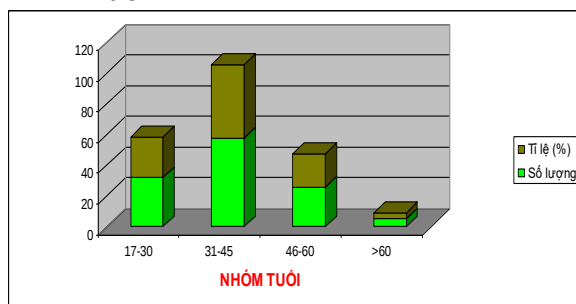
1.1. Giới tính:



Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới (n = 121)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ (58,7% > 41,3%).

1.2. Tuổi:



Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi (n = 121)

Nhận xét: Tuổi từ 31 – 60 chiếm đa số 84/121 trường hợp (69,4%).

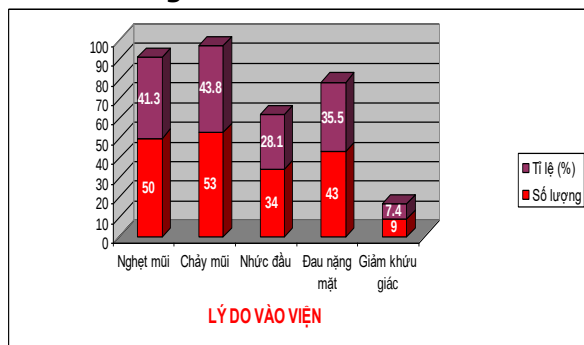
1.3. Bệnh kèm theo

Bảng 3.1 Bệnh kèm theo

Bệnh kèm theo	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Dị ứng	26	21.5
HC trào ngược DD-TQ	15	12.4
Hen Phế quản	10	8.3
Tổng cộng	51	32.2

Nhận xét: 21,5% số bệnh nhân có liên quan đến tiền sử dị ứng.

2. Cơ năng



Biểu đồ 3.3. Lý do vào viện (n = 121)

Nhận xét: Chảy mũi chiếm cao nhất 43.8%; nghẹt mũi chiếm 41.3%.

3. Đánh giá kết quả điều trị VXM bằng phẫu thuật nội soi mũi xoang

Bảng 3.2. Các phương pháp PT đã thực hiện (n = 121)

Phương pháp PT	Số lượng	Tỉ lệ (%)
PT NSCNMX tối thiểu	8	6.6
PT NSCNMX kinh điển (Mở hàm-sàng toàn bộ).	77	63.6
PT NSCNMX mở rộng (Mở sàng-hàm-trán-bướm)	36	29.8
Tổng cộng	121	100

Nhận xét: 63,6% bệnh nhân được PT mở hàm – sàng toàn bộ; chỉ có 6,6% PT tối thiểu.

Bảng 3.3. Các phẫu thuật kết hợp (n = 121)

Phẫu thuật kết hợp	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Phẫu thuật NSCNMX đơn thuần	39	32.2
Chỉnh hình vách ngăn	32	26.5
Chỉnh hình cuốn giữa	18	14.9
Cắt polyp	32	26.4
Tổng cộng	121	100

Nhận xét: 26,5% bệnh nhân kết hợp PT chỉnh hình vách ngăn và PT 26,4% PT cắt polyp mũi.

Bảng 3.4. Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật 3 tháng (n = 121)

Triệu chứng	Trước phẫu thuật		Sau PT 3 tháng		P test χ^2
	n	%	n	%	
Nghẹt mũi	116	95.9	20	16.5	p = 0.000
Chảy mũi	118	97.5	21	17.4	p = 0.000
Nhức đầu	71	58.7	9	7.4	p = 0.000
Ngửi kém	29	24	8	6.6	p = 0.000

Nhận xét: sau 3 tháng PT triệu chứng nghẹt mũi, chảy mũi được cải thiện chỉ còn 16,5% và 17,4%.

Bảng 3.5. Triệu chứng thực thể sau phẫu thuật 3 tháng (n = 121)

Thực thể	Trước PT		Sau PT 3 tháng		P test χ^2
	n	%	n	%	
Cấu trúc giải phẫu: Tắc 1 phần hay toàn bộ	121	93.4	0	0	-
Phù nề niêm mạc: Phù nề nhẹ hoặc thoái hóa	121	100	26	21.5	P = 0.002
Xuất tiết hốc mũi: Nhầy loãng đặc hoặc bẩn	121	100	22	18.2	p = 0.000
Polyp	32	26.4	0	0	-

Nhận xét: sau 3 tháng PT còn 21,5% phù nề

niêm mạc, 18,2% có dịch xuất tiết ở hốc mũi.

Bảng 3.6. Kết quả sau phẫu thuật 3 tháng (n = 121)

Loại	Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tổng cộng
Số lượng	87	23	9	2	57
Tỉ lệ (%)	71.9	19.0	7.5	1.6	100

Nhận xét: Sau mổ 3 tháng có 71,9% cho kết quả tốt; 1,6% kết quả kém.

Bảng 3.7. Triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật 12 tháng (n = 57)

Triệu chứng	Trước phẫu thuật		Sau PT 12 tháng		P test χ^2
	n	%	n	%	
Nghẹt mũi	55	96.5	6	10.5	p = 0.030
Chảy mũi	56	98.2	8	14	p = 0.010
Nhức đầu	30	52.6	6	10.5	p = 0.005
Ngủ kém	10	17.5	4	7	p = 0.000

Nhận xét: 12 tháng sau mổ triệu chứng nghẹt mũi và chảy mũi chỉ còn 10,5%.

Bảng 3.8. Triệu chứng thực thể sau phẫu thuật 12 tháng (n = 57)

Thực thể	Trước PT		Sau PT 12 tháng		P test χ^2
	n	%	n	%	
Cấu trúc giải phẫu: Tắc 1 phần hay toàn bộ	53	93	6	10.5	P = 0.010
Phù nề niêm mạc: Phù nề nhẹ hoặc thoái hóa	57	100	4	7	P = 0.012
Xuất tiết hốc mũi: Nhầy loãng đặc hoặc bẩn	57	100	12	21	P = 0.000
Polyp	12	21	2	3.5	P = 0.013

Nhận xét: 12 tháng sau mổ có 7% phù nề nhẹ niêm mạc hoặc thoái hóa.

Bảng 3.9. Đánh giá phức hợp lỗ ngách trên phim CT scan (n = 57)

Thực thể		Hình ảnh phức hợp lỗ ngách		P test χ^2
		Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	
Bình thường	n	10	43	p = 0.047
	%	17.5	75.4	
Mở 1 phần hoặc mở đều	n	47	14	
	%	82.5	24.6	

Nhận xét: sau 12 tháng phẫu thuật PHLN chỉ còn 24,6% mở 1 phần hoặc mở đều so với trước PT (82,5%).

Bảng 3.10. Kết quả triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật 12 tháng (n = 57)

Loại	Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tổng cộng
Số lượng	45	10	1	1	57
Tỉ lệ (%)	78.9	17.5	1.7	1.7	100

Nhận xét: sau PT 12 tháng 78,9% triệu chứng cơ năng tốt, chỉ có 1,7% kém.

Bảng 3.11. Kết quả TCTT qua khám NS sau PT 12 tháng (n = 57)

Loại	Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tổng cộng
Số lượng	41	13	2	1	57
Tỉ lệ (%)	71.9	22.9	3.5	1.7	100

Nhận xét: sau PT 12 tháng 71,9% triệu chứng thực thể tốt, chỉ có 1,7% kém.

Bảng 3.12. Đánh giá kết quả CT scan sau phẫu thuật 12 tháng (n = 57)

Loại	Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tổng cộng
Số lượng	32	15	9	1	57
Tỉ lệ (%)	56.1	26.4	15.8	1.7	100

Nhận xét: sau PT 12 tháng 56,1% kết quả CT scan tốt, chỉ có 1,7% kém.

IV. BÀN LUẬN

Sau phẫu thuật 12 tháng: Triệu chứng cơ năng còn nghẹt mũi 6/57 BN, (10.5%); chảy mũi 8/57 BN (14%); nhức đầu 6/57 BN (10.5%); khứu giác giảm 4/57 BN (7%). kết quả tốt đạt tỉ lệ cao, có 45/57 BN, chiếm 78.9%; khá đạt có 10/57 BN, chiếm 17.5%; Trung bình và kém chỉ có 1/57 BN, chiếm 1.7%. Tình trạng tắc nghẽn cải thiện tốt, giảm còn 10.5%; tình trạng phù nề niêm mạc còn 7%; xuất tiết nhầy còn 21%. Có 2 trường hợp tái phát Polyp, chiếm 8.3% so với trước PT.

PHLN trên phim CT scan: trước phẫu thuật: mở 1 phần hoặc mở hoàn toàn chiếm 82.5%; sau phẫu thuật: mở 1 phần hoặc mở đều 24.6%.

Phân tích kết quả 12 tháng sau phẫu thuật so với mức độ viêm xoang theo nội soi cho thấy: bệnh nhân nhóm bệnh VX độ I và độ II cho kết quả tốt 100%. Nhóm VX độ III cho kết quả tốt chỉ chiếm 11.9%; khá và trung bình chiếm tỉ lệ cao lần lượt là 45.4% và 33.3%. Ở nhóm VX độ IV cho kết quả tốt thấp, chiếm 4.7%; cho kết quả khá 54.5%; trung bình 66.8% và loại kém chiếm 100%. Sự khác biệt ý nghĩa thống kê, với p = 0.000.

Kết quả phẫu thuật theo mức độ viêm xoang trên CT scan sau phẫu thuật 12 tháng cho thấy: ở nhóm VX độ I cho kết quả tốt và khá, trong đó kết quả tốt chiếm tỉ lệ cao 59.4%; khá chiếm 26.7%. Không có tỉ lệ trung bình và kém. Tương tự ở nhóm VX độ II chỉ cho kết quả tốt khá là

28.1% và 20%. Trong khi đó nhóm VX độ III cho kết quả tốt, khá và trung bình lần lượt là 12.5%; 20% và 44.4%. Ở nhóm VX độ IV, cho kết quả từ khá trở xuống mà không có loại tốt. Tỷ lệ khá 33.3%; loại trung bình chiếm 55.6%; loại kém 100%. Sự khác biệt ý nghĩa thống kê, với $p = 0.000$

V. KẾT LUẬN

Nghẹt mũi, chảy mũi là hai triệu chứng cơ năng chiếm tỷ lệ cao nhất. Chảy mũi chiếm đến 97,5%, nghẹt mũi chiếm 95,9%. Triệu chứng cơ năng cải thiện sau phẫu thuật rất tốt. Kết quả CT scan sau phẫu thuật 12 tháng cải thiện tốt. Các xoang sàng trước, sàng sau và xoang hàm có tỷ lệ tổn thương chung 33.9% so với trước phẫu thuật 97.2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Thùy Dung (2014), *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, CT Scan, nội soi và giải phẫu bệnh của viêm xoang hàm một bên tại bệnh viện Đại học y dược TPHCM từ tháng 8/2013 đến tháng*

- 5/2014, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
2. Phan Vũ Thanh Hải, Phan Thanh Hoàng, Huỳnh Bá Tân (2006), *Đánh giá phẫu thuật mũi xoang qua nội soi tại bệnh viện Đa Năng từ 2001-2005*, Tạp chí Y học TPHCM, 10(1), tr. 71-74.
3. Nguyễn Thái Hưng, Nguyễn Đình Trường, Nguyễn Đức Thuận (2013), *Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm đa xoang mạn tính bằng phẫu thuật nội soi chức năng tại bệnh viện 198, Y học thực hành (857) – số 1, tr. 47 – 49.*
4. Phạm Kiên Hữu (2010), *"Phẫu thuật nội soi mũi xoang không nhét bắc thường quy: sau 200 trường hợp mổ tại BV. ĐHYD TPHCM", Tạp chí Y học TPHCM, 14(1), tr. 154-157.*
5. Nguyễn Tuyết Lê (2007), *"Ứng dụng phẫu thuật nội soi can thiệp tối thiểu trong điều trị viêm mũi xoang mạn tính", Y học TP Hồ Chí Minh, tập 11, phụ bản của số 1, tr. 52 – 55.*
6. Trần Việt Luân (2013), *Nghiên cứu phẫu thuật nội soi vách trần với hệ thống hướng dẫn hình ảnh định vị ba chiều*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
7. Desrosiers M, Evans G.A (2011), *"Canadian Clinical Practice Guidelines for Acute and Chronic Rhinosinusitis", Journal of Otolaryngology-Head and neck surgery, 40, pp. 99-142.*

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC QUẢN LÝ PHÒNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN QUỲNH LƯU, TỈNH NGHỆ AN NĂM 2017

Lê Đức Cường¹, Nguyễn Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang tại bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An nhằm mục tiêu mô tả thực trạng công tác quản lý phòng, chống nhiễm khuẩn bệnh viện tại địa bàn nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy: hệ thống tổ chức quản lý công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện được xây dựng và hoạt động có hiệu quả bệnh viện theo đúng hướng dẫn của Bộ Y tế. Phòng kỹ thuật được bố trí hợp lý. Điều kiện vệ sinh phòng bệnh: thiết kế 1 chiều chiếm 0%, đủ lưới chắn hoặc 2 lần cửa chiếm 21,47%, tường không bị thấm mốc: 57,2%. Thiết bị vệ sinh và khử khuẩn: có guốc dép và hệ thống làm khô riêng: 68,2%, có đèn khử khuẩn: 42,9%, có buồng khử khuẩn: 57,1% và tủ cất dụng cụ đã khử khuẩn: 71,4%, có dung dịch rửa tay phẫu thuật: 100%, có sổ theo dõi quá trình khử khuẩn: 42,9%.

Từ khóa: Kiến thức – Thái độ – Thực hành; Nhiễm khuẩn bệnh viện; Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Lưu.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF HOSPITAL MANAGEMENT TO PREVENT THE NOSOCOMIAL INFECTIONS AT QUYNH LUU GENERAL HOSPITAL, NGHE AN PROVINCE IN 2017

The study was conducted through a cross-sectional survey at Quynh Luu District General Hospital, Nghe An province, which aims to describe the current status of hospital management to prevent the nosocomial hospital in the study area. Research results showed that: The hospital has developed and implemented plans as well as documents to departments and departments to strengthen hospital infection prevention; Technical room layout reasonable; Room hygiene conditions are limited; Footwear and personal drying systems are 68.2%, disinfection lamps 42.9%; with a disinfectant tracking number of 42.9%.

Keywords: Knowledge - Attitude - Practice; Hospital management; Nosocomial infections; Quynh Luu hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Cường
Email: cuongldvn@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.11.2017
Ngày phản biện khoa học: 26.01.2018
Ngày duyệt bài: 30.01.2018

[2], [5]. Do vậy việc chống nhiễm khuẩn bệnh viện đã và đang được ngành y tế đặc biệt quan tâm. Trong giai đoạn 1986-1996, hàng năm có 16.000 trường hợp NTVM, tỷ lệ tử vong khoảng 1,9%. Với mỗi trường hợp NTVM làm người bệnh phải kéo dài thời gian nằm viện từ 7-10 ngày và chi phí điều trị tăng thêm khoảng 3.000 USD [7].

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 [2], [6].

Tại Nghệ An đã có một số bệnh viện thực hiện các giám sát NTVM [4]. 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 kiêm 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 [4]. Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn thuộc Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu được thành lập từ năm 2013 tuy nhiên chưa có những đánh giá về thực trạng hoạt động phòng chống nhiễm khuẩn đặc biệt là nhiễm trùng vết mổ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu sau: *Mô tả thực trạng công tác quản lý phòng, chống nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An năm 2017.*

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:

+ Cơ sở phòng kỹ thuật (Phòng mổ, phòng thay băng, phòng tiêm...)

+ Cán bộ quản lý bệnh viện về công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện (Ban giám đốc, Trưởng (phó) khoa ngoại, sản, Gây mê hồi sức, Kiểm soát nhiễm khuẩn, Phòng điều dưỡng)

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 2/2017 – 8/2017

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 bằng một cuộc điều tra ngang bao gồm nghiên cứu định lượng và định tính.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Chọn chủ đích cán bộ quản lý bệnh viện để phỏng vấn sâu về công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện:

- 01 đại diện Ban giám đốc;
- 01 Trưởng/phó khoa Ngoại;
- 01 Trưởng/phó khoa sản;
- 01 Trưởng/phó khoa Gây mê hồi sức;
- 01 Trưởng/phó khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn.
- 01 Trưởng/phó phòng điều dưỡng.

- Điều tra cơ sở phòng kỹ thuật bằng bảng kiểm: tổng số 14 phòng kỹ thuật (4 phòng mổ, 10 phòng tiêm).

2.3. Phương pháp thu thập thông tin:

Thông tin được thu thập bằng phương pháp quan sát thông qua bảng kiểm đánh giá phương tiện phục vụ phẫu thuật và các thực hành tuân thủ ngoại khoa trong phẫu thuật và phương pháp phỏng vấn bằng phiếu hướng dẫn trả lời phỏng vấn sâu.

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. Kết quả thu được sau khi xử lý số liệu được trình bày dưới dạng các bảng và hộp phỏng vấn sâu.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu không làm ảnh hưởng tới uy tín của bệnh viện, các phẫu thuật viên hay nhân viên y tế, không gây khó khăn cho người bệnh mà chỉ mang tính khoa học. Giải thích rõ cho đối tượng tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi có sự tham gia tự nguyện của đối tượng.

Số liệu thu thập: một cách trung thực, khách quan. Kết quả nghiên cứu được thông báo tới lãnh đạo của Bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Hộp 3.1. Công tác tổ chức chống nhiễm khuẩn bệnh viện

..... tôi luôn thường xuyên giám sát và đôn đốc nhân viên các khoa phòng thực hiện tốt các quy định về chống NKBV, đặc biệt là công tác quản lý hóa chất, được phẩm quá hạn không còn khả năng sử dụng cũng như các hóa chất nguy hại thải bỏ. Về nhân lực, trang thiết bị phục vụ cho công tác phòng chống NKBV đã được ban lãnh đạo BV quan tâm, kiện toàn và đầu tư nâng cấp. Bên cạnh đó BV cũng đã thành lập hội đồng và mạng lưới KSNK BV. Tuy nhiên cũng phải thừa nhận rằng, ý thức chung của nhân viên y tế đối với công tác chống NKBV còn

chưa cao, mạng lưới KSNK BV hoạt động còn hạn chế....vẫn còn một số quy trình về KSNK chưa được ban hành.....

ĐC Phó GD phụ trách công tác chống NKBV

Qua họp thoại trên cho thấy, đã cho thấy sự quan tâm của ban lãnh đạo BV đối với công tác này. Tuy vậy, do nhân lực, vật lực còn hạn chế và đang còn trong giai đoạn kiện toàn nên mạng lưới KSNK tại BV hoạt động chưa thực sự cao. Đặc biệt, một số quy trình về KSNK tại BV chưa được ban hành.

Hộp 3.2. Quan điểm chỉ đạo của bệnh viện về công tác chống NKBV

.....bản thân tôi luôn tuân thủ các quy định về KSNK BV, luôn chủ động tìm hiểu các quy trình, quy định chuyên môn về KSNK để xây dựng, phổ biến trước hết là cho nhân viên của khoa và sau đó là cho toàn bệnh viện. Bệnh viện cũng luôn có chế tài, thi đua khen thưởng cũng như xử lý những cá nhân vi phạm công tác chống NKBV. Vì vậy mà công tác chống NKBV cũng có nhiều thuận lợi khi triển khai.

Lê Thị Q, Trưởng Khoa chống NKBV

Kết quả phỏng vấn ở hộp trên cho thấy, công tác chống NKBV luôn được lãnh đạo bệnh viện đa khoa huyện Quỳnh Lưu quan tâm và chỉ đạo sát sao. Bên cạnh đó BV cũng đã có những chế

tài, thi đua khen thưởng cũng như hình thức xử lý vi phạm khi thực hiện công tác này. Điều này phần nào sẽ giúp cán bộ công nhân viên tại BV ý thức hơn nữa về tầm quan trọng của công tác chống NKBV.

Hộp 3.3. Các quy định, chế tài về chống NKBV của bệnh viện

Về việc thi đua khen thưởng và hình thức xử lý vi phạm liên quan đến thực hiện công tác chống NKBV được ban hành trong công tác thi đua khen thưởng chung của BV. Hàng tháng, hàng quý và đầu năm, cuối năm, BV luôn tổ chức các đợt thi đua khen thưởng, có nêu lên các việc làm tốt, cá nhân thực hiện tốt, có thành tích trong công tác thực hiện chống NKBV. Về xử lý vi phạm thì luôn được Hội đồng kỷ luật BV xem xét và xử lý công khai, minh bạch.

Trần Thị Th, Phòng điều dưỡng

Việc có chế tài chặt chẽ, hợp lý trong việc tuyên dương khen thưởng, cũng như xử lý các trường hợp vi phạm trong thực hiện công tác chống NKBV luôn được quan tâm và điều này đã được BV thực hiện rất tốt. Điều đó phần nào sẽ giúp các cán bộ nhân viên bệnh viện yên tâm trong công tác phòng, chống NKBV, NTVM và cống hiến hết mình cho sự nghiệp chung của BV.

Bảng 3.1. Điều kiện đảm bảo vệ sinh tại các phòng mổ, phòng tiêm

Cơ sở vật chất Trang thiết bị	Phòng	Phòng mổ (n=4)		Phòng tiêm (n=10)		Tổng (n=14)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Có phòng rửa tay, thay quần áo		4	4/4	9	9/10	13	92,8
Phòng riêng biệt với phòng điều trị		4	4/4	9	9/10	13	92,8
Được thiết kế 1 chiều		0	0/4	0	0/10	0	0
Nền nhà không đọng nước		4	4/4	10	10/10	14	100,0
Có thiết bị thông gió nhân tạo		4	4/4	8	8/10	12	85,7
Tường nhà không bị thấm mốc		4	4/4	4	4/10	8	57,2
Tường được ốp gạch men		4	4/4	10	10/10	14	100,0
Tường được sơn chống thấm		4	4/4	10	10/10	14	100,0
Hướng cửa sổ quay phía bắc hoặc lân cận bắc 30°		0	0/4	2	2/10	2	13,6

Kết quả trình bày tại bảng 3.1 cho thấy, 4 phòng mổ của bệnh viện có điều kiện đảm bảo vệ sinh tốt hơn so với các phòng tiêm tại các khoa. Cả 4 phòng mổ đều có phòng rửa tay, phòng thay quần áo riêng, nền nhà không đọng nước, tường được ốp gạch men và sơn chống thấm. Trong cả 4 phòng mổ đều có điều hoà nhiệt độ 2 chiều, không có phòng nào được thiết kế 1 chiều. Với các phòng tiêm, điều kiện đảm bảo vệ sinh không tốt bằng các phòng mổ. Chỉ có 8/10 phòng tiêm được bố trí riêng biệt với phòng điều trị; 1/10 có điều hoà nhiệt độ, 10/10 phòng tiêm có tường được ốp gạch men và không nào phòng được bố trí 1 chiều.

Bảng 3.2. Trang thiết bị đảm bảo vệ sinh cho phòng mổ, phòng tiêm

Cơ sở vật chất	Phòng	Phòng mổ (n=4)		Phòng tiêm (n=10)		Tổng số (n=14)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Có quốc, dép sử dụng riêng		4	4/4	5	5/10	9	64,3
Có hệ thống làm khô tay hoặc khăn vô khuẩn		4	4/4	10	10/10	14	100,0

Có dụng cụ lau rửa riêng cho mỗi phòng	4	4/4	7	5/10	11	78,6
Có bảng hướng dẫn quy trình rửa tay	4	4/4	10	10/10	14	100,0

Kết quả bảng 3.2 cho thấy, cả 14 phòng kỹ thuật đều có bảng hướng dẫn quy trình rửa tay. Với các phòng mổ thì cả 4/4 phòng đều có dép riêng và có hệ thống làm khô tay hoặc khăn lau tay vô khuẩn, trong khi đó chỉ có 5/10 phòng tiêm có guốc dép sử dụng riêng.

Bảng 3.3. Điều kiện trang thiết bị, hóa chất CNK phòng mổ, phòng tiêm

Phòng		Phòng mổ (n=4)		Phòng tiêm (n=10)		Tổng số (n=14)	
Trang thiết bị		SL	%	SL	%	SL	%
Có đèn khử khuẩn		4	4/4	1	1/10	5	35,7
Công tắc đèn	Trong	4	4/4	9	9/10	13	92,9
	Ngoài	4	4/4	1	1/10	5	35,78
Có hóa chất KK		4	4/4	10	10/10	14	100,0
Có DD rửa tay phẫu thuật		4	4/4	10	10/10	14	100,0
Có tủ hấp, sấy dụng cụ		4	4/4	0	0/10	4	28,6
Thiết bị trong phòng không hạn		4	4/4	8	8/10	12	68,2
Có thùng chứa rác thải		4	4/4	10	10/10	14	100,0
Phân loại rác theo quy định		4	4/4	10	10/10	14	100,0

- Với phòng mổ: Điều kiện trang thiết bị, hoá chất chống nhiễm khuẩn tại cả 4 phòng của bệnh viện là khá tốt, đảm bảo đầy đủ các yêu cầu cho một phòng mổ.

- Với phòng tiêm: Không có phòng nào có tủ hấp sấy dụng cụ (do có một phòng hấp sấy dụng cụ riêng phục vụ cho các phòng tiêm), có 10/10 phòng có hoá chất chống nhiễm khuẩn, có 10/10 phòng có hoá chất rửa tay, sát khuẩn. Có 2/10 phòng có các thiết bị hạn chế. Các thiết bị hạn chế này chủ yếu là cộc truyền, một số là chân bàn.

Bảng 3.4. Các điều kiện đảm bảo công tác khử khuẩn dụng cụ

Phòng		Phòng mổ (n=4)		Phòng tiêm (n=10)		Tổng số (n=14)	
Cơ sở vật chấtTrang thiết bị		SL	%	SL	%	SL	%
Buồng khử khuẩn và cất dụng cụ		4	4/4	4	4/10	8	57,1
Tủ đựng dụng cụ đã khử khuẩn		4	4/4	6	6/10	10	71,4
Quy trình KK ở nơi quy định		4	4/4	2	2/10	6	42,9
Bảng hướng dẫn pha hóa chất KK		4	4/4	2	2/10	6	42,9
Sổ theo dõi quá trình khử khuẩn		4	4/4	2	2/10	6	42,9

Kết quả bảng 3.4 cho thấy tất cả 4 phòng mổ của bệnh viện đều có đủ các điều kiện đảm bảo công tác khử khuẩn dụng cụ. Trong khi đó, chỉ có 4/10 phòng tiêm có tủ đựng dụng cụ đã khử khuẩn, 6/10 phòng tiêm có buồng cất và khử khuẩn dụng cụ.

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả điều tra về cơ sở vật chất của bệnh viện, cụ thể là các phòng kỹ thuật bao gồm 4 phòng mổ và 10 phòng tiêm được bố trí đều từ tầng 1 đến tầng 2 nằm trong các khoa của bệnh viện. Cụ thể 10 phòng tiêm thì được bố trí tại các khoa lâm sàng từ tầng 1 đến tầng 2 cho tiện lợi và phù hợp với nhiệm vụ phục vụ người bệnh tại các khoa, cụ thể như sau: Tầng 1 có 6 phòng tiêm, tầng 2 có 4 phòng tiêm. Cả 4 phòng mổ đều được bố trí trên tầng 2 bao gồm 3 phòng mổ vô trùng và 1 phòng mổ hữu trùng. Việc phân bố này đã được tập thể lãnh đạo bệnh viện, bao gồm Ban Giám đốc và đại diện là các cán bộ quản lý các khoa, phòng liên quan họp bàn và quyết định ngay từ khi khởi nhà chính của bệnh viện được hoàn thiện và đưa vào sử dụng. Sự bố trí các phòng mổ, phòng tiêm như

trên là phù hợp với tiêu chuẩn sắp xếp nhằm đảm bảo vệ sinh và thuận tiện cho công tác phục vụ và tiêu chuẩn Việt Nam (TCVN 4470-87) [1]. [3].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tất cả 4 phòng mổ đều có phòng rửa tay, phòng thay quần áo riêng, nền nhà không đọng nước, tường được ốp gạch men và sơn chống thấm. Trong cả 4 phòng mổ đều có điều hoà nhiệt độ 2 chiều. Bên cạnh đó, điều kiện trang thiết bị, hoá chất chống nhiễm khuẩn tại cả 4 phòng của bệnh viện là khá tốt, đảm bảo đầy đủ các yêu cầu cho một phòng mổ.

Điều tra về các điều kiện đảm bảo vệ sinh tại các phòng kỹ thuật cho thấy với những phòng mổ đã đảm bảo được hầu hết các điều kiện vệ sinh như: Có phòng rửa tay, phòng thay quần áo tách biệt với phòng điều trị, nền nhà đều không có nước đọng, tường và trần nhà có ốp gạch men và sơn chống thấm, lại có hệ thống thông

gió nhân tạo. Tuy nhiên, các phòng tiêm tại Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu vẫn còn một số yếu tố chưa đảm bảo kỹ thuật và vệ sinh như: chỉ có 9/10 phòng tiêm được bố trí riêng biệt với phòng điều trị; 1/10 có điều hoà nhiệt độ, không nào phòng được bố trí 1 chiều,, chưa có 2 lần cửa hoặc lưới chắn cửa. Vấn đề này cũng cho thấy mức độ đảm bảo tính an toàn về sinh phòng mổ chưa thật tốt, do đó công tác chống nhiễm khuẩn vẫn cần được quan tâm và đầu tư nhiều hơn nữa. Trong khi điều kiện kỹ thuật của các phòng mổ khá tốt thì tại các phòng tiêm có các điều kiện đảm bảo vệ sinh như phòng mổ chỉ đạt được từ 13,6-100,0% thậm chí chỉ có 8/14 phòng chiếm 57,2% số phòng có tường nhà không thấm mốc.

Bên cạnh điều kiện vệ sinh thì điều kiện về trang thiết bị của các phòng kỹ thuật cũng là vấn đề đáng quan tâm. Điều kiện vệ sinh thiết bị phục vụ tại các phòng kỹ thuật cũng cho thấy tình trạng tương tự. Với phòng mổ thì về cơ bản được trang bị đảm bảo hầu hết các chỉ tiêu như: có guốc dép sử dụng riêng, có hệ thống làm khô tay hoặc khăn lau tay vô khuẩn riêng, có bảng hướng dẫn quy trình rửa tay riêng. Thiết bị sát khuẩn/khử khuẩn cũng được trang bị chu đáo như đèn và hoá chất khử khuẩn, dung dịch rửa tay phẫu thuật, thiết bị không han, thùng rác... đều được trang bị cho 100% số phòng. Trong khi đó, tại các phòng tiêm thì các thiết bị chỉ có bị 5/14 phòng được trang đèn khử khuẩn, hoặc 14/14 phòng có dung dịch rửa tay, 12/14 phòng có thiết bị không han, có guốc dép riêng... Dụng cụ hạn gỉ chủ yếu như cốc truyền, chân bàn máy... vẫn còn khá phổ biến tại các phòng tiêm. Điều này cho thấy các trang thiết bị y tế phục vụ cho công tác chống nhiễm khuẩn tại các phòng kỹ thuật là phòng tiêm còn nhiều hạn chế.

Ngoài trang thiết bị thì các điều kiện đảm bảo cho công tác chống nhiễm khuẩn tại các phòng tiêm cũng chưa thật đảm bảo, chỉ có 57,1% số phòng có buồng khử khuẩn, 71,4% số phòng có tủ đựng dụng cụ khử khuẩn và số theo dõi quá trình khử khuẩn. Trong khi đó với phòng mổ thì các điều kiện nói trên đều phải được đảm bảo cho tất cả các phòng kể cả phòng mổ vô trùng và phòng mổ hữu trùng. Điều này cũng cho thấy quan niệm về tính chất quan trọng và chức năng khác nhau của các loại phòng trong bệnh viện từ đó làm cơ sở cho việc đầu tư cho các phòng là khác nhau, trong khi điều kiện gây nhiễm khuẩn thì có thể xảy ra ở bất cứ đâu khi có thủ thuật hoặc thao tác kỹ thuật can thiệp trên người bệnh mà không đảm bảo các điều kiện vệ sinh vô khuẩn.

V. KẾT LUẬN

- Hệ thống, tổ chức quản lý công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện: đã hình thành theo hướng dẫn của Bộ Y tế và đi vào hoạt động có hiệu quả từ cá nhân đến các khoa phòng phụ trách.

- Kế hoạch, hệ thống văn bản: đã xây dựng, triển khai kế hoạch cũng như các văn bản xuống các khoa, phòng nhằm tăng cường công tác phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Phòng kỹ thuật bố trí hợp lý: các phòng mổ ở tầng 2, các phòng tiêm tại các khoa lâm sàng ở tầng 1 và tầng 2 của các khoa lâm sàng tại bệnh viện.

- Điều kiện vệ sinh phòng còn hạn chế: thiết kế 1 chiều chưa có, đủ lưới chắn hoặc 2 lần cửa là 21,47%, tường không bị thấm mốc là 57,2% số phòng.

- Thiết bị vệ sinh và khử khuẩn: Có guốc dép và hệ thống làm khô riêng là 68,2%, có đèn khử khuẩn 42,9%, có buồng khử khuẩn 57,1% và tủ cất dụng cụ đã khử khuẩn là 71,4%, có dung dịch rửa tay phẫu thuật là 100%, có sổ theo dõi quá trình khử khuẩn là 42,9%.

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 tiết 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. Trang bị mới và hiện đại thêm những thiết bị phục vụ công tác vệ sinh, khử nhiễm, khử và tiết khuẩn cho tất cả các phòng kỹ thuật của bệnh viện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (1997)**, "Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT Về việc ban hành Quy chế bệnh viện", tr. 4.
- 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.
- Bộ Y tế (2012)**, *Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ (Ban hành kèm theo quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012)*, Hà Nội.
- Sở Y tế tỉnh Nghệ An (2016), "Sơ kết công tác y tế 6 tháng đầu năm 2016", tr. 45-48.
- 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.
- 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.
- 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.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI TÌNH TRẠNG KÉM ĐÁP ỨNG VỚI CLOPIDOGREL Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Hoàng Văn Sỹ*

TÓM TẮT

Mở đầu: Liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu đóng vai trò thiết yếu trong điều trị hội chứng mạch vành (HCMV) cấp và trong thủ thuật can thiệp mạch vành qua da. Nhưng thời gian gần đây, nhiều tác giả quan tâm đến đề kháng clopidogrel. Đề kháng clopidogrel liên hệ chặt chẽ với các biến cố tim mạch, trong đó có biến cố huyết khối gây tắc trong stent. Tình trạng kém đáp ứng với clopidogrel có liên quan gì với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng. **Mục tiêu:** Xác định các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp liên quan với tình trạng kém đáp ứng với clopidogrel. **Đối tượng:** Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp có can thiệp đặt stent mạch vành và điều trị kháng kết tập tiểu cầu kép – aspirin và clopidogrel. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả có phân tích. **Kết quả:** 98 bệnh nhân nhập vào nghiên cứu có 18 trường hợp kém đáp ứng với clopidogrel. Trong các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng thường quy được thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy, ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân có Killip $\geq$ II cao hơn trong nhóm kém đáp ứng với clopidogrel, 38,9% so với 15,0% ($p=0,02$) một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm đáp ứng bình thường với clopidogrel. Các yếu tố còn lại không có khác biệt quan trọng. **Kết luận:** Tình trạng suy tim lúc nhập viện ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp có thể có liên quan với tình trạng kém đáp ứng với clopidogrel.

Từ khóa: kém đáp ứng với clopidogrel, hội chứng mạch vành cấp

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL FACTORS AFFECTING TO CLOPIDOGREL IN THE ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS

Introduction: Antiplatelet Therapy is essential in the management of acute coronary syndromes (ACS) and in percutaneous coronary intervention. But recently, many authors are interested in clopidogrel resistance. Clopidogrel resistance is closely related to cardiovascular events, including thrombotic events. Poor response to clopidogrel has been associated with clinical and subclinical factors. **Objectives:** To identify clinical and laboratory findings in patients with ACS associated with poor response to clopidogrel. **Subjects:** Patients diagnosed with ACS who implanted coronary stents and dual antiplatelet therapy - aspirin and clopidogrel. **Method:** Cross-sectional descriptive analysis. **Results:** Ninety-eight

patients enrolled in the study, including 18 poor response to clopidogrel. In routine clinical and laboratory studies performed at Cho Ray Hospital, the rate of patients with Killip $\geq$ II was higher significantly in the clopidogrel-less group, 38.9% versus 15.0 % ($p = 0.02$) compared to the normal response group with clopidogrel. The remaining factors did not differ significantly. **Conclusion:** Cardiac failure in hospitalized patients with acute coronary syndrome may be associated with poor response to clopidogrel.

Key words: poor response to clopidogrel, acute coronary syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là bệnh phổ biến nhất trong cấp cứu bệnh lý tim mạch. Hiện nay, nhờ những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỉ lệ tử vong của bệnh NMCT cấp đã giảm đáng kể. Tuy nhiên, vẫn còn khoảng 5 % số bệnh nhân sống sót sau biến cố NMCT cấp lần đầu tiên sẽ tử vong trong vòng 1 năm sau đó [1].

Liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu đóng vai trò thiết yếu trong điều trị hội chứng mạch vành (HCMV) cấp và trong thủ thuật can thiệp mạch vành qua da. Ở Việt Nam, trong liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép, bao gồm aspirin và một thuốc ức chế thụ thể P2Y₁₂, clopidogrel thường được sử dụng nhất trong HCMV cấp và ở những bệnh nhân trong và sau can thiệp mạch vành qua da. Nhưng thời gian gần đây, nhiều tác giả quan tâm đến đề kháng clopidogrel, bởi vì mức độ đáp ứng thuốc thay đổi ở từng đối tượng khác nhau. Đề kháng clopidogrel liên hệ chặt chẽ với các biến cố tim mạch, trong đó có biến cố huyết khối gây tắc trong stent [1]. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về lĩnh vực này, nhưng ở Việt Nam hiện còn rất ít nghiên cứu, đặc biệt trên bệnh nhân HCMV cấp có can thiệp đặt stent mạch vành. Tình trạng kém đáp ứng với clopidogrel có liên quan gì với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng? Từ những thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát mối liên quan giữa tình trạng kém đáp ứng clopidogrel với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát mối liên quan giữa tình trạng kém đáp ứng clopidogrel với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và các thuốc điều trị trong HCV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế: cắt ngang mô tả có phân tích.

*BM Nội tổng quát, Đại học Y Dược, TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ
Email: hoangvansy@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.11.2017
Ngày phản biện khoa học: 25.01.2018
Ngày duyệt bài: 30.01.2018

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp nhập viện tại khoa Tim Mạch Can Thiệp Bệnh Viện chợ Rẫy từ tháng 12/2016 đến tháng 06/2017.

Tiêu chuẩn nhận vào: Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, nhồi máu cơ tim cấp ST không chênh lên, hoặc đau thắt ngực không ổn định nguy cơ trung bình hoặc cao; được can thiệp đặt stent mạch vành và điều trị aspirin và clopidogrel.

Tiêu chuẩn loại trừ gồm: Phụ nữ có thai; dung tích hồng cầu < 28% hoặc ≥ 50%; hemoglobin ≤ 10 g/dL hoặc ≥ 16 g/dL; số lượng tiểu cầu dưới 100.000 G/L hay > 500.000 G/L; bệnh thận mạn với eGFR < 15ml/phút/1,73m² da hoặc bệnh nhân đang lọc máu; xơ gan; bệnh tâm thần; bệnh nhân đang dùng hoặc ít nhất 3 tuần gần đây có sử dụng thuốc kháng viêm không steroid để điều trị bất kỳ bệnh lý khác, hoặc thuốc ức chế thụ thể GP IIb/IIIa, hoặc kháng vitamin K; đang sử dụng nhóm thuốc ức chế bơm proton (ngoại trừ pantoprazol và rabeprazol).

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu liên tiếp thuận tiện.

Quy trình thực hiện nghiên cứu: Lựa chọn vào nghiên cứu những bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ: Được sử dụng liệu pháp kháng tiểu cầu kép với liều nạp aspirin 325 mg, liều duy trì là 81 mg

mỗi ngày, và clopidogrel với liều nạp 600 mg, liều duy trì 75 mg lần/ngày. Lấy máu xét nghiệm PFA- P2Y để định lượng mức độ ức chế tiểu cầu trong khoảng thời gian từ 24 giờ sau sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu kép đến tối đa 48 giờ sau can thiệp đặt stent mạch vành. Mẫu bệnh phẩm được gửi đến phòng xét nghiệm trong vòng 4 giờ kể từ khi lấy máu. Máy xét nghiệm chức năng tiểu cầu PFA- 100 hiệu SIEMENS với màng lọc PFA INNOVACE P2Y cho đánh giá hiệu quả ức chế tiểu cầu của clopidogrel. Kém đáp ứng với clopidogrel khi kết quả P2Y < 106 giây.

Xử lý thông kê: Các số liệu được xử lý bằng SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, các biến định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm. Kiểm định các yếu tố liên quan đến kém đáp ứng clopidogrel bằng phép kiểm chi bình phương. Ngưỡng ý nghĩa thống kê là p<0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu nhận vào 98 trường hợp, trong đó có 18 trường hợp kém đáp ứng với clopidogrel. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm đáp ứng và kém đáp ứng với clopidogrel về mặt nhân trắc học, yếu tố nguy cơ tim mạch (Bảng 1) và thể lâm sàng của hội chứng mạch vành cấp (Bảng 2).

Bảng 1. Mối liên quan giữa tình trạng kém đáp ứng clopidogrel với đặc điểm nhân trắc học và tiền căn bệnh lý tim mạch.

Yếu tố	Kém đáp ứng N= 18	Đáp ứng bình thường N= 80	P
Giới tính: nam (%)	12 (66,7%)	59 (73,8%)	0,54
Tuổi (năm)	65,4 ± 11,6	61,0 ± 12,8	0,39
Cân nặng (kg)	59,4 ± 1,8	58,1 ± 0,9	0,93
Béo phì (n,%)	3 (16,7%)	14 (17,5%)	0,99
Hút thuốc lá (n,%)	12 (66,7%)	35 (43,8%)	0,07
Tăng huyết áp (n,%)	15 (83,3%)	52 (65,0%)	0,13
Đái tháo đường (n,%)	3 (16,7%)	12 (15,0%)	0,86
Rối loạn lipid máu (n,%)	4 (22,2%)	17 (21,3%)	0,93
Nhồi máu cơ tim cũ (n,%)	5 (27,8%)	22 (27,5%)	0,98
Tiền căn đặt stent (n,%)	2 (11,1%)	17 (21,3%)	0,33
Suy tim (n,%)	8 (44,4%)	24 (30,0%)	0,24

Bảng 2. Mối liên quan giữa tình trạng kém đáp ứng clopidogrel và thể lâm sàng của hội chứng mạch vành cấp.

Yếu tố	Kém đáp ứng N= 18	Đáp ứng bình thường N= 80	P
NMCT cấp ST chênh lên (n,%)	12 (66,7 %)	39 (48,8 %)	0,31
NMCT cấp không ST chênh lên (n,%)	5 (27,8 %)	32 (40,0 %)	
Đau thắt ngực không ổn định (n,%)	1 (5,6 %)	14 (17,5%)	

Nhóm kém đáp ứng với clopidogrel có tỉ lệ bệnh nhân suy tim với phân độ Killip ≥ II cao hơn so với nhóm đáp ứng với clopidogrel: 38,9% so với 15,0% (p=0,02) (Bảng 3).

Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng kém đáp ứng clopidogrel với biểu hiện lâm sàng lúc nhập viện

Yếu tố	Kém đáp ứng N = 18	Đáp ứng bình thường N = 80	P
Nhịp tim (l/ph)	80,22 ± 16,82	78,06 ± 14,34	0,24*
HATT (mmHg)	102,94 ± 16,86	112,84 ± 23,97	0,06*
Killip ≥ II	7 (38,9 %)	12 (15,0 %)	0,02**

*T- test; **Chi-Square Test

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng kém đáp ứng clopidogrel và các yếu tố cận lâm sàng

Yếu tố	Kém đáp ứng N = 18	Đáp ứng bình thường N = 80	P
Hemoglobin (g/L)	123,68 ± 25,1	128,82 ± 15,69	0,41
Hematocrite (%)	39,2 ± 8,6	39,37 ± 4,88	0,95
SL bạch cầu (G/L)	10,1 ± 2,5	10,73 ± 2,88	0,51
SL tiểu cầu (G/L)	252,8 ± 62,1	235,0 ± 39,7	0,67
eGFR (ml/ph/1,73 m ² da)	123,6 ± 25,1	128,8 ± 15,7	0,41
eGFR (ml/ph/1,73 m ² da)	60,1 ± 10,5	58,9 ± 10,4	0,71
Glucose (mg/dL)	116,3 ± 35,9	134,5 ± 64,3	0,12
Phân suất tổng máu thất trái (%)	47,8 ± 12,2	44,2 ± 10,8	0,70

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, glucose máu, độ lọc cầu thận, phân suất tổng máu với kém đáp ứng clopidogrel. (Bảng 4).

Bảng 5. Mối liên quan giữa tình trạng kém đáp ứng clopidogrel và các thuốc điều trị

Thuốc	Kém đáp ứng N=18	Đáp ứng bình thường N=80	P
Kháng đông (n,%)	18(100)	77 (96,2)	0,70
UCMC/thụ thể AT1 (n,%)	18 (100)	77(96,5)	0,70
Chẹn thụ thể beta (n,%)	12 (66,7)	70(91,8)	0,23
Statin (n,%)	18 (100)	80 (100)	N/A
Lợi tiểu (n,%)	7 (52,9)	22 (21,2)	0,33
Nitrat (n,%)	15 (83,3)	56 (70)	0,37
Ức chế kênh canxi (n,%)	0 (0)	2 (2,5)	0,49

Các thuốc điều trị thường được dùng ở bệnh nhân HCVC như kháng đông, ức chế men chuyển/thụ thể AT1, chẹn thụ thể beta, statin, lợi tiểu, nitrat, ức chế kênh canxi không ảnh hưởng đến kém đáp ứng clopidogrel.

IV. BÀN LUẬN

Tình trạng béo phì và hút thuốc lá: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hút thuốc lá làm tăng nguy cơ kém đáp ứng với clopidogrel (66,7% so với 43,8%) (Bảng 1), nhưng chưa đủ bằng chứng trên phương diện thống kê ($p=0,07$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hồ Tấn Thịnh [2], hút thuốc lá có xu hướng làm gia tăng nguy cơ kém đáp ứng với thuốc với $OR = 1,3$; $P = 0,35$. Nhưng với nghiên cứu của LinWang, tỉ lệ đề kháng trong nhóm hút thuốc lá so với nhóm không hút thuốc lá 46,88% so với 26,23 %; $P = 0,031$.

Clopidogrel là một tiền chất được chuyển hóa qua gan bởi cytochrome P450 (CYP) đồng phân của nó là men CYP3A4 và men CYP1A2, và khi được chuyển hóa thành dạng hoạt động nó sẽ gắn kết không hồi phục lên thụ thể P2Y₁₂ ngăn tác động của ADP lên thụ thể này. Những nghiên cứu trước đây cho thấy tình trạng béo phì ảnh

hưởng tới chức năng tiểu cầu và thay đổi chuyển hóa của clopidogrel. Hơn nữa hoạt động của men CYP3A4 cũng giảm trên những bệnh nhân béo phì [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ béo phì trong nhóm kém đáp ứng so với nhóm đáp ứng 16,7 % so với 17,5 %; $P = 0,99$ (Bảng 1).

Các bệnh lý đi kèm: Trong nhóm bệnh nhân kém đáp ứng với clopidogrel, tỉ lệ tăng huyết áp là 83,3%. Tương tự, tỉ lệ bệnh nhân đái tháo đường 16,7%, rối loạn lipid máu 22,2%, suy tim 44,4%, nhồi máu cơ tim cũ 27,8%. Trong khi đó theo nghiên cứu của Neubauer và cộng sự [5], tỉ lệ kém đáp ứng với clopidogrel ở bệnh nhân tăng huyết áp 90,1%, rối loạn lipid máu 10%, đái tháo đường là 34,1%, nhồi máu cơ tim cũ là 34,4%, trên 1608 bệnh nhân can thiệp mạch vành qua da được điều trị liều nạp clopidogrel 600 mg, và liều duy trì 75mg sau đó. Nghiên cứu của LinWang và cộng sự [7], cũng cho thấy tỉ lệ kháng clopidogrel trên bệnh nhân

tăng huyết áp 71,8%, đái tháo đường 56,2%, rối loạn lipid máu 65,6% trên 154 bệnh nhân đặt stent mạch vành qua da với liều nạp clopidogrel là 300mg sau đó liều duy trì là 75mg. Với những nghiên cứu trong nước của Hồ Tấn Thịnh [2], cũng cho kết quả tỉ lệ tăng huyết áp 27,3%, đái tháo đường 24,5%, rối loạn lipid máu 27,6%, suy tim 32,4%. Các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ kém đáp ứng clopidogrel trong các bệnh lý đi kèm đều cao hơn trong nghiên cứu chúng tôi, có thể do sự phân bố nhóm bệnh này không đồng đều và có sự khác biệt về xét nghiệm đánh giá chức năng tiểu cầu, nên cho kết quả không tương đồng nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$) khi so sánh giữa 2 nhóm với các bệnh lý đi kèm. Tương tự nghiên cứu của Neubauer và cộng sự [5], trên bệnh nhân đái tháo đường tỉ lệ kém đáp ứng clopidogrel là 47,7% so với nhóm đáp ứng bình thường là 35,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Các tác giả này giải thích cơ chế kém đáp ứng với clopidogrel ở bệnh nhân đái tháo đường là do tăng tiết ADP nhiều hơn trên nhóm bệnh nhân này. Hơn nữa, đái tháo đường làm tăng canxi vào nội bào của tiểu cầu, điều này làm cho tiểu cầu chuyển dạng tăng lên [2]. Thêm vào đó, sự đa dạng trong hình thái của thụ thể P2Y₁₂ nơi tiếp nhận ADP và sự khác biệt về con đường tín hiệu sau khi thụ thể P2Y₁₂ được hoạt hóa rất thay đổi trên bệnh nhân đái tháo đường cũng không thể loại trừ và hoàn toàn có thể đóng vai trò thêm vào để lý giải tình trạng kém đáp ứng này [7].

Tình trạng huyết động học: Xét về mặt lâm sàng, hiệu quả của clopidogrel sẽ kém hơn trên bệnh nhân có tình trạng rối loạn huyết động học. Có giả thuyết cho rằng trên những đối tượng này có tình trạng tăng trương lực giao cảm. Điều này dẫn đến ức chế vận động của dạ dày và làm chậm hấp thụ thuốc. Hơn nữa việc sử dụng morphin trên những đối tượng này cũng làm giảm thời gian làm trống dạ dày ảnh hưởng đến việc hấp thụ thuốc [6].

Chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có Killip $\geq$ II, tỉ lệ bệnh nhân đáp ứng kém với thuốc và chiếm 38,9%, so với nhóm đáp ứng bình thường 15%, $P = 0,02$ (Bảng 3). Khả năng kém đáp ứng với thuốc clopidogrel ở nhóm có Killip $\geq$ II cao gấp 4 lần, với (OR=3,6; $p < 0,05$), (Bảng 3).

Về đặc điểm cận lâm sàng: Xét về chỉ số huyết học, chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về dung tích hồng cầu,

hemoglobin và số lượng bạch cầu, khi so sánh giữa hai nhóm kém đáp ứng và đáp ứng bình thường với clopidogrel ($P > 0,05$), (Bảng 4). Nghiên cứu của Neubauer và cộng sự [5], ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số lượng tiểu cầu khi so sánh giữa hai nhóm kém đáp ứng và đáp ứng bình thường ($250,33 \pm 10,22$ với $205,80 \pm 63,69$), ($P < 0,01$).

Xét về độ lọc cầu thận ước tính, giá trị glucose máu, và phân suất tổng máu thất trái, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa hai nhóm kém đáp ứng và đáp ứng bình thường với clopidogrel ($P > 0,05$) (Bảng 3.4). Tương tự như những ghi nhận trong nghiên cứu của các giả Neubauer [5] và cộng sự, và Hồ Tấn Thịnh [2].

Các thuốc điều trị: Trong nghiên cứu chúng tôi, không tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng kém đáp ứng với clopidogrel với việc dùng đồng thời các thuốc trong điều trị HCVC (Bảng 5). Điều này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước như trong nghiên cứu của LinWang và cộng sự, nghiên cứu của Hồ Tấn Thịnh. Nhưng trong nghiên cứu khác đánh giá chức năng tiểu cầu bằng phương pháp VerifyNow P2Y₁₂, kèm theo phân tích giải trình tự gen trên đối tượng kém đáp ứng thuốc, ghi nhận ở bệnh nhân dùng lợi tiểu khi so sánh giữa hai nhóm kém đáp ứng (19,9%), với nhóm đáp ứng bình thường (9,7%), $P = 0,04$.

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu này chỉ dừng lại ở mức độ nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích về tỉ lệ kém đáp ứng clopidogrel bằng xét nghiệm PFA- P2Y và tìm một số yếu tố liên quan trên lâm sàng, và cận lâm sàng, nên không thể đưa ra kết luận mang tính nhân quả như các nghiên cứu đoàn hệ hay bệnh chứng. Nghiên cứu phân tích có mẫu tương đối nhỏ. Nghiên cứu chưa nêu lên được tình trạng kém đáp ứng với clopidogrel có liên quan đến những biến cố như tắc trong stent, thiếu máu cục bộ cơ tim hay tử vong chung.

V. KẾT LUẬN

Có sự liên quan có ý nghĩa trên phương diện thống kê giữa tình trạng kém đáp ứng với clopidogrel với phân độ suy tim ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. Không có sự liên quan giữa tuổi, giới, tình trạng hút thuốc lá, béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, các thuốc điều trị, một số xét nghiệm cận lâm sàng: dung tích hồng cầu, hemoglobin và số lượng bạch cầu, độ lọc cầu thận ước tính, glucose máu, phân suất tổng máu thất trái trong với việc kém đáp ứng với clopidogrel ($P > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brar, S. S., ten Berg, J., et al. (2011). Impact of Platelet Reactivity on Clinical Outcomes After Percutaneous Coronary Intervention: A Collaborative Meta-Analysis of Individual Participant Data. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(19), 1945-1954.
2. Hồ Tấn Thịnh. (2012). *Nghiên cứu đáp ứng tiểu cầu bằng test chức năng tiểu cầu trong điều trị bệnh mạch vành*. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
3. Koessler, J., Ehrenschrwender, M., et al. (2012). Evaluation of the new INNOVANCE(R) PFA P2Y cartridge in patients with impaired primary haemostasis. *Platelets*, 23(8), 571-578.
4. Kotlyar, M. & Carson, S. W. (1999). Effects of obesity on the cytochrome P450 enzyme system. *Int J Clin Pharmacol Ther*, 37(1), 8-19.
5. Neubauer, H., Kaiser, A. F., et al. (2011). Tailored antiplatelet therapy can overcome clopidogrel and aspirin resistance--the BOchum CLOpidogrel and Aspirin Plan (BOCLA-Plan) to improve antiplatelet therapy. *BMC Med*, 9, 3.
6. Parodi, G., Bellandi, B., et al. (2015). Morphine is associated with a delayed activity of oral antiplatelet agents in patients with ST-elevation acute myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention. *Circulation: Cardiovascular Interventions*, 8(1941-7632), 1593.
7. Wang, L., Wang, X., et al. (2010). Clopidogrel Resistance is Associated with Long-Term Thrombotic Events in Patients Implanted with Drug-Eluting Stents. *Drugs in R&D*, 10(4), 219-224.

THỰC TRẠNG HIỂU BIẾT VỀ BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT CỦA NGƯỜI DÂN PHƯỜNG THANH BÌNH THÀNH PHỐ HẢI DƯƠNG THÁNG 10/2017

Lê Văn Thêm* và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng hiểu biết về nguyên nhân, đường lây, biểu hiện, cách phòng tránh bệnh SXH của người dân phường Thanh Bình thành phố Hải Dương tại thời điểm tháng 10/2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 100% người dân trả lời đã nghe tới bệnh SXH. Nguồn cung cấp thông tin chủ yếu là Báo, tranh ảnh, tờ rơi (85.5%), truyền hình (88%), đài, loa xã phường (51,50%), cán bộ y tế (36,25%). Tỷ lệ người dân biết triệu chứng lâm sàng sốt cao liên tục trên 2 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (98,25%); nổi chấm xuất huyết dưới da (93.75%); mệt mỏi, đau cơ xương, nhức đầu (51,75%). Tỷ lệ nhận thức đúng độ trầm trọng của SXH chiếm 83%. Số người cho biết chính xác nguyên nhân gây bệnh SXH (virus Dengue) là 39,25%. Tỷ lệ người cho biết nguyên nhân gây SXHD là do muỗi đốt chiếm 98,50%. Tỷ lệ người dân biết loại muỗi vẫn truyền bệnh SXHD chiếm 68,78%. Tỷ lệ đối tượng xác định đúng về thời gian đốt của muỗi SXHD chiếm 68,27%. Tỷ lệ người dân biết nơi sinh sản của muỗi truyền bệnh SXHD chiếm 97,98%. Tỷ lệ người dân cho rằng tránh muỗi đốt, diệt muỗi, bọ gây là phương pháp phòng SXH là 98,5%,.

SUMMARY

THE STATUS OF UNDERSTANDING OF THE DENGUE FEVER IN RESIDENTS AT THANH BINH WARD, HAI DUONG CITY IN OCTOBER 2017

Purpose: To describe the status of understanding of causes, transmission routes, manifestations and

ways of preventing dengue fever of residents at Thanh Binh ward, Hai Duong city in October 2017. **Method:** A cross-sectional study. **Results:** 100% of residents had heard of dengue. The main sources of information were newspapers, pictures, leaflets (85.5%), television (88%), radio, loudspeakers (51.50%), health workers (36.25%). The rate of people experiencing with high fever continuously over 2 days accounted for the highest rate of 98.25%; subcutaneous hemorrhage of 93.75%; fatigue, musculoskeletal pain, the headache of 51.75%. The rate aware correction the severe level of dengue was 83%. 39.25% of people knew Dengue virus was the exact cause of dengue. 98.5% of people knew mosquito was the cause of dengue. The rate of people knew exactly types of mosquito is 68.78%. The rate of people knew exactly time after bitten by the mosquito was 68.27%. 97.98% of people knew the place where the mosquitoes breeding and 98.5% of people understanding avoiding the mosquito and killing larvae were the prevented method of dengue disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết (SXH) là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue gây ra. Bệnh lây truyền từ người bệnh sang người lành qua vết đốt của muỗi Aedes. Năm 2012, SXH được xếp vào bệnh do muỗi truyền quan trọng nhất trên thế giới. Việt Nam là một trong 8 nước đứng đầu khu vực Đông Nam Á và thế giới về tỷ lệ mắc và chết do bệnh SXH[1]. Tám tháng đầu năm 2017, cả nước đã ghi nhận 90.626 trường hợp mắc, 24 trường hợp tử vong. So với cùng kỳ năm 2016, số mắc tăng 67,8%, số tử vong tăng 7 trường hợp, vượt đỉnh dịch cao nhất trong vòng 10 năm trở lại đây (năm 2010 với 128.710 ca, 109 người tử vong)[2]. Trên địa bàn tỉnh Hải Dương, dịch SXH diễn biến cũng vô cùng phức tạp. Theo ghi

*Trường đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2018

Ngày duyệt bài: 30.01.2018

nhận của Trung tâm y tế Dự phòng tỉnh, chỉ trong vòng hơn 1 tháng (8/8/2017 – 21/9/2017), toàn tỉnh ghi nhận 529 trường hợp mắc và nghi mắc SXH, trong đó có 333 trường hợp dương tính với SXH Dengue, chưa có bệnh nhân tử vong và 12 ổ dịch tập trung nhiều ở thành phố Hải Dương (5 ổ). Điều tra dịch tễ học các bệnh nhân cho thấy một phần mang mầm bệnh nội tại, xung quanh nhà có nhiều cống rãnh, trồng nhiều cây cảnh, cỏ mọc um tùm...đây là nơi muỗi sinh sản và phát triển; phần còn lại mang mầm bệnh từ vùng dịch về như Hà Nội...[3]. Phường Thanh Bình thành phố Hải Dương là khu vực tập trung đông dân cư từ nhiều địa bàn khác đến sinh sống, có nhiều cống rãnh nước tù và đặc biệt đang trong mùa mưa ngập úng nên rất thích hợp cho muỗi và loăng quăng phát triển. Đến nay, bệnh chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vắc xin bệnh. Vì vậy, loại trừ bọ gây, diệt muỗi với sự tham gia tích cực của cộng đồng là biện pháp hiệu quả nhất trong phòng chống hiệu quả SXH, góp phần giảm tỉ lệ mắc và chết đáng kể của dịch bệnh này. Vấn đề này được thực hiện tốt hay không phụ thuộc rất lớn vào sự hiểu biết của cộng đồng và tác động của các yếu tố liên quan. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả thực trạng hiểu biết về nguyên nhân, đường lây, biểu hiện, cách phòng tránh bệnh SXH của người dân phường Thanh Bình thành phố Hải Dương tháng 10/2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Người dân khu vực phường Thanh Bình, thành phố Hải Dương.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người dân có hộ khẩu thường trú tại phường Thanh Bình, tp Hải Dương.

- Là chủ hộ gia đình
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bị bệnh tâm thần hoặc không có khả năng giao tiếp

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng 1 tỷ lệ trong quần thể.

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu cần có.

$Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1,96$ với độ tin cậy 95%; p: tỷ lệ người dân có kiến thức phòng chống sốt xuất

huyết đúng là 50% (để lấy cỡ mẫu lớn nhất)

e: là khoảng sai lệch giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể; e=5. Từ công thức ta tính được n= 385 là cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu. Chọn cỡ mẫu cho nghiên cứu là 400 người.

Chọn mẫu: Theo nguyên tắc cổng liên cổng, nhà liền nhà

2.2.3 Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phần mềm spss 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hiểu biết về bệnh SXH

Bảng 3.1: Nghe nói về sốt xuất huyết Dengue

	Số người	Tỷ lệ (%)
Chưa nghe	0	0
Đã nghe	400	100

Kết quả cho thấy 100% người dân được chọn để phỏng vấn trả lời đã nghe tới bệnh SXH.

Bảng 3.2: Nguồn thông tin về bệnh SXH

Phương tiện	Số người	Tỷ lệ (%)
Báo, tranh ảnh, tờ rơi	342	85,50
Ti vi	352	88,00
Đài/loa của xã, phường	206	51,50
Cán bộ y tế xã, phường	145	36,25
Bản thân/ gia đình có người bị bệnh	32	8,00
Khác	9	2,25

Nguồn cung cấp thông tin về SXHD chủ yếu là Báo, tranh ảnh, tờ rơi (85,5%), truyền hình (88%), đài, loa xã phường (51,50%), kể đến là cán bộ y tế (36,25%); và bản thân, gia đình có người bị bệnh (8,0%).

Bảng 3.3: Hiểu biết về biểu hiện của bệnh SXH

Biểu hiện	Số người	Tỷ lệ (%)
Sốt cao liên tục từ 2-7 ngày	392	98,25
Chấm xuất huyết trên da	375	93,75
Đau nhức mình mẩy, mệt mỏi, đau cơ khớp	207	51,75
Chảy máu cam	151	37,75
Đau bụng	71	17,75
Khác	2	0,5

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người dân biết triệu chứng lâm sàng sốt cao liên tục trên 2 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (98,25%); nổi chấm xuất huyết dưới da (93,75%); mệt mỏi, đau cơ xương, nhức đầu (51,75%).

Bảng 3.4 Hiểu biết về nguyên nhân gây bệnh sốt xuất huyết

Nguyên nhân		Số người	Tỷ lệ (%)	Tổng
Đúng	Do virus Dange	157	39,25	39,25
Sai	Do vi khuẩn	93	23,25	60,75

	Do ký sinh trùng	132	33.00	
	Khác	18	4,5	
Tổng		400	100	100

Nghiên cứu cho thấy số người tham gia phỏng vấn biết chính xác nguyên nhân gây bệnh SXH là 39,25%.

Bảng 3.5: Hiểu biết về đường lây truyền của bệnh SXH

Đường lây truyền		Số người	Tỷ lệ(%)	Tổng
Đúng	Muối đốt	394	98,5	98,50
Sai	Dùng chung bát đũa, vật dụng với người bệnh	3	0,75	1,5
	Tiếp xúc, nói chuyện với người bệnh	2	0,5	
	Khác	1	0,25	

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người dân biết nguyên nhân gây SXHD là do muối đốt chiếm tỉ lệ cao 98,50%. Còn 1,5% chưa biết đường lây truyền bệnh SXH.

3.2 Hiểu biết về loại muối truyền bệnh sốt xuất huyết: Tiếp tục điều tra phỏng vấn 394 người trả lời đúng về đường lây truyền SXH thu được kết quả như sau:

Bảng 3.6: Hiểu biết về muối truyền bệnh SXH

Muối truyền bệnh		Số người	Tỷ lệ (%)	Tổng
Đúng	Muối vắn/ andes	271	68,78	68,78
Sai	Anophen	61	15,48	31,22
	Không biết	58	14,72	
	Khác	4	1,02	
Tổng		394	100	100

Kết quả nghiên cứu của tôi cho thấy tỷ lệ người dân biết loại muối vắn truyền bệnh SXHD chiếm 68,78%. Như vậy, vẫn còn 31,22% người tham gia phỏng vấn chưa thật sự nhận biết được véc tơ truyền bệnh SXHD..

Bảng 3.7: Hiểu biết về thời gian đốt của muối vắn

Thời gian đốt		Số người	Tỷ lệ (%)	Tổng
Đúng	Ngày lẫn đêm/ chủ yếu là sang sớm và chiều tối	269	68,27	68,27
Sai	Ban ngày	19	4,82	31,73
	Ban đêm	106	26,91	
Tổng		394	100	100

Kết quả nghiên cứu của tôi cho thấy tỷ lệ người dân biết muối truyền bệnh SXHD hoạt động đốt người vào ban ngày chiếm 4,82%; đốt

vào ban đêm (26,91%); cả ngày lẫn đêm chủ yếu là sang sớm và chiều tối (68,27%). Tỷ lệ đối tượng xác định đúng về thời gian đốt của muỗi SXHDD chiếm 68,27%

Bảng 3.8: Hiểu biết về vị trí thường đậu của muỗi vắn

Vị trí thường đậu của muỗi		Số người	Tỷ lệ(%)	Tổng
Đúng	Các góc tối trong nhà, quần áo, chăn màn	242	61,42	61,42
Sai	Ngoài vườn, bụi rậm	121	30,71	38,58
	Không biết	28	7,11	
	Khác	3	0,76	
Tổng		394	100	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy vẫn còn 38,58% người dân ở cộng đồng chưa biết được nơi trú đậu của muỗi vắn.

Bảng 3.9: Hiểu biết về nơi đẻ trứng của muỗi truyền SXH

Nơi đẻ trứng của muỗi truyền SXH		Số người	Tỷ lệ(%)	Tổng
Đúng	Nơi có nước đọng	386	97,98	97,98
Sai	Mặt đất	3	0,76	2,02
	Thức ăn ôi thiu	3	0,76	
	Không biết	1	0,25	
	Khác	1	0,25	
Tổng		394	100	100

Tỷ lệ người dân biết nơi sinh sản của muỗi truyền bệnh SXHD nơi có nước đọng, chiếm tỷ lệ khá cao (97,98%).

3.3 Kiến thức về phòng bệnh SXH

Bảng 3.10: Hiểu biết về vắc xin phòng bệnh SXH

Vắc xin phòng bệnh		Số người	Tỷ lệ (%)
Đúng	Chưa có	327	81,75
Sai	Đã có	73	18,25
Tổng		400	100

Đa số người tham gia phỏng vấn có kiến thức đúng về vaccin phòng bệnh SXH (81,75%)

Bảng 3.11: Hiểu biết về cách phòng bệnh SXH

Cách phòng bệnh		Số người	Tỷ lệ (%)
Đúng	Tránh muỗi đốt, diệt muỗi, bọ gậy	394	98,50
Sai	Sử dụng vaccin	73	18,25
	Không nói chuyện, tiếp xúc trực tiếp với người bệnh	6	1,50

Đa số người dân trả lời đúng về cách phòng bệnh SXH (98,5%).

Bảng 3.12: Các biện pháp loại trừ muỗi đẻ trứng, phòng ngừa muỗi đẻ trứng

Biện pháp	Số người	Tỷ lệ(%)
Đậy kín vật chứa nước	351	89,09
Sục rửa thường xuyên vật chứa nước	370	93,91
Thả cá	171	43,40
Vớt bỏ loăng quăng	263	66,75
Khác	14	3,55

Tỷ lệ người dân sử dụng phương pháp đậy kín vật chứa nước là 89,09%, sục rửa thường xuyên vật chứa nước là 93,91%.

Bảng 3.13: Các biện pháp phòng muỗi đốt

Biện pháp phòng muỗi đốt	Số người	Tỷ lệ(%)
Thả màn khi ngủ	394	100
Mặc quần áo dài tay	376	95,43
Bôi thuốc chống muỗi trên da	243	61,68
Khác	23	5,84

100% người dân chọn cách phòng muỗi đốt là thả màn khi ngủ.

*Các biện pháp diệt muỗi

Bảng 3.14: Các biện pháp diệt muỗi

Các biện pháp diệt muỗi	Số người	Tỷ lệ(%)
Xịt thuốc diệt muỗi	357	90,61
Sử dụng vợt điện	364	92,39
Sử dụng hương muỗi	206	52,28
Khác	8	2,03

Tỷ lệ người dân chọn phương pháp dùng thuốc diệt muỗi là 90,61%, sử dụng vợt điện là 92,39%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiểu biết về bệnh SXH:

***Nghe nói về sốt xuất huyết Dengue:** Kết quả cho thấy 100% người dân được chọn để phỏng vấn trả lời đã nghe tới bệnh SXH và đây là kết quả đáng mong đợi. Cho thấy công tác tuyên truyền về bệnh SXH đã phát huy được hiệu quả đi đến người dân.

***Nguồn thông tin về bệnh SXH:** Nguồn cung cấp thông tin về SXHD chủ yếu là Báo, tranh ảnh, tờ rơi (85,5%), truyền hình (88%), đài, loa xã phường (51,50%), kể đến là cán bộ y tế (36,25%) và bản thân, gia đình có người bị bệnh (8,0%). Nguồn thông tin từ nhân viên y tế là nguồn thông tin phản ánh hiệu quả hoạt động của mạng lưới y tế địa phương trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (GDSK) cho cộng đồng, do vậy kết quả trên cho thấy công tác truyền thông GDSK cho người dân tại phường Thanh Bình có ít hiệu quả so với kênh thông tin từ truyền hình và báo chí.

*Hiểu biết về biểu hiện của bệnh SXH:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người dân biết triệu chứng lâm sàng sốt cao liên tục trên 2

ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (98,25%); nổi chấm xuất huyết dưới da (93,75%); mệt mỏi, đau cơ xương, nhức đầu (51,75%). Điều này cho thấy hiệu quả của công tác tuyên truyền GDSK giúp người dân hiểu được các triệu chứng cơ bản ở địa phương đã có những hiệu quả nhất định. Bên cạnh đó vẫn còn người dân không biết hoặc biết chưa đúng dấu hiệu cơ bản SXHD, đây chính là nguy cơ gây tử vong cao do phát hiện bệnh muộn, không điều trị kịp thời.

***Hiểu biết của người dân về nguyên nhân gây bệnh sốt xuất huyết:** Nghiên cứu cho thấy số người tham gia phỏng vấn biết chính xác nguyên nhân gây bệnh SXH là 39,25%. Vẫn còn 60,75% người dân chưa biết chính xác nguyên nhân gây bệnh SXH. Đây là vấn đề đáng lo ngại, khi không biết rõ nguyên nhân gây bệnh nhân có thể lạm dụng kháng sinh sốt gây hậu quả nghiêm trọng đến sức khỏe cũng như gia tăng tình trạng kháng kháng sinh.

***Hiểu biết của người dân về đường lây truyền:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người dân biết nguyên nhân gây SXHD là do muỗi đốt chiếm tỉ lệ cao 98,50%. Công tác truyền thông GDSK tại địa bàn nghiên cứu đã có tác động đến sự quan tâm của người dân đối với vấn đề sức khỏe của gia đình và cộng đồng và dẫn đến tỷ lệ 98,5% hiểu biết nguyên nhân gây SXH ở phường Thanh Bình. Tuy nhiên vẫn còn 1,5% đối tượng chưa biết rõ nguyên nhân gây bệnh SXH, do vậy vấn đề phòng bệnh còn gặp khó khăn.

4.2 Hiểu biết về loại muỗi truyền bệnh sốt xuất huyết:

Tiếp tục điều tra phỏng vấn 394 người trả lời đúng về đường lây truyền SXH thu được kết quả như sau: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người dân biết loại muỗi truyền bệnh SXHD chiếm 68,78%. Như vậy, vẫn còn 31,22% người tham gia phỏng vấn chưa thật sự nhận biết được véc tơ truyền bệnh SXHD, chưa hiểu rõ đặc tính sinh học của chúng thì việc phòng chống SXHD sẽ bị hạn chế. Tỷ lệ người dân biết muỗi truyền bệnh SXHD hoạt động đốt người vào ban ngày chiếm 4,82%; đốt vào ban đêm (26,91%); cả ngày lẫn đêm chủ yếu là sang sớm và chiều tối (68,27%). Tỷ lệ đối tượng xác định đúng về thời gian đốt của muỗi SXHD chiếm 68,27%. Biết thời gian đốt của muỗi sẽ giúp người dân phòng tránh muỗi đốt hiệu quả hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy vẫn còn 22,5% người dân ở cộng đồng chưa biết được nơi trú đậu của muỗi. Điều này sẽ làm hạn chế việc lựa chọn, thực hiện các biện pháp kiểm soát, loại bỏ những điều kiện thuận lợi, ngăn không cho

muối sinh sản và phát triển. Tỷ lệ người dân biết nơi sinh sản của muỗi truyền bệnh SXHD nơi có nước đọng, chiếm tỷ lệ khá cao (97,98%).

