ISSN:1859 - 1868

TẠP CHÍ

Y HỌC VIỆT NAM

VIETNAM MEDICAL JOURNAL

Năm thứ sáu mươi tư

THÁNG 3 - SỐ 1
2018

TẬP 464

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.tonghoiyhoc.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 Hinh	Tôn Thị Kim Thanh
Nguyễn Văn Hiếu	Trần Hữu Thăng
Phạm Gia Khải	Nguyễn Viết Tiến
Phạm Gia Khánh	Nguyễn Khánh Trạch
Phan Thị Phi Phi	Lê Ngọc Trọng
Đặng Vạn Phước	Đỗ Đức Vân
Trần Quỵ	Nguyễn Vượng

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

Nguyễn Quốc Anh	Nguyễn Đức Hinh	Trương Hồng Sơn
Mai Hồng Bàng	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 Thức
Đỗ Tất Cường	Phạm Đức Mục	Trịnh Lê Trâm
Trần Văn Cường	Nguyễn Viết 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 Lân Việt
Nguyễn Trần Hiển	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: tapchiyhocvietnam@gmail.com; Website: www.tonghoiyhoc.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

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U TUYẾN YÊN BẰNG DAO GAMMA QUAY TẠI TRUNG TÂM Y HỌC HẠT NHÂN VÀ UNG BƯỚU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Minh Phương*, Mai Trọng Khoa*, Đoàn Văn Đệ** và CS**

TÓM TẮT

U tuyến yên phát triển từ thành phần của tuyến yên, thường gặp nhất trong các loại u vùng hố yên, tần suất gặp u tuyến yên 10-15% trong các u nội sọ... Xạ phẫu bằng dao gamma quay là một trong các phương pháp điều trị của u tuyến yên. ***Mục đích:*** Đánh giá kết quả điều trị u tuyến yên bằng dao gamma quay tại trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** Nghiên cứu can thiệp có theo dõi dọc, 48 bệnh nhân ≥ 18 tuổi chẩn đoán u tuyến yên có kích thước <5cm trên phim MRI được xạ phẫu bằng dao gamma quay từ tháng 4/2008 đến tháng 4/2016. **Kết quả:** Tỉ lệ nữ/nam = 2,0. Tuổi từ 21-78, trung bình 44,6±12,8 tuổi. Nồng độ hormon PRL và GH cải thiện tốt sau điều trị, các hormon sau điều trị ACTH, TSH, LH, FSH trong ngưỡng giá trị bình thường. Kích thước khối u cũng giảm sau điều trị, giảm nhanh sau 12 tháng. không gặp trường hợp nào có biến chứng nặng hay tử vong. ***Kết luận:*** Xạ phẫu bằng dao gamma quay là phương pháp điều trị u tuyến yên hiệu quả và an toàn.

SUMMARY

EVALUATE THE OUTCOMES OF TREATING PTUITARY TUMOR BY THE ROTATING GAMMA KNIFE AT THE NUCLEAR MEDICINE AND ONCOLOGY CENTER - BACH MAI HOSPITAL

Pituitary tumor accounts for about 10-15% of all brain tumors. Gamma Knife radiosurgery is an alternative in treatment of pituitary tumor. ***Objective:*** To evaluate treatment outcomes of the Rotating Gamma Knife Radiosurgery (RGKR) for pituitary adenomas at the Nuclear Medicine and Oncology Center - Bach Mai Hospital. ***Patients and method:*** Prospective interventional study. 48 patients ≥ 18 years old were treated with Rotating Gamma Knife for pituitary tumor. All the patients had size of tumor < 5cm on MRI and recruited in between April 2008 and April 2016. ***Results:*** Male/female ratio was 1/2, patient age ranged from 21-78 years old with median of 44.6±12.8 years old. Abnormal hormone level had been improved after radiosurgery. Size of the tumor was reduced. There were no severe side effects or death reported in the follow up period. **Conclusion**: Radiosurgery with Rotating Gamma Knife is an effective and safe treatment method for pituitary tumor.

**Bệnh viện Bạch Mai*
***Bệnh viện 103*
**** Bệnh viện 19.8*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Phương
Email: drminhphuong198@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 27.2.2018
Ngày duyệt bài: 9.3.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến yên là u phát triển từ tế bào thùy trước tuyến yên, chiếm khoảng 10-15% các khối u trong sọ não, hơn 99% là u lành tính và u thường phát triển rất chậm. U tuyến yên chủ yếu gặp ở người trưởng thành, rất hiếm thấy trước tuổi dậy thì, tỷ lệ bị bệnh ở nam và nữ là 1/2[3]. Điều trị u tuyến yên có nhiều phương pháp khác nhau như phẫu thuật, dùng thuốc nội khoa, xạ trị, xạ phẫu bằng dao gamma quay. Mục đích chính của các phương pháp đó là loại bỏ hoặc kìm hãm sự phát triển khối u, nhưng vẫn đảm bảo được chức năng nội tiết của tuyến yên, ức chế hoặc giảm bài tiết hormon do u gây ra, ít xâm hại nhất đến tổ chức xung quanh. Ở những thập niên trước, điều trị u tuyến yên chủ yếu bằng nội khoa. Khi điều trị nội khoa thất bại có thể phẫu thuật mở nắp hộp sọ nhưng chỉ tiến hành ở một số bệnh viện lớn, tai biến sau mổ cao, tỉ lệ tử vong > 10%. Trong những thập niên gần đây việc phẫu thuật lấy u bằng nội soi qua xoang bướm đã phần nào làm giảm tỉ lệ tử vong [1], [2], tuy nhiên tỉ lệ tái phát sau mổ còn cao. Trên thế giới, việc ứng dụng xạ phẫu bằng dao gamma phát triển mạnh ở Mỹ, Nhật, Singapore, Pháp, Hungary...[3],[4],[5],[6]. Từ năm 2007 hệ thống xạ phẫu bằng dao gamma quay của Mỹ lần đầu tiên được ứng dụng tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai để điều trị u não và một số bệnh lý sọ não trong đó có u tuyến yên. Đây là phương pháp điều trị ít xâm nhập, không phải gây mê, tỷ lệ biến chứng ít, thời gian nằm viện ngắn. Tại Việt nam, hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá vai trò của xạ phẫu bằng dao gammay quay trong điều trị u tuyến yên. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị u tuyến yên bằng dao gamma quay tại trung tâm Y học hạt nhân và ung bướu bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Gồm 48 bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán xác định u tuyến yên dựa trên MRI sọ não được điều trị xạ phẫu bằng

dao gamma quay tại trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân mắc các bệnh nội tiết khác như bệnh Basedow, u tuyến thượng thận…

+ Bệnh nhân dùng corticoid kéo dài, phụ nữ có thai, phụ nữ đang cho con bú.

+ Bệnh nhân < 18 tuổi

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có theo dõi dọc

2.3. Các bước tiến hành.

2.3.1. Đánh giá trước điều trị:

- Ghi lại các thông tin về lâm sàng và cận lâm sàng theo mẫu bệnh án
- Lâm sàng: triệu chứng cơ năng, thực thể
- Cận lâm sàng: kết quả xét nghiệm các hormon, kích thước và tính chất của khối u trên MRI sọ não

2.3.2. Các bước tiến hành xạ phẫu

- Bước 1. Chuẩn bị bệnh nhân.
- Bước 2. Cố định đầu bệnh nhân bằng khung Fraim
- Bước 3. Chụp MRI mô phỏng
- Bước 4. Lập kế hoạch xạ phẫu
- Bước 5. Tiến hành xạ phẫu

2.3.3. Đánh giá sau điều trị: Dựa vào kết quả xét nghiệm hormon và MRI

****Đặc điểm chung:*** Tuổi, giới, tiền sử điều trị

****Đặc điểm cận lâm sàng:*** Đánh giá kích thước, tính chất và mức độ xâm lấn u trên MRI trước điều trị, sau điều trị 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng.

Xét nghiệm hormon: PRL, GH, ACTH, LH, TSH, FSH trước điều trị, sau điều trị 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng.

*BN được tiến hành định lượng hormon tuyến yên bằng lấy máu TM buổi sáng (sau khi đã nhin ăn)

*Xét nghiệm nồng độ hormon TSH, FSH, PRL, ACTH, LH, GH… theo phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang trên máy Elecsys 2010 với thuốc thử của hãng Roche tại khoa sinh hóa Bệnh viện Bạch Mai.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Các thông tin thu thập được mã hoá và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu theo thể bệnh

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
U không HTNT	27		56,3
U có HTNT	21		43,7
	U tiết PRL	8	16,7
	U tiết GH	3	6,2
	U tiết hôn hợp	9	18,7
	U tiết FSH	1	2,1

Nhận xét: Có 56,3% u không HTNT, 43,7% u có HTNT. Tỷ lệ u tiết PRL và u tiết hỗn hợp cao 16,7% và 18,7%, các thể khác tỷ lệ rất thấp.

Bảng 3.2. Đặc điểm tuổi, giới nhóm nghiên cứu

Thông số	U có HTNT (n=21)	U không HTNT (n=27)	Nhóm can thiệp (n=48)
Tuổi (năm) (min-max)	40,8±10,1 21-62	47,5±13,6 21-78	44,6±12,8 21-78
Nữ/nam	4,2	1,2	2,0

Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm can thiệp là 44,6±12,8, nhỏ nhất 21 tuổi, lớn nhất là 78 tuổi, tỷ lệ nữ/ nam ở nhóm có HTNT cao hơn nhóm không HTNT.

Bảng 3.3: Phân bố bệnh nhân theo tiền sử can thiệp trước xạ phẫu

Các phương pháp	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Chưa điều trị gì	6	12,5
Điều trị nội khoa	29	60,4
Điều trị phẫu thuật	13	27,1
Tổng	**48**	**100**

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân đã được điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật tái phát, có 12,5% bệnh nhân chưa điều trị gì được chỉ định xạ phẫu.

Bảng 3.4: Phân bố liều xạ phẫu

Nhóm / Liều xạ (Gy)	Nhóm có HTNT (n=21)	Nhóm không HTNT(n=27)	Tổng (n=48)
Trung bình	14,05±2,89	13,20±1,36	13,61±2,18
Thấp nhất	11	12	11
Cao nhất	22	16	22
p	**>0,05**		

Nhận xét: Liều xạ phẫu trung bình của nhóm nghiên cứu 13,3±1,3Gy, liều xạ nhóm tăng tiết cao hơn nhóm không tăng tiết tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, P>0,05

Bảng 3.5. Đặc điểm thời gian nằm viện và thời gian theo dõi sau xạ phẫu

Nhóm / Thời gian	Nhóm có HTNT (n=21)	Nhómkhông HTNT(n=27)	Tổng (n=48)
Thời gian nằm viện (ngày) (Min-Max)	1,9± 1,0 (1-4)	2,1±2,4 (1-13)	2,0 ±1,9 (1-13)
Thời gian theo dõi (năm) (Min-Max)	40,7± 9,7 (24-56)	37,1±11,8 (12-63)	38,7±10,9 (12-63)
P	>0,05		

+ Thời gian nằm viện trung bình sau xạ phẫu ngắn 2,0±1,9 ngày.

+ Trung bình thời gian theo dõi sau xạ phẫu 38,7±10,9 tháng.

+ Thời gian theo dõi sau xạ phẫu nhóm có HTNT dài hơn nhóm không HTNT, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.6: Thay đổi kích thước u trước và sau xạ phẫu

Thời điểm theo dõi	n	Kích thước trung bình (X±SD)	p
Trước can thiệp (0)	48	20,9±10,3	P0-1<0,05 P0-2,3,4<0,01 P1-2,3,4<0,01 P2-3<0,05 P2-4>0,05,P3-4>0,05
Sau 6 tháng (1)	46	19,5±11,5	
Sau 12 tháng (2)	44	15,6±12,7	
Sau 24 tháng (3)	39	12,9±12,7	
Sau 36 tháng (4)	35	12,9±12,4	

Nhận xét: Kích thước trung bình giảm sau điều trị, giảm rõ rệt sau 12 tháng so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,01.

Bảng 3.7. Giá trị trung bình, sai số chuẩn nồng độ hormon PRL, GH, ACTH trước và sau can thiệp

Thời điểm khám	PRL(ng/ml)		GH(ng/ml)		ACTH(pg/ml)	
	X	SE	X	SE	X	SE
Trước can thiệp(n=48)	62,27	16,6	11,31	3,52	25,58	2,41
Sau 6 tháng(n=46)	43,44	11,47	7,35	2,05	20,09	2,75
Sau 12 tháng(n=44)	39,41	12,18	6,03	1,97	27,34	2,58
Sau 24 tháng(n=39)	34,36	12,38	4,5	1,03	25,72	2,36
Sau 36 tháng(n=35	29,99	12,76	2,83	0,33	25,62	1,66

Nhận xét: - Giá trị trung bình nồng độ hormon PRL và GH giảm dần sau can thiệp tại các thời điểm sau 6 tháng, sau 12 tháng, sau 24 tháng và sau 36 tháng.

- Giá trị trung bình nồng độ hormon ACTH trước và sau can thiệp thay đổi không có ý nghĩa.

Bảng 3.8.Giá trị trung bình, sai số chuẩn nồng độ hormon LH, TSH, FSH trước và sau can thiệp

Thời điểm khám	LH(mU/ml)		TSH(µU/ml)		FSH(mU/ml)	
	X	SE	X	SE	X	SE
Trước can thiệp(n=48)	5,97	0,39	3,61	2,05	10,92	2,23
Sau 6 tháng(n=46)	5,93	0,58	1,65	0,11	10,51	2,39
Sau 12 tháng(n=44)	6,01	0,39	2,04	0,21	10,51	2,25
Sau 24 tháng(n=39)	6,11	0,36	2,01	0,19	8,71	1,47
Sau 36 tháng(n=35	6,09	0,47	1,94	0,19	8,63	1,29

Nhận xét: Giá trị trung bình nồng độ hormon LH, TSH, FFSH trước và sau can thiệp thay đổi không có ý nghĩa.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 48 bệnh nhân u tuyến yên, được xạ phẫu bằng dao gamma quay tại Trung tâm y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai chúng tôi nhận thấy: tuổi thấp nhất là 21, tuổi cao nhất 78, trung bình 44,6±12,8 tuổi. Tỉ lệ nữ/nam=2,0. Nghiên cứu của Heng Wan (2007) [3] tuổi trung bình của bệnh nhân u tuyến yên là 44,58±12,84 tuổi và tỷ lệ nữ cũng cao hơn nam. Trong nghiên cứu có 87,5% được điều trị bằng các phương pháp trước xạ phẫu. Theo Faglia G [4], 92% bệnh nhân u tuyến yên dạng tiết được xạ phẫu bằng dao gamma trước đó đã điều trị nội khoa thất bại. Trong nghiên cứu bệnh nhân được theo dõi sau xạ phẫu trung bình 38,9±10,9 tháng. Kích thước khối u giảm dần theo thời gian, giảm nhanh sau 12 tháng, có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Heng Wan và cs (2002) [3] sau xạ phẫu kích thước khối u giảm hoặc không đổi đạt 89,7%. Nồng độ các hormon PRL và GH giảm sau điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Các hormon ACTH, TSH, LH, FSH sau điều trị giảm không có sự khác biệt. Điều này có lẽ do số bệnh nhân gặp tăng tiết ACTH, TSH, LH và FSH ít nên sự biến đổi nồng độ hormon không nhiều.Shota Tanaka và cộng sự (2010) [6] sau xạ phẫu nồng độ PRL giảm từ 88,4ng/ml xuống còn 28,4ng/ml. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,001. Không gặp trường hợp nào tử vong sau điều trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 48 bệnh nhân u tuyến yên được điều trị xạ phẫu bằng dao gamma quay chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Tuổi trung bình 44,6±12,8 tuổi
- Tỷ lệ nữ/nam =2,0.
- Kích thước u trung bình sau điều trị giảm dần theo thời gian so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0,05
- Nồng độ hormon GH, PRL cải thiện tốt

Từ những kết quả thu được, cho thấy xạ phẫu bằng dao gamma quay cho các bệnh nhân u tuyến yên là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Anh (2012)**:"*Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến yên tăng tiết prolactin*" Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú chuyên ngành ngoại khoa trường Đại học Y Hà Nội 2012.
2. **Lý Ngọc Liên** (**2003):** "*Nghiên cứu áp dụng phương pháp mổ u tuyến yên qua đường xoang bướm tại bệnh viện Việt Đức từ 2000-2002",* Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
3. **Heng Wan(2007):** "*Gamma knife radiosurgery for secretory pituitary adenomas: experience in 347 consecutive cases*". 2007 Jun;106(6):980-7.
4. **Faglia G**: Genesis of pituitary adenomas, in Landolt A. Vance ML, Reilly PL. Pituitary adenoma. New York, Churchill Livingstone, 1996, pp.
5. **Sheehan JP, Pouratian N, Steiner L, Laws ER, Vance ML(2011): "***Gamma Knife surgery for pituitary adenomas*". Factors related to radiological and endocrine outcomes. Department of Neurological Surgery, University of Virginia Health System, Charlottesville, Virginia 22908, USA. jps2f@virginia.edu
6. **Shota Tanaka1, Michael J. Link (2010).**"*Gamma Knife Radiosurgery for Patients with Prolactin-Secreting Pituitary Adenomas*",*World Neurosurgery,* 74 [1]: 147-152, JULY 2010.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH U SAU PHÚC MẠC HAY GẶP Ở TRẺ EM

Huỳnh Quang Huy*

TÓM TẮT

U sau phúc mạc là loại u phát triển trong khoang sau phúc mạc. Trong đó, u nguyên bào thần kinh và u nguyên bào thận là loại thường gặp nhất. Chẩn đoán hình ảnh có sự phát triển vượt bậc trong phát hiện, chẩn đoán, theo dõi các khối u, trong đó có cắt lớp vi tính. **Mục tiêu**: Mô tả một số đặc điểm u sau phúc mạc thường gặp ở trẻ em (gồm: u nguyên bào thần kinh và u nguyên bào thận) trên chụp cắt lớp vi tính. **Đối tượng, phương pháp**: 96 bệnh nhi u sau phúc mạc gồm: 49 trường hợp u nguyên bào thần kinh, 47 trường hợp u nguyên bào thận tại BVNĐ2 từ 08/2013 đến 09/2017. Thiết kế nghiên cứu tiến cứu. Công cụ, phương tiện nghiên cứu: Hình ảnh CLVT được chụp bởi máy "CT Light Speed" 8 dãy đầu dò. Của hãng GE, Hoa Kỳ. **Kết quả**: Hầu hết các u bắt thuốc không đồng nhất sau tiêm cản quang. Tỉ lệ vôi hóa trong U NB TK (83,7%) cao hơn có ý nghĩa so với U NB thận (17%). Các u hoại tử có tỉ lệ cao, chiếm tỉ lệ 77,6% U NB TK và 74,5% U NB thận. Tỉ lệ u xuất huyết trong U NB TK (77,6%) cao hơn trong U NB thận (46,8%).Tỉ lệ bao bọc mạch máu trong nhóm U NB TK cao hơn có ý nghĩa so với nhóm U NB thận (69,4% so với 2,1%). Tỉ lệ đè đẩy mạch máu trong U NB TK là 59,2% và trong U NB thận 55,3%.Dấu hiệu u vượt qua đường giữa chiếm 57,1% U NB TK và 59,6% U NB thận. **Kết luận:** Chụp CLVT rất có giá trị trong chẩn đoán u sau phúc mạc, giúp phân biệt u nguyên bào thần kinh với u nguyên bào thận. Đồng thời CLVT giúp định hướng điều trị cũng như theo dõi sau điều trị.

Từ khoá: Xquang CLVT, u sau phúc mạc, trẻ em.

**Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TPHCM*
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy
Email: huycdhcbachmai@gmail.com
Ngày nhận bài: 23/1/2018
Ngày phản biện khoa học: 19/2/2018
Ngày duyệt bài: 6/3/2018

SUMMARY

CT CHARACTERISTICS OF PRIMARY RETROPERITONEAL NEOPLASMS IN CHILDREN

Backgrouds: Retroperitoneal tumor is a type of tumor that develops in the peritoneal cavity. In which neuroblastoma and renal papillae are the most common. Imaging diagnoisis takes an important role in the detection,diagnosis, follow of tumors and so does Computer tomographic. **Objectives:** To determine the value of Computer tomographic in diagnosis of primary retroperitoneal neoplasms in children. **Patients and Methods:** 96 pediatric patients were diagnosed neuroblastoma (49 cases) and wilms (47 cases) at the Children Hospital 2 Ho Chi Minh city from August 2013 to September 2017. Study was designed with prospective analysis. Tools and means of study: CT images were taken by "CT Light Speed" machine with 8 probe ranges of GE incorporation, USA. **Results**:Most tumors are heterogeneous after contrast injection. The calcification rate in neuroblastoma (83.7%) was significantly higher than that in Wilms' tumor (17%). Necrotic tumors were high, accounting for 77.6% of neuroblastoma and 74.5% of Wilms' tumor. The incidence of hemorrhage was higherin neuroblastoma (77.6%) than in Wilms' tumor (46.8%). The prevalence of vascular occlusion in the neuroblastoma group was significantly higher in the Wilms' tumor group (69.4% vs. 2.1%). Vascular pressure in neuroblastoma was 59.2% and in Wilms' tumor was 55.3%. Signs of tumors crossing the midline accounted for 57.1% of patients with neuroblastoma and 59.6% of patients Wilms' tumor. **Conclusions:** CT is valuable in the diagnosis of primary retroperitoneal neoplasms in children to distinguishe neuroblastoma with Wilms' tumor. Also, CT helps to choose appropriate therapy, and follow up after treatment as well.

Keywords: Computer tomographic, neuroblastoma, Wilms' tumor, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sau phúc mạc nguyên phát là các loại u phát triển trong khoang sau phúc mạc. U sau phúc mạc có thể có nguồn gốc từ thận, tuyến thượng thận, các dây thần kinh cạnh sống, hạch bạch huyết, ống bạch huyết, hạch giao cảm [1],[2]. Trong đó, u nguyên bào thần kinh và u nguyên bào thận là hai loại u thường gặp nhất.

U nguyên bào thần kinh (U NB TK) là ung thư phổ biến, có đặc điểm mô bệnh học cũng như diễn biến lâm sàng đa dạng, bệnh có thể không có triệu chứng cho đến biểu hiện lâm sàng nặng nề do sự xâm lấn các cơ quan khác của u. U nguyên bào thần kinh chiếm 15% trường hợp tử vong do ung thư ở trẻ em [4]. U nguyên bào thận (U NB thận) là một trong các loại u đặc thường gặp ở trẻ em, chiếm 95% trong các ung thư thận ở trẻ em dưới 15 tuổi [5].

Đánh giá sau phúc mạc rất quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp. Có nhiều phương pháp khảo sát u sau phúc mạc như siêu âm, Xquang, cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính. Trong đó, cắt lớp vi tính là phương pháp ngày càng phổ biến, được ứng dụng rộng rãi, cung cấp được nhiều thông tin cần thiết, góp phần định hướng phác đồ điều trị thích hợp và tiên lượng bệnh.

Trên thế giới có nhiều nghiên cứu vai trò cắt lớp vi tính trong đánh giá u sau phúc mạc. Tuy nhiên, ở nước ta chưa có công trình được công bố. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm hình ảnh u sau phúc mạc thường gặp ở trẻ em (gồm: u nguyên bào thần kinh và u nguyên bào thận) trên chụp cắt lớp vi tính

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi dưới 15 tuổi, được chẩn đoán u sau phúc mạc (gồm u nguyên bào thần kinh và u nguyên bào thận) tại BVNĐ2 từ 08/2013 đến 09/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu tiến cứu.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 96trường hợp u sau phúc mạc (49 trường hợp u nguyên bào thần kinh, 47 trường hợp u nguyên bào thận). Chụp cắt lớp vi tính (CLVT).

- Công cụ, phương tiện nghiên cứu: Hình ảnh CLVT được chụp bởi máy "CT Light Speed" 8 dãy đầu dò. của hãng GE, Hoa Kỳ. Quy trình chụp CLVT u nguyên bào thần kinh ở trẻ em:

+ Trường khảo sát: Ngực và bụng, kéo dài từ vùng cổ đến bờ dưới xương mu đánh giá toàn bộ khối u cũng như khảo sát những tổn thương nghi ngờ di căn, ở cả vùng bụng chậu và ngực, thực hiện theo các thông số được thiết lập sẵn.

+ Đánh giá: Hình ảnh CLVT được tái tạo các mặt phẳng Axial, Coronal, Sagittal và được đánh giá bởi 02 Bác sĩ Chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm hơn 10 năm. Tất cả các u được phân tích một số đặc điểm hình ảnh.

- Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

96 trường hợp u sau phúc mạc (gồm 49 u nguyên bào thần kinh và 47 u nguyên bào thận) được chụp CLVT.

Bảng 3.1: Tính chất bắt thuốc

Nhóm / Tính chất bắt thuốc	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Đồng nhất	03	6,1	3	6,4
Không đồng nhất	46	93,9	44	93,6
Tổng cộng	**49**	**100%**	**47**	**100**

Nhận xét: Hầu hết các u bắt thuốc không đồng nhất sau tiêm cản quang và không khác biệt giữa nhóm U NB TK với U NB thận

Bảng 3.2. Vôi hóa trong u

Nhóm / Vôi hóa trong u	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Vôi hóa	41	83,7	8	17,0
Không vôi hóa	8	16,3	39	83,0
Tổng cộng	**49**	**100%**	**47**	**100**

Nhận xét: Phần lớn các UNBTK trong nghiên cứu có vôi hóa (83,7%), trong khi tỉ lệ này ở nhóm U NB thận chỉ có 17%, sự khác biệt có ý nghĩa (p<0,01).

Bảng 3.3. Hoại tử trong u

Nhóm / Hoại tử trong u	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Có hoại tử	37	75,5	35	74,5
Không hoại tử	12	24,5	10	21,3
Tổng cộng	**49**	**100%**	**47**	**100**

Nhận xét: Các u hoại tử có tỉ lệ cao, chiếm tỉ lệ 77,6% U NB TK và 74,5% U NB thận.

Bảng 3.4. Xuất huyết trong u

Nhóm / Xuất huyết trong u	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Có xuất huyết	37	75,5	22	46,8
Không xuất huyết	12	24,5	25	53,2
Tổng cộng	**49**	**100%**	**47**	**100**

Nhận xét: Các uxuất huyết có tỉ lệ cao trong U NB TK (chiếm tỉ lệ 77,6%) trong khi tỉ lệ này ở nhóm U NB thận là 46,8% (p<0,05).

Bảng 3.5.Tính chất bao bọc mạch máu

Nhóm / Bao bọc mạch máu	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Bao bọc mạch máu	34	69,4	1	2,1
Không bao bọc mạch máu	15	30,6	46	97,9
Tổng cộng	**49**	**100%**	**47**	**100**

Nhận xét: Tỉ lệ bao bọc mạch máu trong nhóm U NB TK cao hơn có ý nghĩa so với nhóm U NB thận (69,4% so với 2,1%, p<0,01).

Bảng 3.6.Đè đẩy mạch máu

Nhóm / Đè đẩy mạch máu	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Đè đẩy mạch máu	29	59,2	26	55,3
Không đè đẩy mạch máu	20	40,8	21	44,7
Tổng cộng	49	100%	47	100

Nhận xét: Tỉ lệ đè đẩy mạch máu trong U NB TK là 59,2% và trong U NB thận 55,3%.

Bảng 3.7.Liên quan khối u với đường giữa

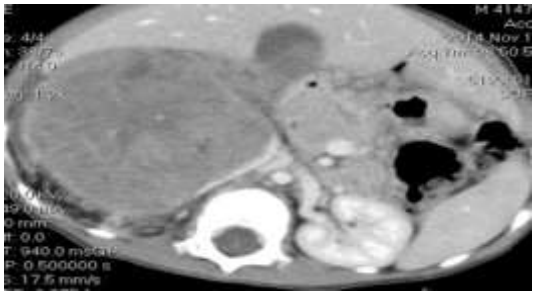
Nhóm / Vượt qua đường giữa	U NB TK		U NB thận	
	n	%	n	%
Có	28	57,1	28	59,6
Không	21	42,9	19	40,4
Tổng cộng	**49**	**100%**	**47**	**100**

Nhận xét: Dấu hiệu u vượt qua đường giữa chiếm 57,1% U NB TK và 59,6% U NB thận.

IV. BÀN LUẬN

Tính chất bắt thuốc cản quang: Tỉ lệ bắt thuốc cản quang không đồng nhất của u nguyên bào thần kinh trong nghiên cứu chúng tôi là 95,9%, cao hơn nghiên cứu tác giả Lê Thị Kim Ngọc (78%) [6]. Sở dĩ như vậy là do khối u có kích thước lớn, có xuất huyết, vôi hóa hoặc hoại tử. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy u nguyên bào thận ngấm thuốc cản quang không đồng nhất là 94%.

UNBTK ngấm thuốc không đồng nhất



UNB thận ngấm thuốc *không đồng nhất*

Vôi hóa trong u: Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy vôi hóa trong u nguyên bào thần kinh chiếm tỉ lệ 83,7%, tương đương tác giả Lê Thị Kim Ngọc (80%) [6]. Trong khi đó u nguyên bào thận, vôi hóa chiếm tỉ lệ 17%. Vôi hóa là đặc điểm đặc trưng của u nguyên bào thần kinh giúp phân biệt với u nguyên bào thận.

Hoại tử trong u: Hoại tử trong u nguyên bào thần kinh chiếm tỉ lệ 75,5%. Hoại tử trong u nguyên bào thận chiếm tỉ lệ 74,5%. Hoại tử trong u thường do khối có kích thước lớn dẫn đến tình trạng kém mạch máu nuôi dưỡng.

Xuất huyết trong u: Xuất huyết trong u nguyên bào thần kinh chiếm tỉ lệ 75,5%. Trong khi đó, xuất huyết trong u nguyên bào thận chiếm tỉ lệ 46,8%. Tình trạng xuất huyết trong u thường gặp các khối u lớn. Theo nghiên cứu của Richard E [7], xuất huyết trong u nguyên bào thần kinh chiếm tỉ lệ 55%.

Bao bọc mạch máu: Tỉ lệ u nguyên bào thần kinh có bao bọc mạch máu theo nghiên cứu chúng tôi là 69,4%, tỉ lệ u nguyên bào thận có bao bọc mạch máu là 2,1%. Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng tình trạng bao bọc mạch máu của u nguyên bào thần kinh cao hơn rất nhiều so với u nguyên bào thận. Đánh giá bao bọc mạch máu của khối u rất có giá trị trong tiên lượng phẫu thuật.

Đè đẩy mạch máu: Theo nghiên cứu của chung tôi, tỉ lệ u nguyên bào thần kinh đè đẩy mạch máu là 59,2%, của u nguyên bào thận là 55,3%. Như vậy tỉ lệ đè đẩy mạch máu của hai loại u này gần tương đương nhau.

Liên quan đến đường giữa: U nguyên bào thần kinh vượt qua đường giữa chiếm tỉ lệ 42,9%, trong khi đó kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng cho thấy tỉ lệ vượt qua đường giữa của u nguyên bào thận là 59,6%.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết các u bắt thuốc không đồng nhất sau tiêm cản quang và không khác biệt giữa nhóm U NB TK với U NB thận

Tỉ lệ vôi hóa trong U NB TK (83,7%) cao hơn có ý nghĩa so với U NB thận (17%).

Các u hoại tử có tỉ lệ cao, chiếm tỉ lệ 77,6% U NB TK và 74,5% U NB thận.

Tỉ lệ u xuất huyết trong U NB TK (77,6%) cao hơn trong U NB thận (46,8%).

Tỉ lệ bao bọc mạch máu trong nhóm U NB TK cao hơn có ý nghĩa so với nhóm U NB thận (69,4% so với 2,1%).

Tỉ lệ đè đẩy mạch máu trong U NB TK là 59,2% và trong U NB thận 55,3%.

Dấu hiệu u vượt qua đường giữa chiếm 57,1% U NB TK và 59,6% U NB thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Acar T, Harman M, Guneyli S, et al. (2015),** "Cross-sectional Imaging Features of Primary Retroperitoneal Tumors and Their Subsequent Treatment". *Journal of Clinical Imaging Science,* 5 (1), pp. 24.
2. **McHugh K (2007),** "Renal and adrenal tumours in children". *Cancer Imaging,* 7 (1), pp. 41-51.
3. **Kushner B. H (2004),** "Neuroblastoma: a disease requiring a multitude of imaging studies". *J Nucl Med,* 45 (7), pp. 1172-88.
4. **Lonergan G. J, Schwab C. M, Suarez E. S, et al. (2002),** "Neuroblastoma, ganglioneuroblastoma, and ganglioneuroma: radiologic-pathologic correlation". *Radiographics,* 22 (4), pp. 911-34.
5. **Chu A, Heck JE, Ribeiro KB, et al. (2010).** "Wilms' tumour: a systematic review of risk factors and meta-analysis*".Paediatr Perinat Epidemiol,* 24(5), pp.449-469.
6. **Lê Thị Kim Ngọc (2008),** *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và cắt lớp vi tính u nguyên bào thần kinhsau phúc mạc ở trẻ em*, Luận văntạc sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
7. **Richard E.L, Mervyn. D, Cohen M.B (1984),** "Computed tomographic evaluation of Wilms tumor andNeuroblastoma". *Radiographics* 6, pp. 915-928.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI TRẺ EM BẰNG ĐÓNG ĐINH METAIZEAU DƯỚI MÀN TĂNG SÁNG

Nguyễn Thế Điệp*, Nguyễn Thái Sơn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín thân xương đùi trẻ em từ 6 đến 15 tuổi bằng phương pháp đóng đinh Metaizeau không mở ổ gãy, tại bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, bệnh viện CTCH Thành Phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Đại học y Thái Bình, đồng thời nhận xét ưu nhược điểm của phương pháp. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, không đối chứng 47 trường hợp. **Kết quả:** Liền xương đạt 100%. Kết quả chung đạt mức tốt 83,7%, trung bình 16,3%, không có kết quả kém. Dài chi trung bình sau phẫu thuật là 6,3mm, chức năng khớp gối, khớp háng tốt. **Kết luận:** Đóng đinh Metaizeau kín là một lựa chọn tốt cho điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em lứa tuổi học đường.

Từ khóa: Đinh Metaizeau, đinh đàn hồi, gãy xương đùi trẻ em.

SUMMARY

ASSESSING THE RESULTS OF CLOSED FEMORAL FRACTURES TREATMENT AMONG CHILDREN USING METAIZEAU NAILS UNDER THE SUPPORT OF C-ARM

Objectives: To evaluate the results of surgical treatment for femoral fractures closed from children aged 6 to 15 years old by Metaizeau nailing technique without opening the fracture, at Saint Paul Hospital in Hanoi, Trauma and Orthopedic Hospital in Ho Chi Minh City, and Thai Binh medical university hospital and to give comments on the technical advantages and disadvantages. **Methods:** This was a prospective cross-sectional descriptive study without control group among 47 cases. **Results:** Bone healing was found among 100% of cases, general results were good at 83.7%; average results of 16.3%; no bad results; mean length of the leg was of 6.5 mm after operation, functional knee and hip achieved good results. **Conclusion:** Osteosynthesis by Metaizeau nails was a good alternative method for treatment of close femoral shaft fracture in children.

***Keyword*:** Metaizeau nails, Flexible intramedullary nailing, Elastic stable intramedullary nailing, Femoral fracture in children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín thân xương đùi ở trẻ em hiện nay chủ yếu vẫn là kéo nắn bó bột chậu lưng chân. Điều trị phẫu thuật chỉ áp dụng cho những trường hợp trẻ lớn, di lệch nhiều khó nắn chỉnh. Phương pháp phẫu thuật thường áp dụng là mổ mở và kết xương nẹp vít. Tuy nhiên phương pháp này có những hạn chế như: mất nhiều máu, nguy cơ nhiễm khuẩn cao, chậm liền xương, khớp giả….Kết hợp xương kín bằng đinh Metaizeau dưới màn tăng sáng (C-arm) là phương pháp được ứng dụng phổ biến ở các nước tiên tiến trên thế giới vì những ưu việt của phương pháp, giảm nguy cơ tai biến, biến chứng. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm

**Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
**Bệnh viện Đức Giang, Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp
Email: diepnguyentheytb@gmail.com
Ngày nhận bài: 1/2/2018
Ngày phản biện khoa học: 28/2/2018
Ngày duyệt bài: 13/3/2018

2 mục tiêu sau:

1. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em bằng đinh Metaizeau

2. Từ kết quả thu được nhận xét về ưu nhược điểm của phương pháp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 47 bệnh nhân gãy kín thân xương đùi do chấn thương, từ 6-15 tuổi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương kín bằng đinh Metaizeau dưới màn tăng sáng tại khoa chấn thương chỉnh hình - Bv Xanh Pôn Hà Nội, khoa chỉnh hình nhi - Bv Chấn thương chỉnh hình Tp. Hồ Chí Minh, khoa chấn thương - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 10/2010 đến tháng 1/2015.

***Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

+ Tuổi: 6 - 15 tuổi.

+ Cân nặng < 50 kg.

+ Thời gian từ khi gãy thân xương đùi đến lúc phẫu thuật tối đa 15 ngày.

+ Bệnh nhân gãy kín thân xương đùi di lệch do nguyên nhân chấn thương, chưa được điều trị hoặc đã được điều trị nắn chỉnh bó bột nhưng thất bại.

+ Hình thái gãy: Dựa vào phân loại của AO chúng tôi lựa chọn các kiểu gãy sau: Kiểu A1, kiểu A2, kiểu A3, kiểu B1.

+ Vị trí gãy: 1/3T, 1/3G, 1/3D.

***Tiêu chuẩn loại trừ**

+ Trẻ gãy xương đùi < 6 tuổi và > 15 tuổi.

+ Cân nặng > 50 kg.

+ Gãy kiểu B2, kiểu B3 và kiểu C theo phân loại của AO

+ Gãy xương hở.

+ Gãy xương bệnh lý.

+ Gãy xương đùi kèm theo có tổn thương mạch máu, thần kinh.

+ Gãy xương đùi ở chi có những dị tật hoặc di chứng chấn thương ảnh hưởng đến chức năng khớp gối, khớp háng.

+ Gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu y văn liên quan thiết kế xây dựng qui trình kỹ thuật đóng đinh Metaizeau không mở ổ gãy điều trị gãy kín thân xương đùi cho trẻ em Việt Nam dưới sự hỗ trợ của màn tăng sáng (C-arm). Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, không có nhóm chứng.

3. Đánh giá kết quả. Đánh giá kết quả gần: dựa vào diễn biến tại vết mổ, kết quả nắn chỉnh và kết xương trên phim chụp Xquang sau mổ, các biến chứng sớm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (n=47)

Giới / Tuổi	Nam		Nữ		Cộng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
6 - 10	19	61,3	8	50	27	57,4
11 - 15	12	38,7	8	50	20	42,6
Cộng	**31**	**66**	**16**	**34**	**47**	**100**

Tỷ lệ gãy kín xương đùi ở trẻ em nam gặp nhiều hơn nữ (nam: 66%, nữ: 34%). Ở độ từ 6 - 10 tuổi, gãy thân xương đùi gặp nhiều hơn chiếm tỷ lệ 57,4%.

- Tuổi nhỏ nhất là 6 tuổi, lớn nhất 15 tuổi. Tuổi trung bình: 10,43 tuổi.
- Bệnh nhân nghiên cứu có cân nặng ít nhất là 19kg, nhiều nhất 48kg, trung bình 32,8kg.

Bảng 2. Vị trí gãy xương đùi (n=47)

Chân gãy / Vị trí gãy	Chân P	Chân T	Cộng	
	Số BN	Số BN	Số BN	Tỷ lệ %
1/3T	10	5	15	31,9
1/3G	13	17	30	63,8
1/3D	1	1	2	4,3
Cộng	24	23	47	100

Gãy thân xương đùi trẻ em chủ yếu gặp gãy ở vị trí 1/3G chiếm 63,8%, 1/3T chiếm 31,9% và gãy 1/3D chiếm 4,3%. Nguyên nhân gãy xương: TNGT: 57,5%. TN sinh hoạt: 34%, Do ngã cao: 6,4%, TN thể thao 2,1%.

Bảng 3. Phân loại gãy xương theo AO (n=47)

Vị trí	Kiểu gãy				Cộng	
	A1	**A2**	**A3**	**B1**	**Tổng**	**%**
1/3T	3	6	4	2	15	31,9
1/3G	3	10	13	4	30	63,8
1/3D	0	0	2	0	2	4,3
Cộng (%)	6 (12,8)	16 (34,0)	19 (40,4)	6 (12,8)	47	100

Bệnh nhân được kết xương kín bằng đinh Metaizeau chủ yếu loại A3 (40,4%) và nhóm loại A2 (34%), gãy loại B1 chiếm 12,8% và loại A1 chiếm 12,8%.

2. Kết quả điều trị

***Kết quả gần:**

- Kết quả nắn chỉnh:

+ Nắn chỉnh theo hình thái gãy: 39/47 BN chiếm 83% kết xương thẳng trục. 8/47 BN còn di lệch ít thuộc nhóm gãy kiểu A1, A2, B1.

+ Nắn chỉnh theo vị trí gãy: 39/47 BN chiếm 83% được nắn chỉnh hết di lệch sau đóng đinh. Có 8 BN còn di lệch sang bên hoặc mở góc ít sau nắn chỉnh thuộc nhóm gãy 1/3T và 1/3G. Không có BN nào còn di lệch lớn phải nắn chỉnh lại. Không có di lệch xoay sau nắn chỉnh.

- Liền vết mổ kỳ đầu đạt chiếm 100%.

- 03 trường hợp bất động tăng cường nẹp zimmer sau mổ.

- Thời gian trở lại học tập của bệnh nhân sau phẫu thuật trung bình là 5,3 tuần.

- Thời gian tỳ đè hoàn toàn lên chân gãy trung bình là 7,4 tuần

***Kết quả xa:**

+ Kiểm tra đánh giá kết quả xa được 43/47 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 91,5%. Thời gian theo dõi ngắn nhất là 6 tháng, nhiều nhất là 70 tháng, trung bình 25,4 tháng.

+ Liền xương thẳng trục chiếm tỷ lệ 95,3%. Có 2 trường hợp liền lệch mở góc vào trong và ra ngoài 10^0 chiếm tỷ lệ 4,7% thuộc nhóm gãy loại A2 và A3 ở vị trí 1/3T, 1/3G. Không có trường hợp nào liền xương di lệch lớn.

+ 3 trường hợp gấp gối hạn chế ít do đuôi đinh dài gây đau khớp gối thuộc nhóm gãy kiểu A3 ở vị trí 1/3T và 1/3D.

+ Có 26 BN chiều dài tuyệt đối xương đùi hai bên bằng nhau chiếm 60,5%.

+ Có 10 bệnh nhân chiều dài tuyệt đối xương đùi bên gãy dài hơn so với bên lành ≤ 5mm chiếm 23,2%.

+ Có 7 bệnh nhân chiều dài tuyệt đối xương đùi bên gãy dài hơn so với bên lành từ 6 - 10mm chiếm 16,3%.

+ Không có bệnh nhân nào ngắn chi.

+ Chiều dài tuyệt đối xương đùi bên gãy dài hơn so với bên lành ít nhất là 3mm, nhiều nhất 10mm, trung bình 6,3mm.

+ Không gặp trường hợp nào loét tại vị trí đuôi đinh.

+ Kết quả chung: Tốt: chiếm 83,7%; trung bình: 16,3%, không có kết quả kém.

IV. BÀN LUẬN

1. Phương pháp kết xương bằng đinh Metaizeau. Đây là phương pháp kết xương đàn hồi do tính đàn hồi của đinh. Do đó, sau kết xương do sự co cơ kết hợp tập vận động phục hồi chức năng sẽ tạo ra những chuyển động nhỏ tại ổ gãy. Chính điều này đã kích thích phát triển can ngoại vi giúp nhanh liền xương trong khi đó vẫn giữ được ổ gãy vững chắc. Đây là một điểm khác biệt mà kết xương nẹp vít không có được. Kết hợp xương bằng nẹp vít là kết xương "cứng nhắc", bệnh nhân tập vận động phục hồi chức năng được sớm là do phương tiện tạo nên. Nhưng đó là điều bất lợi cho liền xương kỳ đầu và hình thành can ngoại vi, thậm chí không thể phát triển được can ngoại vi. Trong khi đó kết xương bằng đinh Metaizeau thúc đẩy quá trình hình thành can ngoại vi tốt nhất, đó là can xương sinh lý nhanh nhất và có cơ sinh học mạnh nhất, bệnh nhân quay trở lại với sinh hoạt và các hoạt động chức năng sớm là do nhanh liền xương.

2. Thời điểm can thiệp phẫu thuật. Việc lựa chọn thời điểm để can thiệp phẫu thuật gãy kín thân xương đùi trẻ em rất quan trọng, đa số tác giả đều cho rằng gãy xương đùi cần phải sớm phục hồi lại hình thể giải phẫu, cố định xương vững chắc tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình liền xương, sớm phục hồi chức năng chi thể giúp bệnh nhân quay trở lại với sinh hoạt, học tập sớm hơn. Cơ sở để các phẫu thuật viên đưa ra thời điểm can thiệp phẫu thuật kết hợp xương dựa vào các yếu tố:

+ Tình trạng toàn thân cho phép phẫu thuật, các tổn thương phối hợp, các bệnh lý nội khoa, bệnh toàn thân.

+Tại chỗ, đánh giá mức độ tổn thương xương, và tổn thương kèm theo: mạch máu, phần mềm.

Theo Nguyễn Tấn Lãm và cộng sự, nếu mổ muộn sau 10 ngày, khả năng nắn chỉnh kín thất bại cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 02 trường hợp mổ vào ngày thứ 15, do ổ gãy chưa liền xương nên đã nắn chỉnh và kết xương kín thành công.

3. Trọng lượng cơ thể. Lựa chọn bệnh nhân có trọng lượng cơ thể < 50kg có vai trò quan trọng nhằm làm giảm những biến chứng có thể xảy ra sau phẫu thuật như: nhiễm khuẩn, gãy đinh, cong đinh, chậm liền xương, gãy lại… Một số nghiên cứu trên thế giới đã thông báo cho thấy nhóm bệnh nhân có trọng lượng cơ thể > 50kg có tỷ lệ biến chứng cao hơn, kết quả kém hơn nhóm có trọng lượng < 50kg. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có trọng lượng cơ

thể < 50kg, trung bình là 32,8kg. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với khuyến cáo của một số tác giả trên thế giới.

4. Ưu nhược điểm của phương pháp

***Ưu điểm**: Đây là phương pháp kết xương đàn hồi vững, phù hợp với điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em. Thời gian liền xương nhanh và phục hồi chức năng sớm do phát triển tối đa can ngoại vi. Do không mở ổ gãy nên bảo tồn tối đa phần mềm, rất ít nguy cơ nhiễm khuẩn sâu, viêm xương, khớp giả mà điều trị phẫu thuật kinh điển có thể gặp. Ngoài ra còn đảm bảo thẩm mỹ do sẹo mổ nhỏ, giảm nguy cơ truyền máu, làm giảm đến mức tối thiểu rối loạn phát triển xương sau gãy xương.

***Nhược điểm.** Phương pháp này chỉ áp dụng cho trẻ em lứa tuổi học đường bị gãy kín thân xương đùi do chấn thương. Để thực hiện phương pháp này đòi hỏi những phương tiện và dụng cụ chuyên dụng đi kèm như: màn tăng sáng, kìm khóa, tay cầm chữ T và đinh Metaizeau.

5. Kết quả phẫu thuật: Phương pháp điều trị này đã mang lại kết quả tốt trên các mặt liền xương và phục hồi chức năng. Đây là một phương pháp được đa số các tác giả trên thế giới lựa chọn điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em từ 6 - 15 tuổi bởi những lý do: tỷ lệ liền xương và phục hồi chức năng tốt rất cao, biến chứng ít và không nghiêm trọng, thời gian điều trị ngắn giúp các cháu sớm quay trở lại trường học.

6. Biến chứng

- Có 17 BN dài chi so với bên lành ít nhất là 3mm, nhiều nhất 10mm, trung bình 6,3mm. Mức độ chênh lệch chiều dài chi như trên không làm ảnh hưởng đến dáng đi của bệnh nhân.

- Liền lệch: Có 2 trường hợp liền lệch mở góc vào trong và ra ngoài 10^0 chiếm thuộc nhóm gãy 1/3T và 1/3G, kiểu gãy A2 và A3. Hai trường hợp này do bệnh nhân vận động và tỳ nén sớm sau phẫu thuật dẫn đến liền xương mở góc ít.

Trong nghiên cứu này những trường hợp gãy ngang chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân tập tỳ nén sau 3 tuần, gãy chéo vát và có mảnh rời tỳ nén muộn sau 6 tuần. Chúng tôi thấy rằng lựa chọn thời gian cho bệnh nhân tập tỳ nén sau phẫu thuật phù hợp với hình thái gãy rất quan trọng, sẽ làm giảm nguy cơ gãy đinh, di lệch gập góc dẫn đến liền lệch.

V. KẾT LUẬN

1. Kết quả điều trị.

- Tuổi: Nhỏ nhất 6 tuổi, lớn nhất 15 tuổi, trung bình 10,43 tuổi.

- Giới: Nam có 31 BN chiếm 66%, Nữ có 16 BN chiếm 34%.

- Tỷ lệ liền xương đạt 100%, trong đó:

+ Liền xương thẳng trục đạt 41/43 BN chiếm tỷ lệ 95,3%.

+ 2 trường hợp liền xương di lệch ít chiếm 4,7%.

- Phục hồi chức năng: 3 trường hợp gấp gối hạn chế ít do đuôi đinh dài gây đau khớp gối.

- Dài chi sau phẫu thuật trung bình 6,3mm.

- Không gặp trường hợp nào loét tại vị trí đuôi đinh.

- Kết quả chung: Tốt: chiếm 83,7%; trung bình: 16,3%, không có kết quả kém.

2. Ưu nhược điểm của phương pháp

- Ưu điểm: Đây là phương pháp nắn chỉnh kín, dưới C- arm nên chấn thương phẫu thuật ít, 100% liền xương với thời gian liền xương nhanh, kết quả phục hồi chức năng tốt và ít nguy cơ nhiễm khuẩn. Phương pháp này không ảnh hưởng đến sụn tiếp hợp nên thay đổi độ dài xương đùi sau mổ không lớn (6,3mm) và tỷ lệ có thay đổi cũng không nhiều. Đảm bảo tính thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn, tránh phải bó bột nên các cháu được trở lại trường lớp sớm.

- Nhược điểm: Đòi hỏi phải có màn tăng sáng, bàn chỉnh hình và một số dụng cụ chuyên dụng đi kèm như: kìm khóa, tay cầm chữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tấn Lãm, Vũ Huyền Trinh, Phan Đức Minh Mẫn** (2007), "Điều trị gãy thân xương đùi trẻ em bằng đinh nội tủy Rush dưới màn tăng sáng", *Y học thành phố Hồ Chí Minh,* 11(1), tr. 472-476.
2. **Hassan M.A., Salama F.H., Elshora S.A. et al** (2015), "Treatment of femur fractures in children using elastic stable intramedullary nailing", *Egyptian Orthopedic Journal,* 50, pp. 127 - 131.
3. **Assaghir Y.** (2013), "The safety of titanium elastic nailing in preschool femur fractures: a retrospective comparative study with spica cast", *Journal Pediatric Orthopaedics B,* 22(4), pp. 289-295.
4. **Clavert J.M., Giacomelli M.C.** (2010), "Stainless steel or titanium", Flexible intramedullary nailing in Children, *Springer-Verlag Berlin Heidelberg*, pp. 25-28.
5. **Singh P., Kumar R.** (2012). "Pediatric femoral shaft fracture management by titanium elastic nailing; A prospective study of 112 patients", *The internet journal of orthopedic surgery,*19(3).
6. **Say F., Gürler D., Inkaya E., et al** (2013), "Which treatment option for paediatric femoral fractures in school-aged children: elastic nail or spica casting", *European Journal Orthopaedics Surgical Traumatol.*
7. **Saikia K.C., Bhuyan S.K., Saikia S.P.** (2007), "Titanium elastic nailing in femoral diaphyseal fractures of children in 6-16 years of age", *Indian Journal Orthopaedics,* 41(4), pp. 381-385.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI ỐNG TỦY RĂNG HÀM LỚN THỨ HAI HÀM DƯỚI CÓ CHÂN DẠNG CHỮ C

Vũ Quang Hưng*, Tạ Anh Tuấn, Nguyễn Thế Hạnh*****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá về số lượng và hình thái ống tủy ở răng hàm lớn thứ hai hàm dưới có chân dạng chữ C của người Việt Nam trên thực nghiệm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hànhthu thập các răng hàm lớn thứ hai hàm dưới được nhổ từ những bệnh nhân người Việt Nam.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%. Lựa chọn những răng có chân dạng chữ C vào nghiên cứu. Tiến hành khử khoáng, làm răng trong suốt, sau đó bơm mực Ấn Độ. Quan sát và ghi nhận số lượng ống tủy và hình thái ống tủy theo phân loại của Vertucci dưới kính hiển vi điện tử quét. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứumô tả tiền lâm sàng. **Kết quả:** Các răng hàm lớn thứ hai hàm dưới có chân dạng chữ C chủ yếu có 2 ống tủy (chiếm 59,4%), tỷ lệ răng 1 ống tủy, 3 ống tủy và 4 ống tủy lần lượt là 31.2%; 6,3% và 3,1%.Hình thái ống tủy hay gặp nhất là loại I (chiếm tỷ lệ 31,2%), tiếp theo là ống tủy loại III (25%), loại V (18,8%), loại IV (15,6%), loại VIII (6,3%), loại II (3,1%) và không gặp răng nào có ống tủy loại VI và VII. **Kết luận:** Các răng hàm lớn thứ hai hàm dướicó chân dạng chữ C ở người Việt có số lượng và hình thái ống tủy phức tạp, đa dạng.

Từ khóa: Răng hàm lớn thứ hai hàm dưới, hình thái ống tủy

SUMMARY

C-SHAPEL ROOT AND CANAL MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MANDIBULAR SECOND MORLAR

Objective: This study was to evaluate the number and the C-shaped root canal morphology in the mandibular second molars of the Vietnamese. **Subjects and methods:** We collected the mandibular second molar extracted from Vietnamese patients. The teeth after spit are cleaned out by soaking in NaOCl solution of 5.25% for 24 hours, then fixed in a 10% formol solution. Selection of C-shaped teeth in the study. Perform demineralisation, make transparent teeth, then pump Indian ink. Observe and record the number of canals and canal morphology according to Vertucci classification under scanning electron microscope. *Methods:* Preclinical study. **Results:** The C-type mandibular second molars consisted of two canals (59.4%), one canal, three canal and four canal respectively 31.2%; 6.3% and 3.1% respectively. The most common type of canal was type I (31.2%), followed by type III (25%), type V (18.8%), type IV (15.6%), Type VIII (6.3%), Type II (3.1%) and no teeth with type VI and VII canals. **Conclusion:** The C-shaped root mandibular second molars in Vietnamese have a complex and diverse number of canals.