4.3 Kiến thức về phòng bệnh SXH: Đa số người tham gia phỏng vấn có kiến thức đúng về vaccin phòng bệnh SXH (81,75%). Hiện nay chưa có vacin phòng bệnh SXH, do vậy phòng tránh muỗi đốt, diệt muỗi, ngăn muỗi sinh sản vẫn là phương pháp phòng bệnh SXH chính. Tỷ lệ người dân cho rằng tránh muỗi đốt, diệt muỗi, bọ gây là phương pháp phòng SXH là 98,5%. Vẫn còn có các phương pháp phòng bệnh sai như: 18,25% cho rằng cần phối hợp tiêm vaccin, 1,5% cho rằng cần không nói chuyện, tiếp xúc trực tiếp với người bệnh. Khi người dân biết chính xác vecto truyền bệnh SXH sẽ có thái độ và phương pháp phòng bệnh đúng đắn. Bởi vậy cán bộ y tế phường Thanh Bình cần tăng cường truyền truyền cho người dân biết rõ nguyên nhân và cách phòng bệnh. 100% người dân cho thả màn khi ngủ, 95,43% chọn mặc quần áo dài tay, 61,68% chọn bôi thuốc chống muỗi trên da. Đa số người dân hiểu đúng về phương pháp phòng muỗi đốt, chỉ 68,27% người dân thả màn đúng thời gian là thả màn cả ngày lẫn đêm.

V. KẾT LUẬN

- 100% người dân được chọn để phỏng vấn trả lời đã nghe tới bệnh SXH. Nguồn cung cấp thông tin về SXHD cho người dân chủ yếu là Báo, tranh ảnh, tờ rơi (85.5%), truyền hình (88%),
- Tỷ lệ người dân biết triệu chứng lâm sàng sốt

cao liên tục trên 2 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (98,25%); nổi chấm xuất huyết dưới da (93,75%); mệt mỏi, đau cơ xương, nhức đầu (51,75%).

- Số người tham gia phỏng vấn biết chính xác nguyên nhân gây bệnh SXH (virus Dengue) là 39,25%. Tỷ lệ người dân biết nguyên nhân gây SXHD là do muỗi đốt chiếm tỉ lệ cao (98,50%)

- Tỷ lệ người dân biết loại muỗi vẫn truyền bệnh SXHD chiếm 68,78%. Tỷ lệ đối tượng xác định đúng về thời gian đốt của muỗi SXHD chiếm 68,27%.

- Đa số người dân cho rằng tránh muỗi đốt, diệt muỗi, bọ gây là phương pháp phòng SXH (98,5%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Truyền nhiễm**, Đại học Y Hà Nội (2005) Giáo trình *Bệnh học truyền nhiễm*, Nhà xuất bản y học
2. **Bộ Y tế (2012)**, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, sốt xuất huyết Dengue, Nhà xuất bản Y học Hà Nội
3. **Nguyễn Thị Hải Hà (2016)**, *Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết*, luận văn tốt nghiệp chuyên khoa I, Y tế công cộng, trường Đại học Y tế công cộng.
4. **Nguyễn Linh (2011)**, *Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng sốt xuất huyết* đăng ngày 04/05/2011, truy cập ngày 01/10/2017 <http://tailieu.vn/doc/kien-thuc-thai-do-thuc-hanh-va-mot-so-yeu-to-lien-quan-den-phong-sot-xuat-huyet-dengue-582885.html>,
5. **Hoàng Minh Tú Vân (2014)**, *Thông tin về bệnh sốt xuất huyết Dengue* đăng ngày 07/06/2014, truy cập ngày 01/10/2017 <https://yhoccongdong.com/thongtin/benh-sot-xuat-huyet-dengue/>.

PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG BÀO CHẾ THUỐC Y HỌC CỔ TRUYỀN TẠI VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN QUÂN ĐỘI NĂM 2015

Hà Văn Thúy¹, Nguyễn Thị Song Hà¹, Lê Thu Thủy²

TÓM TẮT

Y học cổ truyền là phương pháp điều trị bệnh cổ xưa và gắn liền với văn hoá địa phương, được sử dụng để điều trị nhiều loại bệnh khác nhau đe dọa đến tính mạng và sức khỏe con người. Ngày nay, xu hướng và thách thức chính của y học cổ truyền là việc kết hợp, đưa y học cổ truyền vào hệ thống y tế. Do đó, phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu và mô tả cắt ngang đã được tiến hành để phân tích cơ cấu danh mục thuốc

sử dụng tại Viện Y học cổ truyền Quân đội. Số lượng các loại thuốc Bắc sản xuất tại Viện cao hơn so với các loại thuốc Nam. 275 loại thuốc bào chế được sản xuất theo nhiều cách khác nhau. 88,8% thuốc bào chế và 87,6% thuốc thành phẩm được sản xuất tại Viện Y học cổ truyền Quân đội đã được sử dụng.

SUMMARY

ANALYSE THE PHARMACEUTIC ACTIVITY OF TRADITIONAL MEDICINE AT MILITARY INSTITUTE OF TRADITIONAL MEDICINE IN 2015

Traditional medicine (TM) is an ancient and culture-bound method of healing that has been used to cope and deal with various diseases threatening human life. The trends and challenges of TM are efforts towards the integration of TM into the mainstream of health care systems. A retrospective and cross-sectional descriptive study was used to

¹Bộ Y tế,

²Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy¹

Email: hvthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2018

Ngày duyệt bài: 30.01.2018

analyze pharmaceutic activity of TM at Military Institute of TM. The number of traditional Chinese medicines (Northern Herbology) produced at hospital was higher than that of traditional Vietnamese medicines (Southern Herbology). 275 traditional ingredients were manufactured with different methods. 88.8% of traditional ingredients and 87.6% of finished drugs manufactured at hospital were used respectively.

Keywords: Traditional medicine, Military Institute of Traditional Medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ xưa đến nay, Y học cổ truyền (YHCT) đã đóng góp to lớn cho sự phát triển chung của xã hội cũng như công tác chăm sóc và bảo vệ sức khoẻ cho cộng đồng. Tuy nhiên, hiện nay YHCT trên thế giới cũng như tại Việt Nam đang đứng trước những thách thức nhằm đáp ứng nhu cầu điều trị trong thời đại mới. Chính vì vậy, việc hiện đại hoá ngành YHCT để từ đó duy trì và tăng cường việc sử dụng các thuốc YHCT là một yêu cầu bắt buộc. Một trong những hoạt động nhằm giúp hiện đại hoá và tăng cường việc sử dụng thuốc YHCT là bào chế sẵn các vị thuốc và sản xuất thuốc YHCT thành các thành phẩm có dạng bào chế hiện đại.

Viện Y học cổ truyền Quân đội (Bộ Quốc phòng) là đơn vị đầu ngành về YHCT trong toàn quân và là một trong những cơ sở YHCT lớn nhất Việt Nam. Hàng năm, Viện YHCT Quân đội sử dụng hàng trăm tấn dược liệu để bào chế thuốc thang và thuốc thành phẩm phục vụ công tác

khám chữa bệnh tại Viện bằng phương pháp đông tây y kết hợp. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hoạt động bào chế thuốc YHCT tại bệnh viện, chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Phân tích được thực trạng bào chế thuốc YHCT tại Viện YHCT Quân đội theo một số chỉ tiêu, năm 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các hoạt động bào chế thuốc của khoa Dược, Viện YHCT Quân đội năm 2015 thông qua các báo cáo về số lượng sử dụng, bào chế, nguồn gốc, giá trị của thuốc YHCT bao gồm các vị thuốc đã bào chế và thuốc thành phẩm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu và mô tả cắt ngang.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Thu thập các thông tin về thực trạng bào chế thuốc YHCT bằng các phiếu thu thập, bao gồm: Phiếu theo dõi công tác bào chế, sử dụng vị thuốc, thuốc thành phẩm YHCT; Phiếu theo dõi danh mục thuốc (DMT) thành phẩm do Viện và không do Viện bào chế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân tích cơ cấu vị thuốc YHCT bào chế: Cơ cấu vị thuốc bào chế theo nguồn gốc được trình bày tại Bảng 1.

Bảng 1. Cơ cấu vị thuốc bào chế theo nguồn gốc

TT	Nguồn gốc vị thuốc	Khoản mục		Khối lượng		Giá trị	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Khối lượng (kg)	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu VNĐ)	Tỷ lệ (%)
1	Thuốc Bắc	176	64,0	55.166,1	57,8	14.315,5	57,5
2	Thuốc Nam	99	36,0	40.267,9	42,2	10.586,3	42,5
	Tổng	275	100,0	95.434,0	100,0	24.901,8	100,0

Thuốc Bắc (vị thuốc cần phải bào chế có nguồn gốc nước ngoài) được bào chế nhiều hơn thuốc Nam (vị thuốc có nguồn gốc trong nước) cả về số khoản mục (tương ứng là 64% và 36%). Tuy nhiên, về khối lượng và giá trị thì gần tương đương nhau. Cơ cấu vị thuốc bào chế theo nhóm tác dụng được trình bày tại Bảng 2.

Bảng 2. Cơ cấu vị thuốc bào chế theo nhóm tác dụng

T T	Tên nhóm thuốc	Khoản mục		Lượng thuốc		Giá trị	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Khối lượng (kg)	Tỷ lệ %	Giá trị (triệu VNĐ)	Tỷ lệ %
1	Nhóm thuốc hoạt huyết, khử ứ	15	5,5	5.967,2	6,3	3.853,7	15,5
2	Nhóm thuốc bổ khí	9	3,3	4.976,3	5,2	3.705,4	14,9
3	Nhóm thuốc bổ huyết	3	1,1	3.898,0	4,1	2.767,1	11,1
4	Nhóm phát tán phong thấp	15	5,5	11.387,0	11,9	1.832,9	7,4
5	Nhóm thuốc bổ dương	11	4,0	2.876,3	3,0	1.659,1	6,7
6	Nhóm phát tán phong nhiệt	12	4,4	4.736,8	5,0	1.052,4	4,2
7	Nhóm thanh nhiệt lương huyết	7	2,5	3.839,4	4,0	1.033,4	4,1
8	Nhóm thuốc thu liễm, cố sáp	11	4,0	1.875,7	2,0	978,5	3,9
9	Nhóm thuốc an thần	10	3,6	3.828,0	4,0	858,4	3,4

10	Nhóm thanh nhiệt giải độc	15	5,5	9.957,8	10,4	769,4	3,1
11	Thuốc tả hạ, nhuận hạ	2	0,7	889,4	0,9	641,4	2,6
12	Nhóm thuốc thẩm thấp lợi thủy	17	6,2	3.636,5	3,8	601,1	2,4
13	Nhóm thuốc bình can tức phong	7	2,5	863,1	0,9	510,8	2,1
14	Nhóm thuốc chỉ khái bình suyễn	14	5,1	996,8	1,0	426,9	1,7
15	Nhóm thuốc hành khí	12	4,4	2.187,4	2,3	386,4	1,6
16	Nhóm thuốc chỉ huyết	7	2,5	2.341,2	2,5	310,3	1,2
17	Nhóm thanh nhiệt táo thấp	12	4,4	997,0	1,0	305,8	1,2
18	Nhóm thuốc hóa thấp tiêu đạo	9	3,3	969,6	1,0	304,9	1,2
19	Nhóm thuốc bổ âm	6	2,2	2.000,8	2,1	266,5	1,1
20	Nhóm thanh nhiệt tả hỏa	5	1,8	1.278,0	1,3	192,1	0,8
21	Nhóm thuốc trừ đàm	8	2,9	1.339,8	1,4	134,3	0,5
22	Nhóm phát tán phong hàn	9	3,3	1.324,3	1,4	122,6	0,5
23	Nhóm thuốc trừ hàn	8	2,9	318,8	0,3	45,8	0,2
24	Nhóm thuốc khai khiếu	1	0,4	54,4	0,06	9,9	0,04
25	Nhóm hồi dương cứu nghịch	2	0,7	123,9	0,1	7,8	0,03
26	Nhóm thanh nhiệt giải thử	2	0,7	65,9	0,07	6,7	0,03
27	Nhóm thuốc trị giun sán	2	0,7	56,3	0,06	5,3	0,02
28	Thuốc an thai	2	0,7	298,0	0,3	3,1	0,01
29	Nhóm thuốc trục thủy	1	0,4	1,8	0,002	0,4	0,002
30	Nhóm thuốc khác	41	14,9	22.348,5	23,4	2.109,4	8,5
Tổng		275	100,0	95434	100,0	24.901,8	100,0

Có 275 vị thuốc được bào chế bao gồm cả thuốc Nam và thuốc Bắc, trong đó có 11 nhóm có số lượng từ 10 vị trở lên như nhóm thuốc Bổ âm, Bổ huyết, Bổ dương, Bổ khí, Trừ thấp, Tiêu đạo... chiếm từ 3,6 - 6,2% trên tổng số vị cần phải bào chế và chiếm từ 3,8 - 17,1% về giá trị. Các nhóm Trục thủy, Khai khiếu, Hồi dương cứu nghịch có số lượng ít nhất 1 - 2 vị, chiếm từ 0,002 - 0,03% về giá trị. Cơ cấu vị thuốc theo phương pháp chế được trình bày ở Bảng 3.

Bảng 3. Cơ cấu vị thuốc theo phương pháp bào chế

TT	Phương pháp bào chế	Khoản mục		Lượng thuốc phiên bào chế		Giá trị	
		Số lượng	TL% SL so tổng vị thuốc bào chế	Khối lượng (kg)	TL% so tổng KL bào chế	Giá trị (Triệu VNĐ)	TL% so tổng GT thuốc bào chế
1	Phơi	265	96,4	90.733,2	95,1	23.543,3	94,5
2	Rửa	270	98,2	80.053,9	83,9	22.937,6	92,1
3	Sấy	98	35,6	51.248,7	53,7	18.524,8	74,4
4	Thái	173	62,9	63.531,6	66,6	17.415,1	69,9
5	Sao	34	12,4	13.988,4	14,7	7.053,6	28,3
6	Nấu	2	0,7	1.620,1	1,7	37,6	0,2
Tổng		275		95.434,0		24.901,8	

Mỗi vị thuốc có thể phải qua nhiều công đoạn bào chế như rửa, thái, sấy, nấu, phơi... rồi mới trở thành thuốc chín và nhập kho. Khối lượng thuốc phiên bào chế quy ra khối lượng là 95,43 tấn với giá trị 24,9 tỷ đồng. Các phương pháp bào chế chiếm tỷ lệ cao về sản lượng như phơi, rửa, sấy, thái. Trong đó, các vị thuốc phải phơi chiếm 94,4% tổng giá trị vị thuốc bào chế; thứ hai là các vị thuốc phải rửa có giá trị bào chế là 92,1%; phương pháp sấy, đứng thứ ba với

74,5% giá trị bào chế. Nấu là phương pháp ít được sử dụng trong bào chế hơn cả, chỉ có hai vị thuốc thường xuyên được bào chế đó là vị thuốc Hà thủ ô và Thục địa, chiếm 0,2% tổng giá trị thuốc được bào chế.

3.2. Phân tích cơ cấu thuốc thành phẩm YHCT bào chế: Hiện có 51 loại thuốc được bào chế, lưu hành và sử dụng tại Viện. Kết quả được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4. Cơ cấu thuốc thành phẩm theo dạng bào chế

TT	Dạng bào chế	Số khoản	Lượng thuốc bào chế		Giá trị (triệu VNĐ)	TL% GT so tổng GT bào chế
			SL(kg)	SL(Lít)		
1	Thuốc hoàn mềm	12	13.674,0		11.780,2	36,8
2	Thuốc hoàn cứng	9	10.459,9		7.160,9	22,4

3	Thuốc viên nén, nang	7	1.588,8		3.726,5	11,6
4	Thuốc cao nước, siro, cồn thuốc	6		45.589,5	2.425,4	7,6
5	Thuốc đóng túi lọc	4	4.170,0		2.011,6	6,3
6	Thuốc trà tan	1	2.500,5		1.586,8	5,0
7	Thuốc cốm	1	2.385,4		1.294,6	4,0
8	Thuốc bột	5	4.056,1		1.233,9	3,9
9	Thuốc khác (cao, mỡ...)	5	1.057,0		788,3	2,5
	Tổng	51	39.891,7	45.589,5	33.129,3	100,0

Thuốc hoàn mềm cổ số khoản bào chế cao nhất (12 khoản) và cũng có giá trị cao nhất (chiếm 36,8%). Thuốc hoàn cứng có giá trị đứng thứ 2, chiếm 22,4%. Dạng thuốc hiện đại như viên nén, viên nang cũng được Viện sử dụng từ nhiều năm, chiếm 11,6% tổng giá trị bào chế. Thuốc cao nước chủ yếu là thuốc sắc cho bệnh nhân điều trị nội trú. Thuốc dạng cao, mỡ có khối lượng và giá trị thấp nhất, chỉ chiếm 2,5% tổng giá trị. Các sản phẩm của Viện, hầu hết đã được nghiên cứu xác định tính an toàn và thử nghiệm lâm sàng. Nhiều sản phẩm có tác dụng

tốt được người bệnh tin dùng như: Hoàn khớp, Chè an thần dưỡng não, Giải độc, Thông phong hoàn, Quy tỳ hoàn, Hương sa lục quân, Bột dạ dày, Bột ngâm chân...

3.3. Khả năng đáp ứng của bào chế thuốc phiên với thực tế sử dụng theo nhóm tác dụng: Để đánh giá khả năng đáp ứng của bào chế so với thực tế sử dụng chúng tôi đánh giá tỷ lệ sử dụng so với bào chế = khối lượng sử dụng năm 2015/(khối lượng tồn kho năm 2014 + khối lượng bào chế năm 2015). Kết quả được trình bày ở Bảng 5.

Bảng 5. Khả năng đáp ứng của bào chế thuốc phiên với thực tế sử dụng

TT	Nhóm thuốc	Khoản mục		Khối lượng (Kg)					TL% SD so BC
		Bào chế	Sử dụng	Tồn kho 2014	Bào chế 2015	Tổng 2015	Sử dụng 2015	Tồn kho 2015	
1	Phát tán phong thấp	13	15	135,0	6.356,3	6.491,3	6.184,9	306,4	92,8
2	Thanh nhiệt lương huyết	6	7	206,5	3.264,0	3.470,5	3.186,5	284,0	89,8
3	Thuốc bổ huyết	4	5	324,1	9.497,0	9.821,1	9.121,9	699,2	89,5
4	Thuốc tả hạ, nhuận hạ	2	3	54,0	2.339,8	2.393,8	2.231,0	162,8	89,1
5	Thuốc bổ khí	9	10	376,2	10.388,0	10.764,2	9.879,0	885,2	87,6
6	Thuốc thẩm thấp lợi thủy	19	19	341,0	4.498,8	4.839,8	4.327,1	512,7	86,3
7	Thuốc khai khiếu		1	8,0	103,8	111,8	99,7	12,1	86,0
8	Thuốc an thần	10	11	113,0	3.187,4	3.300,4	2.998,7	301,7	85,9
9	Thuốc bổ dưỡng	10	11	245,9	4.667,2	4.913,1	4.424,1	489,0	85,8
10	Thuốc thu liễm, cố sáp	11	13	218,3	3.339,4	3.557,7	3.154,9	402,8	84,3
11	Thuốc chỉ huyết	7	7	72,0	799,4	871,4	761,9	109,5	83,8
12	Phát tán phong nhiệt	11	12	231,9	4.336,8	4.568,7	4.009,9	558,8	81,9
13	Thuốc hóa thấp tiêu đạo	9	10	40,0	969,6	1.009,6	886,8	122,8	81,2
14	Thuốc bình can tức phong	6	7	129,0	2.341,2	2.470,2	2.154,2	316,0	81,1
15	Thuốc hoạt huyết, khứ ứ	16	17	321,2	8.394,5	8.715,7	7.658,9	1.056,8	81,0
16	Phát tán phong hàn	8	9	18,0	276,8	294,8	254,0	40,8	80,0
17	Thanh nhiệt giải độc	14	15	327,9	3.236,5	3.564,4	2.967,0	597,4	77,4
18	Thuốc trừ đàm	8	9	12,6	763,1	775,7	661,0	114,7	75,3
19	Thuốc hành khí	10	12	228,2	1.278,0	1.506,2	1.187,9	318,3	74,4

20	Thuốc trừ hàn	6	8	13,4	228,0	241,4	198,0	43,4	73,0
21	Hồi dương cứu nghịch	1	2	12,0	55,9	67,9	52,2	15,7	72,9
22	Thuốc chỉ khái bình suyễn	12	14	108,2	1.875,7	1.983,9	1.587,4	396,5	69,9
23	An thai	2	2	10,0	92,5	102,5	80,2	22,3	69,9
24	Thuốc bổ âm	8	10	224,9	3.324,3	3.549,2	2.815,9	733,3	69,4
25	Thanh nhiệt tả hỏa	4	6	67,2	827,0	894,2	701,9	192,3	68,9
26	Thuốc trục thủy		1	2,1	5,4	7,5	5,2	2,3	67,5
27	Thanh nhiệt táo thấp	11	12	112,1	896,8	1.008,9	753,9	255,0	65,5
28	Thanh nhiệt giải thử	1	2	15,5	54,4	69,9	48,2	21,7	63,3
29	Thuốc trị giun sán	2	2	4,3	14,5	18,8	12,2	6,6	57,8
30	Thuốc khác	55	63	369,5	11.076,0	11.445,5	10.025,1	1.420,4	80,2
	Tổng số	275	315	4342,0	88.488,1	92.830,1	82.429,6	10.400,5	88,8

Khối lượng vị thuốc bào chế tại Viện đáp ứng sử dụng trung bình được 88,8%. Viện đã bào chế 275 vị thuốc YHCT và thực tế đã sử dụng 315 vị thuốc, sự chênh lệch giữa vị thuốc bào chế và vị thuốc sử dụng là do số lượng vị thuốc còn tồn lại năm trước và một số vị thuốc mua về không cần bào chế như Ô mai, Gạo tẻ, Hoạt thạch... Nhóm thuốc phát tán phong thấp có tỷ lệ đáp ứng giữa sử dụng và bào chế là cao nhất đạt 92,8%. Tỷ lệ bào chế gần sát với thực tế sử

dụng. Tuy nhiên, vẫn có nhóm thuốc mà tỷ lệ sử dụng thấp so với tỷ lệ bào chế như nhóm thuốc trị giun sán có tỷ lệ đáp ứng giữa sử dụng và bào chế chỉ đạt 57,8%. Trong số 30 nhóm thuốc bào chế có 16 nhóm thuốc có tỷ lệ đáp ứng sử dụng cao từ 80% trở lên.

Khả năng đáp ứng của bào chế thuốc thành phẩm với thực tế sử dụng theo nhóm tác dụng được trình bày tại Bảng 6.

Bảng 6. Khả năng đáp ứng của bào chế thuốc thành phẩm với thực tế sử dụng

T T	Nhóm thuốc	Khối lượng (kg)					TL% đáp ứng
		Tồn kho 2014	Bào chế 2015	Tổng 2015	Sử dụng 2015	Tồn kho 2015	
1	An thần, định trí, dưỡng tâm	485,7	3.712,5	4.198,2	4.079,0	119,2	97,2
2	Thuốc chữa bệnh tim mạch, phế, cải thiện tuần hoàn não	553,9	3.623,8	4.177,7	3.986,9	190,8	95,4
3	Thuốc thanh nhiệt giải độc, tiêu ban, lợi thủy	213,3	2.589,2	2.802,5	2.667,5	135,0	95,2
4	Thuốc dùng ngoài	382,3	2.347,1	2.729,4	2.535,4	194,0	92,9
5	Thuốc bổ trung, tiêu thực, kiện tỳ	202,0	6.170,7	6.372,7	5.895,6	477,1	92,5
6	Thuốc khu phong trừ thấp	327,1	7.144,3	7.471,4	6.589,1	882,3	88,2
7	Thuốc chữa bệnh về âm, về huyết	201,3	5.924,6	6.125,9	5.069,8	1.056,1	82,8
8	Thuốc chữa bệnh về dương, về khí	292,5	3.768,0	4.060,5	3.212,4	848,1	79,1
9	Thuốc khác	372,7	4.611,5	4.984,2	3.578,2	1.406,0	71,8
	Tổng số	3.030,8	39.891,7	42.922,5	37.613,9	5.308,6	87,6

Khối lượng thuốc thành phẩm bào chế tại Viện đáp ứng sử dụng trung bình 87,6%. Trong đó, 5 nhóm có tỉ lệ đáp ứng nhu cầu sử dụng cao, từ 92,5 - 97,2%. Các nhóm thuốc thành phẩm khác đáp ứng từ 72,8 - 88,2% nhu cầu sử dụng.

IV. BÀN LUẬN

Viện Y học cổ truyền Quân đội tự tiến hành bào chế thuốc YHCT mang lại rất nhiều lợi ích: Giúp giải quyết tình trạng thiếu thuốc trong khám chữa bệnh, đem lại công việc, nâng cao trình độ năng lực chuyên môn cho cán bộ nhân viên về công tác bào chế, đồng thời, đem lại sự tin tưởng, an tâm về nguồn gốc thuốc cho bệnh nhân đến khám và điều trị tại Viện. Ngoài ra, việc bào chế thuốc YHCT còn giúp cho vấn đề kinh tế của Viện, góp phần cải thiện đời sống vật chất của cán bộ, nhân viên trong toàn Viện.

4.1. Về cơ cấu vị thuốc bào chế theo phương pháp bào chế: Quy chế kê đơn thuốc YHCT quy định việc kê đơn thuốc điều trị có thể kê theo toa căn bản, theo toa nghiệm phương, theo toa cổ phương hoặc theo phép đối pháp lập phương, kê đơn có sự kết hợp YHCT và Y học hiện đại (YHHĐ). Hiện nay phép kê đơn đối pháp lập phương và kết hợp với YHHĐ thường được sử dụng hơn cả. Trong đơn thuốc thường có các vị có tác dụng điều hòa cơ thể lập lại cân bằng âm dương cho toàn bộ cơ thể. Các vị thuốc được gọi là thuốc đầu vị. Trong YHCT, các thầy thuốc khi kê đơn cho bệnh nhân hầu hết thường kê các vị thuốc mang tính chất bổ khí bổ huyết, nâng cao chính khí của cơ thể. Chính vì vậy, các vị thuốc đó thường được mua sẵn, bào chế và sử dụng với khối lượng nhiều hơn các vị khác như các vị thuốc: Đảng sâm, Hoàng kỳ, Đương quy... chiếm từ 2,6-7,0% khối lượng và từ 4,4-12,9% về giá trị. Các vị thuốc này đều là những vị thuốc có nguồn gốc Bắc và có giá trị cao. Một số vị thuốc khác tuy được bào chế, sử dụng với số lượng không hề nhỏ nhưng tỷ lệ giá trị lại thấp như các vị thuốc: Ngũ gia bì, Chân chim, Cẩu tích, Dây đau xương... đó đều là những vị thuốc có nguồn gốc Nam. Như vậy, Viện cần có biện pháp để các bác sĩ tăng cường sử dụng các bài thuốc Nam cho người bệnh, vừa mang lại hiệu quả điều trị vừa giúp tận dụng những dược liệu quý trong nước.

4.2. Về cơ cấu thuốc thành phẩm theo dạng bào chế: Thuốc sắc là dạng thuốc có thể dễ dàng gia giảm thành phần cho từng bệnh nhân theo diễn biến của bệnh. Mặt khác, thuốc sắc sẽ có tác dụng tốt khi chiết xuất được hầu hết các thành phần trong vị thuốc, đảm bảo hiệu quả điều trị. Vì vậy, việc sắc thuốc đúng kỹ thuật, đúng quy trình có vai trò rất quan trọng trong điều trị bệnh. Việc sắc sẵn thuốc cho bệnh nhân sẽ giúp mang lại hiệu quả điều trị tốt cũng như sự tiện dùng cho người bệnh. Hầu như tất

cả bệnh nhân điều trị tại Viện đều được uống thuốc sắc, một số bệnh nhân ngoại trú cũng có nhu cầu sắc thuốc đóng túi. Tuy nhiên, các thuốc bào chế tại Viện hiện là thuốc lưu hành nội bộ, chỉ có người bệnh của Viện mới mua được còn người dân chưa được mua. Vì vậy, để người dân có thể tiếp cận được với các bài thuốc và thuốc thành phẩm tốt, Viện cần có các biện pháp và chiến lược như đăng ký để sản phẩm có thể lưu hành rộng rãi.

Dạng bào chế của thuốc rất quan trọng đối việc tuân thủ điều trị của người bệnh đặc biệt là với thuốc YHCT. Việc Viện bào chế chuyển từ dạng các bài thuốc YHCT sang các dạng bào chế hiện đại nhưng vẫn giữ được yêu cầu và hiệu quả điều trị càng giúp làm tăng việc tuân thủ điều trị của người bệnh. Đây cũng là xu thế hiện nay góp phần hiện đại hoá YHCT. Với các dạng bào chế mới như viên nén, viên hoàn... thì khối lượng đảm bảo nhỏ gọn, ngoài ra còn có thể còn giúp hạn chế được mùi vị của một số vị thuốc hoặc có thể tạo mùi vị dễ chịu giúp bệnh nhân thuận tiện và dễ sử dụng hơn, góp phần nâng cao khả năng tuân thủ điều trị.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

5.1. Kết luận: Hiện nay, Viện Y học cổ truyền Quân đội đã bào chế vị thuốc Bắc và thuốc Nam có khối lượng và giá trị gần tương đương nhau. Phương pháp sử dụng bào chế đa dạng trong đó rửa và phối là 2 phương pháp chiếm tỉ lệ lớn. Tỷ lệ thuốc được bào chế về cơ bản đáp ứng được nhu cầu sử dụng rất lớn của Viện (gần 90%).

5.2. Khuyến nghị: Viện cần đăng ký lưu hành các thành phẩm thuốc giúp cho bệnh nhân và người dân tiếp cận được dễ dàng hơn, đồng thời có thể xem xét thay thế các vị thuốc có nguồn gốc nước ngoài bằng các vị thuốc có nguồn gốc trong nước có cùng tác dụng để giảm chi phí sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thủ tướng Chính phủ (2014), Quyết định số 68/QĐ-TTg phê duyệt Chiến lược quốc gia phát triển ngành dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030.
2. Ali Arazeem Abdullahi (2011), "Trends and challenges of Traditional Medicine in Africa", Afr J Tradit Complement Altern Med, 8 (5): p. 115-123.
3. World Health Organization (2013), WHO traditional medicine strategy: 2014-2023.
4. Viện Y học cổ truyền Quân đội. Available from: <http://yhoccotruyenqd.vn/gioi-thieu/Gioi-thieu-ve-Vien>.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ TẠI TỈNH HÒA BÌNH NĂM 2017

Nguyễn Thị Hoài Thu*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 470 bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại tỉnh Hòa Bình. Số liệu được thu thập thông qua phỏng vấn các bà mẹ về thông tin cá nhân, khoảng cách đến các cơ sở y tế (CSYT) và tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ (CSSKBM) tại các cơ sở y tế đối với lần có thai gần nhất. Kết quả cho thấy tỉ lệ khám thai 3 lần trở lên ở cả 3 huyện nghiên cứu cao, chiếm 94,7%, cao nhất ở huyện Lương Sơn là 95,6%. Tỉ lệ bà mẹ khám thai tại trạm y tế (TYT) xã tương đối cao, cao nhất ở Lương Sơn với 83,2%. Trong số các bà mẹ không đến TYT khám thai, lý do Không đủ trang thiết bị chiếm tỷ lệ cao nhất (70,7%), Thời gian làm việc của nhân viên y tế (NVYT) không phù hợp (24%) và Trình độ của NVYT không đáp ứng (17,3%). Đa số các lý do đều được các bà mẹ ở TP. Hòa Bình phản ánh nhiều hơn so với Lương Sơn và Mai Châu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hầu như các bà mẹ chọn cơ sở y tế nhà nước làm nơi sinh (99,4%), chỉ có 1,7% số bà mẹ sinh tại cơ sở y tế tư nhân.

Từ khóa: Chăm sóc sức khỏe bà mẹ, tiếp cận dịch vụ, sử dụng dịch vụ, tỉnh Hòa Bình.

SUMMARY

UTILIZATION OF MATERNAL HEALTH SERVICES AT HOA BINH PROVINCE 2017

The cross-sectional study was conducted with 470 mothers of children under two years old in Hoa Binh province. Data was collected by interviewing mothers in terms of personal information, the distance from their residence to health facilities, and their utilization of maternal health at the health facilities during their most recent pregnancy. Results showed that the proportion of mother having more than three antenatal check-ups was 94.7%, and was highest at Luong Son district with 95.6%. Luong Son is the place with highest proportion of women using antenatal care at the commune health station with 83.2%. Among those did not come to commune health station, the most reason include lack of medical equipment (70.7%), inappropriate working time of commune health staff (24%) and limited qualification of health staff (17.3%). Almost mothers chose public health facilities as the place to give birth, with proportion reaching up to 99.4%.

Key words: Maternal health, health service accessibility, health service utilization, Hoa Binh province.

**Trường Đại học Y Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu

Email: nguyenhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 26.01.2018

Ngày duyệt bài: 31.01.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác CSSKBM luôn được sự quan tâm của thế giới cũng như của Việt Nam. Theo báo cáo của UNICEF tại Việt Nam năm 2009, tỷ lệ các bà mẹ được khám thai ít nhất 4 lần rất thấp (40%), trong đó có trên 13% số bà mẹ không đi khám thai lần nào, các tai biến sản khoa vẫn còn nhiều (2,3%), số trẻ được bú mẹ hoàn toàn trong 4 tháng đầu chỉ chiếm 17% [1]. Theo báo cáo tổng quan ngành y tế năm 2014, các chỉ tiêu chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em được cải thiện so với năm 2013 và đạt các chỉ tiêu kế hoạch năm 2014 đề ra: tỷ lệ phụ nữ có thai được quản lý thai là 96,4%; tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai ≥ 3 lần trong 3 thời kỳ là 89,6%; tỷ lệ phụ nữ đẻ được tiêm 2 mũi vắc xin phòng uốn ván là 95,7%; tỷ lệ phụ nữ đẻ do cán bộ được đào tạo hỗ trợ là 97,5%; tỷ lệ bà mẹ/trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh là 89,9%; tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi thể cân nặng/tuổi là 15,0 [2].

Tỉnh Hòa Bình tính đến năm 2014, đã có 207/210 xã, phường trong tỉnh có trạm y tế. Tuyến y tế cơ sở của Hòa Bình hiện có 1.200 nhân viên y tế; trong đó có 124 bác sĩ và 461 y sĩ. Tỷ lệ bác sĩ (BS) và được sĩ đại học (DSDH)/10000 dân hiện đang công tác tại các đơn vị công lập thuộc tuyến YTCS ở Hòa Bình mới chỉ đạt 3,7 BS và 0,09 DSDH [3]. Nghiên cứu này được thực hiện để mô tả thực trạng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ tại các trạm y tế thuộc tỉnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chọn các bà mẹ có con dưới 2 tuổi.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn: Đồng ý tham gia nghiên cứu. Đối tượng không bị các rối loạn tâm thần, có khả năng cung cấp thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không có mặt tại hộ gia đình trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm:

+ Thời gian: 12/2016 – 6/2017.

+ Địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại tất cả các xã (58 xã/phường/thị trấn) trong 3 huyện/thị của tỉnh Hòa Bình: thành phố Hòa Bình, huyện Mai Châu, huyện Lương Sơn.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng nghiên cứu định lượng.

2.5. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

2.5.1. Cỡ mẫu: Sử dụng công thức cho điều tra ngang để xác định:

$$n = \frac{Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}}{\left(1 + \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}\right)}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu bà mẹ về nhu cầu CSSK BM; $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}$: Hệ số tin cậy với $\alpha = 0,05$, $Z = 1,96$. p: Tỷ lệ % bà mẹ có nhu cầu CSSK, chọn p = 50%. Chọn d = 0,05

Thay số vào công thức tính ra n = 386. Lấy cỡ mẫu lớn hơn, thêm 20% dự phòng, tính được cỡ mẫu nghiên cứu là 470 bà mẹ có con dưới 2 tuổi.

2.5.2. Cách chọn mẫu: Chọn mẫu theo giai đoạn **Giai đoạn 1:** Chọn huyện: Chọn mẫu theo chỉ tiêu 3 huyện đại diện cho 3 vùng của tỉnh Hòa Bình: thành thị, trung du và miền núi dựa vào phân bố hành chính và địa hình của các huyện trong tỉnh.

Giai đoạn 2: chọn TYT xã. Chọn toàn bộ TYT xã thuộc 3 huyện/thị xã thực hiện quan sát theo mẫu bảng kiểm quan sát trực tiếp tại 58 Trạm y tế xã.

Giai đoạn 3: Chọn bà mẹ có con dưới 2 tuổi

- Lấy tỷ lệ bà mẹ có con dưới 2 tuổi từng xã.
- Lập danh sách các bà mẹ có con dưới 2 tuổi của từng xã.
- Chọn ngẫu nhiên các bà mẹ theo tỷ lệ của từng xã vào nghiên cứu.

2.5. Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin

- Thu thập số liệu sẵn có tại các trạm y tế xã theo phiếu có sẵn.
- Phỏng vấn bà mẹ có con dưới 2 tuổi bằng bộ câu hỏi có cấu trúc.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epidata 3.2 sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm Stata 12.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng khoa học đánh giá công nhận phù hợp về nội dung và mục tiêu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về Bà mẹ

Bảng 1. Thông tin chung của các bà mẹ có con dưới 2 tuổi (n = 470)

Thông tin chung		Thành phố (n = 150)	Lương Sơn (n = 160)	Mai Châu (n = 160)	Tổng (n=470)
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Tôn giáo	Có	2(1,3)	2(1,3)	0(0,0)	4(0,9)
	Không	148(98,7)	158(98,8)	160(100)	466(99,1)
Dân tộc	Kinh	71(47,3)	30(18,8)	11(6,9)	112(23,8)
	Mường	73(48,7)	127(79,4)	28(17,5)	228(48,5)
	Thái	4(2,7)	2(1,3)	97(60,6)	97(20,6)
	Khác: Dao+Mông	2(1,3)	1(0,6)	24(15,0)	24(5,1)
	Không biết chữ	0(0,0)	0(0,0)	6(3,8)	6(1,3)
Trình độ học vấn	Biết đọc, viết	0(0,0)	1(0,6)	2(1,3)	3(0,6)
	Cấp 1 – Cấp 2	26(17,3)	53(33,1)	60(37,5)	139(29,6)
	Cấp 3	58(38,7)	75(46,9)	48(30,0)	181(38,5)
	TC/CD/ĐH/SĐH	66(44,0)	21(13,1)	44(27,5)	131(27,9)
Nghề nghiệp	Nông dân	11(7,3)	67(41,9)	84(52,5)	162(34,5)
	Công nhân	25(16,7)	20(12,5)	1(0,6)	46(9,8)
	CB/công chức	45(30,0)	15(9,4)	32(20,0)	92(19,6)
	Thất nghiệp/nội trợ	24(16,0)	44(27,5)	32(20,0)	100(21,3)
	Dịch vụ/buôn bán	19(12,7)	8(5,0)	6(3,8)	33(7,0)
	Khác (LĐTD...)	26(17,3)	6(3,8)	5(3,1)	37(7,9)
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn/sống cùng chồng	147(98,0)	159(99,4)	159(99,4)	465(98,9)
	Chưa kết hôn/ Ly dị/ Ly thân/ Góa	3(2,0)	1(0,6)	1(0,6)	5(1,1)
Tuổi bà mẹ	<25	23(15,3)	43(26,9)	59(36,9)	125(26,6)
	25 – 35	97(64,7)	101(63,1)	89(55,6)	287(61,1)
	≥35	30(20,0)	16(10,0)	12(7,5)	58(12,3)
Số lần mang thai	≤2 lần	138(92,0)	137(85,6)	147(91,9)	422(89,8)
	>2 lần	12(8,0)	23(14,4)	13(8,1)	48(10,2)
Tổng số con	≤2 con	142(94,7)	142(88,8)	156(97,5)	440(93,6)
	>2 con	8(5,3)	18(11,3)	4(2,5)	30(6,4)
Số con <2 tuổi	1 con	72(48,0)	58(36,3)	69(43,1)	199(42,3)
	2 con	68(45,3)	83(51,9)	67(41,9)	218(46,4)

Nhận xét: Hầu hết các bà mẹ có con dưới 2 tuổi không theo tôn giáo (99,2%) và đang sống cùng chồng (98,9%). Có 38,5% bà mẹ có trình độ học vấn hết cấp 3, tập trung nhiều ở huyện Lương Sơn; 29,6% bà mẹ học hết cấp 1 – cấp 2 và gần 1/3 bà mẹ có trình độ trung cấp trở lên. Tỷ lệ bà không biết chữ và biết đọc, biết viết gần 2%.

Tỷ lệ bà mẹ ở nhóm tuổi từ 25 – 35 tuổi chiếm cao nhất (61,1%), thấp nhất ở Mai Châu với 55,6%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ về phân bố tuổi, số con của bà mẹ

($p < 0,05$). Ở Lương Sơn, tỷ lệ bà mẹ có ≤ 2 con thấp hơn và có > 2 con cao hơn so với TP. Hòa Bình và Mai Châu. Hầu hết các bà mẹ có số lần mang thai ≤ 2 lần (89,3%) và có một con dưới 2 tuổi (98%).

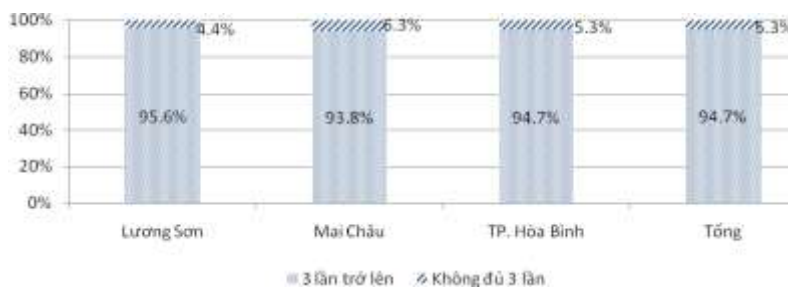
Tỷ lệ bà mẹ dân tộc Mường, Kinh, Thái chiếm lần lượt là 48,5%; 23,8% và 21,9%. Tỷ lệ bà mẹ là dân tộc Mường chủ yếu ở Lương Sơn (79,4%), dân tộc Thái chủ yếu ở Mai Châu (60,6%) và dân tộc Kinh chủ yếu ở TP. Hòa Bình. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Khả năng tiếp cận các cơ sở y tế của đối tượng nghiên cứu

Cơ sở y tế		Thành phố	Lương Sơn	Mai Châu	Tổng
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Phòng khám tư		n=106	n=107	n=120	n=333
Khoảng cách	≤ 5 km	98(92,5)	64(59,8)	45(37,5)	207(62,2)
	> 5 km	8(7,5)	43(40,2)	75(62,5)	126(37,8)
Thời gian	≤ 1 h	106(100)	107(100)	115(95,8)	328(98,5)
	> 1 h	0(0,0)	0(0,0)	5(4,2)	5(1,5)
TYT xã		n=150	n=150	n=150	n=450
Khoảng cách	≤ 5 km	149(99,3)	148(98,7)	148(98,7)	445(98,9)
	> 5 km	1(0,7)	2(1,3)	2(1,3)	5(1,1)
Thời gian	≤ 1 h	150(100)	150(100)	150(100)	450(100)
	> 1 h	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
PKĐK khu vực		n=71	n=80	n=78	n=228
Khoảng cách	≤ 5 km	64(90,1)	37(46,3)	20(26,0)	121(53,1)
	> 5 km	7(9,9)	43(53,7)	57(74,0)	107(46,9)
Thời gian	≤ 1 h	71(100)	79(98,7)	76(98,7)	226(99,1)
	> 1 h	0(0,0)	1(1,3)	1(1,3)	2(0,9)
BV huyện		n=101	n=143	n=147	n=391
Khoảng cách	≤ 5 km	59(58,4)	28(19,6)	26(17,7)	113(28,9)
	> 5 km	42(41,6)	115(80,4)	121(82,3)	278(71,1)
Thời gian	≤ 1 h	101(100)	129(90,2)	142(96,6)	372(95,1)
	> 1 h	0(0,0)	14(9,8)	5(3,4)	19(4,9)
BV tỉnh		n=146	n=137	n=143	n=426
Khoảng cách	≤ 5 km	97(66,4)	0(0,0)	0(0,0)	97(22,8)
	> 5 km	49(33,6)	137(100)	143(100)	329(77,2)
Thời gian	≤ 1 h	146(100)	40(29,2)	26(18,2)	212(49,8)
	> 1 h	0(0,0)	97(70,8)	117(81,8)	214(50,2)

Nhận xét: Hầu hết bà mẹ đều tiếp cận dễ dàng với TYT xã: 98,9% có khoảng cách đến TYT xã ≤ 5 km và thời gian đi đều ≤ 1 giờ. CSYT ít có khả năng tiếp cận nhất là BV tỉnh với 77,2% có khoảng cách > 5 km và thời gian đi > 1 giờ là 50,2%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ về khả năng tiếp cận của ba huyện với phòng khám tư, PKĐK khu vực, BV huyện và BV tỉnh. Tỷ lệ bà mẹ ở TP. Hòa Bình có khoảng cách đến các CSYT ≤ 5 km và thời gian đi ≤ 1 giờ cao hơn hai huyện Lương Sơn và Mai Châu.

3.2. Tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bà mẹ



Hình 1. Số lần khám thai của các bà mẹ (n = 470)

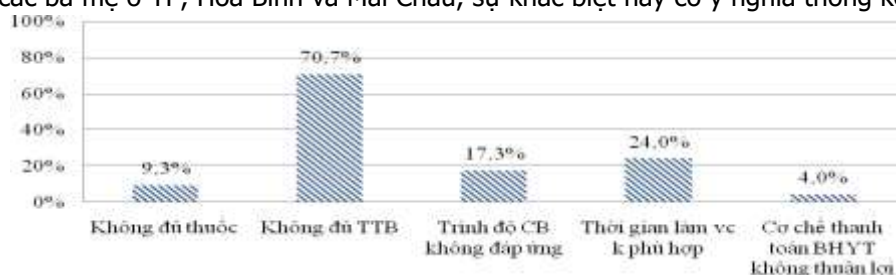
Nhận xét: Hầu hết các bà mẹ đều khám thai từ 3 lần trở lên (94,7%). Tỷ lệ khám ở các huyện là gần như nhau, trong đó Lương Sơn có tỷ lệ bà mẹ khám 3 lần trở lên cao nhất (95,6%). Tỷ lệ bà mẹ khám thai chưa đủ 3 lần ở Mai Châu là cao nhất trong 3 khu vực (chiếm 6,2%).

Bảng 3. Nơi khám thai của bà mẹ ở lần mang thai gần nhất

Nơi Khám	Thành phố (n = 150)	Lương Sơn (n = 160)	Mai Châu (n = 160)	Tổng (n = 470)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Trạm y tế xã	110(73,3)	136(85,0)	145(90,6)	391(83,2)
CSYT tuyến trên	84(56,0)	56(35,0)	95(59,4)	235(50,0)
Tại nhà NVYT	1(0,7)	0(0,0)	1(0,6)	2(0,4)
Cơ sở chữa bệnh tư	107(71,3)	120(75,0)	89(55,6)	316(67,2)

Nhận xét: Các bà mẹ ở TP, Hòa Bình khám ở trạm y tế ít hơn các bà mẹ ở Lương Sơn và Mai Châu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Các bà mẹ ở Lương Sơn khám ở CSYT tuyến trên ít hơn nhưng lại khám ở các cơ sở chữa bệnh tư nhiều hơn các bà mẹ ở TP, Hòa Bình và Mai Châu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Hình 2. Lý do bà mẹ không đi khám thai tại TYT xã (n = 75)

Nhận xét: Trong số các bà mẹ không đi khám tại trạm và trả lời lý do, có tới 70,7% trả lời rằng họ không chọn khám thai tại trạm y tế vì không đủ trang thiết bị, 24% cho rằng trạm y tế làm việc không phù hợp và 17,3% cho rằng trình độ cán bộ chưa đáp ứng được nhu cầu của họ.

Bảng 4. Lý do không khám thai tại TYT của các bà mẹ ở từng địa phương

Dấu hiệu	Thành phố (n = 150)	Lương Sơn (n = 160)	Mai Châu (n = 160)	Tổng (n = 470)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Không đủ thuốc	1(0,7)	1(0,6)	5(3,1)	7(1,5)
Không đủ trang thiết bị	22(14,7)	19(11,9)	12(7,5)	53(11,3)
Trình độ của cán bộ không đáp ứng	10(6,7)	1(0,6)	21(13,1)	32(6,8)
Thời gian làm việc của NVYT không phù hợp	13(8,7)	4(2,5)	1(0,6)	18(3,8)
Cơ chế thanh toán BHYT không thuận lợi	2(1,3)	1(0,6)	0(0,0)	3(0,6)

Nhận xét: Kết quả cho thấy các bà mẹ không chọn khám ở trạm y tế với lý do là *Không đủ trang thiết bị* chiếm tỷ lệ cao nhất (11,3% tổng các bà mẹ), đa số các lý do đều do các bà mẹ ở TP. Hòa Bình phản ánh nhiều hơn, Lý do *Trình độ của cán bộ không đáp ứng* và *Thời gian làm việc của NVYT không phù hợp* được các bà mẹ ở TP. Hòa Bình chọn cao hơn hẳn các bà mẹ ở Lương Sơn và Mai châu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, ở Mai Châu, các bà mẹ chọn lý do *Không đủ thuốc* cao hơn các bà mẹ ở TP. Hòa Bình và Lương Sơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. CSYT bà mẹ sinh con ở lần mang thai gần nhất

Địa điểm	Thành phố (n = 150)	Lương Sơn (n = 160)	Mai Châu (n = 160)	Tổng (n = 470)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Cơ sở YT nhà nước	145(96,7)	157(98,1)	159(99,4)	461(98,1)
CSYT tư nhân	5(3,3)	3(1,9)	0	8(1,7)
Tại nhà	0	0	1(0,6)	1(0,2)
Tổng	150(100)	160(100)	160(100)	470(100)

Nhận xét: Các bà mẹ ở cả 3 huyện hầu hết đều chọn đẻ con ở CSYT nhà nước (98,1%), 1 bộ phận nhỏ chọn đẻ ở CSYT tư nhân. Trường hợp duy nhất đẻ con tại nhà ở Mai Châu là do người thân trong gia đình đỡ đẻ cho bà mẹ, không có NVYT đỡ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành trên 470 bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại ba huyện của tỉnh Hòa Bình (thành phố Hòa Bình, huyện Lương Sơn và huyện Mai Châu) để tìm hiểu về thực trạng nhu cầu và sử dụng dịch vụ CSSK của trẻ em dưới 2 tuổi và một số yếu tố ảnh hưởng đến sử dụng dịch vụ CSSK. Đa số các bà mẹ thuộc nhóm tuổi từ 25-35 tuổi (61,1%), nhóm tuổi trên 35 chỉ chiếm tỷ lệ thấp (12,3%). Thành phố Hòa Bình có tỷ lệ bà mẹ dưới 25 tuổi thấp hơn hai huyện Lương Sơn và Mai Châu, trong khi tỷ lệ bà mẹ trên 35 tuổi lại cao hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể do ở TP.Hòa Bình, bà mẹ kết hôn muộn hơn hai huyện Lương Sơn và Mai Châu, vì thế mà tuổi bà mẹ có con dưới 2 tuổi cao hơn.

Nghiên cứu cũng chỉ ra có 89,8% bà mẹ mang thai ≤ 2 lần, tỷ lệ bà mẹ có tổng số con ≤ 2 con cao hơn bà mẹ có > 2 con (92,7% và 7,3%). Hầu hết các bà mẹ đều đang sống cùng chồng (98,9%) và không theo tôn giáo nào (99,1%), chủ yếu là người dân tộc Mường, Kinh, Thái. Ở TP.Hòa Bình, tỷ lệ bà mẹ là dân tộc Kinh chiếm đa số, ở huyện Lương Sơn chủ yếu dân tộc Mường và huyện Mai Châu chủ yếu dân tộc Thái. Có sự tương đồng giữa ba huyện về kinh tế hộ gia đình, đa số ở các huyện có mức kinh tế không nghèo (83,8%), ở huyện Mai Châu có tỷ lệ hộ nghèo cao nhất so với hai huyện còn lại.

Về trình độ học vấn, tỷ lệ bà mẹ có trình độ học vấn hết cấp ba là nhiều nhất (38,5%). Ở thành phố Hòa Bình, tỷ lệ bà mẹ có trình độ trung cấp trở lên cao hơn hai huyện Lương Sơn và Mai Châu (TP.Hòa Bình: 44%; Lương Sơn: 13,1% và Mai Châu: 27,5%;). Tuy nhiên, ở huyện Mai Châu vẫn còn tỷ lệ nhỏ bà mẹ không biết chữ và chỉ biết đọc/biết viết chiếm 5,1%.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, nghề nghiệp chủ yếu của các bà mẹ là nông dân (34,5%). Ở hai huyện Lương Sơn và Mai Châu, tỷ lệ bà mẹ có nghề nghiệp là nông dân cao hơn TP.Hòa Bình (Lương Sơn: 41,9%; Mai Châu: 52,5% và TP.Hòa Bình: 7,3%). Ở TP.Hòa Bình, tỷ lệ bà mẹ là cán bộ, công chức cao hơn hai huyện còn lại. CSYT ít có khả năng tiếp cận nhất là BV tỉnh với 21,7% có khoảng cách ≤ 5 km và thời gian đi ≤ 1 giờ là 48,5%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ về khả năng tiếp cận giữa ba huyện đối với các CSYT, đa số đối tượng ở TP.Hòa Bình đều có khoảng cách đến các CSYT ≤ 5 km và thời gian di chuyển ≤ 1 giờ.

Ở hai huyện Lương Sơn và Mai Châu, khả năng tiếp cận với các CSYT thấp hơn TP.Hòa Bình. Điều này cho thấy sự khác biệt về khả năng tiếp cận CSYT và nghề nghiệp của bà mẹ ở ba khu vực sẽ là những yếu tố ảnh hưởng đến khả năng tiếp cận, nhu cầu và việc sử dụng dịch vụ y tế của người dân.

4.2. Tình hình sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ:

Hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế (DVYT) là sự lựa chọn ưu tiên các loại DVYT của người dân khi cần CSSK theo từng mức độ khác nhau. Người dân có thể tìm đến sử dụng bất cứ hình thức cung cấp DVYT nào do các CSYT công lập hay tư nhân cung cấp (khám, điều trị bệnh, tư vấn sức khỏe hay làm bất cứ thủ thuật y tế nào). Thực tế cho thấy tình trạng quá tải vẫn chưa được giải quyết triệt để ở các BV tuyến cuối [4,5]. Tuy nhiên, người dân đã tiếp cận và sử dụng nhiều hơn dịch vụ KCB tại mạng lưới y tế cơ sở, nhờ việc thực hiện một số giải pháp nâng cấp và cải thiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị, tài chính, điều này góp phần giảm tải bệnh viện tuyến trên [5]. Việc tìm hiểu hành vi tìm kiếm DVYT của người dân sẽ cho thấy xu hướng sử dụng DVYT, là cơ sở cung cấp các loại hình DVYT phù hợp, đáp ứng nhu cầu của người dân. Nghiên cứu cho thấy đa số các bà mẹ lựa chọn y tế nhà nước là nơi KCB khi bà mẹ gặp các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai (95,7%), hoặc khi gặp các dấu hiệu nguy hiểm sau sinh (93,8%), đặc biệt khám thai nhiều nhất là ở TYT (TYT: 83,2%) tỷ lệ bà mẹ đến y tế tư nhân KCB thấp hơn (cơ sở chữa bệnh tư 67,2%). Điều này cho thấy các bà mẹ tin tưởng vào chất lượng dịch vụ ở các CSYT nhà nước (TYT xã, CSYT tuyến trên), hơn hết thì tỉnh Hòa Bình là một tỉnh nằm trong Dự án "Tăng cường năng lực hệ thống y tế tuyến cơ sở", các TYT xã được hỗ trợ, bổ sung trang thiết bị, nâng cấp cơ sở hạ tầng, cải thiện chất lượng dịch vụ đã đáp ứng được tốt hơn nhu cầu CSSK người dân. Ngoài ra, khả năng tiếp cận CSYT cũng là yếu tố dẫn đến việc lựa chọn các loại hình dịch vụ CSSK khác nhau. Nghiên cứu cho thấy: TYT xã là CSYT hầu hết đối tượng ở ba huyện đều dễ dàng tiếp cận khi có nhu cầu (với 98,9% có khoảng cách ≤ 5 km và 100% thời gian đi ≤ 1 giờ), vì vậy tỷ lệ sử dụng dịch vụ tại TYT xã rất cao. Ở TP Hòa Bình đa số đối tượng đều có khoảng cách đến các CSYT ≤ 5 km và thời gian di chuyển ≤ 1 giờ, người dân tiếp cận dễ dàng với nhiều loại hình DVYT đặc biệt ở đây là nơi tập trung nhiều BV, phòng khám tư, có thể lựa chọn đa dạng các loại

hình dịch vụ phù hợp với nhu cầu. Trong khi đó hai huyện Lương Sơn và Mai Châu, khoảng cách đến các CSYT khá xa, trong khi TYT xã là nơi gần nhất, dễ dàng tiếp cận, người dân không có nhiều loại hình dịch vụ để lựa chọn, vì vậy tỷ lệ đến khám chữa bệnh tại TYT xã là nhiều nhất.

Mặc dù, TYT xã ngày càng được đầu tư, nâng cao chất lượng. Tuy nhiên, vẫn còn tỷ lệ nhỏ bà mẹ không đến TYT xã để sử dụng dịch vụ. Lý do không đến bao gồm: TYT xã không đủ trang thiết bị, Thời gian làm việc của NVYT không phù hợp chiếm nhiều nhất (44,3% và 35,8%), Trình độ cán bộ không đáp ứng. Kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu tại hai tỉnh Lào Cai và Bắc Giang của Nguyễn Thị Hoài Thu [6]. Các lý do này là điều mà các TYT xã cần phải nhận thấy để chủ động trong việc nâng cao chất lượng và cung ứng đủ các DVYT đáp ứng được những nhu cầu CSSK của người dân. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu đã thực hiện trước đây khi đánh giá về năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ ở một số tỉnh [4,7].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ khám thai 3 lần trở lên ở cả 3 huyện nghiên cứu cao, chiếm 94,7%, cao nhất ở huyện Lương Sơn là 95,6%. Tỷ lệ bà mẹ khám thai tại TYT xã tương đối cao, cao nhất ở Lương Sơn với 83,2%.
- Trong số các bà mẹ không đến TYT khám thai, lý do Không đủ trang thiết bị chiếm tỷ lệ

cao nhất (70,7%), Thời gian làm việc của NVYT không phù hợp (24%) và Trình độ của cán bộ không đáp ứng (17,3%). Đa số các lý do đều được các bà mẹ ở TP. Hòa Bình phản ánh nhiều hơn so với Lương Sơn và Mai châu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Hầu như các bà mẹ chọn cơ sở y tế nhà nước làm nơi sinh (99,4%), chỉ có 1,7% số bà mẹ sinh tại cơ sở y tế tư nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UNICEF (2016) At a glance:** Vietnam <https://www.unicef.org/infobycountry/vietnam.htm>. Truy cập ngày 30/8/2016.
2. **Bộ Y tế (2013).** Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn quy trình khám bệnh tại Khoa Khám bệnh của bệnh viện. Hà Nội.
3. **Sở Y tế Hòa Bình (2015).** Báo cáo tình hình nhân lực ngành y tế của tỉnh năm 2015.
4. **Nguyễn Văn Huy và cộng sự (2016).** Nhu cầu chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại trạm y tế xã ở một số tỉnh ở Việt Nam năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng, tập XXVI, 4 (177).
5. **Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2015).** Báo cáo chung Tổng quan ngành y tế năm 2015. Tăng cường y tế cơ sở hướng tới bao phủ chăm sóc sức khỏe toàn dân.
6. **Nguyễn Thị Hoài Thu (2015).** Governance of workforce in the Vietnamese healthcare system: a critical analysis of maternal health. PhD Thesis of Queensland University of Technology.
7. **Trần Thị Mai Oanh và cộng sự (2012).** Kết quả thực hiện chức năng nhiệm vụ của một số trạm y tế xã khu vực miền núi. Tạp chí chính sách y tế 2012, Số 10.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CÁC BỆNH NHI CHẤN THƯƠNG THẬN ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Việt Hoa¹, Võ Tá Chung^{1,2}, Vũ Hồng Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở các bệnh nhi chấn thương thận được điều trị bảo tồn tại bệnh viện Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 31 bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán và điều trị bảo tồn chấn thương thận. Thời gian từ tháng 1/2011 tháng 6/2017. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 10,08 tuổi. Tỷ lệ chấn thương thận ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn sinh hoạt. Về đặc điểm lâm sàng, có 61,29% trường hợp chấn thương thận đơn thuần,

38,71% trường hợp đa chấn thương, 3/31 bệnh nhân (9,7%) sốc mất máu. Các dấu hiệu lâm sàng có 90,3% bệnh nhân đau vùng thắt lưng, 64,5% bệnh nhân chướng bụng, 48,4% co cứng hố thắt lưng và 19,4% tụ máu hố thắt lưng. Về phân độ chấn thương thận theo phân loại AAST 2011 có: 41,9% chấn thương thận độ IV, 38,7% độ III, 19,4% chấn thương thận độ I và độ II, không có bệnh nhân chấn thương thận độ V. **Kết luận:** Chấn thương thận trẻ em có thể gặp ở nhiều mức độ khác nhau, thể hiện bệnh cảnh lâm sàng đa dạng. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng giúp chẩn đoán và phân loại tổn thương chính xác.

Từ khóa: Chấn thương thận trẻ em, điều trị bảo tồn chấn thương thận.

SUMMARY

CONSERVATIVE MANGAMENT OF RENAL TRAUMA IN CHILDREN IN VIETDUC HOSPITAL: CLINICAL AND SUBCLINICAL

¹Bệnh viện Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hoa

Email: nvhoa96@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2018

Ngày duyệt bài: 24.01.2018

Objective: Describe the clinical symptoms and subclinical of non-operative renal trauma in pediatric patients at Vietduc hospital. **Materials and method:** Retrospective study including 31 pediatric patients under 16 year olds with renal trauma underwent coservation at the Department of Pediatric Surgery, VietDuc hospital from January 2011 to June 2017. **Results:** The average age is 10.08 years olds. Kidney injury in boys is higher than that in girls. Major cause of the injury are accidents. In clinical, there were 61,29% of cases of renal trauma alone, 38,71% of multiple injuries, 3/31 patients (9.7%) of blood loss. The clinical signs were 90.3% of patients with lumbar pain, 64.5% of patients with abdominal distention, 48.4% of lumbar spasm and 19.4% of lumbar lymphadenopathy. Classification of kidney injury (AAST 2011): grade IV (41,9%) , grade III (38,7%), grade I and II (19,4%). **Conclusion:** Kidney injury in children can occur at varying degrees, showing many clinical conditions. Classification of kidney injury help conservative treatment.

Keywords: Kidney injury, trauma renal, non-operative management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương thận (CTT) là một chấn thương tạng đặc thường gặp ở trẻ em. Thận trẻ em dễ bị tổn thương hơn so với người lớn vì các cấu trúc bảo vệ chưa hoàn thiện. Mặt khác, các triệu chứng lâm sàng của trẻ bị CTT thường biểu hiện không rõ như ở người lớn.

Những năm gần đây, chấn thương thận trên thế giới cũng như ở Việt Nam có xu hướng gia tăng về số lượng, mức độ nặng và tính chất phức tạp của bệnh cảnh chấn thương. Tổn thương thận do chấn thương có thể gặp ở nhiều mức độ khác nhau, thể hiện bệnh cảnh lâm sàng đa dạng. Ngày nay sự tiến bộ về các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đã cung cấp những hình ảnh cho sự phân loại thương tổn lâm sàng một cách sát thực, đưa ra những chỉ định cụ thể hợp lý góp phần điều trị và phục hồi chức năng, cấu trúc thận tốt nhất.

Điều trị bảo tồn chấn thương thận ngày càng được đặt ra, tuy nhiên cần theo dõi sát các diễn biến lâm sàng và cận lâm sàng. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chấn thương thận ở trẻ em được điều trị bảo tồn tại khoa Nhi bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhi có chấn đoán chấn thương thận được điều trị bảo tồn.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhi có chấn thương thận nhưng phải mổ cấp cứu, hoặc sau

khi theo dõi phải chuyển mổ. Có 31 bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán và điều trị bảo tồn CTT tại khoa Nhi bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2011 đến tháng 6/2017.

2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả hồi cứu.

- Lấy các bệnh án tại kho lưu trữ hồ sơ của bệnh viện.
- Chọn các bệnh án theo tiêu chuẩn lựa chọn.
- Vào thông tin theo bệnh án mẫu.
- Các bệnh án sau khi thu thập đều có sự xác nhận của chủ nhiệm khoa và phòng kế hoạch tổng hợp.

3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương.
- Triệu chứng toàn trạng khi vào viện.
- Các dấu hiệu lâm sàng: đại máu, đau hố thắt lưng, tụ máu hố thắt lưng, bụng chướng,...
- Phân độ CTT trên cắt lớp vi tính theo AAST 2011.
- Biến đổi về xét nghiệm máu.

III. KẾT QUẢ

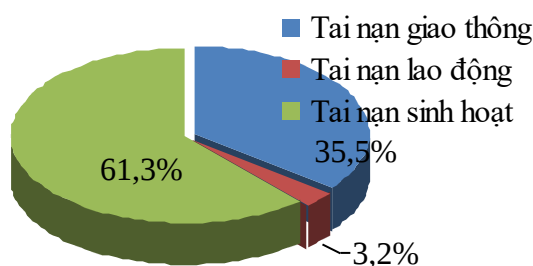
1. Đặc điểm chung

1.1. Tuổi và giới: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $10,81 \pm 3,25$. Trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 4 tuổi, bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 16 tuổi. Tỷ lệ Nam/ Nữ là 1,58.

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới

Nhóm tuổi	Giới		Tỷ lệ %
	Nam	Nữ	
< 6	0	2	6,45
6 – 10	5	6	35,48
11 – 16	14	4	58,07
Tổng	61,3	38,7	100

1.2. Nguyên nhân chấn thương



Biểu đồ 1. Nguyên nhân chấn thương thận

Nhận xét: Tai nạn sinh hoạt gặp 19/31 trường hợp chiếm 61,3%, tai nạn giao thông gặp 11/31 trường hợp chiếm 35,5%, 1/31 trường hợp tai nạn lao động chiếm 3,2%.

2. Đặc điểm lâm sàng

2.1. Toàn trạng: có 3/31 bệnh nhân vào viện trong tình trạng sốc mất máu chiếm 9,7%.

2.2. Loại thương tổn phổi hợp

Bảng 2. Chấn thương thận đơn thuần và phổi hợp

Loại chấn thương		Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Chấn thương thận	Chỉ chấn thương thận	14	45,16
	Phối hợp với chấn thương thượng thận	5	16,12
Chấn thương thận kèm đa chấn thương	Lách	3	9,68
	Tụy	3	9,68
	Gan	3	9,68
	Xương	3	9,68

Nhận xét: có 61,29% trường hợp chấn thương thận đơn thuần và 38,71% trường hợp vào viện trong bệnh cảnh đa chấn thương.

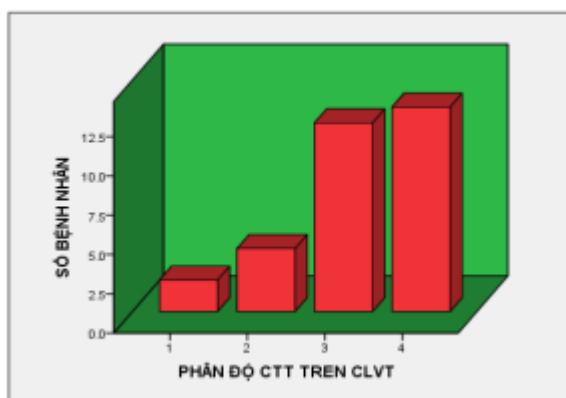
2.3. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân chấn thương thận

Triệu chứng	n	Tỉ lệ %
Đái máu	23	74,2
Đau vùng thắt lưng bên chấn thương	28	90,3
Bụng chướng	20	64,5
Tụ máu hố thắt lưng	6	19,4
Phản ứng, co cứng hố thắt lưng	15	48,4

Nhận xét: Triệu chứng đau vùng thắt lưng bên chấn thương gặp ở 90,3% bệnh nhân, đái máu chiếm 74,2%, chướng bụng chiếm 64,5%, co cứng hố thắt lưng gặp ở 48,4% và triệu chứng tụ máu hố thắt lưng chiếm 19,4%.

3. Đặc điểm cận lâm sàng: Tất cả các bệnh nhi đều được chụp cắt lớp vi tính bụng (100%) và được phân độ chấn thương thận theo AAST 2011.



Biểu đồ 3. Phân độ chấn thương thận theo AAST

Nhận xét: Có 41,9% bệnh nhân chấn thương thận độ IV, 38,7% bệnh nhân chấn thương thận độ III, 19,4% bệnh nhân chấn thương thận độ I và độ II.

Bảng 4: Liên quan giữa phân độ chấn thương thận với tình trạng sốc trên lâm sàng

Độ chấn thương thận	Sốc	Không sốc
Độ I và độ II	0	6
Độ III	1	11
Độ IV	2	11
Tổng	3	28

Bảng 5: Mối liên quan giữa phân độ chấn thương thận với các triệu chứng thăm khám lâm sàng

Triệu chứng	Độ I, II	Độ III	Độ IV	Tổng
Đau thắt lưng	3	12	13	28
Bụng chướng	4	7	9	20
Tụ máu hố thắt lưng	1	0	5	6
Phản ứng, co cứng hố thắt lưng	0	7	8	15

Nhận xét: Các triệu chứng bụng chướng, đau, tụ máu và co cứng hố thắt lưng cao nhất ở nhóm chấn thương thận độ IV, sau đó đến nhóm chấn thương thận độ III, thấp nhất ở nhóm chấn thương thận độ I, II.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 10,81 tuổi (4 – 16 tuổi). Trong đó độ tuổi hay gặp nhất là 11–16 tuổi chiếm 58,07%. Đây là độ tuổi trẻ bắt đầu vào học trung học cơ sở, bắt đầu tự tham gia giao thông và tham gia các hoạt động thể lực ở trường. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguyên nhân chủ yếu do tai nạn sinh hoạt chiếm 61,3%, sau đó đến tai nạn giao thông chiếm 35,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của đa số các tác giả trong và ngoài nước[1-2]. Kết quả này cũng phù hợp với độ tuổi của đối tượng nghiên cứu chủ yếu tham gia các sinh hoạt hàng ngày, ít tham gia giao thông và chưa đến độ tuổi lao động.

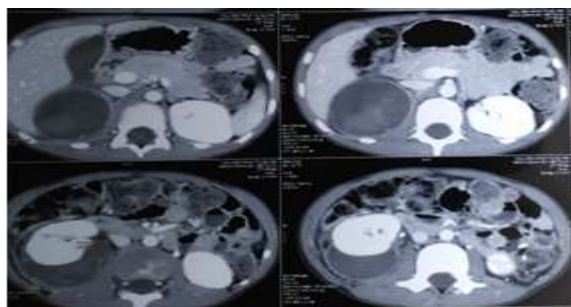
Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3/31 (9,7%) bệnh nhân vào viện trong tình trạng sốc mất máu. Trong ba bệnh nhân này có 1 bệnh nhân chấn thương thận độ III và 2 bệnh nhân chấn thương thận độ IV. Điều này có thể giải thích do sự tiết catecholamines để duy trì tình trạng huyết động ổn định ở trẻ em tốt hơn người lớn. Tuy nhiên tình trạng mạch nhanh có thể xuất hiện sớm hơn, ngay cả khi huyết áp chưa tụt, chính vì vậy việc theo dõi dấu hiệu mạch nhanh là một trong những báo động sớm tình trạng mất máu, có nguy cơ sốc, cần được hồi sức tích cực.

Về các triệu chứng lâm sàng, dữ liệu nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy: 90,3% bệnh

nhân đau vùng thắt lưng, 64,5% bệnh nhân chướng bụng, 48,4% co cứng hố thắt lưng và 19,4% tụ máu hố thắt lưng. Tần suất gặp các triệu chứng lâm sàng cao nhất ở nhóm chấn thương thận độ IV, sau đó đến nhóm chấn thương thận độ III, thấp nhất ở nhóm chấn thương thận độ I, II. Kết quả này phù hợp với cơ chế chấn thương do va đập trực tiếp vùng thắt lưng với vật tù. Như vậy, một bệnh nhân có đau, co cứng hay tụ máu vùng thắt lưng sau chấn thương cần nghĩ đến chấn thương thận tránh bỏ sót tổn thương. Những trường hợp có các triệu

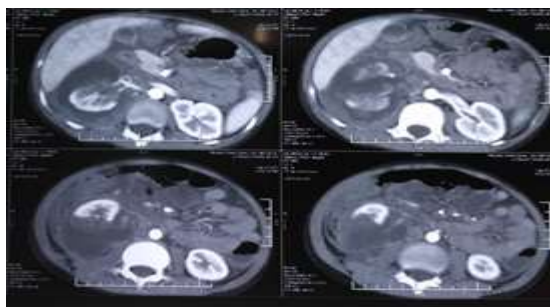
chứng lâm sàng nặng nề thường là chấn thương thận độ cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Có 41,9% bệnh nhân chấn thương thận độ IV, 38,7% bệnh nhân chấn thương thận độ III, ít bệnh nhân chấn thương thận độ I, II, không có bệnh nhân chấn thương thận độ V. Điều này có thể giải thích do địa điểm nghiên cứu của chúng tôi tại bệnh viện trung ương hàng đầu về ngoại khoa, nơi tiếp nhận nhiều nhất các trường hợp chấn thương nặng trên cả nước.