Keywords: Mandibular second molar, canal morphology.

**Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
***Viện NCKH Y dược lâm sàng 108*
****Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quang Hưng
Email: hungdentist@gmail.com
Ngày nhận bài: 31/12/2017
Ngày phản biện khoa học: 26/1/2018
Ngày duyệt bài: 8/2/2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hình thái hệ thống ống tủy có ý nghĩa đặc biệt quan trọng trong điều trị nội nha. Hiểu biết một cách tỷ mỉ hệ thống ống tủy giúp cho quá trình điều trị tủy răng một chân, hai chân hay nhiều chân đạt được hiệu quả tốt hơn. Các nghiên cứu lâm sàng cho thấy, một tỷ lệ lớn những thất bại trong điều trị nội nha ở các bác sỹ mới vào nghề là do không nắm chắc giải phẫu hệ thống ống tủy. Trong khi đó, đối với những bác sĩ có kinh nghiệm, sự thất bại trong điều trị nội nha là do sự phức tạp của hệ thống ống tủy[2].

Trên thế giới, đã có nhiều tác giả nghiên cứu về hình thái hệ thống ống tủy như Manning (1990), Melton và Cs (1991), Haddad và Cs (1999), Vertucci [6]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, hệ thống ống tủy chân răng rất phức tạp và đa dạng về hình dạng miệng ống tủy, số lượng ống tủy chân, sự phân nhánh các ống tủy phụ, sự chia tách lỗ cuống chân răng ở những răng hàm lớn, đặc biệt là ở răng hàm lớn thứ hai hàm dưới.

Các răng hàm lớn thứ hai hàm dưới có giải phẫu ống tủy rất phức tạp với hệ ống tủy đa dạng, đặc biệt hệ ống tủy dạng C rất khó thực hiện việc đưa dụng cụ vào, làm sạch và lấp đầy. Những khác biệt thường xuyên được tìm thấy trong hệ ống tủy chân răng hàm lớn thứ hai hàm dưới không những đưa ra sự thách thức lớn đối với các nhà lâm sàng và còn gây ảnh hưởng đến kết quả của quá trình điều trị nội nha (Vertucci F.J. - 2005).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành thu thập các răng hàm lớn thứ hai hàm dưới được nhổ từ những bệnh nhân người Việt Nam. 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%. Trong tổng số 113 răng hàm lớn thứ hai hàm dưới được thu thập, 32 răng có chân dạng chữ C. Lựa chọn những răng có chân dạng chữ C vào nghiên cứu. Tiến hành khử khoáng, làm răng trong suốt, sau đó bơm mực Ấn Độ. Quan sát và ghi nhận số lượng ống tủy và hình thái ống tủy theo phân loại của Vertucci [6] dưới kính hiển vi điện tử quét.

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

III. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu trên thực nghiệm ở32răng hàm lớn thứ hai hàm dướicó chân dạng chữ C, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Số lượng ống tủy ở răng có chân dạng chữ C

Bảng 1. Phân bố số lượng ống tủy với số lượng chân răng

Số lượng ống tủy	Răng 1 chân	Răng 2 chân	Tổng
1 ống tủy	10(34,5%)	0 (0%)	10(31,2%)
2 ống tủy	18(62,1%)	1(33,3%)	19(59,4%)
3 ống tủy	0 (0%)	2(66,7%)	2 (6,3%)
4 ống tủy	1 (3,4%)	0 (0%)	1 (3,1%)
Tổng	29(100%)	3(100%)	32(100%)

Kết quả số lượng ống tủy ở răng có chân dạng chữ C cho thấy, răng có 2 ống tủy gặp nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 59,4% và ít gặp nhất là có 4 ống tủy, chiếm tỷ lệ 3,1%. Ở các răng 1 chân, tỷ lệ răng có 1 ống tủy, 2 ống tủy, 3 ống tủy và 4 ống tủy lần lượt là 34,5%; 62,1%; 0% và 3,4%. Ở các răng 2 chân, không có răng nào có 1 hay 4 ống tủy. Tỷ lệ răng 2 chân có 3 ống tủy (chiếm 66,7%) cao hơn răng có 2 ống tủy (chiếm 33,3%).

Răng 1 ống tủy **Răng 2 ống tủy** **Răng 3 ống tủy**

Bảng 2. Phân bố số lượng ống tủy với dạng chân răng chữ C

Số lượng ống tủy	1 ống tủy	2 ống tủy	3 ống tủy	4 ống tủy	Tổng
1 chân chữ C	9 (52,9%)	8 (47,1%)	0	0	17 (100%)
2 chân chập hoàn toàn	1 (8,3%)	10 (84,0%)	0	1 (8,3%)	12 (100%)
2 chân chập không hoàn toàn	0	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0	3 (100%)
Tổng	10 (31,2%)	19 (59,4%)	2 (6,3%)	1 (3,1%)	32 (100%)

Bảng trên thấy, răng 1 chân chữ C chỉ có 1 hoặc 2 ống tủy, trong đó răng 1 ống tủy (52,9%) gặp nhiều hơn có 2 ống tủy (47,1%). Răng 2 chân chập hoàn toàn chủ yếu có 2 ống tủy (chiếm 84,0%), răng có 1 ống tủy và 4 ống tủy đều chiếm tỷ lệ 8,3% và không có trường hợp nào có 3 ống tủy. Răng 2 chân chập không hoàn toàn, 66,7% các răng có 3 ống tủy và 33,3% các răng có 2 ống tủy.

3.2. Phân loại hình thái ống tủy ở răng có chân chữ C theo Vertucci

Bảng 3. Phân loại ống tủy răng có chân dạng chữ C theo Vertucci [6]

Loại ống tủy	Số lượng	Tỷ lệ %
Loại I	10	31,2
Loại II	1	3,1
Loại III	8	25,0
Loại IV	5	15,6
Loại V	6	18,8
Loại VI	0	0
Loại VII	0	0
Loại VIII	2	6,3
Tổng	**32**	**100**

Ở các răng có chân dạng chữ C, hình thái ống tủy hay gặp nhất là loại I (chiếm tỷ lệ 31,2%), tiếp theo là ống tủy loại III (25%), loại V (18,8%), loại IV (15,6%), loại VIII (6,3%), loại II (3,1%) và không gặp răng nào có ống tủy loại VI và VII.

Ống tủy loại II **Ống tủy loại V** **Ống tủy loại VIII**

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 32 răng hàm lớn thứ hai hàm dưới có chân dạng chữ C được khử khoáng và làm trong suốt, sau đó bơm mực Ấn Độ để quan sát và ghi nhận số lượng và hình thái ống tủy. Đây là phương pháp được nhiều tác giả sử dụng để nghiên cứu về hình thái hệ thống ống tủy, đặc biệt là những răng có giải phẫu ống tủy phức tạp như răng hàm lớn thứ hai hàm dưới (Akhlaghi N.M. và Cs - 2016), (Neelakantan P. và Cs - 2010), Sert và Cs [5]. Theo Sert và Cs [5], nhuộm mầu và làm răng trong suốt là một trong những phương pháp nghiên cứu chính xác nhất về hình thái hệ thống ống tủy.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy, các răng hàm lớn thứ hai hàm dưới có chân dạng chữ C có thể có 1, 2, 3, thậm chí 4 ống tủy. Trong đó, hay gặp nhất là răng có 2 ống tủy, chiếm 59,4% các trường hợp (19/32 răng). 10/32 răng có 1 ống tủy (chiếm tỷ lệ 31,2%), răng có 3 ống tủy được thấy ở 2 răng (chiếm 6,3%) và 1 răng có 4 ống tủy (chiếm tỷ lệ 3,1%).

Ở các răng 1 chân, bao gồm 17 răng 1 chân chữ C và 12 răng có 2 chân chập hoàn toàn, chúng tôi thấy các răng 1 chân chữ C chỉ có 1 ống tủy (9/17 răng) hoặc 2 ống tủy (8/17 răng), trong khi đa số (84%) các răng 2 chân chập hoàn toàn có 2 ống tủy (10/12 răng). Cũng ở nhóm răng có 2 chân chập hoàn toàn, chúng tôi gặp 1 trường hợp có 4 ống tủy và đây cũng là răng có số lượng ống tủy nhiều nhất trong nghiên cứu. Ở các răng có 2 chân chập không hoàn toàn, 100% các chân gần có 1 ống tủy, còn ở các chân xa, 1/3 răng có 1 ống tủy và 2/3 răng có 2 ống tủy.

Về hình thái ống tủy, chúng tôi thấy các chân răng dạng chữ C có hình thái ống tủy khá phức tạp. Theo phân loại của Vertucci [6], có 6 loại hình thái ống tủy được thấy ở các răng có chân chữ C trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong đó, hình thái ống tủy loại I hay gặp nhất (10/32 răng), chiếm tỷ lệ 31,2%. Loại hình thái ống tủy cũng hay gặp ở các chân răng chữ C là ống tủy loại III, chúng tôi thấy 8/32 răng có ống tủy loại này, chiếm tỷ lệ 25%. Tiếp đến là các hình thái ống tủy loại V (chiếm tỷ lệ 18,8%) và ống tủy loại IV (chiếm 15,6%). Dạng hình thái ống tủy ít gặp hơn là ống tủy loại VIII, chúng tôi thấy có mặt ở 2 răng, trong đó 1 răng có chân chập không hoàn toàn, với chân gần có 1 ống tủy và chân xa có 2 ống tủy, 1 trường hợp có ống tủy loại VIII còn lại là ở răng có chân chập hoàn toàn, với 4 ống tủy riêng biệt, sau đó 2 ống tủy nhập lại thành 1 ở 1/3 chóp và cùng với 2 ống tủy còn lại đi ra khỏi chân răng bởi 3 lỗ chóp riêng biệt. Ngoài ra, chúng tôi thấy 1 răng chân chập hoàn toàn có 2 ống tủy từ buồng tủy, khi đến gần lỗ chóp thì chập lại thành 1 ống tủy và thoát ra khỏi chân răng bởi 1 lỗ chóp, đối chiếu với phân loại của Vertucci, chúng tôi xếp trường hợp này vào dạng hình thái ống tủy loại II.

Một số nghiên cứu về số lượng và hình thái răng hàm lớn thứ hai hàm dưới có chân dạng chữ C cho kết quả như sau: Nghiên cứu của Chu Thị Trâm Anh [1]ở 52 răng hàm lớn thứ hai hàm dưới nhận thấy, tỷ lệ có 1 ống tủy, 2 ống tủy, 3 ống tủy và 4 ống tủy lần lượt là 3,85%; 17,31%; 71,15% và 7,69%. Tác giả cũng báo cáo, 90% các chân xa có 1 ống tủy và 10% có 2 ống tủy, trong khi đó, các tỷ lệ tương ứng ở chân gần lần lượt là 20% và 80%. Tuy nhiên, Chu Thị Trâm Anh tiến hành nghiên cứu trên lâm sàng và trên tất cả các răng hàm lớn thứ hai hàm dưới. Do vậy, nghiên cứu đưa ra kết quả số lượng ống tủy ở các răng hàm lớn thứ hai hàm dưới nói chung, mà không đưa ra số lượng ống tủy ở các răng có ống tủy dạng chữ C.

Trong nghiên cứu hình thái ống tủy răng hàm lớn thứ hai hàm dưới ở người Trung Quốc của Zhang và Cs [7], lại đưa ra một tỷ lệ lớn các chân răng hàm lớn thứ hai hàm dưới dạng chữ C có 1 ống tủy cao hơn hẳn so với răng có 2 hay 3 ống tủy. Trong số 45 răng có chân dạng chữ C được nghiên cứu thì, 26 răng có 1 ống tủy (chiếm tỷ lệ 57,8%), 13 răng có 2 ống tủy (chiếm tỷ lệ 28,9%) và 6 răng có 3 ống tủy (chiếm tỷ lệ 13,3%). Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tác giả chỉ đưa ra phân loại hình thái

ống tủy của các răng hàm lớn thứ hai hàm dưới nói chung mà không đưa ra tỷ lệ các loại hình thái ống tủy ở các răng có chân dạng chữ C, do vậy chúng tôi không có số liệu để so sánh về hình thái hệ thống ống tủy.

Ladeira và Cs [4], sử dụng phim chụp cắt lớp để đánh giá hình thái ống tủy ở răng hàm lớn thứ hai hàm dưới của người Brazin. Kết quả cho thấy, 62 trong tổng số 406 răng được nghiên cứu có ống tủy dạng chữ C. Trong đó, 11 răng có 1 ống tủy (chiếm tỷ lệ 17,7%), 23 răng có 2 ống tủy (chiếm tỷ lệ 37,1%), 27 răng có 3 ống tủy (chiếm tỷ lệ 43,5%) và chỉ thấy 1 răng có 4 ống tủy (chiếm tỷ lệ 1,6%). Nghiên cứu cũng đưa ra kết quả về hướng chiều cong của ống tủy chữ C, theo đó, 69,4% các trường hợp có phần cong ống tủy chữ C hướng ra ngoài và 30,6% các trường hợp còn lại hướng về phía lưỡi.

V. KẾT LUẬN

Răng hàm lớn thứ hai hàm dưới có chân dạng chữ C ở người Việt là răng có đặc điểm giải phẫu phức tạp, đa dạng về hình thái và có số lượng ống tủy khá cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chu Thị Trâm Anh (2009),** *Nhận xét hình thái ống tủy và đánh giá kết quả điều trị tủy răng hàm lớn thứ hai hàm dưới*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.49-65.
2. **Lê Thị Hường (2010),** *Nghiên cứu hình thái răng và hệ thống ống tủy răng số 5, số 7 đề xuất ứng dụng trong điều trị nội nha*, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Bộ Quốc phòng, tr.19-102.
3. **Demirbuga S., Sekerci A.E., et al. (2013),** Use of cone-beam computed tomography to evaluate root and canal morphology of mandibular first and second molars in Turkish individuals. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 18, pp.e737-744.
4. **Ladeira D.B., Cruz A.D., et al. (2014),** Prevalence of C-shaped root canal in a Brazilian subpopulation: a cone-beam computed tomography analysis, *Braz Oral Res*. 28, pp.39-45.
5. **Sert S., Aslanalp V., et al. (2004),** Investigation of the root canal configurations of mandibular permanent teeth in the Turkish population, *International Endodontic Journal*, 37(7), pp.494-499,
6. **Vertucci F.J. (1984),** Root canal anatomy of the human permanent teeth, *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 58, pp.589-599.
7. **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.

NGHIÊN CỨU BÀO CHẾ HỆ PHÂN TÁN RẮN CHỨA ACECLOFENAC ĐỂ TĂNG TÁC DỤNG CHỐNG VIÊM, GIẢM ĐAU

Nguyễn Văn Bạch*, Nguyễn Thị Hồng Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng được công thức bào chế và đánh giá được một số đặc tính lý hóa của hệ phân tán rắn (HPTR) aceclofenac (ACE). **Phương pháp nghiên cứu:** Bào chế HPTR ACE bằng phương pháp đun chảy và bốc hơi dung môi. Khảo sát ảnh hưởng của tá dược làm chất mang: PEG 4000, PEG 6000 và PVP K30 tới đặc tính của hệ phân tán rắn thu được. **Kết quả:** HPTR chứa chất mang PVP K30 với tỷ lệ 1:7 (so với dược chất) cải thiện được độ tan và độ hòa tan của ACE lớn nhất. Độ tan tăng gấp 9,89 lần so với nguyên liệu. Trong khi đó, độ hòa tan tăng gấp 4,53 lần tại thời điểm 120 phút. Kết quả phổ X-ray, giản đồ nhiệt DSC và chụp SEM cho thấy: Aceclofenac tồn tại phần lớn ở dạng vô định hình. **Kết luận:** đã bào chế được HPTR ACE theo phương pháp bốc hơi dung môi và đánh giá được một số đặc tính của HPTR bào chế được.

Từ khóa: Aceclofenac, PEG 4000, PEG 6000, PVP K30, hệ phân tán rắn.

**Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bạch
Email: bachqy@yahoo.com
Ngày nhận bài: 06/1/2018
Ngày phản biện khoa học: 29/1/2018
Ngày duyệt bài 8/3/2018

SUMMARY

RESEARCH ON THE MANUFACTURE OF ACECLOFENAC SOLID DISPERSION TO INCREASE ANTI-INFLAMMATORY AND ANALGESIC ACTIVITIES

Objectives: Develop and evaluate some physicochemical properties of Aceclofenac solid dispersions. Methods: Aceclofenac solid dispersions were prepared by 2 methods: melting and solvent evaporation. The effects of the excipients as carriers: PEG 4000, PEG 6000 and PVP K30 on the characteristics of the solid dispersion system were evaluated. ***Results:*** Evaluation by dissolution test showed the obtained improved the solubility and dissolution rate of ACE, and the formula with ACE:PVP K30 (1:7) prepared by solvent evaporation method showed the best solubility and dissolution rate, exceeding 9.89 times and 4.53 times at 120 minutes, respectively. X-ray, DSC and SEM showed that Aceclofenac existed mostly in amorphous form. ***Conclusion:*** The formulation and properties of Aceclofenac solid dispersions were established.

Keywords: Aceclofenac, PEG 4000, PEG 6000, PVP K30, Solid dispersion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Aceclofenac là một thuốc chống viêm thế hệ mới không steroid, có tác dụng chống viêm và

giảm đau trong các cơn đau như: Viêm cột sống dính khớp, viêm xương khớp và viêm khớp dạng thấp. Do độ tan của Aceclofenac trong nước thấp và tốc độ tan nhỏ hơn tốc độ hấp thu, làm hạn chế sinh khả dụng của thuốc khi dùng đường uống. Aceclofenac hòa tan kém trong dung dịch nước và hệ đệm có pH từ 1,2 – 7,5 dẫn đến hạn chế độ hòa tan giải phóng dược chất [2].

Ngày nay, có rất nhiều phương pháp để cải thiện độ tan của thuốc kém tan trong nước. Trong đó, hệ phân tán rắn là một kỹ thuật được áp dụng thành công nhất cho hiệu quả kinh tế và thuận lợi trong bào chế. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu cải thiện độ tan và tốc độ hòa tan của Aceclofenac bằng kỹ thuật tạo hệ phân tán rắn.

II. NGUYÊN VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Nguyên liệu: Aceclofenac chuẩn (Viện kiểm nghiệm TPHCM- ISO/IEC17025), Aceclofenac (Mỹ - BP 2011), PEG 6000 (Đức – USP 23), PEG 4000 (Đức – USP 23), PVP K30 (Trung Quốc - BP 2003), Acetonitril, Orthophosphoric, Methanol, một số dung môi, hóa chất khác đạt tiêu chuẩn phân tích.

2.2. Thiết bị: Máy thử độ hòa tan SR8 plus Handson reseach (Mỹ), máy quang phổ LABOMED UV-VIS Spectro UVD 2960 (Mỹ), máy đo quang phổ hồng ngoại IR: FTIR Affinity - 1S, Shimadzu (Nhật), thiết bị nhiễu xạ tia X D8 BRUCKER ADVANCE (Đức), kính hiển vi điện tử quét S-4800 (Nhật), máy phân tích nhiệt vi sai DSC 131, Setaram (Pháp), các dụng cụ thí nghiệm khác đạt tiêu chuẩn phân tích và bào chế.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp bào chế hệ phân tán rắn

Tiến hành bào chế hệ phân tán rắn Aceclofenac theo 2 phương pháp:

- *Phương pháp đun chảy:* Cân khoảng 5,00 g Aceclofenac và chất mang (PEG 4000, PEG 6000) theo các tỷ lệ 1:1; 1:3; 1:5 và 1:7. Đun cách thủy chất mang cho nóng chảy hoàn toàn. Thêm Aceclofenac, vừa đun vừa khuấy ở nhiệt độ khoảng 70°C cho đến khi tan hết, thu được dung dịch trong suốt. Làm lạnh nhanh bằng nước đá. Đồng thời, khuấy liên tục cho tới khi thu được hỗn hợp đông đặc. Để ổn định trong bình hút ẩm trong 24 giờ. Sau đó, nghiền nhỏ và rây qua rây 0,315 mm.

- *Phương pháp bốc hơi dung môi:* Cân khoảng 5,00 g Aceclofenac và chất mang (PEG 4000, PEG 6000, PVP K30) theo tỉ lệ 1:1; 1:3; 1:5; 1:7. Hòa tan dược chất và chất mang trong 100 ml ethanol 96% (hoặc Dicloromethan) trên máy khuấy từ cho tới khi thu dung dịch đồng nhất. Nâng nhiệt độ của máy khuấy từ lên 60-70ºC để bốc hơi dung môi hoàn toàn tới khi thu được khối dẻo. Sấy khô trong tủ sấy ở nhiệt độ 40 - 50ºC cho tới khi độ ẩm nhỏ hơn 1%. Để hỗn hợp ổn định trong bình hút ẩm trong 24 giờ. Nghiền nhỏ và rây qua rây 0,315mm.

2.3.2. Phương pháp đánh giá một số đặc tính của HPTR ACE

- *Phương pháp đánh giá độ tan của Aceclofenac:* Cho một lượng dư Aceclofenac vào bình nón chứa 20 ml môi trường (nước cất, HCl 0,1N hoặc dung dịch đệm phosphat pH 6,8). Các mẫu được lắc siêu âm trong 10 phút ở nhiệt độ phòng và lắc ngang trong 24 giờ ở 37 ± 0,1°C. Lọc qua giấy lọc Whatmann và sử dụng phương pháp quang phổ UV Vis để định lượng dược chất trong môi trường hòa tan [3].

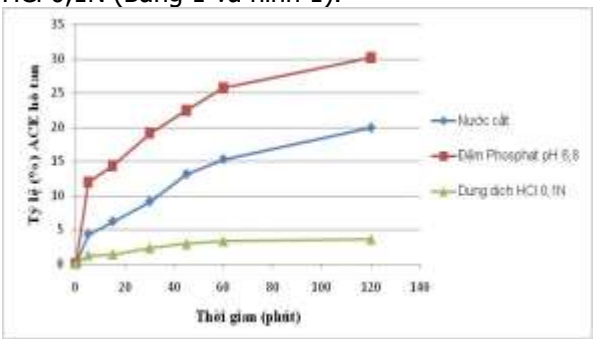
- *Phương pháp đánh giá độ hòa tan của Aceclofenac nguyên liệu và trong HPTR*: Thiết bị: máy đo độ hòa tan kiểu cánh khuấy. Tốc độ khuấy: 50 vòng/ phút. Nhiệt độ: 37 ± 0,5ºC. Môi trường hòa tan: 900ml nước cất hoặc dung dịch đệm phosphat pH 6,8 hoặc HCl 0,1N. Thời điểm lấy mẫu: 5, 15, 30, 45, 60 và 120 phút. Lượng Aceclofenac giải phóng được xác định bằng phương pháp đo quang ở λ_{max}. Dựa vào nồng độ dung dịch chuẩn để tính nồng độ Aceclofenac được giải phóng. Mẫu trắng là môi trường hòa tan [4].

- *Phương pháp đánh giá đặc tính của HPTR:* Phổ X-Ray, phổ IR, nhiệt vi sai (DSC), chụp SEM.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả khảo sát độ tan và độ hòa tan của aceclofenac

*Đo độ tan và độ hòa tan của ACE trong cả 3 môi trường nước cất, đệm Phosphat pH 6,8 và HCl 0,1N (Bảng 1 và hình 1).



Hình 1. Đồ thị biểu diễn độ hòa tan của ACE trong 3 môi trường

Kết quả cho thấy: Độ tan của ACE trong đệm phosphat pH 6,8 là cao nhất, thấp nhất là trong dung dịch HCl 0,1N. Kết quả này hoàn toàn phù

hợp với tác giả *Furqan A. M.* và CS [3]. Độ hòa tan của ACE trong môi trường nước cất tại thời điểm 120 phút là 19,94 %. Trong khi đó, độ hòa tan của ACE trong môi trường đệm phosphat pH 6,8 và môi trường dung dịch HCl 0,1N lần lượt là 30,17% và 3,60%. Như vậy, với môi trường HCl 0,1N, hầu như ACE không tan, đệm phosphat pH 6,8 tương đối dễ tan hơn so với trong nước cất. Như vậy, ở cả 3 môi trường khảo sát, thì sự hòa tan của ACE là tương đối kém. Để thuận tiện cho quá trình đo độ tan và độ hòa tan HPTR sau này, chúng tôi chọn môi trường hòa tan là nước cất.

Bảng 1: Kết quả đo độ tan của ACE trong 3 môi trường(n=6, X ±SD)

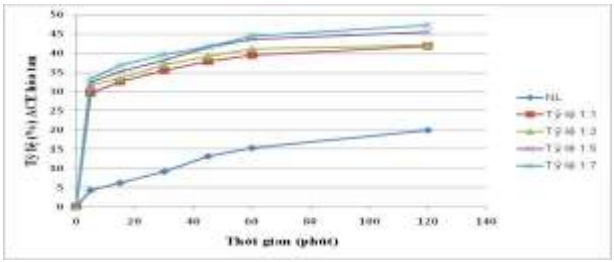
Độ tan (mg/ml)		
Nước cất	***Đệm Phosphat pH 6,8***	***HCl 0,1N***
0,0730 ± 0,0014	6,5233 ± 0,0935	0,0170 ± 0,0003

3.2. Kết quả bào chế hệ phân tán rắn ACE

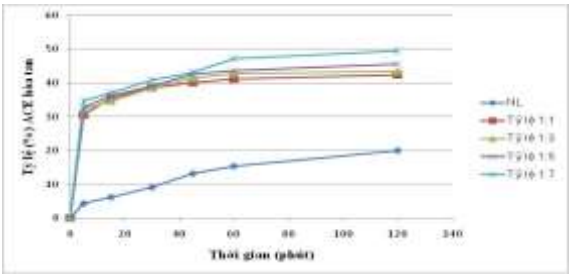
**Khảo sát ảnh hưởng của PEG 4000, PEG 6000 bằng phương pháp đun chảy:* Tiến hành bào chế HPTR ACE với chất mang PEG 4000 và PEG 6000 theo các tỉ lệ xác định 1:1, 1:3, 1:5, 1:7 bằng phương pháp đun chảy. Kết quả đánh giá độ tan và độ hòa tan của từ các HPTR (Bảng 2 và ở hình 2):

Bảng 2: Độ tan của ACE từ HPTR với chất mang PEG 4000, PEG 6000 bằng phương pháp đun chảy (n=6, $\overline{X}$ ±SD)

Tiêu chí	NL	HPTR							
		ACE : PEG 4000				ACE : PEG 6000			
		1:1	1:3	1:5	1:7	1:1	1:3	1:5	1:7
Độ tan (mg/ml)	0,0730± 0,0014	0,1261± 0,0025	0,2711± 0,0052	0,4150± 0,0072	0,448± 0,0097	0,1470± 0,0029	0,2981± 0,0060	0,4360± 0,0046	0,496± 0,0083
So với NL(lần)		1,73	3,71	5,68	6,14	2,01	4,08	5,97	6,81



(A)



(B)

Hình 2. Đồ thị biểu diễn độ hòa tan của ACE từ HPTR với PEG 4000 (A) và với PEG 6000 (B)

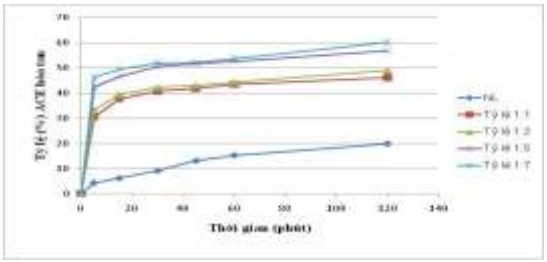
Kết quả cho thấy: Độ tan của ACE trong HPTR với chất mang PEG 4000, PEG 6000 tăng hơn so với độ tan nguyên liệu và tăng dần từ tỷ lệ 1:1, 1:3, 1:5 tới 1:7. Với tỷ lệ 1:7, HPTR PEG6000 có độ tan lớn nhất, tăng gấp 6,81 lần so với nguyên liệu. Độ hòa tan của ACE đã được cải thiện rõ rệt so với dạng nguyên liệu khi bào chế HPTR của ACE với chất mang là PEG 4000 và PEG 6000 bằng phương pháp đun chảy. Trong đó, HPTR với chất mang là PEG 6000 cải thiện độ hòa tan tốt hơn HPTR với chất mang là PEG 4000. Sau 120 phút, ở tỉ lệ 1:7, từ HPTR với chất mang là PEG 4000, độ hòa tan của ACE tăng gấp 2,37 lần so với nguyên liệu, còn với chất mang là PEG 6000, độ hòa tan đã tăng lên gấp 2,48 lần.

**Khảo sát ảnh hưởng của PVP K30, PEG 4000, PEG 6000 bằng phương pháp bốc hơi dung môi:* Tiến hành bào chế HPTR của ACE với chất mang PEG 4000, PEG 6000 và PVP K30 ở các tỉ lệ 1:1; 1:3; 1:5; 1:7 được bào chế bằng phương pháp bốc hơi dung môi. Kết quả đánh giá độ tan, độ hòa tan của ACE từ các HPTR (Bảng 3 và hình 3).

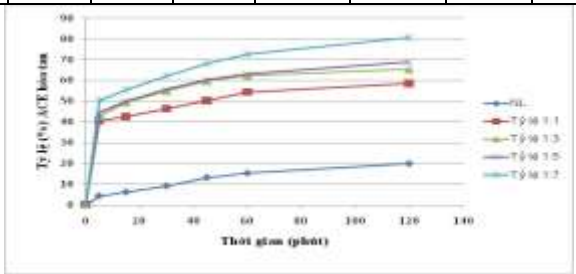
Bảng 3. Độ tan của ACE từ HPTR với chất mang PEG 4000, PEG 6000 và PVP K30 (n=6, $\overline{X}$ ±SD)

Tiêu chí	NL	HPTR											
		ACE : PEG 4000				ACE : PEG 6000				ACE : PVP K30			
		1:1	1:3	1:5	1:7	1:1	1:3	1:5	1:7	1:1	1:3	1:5	1:7
Độ tan (mg/	0,073 0±0,0	0,2180 ±	0,3289 ±	0,4794 ±	0,5471 ±	0,2683 ±	0,3979 ±	0,5364 ±	0,6172 ±	0,2308 ±	0,3519 ±	0,5865 ±	0,722 ±

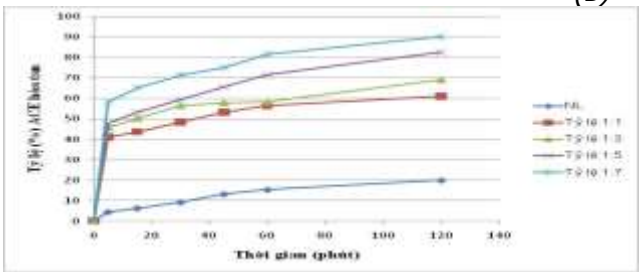
ml)	014	0,0038	0,0057	0,0077	0,0065	0,0054	0,0077	0,0050	0,0107	0,0034	0,0070	0,0141	0,0079
So sánh với NL (lần)		2,99	4,51	6,57	7,49	3,68	5,45	7,35	8,46	3,16	4,82	8,03	9,89



(A)



(B)



(C)

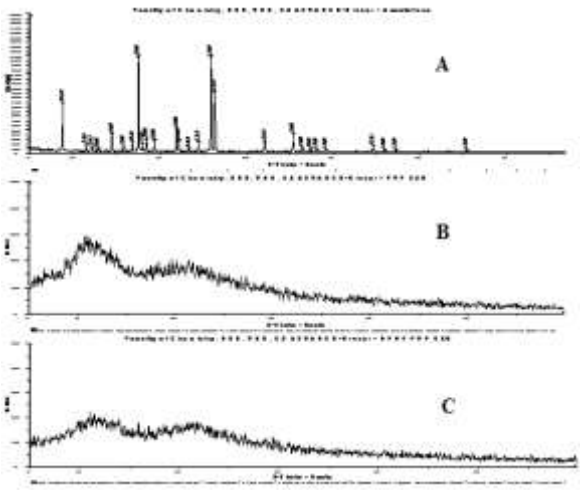
Hình 3. Đồ thị biểu diễn độ hòa tan của ACE từ HPTR với PEG 4000 (A), PEG 6000 (B) và PVP K30 (C)

Kết quả cho thấy: Độ tan của ACE từ HPTR bào chế bằng phương pháp bốc hơi dung môi tăng hơn so với độ tan nguyên liệu và tăng dần từ tỷ lệ 1:1, 1:3, 1:5 tới 1:7. Với tỷ lệ 1:7, HPTR PEG 4000 có độ tan tăng gấp 7,49 lần, HPTR của PEG 6000 có độ tan tăng gấp 8,46 lần và HPTR của PVP K30 có độ tan tăng lớn nhất là 9,86 lần so với ACE nguyên liệu. Bằng phương pháp bốc hơi dung môi, HPTR với chất mang là PVP K30 ở tỷ lệ 1:7 cho độ hòa tan cao nhất, đã cải thiện đáng kể độ hòa tan của ACE, tăng gấp 4,53 lần so với nguyên liệu. Do đó chọn chất mang là PVP K30 tỷ lệ 1:7 để bào chế HPTR chứa ACE.

3.3. Kết quả đánh giá một số tính chất của HPTR chứa ACE

Nhận xét: Hình ảnh phổ cho thấy ACE nguyên liệu tồn tại ở dạng kết tinh còn PVP K30 không có đỉnh pic đặc trưng nên ở dạng vô định hình, HPTR tạo thành cho các đỉnh nhiễu xạ gần giống với PVP K30, không thấy xuất hiện các đỉnh nhiễu xạ hẹp và nhọn của ACE nguyên liệu ở HPTR chứng tỏ ACE trong HPTR các phân tử dược chất đã chuyển sang dạng vô định hình. Điều đó cũng chứng minh rằng HPTR của ACE và PVP K30 lại có thể cải thiện được độ tan của dược chất. Kết quả này cũng phù hợp với nhận định của Furqan A. M. và các cộng sự [3].

*Kết quả đánh giá bằng phương pháp nhiễu xạ tia X (Hình 4).



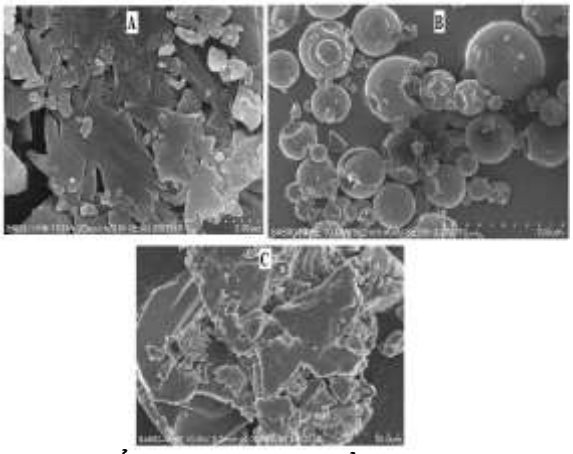
Hình 4. Phổ nhiễu xạ tia X của ACE (A), PVP K30 (B) và HPTR ACE (C)

**Kết quả đánh giá bằng quang phổ phổ hồng ngoại:* Kết quả phổ IR cho thấy phổ của ACE nguyên liệu tương đồng với phổ HPTR. Điều này chỉ ra rằng không có sự tương tác giữa các thành phần nguyên liệu với chất mang trong HPTR.

**Kết quả đánh giá phân tích nhiệt (DSC):* Giản đồ nhiệt của ACE cho thấy có một pic thu nhiệt ở khoảng 165°C tương ứng với nhiệt độ nóng chảy

của ACE. Trên giản đồ nhiệt của PVP K30, không thấy xuất hiện pic có đỉnh cao, nhọn mà chỉ thấy một pic thu nhiệt rộng từ 50°C - 150°C. Ở HPTR, không còn thấy xuất hiện pic thu nhiệt của ACE. Điều này chứng tỏ, HPTR có cấu trúc đồng nhất và ACE chuyển sang dạng vô định hình.

*Kết quả đánh giá bằng kính hiển vi điện tử quét (SEM) (Hình 5).



Hình 5. Ảnh chụp kính hiển vi điện tử quét của ACE (A), PVP K30 (B) và HPTR (C)

Nhận xét: Ảnh chụp kính hiển vi điện tử cho thấy ACE tồn tại ở dạng tinh thể hình que, PVP K30 là chất vô định hình có dạng hình cầu, HPTR bào chế được không còn xuất hiện các tinh thể hình que của ACE. Chứng minh rằng PVP K30 đã tạo lớp vỏ thân nước bên ngoài bao quanh ACE.

IV. KẾT LUẬN

Đã nghiên cứu bào chế được HPTR ACE theo phương pháp nóng chảy và phương pháp bốc hơi dung môi. Kết quả khảo sát lựa chọn chất mang và tỷ lệ chất mang để làm tăng độ tan của ACE trong HPTR cho thấy: HPTR chứa chất mang PVP K30 với tỷ lệ 1:7 (so với ACE) cải thiện được độ tan và độ hòa tan lớn nhất. Độ tan tăng gấp 9,89 lần so với nguyên liệu và độ hòa tan tăng gấp 4,53 lần tại thời điểm 120 phút. Kết quả nghiên cứu từ phổ X-ray, IR, giản đồ nhiệt DSC và chụp SEM cho thấy: ACE trong HPTR tồn tại phần lớn ở dạng vô định hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Elisma S., Douw G. M., Philippus L. W., Johannes P. V. (2002),** "Characterization of the complexes of furosemide with 2-hydroxypropyl-β-cyclodextrin and sulfobutyl ether-7-β-cyclodextrin", *Eur. J. Pharm. Sci.,* 16 (4–5), pp. 247-253.
2. **Francés C., Veiga M. D., Español O. M., Cadórniga R. (1991),** "Preparation, characterization and dissolution of ciprofloxacin/PEG 6000 binary systems", *Int. J. Pharm.,* 77, pp. 193-198.
3. **Furqan A. M., *et al* (2011)**, "Improvement of dissolution rate of aceclofenac by solid dispersion technique", *Powder Technology*, 207(1–3), pp. 47–54.
4. **Ramana B.V., *et al* (2013),** "Dissolution Rate Enhancement of Aceclofenac By Solid Dispersion Technique", *Sch. Acad. J. Pharm.,* 2(2), pp. 113-118.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM NỒNG ĐỘ DOPAMINE HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CẢM XÚC LƯỠNG CỰC GIAI ĐOẠN HƯNG CẢM

Nguyễn Mạnh Phát*, Ngô Ngọc Tản**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực là rối loạn tâm thần được đặc trưng bằng một hay nhiều giai đoạn hưng cảm, bệnh nguyên chưa rõ ràng, tuy nhiên, vai trò của chất dẫn truyền thần kinh dopamine được quan tâm nghiên cứu nhiều trong những năm gần đây. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và phân tích kết quả định lượng dopamine huyết tương ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn hưng cảm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang kết hợp phỏng vấn hồi cứu tiền sử 62 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn hưng cảm điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1 trong khoảng thời gian từ tháng 7/2015 đến tháng 12/2017. Tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10. **Kết quả:** Tư duy nhanh, hoang tưởng tự cao và hoang tưởng bị hại là các rối loạn tư duy phổ biến gặp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tăng khí sắc (91,94%) và cảm xúc căng thẳng (48,39%) có sự khác biệt với các rối loạn cảm xúc khác (p<0,001). Điểm hưng cảm theo thang YMRS giảm rõ rệt sau khi điều trị với p<0,001. Nồng độ Dopamin huyết tương giảm rõ rệt sau điều trị với p<0,001.

Từ khoá: Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, giai đoạn hưng cảm, nồng độ dopamine huyết tương.

**Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1*
***Bệnh viện Quân y 103*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Phát
Email: bshuy2003@yahoo.com
Ngày nhận bài: 1/2/2018
Ngày phản biện khoa học: 28/2/2018
Ngày duyệt bài: 14/3/2018

SUMMARY

CLINICAL CHARATERISTICS AND PLASMA DOPAMINE CONCENTRATIONS IN PATIENTS WITH BIOLAR DISORDER, MANIC EPISODE

Background: Bipolar disorder is a mental disorder characterized by one or more manic episodes. Dopamine plays important role in epilogy of bipolar disorser. **Objectives:** To study clinical characteristics and analysis of plasma Dopamine quantitative results in patients with manic bipolar mood disorder. **Subjects and Methods:** Cross-sectional study, retrospective cohort study of 62 inpatients with bipolar disorder, manic episode, in Central psychiatric hospital 1, from July 2015 to December 2017. Using criteria diagnosis ICD-10 (1992) for bipolar disorder. **Results:** Rapid thinking, high-pitched paranoia and paranoid delusions are common thought disorders encountered in the study population. Increased mood (91.94%) and emotional stress (48.39%) were different with other emotional disorders (p<0.001). Manuscript scores on the YMRS scale decreased markedly after treatment with p<0.001. Plasma dopamine levels were significantly reduced after treatment with p<0.001.

Keywords: Bipolar disorder, manic episode, plasma dopamine concentrations.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cảm xúc lưỡng cực là rối loạn tâm thần được đặc trưng bằng một hay nhiều giai đoạn hưng cảm, có phối hợp hoặc không phối hợp với các giai đoạn trầm cảm. Giai đoạn hưng cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, phong phú. Đến nay, các nhà tâm thần học đã cho rằng dopamine đóng vai trò quan trọng trong bệnh sinh của cơn hưng cảm trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực.

Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đi sâu về mối liên quan giữa lâm sàng và nồng độ dopamine huyết tương của các bệnh nhân này. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả xét nghiệm nồng độ Dopamine huyết tương ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn hưng cảm*" nhằm mục tiêu sau: Mô tả đặc điểm lâm sàng và xác định nồng độ dopamine huyết tương ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực, giai đoạn hưng cảm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu : Đối tượng nghiên cứu gồm 62 bệnh nhân người được chẩn đoán xác định là rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại giai đoạn hưng cảm được điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1 từ tháng 7/2015 đến tháng 12/2017. Tất cả những bệnh nhân này đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 (1992) ở một trong các mục sau:

- F31.0 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm nhẹ.
- F31.1 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm không có các triệu chứng loạn thần.
- F31.2 Rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn hưng cảm có các triệu chứng loạn thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang, có kết hợp với phỏng vấn hồi cứu để khai thác tiền sử cá nhân, tiền sử gia đình, phân tích từng trường hợp. Cụ thể:

+ Phân tích đặc điểm lâm sàng của 62 bệnh nhân nghiên cứu.

+ Phân tích điểm thang hưng cảm YMRS của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu.

+ Phân tích nồng độ dopamine huyết tương của các bệnh nhân trên.

Mô tả lâm sàng giai đoạn hưng cảm, sử dụng thang đánh giá hưng cảm YMRS và lấy máu định lượng nồng độ dopamine tại hai thời điểm :

T1: tuần đầu tiên từ khi bệnh nhân vào viện.

T2: sau lần nhất 30 ngày.

Số liệu được xử lý và phân tích trên chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Rối loạn hình thức tư duy

Bệnh nhân / Triệu chứng	Khám lần 1		Khám lần 2		p
	n=62	TL (%)	n=62	TL (%)	
Tư duy nhanh	59	95,16	13	20,97	p<0,001
Tư duy dồn dập	13	20,97	0	0	
Tư duy không liên quan	3	4,84	0	0	

Bảng 1 cho thấy, triệu chứng tư duy nhanh gặp ở hầu hết bệnh nhân nghiên cứu (95,16%), tiếp đến là tư duy dồn dập (20,97%). Kết quả này giống với mô tả về rối loạn hình thức tư duy theo DSM5 của hội tâm thần học Mỹ (2013).

Bảng 2. Đặc điểm hoang tưởng

Bệnh nhân / Hoang tưởng	Khám lần 1		Khám lần 2		p
	n=62	TL (%)	n=62	TL (%)	
Bị truy hại	19	30,65	0	0	p<0,001
Ghen tuông	4	6,45	0	0	
Tự cao	42	67,74	2	3,23	

Bảng 2 cho thấy, hoang tưởng tự cao và hoang tưởng bị hại là là loại hoang tưởng hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ lần lượt là 67,74% và 30,65%. Kết quả này phù hợp với ý kiến của Cao Tiến Đức (2016), tác giả cho rằng hoang tưởng tự cao rất phổ biến, chiếm đa số ở các bệnh nhân hưng cảm có loạn thần.

Bảng 3. Sự chi phối hành vi của hoang tưởng

Bệnh nhân / Chi phối	Khám lần 1		Khám lần 2		p
	n=44	TL (%)	n=44	TL (%)	
Không chi phối	8	18,18	1	2,27	p<0,001
Có chi phối	36	81,82	1	2,27	

Bảng 3 cho thấy, 81,82% bệnh nhân có hoang tưởng chi phối hành vi người bệnh, 18,18% bệnh nhân hoang tưởng không chi phối hành vi. Kết quả này phù hợp với Kay Jerald (2006) và Kaplan H.I. (2015) khi cho rằng hầu hết hoang tưởng chi phối hành vi của bệnh nhân.

Bảng 4. Các triệu chứng rối loạn cảm xúc

Bệnh nhân / Triệu chứng	Khám lần 1		Khám lần 2		p
	n=62	TL (%)	n=62	TL (%)	
Tăng khí sắc	62	100	12	19,35	p<0,001
Cảm xúc không ổn định	10	16,13	1	1,61	
Cảm xúc bùng nổ	21	33,87	2	3,22	
Cảm xúc căng thẳng	30	48,39	3	4,84	

Bảng 4 cho thấy ở lần khám đầu là 100% bệnh nhân nghiên cứu có tăng khí sắc, tiếp đến là các rối loạn cảm xúc căng thẳng (48,39%), cảm xúc bùng nổ (33,87%). Ở lần khám thứ 2 có 19,35% đối tượng nghiên cứu còn tăng khí sắc. Kết quả này phù hợp với Trần Như Minh Hằng (2006) khi cho rằng khí sắc tăng gặp ở tất cả các bệnh nhân, còn cảm xúc căn thẳng gặp ở khoảng một nửa số bệnh nhân.

Bảng 5. Các triệu chứng rối loạn hoạt động

Bệnh nhân / Triệu chứng	Khám lần 1		Khám lần 2		p
	n=62	TL (%)	n=62	TL (%)	
Tăng hoạt động	57	91,94	9	14,52	p<0,001
Can thiệp xung quanh	34	54,84	4	6,45	
Kích động vận động	31	50	0	0	
Tiêu tiền phung phí	12	19,35	1	1,61	
Không hợp tác	13	20,97	1	1,61	

Bảng 5 cho thấy tăng hoạt động là rối loạn hoạt động hay gặp nhất, chiếm 91,94%, tiếp đến là can thiệp xung quanh (54,84%), không hợp tác (20,97%), tiêu tiền phung phí (19,35%). Kết quả này phù hợp với Kay Jerald (2006), Kazhungil F. (2016) khi cho rằng bệnh nhân hưng cảm hoạt động quá nhiều, can thiệp vào mọi việc xung qanh và kích động vận động.

Bảng 6. Điểm YMRS

Chỉ số thống kê / Kết quả	n=62	X	SD	SE	CI
Lần 1	62	32,05	7,48	0,95	30,15-33,95
Lần 2	62	11,23	6,30	0,80	9,63-12,83

Bảng 6 cho thấy điểm hưng cảm YMRS của đối tượng nghiên cứu ở lần 1 là X=32,05± 7,48; lần 2 là X=11,23± 6,30. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001 (Z=-6,84. Kiểm định dấu hạng Wilcoxon). Kesten S. R. (2016) cũng nhận thấy điểm thang YMRS cao rõ rệt ở cơn hưng cảm so với nhóm chứng.

Bảng 7. Nồng độ dopamine huyết tương

Chỉ số / Kết quả	n	**X** (ng/ml)	**95%CI** (ng/ml)	**SD**(ng/ml)	**SE** (ng/ml)
XN lần 1	62	31,18	29,03-33,03	7,40	0,93
XN lần 2	62	17,57	16,05-19,10	5,95	0,76

Bảng 7 cho thấy, nồng độ dopamine huyết tương trung bình ở lần xét nghiệm 1 là X=31,18 ±7,40ng/ml; lần 2 là X=16,05± 5,95ng/ml. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,001 (t=13,99). Kết quả này phù hợp với Ledonne A. (2017), tác giả nhận thấy nồng độ dopamine huyết tương của bệnh nhân hưng cảm có sự thay đổi rõ rệt trước và sau điều trị.

IV. KẾT LUẬN

- Tư duy nhanh gặp ở 95,16%.
- Hoang tưởng tự cao và hoang tưởng bị hại có tỷ lệ lần lượt 67,74% và 30,65%.
- 81,82% bệnh nhân có hoang tưởng chi phối hành vi của bệnh nhân.
- Tăng khí sắc (100%) và cảm xúc căng thẳng (48,39%) có sự khác biệt với các rối loạn

cảm xúc khác.

- Tăng hoạt động chiếm 91,94%, can thiệp xung quanh (54,84%).

- Điểm hưng cảm theo thang YMRS lần 1 là X=32,05±7,48; lần 2 là X=11,23± 6,30.

- Nồng độ dopamin huyết tương lần xét nghiệm 1 là X=31,18± 7,40ng/ml, lần 2 là X=16,05± 5,95ng/ml.

- Khi so sánh sự khác biệt giữa hai thời điểm T1 và T2, tất cả các triệu chứng lâm sàng, thang YMRS và nồng độ dopamine huyết tương đều giảm có ý nghĩa thống kê, với p<0,001.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cao Tiến Đức, Bùi Quang Huy, Ngô Ngọc Tản** (2016), *Giáo trình Bệnh học Tâm thần*, NXB Quân đội nhân dân, Hà Nội, tr. 319-355.
2. **Trần Như Minh Hằng** (2006), *Đặc điểm lâm sàng giai đoạn hưng cảm và rối loạn cảm xúc lưỡng cực - giai đoạn hưng cảm*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 32-47.
3. **American Psychiatric Association** (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fith Edition (DSM -5)*, Washington, DC, pp. 123-154, 155-188,…
4. **Kaplan H. I., Sadock B. J., Grebb J. A.** (2015), "Mood Disorders", *Synopsis of psychyatry*, Eleventh edition, pp. 457-486
5. **Kazhungil F., Mohandas E.** (2016), "Management of obsessive-compulsive disorder comorbid with bipolar disorder", *Indian J Psychiatry*, 58(3), pp. 259-269.
6. **Ledonne A., Mercuri N. B.** (2017), "Current Concepts on the Physiopathological Relevance of Dopaminergic Receptors", *Front Cell Neurosci*, 11.

KHẢO SÁT SỰ BIẾN ĐỔI MỘT SỐ HORMON Ở BỆNH NHÂN U TUYẾN YÊN

Nguyễn Thị Minh Phương*, Mai Trọng Khoa, Đoàn Văn Đệ*****

TÓM TẮT

U tuyến yên chiếm khoảng 10-15% trong các u nội sọ, đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị rất phong phú và phức tạp, phụ thuộc nhiều vào những biến đổi trong quá trình tổng hợp và bài tiết các hormon. **Mục tiêu**: Khảo sát những biến đổi nồng độ một số hormon ở bệnh nhân u tuyến yên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Mô tả cắt ngang, 73 bệnh nhân u tuyến yên được điều trị tại Trung tâm y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả**: Tuổi trung bình 42,5±13,2 tuổi, gặp nhiều nhất nhóm 31-45 tuổi, tỷ lệ nữ/nam = 2,3. U tiết Prolactin chiếm tỷ lệ cao nhất sau đó đến u tiết hai hormon và tiết GH, tỷ lệ tương ứng là: 20,5%, 13,7% và 4,1%. Nồng độ hormon Prolactin, GH tăng cao, trung bình tương ứng là 67,19ng/ml và 8,36ng/ml. Nồng độ hormon ACTH, TSH, FSH, LH không tăng hoặc tăng ít. **Kết luận:** Một số hormon tuyến yên tăng cao trong bệnh nhân u tuyến yên

Từ khóa: U tuyến yên, biến đổi hormon

SUMMARY

CHANGES OF SELECTED HORMONES PRODUCTION IN PATIENTS WITH PITUITARY TUMOR

Pituitary tumor accounts for about 8-15% of all brain tumors, its clinical features and treatment results are very diversified and complicated, depended on changes in the synthesis and secretion of hormones. **Objective:** To examine the changes in hormone concentrations in pituitary tumor patients. **Patients and method:** Cross sectional descriptive study, 73 patients with pituitary tumor who were treated at the Nuclear Medicine and Oncology Center - Bach Mai Hospital. **Results:** Average age **42,5±13,2**years old, a majority of the patients aged in between 31-45 years old, female/male ratio = 2,3. Pituitary Prolactinoma was the most common tumor (20,5%). Increased Prolactin, GH concentrations were observed with mean of **67,19ng/ml and 8,36 ng/ml**, respectively. ACTH, TSH, FSH, LH did not increase or just slightly increased. **Conclusion:** Selected pituitary tumor hormones concentration increased significantly in pituitary tumor patients.

Keyword: Pituitary tumor, changes of hormones

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến yên là tuyến nội tiết, nằm trong hộp sọ tiết ra các hormmon tác động lên một số tuyến khác như tuyến giáp, tuyến thượng thận, tuyến sinh dục.... Tuyến yên tiết ra hormon tác dụng lên hầu hết các mô trong cơ thể như GH, hoặc một số hormon chỉ có tác dụng đặc hiệu lên một mô hoặc cơ quan nào đó như: ACTH, TSH, FSH, LH, Prolactin… U tuyến yên là u phát triển từ tế bào thuỳ trước tuyến yên, thường gặp nhất trong các loại u vùng hố yên, tần suất gặp u tuyến yên 10-15% trong u nội sọ,đứng hàng thứ 3 sau u thần kinh đệm và u màng não [4] [5].

U tuyến yên được chia làm hai loại: u có hoạt tính nội tiết và u không hoạt tính nội tiết do đó đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị của u tuyến yên rất phong phú và phức tạp, phụ thuộc vào tính chất, vị trí, kích thước khối u, đặc biệt những biến đổi trong quá trình tổng hợp và bài

**Bệnh viện 19.8*
***Bệnh viện Bạch Mai*
****Bệnh viện Quân y 103,*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Phương
Email: drminhphuong198@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/2/2018
Ngày phản biện khoa học; 27/2/2018
Ngày duyệt bài: 15/3/2018

tiết các hormon [6]. Ngày nay trên thế giới đã có rất nhiều các đề tài nghiên cứu về biến đổi nồng độ một số hormon ở bệnh nhân u tuyến yên. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về lĩnh vực này do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Khảo sát sự biến đổi một số hormon ở bệnh nhân u tuyến yên*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Gồm 73 bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán xác định u tuyến yên dựa trên MRI sọ não và được điều trị tại trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân mắc các bệnh nội tiết khác như bệnh Basedow, u tuyến thượng thận…

+ Bệnh nhân dùng corticoid kéo dài, phụ nữ có thai, phụ nữ đang cho con bú.