Nguyễn Minh T, 8 tuổi (S38/ 11562)

Chẩn đoán: Chấn thương thận phải độ III có khối máu tụ lớn quanh thận



Lý Ngọc H, 8 tuổi (S38/ 36399)

Chẩn đoán: Chấn thương thận phải độ IV, có tổn thương đường bài xuất

Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính bụng

Năm 2001, hội phẫu thuật chấn thương Mỹ (ASST) đã đưa ra bảng phân loại chấn thương thận dựa trên CLVT gồm 5 độ. Năm 2011, để đánh giá mức độ chấn thương thận chính xác hơn, Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Mỹ (AAST) đã đưa ra phân độ chấn thương thận sửa đổi (RTSC) có sự khác biệt ở độ IV, V[6]. Độ IV sẽ bao gồm tất cả các loại tổn thương đường bài tiết, còn độ V chỉ gồm các loại tổn thương mạch máu cuống thận. Chụp cắt lớp vi tính mô tả chính xác, rõ ràng đường vỡ nhu mô, vị trí và mức độ tụ máu nhu mô, sau phúc mạc, thoát thuốc cản quang từ mạch thận, thoát nước tiểu ra ngoài đường bài xuất, phần nhu mô thận mất nuôi dưỡng, đồng thời đánh giá được chức năng thận và tổn thương phối hợp. Chụp CLVT phát hiện được sớm tổn thương cuống mạch thận ngay cả khi triệu chứng lâm sàng còn mờ nhạt không tương xứng với mức độ tổn thương. Như vậy chụp CLVT có thuốc cản quang được xem là lựa chọn hàng đầu để đánh giá hình thái và chức năng thận[7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 31 trường hợp bệnh nhân chấn thương thận được theo dõi và điều trị bảo tồn tại khoa nhi bệnh viện Việt Đức từ tháng

1/2011 đến tháng 6/2017, chúng tôi thấy nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn sinh hoạt, biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân rất đa dạng, có thể phối hợp bệnh cảnh đa chấn thương. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và phân độ chấn thương. Điều trị bảo tồn dựa trên sự phân độ AAST 2011 và cần theo dõi sát lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Krid, A. Bahloul, N. el Haddad và cộng sự (1997)**. [Kidney injuries in children. Apropos of 65 cases]. *Ann Urol (Paris)*, 31 (5), 259-265
2. **Nguyễn Duy Việt (2012)**, Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn không mổ chấn thương thận ở trẻ em, ĐHY Hà Nội
3. **Hoàng Long (2012)**. Điều Trị Bảo Tồn Không Mổ Chấn Thương thận. *Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học*
4. **J. P. Stein, D. M. Kaji, J. Eastham và cộng sự (1994)**. Blunt renal trauma in the pediatric population: indications for radiographic evaluation. *Urology*, 44 (3), 406-410
5. **J. A. Margenthaler, T. R. Weber và M. S. Keller (2002)**. Blunt renal trauma in children: experience with conservative management at a pediatric trauma center. *J Trauma*, 52 (5), 928-932
6. **M. T. Heller và N. Schnor (2014)**. MDCT of renal trauma: correlation to AAST organ injury scale. *Clin Imaging*, 38 (4), 410-417
7. **K. Baba, M. Yajima, K. Yamakawa và cộng sự (2001)**. [Clinical study on renal trauma]. *Hinyokika Kyo*, 47 (3), 159-162.

KIẾN THỨC HÀNH VI THÁI ĐỘ CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

Hà Mạnh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ kiến thức, hành vi, thái độ đúng về phòng bệnh TCM của các bà mẹ nuôi con dưới 5 tuổi và xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức đúng về phòng bệnh TCM. **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu định tính cắt ngang mô tả được thực hiện tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 9/2014 đến tháng 7/2015. Phỏng vấn các bà mẹ bằng bảng câu hỏi về kiến thức, hành vi và thái độ đã được đánh giá độ tin cậy với có hệ số cronbach's alpha là 0,67. Các biến chính là dân số học, nguồn cung cấp thông tin, kiến thức, thái độ, hành vi. Xác định mối liên quan PR bằng phân tích đa biến với phần mềm STATA 12.0. **Kết quả:** Có 368 bà mẹ được phỏng vấn; tuổi trung bình $32,32 \pm 5,38$; nguồn thông tin cho các mẹ từ sách báo/ tivi/ radio/internet chiếm tỷ lệ 92,7%, tài liệu truyền thông 92,4%, nhân viên y tế (53,8%), tổ trưởng tổ dân phố (23,9%), bạn bè (6,6%); tỷ lệ kiến thức chung đúng là 77,7%, điểm trung bình là $13,95 \pm 2,11$; tỷ lệ thái độ chung đúng là 87%, điểm trung bình là $5,99 \pm 0,66$; tỷ lệ hành vi đúng chung là 64,4%, điểm trung bình là $4,80 \pm 0,76$; các yếu tố có liên quan tích cực đến kiến thức đúng là từ: tivi/radio/internet (PR=7,7 [2,8–20,7]), từ tài liệu truyền thông (PR=2,6 [1,0 –6,8]), từ nhân viên y tế (PR=5,5, [2,9–10,4]). **Kết luận:** Tỷ lệ kiến thức chung đúng là 77,7%, tỷ lệ thái độ chung đúng là 87%, tỷ lệ hành vi đúng chung là 64,4%. Các yếu tố có liên quan tích cực đến kiến thức đúng là nguồn thông tin từ: tivi/radio/internet, từ tài liệu truyền thông, từ nhân viên y tế. Kiến thức, thái độ và hành vi của các bà mẹ nuôi con dưới 5 tuổi về phòng bệnh TCM có cải thiện tốt nhờ vào truyền thông giáo dục sức khỏe. Để nâng cao hơn nữa hiệu quả của truyền thông giáo dục sức khỏe cần chú ý đến nội dung, hình thức thông tin và người cung cấp thông tin.

Từ khóa: bệnh tay chân miệng; bà mẹ có con dưới 5 tuổi; kiến thức hành vi thái độ.

SUMMARY

KNOWLEDGE, PRACTICES, ATTITUDES OF MOTHERS HAVING CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD ABOUT HAND FOOT MOUTH DISEASES

Objective: identify the rate of right knowledge, practice, attitude of mothers having children under 5 years old and factors relating to the right knowledge about the prevention of hand foot mouth disease. **Study design:** A qualitative cross sectional study was carried out in Children's hospital 2 from 9/2014 -

7/2015. The mothers were interviewed with a questionnaire about knowledge, practices, attitudes analysed reliability with cronbach's alpha of 0,67. Main variables were demographic, sources of information, knowledge, practices, attitudes. The relation was identified with PR by multivariable analysis of software STATA 12.0. **Results:** There were 368 mothers enrolled in the study; mean age was $32,32 \pm 5,38$ years old; sources of information provided to the mothers came from newspaper/ television/ radio/ internet accounting for 92,7%, information materials 92,4%, health staff 53,8%, head of residential quarter (23,91%), friends (6,56%); the rate of right knowledge were 77,7%, average score $13,95 \pm 2,11$; the rate of right attitude were 87%, average score $5,99 \pm 0,66$; the rate of right practice were 64,4%, average score $4,80 \pm 0,76$; the factors having positive affect to the right knowledge were sources of information coming from newspaper/ television/ radio/ internet (PR=7,7 [2,8 – 20,7]), information materials (PR=2,6 [1,0 – 6,8]), health staff (PR=5,5, [2,9 – 10,4]). **Conclusion:** the rate of right knowledge were 77,7%, the rate of right attitude were 87%, the rate of right practice were 64,4%; the factors having positive affect to the right knowledge were sources of information coming from newspaper/ television/ radio/ internet, information materials, health staff. The knowledge, attitude and practice of the mothers having children under 5 years old on the prevention of HFMD have been improved significantly thanks to health promotion. In order to improve the efficiency of health promotion, the content of information, way of information and information providers should be paid attention.

Key words: hand foot mouth diseases; mothers having children under 5; knowledge, practice and attitude.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng (TCM) là bệnh truyền nhiễm do Enterovirus gây ra, có thể gây thành dịch lớn, xuất hiện ở nhiều nơi trên thế giới, nhưng rất thường xảy ra ở khu vực châu Á - Thái Bình Dương. Tại Việt nam bệnh TCM là một trong ba bệnh truyền nhiễm có số người mắc bệnh cao nhất từ 120.000 đến 150.000 ca hàng năm⁽²⁾. Bệnh thường gặp ở trẻ từ 6 tháng – 5 tuổi, có thể gây tử vong nếu có biến chứng nặng và không được phát hiện xử trí kịp thời. Hiện nay chưa có vaccin phòng bệnh, và chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, do đó việc nâng cao kiến thức của các bà mẹ để có thể hành vi và thái độ đúng trong việc phòng ngừa và chăm sóc trẻ bị tay chân miệng là một trong những biện pháp chính để kiểm soát bệnh⁽²⁾. Đã có nhiều nghiên cứu về kiến thức thái độ hành vi của các bà mẹ về bệnh

¹Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Tuấn

Email: hamanhtuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2018

Ngày duyệt bài: 24.01.2018

TCM ở nhiều địa phương và các hoàn cảnh khác nhau^(1,4,5,6) cho những kết quả thay đổi tùy theo dân số nghiên cứu. Nghiên cứu khảo sát các đối tượng là các bà mẹ đưa con đến khám bệnh tại bệnh viện vì những lý do khác để xác định tỷ lệ kiến thức, hành vi, thái độ đúng về phòng bệnh TCM của các bà mẹ nuôi con dưới 5 tuổi và các yếu tố liên quan đến kiến thức đúng về phòng bệnh TCM để làm rõ thêm về kiến thức thái độ hành vi của cộng đồng trong việc phòng bệnh TCM giúp cho việc phòng bệnh TCM trong cộng đồng hiệu quả hơn. *Mục tiêu:*

1. *Xác định tỷ lệ kiến thức, thái độ, hành vi đúng về phòng chống bệnh TCM của các bà mẹ nuôi con dưới 5 tuổi.*

2. *Xác định yếu tố liên quan đến kiến thức đúng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu định tính, cắt ngang mô tả

Đối tượng nghiên cứu: Các bà mẹ đưa con đến khám tại phòng khám bệnh của bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 9/2014 đến tháng 7/2015, thỏa các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn chọn vào: 1) Bà mẹ tuổi từ 18 trở lên; 2) Bà mẹ có con dưới 5 tuổi chưa lần nào mắc bệnh TCM; 3) Tỉnh táo, có lắng nghe, hiểu và trả lời bằng tiếng Việt; 4) Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: 1) Người trả lời câu hỏi không trực tiếp chăm sóc trẻ; 2) Người trả lời câu hỏi đã tham gia phỏng vấn trước đây.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu ước lượng theo công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu cắt ngang:

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

với $P = 43\%$ theo một nghiên cứu của T.T.A.Đào⁽⁴⁾, sẽ có $n = 308$, cộng với 10% mất mẫu, cỡ mẫu được tính là 339.

Thu thập số liệu: Mẫu được chọn ngẫu nhiên theo 2 giai đoạn, ngẫu nhiên phòng khám, và ngẫu nhiên bệnh nhân. Mỗi ngày 5 bệnh nhân x 7 ngày/tuần x 12 tuần. Mỗi bà mẹ sẽ được phỏng vấn bằng một bộ câu hỏi về phòng bệnh TCM gồm 5 phần: 1) thông tin chung (6 câu); 2) nguồn thông tin tiếp cận (01 câu); 3) kiến thức (7 câu); 4) thái độ (7 câu); 5) hành vi (6 câu). Bộ câu hỏi đã được tiến hành phỏng vấn thử trên 30 người mẹ và có hệ số cronbach's alpha chung là 0,67. Ngưỡng để đánh giá có đúng hay không về kiến thức, hành vi và thái độ là trên 2/3 câu trả lời đúng cho mỗi phần.

Xử lý số liệu: Các biến rời sẽ trình bày theo tỷ lệ phần trăm. Khi so sánh hai tỷ lệ dùng

phép kiểm χ^2 hay phép kiểm chính xác Fisher. Độ mạnh của sự phối hợp sẽ được tính bằng PR (Prevalence Rate). Giá trị $p < 0,05$ với kiểm định hai phía được xem là có ý nghĩa thống kê. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 12.0.

IV. KẾT QUẢ

Đặc điểm của mẫu nghiên cứu: Có 368 bà mẹ đủ tiêu chuẩn được phỏng vấn. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu $32,32 \pm 5,38$, tuổi nhỏ nhất là 20, lớn nhất là 47. Dân tộc Kinh chiếm đa số (89,7%), trình độ học vấn của những bà mẹ chủ yếu là từ cấp 3 trở lên. Người làm việc tự do (nội trợ, buôn bán) cao gần gấp 1,5 lần so với người làm công chức viên chức; nơi cư trú là các tỉnh cao hơn một ít so với thành phố Hồ Chí Minh. Tỷ lệ các bà mẹ có 1 con dưới 5 tuổi cao gần gấp đôi những bà mẹ có ≥ 2 con dưới 5 tuổi. Nguồn thông tin từ sách báo, tivi, radio và internet chiếm tỷ lệ cao nhất 92,7%, tài liệu truyền thông (tờ rơi) chiếm tỷ lệ 92,4%, kể đến là nhân viên y tế (53,80%), tổ trưởng tổ dân phố (23,91%); thông tin từ bạn bè (6,56%) và từ người quen có con đã mắc bệnh TCM chiếm tỷ lệ rất thấp (1,63%) (bảng 1).

Kiến thức thái độ hành vi phòng bệnh tay chân miệng của các bà mẹ

Điểm trung bình của kiến thức là $13,95 \pm 2,11$, tối thiểu là 7 điểm, tối đa là 17 điểm. Tỷ lệ kiến thức chung đúng là 77,7% (bảng 2).

Điểm trung bình của thái độ là $5,99 \pm 0,66$, tối thiểu 3 điểm, tối đa 7 điểm. Tỷ lệ thái độ chung đúng là 87% (bảng 3).

Điểm trung bình của hành vi là $4,80 \pm 0,76$, tối thiểu 3 điểm, tối đa 6 điểm. Tỷ lệ có hành vi chung đúng là 64,4% (bảng 4).

Những yếu tố có liên quan đến kiến thức phòng bệnh tay chân miệng

Các biến số về dân tộc, nghề nghiệp, nơi cư trú, và số con dưới 5 tuổi không có liên quan đến kiến thức đúng qua phân tích đơn biến. Chỉ có tuổi trên 30 của các bà mẹ là liên quan có ý nghĩa đến kiến thức đúng qua phân tích đơn biến, nhưng không có ý nghĩa qua phân tích đa biến ($p = 0,09$). Các yếu tố có liên quan đến kiến thức đúng là nguồn cung cấp thông tin qua phân tích đơn biến và đa biến. Bà mẹ tiếp cận nguồn thông tin từ ti vi/radio/internet; từ tài liệu truyền thông (tờ rơi, bướm,...); từ nhân viên y tế có liên quan đến kiến thức đúng qua phân tích đa biến và đơn biến (bảng 5). Riêng đối với việc không tiếp cận thông tin từ tổ trưởng tổ dân phố lại có liên quan đến kiến thức đúng qua phân tích đa biến.

Bảng 1. Đặc tính của mẫu nghiên cứu

Đặc tính dân số	Tần số (n= 368)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi: < 30 tuổi	159	43,2
≥ 30 tuổi	209	56,8
Tuổi trung bình	32.32 ± 5.38	
Dân tộc: Kinh	330	89,7
Khác (Hoa, Khmer..)	38	10,3
Trình độ học vấn: < Cấp 3	12	3,3
≥ Cấp 3	356	96,7
Nghề nghiệp: Công nhân, viên chức	140	38,0
Nghề tự do	228	62,0
Cư trú: Tp.HCM	161	43,8
Tỉnh khác	207	56,2
Số con dưới 5 tuổi: 1 con	242	65,8
≥ 2 con	126	34,2
Nguồn thông tin: Sách báo/ tivi/ radio/ internet	341	92,7
Tài liệu truyền thông	340	92,4
Nhân viên Y tế	198	53,8
Tổ trưởng tổ dân phố	88	23,9
Bạn bè	24	6,6
Người quen có con đã mắc bệnh TCM	6	1,6

Bảng 2. Tỷ lệ bà mẹ trả lời đúng theo nhóm kiến thức về phòng bệnh tay chân miệng

Nội dung câu hỏi	Đúng (n= 368)	Tỷ lệ (%)
Đường lây lan của bệnh TCM		
Tiếp xúc trực tiếp với trẻ bị bệnh.	336	91,3
Chạm vào vật dụng có mầm bệnh	360	97,8
Các biểu hiện của bệnh TCM: Sốt	341	92,7
Loét miệng, họng	359	97,6
Nổi bóng nước ở miệng, tay, chân	303	82,3
Các biến chứng của bệnh TCM: Viêm não, màng não	253	68,8
Tổn thương tim	277	75,3
Nhiễm trùng máu	252	68,5
Bệnh thường xảy ra ở trẻ dưới 5 tuổi	345	93,8
Nơi trẻ dễ mắc bệnh TCM: Ở nhà	35	9,5
Ở nhà trẻ, trường mầm non	355	96,5
Ở khu dân cư đông đúc	324	88,0
Ở siêu thị, khu vui chơi	246	66,9
Chưa có vaccine phòng ngừa	347	94,3
Những giải pháp phòng bệnh TCM cho trẻ		
Thường xuyên rửa tay trẻ và người giữ trẻ	340	92,4
Rửa vật dụng và lau sàn nhà với dung dịch sát khuẩn	366	99,5
Cách ly trẻ với trẻ đang bị bệnh TCM	297	80,7
Kiến thức chung	286	77,7

Bảng 3. Tỷ lệ bà mẹ trả lời đúng theo nhóm thái độ về phòng bệnh tay chân miệng

Nội dung câu hỏi	Đúng (n=368)	Tỷ lệ (%)
Rửa tay trẻ trước khi ăn là cần thiết	359	97,6
Rửa tay trẻ sau khi đi tiêu là cần thiết	364	98,9
Rửa tay mẹ trước khi cho trẻ ăn là cần thiết	367	99,7
Rửa tay mẹ trước khi chăm sóc trẻ là cần thiết	365	99,2
Dùng dung dịch khử khuẩn lau sàn nhà, bàn ghế ít nhất 1 lần/tuần là cần thiết	327	88,9
Dùng dung dịch khử khuẩn ngâm, rửa đồ chơi của trẻ ít nhất 1 lần/tuần là cần thiết	350	95,1
Trẻ bị bệnh TCM nên nghỉ đi học hay cách ly	295	80,2
Thái độ chung	320	87,0

Bảng 4. Tỷ lệ bà mẹ trả lời đúng theo nhóm hành vi về phòng bệnh tay chân miệng

Nội dung câu hỏi	Đúng(n = 368)	Tỷ lệ(%)
Mẹ có rửa tay trước khi chăm sóc trẻ	368	100
Mẹ có rửa tay sau khi chăm sóc trẻ	368	100
Rửa tay bằng nước sạch và xà phòng/dung dịch khử khuẩn	333	90,5
Rửa tay trẻ sau khi đi chơi những nơi công cộng về	365	99,2
Có dùng dung dịch khử khuẩn ngâm, rửa đồ chơi của trẻ ít nhất 1 lần/tuần	99	26,9
Có dùng dung dịch khử khuẩn lau sàn nhà, bàn ghế ít nhất 1 lần/tuần	228	62,0
Hành vi chung	237	64,4

Bảng 5. Kết quả phân tích đơn và đa biến với những yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức

Yếu tố	PR (KTC 95%) đơn biến	p	PR (KTC 95%) đa biến	p
Nhóm tuổi	1,7 (1,0 – 2,8)	0,03	1,6 (0,9 – 2,9)	0,09
Tivi/radio/internet	3,7 (1,6 – 8,1)	0,001	7,7 (2,8 – 20,7)	< 0,001
Tài liệu truyền thông	7,8 (3,4 – 17,6)	0,001	2,6 (1,0 – 6,8)	0,04
Nhân viên y tế	3,7 (2,2 – 6,4)	0,001	5,5 (2,9 – 10,4)	< 0,001
Tổ dân phố	3,6 (1,6 – 7,8)	0,001	6,0 (2,5 – 14,6)	< 0,001

V. BÀN LUẬN

Khi phân tích về kiến thức phòng bệnh của mẫu nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ kiến thức đúng cao (77,7%). Trong đó những bà mẹ biết rõ về đường lây bệnh TCM (91,3 – 97,8%), lứa tuổi mắc bệnh (93,8%), biểu hiện đặc trưng của bệnh (82,7 – 92,3%), bệnh chưa có vắc-xin phòng bệnh (94,3%), nơi trẻ dễ mắc bệnh: siêu thị, khu vui chơi, nhà trẻ, trường mầm non, khu dân cư đông đúc (67-96,5%), bà mẹ biết thường xuyên rửa tay cho trẻ và người giữ trẻ trong phòng bệnh (92,4%) chiếm tỷ lệ rất cao và cao hơn nhiều so với nghiên cứu trước đây tại Việt Nam^(1,4,5,6). Điều này có thể lý giải do tác động của biện pháp truyền thông ngày càng tốt hơn và do trình độ học vấn của các bà mẹ trong mẫu khảo sát cao, hầu hết là trình độ từ cấp 3 trở lên.

Riêng về khả năng lây truyền bệnh từ nguồn lây ở nhà chỉ có 9,5% bà mẹ trả lời đúng. Nguồn lây nhiễm tại gia đình từ cha mẹ, anh chị em được tăng thêm nếu có thói quen vệ sinh kém đã được chứng minh qua các nghiên cứu của nhiều tác giả⁽³⁾. Điều này cần ghi nhận để có những lưu ý cho chương trình giáo dục sức khỏe phòng bệnh TCM, cần nhấn mạnh nhà ở cũng là một nguồn lây nhiễm bệnh TCM quan trọng.

Đối với các biện pháp phòng ngừa lây lan bệnh TCM, các kết quả của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ các bà mẹ biết các biện pháp cơ bản cũng rất cao từ 80,7 - 99%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu về kiến thức hành vi thái độ của người nuôi trẻ về bệnh TCM trước đây^(5,6). Điều này cho thấy vấn đề phòng lây lan bệnh là mối quan tâm hàng đầu của các bà mẹ, mặc dầu các kiến thức khác về phòng bệnh TCM trong các

khảo sát trước đây có thể thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi nhưng cách làm thế nào để phòng lây lan bệnh luôn là mối quan tâm hàng đầu của các bà mẹ. Điểm mạnh này cần tiếp tục phát huy trong truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh TCM.

Tỷ lệ các bà mẹ có thái độ đúng về phòng bệnh TCM là rất cao (89,6%) trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này có tương đương với các nghiên cứu khác⁽⁶⁾. Điều này có được cũng nhờ ảnh hưởng tích cực của các biện pháp truyền thông đã làm gia tăng nhận thức của các bà mẹ và từ đó dẫn đến các thái độ đúng về việc phòng ngừa bệnh TCM ở các bà mẹ nuôi con dưới 5 tuổi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bà mẹ có hành vi chung đúng về phòng bệnh TCM còn thấp 64,40 % so với yêu cầu 67%. Khi phân tích kết quả thấp về hành vi đúng trong phòng bệnh TCM, chúng tôi ghi nhận điều này bị ảnh hưởng do tỷ lệ thấp các bà mẹ biết dùng các dung dịch sát khuẩn để lau rửa sàn nhà, nơi trẻ sinh hoạt và rửa các đồ chơi vật dụng trẻ sử dụng (26,9 – 60%). Do đó trong truyền thông giáo dục sức khỏe cho các bà mẹ cần phải lưu ý thực hành này đối với các bà mẹ, đồng thời cũng phải cung cấp thông tin đúng về việc chọn lựa và dùng dung dịch sát khuẩn cho phù hợp. Trong khi đó 100% bà mẹ đều biết cách rửa tay trước và sau chăm sóc trẻ, rửa tay cho trẻ. Đây là một điều rất tốt trong thực hành phòng bệnh TCM, và là kết quả của việc tuyên truyền phòng bệnh. Hành vi này cần được tiếp tục củng cố và duy trì để giúp cho việc phòng các bệnh lây lan qua đường tiêu hóa và hô hấp rất thường xảy ra ở trẻ em.

Bà mẹ ở nhóm tuổi từ 30 trở lên có tỷ lệ kiến thức đúng về phòng bệnh TCM cao gấp 1,3 lần bà mẹ ở nhóm tuổi dưới 30 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến. Điều này có thể lý giải dựa trên giả thuyết những bà mẹ lớn tuổi mới sinh con đầu lòng nên việc tìm hiểu kỹ chăm sóc sức khỏe trẻ nhiều hơn so với những bà mẹ nhỏ tuổi. Tuy nhiên, khi khảo sát đa biến thì yếu tố này không còn ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Chúng tôi không ghi nhận mối liên hệ giữa các yếu tố dân tộc, nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp và số con với kiến thức về phòng bệnh TCM. Điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của tác giả T.T.A.Đào⁽⁴⁾. Tuy nhiên trong nghiên cứu của tác giả T.T.A.Đào có ghi nhận có liên hệ giữa dân tộc với kiến thức phòng bệnh TCM. Sự khác biệt này là do trong do dân số nghiên cứu của tác giả T.T.A.Đào có tỷ lệ khá cao người dân tộc thiểu số gần 60% và trình độ học vấn còn thấp nên khả năng tiếp nhận các kiến thức về phòng bệnh có thể chưa cao, vì thế biến số dân tộc ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đối với kiến thức đúng về phòng bệnh.

Trong nghiên cứu này ghi nhận các yếu tố có liên quan đến kiến thức đúng đó là nguồn thông tin. Các nguồn thông tin ảnh hưởng tích cực đến kiến thức đúng đó là: thông tin từ tivi/ radio/ internet ($PR=7,7$; $[2,8-20,7]$), nhân viên y tế ($PR=5,5$; $[2,9-10,4]$), tài liệu truyền thông ($PR=2,6$; $[1,0-6,8]$). Điều này cho thấy nếu nguồn thông tin tốt, và được truyền thông trực tiếp, đúng cách và dễ hiểu thì hiệu quả sẽ tăng lên rất cao. Kết quả này một lần nữa khẳng định vai trò của truyền thông giáo dục sức khỏe trong đó nguồn thông tin và cách truyền thông đóng vai trò quan trọng trong việc tạo ra kiến thức đúng cho các bà mẹ. Ngoài ra trong nghiên cứu này cũng ghi nhận nếu nguồn thông tin chưa tốt, hay gián tiếp như từ tổ dân phố, hay qua bạn bè, người mẹ có con đã mắc bệnh TCM thì hầu như không có ảnh hưởng tốt lên việc hình thành kiến thức đúng cho các bà mẹ.

Nghiên cứu này cũng ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ kiến thức đúng chung (77,7%), tỷ lệ hành vi đúng chung (64,4%), và tỷ lệ thái độ đúng chung (81,8%) của các bà mẹ, và cũng chưa thấy có mối liên quan rõ rệt giữa kiến thức đúng và thái độ, hành vi đúng. Sự khác biệt này cũng ghi nhận trong các khảo sát trước đây của các tác giả Việt Nam. Đây cũng chính là điểm cần khắc phục trong các chiến dịch truyền thông giáo dục sức khỏe tiếp theo làm thế nào nâng cao cả kiến thức, thái độ và tăng cường hướng

dẫn thực hành phòng bệnh cho các bà mẹ để góp phần gia tăng hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe cho nhân dân.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ kiến thức chung đúng là 77,7%, tỷ lệ thái độ chung đúng là 87%, tỷ lệ hành vi đúng chung là 64,4%. Các yếu tố có liên quan tích cực đến kiến thức đúng là nguồn thông tin từ: ti vi / radio / internet, từ tài liệu truyền thông, từ nhân viên y tế. Kiến thức, thái độ và hành vi của các bà mẹ nuôi con dưới 5 tuổi về phòng chống tay chân miệng đã cải thiện đáng kể trong thời gian gần đây dưới tác động của các biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe mặc dù có một số kiến thức cũng như thực hành cần được tiếp tục cải tiến. Để nâng cao kiến thức về phòng chống bệnh TCM trong biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe cần chú ý đến nội dung, nguồn thông tin, người cung cấp thông tin, hình thức thông tin để làm gia tăng kiến thức đúng từ đó làm thay đổi hành vi và thái độ đúng trong phòng chống bệnh tay chân miệng của các bà mẹ nuôi con dưới 5 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thanh Bình, Vũ Thị Minh Hạnh (2013).** "Thực trạng thái độ và hành vi thực hành của nhóm chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi và đề xuất giải pháp truyền thông". *Tạp chí Y học thực hành*, 7(875): pp.21-24.
2. **Bộ Y tế (2012).** "Quyết định 581/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh tay chân miệng". URL: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-581-QĐ-BYT-giam-sat-va-phong-chong-benh-tay-chan-mieng-135592.aspx>, (access on 20.12.2017).
3. **Chen KT, Lee TC, Chang HL, Yu MC, Tang LH (2008),** "Human Enterovirus 71 Disease: Clinical Features, Epidemiology, Virology and Management", *The Open Epidemiology Journal*, 1(8), p. 10-16.
4. **Trần Thị Anh Đào và cộng sự (2014),** "Kiến thức và thực hành về phòng bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi ở huyện Long Thành, tỉnh Đồng Nai", *Tạp chí Y học thực hành*, 23(911), tr. 1-6.
5. **Trần Đỗ Hùng, Dương Thị Thùy Trang (2013),** "Khảo sát kiến thức chăm sóc bệnh nhi tay chân miệng của các bà mẹ tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ", *Y học thực hành*, 6(873), tr. 60-65.
6. **Nguyễn Tri Khoa (2012),** Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại Quận 11, TP. HCM năm 2012, *Luận văn tốt nghiệp*, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh.
7. **Lou ML, Lin DJ (2006).** "Exploration of the healthy behaviors against enterovirus and its related factors in the caregivers of preschool-age children", *Hung Kuang Journal*, 49, pp:145-162.

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG SỚM SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG Ở TRẺ EM TRONG 72 GIỜ ĐẦU

Huỳnh Công Thanh¹, Tạ Văn Trầm¹, Đỗ Văn Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố tiên lượng sớm sốt xuất huyết dengue nặng trong vòng 72 giờ đầu ở trẻ em tại phòng khám. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu. **Kết quả:** 1039 trường hợp trẻ em có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ sốt xuất huyết dengue với bệnh cảnh sốt trong 72 giờ đầu đủ tiêu chuẩn để đưa vào phân tích với kết quả có 283 trường hợp chẩn đoán xác định nhiễm dengue bằng một trong các xét nghiệm RT-PCR, NS1 ELISA hoặc chuyển dương kháng thể IgM trong mẫu huyết thanh kép. Trong số đó có 13 trường hợp sốt xuất huyết dengue nặng với các biểu hiện sốc hoặc xuất huyết nặng hoặc suy hô hấp. Các yếu tố tiên lượng sớm trong 72 giờ đầu sốt xuất huyết dengue nặng là: tiểu cầu $\leq 100.000/\text{mm}^3$ (OR=5,1, p=0,011), albumin máu giảm $\leq 40 \text{ g/l}$ (OR=4,36, p=0,012), AST tăng $\geq 80 \text{ U/L}$ (OR=8, p<0,001), ALT tăng $\geq 40 \text{ U/L}$ (OR=7,04, p<0,001), nhiễm vi rút dengue týp 2 (OR=6,55, p<0,001). **Kết luận:** Chúng tôi nhận thấy các yếu tố có thể tiên lượng sớm trong 72 giờ đầu SXHD nặng là: tiểu cầu nhỏ hơn hoặc bằng $100.000/\text{mm}^3$, albumin máu giảm $\leq 40\text{g/l}$, AST tăng $\geq 80\text{U/L}$, ALT tăng $\geq 40\text{U/L}$, nhiễm vi rút dengue týp 2.

Từ khóa: sốt xuất huyết dengue nặng, trẻ em, tiên lượng sớm

SUMMARY

FACTORS PREDICTING SEVERE DENGUE IN CHILDREN WITHIN 72 HOURS OF ILLNESS ONSET

Objectives: determine factors predicting severe dengue in children within 72 hours of illness onset in the outpatient setting. **Methods:** prospective cohort study. **Results:** Of 1039 cases of children with clinically suspected dengue qualified for inclusion in the analysis, 283 patients were laboratory-confirmed dengue by one of the composite gold standards including RT-PCR, NS1 ELISA or IgM seroconversion in the convalescent blood samples. There were 13 severe dengue case with shock syndrome, severe bleeding and respiratory distress. Factors early predicting severe dengue within 72 hours of illness onset were: platelet count $\leq 100.000/\text{mm}^3$, albumin level $\leq 40\text{g/l}$, AST $\geq 80\text{U/L}$, ALT $\geq 40\text{U/L}$ at enrolment and DENV-2 infection. **Conclusions:** We found that factors could early predicting severe dengue within 72hours of illness onset were: platelet count $\leq 100.000/\text{mm}^3$, albumin level $\leq 40 \text{ g/l}$, AST $\geq 80\text{U/L}$, ALT $\geq 40\text{U/L}$ at enrolment and DENV-2 infection.

¹Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Công Thanh

Email: thanhhuynhmt@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 19.01.2018

Ngày duyệt bài: 24.01.2018

Keywords: severe dengue, children, early prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh nhiễm siêu vi do muỗi lây truyền có tốc độ lan nhanh nhất trên thế giới. Ở những vùng có dịch, SXHD là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện và tử vong ở trẻ em. Ước tính trên toàn thế giới, có 2,5 tỉ người sống trong vùng dịch tễ dengue, hằng năm có 70 đến 500 triệu trường hợp nhiễm virút dengue (DENV) trên hơn 100 quốc gia và gây khoảng 40 triệu ca bệnh có biểu hiện lâm sàng, đưa đến 20.000 trường hợp tử vong [7]. SXHD là một bệnh biểu hiện lâm sàng phức tạp, diễn tiến bệnh và kết cục khó đoán trước, có thể diễn tiến nặng dẫn đến tử vong. Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) năm 2009 đã đưa ra các dấu hiệu cảnh báo các trường hợp có thể diễn tiến nặng, tuy nhiên những dấu hiệu và triệu chứng này thường xuất hiện sau 72 giờ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích nhận diện nhóm bệnh nhân nguy cơ bệnh SXHD nặng trong giai đoạn sớm trước 72 giờ, giúp các bác sĩ đưa ra chỉ định nhập viện và theo dõi sát phát hiện sớm biến chứng nặng để điều trị kịp thời. Ngoài ra, nó sẽ gợi ý cho những thử nghiệm lâm sàng can thiệp điều trị trong tương lai để phòng ngừa những biến chứng nặng có thể xảy ra.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu từ tháng 6/2011 đến tháng 12/2013 tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang.

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân đến khám tại phòng khám nhi của bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang sẽ được chọn vào nghiên cứu nếu có đủ các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh sử có sốt hoặc sốt lúc đến khám và sốt trong vòng 72 giờ đầu của bệnh
 - Có biểu hiện lâm sàng nghi SXHD
 - Tuổi từ 1-15
 - Chấp thuận tham gia nghiên cứu bằng văn bản
- Tiêu chuẩn loại trừ:**
- Mọi bệnh nhân mà nhóm nghiên cứu tin rằng còn có một chẩn đoán bệnh khác phù hợp hơn.
 - Bệnh nhân có bệnh nền từ trước như: viêm gan, suy gan, suy thận, di chứng não hoặc bại

não, chấn thương cơ xương.

Tất cả bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn nghi SXHD trong vòng 72 giờ đầu khởi phát sốt nói trên được chọn tham gia nghiên cứu và làm đồng thời RT-PCR. Nếu kết quả RT-PCR âm tính, bệnh nhân sẽ được làm thêm xét nghiệm NS1 Ag ELISA (BioRad). Tất cả bệnh nhân nào nhập viện trong quá trình theo dõi và 10% trong tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu ban đầu được chọn ngẫu nhiên để tái khám và làm xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán kép tìm sự hiện diện của kháng thể IgM. Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán xác định SXHD khi có một trong các xét nghiệm dương tính với RT-PCR, NS1 Ag ELISA hoặc chuyển dương của kháng thể IgM. Định nghĩa ca nặng theo TCYTGG 2009 khi thỏa 1 trong 3 tiêu chuẩn: (1) thất thoát huyết tương nặng liên quan đến sốc hoặc suy hô hấp, (2) xuất huyết nặng, (3) suy tạng nặng như suy gan, suy thận cấp, bệnh lý não hoặc viêm cơ tim [7].

Khi vào nghiên cứu, các bệnh nhân sẽ được thu thập dữ liệu về lâm sàng và lấy máu xét nghiệm huyết học, sinh hóa và chẩn đoán SXHD. Đồng thời, bệnh nhân sẽ được theo dõi mỗi ngày qua điện thoại và thăm khám mỗi một hoặc 2 ngày. Nếu bệnh nhân nhập viện sẽ được ghi nhận tiếp tục các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng trong quá trình nằm viện. Kết quả phân tích được xử lý bằng phần mềm SPSS 12.0.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm dân số nghiên cứu: Có tất cả 1039 bệnh nhân sốt ≤ 72 giờ và lâm sàng nghi SXH tham gia nghiên cứu. Đặc điểm của các bệnh nhân được trình bày trong Bảng 1. Có 283 trường hợp (27,2%) chẩn đoán xác định SXHD, trong đó 13 trường hợp SXHD nặng, chiếm 4,6% các trường hợp xác định SXHD.

Bảng 1. Đặc điểm dân số học, bệnh sử và lâm sàng của dân số nghiên cứu

Biến số (n)	Trung bình/ tỉ lệ %(n)
Đặc điểm dân số học	
Tuổi (năm) (N=1039)	6,4 $\pm$ 3,2
Giới	
Nam	56,8% (590)
Nữ	43,2% (449)
Bệnh sử và đặc điểm LS*	
Ngày bệnh lúc vào nghiên cứu (N=1039)	
Ngày 1	5,8% (60)
Ngày 2	52,3% (543)
Ngày 3	42,0% (436)
Nhiệt độ ($^{\circ}$ C)	
Ôi (% n)	42,2% (438)
Đau bụng (% n)	27,9% (290)

Xuất huyết da (% n)	0,7% (7)
Xuất huyết niêm mạc (% n)	1,2% (12)
Mặt ửng đỏ (% n)	0,8% (8)
Gan to (% n)	0% (0)
Phát ban (% n)	0,2% (2)
Xung huyết kết mạc (% n)	0,3% (3)

*Tất cả triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng được ghi nhận tại thời điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Kết quả được trình bày dưới dạng trung bình đối với các biến số liên tục, tần số và phần trăm đối với các biến số phân loại.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của dân số nghiên cứu

Biến số (N)	Trung bình/ tỉ lệ %(n)
Bạch cầu ($10^3/\text{mm}^3$)	8,244 $\pm$ 4,653
Tiểu cầu ($10^3/\text{mm}^3$)	238,4 $\pm$ 78,7
Hct (%)	37,535 $\pm$ 3,729
ALB ¹ (g/L)	44,2 $\pm$ 3,18
AST ² (U/L)	49,9 $\pm$ 29,6
ALT ³ (U/L)	23,1 $\pm$ 24,8
CK ⁴ (U/L)	141,5 $\pm$ 191,2
NS1 Strip ⁵ (+) (% n)	19,0% (197)
RT-PCR (+) (% n)	25,2% (262)
Chẩn đoán xác định SXHD (N=1039)	27,2% (283)
Nhập viện (% n)	21,8% (226)
SXHD nặng (% n)	1,3% (13)
Phản ứng huyết thanh (N=299)	
Sơ nhiễm	60,5% (181)
Tái nhiễm	39,5% (118)
Týp huyết thanh (N=262)	
1	29,4% (77)
2	23,3% (61)
3	3,1% (8)
4	44,3% (116)

*Tất cả các xét nghiệm được thực hiện tại thời điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

¹ALB: albumin, ²AST: aspartate aminotransferase, ³ALT: alanine aminotransferase, ⁴CK: creatine kinase. ⁵NS1 Strip: test nhanh phát hiện NS1 DENV.

Kết quả được trình bày dưới dạng trung bình đối với các biến số liên tục, tần số và phần trăm đối với các biến số phân loại. Trong 283 trường hợp xác định SXHD, có 13 trường hợp SXHD nặng chiếm tỉ lệ 4,6%. Các biến chứng nặng trong nghiên cứu chúng tôi bao gồm: sốc, xuất huyết nặng và suy hô hấp lần lượt chiếm tỉ lệ 69,2%; 38,5% và 46,2%, trong đó có một số trường hợp sốc kèm theo xuất huyết nặng hoặc kèm theo suy hô hấp hoặc cả hai. Các biến chứng suy gan, tổn thương hệ thần kinh trung ương cũng như suy các tạng khác không phát hiện trong nghiên cứu chúng tôi.

3.2 Mối liên quan giữa dịch tễ, lâm sàng, huyết học, sinh hóa và tủy huyết thanh với SXHD nặng

Bảng 3. Mối liên quan giữa dịch tễ, lâm sàng trong 72 giờ đầu với SXHD nặng

	SXHD nặng (N=13)	SXHD không nặng (N=270)	Nhóm chung (N=283)	p
Tuổi (năm)	8 ± 2,6	8,2 ± 3,2	8,2 ± 3,2	P=0,8614
Giới-Nam (n, %)	69,2% (9)	56,7% (153)	57,2% (162)	P=0,3717
Bệnh sử và đặc điểm LS				
Ngày của bệnh (% , n)				P=0,524
1	7,7% (1)	6,3% (17)	6,4% (18)	
2	30,8% (4)	44,4% (120)	43,8% (124)	
3	61,5% (8)	49,3% (133)	49,8% (141)	
Öi (n, %)	38,5% (5)	43,0% (116)	42,8% (121)	P=0,749
Đau bụng (% , n)	30,8% (4)	27,0% (73)	27,2% (77)	P=0,755
Xuất huyết da (% , n)	0% (0)	2,2% (6)	2,1% (6)	P=0,5895
Xuất huyết niêm mạc (% , n)	0% (0)	1,9% (5)	1,8% (5)	P=0,6166
Gan to (% , n)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	P=1
Phát ban (% , n)	0% (0)	0,4% (1)	0,4% (1)	P=0,8264
Xung huyết kết mạc (% , n)	0% (0)	0,4% (1)	0,4% (1)	P=0,8264

Bảng 4. Mối liên quan giữa huyết học, sinh hóa trong 72 giờ đầu, tủy huyết thanh với SXHD nặng

	SXHD nặng (N=13)	SXHD không nặng (N=270)	Nhóm chung (N=283)	p
Bạch cầu ($10^3/\text{mm}^3$)	4,73 ± 2,14	4,92 ± 2,31	4,91 ± 2,3	P=0,7716
Tiểu cầu $\leq 10^5/\text{mm}^3$	23,3% (3)	5,6% (15)	1,7% (18)	P=0,011
Hct %	40,492±2,653	38,494±3,759	38,586±3,735	P= 0,0595
ALB ≤ 40 g/l	30,8% (4)	9,3% (25)	2,8 % (29)	P=0,012
AST ≥ 80 U/L	61,5% (8)	16,7% (45)	18,7% (53)	P<0,001
AST ≥ 40 U/L	92,3% (12)	82,6% (223)	22,6% (235)	P=0,362
ALT ≥ 40 U/L	61,5% (8)	18,5% (50)	5,6% (58)	P<0,001
CK U/L	164,5±197,9	177,3±260,2	176,7±257,4	P=0,8613
NS1 Strip (+) (% , n)	69,2% (9)	67,8% (183)	67,8% (192)	P= 0,9161
Tủy huyết thanh				P=0,02
1	23,1% (3)	29,7% (74)	29,4% (77)	
2	61,5% (8)	21,3% (53)	23,3% (61)	
3	0% (0)	3,2% (8)	3,1% (8)	
4	15,4% (2)	45,8% (114)	44,3% (116)	

Khi phân tích đơn biến, chúng tôi thu được kết quả như bảng 3.

Bảng 5. Phân tích đơn biến của các biến số tiên lượng SXHD nặng

	Phân tích đơn biến		
	OR	KTC 95%	p
Tiểu cầu $\leq 10^5/\text{mm}^3$	5,10	1,27-20,50	0,011
ALB ≤ 40 (g/l)	4,36	1,25-15,17	0,012
AST ≥ 80 (U/L)	8,00	2,50-25,58	<0,001
ALT ≥ 40 (U/L)	7,04	2,21-22,43	<0,001
DENV-2 (+)	6,55	2,06-20,84	<0,001

Trong phân tích đơn biến ở dân số ca SXH D xác định bằng xét nghiệm, chúng tôi ghi nhận các yếu tố có liên quan với SXHD nặng trong vòng 72 giờ đầu của sốt là: số lượng tiểu cầu nhỏ hơn hoặc bằng $100.000/\text{mm}^3$ (OR=5,1, khoảng tin cậy 95%: 1,27-20,50, p=0,011), mức albumin máu ≤ 40 g/l (OR =4,36, khoảng tin cậy

95%: 1,25-15,17, p=0,012), men AST ≥ 80 U/L (OR = 8,00, khoảng tin cậy 95%: 2,50-25,58, p<0,001), men ALT ≥ 40 U/L (OR = 7,04, khoảng tin cậy 95%: 2,21-22,43, p<0,001) tại thời điểm vào nghiên cứu và nhiễm DENV-2 (OR = 6,55, khoảng tin cậy 95%: 2,06-20,84, p<0,001). Những dữ liệu này nhận diện khách quan những xét nghiệm sớm liên quan đến những ca sẽ phát triển thành SXH D nặng.

IV. BÀN LUẬN

Tiên lượng sớm SXH trong vòng 72 giờ đầu ở phòng khám là một thách thức đối với các bác sĩ, thậm chí bác sĩ chuyên khoa nhi hay nhiễm.

Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới, ngày bệnh cũng như tất cả những triệu chứng và dấu hiệu lâm

sàng như ói, đau bụng, xuất huyết da, xuất huyết niêm mạc, gan to, phát ban, xung huyết kết mạc trong vòng 72 giờ đầu của sốt giữa 2 nhóm SXHD nặng và SXHD không nặng. Điều này cho thấy, trong giai đoạn 72 giờ đầu của bệnh, những dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của SXHD nặng rất khó nhận diện. Sự phân biệt nếu có giữa 2 nhóm nặng và không nặng chủ yếu dựa vào xét nghiệm.

Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê số lượng bạch cầu, Hct, nồng độ men CK, tỉ lệ NS1 dương tính lúc vào nghiên cứu giữa 2 nhóm SXHD nặng và không nặng.

Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận các yếu tố trong vòng 72 giờ đầu của sốt có liên quan với SXHD nặng là: số lượng tiểu cầu nhỏ hơn hoặc bằng $100.000/\text{mm}^3$ (OR=5,1, khoảng tin cậy 95%:1,27-20,50, $p=0,011$), mức albumin máu ≤ 40 (g/l) (OR =4,36, khoảng tin cậy 95%:1,25-15,17, $p=0,012$), men AST ≥ 80 (U/L) (OR = 8,00, khoảng tin cậy 95%: 2,50-25,58, $p<0,001$), men ALT ≥ 40 (U/L) (OR = 7,04, khoảng tin cậy 95%: 2,21-22,43, $p<0,001$) tại thời điểm vào nghiên cứu và nhiễm DENV-2 (OR = 6,55, khoảng tin cậy 95%: 2,06-20,84, $p<0,001$).

Trong SXHD, số lượng tiểu cầu thường có xu hướng giảm trong giai đoạn sốt, sau đó giảm xuống thấp nhất trong giai đoạn nguy hiểm. Các nghiên cứu trước đây thường sử dụng số lượng tiểu cầu $<50.000/\text{mm}^3$ trong giai đoạn nguy hiểm như là một dấu ấn của SXHD nặng [2],[3],[5]. Nghiên cứu chúng tôi giúp nhận diện sớm trong vòng 72 giờ đầu nhóm bệnh nhân có số lượng tiểu cầu nhỏ hơn hoặc bằng $100.000/\text{mm}^3$ có nguy cơ diễn tiến thành SXHD nặng.

Cùng với Hct, albumin máu được xem là chất đánh dấu của tình trạng thất thoát huyết tương. Tuy nhiên, hiện tượng thất thoát huyết tương diễn ra mạnh mẽ trong giai đoạn nguy hiểm của bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi củng cố một điều trong giai đoạn sốt cấp, ở những trường hợp SXHD nặng, quá trình thất thoát huyết tương vẫn diễn ra và nhiều hơn so với nhóm SXHD không nặng. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Luis Ángel Villar-Centeno, tác giả cho thấy nồng độ albumin $<4\text{mg/dl}$ (OR = 3,46; KTC 95% = 1,96-6,12; $p<0,001$) có liên quan với độ nặng của bệnh [1].

Nhiều tài liệu công bố rằng AST tăng ở mức cao hơn và với tỉ lệ cao hơn ALT. Mỗi liên quan giữa tăng men gan với độ nặng bệnh không đồng nhất. Một nhóm nghiên cứu ở Thái Lan cho thấy AST chứ không phải ALT liên quan với SXHD nặng [4], trong khi đó một nhóm khác cho

thấy cả AST và ALT có liên quan ý nghĩa với những trường hợp nặng (AST $p < 0,001$, ALT $p = 0,003$). Nghiên cứu của D. T. Trung tại Việt Nam cho kết quả AST và ALT giai đoạn nguy hiểm ở nhóm bệnh nhân có sốc cao hơn nhóm không sốc [6]. Trong nghiên cứu mình, chúng tôi nhận thấy trong 72 giờ đầu của bệnh, AST ≥ 80 U/L và ALT ≥ 40 U/L làm tăng nguy cơ SXHD nặng lần lượt 8 và 7 lần.

Về týp huyết thanh, người ta thấy rằng nhiễm khác týp thứ phát với chuỗi gen châu Á của týp huyết thanh vi rút Dengue 2 thì liên quan đến SXH-D và hội chứng sốc SXH-D ở Đông Nam Á và châu Mỹ. Kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng phù hợp khi thấy rằng nhiễm DENV2 làm tăng nguy cơ SXHD nặng gấp 6,55 lần.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 1039 trường hợp trẻ em sốt nghi SXHD, có 13 trường hợp SXHD nặng. Chúng tôi nhận thấy các yếu tố có thể tiên lượng sớm trong 72 giờ đầu SXHD nặng là: tiểu cầu nhỏ hơn hoặc bằng $100.000/\text{mm}^3$ (OR=5,1, $p=0,011$), albumin máu giảm ≤ 40 g/l (OR=4,36, $p=0,012$), AST tăng ≥ 80 U/L (OR=8, $p<0,001$), ALT tăng ≥ 40 U/L (OR=7,04 $p< 0,001$), nhiễm vi rút dengue týp 2 (OR=6,55, $p< 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luis Ángel Villar-Centeno, Anyela Lozano-Parra, Doris Salgado-García et al (2013), "Alteraciones bioquímicas como marcadores predictores de gravedad en pacientes con fiebre por dengue", *Biomédica*. 33, 63-69.
2. Angel Balmaseda, Samantha Nadia Hammond, Maria Angeles Pérez et al (2005), "Assessment of the World Health Organization scheme for classification of dengue severity in Nicaragua", *Am J Trop Med Hyg*. 73(6), 1059-1062.
3. S. N. Hammond, A. Balmaseda, L. Perez et al (2005), "Differences in dengue severity in infants, children, and adults in a 3-year hospital-based study in Nicaragua", *Am J Trop Med Hyg*. 73(6), 1063-70.
4. Siripen Kalayanarooj, D. W. Vaughn, S. Nimmannitya et al (1997), *Early Clinical and Laboratory Indicators of Acute Dengue Illness*, 176, 313-21.
5. G. N. Malavige, V. G. Velathanthiri, E. S. Wijewickrama et al (2006), "Patterns of disease among adults hospitalized with dengue infections", *Qim*. 99(5), 299-305.
6. Saiful Safuan Md Sani, Winn Hui Han, Mohamad Adam Bujang et al (2017), "Evaluation of creatine kinase and liver enzymes in identification of severe dengue", *BMC Infect Dis*. 17, 505.
7. World Health Organization, Special Programme for Research, Training in Tropical Diseases et al (2009), *Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control*, World Health Organization.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH XẠ HÌNH TƯỚI MÁU CƠ TIM Ở BỆNH NHÂN SUY TIM TÂM THU MẠN TÍNH

Hoàng Văn Nghiê*^{*}, Phạm Trường Sơn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm hình ảnh xạ hình tưới máu cơ tim (XHTMCT) ở bệnh nhân (BN) suy tim tâm thu mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 80 bệnh nhân suy tim tâm thu có EF < 50% theo tiêu chuẩn hội tim mạch Châu Âu 2016, tất cả đều được đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng, xạ hình tưới máu cơ tim. **Kết quả:** Suy tim độ III có tỷ lệ là 57,5% và suy tim độ II là 42,5%. Tỷ lệ XHTMCT dương tính ở bệnh nhân suy tim là 63,8%. Vị trí tổn thương thành dưới chiếm tỷ lệ cao nhất 56,25%, trong đó khuyết xạ diện rộng (46,67%), mức độ vừa (44,44%) hay gặp nhất. Tỷ lệ tổn thương khuyết xạ thành trước-móm chiếm tỷ lệ 43,75%, trong đó khuyết xạ diện hẹp (48,57%), mức độ vừa (48,57%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ tổn thương khuyết xạ thành bên chiếm 12,5 %, trong đó khuyết xạ diện rộng (50%), mức độ nặng (50%) hay gặp nhất. Tổng điểm tưới máu pha gắng sức (SSS) trung bình là 8,7±6,4; tổng điểm tưới máu pha nghỉ (SRS) trung bình là 6,8±5,4. **Kết luận:** Bệnh nhân suy tim tâm thu có tỷ lệ cao hình ảnh khuyết xạ, khuyết xạ thành dưới chiếm tỷ lệ cao nhất, tổn thương mức độ vừa chiếm cao nhất ở thành dưới và thành trước, tổn thương mức độ nặng gặp nhiều nhất thành bên.

Từ khóa: Xạ hình tưới máu cơ tim, suy tim tâm thu.

SUMMARY

THE SPECT MYOCARDIAL PERFUSION IMAGING IN CHRONIC SYSTOLIC HEART FAILURE PATIENTS

Objective: To assess SPECT myocardial perfusion imaging (MPI) in chronic systolic heart failure patients. **Subjects and methods:** A cross - sectional study on MPI was performed on 80 chronic systolic heart failure patients. Clinical data were collected, MPI findings were analysed. **Results:** MPI defect was detected in 63.8%, of which, the highest prevalence of MPI defect (56.25%) was seen in the inferior segment. The MPI defect in antero-apical segment took up 43.75%, of which, the mild defect extension (48.57%) and moderate defect severity (48.57%) took up the highest. The MPI defect in lateral segment accounted for 12.5%; of which, the large defect extension (50%) and the severe defect degree (50%) was shown to be the highest. The total summed stress score was of 8.7±6.4; the total summed rest score was of 6.8±5.4. **Conclusion:** MPI defect was seen in

a high prevalence of chronic systolic heart failure patients, of which, the highest prevalence of MPI defect was seen in the inferior segment.

Key words: SPECT (single photon emission computed tomography), myocardial perfusion imaging, systolic heart failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một bệnh lý khá thường gặp trên lâm sàng, suy tim là hậu quả cuối cùng của tất cả các bệnh lý tim cấu trúc. Các nghiên cứu cho thấy ở bệnh nhân rối loạn chức năng thất trái dù không triệu chứng, nhưng nếu không được điều trị thì sau 4 năm tử vong lên tới 21%. Cho đến nay, mặc dù có nhiều thuốc điều trị suy tim như thuốc ức chế men chuyển, thuốc ức chế beta... giúp cải thiện đáng kể triệu chứng và tiên lượng, nhưng tỷ lệ tử vong do suy tim vẫn còn cao. Một trong những nguyên nhân chính gây suy tim là do bệnh lý động mạch vành, vì vậy việc phát hiện bệnh động mạch ở bệnh nhân suy tim là vô cùng quan trọng quan trọng [6]. Hơn nữa, ở bệnh nhân suy tim dù không phải do bệnh động mạch vành thì cũng có tổn thương các vi mạch kèm theo, các nghiên cứu cho thấy bệnh nhân suy tim có tổn thương vi mạch càng nhiều thì tiên lượng càng kém. Xạ hình tưới máu cơ tim (XHTMCT) ngoài vai trò chẩn đoán bệnh động mạch vành còn xác định được mức độ thiếu máu cơ tim và khả năng có thể hồi phục sau tái tưới máu cơ tim, đặc biệt đánh giá được tổn thương vi mạch ở bệnh nhân suy tim không phải do nguyên nhân mạch vành [6]. Các tác giả thấy rằng ở các bệnh nhân suy tim thì tỷ lệ biến cố tim mạch sẽ gia tăng cùng với diện khuyết xạ và mức độ khuyết xạ. Do đó việc tìm hiểu đặc điểm XHTMCT ở bệnh nhân suy tim là rất quan trọng nhằm góp phần đánh giá chính xác hơn bệnh mạch vành cũng như giúp góp phần tiên lượng bệnh nhân để có biện pháp dự phòng, điều trị thích hợp. Vì vậy vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Tìm hiểu đặc điểm hình ảnh xạ hình tưới máu cơ tim ở bệnh nhân suy tim tâm thu mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các đối tượng được đưa vào nghiên cứu gồm 80 bệnh nhân suy tim tâm thu mạn tính. Các bệnh nhân nghiên cứu được điều trị nội trú tại Bệnh viện TWQĐ 108 từ 01/2016 đến 01/2017.

*Tổng cục 2

** Bệnh viện trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trường Sơn

Email: son200_1@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2018

Ngày duyệt bài: 30.01.2018

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu: Bệnh nhân chẩn đoán suy tim tâm thu dựa theo khuyến cáo hội tim mạch Châu Âu 2016:

- Có biểu hiện hoặc triệu chứng suy tim
- EF < 50% trên siêu âm.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân suy tim do bệnh van tim, bệnh tim bẩm sinh.

Hội chứng vành cấp tính: nhồi máu cơ tim cấp hoặc đau thắt ngực không ổn định.

Bệnh nhân trong tình trạng nặng nề, cấp tính như suy tim cấp, nhiễm khuẩn huyết, hôn mê, suy gan.

Bệnh nhân bị các bệnh nặng như: ung thư, suy thận giai đoạn cuối.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thực hiện theo phương pháp tiền cứu, mô tả, cắt ngang.

2.2.2. Các bước tiến hành

Các bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng. Tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều được làm XHTMCT.

2.2.3. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

***Độ suy tim:** theo phân độ chức năng suy tim của Hội Tim New York (NYHA) dựa vào triệu chứng và khả năng gắng sức chia làm 4 độ.

***Béo phì:** theo tiêu chuẩn của Hiệp hội châu Á - Nhật Bản béo phì khi BMI ≥ 25 .

Tăng huyết áp: theo tiêu chuẩn hội tim mạch Việt Nam năm 2008. Tăng huyết áp khi huyết áp tâm $\geq 140/90$ mmHg

***Rối loạn lipid máu:** theo khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam năm 2008.

2.2.4. Chụp xạ hình tưới máu cơ tim: XHTMCT được thực hiện bằng Technitium-99m sestamibi trên máy STACAM 4000i. XHTMCT được tiến hành theo qui trình gắng sức-nghỉ (strees-rest). XHTMCT được coi là bình thường khi hình ảnh quan sát trên 3 mặt cắt dọc, ngang, thẳng đứng đều bình thường (độ thiếu hụt tập trung xạ $\leq 3\%$ trên bản đồ phân cực).

*Đánh giá mức độ khuyết xạ:

- Khuyết xạ mức độ nhẹ: giảm tưới máu nhẹ - mật độ phóng xạ 60 - 80%.
- Khuyết xạ mức độ vừa: giảm tưới máu mức độ vừa - mật độ phóng xạ 40 - 59%
- Khuyết xạ mức độ nặng: giảm tưới máu nặng - mật độ phóng xạ < 40%.

***Đánh giá độ rộng khuyết xạ:** Được chia thành các mức độ dựa trên diện rộng tương đối so với toàn bộ thành thất trái:

- Diện hẹp: 5 -10% thành thất trái
- Diện vừa: 15 - 20 % thành thất trái
- Diện rộng: trên 20% thành thất trái

***Đánh giá khả năng hồi phục:** so sánh khuyết xạ giữa pha nghỉ và pha gắng sức

- Khuyết xạ hồi phục: khi độ tập trung mật độ phóng xạ vùng khuyết xạ ở pha gắng sức cải thiện được ở pha nghỉ.

- Khuyết xạ cố định: khuyết xạ có độ tập trung phóng xạ không thay đổi ở cả hai pha gắng sức và pha nghỉ.

2.2.6. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng chương trình phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, giới và BMI ở bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số BN(n=80)	Tỷ lệ (%)
Nam	61	76,25
Nữ	19	23,75
Tuổi trung bình	65,27 $\pm$ 10,63	
BMI	22,15 $\pm$ 2,53	

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số (76,25%). Tuổi trung bình là 65,27 $\pm$ 10,63.

Bảng 3.2. Tỷ lệ một số bệnh lý kèm theo

Bệnh lý	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	44	55
Đái tháo đường	15	18,7
NMCT	6	7,5
TBMMN	4	5
Suy thận	5	5,2

Nhận xét: Bệnh THA chiếm tỷ lệ cao nhất 55%, ĐTĐ chiếm tỷ lệ là 18,75%, sau đó là NMCT chiếm 7,5%, thấp nhất là đột quỵ não chiếm 5%.

Bảng 3.3. Phân nhóm bệnh nhân theo độ suy tim

Độ suy tim	Số bệnh nhân (n=80)	Tỉ lệ (%)
II	34	42,5
III	46	57,5
IV	0	0
Tổng	80	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân suy tim độ III là 57,5%. Tỷ lệ bệnh nhân suy tim độ II chiếm 42,5%, không có suy tim độ IV.

3.2. Một số đặc điểm hình ảnh XHTMCT

Bảng 3.4. Tỷ lệ xạ hình tưới máu cơ tim dương tính

XHTMCT	Số BN (n=80)	Tỷ lệ (%)
Dương tính	51	63,8
Am tính	49	36,2

Nhận xét: Tỷ lệ XHTMCT dương tính ở nhóm nghiên cứu là 63,8%.

Bảng 3.5. Các vị trí tổn thương khuyết xạ

Vị trí	Số BN (n=80)	Tỷ lệ (%)	p
Thành trước-mồm	35	43,7	< 0,05
Thành dưới	45	56,2	

Thành bên	10	12,5
≥ 2 vị trí	38	47,5

Nhận xét: Vị trí tổn thương thành dưới chiếm tỷ lệ cao nhất 56,2%, vị trí thành bên chiếm tỷ lệ thấp nhất là 12,5%. Có 47,5% tổn thương khuyết xạ ở cả 2 vị trí.

Bảng 3.6. Đặc điểm tổn thương khuyết xạ tại thành dưới

Đặc điểm	Mức độ	Số BN (n=45)	Tỷ lệ (%)
Hồi phục (n=45)	Không	15	33,3
	Có	30	66,7
Mức độ khuyết xạ (n=45)	Nhẹ	10	22,2
	Vừa	20	44,4
	Nặng	15	33,3
Độ rộng khuyết xạ (n=45)	Hẹp	6	13,3
	Trung bình	18	40
	Rộng	21	46,7

Nhận xét: Tổn thương khuyết xạ thành dưới có hồi phục chiếm 66,7%, tổn thương khuyết xạ mức độ vừa (44,4%) và diện rộng (46,7%) chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 3.7. Đặc điểm tổn thương khuyết xạ tại thành bên

Đặc điểm	Mức độ	Số BN (n=10)	Tỷ lệ (%)
Hồi phục (n=10)	Không	2	20
	Có	8	80
Mức độ khuyết xạ (n=10)	Nhẹ	4	40
	Vừa	1	10
	Nặng	5	50
Độ rộng khuyết xạ (n=10)	Hẹp	3	30
	Trung bình	2	20
	Rộng	5	50

Nhận xét: Tổn thương khuyết xạ thành bên có hồi phục chiếm 80%. Trong đó tổn thương khuyết xạ mức độ nặng và diện rộng chiếm tỷ lệ cao nhất đều là 50%.

Bảng 3.8. Đặc điểm tổn thương khuyết xạ tại thành trước, mồm

Đặc điểm	Mức độ	Số BN (n=35)	Tỷ lệ (%)
Hồi phục (n=35)	Không	15	42,9
	Có	20	57,1
Mức độ khuyết xạ (n=35)	Nhẹ	14	40
	Vừa	17	48,6
	Nặng	4	11,4
Độ rộng khuyết xạ (n=35)	Hẹp	17	48,6
	Trung bình	15	42,9
	Rộng	3	8,5

Nhận xét: Tổn thương khuyết xạ thành trước-mồm có hồi phục chiếm 57,1%, tổn thương khuyết xạ mức độ vừa (48,6%) và diện hẹp chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 3.9. Giá trị trung bình tổng điểm SSS và SRS ở bệnh nhân nghiên cứu

Các thông số định lượng		Số BN (n=80)	Tỷ lệ (%)
Tổng số điểm tuổi máu khi gắng sức (SSS)	Trung bình	8,7±6,4	
	< 4	24	30
	4-8	19	23,7
	9- 13	20	25
	> 13	17	21,2
Tổng số điểm tuổi máu khi nghỉ (SRS)	Trung bình	6,8±5,4	
	< 4	32	41,0
	4-8	17	21,8
	9- 13	19	24,4
	> 13	10	12,8

Nhận xét: Tổng điểm tuổi máu pha gắng sức trung bình là 8,7±6,4, tổng điểm tuổi máu pha nghỉ trung bình là 6,8±5,4. Tổng điểm SSS và SRS < 4 chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 30% và 41%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 65,3 ±10,6 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Bùi Thị Mai An, tuổi trung bình của bệnh nhân suy tim là 62,2±9,5 tuổi [1]. Nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm 76,2% cao hơn hẳn so với tỷ lệ nữ giới chỉ có 23,8%. So với một số nghiên cứu khác tại Việt Nam như Hà Thiêm Đông (2012) thì tỷ lệ nam/nữ (73,8%/26,1%) tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này chứng tỏ rằng giới tính có liên quan đến nguy cơ mắc các bệnh tim mạch nói chung và sự sống còn của bệnh nhân suy tim nói riêng, người ta thấy thời gian sống sau suy tim ở nữ tốt hơn vì ở họ tỷ lệ thiếu máu cơ tim cục bộ thấp hơn. Số liệu bảng 3.3 cho thấy ở bệnh nhân nghiên cứu THA chiếm tỷ lệ 55% và bệnh ĐTD chiếm tỷ lệ là 18,75%. Số liệu nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân suy tim độ III là 57,5%, tỷ lệ bệnh nhân suy tim độ II chiếm 42,5%, không có suy tim độ IV. Tương tự nghiên cứu của Bùi Thị Minh Thu (2010) [5] thấy tỷ lệ bệnh nhân suy tim độ III là 41% cao hơn tỷ lệ bệnh nhân suy tim độ II (29,5%). Ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân suy tim độ IV vì chúng tôi chỉ tiến hành XHTMCT cho những bệnh nhân không suy tim quá nặng, với suy tim độ IV chúng tôi điều trị chuyển về độ III hoặc độ II thì mới thực hiện XHTMCT.

4.2. Đặc điểm hình ảnh XHTMCT: Nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ XHTMCT dương tính là 63,8%. Phạm Trường Sơn (2013) [4] khi nghiên cứu bệnh nhân đái tháo đường cũng thấy tỷ lệ XHTMCT dương tính là 49,2%.

Số liệu ở bảng 3.5 cho thấy vị trí tổn thương khuyết xạ ở thành dưới chiếm tỷ lệ cao nhất (56,2%), ít nhất ở thành bên (12,5%). Phần lớn các nghiên cứu trong và ngoài nước ở bệnh nhân có khả năng cao mắc bệnh ĐMV đều có chung nhận xét là tỷ lệ tổn thương tại vị trí thành trước chiếm tỷ lệ cao nhất, khuyết xạ thành dưới thường hay bị nhiều và ít gặp hơn so với thành trước, đó là do tổn thương ĐM liên thất trước chiếm tỷ lệ cao nhất. Tuy nhiên với các nghiên cứu trên những bệnh nhân có nguy cơ mắc bệnh ĐMV không cao thì tỷ lệ XHTMCT dương tính ở vùng sau dưới thì cao hơn. Có lẽ ở bệnh nhân đái tháo đường và suy tim ngoài lý do thiếu máu cơ tim ở vùng thành dưới thì có lẽ do tổn thương cơ tim ở bệnh nhân suy tim hay gặp ở thành dưới hơn so với các vùng khác nên tổn thương khuyết xạ sẽ gặp nhiều hơn ở vùng này.

Kết quả bảng 3.6, 3.7 và 3.8 cho thấy tổn thương khuyết xạ diện rộng gặp nhiều nhất ở vùng thành dưới (46,7%) và thành bên (50%), tổn thương khuyết xạ mức độ vừa gặp nhiều nhất ở vùng thành dưới (44,4%) và vùng thành trước-mỏm (48,6%). Ở tại cả 3 vùng đều có tỷ lệ hồi phục từ 57,1% đến 80%. Như vậy mức độ và diện khuyết xạ của chúng tôi đều nặng và rộng hơn so với nghiên cứu của Phạm Trường Sơn (2013) ở bệnh nhân đái tháo đường với khuyết xạ mức độ vừa và khuyết xạ diện trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là (46,5% và 62,5%) [4]. Có lẽ do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành ở bệnh nhân đã suy tim độ II và độ III mà khi tổn thương cơ tim càng nhiều thì diện khuyết xạ và mức độ khuyết xạ càng nặng cho dù không có hẹp ĐMV, có lẽ vì vậy khuyết xạ diện rộng và mức độ vừa gặp nhiều hơn.

Để đánh giá tổng hợp sự phối hợp giữa mức độ khuyết xạ và độ rộng khuyết xạ người ta sử dụng tổng điểm SSS ở pha gắng sức, tổng điểm SRS ở pha nghỉ là hiệu số của hai tổng điểm trên. Nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.9 cho thấy giá trị trung bình SSS và SRS lần lượt là $8,67 \pm 6,43$ và $6,83 \pm 5,43$. Nghiên cứu này tiến hành ở bệnh nhân suy tim, do suy tim gây tổn thương cơ tim tạo hình ảnh khuyết xạ nên hình ảnh khuyết xạ thể hiện bằng tổng điểm SSS và SRS ở nghiên cứu của chúng tôi sẽ cao hơn so với các nghiên cứu trên các nhóm bệnh nhân khác. Phạm Trường Sơn nghiên cứu trên bệnh nhân đái tháo đường [7] thấy tổng điểm SSS là $3,5 \pm 4,4$ và tổng điểm SRS là $2,6 \pm 3,8$. Trong nghiên cứu xạ hình tưới máu cơ tim ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim của Vũ Thị Phương Lan (2012) [3] thấy tổng điểm SSS trung bình là $17,1 \pm 5,65$ và SRS trung bình là $13,5 \pm 5,38$.

Khi đánh giá bệnh ĐMV, tổng điểm SSS và SRS được chia làm 4 mức độ, bảng 3.9 cho thấy tổng điểm SSS và SRS ở mức độ nhẹ (< 4) chiếm cao nhất lần lượt là 30% và 41%. Tương tự như nghiên cứu của Phạm Trường Sơn trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2 thấy tỷ lệ tổng điểm SSS và SRS đều ở mức độ nhẹ cũng cao nhất lần lượt là (78,4% và 85,2%) [4].

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của nghiên cứu là 65,2, nam giới chiếm tỷ lệ 76,2%.
- Suy tim độ III có tỷ lệ là 57,5% và suy tim độ II là 42,5%.
- Tỷ lệ XHTMCT dương tính ở bệnh nhân suy tim là 63,8%.
- Vị trí tổn thương thành dưới chiếm tỷ lệ cao nhất 56,25%, trong đó khuyết xạ diện rộng (46,67%), mức độ vừa (44,44%) hay gặp nhất.
- Tỷ lệ tổn thương khuyết xạ thành trước-mỏm chiếm tỷ lệ 43,75%, trong đó khuyết xạ diện hẹp (48,57%), mức độ vừa (48,57%) chiếm tỷ lệ cao nhất.
- Tỷ lệ tổn thương khuyết xạ thành bên chiếm 12,5%, trong đó khuyết xạ diện rộng (50%), mức độ nặng (50%) hay gặp nhất.
- Tổng điểm tưới máu pha gắng sức (SSS) có điểm trung bình là $8,7 \pm 6,4$; tổng điểm tưới máu pha nghỉ (SRS) có điểm trung bình là $6,8 \pm 5,4$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Mai An (2010)** "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân suy tim mạn tính độ III, IV" *Luận văn thạc sỹ y học*, Học viện Quân y.
2. **Nguyễn Đức Hải (2010)** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân bị bệnh tim thiếu máu cục bộ tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108", *Tạp chí y dược học lâm sàng 108*, Tập 5-số 5, tr 28-33
3. **Vũ Thị Phương Lan (2012)** "Nghiên cứu đặc điểm và giá trị tiên lượng của xạ hình tưới máu cơ tim ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim" *Luận văn tiến sỹ y học*, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
4. **Phạm Trường Sơn (2013)** "Nghiên cứu đặc điểm và giá trị tiên lượng của xạ hình tưới máu cơ tim trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh động mạch vành ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2" *Luận văn tiến sỹ y học*, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
5. **Bùi Thị Minh Thu (2010)** "Nghiên cứu nồng độ NT-PRO BNP ở bệnh nhân suy tim mạn tính" *Luận văn chuyên khoa cấp II*, Học viện Quân y.
6. **Prem Soman (2009)**, "Radionuclide Imaging in Heart Failure", Chapter 30, pp. 468-474
7. **Piotr Ponikowski et al (2016)**, ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, European Heart Journal, 37, pp. 2129-2200.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG BỆNH NHÂN PHONG TẠI BỆNH VIỆN PHONG DA LIỄU VĂN MÔN VÀ BỆNH VIỆN PHONG DA LIỄU TRUNG ƯƠNG QUỲNH LẬP

Phạm Thị Dung¹, Ninh Thị Nhung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân phong tại Bệnh viện Phong Da liễu Văn Môn và bệnh viện phong da liễu trung ương Quỳnh Lập. **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 năng lượng trường diễn ở bệnh nhân phong là 38,0%; Thiếu năng lượng trường diễn tăng dần theo nhóm tuổi, ở nhóm dưới 60 tuổi là 13,7% nhóm trên 80 tuổi là 72,2%; Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở bệnh nhân bệnh viện phong da liễu Văn Môn là 45,0% cao hơn bệnh viện phong da liễu trung ương Quỳnh Lập là 31,0%.

Từ khóa: Bệnh phong, Tình trạng dinh dưỡng, thiếu năng lượng trường diễn.

SUMMARY

NUTRITION STATUS OF LEPROSY PATIENTS AT VAN MON LEPROSY DERMATOLOGY HOSPITAL AND QUYNH LAP NATIONAL LEPROSY DERMATOLOGY HOSPITAL

Objective: Describe the nutritional status 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:** Percentage of chronic energy deficiency in leprosy patients was 38.0%; Insufficient energy intensity gradually increased by age group, in the group under 60 years old is 13.7% of the group over 80 years old is 72.2%; The percentage of chronic energy deficiency in patients in Van Mon leprosy dermatology hospital is 45.0% and Quynh Lap national leprosy dermatology hospital is 31.0%.

Keywords: Leprosy; Nutrition status; CED.

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 Bệnh viện phong da liễu trung ương Quỳnh Lập là 2 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: *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân phong tại Bệnh viện phong da liễu Văn Môn và bệnh viện phong da liễu trung ương Quỳnh Lập năm 2013.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phong – Da liễu Văn Môn và Bệnh viện Phong – Da Liễu trung ương Quỳnh Lập.

- 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

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. 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

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

Cỡ mẫu tính toán là: 196 bệnh nhân/bệnh

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Dung

Email: dungpt@tbmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2018

Ngày duyệt bài: 29.01.2018

viện x 2 bệnh viện = 392 bệnh nhân. Thực tế đã điều tra 400 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 Trung ương Quỳnh Lập.

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 số bệnh nhân vào nghiên cứu sao cho đủ cỡ mẫu đã tính.