+ Bệnh nhân < 18 tuổi

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3 Các bước tiến hành: Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án in sẵn.

Lâm sàng: Tuổi, giới, lý do đi khám bệnh, tiền sử điều trị…

Cận lâm sàng: Các xét nghiệm thường quy:

*BN được tiến hành định lượng hormon tuyến yên bằng lấy máu TM buổi sáng (sau khi đã nhin ăn)

*Xét nghiệm nồng độ hormon TSH, FSH, PRL, ACTH, LH, GH… theo phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang trên máy Elecsys 2010.

2.4. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2011 đến tháng 1/2016.

2.5 Phân tích và xử lý số liệu: Các thông tin thu thập được mã hoá và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1 Đặc điểm tuổi, giới

Thông số	(n = 73)
Tuổi (năm) (min-max)	42,5 ± 13,2 (18-78)
Tỷ lệ Nữ/Nam	2,3

Nhận xét: Tuổi trung bình 42,5±13,2, tuổi thấp nhất 18, cao nhất 78 tuổi. Tỷ lệ nam ít hơn nữ/nam =2,3.

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới

Nhóm tuổi	Giới	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
18-30	Nam	1	1,4
	Nữ	11	15,1
31-45	Nam	9	12,3
	Nữ	22	30,1
46-60	Nam	7	9,6
	Nữ	14	19,2
>60	Nam	5	6,8
	Nữ	4	5,5
Tổng		**73**	**100**

Nhận xét: Bệnh nhân gặp nhiều ở nhóm nữ, 31-45 tuổi , tuổi trung bình 42,4±13,3, thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 78 tuổi.

Bảng 3.3: Phân loại u tuyến yên theo thể bệnh

Thể bệnh		Số lượng (n)		Tỷ lệ %	
U không HTNT		41		56,2	
U có HTNT		32		43,8	
	Tiết PRL		15		20,5
	Tiết GH		3		4,1
	Tiết ACTH		1		1,4
	Tiết LH		1		1,4
	Tiết FSH		1		1,4
	Tiết hôn hợp		11		15,0
Tổng		**73**		**100**	

Nhận xét: U không hoạt tính nội tiết tỷ lệ nhiều hơn chiếm 56,2% so với u có hoạt tính nội tiết chiếm 43,8%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. U tiết PRL chiếm tỷ lệ cao 20,5%, u tiết hỗn hợp chiếm 15,0%.

3.2. Nồng độ các hormon nhóm nghiên cứu

Bảng 3.4: **Nồng độ các hormon**

Hormon - Đơn vị		Nam(n=22)	Nữ(n=51)	Tổng(n=73)	p
PRL (ng/ml)	Trung bình	34,54	81,28	67,19	<0,01
	SD	97,95	134,15	125,55	
	Trung vị	9,29	19,86	14,75	<0,01
	Min-max	4,37-470,00	3,44-470,00	3,44-470,00	
LH (mU/ml)	Trung bình	5,14	10,74	9,05	<0,05
	SD	2,31	18,19	15,43	
	Trung vị	5,05	6,43	5,47	>0,05

	Min-max	0,52-11,78	0,11-85,98	0,11-85,98	
FSH (mU/l)	Trung bình	6,24	13,73	11,47	<0,05
	SD	3,18	25,04	21,22	
	Trung vị	6,02	6,65	6,24	>0,05
	Min-max	1,60-15,51	1,45-151,20	1,45-151,20	
ACTH (pg/ml)	Trung bình	30,31	23,99	25,89	>0,05
	SD	20,69	14,44	16,68	
	Trung vị	23,37	20,10	20,92	>0,05
	Min-max	10,82-98,62	1,00-88,06	1,00-98,62	
TSH (µU/l)	Trung bình	1,38	3,66	2,97	>0,05
	SD	0,73	13,79	11,55	
	Trung vị	1,28	1,59	1,52	>0,05
	Min-max	0,23-3,41	0,06-100,00	0,06-100,00	
GH (ng/ml)	Trung bình	4,84	9,87	8,36	<0,05
	SD	8,62	23,37	20,15	
	Trung vị	2,52	2,31	2,38	>0,05
	Min-max	0,13-37,00	0,37-103,90	0,13-103,90	

Nhận xét: Giá trị trung bình nồng độ hormon PRL, LH, FSH, GH ở nhóm bệnh nhân nữ cao hơn nam sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Giá trị trung bình nồng độ hormon ACTH, TSH ở hai giới tương đương nhau.
- Sử dụng sử dụng Wilcoxon-Mann- Whitney test để so sánh giá trị trung vị nồng độ hormon PRL nhóm nữ cao hơn nhóm nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.
- Giá trị trung vị hormon LH, TSH, FSH, ACTH, GH ở hai giới tương đương nhau.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 73 bệnh nhân u tuyến yên ≥ 18 tuổi được điều trị tại Trung tâm Yhọc hạt nhân và Ung bướu bệnh viện Bạch Mai chúng tôi nhận thấy tuổi thấp nhất là 18, tuổi cao nhất 78, trung bình 42,5±13,2 tuổi và gặp nhiều ở nhóm 31-45 tuổi, tỉ lệ nam ít hơn nữ, nam chiếm 30,1% ; nữ chiếm 69,9%. Nghiên cứu của Heng Wan (2007) tuổi trung bình là 43,7 tuổi và tỷ lệ gặp ở nữ cũng cao hơn nam [3]. Trong nghiên cứu có 43,8% bệnh nhân u có hoạt tính nội tiết và 56,2% u không hoạt tính nội tiết. Trong số 32 bệnh nhân u tuyến yên có hoạt tính nội tiết chúng tôi nhận thấy tỷ lệ gặp nhiều nhất là u tiết prolactin (20,5%), sau đó đến u tiết hỗn hợp (15,0%), tăng tiết GH (4,1%), u tiết các hormon khác chiếm tỷ lệ ít. Ironside (2003) tỷ lệ tăng tiết PRL là 30%, GH là 15% tăng tiết TSH chỉ chiếm 1% [5].Theo tác giả Zbigniew Petrovich (2003) nghiên cứu trên 78 bệnh nhân u tuyến yên được điều trị xạ phẫu sau khi thất bại với phẫu thuật có 72% u không tiết và 28% u tăng tiết trong đó có 15,4% u tăng tiết PRL, 7,7% bệnh nhân tăng tiết GH, 5,1% bệnh nhân tăng tiết ACTH, không gặp bệnh nhân nào tiết FSH, LH, TSH [2].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị trung bình nồng độ hormon PRL, LH, FSH, GH ở nhóm bệnh nhân nữ cao hơn nam sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trung bình hormon Prolactin, GH tăng cao, các hormon khác như ACTH, TSH, FSH, LH tăng ít hoặc không tăng có lẽ do bệnh nhân tiết PRL và GH chiếm tỷ lệ cao ngược lại ít gặp bệnh nhân u tiết các hormon khác. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thanh Huyền [1].

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình42,5±13,2 tuổi, gặp nhiều nhất nhóm nữ, 31-45 tuổi
- Tỷ lệ nam/nữ = 2,3
- Tỷ lệ u tuyến yên có hoạt tính nội tiết chiếm 43,8%, u không hoạt tính nội tiết chiếm 56,2%.
- U tiết Prolactin chiếm tỷ lệ cao nhất sau đó đến u tiết hỗn hợp, u tiết GH, tỷ lệ tương ứng là: 20,5%, 15,0% và 4,1%.
- Giá trị trung bình hormon PRL, LH, FSH, GH ở nhóm bệnh nhân nữ cao hơn nam sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.
- Giá trung bình hormon Prolactin, GH cao, trung bình tương ứng là 67,19 ng/ml và 8,36ng/ml. Nồng độ hormon ACTH, TSH, FSH, LH không tăng hoặctăng ít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Huyền (2015).** *"Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến yên trước và sau phẫu thuật",* Luận văn bác sĩ nội trú chuyên ngành nội tiết, trường Đại học Y HN.
2. **Zbigniew Petrovic (2003)**. "Gamma Knife Radiosurgery For PituitaryAdenoma: Early Results", *Neurosurgery,* 53: 51-61.
3. **Heng Wan:** "Gamma knife radiosurgery for secretory pituitary adenomas: experience in 347 consecutive cases". 2007 Jun;106(6):980-7.
4. **Faglia G.: Genesis of pituitary adenomas, in Landolt A. Vance ML, Reilly PL.** "Pituitary

adenoma". New York, Churchill Livingstone, 1996, pp.
5. **Ironside J.W. (2003):** "Pituitary gland pathology" J Clin Pathol 2003;56:561–568
6. **Mahdi Sharif-Alhoseini1, Edward R. Laws2 and Vafa Rahimi-Movaghar3,4** "Functioning Pituitary Adenoma" Sina Trauma and Surgery Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran.

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG QUI TRÌNH KỸ THUẬT NẮN CHỈNH VÀ ĐÓNG ĐINH METAIZEAU KHÔNG MỞ Ổ GÃY DƯỚI MÀN TĂNG SÁNG ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI TRẺ EM

Nguyễn Thế Điệp*, Nguyễn Thái Sơn**

TÓM TẮT

Nghiên cứu y văn đã tham khảo trong và ngoài nước về các công trình nghiên cứu kỹ thuật nắn chỉnh, đóng đinh, kinh nghiệm và kết quả đóng đinh Metaizeau không mở ổ gãy có hỗ trợ của màn tăng sáng để xây dựng qui trình kỹ thuật điều trị gãy kín thân xương đùi cho trẻ em Việt Nam. Từ tháng 10-2010 đến tháng 1 năm 2015, chúng tôi đã áp dụng quy trình này vào điều trị cho 47 bệnh nhân từ 6 đến 15 tuổi bị gãy kín thân xương đùi tại bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, bệnh viện CTCH Thành Phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Đại họcY Thái Bình. Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy qui trình điều trị này thu được kết quả tốt khi thực hiện kỹ thuật, không xảy ra tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật. Kết quả điều trị đạt mức tốt 83,7%, trung bình 16,3%, không có kết quả kém.

Từ khóa: Đinh Metaizeau, đinh đàn hồi, gãy xương đùi trẻ em

SUMMARY

STUDY ON THE CONSTRUCTION OF TECHNICAL PROCEDURE TO ADJUST AND USE METAIZEAU NAILS WITHOUT OPENING FRACTURE UNDER THE SUPPORT OF C-ARM TO TREAT CLOSED FEMORAL FRACTURES AMONG CHILDREN

Literature study has been refered to dosmetic and abroad researches on adjusting technique, nailing, experience and results of Metaizeau nailing without opening fracture with the support of C- ARM to build up the procedures and technique to treat femoral fracture for children in Vietnam. From October 2010 to January 2015, we applied this procedure to treat 47 peadiatric patients aged from 6-15 years old with closed femoral shaft fractures at Saint-Paul hospital in Ha Noi, Trauma and Orthopedic hospital in Ho Chi Minh City, and Thai Binh medical university hospital. This study showed that the procedure had good result during technical procesure, no side effects, no complications during and after surgery. The treatments were 83.7% as good results; averagre results as of 16.3%, and having no bad results.

Keyword: Metaizeau nails, Flexible intramedullary nailing, Elastic stable intramedullary nailing, Femoral fracture in children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín thân xương đùi ở trẻ em là một tổn thương nặng thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau nhưng chủ yếu do tai nạn giao thông (TNGT). Điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em hiện nay chủ yếu vẫn là kéo nắn bó bột chậu lưng chân. Điều trị phẫu thuật kết xương nẹp vít được chỉ định đối với những trường hợp điều trị bảo tồn thất bại, gãy xương ở trẻ lớn di lệch nhiều khó nắn chỉnh bó bột. Tuy nhiên, phương pháp này có nhiều nhược điểm như: nhiễm khuẩn, chậm liền xương, khớp giả… Kết hợp xương kín bằng đinh Metaizeau để điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em đã và đang được ứng dụng ở nhiều nước trên thế giới. Tại Việt Nam, phương pháp này đã được ứng dụng trong nhiều năm trở lại đây đã mang lại kết quả tốt trên các mặt liền xương và phục hồi chức năng. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu nào về qui trình kỹ thuật điều trị loại tổn thương này. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu sau:

1. Xây dựng qui trình kỹ thuật nắn chỉnh và kết xương kín điều trị gãy kín thân xương đùi ở trẻ em bằng đinh Metaizeau.

2. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi ở trẻ em bằng đinh Metaizeau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 47 bệnh nhân gãy kín thân xương đùi do chấn thương, từ 6 - 15 tuổi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương kín bằng đinh Metaizeau dưới màn tăng sáng tại khoa chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, khoa chỉnh hình nhi - Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh, khoa chấn thương - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 10/2010 đến tháng 1/2015.

**Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
**Bệnh viện Đức Giang, Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp
Email: diepnguyentheytb@gmail.com
Ngày nhận bài: 1/2/2018
Ngày phản biện khoa học: 28/2/2018
Ngày duyệt bài: 12/3/2018

2. Phương pháp nghiên cứu: Dựa vào tham khảo tài liệu trong và ngoài nước về các công trình nghiên cứu kỹ thuật nắn chỉnh, đóng đinh, và kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em bằng đinh Metaizeau không mở ổ gãy dưới hỗ trợ của màn tăng sáng để xây dựng qui trình kỹ thuật điều trị gãy kín thân xương đùi cho trẻ em Việt Nam. Dựa trên đặc điểm giải phẫu và sinh lý phát triển xương đùi trẻ em, kiểu gãy, vị trí gãy, cùng với kinh nghiệm đóng đinh Metaizeau. Chúng tôi xây dựng qui trình điều trị gãy kín thân xương đùi ở trẻ bằng đinh Metaizeau.

Điều kiện trang thiết bị cần có: máy C- arm, bàn mổ chỉnh hình, đinh Metaizeau và các dụng cụ dùng để đóng đinh.

Đề xuất qui trình kỹ thuật gồm các bước:

***Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân.**

+Tuổi: Trẻ bị gãy thân xương đùi từ 6–15 tuổi.

+ Cân nặng < 50kg

+ Vị trí gãy: Gãy thân xương đùi ở các vị trí 1/3T, 1/3G, 1/3D.

+ Kiểu gãy: Dựa vào phân loại của AO chúng tôi lựa chọn các kiểu gãy sau: Kiểu A1, kiểu A2, kiểu A3, kiểu B1.

***Bước 2: Chuẩn bị**

Bàn chỉnh hình. Máy C-arm. Bộ dụng cụ đóng đinh. Đinh Metaizeau đường kính 3mm dài 440mm và 4mm dài 450mm. Áo chì cho phẫu thuật viên.

***Bước 3: Tiến hành phẫu thuật.**

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, chân gãy kéo trên bàn chỉnh hình, song song với trục cơ thể, chân lành giạng khoảng 70^0, C-arm đặt giữa hai chân.
- Sát khuẩn từ mào chậu đến cổ chân. Trải săng vô khuẩn, bộc lộ phẫu trường từ khớp háng đến khớp gối.
- Xác định điểm vào ống tủy trên sụn tiếp hợp 2cm.
- Rạch da từ vị trí điểm vào kéo xuống phía lồi cầu đùi 1-2cm ở mặt trong và mặt ngoài đầu dưới xương đùi.
- Dùng pince cong tách cân cơ đến sát xương. Dùng dùi tạo đường vào ống tủy chếch 45^0 ở ngoài và trong.
- Luồn đinh phía ngoài (đinh thứ nhất) đến cách ổ gãy 1cm. Dưới C-arm tiến hành nắn chỉnh ổ gãy về giải phẫu. Đóng đinh qua ổ gãy khoảng 5cm thì dừng lại. Luồn đinh phía trong (đinh thứ 2) với kỹ thuật tương tự. Xoay đầu đinh về 2 phía, đóng đinh đến vùng hành xương cố định.
- Nếu ổ gãy không vững di lệch nhiều, đóng 2 đinh đến ổ gãy, nắn chỉnh giải phẫu sau đó đóng từng đinh qua ổ gãy. Cố định 2 đinh vào vùng hành xương mấu chuyển lớn và mấu chuyển bé.
- Kiểm tra lại ổ gãy dưới C-arm theo hai bình diện thẳng và nghiêng.
- Cắt đinh, khâu da.

***Bước 4: Điều trị sau phẫu thuật.**

- Hướng dẫn tập vận động khớp gối, khớp háng và cổ chân từ ngày thứ 2 sau mổ. Tập tỳ lên chân gãy từ tuần thứ 3 sau mổ đối với kiểu gãy A2, A3, tuần thứ 6 đối với kiểu gãy A1, B1.
- Dùng kháng sinh dự phòng trước trong và sau mổ kết hợp thuốc giảm đau, giảm nề.
- Cho bệnh nhân xuất viện khi toàn trạng ổn định, không sốt, vết mổ khô, Xquang kiểm tra sau mổ đạt yêu cầu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (n=47)

Giới / Tuổi	Nam		Nữ		Cộng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
6 - 10	19	61,3	8	50	27	57,4
11 - 15	12	38,7	8	50	20	42,6
Cộng	**31**	**66,0**	**16**	**34,0**	**47**	**100**

Tỷ lệ gãy kín thân xương đùi ở trẻ em nam gặp nhiều hơn nữ (nam: 66%, nữ: 34%). Ở độ từ 6 - 10 tuổi, gãy thân xương đùi gặp nhiều hơn chiếm tỷ lệ 57,4%. Tuổi nhỏ nhất là 6 tuổi, lớn nhất 15 tuổi. Tuổi trung bình: 10,43 tuổi. Bệnh nhân nghiên cứu có cân nặng ít nhất là 19kg, nhiều nhất 48kg, trung bình 32,8kg.

Bảng 2. Vị trí gãy xương đùi (n=47)

Chân gãy / Vị trí gãy	Chân P	Chân T	Cộng	
	Số BN	Số BN	Số BN	Tỷ lệ %
1/3T	10	5	15	31,9
1/3G	13	17	30	63,8
1/3D	1	1	2	4,3
Cộng	24	23	47	100

Gãy thân xương đùi trẻ em chủ yếu gặp gãy ở vị trí 1/3G chiếm 63,8%, 1/3T chiếm 31,9% và gãy

1/3D chiếm 4,3%.

- Nguyên nhân gãy xương: TNGT: 57,5%. TN sinh hoạt : 34%, Do ngã cao: 6,4%, TN thể thao 2,1%.

Bảng 3. Phân loại gãy xương theo AO (n=47)

Vị trí	Kiểu gãy				Cộng	
	A1	A2	A3	B1	Tổng	%
1/3T	3	6	4	2	15	31,9
1/3G	3	10	13	4	30	63,8
1/3D	0	0	2	0	2	4,3
Cộng (%)	6 (12,8)	16 (34,0)	19 (40,4)	6 (12,8)	47	100

*Hình thái gãy:

- Gãy kiểu A1 có 6 bệnh nhân chiếm 12,8%.
- Gãy kiểu A2 có 16 bệnh nhân chiếm 34%.
- Gãy kiểu A3 có 19 bệnh nhân chiếm (40,4%).
- Gãy loại B1 có 6 bệnh nhân chiếm 12,8%.

*Vị trí gãy: Gãy ở vị trí 1/3G có 30 bệnh nhân chiếm 63,8%.

Gãy 1/3T có 15 bệnh nhân chiếm 31,9%.

Gãy 1/3D có 2 trường hợp chiếm 4,3%.

Sự khác biệt giữa vị trí và kiểu gãy không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05

2. Kết quả thực hiện qui trình. Thời điểm phẫu thuật sớm nhất là ngày đầu sau tai nạn, muộn nhất là 15 ngày, trung bình là 3,45 ngày.

Bảng 4. Kỹ thuật kết hợp xương theo vị trí gãy (n = 47)

Vị trí	Số đinh Metaizeau sử dụng kết xương		Cộng	
	2đinh Metaizeau	3đinh Metaizeau	Tổng	Tỷ lệ %
1/3T	13	2	15	31,9
1/3G	29	1	30	63,8
1/3D	2	0	2	4,3
Cộng	44	3	47	100

Có 44 BN (chiếm 93,6%) được kết hợp xương bằng 2 đinh Metaizeau theo nguyên lý 3 điểm tỳ. Có 3 trường hợp được kết xương bằng 3 đinh, trong đó 2 trường hợp gãy 1/3T, 1 trường hợp gãy đoạn 1/3G, do còn di lệch mở góc > 10^0 sau khi kết xương bằng 2 đinh.

Bảng 5. Kỹ thuật kết hợp xương theo kiểu gãy (n = 47)

Kiểu gãy	Số đinh Metaizeau sử dụng kết xương		Cộng	
	2đinh Metaizeau	3đinh Metaizeau	Tổng	Tỷ lệ %
A1	6	0	6	12,8
A2	15	1	16	34,0
A3	17	2	19	40,4
B1	6	0	6	12,8
Cộng	**44**	**3**	**47**	**100**

- Có 44/47 BN gãy kiểu A1, A2, A3, B1 được kết hợp xương bằng 2 đinh Metaizeau chiếm 93,6%. Có 3 trường hợp được kết hợp xương bằng 3 đinh trong đó có 1 trường hợp gãy kiểu A2 và 2 trường hợp gãy kiểu A3.
- Thời gian phẫu thuật ngắn nhất 20 phút, lâu nhất 100 phút, trung bình 51,4 phút.

Tất cả 47 bệnh nhân được nắn chỉnh và kết xương kín dưới màn tăng sáng theo qui trình đã chọn. Không có trường hợp nào nắn chỉnh thất bại phải mở nhỏ ổ gãy. Trong quá trình phẫu thuật không xảy ra tai biến, biến chứng.

Với kết quả thu được, chúng tôi khẳng định qui trình áp dụng trong nghiên cứu này là hoàn toàn đúng và hợp lý, qui trình chỉ có trong phẫu thuật kết xương bằng đinh Metaizeau mà không có trong các phẫu thuật khác.

IV. BÀN LUẬN

1. Qui trình kỹ thuật

***Kỹ thuật nắn chỉnh ổ gãy:** Nắn chỉnh ổ gãy phụ thuộc vào vị trí gãy và tính chất di lệch. Nếu di lệch trên một bình diện nắn chỉnh đoạn gãy ngoại vi theo đoạn gãy trung tâm. Di lệch trên 2 bình diện, nắn chỉnh đoạn ngoại vi và trung tâm theo đường phân giác với góc di lệch.

****Tạo đường vào ống tủy:*** Tạo đường vào ống tủy có vai trò rất quan trọng, nó quyết định sự thành công hay thất bại của phẫu thuật. Vì nếu đường vào sai đinh sẽ đi ra ngoài ống tủy, vỡ thành xương hoặc xuyên thủng thành xương đối diện. Hướng đường vào phải chếch 45^0 so với trục xương đùi để đinh có thể trượt trong ống tủy, tránh đầu đinh ghim vào thành xương cứng đối diện hoặc làm thủng thành xương cứng đối diện.

***Vị trí gãy:** Gãy 1/3T, 1/3G, 1/3D đều ứng dụng được kỹ thuật kết xương ngược dòng bằng 2 đinh Metaizeau để đạt được một cấu trúc kết xương vững chắc nhất với hai đường cong đối lập theo nguyên lý 3 điểm tỳ. Trong trường hợp gãy 1/3D, đường gãy thấp gần điểm vào của

đinh cần ứng dụng kỹ thuật kết xương xuôi dòng để tránh làm vỡ thành xương cứng khi đóng đinh.

Những trường hợp còn di lệch mở góc sau khi đóng 2 đinh, đóng thêm đinh thứ 3 để làm triệt tiêu góc di lệch.

***Kỹ thuật đóng đinh**

- Đóng đinh thứ nhất đến ổ gãy, nắn chỉnh giải phẫu và đóng đinh qua ổ gãy vào ống tủy đối diện. Lặp lại kỹ thuật với đinh thứ 2. Kỹ thuật này thường ứng dụng trong trường hợp gãy ngang, ít di lệch sau khi kéo nắn.

- Đóng 2 đinh đến ổ gãy, nắn chỉnh giải phẫu và đóng từng đinh qua ổ gãy. Kỹ thuật này dùng 2 đinh trong ống tủy làm đòn bẩy để nắn chỉnh. Do đó sẽ thuận lợi khi nắn chỉnh và đóng đinh, rút ngắn thời gian phẫu thuật.

2. Kết quả điều trị

***Kết quả gần.**

+ Liền vết mổ kỳ đầu đạt 100%. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy đạt 83% hết di lệch, còn 17% di lệch ít thuộc kiểu gãy A1, A2, B1, ở vị trí 1/3T và 1/3G.

+ Thời gian nằm viện trung bình là 6,9 ngày.

+ Thời gian trở lại học tập trung bình là 5,3 tuần.

+ Thời gian chịu sức nặng hoàn toàn lên chân gãy trung bình 7,4 tuần.

***Kết quả xa:** + Thời gian theo dõi đánh giá kết quả xa ngắn nhất là 6 tháng, lâu nhất là 70 tháng, trung bình 25,4 tháng.

+ Kết quả liền xương đạt 100%, kết quả phục hồi chức năng đạt mức rất tốt và tốt. Kết quả chung đạt mức tốt là 83,7%, mức trung bình là 16,3%, không có kết quả kém.

+Có 17 BN dài chi so với bên lành ít nhất là 3mm, nhiều nhất 10mm, trung bình 6,3mm.

+Liền xương di lệch mở góc vào trong và ra ngoài 10^0 có 2 trường hợp.

V. KẾT LUẬN

1. Qui trình kỹ thuật: Đây là một qui trình kỹ thuật điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em có độ an toàn cao, dễ ứng dụng ở những cơ sở y tế có điều kiện về phương tiện như màn tăng sáng, bàn mổ chỉnh hình.

2. Ưu nhược điểm của qui trình kỹ thuật

***Ưu điểm**:* Qui trình kỹ thuật dễ hiểu, dễ ứng có độ an toàn cao. Đưa ra được kỹ thuật nắn chỉnh, đóng đinh cho từng hình thái gãy.

Nhược điểm: Chỉ áp dụng cho gãy kín thân xương đùi trẻ em lứa tuổi 6-15 tuổi. Kỹ thuật này đòi hỏi những phương tiện như: màn tăng sáng, bàn chỉnh hình và dụng cụ chuyên dụng. Nếu thiếu dụng cụ thì thực hiện kỹ thuật sẽ gặp khó khăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tấn Lãm, Vũ Huyền Trinh, Phan Đức Minh Mẫn** (2007), "Điều trị gãy thân xương đùi trẻ em bằng đinh nội tủy Rush dưới màn tăng sáng", *Y học thành phố Hồ Chí Minh,* 11(1), tr. 472-476.
2. **Dietz H.G** (1997), "Titanium Elastic nail system technique guide", *Synthes - Original instruments and implants of the association for the study of internal fixation – AO/ ASIF.*
3. **Metaizeau J.D, Pierre Lascombes** (2010), "Femoral fracture, Flexible intramedullary nailing in children", *Springer-Verlag Berlin Heidelberg,* p. 197-230.
4. **Metaizeau J.P.** (2004), "Stable elastic intramedullary nailing for fractures of the femur in children", *Journal Bone Joint Surgical,* 86-B, pp. 954-957.
5. **Hassan M.A., Salama F.H., Elshora S.a., et al** (2015), "Treatment of femur fractures in children using elastic stable intramedullary nailing", *Egyptian Orthopedic Journal,* 50, pp. 127 - 131.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TÂM THẦN PHÂN LIỆT ĐÁP ỨNG KÉM VỚI AN THẦN KINH CỔ ĐIỂN

Phùng Thanh Hải*, Cao Tiến Đức, Bùi Quang Huy****

TÓM TẮT[9]

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng kém với thuốc an thần cổ điển. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm có 61 bệnh nhân tâm thần phân liệt được chẩn đoán là đáp ứng điều trị kém với thuốc an thần kinh cổ điển và được điều trị nội trú tại Bệnh viện tâm thần Trung ương I từ năm 2011 đến 2015. **Phương pháp nghiên cứu:** bằng phương pháp tiến cứu, cắt ngang, phân tích từng trường hợp. **Kết quả:**Ảo thanh bình phẩm chiếm 37,70%. Ảo thanh thật gặp ở 36,06% số bệnh nhân và 29,51% bệnh nhân bị ảo thanh chi phối hành vi. 52,46% có hoang tưởng bị truy hại. Hầu hết bệnh nhân có tư duy chậm chạp (91,80%). Tất cả bệnh nhân tâm thần phân liệt đều có vệ sinh cá nhân kém lười, thụ động, thờ ơ trong công việc. 67,21% số bệnh nhân có bỏ nhà đi lang thang, 63,93% bệnh nhân có hành vi xã hội kì dị. **Kết luận:** bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng kém với điều trị vẫn có đủ các triệu chứng loạn thần như hoang tưởng và ảo giác, tuy nhiên các triệu chứng âm tính là rất phổ biến.

Từ khóa: tâm thần phân liệt, đáp ứng điều trị kém.

**Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1*
***Bệnh viện Quân y 103*
Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thanh Hải
Email: bshuy2003@yahoo.com
Ngày nhận bài: 31/1/2018
Ngày phản biện khoa học: 2/3/2018
Ngày duyệt bài: 15/3/2018

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH POOR RESPONSE TO CLASSIC ANTIPSYCHOTIC DRUGS

Objectives: To describe the clinical characteristics of schizophrenic patients with poor response to classic antipsychotic drugs. **Subjects:** included 61 inpatients with schizophrenia who were diagnosed with a poor response to a classic neuroleptic drug at Central Psychiatric Hospital I from 2011 to 2015. **Method:** prospective study method, cross section, case analysis. **Results:** Auditory hallucination commentary accounted for 37.70%. 29.51% of patients were affected by the hallucination auditory. 52.46% had delusion of persecution. Most patients have slow thinking (91.80%). All patients with schizophrenia have poor personal hygiene, passive, lazy in work. 67.21% of the patients had wander, 63.93% of the patients had peculiar social behavior. **Conclusion:** Schizophrenia patients with poor response to treatment still have symptoms of psychosis such as hallucinations and delusions.However, negative symptoms are very common.

Key words: Schizophrenia, poor response to treatments.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một nhóm các bệnh loạn thần nặng, tiến triển từ từ, có khuynh hướng mạn tính, căn nguyên chưa rõ ràng, người bệnh dần tách khỏi cuộc sống bên ngoài, thu hẹp vào thế giới nội tâm, tình cảm trở nên khô lạnh và có những hành vi kỳ dị, khó hiểu.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ mắc bệnh TTPL là 0,3 - 1,5% dân số, ở Việt Nam tỷ lệ mắc là 0,47% dân số.

Theo Sadock B.J.(2015), cho rằng khoảng 30 – 40% số bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng kém hoặc không đáp ứng với an thần kinh cổ điển. Để khắc phục tình trạng này người ta thay thế bằng thuốc Clozapine hoặc sốc điện.

Ở Việt Nam, chưa có công trình nghiên cứu có hệ thống về tâm thần phân liệt đáp ứng kém với thuốc an thần kinh cổ điển. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng tâm thần phân liệt đáp ứng kém với an thần kinh cổ điển*" nhằm các mục tiêu sau: Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng kém với thuốc an thần cổ điển.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm có 61 bệnh nhân TTPL được chẩn đoán là đáp ứng điều trị kém với thuốc an thần kinh cổ điển và được điều trị nội trú tại Bệnh viện tâm thần Trung ương I từ năm 2011 đến 2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang, phân tích từng trường hợp bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng điều trị kém với an thần kinh cổ điển.

Công cụ chẩn đoán: Theo ICD-10 năm 1992, mục F20 (TTPL từ F20.0 đến F20.9).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Các triệu chứng ảo giác

Chỉ số thống kê / Triệu chứng	n=61	Tỷ lệ %	p
Ảo thanh bình phẩm	23	37,70	p< 0,001
Ảo thanh ra lệnh	13	21,31	
Các loại ảo thanh khác	6	9,84	

Bảng 1 cho thấy ảo thanh bình phẩm chiếm tỷ lệ ưu thế (37,70%), tiếp đến ảo thanh ra lệnh (21,31%) và cuối cùng là các loại ảo thanh khác (9,84%). So sánh thấy sự khác biệt rõ và có ý nghĩa với p<0,001 (χ^2 = 15,32 và p=0,000).

Kết quả này phù hợp với Bùi Quang Huy (2016), tác giả cho rằng ảo thanh bình phẩm gặp ở 1/3 số bệnh nhân.

Bảng 2. Tính chất các loại ảo thanh trong tâm thần phân liệt

Chỉ số thống kê / Tính chất	n=61	Tỷ lệ %	p
Ảo thanh không chi phối hành vi	7	11,47	p< 0,01
Ảo thanh có chi phối hành vi	18	29,51	
Tiếng nói trong cơ thể	7	11,47	p< 0,001
Tiếng nói ngoài cơ thể	22	36,06	
Tiếng nói khó xác định	4	6,56	

Bảng 2 tính chất các loại ảo thanh cho thấy ảo thanh không chi phối hành vi (11,47%) và ảo thanh có chi phối hành vi (29,51%). So sánh thấy có sự khác biệt rõ với p<0,01 (χ^2 = 9,68 và p=0,002). Kết quả này phù hợp với Cao Tiến Đức (20016) khi cho rằng đa số các trường hợp ảo thanh chi phối hành vi.

Tiếng nói trong cơ thể (11,47%), tiếng nói ngoài cơ thể (36,06%) và tiếng nói khó xác định (6,56%). So sánh thây sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa với p<0,001 (Fisher's exact = 0.000).Kết quả này phù hợp với Sadock B.J. (2015), tác giả cho rằng ảo thanh có thể là ảo thanh giả (tiếng nói trong cơ thể), ảo thanh thật (tiếng nói ngoài môi trường) hoặc không xác định.Tuy nhiên, tác giả không chỉ rõ tỷ lệ của các loại ảo thanh này.

Bảng 3. Các hoang tưởng

Chỉ số thống kê / Triệu chứng	n=61	Tỷ lệ %	p
Hoang tưởng bị chi phối	3	4,92	p< 0,001
Hoang tưởng liên hệ	2	3,29	
Hoang tưởng bị truy hại	32	52,46	

Bảng 3 cho thấy hoang tưởng bị truy hại chiếm tuyệt đại đa số (52,46%), tiếp đến là

hoang tưởng bị chi phối (4,92%, hoang tưởng liên hệ (3,29%). So sánh thấy sự khác biệt rõ với p<0,001 (Fisher's exact = 0.000).

Kết quả này phù hợp với Gelder M.(1996), tác giả cho rằng hơn một nửa số bệnh nhân tâm thần phân liệt có hoang tưởng bị truy hại. Tuy nhiên, tác giả cũng nhấn mạnh rằng hoang tưởng bị truy hại không đặc trưng cho tâm thần phân liệt do còn gặp ở nhiều bệnh lý tâm thần khác.

Bảng 4. Các triệu chứng cùn mòn cảm xúc

Chỉ số thống kê / Triệu chứng	n=61	Tỷ lệ %	p
Nét mặt đờ đẫn, không thay đổi	7	11,47	p> 0,05
Giảm động tác tự phát	7	11,47	
Cử chỉ biểu lộ tình cảm nghèo nàn	15	24,59	
Biểu lộ ánh mắt nghèo nàn	13	21,31	
Cảm xúc bàng quan	8	13,11	
Cảm xúc không thích hợp	16	26,23	
Lời nói thiếu ngữ điệu	15	24,59	

Bảng 4 phân tích các triệu chứng cùn mòn cảm xúc cho thấy rất tản mạn và tỷ lệ không cao, cao nhất là cảm xúc không thích hợp (26,23%) và thấp nhất là nét mặt đờ đẫn, không thay đổi và giảm động tác tự phát (11,47%). So sánh thấy không có sự khác biệt với p>0,05(χ^2 = 9,85 và p=0,131). Kết quả này phù hợp với Stockmeier C.A. (1993), tác giả cho rằng triệu chứng cùn mòn cảm xúc đa dạng, nhưng hay gặp hơn cả là biểu lội cảm xúc nghèo nàn, cảm xúc không thích hợp hoặc ngữ điệu của giọng nói đơn điệu, không thay đổi.

Bảng 5. Các triệu chứng ngôn ngữ nghèo nàn

Chỉ số thống kê / Triệu chứng	n=61	Tỷ lệ %	p
Vốn từ nghèo nàn	23	37,70	p<0, 001
Nội dung lời nói nghèo nàn	24	39,34	
Tư duy ngắt quãng	37	60,65	
Tư duy chậm chạp	56	91,80	

Bảng 5 các triệu chứng ngôn ngữ nghèo nàn cũng đa dạng, cao nhất là triệu chứng tư duy chậm chạp (91,80%) và thấp nhất là vốn từ nghèo nàn (37,70%). So sánh thấy có sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm số liệu với p<0,001 (χ^2 = 20,46 và p=0,000).Kết quả này phù hợp với Millan MJ (2000), tác giả cho rằng khoảng 90% số bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng kém và kháng thuốc an thần kinh cổ điển có tư duy chậm chạp, 60% số bệnh nhân có tư duy ngắt quãng.

Bảng 6. Các triệu chứng mất ý chí

Chỉ số thống kê / Triệu chứng	n=61	Tỷ lệ %	p
Trang phục bẩn thỉu	25	40,98	p<
Vệ sinh cá nhân kém	61	100,00	0,00 1
Lười, thụ động, thờ ơ trong công việc	61	100,00	

Bảng 6 các triệu chứng vệ sinh cá nhân kémlười, thụ động, thờ ơ trong công việc gặp ở tất cả các bệnh nhân tâm thần phân liệt.Trang phục bẩn gặp ở 40,98% số bệnh nhân. So sánh thấy có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với p<0,001 (χ^2 =30,14 và p=0,000).

Kết quả này phù hợp với Meltzer HY (1999), tác giả cho rằng các bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng kém với điều trị đều có biểu hiện vệ sinh cơ thể kém, lười, thụ động. Lý giải điều này, chúng tôi cho rằng do bệnh nhân bị bệnh đã lâu, điều trị không kết quả nên dẫn đến triệu chứng mất ý chí như đã nêu trên.

Bảng 7. Các triệu chứng hành vi dị kỳ

Chỉ số thống kê / Triệu chứng	n=61	Tỷ lệ %	p
Diện mạo, ăn mặc dị kỳ	34	55,74	p< 0,001
Hành vi xã hội dị kỳ	39	63,93	
Hành vi kích động	36	59,02	
Hành vi bỏ nhà đi lang thang	41	67,21	

Bảng 7 cho thấy hành vi bỏ nhà đi lang thang chiếm tỷ lệ cao nhất (67,21%), tiếp đến là hành vi xã hội kì dị (63,93%) và ăn mặc kì dị (55,74%). So sánh thấy sự khác biệt đáng kể và có ý nghĩa với p<0,001(Fisher's exact = 0.000).

Kết quả này phù hợp Meltzer HY (1989), tác giả cho rằng 2/3 số bệnh nhân có hành vi đi lang thang, hành vi kì dị.

IV. KẾT LUẬN

- Ảo thanh hay gặp nhất là ảo thanh bình phẩm chiếm 37,70%.
- Ảo thanh thật gặp ở 36,06% số bệnh nhân và 29,51% bệnh nhân bị ảo thanh chi phối hành vi.
- Hơn một nửa số bệnh nhân (52,46%) có hoang tưởng bị truy hại.
- Cảm xúc cùn mòn tuy đa dạng và tản mạn, cao nhất là cảm xúc không thích hợp (26,23%).
- Hầu hết bệnh nhân có tư duy chậm chạp (91,80%).
- Tất cả bệnh nhân tâm thần phân liệt đều có vệ sinh cá nhân kém lười, thụ động, thờ ơ trong công việc.
- 67,21% số bệnh nhân có bỏ nhà đi lang thang, 63,93% bệnh nhân có hành vi xã hội kì dị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quang Huy, Đinh Việt Hùng, Phùng Thanh Hải (2016)**. Tâm thần phân liệt: nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. Trang 110-113.
2. **Sadock B.J., Sadock V.A.** (2015). Kaplan &

Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 11th Edition. Williams & Wilkins. Pp 468-483.
3. **Gelder M., Gath D., Mayor R.** (1996). Oxford texbook of psychiatry.Second edition. Pp 268-323.
4. **Stockmeier C.A., DiCarlo J.J., Zhang Y., et al**, (1993). Characterization of typical and atypical antipsychotic drugs based on in vivo occupancy of serotonin2. J Pharmacol Exp Ther
5. **Millan MJ**, (2000). Serotonin$_{1A}$ receptors, schizophrenia and antipsychotic agents. Int J Neuropsychopharmacol. 2000; 3(suppl 1):S13. Abstract S.09.1.
6. **Meltzer HY,** (1999). The role of serotonin in antipsychotic drug action. Neuropsycho pharmacology. 21:106S-115S.
7. **Meltzer HY,** (1989). Clinical studies on the mechanism of action of clozapine-the dopamine-serotonin hypothesis of schizophrenia. Psychopharmacology. 99:S18-S27.

NGHIÊN CỨU ẢNH HƯỞNG TRÊN HÔ HẤP, TUẦN HOÀN VÀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN KHÁC CỦA GÂY TÊ TỦY SỐNG BẰNG BUPIVACAIN + MORPHIN ĐỂ MỔ VÀ GIẢM ĐAU SAU MỔ LẤY THAI

Nguyễn Đức Lam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh ảnh hưởng trên hô hấp, tuần hoàn người mẹ và các tác dụng không mong muốn khác trên mẹ và con của gây tê tủy sống bằng bupivacain + morphin so với gây tê tủy sống bằng bupivacain + fentanyl để mổ và giảm đau sau mổ lấy thai. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu**: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 60 bệnh nhân được gây tê tủy sống để mổ lấy thai, chia thành hai nhóm bằng nhau: Nhóm BF sử dụng 8 mg bupivacain + 25 mcg fentanyl; nhóm BM sử dụng 8 mg bupivacain + 100 mcg morphin. Các chỉ số nghiên cứu về phía người mẹ gồm: tần số tim, huyết áp, tần số thở, SpO2 và các tác dụng không mong muốn khác được theo dõi liên tục trong mổ và sau mổ 24 giờ; về phía con được đánh giá qua chỉ số Apgar sơ sinh. **Kết quả:** Trên người mẹ: Không có sự khác biệt về tần số tim, huyết áp động mạch trung bình, tần số thở, SpO2 của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu tại tất cả các thời điểm nghiên cứu. Các tác dụng không mong muốn khác của nhóm BF và nhóm BM tương ứng là: Nôn, buồn nôn là 13,3% so với 20%; ngứa là 13,3% so với 23,3%; rét run là 13,3% so với 10%; không có trường hợp nào bị suy hô hấp ở cả hai nhóm nghiên cứu. Trên con: Apgar phút thứ nhất của nhóm BF và nhóm BM lần lượt là: 9,1 ± 0,2 so với 9,2 ± 0,3; Apgar phút thứ năm của hai nhóm tương ứng là: 9,5 ± 0,4 so với 9,4 ± 0,5. **Kết luận**: Gây tê tủy sống để mổ lấy thai bằng 8 mg bupivacain + 25 mcg fentanyl có tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp người mẹ tương đương với gây tê tủy sống bằng 8 mg bupivacain + 100 mcg morphin, các tác dụng không mong muốn khác cũng tương đương nhau trừ tỷ lệ ngứa ở nhóm BM cao hơn nhóm BF (p < 0,05). Cả hai phương pháp này đều không ảnh hưởng đến Apgar sơ sinh.

***Từ khóa**: Tác dụng không mong muốn, gây tê tủy sống, mổ lấy thai, bupivacain.*

*Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam
Email: lamgmhs75@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 22.2.2018
Ngày duyệt bài: 12.2.2018

SUMMARY

RESEARCH THE EFFECTS ON RESPIRATORY, ON CARDIOVASCULAR, AND OTHER SIDE EFFECTS OF BUPIVACAINE + MORPHINE IN SPINAL ANESTHESIA FOR CESAREAN SECTION

Objectives: To compare the effect on respiration, on cardiovascular of the mother and other side effects on the mother and child of spinal anesthesia with bupivacaine + morphine versus spinal anesthesia with bupivacaine + fentanyl for cesarean section. **Method and subjects**: A randomized clinical trial, 60 patients undergoing cesarean section under spinal anesthesia were allocated into two groups: BF group using 8 mg bupivacaine + 25 mcg fentanyl; BM group used 8 mg bupivacaine + 100 mcg morphine. Research parameters: On the mother: respiratory rate, heart rate, SpO2, and other side effects were recorded in the first 24h postoperation; the newborn was evaluated using the Apgar score. Results: On maternal: No difference in heart rate, mean arterial blood pressure, respiratory rate, SpO2 of patients in both study groups at all study time. Other side effects of BF and BM group were nausea, vomiting 13.3% versus 20%; itching was 13.3% versus 23.3%; chills were 13.3% versus 10%; No cases of respiratory distress in either study group. On the first minute Apgar score of BF group and BM group respectively were: 9.1 ± 0.2 vs. 9.2 ± 0.3; Apgar fifth minute of the two groups respectively were: 9.5 ± 0.4 vs. 9.4 ± 0.5. Conclusion: Spinal anesthesia for caesarean section with 8 mg bupivacaine + 25 mcg fentanyl had effect in maternal respiratory, maternal cardiovasculary was equivalent to spinal anesthesia with 8mg bupivacaine + 100 mcg morphine, other side effects were similar exceptions the prurit was higher in the BM group than in the BF group (p <0.05). Both methods do not affected the Apgar score of neonatal.

***Key words**: Side effects, spinal anesthesia, cesarean section, ropivacaine*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là phẫu thuật phổ biến nhất trong sản khoa và xu hướng ngày càng tăng ở cả trên

thế giới cũng như ở Việt Nam. Phương pháp vô cảm chủ yếu cho loại phẫu thuật này là gây tê tủy sống vì có nhiều ưu điểm: kỹ thuật đơn giản, thời gian khởi tê nhanh, chất lượng vô cảm và giãn cơ tốt, tránh được nguy cơ đặt nội khí quản khó và nôn, trào ngược khi gây mê toàn thân, không gây ức chế sơ sinh… Tuy nhiên, do thời gian giảm đau của thuốc tê ngắn nên sau mổ lấy thai phải sử dụng thêm khá nhiều thuốc giảm đau đường toàn thân khác. Những nghiên cứu gần đây trên thế giới cho thấy sử dụng liều nhỏ morphin trong gây tê tủy sống có tác dụng giảm đau kéo dài do thuốc này ít tan trong mỡ. Ở nước ta chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, đặc biệt về các tác dụng không mong muốn của phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm: So sánh ảnh hưởng trên hô hấp, tuần hoàn người mẹ và các tác dụng không mong muốn khác trên mẹ và con của gây tê tủy sống bằng bupivacain + morphin so với gây tê tủy sống bằng bupivacain + fentanyl để mổ và giảm đau sau mổ lấy thai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được mổ lấy thai từ 8/2006-10/2006 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

****Tiêu chuẩn lựa chọn:*** Bệnh nhân khỏe mạnh, ASA độ I – II; thai đủ tháng 38 – 41 tuần, tim thai bình thường; không có tiền sử phải sử dụng các thuốc giảm đau kéo dài; không dị ứng thuốc tê và các thuốc họ morphin.

****Tiêu chuẩn loại trừ:*** Bệnh nhân có các chống chỉ định của gây tê tủy sống (rối loạn đông máu, thiếu khối lượng tuần hoàn nặng…); chỉ định phải mổ lấy thai tối cấp cứu (vỡ tử cung, sa dây rau…); bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh.

2.3.Phương pháp tiến hành: Chuẩn bị bệnh nhân trước gây tê tủy sống, khám, giải thích, đánh giá ASA, xem kết quả các xét nghiệm đông máu. Trước gây tê truyền 200 -300ml dung dịch Ringer lactat với kim luồn G18. Bệnh nhân được thở O_2 3 lít/phút. Bệnh nhân nằm nghiêng trái, tiến hành gây tê tủy sống ở khe liên đốt L_{2-3}.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân và phẫu thuật

Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhân và phẫu thuật

Chỉ số	Nhóm BF (n = 30)	Nhóm BM (n = 30)	p
Tuổi (năm)	29,7 ± 4,8 (21-41)	29,6 ± 5,8 (24-43)	>0,05
Chiều cao (cm)	153,9 ± 5,2 (141-164)	155,3 ± 4,4 (145-163)	>0,05
Cân nặng (kg)	63,1 ± 10,4 (47-86)	61,7 ± 7,9 (46-78)	>0,05
Tuần tuổi thai (tuần)	39,3 ± 1,5 (38 – 41)	39,5 ± 1,3 (38 – 41)	>0,05
Mổ đẻ cũ (n %)	15 (50%)	18 (60%)	>0,05
Thời gian mổ (phút)	36,8 ± 12,5 (25-62)	34,7± 13,6 (26-65)	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt về các đặc điểm chung của bệnh nhân và phẫu thuật mổ lấy thai ở hai nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

3.2. Ảnh hưởng trên hô hấp người mẹ

Bảng 3.2. Tần số thở theo thời gian

Thời gian	Nhóm BF (n = 30)	Nhóm BM (n = 30)	P
H0	22.7 ± 3.2	23.4 ± 2.7	> 0.05
H1	22.6 ± 3.0	24.2± 3,1	> 0.05
H2	22.5 ± 2.8	23.7 ± 2,5	> 0.05
H3	22.4 ± 2.7	23. 6 ± 2,2	> 0.05
H4	22.2 ± 2.7	23.5 ± 2,3	> 0.05
H5	21.1 ± 2.8	21.7 ± 1.8	> 0.05
H6	21.3 ± 2.5	22.1± 1.9	> 0.05
H7	20.5 ± 2.6	21.5 ± 2.3	> 0.05
H8	19.8 ± 2.3	20.8 ± 2.1	> 0.05
H9	19.6 ± 2.1	19.8 ± 2.1	> 0.05
H10	19.2 ± 2.1	19.5 ± 2.2	> 0.05
H11	18.7 ± 2.1	19.3 ± 2.2	> 0.05
H12	18.8 ± 1,8	19.4 ± 2.0	> 0.05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần số thở của các bệnh nhân giữa hai nhóm nghiên cứu trong cùng một thời điểm đánh giá (p > 0,05).

Bảng 3.3. Thay đổi bão hòa oxy theo thời gian

Thời gian	Nhóm BF (n = 30)	Nhóm BM (n = 30)	p
H0	98.62 ± 0.48	98.7 ± 0.54	> 0.05
H1	99.8 ± 0.58	99.6 ± 0.46	> 0.05
H2	99.7 ± 0.42	99.8 ± 0.44	> 0.05
H3	99.8 ± 0.44	99.7 ± 0.46	> 0.05
H4	99.8 ± 0.42	99.6 ± 0.46	> 0.05
H5	99.9 ± 0.42	99.9 ± 0.46	> 0.05
H6	99.8 ± 0.42	99.6 ± 0.45	> 0.05
H7	98.5 ± 0.44	98.4 ± 0.44	> 0.05
H8	98.4 ± 0.42	98.2 ± 0.54	> 0.05
H9	99.1 ± 0.42	986 ± 0.55	> 0.05
H10	98.7 ± 0.42	98,5 ± 0.64	> 0.05
H11	98.5 ± 0.54	98.4 ± 0.56	> 0.05
H12	98.4 ± 0.53	98.2 ± 0.65	> 0.05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về bão hòa oxy mao mạch của các bệnh nhân giữa hai nhóm nghiên cứu trong cùng một thời điểm đánh giá (p > 0,05).

3.3. Ảnh hưởng trên tuần hoàn người mẹ

Bảng 3.3. Tần số tim (lần/phút) giữa hai nhóm nghiên cứu theo thời gian

Thời gian	Nhóm BF (n = 30)	Nhóm BM (n = 30)	p
H0	94.6 ± 8.00	98.53 ± 8.45	> 0.05
H1	92.6 ± 7.65	96.30 ± 7.79	> 0.05
H2	78.7± 7.19	80.47 ± 8.65	> 0.05
H3	79.4 ± 5.69	82.37 ± 6.69	> 0.05
H4	81.5 ± 5.73	82.67 ± 6.26	> 0.05
H5	87. 3 ± 6.26	86.80 ±14.60	> 0.05
H6	85.9 ± 8.82	84.87 ± 11.85	> 0.05
H7	86.7 ± 9.05	85.77 ± 10.59	> 0.05
H8	88.7 ± 11.73	89.30 ± 10.60	> 0.05
H9	82.8 ± 10.65	86.83 ± 8.97	> 0.05
H10	83.3 ± 6.71	83.67 ± 8.49	> 0.05
H11	82.7 ± 3.91	84.57±7.32	> 0.05
H12	82. 3 ± 2.74	83.60 ± 6.98	> 0.05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần số tim của các bệnh nhân giữa hai nhóm nghiên cứu trong cùng một thời điểm đánh giá (p > 0,05).

****Thay đổi huyết áp động mạch:*** Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về huyết áp động mạch trung bình giữa hai nhóm nghiên cứu tại cùng một thời điểm đánh giá (p > 0,05).

3.4. Các tác dụng không mong muốn khác

Bảng 3.4. Các tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Nhóm BF (n = 30)		Nhóm BM (n = 30)		p
	n	%	n	%	
Nôn, buồn nôn	4	13,3%	6	20%	> 0,05
Ngứa	4	13,3%	7	23,3%%	< 0,05
Rét run	4	13,3%	3	10%	> 0,05
Suy hô hấp	0	0%	0	0%	> 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ ngứa ở nhóm BM cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm BF, các tác dụng không mong muốn khác tương đương nhau.