2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

- Kỹ thuật cân: Dùng cân SECA (độ chính xác 0,01kg). Cân đối tượng vào buổi sáng khi chưa ăn uống gì và đã đi đại tiểu tiện. Kết quả được đọc theo đơn vị kilogram với 1 số thập phân.

- Kỹ thuật đo chiều cao đứng: Đo chiều cao đứng bằng thước gỗ sản xuất theo tiêu chuẩn

của Hoa Kỳ, có độ chia chính xác tới milimét. Chiều cao được ghi theo cm với 1 số thập phân.

*Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân dựa vào chỉ số BMI

Chỉ số khối cơ thể (BMI) được tính theo công thức $BMI = \text{Cân nặng (Kg)} / (\text{Chiều cao})^2 \text{ (m)}$. Đánh giá chỉ số khối cơ thể dựa theo cách phân loại của WHO.

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, phỏng vấn, đã được tập huấn thống nhất kỹ thuật điều tra phỏng vấn. 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: Đặc điểm tiền sử bệnh phong của đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm	Bệnh viện	BV Văn Môn (n=200)		BV Quỳnh Lập n=200)	
		SL	%	SL	%
Thời gian bị bệnh: < 1 năm		0	0,0	0	0,0
1- < 5 năm		0	0,0	4	2,0
5-<10 năm		7	3,5	12	6,0
10 - < 20 năm		12	6,0	54	27,0
≥ 20 năm		181	90,5	130	65,0
Thời gian điều trị tại bệnh viện: < 1 năm		1	0,5	0	0,0
1- < 5 năm		2	1,0	2	1,0
5-<10 năm		6	3,0	9	4,5
10 - < 20 năm		18	9,0	66	33,0
≥ 20 năm		173	86,5	123	61,5

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Thời gian bị bệnh của bệnh nhân tại BV Văn Môn chủ yếu là trên 20 năm chiếm tỷ lệ 90,5%, trong khi tại bệnh viện Quỳnh Lập thời gian điều trị trên 20 năm là 65%, từ 10 đến dưới 20 năm là 27%, không có bệnh nhân nào điều trị dưới 1 năm, có sự khác biệt với $p < 0,05$.

Thời gian điều trị tại bệnh viện của bệnh nhân Văn Môn trên 20 năm chiếm 86,5%, từ 10 đến 20 năm là 9%, tại BV Phong Quỳnh Lập tỷ lệ điều trị trên 20 năm là 61,5%, từ 10 đến 20 năm là 33%. Có sự khác biệt thời gian bệnh nhân điều trị tại 2 bệnh viện với $p < 0,05$.

Bảng 3.2: Giá trị trung bình cân nặng (kg) của bệnh nhân phong theo nhóm tuổi tại 2 bệnh viện

Nhóm tuổi	BV Văn Môn				BV Quỳnh Lập			
	Nam		Nữ		Nam		Nữ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
≤ 60 (1)	20	55,8 ± 8,0	14	49,4 ± 5,7	27	54,8 ± 6,4	34	45,6 ± 7,2
61-80 (2)	40	45,7 ± 7,8	57	44,3 ± 6,6	51	48,2 ± 4,7	60	44,1 ± 7,4
≥ 80 (3)	23	43,0 ± 4,8	46	38,7 ± 6,8	12	42,5 ± 3,4	16	39,0 ± 6,3
Chung	83	47,4 ± 8,6	117	42,7 ± 7,5	90	49,4 ± 6,5	110	43,8 ± 7,4
p (1) (2), (3)	<0,01		<0,01		<0,01		<0,01	

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: Cân nặng trung bình của nam BV Văn Môn là 47,4kg, nữ là 42,7kg, BV Quỳnh Lập nam là 49,4kg, nữ là 43,8 kg, có sự khác biệt về cân nặng trung bình giữa các nhóm tuổi của nam và nữ ở cả 2 bệnh viện với $p < 0,01$. Cân nặng trung bình của bệnh nhân tỷ lệ nghịch theo tuổi tác cao nhất ở nhóm dưới 60 tuổi.

Bảng 3.3: Giá trị trung bình chiều cao (cm) của bệnh nhân phong theo nhóm tuổi tại 2 bệnh viện nghiên cứu

Nhóm tuổi	BV Văn Môn				BV Quỳnh Lập			
	Nam		Nữ		Nam		Nữ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
≤ 60 (1)	20	163,9 ± 7,6	14	153,3 ± 3,8	27	160,1 ± 6,8	34	153,0 ± 3,4
61-80 (2)	40	154,9 ± 6,5	57	146,6 ± 8,0	51	155,6 ± 5,5	60	149,8 ± 7,6
≥ 80 (3)	23	154,7 ± 5,3	46	145,5 ± 8,2	12	157,2 ± 2,8	16	142,9 ± 7,3
Chung	83	157,1 ± 7,5	117	146,9 ± 8,0	90	157,3 ± 6,0	110	149,8 ± 7,3
p (1) (2), (3)	<0,01		<0,01		<0,01		<0,01	

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: chiều cao trung bình của bệnh nhân nam BV Văn Môn là 157,1cm; của nam bệnh nhân BV Quỳnh Lập là 157,3 cm, chiều cao của bệnh nhân nữ BV Văn Môn là 146,9cm, bệnh viện Quỳnh Lập là 149,8cm có sự khác biệt về chiều cao giữa các nhóm tuổi của bệnh nhân ở cả nam và nữ ở cả 2 bệnh viện.

Bảng 3.4: Giá trị trung bình chỉ số BMI của bệnh nhân phong theo nhóm tuổi tại 2 bệnh viện nghiên cứu

Nhóm tuổi	BV Văn Môn				BV Quỳnh Lập			
	Nam		Nữ		Nam		Nữ	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
≤ 60 (1)	20	20,7 ± 2,4	14	19,5 ± 2,9	27	21,2 ± 1,8	34	21,0 ± 2,0
61-80 (2)	40	18,9 ± 2,7	57	19,5 ± 2,0	51	19,9 ± 1,9	60	20,5 ± 2,4
≥ 80 (3)	23	18,0 ± 2,4	46	18,9 ± 1,7	12	17,2 ± 1,1	16	18,3 ± 2,5
Chung	83	19,1 ± 2,7	117	19,4 ± 2,3	90	19,9 ± 2,1	110	19,6 ± 2,7
p (1) (2), (3)	<0,01		<0,01		<0,01		<0,01	

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: BMI trung bình của bệnh nhân nam BV Văn Môn là 19,1 thấp hơn bệnh nhân nữ là 19,4, của bệnh nhân nam BV Quỳnh Lập là 19,9 lại cao hơn bệnh nhân nữ là 19,6. Giá trị BMI giảm dần theo nhóm tuổi

Bảng 3.5: Giá trị trung bình chỉ số BMI của bệnh nhân phong theo nhóm bệnh và nhóm tuổi của từng bệnh viện

Nhóm tuổi	Nhóm BN phong tàn tật nhẹ				Nhóm BN phong tàn tật nặng			
	BV Văn Môn		BV Quỳnh Lập		BV Văn Môn		BV Quỳnh Lập	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
≤ 60 (1)	33	21,0 ± 2,3	58	20,1 ± 2,5	1	15,4 ± 2,2	2	23,5 ± 2,8
61-80 (2)	70	20,2 ± 2,6	81	19,9 ± 1,8	27	19,0 ± 2,3	30	19,2 ± 2,1
≥ 80 (3)	27	18,4 ± 2,5	4	19,3 ± 2,6	42	18,0 ± 2,4	24	18,0 ± 1,5
Chung	130	20,1 ± 2,7(-)	143	19,9 ± 2,2(-)	70	18,4 ± 2,4(*)	57	20,2 ± 2,1(*)
p (1) (2), (3)	<0,01		>0,05		>0,05		<0,01	

(Ghi chú: (-) là sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

(*) là sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Kết quả bảng 3.5 cho thấy: BMI nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ tại BV Văn Môn là 20,1, BV Quỳnh Lập là 19,9, của nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng tại BV Văn Môn là 18,4, BV Quỳnh lập là 20,2. Giá trị BMI ở nhóm bệnh nhân phong tàn tật nhẹ ở bệnh viện Văn Môn cao hơn bệnh viện Quỳnh Lập nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$, trong khi đó ở nhóm bệnh nhân phong tàn tật nặng thì giá trị BMI ở bệnh viện Văn Môn thấp hơn bệnh viện Quỳnh Lập với $p < 0,05$.

Bảng 3.6: Tỷ lệ bệnh nhân phong thiếu năng lượng trường diễn (CED) và thừa cân béo phì theo giới

Phân loại theo BMI	Nam (n = 173)		Nữ (n = 227)		Chung 2 giới (n=400)	
	SL	%	SL	%	SL	%
CED (1)	67	38,7	85	37,4	152	38,0
Bình thường	103	59,6	139	61,2	242	60,5
TC, BP	3	1,7	3	1,3	6	1,5
p(1)So sánh 2 giới	$\chi^2 = 0,2$; $p > 0,05$					

Kết quả bảng 3.6 cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân phong thiếu năng lượng trường diễn là 38% trong đó nam là 38,7% cao hơn nữ là 37,4%, tỷ lệ bệnh nhân thừa cân, béo phì là 1,5% ở bệnh nhân nam là 1,7% cũng cao hơn bệnh nhân nữ là 1,3%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn theo giới.

Bảng 3.7: Tỷ lệ bệnh nhân phong thiếu năng lượng trường diễn và thừa cân béo phì theo nhóm tuổi

Phân loại theo BMI	≤ 60 tuổi (n = 95)		61-80 tuổi (n = 208)		≥ 80 tuổi (n = 97)	
	SL	%	SL	%	SL	%
CED	13	13,7	69	33,2	70	72,2
Bình thường	79	83,2	136	65,4	27	27,8
TC, BP	3	3,2	3	1,4	0	0,0

Kết quả bảng 3.7 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân phong Thiếu năng lượng trường diễn tăng dần theo nhóm tuổi, nhóm dưới 60 tuổi chiếm 13,7%, nhóm 61-80 tuổi 33,2%, cao nhất là nhóm tuổi trên 80 tuổi chiếm 72,2%. Tỷ lệ thừa cân, béo phì nhóm dưới 60 tuổi là 3,2%, nhóm 61-80 tuổi là 1,4%, không có bệnh nhân phong trên 80 tuổi thừa cân, béo phì.

Bảng 3.8: Tỷ lệ bệnh nhân phong thiếu năng lượng trường diễn và thừa cân béo phì tại 2 bệnh viện

Phân loại theo BMI	BV Văn Môn (n = 200)		BV Quỳnh Lập (n = 200)	
	SL	%	SL	%
CED (1)	90	45,0	62	31,0
Bình thường	109	54,5	133	66,5
TC, BP	1	0,5	5	2,5
p(1)So sánh 2 bệnh viện	$\chi^2 = 10,2$; $p < 0,01$			

Kết quả bảng 3.8 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân phong thiếu năng lượng trường diễn tại BV Văn Môn là 45% cao hơn ở BV Quỳnh Lập là 31,0%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: chiều cao trung bình của bệnh nhân nam BV Phong đa liễu Văn Môn là 157,1cm; của nam bệnh nhân BV Phong đa liễu Trung ương Quỳnh Lập là 157,3cm, chiều cao của bệnh nhân nữ BV Văn Môn là 146,9cm, bệnh viện Quỳnh Lập là 149,8cm có sự khác biệt về chiều cao giữa các nhóm tuổi của bệnh nhân ở cả nam và nữ ở cả 2 bệnh viện. Ở lứa tuổi dưới 60 thì chiều cao trung bình của nam là 161cm, nữ là 153cm.

Tại Việt Nam kết quả tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc năm 2000 (chiều cao nam ở độ tuổi 18-25: 161,8cm) và nam giới ở nhóm 20-24 tuổi tại huyện Thường Tín - Hà Tây là 161,2 ± 11,4 cm, (nữ 152,4 cm). Nghiên cứu của Nguyễn Công Khẩn và Cs (2010) về khuynh hướng phát triển và tình trạng dinh dưỡng người trưởng thành đồng bằng Sông Hồng sau 30 năm cho thấy: Độ tuổi 16-25, năm 1976 nam giới có chiều cao 155,8 ± 8,6cm đến năm 2006 là 163,9 ± 5,6cm, tăng 2,7cm/thập kỷ ở nam [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên bệnh nhân phong chỉ tương đương với chiều cao của người Việt Nam bình thường ở thập kỷ 70 của thế kỷ 20 có nghĩa là tình trạng dinh dưỡng của họ chậm phát triển so với người bình thường khoảng gần một nửa thế kỷ.

Bên cạnh khuynh hướng gia tăng về chiều cao còn có các thay đổi đồng thời về cân nặng, cả ở người lớn và trẻ em. Khuynh hướng này bị ảnh hưởng rõ ở các thời kỳ chiến tranh và khó khăn về kinh tế. Năm 2009 cân nặng nam: 54,0 ±

5,8 kg, cân nặng nữ: 46,4 ± 4,6kg, năm 2011 cân nặng nam: 55,0 ± 7,6kg; cân nặng nữ: 46,8 ± 4,9kg.

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: Cân nặng trung bình của nam BV Phong đa liễu Văn Môn là 47,4kg, nữ là 42,7kg, BV Phong đa liễu Trung ương Quỳnh Lập nam là 49,4kg, nữ là 43,8 kg, có sự khác biệt về cân nặng trung bình giữa các nhóm tuổi của nam và nữ ở cả 2 bệnh viện với $p < 0,01$. Cân nặng trung bình của bệnh nhân tỷ lệ nghịch theo tuổi tác cao nhất ở nhóm dưới 60 tuổi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cả về chiều cao, cân nặng của nam và nữ. Geeta (2009) nghiên cứu tại Malaysia cho thấy: Chiều cao trung bình của nam 169,74 ± 8,29 cm, nữ 158,41 ± 5,99cm, cân nặng của nam 62,82 ± 13,12kg, nữ 50,33 ± 8,35kg [4].

Kết quả bảng 3.6 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân gầy là 38% trong đó nam là 38,7% cao hơn nữ là 37,4%, tỷ lệ bệnh nhân thừa cân, béo phì là 1,5% ở bệnh nhân nam là 1,7% cũng cao hơn bệnh nhân nữ là 1,3%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn theo giới. Kết quả nghiên cứu nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả của tổng điều tra dinh dưỡng toàn quốc năm 2000, tỷ lệ CED ở nhóm tuổi từ 20 đến 24 là 27,4%, nữ (30,0%) cao hơn nam (24,1%) và sinh viên học viện Quân y có 27,5% sinh viên bị CED, trong đó nữ bị CED cao gấp đôi nam (36,4% so với 18,6%). So sánh với một số nghiên cứu khác thì tỷ lệ CED ở người trưởng thành thì nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn.

Kết quả bảng 3.7 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân

gầy tăng dần theo nhóm tuổi, nhóm dưới 60 tuổi chiếm 13,7%, nhóm 61-80 tuổi 33,2%, cao nhất là nhóm tuổi trên 80 tuổi chiếm 72,2%. Tỷ lệ thừa cân, béo phì nhóm dưới 60 tuổi là 3,2%, nhóm 61-80 tuổi là 1,4%, không có bệnh nhân trên 80 tuổi thừa cân, béo phì.

Nhìn chung tình trạng thiếu năng lượng trường diễn của bệnh nhân phong ở cả 2 bệnh viện đều ở mức cao chủ yếu thiếu năng lượng trường diễn độ 1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp các nghiên cứu trong và ngoài nước đều nhận thấy rằng thiếu năng lượng trường diễn tăng cao trong cộng đồng người phong hầu hết các nước [5], [6], [7].

Tình trạng thừa cân và béo phì đang tăng lên ở mức báo động khắp nơi trên thế giới và cả ở người lớn và trẻ em, là một mối đe dọa tiềm ẩn trong tương lai. Ở nước ta, công cuộc đổi mới kinh tế đã tạo cho mức sống chung của dân cư có những bước tiến bộ rõ nét, song sự phân cực xã hội đã hình thành. Tình trạng thừa cân, béo phì xuất hiện, tồn tại song song với thiếu năng lượng trường diễn và có xu hướng gia tăng. Bên cạnh tỷ lệ CED còn cao thì tình trạng thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ đáng kể (2,5%), tạo nên một gánh nặng kép về dinh dưỡng.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở bệnh nhân phong là 38,0%, trong đó bệnh nhân nam chiếm 38,7% và bệnh nhân nữ chiếm 37,4% sự khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

- Thiếu năng lượng trường diễn tăng dần theo nhóm tuổi, ở nhóm dưới 60 tuổi là 13,7% nhóm trên 80 tuổi là 72,2%

- Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở bệnh nhân bệnh viện Văn Môn là 45,0% cao hơn bệnh

viện Quỳnh Lập là 31,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

- Thiếu năng lượng trường diễn chủ yếu là độ 1 (27,0% bệnh viện Văn Môn và 23,0% bệnh viện Quỳnh Lập)

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Hợp, Hà Huy Khôi (2010), "Xu hướng tăng trưởng thể lực của người Việt Nam và định hướng chiến lược Quốc gia về Dinh dưỡng giai đoạn 2011-2020", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, 6(3+4).
2. Nguyễn Công Khanh (2006), "Chuyển tiếp dinh dưỡng ở Việt Nam", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, 3+4, tr. 6-13.
3. Hà Huy Tuệ, Lê Bạch Mai (2008), "Thiếu năng lượng trường diễn và thừa cân béo phì ở người trưởng thành tại xã Duyên Thái Hà Tây năm 2006", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, 4(2), tr. 10-12
4. Geeta A., Jamaiah H., Safiza M. N., et al. (2009), "Reliability, technical error of measurements and validity of instruments for nutritional status assessment of adults in Malaysia", *Singapore Med J*, 50(10), pp. 1013-1018.
5. Mester de Parajd L. and Garnier J. P. (1984), "Nutritional aspects of leprosy", *Acta Leprol*, 2(2-4), pp. 293-303.
6. Rao P. S. and John A. S. (2012), "Nutritional status of leprosy patients in India", *Indian J Lepr*, 84(1), pp. 17-22.
7. Saha K., Rao K. N., Chattopadhyaya 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.

6 NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI 3D ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi 3D cắt dạ dày gần toàn bộ điều trị ung thư dạ

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 4.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2018

Ngày duyệt bài: 30.01.2018

dày. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu. **Kết quả:** 45 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn IB-IIB được phẫu thuật nội soi 3D cắt bán phần dạ dày cực dưới nạo vét hạch DII. Thời gian mổ trung bình 164 ± 30 phút, tỷ lệ chuyển mổ mở 2,2%, số hạch nạo vét được 16 ± 3 , lượng máu mất trong mổ trung bình 55 ± 12 ml, thời gian có trung tiện $2,6 \pm 1,2$ ngày, thời gian nằm viện sau mổ trung bình $8 \pm 1,5$ ngày, tỷ lệ biến chứng sau mổ 4,4%, không có bệnh nhân tử vong 30 ngày sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi 3D cắt gần toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 là an toàn

và khả thi với tỷ lệ biến chứng thấp 4,4%, không có tử vong sau mổ.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi 3D, Ung thư dạ dày

SUMMARY

3D LAPAROSCOPIC SURGERY IN TREATMENT OF GASTRIC CANCER AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the short - term outcome of 3D laparoscopic subtotal gastrectomy in treatment of gastric cancer. **Method:** retrospective and observational study. **Results:** 45 patients with stage IB-IIB gastric cancer underwent 3D laparoscopic distal subtotal gastrectomy and D2 dissection. The average duration of operation was 164 (± 30) minutes. There were 2.2% of patients requiring conversion to open surgery. The median number of harvested lymph nodes was 16(± 3). The mean blood loss was 55 (± 12)ml. The time of having postoperative gas was 2.6 (± 1.2) days. The mean time of postoperative hospital stay was 8 (± 1.5) days. The rate of postoperative complications was 4.4%. There was no post-op death. **Conclusion:** 3D laparoscopic subtotal gastrectomy and D2 dissection are safe and feasible with low rate of complication. There was no postoperative death

Key words: 3D Laparoscopic surgery, Gastric cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp mổ xâm nhập tối thiểu trong ngoại khoa đã được chứng minh với những ưu thế vượt trội so với mổ mở kinh điển từ hơn 3 thập kỷ nay, chính vì vậy phẫu thuật nội soi (PTNS) ngày càng được ứng dụng rộng rãi trên thế giới điều trị ung thư dạ dày (UTDD) đặc biệt là ở các nước châu Á (Nhật bản, Hàn quốc, Trung quốc). Trong khi các nghiên cứu về PTNS cắt UTDD ở các nước Âu, Mỹ thì hiếm hơn, có lẽ UTDD ở đây thường phát hiện ở giai đoạn không thích hợp cho PTNS. Kể từ ca PTNS cắt dạ dày đầu tiên trên thế giới tại Nhật Bản năm 1994 điều trị UTDD, PTNS đã có nhiều thách thức so với mổ mở truyền thống vì phẫu thuật viên phải phẫu tích, nạo vét hạch, cầm máu...trên một phẫu trường 2D không có cảm nhận về chiều sâu. Chính những thách thức này là động lực cho PTNS 3D ra đời. Với độ phân giải cao của thể hệ máy nội soi 3D HD mới đã nâng tầm của PTNS lên một mức cao hơn, phẫu thuật viên có thể thực hiện các động tác khó khăn trên màn hình 2D trước đây một cách dễ dàng hơn trên màn hình 3D như khâu nối ống tiêu hoá hay thắt nút chỉ trong một không gian 3 chiều. Trong những năm gần đây đã có nhiều nghiên cứu về PTNS 3D với kết quả thu được khả quan hơn: giảm thời gian mổ, giảm lượng máu mất trong mổ...[1],[2],[3]. Tuy nhiên những nghiên cứu này chủ yếu tập trung vào các bệnh lành tính

như cắt túi mật, viêm ruột thừa, béo phì.... Các nghiên cứu về PTNS 3D trong lĩnh vực ung thư còn ít. Với kinh nghiệm ứng dụng PTNS 3D mổ ung thư từ năm 2016 tại bệnh viện K, chúng tôi viết bài này nhằm mục tiêu: "Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi 3D cắt dạ dày gần toàn bộ điều trị ung thư dạ dày"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ Bệnh nhân UTDD biểu mô tuyến giai đoạn IB,IIB được PTNS 3D cắt gần toàn bộ dạ dày, nạo vét hạch D2 điều trị triệt căn tại khoa ngoại bụng 1, bệnh viện K.

+ Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới, giai đoạn bệnh, thời gian mổ nội soi, lượng máu mất trong mổ, số hạch nạo vét được, tỷ lệ chuyển mổ mở, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện sau mổ, tỷ lệ biến chứng, tử vong sau mổ 30 ngày.

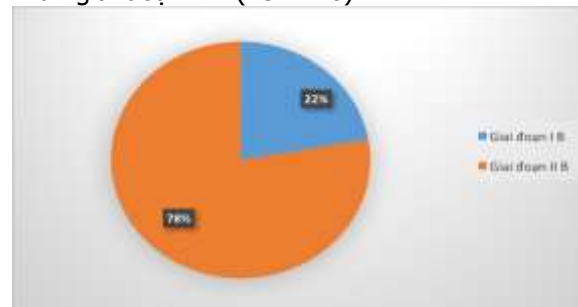
+ Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ

45 Bệnh nhân UTDD

+ Tuổi trung bình: 57 ± 7 , tỷ lệ nam 55,5%, nữ 45,5%.

+ Giai đoạn (AJCC 2010): 10(22,2%) bệnh nhân giai đoạn IB(T3N0M0), 35 (77,8%) bệnh nhân giai đoạn IIB (T3N1M0)



Biểu đồ 1: Giai đoạn ung thư dạ dày

Nhận xét: 78% giai đoạn IIB, 22% giai đoạn IB.

Bảng 1: Các chỉ tiêu nghiên cứu khác

Các chỉ tiêu	Giá trị
Thời gian mổ trung bình	164 $\pm$ 30 phút
Tỷ lệ chuyển mổ mở	2,2%
Số hạch nạo vét được	16 $\pm$ 3
Lượng máu mất trung bình	55 $\pm$ 12ml
Thời gian trung tiện sau mổ	2,6 $\pm$ 1,2 ngày
Thời gian nằm viện sau mổ	8 $\pm$ 1,5 ngày
Biến chứng sau mổ	4,4%

IV. BÀN LUẬN

Trong 1 thập kỷ nay, phương pháp phẫu thuật xâm nhập tối thiểu đã được ứng dụng và phát triển mạnh mẽ ở tất cả các chuyên ngành ngoại khoa. Cũng trong quá trình hoàn thiện kỹ thuật này PTNS gặp phải một thách thức so với

mở mở đó là phẫu thuật viên phải thao tác kỹ thuật trên màn hình 2D nên khi thực hiện các động tác phẫu tích tỉ mỉ là một khó khăn do khó định hình không gian 3 chiều giữa cơ quan đang phẫu tích với dụng cụ PTNS. Chuyển từ PTNS 2D sang PTNS 3D là một bước tiến trong PTNS. Phương pháp mổ 3D giúp cho phẫu thuật viên có định hình chiều sâu, sự tương quan giải phẫu chính xác hơn giữa vị trí phẫu tích và dụng cụ nội soi. Đã có các nghiên cứu kết luận về PTNS 3D không có nhiều ưu điểm hơn 2D và còn gây cho phẫu thuật viên những tác dụng không mong muốn của hình ảnh 3D như hoa mắt, chóng mặt, đau đầu và mỏi mắt. Tuy nhiên đây là những máy 3D thế hệ đầu. Ngày nay với những tiến bộ về công nghệ 3D mới, phẫu thuật viên thực hiện các động tác chính xác hơn, kỹ năng mổ tốt hơn và rút ngắn thời gian đào tạo [4],[5],[6],[7].

Thời gian mổ nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày : Lu.J (2016) nghiên cứu so sánh 2 nhóm PTNS 2D với 3D cắt dạ dày với 109 bệnh nhân trong nhóm 3D, 112 bệnh nhân trong nhóm 2D, được thực hiện bởi 3 phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ nội soi dạ dày (mỗi phẫu thuật viên đã thực hiện ít nhất 100 ca cắt dạ dày nội soi) cho thấy thời gian mổ 2D là 184 ± 36 phút, 3D là 178 ± 37 phút, sự khác biệt không có ý nghĩa [4]. Aykan.S báo cáo nhiều ưu điểm của PTNS 3D thời gian mổ nhanh hơn (131 ± 18 phút- 190 ± 31 phút) so với 2D trong phẫu thuật cắt toàn bộ tiền liệt tuyến [2]. Những nghiên cứu khác của Sun et al Mueller et al thì lại chứng minh PTNS 3D không cải thiện thời gian mổ so với 2D [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian mổ trung bình là 164 ± 30 phút so với các tác giả khác dùng PTNS 2D cắt gần toàn bộ dạ dày là 182,7 phút [2]. Matinez- Ubieto.F et al (2015) nghiên cứu cắt dạ dày hình chêm bằng PTNS 3D so sánh với 2D, tác giả kết luận thời gian mổ 3D nhanh hơn, an toàn hơn [7].

Nạo vét hạch D2: nạo vét hạch trong ung thư dạ dày đã được chuẩn hoá và thống nhất. Nạo vét hạch các chặng hạch theo phân loại của hiệp hội ung thư dạ dày Nhật bản đã trở thành protocol cho các phẫu thuật viên mổ UTDD. Ứng dụng PTNS 3D có làm cho thời gian nạo vét hạch các chặng ngắn hơn, số lượng hạch nạo vét được đủ để đánh giá giai đoạn UTDD hay không? Nghiên cứu của Lu.J et al (2016) so sánh số lượng hạch thu được ở nhóm 3D là 36 ± 14 , nhóm 2D là 37 ± 13 hạch, không có sự khác biệt [4], với 45 bệnh nhân UTDD, số lượng hạch nạo vét được của chúng tôi là 16 ± 3 hạch. Kanaji.S et al phân tích sâu hơn về thời gian nạo

vét hạch nhóm 6 (13,5-17,5 phút) và nhóm 7 (12,4-18,4 phút) khi dùng 3D sẽ nhanh hơn mổ 2D [2].

Lượng máu mất trong mổ nội soi 3D: PTNS 3D có ưu thế hơn 2D trong phẫu tích tổ chức, hạn chế lượng máu mất trong mổ nội soi xuất phát từ 3 lý do. Một là trường nhìn 3D có chiều sâu nên nhận biết cấu trúc giải phẫu mạch máu rõ ràng hơn, hạn chế những đụng chạm không chính xác gây chảy máu. Thứ hai là PTNS 3D giúp đặt vị trí các dụng cụ nội soi vào đúng vị trí hơn, tránh những đụng chạm vào các mô lân cận gây tổn thương chảy máu. Lý do thứ ba là PTNS 3D tạo thuận lợi cho động tác khâu trong ổ bụng nhanh và chính xác hơn, điều này giúp cho cầm máu nhanh hơn trong trường hợp phẫu tích lỡ gây ra tổn thương mạch máu. Lu.J So sánh giữa nhóm mổ 3D có lượng máu mất 58 ± 75 ml trong khi nhóm 2D là 78 ± 72 ml, sự khác biệt này có ý nghĩa [1]. Trong khi đó Kanaji.S lại phân tích tỉ mỉ hơn lượng máu mất trong từng thì phẫu tích với ưu thế thuộc về nhóm 3D: thì cắt mạc nối lớn, thì phẫu tích mạch vị trái, mạch vị phải.... Nhưng tổng lượng máu mất trong mổ của nhóm 3D là 10g- nhóm 2D là 20g với sự khác biệt về thống kê ($p < 0,05$) [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi lượng máu mất trung bình là 55 ± 12 ml.

Tỷ lệ chuyển mổ mở: chuyển mổ mở trong PTNS cắt UTDD thường liên quan tới 2 lý do, một là do kỹ năng mổ của phẫu thuật viên: phẫu tích, chảy máu, nạo vét hạch... hai là do chỉ định giai đoạn UTDD không phù hợp với PTNS như kích thước khối u lớn, u xâm lấn các tạng lân cận... Ngày nay với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại việc đánh giá giai đoạn UTDD chính xác hơn nên trong PTNS cắt UTDD chuyển mổ mở thường do kỹ năng mổ của phẫu thuật viên. Kanaji. S so sánh 2 nhóm PTNS 2D và 3D cắt dạ dày có tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,5% [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp (2,2%) chuyển mổ mở do khối u ở mặt sau hang vị dính vào tụy (T4b) nhưng không nhận biết được trên CT Scanner. Các tác giả khác cũng có nguyên nhân chuyển mổ mở liên quan đến giai đoạn bệnh [1],[2].

Thời gian có trung tiện và nằm viện sau mổ: ưu thế của PTNS là hạn chế sang chấn các tạng trong ổ bụng nên thường nhu động ruột sớm trở lại sau mổ. PTNS cắt UTDD chủ yếu phẫu tích ở tầng trên mạch treo đại tràng ngang, ít tác động vào ruột non. Thời gian có trung tiện sau mổ của Lu.J là $3,69 \pm 1,2$ ngày và thời gian nằm viện $12,52 \pm 4,83$ [1]. Nghiên cứu của Kanaji.S với 30 bệnh nhân UTDD được PTNS 3D, thời gian nằm

viện trung bình sau mổ là 13,5 (10-20) ngày[2]. Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi thời gian có trung tiện sau mổ là $2,6 \pm 1,2$ ngày, nằm viện sau mổ là $8 \pm 1,5$ ngày, như vậy so với các tác giả trên bệnh nhân của chúng tôi có nhu động ruột trở lại sau mổ sớm hơn và thời gian nằm viện cũng ngắn hơn.

Biến chứng sau mổ: đây là một chỉ số quan trọng trong đánh giá thành công của cuộc phẫu thuật. Các tác giả nghiên cứu về PTNS thường chia các biến chứng làm 2 loại: thứ nhất là nhóm biến chứng ngoại khoa (nhiễm trùng áp xe, rò miệng nối, chảy máu, tắc ruột, nhiễm trùng vết mổ, đọng dịch trong ổ bụng....) thứ hai là nhóm biến chứng toàn thân (viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu, huyết khối...)[3],[4],[5]. Trong 115 bệnh nhân PTNS 3D của Lu.J có tỷ lệ rò miệng nối là 2,8%, 1,8% tắc ruột, 0,9% nhiễm trùng vết mổ[4]. Trong khi Kanaji.S có tỷ lệ biến chứng sau mổ 0% trên 30 bệnh nhân UTDD[2]. Chúng tôi có 2 bệnh nhân (4,4%) biến chứng sau mổ trong đó 1 bệnh nhân viêm phổi ngày thứ 2 sau phẫu thuật, một trường hợp huyết khối tĩnh mạch kheo xuất hiện ngày thứ 5 sau mổ với triệu chứng đau bắp chân, siêu âm doppler có hình ảnh huyết khối tĩnh mạch kheo, bệnh nhân được điều trị nội khoa ổn định.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi 3D cắt gần toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 là an toàn và ưu điểm với kết quả sớm là: thời gian mổ trung bình 164 ± 30 phút, tỷ lệ chuyển mổ mở 2,2%, số hạch nạo vét

được 16 ± 3 hạch, lượng máu mất trong mổ trung bình 55 ± 12 ml, thời gian có trung tiện $2,6 \pm 1,2$ ngày, thời gian nằm viện sau mổ trung bình $8 \pm 1,5$ ngày, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp 4,4%, không có bệnh nhân tử vong 30 ngày sau mổ. Tuy nhiên vẫn cần có nghiên cứu tiếp theo để đánh giá kết quả ung thư học của PTNS 3D trong mổ UTDD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cianchi.F, Coratti.F, Skalamera.I et al. (2017)** "Can 3D imaging really help the surgeon perform laparoscopic gastric surgery?". Ann Laparosc Endosc Surg, 2: 164.
2. **Kanaji.S, Suzuki.S, Harada.H et al (2017).** "Comparison of two-and three- dimensional dis
3. **Kong Ho.S, Oh Mo.B, Yoon.H et al (2010)** "Comparison of two- and three- dimensional camera systems in laparoscopic performance: a novel 3D system with one camera". Surg Endosc; 24: 1132-1143
4. **Lu.J, Zheng.C.H, Zheng.H.L, Li.P et al (2016).** "Randomized, controlled trial comparing clinical outcomes of 3D and 2D Laparoscopic surgery for gastric cancer: an interim report". Surg Endosc, DOI 10.1007/s00464-016-5310-2.
5. **Matsunaga.R, Nishizawa.Y, Saito.N et al (2017)** "Quantitative evaluation of 3D imaging in laparoscopic surgery" Surg Today 47: 440-444
6. **Sakata.S, Watson.O.M, Grove.M.P et al (2016)** "The conflicting Evidence of three-dimensional display in laparoscopy. A review of systems old and new". Annals of surgery, Vol 263, number 2: 234-239
7. **Ubieto-Martinez.F, Bernado-Jimenez.T, Ubieto-Martinez. J et al. (2015)** "Three-Dimensional laparoscopic sleeve gastrectomy: Improved patient safety and surgeon convenience". Int.Surg; 100: 1134-1137.

TÌM HIỂU MỘT SỐ DẠNG BIẾN THỂ NHIỄM SẮC THỂ Ở NHỮNG CẶP VỢ CHỒNG CÓ TIỀN SỬ SẴY THAI, THAI CHẾT LƯU

**Mạnh Trọng Bằng¹, Hoàng Thị Ngọc Lan¹, Hoàng Bảo Ngọc²,
Lê Phương Thảo², Ngô Tuyết Nhung²**

TÓM TẮT

Sẩy thai (ST) và thai chết lưu (TCL) là hai trong số rất nhiều bất thường thai sản thường gặp. Hiện nay, trên thế giới đã có một số nghiên cứu về biến thể NST ở những cặp vợ chồng có tiền sử sẩy thai, thai chết lưu, ở Việt Nam cũng đã có một vài nghiên cứu về biến thể nhiễm sắc thể ở các đối tượng khác nhau [1].

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: 9.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2018

Ngày duyệt bài: 29.01.2018

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với **mục tiêu:** (1). *Mô tả tỷ lệ biến thể nhiễm sắc thể ở những cặp vợ chồng có tiền sử sẩy thai, thai chết lưu.* (2). *Bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa biến thể nhiễm sắc thể và tiền sử sẩy thai, thai chết lưu.* **Đối tượng:** 1222 cặp vợ chồng có tiền sử sẩy thai, thai chết lưu được xét nghiệm nhiễm sắc thể tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh- Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu. Phân tích NST dựa theo tiêu chuẩn ISCN 2015. Số liệu thống kê được xử lý trên máy tính với phần mềm thống kê SPSS 20.0. Kết quả: *Tỷ lệ biến thể NST ở các cặp vợ chồng có tiền sử ST-TCL: 7,86% (44 trường hợp ở vợ và 55 trường hợp ở chồng do có 3 trường hợp cả vợ và chồng đều mang biến thể NST).* Các biến thể NST gặp nhiều hơn ở nam giới (4,5%) so với nữ giới (3,6%).

Biến thể dạng 1qh+ chiếm tỷ lệ cao nhất (59,1% ở vợ, 40% ở chồng). Tiếp đến là dạng biến thể trên NST số 9 (9qh+, inv(9)). Các dạng biến thể khác ít gặp hơn. Các biến thể NST 1qh+, 9qh+, inv(9) chiếm tỷ lệ cao trong nhóm ST-TCL. Tỷ lệ biến thể gặp ở nhóm có sảy thai và thai chết lưu > 2 lần là 82,3%; 1 lần là 17,7%. Kết luận: Tỷ lệ biến thể chung ở các cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai, thai chết lưu là 7,86%. Tỷ lệ biến thể nhiễm sắc thể ở nhóm vợ chồng có tiền sử sảy thai, thai chết lưu > 2 lần là 82,3%; 1 lần là 17,7%.

Từ khóa: Sảy thai, thai chết lưu, nhiễm sắc thể.

SUMMARY

SOME FORM OF CHROMOSOME VARIATION IN COUPLES WITH A HISTORY OF MISCARRIAGE, STILLBIRTH

Miscarriage and stillbirth are two of the many common maternal abnormalities. Currently, there are several studies on chromosome variation in couples with a history of miscarriage and stillbirth in the world [1]. This study with the aim: (1) Describing the rate of chromosomal variation in couples with a history of miscarriage, stillbirth. (2): Finding out of the relationship between variation chromosome and history of miscarriage, stillbirth. **Subjects:** 1222 couples with history of miscarriage, stillborn have chromosome testing at the Center for Pregnancy Diagnostics - National hospital of obstetrics and gynecology (NHOG). **Methods** described retrospectively. Chromosomal analysis was followed ISCN 2015. Statistical data were processed on computer with SPSS statistical software 20.0. **Results:** The prevalence of chromosomal variation in couples with a history of miscarriage and stillbirth: 7.86% (44 cases in wives and 55 cases in husbands). Three cases of both wife and husband carrying chromosome variants. Chromosome variants are more common in men (4.5%) than women (3.6%). The 1qh+ variant accounts for the highest proportion (59.1% in wives, 40% in husbands). The next is the variant on chromosome 9 (9qh+, inv (9)). Other variations are less common. The chromosomal variants of 1qh+, 9qh+, inv (9) are high in the miscarriage and stillbirth group. The incidence of abnormalities in > 2 times - miscarriage and stillbirths group was 82.3%; one time was 17.7%. **Conclusion:** The prevalence of chromosomal variation in couples with a history of miscarriage and stillbirth: 7.86%; The incidence of abnormalities in > 2 times - miscarriage and stillbirths group was 82.3%; one time group was 17.7%.

Key words: miscarriage, stillbirth, chromosome

3.2. Các dạng biến thể NST ở các cặp vợ chồng có tiền sử ST – TCL

3.2.1. Sự phân bố các dạng biến thể NST ở các cặp vợ chồng có tiền sử ST – TCL

Bảng 1. Sự phân bố các dạng biến thể NST ở các cặp vợ chồng ST-TCL

Loại biến thể NST		Vợ		Chồng	
		Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Biến thể nhánh dài	1qh+	26	59,1	22	40
	9qh+	4	9,1	14	25,5
	16qh+	4	9,1	7	12,7
Biến thể nhánh ngắn	13ps+	0	0	1	1,8
	15pst+	1	2,3	4	7,3
Đảo đoạn	inv(9) (p11;q12)	3	6,8	1	1,8

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sảy thai (ST) và thai chết lưu (TCL) là hai trong số rất nhiều bất thường thai sản thường gặp. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng có rất nhiều nguyên nhân khác nhau liên quan đến sảy thai và thai chết lưu như mẹ lớn tuổi, bất thường tử cung, do sử dụng dụng cụ tránh thai, nhiễm trùng sinh dục... Hiện nay, trên thế giới đã có một số nghiên cứu về biến thể NST ở những cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai, thai chết lưu, ở Việt Nam tuy cũng đã có một vài nghiên cứu về biến thể nhiễm sắc thể ở các đối tượng khác nhau[1], nhưng nghiên cứu của chúng tôi muốn tìm hiểu về tỷ lệ cũng như mối liên quan giữa một số biến thể NST với các cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai, thai chết lưu với mục tiêu:

1. *Mô tả tỷ lệ biến thể nhiễm sắc thể ở những cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai, thai chết lưu.*

2. *Bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa biến thể nhiễm sắc thể và tiền sử sảy thai, thai chết lưu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bao 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.

2.2. Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi. Số liệu thống kê được xử lý trên máy tính với phần mềm thống kê 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:

- 1065 cặp vợ chồng có bộ NST bình thường chiếm 87,15%.

- 96 cặp vợ chồng có mang dạng biến thể NST chiếm tỷ lệ 7,86%.

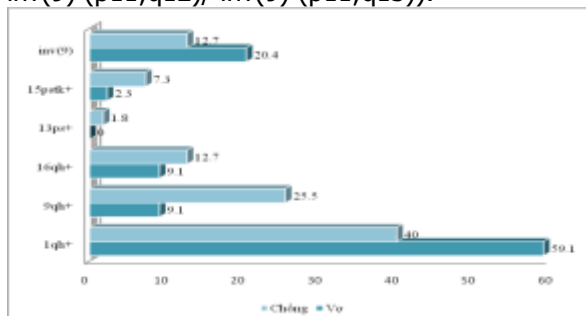
- 61 cặp có vợ hoặc chồng hoặc cả hai có mang đột biến NST chiếm tỷ lệ 4,99%.

Sau đây chúng tôi sẽ đi vào chi tiết các dạng biến thể NST.

	(p11;q13)	6	13,6	6	10,9
Tổng số		44	100	55	100

Nhận xét: 1222 cặp vợ chồng có tiền sử ST – TCL thì có 96 cặp vợ chồng có biến thể NST, trong đó có 3 cặp vợ chồng mà cả vợ và chồng đều mang biến thể NST.

Dạng phổ biến gặp ở đây là các dạng qh+, trong đó gặp nhiều là qh+1, dạng inv(9) cũng gặp nhiều trong nghiên cứu này. Như vậy ở NST số 9 xảy ra nhiều dạng biến thể nhất (9qh+/inv(9) (p11;q12)/ inv(9) (p11;q13)).



Biểu đồ 1. Sự phân bố các dạng biến thể NST ở các cặp vợ chồng có tiền sử ST-TCL

Bảng 2: So sánh tỷ lệ biến thể NST ở các cặp vợ chồng có ST-TL với các nghiên cứu khác

Tác giả (năm)	Đối tượng nghiên cứu	Tỷ lệ
Sahin, F.I. [5] (2008)	Cặp vợ chồng VS	6,52%
Hemlata Purandare và cs [4](2011)	Cặp vợ chồng STLT	12,95%
Chopade, S. [6] (2012)	Cặp vợ chồng có > 2 lần ST, không có con sống	9,06%
Yamini Sharad Pokale [2] (2015)	Cặp vợ chồng có > 2 lần ST, không có con sống	13%
Boronova và cs [3] (2015)	Phụ nữ VS và STLT	10,02%
Mạnh Trọng Bằng (2017)	Cặp vợ chồng có tiền sử > 1 lần ST – TCL	7,86%

Qua so sánh, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của các tác giả Fuente-Cortés, Purandare, H., Chopade, S., Pokale, S.Y., Boronova có thể do đối tượng nghiên cứu của các tác giả này là các cặp vợ chồng có tiền sử thai sản nặng nề hơn như vô sinh hay STLT trong khi đó đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả những đối tượng chỉ mới ST, TCL lần đầu hoặc lần thứ hai. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi lại cao hơn kết quả nghiên cứu của Sahin, F.I.[5], làm trên đối tượng vô sinh. Yamini Sharad Pokale (2015), đưa ra kết luận cần đánh giá lại vai trò của biến thể NST trong mối liên quan với hậu quả bất thường sinh sản khi nghiên cứu 400 cá nhân thuộc 200 cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai liên tiếp phát hiện tỷ lệ biến thể NST là 13%[2]. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Chopade, S (9,06%) mặc dù tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu tương đối giống nhau. Tương tự khi nghiên cứu trên đối tượng là cặp vợ chồng STLT hai tác giả Fuente-Cortés và Purandare, H., cũng đưa ra kết quả khác nhau (15,82% và 12,95%). Các kết quả này cũng cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều

3.2.2. Tỷ lệ biến thể NST theo tiền sử ST

– **TCL:** Trong 96 cặp vợ chồng mang biến thể NST có 79 cặp vợ chồng (chiếm 82,3%) vừa có tiền sử sảy thai và thai chết lưu hoặc tổng số lần sảy thai, thai chết lưu lớn hơn hoặc bằng 2 lần, chỉ có 17 cặp vợ chồng (chiếm 17,7%) có tiền sử sảy thai, thai chết lưu 1 lần.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ biến thể NST ở các cặp vợ chồng có tiền sử ST – TCL: Nghiên cứu của chúng tôi trên 2444 cá nhân thuộc 1222 cặp vợ chồng có tiền sử ST – TCL thì có 96 cặp vợ chồng mang biến thể NST chiếm 7,86%.

So sánh về tỷ lệ biến thể NST với các tác giả cũng nghiên cứu trên đối tượng các cặp vợ chồng có tiền sử bất thường sinh sản:

(7,86%). Như vậy ngoài những yếu tố đã bàn luận ở trên, yếu tố về địa dư và chủng tộc người cũng cần được xét đến khi nghiên cứu biến thể NST. Công trình của tác giả Lillian (1987) trên bốn nhóm người lớn là nhóm người Mỹ da trắng, nhóm người da trắng gốc Âu, nhóm người gốc châu Á và nhóm người gốc Phi thấy tỷ lệ biến thể NST trên các đối tượng này là khác nhau một cách có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên tác giả cũng chưa khẳng định được biến thể NST có liên quan với chủng tộc mà cần phối hợp với nhiều nghiên cứu khác mới có thể xác định được mối liên quan này. Qua sự so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với một số công trình khác được tiến hành trên các miền địa dư với các chủng tộc người khác nhau góp phần thể hiện rõ mối quan hệ này hơn.

Mối liên quan giữa biến thể NST với tiền sử ST- TCL

Liên quan giữa giới tính và tỷ lệ biến thể NST của các cặp vợ chồng có tiền sử ST – TCL: Một nghiên cứu ở Ấn Độ được Minocherhomji, S. và cs (2009) tiến hành trên 760 người vô sinh và 555 người có tiền sử sinh

sản bình thường cho thấy ở nhóm vô sinh tỷ lệ mang biến thể NST ở nữ là 28,31% ở nam là 58,68% cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm sinh sản bình thường tỷ lệ này lần lượt 15,16% ở nữ và 32,55% ở nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ biến thể NST ở nam gặp 55/1222 trường hợp chiếm 4,5% cao hơn ở nữ gặp 44/1222 trường hợp chiếm 3,6%. Tỷ lệ biến thể NST ở nam và nữ trong các nghiên cứu dao động khác nhau, điều này có thể giải thích do cỡ mẫu ở các nghiên cứu khác nhau và tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau. Vậy liệu có mối liên quan nào giữa giới tính của những người mang biến thể NST với tiền sử bất thường thai sản hay không? Như vậy, cần tiến hành thêm nhiều nghiên cứu để có thể trả lời thỏa đáng về mối quan hệ này.

Nguy cơ sinh sản của các cặp vợ chồng mang biến thể NST: Vai trò của biến thể NST trong mối quan hệ với bất thường thai sản đã được nhiều tác giả nghiên cứu, nhưng đến nay, để xác định chính xác mối tương quan này ra sao và mức độ ảnh hưởng như thế nào thì vẫn cần được bàn luận nhiều hơn đặc biệt là ở Việt Nam.

Sự gia tăng chiều dài của eo thứ cấp trên cánh dài NST 1, 9 và 16, những thay đổi trong cấu trúc tâm động là những dạng biến thể NST phổ biến nhất. Các phân đoạn lặp lại có thể gây bệnh hoặc triệu chứng do tăng trình tự AND lặp lại cao. Người ta tin rằng, biến thể NST có liên quan đến sự rối loạn trong quá trình phân ly của cặp NST tương đồng dẫn đến những khiếm khuyết trong quá trình phân ly[3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 96 cặp vợ chồng mang biến thể NST nhận thấy nhóm vừa có tiền sử sảy thai và thai chết lưu hoặc tổng số lần sảy thai, thai chết lưu lớn hơn hoặc bằng 2 lần chiếm 82,3% cao hơn nhiều so với nhóm có tiền sử sảy thai, thai chết lưu 1 lần khi tỷ lệ ở nhóm này chiếm 17,7%. Như vậy biến thể NST có thể liên quan tới mức độ nặng của các bất thường sinh sản nói trên. Sau đây chúng tôi xin bàn luận về một số dạng biến thể gặp với tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi.

- **Biến thể NST ở NST số 1:** Tính đa hình của 1qh+ có mối liên quan với ST và TCL đã được một số tác giả báo cáo trong đó các biến thể này gây rối loạn quá trình tiếp hợp của các cặp NST tương đồng trong kỳ đầu hoặc kỳ giữa dẫn đến vô sinh nam[2]. Trong nghiên cứu, chúng tôi phát hiện 26 trường hợp người vợ (chiếm 59,1%) và 22 trường hợp người chồng (chiếm 40%) mang biến thể 1qh+. Biến thể qh+ xảy ra ở NST số 1 cũng chiếm tỷ lệ cao nhất trong các

dạng biến thể chúng tôi gặp trong quá trình nghiên cứu. Tuy nhiên, sự phân bố của các loại biến thể NST cũng rất khác nhau giữa các nghiên cứu, trong khi nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của Yamini Sharad Pokale (2015) thì Akbas, H. (2012) lại cho kết quả trái ngược hoàn toàn khi trong nhóm đối tượng ông nghiên cứu chỉ phát hiện được 2,7% trường hợp 1qh+ chiếm tỷ lệ thấp nhất.

- **Biến thể NST ở NST số 9:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến thể NST số 9 chiếm 29,5% ở nữ và 38,2% ở nam (bao gồm hai dạng biến thể 9qh+ chiếm 9,1% ở nữ và 25,5% ở nam, inv(9) chiếm 20,4% ở nữ và 12,7 ở nam). Nhìn chung biến thể xảy ra trên NST số 9 chiếm tỷ lệ cao trong quần thể. So sánh với nghiên cứu của Yamini Sharad Pokale tỷ lệ biến thể xảy ra ở NST số 9 được tác giả đưa ra là 30,76% (bao gồm ba dạng 9qh+ chiếm 7,69%, 9qh- chiếm 3,85% và inv(9) chiếm 19,22%). Như vậy xét chung tổng tỷ lệ các dạng biến thể xảy ra ở NST số 9 ở nghiên cứu này cho kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi.

Xét về các dạng đảo đoạn NST số 9, nghiên cứu của tác giả Phan Thị Hoan, Hoàng Thị Ngọc Lan ở những cặp vợ chồng có bất thường sinh sản hoặc nguy cơ cao sinh con dị tật đã phát hiện 4 trường hợp đảo đoạn quanh tâm NST số 9 và đều là dạng dị hợp tử loại inv(9)(p11q13). Có thể nói các cơ chế của đảo NST số 9 xảy ra rất phức tạp và nó được cho là phổ biến trong loài người. Một biến thể dạng đảo đoạn nhỏ gồm tâm trên NST số 9 được cho là phổ biến nhất trong bộ NST của con người với tỷ lệ 1-3% trong tổng dân số nói chung. Trong đó đặc biệt dạng inv(9) (p11q13) đã được báo cáo liên quan với ST liên tiếp, vô sinh, dị tật bẩm sinh. Đảo đoạn NST số 9 đã được coi là đóng vai trò quan trọng trong quá trình tiếp hợp, quá trình phân ly NST và gây rối loạn quá trình phân bào giảm nhiễm tạo tinh trùng tạo nên những giao tử nhân đoạn thứ phát hoặc mất đoạn[5].

- **Biến thể NST ở nhóm D/G:** Trên nhóm NST tâm đầu, các biến thể NST thường gặp là các dạng có mặt vệ tinh trên nhánh ngắn tăng chiều dài ở vùng đầu mút hoặc vùng NOR (ps+, pstk+...). Trong nghiên cứu này chúng tôi đã phát hiện được 6 trường hợp biến thể trên NST nhóm D (1 trường hợp ở vợ và 5 trường hợp ở nam). Chất dị nhiễm sắc ở vùng này có vai trò rất quan trọng trong sự gắn kết, di chuyển, tiếp hợp của nhiễm sắc tử chị em trong chu trình tế bào. Sự biến đổi chất dị nhiễm sắc vùng này gây nên những khiếm khuyết trong chức năng của

tâm động trong việc gắn vào thai vô sắc do đó ảnh hưởng đến quá trình tiếp hợp, phân ly NST. Tuy nhiên không có chức năng cụ thể nào liên quan đến phân đoạn vệ tinh ps+ hay pstk+ được báo cáo nhưng nó có thể là nguyên nhân phát sinh những chuyển đoạn sau này ở bào thai dẫn tới sảy thai[2],[4].

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ biến thể NST ở các cặp vợ chồng có tiền sử ST-TCL: 96 cặp vợ chồng có biến thể NST chiếm tỷ lệ 7,86% (44 trường hợp ở vợ và 55 trường hợp ở chồng do có 3 trường hợp cả vợ và chồng đều mang biến thể NST).

- Các biến thể NST gặp nhiều hơn ở nam giới (4,5%) so với nữ giới (3,6%).

- Biến thể dạng 1qh+ chiếm tỷ lệ cao nhất (59,1% ở vợ, 40% ở chồng). Thứ hai là các dạng biến thể trên NST số 9 (9qh+, inv(9)). Các dạng biến thể khác ít gặp hơn.

- Trong 44 trường hợp ở vợ thì: 26 trường hợp 1qh+, 4 trường hợp 9qh+, 4 trường hợp 16qh+, 1 trường hợp 15 pstk+, 9 trường hợp inv(9).

- Trong 55 trường hợp ở chồng: 22 trường hợp 1qh+, 14 trường hợp 9qh+, 7 trường hợp 16qh+, 1 trường hợp 13ps+, 4 trường hợp 15 pstk+, 7 trường hợp inv(9).

2. Mối liên quan giữa biến thể NST và tiền sử ST-TCL

Tỷ lệ biến thể gặp ở nhóm có sảy thai và thai chết lưu > 2 lần là 82,3%

Tỷ lệ biến thể gặp ở nhóm có sảy thai và thai chết lưu 1 lần là 17,7%

- Các biến thể NST 1qh+, 9qh+, inv(9) chiếm tỷ lệ cao trong nhóm ST-TCL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Qin J. Z., Pang L. H., Li M. Q. et al (2013). Risk of chromosomal abnormalities in early spontaneous abortion after assisted reproductive technology: a meta-analysis. *PLoS One*, 8 (10), e75953.
2. Yamini Sharad Pokale (2015). Does a Heterochromatic variant affect the Human Reproductive outcome? *Research Journal of Recent Sciences*, 4, 108-113.
3. Boronova I., Bernasovska J., Cakanova G. et al (2015). Heterochromatin Variants in Slovak Women with Reproductive Failure. *Int J Hum Genet*, 15 (1), 1-5.
4. Hemlata Purandare (2011). heterochromatic variations and pregnancy losses in human. *Int J Hum Genet*, 11 (3), 167-175.
5. Sahin F. I., Yilmaz Z., Yuregir O. O. et al (2008). Chromosome heteromorphisms: an impact on infertility. *J Assist Reprod Genet*, 25 (5), 191-195.
6. Chopade S., Chopade DK., Harde H. (2012). Impact of Chromosomal Heteromorphisms on Recurrent Miscarriages. *Human Genetics & Embryology*, 2 (101).
7. De la Fuente-Cortes B. E., Cerda-Flores R. M., Davila-Rodriguez M. I. et al (2009). Chromosomal abnormalities and polymorphic variants in couples with repeated miscarriage in Mexico. *Reprod Biomed Online*, 18 (4), 543-548.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG CƯỜNG CẬN GIÁP THỨ PHÁT Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI ĐÃ LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Đỗ Văn Tùng*, Lý Thị Thoa*, Phùng Chí Kiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỷ lệ cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân suy thận mạn tính giai đoạn cuối đã lọc máu chu kỳ, mô tả các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân cường cận giáp. **Đối tượng nghiên cứu:** 22 bệnh nhân lọc máu chu kỳ tại khoa thận tiết niệu và lọc máu bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 4/2017 đến tháng 10/2017. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ là 45,9%, nồng độ PTH trung bình là 51,3 ± 58,4 pmol/l, có mối tương quan chặt chẽ giữa nồng

độ PTH và nồng độ calci máu và nồng độ men phosphatase kiềm, Triệu chứng thường gặp là ngứa, đau cơ, thiếu máu. **Kết luận:** cường cận giáp thứ phát là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ nên cần được phát hiện và điều trị sớm.

Từ khóa: cường cận giáp thứ phát, suy thận mạn tính, lọc máu chu kỳ.

SUMMARY

SECONDARY HYPERPARATHYROIDISM IN CHRONIC KIDNEY DISEASE WITH HEMODIALYSIS

Aims: to survey clinical symptoms, subclinical symptoms and the percentage of secondary hyperparathyroidism at chronic kidney disease with hemodialysis. **Subjective:** consist of 22 patients, diagnosed chronic kidney disease with hemodialysis in Nepro-Urology and Dialysis Department, Thai Nguyen National Hospital from april 2017 to october 2017. **Method:** prospective cross-sectional description. **Results:** there was 45,9% patients who have

*Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Tùng
Email: Drtungtn@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.11.2017
Ngày phản biện khoa học: 11.01.2018
Ngày duyệt bài: 23.01.2018

secondary hyperparathyroidism, the moderate concentrate of serum PTH was $51,3 \pm 58,4$ pmol/l, there were correlated between the concentrate of serum of PTH and the concentrate of serum ion calcium, serum total calcium, alkaline phosphatase.

Conclusion: The secondary hyperparathyroidism is a frequent complication of chronic kidney disease with hemodialysis.

Keyword: hyperparathyroidism, chronic kidney disease, hemodialysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là bệnh lý suy giảm dần và không hồi phục chức năng của thận do nhiều nguyên nhân khác nhau, ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân và làm tiêu tốn ngân sách y tế của bất kì quốc gia nào. Ngày nay, cùng với những tiến bộ y học, bệnh nhân bệnh thận mạn được chăm sóc tốt về nhiều phương diện với nhiều phương pháp khác nhau nên tuổi thọ của bệnh nhân ngày càng nâng cao kéo theo nó là tỉ lệ các biến chứng như bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, loạn dưỡng xương do thận... đặc biệt suy thận giai đoạn cuối [5].

Cường cận giáp trạng thứ phát (Secondary hyperparathyroidism) là một rối loạn mắc phải, xảy ra thứ phát sau những rối loạn nguyên phát khác nhau, thường thấy ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính (chronic kidney disease – CKD), đặc biệt là bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Đặc trưng của cường cận giáp thứ phát do Suy thận mạn là tình trạng tăng chức năng của tuyến cận giáp để đáp ứng với tình trạng mất cân bằng calci – phospho do suy giảm chức năng thận. Triệu chứng lâm sàng của Cường cận giáp thứ phát do Suy thận mạn thường khởi phát từ từ, âm ỉ và không có triệu chứng rõ ràng. Khi có các triệu chứng lâm sàng, thường nó gây ra các biến đổi về xương, rối loạn chuyển hóa chất khoáng, đặc biệt nghiêm trọng khi nó liên quan tới các biến chứng về tim mạch, làm tăng tỉ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân này [4]. Do đó chúng ta cần kiểm soát bệnh sớm từ khi các triệu chứng lâm sàng chưa điển hình để đem lại chất lượng cuộc sống tốt nhất có thể cho bệnh nhân, hạn chế các biến chứng nặng nề. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu sau:

1. *Xác định tỷ lệ cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối đã lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*

2. *Mô tả các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân cường cận giáp thứ phát do bệnh thận mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 122

bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đã lọc máu chu kỳ tại khoa Thận Tiết niệu và lọc máu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối theo hội thận học Hoa Kỳ (2002) (guide line 2000) khi bắt đầu được điều trị thay thế bằng thận nhân tạo ngoại trú tại khoa Thận – Tiết niệu và lọc máu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh lý ác tính như: ung thư, u lympho, đa u tủy xương; đợt nhiễm khuẩn cấp tính; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Một số tiêu chuẩn khác

*Chẩn đoán thiếu máu: Dựa vào các chỉ số hồng cầu, Hemoglobin (Hb), Hematocrit (Hct). Ở người Việt Nam thiếu máu được xác định khi nồng độ Hb < 120g/L hoặc Hct < 37%.

*Tiêu chuẩn chẩn đoán cường cận giáp: Nồng độ PTH máu tăng trên 5 lần giá trị bình thường (trên 300pg/ml hoặc trên 33pmol/l) ở bệnh nhân STM hay bệnh nhân lọc máu chu kỳ/l.

*Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn Calci máu

- Nồng độ Calci máu bình thường khi nồng độ Calci máu từ 2,1 – 2,37mmol/l.

- Nồng độ Calci máu cao khi nồng độ Calci máu > 2,54mmol/l.

- Nồng độ Calci máu hạ khi nồng độ Calci máu < 2,1 mmol/l. (Mahendra Agraharkar (2010), "Hypercalcemia", Medscape reference, Mar 18, 2010.)

*Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn Phospho máu

- Nồng độ Phospho máu nên duy trì ở mức: 1,13 – 1,78mmol/l

- Nồng độ Phospho máu hạ: < 1,13 mmol/l

- Nồng độ Phospho máu tăng: > 1,78mmol/l

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: khoa Nội thận tiết niệu và lọc máu, Bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 4/2017 đến tháng 10/2017

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang

- Phương pháp chọn mẫu là chọn mẫu thuận tiện.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- **Các chỉ tiêu chung:** Tuổi, giới, nghề nghiệp, chiều cao cân nặng, thời gian phát hiện bệnh, thời gian lọc máu.

- **Các chỉ tiêu lâm sàng:**

- Đau xương: Mức độ có thể từ đau rất nhẹ cho đến rất nặng, không cử động được. Cảm giác đau thường mơ hồ, cảm giác đau sâu vùng thắt lưng cùng, khớp háng, gối và hai bên cẳng chân.

Có thể gãy xương bệnh lý, thường gặp ở cổ xương đùi và xẹp đốt sống.

- Yếu cơ: Yếu cơ, đặc biệt là các cơ gốc chi có thể làm bệnh nhân giảm khả năng vận động.

- Ngứa: Ngứa là do lắng đọng calci trong da, rất thường gặp ở bệnh nhân CCGTP nặng. Ngứa có thể tồn tại lâu dài, gây mất ngủ, ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân.

- Hoại tử da do calci: Hoại tử da có thể gặp do thiếu máu cục bộ ngoại biên hoặc do calci hoá các tiểu động mạch gây loét da. Tổn thương da đặc trưng là những vùng nhạt màu, hay gặp ở đầu ngón chân, ngón tay, mắt cá, đùi kèm theo đau tại chỗ. Nặng hơn, tổn thương có thể tiến triển dẫn đến xuất huyết và thiếu máu cục bộ hoại tử khô.

- Viêm quanh khớp: Bệnh nhân đau dữ dội kèm sưng, nóng đỏ xung quang một hoặc nhiều khớp. Đau có thể ở mắt cá chân hoặc ở bàn chân mà không có dấu hiệu viêm tại chỗ.

- Đứt gân tự phát: Thường xảy ra ở gân cơ tứ đầu, tam đầu, các gân duỗi các ngón tay.

- Biến dạng xương: Uốn cong xương chày, xương đùi, biến dạng các đầu xương, hay gặp đầu xương dài phình ra ở tuổi thiếu niên.

- Calci hoá ngoài xương: Calci hoá các động mạch kích thước trung bình; calci hoá cạnh khớp và khối u calci; calci hoá nội tạng: tim, phổi, thận...

- Chậm phát triển: Gặp ở trẻ em bị suy thận mạn.

- Các triệu chứng khác: Đau bụng, buồn nôn, nôn, chán ăn; viêm tụy; loét dạ dày (do nồng độ calci máu cao kích thích dạ dày tiết nhiều dịch vị acid); lú lẫn, suy giảm trí nhớ; bệnh lý thần kinh ngoại biên; thiếu máu, giảm bạch cầu (do phá huỷ tuỷ xương), giảm chức năng tiểu cầu; tăng huyết áp, bệnh lý cơ tim (phì đại thất trái)

- **Các chỉ tiêu cận lâm sàng:** Nồng độ calci máu; Phospho máu; Phosphatase kiềm; Nồng độ PTH máu; Nồng độ Hemoglobin, số lượng hồng cầu, hematocrit.

2.5 Phương pháp thu thập số liệu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn V đang lọc máu chu kỳ tại khoa đều được hỏi bệnh, khám bệnh, làm các xét nghiệm và thu thập số liệu theo mẫu bệnh án có sẵn

2.6. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 16.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Quá trình tiến hành nghiên cứu tuân thủ đầy đủ những chuẩn mực cơ bản nhất về đạo đức nghiên cứu y sinh học ở Việt Nam

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Phân bố theo tuổi và giới

Giới Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
20 – 29	3	2,5	5	4,1	8	6,6
30 – 39	8	6,6	5	4,1	13	10,7
40 – 49	17	13,9	4	3,3	21	17,2
50 – 59	17	13,9	13	10,6	30	24,5
≥ 60	21	17,2	29	23,8	50	41
Tổng	66	54,1	56	45,9	122	100

Tuổi trung bình: $53,9 \pm 14$ tuổi

Nhận xét: Độ tuổi gặp nhiều nhất là từ 60 tuổi trở lên chiếm 41%.

3.2. Tỷ lệ cường cận giáp thứ phát

Bảng 2: Tỷ lệ cường cận giáp thứ phát

Thời gian lọc máu	Không CCG		Có CCGTP		Tổng n (%)
	N	%	n	%	
Dưới 5 năm	37	30,3	24	19,7	61 (50)
Từ 5 năm trở lên	29	23,8	32	26,2	61 (50)
Tổng	66	54,1	56	45,9	122 (100)

Nhận xét: Tỷ lệ cường cận giáp thứ phát là 45,9%, nhóm bệnh nhân lọc máu từ 5 năm trở lên có tỷ lệ bệnh nhân cường cận giáp thứ phát cao hơn nhóm lọc máu dưới 5 năm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Bảng 3: Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Đau cơ	70	57,4
Yếu cơ	49	40,2
Ngứa	78	63,9
Thần kinh	56	45,9
Rối loạn tiêu hóa	35	28,7
Viêm quanh khớp	4	3,3
Biến dạng xương	3	2,5

Nhận xét: Dấu hiệu đau cơ và ngứa chiếm tỷ lệ cao nhất với 63,9% và 57,4%.

Bảng 4: Tình trạng thiếu máu

Tình trạng thiếu máu	Không CCG		Có CCGTP		Tổng n (%)
	n	%	n	%	
Bình thường	8	6,6	6	4,9	14 (11,5)
Thiếu máu nhẹ	24	19,7	21	17,2	45 (36,9)
Thiếu máu vừa	30	24,5	21	17,2	51 (41,7)
Thiếu máu nặng	4	3,3	8	6,6	12 (9,9)
Tổng	66	54,1	56	45,9	122 (100)

$p = 0,539$

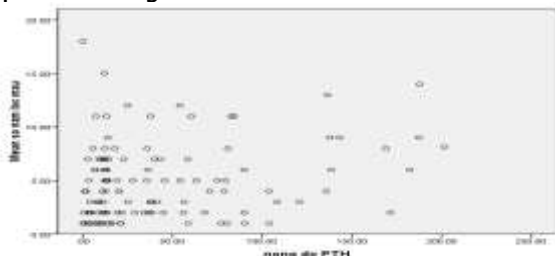
Nhận xét: Nhóm bệnh nhân bị CCGTP tỷ lệ thiếu máu trung bình chiếm tỷ lệ cao với 41,7%.

Bảng 5: Tình trạng rối loạn Calci – Phospho

Xét nghiệm cận lâm sàng	Giá trị trung bình $\pm$ ĐLC
Nồng độ PTH	$51,3 \pm 58,4$
Nồng độ Calci TP	$2,32 \pm 0,307$
Nồng độ Calci ion	$1,18 \pm 0,151$

Nồng độ Phospho	6,52 ± 28,9
Nồng độ ALP	154,15 ± 200,7

Nhận xét: Nồng độ PTH cao hơn so với giá trị bình thường.



Biểu đồ 1: Môi tương quan giữa thời gian lọc máu và nồng độ PTH

Nhận xét: Những bệnh nhân có nồng độ PTH từ 100 pmol/l trở lên chủ yếu tập trung ở đối tượng có thời gian lọc máu từ 5 năm trở lên.

Bảng 6: Môi tương quan giữa nồng độ PTH với calci, phospho, ALP

Hệ số tương quan r	Calci TP	Calci ion	Phospho	ALP
	0,6	0,38	0,06	0,78

Nhận xét: Có mối tương quan thuận chặt chẽ giữa nồng độ PTH với nồng độ ALP, nồng độ Calci máu với hệ số $r > 0,3$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi của bệnh nhân phân bố rộng từ 22 đến 87 tuổi. Độ tuổi trung bình là $53,9 \pm 14$ tuổi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Duy Cường. Bệnh nhân trong độ tuổi lao động chiếm phần lớn 59%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1 phù hợp với các nghiên cứu khác tỷ lệ bệnh nhân nam bị bệnh thận mạn cao hơn so với nữ giới [4].

Tỷ lệ cường cận giáp thứ phát trong cả nhóm nghiên cứu là 45,9%, trong đó nhóm bệnh nhân lọc máu từ 5 năm trở lên có tỷ lệ bệnh nhân cường cận giáp thứ phát cao hơn nhóm lọc máu dưới 5 năm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,015$. Nhóm lọc máu từ 5 năm trở lên có tỷ lệ cường cận giáp chiếm 57% trong khi đó nhóm lọc máu dưới 5 năm chỉ có 39%. Kết quả của chúng tôi khác so với tác giả Nguyễn Huy Cường, theo tác giả không có bệnh nhân cường cận giáp trong nhóm bệnh nhân lọc máu dưới 5 năm [4]. Tỷ lệ cường cận giáp thứ phát trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể do mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân khác nhau tùy từng nơi.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân cường cận giáp thứ phát

4.2.1 Triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng thường gặp của bệnh nhân là đau cơ

57,4%, yếu cơ 40,2%, triệu chứng thần kinh 45,9%, triệu chứng gặp nhiều nhất là ngứa chiếm 63,9% bệnh nhân, ít gặp viêm quanh khớp, biến dạng xương. Nghiên cứu không có bệnh nhân gãy xương tự nhiên hay đứt gân thứ phát.

4.2.2 Triệu chứng cận lâm sàng:

- **Tình trạng thiếu máu:** Kết quả bảng 4 cho thấy hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có thiếu máu chiếm 88,5%. Trong đó tỷ lệ thiếu máu mức độ vừa là cao nhất 41%. Thiếu máu cả trong nhóm bệnh nhân có chức năng tuyến cận giáp bình thường và nhóm có cường cận giáp thứ phát. Nhóm cường cận giáp thứ phát có số bệnh nhân thiếu máu mức độ nặng cao hơn tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền số bệnh nhân suy thận mạn có thiếu máu là 80%, nhóm bệnh thận mạn giai đoạn V có tới 96,7% có triệu chứng thiếu máu [5].

- **Nồng độ PTH và một số xét nghiệm khác:** Theo kết quả nghiên cứu tại bảng 5 nồng độ PTH tăng cao ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ. Nồng độ trung bình là $51,3 \pm 58,4$ pmol/l cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Duy Cường [4].

Theo biểu đồ 1 cho ta thấy bệnh nhân có nồng độ PTH trên 33pmol/l có trong cả nhóm lọc máu dưới 5 năm và trên 5 năm. Tuy nhiên bệnh nhân có nồng độ PTH từ 55pmol/l chủ yếu gặp ở bệnh nhân lọc máu từ 5 năm trở lên. Như vậy bệnh nhân lọc máu lâu năm, chức năng thận càng suy giảm thì nồng độ PTH càng cao.

- **Mối tương quan giữa PTH với nồng độ calci, phospho, phosphatase kiềm:** Kết quả bảng biểu 6 cho thấy có thấy mối tương quan thuận chặt chẽ giữa nồng độ PTH với nồng độ calci máu và nồng độ phosphatase kiềm với $r > 0,3$, điều này chứng tỏ bệnh nhân cường cận giáp chưa khi bệnh nhân có nồng độ calci máu cao cần lưu ý can thiệp sớm để hạn chế cường cận giáp. Bệnh nhân cường cận giáp có nồng độ men phosphatase kiềm tăng, nồng độ calci máu cao càng tăng nguy cơ hủy xương, loãng xương hay gãy xương cũng như nguy cơ tim mạch càng cao.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ là 45,9%.

- Nhóm bệnh nhân lọc máu từ 5 năm trở lên có 54,5% cường cận giáp thứ phát.

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ngứa, đau cơ, yếu cơ, thiếu máu.

- Nồng độ PTH trung bình là $51,3 \pm 58,4$ pmol/l.

- Có mối tương quan thuận giữa nồng độ PTH với nồng độ calci máu, enzym phosphatase kiềm.

KHUYẾN NGHỊ

Cần chỉ định thường qui các xét nghiệm nồng độ PTH, calci, phospho, men phosphatase kiềm để phát hiện điều trị sớm các biểu hiện của cường cận giáp thứ phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2015).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lý thận tiết niệu, tr 66-69.
2. **National Kidney Foundation.** K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Bone Metabolism and

Disease in Chronic Kidney Disease. Am J Kidney Dis 42:S1-S202, 2003 (suppl 3)

3. **K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Anemia of Chronic Kidney Disease,** 2000
4. **Nguyễn Duy Cường** "Nghiên cứu tình trạng cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Thái Bình". Tạp chí Y học thực hành (914) số 4/2014, trang 19-21.
5. **Nguyễn Thị Huyền, Đỗ Gia Tuyền, Đinh Thị Kim Dung.** "Nghiên cứu tình trạng cường cận giáp thứ phát và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy thận mạn chưa điều trị thay thế". Tạp chí y học lâm sàng số 39 tháng 4/2009, trang 37-41.

TÁC ĐỘNG CỦA BỔ SUNG THUỐC ỨC CHẾ ENZYM DPP4 LÊN TÌNH TRẠNG KHÁNG INSULIN, CHỨC NĂNG TẾ BÀO BÊTA Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐANG DÙNG THUỐC UỐNG HẠ ĐƯỜNG MÁU

Lê Thị Việt Hà*, Đoàn Văn Đệ**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của bổ sung thuốc ức chế enzym DPP4 lên tình trạng kháng insulin, chức năng tế bào beta ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 đang dùng thuốc uống hạ đường máu. **Đối tượng và phương pháp:** NC so sánh tình trạng kháng insulin, chức năng tế bào beta bằng HOMA2 trước và sau bổ sung thuốc ức chế enzym DPP4 vào các thuốc uống hạ đường máu khác ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2. Tuổi của ĐTNC 54,13 ± 10,11 tuổi, tỉ lệ nữ giới 52,5%, nam 47,5%. GMLĐ trung bình 8.62 ± 1.67mmol/l, HbA1C trung bình 7.93±0.83%. Tất cả các BN được dùng sitagliptin, liều 50mg/ngày từ tuần 1-12 là 23,8% và tuần 12-24 là 26,7% và liều 100mg/ngày từ tuần 1-12 là 76,4%, tuần 12-24 là 73,3%. **Kết quả:** Sau 24 tuần, GMLĐ và HbA1C giảm so với ban đầu lần lượt 1,91 ± 1,90mmol/l và 1,45 ± 1,0 %, nồng độ insulin và C peptid huyết tương lúc đói giảm lần lượt là 17,32 ± 17,31pmol/l, 0,34 ± 0,28nmol/l. Chỉ số tăng HOMA2-IR theo insulin và C peptid giảm lần lượt là 0,43 ± 0,38 và 1,04 ± 0,81, chỉ số giảm HOMA -%B theo insulin và C peptid tăng lần lượt là 17,22 ± 25,88 và 14,90 ± 34,55. Tất cả đều có ý nghĩa thống kê. Sau 24 tuần tỉ lệ BN có tăng HOMA2-IR theo insulin và Cpeptid giảm lần lượt là 61,4% và 67,3% so với ban đầu (89,1% và 91,1%), có ý nghĩa. Tỉ lệ BN có giảm HOMA2-% B tính theo insulin giảm từ 96,0% xuống 65,3 (có ý nghĩa thống kê), tỉ lệ BN có giảm HOMA2 - % B tính theo C peptid giảm từ 81,2% xuống 58,4% nhưng không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Bổ sung sitagliptin vào điều trị ở BN ĐTĐ typ 2 đang dùng các thuốc uống hạ đường máu khác có tác dụng cải thiện chức năng tế bào beta và giảm tình trạng kháng insulin bên cạnh cải thiện đường máu.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTS OF DPP4 INHIBITOR ON INSULIN RESISTANCE, BETA CELL FUNCTION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES WHO ARE TAKING ORAL HYPOLYCEMICS

Objectives: To evaluate the effect of DPP4 inhibitor on insulin resistance, beta cell function in patients with type 2 diabetes who are taking oral hypoglycemics. **Subjects and methods:** Research compared insulin resistance, beta-cell function with HOMA2 before and after addition of DPP4 inhibitor to other oral hypoglycemic agents in type 2 diabetic patients., statistically significant. statistically significant. The mean age 54,13 ± 10,11 years old, 52.5% female, 47.5% male. Average were fasting plasma glucose (FPG) was 8.62 ± 1.67 mmol / l, Average HbA1C was 7.93 ± 0.83%. All patients receiving sitagliptin at a dose of 50mg/day from week 1-12 were 23.8% and week 12-24 were 26.7% and 100mg/day from week 1-12 were 76.4%, week 12 -24%. **Result:** After 24 weeks, FPG and HbA1C decreased by 1.91 ± 1.90 mmol/l and 1.45 ± 1.0%, decreased plasma concentrations of insulin and C peptide by 17,32 ± 17.31 pmol/l ; 0.34 ± 0.28nmol/l. The HOMA2-IR increase insulin and C peptide decreased by 0.43±0.38 and 1.04 ± 0,81, decreased HOMA % B by insulin and C peptide increased by 17.22 ± 25.88 and 14.90 ± 34.55. All are statistically significant. After 24 weeks, the proportion of patients with increased HOMA2-IR by insulin and C-peptid decreased by 61.4% and 67.3%, compared the baseline (89.1% and 91.1%) statistically significant. The percentage of patients with decreased HOMA2 -% B by insulin decreased from 96.0% to 65.3 (statistically significant), the rate of patients with decreased HOMA2 -% B by C peptide decreased from 81.2% to 58.4% but not statistically significant. **Conclusion:** Sitagliptin supplementation in patients with type 2 diabetes who are taking other oral hypoglycemic agents has been shown to improve beta-cell function and decrease insulin resistance along with improved blood glucose levels.

Key words: Type 2 diabetes, Dipeptidyl Peptidase Inhibitor, Insulin resistance, Beta-cell function.

*Bệnh viện nội tiết TW

**Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Việt Hà

Email: drvietha72@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2018

Ngày duyệt bài: 25.01.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng insulin và suy giảm chức năng tế bào beta là những cơ chế bệnh sinh chính của bệnh ĐĐT týp 2. Hiện nay, các biện pháp điều trị nhằm tác động vào các cơ chế sinh bệnh trên. Mỗi loại thuốc điều trị tăng đường máu ở BN ĐĐT týp 2 tác động đến các cơ chế bệnh sinh khác nhau. Các thuốc ức chế enzyme dipeptidyl peptidase-4 inhibitor (DPP4) là nhóm thuốc uống tương đối mới có cơ chế tác động riêng biệt trong điều trị đái tháo đường týp 2. Nhóm thuốc này ức chế enzyme DPP4 do đó kéo dài thời gian tồn tại trong máu của các incretin nội sinh trong máu. Thông qua tác dụng của incretin nội sinh các thuốc ức chế DPP4 kích thích tế bào beta là tăng tiết insulin và ức chế bài tiết glucagon phụ thuộc glucose [4], các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh hiệu quả của các thuốc này cải thiện đường máu, chức năng tế bào beta và riêng sitagliptin là một nhóm thuốc có cải thiện tình trạng kháng insulin [5]. Ở Việt nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá đồng thời chức năng tế bào beta và kháng insulin được điều trị có sử dụng phối hợp thuốc ức chế enzyme DPP4 vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tác dụng của bổ sung thuốc ức chế DPP4 lên tình trạng kháng insulin, chức năng tế bào beta ở bệnh nhân ĐĐT týp 2 đang dùng thuốc uống hạ đường máu", với mục tiêu: *Đánh giá sự thay đổi chức năng tế bào beta và kháng insulin sau khi bổ sung thuốc ức chế DPP4 vào các thuốc hạ đường máu khác ở bệnh nhân ĐĐT týp 2 đang dùng thuốc uống hạ đường máu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: BN ĐĐT týp 2 được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của WHO (1998) và đang uống các thuốc hạ đường máu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Mức HbA1c dao động từ 7,0% đến 10,0%
- Đang được điều trị thuốc uống hạ đường máu đơn trị hoặc kết hợp (không thuộc nhóm ức chế DPP-4) tại BVNT ít nhất 3 tháng trước khi nghiên cứu.

- GMLĐ <16mmol/L, Glucose máu sau ăn 2h (GMSA 2h) < 19mmol/L

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN đang trong tình trạng nặng hoặc cấp tính: Hôn mê, tiền hôn mê, hạ đường máu, cơn tăng huyết áp kịch phát, cơn đau thắt ngực không ổn định, tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim, rối loạn đông máu, suy kiệt nặng.

- Bệnh thận mạn giai đoạn 3a trở lên.
- Sử dụng bất kỳ chất ức chế DPP4, antagonist GLP-1 hoặc insulin

- Men gan tăng ≥ 3 giá trị cao của bình thường;

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: đánh giá sự thay đổi chức năng tế bào beta và kháng insulin sau khi bổ sung thuốc ức chế DPP4 vào các thuốc hạ đường máu khác ở BN ĐĐT týp 2 mà không đạt HbA1c mục tiêu dưới 7,0%. Các thuốc hạ đường máu đường uống ban đầu và liều lượng thuốc không thay đổi trong thời gian điều trị. Sitagliptin (ức chế DPP-4), thêm vào với liều lượng bắt đầu 50 hoặc 100mg/ngày, liều tăng lên 100mg/ngày ở tuần 12 nếu HbA1c vẫn trên 7,0%. Thời gian can thiệp là 24 tuần.

2.2.2. Chọn mẫu: Theo phương pháp thuận tiện

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu: bao gồm tuổi, giới tính, BMI, GMLĐ, HbA1C, nồng độ insulin và C-peptid, chỉ số HOMA -IR và HOMA-% B lúc ban đầu và sau 24 tuần.

***Tính chỉ số HOMA:** dựa theo cặp chỉ số glucose máu khi đói (mmol/l) insulin (pmol/l) và C-peptid (nmol/l).

Tính chỉ số kháng insulin bằng phần mềm HOMA calculator phiên bản 2.2.3 (2013), do Đại học Oxford (Vương quốc Anh) cung cấp trên trang web: theo từng cặp: HOMA2% B (ins) - HOMA2% B (Cpep) và HOMA2% IR (ins) - HOMA2% IR (Cpep)

Chẩn đoán kháng insulin: dựa vào chỉ số HOMA - IR, theo WHO 1999 [3].

Chẩn đoán giảm chức năng tế bào beta: dựa vào chỉ số HOMA2 - %B.

2.4. Kỹ thuật phân tích số liệu: SPSS 20.0. Tính tỷ lệ, giá trị trung bình (t test).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nam	48	47,5
Nữ	53	52,5
Chung (n) %	101	100,0
Trung bình $\pm$ SD tuổi	54,1 $\pm$ 10,1 tuổi	
Trung bình $\pm$ SD BMI	23.5 $\pm$ 2.1 (kg/m ²)	

Nhận xét: Tổng số 101 BN ĐĐT týp 2. Nữ 52,5% và nam 47,5%. tuổi trung bình 53,14 tuổi, BMI trung bình 23.5 $\pm$ 2.1 (kg/m²). Sau 24 tuần còn 87 BN.

3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc hạ đường máu trước nghiên cứu

Bảng 3.2. Sử dụng thuốc hạ glucose máu trước nghiên cứu

Sử dụng thuốc		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Đơn trị hoặc kết hợp (%)
Đơn trị liệu	Metformin	61	60.4	100.0
Kết hợp	Sulfonylurea + Metformin	35	34.6	87.5
	Sulfonylurea + Acarbose	1	1.0	2.5
	Metformin + Acarbose	2	2.0	5.0
	Sulfonylurea + Metformin + Acarbose	2	2.0	5.0

Nhận xét: Trước khi can thiệp, tất cả các BN đều chỉ dùng thuốc hạ đường máu đường uống (không có BN dùng insulin). Metformin đơn trị chiếm tỉ lệ cao nhất và được đa số các BN sử dụng (60,4%). 39,6% BN dùng thuốc phối hợp với thuốc uống hạ đường máu, trong đó kết hợp sulfonylurea và metformin, chiếm 34,6% trong số các BN và 87,5% trong số các kết hợp.

Đặc điểm đường máu, kháng insulin chức năng tế bào beta ban đầu

Bảng 3.3. Chỉ số glucose máu, kháng insulin, chức năng tế bào beta

Chỉ số glucose máu (n = 101)	Trung bình ± SD
GMLĐ (mmol/L) *	8.62 ± 1.67
A1C (%) *	7.93 ± 0.83
Insulin (pmol/l) *	83,54 ± 25,35
Tỉ lệ tăng Insulin [% (n)]	80,2 (81)
C-peptid (nmol/l) *	1,16 ± 0,36
Tỉ lệ tăng C-peptid [% (n)]	89,1(90)
HOMA2-IR (InS) *	1,75 ± 0,53

Bảng 3.5. Biến đổi giá trị trung bình insulin, C-peptid, chỉ số HOMA2- %B, HOMA2- IR sau 24 tuần so với ban đầu

Chỉ số	Ban đầu (n = 87)	Sau 24 tuần (n = 87)	Biến đổi (%)	p
GMLĐ (mmol/L)	8,50 ± 1,61	6,59 ± 0,95	-1,91 ± 1,90	<0,001
A1C (%)	7,87 ± 0,82	6,41 ± 0,74	-1,45 ± 1,00	<0,001
Insulin (pmol/l)	84,20 ± 25,33	66,89 ± 15,52	-17,32 ± 17,31	< 0,001
C-peptid (nmol/l)	1,18 ± 0,36	0,84 ± 0,19	-0,34 ± 0,28	< 0,001
HOMA2-%B (InS)	50,22 ± 18,74	67,43 ± 20,54	17,22 ± 25,88	< 0,001
HOMA2-%B (Cpep)	76,06 ± 25,16	90,96 ± 27,51	14,90 ± 34,55	< 0,001
HOMA2-%IR (InS)	1,76 ± 0,53	1,33 ± 0,32	-0,43 ± 0,38	< 0,001
HOMA2-%IR (Cpep)	3,07 ± 0,97	2,03 ± 0,49	-1,04 ± 0,81	< 0,001

Nhận xét: Sau điều trị 24 tuần nồng độ insulin và C-peptid huyết tương lúc đói, chỉ số HOMA2-IR theo insulin và C-peptid giảm đi, tất cả đều có ý nghĩa thống kê. Sau 24 tuần chỉ số HOMA2-%B theo insulin và C-peptid tăng, đều có ý nghĩa.

Bảng 3.6. Biến đổi tỉ lệ HOMA2-IR, HOMA2%-B sau 24 tuần so với ban đầu

Chỉ số	Ban đầu (n = 87)	24 tuần (n = 87)	p
HOMA2-IR (InS) (>1,125)	90 (89,1)	62 (61,4)	< 0,001
HOMA2-IR(C-pep) (>1,650)	92 (91,1)	68 (67,3)	< 0,05

Tỉ lệ tăng HOMA2-IR (InS) [% (n)]	89,1 (90)
HOMA2-IR (C-pep) *	3,03 ± 0,97
Tỉ lệ tăng HOMA2-IR (Cpep) [% (n)]	91,1(92)
HOMA2-%B (InS) *	48,90 ± 18,56
Tỉ lệ giảm HOMA2-%B (InS) [% (n)]	96,0 (97)
HOMA2-%B (C-pep) *	73,51 ± 25,1
Tỉ lệ giảm HOMA2-%B (Cpep) [% (n)]	81,2 (82)

*: Trung bình ± SD

Sự biến đổi đường máu, kháng insulin chức năng tế bào sau 24 tuần

Bảng 3.4. Sử dụng thuốc ức chế DPP-4 trong thời gian nghiên cứu

Tất cả các BN được dùng 50mg hoặc 100mg sitagliptin mỗi ngày cho đến tuần 12. Ở tuần thứ 12 liều sitagliptin hàng ngày tăng từ 50mg lên 100mg ở 5 BN.

Bảng 3.4. Sử dụng thuốc sitagliptin trong nghiên cứu

Sử dụng sitagliptin	Tuần 1 – 12 n (%)	Tuần 12 – 24 n (%)	p
Sitagliptin 50mg/ngày	24 (23,8)	27 (26,7)	> 0.05
Sitagliptin 100mg/ngày	77 (76,4)	74 (73,3)	> 0.05
X ± SD (mg/ngày)	88.1 ± 21.4	86.6 ± 22.2	> 0.05

Tất cả các thuốc hạ đường máu máu sử dụng trước NC và không thay đổi liều trong suốt thời gian NC. Tất cả các BN đều được dùng 50mg hoặc 100mg/ngày sitagliptin cho đến tuần thứ 12. Sau 12 tuần, 6 BN giảm liều sitagliptin từ 100mg xuống 50mg và 3 BN tăng liều sitagliptin từ 50mg lên 100mg/ ngày, do đó 26,7% và 73,3% BN dùng liều sitagliptin hàng ngày lần lượt là 50mg và 100mg. Điều đó làm giảm liều dùng hàng ngày trung bình từ 88,1mg xuống 86,6mg, không có ý nghĩa.

HOMA2-%B (InS) (<78,55)	97 (96,0)	66 (65,3)	< 0,001
HOMA2-%B(C-pep) (<96,25)	82 (81,2)	59 (58,4)	> 0,05

Nhận xét: Sau 24 tuần HOMA2-IR theo insulin và C-peptid và HOMA2-%B theo insulin đều giảm có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ HOMA2 – %B theo C-peptid biến đổi nhưng không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của ĐTNC: Giới NC của chúng tôi 47,5% nam và 49,2% nữ. Tỷ lệ mắc ĐTĐ týp 2 ở hai giới thay đổi tùy thuộc các NC và vùng dân cư khác nhau. NC của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả Nguyễn Thị Hồ Lan (2015) nữ 64,6% cao hơn nam 35,4% và Nguyễn Thị Thu Thảo (2014) nữ 52,0% cao hơn nam 48% [1],[2].

Tuổi ĐTNC phản ánh ĐTĐ týp 2 phổ biến ở những người cao tuổi, nhưng cũng cho thấy xu hướng trẻ hóa khi mắc ĐTĐ týp 2, NC chúng tôi tuổi trung bình 54,1 tuổi. NC của Nguyễn Thị Hồ Lan và Nguyễn Thị Thu Thảo cũng ghi nhận xu thế này [1],[2]. BMI là 23,49 kg/m², gần 2/3 là thừa cân hoặc béo phì (61,4%), tương tự NC của Nguyễn Thị Thu Thảo (2014) [2]. Sự gia tăng tỷ lệ thừa cân hoặc béo phì ở BN ĐTĐ týp 2 có thể phản ánh xu hướng chung của dân số theo thời gian.

Sử dụng thuốc hạ glucose máu trước nghiên cứu: Tất cả các BN đã được dùng thuốc hạ đường máu trước khi bắt đầu nghiên cứu. Khoảng 2/3 (60,4%) BN dùng liệu pháp metformin liệu pháp đơn trị liệu được sử dụng duy nhất. 39,6% BN có kết hợp thuốc hạ đường máu khác nhau, trong đó phối hợp metformin và sulfonylurea chiếm ưu thế với tỷ lệ 87,5% ở tất cả các kết hợp và 34,6% ở tất cả các BN. Tất cả các BN đều được dùng sitagliptin liều 50mg/ngày hoặc không thay đổi cho đến tuần 12. Khoảng 1/4 bệnh nhân dùng sitagliptin 50mg mỗi ngày là một nửa liều đầy đủ cho cả NC và 3/4 BN dùng liều 100mg mỗi ngày. Liều trung bình hàng ngày của sitagliptin là 88,1mg và 86,6mg trong 12 tuần đầu tiên và thứ hai 12 tuần.

Đặc điểm đường máu, kháng insulin, chức năng tế bào beta ban đầu

GMLĐ và HbA1C lần lượt là 8,62 mmol/L và 7,93%. Hầu hết các bệnh nhân không đạt được chỉ số GMLĐ của Bộ Y tế năm 2017 là 81,2% và 88,1%. Tất cả các bệnh nhân có HbA1C >7%. Hầu hết các BN trong NC của chúng tôi là BN ngoại trú kiểm soát lượng glucose trong máu của BN tốt hơn ở BN nhập viện trong các NC ở Việt Nam. Nguyễn Thị Hồ Lan ở BN ĐTĐ týp 2 nhập viện ở BVNTTW, giá trị trung bình của GMLĐ và HbA1C 12,1 mmol/L và 9,8% [1].

Charbonnel và cộng sự NC hiệu quả của sitagliptin (100mg/ngày) liệu pháp đơn trị

metformin đang dùng (≥ 1500 mg/ngày) ở BN ĐTĐ týp 2 HbA1c trung bình là 8% so với metformin đơn trị [5]. Sau 24 tuần GMLĐ và HbA1c nhóm sử dụng sitagliptin giảm đáng kể 1,4mmol/L và 0,65% (cả hai giá trị $p < 0,001$), tương ứng, so với các chỉ số trong nhóm đơn trị liệu metformin. Tỷ lệ BN tăng A1C <7% với sitagliptin (47,0%) so với giả dược (18,3%).

Hermansen và cộng sự [6] đã tiến hành một thử nghiệm đối chứng giả dược ngẫu nhiên trên 441 BN ĐTĐ týp 2 (ở độ tuổi 18-75) với HbA1c ban đầu là 8,34% ở glimepirid ($\geq$ mg / ngày) đơn trị hoặc kết hợp với metformin (≥ 1500 mg ngày) để so sánh hiệu quả của việc bổ sung sitagliptin 100 mg x 1 lần/ ngày hoặc giả dược trong 24 tuần. Sau 24 tuần, sitagliptin làm giảm HbA1c xuống 0,74% ($p < 0,001$) so với giả dược. Trong nhóm bệnh nhân dùng glimepiride cộng với metformin, sitagliptin làm giảm HbA1c 0,89% so với giả dược, so với giảm 0,57% trong nhóm BN dùng glimepiride đơn trị.

Nồng độ Insulin, C-peptid: Insulin máu trung bình $83,54 \pm 25,35$ (pmol/l) và C-peptid máu trung bình $1,16 \pm 0,36$ (nmol/l), tỷ lệ tăng insulin và C-peptid lần lượt là 80,2% và 89,1%, tương tự kết quả NC của Nguyễn Thị Thu Thảo [2], ghi nhận nồng độ insulin máu trung bình ở BN ĐTĐ týp 2 mới chẩn đoán lần đầu là $10,97 \pm 7,06$ μ U/ml, nồng độ C-peptid trung bình $2,81 \pm 1,35$ ng/ml tỷ lệ tăng insulin và C-peptid lần lượt là 43,8 và 54,8%.

Chỉ số HOMA2-IR (InS) và HOMA2-IR (C-pep) trung bình lần lượt là $1,75 \pm 0,53$ và $3,03 \pm 0,97$. Tỷ lệ BN có tăng HOMA2-IR theo cặp insulin 89,1% và C-peptid 91,2% phù hợp với kết quả Nguyễn Thị Thu Thảo (2014) đưa ra giá trị trung bình HOMA-IR là $1,82 \pm 1,19$ μ U/ml và HOMA-IR tính theo C-peptid là $3,06 \pm 2,05$ ng/ml và tỷ lệ có kháng insulin ở BN ĐTĐ týp 2 mới chẩn đoán tính theo insulin là 68,3% và C-peptid là 84,7% tương tự NC chúng tôi, NC Nguyễn Thị Hồ Lan HOMA2-IR theo C-peptid là $3,48 \pm 3,50$.

Chỉ số HOMA2-%B trung bình tính theo insulin và C-peptid lần lượt là $48,90 \pm 18,56$ và $73,51 \pm 25,1$, tỷ lệ giảm chức năng HOMA2-%B theo insulin và C-peptid lần lượt là 96,0% và 81,2%. Kết quả này phù hợp với kết quả Nguyễn Thị Thu Thảo theo insulin $37,38 \pm 32,13$ μ U/ml

và $51,91 \pm 37,41$ ng/ml tính theo C peptid và tương tự kết quả Nguyễn Thị Hồ Lan[1] HOMA2% B là $47,1 \pm 36,6$ tính theo C peptid và tác giả ngoài nước NC Hanefeld M và cộng sự (2007) [7] sau 12 tuần sitagliptin đơn trị BN có giảm HOMA%-B là 63,2 tăng lên 73,5 với $p \leq 0,05$.

Việc bổ sung các thuốc ức chế DPP-4 trong nghiên cứu

Trong đề tài của chúng tôi, tất cả các BN được dùng 50mg hoặc 100mg sitagliptin mỗi ngày cho đến tuần 12. Ở tuần thứ 12 liều sitagliptin hàng ngày tăng từ 50mg lên 100mg ở 5 BN. Thay đổi liều trong suốt thời gian NC, tất cả các BN đều được dùng 50mg hoặc 100mg sitagliptin mỗi ngày cho đến tuần thứ 12. Tuần 1 đến tuần 12, 23,8% và 76,4% BN sử dụng sitagliptin hàng ngày 50mg và 100mg. Sau 12 tuần, 6 BN giảm liều sitagliptin từ 100mg xuống 50mg và 3 BN tăng liều sitagliptin từ 50mg lên 100mg/ngày, do đó 26,7% và 73,3% BN dùng liều sitagliptin hàng ngày lần lượt là 50mg và 100mg. Điều đó làm giảm liều dùng hàng ngày trung bình từ 88,1mg xuống 86,6mg, không có ý nghĩa. Bổ sung sitagliptin cho những BN đã dùng thuốc ĐTĐ đơn trị liệu hoặc kết hợp thuốc kiểm soát lượng đường trong máu của BN đã được cải thiện đáng kể với việc giảm đáng kể GMLĐ, và HbA1C trung bình, và tỉ lệ BN đạt được glucose máu mục tiêu cao.

Sau 24 tuần, GMLĐ và HbA1C giảm so với ban đầu lần lượt $1,91 \pm 1,90$ mmol/l và $1,45 \pm 1,0\%$. Nồng độ insulin và C peptid huyết tương lúc đói giảm so với ban đầu lần lượt là $17,32 \pm 17,31$ pmol/l, $0,34 \pm 0,28$ nmol/l. Chỉ số tăng HOMA2-IR theo insulin và C peptid giảm lần lượt là $0,43 \pm 0,38$ và $1,04 \pm 0,81$. Chỉ số HOMA -%B theo insulin và C peptid tăng lần lượt là $17,22 \pm 25,88$ và $14,90 \pm 34,55$. Tất cả các thay đổi đều có ý nghĩa thống kê.

Sau 24 tuần tỉ lệ BN có tăng HOMA2-IR theo insulin và Cpeptid giảm lần lượt là 61,4% và 67,3% so với ban đầu (89,1% và 91,1%), có ý nghĩa. Tỉ lệ BN có giảm HOMA2 – %B tính theo insulin giảm từ 96,0% xuống 65,3 (có ý nghĩa thống kê), tỉ lệ BN có giảm HOMA2 – %B tính theo C peptid giảm từ 81,2% xuống 58,4% nhưng không có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

BN ĐTĐ typ 2 không kiểm soát được metformin đơn trị hoặc kết hợp các thuốc uống khác, sau bổ sung thêm thuốc ức chế DPP4 24 tuần đã cải thiện tình trạng kháng insulin và chức năng tế bào beta bên cạnh việc cải thiện

đường máu.

GMLĐ và HbA1C giảm so với ban đầu lần lượt $1,91 \pm 1,90$ mmol/l và $1,45 \pm 1,0\%$, nồng độ insulin và C peptid huyết tương lúc đói giảm lần lượt là $17,32 \pm 17,31$ pmol/l, $0,34 \pm 0,28$ nmol/l., Chỉ số tăng HOMA2-IR theo insulin và C peptid giảm lần lượt là $0,43 \pm 0,38$ và $1,04 \pm 0,81$, chỉ số giảm HOMA-%B theo insulin và C peptid tăng lần lượt là $17,22 \pm 25,88$ và $14,90 \pm 34,55$. Tất cả đều có ý nghĩa thống kê.

Sau 24 tuần tỉ lệ BN có tăng HOMA2-IR theo insulin và Cpeptid giảm lần lượt là 61,4% và 67,3% so với ban đầu (89,1% và 91,1%), có ý nghĩa. Tỉ lệ BN có giảm HOMA2 – %B tính theo insulin giảm từ 96,0% xuống 65,3 (có ý nghĩa thống kê), tỉ lệ BN có giảm HOMA2 – %B tính theo C peptid giảm từ 81,2% xuống 58,4% nhưng không có ý nghĩa thống kê.

KHUYẾN NGHỊ

Nên bổ sung sớm thuốc ức chế DPP4 vào điều trị ở BN ĐTĐ typ 2 đang dùng các thuốc uống hạ đường máu khác làm cải thiện chức năng tế bào beta và giảm tình trạng kháng insulin bên cạnh cải thiện đường máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hồ Lan (2015) "Nghiên cứu nồng độ glucagon like peptide-1 ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 tại BV Nội tiết TW". Luận văn chuyên khoa 2,
2. Nguyễn Thị Thu Thảo (2014) "Nghiên cứu tình trạng đề kháng insulin và chức năng tế bào beta ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 mới được chẩn đoán". *Y học thực hành số 929+930*, 129.
3. Katsuki AY, Sumida Y, Gabazza EC, et al (2001) "Homeostasis model assessment is a reliable indicator of insulin resistance during follow-up of patients with type 2 diabetes". *Diabetes Care*, 362-5.
4. Ahren B, Foley JE (2016) "Improved glucose regulation in type 2 diabetic patients with DPP-4 inhibitors: focus on alpha and beta cell function and lipid metabolism". *Diabetologia*, 59 (5), 907-17.
5. Charbonnel B., Karasik A., Liu J., et al (2006) "Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin added to ongoing metformin therapy in patients with type 2 diabetes inadequately controlled with metformin alone". *Diabetes Care*, 29 (12), 2638-43.
6. Hermansen K, Kipnes M, Luo E, et al (2007) "Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on glimepiride alone or on glimepiride and metformin". *Diabetes Obes Metab*, 9 (5), 733-45.
7. Hanefeld M, Herman G A, Wu M, et al (2007) "Once-daily sitagliptin, a dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, for the treatment of patients with type 2 diabetes". *Curr Med Res Opin*, 23 (6), 1329-39.

THỰC TRẠNG MẤT NGỦ CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Hải Vân*, Lại Thanh Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng của mất ngủ trên các bệnh nhân tăng huyết áp (THA) tại Bệnh viện Y học cổ truyền (YHCT) Trung Ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn JNC VII đang được điều trị nội trú tại Bệnh viện YHCT Trung Ương từ 01/01/2017 đến 31/03/2017. **Kết quả:** tỉ lệ mất ngủ trên bệnh nhân THA là 81,58%; tỉ lệ mất ngủ cao nhất ở nhóm ≥ 70 tuổi (63,22%), thấp nhất ở nhóm < 50 tuổi (0,65%); 43,87% bệnh nhân có thời lượng ngủ 3 – 4 giờ trong đêm; 79,35% bệnh nhân có hiệu quả giấc ngủ rất kém; rối loạn trong đêm thường gặp nhất là tiểu đêm (90,82%) và mệt mỏi là triệu chứng hay gặp nhất vào ban ngày (80,87%). Kiểu mất ngủ khó duy trì giấc ngủ chiếm tỉ lệ cao nhất (95,39%), sau đến là khó vào giấc ngủ và dậy quá sớm với tỉ lệ lần lượt là 85,81%; 70,71%.

Từ khóa: mất ngủ, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

SITUATION OF INSOMNIA ON HYPERTENSION PATIENT IN NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE

Objective: Describe clinical characteristics of insomnia on hypertension patient in National Hospital of Traditional medicine. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. Subject: In-Patients were diagnosed hypertension in National Hospital of Traditional medicine from 01/01/2017 to 31/03/2017. **Result:** 81.58% hypertension patient had insomnia, max in ≥ 70 year old group (63.22%), min in < 50 year old (0.65%); 43.87% patient slept 3–4h per night, 79.35% patient had bad sleeping effect, pissing was most trouble at night (90.82%) and fatigue was the most common symptom of the day. Difficulty to maintain sleep type was highest rate (95.39%), difficulty to maintain sleep type was 85.81% and the percentage of getting up early was 70.71%.

Key words: insomnia, clinical characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngủ là một trạng thái sinh lý bình thường của cơ thể có tính chất chu kỳ ngày đêm, trong đó toàn bộ cơ thể được nghỉ ngơi, tạm ngừng hoạt động tri giác và ý thức, các cơ bắp giãn mềm, các hoạt động hô hấp, tuần hoàn chậm lại [1]. Giấc ngủ giúp cơ thể nghỉ ngơi và phục hồi năng

lượng sau một ngày hoạt động. Thời gian ngủ trung bình của một người bình thường khoảng 7 - 8 tiếng mỗi đêm. Mất ngủ kéo dài sẽ dẫn đến giảm trí nhớ, giảm sút khả năng lao động và hậu quả làm giảm chất lượng sống, nguy cơ phát sinh một số bệnh hoặc làm nặng thêm bệnh đang mắc [3],[7]. Mất ngủ và tăng huyết áp (THA) là hai vấn đề ngày càng được quan tâm và đã có nhiều nghiên cứu nhưng cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu cụ thể nào về thực trạng mất ngủ trên bệnh nhân THA. Xuất phát từ thực tế này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả các đặc điểm lâm sàng của mất ngủ trên các bệnh nhân THA tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn JNC VII điều trị nội trú tại bệnh viện YHCT Trung Ương từ tháng 1 – tháng 3/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế NC: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu và quy trình NC:

$$+ \text{ Công thức tính cỡ mẫu: } n = \frac{Z^2(1 - \alpha/2) \cdot p(1 - p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu.

α : mức ý nghĩa thống kê, với $\alpha = 0.05$ thì hệ số giới hạn tin cậy $Z_{(1 - \alpha/2)} = 1.96$

p: tỉ lệ mất ngủ trên bệnh nhân THA, ước lượng $p = 0.8$

d: sai số ước lượng, chọn $d = 0.06$.

Từ công thức trên tính được $n = 190$.

+ Quy trình NC: tham khảo bệnh án tại khoa, phỏng vấn bệnh nhân.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi; Số giờ ngủ trong một đêm; số phút vào giấc, số lần thức giấc trong đêm, hiệu quả giấc ngủ, các rối loạn trong đêm

2.4. Xử lý số liệu: SPSS 16.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ mất ngủ của bệnh nhân THA

Triệu chứng	n	Tỷ lệ (%)	p
Mất ngủ	155	81,58	< 0,05
Không mất ngủ	35	18,42	
Tổng	190	100	

*Khoa Y học cổ truyền–Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lại Thanh Hiền

Email: hiencongminh@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 9.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2018

Ngày duyệt bài: 30.01.2018

Trong tổng số 190 bệnh nhân THA có 155 bệnh nhân bị mất ngủ, chiếm tỉ lệ 81,58%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Đặc điểm tuổi, giới của các bệnh nhân mất ngủ

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 50	1	2,17	0	0,00	1	0,65	> 0,05
50-59	6	13,04	9	8,26	15	9,68	
60-69	15	32,61	26	23,85	41	26,45	
≥ 70	24	52,17	74	67,89	98	63,22	
$\bar{x} \pm SD$	70.78 ± 10.18		72.02 ± 8.45		71.60 ± 8.82		

Tuổi trung bình là 71,60 ± 8,82. Tuổi trung bình của 2 nhóm nam và nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỉ lệ mất ngủ cao nhất ở nhóm ≥ 70 tuổi chiếm 63,22%, thấp nhất ở nhóm < 50 tuổi (0,65%).

Bảng 3.3. Thời gian vào giấc ngủ

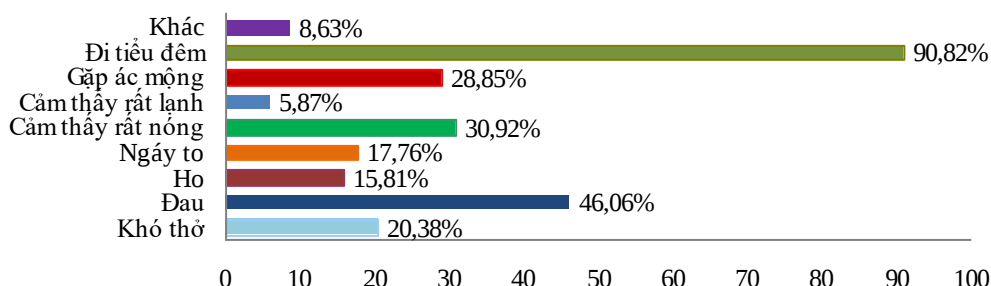
Thời gian vào giấc (phút)	Nam		Nữ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 15 (1)	9	19,57	13	11,93	22	14,19	$p_{(1-2)} > 0,05$
15 – 30 (2)	13	28,26	22	20,18	35	22,58	$p_{(1-3)} > 0,05$
31 – 60 (3)	5	10,87	14	12,84	19	12,26	$p_{(1-4)} < 0,05$
> 60 (4)	19	41,30	60	55,05	79	50,97	$p_{(2-3)} < 0,05$. $p_{(2-4)} < 0,05$
Tổng	46	100	109	99,9	155	100	$p_{(3-4)} < 0,05$
p	> 0,05						

Thời gian vào giấc ngủ trên 60 phút chiếm tỉ lệ cao nhất (50,97%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Sự khác biệt về thời gian vào giấc ngủ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ giữa 2 nhóm nam và nữ.

Bảng 3.4. Số lần thức giấc trong đêm

Số lần thức giấc trong đêm	Nam		Nữ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
≤ 1	16	34,78	23	21,10	39	25,16	<0,05
2-3	19	41,30	63	57,80	82	52,90	
> 3	11	23,91	23	21,10	34	21,94	
$\bar{X} \pm SD$	2,57 ± 2,00		2,65 ± 1,40		2,63 ± 1,60		
p	> 0,05						

Số lần thức giấc trung bình là 2,63 ± 1,60 lần. Thức giấc 2-3 lần trong đêm chiếm tỉ lệ cao nhất (52,90%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Số lần thức giấc trung bình giữa nam và nữ không có sự khác biệt với $p > 0,05$.



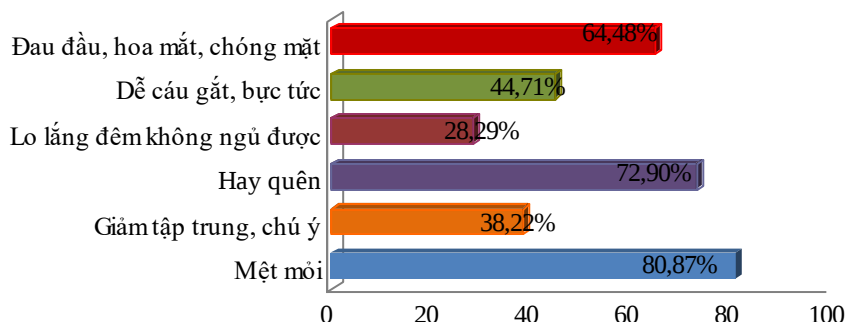
Biểu đồ 3.1. Các rối loạn trong giấc ngủ

Rối loạn trong giấc ngủ gặp nhiều nhất là đi tiểu đêm (90,82%), sau đến là các triệu chứng đau (46,06%), cảm thấy rất nóng (30,92%), gặp ác mộng (28,85%). Cảm thấy rất lạnh chiếm tỉ lệ thấp nhất 5,87%. Còn các rối loạn khác chiếm tỉ lệ chênh lệch không đáng kể từ 15- 20%.

Bảng 3.5. Thời lượng ngủ trong đêm

Số lượng bệnh nhân	5-6 giờ(1)		3-4 giờ(2)		< 3 giờ(3)	
	n	%	n	%	n	%
	25	16,13	68	43,87	62	40,00
p	$p_{(1-2)} < 0,05$		$p_{(1-3)} < 0,05$		$p_{(2-3)} > 0,05$	

Tỷ lệ bệnh nhân ngủ 3-4 giờ/đêm chiếm tỉ lệ rất cao 43,87%, ngủ 5-6 giờ/đêm chiếm tỉ lệ thấp nhất 16,13%. Sự khác biệt về thời lượng ngủ trong đêm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3. 2. Các triệu chứng ban ngày thường gặp

Mệt mỏi là triệu chứng gặp ở đa số các bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 80,87%. Triệu chứng hay quên chiếm 72,90%, đau đầu, hoa mắt, chóng mặt chiếm 64,48%, dễ cáu gắt bực tức 44,71%, giảm tập trung chú ý 38,22%, lo lắng đêm không ngủ được chiếm tỉ lệ thấp nhất 28,29%.

Bảng 3.6. Phân bố hiệu quả giấc ngủ

Hiệu quả giấc ngủ	n	%	p
Khá	3	1,94	< 0,05
Trung bình	11	7,10	
Kém	18	11,61	
Rất kém	123	79,35	
Tổng	155	100	

Hiệu quả giấc ngủ rất kém chiếm tỉ lệ cao (79,35%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Các kiểu mất ngủ

Kiểu mất ngủ	n	%	p
Khó duy trì giấc ngủ	147	95,39	> 0,05
Dậy quá sớm	109	70,71	
Khó vào giấc ngủ	133	85,81	
Tổng	155	100	

Khó duy trì giấc ngủ là kiểu hay gặp nhất chiếm 95,39%. Tiếp đến là khó vào giấc ngủ chiếm 85,81% và dậy quá sớm (70,71%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ mất ngủ ở bệnh nhân THA chiếm 81,58%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Vân (2010), tỉ lệ ngủ kém trên bệnh nhân THA là 80% [6]. Bệnh THA thường gây ra những triệu chứng như đau đầu, chóng mặt, ù tai, ăn kém, mệt mỏi, hồi hộp trống ngực, tiểu đêm nhiều lần... nên gây ra những khó chịu cho bệnh nhân khiến bệnh nhân trằn trọc, khó vào giấc hay dễ tỉnh giấc trong đêm, hay dậy sớm [2]. Vì vậy dẫn đến hiệu quả giấc ngủ của BN bị giảm

nghiêm trọng. Theo Đinh Danh Sáng (2016), tỉ lệ mất ngủ cao nhất ở nhóm ≥ 70 tuổi chiếm 68,3%, nhóm 60-69 tuổi chiếm 25%, nhóm 50-59 tuổi chiếm 5,0%, thấp nhất ở nhóm 18-49 tuổi chiếm 1,7% và tuổi trung bình bị rối loạn giấc ngủ trong nghiên cứu là $73,73 \pm 10,78$ tuổi [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $71,60 \pm 8,82$. Bệnh nhân độ tuổi trên 70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (63,2%), trong đó nam 52,1% và ở nữ 67,9%. Một số tác giả cho rằng, độ tuổi không phải yếu tố trực tiếp làm tăng mất ngủ trên người già, thay vào đó là việc giảm hoạt động thể lực, không thành công trong đời sống xã hội và các bệnh về thể chất hay tâm thần là nhân tố dự đoán tốt nhất cho mất ngủ, tuổi cao cũng là một nguy cơ. Hoặc độ tuổi tăng kéo theo các ảnh hưởng bởi thay đổi nhịp sinh học, dùng thuốc, các bệnh gây đau, các bệnh về thể chất, tâm thần, giảm hoạt động thể lực ban ngày và các bệnh lý khác. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương đối tương đồng với các nghiên cứu trên. Theo kết quả bảng 3.5, thời lượng ngủ trong đêm trong khoảng 3-4 giờ chiếm tỉ lệ rất cao 43,87%, dưới 3 giờ chiếm 40,0%. Như vậy, các bệnh nhân có thời gian ngủ khoảng 3 giờ một đêm, số lần thức giấc trung bình là $2,62 \pm 1,60$ lần. Theo kết quả bảng 3.3 có 50,97% bệnh nhân mất đến 60 phút mới bắt đầu vào giấc ngủ. Kéo dài thời gian vào giấc kết hợp với nhiều lần thức giấc trong đêm dẫn đến thời lượng ngủ trong đêm bị giảm sút. Các rối loạn trong giấc ngủ gặp nhiều nhất là đi tiểu đêm (90,8%), sau đến là các triệu chứng đau (46,1%). Đi tiểu đêm có thể là 1 trong các nguyên nhân khiến bệnh nhân phải thức dậy để đi, ảnh hưởng chất lượng giấc ngủ. Theo YHCT chức năng tiểu tiện trong cơ thể chủ yếu do thận và bàng quang đảm nhiệm. Y văn có câu: "Thận

chủ thủy quản lý sự đóng mở, bàng quang chủ chứa nước tiểu cho nên ban đêm tiểu tiện nhiều lần nên trách cứ vào thận và bàng quang". Đối với người trẻ tuổi khỏe mạnh, âm dương cân bằng và đầy đủ thì ban đêm ít tiểu tiện. Khi tuổi cao, ban đêm đi tiểu tiện nhiều, đó là thủy hỏa đều bất túc. Chứng đi tiểu tiện nhiều vào ban đêm ở người cao tuổi phần lớn là do thận dương hư yếu[4]. Theo kết quả ở biểu đồ 3.2, các khó chịu hay gặp trong ngày do mất ngủ gây ra lần lượt theo tỷ lệ từ cao đến thấp là mệt mỏi; hay quên; đau đầu, hoa mắt, chóng mặt. Giấc ngủ không chỉ là nhu cầu bản năng của con người mà vai trò quan trọng nhất là giúp tái tạo và bảo tồn năng lượng. Vì vậy sau một đêm mất ngủ thì não bộ phải làm việc nhiều hơn nên ban ngày chúng ta rơi vào tình trạng mệt mỏi, không đủ minh mẫn. Nghiên cứu được chúng tôi tiến hành trên các bệnh nhân THA. Vì vậy các triệu chứng trên cũng đã thường gặp ở các bệnh nhân này và tình trạng mất ngủ đã làm cho các triệu chứng này tăng lên mặc dù bệnh nhân vẫn được điều trị kiểm soát tốt huyết áp. Thời gian ngủ được quá ít so với thời gian nằm trên giường dành cho việc ngủ là dấu hiệu cho một giấc ngủ kém. Hiệu suất giấc ngủ càng thấp chứng tỏ giấc ngủ càng kém. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN có hiệu quả giấc ngủ rất kém (<65%) chiếm cao nhất là 64,7%. Theo công thức tính, hiệu quả giấc ngủ = (số giờ ngủ/số giờ nằm trên giường) x 100%. Kết quả bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ngủ 3 – 4 giờ trong đêm là cao nhất nên khi số giờ ngủ giảm dẫn đến hiệu quả giấc ngủ cũng giảm. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân khó duy trì giấc ngủ chiếm 90,5%, tỷ lệ bệnh nhân dậy quá sớm chiếm 70,7%; khó vào giấc ngủ chiếm 85,8%. Theo kết quả biểu đồ 3.1, đi tiểu đêm là rối loạn thường gặp trong đêm nên đây có thể là nguyên nhân làm cho bệnh nhân khó duy trì được giấc ngủ.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mất ngủ trên bệnh nhân THA là 81,58%, trong đó tỷ lệ mất ngủ cao nhất ở nhóm ≥ 70 tuổi chiếm 63,22%, thấp nhất ở nhóm < 50 chiếm 0,65%.
- Tỷ lệ bệnh nhân có thời lượng ngủ 3 -4 giờ trong đêm chiếm cao nhất (43,87%)
- 73,95% bệnh nhân có hiệu quả giấc ngủ rất kém
- Tiểu đêm là rối loạn trong đêm thường gặp nhất (90,82%) và 80,87% bệnh nhân có triệu chứng mệt mỏi về ban ngày
- Kiểu mất ngủ khó duy trì giấc ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất (95,39%), sau đến là khó vào giấc ngủ và dậy quá sớm với tỷ lệ lần lượt là 85,81%; 70,71%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hữu Bình (2006).** *Rối loạn giấc ngủ không thực tổn*, Giáo trình Tâm thần học dành cho bác sĩ đa khoa, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội, 62-68.
2. **Nguyễn Thị Kim Hoa (2008).** Tìm hiểu tình hình THA và các yếu tố liên quan tại xã Thủy Vân, huyện Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Y học Thực hành*. 10, 24-27.
3. **Nguyễn Nhược Kim và các cộng sự (2016).** *Thất miên*. Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (Sách đào tạo sau đại học). Nhà xuất bản Y học
4. **Nguyễn Thiên Quyên và Đào Trọng Cường (2013).** *Chứng ban đêm tiểu tiện nhiều lần*. Chẩn đoán phân biệt chứng trạn trong đông y. NXB Văn hóa dân tộc, 1221-1223.
5. **Đinh Danh Sáng và Nguyễn Văn Toại (2016).** Đánh giá tác dụng cải thiện giấc ngủ của nhĩ châm trong điều trị bệnh nhân rối loạn giấc ngủ theo thang điểm PITTSBURGH. *Luận văn thạc sĩ y học*, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Thanh Vân (2010).** Nghiên cứu tác dụng của liệu pháp châm huyết nguyên, huyết lạc trên đường kinh can, thận trong bệnh tăng huyết áp gia đoạn I. *Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Grewal Ritu và Doghramji Karl (2010).** *Epidemiology of Insomnia*. Clinical Handbook of Insomnia, Attarian Hrayr P., Schuman Catherine, Humana Press, 13-22.

TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHUYỂN TUYẾN CỦA CÁC BỆNH NHÂN CÓ THỂ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI NINH BÌNH

Vũ Trung Kiên*

TÓM TẮT

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Kiên
Email: vutruongkien_orl@yahoo.com
Ngày nhận bài: 18.11.2017
Ngày phản biện khoa học: 11.01.2018
Ngày duyệt bài: 22.01.2018

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến chuyển tuyến của các bệnh nhân có thể bảo hiểm y tế tại Ninh Bình. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** 408 người bệnh bảo hiểm y tế chuyển tuyến từ các bệnh viện tuyến huyện đến bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 10/2015 đến tháng 5/2016. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh được chuyển đúng tuyến là 95,8%. Hầu hết (15/17) bệnh nhân chuyển vượt tuyến có điều kiện kinh tế ở mức trung bình và khá.

Hầu hết (16/17) bệnh nhân chuyển vượt tuyến không có người quen công tác ở bệnh viện huyện hoặc bệnh viện tỉnh. Tỷ lệ bệnh nhân chuyển tuyến lần đầu ở nhóm bệnh nhân vượt tuyến cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân chuyển đúng tuyến (với $p < 0,05$). Lý do chủ yếu bệnh nhân và người nhà xin chuyển tuyến là do thấy bệnh nặng lên nên chủ động xin chuyển (69,6%); do có người quen nên có thể xin chuyển viện dễ dàng chiếm 19%; có 8,9% người bệnh không tin tưởng khả năng điều trị bệnh của tuyến dưới. **Kết luận:** Bệnh nhân chuyển tuyến tới bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình chủ yếu là các nhóm bệnh mạn tính. Tỷ lệ khác biệt chẩn đoán giữa các tuyến còn khá cao.

Từ khóa: Chuyển tuyến, Bảo hiểm y tế

SUMMARY

INVESTIGATION OF FACTORS RELATED TO INTER-HOSPITAL TRANSFER OF INSURED PATIENTS IN NINH BÌNH

Purpose: To identify some factors related to transfer of patients who have health insurance card in Ninh Bình. **Methods:** A cross-sectional study on a convenient sample of 408 insured patients transferred from district hospitals to Ninh Bình General Hospital from October 2015 to May 2016. **Results:** The rate of proper hospital transfer was 95.8%. Among 17 skip-level transfers, 15 patients have moderate and moderate economic conditions, 16 have no relatives working in a district hospital or provincial hospital. There is statistically significant association between the number of hospital transfers and skip-level transfer ($p < 0,05$). Main reasons of requesting skip-level transfer include: patients' thought that their diseases were in severe condition (69.6%); easiness to apply for transfer to hospital due to acquaintances (19%); patients' distrust of treatment ability of hospital at the lower levels. **Conclusion:** Patients referred to General Hospital of Ninh Bình province were mainly chronic diseases. Diagnosis differences between routes are still high.

Keywords: Inter-hospital transfer, Health insurance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với trình độ dân trí ngày càng được nâng cao, việc tiếp cận dễ dàng với các thông tin về bệnh tật, về phương pháp chẩn đoán, điều trị mới, giao thông thuận lợi, người dân luôn mong muốn được chẩn đoán, điều trị bằng các kỹ thuật tốt hơn, được chăm sóc vào thời điểm thuận lợi hơn, thái độ phục vụ ân cần, chu đáo, bệnh phòng đầy đủ tiện nghi hơn, phương thức quản lý và chi trả viện phí giản tiện hơn, sẵn sàng từ chối những dịch vụ y tế mà hiệu quả không rõ ràng, lựa chọn các cơ sở khám, chữa bệnh mà bản thân cho là tốt hơn. Các cơ sở khám, chữa bệnh đã và đang nỗ lực để có thể từng bước đáp ứng những yêu cầu ngày càng cao của người bệnh và cộng đồng. Tại Ninh Bình, bệnh viện đa khoa

Tỉnh là tuyến cao nhất, nhận bệnh nhân từ tuyến dưới. Mặc dù các chủ yếu là nhóm bệnh mạn tính, nhưng chẩn đoán khác biệt giữa tuyến dưới và tuyến trên còn cao, các dịch vụ tại các tuyến còn chưa đáp ứng được đầy đủ sự mong đợi của người dân. Chính vì vậy, thực trạng chuyển tuyến bệnh nhân bảo hiểm y tế có nhiều thay đổi.

Để tìm ra các nguyên nhân ảnh hưởng đến quá trình chuyển tuyến và đề ra các giải pháp giúp nâng cao công tác chỉ đạo tuyến, do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Xác định một số yếu tố liên quan đến chuyển tuyến của các bệnh nhân có thể bảo hiểm y tế tại Ninh Bình*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Địa bàn nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

Đối tượng nghiên cứu: 408 người bệnh bảo hiểm y tế chuyển tuyến hoặc người nhà người bệnh từ các bệnh viện Đa khoa tuyến huyện chuyển đến bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2016 đã kết thúc quá trình khám bệnh tại khoa khám bệnh và cấp cứu từ tháng 10/2015 đến tháng 5/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

+ Cỡ mẫu: 408 bệnh nhân

+ Cách chọn mẫu: Chọn tất cả các bệnh nhân bảo hiểm y tế/người nhà bệnh nhân chuyển tuyến đến khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ ngày 01/01/2016 đến khi đủ cỡ mẫu điều tra

+ Cách thức tiến hành nghiên cứu: tiến hành nghiên cứu trên đối tượng là người bệnh bảo hiểm y tế chuyển tuyến từ các bệnh viện huyện tới bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình. Thông tin được thu thập dựa trên bộ câu hỏi đã được chuẩn bị sẵn. Cuộc phỏng vấn được tiến hành tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình ở thời điểm bệnh nhân đang chờ được phát thuốc bảo hiểm hoặc các bệnh nhân chờ làm thủ tục ra viện vì ở các thời điểm này bệnh nhân sẽ cung cấp những thông tin được cho là khách quan nhất.

+ Đánh giá kết quả: Tuổi, giới tính, lý do chuyển viện và chẩn đoán ra viện.

- Tình trạng chuyển tuyến của bệnh nhân.

- Một số yếu tố liên quan đến công tác chuyển tuyến: phân loại bệnh, lý do chuyển tuyến, quy trình chuyển tuyến, đào tạo, chuyển giao kỹ thuật từ tuyến trên, khoảng cách, mức độ hài lòng sau khi chuyển tuyến.

- Một số yếu tố liên quan đến hình thức

chuyển tuyến: kinh tế, nghề nghiệp, trình độ học vấn, khoảng cách từ nhà tới viện, có người quen trong bệnh viện, số lần chuyển viện...

- Mỗi liên quan giữa nơi tiếp nhận người bệnh chuyển tuyến đến với tình trạng người bệnh khi chuyển tuyến.

Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược Thái Bình thông qua trước khi tiến hành.

thì bệnh nhân ở nhóm tuổi 61-70 tuổi chiếm tỷ lệ 27,7%; độ tuổi từ 51-60 tuổi chiếm 25,2%; độ tuổi 41-50 tuổi chiếm 14,2%. Nam giới chiếm tỷ lệ 49%; nữ giới chiếm 51%. Tỷ lệ nam và nữ ở các nhóm tuổi là tương đương nhau. 95,8% bệnh nhân có giấy chuyển viện đúng tuyến; 4,2% bệnh nhân chuyển không đúng tuyến. Có 7,6% bệnh nhân chuyển viện trong tình trạng cấp cứu; còn lại 92,4% bệnh nhân được chuyển viện không phải tình trạng cấp cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 408 bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Mối liên quan giữa trình độ học vấn của bệnh nhân và hình thức chuyển tuyến

Hình thức chuyển Trình độ học vấn	Vượt tuyến(n=17)		Đúng tuyến(n=391)		OR CI 95%
	n	%	n	%	
Từ trung học phổ thông trở lên	12	70,6	242	61,9	1,48
Dưới trung học phổ thông	5	29,4	149	38,1	0,51 - 4,27

Những bệnh nhân có trình độ từ trung học phổ thông trở lên có tỷ lệ chuyển vượt tuyến cao hơn gấp 1,48 lần so với những bệnh nhân dưới trung học phổ thông với CI 95% = 0,51-4,27. Không có mối liên quan giữa trình độ học vấn của bệnh nhân và hình thức chuyển tuyến $p > 0,05$

Bảng 2. Mối liên quan giữa nghề nghiệp của bệnh nhân và hình thức chuyển tuyến

Hình thức chuyển Nghề nghiệp	Vượt tuyến(n=17)		Đúng tuyến(n=391)		OR CI 95%
	n	%	n	%	
Không phải làm ruộng	12	70,6	224	57,3	1,79
Làm ruộng	5	29,4	167	42,7	0,57 - 5,94

Những bệnh nhân có nghề nghiệp không phải làm ruộng có tỷ lệ chuyển vượt tuyến cao hơn gấp 1,79 lần so với những bệnh nhân có nghề nghiệp làm ruộng với CI 95% = 0,57-5,94. Không có mối liên quan giữa nghề nghiệp của bệnh nhân và hình thức chuyển tuyến ($P > 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa khoảng cách từ nhà của bệnh nhân đến bệnh viện huyện và hình thức chuyển tuyến

Hình thức chuyển Khoảng cách	Vượt tuyến(n=17)		Đúng tuyến(n=391)		OR CI 95%
	n	%	n	%	
≥ 5 km	9	52,9	195	49,6	1,14
< 5 km	8	47,1	197	50,4	0,39 - 3,31

Những bệnh nhân có khoảng cách từ nhà tới bệnh viện huyện từ 5 km trở lên có tỷ lệ chuyển vượt tuyến cao hơn gấp 1,14 lần so với những bệnh nhân có khoảng cách từ nhà tới bệnh viện huyện dưới 5 km với CI 95% = 0,39-3,31.

Bảng 4. Mối liên quan giữa khoảng cách từ nhà của bệnh nhân đến bệnh viện tỉnh và hình thức chuyển tuyến

Hình thức chuyển Khoảng cách	Vượt tuyến(n=17)		Đúng tuyến(n=391)		OR CI 95%
	n	%	n	%	
< 10 km	6	35,3	105	26,9	1,48
≥ 10 km	11	64,7	286	73,1	0,53 - 4,11

Những bệnh nhân có khoảng cách từ nhà tới bệnh viện tỉnh trên 10 km có tỷ lệ chuyển vượt tuyến cao hơn gấp 1,48 lần so với những bệnh nhân có khoảng cách từ nhà tới bệnh viện tỉnh dưới 10 km với CI 95% = 0,53-4,11. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa điều kiện kinh tế của bệnh nhân và hình thức chuyển tuyến

Hình thức chuyển Kinh tế	Vượt tuyến(n=17)		Đúng tuyến(n=391)		Tổng(n=408)		p
	n	%	n	%	n	%	
Nghèo và cận nghèo	2	11,8	98	25	100	24,6	$> 0,05$
Trung bình và khá	15	88,2	293	74,9	308	75,4	

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có điều kiện kinh tế trung bình và khá chiếm tỷ lệ 75,4%; tỷ lệ bệnh nhân thuộc hộ nghèo và cận nghèo chiếm 24,6%. Không có mối liên quan giữa điều kiện kinh tế của bệnh nhân với hình thức chuyển tuyến ($p > 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa số lần đã chuyển tuyến của bệnh nhân và hình thức chuyển tuyến

Số lần	Hình thức chuyển	Vượt tuyến		Đúng tuyến		Tổng		p	OR CI 95%
		n	%	n	%	n	%		
1 lần		10	58,8	111	28,4	121	29,7	<0,05	0,27
Từ 2 lần trở lên		7	41,2	280	71,6	287	70,3		0,10-0,74
Tổng		17	100	391	100	408	100		

Qua bảng trên ta thấy tỷ lệ bệnh nhân chuyển tuyến lần đầu thì vượt tuyến cao hơn gấp 0,27 lần so với lần 2 trở đi với khoảng tin cậy 95% từ 0,10-0,74. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 7. Mối liên quan giữa việc có người quen công tác ở bệnh viện và hình thức chuyển tuyến của bệnh nhân

Có người quen	Hình thức chuyển	Vượt tuyến (n=17)		Đúng tuyến (n=391)		Tổng (n=408)		p	OR CI 95%
		n	%	n	%	n	%		
Có		1	5,9	72	18,4	73	17,9	>0,05	3,61
Không		16	94,1	319	81,6	335	82,1		0,47-27,6

Người bệnh không quen với nhân viên Y tế chuyển đúng tuyến cao gấp 3,61 lần với khoảng tin cậy 95% từ 0,47-27,6 so với người bệnh có quen biết nhân viên y tế chuyển đúng tuyến. Không có đủ bằng chứng để kết luận mối liên quan nào giữa việc người bệnh chuyển tuyến có quen biết nhân viên ở bệnh viện với hình thức chuyển đúng tuyến hay không với $p > 0,05$.

Bảng 8. Mối liên quan giữa khả năng chi trả viện phí của bệnh nhân và hình thức chuyển tuyến

Khả năng chi trả	Hình thức chuyển	Vượt tuyến (n=17)		Đúng tuyến (n=391)		Tổng (n=408)		p
		n	%	n	%	n	%	
Bản thân có thể chi trả		8	47,1	189	48,3	197	48,3	>0,05
Có sự hỗ trợ của gia đình		9	52,9	177	45,3	186	45,6	>0,05
Không có khả năng		0	0	25	6,4	25	6,1	-

Kết quả bảng trên cho thấy 48,3% đối tượng có thể tự mình chi trả viện phí; 45,6% đối tượng cần có sự hỗ trợ của gia đình để chi trả viện phí; có 6,1% đối tượng nói không đủ khả năng chi trả viện phí. Không có đối tượng vượt tuyến nào nói không đủ khả năng chi trả viện phí. Sự khác biệt về khả năng chi trả viện phí của bệnh nhân và hình thức chuyển tuyến là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 9. Mối liên quan giữa tình trạng người bệnh chuyển tuyến với nơi tiếp nhận người bệnh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Tình trạng người bệnh	Nơi tiếp nhận người bệnh	Khoa cấp cứu		Khoa Khám bệnh		Tổng		p	OR CI 95%
		n	%	n	%	n	%		
Cấp cứu		26	74,3	5	1,3	31	7,6	<0,05	212,62
Không cấp cứu		9	25,7	368	98,7	377	92,4		66,43-680,50
Tổng		35	100	373	100	408	100		

Có 74,3% người bệnh cấp cứu và 25,7% không cấp cứu được chuyển đến tại khoa cấp cứu; 1,3% bệnh nhân cấp cứu và 98,7% người bệnh không phải cấp cứu được tiếp nhận tại khoa khám bệnh. Như vậy ta thấy có sự khác biệt về tỷ lệ giữa tình trạng người bệnh khi chuyển tuyến đến với nơi tiếp nhận người bệnh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, OR=212,62, CI 95% từ 66,43 – 680,50.

Bảng 10. Mối liên quan giữa thực hiện giải thích tình hình bệnh tật cho người bệnh của bác sĩ với tình trạng người bệnh khi chuyển

Giải thích	Tình trạng người bệnh	Cấp cứu		Không cấp cứu		Tổng		p	OR CI 95%
		n	%	n	%	n	%		
Có		29	93,5	328	87,0	357	87,5	>0,05	2,16
Không		2	6,5	49	13,0	51	12,5		0,50-9,36
Tổng		31	100	377	100	408	100		

Nhìn vào kết quả, chúng ta thấy bác sĩ tiến hành giải thích về tình hình bệnh tật trước khi chuyển cho người bệnh cao gấp 2,16 lần so với không giải thích với khoảng tin cậy 95% từ 0,50-9,36. Không có đủ bằng chứng để kết luận có sự khác biệt kể trên với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả bảng 1 cho thấy đa số bệnh nhân chuyển tuyến có trình độ từ trung học phổ thông trở lên (tỷ lệ bệnh nhân có trình độ từ trung học phổ thông trở lên là 61,9%). Khi tìm hiểu, phân tích sâu hơn theo hình thức chuyển tuyến cho thấy không một bệnh nhân chuyển vượt tuyến nào có trình độ học vấn dưới trung học cơ sở. Kết quả này cũng cho thấy một thực tế, đa số người dân tham gia bảo hiểm y tế là bảo hiểm bắt buộc, họ đều có công ăn việc làm và có trình độ học vấn cao, họ nhận thức được những lợi ích của việc mua bảo hiểm y tế và họ cũng là người tham gia bảo hiểm y tế nhiều hơn. Bên cạnh đó, ta cũng thấy một điều, đó là những bệnh nhân vượt tuyến là những người có trình độ học vấn cao, họ không phải là không biết những khó khăn của việc vượt tuyến đó là việc phải chi trả viện phí nhiều hơn mà đơn giản là họ chấp nhận việc chuyển vượt tuyến để có được những dịch vụ khám chữa bệnh tốt hơn.

Kết quả phân tích về nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân là những người làm ruộng chiếm 42,2%; tiếp theo là cán bộ hưu trí chiếm 20,6%; 11,5% là công nhân và 8,6% là lao động tự do.

Để tìm hiểu về các yếu tố liên quan đến việc chuyển tuyến, nhóm nghiên cứu đã tìm hiểu về khoảng cách từ nhà bệnh nhân tới bệnh viện huyện và khoảng cách từ nhà bệnh nhân tới bệnh viện tỉnh. Kết quả nghiên cứu không tìm ra mối liên quan giữa khoảng cách từ nhà bệnh nhân tới bệnh viện huyện với công tác chuyển tuyến. Tuy nhiên, đối với khoảng cách từ nhà bệnh nhân tới bệnh viện tỉnh thì kết quả cho thấy. Những bệnh nhân có khoảng cách từ nhà tới bệnh viện tỉnh dưới 10 km thì có tỷ lệ chuyển tuyến khá cao là 21,6%. Sau đó khoảng cách từ nhà bệnh nhân tới bệnh viện tỉnh càng tăng lên thì tỷ lệ bệnh nhân cũng tăng theo. Kết quả này tương đương ở nhóm chuyển đúng tuyến và vượt tuyến.

Điều kiện kinh tế của bệnh nhân cũng là một chỉ tiêu quan trọng của nghiên cứu. Theo kết quả của nghiên cứu này thì 75,4% bệnh nhân có điều kiện kinh tế trung bình và khá; 24,6% người bệnh thuộc hộ nghèo và người bệnh thuộc hộ cận nghèo. Trong số các bệnh nhân trên thì chỉ có 1/17 bệnh nhân chuyển vượt tuyến thuộc hộ nghèo và 1/17 bệnh nhân thuộc hộ cận nghèo. Kết quả này cũng phản ánh những bệnh nhân thuộc diện kinh tế khó khăn sẽ ít có ý định chuyển vượt tuyến hơn so với những bệnh nhân

có điều kiện kinh tế khá hơn. Tuy nhiên, vì số lượng bệnh nhân vượt tuyến nói riêng và bệnh nhân tham gia nghiên cứu nói chung còn ít nên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu về số lần bệnh nhân đã chuyển tuyến cho thấy những bệnh nhân đã từng chuyển tuyến 1-2 lần chiếm tỷ lệ đa số (59,4%). Một điều đặc biệt là trong số những bệnh nhân chuyển vượt tuyến thì 10/17 bệnh nhân chuyển tuyến lần đầu; có 6/17 bệnh nhân chuyển tuyến lần 2; chỉ có 1 bệnh nhân chuyển tuyến lần 3 và không có bệnh nhân nào chuyển vượt tuyến mà có số lần chuyển tuyến trên 3 lần. Tỷ lệ bệnh nhân chuyển tuyến lần đầu ở nhóm vượt tuyến cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm chuyển đúng tuyến, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này cho thấy những bệnh nhân chuyển vượt tuyến hầu hết là những bệnh nhân chuyển tuyến lần đầu hoặc lần thứ 2, họ chưa có kinh nghiệm về sự khác biệt trong thanh toán viện phí giữa chuyển đúng tuyến và vượt tuyến, hầu hết trong số họ bị bệnh lần đầu nên họ sẵn sàng chấp nhận việc tự thanh toán để mong sớm khỏi bệnh, mong có được sự chăm sóc y tế tốt nhất mà không quan tâm tới vấn đề viện phí.

Việc có người quen làm việc tại các bệnh viện cũng được coi là một trong những nguyên nhân của việc chuyển tuyến. Kết quả phỏng vấn bệnh nhân cũng chỉ ra 82,1% đối tượng không có người quen làm việc tại các bệnh viện. Tuy nhiên, trong nhóm bệnh nhân vượt tuyến có 16/17 bệnh nhân không có người quen, chỉ có 1/17 bệnh nhân có người quen làm việc ở bệnh viện huyện.

Tìm hiểu về khả năng chi trả viện phí của đối tượng nghiên cứu, kết quả cho thấy 48,3% bệnh nhân cho rằng bản thân có thể tự chi trả viện phí; 45,6% bệnh nhân cho rằng cần có sự hỗ trợ của gia đình. Kết quả phân tích sâu hơn ở các hình thức chuyển tuyến cho thấy không có bệnh nhân vượt tuyến nào cho rằng mình không đủ khả năng chi trả viện phí. Có 47,1% bệnh nhân cho rằng mình có thể tự chi trả viện phí, còn lại 52,9% bệnh nhân cần có sự hỗ trợ của gia đình. Có một thực tế là nhiều bệnh nhân cao tuổi khi con cái của họ có điều kiện và họ lần đầu tiên phải đi viện thì con cái và bản thân người bệnh tỏ ra lo lắng và luôn muốn có được những dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất, họ thường không quan tâm tới việc phân tuyến chuyên môn kỹ thuật mà thường tìm đến những cơ sở mà theo họ là tốt nhất để điều trị không cần biết người bệnh đã đóng bảo hiểm y tế và phải tuân thủ

việc phân tuyến chuyên môn kỹ thuật, họ chấp nhận việc bỏ tiền ra để điều trị ngoài. Đây là một mong muốn hoàn toàn chính đáng của người bệnh và người nhà người bệnh, vấn đề ở chỗ các bệnh viện tuyến huyện đã chưa thực sự đem lại sự an tâm cho người bệnh và người nhà của họ, điều này đòi hỏi các bệnh viện tuyến huyện cần cố gắng hơn nữa để lấy được lòng tin của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

Việc giải thích cho bệnh nhân và người nhà về tình trạng bệnh của họ là rất quan trọng, nó sẽ làm bệnh nhân và người nhà hiểu hơn về bệnh của mình từ đó có sự lựa chọn điều trị cho thích hợp, kết quả của nghiên cứu cho thấy có 87,5% bệnh nhân và người nhà được bác sĩ giải thích tình hình bệnh tật trước khi chuyển viện.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ người bệnh được chuyển tuyến đúng là 95,8%. Tỷ lệ bệnh nhân được chuyển tuyến trong tình trạng cấp cứu là 7,6%.

- Bệnh nhân/người nhà có trình độ học vấn trung học phổ thông chiếm tỷ lệ nhiều nhất (37,7%). Nghề nghiệp làm ruộng chiếm 42,2%; tiếp đến bệnh nhân là những người hưởng lương hưu chiếm 20,6%.

- Hầu hết (15/17) bệnh nhân chuyển vượt tuyến có điều kiện kinh tế ở mức trung bình và khá.

- Hầu hết (16/17) bệnh nhân chuyển vượt tuyến không có người quen công tác ở bệnh viện huyện hoặc bệnh viện tỉnh.

- Tỷ lệ bệnh nhân chuyển tuyến lần đầu ở nhóm bệnh nhân vượt tuyến cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân chuyển đúng tuyến (với $p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014), Thông tư số 37/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 Hướng dẫn đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.
2. Cục Quản lý khám chữa bệnh, Bộ Y tế (2015), Báo cáo công tác chuyển tuyến và 1 năm thực hiện thông tư 14/2014/TT-BYT quy định công tác chuyển tuyến, tài liệu hội thảo.
3. Cục Quản lý khám chữa bệnh, Bộ Y tế (2014), Tài liệu đào tạo tăng cường năng lực thực hiện công tác chỉ đạo tuyến và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh.
4. Nguyễn Văn Cư (2011), Nguyên nhân quá tải bệnh nhân khám ngoại trú tại bệnh viện Từ Dũ thành phố Hồ Chí Minh, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 15, phụ bản số 1 năm 2011, tr. 132-136.
5. Hoàng Trọng Kim, Bạch Văn Cam, Đỗ Văn Dũng và cộng sự (2005), Tình hình chuyển viện sơ sinh từ các cơ sở y tế đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 3/2003 – 2/2004, Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 9, phụ bản của số 1, tr. 22-28.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM BỆNH NHI TEO RUỘT NON BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2010 – 2017

Vũ Hồng Tuấn^{1,2}, Nguyễn Việt Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sớm bệnh nhi teo ruột non bẩm sinh tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn từ năm 2010 đến tháng 6 năm 2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu 81 trường hợp mổ teo ruột non bẩm sinh tại khoa phẫu thuật nhi bệnh viện Việt Đức từ tháng năm 2010 đến tháng 6 năm 2017. **Kết quả:** Phân loại tổn thương trong mổ theo Grosfeld: Độ I (9,9%), II (4,9%), IIIA (56,8%), IIIB (19,8%), IV (8,6%). Thời gian nằm viện trung bình là trung bình là $15,1 \pm 6,5$ ngày. Kết quả: Tốt 74,1%, trung bình 17,3%, tỷ lệ tử vong 8,6%. **Kết luận:** Tại khoa phẫu thuật nhi bệnh viện Việt Đức kết

quả sớm điều trị teo ruột non bẩm sinh ngày càng tốt. Siêu âm trước sinh có vai trò quan trọng trong việc phát hiện bệnh

Từ khóa: Tắc ruột sơ sinh, teo ruột non.

SUMMARY

THE RESULT OF EARLY TREATMENT OF CONGENITAL INTESTINAL ATRESIA IN VIETDUC HOSPITAL FROM 2010 TO 2017

Objectives: To evaluate the result of early treatment of congenital intestinal atresia in Viet Duc hospital from January 2010 to June 2017. **Material and method:** Retrospective case series, 81 neonates with congenital intestinal atresia and stenosis treated at department pediatric in Viet Duc hospital from January 2010 to June 2017. **Results:** Classification of lesions in surgery by Grosfeld: Grade I (9.9%), II (4.9%), IIIA (56.8%), IIIB (19.8%), IV (8.6%). Median hospitalization was 15.1 ± 6.5 days. Results: Good 74.1%, mean 17.3%, mortality 8.6%. **Conclusion:** At department pediatric in VietDuc hospital, the result of treatment of intestine atresia are

¹Khoa phẫu thuật nhi - Bệnh viện Việt Đức

²Bộ môn ngoại - Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Tuấn

Email: Htuanyk1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2018

Ngày duyệt bài: 23.01.2018

getting better. Prenatal ultrasonography has an important role in the detection.

Keywords: Congenital intestine, intestinal atresia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo ruột non bẩm sinh (TRNBS), hay sự bất tắc hoàn toàn lòng ruột non bẩm sinh (từ góc Treitz đến góc hồi manh tràng), là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây tắc ruột ở trẻ sơ sinh, là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong phẫu thuật sơ sinh.