3.5. Đánh giá tình trạng sơ sinh

Bảng 3.5. Cân nặng và chỉ số Apgar sơ sinh

Chỉ số	Nhóm BF (n = 30)	Nhóm BM (n = 30)	p
Cân nặng sơ sinh	3119,4 ± 453,5 (2800 – 4150)	3094,2 ± 508,2 (2900 – 4000)	>0,05
Apgar 1 phút	9,1 ± 0,2 (8-9)	9,5 ± 0,4 (9-10)	>0,05
Apgar 5 phút	9,2 ± 0,3 (8-9)	9,4 ± 0,5 (9-10)	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về cân nặng và chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh ở hai nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy: Các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm: tuổi, chiều cao, cân nặng, tuổi thai, tiền sử mổ đẻ cũ. Thời gian phẫu thuật ở hai nhóm cũng tương đương nhau. Như vậy, hai nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng, do đó, sẽ không ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

4.1. Ảnh hưởng trên hô hấp người mẹ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần số thở được theo dõi liên tục trong mổ và sau mổ 24 giờ, theo biểu đồ 3.1, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần số thở của bệnh nhân giữa hai nhóm nghiên cứu trong cùng một thời điểm nghiên cứu. Chúng tôi cũng không gặp trường hợp nào thở chậm < 8 lần/phút. Suy hô hấp là biến chứng nguy hiểm nhất của sử dụng morphin trong gây tê tủy sống do morphin ức chế trung tâm hô hấp ở hành tuỷ làm mất nhạy cảm của trung tâm này với sự tăng CO2 có thể gây suy giảm hô hấp. Tỷ lệ suy hô hấp khi gây tê tủy sống có sử dụng morphin chiếm tỷ lệ 0.33 – 5.5%: theo Công Quyết Thắng) [2]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp trường hợp nào bị suy hô hấp. Có lẽ do liều thuốc morphin và fentanyl chúng tôi sử dụng trong nghiên cứu khá thấp. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây của Nguyễn Văn Minh, Abouleish E, [1],[3]. Theo các nghiên cứu nước ngoài, liều morphin 100 mcg trong gây tê tủy sống là an toàn đối với người trẻ tuổi, khỏe mạnh. Có thể phát hiện sớm các trường hợp suy hô hấp bằng theo dõi liên tục SpO2. Do morphin vẫn có thể ảnh hưởng tới hô hấp rất muộn nên chúng tôi theo dõi liên tục SpO2 trong 24 giờ đầu sau mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: SpO_2 ổn định từ khi gây tê tủy sống cho đến giai đoạn 24 giờ đầu sau mổ, không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu về SpO2 ở tất cả các thời điểm nghiên cứu (p > 0,05). Như vậy, việc dùng morphin liều lượng thấp 100 mcg phối hợp với bupivacain trong gây tê tủy sống cho sản phụ người Việt Nam vẫn có tác dụng giảm đau tốt mà lại ảnh hưởng không đáng kể lên hô hấp. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với Abouleish E và Milner AR [3],[6] (các tác giả này kết luận: phối hợp morphin trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai, với liều < 0.2mg không ảnh hưởng tới hô hấp của người mẹ).

4.2. Ảnh hưởng trên tuần hoàn người mẹ

Chúng tôi theo dõi liên tục tần số tim và huyết áp động mạch của các bệnh nhân trong mổ và 24 giờ đầu sau mổ. Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tần số tim của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu. Huyết áp động mạch trung bình cũng tương đương nhau tại cùng một thời điểm nghiên cứu. Tần số tim và huyết áp động mạch của các bệnh nhân ở nhóm BM có xu hướng ổn định hơn so với nhóm BF, tuy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê nhưng có thể giải thích do tác dụng giảm đau tốt của morphin tủy sống nên bệnh nhân đỡ đau đớn, nên mạch và huyết áp ổn định hơn.

4.3. Các tác dụng không mong muốn khác trên người mẹ

- Nôn, buồn nôn là tác dụng không mong muốn thường gặp của thuốc họ morphin khi dùng liều cao đường tĩnh mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nôn, buồn nôn của nhóm BM là 20% cao hơn so với nhóm BF (13,3%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Kết quả của chúng tôi tương đương với của Katsuyki Terajima [5] nghiên cứu phối hợp gây tê tủy sống bằng bupivacain và morphin để mổ lấy thai cho 22 trường hợp, thấy tỷ lệ nôn-buồn nôn là: 14%. Tuy nhiên, tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn so với Choi D.M (37%) [4]. Có thể do tác giả này sử dụng liều morphin tủy sống cao hơn của chúng tôi. Theo Milner A.R, sử dụng 0.1mg morphin gây tê tủy sống để giảm đau sau mổ lấy thai có tác dụng phụ nôn-buồn nôn giảm đáng kể so với dùng 0.2 mg [6]. Có thể dự phòng tác dụng phụ này bằng tiêm tĩnh mạch 4 mg ondansetron khi gây tê tủy sống.

- Ngứa cũng là một tác dụng không mong muốn khi gây tê tủy sống có sử dụng các thuốc họ morphin. Cơ chế do morphin gây tăng tiết histamine có tác dụng như một phản ứng dị ứng. Tỷ lệ ngứa ở nhóm BM cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm BF (23,3% so với 13,3%). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với Choi D.M [4] phối hợp fentanyl GTTS cho mổ lấy thai thấy tỷ lệ ngứa là 21% và Katsuyki Terajima [5] phối hợp 0.2mg morphin với bupivacain để mổ lấy thai thấy tỷ lệ ngứa là 55%. Như vậy, liều 100 mcg morphin tủy sống là phù hợp với các sản phụ người Việt Nam.

4.4. Đánh giá ảnh hưởng trên con: Chúng tôi đánh giá ảnh hưởng trên sơ sinh dựa vào chỉ số Apgar, trong nghiên cứu này, không có sự khác biệt về chỉ số Apgar phút thứ nhất và phút thứ 5 của trẻ sơ sinh ở cả hai nhóm nghiên cứu. Không gặp trường hợp trẻ sơ sinh nào có Apgar<7. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với Katsuyki Terajima [5]. Việc sử dụng morphin liều thấp trong gây tê tủy sống hoàn toàn không ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh khi mổ láy thai mà

việc giảm đau tốt còn giúp hạn chế suy hô hấp ở sơ sinh bú sữa mẹ khi bà mẹ phải dùng lượng lớn thuốc giảm đau họ morphin đường toàn thân.

V. KẾT LUẬN

Gây tê tủy sống để mổ lấy thai bằng 8 mg bupivacain + 25 mcg fentanyl có tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp người mẹ tương đương với gây tê tủy sống bằng 8 mg bupivacain + 100 mcg morphin, các tác dụng không mong muốn khác cũng tương đương nhau (nôn, buồn nôn là 13,3% so với 20%; rét run là 13,3% so với 10%) trừ tỷ lệ ngứa ở nhóm BM (23,3%) cao hơn nhóm BF (13,3%) ($p < 0,05$). Cả hai phương pháp này đều không ảnh hưởng đến Apgar sơ sinh (Apgar phút thứ nhất và thứ năm lần lượt là: 9,1 ± 0,2 so với 9,2 ± 0,3; và 9,5 ± 0,4 so với 9,4 ± 0,5).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Minh** (2006), "Nghiên cứu tác dụng giảm đau sau mổ của morphin tủy sống trong mổ lấy thai", Báo cáo khoa học Hội nghị khoa học GMHS toàn quốc 2006, tr. 10-16
2. **Công Quyết Thắng** (2004), 'Nghiên cứu tác dụng kết hợp gây tê tuỷ sống bằng bupivacain và ngoài màng cứng bằng morphin hoặc dolargan hoặc fentanyl để mổ và giảm đau sau mổ", *Luận án Tiến sỹ y học*, chuyên ngành Phẫu thuật đại cương, Hà Nội 2004.
3. **Abouleish E**, Rawal N, Fallon K, Hemandez D. Combined intrathecal morphine and bupivacaine for cesarean section. Anesth Analg 1988;67:370-4
4. **Choi DH**, Ahn HJ, Kim MH.2000. Bupivacaine-sparing effect of fentanyl in spinal anesthesia for cesarean delivery.Reg Anesth Pain Med 2000 May-Jun;25(3):240-5.
5. **Katsuyki Terajima**, Hidetaka Onodera, Masao Kobayashi, Hiroko Yamanaka, Takashi Ohno, Swiichi Konuma and Ruo Ogawa. 2003. "Effcacy of Intrathecal Morphine for analgesia Following Elective Cesarean Section: comparison with Previous Delivery", J Nippon Med Sch 70 (4).
6. **Milner AR**, Bogod DG, Harwood RJ. 1997. " Intrathecal administration of morphine for elective caesarean section. A comparion between 0,1mg and 0,2 mg". Anaesthesia 52 (3):278

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN HIV/AIDS ĐĂNG KÝ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI TỈNH HÀ NAM NĂM 2011 - 2012

Ninh Thị Nhung[1], Lương Xuân Hiến[1], Phạm Thị Dung[1], Phạm Xuân Viết[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm bệnh nhân HIV/AIDS đăng ký điều trị tại bệnh viện Lao và bệnh Phổi tỉnh Hà Nam năm 2011-2012. **Đối tượng nghiên cứu:** Người nhiễm HIV/AIDS đăng ký quản lý điều trị tại bệnh viện Lao và bệnh Phổi tỉnh Hà Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ bệnh nhân nam nhiễm HIV trong nghiên cứu là 64,6%. Nghề nghiệp của người nhiễm HIV trong nghiên cứu chủ yếu là lao động tự do chiếm 67,5%. Lây nhiễm HIV qua con đường tiêm chích ma túy và quan hệ tình dục (48,3% và 35,2%). Tỷ lệ bệnh nhân mắc lao ở người nhiễm HIV là 7,2%, phần lớn bệnh nhân có giảm bạch cầu và SGOT, SGPT.

Từ khóa: HIV/AIDS, Lao.

SUMMARY

SOME CHARACTERISTICS OF HIV/AIDS PATIENTS REGISTERED FOR TREATMENT AT HANAM TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE HOSPITAL IN 2011-2012

Objective: Description of some characteristics of HIV/AIDS patients registered for treatment at Ha Nam Tuberculosis and Lung Disease Hospital in 2011 - 2012. **Subject:** HIV/AIDS patients registered to manage treatment at Ha Nam Tuberculosis and Lung Disease Hospital. **Method:** Descriptive epidemiological methods via surveys horizontal. **Results:** The proportion of male patiens with HIV in the study was 64.6%. Occupation of HIV infected patients in this study was mainly self-employed (67.5%). The rate of HIV transmission among injecting drug users and sex workers is 48.3% and 35.2% respectively. The prevalence of tuberculosis in HIV infected people is 7.2%, most patients have leucopenia and SGOT, SGPT.

Keywords: HIV/AIDS, Tuberculosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở một số nước châu Phi, Đông Nam Á, châu Mỹ La tinh tỷ lệ bệnh lao đang gia tăng một cách đáng kể có khoảng trên 20 triệu người đồng nhiễm lao/HIV. Trong đó châu Phi chiếm 71%, Đông Nam Á là 22%. Người nhiễm HIV có nguy cơ mắc lao tăng tới 10 lần. Bệnh lao là gánh nặng cho mỗi quốc gia, làm tăng tình trạng đói nghèo, làm giảm chỉ số phát triển của con người [3],[4].

Tại Việt Nam theo số liệu của chương trình chống lao Quốc gia năm 2009 thì tỉ lệ đồng nhiễm lao/HIV khoảng 7%. Một số tỉnh, thành phố tỉ lệ này rất cao như: Thành phố Hồ Chí

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
[2]*Trung tâm y tế thành phố Phủ Lý, Hà Nam*
Chịu trách nhiệm chính: Ninh Thị Nhung
Email: nhungntytb@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018
Ngày duyệt bài: 13.2.2018

Minh: 30%, Hà Nội: 20%, Quảng Ninh: 12%, An Giang: 15%... Tại Hà Nam hàng năm chương trình chống lao của tỉnh phát hiện được 960 bệnh nhân lao mới, trong đó tỉ lệ mắc lao ở người nhiễm HIV và nguy cơ cao ngày càng tăng, năm sau nhiều hơn năm trước. Khi đồng nhiễm lao/HIV thì người nhiễm HIV được xác định là chuyển sang giai đoạn AIDS, người nhiễm lao/HIV rất khó chẩn đoán và điều trị. Tỉ lệ khởi phát, tỉ lệ tái phát và tử vong cao, khả năng kháng thuốc lớn và là nguồn lây truyền bệnh lao cực kì nguy hiểm trong cộng đồng tại Hà Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm bệnh nhân HIV/AIDS đăng ký điều trị tại bệnh viện Lao và bệnh Phổi tỉnh Hà Nam năm 2011 – 2012.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện lao và bệnh phổi tỉnh Hà Nam
- Đối tượng nghiên cứu: Người nhiễm HIV/AIDS đăng ký quản lý điều trị tại bệnh viện Lao và bệnh Phổi tỉnh Hà Nam.
- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 6/2011–3/2012

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

a/ Cỡ mẫu: Toàn bộ 500 bệnh nhân nhiễm HIV của thành phố Phủ Lý có sổ quản lý theo dõi, thực tế chỉ có 443 bệnh nhân đến đăng ký khám và điều trị tại bệnh viện Lao và bệnh phổi.

b/ Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu để mô tả đặc điểm bệnh nhân HIV/AIDS: Là toàn bộ 443 bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS có sổ đăng ký quản lý điều trị theo mẫu bệnh án nghiên cứu tại Bệnh viện Lao và bệnh phổi tỉnh Hà Nam từ tháng 6 năm 2011 đến tháng 3 năm 2012.

2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

- Cân nặng: Dùng cân SMIC của Trung Quốc có khắc vạch trên bàn cân, mỗi vạch tương ứng 0,1kg, sai số không quá 0,2kg.
- Chiều cao: đo bằng thước gỗ ba mảnh của Mỹ.

*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 = Cân nặng (Kg)/ (Chiều cao) 2(m). Đánh giá chỉ số khối cơ thể dựa theo cách phân loại của WHO khu vực Tây Thái Bình Dương khuyến nghị cho người châu Á.

2.4. Các phương pháp hạn chế sai số: Hạn chế bằng cách 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.

2.5. Xử lý số liệu: Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi-Info 6.0. 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: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 20 tuổi	3	0,7
21-30 tuổi	214	48,3
31-40 tuổi	113	25,5
41-50 tuổi	108	24,4
> 50 tuổi	5	1,1
Tổng	**443**	**100,0**

Kết quả bảng 3.1 cho thấy đối tượng ở độ tuổi từ 21-30 chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,3%, sau đó là độ tuổi từ 31-40 chiếm tỷ lệ 25,5% và độ tuổi từ 41-50 chiếm 24,4%, còn độ tuổi dưới 20 chiếm 0,7%, trên 50 tuổi chiếm 1,1%.

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính và nghề nghiệp

		Số lượng	*Tỷ lệ %*
Giới	Nam	286	64,6
	Nữ	157	35,4
Nghề nghiệp	Nông dân	43	9,7
	Buôn bán	89	20,1
	Lao động tự do	299	67,5
	Khác	12	2,7

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: Trong tổng số 443 đối tượng tham gia nghiên cứu trong đó nam giới chiếm 64,6%, nữ giới chiếm 35,4%. Đối tượng làm nghề lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất 67,5%, sau đó nghề buôn bán chiếm 20,1%, nông dân và nghề khác chiếm tỷ lệ thấp (nông dân: 9,7%, nghề khác: 2,7%).

Bảng 3.3. Các đường lây nhiễm HIV theo giới

Đường lây	Nam(n=286)		Nữ(n=157)		Chung (n=443)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Tiên chích ma túy	189	66,1	25	15,9	214	48,3	<0,05
Quan hệ tình dục	35	12,2	121	77,1	156	35,2	<0,05
TCMT + QHTD	58	20,3	7	4,5	65	14,7	>0,05
Không rõ	4	1,4	4	2,5	8	1,8	>0,05

Tìm hiểu về đường lây nhiễm HIV của đối tượng kết quả bảng 3.3 cho thấy: Lây truyền qua đường tiêm chích ma túy chiếm tỷ lệ cao nhất 48,3%, sau đó là quan hệ tình dục chiếm 35,2%, tỷ lệ tiêm chích ma túy và quan hệ tình dục chiếm khá cao với 14,7%, không rõ chiếm tỷ lệ 1,8%. Về đường lây nhiễm theo giới thì đối với nam lây theo đường tiêm chích ma túy chiếm tỷ lệ cao hơn nữ còn nữ lây theo đường quan hệ tình dục cao hơn nam, sự khác biệt với p<0,05.

Bảng 3.4. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu theo BMI

Giới / BMI	Nam(n=286)		Nữ(n=157)		Chung(n=443)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Thiếu năng lượng trường diễn	111	38,8*	26	16,5*	137	30,9
Bình thường	172	60,1	126	80,3	298	67,3
Thừa cân	3	1,1	5	3,2	8	1,8
Béo phì	0	0	0	0	0	0,0

*(Ghi chú: * là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05)*

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: có tới 30,9% bệnh nhân nhiễm HIV thiếu năng lượng trường diễn, trong đó nam chiếm tỷ lệ là 38,8% và nữ chiếm 16,5%, sự khác biệt với p<0,05; đối tượng có tình trạng dinh dưỡng bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 67,3%, có 1,8% bệnh nhân nhiễm HIV thừa cân.

Bảng 3.5. Tỷ lệ mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội ở đối tượng nghiên cứu (n=443)

Nhiễm trùng cơ hội	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi tái diễn	27	6,1
Ỉa chảy kéo dài	39	8,8
Nhiễm nấm	11	2,5
Nhiễm trùng ngoài da	9	2,0

Kết quả bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, ỉa chảy kéo dài chiếm tỷ lệ cao nhất với 8,8% sau đó là viêm phổi tái diễn chiếm 6,1%, tiếp đến nhiễm nấm 2,5% và nhiễm trùng ngoài da chiếm 2,0%.

Bảng 3.6. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có các triệu chứng cơ năng nghi lao (n=443)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ho kéo dài trên 2 tuần	7	1,6
Sốt về chiều	4	0,9
Gầy, sút cân	69	15,6
Ho ra máu	0	0,0
Đau ngực, khó thở	17	3,8

Tìm hiểu các triệu chứng cơ năng nghi lao ở đối tượng kết quả bảng 3.6 cho thấy: Có 15,6% đối tượng có triệu chứng gầy sút cân chiếm tỷ lệ cao nhất; đau ngực, khó thở chiếm 3,8%; ho kéo dài trên 2 tuần là 1,6%, sốt về chiều 1,6%.

Bảng 3.7. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có các triệu chứng lâm sàng tại phổi (n=443)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có ral	16	3,6
Hội chứng đông đặc	8	1,8
Hội chứng 3 giảm	9	2,0
Mất, giảm rì rào phế nang	6	1,4

Biểu hiện lâm sàng tại phổi ở đối tượng được trình bày tại bảng 3.7 cho thấy bệnh nhân phổi có ral chiếm tỷ lệ 3,6%, bệnh nhân có hội chứng 3 giảm chiếm 2%, bệnh nhân có hội chứng đông đặc chiếm 1,8% và mất, giảm rì rào phế nang chiếm 1,4%.

Bảng 3.8. Một số triệu chứng cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n=443)

Kết quả xét nghiện cận lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tăng SGOT	19	4,3
Tăng SGPT	24	5,4
Xét nghiệm đờm (+)	0	0
Xquang nghi ngờ tổn thương lao	4	0,9

Kết quả bảng 3.8 cho thấy: Đối tượng có tăng men gan SGPT chiếm 5,4%, SGOT chiếm 4,3%; Xquang có nghi ngờ tổn thương lao chiếm 0,9%, không có bệnh nhân nào xét nghiệm đờm dương tính.

Bảng 3.9. Giá trị trung bình hồng cầu, bạch cầu và các xét nghiệm sinh hóa ở đối tượng nghiên cứu

Các giá trị trung bình	($\overline{X}$ ±SD)	*Min-Max*
Hồng cầu (triệu/ml)	3,9±0,35	3,1-4,5
Bạch cầu (mm3/l)	5,2 *± 0,9*	*4,0-7,0*
GOT trung bình (u/l)	28,7±9,3	*10,5-54,0*
GPT trung bình (u/l)	27,3±12,4	*10,5-63,0*

Kết quả bảng 3.9 cho thấy: Bệnh nhân HIV có giá trị trung bình hồng cầu là 3,9±0,35.triệu/ml, giá trị trung bình bạch cầu là 5,2 *± 0,9.*109/l, giá trị trung bình SGOT là 28,7±9,3 u/l, giá trị trung bình SGPT là 27,3±12,4u/l.

Bảng 3.10. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu mắc lao (n=443)

Thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiền sử mắc lao	32	7,2
Lao mới phát hiện trong đợt sàng lọc	4	0,9

Tỷ lệ bệnh nhân mắc lao được trình bày tại bảng 3.10 kết quả cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân HIV có tiền sử mắc lao chiếm 7,2%, tỷ lệ bệnh nhân HIV mắc lao mới phát hiện trong đợt sàng lọc chiếm 0,9%.

IV. BÀN LUẬN

Tại tỉnh Hà Nam tính đến ngày 27/7/2010 thì 6/6 huyện, thành phố có bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS với tích lũy HIV 1151 ca, tích lũy AIDS là 589 ca chết do AIDS là 368 ca, phần lớn trường hợp nhiễm HIV ở Hà Nam nằm ở độ tuổi trẻ từ 20-39 tuổi chiếm 83,39% trong đó độ tuổi từ 20 đến 29 tuổi chiếm tỷ lệ 52,20% từ 30 đến 39 tuổi chiếm 31,19 %.

Kết quả Bảng 3.1 cho thấy đối tượng ở độ tuổi từ 21-30 chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,3%, sau đó là độ tuổi từ 31-40 chiếm tỷ lệ 25,5% và độ tuổi từ 41-50 chiếm 24,4%. Còn độ tuổi dưới 20 tuổi chiếm 0,7% và trên 50 tuổi chỉ chiếm 1,1%. Như vậy trong số những người nhiễm HIV ở thành phố Phủ Lý xấp xỉ 50% người trẻ, họ nhiễm HIV khi còn rất trẻ, thời gian chuyển sang HIV cũng rất nhanh. Tỷ lệ nhiễm HIV ở Thành Phố Phủ Lý thường ở độ tuổi lao động điều này ảnh hưởng rất lớn đến tình hình kinh tế, xã hội của Thành phố Phủ Lý nói riêng và với Tỉnh Hà Nam nói chung. Sở dĩ có kết quả trên có lẽ là do việc chuyển đổi hành vi nguy cơ cao sang hành vi ít nguy cơ hoặc không có nguy cơ như gia tăng sử dụng bao cao su, trì hoãn lần quan hệ tình dục đầu tiên và quan hệ với ít bạn tình hơn. Tuy nhiên xu hướng chung của dịch HIV/AIDS vẫn đang gia tăng do đó vẫn cần tăng cường nỗ lực trong việc phòng ngừa để kìm hãm dịch [1], [2].

Người nghiện chích ma túy cũng đồng thời có các hành vi tình dục không an toàn, kết quả nghiên cứu giám sát hành vi cho thấy: khoảng 20-40% người nghiện chích ma túy có quan hệ tình dục với gái mãi dâm và 28-60% có quan hệ tình dục với bạn tình thường xuyên, những nghiên cứu này đã góp phần lý giải tại sao số bệnh nhân AIDS đa số là trẻ tuổi. Tìm hiểu về tỷ lệ nhiễm HIV theo giới kết quả bảng 3.2 cho thấy: Trong tổng số 443 đối tượng tham gia nghiên cứu thì nam giới nhiễm HIV chiếm 64,6%, nữ giới chiếm 35,4%, như vậy nam giới nhiễm HIV cao gấp 1,8 lần so với nữ giới. Điều này chứng tỏ nam giới với các thú chơi có cảm giác mạnh, do hay tụ tập ở chỗ đông người, bạn bè lôi kéo, không có việc làm ổn định nên dần dần đi vào con đường nghiện ngập, tiêm chích [2]

Kết quả nghiên cứu cho thấy: có tới 30,9% bệnh nhân nhiễm HIV thiếu năng lượng trường, đối tượng có tình trạng dinh dưỡng bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 67,3%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với 1 số tác giả cho rằng ở Việt Nam, biểu hiện sút cân 10% trọng lượng cơ thể chiếm 26,39%. Nhiễm trùng cơ hội là nguyên nhân gây bệnh và tử vong chính trên những người nhiễm HIV/AIDS do hệ thống miễn dịch của họ bị suy giảm, không có khả năng chống đỡ lại các tác nhân gây bệnh. Các nhiễm trùng cơ hội thường gặp là lao, viêm phổi, tiêu chảy, giang mai, herpes, viêm gan B, C, viêm não toxoplasma, viêm màng não, bệnh lý da, niêm mạc... Các tác nhân gây bệnh này có thể là vi khuẩn, virus, nấm hoặc ký sinh trùng. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, ỉa chảy kéo dài chiếm tỷ lệ cao nhất 8,8% sau đó là viêm phổi tái diễn chiếm 6,1%, tiếp đến nhiễm nấm 2,5%, nhiễm trùng ngoài da chiếm 2,0%. Tìm hiểu một số đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân HIV trong nghiên cứu này cho thấy có 5,4% bệnh nhân tăng men gan SGPT và 4,3% bệnh nhân tăng SGOT nhưng vẫn nằm trong giới hạn cho phép. Kết quả bảng 3.14 cho thấy: Bệnh nhân HIV có giá trị trung bình hồng cầu là 3,9±0,35.1012/VL, giá trị trung bình bạch cầu là 5,2 *± 0,9*.109/VL, giá trị trung bình SGOT là 28,7±9,3u/l, giá trị trung bình SGPT là 27,3±12,4u/l. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn bệnh nhân đều có giảm bạch cầu và SGOT, SGPT nhưng chưa đến mức nguy hiểm.

V. KẾT LUẬN

- Người nhiễm HIV trong nghiên cứu chủ yếu là nam giới chiếm 64,6%.
- Nghề nghiệp của người nhiễm HIV trong nghiên cứu này chủ yếu là lao động tự do chiếm 67,5%.
- Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn chiếm 30,9%. Nhiễm trùng cơ hội chủ yếu là ỉa chảy kéo dài chiếm 8,8%.
- 15,6% bệnh nhân nhiễm HIV có biểu hiện triệu chứng cơ năng nghi lao là gầy sút cân, triệu chứng thực thể tại phổi có ral chiếm 3,6%.
- Tỷ lệ bệnh nhân mắc lao ở người nhiễm HIV là 7,2%, phần lớn bệnh nhân có giảm bạch cầu và SGOT, SGPT.

KHUYẾN NGHỊ

1. Cần tuyên truyền về bệnh lao và phòng chống lao một cách thường xuyên với nhiều hình thức khác nhau cho người dân nói chung và người nhiễm HIV nói riêng.
2. Cần có sự phối hợp giữa các đơn vị trong ngành y tế đặc biệt trong Tiểu ban điều phối lao/HIV của Sở Y tế theo Quyết định số 3116 của Bộ Y tế về hoạt động lồng ghép lao/HIV trong việc chỉ đạo công tác phòng chống lao và phòng chống HIV/AIDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tiến Hòa, Nguyễn Trần Hiền và Nguyễn Thị Lan Anh (2010),** "Thực trạng nhiễm

HIV, HPV, HCV và các yếu tố nguy cơ của người nghiện chích ma túy, phụ nữ bán dâm tại Hà Nội năm 2008", *Tạp chí Y học dự phòng*, 8(116), tr. 42-49.
2. **Nguyễn Thị Bích Yến (2004),** *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và sinh học của bệnh nhân lao/HIV tại thành phố Hồ Chí Minh*, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr10-49.
3. **Agizew T.B, Arwady M.A, Yoon J.C *et al* (2009),** "Tuberculosis in asymptomatic HIV-infected adults with abnormal chest radiographs screened for tuberculosis prevention", *Int J Tuberc Lung Dis*, 14(1), pp. 45-51.
4. **Nicholas S, Sabapathy K, Ferreyra C *et al* (2011),** "Incidence of tuberculosis in HIV-infected patients before and after starting combined antiretroviral therapy in 8 sub-Saharan African HIV programs", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 57(4), pp. 311-318.

VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ ẨN TINH HOÀN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Việt Hoa[1], Tô Hoàng Dũng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của phẫu thuật nội soi trong chẩn đoán và điều trị ẩn tinh hoàn ở trẻ em. ***Phương pháp nghiên cứu***: Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhi ẩn hoàn không sờ thấy trên 5 tuổi được phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn từ tháng 6/2014 đến 6/2017. Đánh giá kết quả sau mổ ≥ 3 tháng dựa trên lâm sàng và siêu âm đánh giá vị trí và kích thước tinh hoàn. ***Kết quả:*** 46 bệnh nhân (49 tinh hoàn) phẫu thuật nội soi. 22/49 (44,9%) ẩn tinh hoàn bên phải, 21/49 (42,9%) bên trái, 3 bệnh nhân ẩn tinh hoàn 2 bên chiếm 6/49. Siêu âm trước mổ 18/49 (36,7%) tinh hoàn trong ổ bụng. 11/49 (22,4%) tinh hoàn trong lỗ bẹn sâu. 10/49 (20,4%) không thấy tinh hoàn. 10/49 (20,4%) tinh hoàn trong ống bẹn sau mổ mở hạ tinh hoàn. Phẫu thuật nội soi trong mổ 13/49 (26,5%) bệnh nhân không thấy tinh hoàn trong ổ bụng và ống bẹn. 22/49 (44,9%) trường hợp hạ tinh hoàn nội soi. 14/49 (28,6%) hạ tinh hoàn đường bẹn có nội soi hỗ trợ. 3/49 (6,1%) trường hợp làm Stephens-Fowler. Đánh giá kết quả sau mổ ≥ 3 tháng được 31/49 (63,2%) bệnh nhi trong đó: 3/31 (9,6%) trường hợp tinh hoàn bị teo. 27/31 (87,1%) trường hợp sờ thấy tinh hoàn ở bìu.1/31 (3,2%) trường hợp tinh hoàn còn nằm ở bùi cao. ***Kết luận***: Phẫu thuật nội soi ổ bụng là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị tinh hoàn ẩn ở trẻ em.

Từ khóa: Ẩn tinh hoàn, mổ nội soi, mổ nội soi hạ tinh hoàn.

SUMMARY

THE VALUE OF LAPAROSCOPIC ORCHIDOPEXY IN CHILDREN IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To demonstrate that laparoscopic intervention should be considered as initial surgical approach in the management of the non-palpable testis in children over the age of 5. Methods: We retrospectively reviewed 49 medical records of patients who underwent laparoscopic exploration for the non-palpable testis between 6/2014 and 6/2017. Intra-operative data of 49 non-palpable testis were collected. Operative success was defined at less 3 months after surgery by clinical examination and ultrasound. **Results:** 46 patients (49 non-palpable testis units) underwent laparoscopic exploration. 22/49 (44,9%) patients were operated in the right side, 21/49 (42,9%) patients were operated in the left side. 3 patients were operated for bilateral non-palpable testis. Ultrasound was done for 49/49 (100%) non-palpable testis units before operation. Testis was found by ultrasound in 18/49 (36,7%). Laparoscopic orchidopexy was performed in 22/49 (44,9%) non palpable testis units. Laparoscopic Stephens-Fowler procedure was performed in 3/49 (6,1%) non-palpable testis units. Orchidopexy by inguinal incision was done in 14/49 (28,6%). Testicular atrophy occurred in 13/49 (26,5%). Follow-up 6 months after surgery was available for 31/49 (63,2%) non-palpable testis units: 27/31 (87,1%) testis units in the scrotum, 3/31 (9,6%) atrophic testis was identified. **Conclusion**: Our finding support the use of an initial laparoscopic approach in the management of the nonpalpable testis. We also recommended that ultrasound is not a good investigation to predict the testicular absence for non-palpable testis.

Key word: Non-palpable testis, laparoscopic, orchidopexy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tinh hoàn chưa xuống bìu là một bệnh lý thường gặp ở trẻ em. Khoảng 3% trẻ trai sinh đủ tháng có tinh hoàn chưa xuống bìu. Tỷ lệ này có thể tới 30% ở trẻ sinh non tháng. Tuy nhiên, đa phần tinh hoàn sẽ tự di chuyển xuông bìu trong năm đầu tiên. Tuy hiếm gặp dị tật phối hợp trong bệnh lý này nhưng cần rất thận trọng khi trẻ kèm theo các dị tật sinh dục

Tinh hoàn ẩn không sờ thấy trong ống bẹn thì có thể có tinh hoàn nằm trong ổ bụng hoặc tinh hoàn teo. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng các thăm dò hình ảnh như siêu âm, chụp MRI,

[1]*Bệnh viện Việt Đức*
[2]*Đại học Y dược Thái Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hoa
Email: nvhoa96@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 2.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 22.2.2018
Ngày duyệt bài: 28.2.2018

chụp cắt lớp có độ đặc hiệu rất thấp trong chẩn đoán tinh hoàn ẩn không sờ thấy. Phẫu thuật nội soi là một phương pháp chẩn đoán có độ đặc hiệu cao để tìm vị trí tinh hoàn trong ổ bụng và cần thiết để chẩn đoán khẳng định có teo tinh hoàn.

Đa số tác giả chủ trương tiến hành điều trị sớm. Theo Steven G Docimo nên điều trị ngay từ 6 tháng tuổi. Ở Việt Nam Trần Văn Sáng khuyên nên chọn thời điểm mổ sớm từ 1- 2 tuổi, vì 3 tháng tuổi tinh hoàn không thể xuống bìu nữa nên có chờ cũng vô ích. Hơn nữa nếu để tinh hoàn nằm lâu trong ổ bụng nhất là tinh hoàn không xuống bìu cả 2 bên càng điều trị chậm khả năng có con càng giảm dần và nguy cơ ung thư tinh hoàn.

Nhằm khảo sát hiệu quả và tính khả thi của phẫu thuật nội soi điều trị ẩn tinh hoàn ở trẻ em trên 5 tuổi, là những trẻ được coi là điều trị muộn chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhi trên 5 tuổi được phẫu thuật nội soi điều trị ẩn tinh hoàn tại khoa phẫu thuật Nhi bệnh viện Việt Đức từ tháng 06/2014 đến tháng 06/2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Các hồ sơ bệnh nhân nhi trên 5 tuổi ẩn tinh hoàn được phẫu thuật nội soi ổ bụng tại khoa phẫu thuật Nhi bệnh viện Việt Đức từ tháng 06/2014 đến tháng 06/2017.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu

Thu thập các thông số trước mổ về tuổi, giới, bên tinh hoàn ẩn, siêu âm trước mổ tìm tinh hoàn. Vị trí của tinh hoàn trong mổ và cách thức mổ (nội soi, mở đường bẹn có nội soi hỗ trợ, làm phẫu thuật Steven-Fowler) được ghi chép lại. Với các bệnh nhân hạ được tinh hoàn xuống bìu được đánh giá kết quả sau phẫu thuật ít nhất 3 tháng bằng thăm khám lâm sàng và siêu âm đo kích thước tinh hoàn.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi có 46 bệnh nhân (49 tinh hoàn) ẩn tinh hoàn được phẫu thuật nội soi ổ bụng. 22/49 (44,9%) bệnh nhân được phẫu thuật bên phải, 21/49 (42,9%) bệnh nhân được phẫu thuật bên trái, 3 bệnh nhân được phẫu thuật ẩn tinh hoàn 2 bên chiếm 6/49 (12,2%). Tuổi trung bình là 8,24 tuổi (thấp nhất là 5 tuổi, cao nhất là 14 tuổi).

Có 49/49 (100%) trường hợp tinh hoàn ẩn được làm siêu âm trước mổ, chỉ có 18/49 (36,7%) siêu âm trả lời thấy tinh hoàn trong ổ bụng. 11/49 (22,4%)trường hợp siêu âm trả lời tinh hoàn nằm sát lỗ bẹn sâu. 10/49 (20,4%) trường hợp siêu âm không thấy tinh hoàn. 10/49 (20,4%) trường hợp tinh hoàn đã mổ một lần nhưng chưa xuống bìu siêu âm trả lời trong ống bẹn. 6 trường hợp tinh hoàn không thấy trong bụng, lỗ bẹn sâu đã đóng kín, nhìn thấy bó mạch tinh đi ra ngoài ống bẹn. 4/6 trường hợp được mở bẹn thì tất cả 4 trường hợp thấy tinh hoàn đã teo. Cả 6 (12,2%) trường hợp đều được chẩn đoán là teo tinh hoàn.

Trong 49 tinh hoàn được phẫu thuật có 3/49 (6,1%) trường hợp tinh hoàn xơ hóa toàn bộ còn là tàn tích chỉ định cắt bỏ. 36/49 (73,5%) trường hợp tinh hoàn được hạ ngay trong đó có 22/49 (44,9%) tinh hoàn được hạ bằng nội soi, 14/49 (28,6%) hạ tinh hoàn đường bẹn có nội soi hỗ trợ vì lỗ bẹn sâu mở, còn ống phúc tinh mạc rộng, tinh hoàn nằm sát lỗ bẹn sâu và 16/49 (32,6%) trường hợp đã có tiền sử mổ mở ẩn tinh hoàn trong đó 10/16 (62,5%) tinh hoàn chưa xuống bìu còn nằm trong ống bẹn. 6/16 (37,5%) tinh hoàn nằm sát lỗ bẹn sâu và trong ổ bụng. 3/49 (6,1%) bó mạch tinh ngắn nên làm phẫu thuật Stephens-Fowler một thì. Không có biến chứng trong và sau mổ.

Có 31/49 (63,2%) trường hợp tinh hoàn được khám lại sau mổ, 13/49 (26,5%) trường hợp tinh hoàn không khám lại vì đã cắt tinh hoàn hoặc chỉ là tàn tích tinh hoàn khi mổ, 5/49 (10,2%) trường hợp chúng tôi bị mất liên lạc. Trong số bệnh nhân được khám lại có 22/31 (70,9%) trường hợp tinh hoàn đã hạ xuống bìu trong mổ, thấy 5/31 (16,1%) tinh hoàn nằm ở gốc bìu hay bìu cao, 1/31 (3,2%) tinh hoàn còn nằm cao trong ống bẹn, 3/31 (9,6%) teo tinh hoàn sau mổ. Siêu âm đánh giá tính chất tinh hoàn khi khám lại có 23/28 (85,7%) tinh hoàn có tính chất đồng nhất, 4/28 (14,3%) tinh hoàn có vôi hóa trên siêu âm trong đó 3 tinh hoàn nằm trong bìu và 1 tinh hoàn nằm ở gốc bìu.

Trong 3 trường hợp được làm Stephens Fowler, có 1 trường hợp trong mổ chỉ hạ tinh hoàn xuống lỗ bẹn nông do thừng tinh quá căng khi khám lại thì tinh hoàn này nằm ở 1/3 giữa ống bẹn, một trường hợp tinh hoàn nằm trong bìu và trường hợp còn lại tinh hoàn nằm ở gốc bìu.

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán: Trong bệnh lý ẩn tinh hoàn có thể tinh hoàn nằm trong ổ bụng hoặc teo tinh hoàn. Tỷ lệ gặp teo tinh hoàn dao động khoảng 20% trong tinh hoàn ẩn không sờ thấy tùy theo nghiên cứu [7]. Để khẳng định có tinh hoàn trong bụng không và vị trí của tinh hoàn trong bụng thì các phương tiện chẩn đoán hình ảnh

như siêu âm, chụp MRI có độ đặc hiệu không cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì chỉ có 18/49 (36,7%) siêu âm trả lời thấy tinh hoàn trong ổ bụng, 11/49 (22,4%) trường hợp siêu âm trả lời tinh hoàn sát lỗ bẹn sâu nhưng trong mổ chúng tôi thấy 32/49 (65,3%) trường hợp có thấy tinh hoàn trong bụng.

Chúng tôi nhận thấy khi tinh hoàn nằm sát lỗ bẹn sâu thì thường dễ nhìn thấy trên siêu âm hơn là khi nằm trong hố chậu. Đa phần 29/49 (59,1%) trường hợp nhìn thấy tinh hoàn trên siêu âm thì khi phẫu thuật chúng tôi thấy tinh hoàn ở sát lỗ bẹn sâu, ống phúc tinh mạc còn rộng.

Vì không có phương tiện chẩn đoán có độ đặc hiệu cao để trả lời câu hỏi có tinh hoàn hay không nên nội soi ổ bụng được coi là một phương tiện chẩn đoán hữu hiệu nhất. Chúng tôi có 16/49 (32,6%) trường hợp đã có tiền sử mổ mở ẩn tinh hoàn trong đó 10/16 (62,5%) tinh hoàn chưa xuống bìu còn nằm trong ống bẹn, nội soi giúp giải phóng bó mạch tinh và ống dẫn tinh bên trong ổ bụng, mổ mở tìm và hạ tinh hoàn xuống thêm. 6/16 (37,5%) tinh hoàn nằm sát lỗ bẹn sâu và trong ổ bụng chứng tỏ lần mổ trước đó phẫu thuật viên đã mở ống bẹn nhưng không tìm được tinh hoàn và bó mạch tinh. Chúng tôi cho rằng nội soi vừa có ý nghĩa chẩn đoán,vừa có ý nghĩa điều trị. Đặc biệt khi có kèm theo những dị tật của bộ phận sinh dục thì việc phát hiện những tổn thương nằm trong bệnh cảnh rối loạn phát triển giới tính (DSD) là hết sức cần thiết cho kế hoạch điều trị.

Chúng tôi nhận thấy khi lỗ bẹn đóng kín, nhìn thấy bó mạch tinh đã đi ra ngoài bụng thì việc mở bẹn là không cần thiết. Có 6 bệnh nhân chúng tôi không thấy tinh hoàn trong bụng, lỗ bẹn sâu đã đóng, bó mạch tinh đi ra ngoài ống bẹn. 4/6 bệnh nhân của chúng tôi có mở bẹn kiểm tra thì tất cả các trường hợp này tinh hoàn đều teo nhỏ.

Khi thấy ống bẹn đóng hoặc ống phúc tinh mạc còn nhưng nhỏ thì nên phẫu tích hạ tinh hoàn nội soi. Những trường hợp này bó mạch tinh thường ngắn hơn và việc sử dụng nội soi để phẫu tích làm dài thừng tinh là hết sức cần thiết. Chúng tôi thường ưu tiên dùng kéo để phẫu tích phúc mạc dọc theo bó mạch tinh và thừng tinh. Đốt điện phải chú ý tránh xa bó mạch tinh và ống dẫn tinh.

Khi bó mạch tinh ngắn thì phẫu thuật thắt mạch tinh (phẫu thuật Stephens-Fowler) nên được lựa chọn. Khi lựa chọn phẫu thuật này, chúng tôi không phẫu tích bó mạch tinh và thừng tinh mà chỉ kẹp clip bó mạch tinh ở cách tinh hoàn khoảng 1-2cm. Sau khi kẹp mạch thì nguồn máu nuôi tinh hoàn sẽ đến từ mạch máu đi theo ống dẫn tinh và dây chằng bìu tinh hoàn. Việc phẫu tích tinh hoàn trong phẫu thuật thắt mạch tinh thì 1 sẽ làm tăng nguy cơ teo tinh hoàn ở thì 2.

Siêu âm đánh giá tính chất tinh hoàn khi khám lại chúng tôi thấy 23/28 (85,7%) tinh hoàn có tính chất đồng nhất, 4/28 (14,3%) tinh hoàn có vôi hóa trên siêu âm trong đó 3 tinh hoàn nằm trong bìu và 1 tinh hoàn nằm ở gốc bìu. Theo chúng tôi tinh hoàn bị vôi hóa là do khi hạ tinh hoàn phẫu thuật viên có thể đã làm căng hệ mạch nuôi tinh hoàn trong đó chủ yếu là bó mạch tinh khiến cho tinh hoàn bị thiểu dưỡng tạo ra phản ứng canxi hóa gây ảnh hưởng đến chức năng của tinh hoàn. Theo chúng tôi khi hạ tinh hoàn nên tránh để căng mạch nuôi tinh hoàn.

Tuổi điều trị: Thời điểm điều trị: đa số tác giả chủ trương tiến hành điều trị sớm. Theo Steven G Docimo nên điều trị ngay từ 6 tháng tuổi. Ở Việt Nam Trần Văn Sáng khuyên nên chọn thời điểm mổ sớm từ 1- 2 tuổi, do là sau 3 tháng tuổi tinh hoàn không thể xuống bìu nữa nên có chờ cũng vô ích[5],[6].

Hơn nữa nếu để tinh hoàn nằm lâu trong ổ bụng nhất là tinh hoàn không xuống bìu cả 2 bên càng điều trị chậm khả năng có con càng giảm dần và nguy cơ ung thư tinh hoàn cao. Cho nên các nhà niệu học hy vọng mổ sớm để cải thiện chức năng sinh sản [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi đối với trẻ từ 5 tuổi trở lên có 13/49 (26,5%) trường hợp tinh hoàn bị cắt tinh hoàn hoặc chỉ là tàn tích tinh hoàn khi mổ. 3/31 (9,6%) trường hợp được khám lại bị teo tinh hoàn sau mổ. Theo chúng tôi trẻ càng lớn sẽ khó khăn hơn trong việc hạ tinh hoàn xuống bìu vì mỗi năm trẻ tăng trưởng tính theo centimet trong khi ống dẫn tinh và bó mạch thừng tinh mỗi năm chỉ dài được thêm vài milimet.

Lidwig và Patema (1960) qua theo dõi và xét nghiệm những bệnh nhân đã phẫu thuật ở các lứa tuổi khác nhau có nhận xét như sau đây: *"Tuổi can thiệp phẫu thuật có ảnh hưởng lượng, chất tinh trùng sau này"*

Bảng 1.1: Tỉ lệ tinh trùng theo tuổi lúc mổ

Tuổi mổ	Tỷ lệ số lượng tinh trùng BT
1-2 tuổi	87,5%
3-4 tuổi	57,1%
5-8 tuổi	38,5%
9-12 tuổi	15,0%
> 13 tuổi	13,5%

Việc đóng lỗ bẹn sâu: Trong các bệnh nhân khám lại sau mổ ẩn tinh hoàn chúng tôi thấy không có trường hợp nào có thoát vị bẹn hoặc

nước màng tinh hoàn. Qua đó chúng tôi nhận thấy việc đóng ống bẹn là không cần thiết trong nội soi. Có lẽ điều này được giải thích là do những trường hợp còn ống phúc tinh mạc rộng, chúng tôi mở đường bẹn và bao giờ cũng thắt ống. Những trường hợp nội soi thì thường ống đã đóng hoặc còn ống rất nhỏ.

Kết quả: Có 31/49 (63,2%) trường hợp tinh hoàn được khám lại sau mổ, 13/49 (26,5%) trường hợp tinh hoàn không khám lại vì đã cắt tinh hoàn hoặc chỉ là tàn tích tinh hoàn khi mổ, 5/49 (10,2%) trường hợp chúng tôi bị mất liên lạc. Trong số bệnh nhân được khám lại có 22/31 (70,9%) trường hợp tinh hoàn đã hạ xuống bìu trong mổ, thấy 5/31 (16,1%) tinh hoàn nằm ở gốc bìu hay bìu cao, 1/31 (3,2%) tinh hoàn còn nằm cao trong ống bẹn, 3/31 (9,6%) teo tinh hoàn sau mổ.

Trong 3 trường hợp được làm Stephens Fowler, có 1 trường hợp trong mổ chỉ hạ tinh hoàn xuống lỗ bẹn nông do thừng tinh quá căng khi khám lại thì tinh hoàn này nằm ở 1/3 giữa ống bẹn, một trường hợp tinh hoàn nằm trong bìu và trường hợp còn lại tinh hoàn nằm ở gốc bìu.

Theo một số nghiên cứu trên thế giới thì tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công trong bệnh lý tinh hoàn ẩn dao động từ 90%-100%. Với phẫu thuật Stephens-Fowler là 66,7%-100%. Tuy nhiên một số tác giả khác lại cho rằng tỷ lệ teo tinh hoàn khi hạ tinh hoàn bằng nội soi và phẫu thuật Stephens –Fowler là tương đương [1],[2],[3]. Chúng tôi nhận thấy rằng khi bó mạch tinh ngắn, thì việc cố hạ tinh hoàn xuống bìu làm tăng nguy cơ teo tinh hoàn. Hoặc nếu đưa được tinh hoàn ra ngoài ổ bụng thì khả năng phẫu thuật lần 2 để hạ tinh hoàn xuống bìu cũng rất khó khăn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ổ bụng là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị tinh hoàn ẩn ở trẻ em. Siêu âm không phải là một phương tiện chẩn đoán có độ đặc hiệu không cao. Trẻ nên chọn thời điểm mổ từ 1-2 tuổi không nên để đến khi trẻ lớn. Phẫu thuật Stephens-Fowler nên được lựa chọn nếu thừng tinh quá ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alagaratnam S, Nathaniel C, Cuckow P, et al (2014).** Testicular outcome following laparoscopic second stage FowlerStephens orchidopexy. J Pediatr Urol.;10(1): pp.186-92.
2. **Alzahem A (2013).** Laparoscopy-assisted orchiopexy versus laparoscopic two-stage Fowler-Stephens orchiopexy for nonpalpable testes: Comparative study. Urol Ann.;5 (2):pp.110-4.
3. **Casanova NC, Johnson EK, Bowen DK, et al (2013).** Two-Step Fowler-Stephens orchiopexy for intra-abdominal testes: a 28- year single institution experience. J Urol. 190(4):pp. 1371-6.
4. **Castillo-Ortiz J, Muñiz-Colon L, Escudero K, et al (2014).** Laparoscopy in the surgical management of the non-palpable testis. Front Pediatr. (2):28; pp.1-4.
5. **Docimo. SG. MD,** "The undescended Testicle, Diagnosis and management", *American Family physican,* pp. 1-10, 2000.
6. **D. Cortes**, "Cryptorchidism--aspects of pathogenesis, histology and treatment," *Scand J Urol Nephrol Suppl,* vol. 196, pp. 1-54, 1998.
7. **Đặng Quang Tuấn, Nguyễn Thành Như (2010**). Phẫu thuật nội soi điều trị tinh hoàn ẩn không sờ thấy. Ngoại khoa (60):pp.235-239.

RỐI LOẠN TRẦM CẢM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI XÃ HIẾN THÀNH, HUYỆN KINH MÔN, TỈNH HẢI DƯƠNG THÁNG 1 NĂM 2018

Lê Văn Thêm*, Hoàng Văn Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn trầm cảm và xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương tháng 1 năm 2018. **Phương pháp**: Nghiên cứu ngang có phân tích trên 197 người cao tuổi. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm là 29 người (14,7%). Tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm nặng là 1%, tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm trung bình là 4,6% và tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm nhẹ là 9,1%. Tỷ lệ rối loạn trầm cảm cao hơn trong độ tuổi từ 60 – 69 (58,6%), ở nữ (69%), không làm gì (22,9%); hưu trí (22,2%), Sống một mình (23,5%), ly dị/ ly thân (71,4%), thu nhập từ 800.000–1.500.000 đồng/ người/ tháng (18,3%), có hỗ trợ xã hội (24,6%), có yếu tố cô đơn (46,7%), có bệnh mạn tính (17,9%), có yếu tố stress (46,7%). **Kết luận:** Tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm là 29 người (14,7%). Có mối liên quan giữa trầm cảm ở người cao tuổi với tình trạng hôn nhân, hỗ trợ xã hội, cô đơn, stress và mang các bệnh mạn tính với P<0,05 đến P<0,001

Từ khoá: *Trầm cảm, người cao tuổi*

**Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm
Email: themlv2003@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018
Ngày duyệt bài: 12.2.2018

SUMMARY

DEPRESSIVE DISORDER AND SOME RELATIVE FACTORS IN THE ELDERLY AT HIEN THANH WARD, KINH MON DISTRICT, HAI DUONG PROVINCE IN JANUARY 2018

Purpose: To determine the depressive disorder and some relative factors in the elderly at Hien Thanh ward, Minh Mon district, Hai Duong province in January 2018. **Methods:** Descriptive cross-sectional analysis study performed on 197 elderly. **Results:** The incidence of depressive disorder was 29 (14.7%). The prevalence of severe, moderate, and mild depressive disorders were 1%, 4.6%, and 9.1%, respectively. The prevalence of depressive disorders was higher in the age group of 60-69 (58.6%), in women (69%), free man (22.9%), living alone (23.5%), divorced (71.4%), earning from 800,000 to 1.5 million VND/ person/ month (18.3%), receiving social support (24.6%), having loneliness (46.7%), chronic disease (17.9%), and stress (46.7%). **Conclusion**: There was a correlation between depressive disorder to marital status, social support, loneliness, stress and chronic disease in elderly.

Keywords: Depressive disorder, elderly

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tâm thần đang là vấn đề thu hút sự quan tâm của cộng đồng và xã hội, đặc biệt rối loạn tâm thần ở người cao tuổi. Trầm cảm là những rối loạn thường gặp nhất trong các rối loạn tâm thần ở người cao tuổi. Theo Chong M Y(2001) nghiên cứu trên 2500 người trong quần thể dân cư có 5,6% rối loạn trầm cảm, song rối loạn trầm cảm người cao tuổi ở cộng đồng là 10,7%. Rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi có nhiều nét đặc thù riêng khác hẳn so với các lứa tuổi khác. Do có sự thoái hóa của các tế bào não, sự già hóa của các cơ quan trong cơ thể, các bệnh cơ thể, cùng lúc có nhiều trên một người già,… kết hợp với các sang chấn tâm lý có thể do gia đình, xã hội. Theo Rober M.Kok,Thea J (2005) nghiên cứu trên 1750 người cao tuổi chỉ có 12%-15% người cao tuổi có rối loạn trầm cảm được thầy thuốc đa khoa chữa trị và khoảng 0,2% trong số họ được các thầy thuốc chuyên khoa tâm thần chăm sóc. Những nghiên cứu dịch tễ khác cho thấy 10-15% người già sống tại cộng đồng được báo cáo có một số triệu chứng trầm cảm mức độ đáng kể. Nghiên cứu 680 người cao tuổi tại thành phố Huế thì có 28,4% NCT bị rối loạn trầm cảm [7]. Ở Hải Dương còn ít các nghiên cứu về bệnh tâm thần ở người cao tuổi. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương tháng 1 năm 2018.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương tháng 1 năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Người 60 tuổi trở lên tại Xã Hiến Thành, Huyện Kinh Môn, Tỉnh Hải Dương

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu

+ Bệnh nhân có khả năng trả lời câu hỏi, không mắc bệnh tâm thần phân liệt, nghiện chất

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Không có khả năng trả lời câu hỏi.

+ Những bệnh nhân mắc bệnh tâm thần phân liệt.

+ Những bệnh nhân nghiện chất.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2.2 Chọn mẫu: Chọn toàn bộ số người từ 60 tuổi trở lên sống tại 02 thôn Nam Hà và Mỹ Động, xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương.

2.3. Đánh giá rối loạn trầm cảm theo thang điểm đánh giá trầm cảm người cao tuổi GDS (Global Distribution System): Gồm có 30 câu hỏi, có câu trả lời đúng hoặc không đúng. Mỗi câu lựa chọn phù hợp được tính 1 điểm, tổng điểm thang đánh giá là 30 điểm [7].

Mức điểm: + Bình thường: 0- ≤ 12 điểm

+ Rối loạn trầm cảm nhẹ: Từ 13 - ≤18 điểm

+ Rối loạn trầm cảm trung bình: Từ 19 -≤24 điểm

+ Rối loạn trầm cảm nặng:≥25 điểm

2.4 Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

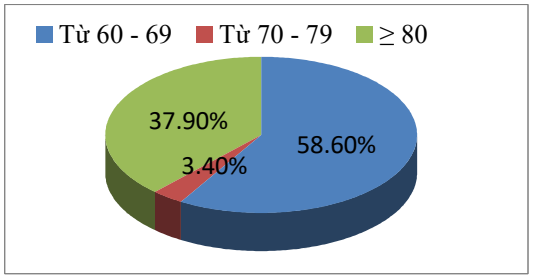
3.1 Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi

Bảng 3. 1: Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi

Mức độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	168	85,3
Rối loạn trầm cảm nhẹ	18	9,1
Rối loạn trầm cảm trung bình	9	4,6
Rối loạn trầm cảm nặng	2	1,0
Tổng	**197**	**100**

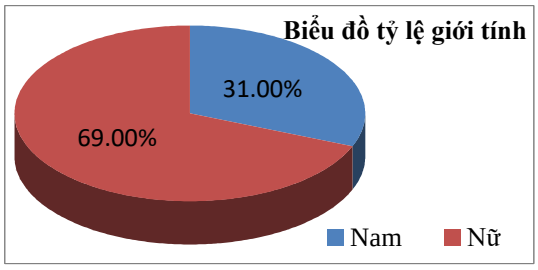
Nhận xét: Nghiên cứu trên 197 người cao tuổi có tỷ lệ rối loạn trầm cảm chiếm 14,7%. Trong đó có rối loạn trầm cảm nhẹ chiếm 9,1%; rối loạn trầm cảm trung bình chiếm 4,6%; rối loạn trầm cảm nặng chiếm 1%.

3.2 Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ người cao tuổi bị trầm cảm phân theo nhóm tuổi (n=30)

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi cao nhất ở lứa tuổi 60 – 69 tuổi (58,6%); từ 80 tuổi trở lên (chiếm 37,9%); và từ 70 – 79 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,4%).



Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ người cao tuổi bị trầm cảm phân theo giới tính (n=30)

Nhận xét: Rối loạn trầm cảm ở nữ (69%) chiếm tỷ lệ cao hơn nam (31%).

Bảng 3.2: Mối quan hệ giữa nghề nghiệp và trầm cảm ở người cao tuổi

Trầm cảm / Nghề nghiệp	Không		Có		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Nông dân	75	87,2	11	12,8	86	100
Buôn bán	39	92,9	3	7,1	42	100
Hưu trí	7	77,8	2	22,2	9	100
Nội trợ	10	83,3	2	16,7	12	100
Không làm gì	37	77,1	11	22,9	48	100

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn trầm cảm trong nhóm nghề nghiệp là nông dân chiếm 12,8%; buôn bán (7,1%); hưu trí (22,2%); nội trợ (16,7%); người cao tuổi không làm gì (22,9%).

Bảng 3.3: Mối quan hệ giữa trình độ học vấn và trầm cảm ở người cao tuổi

Trầm cảm / Học vấn	Không		Có		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Học vấn thấp	158	84,9	28	15,1	186	100
Học vấn cao	10	90,9	1	9,1	11	100

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở NCT thuộc nhóm học vấn thấp chiếm 15,1%; của nhóm học vấn cao chiếm 9,1%.

Bảng 3.4: Mối quan hệ giữa hoàn cảnh sống và trầm cảm ở người cao tuổi

Trầm cảm / Hoàn cảnh	Không		Có		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Sống một mình	13	76,5	4	23,5	17	100
Sống cùng người thân	155	86,1	25	13,9	180	100

Nhận xét: NCT sống một mình có tỷ lệ rối loạn trầm cảm cao (23,5%); sống cùng người thân có tỷ lệ trầm cảm 13,9%.

Bảng 3.5: Mối quan hệ giữa tình trạng hôn nhân và trầm cảm ở người cao tuổi

Trầm cảm / Tình trạng hôn nhân	Không		Có		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Kết hôn	132	89,2	16	10,8	148	100	p= 0,001
Đơn thân/ góa	29	70,7	12	29,3	41	100	
Ly dị / ly thân	2	28,6	5	71,4	7	100	

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở NCT thuộc nhóm ly dị/ ly thân chiếm tỷ lệ cao nhất (71,4%); của nhóm đơn thân/ góa (chiếm 29,3%); của nhóm tình trạng kết hôn thấp nhất (10,8%)

Bảng 3.6: Mối quan hệ giữa thu nhập và trầm cảm ở người cao tuổi

Trầm cảm / Mức thu nhập	Không		Có		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 800.000 đồng	76	83,5	15	16,5	91	100
800.000 – 1.500.000 đồng	49	81,7	11	18,3	60	100
> 1.500.000 đồng	43	93,5	3	6,5	46	100

Nhận xét: Thu nhập từ 800.000 – 1.500.000 đồng/ người/ tháng có tỷ lệ rối loạn trầm cảm cao nhất (18,3%); ở thu nhập dưới 800.000 đồng/ người/ tháng trầm cảm chiếm 16,5%; thu nhập trên 1.500.000 đồng/ người/ tháng có trầm cảm chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,5%).

Bảng 3.7: Mối quan hệ giữa hỗ trợ xã hội và trầm cảm ở người cao tuổi

Trầm cảm / Hỗ trợ xã hội	Không		Có		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Có hô trợ xã hội	52	75,4	17	24,6	69	100	p= 0,006
Không hô trợ xã hội	116	90,6	12	9,4	128	100	

Nhận xét: Trong các trường hợp có hỗ trợ xã hội, những người trầm cảm chiếm 24,6%, cao hơn nhóm không có hỗ trợ xã hội (9,4%) (P,0,01)

Bảng 3.8: Mối quan hệ giữa sự cô đơn và trầm cảm ở người cao tuổi

Trầm cảm / Cô đơn	Không		Có		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Cô đơn	21	53,8	18	46,2	39	100	p=0,000
Không cô đơn	147	93,0	11	7,0	158	100	

Nhận xét: Những trường hợp có yếu tố cô đơn trầm cảm chiếm tỷ lệ cao (46,2%) so với không có yếu tố cô đơn (p<0,001)

Bảng 3.9: Mối quan hệ giữa stress và trầm cảm ở người cao tuổi

Trầm cảm / Stress	Không		Có		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Stress	24	53,3	21	46,7	45	100	p=0,00
Không stress	144	94,7	8	5,3	152	100	

Nhận xét: Có yếu tố stress thì tỷ lệ rối loạn trầm cảm cao hơn không có yếu tố stress (P<0,01)

Bảng 3.10: Mối quan hệ giữa bệnh mạn tính và trầm cảm ở người cao tuổi

Trầm cảm / Bệnh mạn tính	Không		Có		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Bệnh mạn tính	124	82,1	27	17,9	151	100	p=0,03
Không có bệnh mạn tính	44	95,7	2	4,3	46	100	

Nhận xét: Tỷ lệ trầm cảm ở nhóm bệnh mạn tính (17,9%) cao hơn ở nhóm không có bệnh mạn tính (4,3%) (P<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương. Tỷ lệ rối loạn trầm cảm: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương là 14,7%, phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Chong M Y (2011) tại Đài Loan ở đối tượng người già trên 65 tuổi, tỷ lệ mắc trầm cảm là 15,3. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lê rối loạn trầm cảm tại thành phố Huế (28,4%) [7].

4.2 Một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở người cao tuổi tại xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương

4.2.1 *Tỷ lệ mắc trầm cảm theo tuổi, giới:* Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm NCT là nữ cao hơn nam trong đó tỷ lệ nữ trong nhóm rối loạn trầm cảm nhẹ là 69%, tỷ lệ nam là 31% (nữ cao gấp hơn 2 lần nam). Tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng bệnh nhân nữ cao gấp 2 lần nam.

Trong tổng số 197 NCT được nghiên cứu thấy tỷ lệ trầm cảm cao nhất là ở những bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 60-69 tuổi, chiếm tỷ lệ 58,6%, sau đó đến nhóm ≥ 80 tuổi chiếm tỷ lệ 37,9%, chỉ có 3,4% ở nhóm tuổi 70–79 tuổi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng,

4.2.2 Tỷ lệ rối loạn trầm cảm theo trình độ học vấn và nghề nghiệp: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở NCT thuộc nhóm học vấn thấp chiếm 15,1%; của nhóm học vấn cao chiếm 9,1%, Tương tự nghiên cứu tại Huế[5].

Tỷ lệ NCT không làm gì và hưu trí có nguy cơ mắc trầm cảm cao hơn các nghề khác, trong đó NCT không làm gì chiếm tỷ lệ cao nhất (22,9%), tiếp đến là nhóm hưu trí (22,2%), tiếp đến là nhóm nội trợ chiếm 16,7% và thấp nhất là nhóm buôn bán (7,1%).

4.2.3 Tỷ lệ trầm cảm ở người cao tuổi và hoàn cảnh sống: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Sống một mình có tỷ lệ trầm cảm cao tuổi ở người già 23,5%; sống cùng người thân có tỷ lệ trầm cảm 13,9%. Những sang chấn tâm lý trong gia đình là những vấn đề dẫn đến căng thẳng, buồn bã tâm lý đối với cá nhân đối mặt với nó, ngoài ra vai trò của gia đình với những nhân tố khác như cách sống, nhân cách, thói quen trong sinh hoạt cũng ảnh hưởng không nhỏ tới trầm cảm [7].

4.2.4 Tỷ lệ mắc trầm cảm theo tình trạng hôn

nhân: Tỷ lệ trầm cảm của nhóm ly dị/ ly thân chiếm tỷ lệ cao nhất (71,4%); của nhóm đơn thân/ góa (chiếm 29,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Siêm thì tỷ lệ mắc trầm cảm ở nhóm ly thân là 22,54%, nhóm goá là 10,95% [6].

4.2.5 Stress và rối loạn trầm cảm: Yếu tố stress ảnh hưởng rất lớn đến trầm cảm ở người cao tuổi (46,7%). Sang chấn tâm lý là những vấn đề dẫn đến sự căng thẳng, buồn bã đối với cá nhân đối mặt với nó. Vì vậy, tỷ lệ trầm cảm ở nhóm có sang chấn tâm lý cao hơn. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Quốc Nam (2000) khi triển khai ở thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ trầm cảm ở nhóm bệnh nhân có vấn đề stress xung đột gia đình lên tới 52,6% và do yếu tố kinh tế là 31,6% [4].

4.2.6 Mối quan hệ giữa trầm cảm và mắc bệnh mạn tính ở người cao tuổi: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trầm cảm ở nhóm bệnh mạn tính (17,9%) cao hơn ở nhóm không có bệnh mạn tính (4,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trong nước và trên thế giới về trầm cảm ở các bệnh mạn tính. Theo Robert G. Robinson (2002) tỷ lệ mắc trầm cảm trong nhóm bệnh nhân rất cao từ 20 - 40%. Trầm cảm đơn thuần hoặc kết hợp với bệnh lý khác đều gây những tổn hại nghiêm trọng đến thể chất và tinh thần. Nếu không được điều trị, trầm cảm có thể kéo dài nhiều tháng và có thể gây phức tạp thêm quá trình điều trị.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương. Tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm là 29 người (14,7%).

- Tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm nặng là 1%, tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm trung bình là 4,6% và tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm nhẹ là 9,1%.

2. Các yếu tố liên quan và mức độ trầm cảm ở người cao tuổi tại xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương. Có mối liên quan giữa trầm cảm ở người cao tuổi với tình trạng hôn nhân, hỗ trợ xã hội, cô đơn, stress và mang các bệnh mạn tính với P<0,05 đến P<0,001

- Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi trong độ tuổi từ 60 – 69 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,6%).
- Tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở nữ (69%) chiếm tỷ lệ cao hơn nam (31%).
- Nghề có tỷ lệ trầm cảm cao nhất là người cao tuổi không làm gì (22,9%); hưu trí (22,2%) và thấp nhất ở nghề buôn bán (7,1%).
- Tỷ lệ trầm cảm của nhóm học vấn thấp chiếm 15,1%; của nhóm học vấn cao chiếm 9,1%.
- Sống một mình có tỷ lệ trầm cảm cao 23,5%; sống cùng người thân có tỷ lệ trầm cảm 13,9%.
- Tỷ lệ trầm cảm của nhóm ly dị/ ly thân chiếm tỷ lệ cao nhất (71,4%); của nhóm tình trạng kết hôn thấp nhất (10,8%)
- Thu nhập từ 800.000–1.500.000 đồng/người/ tháng có tỷ lệ trầm cảm cao nhất (18,3%).
- Trong các trường hợp có hỗ trợ xã hội, những người trầm cảm chiếm 24,6%, cao hơn nhóm không có hỗ trợ xã hội (9,4%). Những người cao tuổi có hỗ trợ xã hội có nguy cơ mắc trầm cảm cao gấp khoảng 3 lần so với những trường hợp không có hỗ trợ xã hội.
- Những trường hợp có yếu tố cô đơn trầm cảm chiếm tỷ lệ cao (46,7%) so với không có yếu tố cô đơn. Những người có yếu tố cô đơn nguy cơ mắc trầm cảm cao gấp khoảng 11,5 lần so với người không cô đơn.
- Tỷ lệ trầm cảm ở nhóm bệnh mạn tính (17,9%) cao hơn ở nhóm không có bệnh mạn tính (4,3%). Nguy cơ mắc trầm cảm ở những người có bệnh mạn tính cao gấp khoảng 5 lần người không có bệnh mạn tính.
- Có yếu tố stress thì tỷ lệ trầm cảm và bình thường là gần như nhau (trầm cảm chiếm 46,7%). Không có yếu tố stress thì tỷ lệ trầm cảm thấp hơn bình thường (trầm cảm chiếm 14,7%). Đặc biệt, ở những người bị stress sẽ có nguy cơ mắc trầm cảm gấp khoảng 15,8 lần so với người không bị stress.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn tâm thần và tâm lý y học (2005),** "*Rối loạn cảm xúc*", Bệnh học tâm thần, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr. 215-252.
2. **Bộ môn tâm thần học, Đại học Y Khoa Thái Nguyên 2008,** "*Giáo trình tâm thần học*", NXB Y học, trang 98 – 113, trang 202 – 205.
3. **Bùi Quang Huy (2008),** "*Trầm cảm*", Nhà xuất bản Y học, tr.7-72.
4. **Lê Quốc Nam (2000),** "*Vài nhận xét về tỷ lệ rối loạn trầm cảm trên 373 bệnh nhân đến khám tại các trạm y tế xã phường tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2000*", Tạp chí Y học thực hành, 45, tr. 45-51.
5. **ICD 10,** Bộ Y tế, mã F32, trang 176-177.
6. **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trầm cảm khởi phát ở người cao tuổi,** https://text.xemtailieu.com/tai-lieu/ nghien-cuu-dac-diem-lam-sang-tram-cam-khoi-phat-o-nguoi-cao-tuoi-full-385474.html , 27/01/2018 15h00p.
7. **Nguyễn Hoàng Thuỳ Linh, Đoàn Vương Diễm Khánh, Võ Văn Thắng,** Hội nghị khoa học bệnh viện Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh, "*Nghiên cứu tình hình rối loạn và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại thành phố Huế năm 2003*", Y học thực hành, số 880, trang 228 – 232.

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG PHÒNG BỆNH UỐN VÁN SƠ SINH CỦA CÁN BỘ Y TẾ HUYỆN ĐIỆN BIÊN NĂM 2010 - 2012

Vương Thị Hòa[1], Phạm Thị Tỉnh[1], Dương Thị Quỳnh Châu[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu thực trạng hoạt động phòng bệnh uốn ván sơ sinh từ đó xây dựng chương trình nâng cao năng lực cho đội ngũ cán bộ y tế tại huyện Điện Biên - tỉnh Điện Biên. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu qua hồ sơ và phỏng vấn 67 cán bộ y tế thuộc 19 xã trong huyện. **Kết quả nghiên cứu:** 51,8% cán bộ y tế là người dân tộc. Số cán bộ y tế là bác sỹ chiếm 9%. Số cán bộ y tế tham gia các hoạt động chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em chiếm 98,5%. Chỉ có 8,6% số cán bộ y tế được đào tạo về uốn ván sơ sinh trong thời gian từ 7 ngày trở lên. Tỷ lệ phụ nữ độ tuổi 15 – 35 và phụ nữ có thai được tiêm phòng vắc xin uốn ván khá cao (năm 2012 là 87,2% và 93,6%).

Từ khóa: Uốn ván sơ sinh, phụ nữ có thai.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF THE PREVENTION OF NEONATAL TETANUS OF HEALTH WORKERS IN DIEN BIEN DISTRICT IN 2010 - 2012

Objectives: To study the current status of neonatal tetanus and to develop a capacity building program for health workers in Dien Bien district, Dien Bien province. **Methodology**: Retrospective case study and interviews with 67 health workers from 19 communes in the district. **Research results**: 51.8% of health workers are ethnic; The number of medical doctors was 9%. The number of health workers involved in maternal and child health care was 98.5%. Only 8.6% of health workers were trained in neonatal tetanus for 7 days or more. The percentage of women aged 15-35 and pregnant women receiving tetanus vaccination was quite high (87.2% and 93.6% respectively in 2012).

Key words: Neonatal tetanus, pregnant women

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Uốn ván sơ sinh (UVSS) là một trong những nguyên nhân quan trọng gây tử vong cho trẻ em ở nhiều nước đang phát triển thuộc Châu Á, Châu Phi và Nam Mỹ, đặc biệt ở những vùng nông thôn và vùng nhiệt đới. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới trong những năm cuối của thế kỷ 20, ở các nước đang phát triển mỗi năm có khoảng 500.000 trẻ bị chết vì UVSS. Tỷ lệ chết/mắc của UVSS rất cao, có thể tới trên 80%, nhất là ở trường hợp có thời gian ủ bệnh ngắn. Bệnh UVSS hoàn toàn có thể dự phòng được bằng các biện pháp như tiêm chủng vắc xin uốn ván cho phụ nữ có thai, thực hành đẻ sạch và chăm sóc rốn sạch.

Tại Việt Nam, chương trình loại trừ UVSS được triển khai từ năm 1992. Trong giai đoạn 1996 - 2000, tỷ lệ mắc UVSS trung bình năm của cả nước là 0,13/1.000 trẻ đẻ sống. Từ năm 2005, Việt Nam đã loại trừ bệnh UVSS theo quy mô huyện với tỷ lệ mắc dưới 1/1000 trẻ đẻ sống. Giai đoạn 2009 - 2012, cả nước có 557 ca mắc UVSS trong đó có 382 ca tử vong [1],[7].

Tại tỉnh Điện Biên có 9 ca tử vong/11 ca mắc và tại huyện Điện Biên là 3 ca tử vong/4 ca mắc. Điều đó cho thấy thực trạng mắc bệnh UVSS tỉnh Điện Biên cao so với cả nước. Mặt khác tại Điện Biên vẫn còn tình trạng đẻ tại nhà, nhận thức của phụ nữ và các bà mẹ có con nhỏ về phòng bệnh UVSS chưa thật tốt [6]. Từ những thực trạng trên chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả thực trạng hoạt động phòng bệnh uốn ván sơ sinh của cán bộ y tế tại huyện Điện Biên từ năm 2010 đến năm 2012.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu nghiên cứu

- Cán bộ y tế: Trưởng trạm y tế, nữ hộ sinh, cán bộ chuyên trách tiêm chủng tại các xã trên địa bàn huyện Điện Biên và lãnh đạo y tế tuyến tỉnh và tuyến huyện.
- Hồ sơ, sổ sách liên quan đến ca UVSS của địa phương và các báo cáo ca UVSS của địa phương được ghi nhận từ 01/01/2010 đến 31/12/2012. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2010 đến tháng 12/2012 tại 19 xã của huyện Điện Biên- tỉnh Điện Biên

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.1.1. Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- *Cỡ mẫu:* Cỡ mẫu thuận tiện.
- *Phương pháp chọn mẫu*

+ Toàn bộ các cán bộ y tế của 19 xã (10 xã vùng thấp và 9 xã vùng cao) bao gồm mỗi xã 03 người (01 trưởng trạm y tế, 01 nữ hộ sinh và 01 cán bộ chuyên trách tiêm chủng mở rộng của xã): 3 người/xã x 19 xã = 57 người

+ Lãnh đạo huyện Điện Biên: 5 người, bao

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Vương Thị Hòa
Email: hoaytb@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.2.2018
Ngày duyệt bài: 22.2.2018

gồm: Giám đốc TTYT huyện, Đội trưởng Đội Y tế dự phòng, Đội trưởng Đội chăm sóc sức khoẻ sinh sản, thư ký chương trình tiêm chủng mở rộng và thư ký chương trình SKSS.

+ Tuyến tỉnh 5 người gồm: Trung tâm Y tế dự phòng 3 người (Lãnh đạo, trưởng khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm và thư ký chương trình TCMR). Trung tâm Chăm sóc sức khoẻ sinh sản 2 người (Lãnh đạo và thư ký chương trình). Tổng cộng: 67 người.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin trong nghiên cứu: Mẫu phiếu điều tra các hoạt động phòng chống UVSS của cán bộ y tế.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được nhập máy bằng phần mềm Epi data và xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 15.0 for Windows.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung cả cán bộ y tế tham gia phòng bệnh UVSS

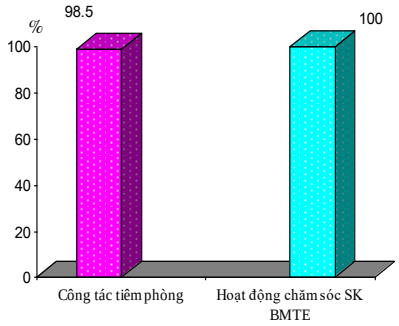
Thông tin chung		n	Tỷ lệ (%)
Dân tộc	Kinh	33	49,2
	Tày	3	4,5
	Thái	26	38,8
	Hmông	1	1,5
	Khác	4	6,0
Thâm niên công tác	< 5 năm	18	26,9
	5 - 10 năm	14	20,9
	> 10 năm	35	52,2
Trình độ chuyên môn	Bác sỹ	6	9,0
	Y sĩ	38	56,7
	Nữ hộ sinh	15	22,4
	Điều dưỡng	8	11,9
Tổng		**67**	**100**

Cán bộ y tế tham gia hoạt động phòng bệnh UVSS là dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ 49,2%, dân tộc Thái chiếm 38,8%, thấp nhất là người dân tộc H'Mông 1,5%. Có 52,2% cán bộ y tế tham gia hoạt động phòng bệnh UVSS có thâm niên >10 năm, cán bộ có thâm niên công tác <5 năm chiếm 26,9%. Cán bộ y tế tham gia hoạt động phòng bệnh UVSS chủ yếu là Y sỹ chiếm 56,7%. Nữ hộ sinh chiếm 22,4%. Bác sỹ chỉ chiếm tỷ lệ 9%.

Bảng 2. Số hoạt động mà cán bộ y tế tham gia trong công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em (n=67)

Hoạt động	n	Tỷ lệ (%)
Tham gia 1 hoạt động	16	23,9
Tham gia 2 hoạt động	9	13,4
Tham gia 3 hoạt động	22	32,8
Tham gia 4 hoạt động	20	29,9

Có 23,9% cán bộ y tế tham gia một hoạt động; 76,1% cán bộ tham gia từ 2 hoạt động trở lên, trong đó tham gia 3 hoạt động chiếm tỷ lệ cao nhất 32,8%.



Biểu đồ 1. *Tỷ lệ cán bộ y tế tham gia công tác tiêm phòng và hoạt động chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em (n=67)*

Tỷ lệ cán bộ y tế tham gia hoạt động chăm sóc sức khoẻ bà mẹ trẻ em là 100% và 98,5% cán bộ tham gia công tác tiêm phòng.

Bảng 3. Tỷ lệ cán bộ được đào tạo về uốn ván sơ sinh (n=67)

Thời gian đào tạo	n	Tỷ lệ (%)
Được đào tạo UVSS	58	86,6
< 5 ngày	37	63,8
5-7 ngày	16	27,6
> 7 ngày	5	8,6

Có 86,6% cán bộ y tế được đào tạo về các biện pháp phòng bệnh UVSS, trong đó 63,8% được đào tạo thời gian dưới 5 ngày, 8,6% được đào tạo trên 7 ngày.

Bảng 4. Tỷ lệ phụ nữ 15- 35 tuổi được tiêm phòng uốn ván 2 mũi trở lên trong 3 năm

Năm	Tỷ lệ được tiêm phòng uốn ván 2 mũi trở lên		
	Phụ nữ 15 - 35 tuổi	UV2+	Tỷ lệ (%)
2010	1.137	1,066	93,8
2011	1.236	1,167	94,4
2012	1.154	1,006	87,2

Tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ được tiêm vắc xin phòng uốn ván năm 2010 chiếm tỷ lệ 93,8%; Năm 2011 chiếm tỷ lệ 94,4%; Năm 2012 chỉ đạt 87,2%.

Bảng 5. Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng uốn ván từ mũi 2 trở lên trong 3 năm

Năm	Tỷ lệ được tiêm phòng uốn ván 2 mũi trở lên		
	Tổng số phụ nữ có thai	UV2+	Tỷ lệ (%)
2010	1.998	1.855	92,8
2011	2.194	2.052	93,5
2012	2.233	2.091	93,6

Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm UV2+ khá cao, đạt trên 90%.

Bảng 6. Thực trạng về nơi sinh con của phụ nữ có thai qua các năm

Chỉ số \ Năm	2010		2011		2012	
	SL	%	SL	%	SL	%
Sinh tại CSYT	1.189	63,9	1.285	64,4	1.525	64,8
Sinh tại nhà do CBYT đỡ	472	25,4	516	25,9	641	27,2
Sinh tại nhà do người chưa được tập huấn đỡ	45	2,4	41	2,1	31	1,3
Sinh tại nhà tự đỡ	154	8,3	151	7,6	157	6,7
Tổng	**1.860**	**100**	**1.993**	**100**	**2.354**	**100**

Tỷ lệ phụ nữ sinh con tại nhà năm 2010 chiếm 36,1%; Năm 2011 chiếm 35,6%; Năm 2012 chiếm 35,2%. Trong đó: Tỷ lệ phụ nữ đẻ tại nhà được CBYT đỡ chiếm từ 25,4% đến 27,2%. Do người nhà không có chuyên môn và tự đỡ chiếm 10,7% năm 2010; 9,7% năm 2011 và 8,0% năm 2012.

Bảng 7. Tỷ lệ trẻ mắc và chết do uốn ván sơ sinh qua các năm

Chỉ số \ Năm	2010	2011	2012
Số ca sinh	1.860	1.993	2.354
Số mắc UVSS	2	1	1
Số tử vong do UVSS	1	1	1
Tỷ lệ mắc/ số sinh (%)	0,11	0,05	0,04
Tỷ lệ Tử vong/số sinh (%)	0,05	0,05	0,04
Tỷ lệ Tử vong/số mắc	1/2	1/1	1/1
Chết do UVSS (/1000 trẻ đẻ sống)	0,54	0,5	0,42

Tỷ lệ trẻ mắc UVSS/số trẻ được sinh trong năm là 0,11% năm 2010 giảm xuống còn 0,04% năm 2012.

- Năm 2010 có 01 trẻ tử vong/02 trẻ mắc; Năm 2011 và 2012 có 02 trẻ tử vong/02 trẻ mắc UVSS.

Bảng 8. Đặc điểm các ca bệnh uốn ván sơ sinh

	Ca bệnh 1	Ca bệnh 2	Ca bệnh 3	Ca bệnh 4
Triệu chứng xuất hiện sớm nhất sau sinh (ngày)	2	4	7	5
Kết quả điều trị	Tử vong	Tử vong	Sống	Tử vong
Mẹ có tiêm phòng UV	Không	Tiêm 1 mũi	Không	Không
Khám thai	Không	1 lần	Không	1 lần
Nơi sinh	Tại nhà	Tại nhà	Tại nhà	Tại nhà
Người đỡ	Mụ vườn	Mụ vườn	Mụ vườn	Người nhà
Dụng cụ cắt rốn	Kéo	Kéo	Kéo	Tre nứa
Vô trùng DC cắt rốn	Không	Không	Không	Không

Trong số 4 trường hợp uốn ván sơ sinh có 3/4 trường hợp xuất hiện triệu chứng sớm nhất từ >3 ngày và 01 trường hợp sống. Trong số đó có 3 ca mẹ không tiêm phòng vắc xin uốn ván trong thời kỳ mang thai, 1 ca mẹ có tiêm 1 mũi vắc xin uốn ván khi mang thai trẻ. 2/4 không được khám thai trong suốt thời kỳ mang thai. Cả 4 trường hợp mắc bệnh uốn ván sơ sinh đều đẻ tại nhà và do các bà mụ vườn đỡ. Dụng cụ cắt rốn của cả 3 trường hợp này bằng kéo,1 trường hợp dùng tre nứa cắt rốn. Tất cả các dụng cụ cắt rốn đều không đảm bảo vô trùng.

IV. BÀN LUẬN

Năm 2005 Việt Nam được Quốc tế công nhận là nước đạt tiêu chuẩn loại trừ UVSS. Để thực sự loại trừ được UVSS có nhiều yếu tố trong đó cán bộ y tế giữ vai trò quan trọng.

Cán bộ y tế tham gia hoạt động phòng UVSS trên địa bàn huyện Điện Biên chủ yếu là người dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ 49,2%, dân tộc Thái chiếm 38,8%, thấp nhất là người dân tộc H'Mông 1,5%. Do cơ cấu thành phần dân tộc trên địa bàn tỉnh Điện Biên đông nhất vẫn là dân tộc Thái sau đó là dân tộc H'Mông, dân tộc Kinh. Về trình độ chuyên môn của các cán bộ y tế chủ yếu là y sỹ (56,7%); Nữ hộ sinh (22,4%); Điều dưỡng 11,2%, bác sỹ chỉ chiếm tỷ lệ 9% (tuy nhiên số bác sỹ này làm công tác chỉ đạo tại tuyến tỉnh là chủ yếu), với thâm niên công tác dưới 10 chiếm 47,8% (bảng 1). Trừ cán bộ y tế tuyến tỉnh và huyện, thì tại trạm y tế cơ sở, cán bộ y tế phải kiêm nhiệm nhiều hoạt động trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em (chỉ đạo hoạt động, trực tiếp tiêm vắc xin, đỡ đẻ, chăm sóc rốn cho trẻ). Số cán bộ tham gia 1 hoạt động hoặc chỉ đạo hoặc trực tiếp tiêm vắc xin chiếm 23,9%, trên 70% cán bộ tham gia từ 2 hoạt động trở lên. Có 86,6% số cán bộ y tế được đào tạo về UVSS tuy nhiên chủ yếu thời gian ngắn. Chỉ có 8,6% số cán bộ được đào tạo > 7 ngày. (Biểu đồ 1, bảng 2, 3). Cũng từ kết quả NC của Ngô Thị Thu Hà

[3] thì trình độ chuyên môn của các cán bộ y tế trên địa bàn tỉnh Điện Biên còn rất thấp, cơ cấu chưa hợp lý, cần tăng cường đào tạo, nâng cao trình độ chuyên môn cho cán bộ y tế các tuyến, đặc biệt tuyến y tế cơ sở cần có lộ trình đào tạo hợp lý, chính sách thu hút, ưu tiên đào tạo đặc biệt là đội ngũ cán bộ người dân tộc tạo điều kiện cho người dân được tiếp cận các dịch vụ y tế tốt hơn.

Có nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng trực tiếp hay gián tiếp tới tần số mắc và chết UVSS. Trong nghiên cứu này chúng tôi đề cập tới một số yếu tố từ phía người mẹ có thể ảnh hưởng tần số mắc UVSS và chết của trẻ mắc UVSS. Để đạt được mục tiêu loại trừ UVSS thì tỷ lệ tiêm vắc xin phòng uốn ván phải được tối thiểu là 80% tổng số đối tượng PNCT. Kết quả NC cho thấy tỷ lệ phụ nữ độ tuổi 15 – 35 và phụ nữ có thai được tiêm UV2+ khá cao. Tỷ lệ này hàng năm đều tăng dần: năm 2010 là 92,8%, năm 2011 là 93,5% và cao nhất là năm 2012 là 93,6% (bảng 4,5).

Người mẹ là đối tượng tiêm vắc xin uốn ván nhưng mục đích của chương trình loại trừ UVSS lại chính là trẻ sơ sinh được bảo vệ phòng uốn ván. Phụ nữ có thai được tiêm vắc xin uốn ván và tỷ lệ tiêm UV2+ cho PNCT giúp xác định đứa trẻ sinh ra có được bảo vệ phòng uốn ván hay không. Tiêm vắc xin uốn ván cho nữ tuổi sinh đẻ khi chưa có thai sẽ giúp nâng cao tỷ lệ tiêm UV2+ cho PNCT vì việc tiêm vắc xin cho các đối tượng này sẽ thuận lợi hơn và dễ đạt tỷ lệ cao. Tiêm vắc xin uốn ván trong độ tuổi sinh đẻ khi không có thai sẽ giúp giảm số lượng mũi tiêm khi mang thai (thường gặp khó khăn hơn), thậm chí khi có thai người phụ nữ không cần tiêm vắc xin uốn ván nhưng trẻ sinh ra cũng có thể được bảo vệ phòng UVSS nếu mũi tiêm có giá trị bảo vệ. Tình trạng tiêm vắc xin uốn ván của bà mẹ và nữ tuổi sinh đẻ cho thấy tỷ lệ phụ nữ tuổi sinh đẻ được tiêm vắc xin phòng uốn ván thay đổi: năm 2010 là 93,8%, năm 2011 chiếm tỷ lệ 94,4% tuy nhiên đến năm 2012 chỉ đạt 87,2%. Kết quả phỏng vấn sâu cán bộ y tế trực tiếp tiêm vắc xin cho trẻ tại địa bàn nghiên cứu một huyện miền núi với số lượng phụ nữ là người dân tộc chiếm 83,4% còn gặp nhiều khó khăn và trở ngại như địa bàn rộng, khó khăn khi mùa mưa, tâm lý người dân còn lo ngại khi tiêm vắc xin sợ ốm chết [4].

Theo hướng dẫn của WHO: Nếu mẹ chỉ tiêm 1 mũi vắc xin uốn ván thì không có tác dụng bảo vệ trẻ khi sinh phòng uốn ván. Nếu mẹ tiêm 2 mũi (mũi 2 cách mũi 1 ít nhất 4 tuần) thì sau 14 ngày (2 tuần) người mẹ sẽ được bảo vệ phòng bệnh uốn ván và đứa trẻ sinh ra cũng sẽ được bảo vệ phòng uốn ván. Nếu tiêm 2 mũi vắc xin phòng uốn ván thì thời gian bảo vệ trong khoảng từ 1-3 năm. Liều tiêm thứ 3 theo lịch sau mũi thứ 2 ít nhất 6 tháng sẽ có khả năng bảo vệ phòng uốn ván ít nhất 5 năm và liều tiêm thứ 4 sau liều thứ 3 là 1 năm sẽ bảo vệ phòng uốn ván trong khoảng 10 năm và nếu tiêm liều thứ 5 cách liều thứ 4 là 1 năm thì sẽ bảo vệ phòng uốn ván trong suốt quá trình sinh đẻ. Đứa trẻ sinh ra bởi người mẹ được tiêm vắc xin uốn ván và còn nằm trong khoảng thời gian được bảo vệ thì sẽ được bảo vệ phòng UVSS.

Đẻ trong điều kiện không sạch là nguyên nhân căn bản gây bệnh UVSS. Thực hành đẻ sạch là là việc làm bổ sung cần thiết để đạt mục tiêu loại trừ UVSS, tuy nhiên, đây là một việc hết sức khó khăn, đặc biệt với những địa bàn miền núi, vùng hẻo lánh, vùng đồng bào dân tộc ở nước ta. Vì địa hình hiểm trở, đi lại khó khăn, tiếp cận khó vì chủ yếu là người dân tộc không biết tiếng phổ thông [5].

Kết quả bảng 6 cho thấy: Hơn 50% phụ nữ có thai đã đến sinh con tại các cơ sở y tế. Một số sinh tại nhà nhưng do cán bộ y tế đỡ (năm 2012 là 27,2%). Tìm hiểu về đặc điểm của các ca UVSS kết quả bảng 7,8 cho thấy: Trong số 4 trường hợp uốn ván sơ sinh có 3/4 trường hợp xuất hiện triệu chứng sớm nhất từ >3 ngày và 3/4 trường hợp tử vong. Trong số đó có 3 ca mẹ không tiêm phòng vắc xin uốn ván trong thời kỳ mang thai, 1 ca mẹ có tiêm 1 mũi vắc xin uốn ván khi mang thai trẻ. Việc khám thai cũng chỉ 2/4 bà mẹ được khám thai duy nhất 1 lần và 2/4 không được khám thai trong suốt thời kỳ mang thai. Cả 4 trường hợp mắc bệnh uốn ván sơ sinh đều đẻ tại nhà và do các bà mụ vườn đỡ, không được cán bộ y tế chăm sóc. Dụng cụ cắt rốn của cả 4 trường hợp này đa số đều bằng kéo, 1 trường hợp dùng tre nứa cắt rốn. Tất cả các dụng cụ cắt rốn đều không đảm bảo vô trùng.

Qua điều tra, phân tích thực trạng tình hình bệnh UVSS ở Điện Biên giai đoạn 2010-2012, có thể thấy tình hình mắc và chết UVSS chỉ còn tập trung huyện nguy cơ cao. Điều này cho thấy Việt Nam đã tiến rất gần tới mục tiêu loại trừ bệnh UVSS trên quy mô huyện trong toàn quốc.

V. KẾT LUẬN

Uốn ván sơ sinh là bệnh có tỷ lệ tử vong cao. Uốn ván sơ sinh có thể được dự phòng bằng cách tiêm chủng vắc xin và thực hành đẻ sạch. Mặc dù tỷ lệ mắc và chết đã giảm đi một cách đáng kể nhưng vẫn còn là vấn đề y tế công cộng nghiêm trọng nhất là ở các vùng sâu vùng xa. Tỷ lệ tiêm chủng thấp, thiếu trang bị phương tiện để đảm bảo điều kiện đẻ sạch và chăm sóc rốn

sạch, nhận thức và thực hành của các bà mẹ ở nhiều nơi vẫn còn hạn chế,... là những nội dung cần phải tiếp tục cải thiện trong thực hiện Chương trình loại trừ uốn ván sơ sinh tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2012),** *Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khoẻ sinh sản tập trung vào làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh giai đoạn 2011 – 2015.* Hà Nội.
2. **Nguyễn Văn Cường (2010**), Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới loại trừ và duy trì thành quả loại trừ uốn ván sơ sinh ở Việt Nam, 2000 - 2009, Luận văn tiến sỹ y học, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
3. **Ngô Thị Thu Hà (2012**), Kiến thức và thực hành về chăm sóc bà mẹ trẻ em của phụ nữ từ 15-49 tuổi đang nuôi con dưới 3 tuổi tại tỉnh Điện Biên năm 2012, Luận án Thạc sỹ, Trường Đại học Y dược Thái Bình, Thái Bình.
4. **Lưu Thị Hồng (2011),** Kiến thức về làm mẹ an toàn của Nữ hộ sinh và y sỹ sản nhi tại một số tỉnh thuộc chương trình giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 387, tháng 11 – số 2/2011, tr. 33-38.
5. **Hoàng Thị Tinh (2008),** Thực trạng và nhận thức, thái độ thực hành về sinh đẻ kế hoạch ở phụ nữ 15-49 tuổi có chồng tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên năm 2008, Luận án bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược Thái Bình, Thái Bình.
6. **Trung tâm chăm sóc sức khoẻ sinh sản (2012)** Báo cáo công tác chăm sóc sức khoẻ sinh sản năm 2012, Điện Biên.
7. **Văn phòng JICA Việt Nam** - Vụ sức khoẻ bà mẹ và trẻ em (2013), Báo cáo điều tra cuối kỳ của dự án thí điểm số theo dõi sức khoẻ bà mẹ - trẻ em tỉnh Điện Biên, Hoà Bình, Thanh Hoá và An Giang, HN.

THỰC TRẠNG THỰC HIỆN CÁC KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG CHUYÊN NGÀNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ NHU CẦU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN NHI HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thị Hoài Thu*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 3 đến tháng 8/2017 nhằm mô tả thực trạng thực hiện nhiệm vụ và kỹ thuật (KT) điều dưỡng chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và nhu cầu đào tạo liên tục của các điều dưỡng (ĐD) lâm sàng tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2016. Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính. Số liệu thu thập bằng phiếu phát vấn tự điền với 32 điều dưỡng (ĐD) tại khoa Hồi sức cấp cứu của bệnh viện (BV), và từ sổ sách, báo cáo về công tác đào tạo bệnh viện (BV). Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 19.0. Kết quả cho thấy: Hầu hết các kỹ thuật có tỉ lệ điều dưỡng được đào tạo nhưng chưa đầy đủ từ 30%-60%. Kỹ thuật có trên 60% điều dưỡng được đào tạo đầy đủ gồm: Chăm sóc bệnh nhân đặt nội khí quản, Rửa dạ dày và Phụ giúp bác sỹ đặt ống nội khí quản. Mức độ thực hiện và mức độ tự tin với các kỹ thuật chuyên ngành HSCC: Có 1/7 kỹ thuật có tỉ lệ điều dưỡng thường xuyên thực hiện thấp dưới 45% là Kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương; 2/7 kỹ thuật có tỉ lệ điều dưỡng nhận định về mức độ tự tin thấp dưới 35% là Kỹ thuật đặt máy thở và Nuôi dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh. Các kỹ thuật chuyên sâu về HSCC đều có nhu cầu đào tạo cao trên 60%.

Từ khóa: Đào tạo liên tục, kỹ thuật điều dưỡng, điều dưỡng Hồi sức cấp cứu, bệnh viện Nhi Hải Dương

**Trường Đại học Y Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu

Email: nguyenhoaithu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018

Ngày duyệt bài: 13.2.2018

SUMMARY

IMPLEMENTATION OF INTENSIVE CARE NURSING TECHNIQUES AND CONTINOUS TRAINING NEEDS OF NURSES AT HAI DUONG' CHILREN HOSPITAL

The study was conducted from March to August 2017 to describe the situation of nurses' performance of basic nursing techniques and identify the training needs of clinical nurses at the Hai Duong Children's Hospital in 2016. The cross-sectional design was used combining quantitative and qualitative research method. The data was collected including survey on 32 nurses in Intensive care units and departments and from records, reports of training program in hospital. Data was entered by software Epidata 3.1 and analysed by SPSS software 19.0. The results showed that: 30-60% nurses were trained with most of the techniques but mentioned that the level is not enough. The techniques that have over 60% nurses were trained include: Care of patients with endotracheal intubation, Gastric lavage, and Assisst medical doctor to perform Endotracheal intubation. Performance and Confidence with Intensive care specialist techniques: One out of seven techniques with a low rate of regular practice, below 45% is technique of placing ventilator; 2/7 of those with poor self-confidence rates of less than 35% were Placement technique of breathing machine and Nurture of vein in newborn infants. Almost nursing techniques of Intensive care have higd demand of over 60%.

Key words: Conitnuous medical education, nursing technique, intensive care nurses, Hai Duong Children's hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghị quyết số 46/NQ-TW ngày 23/02/2005

của Bộ Chính trị đã chỉ rõ "Nghề Y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt" [1]. Ngày 26/01/2011, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 07/2011/TT-BYT hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện, trong đó quy định cụ thể về nhiệm vụ chuyên môn chăm sóc người bệnh và các điều kiện về tổ chức, nhân lực, trang bị phục vụ nhiệm vụ chăm sóc, sinh hoạt người bệnh của nhân viên điều dưỡng [2]. Trong bệnh viện, đội ngũ điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc người bệnh, phối hợp với bác sỹ thực hiện liệu trình điều trị cho người bệnh, góp phần lớn lao vào hiệu quả và chất lượng dịch vụ. Nhiều văn bản chính sách của Bộ Y tế đã được ban hành về chuẩn năng lực của điều dưỡng, hướng dẫn công tác chăm sóc người bệnh của điều dưỡng [2], hoặc quy định về chương trình đào tạo liên tục (ĐTLT) cho cán bộ y tế trong đó có điều dưỡng nhằm đảm bảo duy trì và nâng cao năng lực chăm sóc người bệnh [3].

Bệnh viện Nhi tỉnh Hải Dương được thành lập từ năm 2009, đến nay được giao 270 giường bệnh kế hoạch, 538 giường bệnh thực kê, với tổng số 21 khoa phòng và 331 nhân viên [4]. Công tác ĐTLT cho điều dưỡng tại BV nhằm duy trì và cập nhật các kỹ năng nghề vẫn còn nhiều hạn chế, đặc biệt đối với đội ngũ điều dưỡng làm công tác Hồi sức cấp cứu (HSCC). Để tìm hiểu về thực trạng thực hiện các KT chuyên sâu và nhu cầu đào tạo của điều dưỡng khối HSCC, *nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu "Mô tả thực trạng thực hiện các nhiệm vụ, kỹ thuật điều dưỡng chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và nhu cầu đào tạo liên tục của các điều dưỡng lâm sàng tại Bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2016".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

- Toàn bộ điều dưỡng hiện đang công tác tại khoa Hồi sức cấp cứu của BV; các báo cáo tổng kết năm và phương hướng hoạt động của BV.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Các ĐD thuộc đối tượng nghiên cứu từ chối tham gia nghiên cứu hoặc vắng mặt tại thời điểm nghiên cứu do đi công tác, nghỉ thai sản, nghỉ phép theo quy định.
- Với nghiên cứu định tính: trưởng phòng Tổ chức cán bộ; trưởng phòng Điều dưỡng; trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp; 01 Điều dưỡng trưởng khoa, 01 điều dưỡng viên.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 3/2017 đến tháng 8/2017 tại khoa Hồi sức cấp cứu, BV Nhi Hải Dương.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính.

2.4. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1 để làm sạch, mã hoá và nhập liệu; Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0; Thông tin thu thập được từ các cuộc PVS và TLN được ghi âm, ghi biên bản sau đó tiến hành gỡ băng, mã hóa phân tích.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		N	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	8	25%
	Nữ	24	75%
Độ tuổi	20-30	23	71,9%
	31-40	9	28,1%
Trình độ chuyên môn	Đại học/Cao đẳng	06	18,8%
	Trung cấp	26	81,2%
Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	5	15,6%
	Từ 5 – 10 năm	19	59,4%
	Trên 10 năm	8	25%

Bảng 3.1 cho thấy trong tổng số 32 ĐD tham gia nghiên cứu, ĐD nữ là 24 người, chiếm tỷ lệ cao là 75%. Đa số đối tượng nghiên cứu có thâm niên công tác từ 5 đến 10 năm (chiếm 59,4%), đối tượng nghiên cứu có thâm niên công tác dưới 5 năm chiếm 15,6%, và trên 10 năm là 8 người chiếm 25%.

3.2. Thực trạng thực hiện nhiệm vụ và kỹ thuật HSCC của các điều dưỡng khoa lâm sàng

Bảng 3.2: Tỉ lệ điều dưỡng đã được đào tạo kỹ thuật chuyên khoa Hồi sức cấp cứu

Nội dung	Tổng số điều dưỡng (n=32)		
	Chưa được cập nhật/ đào tạo (%)	**Đã được cập nhật/ đào tạo nhưng chưa đầy đủ(%)**	**Đã được cập nhật/đào tạo đầy đủ (%)**
Chăm sóc bệnh nhân đặt ống nội khí quản	0 (0,0)	11 (34,4)	21 (65,6)
Phụ giúp Bác sỹ đặt ống nội khí quản	0 (0,0)	12 (37,5)	20 (62,5)

Phụ giúp bác sỹ chọc dịch não tủy	0 (0,0)	13 (40,6)	19 (59,4)
Kỹ thuật đặt Catheter tĩnh mạch rốn	1 (3,1)	17(53,1)	14 (43,8)
Nuôi dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh	1 (3,1)	18 (56,3)	13 (40,6)
Rửa dạ dày	0 (0,0)	10 (31,3)	22 (68,7)
Kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương liên tục ở trẻ sơ sinh	5 15,6	15 46,9	12 37,5

Kết quả Bảng 3.2 cho thấy riêng Kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương liên tục ở trẻ sơ sinh có tới 5 điều dưỡng chưa được đào tạo, tỉ lệ đào tạo chưa đầy đủ cũng khá cao (46,9%). Hầu hết các kỹ thuật có tỉ lệ điều dưỡng được đào tạo nhưng chưa đầy đủ từ 30%- 60%. Kỹ thuật được nhận định là đào tạo đầy đủ nhất gồm Chăm sóc bệnh nhân đặt nội khí quản, Rửa dạ dày và Phụ giúp bác sỹ đặt ống nội khí quản.

Ý kiến của lãnh đạo BV cũng nêu về tỷ lệ được đào tạo cập nhật *"Theo tôi công tác ĐTLT tại BV mới chỉ đạt khoảng 80%, việc đào tạo bây giờ mới chỉ tập trung ở một số ĐD chứ chưa dàn trải, chưa được thường xuyên liên tục, đồng bộ."* (PVS-CBQL 03); Kết quả phỏng vấn sâu trưởng phòng ĐD cũng cho biết *"Khoa Hồi sức cấp cứu nhân lực ĐD có trình độ ĐDĐH, ĐDCĐ thấp, trong khi các kỹ thuật cao đòi hỏi người ĐD phải có kinh nghiệm và có trình độ, nhân lực ĐDTC tại khoa nhiều nhưng không phải ai cũng làm được. Do vậy chúng tôi ưu tiên cử ĐD có trình độ trung cấp đi đào tạo tại BV Nhi Trung ương để có thể thực hiện các kỹ thuật này.."* (PVS – CBQL 01).

Bảng 3.3: Mức độ thực hiện và mức độ tự tin thực hiện kỹ thuật ĐD chuyên khoa Hồi sức cấp cứu

NỘI DUNG	Tổng số điều dưỡng HSCC (n=32)					
	Mức độ thực hiện			Mức độ tự tin		
	Không thực hiện (%)	Ít thực hiện (%)	Thường xuyên thực hiện (%)	Không tự tin (%)	Tương đối tự tin (%)	Tự tin (%)
Chăm sóc bệnh nhân đặt ống nội khí quản	0 0,0	2 6,3	30 92,7	2 6,3	13 40,6	17 53,1
Phụ giúp Bác sỹ đặt ống nội khí quản	0 0,0	2 6,3	30 92,7	0 0,0	14 43,7	18 56,3
Phụ giúp bác sỹ chọc dịch não tủy	0 0,0	5 15,6	27 84,4	0 0,0	14 43,7	18 56,3
Kỹ thuật đặt Catheter tĩnh mạch rốn	1 3,1	4 12,5	27 84,4	1 3,1	11 34,4	20 62,5
Nuôi dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh	1 3,1	1 3,1	30 92,7	1 3,1	20 62,5	11 34,4
Rửa dạ dày	0 (0,0)	1 (3,1)	31 (96,9)	0 (0,0)	13 (40,6)	19 (59,4)
Kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương liên tục ở trẻ sơ sinh	1 3,1	17 53,1	14 43,7	8 25	20 62,5	4 12,5

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Nhìn chung đa số ĐD đều tự đánh giá mức độ thường xuyên thực hiện công việc tương đối cao trên 80% đối với hầu hết các kỹ thuật: Chăm sóc bệnh nhân đặt ống nội khí quản; Phụ giúp Bác sỹ đặt ống nội khí quản; phụ giúp Bác sỹ chọc dịch não tủy, kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch rốn, Nuôi dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh; Rửa dạ dày. *"Đây là những kỹ thuật người ĐD thường xuyên thực hiện tại khoa chiếm tỷ trọng lớn với trên 80% ĐD khoa hồi sức cấp cứu thực hiện."* (TLN- CBQL 05).

Kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương ở trẻ sơ sinh có tỉ lệ điều dưỡng thực hiện và tự tin thấp nhất trong số 7 kỹ thuật chuyên khoa Hồi sức cấp cứu, đạt 43,7 % và 12,5 %. Tiếp theo đó, Kỹ thuật phụ giúp bác sỹ đặt ống nội khí quản, Nuôi dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh là các kỹ thuật được thực hiện thường xuyên nhưng mức độ tự tin chưa cao.

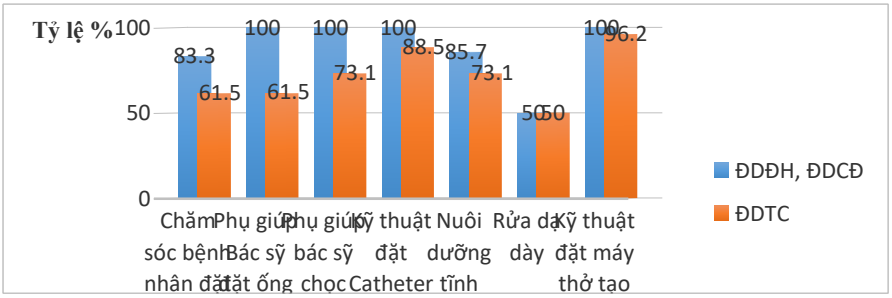
Đây là những kỹ thuật chuyên sâu *"ĐD đa phần còn trẻ, kinh nghiệm hạn chế chưa thể đáp ứng ngay nhu cầu công việc được, cần phải có thời gian để học tập, trau dồi thêm kinh nghiệm mới có thể thực hiện được"* (PVS-CBQL 04).

Kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương liên tục ở trẻ sơ sinh được người ĐD tự nhận định ở mức độ tự tin thấp nhất trong số 7 kỹ thuật chuyên khoa Hồi sức cấp cứu. Theo chúng tôi kỹ thuật này cũng được người ĐD có mức độ thường xuyên thực hiện thấp (dưới 50%), đây

cũng là nguyên nhân ảnh hưởng không nhỏ đến mức độ tự tin của người ĐD.

"Đây là kỹ thuật thường xuyên thực hiện và cũng đã được Bệnh viện chú trọng đào tạo nhưng chưa nhiều, trong quá trình làm việc chúng tôi quan sát thấy các em làm tốt nhưng có thể do các em chưa thực sự tự tin ở kỹ thuật này hoặc cũng có thể các em cũng có phần khiêm tốn khi chỉ nhận định mức độ tự tin dưới 40% và chỉ nhận định ở mức tương đối tự tin với tỷ lệ trên 60%" (TLN-CBQL 05).

3.3. Nhu cầu đào tạo liên tục về kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức của Điều dưỡng



Biểu đồ 1: Mong muốn được ĐTLT của ĐD về chuyên khoa Hồi sức cấp cứu

Kết quả Biểu đồ 1 cho thấy có 6/7 lĩnh vực mà người điều dưỡng chuyên khoa Hồi sức cấp cứu ở cả hai nhóm có mong muốn đào tạo trên 60%. Trong đó kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương liên tục ở trẻ sơ sinh được người ĐD ở cả hai nhóm có mong muốn đào tạo cao nhất trên 90% (ĐDĐH, ĐDCĐ là 100% và ĐDTC là 96,2%). Kết quả định tính bằng phỏng vấn sâu cho thấy *"Chuyên khoa Hồi sức cấp cứu Nhi là một khoa chủ chốt trong hoạt động khám, chữa bệnh nhi khoa vì vậy cần tổ chức các lớp để đào tạo các kỹ thuật chuyên sâu cho ĐD như: Kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương liên tục ở trẻ sơ sinh; Kỹ thuật đặt Catheter tĩnh mạch rốn; Phụ giúp Bác sỹ đặt ống nội khí quản.."* (PVS – CBQL 04).