Tỉ lệ TRNBS thay đổi từ 1/330 ở Mỹ, 1/400 ở Đan Mạch. Sự tiến bộ của gây mê hồi sức sơ sinh, của kỹ thuật mổ, của việc chẩn đoán sớm và nuôi dưỡng tĩnh mạch hợp lý... tỉ lệ sống của bệnh đã được cải thiện đáng kể trong ba thập kỷ qua: năm 1976 là 64%, năm 1985 là 87% năm 1993 là 90%, năm 1998 là 96,6% [1],[2],[3].

Ở Việt Nam, cũng đã có sự tiến bộ rõ rệt trong chẩn đoán và điều trị sớm TRSS thể hiện rõ qua các công trình nghiên cứu về dị tật này. Tỉ lệ tử vong trong những năm trước đây còn cao: Nguyễn Văn Đức tại bệnh viện Việt Đức từ năm 1960 đến năm 1970 là 80%[4]. Với sự phát triển của siêu âm trước sinh và hình thành các trung tâm chẩn đoán trước sinh trên cả nước nên việc chẩn đoán tắc ruột sơ sinh ngày càng sớm. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhi teo ruột non bẩm sinh điều trị tại khoa phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh - bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2010 đến tháng 6 năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng:

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Tất cả các bệnh nhi chẩn đoán tắc ruột sơ sinh khi mổ ra tổn thương là teo ruột non.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Các bệnh nhi chẩn đoán tắc ruột sơ sinh khi mổ ra nguyên nhân là các thương tổn khác như: tắc ruột phân xu, giãn đại tràng bẩm sinh, xoắn ruột, dị tật hậu môn trực tràng... Trong giai đoạn nghiên cứu có 81

trường hợp bệnh nhi tắc ruột sơ sinh do teo ruột được mổ tại khoa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Cách thức thu thập bệnh án nghiên cứu đối với các bệnh nhân hồi cứu:

- Tra cứu sổ ra vào viện của khoa phẫu thuật nhi Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 6 năm 2017. Từ đó lập danh sách bệnh nhân gồm tên, tuổi, chẩn đoán lâm sàng, ngày ra vào viện.

- Tra mã bệnh án của từng bệnh nhân tại phòng hồ sơ lưu trữ bệnh viện Việt Đức theo phân loại bệnh quốc tế ICD 10.

- Kiểm tra hồ sơ, đối chiếu phù hợp với chỉ tiêu, mới lấy vào nghiên cứu.

- Vào theo bệnh án mẫu đã thiết kế trước.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Thời gian từ lúc đẻ đến lúc mổ, thời gian nằm viện.

- Phân loại tổn thương trong mổ theo Grosfeld, vị trí tổn thương.

- Các tổn thương phối hợp trong mổ.

- Các phương pháp xử lý tổn thương.

- Kết quả điều trị phân theo 3 mức:

• Tốt: Bệnh nhân sau mổ không có biến chứng, ra viện.

• Trung bình: Bệnh nhân sau mổ có biến chứng nhưng điều trị khỏi, ra viện.

• Xấu: Bệnh nhân tử vong.

III. KẾT QUẢ

3.1 Điều trị trước mổ: Thời gian từ lúc đẻ đến khi được mổ của 81 bệnh nhân thay đổi từ 18 giờ đến 190 giờ, trung bình là $48,71 \pm 31,2$ giờ. Thời gian chờ trước mổ phụ thuộc vào: khó khăn trong chẩn đoán, liên quan đến bàn mổ...

Điều trị trước mổ bao gồm: Đặt sonde dạ dày, ủ ấm, kháng sinh và truyền dịch theo cân nặng và mức độ mất nước, sốt được thực hiện ở tất cả các trường hợp.

Thời gian trước mổ: Nhóm vào viện do có chẩn đoán trước sinh (n=42) trung bình $40,53 \pm 22,89$ giờ. Nhóm không có chẩn đoán trước sinh (n=20) trung bình $61,8 \pm 38,28$ giờ.

3.2 Tổn thương trong mổ và xử lý

Bảng 1. Vị trí và phân loại TRNBS theo Grosfeld

Loại	Vị trí	Hông tràng gần góc Treitz	Hông tràng	Hồi tràng	Tổng cộng	Tỉ lệ (%)
I		2	6	0	8	9,9
II		1	2	1	4	4,9
IIIa		9	16	21	46	56,8
IIIb		2	7	7	16	19,8
IV		3	4	0	7	8,6
Tổng		17	35	29	81	100
Tỉ lệ (%)		21,0	43,2	35,8	100	

Bảng 2. Thương tổn phối hợp tìm thấy trong mổ

Thương tổn phối hợp	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Viêm phúc mạc phân xu và VFM nang giả	15	15,8
Dính do viêm phúc mạc bào thai cũ	13	16,0
Hoại tử túi cùng trên chỗ teo	2	2,5
Teo đại tràng	1	1,2
Dính, xoắn ruột đầu trên	5	6,2
Ruột quay bất thường và dây chằng Ladd	5	6,2

Chiều dài ruột non còn lại:

- Chiều dài ruột còn lại trung bình là $116,08 \pm 32,64$ cm.
- Có 46 trong 81 trường hợp (chiếm 56,8%) có ruột non còn lại dài >100cm.
- Có 14 trường hợp ruột non còn lại từ 60 cm đến 100cm.
- Có 1 bệnh nhân chiều dài ruột còn lại 17cm, 1 bệnh nhân chiều dài ruột còn lại 20cm. Cả 2 bệnh nhân đều nặng về sau mổ.

Bảng 3. Kỹ thuật mổ so với từng vị trí tổn thương

Kỹ thuật	Vị trí	Hồng tràng gần góc Treitz	Hồng tràng	Hồi tràng	Tổng cộng	Tỉ lệ (%)
Dẫn lưu ruột ra ngoài		0	1	3	4	4,9
Mở ruột cắt màng ngăn		2	4	0	6	7,4
Bên - bên		0	0	3	3	3,7
Tận - bên		8	18	20	46	56,8
Có tạo hình nhỏ bớt đầu ruột		2	5	3	10	12,4
Có mở thông ruột bằng 2 ống thông		5	7	0	12	14,8

3.3 Kết quả điều trị sau mổ

Sau phẫu thuật 81 trường hợp teo ruột non có 74 bệnh nhân khỏi bệnh ra viện.

Thời gian hậu phẫu ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 37 ngày, trung bình là $15,1 \pm 6,5$ ngày.

Thời gian lưu sonde dạ dày: Sau phẫu thuật tất cả các bệnh nhân đều được đặt ống sonde dạ dày, ống sonde được rút khi dịch qua ống ít dần và trong. Thời gian rút ống sonde ngắn nhất là 3

ngày, dài nhất là 27 ngày, trung bình là $7,27 \pm 3,68$ ngày.

Thời gian nuôi dưỡng tĩnh mạch: Sau mổ tất cả các bệnh nhân đều được nuôi dưỡng bằng truyền dịch và cân bằng điện giải. Thời gian truyền dịch ngắn nhất là 6 ngày và dài nhất là 34 ngày. Thời gian truyền dịch trung bình là $10,32 \pm 3,79$ ngày. Có 39,7% bệnh nhân chỉ truyền dịch 6,7 ngày.

Bảng 4. Biến chứng sớm sau mổ và kết quả điều trị

Biến chứng	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Điều trị		Kết quả điều trị	
			Phương pháp	Số lượng	Kết quả	Số lượng
Viêm phổi	5	6,2	Điều trị nội khoa	5	-Tử vong -Khỏi ra viện	4 1
Chảy máu	0					
Tắc ruột do hẹp miệng nối	7	8,6	Mổ lại	7	-Tử vong -Khỏi ra viện	2 5
VFM do bục, rò miệng nối	2	2,5	Mổ lại	2	-Tử vong - Khỏi ra viện	1 1
Nhiễm trùng vết mổ	7	8,6	Điều trị nội	7	Khỏi ra viện	7

Xếp loại kết quả sớm. Trong 81 bệnh nhân phẫu thuật có 7 bệnh nhân nặng về chiếm 8,6%, có 14 bệnh nhân sau mổ có biến chứng nhưng vẫn khỏi ra viện ổn định chiếm 17,3%. Tỷ lệ bệnh nhân tốt sau mổ là 74,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Điều trị trước mổ: Thời gian từ lúc đẻ đến khi được mổ của 81 bệnh nhân thay đổi từ 18 giờ đến 190 giờ, trung bình là $48,71 \pm 31,2$

giờ. Thời gian chờ trước mổ phụ thuộc vào: khó khăn trong chẩn đoán, liên quan đến bàn mổ...

Điều trị trước mổ bao gồm: Đặt sonde dạ dày, ủ ấm, kháng sinh và truyền dịch theo cân nặng và mức độ mất nước, sốt được thực hiện ở tất cả các trường hợp. Sự khác biệt về trung bình thời gian từ đẻ đến mổ giữa 2 nhóm có chuẩn đoán trước sinh và không là khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thời gian trước mổ của

nhóm có chẩn đoán trước sinh là thấp hơn nhóm không có chẩn đoán trước sinh. Các trường hợp được chẩn đoán trước sinh đặc biệt là các ca đẻ ở bệnh viện sản Trung Ương thì thường được đưa sang mổ sớm sau đẻ, chính vì vậy mà thời gian từ lúc bệnh nhân đẻ đến lúc mổ của chúng

tôi là thấp hơn so với các nghiên cứu khác trong nước [6].

4.2. Tổn thương trong mổ và xử lý: Trong 81 trường hợp TRNBS trong nghiên cứu của chúng tôi có đầy đủ các loại TR theo phân loại của Grosfeld và được so sánh với các tác giả khác qua bảng 4.1.

Bảng 4.1. Phân loại TR theo Grosfeld ở các nghiên cứu

Tác giả Xếp loại	Grosfeld 1998[3](n = 136)	Vecchia 1998 [2](n=128)	N.K. Minh 2002[6](n = 54)	Chúng tôi 2017 (n=81)
I (%)	20,6	23	33,3	9,9
II (%)	25	27	7,4	4,9
III _a (%)	23,5	18	42,6	56,8
III _b (%)	8,1	7	7,4	19,8
IV (%)	22,8	24	9,3	8,6

Theo phân loại của Grosfeld thì TR loại III_b và IV được cho là TR thể nặng vì nguy cơ bị hội chứng ruột ngắn rất cao [3].



Teo ruột type I
Nguyễn Văn C. mổ 14-
06-2012 (16924/K56)



Teo ruột type II
Vũ Huy Ng. mổ 21-10-
2011 (31002/K56)



**Teo ruột type IIIA
vị trí gần Treitz**
Hà Tú Tr. mổ 27-12-
2012 (39914/K56)



Teo ruột type IV
Hoàng Văn H. mổ 23-
01-2013 (2189/K56)

Việc phát hiện tất cả các thương tổn phối hợp trong mổ là hết sức cần thiết vì nó góp phần trong quyết định lựa chọn phương pháp cũng như thành công của phẫu thuật. Theo bảng 2 có 41 thương tổn phối hợp trong 81 bệnh nhân TRNBS trong nghiên cứu này, nhiều nhất là viêm phúc mạc phân su (15,8%), xoắn ruột (6,2%), Ruột quay bất thường và dây chằng Ladd (6,2%).

Trong 128 bệnh nhi teo hồng - hồi tràng của Vecchia và cộng sự có 81 trường hợp phát hiện có thương tổn phối hợp (63,3%) bao gồm xoắn ruột (27%), ruột quay bất thường (19%), viêm phúc mạc phân su (8%), túi thừa Meckel (2%), lồng ruột (1,6%), teo đại tràng (1,6%), teo tá tràng (4%) [2]. Như vậy các thương tổn phối hợp được tìm thấy trong mổ là rất nhiều và đa dạng đòi hỏi phải thám sát thật tỉ mỉ trong khi mổ để không bị bỏ sót.

Chiều dài ruột còn lại là một yếu tố tiên lượng nặng nhẹ, ruột còn lại càng ngắn tiên lượng càng nặng, nguy cơ tử vong cao. Hội chứng ruột ngắn là nguyên nhân dẫn đến suy dinh dưỡng, tử vong ở trẻ theo dõi xa. Trong nghiên cứu này

chúng tôi thấy chiều dài ruột còn lại trung bình là $116,08 \pm 32,64$ cm. Có 46 trong 62 trường hợp (chiếm 74,2%) có ruột non còn lại dài >100cm. Có 14 trường hợp ruột non còn lại từ 60 cm đến 100cm. Có 1 bệnh nhân chiều dài ruột còn lại 17cm, 1 bệnh nhân chiều dài ruột còn lại 20cm. Cả 2 bệnh nhân đều nặng về sau mổ.

Kỹ thuật mổ là yếu tố quyết định đến thành công của phẫu thuật. Tùy thuộc vào bệnh nhân mà có những quyết định thích hợp nhất. Có rất nhiều các kỹ thuật mổ teo ruột non bẩm sinh đã được sử dụng. Theo bảng 3 thì trong 81 bệnh nhân mổ kỹ thuật chủ yếu sử dụng là nối tận bên (56,8%). Có 10 trường hợp sử dụng kỹ thuật nối tận bên có tạo hình nhỏ đầu trên chiếm 12,4%. Có 12 trường hợp (chiếm 14,8%) dùng kỹ thuật nối ruột tận bên có dẫn lưu ruột bằng 2 ống thông. Trong 12 trường hợp này không có trường hợp nào tổn thương ở hồi tràng.

4.3. Điều trị sau mổ và kết quả sớm: Sau phẫu thuật tất cả các bệnh nhân đều được đặt ống sonde dạ dày, ống sonde được rút khi dịch qua ống ít dần và trong. Tất cả bệnh nhân đều

được nuôi dưỡng tĩnh mạch toàn bộ ít nhất là trong 4 ngày đầu. Lượng dịch truyền tĩnh mạch sẽ được thay thế dần dần cho đến khi trẻ ăn không nôn và lên cân. Thời gian rút sonde dạ dày và nuôi dưỡng tĩnh mạch phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân, tổn thương trong mổ, bệnh lý phổi hợp, các biến chứng sớm sau mổ... Mặc dù bệnh nhi đã được rút ống thông dạ dày, bắt đầu cho ăn nhưng phần lớn bệnh nhi cần phải tiếp tục truyền dịch thêm vài ngày vì dinh dưỡng bằng đường miệng bước đầu chưa đáp ứng đủ nhu cầu của trẻ. Trong nghiên cứu này thời gian hậu phẫu ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 37 ngày, trung bình là $15,1 \pm 6,5$ ngày. Kết quả này cũng tương đương với các nghiên cứu khác.

Theo bảng 4 thấy có 21 bệnh nhân có biến chứng nặng nhẹ khác nhau chiếm 25,9%. Viêm phổi gặp ở 5 trường hợp chiếm 6,2%, và là nguyên nhân gây tử vong cho 1 trường hợp. Tắc ruột do hẹp miệng nối có 7 trường hợp (8,6%), VFM do bực miệng nối có 2 trường hợp (2,5%), Có 7 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (8,6%). Các biến chứng sớm nếu được xử lý kịp thời cho kết quả tốt sau mổ. Vecchia [2] với 128 trường hợp teo hồng hồi tràng có 31 trường hợp tắc ruột sau mổ (cả sớm và muộn) chiếm 21%, rò miệng nối có 5 trường hợp (4%). Các bệnh nhân mổ lại trong nghiên cứu: 9 trường hợp mổ lại có 7 trường hợp (8,6%) do hẹp miệng nối và 2 trường hợp (2,5%) do bực miệng nối. Chủ yếu dựa lâm sàng, có 2 trường hợp hẹp miệng nối dựa thêm vào chụp lưu thông ruột. Như vậy biến chứng liên quan đến kỹ thuật mổ gặp trong nhiều báo cáo với các tần suất khác nhau. Bực miệng nối xảy ra do nhiều nguyên nhân bao gồm: lỗi kỹ thuật, miệng nối căng, miệng nối không đủ mạch máu nuôi dưỡng, hoặc tắc hay hẹp miệng nối không phát hiện được. Trong 81 bệnh nhân phẫu thuật có 7 bệnh nhân nặng về chiếm 8,6%, có 14 bệnh nhân sau mổ có biến chứng nhưng vẫn khỏi ra viện ổn định chiếm 17,3%. Tỷ lệ bệnh nhân tốt sau mổ là 74,1%. Với sự tiến bộ của nuôi dưỡng hỗ trợ, những cải tiến trong kỹ thuật mổ và sự phát triển không ngừng của gây mê hồi sức sơ sinh, tỉ lệ tử vong của bệnh ngày càng được hạ thấp. Tỉ lệ tử vong sớm theo các tác giả được trình bày ở bảng 4.2.

Bảng 4.2. Tử vong sớm sau mổ của các tác giả

Tác giả (năm công bố)	Nơi nghiên cứu	Tỉ lệ tử vong sớm (%)
Vecchia(1998)	Mỹ	0,8
N.V.Đức	Bệnh viện	80

(1980)[4]	Việt Đức	
N.T.Liêm (1993) [5]	Viện nhi Trung Ương	59
N.K. Minh (2002) [6]	Viện nhi Trung Ương	13
Chúng tôi (2017)	Bệnh viện Việt Đức	8,6

Như vậy tỷ lệ tử vong đã giảm đáng kể nhưng Việt Nam chúng ta vẫn cao hơn nhiều so với ở các nước phát triển như Mỹ, Nhật.

Nguyên nhân dẫn đến bệnh nhân TRNBS tử vong sau mổ có nhiều nguyên cứu chỉ ra rằng phụ thuộc vào: Tuổi thai, cân nặng, thời gian phát hiện, tổn thương trong mổ, bệnh lý phổi hợp, biến chứng sớm sau mổ...[3] Có 2 bệnh nhân xin về vì ruột ngắn, 1 bệnh nhân suy kiệt dần sau mổ do viêm phổi và ruột ngắn. 7 bệnh nhân đều đẻ thiếu tháng (100%), không có trường hợp nào cân nặng hơn 2500gam, có 3 bệnh nhân đã được chẩn đoán trước sinh, có 2 bệnh nhân có bệnh tim phổi nặng phổi hợp. Như vậy các nguyên nhân gây tử vong cũng không nằm ngoài các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 81 trường hợp bệnh nhân mổ teo ruột non bẩm sinh tại khoa phẫu thuật nhi bệnh viện Việt Đức giai đoạn từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 6 năm 2017, siêu âm trước sinh phát hiện sớm có ý nghĩa quan trọng trong quản lý bệnh nhân sau đẻ. Tỷ lệ tử vong sau mổ ngày càng hạ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chang W.T., Chen H.C., Peng H.C. (1995), "Jejunioleal atresia in neonates", *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*, 56 (1), 36-9.
2. Dalla Vecchia L.K., et al. (1998), "Intestinal atresia and stenosis: a 25-year experience with 277 cases", *Arch Surg*, 133 (5), 490-6; discussion 496-7.
3. Grosfeld J.L., ed. *Jejunioleal atresia and stenosis*. 6 ed. Pediatric surgery. Vol. II. 2006, Year book medical publisher: Chicago. 1269 - 1289.
4. Nguyễn Văn Đức (1989), "Teo ruột non", *Phẫu thuật bụng ở sơ sinh và trẻ em*, Tập 1, 46-52.
5. Nguyễn Thanh Liêm N.X.T. (1993), "Phân tích kết quả điều trị teo ruột sơ sinh", *Y học thực hành*, 170 (4), 6-10.
6. Nguyễn Kỳ Minh (2002), "Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị teo ruột non bẩm sinh bằng kỹ thuật nối ruột tận tận sau khi tạo hình nhỏ bớt đầu trên", *Luận văn thạc sỹ y học, trường đại học Y HN*.
7. Nixon H.H., Tawes R. (1971), "Etiology and treatment of small intestinal atresia: analysis of a series of 127 jejunoileal atresias and comparison with 62 duodenal atresias", *Surgery*, 69 (1), 41-51.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ UỐNG THUỐC HẠ ÁP THEO GIỜ ĐỐI VỚI GIÁ TRỊ HUYẾT ÁP VÀ SỰ BIẾN THIÊN HUYẾT ÁP 24 GIỜ Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Hà Thị Phương Dung*, Phạm Trường Sơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu vai trò của việc uống thuốc hạ áp theo giờ đối với giá trị huyết áp và sự biến thiên huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp bằng theo dõi huyết áp trong 24 giờ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, cắt ngang trên 80 bệnh nhân tăng huyết áp đang dùng thuốc hạ áp, các bệnh nhân được theo dõi huyết áp 24 giờ và điều chỉnh thời điểm uống thuốc tùy theo các đỉnh huyết áp trong ngày. **Kết quả:** Có 29 bệnh nhân (36,25%) cần phải chỉnh thời điểm uống thuốc. Giá trị huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, huyết áp trung bình ngày, đêm và trong 24 giờ sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc đều thấp hơn một cách có ý nghĩa so với trước khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc. Sau điều chỉnh thời điểm uống thuốc, tỷ lệ bệnh nhân có đỉnh tăng huyết áp vào buổi sáng giảm từ 62% xuống còn 27,6%. Số đỉnh tăng huyết áp về buổi sáng, buổi chiều và đêm sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc thấp hơn so với trước khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc. Tỷ lệ bệnh nhân không có trùng huyết áp về ban đêm sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc (13,8%) thấp hơn so với trước khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc. **Kết luận:** Việc uống thuốc hạ áp theo giờ giúp làm giảm giá trị huyết áp và giảm sự biến thiên huyết áp.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF ANTIHYPERTENSIVE AGENT USAGE BASING ON AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITOR IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Aim: Evaluating the effectiveness of blood pressure control and blood pressure variability management by adjusting timing of antihypertensive agent administration in treated hypertensive patients.

Method: A cross sectional study was done on 80 treated hypertensive patients, all patients were monitored 24 hour ambulatory blood pressure and timing of taking antihypertensive drug was adjusted basing on result of ABPM. **Results:** Timing of drug taking was adjusted in 36,25% patients. After adjusting, Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, mean blood pressure in the night, the day and all day decreased significantly. The number of blood pressure peak in the day, in the afternoon and in the night were also lower after adjusting.

*Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trường Sơn

Email: son200_1@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.01.2018

Ngày duyệt bài: 22.01.2018

Conclusion: Adjusting the timing of taking antihypertensive agent help to reduce blood pressure level and further control blood pressure variability.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh lý thường gặp nhất trong các bệnh tim mạch, tần suất mắc bệnh THA trên thế giới từ 5 đến 30% [3]. Tăng huyết áp nếu không điều trị tích cực sẽ có thể để lại hậu quả nặng nề với các biến chứng suy tim, bệnh mạch vành, đột quỵ não... từ đó gây ra tàn phế và tử vong cho người bệnh. Theo các nghiên cứu, có khoảng 75% số bệnh nhân THA không được điều trị một cách đầy đủ, hiệu quả [3]. Một trong những nguyên nhân là do đo huyết áp bằng phương pháp thông thường sẽ không phát hiện được những bệnh nhân có các đỉnh tăng huyết áp và tăng huyết áp ẩn giấu. THA ẩn giấu được định nghĩa khi không có THA bằng phương pháp thông thường nhưng có THA trên phương pháp theo dõi huyết áp 24 giờ [3]. Tỷ lệ THA ẩn giấu khoảng 10% dân số và chiếm 40% bệnh nhân đang điều trị bằng thuốc hạ áp. Ngoài ra bệnh nhân THA có tỷ lệ cao bệnh nhân không có giảm huyết áp về đêm dù ban ngày huyết áp đã được kiểm soát. Các nghiên cứu cho thấy không giảm huyết áp về đêm sẽ gây ra các biến chứng tim mạch như phì đại thất trái, gây tổn thương thận [4]. Kiểm soát huyết áp theo phương pháp theo dõi huyết áp 24 giờ sẽ giúp làm giảm giá trị huyết áp và điều chỉnh biến thiên huyết áp. Tại Việt Nam, việc dùng thuốc hạ huyết áp chủ yếu dựa vào giá trị huyết áp buổi sáng mà không căn cứ vào giá trị huyết áp theo dõi trong 24 giờ, điều này sẽ khiến việc kiểm soát huyết áp không được đầy đủ và làm gia tăng các biến cố tim mạch. Vì vậy đề tài thực hiện nhằm hai mục tiêu:

1. *Đánh giá hiệu quả của việc điều chỉnh thời điểm dùng thuốc hạ áp đối với giá trị huyết áp 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp.*

2. *Vai trò của điều chỉnh thời điểm dùng thuốc hạ áp đối với sự biến thiên huyết áp 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 80 bệnh nhân được chẩn đoán xác định tăng huyết áp, được điều trị nội trú tại

khoa A2-A, Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108, từ tháng 04/2012 đến 12/2013.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định THA nguyên phát theo khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam năm 2008 và đang điều trị bằng một loại thuốc hạ áp.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: THA thứ phát. Bệnh THA có các bệnh lý cấp tính hoặc ác tính kèm theo. Bệnh THA kèm theo các bệnh lý tim mạch khác như hẹp, hở van tim, bệnh cơ tim nguyên phát... Kết quả huyết áp 24 giờ của bệnh nhân có nhiều tín hiệu nhiễu tạp, thời gian theo dõi dưới 20 giờ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Dùng phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang.

2.2.2. Các bước nghiên cứu

*Hỏi bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng

- Tuổi, giới.
- Thời gian THA: Tính từ khi được chẩn đoán xác định bệnh lần đầu cho đến khi được chọn làm đối tượng nghiên cứu.

- Thời điểm dùng thuốc hạ áp
- Khai thác các bệnh kèm theo: Nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, bệnh thận.
- Đo huyết áp theo phương pháp chuẩn.

*Đo huyết áp 24 giờ: chỉnh thuốc theo biến thiên huyết áp, sau đó đo lại huyết áp 24 giờ ở những bệnh nhân được chỉnh thời điểm uống thuốc.

2.2.3. Đo huyết áp 24 giờ

Cách đo huyết áp 24 giờ: Phương tiện nghiên cứu là máy SCOTTCARE, phần mềm ABPM-Base được cài đặt trên máy vi tính giúp xác lập chương trình đo và xử lý kết quả cho máy ABPM. Sau khi nhập viện một ngày, tất cả bệnh nhân được giải thích để hợp tác đo huyết áp 24 giờ. Điều kiện đo: Bệnh nhân đi lại sinh hoạt bình thường trong bệnh viện. Phòng yên tĩnh, không ồn ào. Giờ dậy buổi sáng: 6 giờ, Giờ ngủ buổi tối: 22 giờ.

2.2.4. Các tiêu chuẩn chẩn đoán

- Chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn của Tổ chức y tế thế giới năm 2003 khi bệnh nhân có trị số HATT ≥ 140 mmHg và hoặc HATTr ≥ 90 mmHg.

- Chẩn đoán THA trên ABPM khi [4]:
+ HATB khi thức $> 135/85$ mmHg hoặc
+ HATB khi ngủ $> 120/70$ mmHg
- Biến thiên huyết áp trong 24 giờ
+ Những đỉnh cao huyết áp trong 24 giờ: Là những thời điểm có HATB $> 10\%$ so với HATB 24 giờ (dựa vào biểu đồ vẽ trên máy).

+ Có trũng giảm huyết áp về đêm: là BN có HATB đêm giảm $\geq 10\%$ so với HATB ngày.

+ Không có trũng giảm huyết áp về đêm: là BN có HATB đêm giảm $< 10\%$ so với HATB ngày.

- Cách tính thời điểm đỉnh cao huyết áp và thời điểm chỉnh thuốc: Thời điểm buổi sáng: tính từ 7h đến 12h, buổi chiều- tối: tính từ 12h đến 22h, buổi đêm: 22h đến 6h.

2.2.5. Điều chỉnh thời điểm dùng thuốc:

Dựa vào giá trị huyết áp 24 giờ, vẫn giữ nguyên thuốc hạ áp mà BN đang dùng, chỉ điều chỉnh thời điểm uống thuốc. Căn cứ vào thời gian bán thải của thuốc, lựa chọn thời điểm uống thuốc để thuốc đạt tác dụng cao nhất vào thời điểm BN có huyết áp trung bình cao nhất. Ở những bệnh nhân được điều chỉnh thời điểm uống thuốc, thực hiện đo huyết áp 24 giờ lần hai sau 3 ngày. So sánh, đánh giá kết quả đo huyết áp trong 24 giờ trước và sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc.

Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân chia theo tuổi, giới của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số BN (n=80)	Tỷ lệ (%)
Nam	55	68,7
Nữ	25	31,3
Tuổi trung bình	63,2 $\pm$ 7,6	

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 63,2 $\pm$ 7,6. Nam chiếm tỷ lệ (%) cao hơn nữ (%).

Bảng 3.2. Thời điểm dùng thuốc trước và sau khi điều chỉnh

Thời điểm dùng thuốc	Số BN trước điều chỉnh (1)(n,%)	Số BN được điều chỉnh (2)(n,%)	Tổng số BN được điều chỉnh
Buổi sáng	70 (87,5)	25 (31,2%)	29 (36,25%)
Buổi chiều- tối	10 (12,5)	4 (5%)	
p	$< 0,001$	$< 0,01$	

Nhận xét: Phần lớn BN dùng thuốc vào buổi sáng (87,5%), có 31,2% BN được điều chỉnh thời điểm dùng thuốc từ sáng sang chiều và 5% chỉnh thời điểm uống thuốc từ chiều sang sáng.

3.2. Sự thay đổi giá trị huyết áp trước và sau điều chỉnh thời điểm uống thuốc hạ áp

Bảng 3.3. Giá trị HATT và HATTr trong 24 giờ trước và sau điều chỉnh thời điểm dùng thuốc

Giá trị huyết áp	Trước điều chỉnh	Sau điều chỉnh	p
HATT 24 giờ (mmHg)	145 $\pm$ 9,0	138,7 $\pm$ 8,6	$< 0,001$
HATTr 24 giờ (mmHg)	88,8 $\pm$ 8,3	83,2 $\pm$ 8,7	$< 0,001$

Nhận xét: Giá trị HATT và HATTr trong 24 giờ sau thời điểm dùng thuốc đều thấp hơn so với thời điểm trước khi dùng thuốc với giá trị lần lượt là $145 \pm 9,0$ so với $138,7 \pm 8,6$ và $88,8 \pm 8,3$ so với $83,2 \pm 8,7$.

Bảng 3.4. Giá trị huyết áp tâm thu, tâm trương ngày và đêm trước và sau khi điều chỉnh thời điểm dùng thuốc

Chỉ tiêu Giá trị (mmHg)	Trước điều chỉnh	Sau điều chỉnh	p
HATT ngày	$148,1 \pm 7,1$	$140,2 \pm 7,6$	$< 0,05$
HATTr ngày	$90,2 \pm 8,5$	$85,3 \pm 8,6$	$< 0,05$
HATT đêm	$135,9 \pm 12,4$	$129,6 \pm 13,6$	$< 0,05$
HATTr đêm	$86,5 \pm 9,3$	$83,1 \pm 9,7$	$> 0,05$

Nhận xét: Giá trị HATT và HATTr ngày và HATT đêm sau thời điểm dùng thuốc đều thấp hơn một cách có ý nghĩa so với thời điểm trước khi dùng thuốc. Giá trị HATTr đêm tuy có thấp hơn nhưng chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Giá trị HATB trước và sau điều chỉnh thời điểm dùng thuốc

Giá trị huyết áp	Trước điều chỉnh	Sau điều chỉnh	p
HATB 24 giờ (mmHg)	$107,6 \pm 7,4$	$101,9 \pm 8,6$	$< 0,05$
HATB ngày (mmHg)	$109,8 \pm 7,0$	$103,5 \pm 7,4$	$< 0,05$
HATB đêm (mmHg)	$103,6 \pm 9,4$	$96,6 \pm 10,9$	$< 0,05$

Nhận xét: Giá trị HATB 24 giờ, ngày và đêm sau khi điều chỉnh thời gian uống thuốc đều thấp hơn một cách có ý nghĩa so với thời điểm trước khi dùng thuốc.

3.3. Sự biến thiên huyết áp trong 24 giờ trước và sau điều chỉnh thời điểm uống thuốc

Bảng 3.6 Tỷ lệ bệnh nhân có tăng đột biến huyết áp vào lúc sáng trước và sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc

Giá trị Thời điểm	Số BN (n=29)	Tỷ lệ (%)	p
Trước khi điều chỉnh	18	62	$< 0,05$
Sau khi điều chỉnh	8	27,6	

Nhận xét: Trong số BN được chỉnh thời điểm uống thuốc, số BN có đỉnh tăng huyết áp vào buổi sáng giảm từ 62% xuống còn 27,6% ($p < 0,05$).

Bảng 3.7. Các đỉnh tăng huyết áp trong ngày trước và sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc

Giá trị Thời điểm	Các đỉnh huyết áp trong ngày		p
	Trước khi điều chỉnh	Sau khi điều chỉnh	
Buổi sáng	$1,8 \pm 0,6$	$1,3 \pm 0,4$	$< 0,001$
Buổi chiều	$1,4 \pm 0,7$	$1 \pm 0,4$	$< 0,01$

Về đêm	$0,8 \pm 0,3$	$0,5 \pm 0,2$	$< 0,001$
Tổng	$4,0 \pm 0,8$	$2,8 \pm 0,35$	$< 0,001$

Nhận xét: Số đỉnh THA về buổi sáng, buổi chiều và đêm sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc thấp hơn so với trước khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc.

Bảng 3.8. Tỷ lệ bệnh nhân không có trung huyết áp về đêm trước và sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc

Giá trị - Thời điểm	Số BN (n=29)	Tỷ lệ (%)	p
Trước điều chỉnh	10	34,5	$< 0,001$
Sau khi điều chỉnh	4	13,8	

Nhận xét: Tỷ lệ BN không có trung huyết áp về ban đêm sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc (13,8%) thấp hơn so với trước khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc (34,5 %).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của 3.1 cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $63,2 \pm 7,6$. Nhiều kết quả nghiên cứu trong nước cũng có nhận xét tỷ lệ THA ở người > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất khoảng 56-61% [1]. Trong nghiên cứu này thấy tỷ lệ nam (66,6%) nhiều hơn nữ (32,4%), điều này được giải thích có lẽ là do nghiên cứu tiến hành tại Bệnh viện quân đội nơi mà số có tỷ lệ cao quân nhân đến khám và điều trị, mà trong số họ đa phần là nam giới.

Bảng 3.4 cho thấy có tới 36,25% bệnh nhân cần phải chỉnh thời điểm uống thuốc, trong đó có 31,2% BN được điều chỉnh thời điểm dùng thuốc từ sáng sang chiều cao hơn có ý nghĩa so với số BN chỉnh thời điểm uống thuốc từ chiều sang sáng (5%). Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng đối với BN THA thấy có tỷ lệ khá cao bệnh nhân không có giảm huyết áp về đêm và có tăng đột biến huyết áp về sáng sớm và vì vậy nhiều bệnh nhân cần phải chỉnh thời điểm uống thuốc từ sáng sang chiều [5].

Bảng 3.3 và 3.4 cho thấy giá trị huyết áp tâm thu ngày, đêm và 24 giờ đều cao hơn ở nhóm chưa điều chỉnh thời điểm dùng thuốc. Phân tích mối liên quan giữa gánh nặng huyết áp và tổn thương cơ quan đích, các nghiên cứu thấy rằng ở bệnh nhân THA ở mức độ nhẹ và trung bình thì gánh nặng HATT 24 giờ có liên quan chặt chẽ với các nguy cơ tim mạch. Các nghiên cứu cũng thấy sự tăng HATT ban ngày là yếu tố tiên đoán cho sự phát triển vữa xơ động mạch cảnh.

Kết quả bảng 3.5 cho thấy giá trị HATB ban ngày, ban đêm và trong 24 giờ ở thời điểm sau khi điều chỉnh giờ uống thuốc đều thấp hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước khi điều chỉnh giờ uống thuốc. Do giá trị huyết

áp tâm thu, tâm trương ngày và đêm ở nhóm sau điều chỉnh thuốc thấp hơn so với thời điểm trước điều chỉnh nên giá trị HATB ở nhóm bệnh nhân này cũng thấp hơn. Giá trị HATB có mối liên quan với phì đại thất trái và bệnh lý mạch máu não. Các nghiên cứu thấy phì đại thất trái liên quan chặt chẽ với giá trị HATB 24 giờ, hoặc giá trị HATB ngày và HATB đêm [6].

Số liệu bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp về buổi sáng sớm sau điều chỉnh thời điểm uống thuốc (27,6%) đã giảm một cách có ý nghĩa so với trước khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc (62%). Thông thường vào thời điểm thức dậy trong ngày sẽ có sự tăng huyết áp nhanh và đột ngột, nhất là khi có những hoạt động thể lực kèm theo. Sự tăng vọt huyết áp sẽ dẫn đến tăng tải trên thành thất trái, tăng đột xuất nhu cầu oxy và chất dinh dưỡng, từ đó có thể làm vỡ mảng xơ ở động mạch vành hoặc động mạch não gây nhồi máu cơ tim, đột quỵ não [5]. Hơn nữa, chính sự tăng huyết áp này dẫn đến biến đổi cấu trúc thành mạch, lâu dần làm huyết áp tăng dần và làm huyết áp trở nên khó kiểm soát. Với những bệnh nhân có huyết áp kháng trị, đôi khi huyết áp trung bình ở những bệnh nhân này có thể không phải rất cao mà chỉ tăng cao ở một số thời điểm trong ngày. Việc thay đổi thời điểm uống thuốc đảm bảo thuốc đạt tác dụng tối khi huyết áp tăng cao nhất sẽ giúp khống chế huyết áp ở những BN này. Các nghiên cứu thấy rằng sau khi đã điều chỉnh cách dùng thuốc huyết áp theo diễn biến huyết áp trong 24h đã giúp cải thiện tổn thương cơ quan đích và biến cố tim mạch, giúp kiểm soát huyết áp với số lượng thuốc hạ áp ít hơn.

Sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc, kết quả bảng 3.7 cho thấy, tỷ lệ các đỉnh huyết áp trong ngày thấp hơn so với trước khi điều chỉnh thuốc. Các nghiên cứu thấy rằng sự dao động huyết áp quá mức trong 24 giờ là yếu tố độc lập dự báo tổn thương cơ quan đích. Nói chung, sự biến thiên huyết áp càng nhiều khi mức huyết áp càng cao. Ở những bệnh nhân có sự dao động huyết áp lớn thì tỷ lệ tổn thương cơ quan đích cao và nghiêm trọng [3]. Thông qua đánh giá sức kháng của mạch máu nhỏ người ta thấy sự tăng biến thiên huyết áp có lẽ là do liên quan với sự thay đổi cấu trúc của mạch máu.

Bảng 3.8 cho thấy tỷ lệ BN không có trũng huyết áp ban đêm giảm đáng kể sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc. Nhiều bằng chứng cho thấy những người không giảm huyết áp khi ngủ sẽ có tỷ lệ cao về tổn thương cơ quan đích

đặc biệt phì đại thất trái. Những người phì đại thất trái sẽ có tỷ lệ cao về thiếu máu cơ tim cục bộ, loạn nhịp tim. Người ta thấy rằng ở BN THA, giá trị tiên lượng nguy cơ tim mạch của các chỉ số huyết áp ban đêm tốt hơn ban ngày. Các tác giả cũng thấy rằng nhóm người không có trũng huyết áp về đêm có tỷ lệ tiết albumin niệu cao hơn. Albumin niệu dương tính là một dấu hiệu của sự tăng nguy cơ về bệnh lý tim mạch, TBMMN, bệnh vồng mạc, tổn thương thận và rối loạn lipid máu [4].

V. KẾT LUẬN

1. Giá trị huyết áp sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc

- Giá trị HATT, HATtr và HATB ngày, đêm và trong 24 giờ sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc đều thấp hơn một cách có ý nghĩa so với trước khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc

2. Sự biến thiên huyết áp 24 giờ sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc

- Sau điều chỉnh thời điểm uống thuốc, tỷ lệ BN có đỉnh tăng huyết áp vào buổi sáng giảm từ 62% xuống còn 27,6%

- Số đỉnh THA về buổi sáng, buổi chiều và đêm sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc thấp hơn so với trước khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc.

- Tỷ lệ BN không có trũng huyết áp về ban đêm sau khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc (13,8%) thấp hơn so với trước khi điều chỉnh thời điểm uống thuốc (34,5 %)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Gia Khải (2001), "Cơ sở lý luận điều trị tăng huyết áp", Chương trình tim mạch sau Đại học lần thứ XI: 4 - 8.
2. Đặng Văn Phước và cs (2008). "Khuyến cáo của hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán điều trị rối loạn lipid máu", Khuyến cáo về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa giai đoạn 2006-2010, Nhà xuất bản Y học, tr.365-382.
3. Trefor Morgan (2000), "Kiểm soát huyết áp 24 giờ", Hãng Servier dịch: 5 - 7.
4. Cuspidi CA, Meani SA, Maurizio S, et al (2003). " Cardiovascular target organ damage in essential hypertensives with or without reproducible nocturnal fall in blood pressure", J Hypertens ;22:273-80
5. Mallion J, et al (1999),"Clinical value of ambulatory blood pressure monitoring", J Hum Hypertens; 17 (5): 585 – 595.
6. Mule - G, Nardi E, et al (2001), "Relationship between 24h blood pressure load and target organ damage in patient with mild to moderate essential hypertension", Blood - Press - Monit; 6(3): 115 – 123.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT NĂM 2017

Nguyễn Thị Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh sự thay đổi chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh trước và sau phẫu thuật khớp gối (PTKG) tại khoa Chấn thương Chỉnh hình bệnh viện Thống Nhất năm 2017. **Đối tượng nghiên cứu:** 159 bệnh nhân có chỉ định thay khớp gối, phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước tại khoa Ngoại Chấn thương Chỉnh hình, bệnh viện Thống Nhất. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu dọc có can thiệp, theo dõi và đánh giá theo các thời điểm khác nhau (2 thời điểm) nghiên cứu định lượng kết hợp với định tính. **Kết quả và bàn luận:** Kết quả cho thấy tổng điểm trung bình CLCS tổng thể của người PTKG có sự cải thiện rõ rệt qua các thời điểm đánh giá: Thời điểm nhập viện điểm trung bình CLCS (Mean SD) chỉ đạt 45,97 điểm, sau khi tái khám là 62,72 điểm và tăng lên đáng kể sau một tháng 16,75 điểm. **Kết luận:** Qua nghiên cứu CLCS của toàn bộ 159 người bệnh được PTKG từ tháng 2 đến tháng cuối tháng 4 năm 2017 tại khoa Chấn thương Chỉnh hình, bệnh viện Thống Nhất, CLCS của người bệnh sau PTKG có sự thay đổi đáng kể và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) khi so sánh điểm CLCS của các người bệnh được PTKG tại thời điểm nhập viện và khi khám lại sau ra viện 1 tháng.

Từ khóa: phẫu thuật gối, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

EVALUATION THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS UNDERGOING KNEE SURGERIES IN THONGNHAT HOSPITAL

Objective: Evaluates the change of quality of life in pre- and postoperative patients undergoing knee surgeries at Trauma and Orthopaedic Department in Thong Nhat hospital in 2017. **Subjects and methods:** A descriptive longitudinal study with interventions, follow – up, assessments 159 patients undergoing knee arthroplasties and arthroscopic anterior cruciate ligament reconstructions in 2017 at Trauma and Orthopaedic Department in Thong Nhat hospital. **Results and discussions:** The average score of quality of life improved significantly each time point from the preoperative period 45,97 points, until 1 month after discharge 62,72 points. **Conclusions:** The average score of quality of life improved significantly from the preoperative period until 1 month after discharge.

Keywords: Knee surgeries, quality of life.

*Khoa Ngoại Chấn thương Chỉnh hình BV.Thống Nhất
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tiến
Email: nguyenthitien1979@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 24.01.2018
Ngày duyệt bài: 29.01.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu đánh giá sự thay đổi CLCS của người bệnh như là ung thư, suy thận, lao, HIV hay thay khớp háng, thay khớp gối. Fitzgerald (2004) [3] thực hiện tại Hoa Kỳ đánh giá CLCS sau PTKG bằng bộ công cụ Short from- 36 (SF-36), kết quả có sự cải thiện đáng kể sau 01 năm. Mansson (2010) [6] đánh giá CLCS cho 793 người bệnh phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bằng bộ công cụ SF-36, kết quả sau 2 – 7 năm, có sự cải thiện đáng kể CLCS khi so với nhóm chứng. Tại khoa Ngoại Chấn thương Chỉnh hình (CTCH) của Bệnh viện Thống Nhất hàng năm, có khoảng gần 500 ca PTKG chủ yếu là phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT và PTKG có xu hướng ngày càng tăng [1]. Chưa đánh giá được CLCS của người bệnh trước và sau PTKG. Bên cạnh đó, chưa có nghiên cứu nào tổng kết về vấn đề này. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật khớp gối tại Bệnh viện Thống Nhất” nhằm mục đích đánh giá CLCS của người bệnh trước và sau PTKG tại khoa Chấn thương Chỉnh hình bệnh viện Thống Nhất và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến PTKG và CLCS của người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 159 người bệnh có chỉ định thay khớp gối, phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT tại khoa Ngoại CTCH, bệnh viện Thống Nhất từ ngày 01 tháng 2 năm 2017 đến ngày 30 tháng 4 năm 2017. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các người bệnh không đồng ý tiếp tục nghiên cứu; không hợp tác, từ chối trả lời.

2.2. Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu dọc có can thiệp, theo dõi và đánh giá theo các thời điểm khác nhau (2 thời điểm) nghiên cứu định lượng kết hợp với định tính.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: theo công thức tính cỡ mẫu của Twisk để so sánh điểm CLCS của 2 lần khảo sát, phù hợp với nghiên cứu này là 99 người bệnh. Chúng tôi chọn mẫu toàn bộ có 159 người bệnh đáp ứng đủ tiêu chuẩn phỏng vấn 2 lần.

2.4. Nội dung nghiên cứu:

- Tại thời điểm nghiên cứu, lấy danh sách

người bệnh có chỉ định phẫu thuật tiến hành phẫu thuật trước và sau tái khám 1 tháng.

- Đánh giá CLCS bằng bộ câu hỏi SF-36 phiên bản 1.0 có 36 câu hỏi: phỏng vấn người bệnh, thu thập các mẫu câu trả lời. Mã hóa điểm trả lời

của từng câu hỏi. Tính điểm theo từng lĩnh vực sức khỏe. Điểm càng cao thì xác định tình trạng sức khỏe càng tốt. Mỗi câu trả lời đều có điểm số thay đổi từ 0 đến 100 điểm. Sau đó tính điểm trung bình của 8 yếu tố sau:

Bảng 2.1. Cấu trúc bảng câu hỏi SF - 36

Lĩnh vực	Vấn đề	Số câu hỏi	Số thứ tự câu hỏi
Sức khỏe thể chất	Chức năng thể lực	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
	Những hạn chế hoạt động do thể lực	4	13,14,15,16
	Những hạn chế hoạt động do vấn đề tinh thần	3	17,18,19
	Sức sống	4	23,27,29,31
Sức khỏe tinh thần	Sự thoải mái về tinh thần	5	24,25,26,28,30
	Hoạt động xã hội	2	20,32
	Cảm giác đau	2	21,22
	Tình trạng sức khỏe chung	6	1,2,33,34,35 và 36

(Nguồn: The RAND 36 - Item Health Survey, Version 1.0)

Cách đánh giá như sau: Tổng điểm sức khỏe theo thang điểm SF-36 = trung bình cộng của 8 lĩnh vực sức khỏe trên. Điểm trung bình (50 ± 10) chỉ ra CLCS trung bình, số điểm càng cao phản ánh CLCS càng cao và ngược lại. Theo tác giả Silveira CB (2010), kết quả điểm số SF-36 được đánh giá mức độ qui định như sau:

- Từ 0 - 25 điểm: CLCS kém.
- Từ 26- 50 điểm: CLCS trung bình kém.
- Từ 51 - 75 điểm: CLCS trung bình khá.
- Từ 76 - 100 điểm: CLCS khá - tốt.

Đánh giá độ tin cậy của thang điểm SF-36: Độ tin cậy của bộ câu hỏi SF-36 được tính theo hệ số tin cậy hằng định nội bộ Cronbach's α (Cronbach's α internal consistency reliability Coefficients)

Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu
Tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu là $43,16 \pm 18,72$. Độ tuổi thường gặp nhất từ 30-

49 tuổi, chiếm 35,8%. Bệnh chủ yếu ở nam giới, chiếm 59,1%. Nhóm nghề nghiệp chiếm tỉ lệ cao là người buôn bán/lao động tự do 33,3%, nhóm cán bộ/công nhân chiếm 32,7%, cán bộ hưu trí và làm ruộng chiếm 15,1% và 9,4%. Trình độ học vấn cao nhất là nhóm đối tượng đại học/sau đại học chiếm 40,3%. Nhóm người bệnh độc thân hoặc góa là 10,1%. Các đối tượng đều tham gia bảo hiểm y tế chiếm 95,6%. Chủ yếu bệnh thường gặp nhất là đứt DCCT chiếm 76,1%. Thời gian mắc bệnh cao nhất < 1 tháng chiếm 34%, thấp nhất từ 6 đến 12 tháng chiếm 13,8%. Bệnh kèm theo tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao 31,4%. Ngày điều trị trung bình của 159 đối tượng nghiên cứu là $14,08 \pm 6,35$ ngày (trong đó người bệnh PTTKG trung bình $17,79 \pm 7,85$ ngày, người bệnh phẫu thuật tái tạo DCCT là $10,37 \pm 4,86$ ngày)

3.2 Tính chỉ số Cronbach's alpha dựa trên phần mềm SPSS: Hệ số Cronbach's α của thang điểm SF-36 là: $\alpha = 0,67$ [4]

Bảng 3.1 Độ tin cậy của các yếu tố trong thang điểm SF- 36

	Khía cạnh	Số lượng	Hệ số Cronbach's α
Sức khỏe thể chất	Chức năng thể lực	10	0,69
	Những hạn chế hoạt động do thể lực	4	0,73
	Những hạn chế hoạt động do vấn đề tinh thần	3	0,63
	Sức sống	4	0,75
Sức khỏe tinh thần	Sự thoải mái về tinh thần	5	0,68
	Hoạt động xã hội	2	0,76
	Cảm giác đau	2	0,67
	Tình trạng sức khỏe chung	6	0,71

Kết quả cho thấy hệ số tin cậy của thang điểm SF- 36 ở mức độ chấp nhận được (hệ số r nhận giá trị từ 0,63 đến 0,75)

3.3. Đánh giá sự thay đổi điểm chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật khớp gối

3.3.2. Đánh giá sự thay đổi điểm trung bình CLCS về sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần của người bệnh theo một số yếu tố lâm sàng và đặc điểm cá nhân sau PTKG.

Bảng 3.2. Sự thay đổi điểm trung bình CLCS về lĩnh vực sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần của người bệnh sau phẫu thuật (n=159)

Vấn đề sức khỏe	Điểm TB khi nhập viện (NV)	Khám lại		
		Điểm TB	t	p
Sức khỏe thể chất: Thể lực	42,64	26,13	9,58	0,000
Hạn chế hoạt động do thể lực	25,16	59,28	-11,29	0,000
Hạn chế hoạt động do vấn đề tinh thần	43,40	73,79	-9,86	0,000
Sức sống	52,42	68,21	-11,79	0,000
Sức khỏe tinh thần:				
Sự thoải mái về mặt tinh thần	56,33	71,95	-12,93	0,000
Tham gia hoạt động xã hội	56,29	72,96	-11,31	0,000
Cơn đau	50,49	72,91	-18,12	0,000
Tình trạng sức khỏe	41,17	56,47	-15,26	0,000
Điểm Trung bình CLCS	45,97	62,72	-16,41	0,000

Bảng 3.3. Sự thay đổi điểm trung bình CLCS về thể lực theo chẩn đoán, phương pháp phẫu thuật của người bệnh sau phẫu thuật (n=159)

Nhóm	Số NB	Điểm TB nhập viện	Khám lại		
			Điểm TB	t	p
Chẩn đoán bệnh: Thoái hóa khớp gối	38	66,84	38,82	9,45	0,000
Đứt dây chằng chéo trước	121	35,04	22,15	6,59	0,000
Phương pháp phẫu thuật					
Phẫu thuật thay khớp gối	38	66,84	38,82	9,45	0,000
Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước	121	35,04	22,15	6,59	0,000

Bảng 3.4. Sự thay đổi điểm trung bình CLCS về thể lực theo nhóm tuổi, giới của người bệnh sau phẫu thuật (n=159)

Nhóm	Số NB	Điểm TB nhập viện	Khám lại		
			Điểm TB	t	p
Tuổi: < 30 tuổi	48	70,60	40,60	8,49	0,000
30 - 49 tuổi	57	47,07	28,10	5,32	0,000
50 - 69 tuổi	29	32,63	23,51	3,37	0,001
≥ 70 tuổi	25	37,29	20,52	4,98	0,000
Giới: Nam	94	41,01	26,49	6,04	0,000
Nữ	65	45,00	25,62	8,22	0,000

Bảng 3.5. Sự thay đổi điểm trung bình CLCS về triệu chứng đau theo chẩn đoán, phương pháp phẫu thuật của người bệnh sau phẫu thuật (n=159)

Nhóm	Số NB	Điểm TB nhập viện	Khám lại		
			Điểm TB	t	p
Chẩn đoán bệnh: Thoái hóa khớp gối	38	23,34	52,79	-15,49	0,000
Đứt dây chằng chéo trước	121	23,34	79,49	-13,84	0,000
Phương pháp phẫu thuật					
Phẫu thuật thay khớp gối	38	23,34	52,79	-15,49	0,000
Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước	121	59,35	79,49	-13,84	0,000

Bảng 3.6. Sự thay đổi điểm trung bình CLCS về triệu chứng đau theo nhóm tuổi, giới của người bệnh sau phẫu thuật (n=159)

Nhóm	Số NB	Điểm TB nhập viện	Khám lại		
			Điểm TB	t	p
Tuổi: < 30 tuổi	48	59,10	80,27	-8,40	0,000
30 - 49 tuổi	57	60,02	79,00	-9,06	0,000
50 - 69 tuổi	29	42,45	67,10	-10,11	0,000
≥ 70 tuổi	25	23,16	52,88	-13,42	0,000
Giới: Nam	94	53,97	75,14	-12,44	0,000
Nữ	65	46,08	70,17	-13,79	0,000

3.3.1. Mô tả điểm CLCS của người bệnh sau phẫu thuật



IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, kết quả khảo sát cho thấy độ tin cậy của bộ câu hỏi SF-36 dựa trên Cronbach Alpha được tính bằng phần mềm SPSS là $\alpha = 0,67$ và độ tin cậy của 8 yếu tố thành phần có giá trị từ 0,63 đến 0,76. Theo nghiên cứu của Jenkinson [4] các giá trị này là chấp nhận được, nếu có thể áp dụng ở nghiên cứu mới.

4.1 Mô tả CLCS trước và sau PTKG: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm đối tượng này có ở hầu hết mọi lứa tuổi độ tuổi trung bình là $43,16 \pm 18,72$ tuổi. Nhóm người bệnh có độ tuổi từ 30 - 49 tuổi chiếm nhiều nhất 35,8%. Điều này phù hợp ($44,9 \pm 16,5$) trong nghiên cứu của tác giả Fibay (2013). Phân bố giới tính nghiên về nam giới chiếm 59,1% phù hợp với nghiên cứu của Mansson (2011) khi nam giới chiếm 61,57%. Nhóm người bệnh thoái hóa khớp gối có số ngày nằm điều trị trung bình ($17,79 \pm 7,847$ ngày) lâu nhất, cao hơn hẳn so với nghiên cứu của Fernandez-Cuadros 2016 (8,2 ngày). Điểm trung về thể lực của 159 người bệnh tại thời điểm nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 42,64 điểm, cao hơn một chút so với nghiên cứu của Yuko (2011) cũng dùng bộ công cụ SF-36, với điểm trung bình về lĩnh vực thể lực là 33,1 điểm. Mức điểm này chứng tỏ điểm chức năng thể lực của người bệnh có chỉ định PTKG là rất kém (Chỉ đạt khoảng 1/3 mức điểm tối đa là 100 điểm). Tuy nhiên, ở thời điểm khám lại sau 01 tháng, điểm trung bình thể lực đã tăng lên 73,39 điểm (Tăng 47,09 điểm), mức độ tăng này là tương đối nhanh so với mức độ tăng thể lực được công bố trong nghiên cứu của Yuko (2011) là 26,6 điểm. Bởi trong nghiên cứu của chúng tôi, ngoài đối tượng thay khớp gối còn có đối tượng phẫu thuật tái tạo DCCT. Kết quả cho thấy điểm trung bình về vấn đề sức khỏe tinh thần là khá cao ở thời điểm nhập viện là 56,33 điểm, khi

khám lại là 71,95 điểm (tăng 15,62 điểm). Sự cải thiện CLCS về tinh thần trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương ở thời điểm khám lại so với nghiên cứu của Moller (2009) là 78,6 điểm, Mansson (2010) 84,2 điểm. Trong nghiên cứu này, điểm trung bình đau ở thời điểm nhập viện là 50,49 điểm cao hơn kết quả của Yu Ko (2011) là 38 điểm và của Fernandez-Cuadros (2016) là 39,92 điểm. Tuy nhiên, người bệnh còn đau rất ít khi khám lại và điểm đau lúc này đạt 72,91 điểm (Tăng 22,42 điểm). Kết quả này tương đương với Fernandez-Cuadros (2016) là 24,51 điểm. Kết quả cho thấy, thời điểm nhập viện điểm trung bình sức khỏe đạt 41,17 điểm, thấp hơn nhiều so với kết quả của YuKo (2011) là 72,6 điểm.

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự thay đổi chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật khớp gối

Tuổi: Không ảnh hưởng đến CLCS sau mổ ở những người bệnh phẫu thuật tái tạo DCCT. Kết quả này phù hợp với các tác giả Jones (2001) [5]. **Giới:** Trong phẫu thuật tái tạo DCCT, chúng tôi nhận thấy rằng có sự thay đổi CLCS của nam giới cao hơn nữ giới, tuy nhiên khác biệt không ý nghĩa thống kê. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của tác giả Filbay và cộng sự (2014). Đồng thời, chúng tôi thấy rằng không có mối tương quan giữa giới và sự thay đổi CLCS ($p < 0.05$) phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Øiestad (2011).

Phương pháp phẫu thuật: có ảnh hưởng đến sự thay đổi điểm CLCS của người bệnh phẫu thuật khớp gối. Chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào chứng minh đến sự ảnh hưởng này.

Yếu tố xã hội: Kết quả nghiên cứu qua phỏng vấn sâu nhóm người bệnh thì môi trường bệnh viện các phương tiện dịch vụ của khoa cũng như của bệnh viện, cách phục vụ hướng dẫn của nhân viên y tế có ảnh hưởng đến sự thay đổi CLCS của người bệnh sau PTKG. Thật vậy, có rất nhiều nghiên cứu đã chứng minh sự hỗ trợ của gia đình, xã hội đóng vai trò quan trọng trong việc phục hồi thể chất, giảm đau và tình trạng trầm cảm của người bệnh thoái hóa khớp Ethgen (2004) [2]. Tuy nhiên, Papakostidou (2012) [7] thấy rằng, bệnh nhân đã lập gia đình hoặc sống với một ai khác, có chất lượng sống không khác biệt so với những người bệnh độc thân.

V. KẾT LUẬN

CLCS của người bệnh sau PTKG có sự thay đổi đáng kể và có ý nghĩa thống kê khi so sánh điểm CLCS của các người bệnh được PTKG tại

thời điểm nhập viện và khi khám lại sau ra viện 1 tháng (nhập viện 45,97 điểm, ra viện 62,72 điểm). Lĩnh vực thể lực có giảm đi so với thời điểm nhập viện từ 42,64 điểm xuống còn 26,13 điểm sau 1 tháng tái khám và kết quả định tính cũng như trên. Một số yếu tố ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh sau PTKG như giới tính, nơi ở, bệnh lý kèm theo, phương pháp phẫu thuật, yếu tố khác (môi trường bệnh, tái khám, chăm sóc của gia đình...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Thống Nhất (2016)** "Báo cáo hoạt động chuyên môn khoa Ngoại Chấn thương Chính hình bệnh viện Thống Nhất", TP. Hồ Chí Minh.
2. **Ethgen, O., Vanparijs, P., Delhalle, S., Rosant, S. (2004)** "Social support and health-related quality of life in hip and knee osteoarthritis". Qual Life Res, 13 (2), pg 321-30.
3. **Fitzgerald, J. D., Orav, E. J., Lee, T. H., Marcantonio, E. R., Poss, R., Goldman, L., Mangione, C. M. (2004)** "Patient quality of life during the 12 months following joint replacement surgery". Arthritis Rheum, 51 (1), pg 100-9.
4. **Jenkinson, C., Wright, L., & Coulter, A. (1994)** "Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample". Quality of Life Research 3(1), pg7-12
5. **Jones, C. A., Voaklander, D. C., Johnston, D. W., Suarez-Almazor, M. E. (2001)** "The effect of age on pain, function, and quality of life after total hip and knee arthroplasty". Arch Intern Med, 161 (3), pg 454-60.
6. **Mansson, O., J. Kartus, Sernert, N. (2011)** "Health-related quality of life after anterior cruciate ligament reconstruction". Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 19 (3), pg 479-87.
7. **Papakostidou, I., Dailiana, Z. H., Papapolychrou, T., Liapopoulos, L. (2012)** "Factors affecting the quality of life after total knee arthroplasties: a prospective study".

TAI BIẾN TRONG XỬ TRÍ NGÔI MÔNG CHUYỂN DẠ Ở NHỮNG SẢN PHỤ CÓ TUỔI THAI TỪ 28 – 42 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TRONG HAI GIAI ĐOẠN 2006 VÀ 2016

Vũ Thị Oanh*, Phạm Thị Thanh Hiền**
Nguyễn Thị Minh Thanh***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét tai biến trong xử trí ngôi mông chuyển dạ ở những sản phụ có tuổi thai từ 28 – 42 tuần tại bệnh viện phụ sản trung ương trong hai giai đoạn 2006 và 2016. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ tai biến trẻ năm 2006 là 8,3%; năm 2016 là 12,4%. Phương pháp đẻ, cân nặng trẻ sơ sinh và tuổi thai có liên quan đến tai biến ngạt ở trẻ sơ sinh. Tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh sớm ở nhóm cân nặng của trẻ sơ sinh dưới 2500g cao hơn so với trẻ có cân nặng sơ sinh trên 2500g (2006: 2,2% và 0%; 2016: 2,2% và 0,7%). Phương pháp đẻ và tuổi thai liên quan đến tỷ lệ tử vong sơ sinh. Mẹ có mổ đẻ cũ thì có nguy cơ bị tai biến chảy máu mẹ cao hơn so với không có mổ đẻ cũ. **Kết luận:** Tai biến sơ sinh ở hai năm chủ yếu là ngạt và tử vong, thường nằm trong nhóm đẻ đường âm đạo thai non tháng và trọng lượng thai thấp; năm 2006 cao hơn năm 2016. Tai biến của mẹ chủ yếu là chảy máu và nhiễm trùng. Tai biến nhiễm trùng có liên quan đến chỉ định mổ vì vết mổ đẻ cũ có kèm ối vỡ sớm.

Từ khóa: Ngôi mông, đẻ đường âm đạo, mổ lấy thai, tai biến.

*Bệnh viện đa khoa Kiến An – Hải Phòng

**Đại học Y Hà Nội

***Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Thanh

Email: caophena2010@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2018

Ngày duyệt bài: 31.01.2018

SUMMARY

COMMENTS ON THE COMPLICATIONS OF BREECH DELIVERY AT THE GESTATIONAL AGE FROM 28-42 WEEKS AT THE NATIONAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL DURING THE 2006 AND 2016

Objectives: Comments on the complications of breech delivery at the gestational age from 28-42 weeks at the National Obstetrics and Gynecology Hospital during the 2006 and 2016 periods. **Study method:** Cross sectional descriptive study. **Results:** The incidence of neonatal mortality in 2006 was 8.3%; in 2016 was 12.4%. Birth method, neonatal weight and gestational age are associated with asphyxia in neonates. The prevalence of early neonatal sepsis in infants weighing less than 2500g was higher than that of newborn infants weighing 2500g (2006: 2.2% and 0%; 2016: 2.2% and 0.7%). Birth method and gestational age are related to neonatal mortality. Mothers with a second caesarean section are at higher risk of having maternal bleeding than those who do not have an existing caesarean section. **Conclusion:** Neonatal morbidity in two years is mainly asphyxia and death, usually in the preterm infant and low birth weight group; 2006 is higher than 2016. Mild major events are bleeding and infection. Stool lesions are associated with surgical indications because of old cysts with premature rupture of membranes.

Keyword: Breech presentation, vaginal delivery, caesarean section, catastrophe

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngôi mông là một ngôi dọc mà cực đầu ở phía đáy tử cung, cực mông ở phía cổ tử cung và mông trình diện trước eo trên khi chuyển dạ. Ngôi mông là ngôi có khả năng đẻ đường dưới nhưng dễ mắc đầu hậu, vì vậy một số tác giả coi như là một ngôi đẻ khó. Sự tiến bộ của y học đặc biệt là trong lĩnh vực sản khoa và sơ sinh, cùng với sự phát triển của xã hội đã làm tiên lượng của ngôi mông có nhiều thay đổi. Nhiều tác giả cho rằng ngôi mông là ngôi có thể đẻ đường âm đạo, nhưng tỷ lệ tai biến cao hơn so với đẻ ngôi chỏm [1]. Việc xử trí ngôi mông sao cho thật đảm bảo an toàn cho cả mẹ và con, mà vẫn không làm tăng thêm tỷ lệ mổ lấy thai, vẫn là một vấn đề khó khăn cho các nhà sản khoa, đòi hỏi phải có tiên lượng chính xác và có thái độ xử trí kịp thời.

Để góp phần đảm bảo an toàn trong việc xử trí ngôi mông chúng tôi tiến hành nghiên cứu vấn đề này với mục tiêu: Nhận xét những tai biến trong xử trí ngôi mông chuyển dạ ở những sản phụ có tuổi thai từ 28-42 tuần tại Bệnh viện Phụ sản TW trong hai giai đoạn 2006 và 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các hồ sơ bệnh án của các sản phụ đơn thai ngôi mông, tuổi thai từ 28-42 tuần được chẩn đoán chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong thời gian từ 01/01/2006 đến 31/12/2006 và 01/01/2016 đến 31/12/2016.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp đẻ ngôi mông trong thai dị dạng, đa thai, thai chết lưu, các trường hợp đình chỉ thai nghén do bệnh lý mẹ và thai. các trường hợp không xác định được tuổi thai, ngôi mông đẻ ở cơ sở khác chuyển đến Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

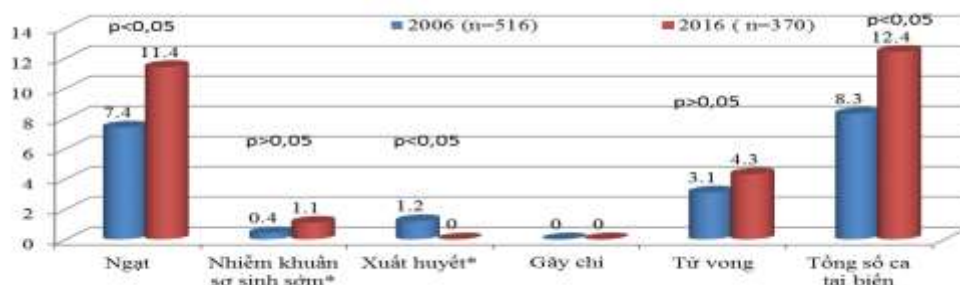
2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Theo chương trình xử lý số liệu SPSS 16.0

2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng không nhằm mục đích nào khác. Đây là nghiên cứu sử dụng các thông tin trên hồ sơ bệnh án chứ không can thiệp trực tiếp đến đối tượng nghiên cứu vì thế không cần xin phép sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Các tai biến của trẻ sơ sinh



Biểu đồ 1. Tai biến trẻ sơ sinh.

Tổng số tai biến chung của năm 2016 cao hơn năm 2006, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Do năm 2016 tỷ lệ trẻ đẻ non cân nặng thấp cao hơn năm 2006, nên tỷ lệ tai biến sơ sinh đã tăng lên ở nhóm này.

Tỷ lệ ngạt sơ sinh năm 2016 cao hơn năm 2006, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của Trần Thị Thảo về tai biến trẻ sơ sinh đẻ ngôi ngược năm 2007 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương là 5,1% [2]. Tỷ lệ ngạt ở nghiên cứu này cao vì những trường hợp thai non tháng chỉ ghi sơ sinh non tháng, không ghi chỉ số Apgar sau đó được đưa vào trung tâm sơ sinh được hồi sức sơ sinh, thở oxy hỗ trợ và thở máy cũng được xếp vào tai biến ngạt.

Tai biến tử vong của hai năm là không có sự khác biệt 2006 là 3,1%, 2016 là 3,6% ($p > 0,05$). Tỷ lệ tử vong sơ sinh theo nghiên cứu của tác giả Vistad tại Na Uy giai đoạn 1991-2000 là 0,1%, giai đoạn 2000-2011 là 0,04% [3].

Năm 2016 không ghi nhận được trường hợp nào bị xuất huyết, năm 2006 có 6 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong nghiên cứu này các tai biến xuất huyết bao gồm xuất huyết ở chi, xuất huyết ở bộ phận sinh dục, không có trường hợp nào bị xuất huyết não. Tương đương với nghiên cứu của Trần Thị Thảo là 1,2% [2].

Nếu so sánh tỷ lệ tử vong với các nghiên cứu khác ngoài nước thì tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh

trong đẻ ngôi mông tại BVPSTƯ còn cao (2,8-3,5%), mà nguyên nhân chủ yếu của tử vong trẻ sơ sinh đẻ ngôi mông là non tháng. Mặc dù trình độ, trang thiết bị chăm sóc hồi sức sơ sinh ngày nay có nhiều tiến bộ, nhưng vẫn còn chưa bắt kịp với các nước trên thế giới. Điều này cho thấy

khả năng nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ sơ sinh là vấn đề sống còn để giảm thiểu tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh trong đẻ ngôi mông. Cũng như việc khám quản lý thai nghén tốt để phát hiện những thai nghén nguy cơ cao từ đó dự phòng sinh non hiệu quả hơn.

Bảng 1. Liên quan tai biến sơ sinh theo phương pháp đẻ

Tai biến sơ sinh	Năm		2006				p	2016				p
			Đẻ ẢĐ (55 ca)		MLT (461ca)			Đẻ ẢĐ (13 ca)		MLT (357 ca)		
	n	%	n	%	n	%		n	%			
Ngạt	19	34,5	19	4,1	0,0001	10	76,9	32	9,0	0,0001		
Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm	1	1,8	1	0,2	0,202	1	7,7	3	0,8	0,134		
Xuất huyết	2	3,6	4	0,9	0,127	0	0	0	0			
Tử vong	11	20,0	5	1,1	0,0001	6	46,2	10	2,8	0,0001		

Tỷ lệ trẻ đẻ đường âm đạo bị ngạt ở cả hai năm cao hơn so với đẻ theo phương pháp mổ lấy thai, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này tương tự với kết quả nghiên cứu của Phạm Phương Hạnh [4].

Tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh ở nhóm đẻ đường âm đạo cũng cao hơn nhóm mổ lấy thai. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên so sánh năm 2015 bao gồm 2396 trường hợp đẻ ngôi mông được thực hiện bởi Hofmeyr GJ, Hannah ME cho thấy: Tử vong chu sinh, sơ sinh và các bệnh suất sơ sinh khác thấp hơn trong nhóm được sinh mổ chủ động (RR 0,33, CI 0,19-0,56). Nguy cơ của tử vong sơ sinh, chu sinh hay những bệnh suất sơ sinh trầm trọng giảm ít hơn tại những quốc gia có tỷ lệ tử vong chu sinh cao [5].

Tỷ lệ MLT trong đẻ ngôi mông tại BVPSTƯ ngày có chiều hướng gia tăng (1994-1995 = 76,9%, 2004-2005 = 88,5% [4] 2007 tỷ lệ này là 90,3% [2]. Nghiên cứu này năm 2006 là 89,3%, năm 2016 là 96,5%). Theo chúng tôi

nguyên nhân làm cho tỷ lệ MLT trong đẻ ngôi mông gia tăng là sự khó tiên lượng vấn đề mắc đầu hậu trong khi ĐĐAĐ cũng như các tai biến khác cho trẻ sơ sinh. Đờ đẻ ngôi mông là một nghệ thuật đòi hỏi kinh nghiệm và kỹ năng của người đỡ đẻ. Tuy nhiên do áp lực xã hội và sự phát triển của kỹ thuật MLT nhiều thầy thuốc sản khoa đã lựa chọn MLT cho tất cả các trường hợp đẻ ngôi mông để tạo được cảm giác "an toàn" trong đỡ đẻ ngôi mông. Theo một số chuyên gia [7] trẻ ngôi mông ĐĐAĐ sẽ có nhiều nguy cơ các tai biến hơn đẻ ngôi chỏm.

Như vậy với những nguy cơ xấu cho trẻ sơ sinh khi ĐĐAĐ có thể gặp phải làm nhiều nhà sản khoa hiện nay có xu thế mở rộng chỉ định MLT trong ngôi mông nhằm giảm thiểu nguy cơ các tai biến cho trẻ ngôi mông. Trong nghiên cứu này cũng phần nào cho thấy được xu thế đó trong giai đoạn hiện nay và với việc tỷ lệ tai biến cho trẻ sơ sinh đẻ ngôi mông qua đường âm đạo cao hơn hẳn MLT một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Liên quan tai biến sơ sinh với cân nặng trẻ sơ sinh

Tai biến sơ sinh	Năm* cân nặng	2006				p	2016				p
		< 2500g (91 ca)		≥2500g (425ca)			< 2500g (92 ca)		≥2500g (278 ca)		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Ngạt		33	36,3	5	1,2	0,0001	40	43,5	2	0,7	0,0001
Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm		2	2,2	0	0	0,031*	2	2,2	2	0,7	0,259
Xuất huyết		2	2,2	4	0,9	0,286	0	0	0	0	
Tử vong		13	14,3	3	0,7	0,0001	15	16,3	1	0,4	0,0001*

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa trọng lượng sơ sinh với tai biến ngạt và tử vong ở cả năm 2006 và 2016, trẻ sơ sinh nhẹ cân dưới 2500g có tỉ lệ ngạt và tử vong cao hơn trẻ có cân nặng trên 2500g ($p < 0,05$, fisher's exact test).

Kết quả nghiên cứu năm 2006 cho thấy trẻ có cân nặng dưới 2500g có tỉ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh cao hơn trẻ có cân nặng trên 2500g ($p < 0,05$ fisher's exact test).