Như vậy qua phản hồi của ĐD, nội dung cần ưu tiên đào tạo trong lĩnh vực Hồi sức cấp cứu là: Kỹ thuật phụ giúp Bác sỹ chọc dịch não tủy; Kỹ thuật đặt Catheter tĩnh mạch rốn; kỹ thuật Nuôi dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh; Kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương liên tục ở trẻ sơ sinh; Phụ giúp Bác sỹ đặt ống nội khí quản; Chăm sóc bệnh nhân đặt ống nội khí quản.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: ĐTNC tập trung chủ yếu ở lứa tuổi trẻ 20 - 30 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất 71,9%. ĐTNC chủ yếu là nữ chiếm 75%. Đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoài Thu tại Bệnh viện Phổi Trung ương với lứa tuổi ĐD từ 20-30 chiếm tỷ lệ cao nhất (55.8%) và ĐD nữ chiếm (78.1%). Về trình độ trong nghiên cứu này, ĐDTC chiếm số đông (70.7%); ĐDCĐ 10.6% và ĐDĐH 18.7%. Tỷ lệ ĐD có trình độ đại học và cao đẳng tại khoa HSCC Bệnh viện Nhi Hải Dương thấp hơn so với Bệnh viện Phổi Trung ương theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Thu với trình độ đại học (20.5%) và cao đẳng là 23.2% [5].

4.2. Thực trạng thực hiện nhiệm vụ chung cơ bản và kỹ thuật chung cơ bản của các điều dưỡng lâm sàng: Ở lĩnh vực chuyên khoa Hồi sức cấp cứu thì có 6/7 kỹ thuật được người ĐD ở cả hai nhóm tự đánh giá mức độ thường xuyên thực hiện tỷ lệ khá cao trên 80%. Trong đó kỹ thuật rửa dạ dày có mức độ thường xuyên thực hiện ở cả hai nhóm cao nhất trong số 7 kỹ thuật chuyên khoa Hồi sức cấp cứu là trên 90% và mức độ tự tin là 59,3%. Có 6/7 kỹ thuật được hầu hết ĐD tự nhận định có mức độ thường xuyên thực hiện cao trên 80% và mức độ tự tin trên 50%. Còn lại 2/7 kỹ thuật là kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương liên tục ở trẻ sơ sinh có mức độ thường xuyên thực hiện thấp nhất trong số 7 kỹ thuật chuyên khoa Hồi sức cấp cứu, và kỹ thuật này cũng có mức độ cập nhật/đào tạo đầy đủ khá thấp theo nhận định của người ĐD (37,5%). Do vậy theo chúng tôi đây cũng là nguyên nhân ảnh hưởng không nhỏ đến mức độ tự tin của người ĐD khi thực hiện các kỹ thuật này, mặt khác đây cũng là kỹ thuật chuyên sâu đòi hỏi người ĐD muốn thực hiện tốt phải có trình độ chuyên môn cao và có nhiều kinh nghiệm, do vậy chúng tôi sẽ đề xuất được đào tạo thường xuyên hơn nữa trong thời gian tới.

Kỹ thuật nuôi dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh được người ĐD nhận định mức độ thường xuyên

thực hiện cao trên 90% nhưng mức độ tự tin dưới 40%. Theo kết quả trên thì một phần nào đó đã phản ánh được thực trạng thực hiện nhiệm vụ của ĐD chuyên khoa Hồi sức cấp cứu hiện nay tại bệnh viện cũng đã có sự phân định theo cấp độ đào tạo khác nhau thì phải thực hiện các nhiệm vụ khác nhau. Nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hiếu (2010), qua phiếu tự đánh giá của ĐD, họ cho rằng mức độ thực hiện thường xuyên và mức độ tự tin tương ứng khi thực hiện kỹ năng trợ giúp bác sĩ chọc dò màng não tủy và trợ giúp bác sĩ đặt ống nội khí quản, mở khí quản thấp [6].

Ngoài ra, nhóm kỹ thuật này đã được cập nhật/đào tạo nhưng chưa đầy đủ. Với đặc thù là một BV chuyên khoa Nhi trong đó lĩnh vực hồi sức là một trong những lĩnh vực trọng điểm mà BV ưu tiên phát triển. Vì thế, định hướng cần phải huấn luyện đào tạo 06 kỹ thuật này bao gồm: Kỹ thuật phụ giúp BS chọc dịch não tủy; Kỹ thuật đặt Catheter tĩnh mạch rốn; kỹ thuật Nuôi dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh; Kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương liên tục ở trẻ sơ sinh; Phụ giúp Bác sỹ đặt ống nội khí quản; chăm sóc bệnh nhân đặt ống nội khí quản.

4.3. Nhu cầu ĐTLT của điều dưỡng tại Bệnh viện: Lĩnh vực thực hiện các kỹ thuật chuyên khoa Hồi sức cấp cứu: trong 7 nội dung nghiên cứu có 6/7 nội dung người ĐD cho rằng họ có mong muốn ĐTLT cao nhất là: Kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương liên tục ở trẻ sơ sinh; Kỹ thuật đặt Catheter tĩnh mạch rốn; Kỹ thuật phụ giúp BS chọc dịch não tủy; Phụ giúp Bác sỹ đặt ống nội khí quản; kỹ thuật Nuôi dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh; chăm sóc bệnh nhân đặt ống nội khí quản. Trong đó kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương liên tục ở trẻ sơ sinh người ĐD có mong muốn đào tạo cao nhất (ĐDĐH, ĐDCĐ là 100% và ĐDTC là 96,2%); kỹ thuật rửa dạ dày được người ĐD ở cả 2 nhóm mong muốn đào tạo thấp nhất với cùng tỷ lệ 50%. Qua đánh giá của người ĐD về thực trạng đào tạo các nội dung về thực hiện các kỹ thuật chuyên khoa Hồi sức cấp cứu, người ĐD tự nhận định đã được đào tạo/cập nhật đầy đủ rất thấp từ 16,7% đến 50% là Phụ giúp Bác sỹ đặt ống nội khí quản; Phụ giúp bác sỹ chọc dịch não tủy; Nuôi dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh; Chăm sóc bệnh nhân đặt ống nội khí quản; Rửa dạ dày. Với kết quả trên, trong thời gian tới các lĩnh vực ưu tiên cần được đào tạo đối với chuyên khoa Hồi sức cấp cứu là: Kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương liên tục ở trẻ sơ sinh; Kỹ thuật đặt Catheter tĩnh mạch rốn; Kỹ thuật phụ giúp BS chọc dịch não tủy; Phụ giúp Bác sỹ đặt ống nội khí quản; kỹ thuật Nuôi dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh; chăm sóc bệnh nhân đặt ống nội khí quản. Kết qủa định tính cũng khẳng định lĩnh vực Hồi sức cấp cứu là lĩnh vực quan trọng nhất trong bệnh viện, do vậy cần ưu tiên đào tạo các kỹ thuật trong lĩnh vực này để định hướng phát triển bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng thực hiện nhiệm vụ của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng

- Thực trạng đào tạo về các kỹ thuật chuyên ngành HSCC: Hầu hết các kỹ thuật có tỉ lệ điều dưỡng được đào tạo nhưng chưa đầy đủ từ 30%- 60%. Kỹ thuật được đào tạo đầy đủ với trên 60% ĐD nhận định gồm: Chăm sóc bệnh nhân đặt nội khí quản, Rửa dạ dày và Phụ giúp bác sỹ đặt ống nội khí quản.

- Mức độ thực hiện và mức độ tự tin với các kỹ thuật chuyên ngành HSCC: Có 1/7 kỹ thuật có tỉ lệ điều dưỡng thường xuyên thực hiện thấp dưới 45% là Kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương; 2/7 kỹ thuật có tỉ lệ điều dưỡng nhận định về mức độ tự tin thấp dưới 35 % là Kỹ thuật đặt máy thở và Nuôi dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh.

5.2. Nhu cầu đào tạo liên tục: Các nội dung cần đào tạo theo thứ tự ưu tiên như sau: 1) Kỹ thuật đặt máy thở tạo áp lực dương liên tục ở trẻ sơ sinh; 2) Kỹ thuật đặt Catheter tĩnh mạch rốn; 3) Kỹ thuật phụ giúp BS chọc dịch não tủy; 5) Phụ giúp Bác sỹ đặt ống nội khí quản; 6) Kỹ thuật Nuôi dưỡng tĩnh mạch ở trẻ sơ sinh; chăm sóc bệnh nhân đặt ống nội khí quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Chính trị (2005),** "Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23/02/2005 về công tác bảo vệ chăm sóc nâng cao sức khoẻ nhân dân trong tình hình mới", *Tài liệu học tập nghị quyết 46-NQ/TW của Bộ chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khoẻ nhân dân trong tình hình mới*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2011),** *Thông tư 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 11 năm 2011 về hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.*
3. **Bộ Y tế (2013),** *Thông tư liên tịch số 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 về việc hướng dẫn đào tạo liên tục cho cán bộ y tế.*
4. **Bệnh viện Nhi Hải Dương (2016),** *Báo cáo tổng kết hoạt động đào tạo năm 2016*
5. **Nguyễn Thị Hoài Thu (2015),** *Đánh giá nhu cầu đào tạo liên tục của Điều dưỡng lâm sàng tại bệnh viện Phổi Trung ương, giai đoạn 2015 - 2017,*

Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
6. **Phạm Thị Hiếu (2010),** *Đánh giá của cựu sinh viên về chương trình đào tạo cử nhân Điều dưỡng hệ vừa làm vừa học, tại trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2010*, Luận văn Thạc sỹ y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng, HN.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Trần Thị Phương[1], Nguyễn Thị Hiên[1], Lê Đức Cường[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang trên 419 bệnh nhân mắc đái tháo đường type 2 tại khoa khám bệnh, bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình cho thấy: Nhóm tuổi từ 60 trở lên có kiến thức đạt và thực hành đạt cao hơn nhóm dưới 60 tuổi (p<0,05). Tiền sử gia đình có người thân ruột thịt mắc bệnh không có liên quan đến kiến thức và thực hành phòng chống bệnh đái tháo đường so với nhóm không có tiền sử gia đình mắc bệnh. Nhóm không có biến chứng có kiến thức đạt và thực hành đạt cao hơn nhóm có biến chứng (p<0,05).

Từ khóa: Yếu tố liên quan, kiến thức, thực hành, đái tháo đường, Ninh Bình

SUMMARY

FACTORS RELATED TO KNOWLEDGE AND PRACTICE TO PREVENT DIABETES AMONG PATIENTS AT NINHBINH GENERAL HOSPITAL

This was a cross-sectional descriptive study conducted among 419 diabetes patients at Ninhbinh provincial general hospital. Results showed that: the age group of 60 years and more had better knowledge and practice of diabetes prevention as compared to the lower age group (p<0.05). Family history of diabetes had no relationship with knowledge and practice of disease prevention. The group with no complication had better knowledge and practice of diabetes prevention as compared to the group of patients with complication (p<0.05).

Key words: Related factors, knowledge, practice, diabetes, Ninhbinh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường tuýp 2 là một trong những bệnh không lây nhiễm gây nhiều hậu quả nặng nề với sức khỏe cá nhân và cản trở sự phát triển kinh tế xã hội. Mỗi năm ngân sách cho ngành y tế của các quốc gia trung bình mất khoảng 5-10% cho điều trị bệnh đái tháo đường. Rất nhiều người bệnh và gia đình, cũng như các cơ sở y tế đang phải chịu những gánh nặng về kinh tế cho chi phí rất lớn trong điều trị căn bệnh này. Kiến thức và thực hành phòng chống bệnh có thể có tác động tích cực đến việc phòng biến chứng và điều trị bệnh đái tháo đường. Tại tỉnh Ninh Bình chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu về các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành của người bệnh về phòng chống bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức và thực hành phòng chống bệnh ở người bệnh đái tháo đường tuýp 2 tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Địa bàn: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa khám bệnh của Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh đái tháo đường tuýp 2 đang được quản lý điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Người bệnh đái tháo đường tuýp 2 đang được quản lý điều trị tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

+ Không các vấn đề về sức khỏe tâm thần, có thể nghe rõ và trả lời phỏng vấn

+ Đồng ý tham gia phỏng vấn

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2015 đến tháng 5/2016.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám Nội tiết Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả 1 tỷ lệ

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy là 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96.

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiên
Email: hien_nganvn@yahoo.com
Ngày nhận bài: 26.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018
Ngày duyệt bài: 13.2.2018

p: Là tỷ lệ biến chứng tim mạch của người đái tháo đường type 2 (p = 0,43) [3]; q = 1 - p

d: Sai số tuyệt đối (chọn d = 0,05)

Thay các giá trị trên có n = 377 đối tượng. Trên thực tế, chúng tôi đã tiến hành thu thập số liệu trên 419 người bệnh.

Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Xác định số lượng người bệnh đái tháo đường tuýp 2 đang quản lý tại phòng khám ngoại trú bệnh viện. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được thu thập số liệu và hẹn người bệnh phỏng vấn trong thời gian người bệnh ngồi chờ kết quả xét nghiệm.

2.3. Tiêu chuẩn để đánh giá kiến thức, thực hành: Đánh giá kiến thức, thực hành của NB về phòng chống biến chứng ĐTĐ: Với từng câu hỏi, mỗi lựa chọn đúng được tính 1 điểm, lựa chọn sai sẽ không tính điểm. Sau đó cộng điểm tổng chung từng phần kiến thức và thực hành riêng để phân ra làm 2 loại: Kiến thức đạt, kiến thức không đạt, và thực hành đạt, thực hành không đạt. Đối tượng trả lời đúng từ 75% trở lên tổng số điểm ở mỗi phần (kiến thức và thực hành) được coi là đạt tương ứng với phần đó.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính, sử dụng chương trình EPI DATA 3.1 để nhập liệu. Sử dụng chương trình SPSS 16.0 để phân tích số liệu. Các thông số được tính toán dựa trên số lượng và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và kiến thức chung (n = 419)

Kiến thức / Nhóm tuổi	Đạt		Không đạt		OR (95%CI)	p
	SL	%	SL	%		
< 60 tuổi	63	26,0	70	39,5	**OR=1,86**	**<0,05**
≥ 60 tuổi	179	74,0	107	60,5	**1,2<OR<2,8**	

Bảng 1 về mối liên quan giữa nhóm tuổi và kiến thức chung phòng chống bệnh đái tháo đường cho thấy: ở nhóm người bệnh dưới 60 tuổi có 26,0% người có kiến thức đạt, trong khi ở nhóm người bệnh từ 60 tuổi trở lên thì tỷ lệ có kiến thức đạt là 74,0%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

Bảng 2. Mối liên quan giữa tiền sử gia đình với kiến thức chung (n = 419)

Kiến thức / Tiền sử gia đình	Đạt		Không đạt		OR (95%CI)	p
	SL	%	SL	%		
Không	152	62,8	115	65,0	**OR=1,1**	***>0,05***
Có người mắc ĐTĐ	90	37,2	62	35,0	**0,7<OR<1,6**	

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ kiến thức đạt ở nhóm không có người thân cận huyết mắc bệnh ĐTĐ là 62,8% và nhóm có người thân cận huyết mắc bệnh có kiến thức đạt là 37,2%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3. Mối liên quan giữa biến chứng với kiến thức chung (n = 419)

Kiến thức / Biến chứng	Đạt		Không đạt		OR (95%CI)	p
	SL	%	SL	%		
Có	118	48,8	134	75,7	**OR=3,3**	**< 0,01**
Không	124	51,2	43	24,3	**2,1<OR<5,0**	

Bảng 3 cho thấy, người bệnh ở nhóm không có biến chứng có kiến thức không đạt là 24,3% và nhóm có biến chứng có kiến thức không đạt là 75,7%. Nhóm có biến chứng có kiến thức không đạt cao gấp 3,3 lần nhóm không có biến chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 4. Mối liên quan giữa nhóm tuổi với thực hành chung (n = 419)

Thực hành / Nhóm tuổi	Đạt		Không đạt		OR (95%CI)	p
	SL	%	SL	%		
≥ 60 tuổi	155	63,5	131	74,9	**OR=1,7**	**<0,05**
< 60 tuổi	89	36,5	44	25,1	**01,0<OR<2,7**	

Bảng 4 cho thấy, nhóm từ 60 tuổi trở lên thực hành đạt (63,5%) cao hơn nhóm dưới 60 tuổi (36,5%). Tỷ lệ thực hành đạt ở nhóm nhóm từ 60 tuổi trở lên cao gấp 1,7 lần nhóm dưới 60 tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 5. Mối liên quan giữa tiền sử gia đình với thực hành chung (n = 419)

Thực hành / Tiền sử gia đình	Đạt		Không đạt		OR (95%CI)	p
	SL	%	SL	%		
Không có người mắc	151	61,9	116	66,3	**OR=1,2**	**>0,05**
Có người mắc	93	38,1	59	33,7	**0,8<OR<1,8**	

Bảng 5 cho thấy, nhóm đối tượng có người thân cận huyết trong gia đình mắc có tỷ lệ thực hành

không đạt là 33,7% và nhóm không có người thân cận huyết trong gia đình mắc có tỷ lệ thực hành không đạt là 66,3%.

Bảng 6. Mối liên quan giữa biến chứng với thực hành chung (n = 419)

Thực hành / Biến chứng	Đạt		Không đạt		OR (95%CI)	p
	SL	%	SL	%		
Có	119	48,8	133	76,0	**OR=3,1**	**<0,05**
Không	123	51,2	44	24,0	**2,0<OR<4,7**	

Bảng 6 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05) về thực hành giữa nhóm có biến chứng và nhóm không có biến chứng. Nhóm không có biến chứng có thực hành đạt cao gấp 3,1 lần nhóm có biến chứng có thực hành đạt.

IV. BÀN LUẬN

Đái tháo đường là bệnh khá phổ biến ở nước ta hiện nay. Bệnh phải điều trị kéo dài và gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm đe dọa đến tính mạng con người, nên nó là gánh nặng đối với sự phát triển của kinh tế xã hội. Để giảm hậu quả nặng nề mà biến chứng của bệnh gây ra, người bệnh cần có những hiểu biết cơ bản về bệnh và tuân thủ các biện pháp dự phòng theo hướng dẫn của cán bộ y tế [4].

Trong nghiên cứu kết quả cho thấy có sự khác biệt về kiến thức chung giữa các nhóm tuổi khác nhau (p<0,05). Nhóm tuổi từ 60 trở lên có kiến thức đạt cao gấp 1,86 lần nhóm tuổi dưới 60. Điều này được giải thích nhóm người bệnh tuổi từ 60 trở lên là những người nghỉ hưu, người già nên có nhiều thời gian rảnh vì thế mà họ tìm hiểu và cũng quan tâm đến sức khỏe nhiều hơn chính vì thế mà kiến thức của họ đạt cao hơn nhóm còn lại.

Về liên quan đến tiền sử gia đình, kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm không có tiền sử gia đình có người mắc bệnh có kiến thức đạt yêu cầu cao hơn 1,1 lần nhóm có tiền sử gia đình có người mắc bệnh. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p> 0,05).

Liên quan giữa biến chứng của bệnh và kiến thức phòng chống bệnh, kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm không có biến chứng có kiến thức đạt cao gấp 3,3 lần nhóm có biến chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Điều này là hoàn toàn hợp lý vì nhóm có biến chứng có kiến thức đạt thấp. Kết quả này cũng tương ứng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan [2] và nghiên cứu của Đặng Thị Hằng Thi [5] đều kết luận nhóm không có biến chứng có kiến thức đạt yêu cầu cao hơn nhóm có biến chứng.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê (p<0,05) giữa các nhóm tuổi khác nhau. Nhóm tuổi từ 60 trở lên có thực hành đạt cao gấp 1,7 lần nhóm tuổi dưới 60. Kết quả này tương ứng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan nhóm dưới 50 tuổi có thực hành đạt thấp nhất (52,4%). Điều này có thể lý giải là do nhóm từ 60 trở lên đa số là những người đã nghỉ hưu và lớn tuổi nên chăm lo và quan tâm đến sức khỏe nhiều hơn và có nhiều thời gian hơn để tuân thủ thực hành nên tỷ lệ đạt yêu cầu phòng chống biến chứng đái tháo đường cao hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm không có tiền sử gia đình có người mắc bệnh thực hành đạt yêu cầu cao hơn 1,2 lần nhóm có tiền sử gia đình có người mắc bệnh. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p> 0,05).

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm không có biến chứng thực hành đạt cao hơn gấp 3,1 lần nhóm có biến chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Điều này hoàn toàn phù hợp bởi nếu người bệnh tuân thủ điều trị thuốc, có chế độ ăn uống tập luyện khoa học hợp lý, theo dõi và khám bệnh định kỳ, tránh những sang chấn tâm lý, kiểm soát tốt đường huyết, HbA1c… thì có thể giảm thiểu sự xuất hiện những biến chứng của bệnh [1].

V. KẾT LUẬN

- Nhóm tuổi từ 60 trở lên có kiến thức đạt và thực hành đạt cao hơn nhóm dưới 60 tuổi (p<0,05).
- Tiền sử gia đình có người thân ruột thịt mắc bệnh không có liên quan đến kiến thức và thực hành phòng chống bệnh đái tháo đường so với nhóm không có tiền sử gia đình mắc bệnh.
- Nhóm không có biến chứng có kiến thức đạt và thực hành đạt cao hơn nhóm có biến chứng (p<0,05).

KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường truyền thông về nguyên nhân gây bệnh, biến chứng, các yếu tố nguy cơ của bệnh đái tháo đường để người bệnh có thể phòng ngừa biến chứng của bệnh, giúp tăng cường chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Duy Cường (2014),** "Tìm hiểu một số biến chứng và yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 chẩn đoán lần đầu", Tạp chí Y học thực hành. 914(4), tr. 127 - 130.

2. **Nguyễn Thị Hồng Đan (2011),** Kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường tuýp 2 tại huyện Khoái Châu tỉnh Hưng Yên năm 2010, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
3. **Bế Thu Hà, Nguyễn Kim Lương (2009),** "Nghiên cứu thực trạng bệnh đái tháo đường điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kan", Tạp chí Y học thực hành. 679(10), tr. 60 - 63.
4. **Lili Y, Jing S, Yaoyao B et al (2016),** Prevalence of type 2 diabetes mellitus among inland residents in China (2000–2014): A meta analysis, J Diabetes Investig, 7(6): 845–852.
5. **Đặng Thị Hằng Thi (2013),** "Kiến thức, thực hành phòng biến chứng bàn chân của người bệnh đái tháo đường tuýp 2 tại Bệnh viện 19-8 Bộ công an, 2012", Tạp chí Y học thực hành. 856(1), tr. 38 – 4.

SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ VITAMIN B12, FOLATE VÀ MỘT SỐ CHỈ SỐ HÓA SINH MÁU Ở BỆNH NHÂN THIẾU MÁU

Nguyễn Văn Bằng*, Nguyễn Thanh Xuân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu sự thay đổi nồng độ vitamin B12, folate và một số chỉ số hóa sinh máu ở bệnh nhân thiếu máu. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu***: Bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu (theo tiêu chuẩn của WHO) gồm 66 bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Quân y 103, được khám và xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân thiếu máu, xác định nồng độ vitamin B12, folate máu, chức năng gan và một số chỉ số hóa sinh máu; xác định mối tương quan giữa vitamin B12, folate với nồng độ hemoglobin huyết tương. ***Kết quả***: nhóm bệnh nhân thiếu máu bị bệnh bạch cầu chiếm tỷ lệ cao nhất (21,21%), bệnh đa u tủy xương chiếm 16,67%, thiếu các yếu tố dinh dưỡng (12,12%), bệnh lý mất máu mất sắt mạn tính (12,12%), bệnh u lympho ác tính và huyết tán miễn dịch (4,55%). Tỷ lệ bệnh nhân có vitamin B12 huyết thanh bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (84,85%), trong đó tỷ lệ bệnh nhân có Folate huyết thanh bình thường chiếm tỷ lệ 87,88%; bệnh nhân giảm vitamin B12 (9,09%), giảm Folate huyết thanh (6,06%). Nồng độ hemoglobin huyết tương có sự tương quan thuận với nồng độ vitamin B12 huyết tương (y = 0,0025x + 82,233), tương quan nghịch với nồng độ folate huyết tương (r=-0,31),(y = -1,4287x + 96,591). Nồng độ enzym GGT trên bệnh nhân thiếu máu có tăng nhẹ (85,39 ± 53,41 U/L);AST, ALT, bilirubin trong giới hạn bình thường. Hemoglobin có mối tương quan nghịch với nồng độ protein huyết tương (y = -0,1021x + 91,107). ***Kết luận:*** Đa số bệnh nhân thiếu máu có nồng độ vitamin B12, folate huyết tương bình thường. Có mối tương quan nghịch giữa nồng độ hemoglobin với nồng độ folate huyết tương.

Từ khóa: thiếu máu, hemoglobin, vitamin B12, folate

SUMMARY

THE CHANGE OF CONCENTRATION OF VITAMIN B12, FOLATE AND SOME BLOOD BIO-CHEMICALINDEX IN ANAEMIA PATIENTS

Objects: to study the alter of concentration of vitamin B12, folate and the number of blood bio-chemicalindex in anaemia patients. ***Subjects and methods:*** patients were diagnosed as anaemia (according to criterion of WHO), included 66 patients treated in Hospital 103, examined and tested to diagnose anaemia reasons, defined blood vitamin B12 concentration, blood folate; function of liver and a number of blood biochemical index; defined correlation between vitamin B12, folate with plasma hemoglobin concentration. ***Results:*** anaemia patients group suffered from leukemia has highest rate (21.21%), Multiple Myeloma (MM) (16.67%), the lack of nutritional factors (12.12%), the loss of chronic blood, iron (12.12%), Malignant Lymphomas and hemolytic anaemia (4.55%). The percentage of patients with normal plasma vitamin B12 concetration had highest rate (84.85%), while the percentage of patients with blood normal folate had rate 87.88%, patients has decreased blood vitamin B12 concentration (9,09%), folate (6.06%). Plasma hemoglobin concentration has agreeable correlation with plasma vitamin B12 concentration (y = 0.0025x + 82.233), opposite correlation with plasma folate concentration (r=-0.31), (y = -1.4287x + 96.591). Plasma GGT concentration in anaemia patients has increased lightly (85.39 ± 53.41 U/L);AST, ALT, bilirubin have normal value. Hemoglobin has opposite correlation with plasma protein concentration (y = -0.1021x + 91.107). ***Conclusion:*** The most anemic patients have normal concentration of vitamin B12 and folate in plasma. There is a negative correlation between concentration of hemoglobin and concentration of folate in plasma.

Key words: anaemia, hemoglobin, vitamin B12, folate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân thiếu máu có nhiều nguyên nhân khác nhau. Hiện nay, thiếu máu được phân chia theo nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh là đầy đủ hơn; thiếu máu được chia thành 4 nhóm lớn: chảy máu, cung cấp thiếu các yếu tố tạo máu (thiếu máu dinh dưỡng), tại cơ quan tạo máu và nguyên nhân huyết tán. Thiếu máu có thể liên quan đến các yếu tố tạo máu như vitamin B12, Folate (acid folic, vitamin B9), sắt, protein.. Vai

**Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bằng
Email: bangnvbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.2.2018
Ngày duyệt bài: 12.2.2018

trò của vitamin B12 trong việc hình thành các tế bào máu: tại tủy xương vitamin B12 tham gia vào quá trình trưởng thành và nhân lên của các dòng tế bào máu, trong đó chủ yếu là dòng hồng cầu, thiếu vitamin B12 làm giảm số lần phân bào dẫn đến thiếu máu hồng cầu to, có thể giảm nhẹ cả 3 dòng tế bào máu; ngoài ra vitamin B12 còn tham gia vào quá trình tổng hợp tế bào thần kinh, nhân đôi của ADN trong tế bào, tổng hợp Methionin [6]. Nhìn chung vitamin B12 rất cần thiết cho quá trình nhân lên của tế bào, tham gia vào chức năng của hệ thống thần kinh, chống mệt mỏi và kích thích.Folate (còn gọi là: acid folic, vitamin B9) là một coenzym trong sự tạo thành tetrahydrofolate (THF), một chất có vai trò vận chuyển đơn vị 1 C trong chuyển hóa các acid nucleic và các acid amin. THF cũng tham gia vào quá trình tổng hợp nucleotide pyrimidine, cần thiết cho sự phân chia tế bào bình thường. Folate cũng cần thiết cho sự sản sinh các hồng cầu (acid folic góp phần tạo nên các tế bào máu, thiếu acid folic dẫn đến thiếu máu hồng cầu to. Protein cũng là thành phần tham gia vào quá trình tạo máu, đây là loại thiếu máu không chỉ thiếu protein đơn thuần mà thường kèm thiếu sắt, vitamin, acid folic... [7], có thể gặp trong các nguyên nhân: chế độ ăn nghèo protid, thói quen ăn kiêng ở nơi tập tục lạc hậu, xảy ra với phụ nữ có thai, sau đẻ, hấp thu kém do bệnh lý đường ruột, mất protein trong bỏng, nhiễm khuẩn nặng kéo dài. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *sự thay đổi nồng độ vitamin B12, folate và một số chỉ số hóa sinh máu ở bệnh nhân thiếu máu*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định thiếu máu (theo tiêu chuẩn của tổ chức y tế giới), điều trị tại Khoa AM7-Bệnh viện Quân y 103. Số lượng: 66 bệnh nhân. Thời gian điều trị: Từ tháng 1/2017 đến tháng 10/2017.

Vật liệu nghiên cứu: chỉ số hoá sinh máu, huyết học thực hiện trên máy Olympus AU640; XT4000i (Sysmex - Nhật Bản), hóa chất do hãng cung cấp.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang có phân tích.

- Bệnh nhân điều trị nội trú chẩn đoán xác định thiếu máu (theo WHO) khi: nồng độ hemoglobin trong máu đối với nam < 130g/L, nữ < 120g/L, phụ nữ có thai, cho con bú <110g/L [3].

- Các biến số, chỉ số nghiên cứu:

+ Bệnh nhân được khám, xét nghiệm để chẩn đoán các nguyên nhân gây thiếu máu.

+Xét nghiệm nồng độ hemoglobin máu, vitamin B12, acid folic, chức năng gan và một số chỉ số hóa sinh máu.

Phương pháp định lượng, giá trị tham chiếumột số chỉ số hóa sinh

Tên xét nghiệm	Phương pháp	Giá trị tham chiếu
AST (U/L)	Đo quang động học	0 – 40
ALT (U/L)	Đo quang động học	0 – 40
GGT (U/L)	Đo quang động học	11 – 50
Bilirubin TP(µmol/L)	Đo quang	0 – 17,1
Creatinin (µmol/L)	Đo quang động học	50 – 110
Ure (mmol/L)	Đo quang động học	2,5 – 7,5
Glucose (mmol/L)	Enzym đo quang	3,9 – 6,4
Cholesterol TP (mmol/L)	Enzym đo quang	3,9 – 5,2
Triglycerid(mmol/L)	Enzym đo quang	0,46 – 2,3
Protein (g/L)	Đo quang	46 – 82
Acid Uric (µmol/L)	Đo quang	140 – 420
LDH (U/L)	Đo quang	0 - 247
CPK (U/L)	Đo quang	240 - 190
Vitamin B12 (pg/mL)	Đo quang	208 - 963
Folate (ng/mL)	Đo quang	7,2 – 15,4
Na^+ (mmol/L)	Đo quang	135 - 145
K^+(mmol/L)	Đo quang	3,5 – 5,0
Cl^-(mmol/L)	Đo quang	98 - 106

- Tìm hiểu mối tương quan giữa Vitamin B12, Folate huyết tương với nồng độ Hemoglobin huyết tương.

- Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm Excel, EpiCalc 2000. Đánh giá hệ số tương quan.Giá trị của r: $-1 \le r \le +1$.r âm là tương quan nghịch, r dương là tương quan thuận. Nếu r > 0,7: tương quan rất chặt chẽ; r = 0,5 - 0,7: tương quan khá chặt chẽ; r = 0,3 - 0,5: tương quan mức độ vừa; r < 0,3: rất ít tương quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo đặc điểm bệnh lý (n=66)

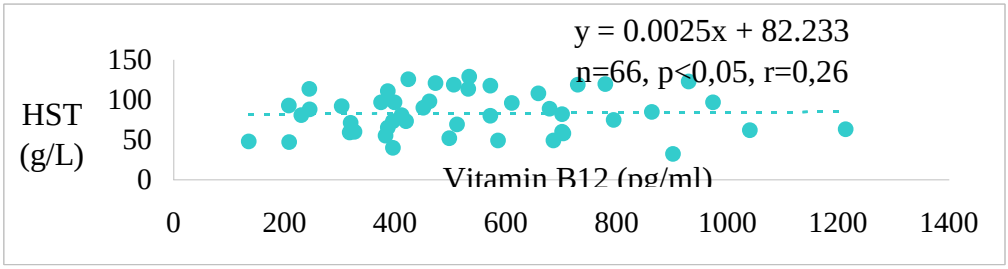
Đặc điểm bệnh lý	**Số lượng** (n)	**Tỷ lệ** (%)
Bệnh bạch cầu	14	21,21
Bệnh suy tủy xương	4	6,06
Bệnh đa u tủy xương	11	16,67
Rối loạn sinh tủy	4	6,06
Bệnh U lympho ác tính	3	4,55
Bệnh lý mất máu, mất sắt mạn tính (trĩ, đa rong kinh, ung thư đại trực tràng, nhiễm giun móc)	8	12,12
Huyết tán miễn dịch	3	4,55
Huyết tán bẩm sinh	4	6,06
Thiếu các yếu tố dinh dưỡng	8	12,12
Các nguyên nhân khác	7	10,6

Nhận xét: bệnh nhân thiếu máu bị bệnh bạch cầu chiếm tỷ lệ cao nhất (21,21%), bệnh đa u tủy xương chiếm 16,67%, thiếu các yếu tố dinh dưỡng chiếm 12,12%, bệnh lý mất máu mất sắt mạn tính chiếm 12,12%, bệnh u lympho ác tính và huyết tán miễn dịch chiếm 4,55%.

Bảng 2: Sự biến đổi nồng độ Vitamin B12, Folate huyết tương của đối tượng nghiên cứu(n=66)

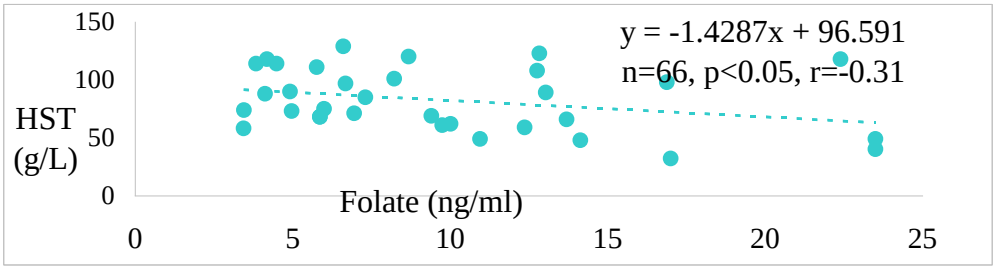
Chỉ số	**Mức độ**	**Giá trị trung bình** ($\bar{X}$ ±SD)	**n**	**Tỷ lệ** (%)
Vitamin B12 (pg/ml)	Bình thường	536,04 ± 240,49	56	84,85
	Tăng		4	6,06
	Giảm		6	9,09
Folate (ng/ml)	Bình thường	9,81 ± 5,76	58	87,88
	Tăng		4	6,06
	Giảm		4	6,06
Hb (g/L)		83,02 ± 25,24		

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân có vitamin B12 huyết thanh bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (84,85%), trong đó tỷ lệ bệnh nhân có Folate huyết thanh bình thường chiếm tỷ lệ 87,88%. Tỷ lệ bệnh nhân có giảm vitamin B12 chiếm 9,09%, bệnh nhân giảm Folate huyết thanh chiếm 6,06%.



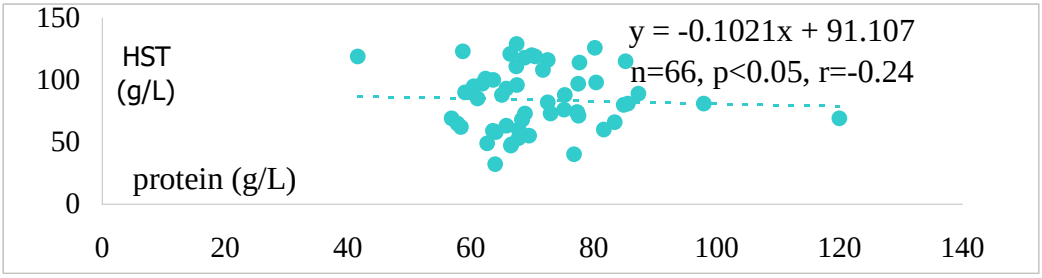
Biểu đồ 1: Sự tương quan giữa Hemoglobin và Vitamin B12 huyết tương

Nhận xét: Hemoglobin có sự tương quan thuận với nồng độ vitamin B12 huyết tương, phương trình tương quan: y = 0,0025x + 82,233.



Biểu đồ 2: Mối tương quan giữa Hemoglobin với folate

Nhận xét: Hemoglobin có mối tương quan nghịch với nồng độ folate huyết tương (r=-0,31), phương trình tương quan y = -1,4287x + 96,591.



Biểu đồ 3: Mối tương quan giữa hemoglobin với protein huyết tương

Nhận xét: Hemoglobin có mối tương quan nghịch với nồng độ protein huyết tương, phương trình tương quan y = -0,1021x + 91,107.

Bảng 3: Sự thay đổi một số enzym gan ở đối tượng nghiên cứu (n=66)

Chỉ tiêu nghiên cứu	Giá trị trung bình ($\bar{X}$ ±SD)
AST (U/L)	38,34 ± 27,94
ALT (U/L)	29,06 ± 23,88
GGT (U/L)	85,39 ± 53,41
Bilirubin toàn phần (µmoL/L)	18,19 ± 15,74
Bilirubin trực tiếp (µmoL/L)	7,32 ± 6,10

Nhận xét: Nồng độ enzym GGT trên bệnh nhân thiếu máu có tăng nhẹ (85,39 ± 53,41 U/L). AST, ALT và Bilirubin trong giới hạn bình thường.

Bảng 4: Kết quả xét nghiệm một số chỉ số hóa sinh máu ở đối tượng nghiên cứu (n=66)

Chỉ tiêu nghiên cứu	Giá trị trung bình ($\bar{X}$ ±SD)
Glucose (mmol/L)	5,47 ± 2,94
Ure (mmol/L)	6,38 ± 4,84
Creatinin (µmol/L)	97,32 ± 57,09
Protein (g/L)	71,01 ± 11,62
Cholesterol (mmoL/L)	3,40 ± 0,99
Triclycerid (mmoL/L)	1,78 ± 1,23
LDH (U/L)	360,09 ± 265,21
CPK(U/L)	103,63 ± 94,07
Acid Uric (µmol/L)	384,39 ± 214,97
Na^+ (mmol/L)	137,59 ± 3,92
K^+(mmol/L)	3,81 ± 0,52
Cl^-(mmol/L)	104,59 ± 2,82

Nhận xét: bệnh nhân thiếu máu có tăng nhẹ nồng độ LDH trung bình huyết thanh (360,09 ± 265,21 U/L).

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bị bệnh bạch cầu chiếm tỷ lệ cao nhất (21,21%), sau đó nhóm bệnh nhân bị bệnh đa u tủy xương chiếm vị trí thứ 2 (16,67%), thiếu các yếu tố tạo máu chiếm 12,12%. Do bệnh nhân chúng tôi điều trị có nhiều nhóm bệnh nhân khác nhau và nguyên nhân gây thiếu máu cũng có nhiều nguyên nhân. Theo nghiên cứu của Aaron S và cs (2005) [5] thấy các yếu tố ảnh hưởng đến sự xuất hiện bệnh thiếu máu hồng cầu khổng lồ có 60% bệnh nhân ăn chay; 15,9% bệnh nhân nghiện rượu; 9,5% bệnh nhân tiêu chảy mãn tính; 1,6% đã cắt hồi tràng; 6,3% bệnh nhân kém hấp thu.

Các nguyên nhân gây thiếu vitamin B12 có thể gặp do bệnh Biermer là bệnh bệnhk tự miễn, do kháng thể kháng dạ dày, kháng yếu tố nội (GMP), bệnh cảnh điển hình, triệu chứng thần kinh nặng; có thể gặp trong các bệnh đường tiêu hóa như: cắt đoạn dạ dày, ruột: giảm, mất yếu tố nội, giảm hấp thu, viêm ruột giảm hấp thu; một số nguyên nhân sán dây, lao, túi thừa ở đường tiêu hóa; do thuốc: ức chế tác dụng của B12 như kháng sinh (neomycin, nifurantin, sulfamid...), chống động kinh (sodanton...), các thuốc chống ung thư; thuốc làm giảm hấp thu B12 như EDTA (làm mất canxi ở ruột); bệnh xơ gan, viêm gan mạn, nhiễm độc nhiễm trùng mạn, bệnh máu ác tính, ung thư... đều gây rối loạn chuyển hóa và dự trữ vitamin B12, phụ nữ có thai, cho con bú do tăng nhu cầu B12 hoặc những người ăn kiêng khem thiếu B12 do cung cấp thiếu. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ vitamin B12, folate bình thường chiếm tỷ lệ 84,85% và 87,88%, bệnh nhân giảm nồng độ vitamin B12, folate trong máu chiếm 9,09% và 6,06% do trong nghiên cứu có nhóm những bệnh nhân thiếu máu dinh dưỡng, dùng hóa chất trong quá trình điều trị, kháng sinh có ảnh hưởng đến quá trình hấp thu B12 và acid folic vì vậy mà có giảm nồng độ B12 và folate huyết tương. Nguyên nhân thiếu acid folic có thể do cung cấp thiếu (nguồn thức ăn nghèo acid folic), hấp thu kém (tiêu chảy kéo dài, cắt đoạn dạ dày ruột non, lao ruột), tăng nhu cầu sử dụng, ức chế do thuốc (neomycin, hydantoin, PAS, methotrexat, 5FU... các thuốc có tranh chấp với acid folic). Tỷ lệ bệnh nhân có tăng vitamin B12 trong nghiên cứu chiếm 6,06%,

có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi có những bệnh nhân bị bệnh viêm gan kết hợp, bệnh nhân bị bệnh bạch cầu tủy mạn hoặc những bệnh nhân được chẩn đoán đa hồng cầu sau một thời gian dài điều trị hóa chất dẫn đến bị ức chế tủy xương và thiếu máu ở giai đoạn sau, do vậy mà khi xét nghiệm có thể B12 tăng trong máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị LDH trung bình huyết tương tăng nhẹ (360,09 ± 265,21 U/L), theo chúng tôi nguyên nhân tăng có thể do bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu có những bệnh nhân u lympho ác tính, thiếu máu huyết tán nên có tình trạng hoại tử tế bào do vậy dẫn đến tăng LDH huyết tương; LDH cũng có thể tăng trong những trường hợp bệnh nhân có viêm nhiễm, trong bệnh u lympho ác tính, kahler đang tiến triển hoặc đáp ứng kém với điều trị hoặc tiên lượng bệnh xấu.

Trong nghiên cứu không tìm thấy sự tương quan giữa Hb và protein huyết tương, nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hà và cs (2017) [2] trên bệnh nhân xơ gan cũng không thấy có tương quan giữa Hb với protein máu ở bệnh nhân xơ gan.

V. KẾT LUẬN

- Nhóm bệnh nhân thiếu máu bị bệnh bạch cầu chiếm tỷ lệ cao nhất (21,21%), bệnh đa u tủy xương chiếm 16,67%, thiếu các yếu tố dinh dưỡng (12,12%), bệnh lý mất máu mất sắt mạn tính (12,12%), bệnh u lympho ác tính và huyết tán miễn dịch (4,55%). Tỷ lệ bệnh nhân có vitamin B12 huyết thanh bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (84,85%), trong đó tỷ lệ bệnh nhân có Folate huyết thanh bình thường chiếm tỷ lệ 87,88%; bệnh nhân giảm vitamin B12 (9,09%), giảm Folate huyết thanh (6,06%).

- Nồng độ hemoglobin huyết tương có sự tương quan thuận với nồng độ vitamin B12 huyết tương (y=0,0025x + 82,233), tương quan nghịch với nồng độ folate huyết tương (r=-0,31), (y = -1,4287x + 96,591). Nồng độ enzym GGT trên bệnh nhân thiếu máu có tăng nhẹ (85,39 ± 53,41 U/L); AST, ALT, bilirubin trong giới hạn bình thường. Hemoglobin có mối tương quan nghịch với nồng độ protein huyết tương (y = -0,1021x + 91,107).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tiến Dũng, Phạm Quang Vinh, Nguyễn Tuấn Tùng và cs** (2011), Tìm hiểu nồng độ vitamin B12 và acid folic ở một số bệnh nhân thiếu máu hồng cầu to gặp tại khoa Huyết học- Truyền máu bệnh viện Bạch Mai, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 15, 572-578.
2. **Nguyễn Trọng Hà và cs** (2017), Nghiên cứu đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 458, số 2 (9), 61-64.
3. **Học viện Quân y** (2004), "*Bài giảng huyết học lâm sàng*", Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội.
4. **Nguyễn Hoài Thu** (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, đánh giá đáp ứng điều trị bệnh nhân thiếu máu do thiếu vitamin B12 và/hoặc acid Folic tại viện Huyết học- truyền máu trung ương*, Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội.
5. **Aaron S, et al.** (2005), "Clinical and laboratory features and response to treatment in patients presenting with vitamin B12 deficiency- related neurological syndromes", *Neurol India*, 53: 55-58.
6. **Hoffbrand** (2013), Anaemia- B12 and folate deficiency, Nike CKS.
7. **Uma Khanduri and Archna Sharma** (2007), Megaloblastic anaemia: Prevalence and causative factors, *The National medical Journal of India*, 20:172/5.

THỜI GIAN SỐNG THÊM KHÔNG BỆNH BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ HAI BÊN GIAI ĐOẠN I, II TẠI BỆNH VIỆN K

Hoàng Anh Dũng*, Lê Hồng Quang*, Phạm Văn Bình*, Phan Thanh Dương*

TÓM TẮT

Ung thư vú là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ nhiều nước trên thế giới. Trong đó, ung thư vú hai bên gặp ở 4 – 20% bệnh nhân ung thư vú nguyên phát được phẫu thuật. Ung thư vú hai bên liệu có tiên lượng xấu hơn so với ung thư vú một bên. Đó vẫn còn là câu hỏi còn nhiều tranh cãi. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu đánh giá thời gian sống thêm không bệnh bệnh nhân ung thư vú hai bên giai đoạn I, II tại Bệnh viện K. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** Từ tháng 1/2013 đến tháng 9/2017, chúng tôi nghiên cứu trên 18 bệnh nhân ung thư vú hai bên đồng thời và 14 bệnh nhân ung thư vú hai bên không đồng thời giai đoạn I, II tại Bệnh viện K. Bệnh nhân được đánh giá các đặc điểm về tái phát và thời gian sống thêm không bệnh theo từng loại ung thư. ***Kết quả:*** Với thời gian theo dõi trung bình 14 tháng (7 – 28 tháng), nghiên cứu trên 32 bệnh nhân ung thư vú hai bên giai đoạn I, II chúng tôi ghi nhận 1 bệnh nhân ung thư vú hai bên đồng thời tái phát tại

**Bệnh viện K Trung Ương*
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Anh Dũng
Email: dung1387@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 30.01.2018
Ngày duyệt bài: 8.2.2018

chỗ và 2 bệnh nhân ung thư vú hai bên không đồng thời tái phát di căn xương và phổi. Không có sự khác biệt về thời gian sống thêm không bệnh giữa ung thư vú hai bên đồng thời và không đồng thời. ***Kết luận:*** Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về thời gian sống thêm không bệnh giữa ung thư vú hai bên đồng thời và không đồng thời .

Từ khóa: ung thư vú hai bên, thời gian sống thêm.

SUMMARY

DISEASE FREE SURVIVAL OF PATIENTS WITH BILATERAL BREAST CARCINOMA IN NATIONAL CANCER HOSPITAL

Breast cancer is the most common cancer in many women in the world. Of these, bilateral breast cancer occurs in 4 to 20% of patients with primary breast cancer who are operated. Bilateral breast cancer is worse than breast cancer on one side. This is still many controversy. Our study aimed to analyze disease free survival of bilateral breast cancer in stages I and II. ***Methods:***From January 2013 to September 2017, we studied 18 and 14 patients with synchronous and metachronous bilateral breast cancer in stage I and II at National Cancer Hospital. Patients were evaluated for characteristics of recurrence and disease free survival. ***Result:*** With an average follow-up of 14 months (7 - 28 months), in 32 patients with bilateral breast cancer in stage I and II, we found one patient with local recurrence synchronous bilateral breast cancer and two patients with metastasic metachronous bilateral breats cancer in bone and lung. There are no difference in disease free survival between synchronous and metachronous bilateral breast cancer. ***Conclusion:*** In our study, we find no difference in disease free survival between synchronous and metachronous bilateral breast cancer.

Key: bilateral breast cancer, disease free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ nhiều nước trên thế giới. Trong đó, ung thư vú hai bên gặp ở 4 – 20% bệnh nhân ung thư vú nguyên phát được phẫu thuật [1]. Hiện nay, còn nhiều tranh luận về khía cạnh sinh học và phương pháp điều trị ung thư vú hai bên. Điều quan trọng là xác định UTV đối bên là tổn thương di căn hay nguyên phát. Trong thực hành, hầu hết các nhà lâm sàng điều trị theo hướng tổn thương hai bên nguyên phát và cũng chưa có một báo cáo rõ ràng nào đánh giá kết quả của chiến lược điều trị này. Ung thư vú hai bên liệu có tiên lượng xấu hơn so với ung thư vú một bên. Đó vẫn còn là câu hỏi còn nhiều tranh cãi. Tại Việt Nam, hiện nay cũng chưa có một báo cáo nào về đặc điểm cũng như kết quả điều trị ung thư vú hai bên. Từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Đánh giá thời gian sống thêm không bệnh bệnh nhân ung thư vú hai bên giai đoạn I, II tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm tất cả bệnh nhân UTV hai bên giai đoạn I, II tại bệnh viện K từ tháng 1/2013 đến tháng 9/2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư vú hai bên bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến vú.

Tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư vú nguyên phát thứ hai

1. Có bằng chứng của sự thay đổi tại chỗ ở vú đối bên.

2. Khối u ở vú đối bên được coi là tổn thương nguyên phát mới nếu mô bệnh học khác biệt với khối u vú nguyên phát thứ nhất.

3. Ung thư ở vú thứ hai được coi là một tổn thương nguyên phát mới nếu độ mô học cao hơn tổn thương ban đầu.

4. Nếu không có sự khác biệt về mô bệnh học, tổn thương vú đối bên được coi là một tổn thương độc lập khi không có bằng chứng của di căn tại chỗ, tại vùng và di căn xa của vú cùng bên.

- Bệnh nhân ung thư vú hai bên được chia thành hai nhóm:

1. Ung thư vú hai bên đồng thời: khoảng thời gian giữa hai lần ung thư vú là từ dưới 6 tháng.

2.Ung thư vú hai bên không đồng thời: khoảng thời gian giữa hai lần ung thư vú là trên 6 tháng.

- Giai đoạn I, II theo hệ thống phân loại AJCC 2010
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc bệnh ung thư khác ngoài ung thư vú kèm theo. Đang mang thai. Mắc các bệnh khác có nguy cơ tử vong trong thời gian gần. Bệnh nhân từ chối điều trị.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện K
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2013 – 9/2017.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.
- Cách thức nghiên cứu: Hồi cứu trên hồ sơ bệnh án về các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị theo phiếu nghiên cứu có sẵn.

2.3.2. Xác định cỡ mẫu nghiên cứu: Lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Trong nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 32 bệnh nhân ung thư vú hai bên giai đoạn I, II trong đó có 18 bệnh nhân ung thư vú hai bên đồng thời và 14 bệnh nhân ung thư vú hai bên không đồng thời.

2.3.3. Xử lý số liệu

- Số liệu nghiên cứu được quản lý và phân

tích trên máy vi tính theo phương pháp thống kê y học trong chương trình SPSS16.0.

• Phương pháp ước lượng tỷ lệ sống thêm: Kaplan – Meier. Kiểm định Log rank để so sánh thời gian sống thêm giữa các nhóm.

• Kết quả được tính với độ tin cậy > 95% hay p_value < 0,05 thì so sánh có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

3.1. Thời gian theo dõi

Bảng 3.1. Thời gian theo dõi

	Min	Max	$\bar{X}$ ± SD
Thời gian theo dõi	7	28	14,12 ± 5,81

Nhận xét: Khoảng thời gian theo dõi trung bình là 14 tháng (7 – 28 tháng).

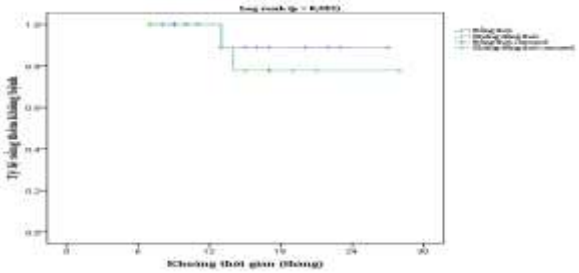
3.2. Tỷ lệ tái phát theo thời gian

Bảng 3.2: Tỷ lệ tái phát ung thư vú hai bên theo thời gian

Thời gian tái phát	Ung thư vú hai bên đồng thời-n	Ung thư vú hai bên không đồng thời n
< 6 tháng	0	0
6 – 12 tháng	0	0
1 –24 tháng	1	2
24–36 tháng	0	0

Nhận xét: Có 1 bệnh nhân ung thư vú hai bên đồng thời tái phát tại chỗ. Có 2 bệnh nhân ung thư vú hai bên không đồng thời tái phát di căn xương và phổi.

3.3. Thời gian sống thêm không bệnh theo loại ung thư vú



Biểu đồ 3.1. Thời gian sống thêm không bệnh theo loại ung thư vú hai bên.

Nhận xét: Không có sự khác biệt thời gian sống thêm không bệnh giữa ung thư vú hai bên đồng thời và không đồng thời.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tái phát theo thời gian: Ung thư vú thường tái phát trong khoảng 3 năm đầu tiên. Nghiên cứu của tác giả Đinh Thị Lan Anh cho thấy tỷ lệ tái phát tại các thời điểm < 12 tháng, 12 – 24 tháng, 24 – 36 tháng, 36 – 46 tháng, 48 – 60 tháng và > 60 tháng lần lượt là: 7%; 22,5%; 28,3%; 19,7%; 7% và 15,5%. Thời gian tái phát di căn trung bình là 21 ± 10,44 tháng. Vị trí tái phát di căn thường gặp là xương, phổi, gan với tỷ lệ tương ứng là 61,9%; 46,5% và 40%[2].