Bảng 3. Liên quan tai biến trẻ sơ sinh với tuổi thai

Tai biến sơ sinh	Năm* Tuổi thai	2006				p	2016				p
		< 37 tuần (136 ca)		≥37 tuần (380 ca)			< 37 tuần (125 ca)		≥37 tuần (245 ca)		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Ngạt		32	23,5	6	1,6	0,0001	41	32,8	1	0,4	0,0001
Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm		2	1,5	0	0	0,069	2	1,6	2	0,8	0,606
Xuất huyết		3	2,2	3	0,8	0,190	0	0	0	0	
Tử vong		14	10,3	2	0,5	0,0001*	15	12,0	1	0,4	0,0001

Tuổi thai càng lớn thì tỷ lệ tai biến càng giảm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của Malloy, tuổi thai càng non thì tỷ lệ bệnh lý càng cao. Thai càng non tháng nguy cơ tử vong càng cao, tử vong sơ sinh non tháng chiếm 80% tử vong sơ sinh trong tuần lễ đầu tiên. Malloy 1991, không tìm thấy bằng chứng cho thấy mổ lấy thai có thể bảo vệ cho trẻ sơ sinh thiếu tháng, đặc biệt là đối với trẻ sơ sinh rất nhẹ cân (dưới 1.500g).

Cũng như trẻ non tháng, càng nhẹ cân thì nguy cơ tử vong càng cao. Ở những trẻ đẻ nhẹ cân thường là do thai non tháng hoặc chậm phát triển trong tử cung, những trường hợp này thường kém đáp ứng với tình trạng thiếu oxy trong quá trình chuyển dạ nên nguy cơ ngạt sau đẻ rất cao, mặt khác do sự kém trưởng thành của phổi cũng là yếu tố nguy cơ gây ngạt sau đẻ cũng như suy hô hấp trong tuần đầu sau đẻ. Trẻ nhẹ cân chịu đựng rất kém với các sang chấn trong lúc đẻ vì vậy nguy cơ tai biến khi đẻ đường âm đạo sẽ tăng lên. Do đó nhiều nhà sản khoa

hiện nay khuyến cáo nên mổ cho những trường hợp thai non tháng hoặc nhẹ cân trong ngôi mông để giảm thiểu những tai biến cho trẻ khi đẻ. Tuy nhiên khi phân tích mối liên quan giữa trọng lượng thai với cách đẻ và tỷ lệ các tai biến cho trẻ sơ sinh này cho thấy trừ trường hợp thai non tháng, những trường hợp có trọng lượng thai dưới 3000g có thể ĐĐĐ mà không làm tăng tần suất tai biến cho trẻ sơ sinh trong ĐĐĐ. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định của Su. May Alarab cho rằng, kinh nghiệm của những nhà sản khoa trong đẻ ngôi mông và với những tiêu chuẩn chọn lọc khắt khe cho việc ĐĐĐ trong ngôi mông sẽ làm giảm nguy cơ và hậu quả cho thai nhi. Theo chúng tôi tùy theo hoàn cảnh của từng địa phương và khả năng nuôi dưỡng sơ sinh non tháng nhẹ cân cũng như khả năng tiên lượng sống còn cho trẻ trong ngôi mông chuyển dạ của các thầy thuốc sản khoa mà có thái độ quyết định xử trí thích hợp với nhu cầu đòi hỏi của xã hội về khả năng chăm sóc sức khỏe sinh sản của từng địa phương.

3.2 Tai biến của mẹ

Bảng 4. Phân bố tai biến mẹ theo phương pháp đẻ

Tai biến mẹ		Năm	2006 (32/516 ca)				p	2016 (07/370 ca)				p
			Đẻ AĐ		MLT			Đẻ AĐ		MLT		
			(55 ca)		(461 ca)			(13 ca)		(357ca)		
			n	%	n	%		n	%	n	%	
Chảy máu	Đờ tử cung	0	0	15	3,3	0,254	0	0	5	1,4	0,895	
	Tụ máu	0	0	7	1,5		0	0	1	0,3		
Nhiễm trùng		0	0	10	2,2	0,610	0	0	1	0,3	0,965	
Tử vong		0	0	0	0		0	0	0	0		
Tổng các tai biến		0	0	32	6,2%	<0,05	0	0	07	1,9%	<0,05	

Hai năm 2006 và 2016 chỉ gặp hai loại tai biến mẹ là chảy máu và nhiễm trùng và hoàn toàn ở nhóm mổ lấy thai, không ghi nhận trường hợp nào bị chấn thương phần mềm đường sinh dục hay tử vong mẹ. Nhóm đẻ đường âm đạo cả hai năm 2006 và năm 2016 thì mẹ đều không có tai biến gì. Trong khi ở nhóm mổ lấy thai năm 2006 tai biến mẹ cao hơn năm 2016. Điều này tương tự với nghiên cứu của tác giả Hannah M.E tại đại học Toronto [4].

Bảng 5. Liên quan của tai biến của mẹ với chỉ định mổ

Tai biến Năm* Cổ mổ	Chảy máu						Nhiễm trùng					
	2006			2016			2006			2016		
	Không	Có	p	Không	Có	p	Không	Có	p	Không	Có	p
Mổ đẻ cũ	54	18	0,001	47	4	0,004*	67	5	0,011	50	1	0,143
Thai to	203	8	0,390	114	2	0,634*	209	2	0,118	116	0	0,675
Ôi vỡ sớm	162	8	0,576	76	1	0,617*	162	8	0,576	77	1	>0,05

Tỷ lệ tai biến chảy máu ở năm 2016 thấp hơn so với năm 2006 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có mối liên quan giữa nguyên nhân mổ do mổ đẻ cũ của mẹ với tai biến chảy máu của mẹ, kết quả nghiên cứu cho thấy mẹ có mổ đẻ cũ thì có nguy cơ bị tai biến chảy máu mẹ cao hơn so với không có mổ đẻ cũ ($p < 0,05$). Như chúng ta đã biết, mổ đẻ cũ là yếu tố nguy cơ cho lần mang thai sau và nguy cơ vỡ tử cung khi mang thai cũng như khi chuyển dạ, tỷ lệ mổ đẻ cho sọ mổ cũ ngày càng nhiều do tình trạng mổ lấy thai ngày một gia tăng. Khi sọ mổ cũ dính sẽ làm tăng nguy cơ chảy máu cho sản phụ, tỷ lệ chảy máu càng gia tăng khi sọ mổ cũ nhiều lần.

Năm 2006 có 10 ca mẹ bị nhiễm trùng, trong đó 5 ca chỉ định mổ vì mổ đẻ cũ kèm ối vỡ sớm + 3 ca chỉ định mổ vì ối vỡ sớm + 2 ca thai to.

Năm 2006 tai biến nhiễm trùng thường ở những trường hợp vừa có mổ đẻ cũ vừa có ối vỡ sớm nên làm tăng nguy cơ nhiễm trùng của mẹ sau mổ. Năm 2016 chỉ có một trường hợp bị viêm niêm mạc tử cung sau mổ đẻ 7 ngày trên mổ đẻ cũ 2 lần thai 32 tuần ối vỡ sớm sọ dính khi mổ lấy thai rất khó khăn. Như vậy, tỷ lệ mổ lấy thai ở hai giai đoạn tăng lên nhưng tai biến cho mẹ lại giảm đi, điều này khẳng định trình độ chuyên môn của thầy thuốc đã khá lên.

IV. KẾT LUẬN

Tai biến sơ sinh ở hai năm chủ yếu là ngạt và tử vong, thường nằm trong nhóm đẻ đường âm đạo thai non tháng và trọng lượng thai thấp; năm 2006 cao hơn năm 2016.

Tai biến của mẹ chủ yếu là chảy máu và nhiễm trùng, năm 2006 là 6,2%, năm 2016 là 1,9% đa số gặp trên những sản phụ có sọ mổ cũ, hoàn toàn ở nhóm mổ lấy thai không có tử vong mẹ. Chưa thấy mối liên quan đến các chỉ định mổ khác.

Tai biến nhiễm trùng có liên quan đến chỉ định mổ vì vết mổ đẻ cũ có kèm ối vỡ sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kumari A.S, Grundsell H. (2004), "Mode of delivery for breech presentation in grandmultiparous women", Int J Gynaecol Obstet. 85(3), 234-239.
2. I. Vistad và các cộng sự (2015), "Neonatal outcome of singleton term breech deliveries in Norway from 1991 to 2011", Acta Obstet Gynecol Scand. 94(9), 997-1004.
3. Phạm Phương Hạnh (2005), So sánh cách xử trí ngôi mông tại bệnh viện phụ sản trung ương trong hai giai đoạn năm 1994-1995 và năm 2004-2005, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. Hofmeyr G.J., Hannah M., và Lawrie T.A. (2015), "Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews", John Wiley & Sons, Ltd.
5. Berhan Y., Haileamlak A. (2016), "the risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies", BJOG: Int J Obstet Gy. 123(1), 49-57.
6. Alfirevic Z., Milan S.J., và Livio S. (2013). Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. Cochrane Database Syst Rev, (9), CD000078.
7. Malloy M.H. (2009). Impact of cesarean section on intermediate and late preterm births: United States, 2000-2003. Birth, 36(1), 26-33.

GIÁ TRỊ CỦA XÉT NGHIỆM NHANH PHÁT HIỆN KHÁNG NGUYÊN NS1 TRONG 72 GIỜ ĐẦU TRÊN BỆNH NHÂN THEO DÕI SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI TIỀN GIANG

Huỳnh Công Thanh¹, Tạ Văn Trâm¹, Đỗ Văn Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên NS1 (NS1 Strip) trong 72 giờ đầu trên bệnh nhân theo dõi sốt xuất

huyết Dengue tại Tiền Giang. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** 1039 trường hợp trẻ em có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ sốt xuất huyết Dengue với bệnh cảnh sốt trong 72 giờ đầu đủ tiêu chuẩn để đưa vào phân tích. Kết quả có 283 trường hợp chẩn đoán xác định nhiễm dengue bằng một trong các xét nghiệm RT-PCR, NS1 ELISA hoặc chuyển dương kháng thể IgM trong mẫu huyết thanh kép. Test nhanh NS1 Strip có độ nhạy 67,8%, độ đặc hiệu 99,3%, giá trị tiên đoán dương 97,5% và giá trị tiên đoán âm 89,2%. **Kết luận:** NS1 Strip có thể được sử dụng ban đầu tại phòng khám để giúp sàng lọc những trường hợp SXHD sớm trong vòng 72 giờ đầu của bệnh.

Từ khóa: giá trị thử nghiệm, test nhanh NS1, NS1 strip, sốt xuất huyết Dengue.

¹Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Công Thanh

Email: thanhhuynhmt@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2018

Ngày duyệt bài: 23.01.2018

SUMMARY

EVALUATION OF THE NS1 RAPID TEST IN DENGUE SUSPECTED CHILDREN WITHIN 72 HOURS OF ILLNESS ONSET IN TIEN GIANG

Objectives: determine the sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value of the NS1 rapid test in dengue suspected children within 72 hours of illness onset in Tien Giang province. **Methods:** descriptive cross-sectional study. **Results:** Of 1039 cases of children with clinically suspected dengue qualified for inclusion in the analysis, 283 patients were laboratory-confirmed dengue by one of the composite gold standards including RT-PCR, NS1 ELISA or IgM seroconversion in the convalescent blood samples. The NS1 strip had a sensitivity and specificity of 67,8% and 99,3%, respectively and the positive predictive value and negative predictive value of 97,5 and 89,2%, respectively. **Conclusions:** NS1 Strip could be used primarily in outpatients department for screening early dengue case within 72 hours of illness onset.

Keywords: test value, rapid test, NS1 strip, dengue.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh nhiễm siêu vi do muỗi lây truyền, gây dịch ở các nước vùng nhiệt đới. Triệu chứng lâm sàng của SXHD thường không đặc hiệu, nhất là trong giai đoạn sớm (trong vòng 72 giờ đầu của bệnh). Tuy nhiên, chẩn đoán bệnh sớm hữu ích để phân loại bệnh nhân và đóng vai trò trung tâm trong điều trị SXHD trong tương lai, thời điểm mà thuốc kháng vi rút dengue được chấp thuận sử dụng trên lâm sàng. Đặc biệt, chẩn đoán tại giường nhanh sẽ được ưa thích hơn chẩn đoán trong phòng xét nghiệm bởi vì cửa sổ cơ hội cho điều trị kháng vi rút trong SXHD có thể bị giới hạn do giai đoạn nhiễm vi rút huyết ngắn. Sự phát triển của những xét nghiệm chẩn đoán nhanh: kháng thể IgM, IgG và mới đây là kháng nguyên NS1 giúp việc chẩn đoán SXHD trở nên thuận lợi hơn nhất là ở những nơi không có điều kiện thực hiện xét nghiệm ELISA. Tuy nhiên, thời điểm lấy máu xét nghiệm, độ nhạy, độ đặc hiệu và độ tin cậy của xét nghiệm cũng cần được lưu ý. Test nhanh NS1 Ag Strip (hãng Bio-Rad, Pháp) cho kết quả trong vòng 15 phút có thể sử dụng như là công cụ chẩn đoán tại giường hữu ích. NS1 là một glycoprotein phi cấu trúc có tính bảo toàn cao được các tế bào nhiễm vi rút tiết ra trong suốt giai đoạn sốt cấp của SXHD [1] và cần thiết cho khả năng sống còn vi rút [7]. Chúng tôi làm nghiên cứu này để đánh giá test nhanh NS1 Ag Strip trên những bệnh nhi nghi ngờ SXHD trong vòng 72 giờ đầu của bệnh tại Tiền Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả từ tháng 6/2011 đến tháng 12/2013 tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang.

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân đến khám tại phòng khám nhi của bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang sẽ được chọn vào nghiên cứu nếu có đủ các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh sử có sốt hoặc sốt lúc đến khám và sốt trong vòng 72 giờ đầu của bệnh
- Có biểu hiện lâm sàng nghi SXHD
- Tuổi từ 1-15
- Chấp thuận tham gia nghiên cứu bằng văn bản

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân mà nhóm nghiên cứu nghi rằng còn có một chẩn đoán bệnh khác phù hợp hơn.

Nghiên cứu được thực hiện như sau: Tất cả bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh nói trên được chọn tham gia nghiên cứu và làm đồng thời RT-PCR, NS1 Ag Strip (Bio-Rad). Nếu kết quả RT-PCR âm tính, bệnh nhân sẽ được làm thêm xét nghiệm NS1 Ag ELISA (Bio-Rad). Tất cả bệnh nhân nhập viện trong quá trình theo dõi và 10% trong tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu ban đầu được chọn ngẫu nhiên để tái khám và làm xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán kép tìm sự hiện diện của kháng thể IgM. Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán xác định SXHD khi có một trong các xét nghiệm dương tính với RT-PCR, NS1 Ag ELISA hoặc sự chuyển dương của kháng thể IgM.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm dân số nghiên cứu: Có tất cả 1039 bệnh nhân sốt ≤ 72 giờ và lâm sàng nghi SXHD tham gia nghiên cứu trong đó có 262 trường hợp PCR dương tính. Có 299 trường hợp được thực hiện xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán kép. Chẩn đoán xác định SXHD chiếm 283 trường hợp (27,2%). Đặc điểm của dân số nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Biến số (N)	Trung bình/tỉ lệ %(n)
Tuổi (năm) (N=1039)	6,4 $\pm$ 3,2
Giới	
Nam	56.8% (590)
Nữ	43.2% (449)
Ngày bệnh lúc vào nghiên cứu (N=1039)	
Ngày 1	5.8% (60)
Ngày 2	52.3% (543)
Ngày 3	42.0% (436)
Chẩn đoán xác định SXHD (N=1039)	27.2% (283)

Týp huyết thanh (N=262)	
1	29,4% (77)
2	23,3% (61)
3	3,1% (8)
4	44,3% (116)
Phản ứng huyết thanh (N=299)	
Sơ nhiễm	60,5% (181)
Tái nhiễm	39,5% (118)

*Tất cả các xét nghiệm được thực hiện tại thời điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Kết quả được trình bày dưới dạng trung bình đối với các biến số liên tục, tần số và phần trăm đối với các biến số phân loại.

2. Giá trị của thử nghiệm: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm: Trong số 283 trường hợp xác định SXHD, có 192 trường hợp có kết quả NS1 Strip dương tính. Đồng thời, trong số 756 trường hợp còn lại không phải SXHD, có 751 trường hợp cho kết quả NS1 âm tính.

Bảng 2. Bảng kết quả NS1 Strip

	1039	SXHD	Không phải SXHD	Nhóm chung
NS1 STRIP Dương tính		67,8% (192)	0,7% (5)	19,0% (197)
NS1 STRIP Âm tính		32,2% (91)	99,3% (751)	81,0% (842)

Từ đó, chúng tôi tính được độ nhạy, độ chuyên, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của thử nghiệm NS1 Strip như trong bảng 3.

Bảng 3. Giá trị của thử nghiệm NS1 Strip

	Giá trị	Khoảng tin cậy 95%
Độ nhạy	67,84%	62,06% - 73,25%
Độ đặc hiệu	99,34 %	98,46% - 99,78%
Giá trị tiên đoán dương	97,46%	94,11% - 98,93%
Giá trị tiên đoán âm	89,19 %	87,45% - 90,72%

3. Độ nhạy của xét nghiệm NS1 Strip theo ngày bệnh, tuổi, týp huyết thanh, phản ứng huyết thanh: Quan sát sự thay đổi độ nhạy của xét nghiệm NS1 Strip theo độ tuổi, ngày bệnh, týp huyết thanh và phản ứng huyết thanh chúng tôi nhận thấy kết quả như bảng 4.

Bảng 4. Độ nhạy của NS1 Strip theo độ tuổi, ngày bệnh, týp huyết thanh và phản ứng huyết thanh

	N	NS1 Strip (+) (N=197)	NS1 Strip (-) (N=842)	Nhóm chung	p
Độ tuổi	1039				P<0,001
1- ≤5		23,9% (47)	53,7% (452)	48,0% (499)	
>5 - 15		76,1% (150)	46,3% (390)	52,0% (540)	
Ngày bệnh	1039				P=0,689
1		6,6% (13)	5,6% (47)	5,8% (60)	
2		49,7% (98)	52,9% (445)	52,3% (543)	
3		43,7% (86)	41,6% (350)	42,0% (436)	
Týp huyết thanh	262				P<0,001
1		32,2% (57)	23,5% (20)	29,4% (77)	
2		15,8% (28)	38,8% (33)	23,3% (61)	
3		4,0% (7)	1,2% (1)	3,1% (8)	
4		48,0% (85)	36,5% (31)	44,3% (116)	
Phản ứng huyết thanh	299				P<0,001
Sơ nhiễm		68,2% (75)	22,8% (43)	39,5% (118)	
Tái nhiễm		31,8% (35)	77,2% (146)	60,5% (181)	

IV. BÀN LUẬN

Độ nhạy của test NS1 Strip ở trẻ nghi SXHD trong vòng 72 giờ đầu tại Tiền Giang là 67,84%. Một số báo cáo cho thấy độ nhạy của NS1 Strip thay đổi từ 34% đến 96% và khác nhau tùy theo vùng địa lý. So với một số nghiên cứu trước đây về NS1 Strip tại các nơi khác, chúng tôi nhận thấy, nghiên cứu chúng tôi có độ nhạy tương

đương ở Venezuela 67,8%, cao hơn tại thành phố Hồ Chí Minh 61,6% và thấp hơn một số nơi khác như Guyana 81,5%, Singapore 78,9%, Brazil 89,6%, Malaysia 90,4%, Thái Lan 98,9%, Đài Loan 77,3% [3],[4] . So với các thử nghiệm NS1 ELISA, nói chung NS1 Strip thường có độ nhạy thấp hơn.

Bảng 5: So sánh giá trị thử nghiệm nhanh NS1 Strip ở các nơi và so với các xét nghiệm NS1 ELISA và XN nhanh khác

Nghiên cứu (năm)	Test (số mẫu thử)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)
Chúng tôi Tiền Giang, VN	Test nhanh NS1 Strip (1039)	67,84%	99,34 %	97,46%	89,19 %
Ty Hang(TP.HCM Việt Nam, 2009) [4]	ELISA và Test nhanh NS1-LFRT (138)	Test nhanh: 72% ELISA: 82%	Cả 2 test: 100%	-	-
Dussart P (Guyana, 2008) [3]	Test nhanh NS1 Strip và 2 test ELISA (Platelia và Pan-E)	NS1 Strip: 81,5% ELISA Platelia: 87,4% Pan-E: 60,4%	NS1 Strip và Platelia: 100% Pan-E: 97,9%	-	-
Kumarasamy W (Malaysia, 2007) [6]	ELISA (567)	93,4%	100%	100%	97,3%
Bessoff K(Puerto Rico, 2008) [2]	2 test ELISA (253): Pan-E và Platelia	Pan-E: 64.9% Platelia: 83.2%	Pan-E: 97.8% Platelia:100%	Cả hai: 100%	Pan-E:39,3% Platelia:62%
Laura L. Hermann (Thái Lan, 2014) [5]	2 test ELISA: InBios và Platelia (334)	InBios: 86% Platelia: 72,8%	100%	-	-

Độ đặc hiệu của test NS1 Strip trong nghiên cứu là 99,34 %, độ đặc hiệu cao phù hợp với rất nhiều nghiên cứu trước đây ở các nơi khác. Giá trị tiên đoán dương là 97,2% phù hợp với các nghiên cứu của Kwoon-Yong Pok, Kumarasamy W. hoặc Bessoff K. Giá trị tiên đoán âm là 89,2 %, cao hơn trong nghiên cứu của Bessoff K. và Kwoon-Yong Pok và thấp hơn nghiên cứu của Kumarasamy W [2],[6] .

Khi quan sát sự thay đổi độ nhạy NS1 Strip theo tuổi, chúng tôi nhận thấy nhóm tuổi trên 5 đến 15 tuổi có tỉ lệ NS1 Strip dương tính cao hơn (84,4%) nhóm dưới hoặc bằng 5 tuổi (15,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Khác với trong nghiên cứu của Hermann trên xét nghiệm ELISA InBios, tỉ lệ NS1 dương tính cao hơn ở trẻ từ 5 tuổi trở xuống (95,1%) so với trẻ trên 5 tuổi (83,8%). Có thể giải thích rằng trong nghiên cứu của Hermann, số trẻ dưới 5 tuổi có tỉ lệ sơ nhiễm cao hơn (40,9%) so với nhóm trên 5 tuổi (10,3%), mà xét nghiệm NS1 được thấy là nhạy trong sơ nhiễm hơn so với tái nhiễm [5].

Trong nghiên cứu chúng tôi, độ nhạy NS1 Strip giữa các ngày bệnh 1, 2 và 3 không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong một số nghiên cứu trước đây, xét nghiệm NS1 nhạy nhất ngày 3-4 của bệnh. Với test Inbios NS1 ELISA, độ nhạy có thể lên đến 100% trong giai đoạn sớm, tuy nhiên giảm xuống dưới 50% vào ngày 7 [5]. Nghiên cứu của V. T. Hang cho thấy xét nghiệm NS1 nhạy trong 3 ngày đầu hơn so với những ngày sau [4]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực

hiện trong vòng 3 ngày đầu của bệnh nên có thể chưa nhận thấy rõ sự khác biệt này.

Đối với các tủy huyết thanh khác nhau, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt độ nhạy NS1 giữa các tủy huyết thanh. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. NS1 Strip kém nhạy ở nhóm nhiễm tủy 2 hơn các tủy khác, tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả V.T.Hang [4], Hermann [5] và A. H. Ramirez. Có thể giải thích điều này là nhiễm DENV-2 trên lâm sàng nhiều khả năng xảy ra trong tái nhiễm hơn sơ nhiễm, do đó kéo theo việc giảm độ nhạy với NS1 Strip [4]. Một số báo cáo trước đây không thấy sự khác biệt ý nghĩa về độ nhạy của NS1 Strip giữa các tủy huyết thanh [3]. Nghiên cứu của Subhamoy Pal cho thấy độ nhạy xét nghiệm NS1 thấp hơn với DENV-4, tương tự với nghiên cứu của Hermann đối với xét nghiệm InBios: ít nhạy với DENV-4 nhất [5]. Bessoff nghiên cứu thấy xét nghiệm NS1 Bio-Rad nhạy nhất với DENV-1 (92,9%), ít nhạy với DENV-4 nhất (70,9%) [2].

Độ nhạy của NS1 Strip thấp hơn trong tái nhiễm khi so với trong sơ nhiễm, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó. InBios NS1 kit có độ nhạy cao hơn trong sơ nhiễm (98,8%) so với tái nhiễm (83,5%) [5]. Trong tái nhiễm, kháng thể kháng NS1 đã có từ trước trong huyết tương có thể hạn chế sự phát hiện kháng nguyên NS1 [3],[4]. Do đó, đối với những dân số bệnh nhân trong các quốc gia có dịch cao với sự đồng lưu hành nhiều tủy huyết thanh, NS1 Strip có thể không đủ để chẩn đoán xác định SXHD tại giường.

V. KẾT LUẬN

NS1 Strip là một xét nghiệm chẩn đoán đơn giản và chi phí chấp nhận được. Trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện tại Tiền Giang nhằm đánh giá độ chính xác của xét nghiệm, NS1 Strip cho độ nhạy 67,84%, độ đặc hiệu cao 99,34%, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm lần lượt là 97,46% và 89,19 %. NS1 Strip có thể được sử dụng ban đầu tại phòng khám nhất là trong vài ngày đầu của bệnh để chẩn đoán các trường hợp SXHD, tuy nhiên trong tương lai cần có những xét nghiệm cải thiện độ nhạy hơn nữa bằng cách kết hợp tiếp cận phát hiện kháng nguyên và kháng thể kháng NS1 trong tuần hoàn cũng như có thể kết hợp NS1 Strip với lâm sàng và xét nghiệm khác như huyết học, huyết thanh chẩn đoán IgM chuyên biệt giúp tăng độ chính xác trong chẩn đoán SXHD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sophie Alcon, Antoine Talarmin, Monique Debruyne et al (2002)**, "Enzyme-Linked Immunosorbent Assay Specific to Dengue Virus Type 1 Nonstructural Protein NS1 Reveals Circulation of the Antigen in the Blood during the Acute Phase of Disease in Patients Experiencing

- Primary or Secondary Infections", *J Clin Microbiol.* 40(2), 376-381.
2. **K. Bessoff, M. Delorey, W. Sun et al (2008)**, "Comparison of two commercially available dengue virus (DENV) NS1 capture enzyme-linked immunosorbent assays using a single clinical sample for diagnosis of acute DENV infection", *Clin Vaccine Immunol.* 15(10), 1513-8.
3. **P. Dussart, L. Petit, B. Labeau et al (2008)**, "Evaluation of two new commercial tests for the diagnosis of acute dengue virus infection using NS1 antigen detection in human serum", *PLoS Negl Trop Dis.* 2(8), e280.
4. **V. T. Hang, N. M. Nguyet, D. T. Trung et al (2009)**, "Diagnostic accuracy of NS1 ELISA and lateral flow rapid tests for dengue sensitivity, specificity and relationship to viraemia and antibody responses", *PLoS Negl Trop Dis.* 3(1), e360.
5. **L.L.Hermann, B.Thaisomboonsuk, Y. Poolpanichupatam et al (2014)**, "Evaluation of a dengue NS1 antigen detection assay sensitivity and specificity for the diagnosis of acute dengue virus infection", *PLoS Negl Trop Dis.* 8(10), e3193.
6. **V. Kumarasamy, A. H. Wahab, S. K. Chua et al (2007)**, "Evaluation of a commercial dengue NS1 antigen-capture ELISA for laboratory diagnosis of acute dengue virus infection", *J Virol Methods.* 140(1-2), 75-9.
7. **J. M. Mackenzie, M. K. Jones P. R. Young (1996)**, "Immunolocalization of the dengue virus nonstructural glycoprotein NS1 suggests a role in viral RNA replication", *Virology.* 220(1), 232-40.

TÌNH HÌNH CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ TRƯỚC NHẬP VIỆN CỦA BỆNH NHÂN TIM BẨM SINH NHẬP KHOA CẤP CỨU

Hà Mạnh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, và tình hình phát hiện và xử trí trước nhập viện của bệnh nhân tim bẩm sinh nhập viện trong tình trạng cấp cứu. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca tại Bệnh viện Nhi đồng 2 từ 01/6/2014 – 31/5/2015. **Biến số chính:** chẩn đoán TBS, dịch tễ, tiền căn khám thai, lâm sàng và cận lâm sàng, chẩn đoán và xử trí trước nhập viện. **Thống kê mô tả** bằng phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** Có 135 trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu; Nam chiếm 54%, nữ chiếm 46%; Tuổi trung bình là $5,7 \pm 1,18$ tháng. Lý do nhập viện theo thứ tự là sốt, ho (43%); thở mệt (37,8); tím tái (7,4%); sốc (3,7%). Bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu là viêm phổi (40,7%); kể đến là suy tim (17,8%); suy hô hấp không do viêm phổi (14,8%); cơn cao áp phổi (8,1%); cơn tim đơn thuần (7,4%); phù phổi (7,4%). Các loại tim bẩm sinh là thông liên thất 20,7%, kể đến

là không lỗ van động mạch phổi 17,4%; chuyển vị đại động mạch 10,4%; kênh nhĩ thất 8,9%; thất phải hai đường ra 7,4%; tứ chứng Fallot 6,7%; còn ống động mạch 5,9%; thông liên nhĩ 3,0%. Thời điểm phát hiện trung bình là $1,5 \pm 0,2$ tháng; tỷ lệ phát hiện TBS ở tuyến trước là 41,6% trường hợp; tỷ lệ phát hiện qua chẩn đoán tiền sản là 19,6%; tỷ lệ chẩn đoán xác định trước nhập cấp cứu là 36,3%; can thiệp đặc hiệu bệnh tim trước nhập viện là 23,4%. **Kết luận:** Thời điểm phát hiện trung bình là $1,5 \pm 0,2$ tháng; tỷ lệ phát hiện TBS ở tuyến trước là 41,6%; tỷ lệ phát hiện qua chẩn đoán tiền sản là 19,6%; tỷ lệ chẩn đoán xác định trước nhập cấp cứu là 36,3%; can thiệp đặc hiệu trước nhập viện là 23,4%. Bệnh nhân bị TBS được phát hiện muộn và xử trí chưa phù hợp dẫn đến nhập viện trong tình trạng nặng, điều này có thể do khả năng phát hiện, xử trí của các tuyến và phối hợp giữa sản và nhi chưa tốt. Cần có nghiên cứu thêm để có giải pháp phù hợp nhằm cải thiện tiên lượng của bệnh TBS trẻ em.

Từ khóa: tim bẩm sinh; cấp cứu nhi; chẩn đoán tiền sản

SUMMARY

THE SITUATION OF PRE HOSPITAL DIAGNOSIS AND MANGEMENT OF

¹Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Tuấn

Email:hamanhtuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.01.2018

Ngày duyệt bài: 24.01.2018

PEDIATRIC PATIENTS WITH CONGENITAL HEART DISEASES ADMITTED IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Objective: describe demographic, clinical, and laboratory characteristics of the patients with congenital heart diseases (CHD) admitted in the emergency department and the state of detection and management of them before admission. **Study design:** A descriptive study of case series was carried out in Children's Hospital 2 from 01/6/2014 – 31/5/2015. Main variables were diagnosis, demographic, prenatal examination, clinical and laboratory findings, diagnosis and management before admission. A descriptive statistics was done with software SPSS 16.0.

Results: There were 135 cases enrolled in the study; male accounted for 54%, female 46%; mean age were $5,7 \pm 1,18$ months. Chief complaints were fever, cough (43%); dyspnea (37,8%); cyanosis (7,4%); shock (3,7%). Clinical presentation was pneumonia (40,7%); heart failure (17,8%); respiratory failure without pneumonia (14,8%); pulmonary arterial hypertension (8,1%); hypoxia spell (7,4%); pulmonary edema (7,4%). The types of congenital heart diseases were ventricular septum defect 20,7%, pulmonary atresia 17,4%; transposition of great arteries 10,4%; atrioventricular canal 8,9%; double outlet right ventricle 7,4%; tetralogy of Fallot 6,7%; patent ductus arteriosus 5,9%; atrial septum defect 3,0%. Mean time of detection for CHD were $1,5 \pm 0,2$ months; the rate of detection in secondary health care centers were 41,6%; the rate of prenatal diagnosis were 19,6%; the rate of definitive diagnosis before admission in emergency department were 36,3%; the rate of specific intervention for CHD were 23,4%. **Conclusion:** Mean time of detection for CHD were $1,5 \pm 0,2$ months; the rate of detection in secondary health care centers were 41,6%; the rate of prenatal diagnosis were 19,6%; the rate of definitive diagnosis before admission in emergency department were 36,3%; the rate of specific intervention for CHD were 23,4%. The late detection and inappropriate management of patients with CHD have caused them to be admitted in severe condition. The reasons for this might be the low competency of detection, management of CHD in health care centers and the poor cooperation between the maternity department and pediatric department. Further study is needed to find out the good solution to improve the prognosis of CHD in children.

Key words: congenital heart disease; pediatric emergency; prenatal diagnosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tim bẩm sinh (TBS) là một trong những dị tật bẩm sinh khá phổ biến ở trẻ em với xuất độ 6 - 13/1000 trẻ sinh sống. TBS là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em đặc biệt là lứa tuổi sơ sinh có thể lên đến 40%^(1,3,4,7). Ngoài tử vong cao, TBS còn ảnh hưởng tới sự phát triển thể chất, tinh thần và sinh hoạt hàng ngày của trẻ nếu không được xử trí kịp thời. Với sự tiến bộ của y học nhiều bệnh nhi mắc bệnh TBS được can thiệp sớm và hiệu quả đã làm

giảm tỷ lệ tử vong của bệnh TBS so với nhiều năm trước đây⁽⁶⁾. Tiên lượng của bệnh TBS phụ thuộc nhiều vào khả năng phát hiện sớm và can thiệp kịp thời. Hiện nay đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân bị TBS đã được mô tả trong nhiều nghiên cứu^(3,4), nhưng còn ít nghiên cứu về đặc điểm của bệnh nhân và lý do bệnh nhân TBS được xử trí không phù hợp phải nhập viện trong tình trạng cấp cứu. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả bệnh cảnh lâm sàng, xử trí trước nhập viện và các lý do của bệnh nhân bị TBS đến bệnh viện trong tình trạng cấp cứu để đề xuất các biện pháp góp phần cải thiện tiên lượng bệnh nhân bị TBS. **Mục tiêu**

1. Mô tả các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân bị TBS nhập viện trong tình trạng cấp cứu.

2. Mô tả đặc điểm về tình hình phát hiện và xử trí bệnh TBS trước nhập viện cấp cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền cứu.

Đối tượng nghiên cứu

Dân số chọn mẫu: Bệnh nhi bệnh TBS nhập Khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi đồng 2 từ 01/6/2014 – 31/5/2015.

Tiêu chí chọn mẫu: BN bị bệnh TBS được xác định chẩn đoán siêu âm tim Doppler màu do bác sĩ chuyên khoa tim mạch thực hiện.

Tiêu chí loại trừ: 1. Tồn tại ống động mạch ở trẻ sanh non; 2. Thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Lấy trọn mẫu từ 01/6/2014 – 31/5/2015.

Thu thập số liệu: Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được thu thập dữ liệu bằng cách hỏi kỹ bệnh sử, lý do nhập viện, ghi nhận tình trạng bệnh, khám lâm sàng và các kết quả xét nghiệm theo phiếu thu thập. Các bệnh nhân sẽ được xử trí theo đúng phác đồ của bệnh viện Nhi Đồng 2. Các biến số chính là chẩn đoán bệnh tim bẩm sinh, dịch tễ, tình trạng bệnh nhân lúc nhập viện, dấu hiệu lâm sàng, và cận lâm sàng, chẩn đoán trước sanh, thời gian phát hiện bệnh, nơi phát hiện bệnh, chẩn đoán và xử trí trước nhập viện.

Xử lý số liệu: Các biến định tính, định danh sẽ trình bày theo tỷ lệ %; các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ SD nếu là phân phối chuẩn, đối với biến phân phối không chuẩn sẽ mô tả trung vị và khoảng tứ phân vị. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân nghiên cứu: Có 135 ca đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ là

gần tương đương nhau; tuổi trung bình là $5,7 \pm 1,18$ tháng (trung vị là 4 tháng). Bệnh nhân phần lớn đến từ các tỉnh (82,2%), và được chuyển viện (69,0%).

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân

Đặc điểm	Số ca (n = 135)	Tỷ lệ(%)
Giới: Nam	73	54,0
Nữ	62	46,0
Tuổi	$5,74 \pm 1,18$ (tháng)	
Sơ sinh	58	42,9
1 – 12 tháng	60	44,5
1 tuổi – 5 tuổi	14	10,4
>5 tuổi	3	2,2
Địa chỉ		
TP. Hồ Chí Minh	24	17,8
Tỉnh	111	82,2
Chuyển viện	93	69,0

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Lý do nhập viện theo thứ tự là sốt, ho (43%); thở mệt (37,8); tím tái (7,4%); sốc (3,7%); các lý do khác là: tiêu chảy (5 ca), bệnh lý ngoại khoa (6 ca). Bệnh cảnh lâm sàng khi nhập viện chủ yếu là viêm phổi (40,7%); kế đến là suy tim (17,8%); suy hô hấp không do viêm phổi (14,8%); cơn cao áp phổi (8,1%); cơn tím đơn thuần (7,4%); phù phổi (7,4%) (bảng 2). Có khoảng 30% trường hợp bệnh nhân nhập cấp cứu với nhiều hơn một bệnh cảnh lâm sàng, thường gặp nhất là viêm phổi phối hợp với suy tim chiếm tỷ lệ 14%. Tuổi trung vị nhập viện với bệnh cảnh viêm phổi là 4,2 tháng, cơn tím là 3 tháng, suy tim là 3,5 tháng, suy hô hấp là 0,4 tháng.

Có 131 trường hợp được chụp X-quang tim phổi thẳng khi giường, có 86,3% trường hợp có ghi nhận bất thường, gồm có: bóng tim to là bất thường thường gặp nhất chiếm 53,4%, kế đến là tổn thương nhu mô phổi 40,5%, tăng tuần hoàn phổi 37,4%, và giảm tuần hoàn phổi 28,2% (bảng 2). Khí trong máu được thực hiện 124 ca, 47,6% trường hợp có $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$; 51,2% có $\text{PaCO}_2 < 35\text{mmHg}$ và 14% có $\text{PaCO}_2 > 45\text{mmHg}$.

Loại tim bẩm sinh: Các loại tim bẩm sinh là nguyên nhân gây bệnh trong nghiên cứu này thường gặp nhất là thông liên thất 20,7%, kế đến là không lỗ van động mạch phổi 17,4%; chuyển vị đại động mạch 10,4%; kênh nhĩ thất 8,9%; thất phải hai đường ra 7,4%; tứ chứng Fallot 6,7%; còn ống động mạch 5,9%; thông liên nhĩ 3,0%; và các nguyên nhân ít gặp khác (bảng 3). Về phân nhóm nguyên nhân TBS, trong nghiên cứu này nhóm TBS tăng tuần hoàn phổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,2%, kế đến nhóm TBS phụ thuộc ống động mạch 31,8%,

TBS giảm tuần hoàn phổi là 22,2, và thấp nhất là nhóm TBS tắc nghẽn không shunt 3,7%.

Bảng 2. Bệnh cảnh lâm sàng và cận lâm sàng

	Số ca (n=135)	Tỷ lệ (%)
Lý do nhập viện		
Sốt, ho	58	43,0
Thở mệt	51	37,8
Tím tái	10	7,4
Sốc	5	3,7
Khác	11	8,1
Bệnh cảnh lâm sàng		
Viêm phổi	55	40,7
Suy tim	24	17,8
Suy hô hấp	20	14,8
Cao áp phổi	11	8,1
Cơn tím	10	7,4
Phù phổi	10	7,4
Khác	5	3,7
X quang tim phổi (n=131)		
Bóng tim to	70	53,4
Tổn thương nhu mô	53	40,5
Tăng tuần hoàn phổi	49	37,4
Giảm tuần hoàn phổi	37	28,2

Tình hình phát hiện bệnh tim bẩm sinh:

Thời điểm phát hiện trung bình là $1,5 \pm 0,2$ tháng. Các bệnh viện tuyến huyện, tỉnh phát hiện tim bẩm sinh là 41,6% trường hợp. Chỉ có 19,6% trường hợp phát hiện qua chẩn đoán tiền sản. Chẩn đoán xác định trước nhập viện được thực hiện chủ yếu tại các bệnh viện chuyên khoa là 36,3%. Can thiệp đặc hiệu bệnh tim trước nhập viện là 23,4% (bảng 4).

Bảng 3. Loại bệnh tim bẩm sinh

	Số ca(n = 135)	Tỷ lệ(%)
Thông liên thất	28	20,7
Không van ĐMP	23	17,0
Chuyển vị đại động mạch	14	10,4
Kênh nhĩ thất	12	8,9
Thất phải 2 đường ra	10	7,4
Tứ chứng Fallot	9	6,7
Còn ống động mạch	8	5,9
Thông liên nhĩ	4	3,0
Hẹp eo ĐMC	4	3,0
Hẹp van động mạch phổi	4	3,0
Bất thường Ebstein	4	3,0
Thiếu sản tim trái	3	2,2
Thần chung động mạch	3	2,2
Thiếu sản cung ĐMC	2	1,5
Gián đoạn cung ĐMC	2	1,5
Khác	5	3,7

ĐMP: động mạch phổi; ĐMC: động mạch chủ

Bảng 4. Tình hình phát hiện bệnh tim bẩm sinh

Đặc điểm	Số ca(n = 135)	Tỷ lệ(%)
Tuổi phát hiện trung bình: $1,5 \pm 0,2$ tháng		
Nơi phát hiện bệnh		
BV huyện, tỉnh	56	41,5
BV chuyên khoa	79	58,5
Chẩn đoán tiền sản	26	19,3
Chẩn đoán xác định trước nhập viện	49	36,3
Can thiệp đặc hiệu trước nhập viện	33	23,4

IV. BÀN LUẬN

Xét về đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân TBS nhập viện cấp cứu trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ là gần tương đương nhau. Điều này cũng phù hợp với nhiều khảo sát trước đây^(1,3,4,5). Tuy nhiên lứa tuổi trong nghiên cứu này có thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây của các tác giả Việt Nam do nghiên cứu này khảo sát trên bệnh nhân nhập viện trong tình trạng cấp cứu nên các bệnh nhân bị tim bẩm sinh thường đến bệnh viện sớm do các biến chứng của tim bẩm sinh, còn các khảo sát trước đây tiến hành trên bệnh nhân nhập viện thông thường nên lứa tuổi nhập viện có thể cao hơn. Ngoài ra do hiện nay việc can thiệp sớm tim bẩm sinh ở lứa tuổi nhũ nhi đã được thực hiện tốt tại Việt Nam nên lứa tuổi bệnh nhân nhập viện sẽ thấp hơn.

Lý do nhập viện cấp cứu thường gặp trong nghiên cứu này là sốt, ho; thở mệt và tím tái. Đây là các dấu hiệu nặng thường gặp của trẻ bị tim bẩm sinh: đó là sốt ho nhiễm trùng phổi ở bệnh nhân bệnh TBS có tăng tuần hoàn phổi, khó thở do suy tim, tím tái do cơn cao áp phổi hay cơn tím gây ra⁽¹⁾. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác về lý do nhập viện trong tình trạng cấp cứu của trẻ bị bệnh tim bẩm sinh.

Về bệnh cảnh lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện trong tình trạng cấp cứu, nghiên cứu này ghi nhận bệnh nhân nhập viện chủ yếu với một bệnh cảnh lâm sàng (70,0%) hơn là nhiều bệnh cảnh lâm sàng phối hợp (30%). Điều này có thể giải thích là do loại tim bẩm sinh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là thuộc một nhóm TBS nên bệnh nhân sẽ có biểu hiện nặng tùy theo nhóm TBS gây ra như là viêm phổi, hay suy tim, cơn tím. Trong bệnh cảnh phổi hợp thường gặp là viêm phổi kèm theo suy tim (16%).

Bệnh nhân nhập viện cấp cứu với bệnh cảnh

lâm sàng theo thứ tự thường gặp là viêm phổi nặng, suy tim, suy hô hấp, cơn tím và sốc. Bệnh cảnh lâm sàng này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác đối với bệnh nhân TBS nhập viện trong tình trạng cấp cứu. Tuy nhiên bệnh cảnh viêm phổi trong khảo sát của chúng tôi chiếm tỷ lệ 40% cao hơn rất nhiều so với các khảo sát trên. Điều này có thể giải thích là do tỷ lệ loại bệnh TBS tăng tuần hoàn phổi trong nghiên cứu này cao nên dễ gây tình trạng ứ đọng trong phổi là điều kiện thuận lợi của viêm phổi phát triển, ngoài ra do xuất độ viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Việt Nam vẫn còn rất cao và là một trong những nguyên nhân gây bệnh hàng đầu ở trẻ em dưới 5 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhi mắc bệnh TBS nhập khoa cấp cứu chiếm tỷ lệ cao nhất là thông liên thất (20,7%), kế đến là không lỗ van động mạch phổi (17,0), chuyển vị đại động mạch (10,4%), kênh nhĩ thất (8,9%), thất phải hai đường ra (7,4%) tứ chứng Fallot (6,7%), còn ống động mạch (5,9%), thông liên nhĩ (3,7%). Khi so sánh với tổng kết của tác giả David R. Fulton 3 loại TBS thường gặp là thông liên thất, tứ chứng Fallot, còn ống động mạch có tỷ lệ tương đương với trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên tỷ lệ hẹp van động mạch chủ, thông liên nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn khá nhiều. Do đây là các dạng bệnh TBS có nhiều biến chứng nặng và xuất hiện sớm như tím tái, suy tim, cao áp phổi cần được nhập viện cấp cứu để can thiệp nên chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu này.

Tuổi phát hiện bệnh TBS nhập viện trong tình trạng cấp cứu trong nghiên cứu này trung bình là 1,5 tháng. Lứa tuổi này là muộn khi so sánh với các nước phát triển^(3,7). Ở các nước phát triển do có khả năng phát hiện tiền sản các dị tật bẩm sinh tim nên có thể chẩn đoán và xử trí tốt các loại tim bẩm sinh ngay sau khi sanh, ngoài ra sản và nhi thường ở cùng chung một bệnh viện sản nhi nên khả năng phát hiện và can thiệp gần như là ngay sau sinh⁽⁷⁾. Trong nghiên cứu này khả năng phát hiện tim bẩm sinh trong giai đoạn tiền sản còn thấp chỉ khoảng 19,3% các trường hợp. Các tuyến tỉnh, huyện chỉ có thể phát hiện TBS trong 41,5%, nhưng chưa có thể phát hiện chính xác loại TBS mà phải cần đến các bệnh viện chuyên nhi có chuyên khoa về tim. Tỷ lệ chẩn đoán xác định bệnh TBS trước khi nhập cấp cứu chỉ có 36,3%, và tỷ lệ can thiệp phù hợp với bệnh TBS trước khi nhập cấp cứu chỉ có khoảng 1/4 trường hợp. Những số liệu này cho thấy khả

năng phát hiện sớm TBS ở trẻ em, nhất là các loại TBS nặng và phức tạp, cũng như khả năng xử trí phù hợp và kịp thời các bệnh TBS cần can thiệp sớm để cứu sống bệnh nhân của nước ta chưa cao. Các lý do này đã góp phần cho bệnh nhân TBS thường được phát hiện muộn, nhập viện trong tình trạng nặng, và chưa được can thiệp phù hợp. Để cải thiện tiên lượng cho bệnh nhi TBS cần phải có sự phối hợp sản nhi tốt, tăng cường khả năng phát hiện tiền sản các dị tật bẩm sinh tim, tăng cường tư vấn tiền sản, tăng cường khả năng phát hiện sớm và năng lực xử trí thích hợp bệnh TBS cho các tuyến.

V. KẾT LUẬN

Thời điểm phát hiện trung bình là $1,5 \pm 0,2$ tháng; tỷ lệ phát hiện TBS ở tuyến trước là 41,6%; tỷ lệ phát hiện qua chẩn đoán tiền sản là 19,6%; tỷ lệ chẩn đoán xác định trước nhập cấp cứu là 36,3%; can thiệp đặc hiệu trước nhập viện là 23,4%. Từ kết quả này cho thấy hiện tại bệnh nhi TBS vẫn còn phát hiện muộn, chưa được can thiệp và xử trí kịp thời nên thường nhập viện trong tình trạng nặng cấp cứu. Điều này có thể do khả năng phát hiện, xử trí của các cơ sở y tế và sự phối hợp giữa sản và nhi chưa

được tốt. Cần nghiên cứu thêm về vấn đề này để tìm ra giải pháp hiệu quả nhằm cải thiện tiên lượng bệnh nhân bị tim bẩm sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Daniel Bernstein (2011), "Epidemiology and Genetic Basis of Congenital Heart Disease", *Nelson Textbook of Pediatrics*, 19th ed, Elsevier Saunders, Philadelphia. Part XIX, Section 3, Chapter 424,
2. David R. Fulton, David W. Brown (2008), "Congenital heart disease in children and adolescents", *Hurst's The Heart*, 12th ed, The McGraw - Hill companies, chapter 83, pp. 2012-2059.
3. Dolk H., Loane M., Garne E., et al. (2011), "Congenital heart defects in Europe: prevalence and perinatal mortality, 2000 to 2005", *Circulation*, 123 (8), pp. 841-9.
4. Hoffman J. I., Kaplan S. (2002), "The incidence of congenital heart disease", *J Am Coll Cardiol*, 39 (12), pp. 1890-900.
5. Nguyễn Thị Thanh Hương (2009), "Đặc điểm tim bẩm sinh sơ sinh tại Bệnh viện Nhi đồng 1", *Luận văn Thạc sĩ y học*, Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh.
6. Khairy P., Ionescu-Ittu R., Mackie A. S., et al. (2010), "Changing mortality in congenital heart disease", *J Am Coll Cardiol*, 56 (14), pp. 1149-57.
7. Khoshnood B., Lelong N., Houyel L., et al. (2012), "Prevalence, timing of diagnosis and mortality of newborns with congenital heart defects: a population-based study", *Heart*, 98 (22), pp. 1667-73.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi khâu bao thoát vị ở ổ bụng sâu trong ổ bụng điều trị thoát vị bụng ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu 47 bệnh nhân trên 2 tuổi, chẩn đoán thoát vị bụng dựa trên triệu chứng lâm sàng và siêu âm. Điều trị khâu cố bao thoát vị ở vị trí ổ bụng sâu trong ổ bụng bằng kỹ thuật nội soi sử dụng 3 trocar (5mm, 3mm, 3mm) tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2016 tới tháng 6/2017. **Kết quả:** 47 bệnh nhân, 3 bệnh nhân thoát vị bụng 2 bên (6.4%), 10 bệnh nhân thoát vị bụng một bên được chẩn đoán trước mổ được phát hiện có ổ bụng sâu đối bên mở trong mổ (21.3%), 34 bệnh nhân bị thoát vị bụng 1 bên (72.3%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 25.2 phút (30.1 phút với nhóm TVB 2 bên, 22.9 phút với nhóm TVB 1 bên). Thời gian nằm viện trung bình

Nguyễn Việt Hoa¹, Đặng Thị Huyền Trang¹

là 1.6 ngày. Không có tai biến trong mổ. Sau mổ có 2 bệnh nhân bị chảy máu ở rốn, 3 bệnh nhân sưng nề nhẹ vùng bìu, không có tràn dịch màng tinh hoàn. Theo dõi sau mổ 1 tháng, không có thoát vị bụng tái phát, không có teo tinh hoàn. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi trong ổ bụng sử dụng dụng cụ nội soi 3mm điều trị thoát vị bụng ở trẻ em có tính khả thi với ưu điểm an toàn, hiệu quả, nhất là với thoát vị bụng 2 bên hoặc thoát vị bụng tái phát sau phẫu thuật mổ mở thông thường,

Từ khóa: Thoát vị bụng ở trẻ em, phẫu thuật nội soi thoát vị bụng.

SUMMARY

EVALUATION OF INITIAL RESULTS OF LAPAROSCOPIC INGUINAL HERNIA IN CHILDREN AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To evaluate the early outcomes of totally intra-peritoneal laparoscopic inguinal hernia in children by stitching herniated sac in the deep inguinal orifice. **Materials and method:** Prospective and retrospective study, 47 patients over 2 years old that were diagnosed with inguinal hernia based on clinical symptoms and ultrasound, and treated with laparoscopic technique that use 3 trocars (1 trocar

¹Khoa phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh-Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hoa

Email: nvhoa96@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 22.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2018

Ngày duyệt bài: 30.01.2018

5mm, 2 trocars 3mm) to stitch hernia sac in the deep inguinal orifice at Viet Duc hospital from January 2016 to June 2017. **Results:** In 47 patients: 3 bilateral hernias (6.4%), 10 unilateral hernias were diagnosed with contralateral hernia by laparoscopic (21.3%), 34 unilateral hernias (72.3%). The mean surgical time was 25.2 minutes (30.1 minutes with bilateal hernia, 22.9 minutes with unilateral hernia). Hospital stay duration 1.6 day. No case of surgical catastrophe. Post-operation: 2 patients were bleeding in position of the umbilical trocar and 3 patients were mild swelling of the groin, scrotum. Post-operation follow up 3 months: no recurrence, no testicular atrophy. **Conclusion:** Laparoscopy that use trocar 3mm to treat inguinal hernia in children is safe, feasible, effective methods. The opportunity to diagnose a bilateral hernia when non diagnosed before surgery, or in case of recurrence after an inguinal approach, are the main advantages for laparoscopy.

Keywords: Pediatric inguinal hernia, laparoscopic inguinal hernia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn ở trẻ em là một trong những bệnh thường gặp nhất cho các bác sỹ phẫu thuật nhi. Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bẩm sinh (TVBBS) ở trẻ em là giải phóng tạng thoát vị và thắt ống phúc tinh mạc tại lỗ bẹn sâu. Có 2 phương pháp mổ là mổ mở và mổ nội soi. Trong 20 năm gần đây, phẫu thuật nội soi điều trị TVBBS ở trẻ em đã trở nên phổ biến. Có nhiều báo cáo đã đưa ra những ưu điểm của phẫu thuật nội soi so với mổ mở như là: khảo sát lỗ bẹn sâu đối bên, và có thể tiến hành đóng lỗ bẹn sâu đối bên trong cùng một thì mổ nếu như lỗ bẹn sâu đối bên chưa đóng. Điều này góp phần làm giảm tỷ lệ thoát vị bẹn đối bên sau mổ mở. Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị TVB ở trẻ em đã được thực hiện tại một số trung tâm phẫu thuật nhi, nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả của kỹ thuật mổ này. Vì vậy, chúng tôi báo cáo những kinh nghiệm của chúng tôi về chủ đề này bằng sự đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị TVBBS ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu này được tiến hành tại khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh, Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2016 tới tháng 6 năm 2017. Trong thời gian này, có 47 bệnh nhân nhi trên 2 tuổi được chẩn đoán TVBBS và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi trong phúc mạc với cùng một kỹ thuật.

2.2. Mô tả kỹ thuật: Kỹ thuật mổ được tiến hành như sau: Dưới sự gây mê nội khí quản, phẫu thuật nội soi đã được thực hiện. Đặt 3 trocar: 1 trocar 5mm được đặt qua rốn, và 2 trocơ 3mm được đặt ở mạn sườn phải và trái.

Bơm hơi CO₂ vào ổ bụng với áp lực 6-10mmHg.



Hình 1. Vị trí đặt trocar

Khảo sát lỗ bẹn sâu đối bên. Dùng kẹp phẫu tích nội soi kéo túi thoát vị vào ổ bụng, mở phúc mạc tại lỗ bẹn sâu.

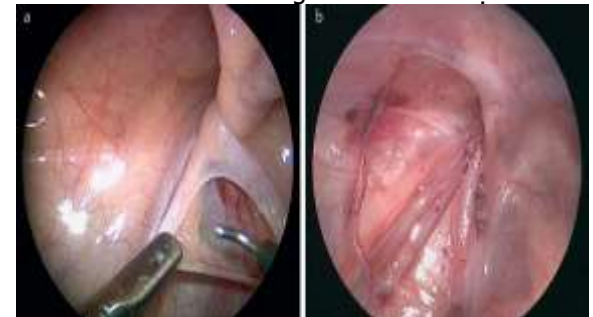


Hình 2. Hình ảnh lỗ thoát vị bẹn (P)



Hình 3. Ảnh LBS đối bên đã đóng

Đối với trẻ nam, phẫu tích tách phúc mạc tại lỗ bẹn sâu khỏi bó mạch tinh, sau đó cắt bỏ túi thoát vị. Đối với trẻ nữ, sau khi kéo túi thoát vị (ống Nuck) vào ổ bụng, dùng dao điện đơn cực cầm máu và sau đó cũng cắt túi thoát vị.



Hình 4. Phẫu tích tách phúc mạc qua nội soi

Kim khâu được đưa trực tiếp qua da vào khoang bụng. Khâu mũi chữ Z đóng phúc mạc tại lỗ bẹn sâu với nơ chỉ được buộc hoàn toàn trong ổ bụng. Nếu lỗ bẹn sâu đối bên chưa đóng, kỹ thuật được tiến hành tương tự phía đối bên.



Hình 5. Khâu đóng phúc mạc qua nội soi

III. KẾT QUẢ

47 bệnh nhân đã được phẫu thuật, trong đó có 26 trẻ nam và 21 trẻ nữ; 3 bệnh nhân TVB 2 bên (chiếm 6%) được chẩn đoán trước mổ, 10 bệnh nhân TVB 1 bên có lỗ ben sâu đối bên chưa đóng được phát hiện trong mổ (chiếm 21.3%) và được điều trị trong cùng một thì mổ, 34 bệnh nhân TVB 1 bên (chiếm 72.7%). Độ tuổi 2-10 tuổi (trung bình 4.8 tuổi). 100% trẻ được chẩn đoán thoát vị ben, không có trường hợp nào bị thoát vị đuôi hay thoát vị trực tiếp. Thời gian phẫu thuật trung bình cho nhóm bệnh nhân TVB một bên là 22.9 phút (ở trẻ nam là 24.4 phút và ở trẻ nữ là 20.3 phút) và thời gian phẫu thuật trung bình cho nhóm bệnh nhân TVB hai bên và TVB một bên có lỗ ben sâu đối bên mở là 30.2 phút (ở trẻ nam là 33.1 phút và trẻ nữ là 27.6 phút). Không có tai biến xảy ra trong mổ. Thời gian hồi phục hoạt động bình thường là 1 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 1.6 ngày. Sau mổ, có 2 bệnh nhi bị chảy máu vết mổ trocar rốn và 3 bệnh nhi nam bị sưng nề nhẹ vùng bìu. Theo dõi sau mổ 1 tháng, không có bệnh nhân bị thoát vị ben tái phát, teo tinh hoàn, nhiễm trùng vết mổ kéo dài.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nội soi chẩn đoán: Thoát vị ben là một trong những bệnh lý nhi khoa phổ biến nhất, chiếm 1-4% trong số tất cả trẻ em được mổ. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, nguy cơ tiến triển thành thoát vị ben nghẹt là 31% (thường xảy ra khi trẻ được vài tháng tuổi), gây nguy hiểm cho ruột và tinh hoàn[1]. Theo đó, phẫu thuật điều trị thoát vị ben được khuyến cáo sau khi chẩn đoán càng sớm càng tốt. Hơn nữa, tỷ lệ bệnh nhân bị thoát vị ben đối bên sau mổ mở có thể được đánh giá sớm hơn nếu như thực hiện phẫu thuật nội soi, khảo sát lỗ ben sâu đối bên và đánh giá sự tồn tại của ống phúc tinh mạc đối bên. Tỷ lệ lỗ ben

sâu đối bên mở ở bệnh nhân bị TVB một bên đã được báo cáo từ 31-48%[2],[3]. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này là 21.3%.

Ngoài khả năng phát hiện sự tồn tại ống phúc tinh mạc đối bên, phương pháp tiếp cận nội soi có nhiều ưu điểm hơn phẫu thuật mổ mở truyền thống trong việc đánh giá giải phẫu chính xác vùng ben, phát hiện các trường hợp thoát vị trực tiếp, thoát vị đuôi hoặc phối hợp nhiều loại thoát vị[4],[5]. Một ưu điểm khác của kỹ thuật này là ống dẫn tinh và bó mạch tinh sẽ không bị tổn thương (đặc biệt hữu ích khi điều trị bệnh nhân bị thoát vị ben tái phát sau một phẫu thuật mở trước đó). Trong trường hợp TVB tái phát, kỹ thuật này giúp ích trong cả chẩn đoán và điều trị.

4.2. Nội soi điều trị: Khi đánh giá tính khả thi của phẫu thuật nội soi so với mổ mở về thời gian phẫu thuật, có 2 nghiên cứu đã chỉ ra rằng thời gian thực hiện phẫu thuật nội soi ở bệnh nhân TVB một bên không khác biệt so với mổ mở[6].

Ưu điểm của phẫu thuật nội soi là phát hiện sự tồn tại ống phúc tinh mạc đối bên thông qua đánh giá độ rộng và sâu của ống phúc tinh mạc. Nhiều nghiên cứu đã chỉ sự tồn tại ống phúc tinh mạc đối bên thông qua nội soi ổ bụng 15-30%. Vậy, quyết định điều trị ống phúc tinh mạc đối bên khi nào. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Koivusalo, độ tuổi trung bình từ 7 tháng tới 15 tuổi. Sachs (1885) cho rằng ống phúc tinh mạc vẫn mở hoàn toàn trong 57% số trẻ từ 04 tháng đến 01 năm tuổi. Theo F.Becmeur, trong thời kỳ trẻ sơ sinh và còn bú, lỗ ben nông và lỗ ben sâu dường như chồng lên nhau. Nên việc phẫu tích phúc mạc tại lỗ ben sâu trong thời kỳ này sẽ dễ tổn thương cả lỗ ben nông và các thành phần trong ống ben. Sau 2 tuổi, khi trẻ đi bộ thành thạo, 2 lỗ ben di chuyển ra xa nhau, việc phẫu tích phúc mạc tại cổ bao thoát vị sẽ rõ ràng hơn. Chính bởi vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn bệnh nhân trên 2 tuổi, phát hiện sự tồn tại ống phúc tinh mạc đối bên là 21.3% và chúng tôi sẽ quyết định điều trị ngay.

Hiện nay, các phương pháp tiếp cận bằng nội soi được bao gồm: ngoài phúc mạc, trong phúc mạc hoặc kết hợp cả hai cách tiếp cận. Trong đó, chúng tôi thực hiện kỹ thuật nội soi hoàn toàn trong phúc mạc. Phẫu tích phúc mạc tại cổ bao thoát vị, tách phúc mạc ra khỏi ống dẫn tinh và bó mạch tinh và đóng phúc mạc bằng chỉ không tiêu. Sử dụng chỉ không tiêu là một trong những nguyên nhân gây nên sự tái phát sau mổ. Parelka cho rằng một trong những nguyên nhân gây ra sự tái phát của 14 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là do sử dụng chỉ không tiêu[12]. Vì

vậy, chúng tôi sử dụng 100% chỉ không tiêu. Trong khi phẫu tích phúc mạc, chúng tôi ưu tiên sử dụng kéo phẫu tích hơn móc điện đơn cực, để tránh làm tổn thương các cấu trúc bó mạch tinh do nhiệt. Khi cắt phúc mạc, để tránh cắt phải ống dẫn tinh và bó mạch tinh, chúng tôi nâng phúc mạc lên tại vị trí cổ bao thoát vị. Bằng cách phẫu tích phúc mạc và đóng phúc mạc tại lỗ bẹn sâu, thoát vị có thể sửa chữa thành công mà không gây tổn thương các cấu trúc của ống bẹn như kỹ thuật mổ mở.

Hơn nữa, phẫu thuật nội soi cho phép chẩn đoán và điều trị các dị tật sinh dục bẩm sinh như đánh giá có cơ quan sinh dục ở bệnh nhân bị bất thường nhiễm sắc thể giới tính, cho phép điều trị bệnh nhân bị tinh hoàn ẩn trong ổ bụng phổi hợp với thoát vị bẹn. Ngoài ra, kỹ thuật nội soi cũng rất có ích ở bệnh nhân bị TVB tái phát. Sau một phẫu thuật mở điều trị TVB, các cấu trúc của ống bẹn hình thành mô sẹo mà nếu phải mổ mở lại, nguy cơ tổn thương ống dẫn tinh và bó mạch tinh cao hơn. Khi sử dụng kỹ thuật nội soi, đặc biệt là kỹ thuật trong phúc mạc, sự phẫu tích cổ bao thoát vị ra khỏi bó mạch tinh dễ dàng hơn, tránh nguy cơ tổn thương các cấu trúc này.

Theo dõi sau mổ 1 tháng, chúng tôi chưa phát hiện bệnh nhân nào bị TVB tái phát, bị teo tinh hoàn hay nhiễm trùng vết mổ kéo dài. Ngoài ra, tất cả bệnh nhân và gia đình đều rất hài lòng với kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em là hiệu quả, an toàn, có tính khả thi và dễ dàng thực hiện ở các trung tâm phẫu thuật nhi khoa. Kỹ thuật nội soi hoàn toàn trong phúc mạc

được thực hiện dựa trên nguyên tắc phẫu tích phúc mạc và đóng phúc mạc tại vị trí cổ bao thoát vị. Thời gian phẫu thuật, giai đoạn hậu phẫu và kết quả điều trị cũng tương tự như phẫu thuật mở. Tuy nhiên kỹ thuật nội soi mang lại nhiều ưu điểm hơn trong việc đánh giá sự tồn tại ống phúc tinh mạc đối bên, quyết định điều trị trong cùng một thì mổ, đánh giá chính xác về mặt giải phẫu, phát hiện các di tật cơ quan sinh dục. Đồng thời nội soi rất ưu thế trong việc chẩn đoán và điều trị TVB tái phát. Theo dõi lâu dài hơn sẽ là cần thiết để xác định chính xác tỷ lệ TVB tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Geisler DP, Jgathesan S, Parmley MC, et al. Laparoscopically exploration for the clinically undetected hernia in infancy and childhood. Am J Surg 2001;182:693-6.
2. Wulkan ML, Wiener ES, Van Balen N, et al. Laparoscopy through the open ipsilateral sac to evaluate presence of contra lateral hernia. J Pediatr Surg 1996;31:1174-7.
3. Bois JJD, Jenkins JR, Egan JC. Transinguinal laparoscopic examination of the contra lateral groin in paediatric herniorrhaphy. Surg Laparosc Endosc 1997;7:384-7.
4. De Caluwe D, Cherti B, Puri P, et al. Childhood femoral hernia: a commonly misdiagnosed condition. Pediatr Surg Int 2003;19: 608-9.
5. Schier F. Direct inguinal hernia in children, the laparoscopic aspect. Pediatr Surg Int 2000;16:562-4.
6. Saranga Bharathi R, Arora M, Baskaran V. Pediatric inguinal hernia: laparoscopic versus open surgery. JSLS 2008; 12: 277-281.
7. Chan KL, Hui WC, Tam PK. Prospective randomized single-center, single-blind comparison of laparoscopic vs. open repair of pediatric inguinal hernia. Surg Endosc 2005; 19: 927-932.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH CƠN LỚN (THỂ CO CỨNG- CO GIẬT).

Đàm Đức Thắng¹, Bùi Quang Huy²,
Ngô Ngọc Tấn², Cao Tiến Đức²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động kinh thường có rối loạn trầm cảm đi kèm. Có nhiều yếu tố liên quan đến trầm cảm

¹Bệnh viện tâm thần Hải Phòng

²Bệnh viện 103- Học viện quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đàm Đức Thắng

Email: bsdamducthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.11.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.01.2018

Ngày duyệt bài: 23.01.2018

ở các bệnh nhân động kinh, ảnh hưởng đến tần số tái phát của động kinh và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Mục tiêu: nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân động kinh cơn lớn (thể co cứng - co giật). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 102 bệnh nhân động kinh cơn lớn có trầm cảm kèm theo. Các bệnh nhân này được điều trị nội trú tại Bệnh viện tâm thần thành phố Hải Phòng từ tháng 4 năm 2013 đến tháng 10 năm 2015. Tiêu chuẩn chẩn đoán: ICD- 10 (1992) cho động kinh cơn lớn, mục G40.6 và cho trầm cảm thực tổn mục F06.32.0. **Kết quả:** Số năm bị bệnh động kinh trung bình là 20,89 ± 13,06 năm. Tần suất

cơn động kinh trước khi bị trầm cảm là $4,07 \pm 3,73$ tháng/1 cơn, sau khi bị trầm cảm $3,26 \pm 3,60$ tháng/1 cơn. 61,76% bệnh nhân sử dụng một thuốc kháng động kinh, 38,24% bệnh nhân sử dụng phối hợp nhiều thuốc kháng động kinh. Liều lượng Phenobarbital đơn thuần $169,44 \pm 46,72$ mg/ngày, phối hợp $134,85 \pm 47,57$ mg/ngày và thời gian sử dụng đơn thuần là $21,94 \pm 13,96$ năm, phối hợp là $17,42 \pm 11,85$ năm. Liều lượng Phenytoin đơn thuần $184,61 \pm 46,41$ mg/ngày, phối hợp $165,71 \pm 59,12$ mg/ngày và thời gian sử dụng đơn thuần trung bình $16,46 \pm 12,11$ năm, phối hợp là $12,85 \pm 10,55$ năm.

Từ khóa: Động kinh cơn lớn, trầm cảm

SUMMARY

STUDYING OF THE SOME FACTORS RELATED TO DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH GENERALIZED TONIC-CLONIC SEIZURES

Background: Patients with generalized tonic-clonic often comorbid depressive disorder. The clinical features of depressive disorder in these patients are often atypical. Objectives of the study: Studying of some factors related to depressive disorder in patients with generalized Tonic-Clonic seizures. Subjects and research methods: cross-sectional and prospective method, describe every individual of 102 inpatients with generalized Tonic-Clonic seizures, who have depressive disorder comorbid. They were treated at a Haiphong mental hospital from April 2013 to October 2015. Using the diagnostic criteria G40.6 of ICD-10 (1992) for generalized Tonic-Clonic seizures section and diagnostic criteria F06.32 for Organic depressive disorder. **Results:** Number of years with epilepsy is 20.89 ± 13.06 . The frequency of seizures before depressive disorder is $4,07 \pm 3,71$ months/1 seizure, after depressive disorder is $3,26 \pm 3,60$ months/1 seizure. 61,76% of the patients using an epileptic drugs. Phenobarbital dosage (alone) is $169,44 \pm 46,72$ mg/day, and $134,85 \pm 47,57$ mg/day (combined). The time using of Phenobarbital is $21,94 \pm 13,96$ years (alone) and $17,42 \pm 11,85$ years (combined) respectively. Phenytoin dosage (alone) is $184,61 \pm 46,41$ mg/day, and $165,71 \pm 59,12$ mg/day (combined). The time using of Phenytoin is $16,46 \pm 12,11$ years (alone), and $12,85 \pm 10,55$ years (combined).

46,41mg/day, and 165,71 $\pm$ 59,12 mg/day (combined). The time using of Phenytoin is 16,46 $\pm$ 12,11 years (alone), and 12,85 $\pm$ 10,55 years (combined).

Key words: generalized tonic-clonic seizures, depressive disorder

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là biểu hiện thường gặp trên bệnh nhân động kinh nói chung động kinh toàn thể cơn co cứng co giật nói riêng. So với những bệnh nhân động kinh không trầm cảm thì những bệnh nhân động kinh có trầm cảm đi kèm có tần số cơn giật cao hơn, giảm sự hài lòng trong cuộc sống, tỷ lệ thất nghiệp cao hơn và phải dùng thuốc chống động kinh nhiều hơn[1],[5].

Ở Việt Nam, việc xem xét rối loạn này như một phạm trù riêng biệt của rối loạn cảm xúc trên bệnh nhân động kinh, việc tìm hiểu một số yếu tố liên quan chưa được quan tâm và nghiên cứu một cách kỹ lưỡng. Với tầm quan trọng như vậy, chúng tôi tiến hành: "*Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân động kinh toàn thể thể co cứng - co giật*" với mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân động kinh toàn thể thể co cứng - co giật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 102 bệnh nhân động kinh cơn lớn có trầm cảm kèm theo được điều trị nội trú tại Bệnh viện tâm thần thành phố Hải Phòng trong khoảng thời gian từ tháng 4/2013 - 10/2015.

Sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD- 10 (1992) cho động kinh cơn lớn mục G40.6 và tiêu chuẩn chẩn đoán cho trầm cảm thực tổn mục F06.32.0. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các số liệu được xử lý và phân tích trên chương trình Stata 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Liên quan trầm cảm với tần suất xuất hiện cơn động kinh

STT	Chỉ số thống kê Tần suất xuất hiện cơn động kinh	Trước khi bị trầm cảm		Khi bị trầm cảm		p
		SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
1	≤ 1 tháng/1 cơn	2	1,96	6	5,88	$> 0,05$
2	$>1- 3$ tháng/1 cơn	40	39,22	63	61,76	$=0,001$
3	$>3 - 6$ tháng/1 cơn	51	50,00	30	29,41	$= 0,001$
4	$>6 - 9$ tháng/1 cơn	4	3,92	1	0,98	$> 0,05$
5	$>9- 12$ tháng/1 cơn	2	1,96	0	0,00	
6	>12 tháng/ cơn	3	2,94	2	1,96	
	Trung bình (tháng/1 cơn)	$4,07 \pm 3,73$		$3,26 \pm 3,60$		$>0,05$

Kết quả bảng 1 cho thấy tần suất xuất hiện cơn động kinh trước khi có trầm cảm là $4,07 \pm 3,73$ tháng/1 cơn, khi bị trầm cảm là $3,26 \pm 3,60$ tháng/1 cơn, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, ($t = 1,59$, $p = 0,11$).

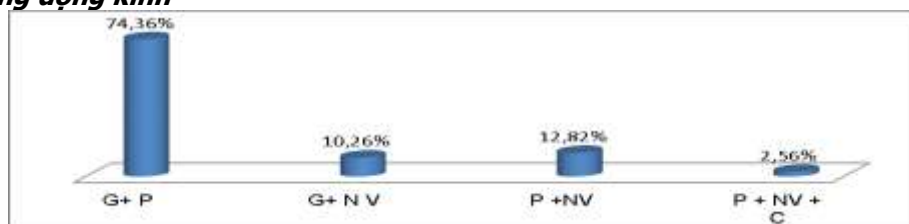
Biểu đồ 1. Liên quan trầm cảm với số năm bị bệnh động kinh.

Biểu đồ 1 cho thấy số năm bị bệnh động kinh trung bình là $20,89 \pm 13,06$ năm. Khi so sánh các nhóm với nhau ta chỉ thấy nhóm bị bệnh ≤ 5 năm với nhóm bị bệnh > 30 năm và nhóm bị bệnh 26 - 30 năm với nhóm bị bệnh > 30 năm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Liên quan trầm cảm với thuốc kháng động kinh ở bệnh nhân chỉ dùng 1 thuốc kháng động kinh

STT	Thuốc duy trì	Chỉ số thống kê	n	Tỷ lệ %	p
1	Phenobarbital		36	57,14	$p_{1,2,3} < 0,001$
2	Phenytoin		26	41,27	
3	Natri valproate		1	1,59	
	Tổng		63	100,00	

Kết quả bảng 2 cho thấy có $63/102 = 61,76\%$ bệnh nhân sử dụng thuốc kháng động kinh đơn thuần, trong đó sử dụng Phenobarbital (Gardenal) 57,14%, sử dụng phenytoin 41,27%, khi so sánh chỉ số thống kê 3 nhóm với nhau ta lại thấy sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$ (Fisher's exact = 0,000).

Biểu đồ 2. Liên quan trầm cảm với thuốc kháng động kinh ở bệnh nhân dùng nhiều thuốc kháng động kinh

Kết quả biểu đồ 2 cho thấy có bệnh nhân sử dụng phối hợp thuốc kháng động kinh chiếm 38,24%, trong đó hay gặp nhất là phối hợp G+P (Phenobarbital và Phenytoin) chiếm 74,36%. Khi so sánh các nhóm với nhau ta thấy có sự khác biệt với $p < 0,001$ (Fisher's exact = 0,000).

Bảng 3. Liên quan trầm cảm với Phenobarbital điều trị bệnh động kinh

Sử dụng thuốc	Chỉ số thống kê	n = 69	Tỷ lệ %	Liều lượng (mg/ngày)	Thời gian sử dụng (năm)
Đơn thuần		36	52,17	$169,44 \pm 46,72$	$21,94 \pm 13,96$
Phối hợp		33	47,83	$134,85 \pm 47,57$	$17,42 \pm 11,85$
p			$p > 0,05$	$t = 3,04; p = 0,003$	$t = 1,44; p = 0,15$

Kết quả bảng 3 cho thấy liều lượng Phenobarbital đơn thuần trung bình là $169,44 \pm 46,72$ mg/ngày, phối hợp là $134,85 \pm 47,57$ mg/ngày, khi so sánh ta thấy liều thuốc Phenobarbital sử dụng đơn thuần cao hơn liều phối hợp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($t = 3,04$, $p = 0,003$).

Thời gian sử dụng Phenobarbital đơn thuần trung bình là $21,94 \pm 13,96$ năm, phối hợp là $17,42 \pm 11,85$ năm, khi so sánh hai chỉ số này ta không thấy có sự khác biệt với $p > 0,05$ ($t = 1,44$; $p = 0,15$).

Bảng 4. Liên quan trầm cảm với Phenytoin điều trị bệnh động kinh

Sử dụng thuốc	Chỉ số thống kê	n = 61	Tỷ lệ (%)	Liều lượng (mg/ngày)	Thời gian sử dụng (năm)
Đơn thuần		26	42,62	$184,61 \pm 46,41$	$16,46 \pm 12,11$
Phối hợp		35	57,38	$165,71 \pm 59,12$	$12,85 \pm 10,55$
p			$p > 0,05$	$t = 1,35; p = 0,18$	$t = 1,24; p = 0,22$

Kết quả bảng 4 cho thấy liều lượng Phenytoin đơn thuần trung bình là $184,61 \pm 46,41$ mg/ngày, phối hợp là $165,71 \pm 59,12$ mg/ngày, khi so sánh ta thấy liều thuốc Phenytoin sử dụng đơn thuần và liều phối hợp không có sự khác biệt với $p > 0,05$ ($t = 1,35$, $p = 0,18$).

Thời gian sử dụng Phenytoin đơn thuần trung bình là $16,46 \pm 12,11$ năm, phối hợp là $12,85 \pm 10,55$ năm, khi so sánh hai chỉ số này ta không thấy có sự khác biệt với $p > 0,05$ ($t = 1,24$; $p = 0,22$).

IV. BÀN LUẬN

- Liên quan trầm cảm với số năm bị bệnh động kinh: Kết quả biểu đồ 1 cho thấy số năm bị bệnh động kinh trung bình là $20,89 \pm 13,06$ năm, trong đó số bệnh nhân bị bệnh động kinh trên 30 năm là cao nhất 21,57%, tiếp đến là nhóm 16-20 năm 19,61%, nhóm 11- 15 năm 16,67%.

Phabphal K. và cs. (2007) thì đưa ra số liệu về thời gian mắc bệnh động kinh có trầm cảm dưới 15 năm là 21,6% và trên 15 năm là 40,0% [4].

Zis P. và cs. (2014) so sánh nhóm bệnh nhân động kinh có trầm cảm có thời gian bị bệnh là $21,7 \pm 11,6$ năm dài hơn so với nhóm bệnh nhân động kinh không có trầm cảm $15,2 \pm 13,2$ năm ($p = 0,048$) [7].

- Liên quan trầm cảm với tần suất xuất hiện cơn động kinh: Bảng 1 cho thấy tần suất xuất hiện cơn động kinh trước khi có trầm cảm là $4,07 \pm 3,73$ tháng/1 cơn, sau khi bị trầm cảm là $3,26 \pm 3,60$ tháng/1 cơn.

Thome-Souza M.S. và cs. (2007) nghiên cứu 36 bệnh nhân động kinh có biểu hiện trầm cảm nhận thấy tần suất là $1,23 \pm 2,2$ cơn/tháng [5].

- Liên quan ở bệnh nhân chỉ dùng 1 thuốc kháng động kinh

Kết quả bảng 2 cho thấy có 61,76% bệnh nhân sử dụng thuốc kháng động kinh đơn thuần.

Bosak M. và cs. (2015) nghiên cứu ở 289 bệnh nhân động kinh có trầm cảm, nhận thấy đơn trị liệu chiếm 55,7% số bệnh nhân [2].

- Liên quan ở bệnh nhân dùng nhiều thuốc kháng động kinh: Kết quả biểu đồ 2 cho thấy 38,24% số bệnh nhân sử dụng phối hợp thuốc kháng động kinh.

Vujisić S. và cộng sự (2014) nghiên cứu trên các bệnh nhân động kinh cơn lớn có trầm cảm, nhận thấy 45% số bệnh nhân phối hợp 2 thuốc chống động kinh [6].

- Liên quan trầm cảm với Phenobarbital điều trị bệnh động kinh

Kết quả bảng 3 cho thấy Phenobarbital đơn thuần $169,44 \pm 46,72$ mg/ngày, phối hợp với kháng động kinh khác $134,85 \pm 47,57$ mg/ngày.

Thời gian sử dụng Phenobarbital đơn thuần là $21,94 \pm 13,96$ năm, phối hợp với thuốc kháng động kinh khác là $17,42 \pm 11,85$ năm. Theo Thome-Souza M.S. và cs. (2007) bệnh nhân động kinh cơn lớn dùng Phenobarbital liều càng cao, càng kéo dài thì tỷ lệ trầm cảm càng tăng [5].

- Liên quan trầm cảm với Phenytoin điều trị bệnh động kinh: Kết quả bảng 4 cho thấy Phenytoin đơn thuần trung bình $184,61 \pm 46,41$ mg/ngày, phối hợp với kháng động kinh khác $165,71 \pm 59,12$ mg/ngày.

Thời gian sử dụng Phenytoin đơn thuần trung bình $16,46 \pm 12,11$ năm, phối hợp với thuốc kháng động kinh khác là $12,85 \pm 10,55$ năm.

Garcia G.S. (2012) cho rằng thuốc Phenytoin liên quan với nguy cơ cao xảy ra các triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân động kinh [3].

V. KẾT LUẬN

- Thời gian bị bệnh động kinh của bệnh nhân trung bình là $20,89 \pm 13,06$ năm.

- Tần suất cơn động kinh trước khi bị trầm cảm là $4,07 \pm 3,73$ tháng/1 cơn, sau khi bị trầm cảm là $3,26 \pm 3,60$ tháng/1 cơn.

- Liên quan đến sử dụng thuốc kháng động kinh: 61,76% bệnh nhân sử dụng một thuốc kháng động kinh.

- Có 38,24% bệnh nhân sử dụng phối hợp nhiều thuốc kháng động kinh.

- Liều lượng Phenobarbital đơn thuần $169,44 \pm 46,72$ mg/ngày và thời gian $21,94 \pm 13,96$ năm, phối hợp $134,85 \pm 47,57$ mg/ngày và thời gian $17,42 \pm 11,85$ năm.

- Liều lượng Phenytoin đơn thuần $184,61 \pm 46,41$ mg/ngày và thời gian $16,46 \pm 12,11$ năm, phối hợp $165,71 \pm 59,12$ mg/ngày và thời gian $12,85 \pm 10,55$ năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Nguyên Ngọc (2011) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu - trầm cảm và chất lượng sống bệnh nhân động kinh được điều trị tại Bệnh viện tâm thần Đà Nẵng*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y dược, Đại học Huế.
2. Bosak M., Turaj W., Dudek D. et al. (2015) Depressogenic medications and other risk factors for depression among Polish patients with epilepsy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11: 2509-2517.
3. Garcia G.S. (2012) Depression in Temporal Lobe Epilepsy: A Review of Prevalence, Clinical Features, and Management Considerations. *Epilepsy Research and Treatment*, DOI:10.1155/2012/809843.
4. Phabphal K., Sattawatcharawanich S. Sathirapunya P. et al. (2007) Anxiety and Depression in Thai Epileptic Patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 90(10): 2010 - 2015
5. Thome-Souza M.S., Kuczyński E., Valente K. et al. (2007) Sertraline and Fluoxetine: Safe treatments for children and adolescents with epilepsy and depression. *Epilepsy and Behaviour*, 10: 417-425.
6. Vujisić S., Vodopić S., Radulović L. et al. (2014) Psychiatric comorbidities among patients with epilepsy in Montenegro. *Acta Clinica Croatica*, 53: 411-416.
7. Zis P., Yfantia P., Siatouni A. et al. (2014) Determinants of depression among patients with epilepsy in Athens, Greece. *Epilepsy and Behavior*, 33: 106-109.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

Lại Thanh Hiền*, Trần Thị Hải Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng của tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt theo y học hiện đại và đối chiếu với các thể bệnh của y học cổ truyền. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang. **Đối tượng nghiên cứu:** các bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán là Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLT TTL), điều trị nội trú tại bệnh viện YHCT Trung ương từ năm 2012 đến 2016. **Kết quả:** triệu chứng hay gặp nhất là tiểu găng sức và tiểu đêm nhiều lần với tỷ lệ là 66,81% và 63,76%. Khối lượng TTL trung bình qua siêu âm là $41,58 \pm 15,96g$. Thể thận khí hư chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,77% và thường có nước tiểu tồn dư nhiều. Thể thấp nhiệt thường hay có nhiễm khuẩn tiết niệu kèm theo và thể khí trệ huyết ứ thường có thể tích TTL $\geq 60g$.

Từ khóa: Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, đặc điểm lâm sàng, y học cổ truyền.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA PATIENTS IN NATIONAL INSTITUTE OF TRADITIONAL MEDICINE

Subject: Assessment of clinical characters of benign prostatic hyperplasia by modern medicine and comparing with the traditional medicine types of this disease. **Method:** respective and cross-section study. **Objectives:** the medical records of patients with benign prostatic hyperplasia, who were treated in National institute of traditional medicine from 2011 to 2015. **Results:** the prominent symptom of this disease is nocturnal polyuria and difficult in urinate with 63.76% and 66.81% respectively. The prostatic weight was $41.58 \pm 15.96g$ by ultrasonic measurement. Kidney qi deficiency type was the most common with 56.77% and usually had residual urine. Dampness-heat type usually had urinary tract infection. The patients with qi stagnation and blood stasis type usually had prostatic weight with over 60g.

Key words: Benign prostatic hyperplasia, clinical characters, traditional medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLT TTL) là thuật ngữ dùng thay thế cho các tên gọi trước đây như: phì đại lành tính tuyến tiền liệt (TTL), u xơ TTL, bướu lành TTL.... Bệnh lành tính, ít nguy hiểm đến tính mạng, nhưng hay gặp ở nam giới

trung niên và ảnh hưởng đến chất lượng sống của người bệnh [1].

Trong y học cổ truyền (YHCT), TSLT TTL thuộc chứng "long bế", "lâm chứng", "di niệu". Đã có nhiều công trình nghiên cứu, thống kê về tình hình TSLT TTL tại cộng đồng hay các bệnh viện chuyên sâu về y học hiện đại (YHHĐ) như bệnh viện Lão khoa trung ương [2],[3],[4]; nhưng chưa có công trình nghiên cứu, thống kê về TSLT TTL trong các bệnh viện YHCT. Bệnh viện YHCT Trung ương là bệnh viện đầu ngành về YHCT - trung tâm hợp tác về YHCT của Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam. Nghiên cứu tình hình TSLT TTL tại bệnh viện YHCT sẽ giúp cho việc định hướng chăm sóc sức khỏe bệnh nhân bị TSLT TTL theo các phương pháp điều trị bằng YHCT kết hợp YHHĐ. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng của tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt theo y học hiện đại và đối chiếu với các thể bệnh của y học cổ truyền.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán TSLT TTL, điều trị nội trú tại bệnh viện YHCT Trung ương từ năm 2012 đến 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi; Thời gian mắc bệnh; Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng; Các thể bệnh theo YHCT và đối chiếu với YHHĐ.

2.4. Xử lý số liệu: Phần mềm quản lý, xử lý số liệu: Epidata 3.1 và Stata 11.0.

Sử dụng các thuật toán: Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tính tần số, tỷ lệ phần trăm. Test χ^2 để so sánh sự khác nhau giữa các tỷ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	Tuổi	
	n	%
< 50 tuổi	0	0,00
50 – 59 tuổi	10	4,37
60 – 69 tuổi	73	31,88
70 - 79 tuổi	92	40,17
≥ 80 tuổi	54	23,58
Tổng	229	100
Trung bình	72,45	$\pm 8,03$

*Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Lại Thanh Hiền

Email: hiencongminh@yahoo.com.vn

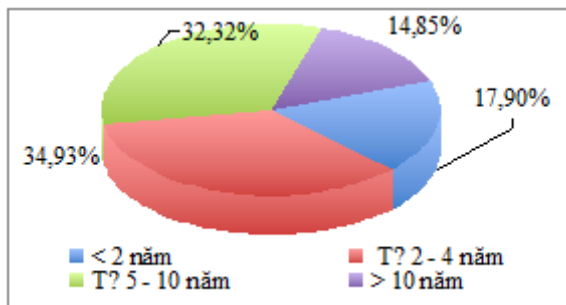
Ngày nhận bài: 9.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2018

Ngày duyệt bài: 29.01.2018

Bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi từ 51 - 91, trung bình là $72 \pm 8,03$, nhiều nhất là từ 70 - 79 (40,17%).

3.2. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Có 80 BN mắc bệnh từ 2 - 4 năm, chiếm 34,93%; mắc bệnh trên 10 năm có 34 bệnh nhân chiếm 14,85%. Thời gian mắc bệnh trung bình là $5,59 \pm 4,46$ năm, thấp nhất là 3 tháng và lâu nhất là 30 năm.

3.3. Đặc điểm triệu chứng của TSLT TTL theo y học hiện đại (YHHĐ)

3.3.1. Các triệu chứng cơ năng

Bảng 3.2. Tỷ lệ các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân TSLT TTL

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tiểu nhiều lần	93	40,61
Tiểu đêm	146	63,76
Tiểu gấp	12	5,24
Tiểu ngắt quãng	44	19,21
Tiểu yếu	80	34,93
Tiểu găng sức	153	66,81
Tiểu không hết	105	45,85
Tiểu buốt	44	19,21
Tiểu rắt	37	16,16
Triệu chứng khác	13	5,68

Hai triệu chứng thường gặp nhất là tiểu găng sức với tỷ lệ 66,81% và tiểu đêm chiếm 63,76%. Các triệu chứng khác (tiểu máu, đau vùng thắt lưng...) chỉ có ở 13 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 5,68%.

3.3.2. Khối lượng tuyến tiền liệt qua siêu âm

Bảng 3.3. Đặc điểm khối lượng tuyến tiền liệt qua siêu âm

Khối lượng (g)	< 25	25 - < 45	45 - < 60	≥ 60	Tổng số
n	12	137	50	30	229
%	5,24	59,83	21,83	13,10	100
$\bar{x} \pm SD$	$41,58 \pm 15,96$				

Bệnh nhân có khối lượng TTL từ 25g đến dưới 45g chiếm 59,83%, trung bình là $41,58 \pm 15,96$ g, nhỏ nhất là 22g và lớn nhất là 99g.

3.4. Đặc điểm các thể bệnh theo y học cổ truyền

Bảng 3.4. Đặc điểm các thể bệnh theo YHCT

Thể bệnh	Đặc điểm riêng	n (%)	N (%)
Thấp nhiệt	Đơn thuần	14 (31,82)	44 (19,21)
	Kết hợp	30 (68,18)	
Khí trệ huyết ứ	Đơn thuần	44 (80,00)	55 (24,02)
	Kết hợp	11 (20,00)	
Thận khí hư	Đơn thuần	101 (77,69)	130 (56,77)
	Kết hợp	29 (22,31)	
Tổng			229 (100)

Thể thận khí hư có 130 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,77%, trong đó: Đơn thuần có 101 bệnh nhân chiếm 77,69%; Kết hợp với các thể khác có 29 bệnh nhân chiếm 22,31%. Thể thấp nhiệt có 44 bệnh nhân chiếm tỷ lệ thấp nhất với 19,21%.

3.5. Đối chiếu các thể bệnh theo YHCT với YHHĐ

Bảng 3.5. Đối chiếu các thể bệnh theo YHCT với các biến chứng của YHHĐ

Thể bệnh	Thấp nhiệt	Khí trệ huyết ứ	Thận khí hư	Tổng	p
Biến chứng	n (%)	n (%)	n (%)	N (%)	
NKTN	43 (97,73)	3 (5,45)	8 (6,15)	54 (23,58)	0,00
Sỏi tiết niệu	7 (15,91)	6 (10,91)	7 (5,38)	20 (8,73)	0,071
Bí tiểu	9 (20,45)	4 (7,27)	4 (3,08)	17 (7,42)	0,001
Túi thừa BQ	0 (0,00)	2 (3,64)	1 (0,77)	3 (1,31)	0,239
Suy thận	2 (4,55)	2 (3,64)	5 (3,85)	9 (3,93)	1,00
Tổng N (%)	44 (19,21)	55 (24,02)	130 (56,77)	229 (100)	

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) chiếm 97,73% ở những bệnh nhân thể thấp nhiệt và cao hơn các thể còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3.6. Đối chiếu các thể bệnh của YHCT với khối lượng TTL trên siêu âm

Khối lượng	Thấp nhiệt n (%)	Khí trệ huyết ứ n (%)	Thận khí hư n (%)	Tổng N (%)
< 25g	1 (8,33)	4 (33,33)	7 (58,33)	12 (100)
25 - < 45g	25 (18,25)	26 (18,98)	86 (62,77)	137 (100)
45 - < 60g	11 (22,00)	12 (24,00)	27 (54,00)	50 (100)
≥ 60 gam	7 (23,33)	13 (43,33)	10 (33,33)	30 (100)
Tổng số	44 (19,21)	55 (24,02)	130 (56,77)	229 (100)
p	0,706	0,036	0,031	

Thể khí trệ huyết ứ chiếm 43,33% ở nhóm bệnh nhân có khối lượng TTL ≥ 60 gam, cao hơn các nhóm khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.7. Đối chiếu thể bệnh của YHCT với thể tích nước tiểu tồn dư (NTTD)

Thể bệnh Thể tích (ml)	Thấp nhiệt n (%)	Khí trệ huyết ứ n (%)	Thận khí hư n (%)	Tổng N (%)
0 ml	33 (25,98)	34 (26,77)	60 (47,24)	127 (100)
0 - <50ml	8 (9,20)	17 (19,54)	62 (71,26)	87 (100)
50 - <100ml	0 (0,00)	2 (25,00)	6 (75,00)	8 (100)
≥ 100 ml	3 (42,86)	2 (28,57)	2 (28,57)	7 (100)
Tổng	44 (19,21)	55 (24,02)	130 (56,77)	229
p	0,002	0,643	0,001	(100)

Thể thận khí hư chiếm 75% ở nhóm bệnh nhân có lượng NTTD từ 50 - 100 ml cao hơn các nhóm khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về tuổi và thời gian mắc bệnh của bệnh nhân nghiên cứu

229 bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi từ 51 - 91; độ tuổi gặp nhiều nhất là từ 60 - 79 chiếm 72,05% (bảng 3.1). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây: theo Nguyễn Văn Hưng tuổi mắc bệnh nhiều nhất là từ 60 - 79 chiếm 74,7% [3]. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $72,45 \pm 8,03$ (bảng 3.1), tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Quyền tại Viện Lão khoa Trung ương là $72,59 \pm 8,12$ [2].

Thời gian mắc bệnh của bệnh nhân khá đa dạng, sớm nhất mới 3 tháng, lâu nhất là 30 năm, trung bình $5,59 \pm 4,46$ (biểu đồ 3.1) cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hưng [3] có thời gian mắc bệnh trung bình là $4,4 \pm 3,3$, có thể là do số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn và những bệnh nhân đến khám và điều trị tại các bệnh viện YHCT thường cũng đã khám và điều trị nhiều nơi và bằng nhiều phương pháp khác nhau nên có thời gian mắc bệnh lâu hơn.

4.2. Đặc điểm triệu chứng của TSLT TTL theo y học hiện đại: Các triệu chứng rối loạn tiểu tiện ở bệnh nhân khá đa dạng. Có bệnh nhân chỉ xuất hiện 1 vài triệu chứng, có bệnh nhân xuất hiện hầu hết các triệu chứng. Hội chứng kích thích gặp nhiều nhất là triệu chứng tiểu đêm với 63,76%; tiểu nhiều lần với 40,61%, là yếu tố chứng tỏ bàng quang ức chế kém, là hậu quả của tăng trương lực hệ cơ thắt bàng quang. Hội chứng tắc nghẽn gặp nhiều nhất là tiểu gắng sức với 66,81%, tiểu không hết với 45,85% (bảng 3.2). Các triệu chứng này là dấu

hiệu thường gặp và sớm của TSLT TTL.

Khối lượng TTL trên siêu âm trong nghiên cứu là $41,58 \pm 15,96$ g, thấp nhất là 22g, cao nhất là 99g (bảng 3.3). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Hoàng Phương Liên là $42,56 \pm 16,38$ [5]. Bệnh nhân có khối lượng TTL dưới 45g chiếm tỷ lệ cao nhất (65,07%).

4.3. Các thể bệnh theo y học cổ truyền

Trong 229 bệnh nhân nghiên cứu, thể thận khí hư chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,77% (bảng 3.4), điều này cũng phù hợp với cơ chế bệnh sinh của YHCT là bệnh thường gặp ở người cao tuổi, hay có biểu hiện của thận dương hư, thận khí hư. Thận là gốc của thủy hỏa, thận dương hư mệnh môn hỏa suy không ôn ấm được bàng quang, làm khí hóa bàng quang suy giảm, thủy dịch đình trệ dẫn đến rối loạn đi tiểu [6]. Trong nghiên cứu này độ tuổi gặp nhiều nhất là từ 70 trở lên, đây được coi là tuổi thiên quý suy, vì vậy bệnh nhân thể thận khí hư chiếm tỷ lệ cao nhất là hợp lý.

4.4. Tương quan giữa các thể bệnh theo YHCT với các triệu chứng của YHHĐ: Biến chứng nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm 97,73% ở những bệnh nhân thể thấp nhiệt, cao hơn các thể còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) (bảng 3.5). Qua đó thấy rằng thể thấp nhiệt có liên quan đến biến chứng NKTN của TSLT TTL.

Thể khí trệ huyết ứ chiếm 43,33% ở nhóm bệnh nhân có khối lượng TTL ≥ 60 gam, cao hơn các nhóm khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (bảng 3.6). Trong YHCT, khí trệ huyết ứ ở hạ tiêu làm ảnh hưởng tới khí hoá bàng quang. Nguyên nhân gây khí trệ huyết ứ có thể do các khối tích, khí trệ lâu ngày dẫn đến huyết

ứ [6]. Trong tăng sinh TSLT TTL, thể khí trệ huyết ứ có liên quan đến nguyên nhân có khối tích ở hạ tiêu ảnh hưởng tới khí hóa bàng quang từ đó gây các rối loạn tiểu tiện.

Thể thận khí hư chiếm tỷ lệ 75% ở nhóm bệnh nhân có lượng NTDD từ 50 - 100ml, cao hơn các nhóm khác có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) (bảng 3.7). Thể thận khí hư thường gặp ở bệnh nhân tuổi cao, mắc bệnh lâu ngày. Thận khí hư không khí hóa được bằng quang nên nước tiểu không được bài xuất ra ngoài, bệnh nhân có triệu chứng cảm giác đi tiểu không hết bãi. Điều này có ý nghĩa trong chẩn đoán, tiên lượng bệnh và định hướng điều trị, bệnh nhân thể thận khí hư thì khi siêu âm TTL cần chú ý đo lượng nước tiểu tồn dư ở bàng quang để lựa chọn phương thức điều trị thích hợp.

V. KẾT LUẬN

Lâm sàng: Bệnh nhân thường có nhiều triệu chứng cùng xuất hiện, hay gặp nhất là tiểu găng sức và tiểu đêm nhiều lần với tỷ lệ là 66,81% và 63,76%.

Cận lâm sàng: Khối lượng TTL trung bình qua siêu âm là $41,58 \pm 15,96$ gam.

Theo YHCT: Thể thận khí hư chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,77% và có thể tích NTDD từ 50 - 100 ml, cao hơn các thể khác ($p < 0,01$). Thể thấp nhiệt thường hay có nhiễm khuẩn tiết niệu kèm theo và thể khí trệ huyết ứ thường có thể tích TTL ≥ 60 g trên siêu âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn Đạt Anh và cộng sự (2012), *Bệnh học nội khoa*, Tập 1, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Ngọc Quyền (2005), *Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh u tuyến tiền liệt tại viện lão khoa 5 năm (2000 - 2004)*, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. Nguyễn Văn Hưng (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng thuốc*, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Vũ Sơn (2011), *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ và kết quả phẫu thuật nội soi tăng sản lành tính tuyến tiền liệt điều tra tại Thái Bình*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Hoàng Phương Liên (2007), *Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng tới nồng độ PSA huyết thanh ở bệnh nhân PDLTTTL*, Trường Đại học y Hà Nội, HN.
6. Hoàng Bảo Châu (2012), *Nội khoa học cổ truyền*, NXB Thời Đại, 427 - 434.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN THỜI GIAN NHẬP VIỆN Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY

Nguyễn Huy Thăng*

TÓM TẮT

Mở đầu: Đột quy não là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba trên thế giới. Đối với nhóm bệnh nhân nhồi máu não, liệu pháp điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch được xem là phương pháp chuẩn giúp cải thiện dự hậu ở các bệnh nhân này. Tuy nhiên, các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đột quy não nhập viện sớm vẫn còn thấp cho nên tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não được sử dụng tiêu sợi huyết chỉ khoảng 2%. Có nhiều yếu tố làm trì hoãn thời gian nhập viện của bệnh nhân sau khi khởi phát triệu chứng đột quy, vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nhập viện của bệnh nhân tai biến mạch máu não để xác định các yếu tố ảnh hưởng từ đó có các kiến nghị thích hợp giúp rút ngắn thời gian nhập viện của các bệnh nhân tai biến mạch máu não. **Mục tiêu:** Khảo sát thời gian nhập viện và tìm các yếu tố liên quan đến thời gian nhập viện của bệnh nhân đột quy não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán đột quy cấp trên lâm sàng theo định nghĩa

đột quy của tổ chức y tế thế giới và được chẩn đoán xác định dựa vào hình ảnh học thần kinh (CT hoặc MRI não) nhập vào khoa Bệnh lý mạch máu não từ tháng 12/2016 đến tháng 1/2017 với phương pháp nghiên cứu là cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Từ tháng 12/2016 đến tháng 01/2017 có 520 bệnh nhân đột quy não thỏa tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 63 tuổi, tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau. Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não chiếm 75%, xuất huyết não 25%. Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện sớm trong cửa sổ 4,5 giờ là 14,2%. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ 6,2%. Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nhập viện sớm của bệnh nhân bao gồm: khoảng cách < 15 km, thời điểm khởi phát vào ban ngày, bệnh nhân có hiểu biết về phương pháp điều trị tiêu sợi huyết cũng như thông tin về các bệnh viện thực hiện được phương pháp điều trị tiêu sợi huyết, nhận thức được triệu chứng của đột quy, được vận chuyển đến bệnh viện bằng xe cấp cứu, có nhập viện tuyến trước và có rối loạn tri giác lúc nhập viện. **Kết luận:** Nhận thức triệu chứng đột quy, hiểu về rtPa và sử dụng xe cấp cứu là những yếu tố liên quan đến sự nhập viện sớm của bệnh nhân tai biến mạch máu não và đây là những yếu tố có thể tác động nhằm góp phần rút ngắn thời gian nhập viện của bệnh nhân tai biến mạch máu não.

Từ khóa: Tai biến mạch máu não, nhồi máu não, thời gian nhập viện, yếu tố ảnh hưởng.

*BV. Nhân dân 115

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Thăng

Email: nguyenhuythang115@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2018

Ngày duyệt bài: 29.01.2018

SUMMARY**FACTORS EFFECT TO HOSPITAL ARRIVAL TIME OF STROKE PATIENTS**

Background: There is commonly a delay of several hours before patients with acute stroke admitted to hospitals in Vietnam. Although thrombolytic therapy for acute ischemia stroke has become available in Vietnam, only a limited number of patients receiving thrombolytic therapy (approximately 2%). This is attributed to delay in presentation to hospitals. **Objective:** to determine factors associated with early arrival hospital time of patients with acute stroke. **Method:** A cross sectional study was conducted between December 2016 and January 2017 in the Cerebrovascular Department of 115 Hospital. All patients of both genders, over 18 years old with symptoms of acute stroke and neuro-imaging (CT or MRI brain) findings consistent with stroke were concluded. **Result:** A total of 520 patients with acute stroke were included. There were 51.6% male and 48.4% female. The mean age was 63. The proportion of ischemia stroke patients accounts for 75% and 25% of cerebral hemorrhage patients. Only 12.4% of the patients arrived emergency department within 4.5 hours after stroke onset. The number of patients receiving thrombolytic therapy were 32 patients (6.2%). Factors associated with early arrival hospital time were distance under 15km from the hospital, onset from 6AM to 6PM, presenting with unconsciousness, transported by ambulance, awareness about symptoms of stroke and have knowledge of thrombolytic therapy. **Conclusion:** Awareness of the patient that the initial symptom was a stroke, knowledge about thrombolysis and use of ambulance are factors which associate with prehospital early for acute ischemic stroke and can change to improve arrival hospital time after acute stroke.

Keywords: Acute stroke, pre-Hospital Time, Factors Influencing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não đang là vấn đề thời sự ngày càng quan trọng của y học và xã hội vì tuổi thọ trung bình ngày càng tăng trong khi nguy cơ tai biến mạch máu não tăng theo tuổi⁽⁴⁾⁽⁵⁾. Tác động của tai biến mạch máu não rất to lớn, gây giảm, mất khả năng sống độc lập của cá nhân người bệnh và tạo một gánh nặng kinh tế cho xã hội⁽⁶⁾. Phương pháp điều trị tiêu sợi huyết bằng rtPA là một bước tiến bộ quan trọng trong điều trị thiếu máu não cấp. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị bằng rtPA chưa cao (1,6% - 3,8%)^{(2),(1)} do số lượng bệnh nhân nhập viện sớm còn thấp (9%)⁽²⁾.

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nhập viện của bệnh nhân tai biến mạch máu não nhưng tại Việt Nam chưa có một đề tài nào nghiên cứu đầy đủ về vấn đề này. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên

cứu "Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nhập viện của bệnh nhân tai biến mạch máu não" với mục tiêu: Tìm các yếu tố liên quan đến thời gian nhập viện của bệnh nhân tai biến mạch máu não.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

Dân số nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân nhập vào khoa Bệnh lý mạch máu não của Bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 12/2016 đến tháng 1/2017 với chẩn đoán tai biến mạch máu não cấp.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán tai biến mạch máu não cấp bao gồm nhồi máu não và xuất huyết não trên lâm sàng theo định nghĩa đột quỵ của tổ chức y tế thế giới. Bệnh nhân có CT scan não và/hoặc MRI não thể hiện một tình trạng nhồi máu não hoặc chưa có tổn thương nhồi máu não trên CT nếu chụp CT sớm hoặc xuất huyết não. Khởi phát triệu chứng trong vòng 7 ngày. Tuổi từ 18 tuổi trở lên.

Xử lý và phân tích dữ kiện: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS for Window phiên bản 13.0.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 12/ 2016 đến tháng 1/2017 có 520 bệnh nhân tai biến mạch máu não bao gồm nhồi máu não cấp và xuất huyết não nhập vào khoa bệnh lý mạch máu não bệnh viện Nhân dân 115 theo tiêu chuẩn tuyển chọn.

Đặc trưng của bệnh nhân: Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 63 tuổi. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ tương đương nhau (51,6% so với 48,4%). Nhồi máu não chiếm tỷ lệ 75%.

Thời gian từ khởi phát triệu chứng đến nhập viện: Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện sớm trong cửa sổ 4,5 giờ chiếm tỷ lệ khiêm tốn 14,2%, có đến 76,6% bệnh nhân nhập viện sau 6 giờ (Bảng 1). Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng tiêu sợi huyết tĩnh mạch là 6,2%.

Bảng 1: Thời gian từ khởi phát triệu chứng đến nhập viện

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Sớm ($\leq 4,5$ giờ)	74	14,2
4,5- 6 giờ	47	9,2
6 - 24 giờ	212	40,8
> 24 giờ	187	35,8

Những yếu tố liên quan gia tăng thời gian nhập viện: Các yếu tố liên quan đến thời gian nhập viện sớm của bệnh nhân tai biến mạch máu não bao gồm: khoảng cách <15km, khởi phát vào ban ngày, nhận thức được triệu chứng đột quỵ, có hiểu biết về phương pháp tiêu sợi huyết, có tiền căn đái tháo đường, có rối loạn tri giác lúc nhập viện và được vận chuyển bằng xe cấp cứu.

Bảng 3: Những yếu tố liên quan gia tăng thời gian nhập viện

	Đặc điểm	Tỷ lệ	P
Nghề nghiệp	Lao động chân tay Lao động trí óc	51,6% 48,4%	0,258
Khoảng cách	<15km >15km	21,7% 12%	0,043
Trình độ văn hóa	Thấp Cao	54,4% 45,6%	0,32
Bảo hiểm y tế	Có Không	57,6% 42,4%	0,29
Hiểu về rtPA	Có Không	16,4% 83,6%	0,007
Địa điểm khởi phát	Ở nhà Nơi khác	91,4% 8,6%	0,278
Thời điểm khởi phát	Ngày Đêm	63,3% 36,7%	0,046
Nhận thức triệu chứng đột quy	Có Không	36,5% 63,5%	0,000
Phương tiện	Xe cấp cứu Khác	10,4% 89,6%	0,000
Nhập y tế tuyến trước	Có Không	45,1% 54,9%	0,000
Tăng huyết áp	Có Không	72,6% 27,4%	0,163
Đái tháo đường	Có Không	6,7% 17%	0,039
Rối loạn lipid máu	Có Không	20,3% 79,7%	0,130
Tiền sử đột quy	Có Không	20,1% 79,9%	0,009
Tiền sử đột quy gia đình	Có Không	30,5% 69,5%	0,096
Rung nhĩ	Có Không	6,8% 93,2%	0,005
TIA	Có Không	17,4% 82,6%	0,286
Bệnh mạch vành	Có Không	9,1% 90,9%	0,896
Hút thuốc lá	Có Không	29,4% 70,6%	0,931
Uống rượu	Có Không	7,8% 92,2%	0,927
Mức độ nặng	Mề Khác Tĩnh	1,3% 7,6% 91,1%	0,000

IV. BÀN LUẬN

Đặc trưng của bệnh nhân: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 63 cao hơn các nghiên cứu trong nước trước đây điển hình là nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Liên với tuổi trung bình là 57 bởi tuổi trung bình của người Việt Nam đang ngày một tăng theo thời gian.

Thời gian từ khởi phát triệu chứng đến nhập viện: Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện sớm trong cửa sổ 4,5 giờ của chúng tôi là 14,2%,

thấp hơn so với các nghiên cứu ở các quốc gia khác, cụ thể qua nghiên cứu Sakine Memis có tỷ lệ bệnh nhân nhập viện sớm đến 68,4%⁽⁷⁾. Tuy nhiên, so với các nghiên cứu trong nước thì tỷ lệ BN nhập viện sớm trong nghiên cứu của chúng tôi tăng theo thời gian so với các nghiên cứu đã được thực hiện tại các thời điểm trước đây. Điển hình, là nghiên cứu của của tôi được công bố năm 2011 chỉ 9% BN nhập viện sớm trong 3 giờ đầu⁽²⁾. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành thì tỷ lệ này cũng chỉ 3,8%. Sự khác biệt này là do theo gian thì mức sống và ý thức về bệnh tật người dân Việt Nam ngày càng được nâng cao nên nhu cầu vào viện khám chữa bệnh của người dân khi xuất hiện triệu chứng bất thường ngày càng sớm⁽³⁾.

Các yếu tố liên quan đến thời gian nhập viện của bệnh nhân nhồi máu não

Qua khảo sát các yếu tố đặc điểm dịch tễ học, tiền sử bệnh tật, các triệu chứng lâm sàng chúng tôi xác định được các yếu tố có liên quan đến thời gian nhập viện bao gồm: Khoảng cách, hiểu về rtPA, thời gian khởi phát, nhận thức triệu chứng đột quy, phương tiện và nhập y tế tuyến trước. Mặc dù, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không hoàn toàn thống nhất với kết quả của các nghiên cứu trước đây nhưng vẫn có một số điểm tương đồng. Điển hình, nghiên cứu của tác giả Young Seo Kim ghi nhận các yếu tố ảnh hưởng thời gian nhập viện của bệnh nhân đó là NIHSS cao, sự hiểu biết về rtPA, phương tiện vận chuyển, nhận thức triệu chứng đột quy, nhập y tế tuyến trước, sống một mình và rung nhĩ. Tương tự vậy, nghiên cứu của tác giả Tác giả Tomoko Yanagida cũng ghi nhận biết về rtPA, sử dụng xe cấp cứu liên quan đến rút ngắn thời gian nhập viện và các yếu tố sống một mình, nhập viện tuyến trước liên quan đến thời gian nhập viện chậm trễ của bệnh nhân.

Trong số các yếu tố liên quan đến thời gian nhập viện của bệnh nhân nhồi máu não đã nêu trên có 4 yếu tố có thể tác động được góp phần rút ngắn thời gian nhập viện của bệnh nhân. Cụ thể bao gồm: Nâng cao nhận thức về triệu chứng đột quy, nâng cao hiểu biết về rtPA, sử dụng phương tiện xe cấp cứu và nhanh chóng vận chuyển lên tuyến trên sau nhập y tế địa phương.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện sớm trong vòng 4,5 giờ chiếm tỷ lệ 14,2%

Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nhập viện sớm của bệnh nhân bao gồm: khoảng cách < 15km, thời điểm khởi phát vào ban ngày, bệnh nhân có hiểu biết về phương pháp điều trị tiêu

sợi huyết cũng như thông tin về các bệnh viện thực hiện được phương pháp điều trị tiêu sợi huyết, nhận thức được triệu chứng của đột quỵ, được vận chuyển đến bệnh viện bằng xe cấp cứu, có nhập viện tuyến trước và có rối loạn tri giác lúc nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liên NTK, Tuấn LV, Linh ĐTC (2013)**, Hiệu quả và độ an toàn của rtPA trên bệnh nhân thiếu máu não cấp khởi phát từ 3 - 4,5 giờ. Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 17, phụ bản số 1.
2. **Thắng NH (2011)**, Điều trị thuốc tiêu sợi huyết alteplase đường tĩnh mạch trên bệnh nhân đột quỵ thiếu máu cấp. Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 15 (3), tr 154.
3. **Thành LV, Liên NTK, Tân PC và cộng sự (2010)**, Điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch

trên 121 bệnh nhân nhồi máu não cấp trong 3 giờ tại TP HCM, Báo cáo tại hội nghị đột quỵ Việt Nam tháng 10/2010.

4. **Thành LV, Liên NTK, Tân PC (2008)**, bước đầu nhận xét kết quả điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch trên 81 bệnh nhân nhồi máu não cấp trong 3 giờ, Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, tập 13(6), tr.64-70.
5. **Trọng DQ, Tân NV, Nhac LC (2011)**, Dân số và phát triển. Dân số và sức khỏe, tr. 199.
6. **Tuấn TV (2007)**, nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học tại bệnh mạch máu não tại tỉnh Thái Nguyên, luận văn tiến sĩ, Học viện quân y, tr 7-8.
7. **Song D, Tanaka E, Lee K, Sato S, et al (2015)**, "Factors Associated with Early Hospital Arrival in Patients with Acute Ischemic Stroke". Journal of Stroke, pp. 159-167.

THỰC TRẠNG CHUYỂN TUYẾN CỦA CÁC BỆNH NHÂN BẢO HIỂM Y TẾ TỪ BỆNH VIỆN HUYỆN LÊN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Nguyễn Đăng Nguyên¹, Vũ Trung Kiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chuyển tuyến của các bệnh nhân có thẻ bảo hiểm y tế từ bệnh viện huyện lên bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** 408 người bệnh bảo hiểm y tế chuyển tuyến từ các bệnh viện tuyến huyện đến bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 10/2015 đến tháng 5/2016. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh được chuyển tuyến đúng là 95,8%. Tỷ lệ bệnh nhân được chuyển tuyến trong tình trạng cấp cứu là 7,6%. Đa số bệnh nhân chuyển tuyến bằng xe máy chiếm 55,6%. Tỷ lệ chẩn đoán giống nhau giữa bệnh viện tuyến chủ yếu là tim mạch chiếm 29,4%; bệnh về nội tiết chiếm 22,5%. **Kết luận:** Bệnh nhân chuyển tuyến tới bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình chủ yếu là các nhóm bệnh mạn tính. Tỷ lệ khác biệt chẩn đoán giữa các tuyến còn khá cao.

Từ khóa: Chuyển tuyến, Bảo hiểm y tế

SUMMARY

TRANSITIONAL STATUS OF PATIENTS WHO HAVE MEDICAL INSURANCE FROM THE DISTRICT HOSPITAL TO NINH BINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: To describe the status of referral of patients with medical insurance from district hospital to Ninh Binh general hospital. **Methods and materials:** 408 patients with medical insurance

transferred from district hospitals to Ninh Binh General Hospital from October 2015 to May 2016. **Results:** 95.8% of the patients referred to the referral was correct. The percentage of patients referred for emergency care was 7.6%. The majority of patients referred by motorcycles accounted for 55.6%. The rate of similarity between the district hospital and the higher level is 60.1%. Group of diseases refer mainly cardiovascular accounted for 29.4%; endocrine disease accounted for 22.5%. **Conclusions:** Patients referred to General Hospital of Ninh Binh province are mainly chronic diseases. Diagnosis differences between routes are still high.

Keywords: Inter-hospital transfer, Health insurance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình phân tuyến kỹ thuật bảo hiểm y tế Việt Nam được thực hiện nhằm đảm bảo điều trị cho nhân dân tốt nhất với các điều kiện nguồn lực của Nhà nước và địa phương. Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, theo phân tuyến chuyên môn, kỹ thuật của Bộ y tế và Sở Y tế Ninh Bình là Bệnh viện hạng 1 trực thuộc Sở Y tế Ninh Bình. Bệnh viện là đơn vị chỉ đạo tuyến cũng như đón nhận bệnh nhân chuyển tuyến bảo hiểm y tế cho các bệnh viện tuyến huyện và thành phố tại Ninh Bình. Tìm hiểu thực trạng bệnh nhân chuyển tuyến có thẻ bảo hiểm y tế tới bệnh viện đa khoa tỉnh giúp tìm ra các nguyên nhân và đề ra các giải pháp giúp nâng cao công tác chỉ đạo tuyến, nâng cao quá trình chẩn đoán, điều trị và chăm sóc tại tuyến dưới và tuyến tỉnh. Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả thực trạng chuyển tuyến của các bệnh nhân có thẻ bảo hiểm y tế từ bệnh viện huyện lên bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Kiên

Email: vutrongkien_orl@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.01.2018

Ngày duyệt bài: 30.01.2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Địa bàn nghiên cứu: Bv đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh bảo hiểm y tế chuyển tuyến hoặc người nhà người bệnh từ các bệnh viện Đa khoa tuyến huyện chuyển đến bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2016 đã kết thúc quá trình khám bệnh tại khoa khám bệnh và cấp cứu từ tháng 10/2015 đến tháng 5/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

+ Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

- Cỡ mẫu: 408 bệnh nhân
- Cách chọn mẫu: Chọn tất cả các bệnh nhân bảo hiểm y tế/người nhà bệnh nhân chuyển tuyến đến khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ ngày 01/01/2016 đến khi đủ cỡ mẫu điều tra

+ Cách thức tiến hành nghiên cứu: Tiến hành nghiên cứu trên đối tượng là người bệnh bảo hiểm y tế chuyển tuyến từ các bệnh viện huyện tới bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình. Thông tin được thu thập dựa trên bộ câu hỏi đã được chuẩn bị sẵn. Cuộc phỏng vấn được tiến hành tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình ở thời điểm bệnh nhân đang chờ được phát thuốc bảo hiểm hoặc các bệnh nhân chờ làm thủ tục ra viện.

+ Đánh giá kết quả:

- Tuổi, giới tính, các chẩn đoán khác biệt, các nhóm bệnh chuyển tuyến, số người chuyển đúng tuyến, vượt tuyến.

- Tình trạng chuyển tuyến của bệnh nhân.
- Thời gian lúc chuyển tuyến và nhập viện của bệnh nhân.

- Phương tiện bệnh nhân tới bệnh viện tỉnh

- Kết quả điều trị bệnh nhân

Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược Thái Bình thông qua trước khi tiến hành.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 408 bệnh nhân tham gia nghiên cứu thì bệnh nhân ở nhóm tuổi 61-70 tuổi chiếm tỷ lệ 27,7%; độ tuổi từ 51-60 tuổi chiếm 25,2%; độ tuổi 41-50 tuổi chiếm 14,2%. Nam giới chiếm tỷ lệ 49%; nữ giới chiếm 51%. Tỷ lệ nam và nữ ở các nhóm tuổi là tương đương nhau.

Bảng 1. Đặc điểm về nơi chuyển viện

Loại cơ sở y tế	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bệnh viện Huyện Kim Sơn	121	29,7
Bệnh viện Huyện Yên Khánh	64	15,7
Bệnh viện Huyện Hoa Lư	57	14,0
TTYT Thành phố Ninh Bình	43	10,5
Bệnh viện Huyện Nho Quan	36	8,8

Bệnh viện Huyện Gia Viễn	33	8,1
Bệnh viện Huyện Yên Mô	33	8,1
Bệnh viện TP. Tam Điệp	21	5,1
Tổng	408	100

Bệnh nhân được chuyển tuyến từ bệnh viện huyện Kim Sơn chiếm tỷ lệ 29,7%; huyện Yên Khánh chiếm 15,7%; huyện Hoa Lư chiếm 14%; thành phố Ninh Bình chiếm 10,5%. Tỷ lệ bệnh nhân chuyển đến từ bệnh viện thành phố Tam Điệp chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,1%.

Tỷ lệ người bệnh chuyển tuyến khu vực nông thôn 77%; khu vực thành phố chỉ là 23%. Có 95,8% bệnh nhân có giấy chuyển viện đúng tuyến; 4,2% bệnh nhân chuyển không đúng tuyến. Tỷ lệ chẩn đoán giống nhau giữa bệnh viện huyện và bệnh viện tỉnh là 69,1%. Có 30,9% chẩn đoán khác biệt giữa 2 tuyến. Có 7,6% bệnh nhân chuyển viện trong tình trạng cấp cứu; còn lại 92,4% bệnh nhân được chuyển viện không phải tình trạng cấp cứu. Trong số 31 bệnh nhân cấp cứu có 30 bệnh nhân được chuyển viện có nhân viên y tế hộ tổng chiếm 96,7%; chỉ có 1 bệnh nhân không có nhân viên y tế hộ tổng chiếm 3,3%.

Bảng 2. Chẩn đoán chuyển viện (n=408)

Chẩn đoán	Chuyển viện		Tuyến trên	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tim mạch	184	45,1	120	29,4
Nội tiết	86	21,1	92	22,5
Tiểu hoá	44	10,8	48	11,8
U bướu, ung thư	34	8,3	41	10,0
Khác	60	14,7	107	26,2
Tổng	408	100	408	100

Chẩn đoán chuyển viện có tỷ lệ nhiều nhất là các bệnh về tim mạch chiếm 45,1%; bệnh về nội tiết chiếm 21,1%; bệnh về tiểu hoá chiếm 10,8%; các bệnh u bướu, ung thư chiếm 8,3%. Chẩn đoán của bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình có tỷ lệ nhiều nhất là các bệnh về tim mạch chiếm 29,4%; bệnh về nội tiết chiếm 22,5%; bệnh về tiểu hoá chiếm 11,8%; các bệnh u bướu, ung thư chiếm 10%.

Bảng 3. Đặc điểm thời gian chuyển viện đến bệnh viện tỉnh

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ (%)
0-7h	48	11,8
7-11h	292	71,6
11-13h	10	2,5
13-17h	51	12,5
17-24h	7	1,7
Tổng	408	100

Qua bảng trên ta thấy 71,6% bệnh nhân được chuyển vào thời gian làm việc buổi sáng (từ 7 đến 11 giờ); 12,5% bệnh nhân được chuyển vào thời gian làm việc buổi chiều (từ 13

đến 17 giờ); 11,8% bệnh nhân được chuyển viện vào lúc sáng sớm (từ 0 đến 7 giờ); các khoảng thời gian còn lại chiếm tỷ lệ thấp.

Người bệnh chuyển tuyến đến bệnh viện tỉnh Ninh Bình chủ yếu vào khoa khám bệnh 91,4%, còn lại 8,6% được đón tiếp tại khoa cấp cứu.

Bảng 4. Đặc điểm về phương tiện chuyển viện

Phương tiện chuyển viện	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Xe cứu thương của bệnh viện	26	6,4
Ô tô 115	4	1,0
Xe máy	227	55,6
Xe đạp	12	2,9
Khác (Ô tô thuê/taxi)	139	34,1
Tổng	408	100

Kết quả bảng trên cho thấy 55,6% bệnh nhân chuyển viện bằng xe máy; 7,4% bệnh nhân được chuyển viện bằng xe cứu thương của bệnh viện huyện và xe ô tô 115; có 34,1% bệnh nhân chuyển viện bằng ô tô taxi hoặc tự thuê ô tô đi.

Bảng 5. Kết quả điều trị và xử lý của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Kết quả điều trị và xử trí	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khỏi bệnh	12	2,9
Bệnh thuyên giảm, tiến triển tốt	359	88,0
Bệnh không thuyên giảm/nặng lên	37	9,1
Tổng	408	100

Qua bảng trên ta thấy có 2,9% bệnh nhân khỏi bệnh hoàn toàn; 88% bệnh nhân có kết quả bệnh tiến triển tốt, bệnh thuyên giảm; có 9,1% bệnh nhân có kết quả bệnh không thuyên giảm hoặc nặng lên.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi đã có 408 bệnh nhân và người nhà bệnh nhân bảo hiểm y tế chuyển tuyến đến bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình khám và điều trị. Trong đó, bệnh nhân nam giới có 200 người chiếm 49%, bệnh nhân nữ giới có 208 người chiếm 51%. Như vậy tỷ lệ giới tính của đối tượng nghiên cứu là tương đương nhau. Về tuổi của đối tượng nghiên cứu cho thấy độ tuổi gặp nhiều nhất là 61-70 tuổi chiếm 27,7%; độ tuổi 51-60 tuổi chiếm 25,2%. Như vậy độ tuổi của đối tượng nghiên cứu là khá cao. Kết quả này là hoàn toàn phù hợp với thực tế vì theo các báo cáo về độ tuổi của bệnh nhân bảo hiểm y tế chuyển tuyến đến khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình thường là các đối tượng cao tuổi mắc các bệnh lý nội tiết và chuyển hoá.

Phân tích về nơi chuyển tuyến bảo hiểm y tế, kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh viện huyện

Kim Sơn là nơi chuyển tuyến đến bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình nhiều nhất với 29,7% bệnh nhân và người nhà, tiếp theo là bệnh viện huyện Yên Khánh với tỷ lệ 15,7% bệnh nhân và người nhà, bệnh viện huyện Hoa Lư đứng thứ 3 với 14% bệnh nhân; trung tâm y tế thành phố Ninh Bình với 10,5% bệnh nhân. Các bệnh viện còn lại có tỷ lệ chuyển viện tương đương nhau xấp xỉ 8%. Tỷ lệ chuyển vượt tuyến chiếm 4,2%, 95,8% bệnh nhân được chuyển đúng tuyến, kết quả này cũng cao so với báo cáo của Cục quản lý Khám chữa bệnh là 85,02% [1]. Việc được chuyển đúng tuyến sẽ giúp bệnh nhân được hưởng các quyền lợi của bảo hiểm y tế nhưng đồng thời cũng làm cho bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình ngày càng quá tải. Theo nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Hồng Hà và cộng sự [3], chất lượng dịch vụ y tế và chất lượng của đội ngũ cán bộ y tế là 2 nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tình trạng dòng bệnh nhân chuyển lên tuyến cao hơn để khám chữa bệnh.

Khi nghiên cứu về chẩn đoán chuyển tuyến của tuyến huyện, kết quả cho thấy 45,1% bệnh nhân được chẩn đoán các bệnh liên quan tới bệnh tim mạch; 21,1% bệnh nhân được chẩn đoán liên quan tới bệnh nội tiết; 10,8% bệnh nhân được chẩn đoán liên quan tới các bệnh đường tiêu hoá. Kết quả này cũng tương đương như báo cáo 2015 của Cục quản lý Khám chữa bệnh thuộc Bộ Y tế đó là các bệnh phải chuyển nhiều từ bệnh viện huyện đến bệnh viện tỉnh là Tim mạch, nội tiết, cơ xương khớp, ung bướu [2]. Bên cạnh việc nghiên cứu các chẩn đoán của tuyến dưới, kết quả của đề tài cũng tìm hiểu chẩn đoán xác định của tuyến tỉnh, kết quả của bảng 3.5 đã chỉ ra tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình chỉ có 29,4% bệnh nhân được chẩn đoán các bệnh liên quan tới bệnh tim mạch; 22,5% bệnh nhân được chẩn đoán các bệnh liên quan tới bệnh nội tiết; 11,8% bệnh nhân được chẩn đoán liên quan tới các bệnh đường tiêu hoá. Với việc thắt chặt các quy định và điều kiện của việc chuyển tuyến thì kết quả trên là hoàn toàn dễ hiểu. Các bệnh tim mạch thường được coi là các bệnh nặng vượt quá khả năng điều trị của tuyến huyện nên các bệnh này thường được coi là "bình phong" cho việc chuyển tuyến. Kết quả này của nghiên cứu có thể được giải thích theo 2 hướng: hoặc là chất lượng chẩn đoán của tuyến dưới chưa được ổn hoặc là tuyến dưới quá dễ dãi trong việc chuyển tuyến của bệnh nhân. Dù là nguyên nhân nào thì việc tìm ra giải pháp cũng là điều quan trọng để nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho tuyến huyện, đồng thời giảm tải cho bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Nhìn vào bảng 3.4, ta thấy sự khác nhau về chẩn đoán giữa bệnh viện đa khoa Huyện với Bệnh viện Tỉnh là 30.9%; chẩn đoán không khác nhau là 69,1% điều này cũng phù hợp với thực tế hiện nay và chấp nhận được do tuyến dưới trình độ cán bộ cũng như trang thiết bị phục vụ khám chữa bệnh còn ở mức khiêm tốn.

Về đặc điểm tình trạng bệnh nhân lúc chuyển viện, kết quả của nghiên cứu cho thấy có 7,4% bệnh nhân được chuyển tuyến trong tình trạng cấp cứu; 92,6% bệnh nhân được chuyển tuyến trong tình trạng không cấp cứu. Kết quả này là phù hợp với các bệnh mà bệnh nhân được chẩn đoán chuyển tuyến. Kết quả bảng 3.5 cho thấy 3 bệnh có tỷ lệ chuyển tuyến nhiều nhất là bệnh tim mạch chiếm 45,1%; bệnh nội tiết chiếm 21,1% và bệnh tiêu hoá chiếm 10,8%. Hiện nay các bệnh viện tuyến huyện đều chưa có khả năng nhiều trong việc điều trị các bệnh như tim mạch, nội tiết. Hầu hết các bệnh nhân mắc các loại bệnh này đều có xu hướng được chuyển tuyến lên tuyến tỉnh điều trị.

Về thời gian lúc chuyển viện chiếm tỷ lệ nhiều nhất là thời gian làm việc buổi sáng từ 7 đến 11 giờ (chiếm 71,6%); tiếp theo là thời gian làm việc buổi chiều từ 13 đến 17 giờ (chiếm 12,5%). Kết quả này cũng phù hợp với bảng 3.9 với thực tế là các đối tượng nghiên cứu đa số được chuyển tuyến tại khoa khám bệnh 91.4%, chỉ có một số ít bệnh nhân chuyển tuyến được phòng văn tại khoa cấp cứu.

Về phương tiện vận chuyển bệnh nhân chuyển tuyến đến bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, kết quả cho thấy có 55,6% bệnh nhân đến bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình bằng xe máy; 34,1% bệnh nhân đến viện bằng xe ô tô thuê hoặc đi taxi; 6,4% bệnh nhân đến viện bằng xe cứu thương của bệnh viện. Kết quả này cũng phù hợp với thực tế về tỷ lệ bệnh nhân được chuyển viện trong tình trạng cấp cứu và khoảng cách từ nhà bệnh nhân tới bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. Tỷ lệ chuyển tuyến có sử dụng xe cứu thương thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Trọng Kim tại Thành phố Hồ Chí Minh [4] cho thấy bệnh nhân chuyển từ bệnh viện huyện lên bệnh viện tỉnh của Ninh Bình đa số là bệnh nhẹ, bệnh nhân thường có thể tự lo phương tiện đến bệnh viện tỉnh và có thể tự bố trí về thời gian để đến bệnh viện đa khoa tỉnh. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 7,4% là bệnh nhân cấp cứu và hầu hết những bệnh nhân này đều được vận chuyển bằng xe cứu thương của bệnh viện tuyến huyện, một số bệnh nhân được vận chuyển bằng xe cứu thương của Trung tâm vận chuyển cấp cứu 115 của tỉnh (4/408

bệnh nhân).

Về kết quả điều trị và xử trí của bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình cho thấy 88% bệnh nhân đã có bệnh thuyên giảm, tiến triển tốt; 2,9% bệnh nhân đã khỏi bệnh tỷ lệ này cũng phù hợp do số bệnh nhân chuyển tuyến chủ yếu mắc các bệnh mạn tính về tim mạch, nội tiết và ung bướu. Vẫn còn 9,1% bệnh nhân không thuyên giảm, nặng lên và có khả năng sẽ chuyển tuyến lên tuyến điều trị cao hơn.

V. KẾT LUẬN

- Các bệnh viện có tỷ lệ bệnh nhân có thể BHYT chuyển tuyến đến bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình cao là bệnh viện huyện Kim Sơn (29,7%); bệnh viện huyện Yên Khánh (15,7%); bệnh viện huyện Hoa Lư (14%); Trung tâm y tế thành phố Ninh Bình (10,5%).

- Tỷ lệ người bệnh được chuyển tuyến đúng là 95,8%. Tỷ lệ bệnh nhân được chuyển tuyến trong tình trạng cấp cứu là 7,6%.

- 91.4% Người bệnh chuyển tuyến đến bệnh viện tỉnh Ninh Bình được khám bệnh tại khoa khám bệnh, 8.6% được đón tiếp tại khoa cấp cứu.

- Đa số bệnh nhân chuyển tuyến đến bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình khám và điều trị bằng xe máy (55,6%).

- 60,1% chẩn đoán giống nhau giữa Bệnh viện huyện với Bệnh viện tỉnh; 30,9% chẩn đoán khác biệt giữa Bệnh viện huyện với Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.

- Nhóm bệnh phải chuyển tuyến từ các Bệnh viện Huyện đến Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình chủ yếu là: tim mạch chiếm 29,4%; bệnh về nội tiết chiếm 22,5%; bệnh về tiêu hoá chiếm 11,8%; các bệnh u bướu, ung thư chiếm 10%; bệnh tiết niệu chiếm 5,9%; bệnh cơ xương khớp chiếm 5,1%; còn lại là các bệnh khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Quản lý khám chữa bệnh, Bộ Y tế (2015), *Báo cáo kết quả tóm tắt 5 năm thực hiện công tác chỉ đạo tuyến 2010-2015*, tài liệu hội thảo.
2. Cục Quản lý khám chữa bệnh, Bộ Y tế (2015), *Báo cáo công tác chuyển tuyến và 1 năm thực hiện thông tư 14/2014/TT-BYT quy định công tác chuyển tuyến*, tài liệu hội thảo.
3. Phùng Thị Hồng Hà, Trần Thị Thu Hiền (2012), Đánh giá sự hài lòng của khách hàng sử dụng dịch vụ y tế tại Bệnh viện Việt Nam – Cu Ba Đồng Hới – Quảng Bình, *Tạp chí khoa học, Đại học Huế*, tập 72B, số 3, tr. 75-84.
4. Hoàng Trọng Kim, Đỗ Văn Dũng, Nguyễn Phú Lộc (2005), Đặc điểm dịch tễ học các trường hợp tử vong trong 24 giờ đầu liên quan đến bệnh nhân được chuyển viện từ các cơ sở y tế đến khoa cấp cứu Bệnh viện Nhi đồng 1 từ tháng 3/2003 – 2/2004, *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 9, phụ bản của số 1, tr. 17-21.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 463 - THÁNG 2 - SỐ 2 - 2018

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o2 - FEBRUARY - 2018

1. **Kết quả điều trị viêm lợi có sử dụng dung dịch khử khuẩn bằng công nghệ hoạt hoá (Dr.ECA)** 1
Effectiveness of gingivitis treatment with electrochemically activated water solutions (Dr.ECA)
Võ Trương Như Ngọc, Dương Đức Long, Bùi Văn Nhơn, Chu Đình Tới
2. **Nghiên cứu thực trạng nước sạch và ô nhiễm nước sinh hoạt tại tỉnh Gia Lai năm 2014** 4
Study the status of tap water and contamination in Gia Lai province in 2014
Nguyễn Văn Ba, Nguyễn Ngọc Toàn
3. **Mối liên quan giữa mức khí nitric oxide trong khí thở ra và mức độ nặng của bệnh hen theo GINA ở bệnh nhân người lớn tại Thành phố Hồ Chí Minh** 8
The relationship between fractional exhaled nitric oxide (FENO) with gina deined asthma severity in asthmatic adults in Ho Chi Minh City
Nguyễn Như Vinh, Trần Văn Ngọc, Nguyễn Thị Thu Ba
4. **Nhận xét đặc điểm hình thái chân răng hàm lớn thứ hai hàm dưới** 11
Comments morphological characteristics of mandibular second molars' root
Vũ Quang Hưng, Nguyễn Thế Hạnh
5. **Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến bạo hành gia đình trong thai kỳ ở phụ nữ 18-49 tuổi sống tại Thành phố Hồ Chí Minh** 15
Prevalence and risk factors of domestic violence in women 18-49 years old in Ho Chi Minh City
Trần Thị Nhật Vy, Võ Minh Tuấn
6. **Nghiên cứu bào chế vi cầu trimetazidin hydroclorid giải phóng kéo dài để tăng hiệu quả điều trị bệnh đau thắt ngực** 19
Preparation and evaluation of sustained release microspheres of trimetazidine hydrochloride to increase the effectiveness of treatment of angina
Nguyễn Văn Bạch, Nguyễn Thị Hồng Vân
7. **Thực trạng hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh không lây nhiễm tại tuyến xã của huyện Lục Nam tỉnh Bắc Giang năm 2016** 23
The status of health communication and education for non-communicable disease prevention at commune health in Luc Nam distric, Bac Giang province 2016
Nguyễn Thị Hiền, Lê Đức Cường
8. **Mối liên quan giữa mức khí nitric oxide trong khí thở ra và tình trạng kiểm soát hen theo GINA ở bệnh nhân hen người lớn tại Thành phố Hồ Chí Minh** 28
The relationship betweenfractional exhaled nitric oxide (FENO) with gina defined asthma control in asthmatic adults in Ho Chi Minh City
Nguyễn Như Vinh, Trần Văn Ngọc, Nguyễn Thị Thu Ba
9. **Một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi tại xã Quỳnh Thanh, huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An** 31
Some factors related to the nutritional status of children under 5 years in Quynh Thanh commune, Quynh Luu district, Nghe An province
Phạm Thị Dung, Hoàng Đình Tùng, Phạm Thị Tĩnh
10. **Tỷ lệ kém đáp ứng với clopidogrel ở bệnh nhân hội chứng vành cấp** 35
Dual-response to clopidogrel in patients with acute coronary syndrome
Hoàng Văn Sỹ, Nguyễn Lê Hoàng Phụng
11. **Kiến thức, thực hành về xử trí và phòng bệnh tiêu chảy cấp của bà mẹ có con dưới 5 tuổi điều trị tiêu chảy cấp tại Bệnh viện Nhi Hải Dương tháng 11/ 2017** 38
The knowledge and practice of the handling and prevention of acute diarrhea of mothers having children under 5 years old treatment at Hai Duong Pediatrics Hospital in november 2017

Lê Văn Thêm, và cộng sự

12. **Nghiên cứu xác định nhu cầu truyền thông về chăm sóc sức khỏe sinh sản và chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ ở Đắk Lắk, Đắk Nông và Lâm Đồng** 42
Study to determine the needs on communication on reproductive health care and nutrition care for under-5 children in Dak Lak, Dak Nong and Lam Dong
Hà Văn Thúy
13. **Xác định nhu cầu nhân lực điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng của Bệnh Viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2016** 47
Determine the nurse requirement at clinical departments of Thanh Hoa General Hospital 2016
Nguyễn Thị Hoài Thu
14. **Đặc điểm thiếu máu, thiếu kẽm ở trẻ từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại hai xã huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình** 51
The characteristic of anemia, zinc deficiency of children from 36 to under 60 months in 2 communes of Vu Thu district Thai Binh province
Nguyễn Thị Minh Chính, Ninh Thị Nhung, Phạm Văn Thúy
15. **So sánh kết quả phẫu thuật cắt bẻ củng giác mạc có và không áp 5fluorouracil trong điều trị glôcôm** 54
Comparing the results of trabeculectomy with or without 5fluorouracil application on glaucoma eyes
Bùi Thị Vân Anh
16. **Điều trị viêm quanh răng mạn tính không phẫu thuật ở một nhóm bệnh nhân tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội** 58
The results of non-surgical treatment of chronic periodontitis in a group of patients at the Odonto-Stomatology School, Hanoi Medical University
Lê Long Nghĩa, Nguyễn Viết Đa Đô
17. **Đánh giá kết quả điều trị viêm đa xoang mạn tính bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2016 – 2017** 62
Assess the results of treatment chronic sinusitis by endoscopic surgery at Can Tho Ear Nose Throat Hospital 2016 – 2017
Châu Chiêu Hòa
18. **Thực trạng công tác quản lý phòng, chống nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An năm 2017** 66
Current status of hospital management to prevent the nosocomial infections at Quỳnh Luu General Hospital, Nghe An province in 2017
Lê Đức Cường, Nguyễn Thị Hiền
19. **Các yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng kém đáp ứng với clopidogrel ở bệnh nhân hội chứng vành cấp** 71
Clinical and paraclinical factors affecting to clopidogrel in the actue coronary syndrome patients
Hoàng Văn Sỹ
20. **Thực trạng hiểu biết về bệnh sốt xuất huyết của người dân phường Thanh Bình thành phố Hải Dương tháng 10/2017** 75
The status of understanding of the dengue fever in residents at Thanh Binh ward, Hai Duong city in October 2017
Lê Văn Thêm và cộng sự
21. **Phân tích thực trạng bào chế thuốc y học cổ truyền tại Viện Y học Cổ truyền Quân đội năm 2015** 79
Analyse the pharmaceuetic activity of traditional medicine at military institute of traditional medicine in 2015
Hà Văn Thúy, Nguyễn Thị Song Hà, Lê Thu Thủy
22. **Thực trạng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ tại tỉnh Hòa Bình năm 2017** 85
Utilization of maternal health services at Hoa Binh province 2017
Nguyễn Thị Hoài Thu

23. **Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các bệnh nhi chấn thương thận điều trị bảo tồn tại Bệnh viện Việt Đức** 90
Conservative mangament of renal trauma in children in Viet Duc Hospital: Clinical and subclinical

Nguyễn Việt Hoa, Võ Tá Chung, Vũ Hồng Tuân
24. **Kiến thức hành vi thái độ của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi về phòng chống bệnh tay chân miệng** 94
Knowledge, practices, attitudes of mothers having children under 5 years old about hand foot mouth diseases

Hà Mạnh Tuấn
25. **Một số yếu tố tiên lượng sốt xuất huyết dengue nặng ở trẻ em trong 72 giờ đầu** 99
Factors predicting severe dengue in children within 72 hours of illness onset

Huỳnh Công Thanh, Tạ Văn Trâm, Đỗ Văn Dũng
26. **Đặc điểm hình ảnh xạ hình tưới máu cơ tim ở bệnh nhân suy tim tâm thu mạn tính** 103
The spect myocardial perfusion imaging in chronic systolic heart failure patients

Hoàng Văn Nghiêm, Phạm Trường Sơn
27. **Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân phong tại Bệnh viện Phong Da liễu Văn Môn và Bệnh viện Phong Da liễu Trung ương Quỳnh Lập** 107
Nutrition status of leprosy patients at van mon leprosy dermatology hospital and Quynh Lap National Leprosy Dermatology Hospital

Phạm Thị Dung, Ninh Thị Nhung
28. **Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi 3D điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện K** 111
3d laparoscopic surgery in treatment of gastric cancer at K Hospital

Phạm Văn Bình
29. **Tìm hiểu một số dạng biến thể nhiễm sắc thể ở những cặp vợ chồng có tiền sử sảy thai, thai chết lưu** 114
Some form of chromosome variation in couples with a history of miscarriage, stillbirth

Mạnh Trọng Bằng, Hoàng Thị Ngọc Lan, Hoàng Bảo Ngọc, Lê Phương Thảo, Ngô Tuyết Nhung
30. **Đánh giá tình trạng cường cận giáp thứ phát ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối đã lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên** 118
Secondary hyperparathyroidism in chronic kidney disease with hemodialysis

Đỗ Văn Tùng, Lý Thị Thoa, Phùng Chí Kiên
31. **Tác động của bổ sung thuốc ức chế enzym DPP4 lên tình trạng kháng insulin, chức năng tế bào beta ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 đang dùng thuốc uống hạ đường máu** 122
Evaluate the effects of DPP4 inhibitor on insulin resistance, beta cell function in patients with type 2 diabetes who are taking oral hypoglycemics

Lê Thị Việt Hà, Đoàn Văn Đệ
32. **Thực trạng mất ngủ của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học Cổ Truyền Trung ương** 127
Situation of insomnia on hypertension patient in National Hospital of traditional medicine

Trần Thị Hải Vân, Lại Thanh Hiền
33. **Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chuyển tuyến của các bệnh nhân có thể bảo hiểm y tế tại Ninh Bình** 130
Investigation of factors related to inter-hospital transfer of insured patients in Ninh Binh

Vũ Trung Kiên
34. **Kết quả điều trị sớm bệnh nhi teo ruột non bẩm sinh tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2010 – 2017** 135
The result of early treatment of congenital intestinal atresia in Viet Duc Hospital from 2010 to 2017

Vũ Hồng Tuân, Nguyễn Việt Hoa

35. **Đ**ánh giá hiệu quả uống thuốc hạ áp theo giờ đối với giá trị huyết áp và sự biến thiên huyết áp 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp 140
Effectiveness of antihypertensive agent usage basing on ambulatory blood pressure monitor in hypertensive patients
Hà Thị Phương Dung, Phạm Trường Sơn
36. **Đ**ánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh phẫu thuật khớp gối tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2017 144
Evaluation the quality of life in patients undergoing knee surgeries in Thong Nhat Hospital
Nguyễn Thị Tiến
37. **T**ai biến trong xử trí ngôi mông chuyển dạ ở những sản phụ có tuổi thai từ 28 – 42 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong hai giai đoạn 2006 và 2016 148
Comments on the complications of breech delivery at the gestational age from 28-42 weeks at the National Obstetrics and Gynecology Hospital during the 2006 and 2016
**Vũ Thị Oanh, Phạm Thị Thanh Hiền
 Nguyễn Thị Minh Thanh**
38. **G**ía trị của xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên NS1 trong 72 giờ đầu trên bệnh nhi theo dõi sốt xuất huyết dengue tại Tiền Giang 152
Evaluation of the NS1 rapid test in dengue suspected children within 72 hours of illness onset in Tien Giang
Huỳnh Công Thanh, Tạ Văn Trầm, Đỗ Văn Dũng
39. **T**ình hình chẩn đoán và xử trí trước nhập viện của bệnh nhi tim bẩm sinh nhập khoa cấp cứu 156
The situation of pre hospital diagnosis and mangement of pediatric patients with congenital heart diseases admitted in the emergency department
Hà Mạnh Tuấn
40. **Đ**ánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em tại Bệnh viện Việt Đức 160
Evaluation of initinal results of laparoscopic inguinal hernia in children at Viet Duc Hospital
Nguyễn Việt Hoa, Đặng Thị Huyền Trang
41. **N**ghiên cứu một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân động kinh cơn lớn (thể co cứng- co giật) 163
Studying of the some factors related to depressive disorders in patients with generalized tonic-clonic seizures
**Đàm Đức Thắng, Bùi Quang Huy,
 Ngô Ngọc Tản, Cao Tiến Đức**
42. **Đ**ặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương 167
Clinical features of benign prostatic hyperplasia patients in National Institute of Traditional Medicine
Lại Thanh Hiền, Trần Thị Hải Vân
43. **C**ác yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nhập viện ở bệnh nhân đột quỵ 170
Factors effect to hospital arrival time of stroke patients
Nguyễn Huy Thắng
44. **T**hực trạng chuyển tuyến của các bệnh nhân bảo hiểm y tế từ bệnh viện huyện lên Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình 173
Transitional status of patients who have medical insurance from the district Hospital to Ninh Binh General Hospital
Nguyễn Đăng Nguyên, Vũ Trung Kiên