Nghiên cứu của Chen và cộng sự trên 48 bệnh nhân ung thư vú hai bên và 1650 bệnh nhân ung thư vú một bên, kết quả cho thấy bệnh nhân ung thư vú hai bên có tỷ lệ di căn xương (p = 0,011) và di căn tạng (phổi, gan, não) (p < 0,001) cao hơn so với ung thư vú một bên, tuy nhiên không có sự khác biệt về sống thêm toàn bộ giữa ung thư vú hai bên và ung thư vú một bên [3].

Với thời gian theo dõi trung bình 14 tháng (7 – 28 tháng), trong nghiên cứu chúng tôi chỉ gặp 1 bệnh nhân ung thư vú hai bên đồng thời tái phát tại chỗ tại thời điểm 13 tháng và 2 bệnh nhân ung thư vú hai bên không đồng thời tái phát di căn xương và phổi tại thời điểm 13 và 14 tháng. Trong nghiên cứu, chúng tôi không có nhóm đối chứng là ung thư vú một bên để so sánh trực tiếp, tuy nhiên so sánh với các nghiên cứu về ung thư vú một bên ở trên, chúng tôi chưa nhận thấy kết quả có sự khác biệt. Một điều đặc biệt chúng tôi nhận thấy là bệnh nhân tái phát tại chỗ là bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn. Điều này đặt ra cho chúng ta phải cân nhắc và đánh giá thật kỹ khi quyết định phẫu thuật bảo tồn cho bệnh nhân ung thư vú hai bên vì ung thư vú hai bên có một tỷ lệ tăng của tổn thương đa ổ kèm theo.

4.2 Đánh giá thời gian sống thêm không bệnh: Ung thư vú hai bên liệu có tiên lượng xấu hơn so với ung thư vú một bên. Đó vẫn còn là câu hỏi còn nhiều tranh cãi. Trong trường hợp ung thư vú hai bên là hai tổn thương hoàn toàn độc lập thì theo lý thuyết tiên lượng sẽ giống như ung thư vú từng bên một, và ngược lại nếu tổn thương đối bên là di căn thì tiên lượng sẽ là ung thư vú giai đoạn muộn.

Nghiên cứu của Beckmann trên 2336 bệnh nhân ung thư vú một bên và 87 bệnh nhân ung thư vú hai bên (52 đồng thời và 35 không đồng thời). Tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm cho ung thư vú không đồng thời, đồng thời và một bên là 79%, 84% và 94%. Kết quả cho thấy ung thư vú hai bên tiên lượng xấu hơn (HR: 2,26; 1,21 – 4,21) [4].

Nghiên cứu của Vouto trên 194 bệnh nhân ung thư vú hai bên và 2237 bệnh nhân ung thư vú một bên cho thấy nhóm ung thư vú hai bên không đồng thời được chẩn đoán trong vòng 5 năm sau ung thư vú đầu tiên có tiên lượng sống thêm xấu hơn, trong khi chẩn đoán sau 5 năm thì tiên lượng tương tự nhóm ung thư vú một

bên. Ung thư vú hai bên đồng thời có tiên lượng xấu hơn và là một yếu tố tiên lượng độc lập [5].

Nghiên cứu của Schmid trên 34 bệnh nhân ung thư vú hai bên đồng thời giai đoạn sớm, tác giả cũng nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian sống thêm không bệnh giữa ung thư vú hai bên đồng thời và ung thư vú một bên (HR: 0,932; 95% CI: 0,322 – 1,07; p = 0,9) [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm 1 năm, tỷ lệ sống thêm không bệnh là 100%, tại thời điểm 2 năm, tỷ lệ sống thêm không bệnh cho hai nhóm ung thư vú hai bên đồng thời và không đồng thời là 94,44% và 85,71%. So sánh với các nghiên cứu cùng thời điểm và giai đoạn về ung thư vú một bên tại bệnh viện K chúng tôi cũng không nhận thấy sự khác biệt về thời gian sống thêm không bệnh giữa ung thư vú hai bên và một bên. Ngoài ra, trong nghiên cứu cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ung thư vú hai bên đồng thời và không đồng thời.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, không có sự khác biệt về thời gian sống thêm không bệnh giữa ung thư vú hai bên đồng thời và không đồng thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dawson L.A, Chow E, Goss P.E. (1998). Evolving** perspectives in contralateral breast cancer. *Eur J Cancer*, **34(13)**, 2000-9.
2. **Đinh Thị Lan Anh (2016),** *Đánh giá kết quả đơn trị liệu Virorelbin trong ung thư vú tái phát di căn*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Chen S.F, Du C.W, Yang P, et al. (2013**). The molecular and clinicopathologic characteristics of bilateral breast cancer. *Sci Rep*, **3**, 2590.
4. **Beckmann K.R, Buckingham J, Craft P, et al. (2011).** Clinical characteristics and outcomes of bilateral breast cancer in an Australian cohort. *Breast*, **20(2)**, 158-64.
5. **Vuoto H.D, Garcia A.M, Candas G.B, et al. (2010**). Bilateral breast carcinoma: clinical characteristics and its impact on survival. *Breast J*, **16(6)**, 625-32.
6. **Schwentner L, Wolters R, Wischnewsky M, et al. (2012).** Survival of patients with bilateral versus unilateral breast cancer and impact of guideline adherent adjuvant treatment: a multi-centre cohort study of 5292 patients. *Breast*, **21(2)**, 171-7.
7. **Schmid S.M, Pfefferkorn C, Myrick M.E, et al. (2011).** Prognosis of early-stage synchronous bilateral invasive breast cancer. *Eur J Surg Oncol*, **37(7)**, 623-8.

THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NHI

Hà Mạnh Tuấn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) và hình thành một thang điểm đánh giá nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực nhi. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu, thực hiện tại bệnh viện Nhi Đồng 1 trong 14 tháng. Biến số chính: NKBV, dịch tễ, dinh dưỡng, bệnh nền, PRISM, can thiệp. Xác định yếu tố nguy cơ bằng hồi quy logistic đa biến, xác định giá trị của thang điểm bằng đường cong ROC. **Kết quả:** Có 671 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ NKBV là 23%. Các yếu tố nguy cơ NKBV là tuổi < 1 tuổi (RR = 1,9 (1,1 -3,4)); suy dinh dưỡng độ II, III (RR = 2,0 (1,1 -4,2)); PRISM > 10 (RR = 5,4 (2,4 – 11,9)); đặt NKQ (RR = 2,3 (1,3 -4,0); nuôi ăn tĩnh mạch (RR = 2,8 (1,3–5,9); thông tĩnh mạch trung tâm (RR = 2,8 (1,3 – 5,9); thông tiểu (RR = 5,7 (3,0 – 10,7)). Thang điểm đánh giá nguy cơ NKBV = 6 x 1 tuổi χ) + (7x SDD ≥ II χ) + (27 x PRISM ≥ 10 χ) + (10 x thông TMTTχ) + (8 x NKQ χ) + (17 x TT χ) + (10 x NĂTM χ) (χ = 1 nếu có xuất hiện có yếu tố nguy cơ; χ=0 nếu không xuất hiện), khi điểm số ≥ 32 thì nguy cơ NKBV cao với độ độ nhạy là 86,4% và độ đặc hiệu là 81,2%. **Kết luận:** Thang điểm đánh giá nguy cơ NKBV bao gồm 7 yếu tố là tuổi 1≤; suy dinh dưỡng ≥ II; Chỉ số PRISM ≥ 10; thông tĩnh mạch trung tâm; nội khí quản; thông tiểu; nuôi ăn tĩnh mạch. Khi bệnh nhân có điểm số ≥ 32 thì sẽ có nguy cơ cao NKBV. Thang điểm này cần được củng cố và áp dụng để có thể giúp ích cho việc kiểm soát NKBV tại khoa HSCC nhi.

Từ khóa: nhiễm khuẩn bệnh viện; hồi sức tích cực nhi; yếu tố nguy cơ; thang điểm đánh giá nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

SUMMARY

RISK OF NOSOCOMIAL INFECTION SCALE FOR PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

Objective: identify risk factors of nosocomial infection and develop a risk of nosocomial infection scale in pediatric intensive care unit. Risk factors were analysed with logistic regression, value of risk of nosocomial infection. **Study design:** A prospective cohort study was carried out in Children's Hospital 1 within 14 months. Main variables were nosocomial

[1]*Đại học Y Dược TP. HCM*
Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Tuấn
Email: hamanhtuan@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 5.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018
Ngày duyệt bài: 12.2.2018

infection, demographic, nutrition status, underlying disease, PRISM, intervention. Risk factors were analysed with the logistic regression, the risk of nosocomial infection scale was identified cut-off value with ROC. **Results:** There were 671 patients enrolled in the study. The incidence of nosocomial infection was 23%. The risk factors of nosocomial infection were: age < 1 year (RR = 1,9 (1,1 -3,4)); malnutrition II, III (RR = 2,0 (1,1 -4,2)); PRISM > 10 (RR = 5,4 (2,4 – 11,9)); intubation (RR = 2,3 (1,3 -4,0); parenteral nutrition (RR = 2,8 (1,3–5,9); central venous catheter (RR = 2,8 (1,3–5,9); bladder catheter (RR = 5,7 (3,0 – 10,7)). Risk of nosocomial infection scale = 6 x≤1 year old χ) + (7x malnutrition ≥ II χ) + (27 x PRISM ≥ 10 χ) + (10 x CVP χ) + (8 x intubation χ) + (17 x bladder catheter χ) + (10 x parenteral nutrition χ) (χ = 1 if risk factor appears; χ=0 if not), the risk of nosocomial infection is high with sensitivity of 86,4% and specificity of 81,2% if scale is more than 32. **Conclusion:** The risk of nosocomial infection scale includes 7 factors: ≤1 year old; malnutrition ≥ II; PRISM≥10; CVP; intubation; bladder catheter; parenteral nutrition. The risk of nosocomial infection is high with value of scale more than 32. The risk of nosocomial infection scale needs to be enhanced and applied to help the control of nosocomial infection in the pediatric intensive care units.

Key notes: *nosocomial infection; pediatric hospital infection; risk factor; risk of nosocomial infection scale.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) tại khoa hồi sức tích cực (HSTC) nhi là một vấn đề y tế quan trọng do tính chất thường gặp với tỷ lệ thay đổi tùy theo quốc gia 6,1 – 29% trong tổng số bệnh nhân nằm tại HSTC nhi[1,2,6,7], và do những hậu quả của NKBV gây ra đó là thời gian điều trị kéo dài, tăng chi phí điều trị và tăng tỷ lệ tử vong. Có nhiều yếu tố tố nguy cơ liên quan đến NKBV đó là cơ địa, bệnh lý nền, các can thiệp và điều trị đối với bệnh nhân. Một bệnh nhân nằm HSTC nhi thường bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố nguy cơ. Các yếu tố nguy cơ khi xảy ra trên cùng một bệnh nhân sẽ làm gia tăng nguy cơ NKBV của bệnh nhân lên[4], tuy nhiên mức độ gia tăng ảnh hưởng này như thế nào thì ít được khảo sát. Nghiên cứu này nhằm hình thành một thang điểm bao gồm những yếu tố nguy cơ NKBV nhằm đánh giá nguy cơ NKBV của bệnh nhi khi nằm HSTC nhi để giúp cho người thầy thuốc có thể tiên đoán được nguy cơ NKBV và từ đó có biện pháp phòng tránh hiệu quả hơn. *Mục tiêu:*

1. Xác định yếu tố nguy cơ gây NKBV tại khoa HSTC nhi;

2. Xác định thang điểm đánh giá nguy cơ NKBV tại khoa HSTC nhi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân điều trị tại khoa HSTC nhi của bệnh viện Nhi Đồng 1, từ tháng 10/2003 đến 12/2004 thỏa những điều kiện sau:

-Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân từ 1 tháng tuổi đến 15 tuổi, điều trị tại khoa HSTC trên 48 giờ và không có dấu hiệu của NKBV trong vòng 48 giờ sau khi nhập HSTC.

-Tiêu chuẩn loại trừ: những bệnh nhân có NKBV từ trước khi vào HSTC, hay bệnh nhi tử vong trong vòng 48 giờ sau nhập HSTC.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu đoàn hệ kiểm định giả thuyết về nguy cơ tương đối, với P_2 = 0,04, RR=2,25 [12] mức ý nghĩa 5%, lực của test là 90%, kiểm định hai phía, có n = 509.

Thu thập số liệu: Mẫu được chọn liên tục không ngẫu nhiên. Bệnh nhân được khám, đánh giá tình trạng bệnh, đánh giá chỉ số PRISM (Pediatric Risk of Mortality), bệnh cơ bản theo phiếu thu thập. Các can thiệp và điều trị, NKBV có xảy ra hay không? kết quả cuối cùng của bệnh nhân đều được ghi nhận theo phiếu thu thập. Tiêu chuẩn chẩn đoán NKBV theo tiêu chuẩn của Cơ quan phòng ngừa và kiểm soát bệnh Hoa kỳ (CDC)[3].

Xử lý số liệu: Khi so sánh hai tỷ lệ dùng phép kiểm χ^2, so sánh hai trung bình dùng phép kiểm t. 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 SPSS 10.5.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu: Có tất cả 671 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình là 58 ± 57 tháng (gần 5 tuổi); nam chiếm 58,7% và nữ chiếm 41,3%. Bệnh cơ bản của bệnh nhân thường gặp là bệnh nhiễm khuẩn 52%, kế đến là tai nạn, chấn thương ngộ độc 16,4%. Các bệnh đi kèm thường gặp là tim bẩm sinh, bại não, hội chứng Down, sanh non. Chỉ số PRISM (Pediatric Risk of Mortality Score) trong vòng 48 giờ trung bình là 7,21 ± 4,5. Các can thiệp thường gặp nhất ngoại trừ tiêm tĩnh mạch (gần 100%) là thông dạ dày, thở áp lực dương liên tục qua mũi (NCPAP), đặt nội khí quản (NKQ), phẫu thuật, thông tĩnh mạch trung tâm (TMTT). Các điều trị thường được chỉ định cho bệnh nhân theo thứ tự là kháng sinh, truyền máu, nuôi ăn tĩnh mạch (NĂTM), dùng thuốc kháng thụ thể H2, thuốc giãn cơ và an thần (bảng 1).

Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện: Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 23,0 %, trong đó viêm phổi

bệnh viện là 44,2%, nhiễm khuẩn huyết bệnh viện 24,4% nhiễm khuẩn vết mổ là 11,1% (bảng 2).

Yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện

Qua phân tích đa biến hồi quy logistic cho thấy các yếu tố có liên quan đến nguy cơ NKBV là tuổi < 1 tuổi (RR = 1,9 (1,1 -3,4)); suy dinh dưỡng độ II, III (RR = 2,0 (1,1 -4,2)); PRISM > 10 (RR = 5,4 (2,4 – 11,9)); đặt NKQ (RR = 2,3 (1,3 -4,0); nuôi ăn tĩnh mạch (RR = 2,8 (1,3 – 5,9); thông tĩnh mạch trung tâm (RR = 2,8 (1,3 – 5,9); thông tiểu (RR = 5,7 (3,0 – 10,7)). Các yếu tố nuôi ăn qua thông dạ dày, phẫu thuật, bệnh đi kèm, kháng sinh, thuốc ức chế thụ thể H_2, truyền máu không có ý nghĩa trong phân tích đa biến mặc dầu có ý nghĩa trong phân tích đơn biến (bảng 3).

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số ca (n = 671)	Tỷ lệ (%)
Giới: Nam	394	58,7
Nữ	277	41,3
Tuổi trung bình	58 ± 57 tháng	
Suy dinh dưỡng II,III	83	12,4
PRISM	7,21 ± 4,5	
Bệnh cơ bản		
Nhiễm khuẩn	349	52,0
Tai nạn – ngộ độc	110	16,4
Bệnh lý tiêu hóa	72	10,7
U bướu	23	3,4
Bệnh hô hấp	23	3,4
Bệnh tim	17	2,5
Bệnh thần kinh cơ	18	2,7
Bệnh huyết học	13	1,9
Bệnh khác	46	6,9
Can thiệp: Phẫu thuật	137	20,4
Nội khí quản	192	28,6
Thở NCPAP	251	37,4
Thông TMTT	130	19,4
Thông dạ dày	310	46,2
Thông tiểu	74	11,0
Điều trị: Kháng sinh	579	86,3
Truyền máu	231	34,4
Nuôi ăn tĩnh mạch	130	19,4
An thần	80	11,9
Giãn cơ	85	12,7
Corticoides	53	12,7
Kháng thụ thể H_2	129	19,2

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện

Loại nhiễm khuẩn bệnh viện	Số ca (n =671)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn bệnh viện	154	23,0
Viêm phổi bệnh viện	76	11,3
Nhiễm khuẩn huyết	42	6,3
Nhiễm khuẩn vết mổ	19	2,8
Nhiễm khuẩn tiết niệu	9	1,3
Nhiễm khuẩn khác	26	3,9

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện

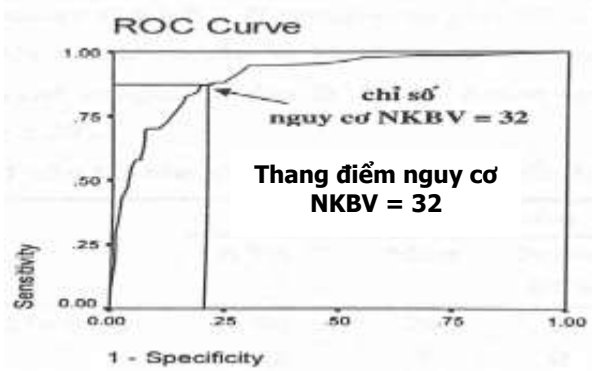
Yếu tố nguy cơ	NKBV		RR (95% CI)	p
	n = 154 (%)	n = 517 (%)		
Tuổi ≤ 1	67 (23,3)	220 (76,7)	1,9 (1,1 – 3,4)	0,028
Suy dinh dưỡng II,III	35 (42,2)	48 (57,8)	2,0 (1,1- 4,2)	0,047
Chỉ số PRISM ≥ 10	122 (61,3)	77 (38,7)	15,8 (8,9 – 28,1)	0,001
Thông tĩnh mạch trung tâm	50 (38,5)	80 (61,5)	2,8 (1,3 -5,9)	0,006
Nội khí quản	96 (50,0)	96 (50,0)	2,3 (1,3 – 4,0)	0,006
Nuôi ăn tĩnh mạch	53 (40,8)	77 (59,2)	2,8 (1,3 – 5,9)	0,006
Thông tiểu	34 (45,9)	40 (54,1)	5,7 (3,0 – 10,7)	0,001
Nuôi ăn qua thông dạ dày	111 (35,8)	199 (64,2)	1,4 (0,6 – 3,5)	0,466
Phẫu thuật	43 (31,4)	94 (68,5)	2,1 (0,8 – 5,2)	0,115
Bệnh kèm	36 (33,6)	71 (66,7)	1,4 (0,7 – 2,8)	0,349
Kháng sinh	153 (26,4)	426 (73,6)	6,5 (0,8 – 52,5)	0,080
Ức chế thụ thể H_2	70 (54,3)	59 (45,7)	1,4 (0,8 – 2,6)	0,261
Truyền máu	75 (32,5)	156 (67,5)	0,9 (0,5 – 1,6)	0,752

Thang điểm đánh giá nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện: Theo bảng 3 có các yếu tố nguy cơ NKBV có ý nghĩa thống kê theo phân tích hồi quy logistic là 1) Chỉ số PRISM ≥ 10; 2) Nuôi ăn tĩnh mạch (NĂTM); 3) Thông tiểu (TT); 4) Đặt thông tĩnh mạch trung tâm (TMTT); 5) Nội khí quản (NKQ); 6) Suy dinh dưỡng độ ≥ II (SDD); 7) Tuổi ≤ 1. Thang điểm đánh giá nguy cơ của NKBV được tính theo công thức sau: = (6 x 1 tuổi χ) + (7x SDD ≥ II χ) + (27 x PRISM ≥ 10 χ) + (10 x thông TMTTχ) + (8 x NKQ χ) + (17 x TT χ) + (10 x NĂTM χ) (χ = 1 nếu có xuất hiện có yếu tố nguy cơ; χ=0 nếu không xuất hiện) (bảng 4). Đường cong ROC của thang điểm nguy cơ NKBV có điểm cắt thích hợp là 32. Khi bệnh nhân có điểm nguy cơ NKBV là ≥ 32 thì

khả năng dự báo NKBV với độ nhạy là 86,4% và độ đặc hiệu là 81,2% (biểu đồ 1).

Bảng 4. Thang điểm nguy cơ của các biến liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện (n=617)

Yếu tố nguy cơ	Hệ số hồi quy logistic (β)	RR [exp (β)]	Điểm cho nguy cơ (10 x β)
Tuổi ≤ 1	0,6	1,9	**6**
Suy dinh dưỡng ≥ II	0,7	2,0	**7**
Chỉ số PRISM ≥ 10	2,7	15,8	**27**
Thông tĩnh mạch trung tâm	1,0	2,8	**10**
Nội khí quản	0,8	2,3	**8**
Thông tiểu	1,7	5,7	**17**
Nuôi ăn tĩnh mạch	1,0	2,8	**10**



Hình 1. *Biểu đồ đường cong ROC của thang điểm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.*

IV. BÀN LUẬN

Đã có 671 bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, 154 bệnh nhân được ghi nhận là có nhiễm khuẩn bệnh viện trong thời gian khảo sát với tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 23%. Tỷ lệ NKBV này so với các khảo sát trước đây tại Việt Nam và các quốc gia đang phát triển là tương tự [1,2,7], nhưng cao hơn so với các khảo sát của các nước như Mỹ, Châu Âu[6]. Điều này có thể được giải thích bởi các lý do sau: 1) Như trong đặc điểm dân số nghiên cứu trong bảng 1, bệnh nhân nằm HSTC trong nghiên cứu này những bệnh nhân nặng, thời gian nằm kéo dài, có nhiều can thiệp trên bệnh nhân; 2) Mật độ bệnh nhân cao hiện tại là $5m^2/1$ bệnh nhân, thấp hơn so với tiêu chuẩn chống nhiễm khuẩn tối thiểu là $9m^2/1$ bệnh nhân; 3) Nhân lực điều dưỡng chăm sóc bệnh nhân thiếu với tỷ số điều dưỡng/bệnh nhân là 1/4 thấp hơn so với chuẩn là 1/1 đối với khoa HSTC nhi[5]. Do đó để giảm nguy cơ NKBV tại khoa HSTC bên cạnh việc tăng cường thực hiện các biện pháp phòng chống NKBV cần phải lưu ý đến giảm mật độ bệnh nhân trong khoa, tăng cường nhân lực điều dưỡng và điều trị tốt các bệnh nền, rút ngắn thời gian nằm HSTC.

Các yếu tố nguy cơ gây NKBV trong khảo sát này là tuổi ≤ 1 tuổi; suy dinh dưỡng độ II, III; chỉ số PRISM ≥ 10; can thiệp xâm lấn: thông tĩnh mạch trung tâm, nội khí quản và đặt thông tiểu; nuôi ăn tĩnh mạch. Trước hết tuổi càng nhỏ thì nguy cơ NKBV càng tăng do khả năng miễn dịch kém nên bệnh thường nặng và khả năng chống đỡ bệnh thấp[4,6]. Suy dinh dưỡng cũng là một yếu tố thuộc yếu tố cơ địa tương tự như tuổi của bệnh nhân, bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng sẽ có sức đề kháng kém nên nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện sẽ tăng lên[4,6]. Chỉ số PRISM là một chỉ số bao gồm 16 thông số được dùng để tiên lượng nguy cơ tử vong của bệnh nhân khi nhập vào HSTC. Chỉ số này cũng được dùng để đánh giá tình trạng nặng của bệnh nhân nên có thể được dùng để tiên lượng nguy cơ NKBV đối với bệnh nhân nằm HSTC. PRISM càng cao thì nguy cơ NKBV càng tăng. Can thiệp và điều trị cũng là yếu tố nguy cơ của NKBV tại khoa HSTC nhi. Các can thiệp được xác định là có liên quan đến NKBV là đặt thông tĩnh mạch trung tâm, đặt nội khí quản, đặt thông tiểu và nuôi ăn tĩnh mạch. Phát hiện này cũng được ghi nhận trong những khảo sát khác[4]. Các can thiệp xâm lấn này làm phá vỡ hàng rào bảo vệ bình thường của cơ thể, cùng với những thao tác chăm sóc không đảm bảo vô khuẩn nhiều lần khi tiến hành và duy trì các can thiệp, ngoài ra còn có thể do khả năng tiệt khuẩn kém của các dụng cụ can thiệp là những lý do làm cho nguy cơ NKBV tăng lên khi có các can thiệp xâm lấn trên bệnh nhân.

Các yếu tố nguy cơ NKBV trên thực tế không xảy ra riêng rẽ trên một bệnh nhân mà phối hợp với nhau trên cùng một bệnh nhân. Khi chúng cùng xảy ra trên một bệnh nhân thì ảnh hưởng của các yếu tố này đến nguy cơ NKBV của bệnh nhân như thế nào? Ví dụ một bệnh nhân ≤ 1tuổi, bị suy dinh dưỡng, có đặt thông tiểu khi nằm HSTC thì ảnh hưởng của những yếu tố này lên khả năng bị NKBV của bệnh nhân như thế nào? Độ lớn của sự phối hợp này như thế nào? Đó là điều mà nghiên cứu này muốn tìm hiểu.

Mỗi bệnh nhân có điểm số nguy cơ của NKBV = (6 x 1 tuổi χ) + (7 x SDD ≥ II χ) + (27 x PRISM ≥ 10 χ) + (10 x thông TMTTχ) + (8 x NKQ χ) + (17 x TT χ) + (10 x NĂTM χ) (χ = 1 nếu có xuất hiện có yếu tố nguy cơ; χ=0 nếu không xuất hiện). Theo nghiên cứu này khi điểm

nguy cơ NKBV của bệnh nhân nằm HSTC ≥ 32 thì có thể dự đoán bệnh nhân có nguy cơ NKBV cao với độ nhạy là 86,4% và độ đặc hiệu là 81,2%.

Áp dụng thực tế như sau: Ví dụ 1: bệnh nhân 1 ≤ tuổi, có đặt thông tiểu, và suy dinh dưỡng có điểm nguy cơ NKBV là 30, nên bệnh nhân này có nguy cơ NKBV thấp. Ví dụ 2: bệnh nhân có chỉ số PRISM ≥ 10, có đặt nội khí quản sẽ có điểm nguy cơ NKBV là 35 nên có nguy cơ cao NKBV.

Việc xây dựng mô hình tiên đoán NKBV cho bệnh nhân nằm HSTC nhi cũng đã có tiến hành bởi một số ít tác giả. Tuy nhiên tác giả chưa hình thành thang điểm để đánh giá nguy cơ NKBV. Cho đến thời điểm này hầu như chưa có nghiên cứu nào xây dựng các thang điểm đánh giá nguy cơ NKBV cho bệnh nhân điều trị tại HSTC nhi tại Việt nam. Đây là nghiên cứu đầu tiên về hình thành thang điểm đánh giá nguy cơ NKBV của bệnh nhi khi nằm điều trị tại HSTC nhi, và đã xác định được giá trị tiên lượng nguy cơ NKBV của thang điểm với độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm đánh giá nguy cơ NKBV bao gồm 7 yếu tố là tuổi 1 ≤; suy dinh dưỡng ≥ II; Chỉ số PRISM ≥ 10; thông tĩnh mạch trung tâm; nội khí quản; thông tiểu; nuôi ăn tĩnh mạch. Khi bệnh nhân có điểm số ≥ 32 thì sẽ có nguy cơ cao NKBV. Thang điểm này có khả năng áp dụng trong thực tế để dự báo khả năng NKBV tại khoa HSTC nhi, do thang điểm được xây dựng trên dân số nghiên cứu thực và những yếu tố nguy cơ NKBV trong thang điểm cũng được xác định bởi nhiều nghiên cứu trước đó[4]. Việc áp dụng chỉ số đánh giá nguy cơ NKBV sẽ có nhiều ích lợi trong thực tế lâm sàng. Trước tiên giúp cho các nhà lâm sàng phân loại được bệnh nhân có nguy cơ cao NKBV để có cách phòng ngừa và xử trí tốt hơn, kế đến giúp cho việc đánh giá hiệu quả của biện pháp can thiệp phòng ngừa NKBV khi so sánh cùng mức độ nguy cơ NKBV.

Tuy nhiên do đây là nghiên cứu đầu tiên về vấn đề này trên dân số chọn lọc, nên cần có các nghiên cứu thêm và với dân số khác để có những kết quả khẳng định hơn nhằm có thể xây dựng một thang điểm đánh giá nguy cơ NKBV tốt hơn để giúp cho công tác phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abramczyk ML.,** Carvalho WB, Eduardo S. Carvalho, Eduardo A. S. Medeiros (2003). "Nosocomial Infection in Paediatric Intensive Care Unit in a Developing Country". *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 7 (6), pp: 375 -380.
2. **Đặng Văn Quý (2002**). "Đặc điểm nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng 2". *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú Nhi*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh.
3. **Garner JS, Jarvis WR, Emori TG ET al (1996)**. "CDC Definitions of Nosocomial Infections". *APIC Infection Control and Applied Epidemiology: Principles and Practices*, pp: A1 – A20, Mosby, St.Louis.
4. **Gilio AE, Stape A, Pereira CR, Cardoso MF, Silva CV, Troster EJ. (2000**). "Risk factors for nosocomial infections in a critically ill pediatric population: A month prospective cohort study". *Infection Control Hosp Epidemiol*, 21(5), pp: 340 -342.
5. **Hugonnet S, Harbarth S, Sax H, Duncan RA, Pittet D. (2004)** "Nursing resources: a major determinant of nosocomial infection?". *Curr Opin Infect Dis*, 2004, 17, pp: 329 -333.
6. **Mühlemann K, Franzini C, Aebi C et al (2004).** "Prevalence of nosocomial Infections in Swiss children's hospital". *Infect Control Hosp Epidemiol*, 25 (9), pp: 765 – 771.
7. **Nguyễn Hoài Phong (2004).** "Đặc điểm nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tăng cường bệnh viện Nhi Đồng 1". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú Nhi, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ có tuổi thai từ 37- 42 tuần. ***Phương pháp:*** Nghiên cứu tiến cứu thực hiện trên 65 sản phụ có tuổi thai từ 37 – 42 tuần được khởi phát chuyển dạ tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương. ***Kết quả:*** Phương pháp đặt bóng + truyền oxytocin gây khởi phát chuyển dạ chiếm tỷ lệ 72,31%, phương pháp truyền oxytocin gây khởi phát chuyển dạ chiếm tỷ lệ 27,69%. Tỷ lệ thành công của khởi phát chuyển dạ là 83,08%, thất bại khởi phát chuyển dạ chiếm tỷ lệ 16,92%. Thời gian trung bình từ khi gây chuyển dạ đến hết giai đoạn tiềm tàng là 8,25 ± 4,77 giờ, trong đó ngắn nhất là 1 giờ, dài nhất là 16 giờ. ***Kết luận:*** Khởi phát gây chuyển dạ chiếm tỷ lệ thành công cao.

Từ khóa: Cổ tử cung, khởi phát chuyển dạ.

**Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc
Email: drbacbvpstw@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 9.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018
Ngày duyệt bài: 12.2.2018

SUMMARY

TO EVALUATE THE RESULT LABOUR INDUCTION AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNEACOLOGY

Objective: To evaluate labour induction at 37 to 42 gestational week. ***Methods:*** This is prospective study among 65 pregnant women with 37 to 42 gestational age who were induced labour at Delivery department, National hospital of Obstetrics and Gyneacology. ***Results:*** The success rate of Foley bulb placement and oxytocin veinous injection was 72.31%, oxytocin veinous injection only was 27.69%. The success rate of labour induction was 83.08%, failure rate was 16.92%. Mean of induction time was 8.25 ± 4.77hours with minimum of 1 hour and maximum of 16 hours. ***Conclusion:*** The success rate of labour induction was high.

Keywords: Foley bulb, induction of labor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khởi phát chuyển dạ là một trong những thủ thuật phổ biến trong sản khoa. Các phương pháp gây chuyển dạ như: vê núm vú, lóc ối, đặt cytotec đơn thuần hoặc đặt cytoctec kết hợp với truyền oxytocin không còn được thực hiện. Từ năm 2012 tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương đã không còn sử dụng phương pháp gây chuyển dạ bằng prostaglandin E1 vì Bộ Y tế đã cấm dùng prostaglandin E1 để gây chuyển dạ trên thai phụ đủ tháng và thai sống do gây ra một số biến chứng như cơn co tử cung cường tính, suy thai, thậm chí vỡ tử cung… cao hơn so với các phương pháp gây chuyển dạ khác. Vì các lý do trên nên phương pháp gây chuyển dạ bằngprostaglandin El không được sử dụng, thay vào đó có thêm phương pháp đặt bóng Cook cải tiến [1]. Do đó, chúng tôi tiến hành làm đề tài nghiên cứu này với mục tiêu "*Nhận xét kết quả khởi phát chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

****Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:*** Đối tượng nghiên cứu là các sản phụ có thai trên 37 tuần chưa có dấu hiệu chuyển dạ được khởi phát chuyển dạ tại khoa đẻ Bệnh viện phụ sản trung ương, có đủ các tiêu chuẩn gồm:

- Một thai, thai sống, ngôi đầu.
- Chưa có dấu hiệu chuyển dạ, có chỉ định khởi phát chuyển dạ.
- Thai quá ngày sinh, thiểu ối, ối vỡ non.
- Bệnh lý mẹ cần đình chỉ thai nghén.

****Tiêu chuẩn loại trừ:***

- *Thai to, bất tương xứng thai – khung chậu.*
- Thai bệnh lý, ngôi bất thường, thai chết lưu.
- Các trường hợp đình chỉ thai nghén vì thai bất thường, thai phụ có khối u ở tử cung, dị dạng sinh dục.
- Tiền sử có sẹo mổ cũ ở tử cung, rau tiền đạo, nguy cơ chảy máu khi có cơn co tử cung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả với mẫu ngẫu nhiên trong khoảng thời gian 6 tháng từ tháng 11/2016 đến tháng 4/2017.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu. Áp dụng kỹ thuật chọn mẫu chủ định (purposive sampling technique). Cỡ mẫu được chọn là tất cả các sản phụ thai trên 37 tuần chưa có dấu hiệu chuyển dạ, được chỉ định gây khởi phát chuyển dạ tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 11/2016 đến tháng 4/2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 6 tháng chúng tôi nghiên cứu được 65 sản phụ được khởi phát chuyển dạ tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương với kết quả như sau:

Bảng 1: Các phương pháp khởi phát chuyển dạ

Phương pháp khởi phát CD	n	Tỷ lệ (%)
Truyền oxytocin	18	27,69
Đặt bóng gây chuyển dạ + truyền oxytocin	47	72,31
Tổng	**65**	**100**

Nhận xét: Phương pháp đặt bóng + truyền oxytocin gây khởi phát chuyển dạ có 47 trường hợp, chiếm tỷ lệ 72,31%. Phương pháp truyền oxytocin gây khởi phát chuyển dạ có 18 trường hợp, chiếm tỷ lệ 27,69%.

Bảng 2: Phân nhóm mức độ thành công

Kết quả	N	Tỷ lệ (%)
Thành công mức 1	54	83,08
Thành công mức 2	42	64,62
Thành công thực sự	39	60,00
Thất bại	11	16,92

Nhận xét: Thành công mức độ 1 có 54 trường hợp chiếm tỷ lệ 83,08%. Thành công mức độ 2 có 42 trường hợp chiếm tỷ lệ 64,62%. Thành công thực sự có 39 trường hợp chiếm tỷ lệ 60%. Thất bại khởi phát chuyển dạ có 11 trường hợp chiếm tỷ lệ 16,92%.

Bảng 3: Thời gian gây khởi phát chuyển dạ

Thời gian / Kết quả	n	Ngắn nhất (giờ)	Dài nhất (giờ)	Trung bình (giờ)
Thành công mức 1	54	1,00	16,00	8,25 ± 4,77
Thành công mức 2	42	2,50	23,00	12,26 ± 6,20
Thành công mức 3	39	3,00	23,25	12,48 ± 5,78

Nhận xét: Thời gian trung bình từ khi gây chuyển dạ đến hết giai đoạn tiềm tàng là 8,25 ± 4,77 giờ, trong đó ngắn nhất là 1 giờ, dài nhất là 16 giờ.

- Thời gian trung bình từ khi gây chuyển dạ đến khi cổ tử cung mở hết là 12,26± 6,20 giờ, trong đó ngắn nhất là 2,5 giờ, dài nhất là 23 giờ.
- Thời gian trung bình từ khi gây chuyển dạ đến khi đẻ đường âm đạo là 12,48± 5,78 giờ, trong đó ngắn nhất là 3 giờ, dài nhất là 23,25 giờ.

Bảng 4: Nguyên nhân khởi phát chuyển dạ thất bại

Nguyên nhân thất bại		n	Tỷ lệ (%)
Thất bại	CTC không tiến triển	10	15,38
	Thai suy	1	1,54
Thành công		54	83,08
Tổng		**65**	**100**

Nhận xét: Có 11 trường hợp khởi phát chuyển dạ thất bại gồm 2 nguyên nhân: Cổ tử cung không tiến triển có 10 trường hợp chiếm tỷ lệ 15,38%. Thai suy có 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,54%.

IV. BÀN LUẬN

Các phương pháp gây chuyển dạ đều nhằm mục đích gây được CCTC đều đặn, làm cho CTC xóa và mở, ngôi thai lọt và cuối cùng thai nhi được đẻ qua đường âm đạo một cách an toàn. Các biện pháp thường được dùng là biện pháp cơ học, dùng thuốc hoặc phối hợp 2 phương pháp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp truyền oxytocin gây khởi phát chuyển dạ có 18 sản phụ, chiếm tỷ lệ 27,69%. Phương pháp đặt bóng gây chuyển dạ + truyền oxytocin có 47 sản phụ chiếm tỷ lệ 72,31%. Như vậy đa số các sản phụ đều được đặt bóng để chuẩn bị cổ tử cung sau đó mới truyền oxytocin.

Theo kết quả bảng 2, tỷ lệ thành công của khởi phát chuyển dạ là 83,08%. Trong số 54 sản phụ được gây chuyển dạ thành công thì có 39 sản phụ được đặt bóng và truyền oxytocin gây chuyển dạ, và 15 sản phụ được truyền oxytocin.

So với nghiên cứu của một số tác giả khác thì tỷ lệ thành công theo Dede [2] là 87,8%, theo Lê Hoài Chương [3] là 88,89%, theo Lê Thị Quyên [4] là 81,6%. Như vậy kết quả nghiên cứu của tôi cũng tương tự như các tác giả khác, và cao hơn so với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Kiều Oanh. Nguyên nhân có thể là cách chọn đối tượng nghiên cứu của tác giả là chọn các trường hợp thai quá ngày sinh và có chỉ số Bishop từ 1 đến 4 điểm nên tỷ lệ gây chuyển dạ thành công thấp hơn các nghiên cứu của tôi.

Thời gian trung bình từ khi bắt đầu khởi phát chuyển dạ đến khi gây chuyển dạ thành công hết pha tiềm tàng là 8,25 ± 4,77 giờ, thời gian ngắn nhất là 1 giờ, dài nhất là 16 giờ. Thời gian gây chuyển dạ hết pha tích cực là 12,26 ± 6,20 giờ, thời gian ngắn nhất là 2,5 giờ, dài nhất là 23 giờ. Thời gian trung bình từ khi khởi phát chuyển dạ đến khi đẻ đường âm đạo là 12,48 ± 5,78 giờ, thời gian ngắn nhất là 3 giờ, dài nhất là 23,25 giờ.

Theo tác giả Nguyễn Thị Kiều Oanh[5] nghiên cứu trên các sản phụ được khởi phát chuyển dạ bằng truyền oxytocin và đặt bóng gây chuyển dạ, thời gian đến khi hết pha tiềm tàng ở người sinh con so là 5,32 ± 4,94 giờ, ở người sinh con rạ là 3,92 ± 4,72 giờ.

Kết quả nghiên cứu của tôi về thời gian khởi phát chuyển dạ thành công đều kéo dài hơn so với kết quả của các tác giả trên. Như vậy có thể thấy khi gây khởi phát chuyển dạ bằng Cerviprime, Misoprostol làm rút ngắn thời gian chuyển dạ, hạn chế các trường hợp chuyển dạ kéo dài gây mệt mỏi, tâm lý lo lắng cho sản phụ, giảm bớt chi phí theo dõi cho sản phụ và bệnh viện. Tuy nhiên Misoprostol hiện đã bị cấm dùng để khởi phát chuyển dạ cho thai đủ tháng và thai sống. Còn việc sử dung Cerviprime thì khó khăn do không có thuốc để dùng. Sử dụng phương pháp truyền oxytocin và đặt bóng gây chuyển dạ tuy thời gian lâu hơn so với 2 phương pháp trên nhưng an toàn và có tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công cao.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 2 nguyên nhân gây thất bại khởi phát chuyển dạ gồm cổ tử cung không tiến triển và thai suy. Trong đó nguyên nhân cổ tử cung không tiến triển có 10 trường hợp chiếm tỷ lệ 15,38%. Nguyên nhân thai suy có 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,54%.

So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kiều Oanh [5], tác giả này đưa ra tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thất bại năm 2014 là cổ tử cung không tiến triển chiếm 12,32%, thai suy chiếm tỷ lệ 7,25%, cơn co tử cung cường tính chiếm tỷ lệ thấp nhất là 1,09%. Jeferson H, Harman JR và cộng sự [7] nghiên cứu gây chuyển dạ bằng misoprostol phối hợp với oxytocin, tỷ lệ thất bại là 29,7% với nhiều nguyên nhân khác nhau, chủ yếu là suy thai và cơn co tử cung cường tính.

Như vậy có sự giảm rõ rệt tỷ lệ xuất hiện cơn co tử cung cường tính, trong nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy trường hợp nào thất bại vì cơn co tử cung cường tính. Nguyên nhân có thể do việc sử dụng bóng gây chuyển dạ làm cho cơn co tử cung đều đặn hơn, ít xuất hiện cơn co tử cung cường tính hơn so với dùng misoprostol. Và việc theo dõi sản phụ truyền oxytocin ngày càng chặt chẽ nên hạn chế rất nhiều trường hợp cơn co tử cung cường tính.

V. KẾT LUẬN

Khởi phát gây chuyển dạ chiếm tỷ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thiện Thái và Đoàn Thị Phương Lam (2013).** Nhận xét hiệu quả gây chuyển dạ bằng đặt bóng Cook cải tiến vào ống cổ tử cung, *Tạp chí phụ sản*, 11(3), 45 - 47.
2. **Dede.F.S et al (2004).** Misoprostol for cervical ripening and labor induction in pregnancies with oligohydramnios, *Gynecologic & Obstetric investigation*, 57, 139 - 143.
3. **Lê Hoài Chương (2005).** *Nghiên cứu tác dụng làm mềm mở cổ tử cung và gây chuyển dạ của Misoprostol*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Lê Thị Quyên (2006).** *Đánh giá hiệu quả gây chuyển dạ đẻ bằng Cytotec cho thai thiểu ối trên 38 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 01/01/2006 đến 30/10/2006,* Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Kiều Oanh (2015),** *Nghiên cứu hiệu quả gây chuyển dạ ở thai phụ có tuổi thai trên 40 tuần trong 2 năm 2004 và 2014 tại bệnh viện phụ sản trung ương*, Bác sỹ chuyên khoa II, trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Vũ Ngân Hà (2011).** *Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ của Cerviprime tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Jefferson H, Harman và JR et al (1999).** Current Trends in Cervical Ripening and Labor induction, *Am Fam Physician*, 60(2), 477 - 483.

GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN U MAO MẠCH GAN

Dương Minh Thắng*, Vũ Văn Khiên*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U mao mạch gan là một bệnh lành tính gặp khá phổ biến trong các bệnh lý gan mật. Đề tài nghiên cứu về đặc điểm siêu âm và giá trị chẩn đoán u mao mạch gan bằng siêu âm. **Đối tượng và phương pháp:** 229 bệnh nhân đã được chẩn đoán u mao mạch gan dựa trên siêu âm và chụp xạ hình gan. Thời gian nghiên cứu: 01/2015-12/2017. **Kết quả:** U mao mạch gan gặp nhiều ở tuổi từ 40 -70 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam: 1,29. U mao mạch gan gặp nhiều ở thùy gan phải (89,5%), tăng âm (97,4%), một khối u (94,3%), kích thước u: 10-19 mm chiếm 39,6%. Hiệu quả chẩn đoán u mao mạch gan bằng siêu âm với độ nhạy, độ đặc hiệu tương ứng: 229/251 (91,2%) và 11/13 (84,6%). ***Kết luận:*** Siêu âm ổ bụng có giá cao trong chẩn đoán u mao mạch gan.

SUMMARY

THE VALUE OF ABDOMINAL ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF HEPATIC HEMANGIOMA

Introduction: Hepatic hemangioma is the most common benign hepatic lesion. Study on the value of abdominal ultrasonography in the diagnosis of hepatic hemangioma. ***Subjects and Methods:*** 229 patients were diagnosed with hepatic hemangioma based on ultrasonography and scintigraphy. Study time: 01 / 2015-12/2017. ***Results:*** Hepatic hemangioma are more common at ages 40 to 70 years. Proportion of female / male: 1.29. Hepatic hemangioma occurred in the right liver lobe (89.5%), hyperechoic (97.4%), 01 liver tumors (94.3%), tumor size: 10-19 mm: 39.6%. The efficiency of hemangioma diagnosis using ultrasound with sensitivity 91.2%, specificity 84,6%; ***Conclusion:*** Abdominal ultrasonography is of high value in the diagnosis of hepatic hemangioma.

**Bệnh viện TƯQĐ 108*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Thắng
Email: bsthang108@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018
Ngày duyệt bài: 7.3.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mao mạch gan (Hemangioma) là bệnh lành tính, hay gặp trong bệnh lý gan mật, đứng hàng thứ 2 sau ung thư biểu mô tế bào gan (Hepatocellular carcinoma: HCC). Bệnh gặp nhiều ở phụ nữ so với nam giới (3). Các triệu chứng lâm sàng của u mao mạch gan thường rất nghèo nàn và có khi chỉ phát hiện được khi tình cờ bệnh nhân đi khám sức khoẻ, thông qua siêu âm ổ bụng. Phần lớn, các bệnh nhân này thường không có triệu chứng, hoặc có thường rất nghèo nàn, không đặc hiệu. Về điều trị, phần lớn bệnh nhân đều được điều trị bảo tồn, chỉ can thiệp u khi khối u tăng nhiều về kích thước, hoặc có biến chứng chảy máu trong u, hoặc khối u vỡ vào trong ổ bụng.

Việc chẩn đoán u mao mạch trước đây thường dựa vào siêu âm (2). Gần đây, với sự phát triển không ngừng của thiết bị chẩn đoán hình ảnh đã giúp cho chẩn đoán u mao mạch gan ngày một tốt hơn. Các biện pháp chẩn đoán bằng tế bào học hoặc mô bệnh học chỉ thực hiện khi có dấu hiệu nghị ngờ ác tính. Tại các nước có nền y học phát triển đã ứng dụng các kỹ thuật chẩn đoán u mao mạch bằng phóng trị xạ. Hiệp hội Tiêu hoá Mỹ đã lấy tiêu chuẩn chụp xạ hình gan là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán đoán u mao mạch gan (3). Đề tài thực hiện nhằm mục đích sau: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh u mao mạch gan trên siêu âm ổ bụng, có đối chiếu với xạ hình gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Gồm 229 bệnh nhân đến khám ngoại trú và điều trị nội trú tại bệnh viện TWQĐ 108 trong thời gian 03 năm: 01/2015 đến 12/2017.

Tiêu chuẩn chọn BN nghiên cứu: Có khối u gan được xác định trên siêu âm ổ bụng. Sau đó, tất cả các bệnh nhân này này được chụp xạ hình gan tại khoa Y học hạt nhân – Bệnh viện TWQĐ 108.

2.Phương pháp nghiên cứu

****Siêu** âm **gan:*** Phương tiện: Máy siêu âm SONOS 7500 (Mỹ) - Nơi thực hiện: Khoa Thăm dò chức năng- Bệnh viện TWQĐ 108. Tiêu chuẩn chẩn đoán u mao mạch gan điển hình: khối đậm âm, đồng nhất, giới hạn rõ, có tăng âm phía sau. Với u mao mạch gan không điển hình: có thể là hình giảm âm, đồng âm hoặc âm không đồng nhất.

****Xạ hình gan:*** Máy chụp xạ hình Gamma camera Starcam-4000i, Collimator LERH của hãng GE - Hoa Kỳ. Nơi thực hiện: Khoa Y học hạt nhân - Bệnh viện TƯQĐ 108. Tiêu chuẩn chẩn đoán u mao mạch gan điển hình: mật độ phóng xạ bắt mầu đồng nhất. Thể không điển hình: mật độ phóng xạ bắt mầu không đồng nhất..

****Mô bệnh học:*** Chọc hút tế bào gan bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm thực hiện tại khoa Nội tiêu hoá và khoa Chẩn đoán chức năng- Bệnh viện TƯQĐ 108. Đọc kết quả tại khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện TWQĐ 108.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm tuổi và giới của bệnh nhân u mao mạch gan.

Bảng 1. Phân bố tuổi ở bệnh nhân u mao mạch gan

Mức tuổi	n (%)	Mức tuổi	n (%)
20-29	14/229 (6,1%)	60-69	46/229 (20,0%)
30-39	43/229 (18,8%)	70-79	7/229 (3,0%)
40-49	59/229 (25,8%)	80-89	2/229 (0,9%)
50-59	60/229 (26,2%)	**Tỷ lệ nữ/nam**	129/100 (1,29)

Nhận xét: U mao mạch gan gặp nhiều nhất ở tuổi trung niên từ 40 -70 tuổi, trong đó bệnh nhân có tuổi: 40-49 chiếm 25,8%. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam với tỷ lệ: 1,29

3.2. Đặc điểm u mao mạch gan trên siêu âm ổ bụng

Bảng 2. Đặc điểm u mao mạch gan trên siêu âm ổ bụng

Vị trí u	n (%)	Kích thước u	n (%)
Gan phải	205/229 (89,5%)	< 10 mm	72/245 (29,3%)
Gan trái	20/229 (8,7%)	10-19 mm	97/245 (39,6)
Cả 2 bên	4/229 (1,7%)	20-29 mm	33/245 (13,5%)
Đặc điểm âm		30-39 mm	18/245 (7,3%)
Tăng âm	223/229 (97,4%)	40-49 mm	11/245 (4,5%)
Giảm âm	6/229 (2,6%)	50-59 mm	9/245 (3,7%)
Số lượng u		60-69 mm	2/245 (0,8%)
1 u	216/229 (94,3%)	70-79 mm	3/245 (1,2%)
2 u	10/229 (4,3%)	**Tổng**	**245/245 (100%)**
≥ 3 u	3/229 (1,3%)		

Nhận xét: U mao mạch gan gặp nhiều ở thùy gan phải (89,5%), tăng âm (97,4%), chủ yếu một khối u (94,3%), kích thước u: 10-19 mm chiếm 39,6%

3.3. Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán u mao mạch gan: Để đánh giá độ nhậy và độ đặc hiệu của siêu âm ổ bụng trong chẩn đoán u mao mạch gan, chúng tôi so sánh kết quả siêu âm ổ bụng với kết quả chẩn đoán cuối cùng trên chụp xạ hình gan. Có 125 bệnh nhân có khối u gan được chụp xạ hình gan. Bảng 3 trình bày về độ nhậy, độ đặc hiệu và tỷ lệ dự báo test dương tính của siêu âm

Bảng 3. Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán u mao mạch gan

Siêu âm	Xạ hình gan		Tổng
	u máu	Không phải u máu	
Umáu	229	02	**231**
Không phải u máu	22	11	**33**
Tổng	**251**	**13**	**264**

Nhận xét: Đối chiếu với xạ hình gan (tiêu chuẩn vàng), siêu âm ổ bụng có độ nhậy, độ đặc hiệu tương ứng: 229/251 (91,2%); 11/13 (84,6%)

IV. BÀN LUẬN

1.Đặc điểm chung về tuổi, giới ở bệnh nhân u mao mạch gan: Nhiều tài liệu trong và ngoài nước đã đề cập đến đặc điểm tuổi và giới ở bệnh nhân có u mao mạch gan. Trong nghiên cứu của chúng tôi (trình bày bảng 1) cho biết: u mao mạch có thể gặp ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên, phần lớn gặp nhiều ở tuổi trung niên và người cao tuổi, với mức tuổi từ 40-70 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cũng cho biết u mao mạch gặp nhiều ở nữ so với nam: 1,29 lần. Các nghiên cứu cho biết về cơ chế bệnh sinh hình thành u mao mạch gan thường

liên quan chặt chẽ đến quá trình biến đổi nội tiết, đặc biệt gặp ở phụ nữ thời kỳ tiền mãn kinh. Do vậy, với những bệnh nhân này khi có u máu cần phải khám bệnh toàn diện.

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lê Ngọc Hà [2], Phạm Thị Thanh Nga [3] cũng cho biết số bệnh nhân ở tuổi trung niên hay mắc u gan, trong đó nữ gặp nhiều hơn nam.

2. Đặc điểm u u mao mạch gan trên siêu âm: Ngày nay, siêu âm vẫn là biện pháp thông dụng trong chẩn đoán u mao mạch gan, bởi vì kỹ thuật này dễ thực hiện, giá thành thấp và hiện nay đang được ứng dụng ở nhiều cơ sở, kể cả các tuyến huyện và vùng xa. Với những thầy thuốc có kinh nghiệm có thể nhận biết tốt về đặc điểm u mao mạch trên siêu âm [1]. Kết quả nghiên cứu cho biết: U mao mạch gan có thể gặp ở mọi vị trí trong các thùy và phân thù gan. Tuy nhiên, u mao mạch gan gặp nhiều nhất ở thùy gan phải (89,5). Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp nghiên cứu của Lê Ngọc Hà [2], Phạm Thị Thanh Nga [3]: u mao mạch gan gặp nhiều thùy phải, với tỷ lệ tương ứng: 87,3% và 86,9%.

Ngày nay, với những thiết bị siêu âm ngày càng hiện đại sẽ giúp nhận biết đặc điểm của u mao mạch gan. Trong bảng 2 cho biết: tăng âm là đặc điểm chính của u mao mạch gan, chiếm tỷ 97,4%. Phần lớn các u mao mạch có ranh giới khó rõ ràng và nhận biết rõ trên hình ảnh siêu âm. Trong nghiên cứu của Lê Ngọc Hà [2], Phạm Thị Thanh Nga [3] cũng thấy rằng các u mao mạch đều có ranh giới rõ ràng.

Số lượng u mao mạch cũng là một thông số cần được theo dõi. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 2) cho biết, số bệnh nhân có 1 khối u, 2 khối u và ≥ 3 khối u chiếm tỷ lệ tương ứng là: 94,3%, 4,3% và 1,3%.

Kích thước của u mao mạch cũng thay đổi theo từng nghiên cứu khác nhau, ở các đối tượng khác nhau và thời điểm bệnh nhân khi khám bệnh. Thông thường, mức độ phát triển của u mao mạch gan có xu hướng tăng dần lên, nhưng rất chậm. Trong bảng 2 cho biết khối u mao mạch gan gặp nhiều ở kích thước từ 1-2cm, chiếm tỷ lệ: 39,6%. Tuy nhiên, chúng tôi cũng gặp bệnh nhân có kích thước khá lớn: 6-7cm (02 bệnh nhân), 7-8cm (03 bệnh nhân). Những bệnh nhân có khối u lớn, ở vị trí bất thường (sát bề mặt gan) cần được định kỳ theo dõi, vì nguy cơ vỡ khối u mao mạch đã được đề cập [3-6].

2. Hiệu quả chẩn đoán u mao mạch bằng siêu âm: Tất cả các bệnh nhân có khối u gan đều được làm xét nghiệm đầy đủ, chụp xạ hình gan. Với trường hợp nghi ngờ được xác định lại thông qua chụp xạ hình hoặc/và chọc hút dưới siêu âm làm tế bào học. Ngày nay, số bệnh nhân chọc hút tế bào gan đã giảm nhiều, do hệ thống chẩn đoán hình ảnh đã và đang thay thế dần, trong đó có siêu âm ổ bụng, đặc biệt khi sử dụng siêu âm có kết hợp thuốc cản âm sẽ tăng độ nhậy, độ đặc hiệu trong chẩn đoán u mao mạch gan.

Để đánh giá hiệu quả siêu âm ổ bụng, chúng tôi đã thu thập 264 bệnh nhân nghi ngờ có u mao mạch gan trên siêu âm, có đối chiếu chụp xạ hình gan. Kết quả nghiên cứu cho biết độ nhậy của siêu âm đạt: 229/251 (91,2%), độ đặc hiệu của siêu âm trong chẩn đoán u mao mạch gan đạt: 11/13 (84,6%). Kết quả nghiên cứu này đã cho thấy siêu âm ổ bụng có hiệu quả cao trong chẩn đoán u mao mạch gan. Kết quả này đã được cải thiện rất nhiều so với chẩn đoán của siêu âm trong các thập kỷ trước. Nghiên cứu của Lê ngọc Hà và cs cho biết độ nhậy, độ đặc hiệu, độ chính xác của siêu âm trong chẩn đoán u mao mạch gan tương ứng là: 65,6%; 81,1%; 75,0%[2].

V. KẾT LUẬN

U mao mạch gan gặp nhiều nhất ở tuổi trung niên từ 40 -70 tuổi, trong đó bệnh nhân có tuổi: 40-49 chiếm 25,8%. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam với tỷ lệ: 1,29

U mao mạch gan gặp nhiều ở thùy gan phải (89,5%), tăng âm (97,4%), chủ yếu một khối u (94,3%), kích thước u: 10-19 mm chiếm 39,6%

Độ nhậy, độ đặc hiệu của siêu âm trong chẩn đoán u mao mạch gan chiếm tỷ lệ tương ứng: 229/251 (91,2%) và 11/13 (84,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Văn Duyệt.** Chụp xạ hình gan và thăm dò đường mật. ***Y học hạt nhân (cơ sở*** *và lâm sàng) NXB Y học 2000; 289-293*
2. **Lê Ngọc Hà, Trần Đình Dưỡng.** Đặc điểm và giá trị của xạ hình gan Tc-99m gắn hồng cầu trong chẩn đoán u mao mạch gan. Tạp chí y dược lâm sàng 108, 2002; 01(1); 23-28
3. **Schcinncr JD,** Nagel **JS.** The Scintigraphyevaluation of focal nodular hyperplasia with Tc-99m sulfur colloid. Joint program in nuclear medicine 1*999.*
4. **Hasan HY, Hinshaw JL, Borman EJ, et al**. Assessing normal growth of hepatic hemangiomas during long-term follow-up. JAMA Surg. 2014; 149(12): 1266-1271.
5. **Jing L, Liang H, Caifeng L, et al.** New recognition of the natural history and growth pattern of hepatic hemangioma in adults. Hepatol Res. 2016; 46(8): 727-733
6. **Mocchegiani F, Vincenzi P, Coletta M, et al.** Prevalence and clinical outcome of hepatic haemangioma with specific reference to the risk of rupture: A large retrospective cross-sectional study. Dig Liver Dis. 2016; 48(3): 309-14.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG TRÊN TUẦN HOÀN, HÔ HẤP VÀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA GIẢM ĐAU SAU MỔ NỘI SOI CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN BẰNG TIÊM ROPIVACAIN 0,25% VÀO VỊ TRÍ CHỌC TROCAR

Nguyễn Đức Lam*, Mai Văn Tuyên**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác của phương pháp tiêm thấm dung dịch thuốc tê ropivacain 0,25% vào các vị trí chọc trocar ở thành bụng để giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu**: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 60 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi, được chia thành hai nhóm: nhóm nghiên cứu (nhóm ROPI): tiêm thấm 20 ml dung dịch thuốc tê ropivacain 0,25% vào 4 vị trí chọc trocar ở thành bụng bệnh nhân sau khi kết thúc phẫu thuật; nhóm chứng (nhóm chứng): không tiêm thuốc tê vào vị trí chọc trocar. **Kết quả**: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần số tim, huyết áp động mạch, tần số thở và SpO2 giữa hai nhóm nghiên cứu tại tất cả các thời điểm nghiên cứu. Tỷ lệ nôn, buồn nôn sau mổ giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận**: Tiêm thấm 5ml dung dịch ropivacain 0,25% vào mỗi vị trí chọc trocar (tổng số 20 ml) không gây ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp và ít gây tác dụng không mong muốn khi sử dụng giảm đau sau mổ nội soi cắt tử cung hoàn toàn.

Từ khóa: nội soi cắt tử cung hoàn toàn, tiêm thấm lớp thuốc tê thành bụng, ropivacain.

SUMMARY

RESEARCH THE EFFECT ON CARDIOVASCULAR, RESPIRATORY AND SIDE EFFECTS OF LAPAROSCOPIC TOTAL HYSTERECTOMY OF INJECTION ROPIVACAINE 0.25% IN PUNCTURE TROCAR SITE

Objective: To study the effect on cardiovascular, respiratory and side effects of laparoscopic total hysterectomy of method injection solution 0.25% ropivacaine in the puncture trocar site in the abdominal wall. **Subject and method**: randomized clinical trial comparing 60 patients laparoscopic hysterectomy completely, are divided into two groups: the study group (ROPI group): injecting 20 ml anesthetic ropivacaine 0.25% to 4 puncture trocar site in abdominal of patients after the end of surgery; the control group (control group): no anesthetic injection to puncture trocar site. **Result:** There was no statistically significant difference in heart rate, arterial blood pressure, respiratory rate and SpO2 between the two study arms at all study time. The incidence of nausea and vomiting after surgery between the two groups was not statistically significant. **Conclusion:** Injections of 5 ml ropivacain 0.25% solution in each puncture trocar site (total 20 ml) did not affect on respiratory circulation and less side effects of postoperative analgesia of laparoscopic total hysterectomy.

Keywords: laparoscopic total hysterectomy, injection of anesthetic in the abdominal wall, ropivacaine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là một bệnh phụ khoa phổ biến ở phụ nữ lớn tuổi mà một trong các phương pháp điều trị chủ yếu hiện nay là cắt tử cung hoàn toàn. Ngày nay, cùng với sự tiến bộ của phẫu thuật nội soi nói chung, phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi ngày càng phổ biến vì các ưu điểm của nó: Giảm tối đa các sang chấn trong phẫu thuật, ít đau, phục hồi các chức năng sau mổ nhanh, xuất viện sớm... Đau sau mổ nội soi cắt tử cung hoàn toàn thường là đau ở các vị trí chọc trocar vào ổ bụng, vì vậy, theo một số nghiên cứu, phương pháp tiêm thấm thuốc tê có tác dụng kéo dài như bupivacain, và đặc biệt là thuốc tê mới ropivacain vào các vị trí chân trocar ở thành bụng là phương pháp gây tê tại chỗ để giảm đau sau mổ đơn giản và mang lại hiệu quả giảm đau tốt trong thời gian đầu sau mổ [2], [5]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào ở Việt Nam đánh giá ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn của phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Nghiên cứu tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác của phương pháp tiêm thấm dung dịch thuốc tê ropivacain 0,25% vào các vị trí chọc trocar ở thành bụng để giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân tuổi 18-60, ASA I-II, được chỉ định phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi, mổ theo kế hoạch tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương được chọn vào nghiên cứu, được bốc thăm ngẫu nhiên để chia thành hai nhóm:

- Nhóm chứng: không tiêm thuốc tê ropivacain vào vị trí trocar trên thành bụng.
- Nhóm ROPI: sau khi rút trocar, tiêm thấm lớp 5 ml dung dịch thuốc tê ropivacain 0,25% tại

**Trường Đại học y Hà Nội*
***Bệnh viện Phụ sản Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam
Email: lamgmhs75@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018
Ngày duyệt bài: 12.2.2018

vị trí chân trocar trên thành bụng.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân khó khăn trong giao tiếp, bị đau mãn tính phải dùng thuốc giảm đau kéo dài, có tiền sử dị ứng các thuốc tê nhóm amid, có các tai biến trong phẫu thuật hoặc trong gây mê.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có so sánh.

2.3. Phương pháp tiến hành

*Khám bệnh nhân trước mổ: các bệnh nhân đều được khám tiền mê trước mổ 1 ngày để giải thích cho bệnh nhân về cuộc mổ và phương pháp giảm đau sau mổ, khai thác các tiền sử liên quan đến gây mê hồi sức, giải thích về nghiên cứu…

*Gây mê: các bệnh nhân ở cả hai nhóm đều được gây mê toàn thân bằng: propofol 2mg/kg, fentanyl 3 mcg/kg, tracurium 0,5 mg/kg, duy trì mê bằng sevofluran 0,8-2%. Nhóm ROPI: sau khi rút trocar, tại vị trí rạch da trên thành bụng, phẫu thuật viên sẽ tiêm thấm 5 ml dung dịch thuốc tê ropivacain 0,25% cho mỗi vị trí, tiêm vòng tròn và tiêm hết độ dày của thành bụng.

*Sau mổ: khi bệnh nhân đau, điểm VAS > 4, bắt đầu giảm đau bằng chuẩn độ morphin tĩnh mạch (tiêm tĩnh mạch từng liều nhỏ 2 mg cách nhau 5 phút đến khi điểm VAS < 3). Sau đó duy trì bằng truyền paracetamol 1 g/6 giờ.

2.4. Các chỉ tiêu theo dõi và đánh giá: Các bệnh nhân sẽ được theo dõi liên tục tại các thời điểm nghiên cứu trong vòng 24 giờ đầu sau mổ về các ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân, đặc điểm của phẫu thuật và gây mê hồi sức

Thông số	Nhóm chứng(n = 30)	Nhóm ROPI(n = 30)	p
Tuổi (năm)	45,5 ± 5,0	43,6 ± 3,7	> 0,05
Chiều cao (cm)	156,3 ± 4,6	155,9 ± 5,1	> 0,05
Cân nặng (kg)	54,6 ± 5,0	52,1 ± 4,8	> 0,05
ASA: Độ I (n %)	26 (86,6%)	27 (90%)	> 0,05
Độ II (n %)	4 (13,4%)	3(10%)	> 0,05
Tiền sử bệnh nhân: Hút thuốc lá	0	0	
Say tàu xe	3 (10%)	5 (16,6%)	> 0,05
Tiền sử nôn, buồn nôn sau mổ	2 (6,6%)	1 (3,3%)	> 0,05
Thời gian phẫu thuật (phút)	52,1 ± 8,7	50,2 ± 9,1	> 0,05
Áp lực bơm hơi ổ bụng (mmHg)	10,6 ± 0,9	10,3 ± 1,2	> 0,05
Lượng thuốc sử dụng trong gây mê			
Fentanyl (mg)	0,2 ± 0,03	0,21 ± 0,03	> 0,05
Tracurium (mg)	32,1 ± 5,5	32,7 ± 7,3	> 0,05
Propofol (mg)	108, 2 ± 24,9	117,9 ± 31,8	> 0,05

Bảng 3.2. Tần số tim tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm đánh giá	Nhóm chứng(n = 30)		Nhóm ROPI(n = 30)		p
	$\bar{X}$ ± SD	Min - Max	$\bar{X}$ ± SD	Min - Max	
H_0	77,7 ± 11,2	60 - 100	77,1 ± 9,8	60 - 100	>0,05
H_1	77,8 ± 9,8	59 - 95	72,7 ± 11,8	55 - 106	>0,05
H_2	77,6 ± 10,0	65 - 100	70,0 ± 10,5	50 - 97	
H_3	80,4 ± 11,0	59 - 100	71,6 ± 11,0	50 - 96	
H_4	78,1 ± 9,1	66 - 103	74,7 ± 8,9	58 - 96	
H_5	79,2 ± 8,4	63 - 95	73,0 ± 7,1	60 - 90	
H_6	78,3 ± 7,7	65 - 95	73,5 ± 6,8	62 - 94	
H_9	79,3 ± 7,5	65 - 92	71,4 ± 7,2	63 - 94	
H_{12}	79,8 ± 7,7	65 - 95	73,4 ± 7,2	62 - 92	
H_{24}	80,5 ± 8,4	62 - 100	73,4 ± 7,5	60 - 94	

Nhận xét: Tần số tim của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 3.3. Huyết áp động mạch trung bình tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm đánh giá	Nhóm chứng(n = 30)		Nhóm ROPI(n = 30)		p
	$\bar{X}$ ± SD	Min - Max	$\bar{X}$ ± SD	Min - Max	
H_0	91,2 ± 13,0	69 - 133	88,5 ± 11,1	70 - 114	>0,05
H_1	93,7 ± 12,2	64 - 120	83,5 ± 9,2	62 - 121	>0,05
H_2	92,3 ± 8,9	70 - 109	84,7 ± 6,7	65 - 125	
H_3	90,5 ± 7,7	71 - 104	83,6 ± 5,8	70 - 110	

H_4	89,7 ± 7,4	68 - 120	83,1 ± 5,4	70 - 117	
H_5	90,1 ± 6,4	69 - 125	82,8 ± 5,7	75 - 122	
H_6	88,7 ± 6,4	72 - 119	82,3 ± 4,9	76 - 120	
H_9	90,2 ± 7,1	69 - 120	82,9 ± 4,5	69 - 120	
H_{12}	90,1 ± 7,3	70 - 125	82,2 ± 6,1	72 - 125	
H_{24}	89,5 ± 6,6	71 - 132	82,1 ± 4,5	75 - 123	

Nhận xét: Sự khác biệt về huyết áp động mạch trung bình ở hai nhóm tại thời điểm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 3.4. SpO_2 tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm đánh giá	Nhóm chứng		Nhóm ROPI		p
	$\bar{x}$ ± SD	Min - Max	$\bar{x}$ ± SD	Min - Max	
H_0	99,8 ± 0,5	98 - 100	99,9 ± 0,4	97 - 100	>0,05
H_1	99,4 ± 1,0	97 - 100	99,5 ± 0,8	97 - 100	
H_2	99,1 ± 1,0	97 - 100	99,3 ± 0,9	98 - 100	
H_3	99,3 ± 0,9	97 - 100	99,2 ± 0,9	98 - 100	
H_4	99,3 ± 0,7	98 - 100	99,1 ± 0,9	98 - 100	
H_5	99,4 ± 0,7	98 - 100	99,2 ± 0,9	98 - 100	
H_6	99,3 ± 0,7	98 - 100	99,2 ± 0,9	98 - 100	
H_9	99,4 ± 0,7	98 - 100	99,2 ± 0,9	98 - 100	
H_{12}	99,4 ± 0,7	98 - 100	99,2 ± 0,9	98 - 100	
H_{24}	99,4 ± 0,7	98 - 100	99,2 ± 0,9	98 - 100	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về SpO_2 của các bệnh nhân ở hai nhóm tại các thời điểm nghiên cứu (p > 0,05).

Bảng 3.5. Nôn và buồn nôn

Tác dụng không mong muốn	Nhóm chứng(n = 30)	Nhóm ROPI(n = 30)	p
Không nôn, buồn nôn	26 (86,7%)	29 (96,7%)	> 0,05
Buồn nôn	3 (10%)	1 (3,3%)	>0,05
Nôn	1 (3,3%)	0	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tỷ lệ nôn và buồn nôn (p > 0,05). Sau phẫu thuật, không có bệnh nhân nào có biến chứng như: nhiễm trùng vết mổ, áp-xe tồn dư hoặc viêm phúc mạc…

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân ở hai nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng về: Tuổi, chiều cao, cân nặng, phân loại sức khỏe theo Hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA)… do đó, sẽ ít ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Tiền sử bệnh nhân chúng tôi cần quan tâm ở đây là: tiền sử say tàu xe, nghiện thuốc lá và tiền sử nôn, buồn nôn sau mổ vì các yếu tố này liên quan đến tỷ lệ nôn và buồn nôn sau mổ theo thang điểm Apfel. Thời gian phẫu thuật, lượng thuốc mê, thuốc họ morphin, thuốc giãn cơ sử dụng trong mổ của hai nhóm nghiên cứu cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

****Ảnh hưởng trên tuần hoàn:*** Chúng tôi theo dõi liên tục tần số tim và huyết áp động mạch trung bình của các bệnh nhân của hai nhóm tại các thời điểm nghiên cứu. Tần số tim duy trì trong mổ tương đối ổn định và không có sự khác biệt giữa hai nhóm cho đến khi kết thúc phẫu thuật. Tại thời điểm H_0 tần số tim ở nhóm chứng là 77,7 ± 11,2 lần/phút, ở nhóm ROPI là 77,1 ± 9,8 lần/phút. Ở thời điểm H_1, sau khi đã dùng ropivacain tiêm gây tê các điểm chọc trocar ở thành bụng thì tần số tim trung bình ở nhóm chứng là 77,8 ± 9,8 lần/phút, ở nhóm ROPI là 72,7 ± 11,8 lần/phút không có sự khác biệt về tần số tim ở thời điểm này giữa hai nhóm nghiên cứu (p >0,05). Sự khác biệt về tần số tim giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm nghiên cứu khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, huyết áp động mạch trung bình trong mổ và sau khi gây tê tại vị trí chân trocar của nhóm ROPI thấp hơn so với nhóm chứng, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu (p>0,05). Huyết áp trung bình của hai nhóm vẫn trong giới hạn bình thường, có thể giảm huyết áp ở các bệnh nhân có sử dụng ropivacain gây tê tại chỗ rạch da để giảm đau sau mổ nội soi là do tác động gián tiếp trên tim mạch của ropivacain do ức chế thần kinh giao cảm bụng [1]. Ngoài ra, tác dụng giảm đau tốt hơn trong những giờ đầu ở nhóm có sử dụng ropivacain cũng có thể làm huyết áp giảm hơn so với nhóm chứng.

****Ảnh hưởng trên hô hấp:*** Trong nghiên cứu này, chúng tôi theo dõi liên tục SpO2 của các bệnh nhân ở hai nhóm tại tất cả các thời

điểm nghiên cứu. Trong mổ, bệnh nhân được thông khí nhân tạo cung cấp đầy đủ oxy nên SpO_2 ở cả hai nhóm luôn trên 99%. Bắt đầu từ thời điểm nghiên cứu, tức là từ thời điểm phẫu thuật viên rút trocar khỏi thành bụng và tiêm gây tê chân trocar, SpO_2 ở cả hai nhóm luôn duy trì ở mức an toàn, không có trường hợp nào xuống dưới 97%. Tại phòng hồi tỉnh, bệnh nhân được hỗ trợ thở oxy 100% và được rút nội khí quản dựa theo thang điểm đánh giá Aldrete nên SpO_2 ở cả hai nhóm đều ổn định ở mức cao. Tại bệnh phòng, bệnh nhân ở cả hai nhóm có SpO_2 ổn định từ 97%-100%. Điều này chứng tỏ phương pháp gây tê tại vị trí chân trocar giúp giảm đau tốt sẽ làm bệnh nhân có thể thở chậm và thở sâu, sẽ cải thiện SpO2 [5].

Các tác dụng không muốn khác: Nôn và buồn nôn sau mổ: Buồn nôn và nôn sau mổ có nhiều nguyên nhân, do các thuốc dùng trong gây mê, các kích thích trong quá trình phẫu thuật, việc đưa khí CO_2 vào ổ bụng và tác dụng không mong muốn của morphin để giảm đau sau mổ... Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân buồn nôn và và 1 bệnh nhân nôn sau tiêm morphin ở nhóm chứng cần điều trị bằng 10 mg metoclopramid. Tuy tỷ lệ bệnh nhân bị nôn và buồn nôn ở nhóm chứng nhiều hơn nhóm nghiên cứu, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, cần có những nghiên cứu tiếp theo. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Scalia Catenacci S (10% bệnh nhân cần điều trị nôn và buồn nôn ở nhóm ropivacain giảm hơn rất nhiều so với 43% ở nhóm chứng) [6]. Từ các kết quả này cho thấy việc tiêm ropivacain gây tê chân trocar có hiệu quả giảm tỷ lệ buồn nôn và nôn sau mổ có thể do giảm lượng morphin dùng giảm đau sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật, không có bệnh nhân nào có biến chứng như: nhiễm trùng vết mổ, áp-xe tồn dư hoặc viêm phúc mạc…Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các kết quả nước ngoài [2], [3], [4].

V. KẾT LUẬN

Tiêm thấm 5 ml dung dịch ropivacain 0,25% vào mỗi vị trí chọc trocar (tổng số 20 ml) không gây ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp và ít gây tác dụng không mong muốn khi sử dụng giảm đau sau mổ nội soi cắt tử cung hoàn toàn (buồn nôn là 3,3% ở nhóm tiêm thấm ropivacain so với 10% ở nhóm chứng; nôn là 0% so với 3,3% ở nhóm chứng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ghezzi F, Cromi A, Bergamini Vat al (2005).** Preemptive port site local anesthesia in gynecologic laparoscopy: A randomized, controlled trial. *J Minim Invasive Gynecol.* May-Jun; 12(3):210-5.
2. **Goldstein A., Grimault P., Henique A. et al (2000).** Preventing postoperative pain by local anesthetic instillation after laparoscopic gynecologic surgery: a placebocontrolled comparison of bupivacaine and ropivacaine. *Anesth. Analg*, 91: 403-407.
3. **Hiten M. Patel1, D.D. Duttaroy1, S.M. Kacheriwala et al, (2014).** Effectiveness of bupivacaine-soaked oxidized cellulose in the gallbladder-bed vs port-site infiltration of bupivacaine for pain relief after laparoscopic cholecystectomy. *Surgical Chronicles*: 91-96.
4. **Kong TW, Park H, Cheong JY et al (2014).** Efficacy of continuous wound infiltration of local anesthetic for pain relief after gynecologic laparoscopy. *Int J Gynaecol Obstet*. 124(3):212-5.
5. **Moiniche S., Jorgensen H.,Wetterslev J.,** Dahl J.B. (2000). Local anesthetic infiltration forpostoperative pain relief after laparoscopy: a qualitative and quantitativesystematic review of intraperitoneal, port-site infiltration and mesosalpinx block. *Anesth. Analg.*, 90: 899-912.
6. **Scalia Catenacci S, Lovisari F, Peng S et al. (2015).** Postoperative Analgesia after Laparoscopic Ovarian Cyst Resection: Double-blind Multicenter Randomized Control Trial Comparing Intraperitoneal Nebulization and Peritoneal Instillation of Ropivacaine. *J Minim Invasive Gynecol.* 22(5):759-66.

CÁC YẾU TỐ QUYẾT ĐỊNH THÁI ĐỘ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG LÁCH Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Việt Hoa[1], Nguyễn Xuân Hiền[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố quyết định thái độ điều trị đối với chấn thương lách ở trẻ em tại bệnh viện Việt Đức từ 1/2013 đến 12/2015. **Phương pháp nghiên cứu:** Từ 1/2013 đến 12/2015, 42 trường hợp chấn thương lách từ 0 đến 16 tuổi nhập viện Việt Đức được hồi cứu lại hồ sơ bệnh án. Bệnh nhân được chia nhóm theo phương pháp điều trị bảo tồn không mổ (BTKM) và phẫu thuật cắt lách ngay (PTN). Phân tích đơn biến các yếu tố để tìm ra yếu tố nguy cơ có liên quan đến chỉ định cắt lách. **Kết quả:** 42 bệnh nhi

[1]*Bệnh viện Việt Đức*
[2]*Đại 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: 28.01.2018
Ngày duyệt bài: 8.2.2018

trong đó có 83,3% bệnh nhi được điều trị BTKM; 16,7% bệnh nhi PTN. Hạ huyết áp gặp trong 42,9% trường hợp PTN, trong khi 97,1% bệnh nhân điều trị BTKM có huyết áp bình thường (OR: 25,5; 2,12 – 307,3). Mạch nhanh gặp trong 57,1% trường hợp PTN, trong khi 100% bệnh nhi điều trị BTKM có mạch bình thường, p < 0,001. Có 75% trường hợp GCS ≤ 13 cần PTN, 25% trường hợp GCS ≤ 13 điều trị BTKM thành công (OR: 25,5; 2,12 – 307,3). Số lượng hồng cầu giảm, bạch cầu tăng cao ở nhóm PTN so với nhóm điều trị BTKM, với p < 0,05. 63,63% bệnh nhi tổn thương lách độ IV trở lên điều trị PTN, 100% bệnh nhi tổn thương lách độ III trở xuống điều trị BTKM, p < 0,001. Tổn thương phối hợp làm tăng nguy cơ PTN, trong đó bệnh nhi kèm trên 2 tổn thương OR: 8 (1,4 – 47,0); chấn thương sọ não hay gặp nhất chiếm 23,8%. Số lượng hồng cầu truyền nhóm PTN cao hơn so với nhóm BTKM, p < 0,01; trong đó truyền trên 3 đơn vị máu OR:8 (1,19 – 53,93). **Kết luận:** Tình trạng huyết động, đặc biệt huyết áp lúc nhập viện, điểm GCS, mức độ tổn thương lách theo AAST 1994, số lượng hồng cầu truyền , tổn thương phối hợp là những yếu tố quyết định thái độ điều trị bảo tồn hay phẫu thuật trong chấn thương lách ở trẻ em.

SUMMARY

FACTORS DETERMINING MANAGEMENT FOR PEDIATRIC BLUNT SPLENIC TRAUMA IN VIET DUC HÓPITAL

Purpose: To assess factors determining management for pediatric blunt splenic trauma in Viet Duc Hospital between 1/2013 and 12/2015. **Method:** Medical records/charts of 42 cases of splenic injury patients aged 0 to 16 years old admitted to Viet Duc hospital were reviewed from 1/2013 to 12/2015. Patients was divided into 2 groups based on the type of treatment: non-operative management (NOM) and immediate splenectomy (IS). We did analysis univariate of factors to find out risk factors associated with indication of immediate splenectomy. **Result:** 42 patients, 83,3% were treated with NOM, 94,3% NOM succes, 16,7% were operated. Hypotension occurred in 42,9% patients suffering from IS, while 97,1% of non-operative patients has normal blood pressure p=0,01; OR: 25,5 (2,12 – 307,3). There are 51,1% of patients undergoing IS with tachycardia, while all of non-operative pts had normal pulse rate, p<0,001. 75% cases with GCS· 13 required surgery at once, 25% cases with GCS· 13 were successfully treated with NOM, p=0,01; OR: 25,5 (2,12 – 307,3). The reduction in the number of red blood cells and the increase in the number of white blood cells in operated pts were higher than the figure of non-operative group, p<0,05. 63,63% patients with grade IV and more splenic injury had surgery, all of patients with lower grades (I, II, III) received conservative treatment, p<0,001. Large hemoperitoneum increased risk for IS, p=0,03. Associateds injuries increased risk for immediate operation, in which pts with more than 2 types of trauma, p=0,03, OR: 8 (1,4–47,0), traumatic brain injury was the most common and took account for 23,8%; p=0,04; OR: 6,44 (1,14 – 36,6). The amount of red blood cells transfusion for operative patients was higher than for non-operative patients, p<0,01; in which more than 3 units of RBC p=0,04, OR: 8 (1,19–53,93). **Conclusion:** Hemodynamic, especially blood pressure, GCS, grade of splenic trauma AAST 1994, hemoperitoneum transfusion, associated injurys are predictive factors for management pediatric blunt splenic trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lách là một trong những tạng đặc trong ổ bụng và tương đối cố định nên dễ bị tổn thương trong chấn thương. Tổn thương lách đứng hàng đầu trong chấn thương bụng kín ở trẻ em [1].

Trước đây tại bệnh viện Việt Đức, trước năm 1991, do thiếu thốn phương tiện kỹ thuật tất cả lách vỡ đều được phẫu thuật cắt lách [2] . Ngày nay, cùng với sự phát triển của trang thiết bị chẩn đoán và theo dõi điều trị, *bảo tồn không mổ chấn thương lách* trong chấn thương bụng kín trở thành tiêu chuẩn điều trị, đặc biệt ở trẻ em. Điều trị bảo tồn chấn thương lách giúp loại trừ biến chứng nhiễm trùng sau mổ cắt lách (OPSI) và có thể làm tăng chất lượng sống ở trẻ so với những trẻ cắt lách [4]. Điều trị bảo tồn trong chấn thương lách gồm: theo dõi không mổ, cắt lách bán phần và khâu lách 1 phần ở những trường hợp cần thiết phẫu thuật [5]. Những nghiên cứu gần đây cho thấy bảo tồn không mổ được áp dụng trên 90% các trường hợp chấn thương lách ở trẻ em. Chỉ định cắt lách ở trẻ chỉ được tiến hành khi huyết động không ổn định và chấn thương lách không thể hồi phục được.

Việc chẩn đoán chấn thương lách ở trẻ em không khó khăn. Tuy nhiên, rất khó khăn để lựa chọn giữa lợi ích của phương pháp điều trị bảo tồn không mổ chấn thương lách và những tình huống đòi hỏi phẫu thuật cấp cứu ngay lập tức. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá các yếu tố quyết định thái độ điều trị đối với chấn thương lách ở trẻ em tại bệnh viện Việt Đức từ 1/2013 đến 12/2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Tất cả bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán chấn thương bụng kín có chấn thương lách nhập viện tại bệnh viện Việt Đức từ ngày 1/1/2013 đến 31/12/2015.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã được mổ ở cơ sở y tế khác trước khi đến điều trị tại Bệnh viện Việt Đức. Bệnh nhân tử vong ngay tại phòng khám. Những bệnh nhân chỉ được siêu âm mà không có chụp cắt lớp vi tính bụng

2. Phương pháp: Mô tả cắt ngang

Tất cả bệnh nhân, 42 bệnh nhân, được chia làm 2 nhóm theo hình thức điều trị: bảo tồn không mổ theo dõi và phẫu thuật cắt lách.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tình trạng tri giác, điểm Glasgow và huyết động (mạch, huyết áp – quy định theo tuổi)
- Các đặc điểm lâm sàng: ấn đau hạ sườn trái, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc.
- Thương tổn ngoài bụng kèm theo.
- Số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit.
- Số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu.
- Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.
- Điều trị bảo tồn không phẫu thuật hoặc phẫu thuật.
- Chỉ định phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật.
- Mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với chỉ định, phương pháp điều trị.

3. Xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1; xử lý số liệu bằng phần mềm R 3.2.2. Biến liên tục được trình bày dạng: Trung bình (SD). Dữ liệu phân phối chuẩn được kiểm định bởi t test ở 2 nhóm độc lập và Wilcox test cho biến phân phối không chuẩn.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung

- Tuổi: Có 42 bệnh nhi, tuổi trung bình là 11,26 ± 4,63 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 2 tuổi, tuổi lớn nhất là 16 tuổi.
- Giới: Gồm 36 trẻ trai (85,7%) và 6 trẻ nữ (14,3%), tỷ lệ nam/nữ là 6. Với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p < 0.01
- Thời gian tai nạn: Chấn thương lách xảy ra vào tất cả các mùa trong năm, với sự khác biệt giữa các mùa không có ý nghĩa thống kê p=0,38.
- Nguyên nhân chấn thương: 24 trường hợp tai nạn giao thông (57% trường hợp), 18 trường hợp tai nạn sinh hoạt (43%).

Tai nạn xe máy chiếm 17 trường hợp (40,5%); tai nạn do ngã chiếm 16 trường hợp (38,1%), tai nạn ô tô chiếm 6 trường hợp (14,3%); nguyên nhân khác chiếm 3 trường hợp (7,1%).

- Ở nhóm tuổi 15 – 16 nguyên nhân hay gặp nhất là tai nạn giao thông 13/16 trường hợp (81,2%). Ở nhóm tuổi 5 – 14 nguyên nhân chủ yếu là tai nạn sinh hoạt 15/23 trường hợp (65,2%). *Có sự khác biệt (p=0,008).*

1.Đặc điểm lâm sàng

- Tri giác lúc vào viện có giá trị trung bình 14,48 ± 1,66 (Min: 7, Max: 15); giảm huyết áp tâm thu 4 trường hợp (9,5%); mạch nhanh ở 4 trường hợp (9,5%). Trong đó có 3 trường hợp (7,14%) huyết động không ổn định, 39 trường hợp (92,86%) huyết động ổn định.
- Tình trạng bụng nhập viện chúng tôi gặp các dấu hiệu sau với các tần suất: Xây sát thành bụng 31%; bụng chướng chiếm 38,1%, đau bụng khu trú hạ sườn trái 47,6%, đau khắp bụng 23,8%, phản ứng thành bụng 23,8%, cảm ứng phúc mạc 11,9%.
- Tổn thương phối hợp: Có 10 trường hợp kèm theo chấn thương sọ não chiếm 23,8%; 7 trường hợp kèm theo chấn thương chi chiếm 16,7%; 5 trường hợp chấn thương ngực chiếm 11,9%; 4 trường hợp chấn thương thận chiếm 9,5%; 2 trường hợp chấn thương gan chiếm 4,8%; chấn thương khác chiếm 7,1%. Có 20 trường hợp có tổn thương phối hợp chiếm 47,6% trong đó có 6 trường hợp cần phẫu thuật ngay chiếm 30%.

2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2 Tổng phân tích máu ngoại vi:

Bảng 2: Tổng phân tích máu ngoại vi

	TB ± SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Hồng cầu (T/l)	3,89 ± 0,7	2,32	5,47
Hct (l/l)	0,36 ± 0,34	0,2	2,47
Hb (G/l)	103,83 ± 19,71	65	137
Bạch cầu (G/l)	18,2 ± 8,19	6,51	40,9

3.3 Chẩn đoán hình ảnh:

Tất cả các bệnh nhân đều được chỉ định siêu âm và cắt lớp vi tính. Tuy nhiên, siêu âm phát hiện được 25 trường hợp chấn thương lách chiếm 59,5%. Trong khi đó, siêu âm có khả năng phát hiện 100% trường hợp có dịch tự do trong ổ bụng.

Bảng 2: Hình ảnh chấn thương lách trên cắt lớp vi tính

		n	%
Tụ máu dưới bao		10	23,8
Ổ đụng dập		36	85,7
Thiếu máu nhu mô		3	8,3
Tụ máu nhu mô lách		5	11,9
Đường vỡ lách		24	57,1
Vỡ lách		4	9,5
Ổ thoát thuốc		2	4,8
Chảy máu đang hoạt động		2	4,8
Ổ giả phình		1	2,4
Dịch ổ bụng	Nhiều	30	71,4
	Trung bình	12	28,6

Về điều trị: 7/42 bệnh nhân được điều trị mổ ngay chiếm 16,7%; 35/42 bệnh nhân được điều trị bảo tồn không mổ chiếm 83,3%

3.4 Liên quan các yếu tố ảnh hưởng thái độ điều trị ban đầu chấn thương lách ở trẻ em

Bảng 3: Liên quan giữa yếu tố dịch tễ với chỉ định điều trị

		PTN n(%)	BTKM n(%)	p	OR (95% CI)
Tuổi:	15-16	5(11,9)	11(26,2)	0,09*	5,45 (0,91–32,62)
	<15	2(4,7)	24(57,1)		
Giới:	Nam	5(11,9)	31(73,8)	0,26*	0,3 (0,05 – 2,25)

Nữ	2(4,7)	4(9,5)		
Cơ chế chấn thương: TNGT	7(16,7)	17(40,5)	0,01*	----
TNSH	0(0)	18(42,9)		
Thời gian nhập viện: <5h	5(11,9)	11(26,2)	0,09*	4,79 (0,8 – 28,48)
>5h	2(4,8)	24(83,3)		
*Fisher's exact test, TNGT: Tai nạn giao thông; TNSH: Tai nạn sinh hoạt				

Bảng 4: Liên quan tình trạng shock với chỉ định điều trị:

	PTN n(%)	**BTKM n(%)**	**p**	**OR (95% CI)**
Hạ huyết áp	3 (7,1)	1 (2,4)	0,01*	25,5(2,12–07,3)
Mạch nhanh	4 (9,5)	0 (0)	< 0,001*	---
GCS ≤ 13	3 (7,1)	1 (2,4)	0,01*	25,5(2,12–307,3)
*Fisher's exact test				

Bảng 5: Liên quan triệu chứng lâm sàng và chỉ định điều trị

	PTN n(%)	**BTKM n(%)**	**p**	**OR (95% CI)**
XSTB	2 (4,8)	11 (26,2)	1*	0,87 (0,15–5,22)
Chướng bụng	5 (11,9)	11 (26,2)	0,09*	5,5 (0,9–32,6)
Đau HST	3 (7,1)	17 (40,5)	1*	0,8 (0,15 – 4,08)
Đau khắp bụng	4 (9,5)	6 (14,3)	0,04*	6,44(1,14–36,57)
Phản ứng	3 (7,1)	7 (16,7)	0,33*	3 (0,54 – 16,6)
Cảm ứng	2 (4,8)	3 (7,1)	0,19*	4,26 (0,56 – 32,24)
* Fisher's exact test, XSTB: xây sát thành bụng; HST: hạ sườn trái				

Bảng 6: Liên quan giữa công thức máu và chỉ định mổ

	PTN (TB ± SD)	**BTKM (TB ± SD)**	**p**
HC (T/l)	3,38±0,78	4±0,64	0,04**
Hct (l/l)	0,29±0,07	0,38±0,37	0,53***
Hb (g/l)	98,14±26,29	104,9±18,39	0,53**
BC (G/l)	25,29±11,08	16,78±6,84	0,02***
TC (G/l)	172,86±40,7	233,49±62,02	0,006**
HC: hồng cầu; hct: Hematocrit, hb: Hemoglobin; BC: Bạch cầu; TC: Tiểu cầu. ** T-test, ***Wilcoxson test			

Bảng 7: Liên quan hình ảnh tổn thương trên CT với chỉ định điều trị

		PTN n(%)	**BTKM n(%)**	**p**	**OR (95%CI)**
Tụ máu dưới bao		3 (7,1)	7 (16,7)	0,33*	3 (0,54 – 16,6)
Ổ đụng dập		6 (14,3)	30 (71,4)	1*	1 (0,1 – 10,2)
Thiếu máu nhu mô		1 (2,4)	2 (4,8)	0,43*	2,75 (0,2 – 35,3)
Tụ máu nhu mô		1 (2,4)	4 (9,5)	1*	1,28 (0,12 – 13,67)
Đường vỡ lách		3 (7,1)	21 (50)	0,44*	0,5 (0,1 – 2,6)
Vỡ lách		1 (2,4)	3 (7,1)	0,53*	1,78 (0,16 – 20,1)
Ổ thoát thuốc		1 (2,4)	1 (2,4)	0,3*	5,67 (0,31 – 103,5)
Chảy máu hoạt động		1 (2,4)	1 (2,4)	0,3*	5,67 (0,31 – 103,5)
Túi phình		1 (2,4)	0 (0)	0,17*	--
Dịch tự do	Nhiều	7 (16,7)	23 (54,8)	0,16*	--
	TB	0 (0)	12 (28,6)		

*Fisher's exact test

Bảng 8: Liên quan tổn thương phối hợp và chỉ định điều trị

	PTN n(%)	**BTKM n(%)**	**p**	**OR (95%CI)**
CTSN	4 (9,5)	6 (14,3)	0,04*	6,44 (1,14 – 36,6)
CT ngực	0 (0)	5 (11,9)	0,57*	---
CT chi	3 (7,1)	4 (9,5)	0,08*	5,8 (0,94 – 36)
CT cột sống	0 (0)	1 (2,4)	1*	---
CT hàm mặt	1 (2,4)	1 (2,4)	0,3*	5,7 (0,31 – 103,5)
CT gan	1 (2,4)	1 (2,4)	0,3*	5,7 (0,31 – 103,5)
CT thận	1 (2,4)	3 (7,1)	0.53*	1,8 (0,16 – 20,1)
>= 2 CT	4 (9,5)	5 (11,9)	0.03*	8 (1,4 – 47,0)

*Fisher's exact test

Bảng 9: Liên quan giữa yếu tố điều trị với chỉ định

	PTN	BTKM	p
HC truyền	750 (625 – 893)	250 (0 – 286)	0,002**
Plasma	250 (125 – 286)	0 (0 – 7,143)	0,0008***
Thời gian điều trị	9,96 (8,42 – 11,91)	4,61 (3,65 – 6,10)	0,0001***
Trung vị (bách phân vị 25% - 75%); ** T-test, ***Wilcoxson test			

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của các bệnh nhi bị chấn thương lách do chấn thương bụng kín là 11,26 ± 4,63 tuổi tương tự với kết quả nhiều tác giả [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi: Ở nhóm tuổi 15 – 16 nguyên nhân hay gặp nhất là tai nạn giao thông 13/16 trường hợp (81,2%); trái lại, ở nhóm tuổi 5 – 14 nguyên nhân chủ yếu là tai nạn sinh hoạt 15/23 trường hợp (65,2%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nguyên nhân chấn thương và nhóm tuổi với *p<0,05 (p=0,008).* Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt giữa tuổi chấn thương lách và chỉ định điều trị với *p=0,09*. Tuy nhiên, theo Potoka và cs, bệnh nhi càng lớn tuổi tỷ lệ cắt lách càng cao, 80% BTKM nhóm dưới 14 tuổi và 25% PTN nhóm còn lại, với *p<0,05*.

Phân bố về tỷ lệ giới tính trẻ nam gặp 85,7% trái với trẻ nữ gặp 14,3%. Kết quả này tương tự với Adiza A [1] với tỷ lệ trẻ nam chấn thương lách là 95,24%. Điều này có thể liên quan đến việc trẻ trai thích chơi những trò chơi bạo lực, hay điều khiển phương tiện giao thông không đúng luật đặc biệt là xe máy hơn là trẻ gái, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với *p=0,26*.

Về cơ chế chấn thương, tai nạn giao thông và ngã là nguyên nhân chủ yếu của chấn thương lách với tỷ lệ lần lượt là 40,5% do tai nạn giao thông và 38,1% do ngã. Ngã là nguyên nhân hàng đầu của chấn thương lách của nhóm BTKM 16/35 trường hợp (45,7%), tai nạn xe máy là nguyên nhân hàng đầu của nhóm PTN 5/7 trường hợp (71,4%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Anton E. A. Fick [3] với tỷ lệ lầnlượt là 33,7% do ngã trong nhóm BTKM và 66,7% do tai nạn xe máy trong nhóm PTN.

Để điều trị bảo tồn không mổ thì điều đầu tiên là huyết động của bệnh nhân phải ổn định [6] trong đó huyết áp khi bệnh nhân tới viện có vai trò rất lớn. Trong kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có 90,5% bệnh nhân có huyết áp ổn định khi tới viện. Hạ huyết áp của nhóm BTKM là 2,4% và nhóm PTN là 7,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê *p=0,01; OR:25,5 (2,12 – 307,3)*. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê *p<0,001* giữa sự tăng nhịp tim ở 2 nhóm điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận có sự liên quan độ chấn thương AAST và huyết áp tâm thu, có 3/4 trường hợp (75%) hạ huyết áp tâm thu từ độ IV trở lên, trái lại, 30/38 (78,9%) trường hợp không có hạ huyết áp tâm thu từ độ III trở xuống. Điểm GCS ≤ 13 có 3/4 (75%) bệnh nhân phải phẫu thuật ngay, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm điều trị *p=0,01; OR:25,5 (2,12 – 307,3).*

Về xét nghiệm công thức máu trong nhóm có shock thấy số lượng hồng cầu, hematocrite, hemoglobine giảm và số lượng bạch cầu tăng cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có shock. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số lượng hồng cầu, bạch cầu ở 2 nhóm điều trị với *p<0,05*. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Bình Giang [2].

Về chẩn đoán hình ảnh, trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều được tiến hành làm siêu âm ổ bụng và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cấp cứu. Tuy nhiên, siêu âm chỉ phát hiện được 59,5% trường hợp tổn thương nhu mô lách, song phát hiện được 100% trường hợp có dịch trong ổ bụng từ đó cho thấy siêu âm rất nhạy trong việc phát hiện dịch tự do ổ bụng nhưng việc phát hiện tổn thương nhu mô còn nhiều hạn chế do hoặc tổn thương nhỏ hoặc lượng dịch lớn trong ổ bụng và phụ thuộc vào trình độ của người siêu âm.

Về liên quan hình ảnh học trên CT và chỉ định mổ chúng tôi không ghi nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hình ảnh tổn thương trên CT và chỉ định phẫu thuật ngay p>0,05. Tuy nhiên theo Federie và cs [7] ổ chảy máu đang hoạt động có mối liên quan mật thiết với chỉ định PTN với *p<0,001*

Về phân độ chấn thương lách theo AAST 1994, chúng tôi nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phân độ tổn thương trên AAST và chỉ định mổ. 7/11 trường hợp (63,63%) độ III trở lên cần PTN. Trong khi đó 31/31 trường hợp (100%) chấn thương từ độ III trở xuống được chỉ định BTKM, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.05. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Potoka D.A phân độ chấn thương lách, trong trường hợp không rối loạn huyết động, là yếu tố xác định cho phẫu thuật cắt lách. Tuy nhiên, Fick và cs [3] cho thấy rằng phân độ chấn thương lách trên CT

không liên quan với phẫu thuật cắt lách. Song tỷ lệ thành công của BTKM giảm khi tổn thương lách độ IV, V; điểm ISS cao và chảy máu đang hoạt động, theo Watson và cs [6].

Về tổn thương phối hợp, 46,7% có từ 1 tổn thương phối hợp trở lên trong đó chấn thương sọ não hay gặp nhất trong 23,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chấn thương sọ não ở 2 nhóm điều trị với *p = 0,04 OR:6,44 (1,14 – 36,6)*. Chúng tôi nhận thấy trẻ có tổn thương phối hợp có nguy cơ phẫu thuật cắt lách cao hơn trẻ chấn thương lách đơn thuần: chấn thương lách có kèm trên 2 tổn thương khác có sự khác biệt với nhóm còn lại *p=0,03; OR:8 (1,4 – 47,0)* .

Về chỉ định truyền máu: trong nghiên cứu của chúng tôi có 61,9% bệnh nhân có chỉ định truyền hồng cầu. Ở nhóm điều trị bảo tồn không mổ lượng hồng cầu truyền 250 ml (0 - 286) – trung vị (bách phân vị 25% - 75%), trong khi đó nhóm mổ ngay lượng hồng cầu truyền là 750ml (625 – 893) – trung vị (bách phân vị 25% - 75%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với *p=0,002*. Đặc biệt truyền trên 3 đơn vị hồng cầu làm tăng nguy cơ PTN, *p=0,04; OR:8 (1,19 – 53,93)*. 100% bệnh nhân truyền hồng cầu PTN, 54,3% bệnh nhân BTKM cần truyền hồng cầu. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Fick và cs [3] 83,33% bệnh nhân truyền máu cần phẫu thuật cắt lách, trái ngược lại chỉ có 7,94% bệnh nhân điều trị bảo tồn cần truyền hồng cầu với p<0,001, OR:47,5 (4,73 – 476,87). Bên cạnh đó chúng thôi cũng nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa lượng huyết tương truyền giữa 2 nhóm điều trị với *p < 0,001*. Điều này có thể giải thích rằng do tình trạng mất 1 lượng máu lớn nên dẫn tới tình trạng huyết động không ổn định vì vậy cần phải truyền lượng hồng cầu, huyết tương lớn để bổ sung.

V. KẾT LUẬN

Thái độ điều trị chấn thương lách ở trẻ em có thay đổi trong những năm gần đây tại bệnh viện Việt Đức. Huyết động không ổn định, đặc biệt huyết áp lúc nhập viện thấp, điểm GCS < 13, tổn thương lách từ độ IV trở lên, số lượng hồng cầu truyền trên 3 đơn vị, tổn thương phối hợp là những yếu tố tiên lượng bệnh nhân cần mổ cắt lách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wilson R.H. and Moorehead R.J. (1992).** Management of splenic trauma. *Injury*, **23**(**1**), 5–9.
2. **Trần Bình Giang (2001),** *Nghiên cứu phẫu thuật bảo tồn trong điều trị vỡ lách do chấn thương tại bệnh viện Việt Đức*.
3. **Fick A.E.A., Raychaudhuri P., Bear J., et al. (2011).** Factors predicting the need for splenectomy in children with blunt splenic trauma: Children with blunt splenic trauma. *ANZ J Surg*, **81**(**10**), 717–719, .
4. **Velanovich V. and Tapper D. (1993).** Decision analysis in children with blunt splenic trauma: the effects of observation, splenorrhaphy, or splenectomy on quality-adjusted life expectancy. *J Pediatr Surg*, **28**(**2**), 179–185.
5. **Buntain W.L. and Gould H.R. (1985).** Splenic trauma in children and techniques of splenic salvage. *World J Surg*, **9**(**3**), 398–409.
6. **Watson G.A., Hoffman M.K., and Peitzman A.B. (2015).** Nonoperative management of blunt splenic injury: what is new?. *Eur J Trauma Emerg Surg*, **41**(**3**), 219–228.
7. **Federle M.P., Courcoulas A.P., Powell M., et al. (1998).** Blunt splenic injury in adults: clinical and CT criteria for management, with emphasis on active extravasation. *Radiology*, **206**(**1**), 137–142

NHẬN XÉT 12 TRƯỜNG HỢP MỔ LẤY THAI CÓ BỆNH TIM MẠCH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY NĂM 2017

Nguyễn Đình Nam*, Huỳnh Xuân Nghiêm, Nguyễn Quốc Tuấn*, Phan Bích Ngọc*, Nguyễn Văn Hiền*, Nguyễn Văn Khôi***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phối hợp chặt chẽ giữa các bác sĩ bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Hùng Vương để mổ lấy thai nhằm chấm dứt sớm thai kỳ để không ảnh hưởng đến mẹ và thai nhi trong quá trình diễn biến bệnh của mẹ. Qua 12 trường hợp, chúng tôi nhận thấy rằng: Ở thai nhi: Chỉ số Apgar, cân nặng, chăm sóc tại dưỡng nhi, sự sống còn đều lệ thuộc vào bệnh lý của mẹ và tuổi thai nhi. Ở bệnh nhân (sản phụ): Sự sống còn, kết quả điều trị và ngày nằm viện đều lệ thuộc vào tính chất và thời gian mắc bệnh. Mổ lấy thai đã có chỉ định cụ thể. Ngày nay, do sự phát triển và tiến bộ của các chuyên ngành như: Phụ sản nhất là dưỡng nhi, gây mê hồi sức. Việc hiểu biết cặn kẽ và điều trị tốt bệnh lý của mẹ nhất là tim mạch thì mổ lấy thai mang lại kết quả tốt. ***Mục tiêu:*** Đánh giá tình trạng về đặc điểm bệnh lý tim mạch trên sản phụ phải mổ lấy thai có bệnh tim tại BV Chợ Rẫy 2017. ***Phương Pháp:*** Mô tả bệnh án của 12 trường hợp sản phụ có

**Bệnh viện Chợ Rẫy*
***Bệnh viện Hùng Vương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Nam
Email: dinhnambachdang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.01.2018
Ngày duyệt bài: 9.2.2018

bệnh tim phải mổ lấy thai tại BV Chợ Rẫy 2017. ***Kết quả:*** Qua 12 trường hợp bệnh nhân, có thể chia ra 3 nhóm bệnh như sau: bệnh tim bẩm sinh, bệnh cơ tim chu sinh và bệnh van tim.

SUMMARY

TWELVE CASES HEART DISEASE CESAREAN SECTION AT CHO RAY HOSPITAL IN 2017

Introduction: Coordination doctors of Cho Ray and Hung Vuong hospital to do cesarean section for pregnant woman with heart disease. About 12 patients, we realize that: The newborn: Apgar index, weight, medical care atthe Neonatal Care Unit or survival rely on diseases of pregnant woman and fetal age. The pregnant woman: Survival, result of treatmnet, hospitalization time rely on disease characteristics and disease duration. Indication Cesar surgery is clear. Nowaday, development and progress of obstetric, neonatal care unit, anesthesia. If we have good knowledge and treatment pregnant heart disease we'll have good results with Cesar surgery. ***Objectives:*** To evaluate the status of cardiovascular morbidity in pregnant women who have had heart disease at Cho Ray Hospital 2017. ***Method:*** Description of medical records of 12 cases of women with heart disease requiring caesarean section at Cho Ray Hospital 2017. ***Results:*** Through 12 patient cases, the following three groups of illnesses can be divided: Congenital heart disease, peripartum cardiomyopathy and valvular heart disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm trên toàn thế giới có khoảng 200 triệu phụ nữ có thai, trong số đó có khoảng 500.000 sản phụ tử vong do biến chứng có liên quan đến thai kỳ.

Trong số đó, nguyên nhân do bệnh lý tim mạch gây ra thường gặp nhất là: Tăng huyết áp (12%) và các bệnh tim khác (chiếm tỷ lệ 20%). Hơn thế nữa, 92% số sản phụ tử vong nằm ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Theo thống kê năm 1992 của Bộ Y tế Việt Nam thì ước tính số sản phụ tử vong là 220/100.000 trường hợp sinh nở, nguyên nhân do các bệnh tim mạch, tăng huyết áp (sản giật và tiền sản giật) gây tử vong xấp xỉ khoảng 35%. Trong quá trình mang thai, cơ thể người phụ nữ có nhiều sự biến đổi về giải phẫu, sinh lý, sinh hóa, huyết học, nội tiết, tuần hoàn. Chính những thay đổi này làm tăng dần gánh nặng lên hệ thống tuần hoàn và là thủ phạm gây nguy cơ cao cho cả bà mẹ và thai nhi[6].

Mổ lấy con là một phẫu thuật nhằm lấy thai nhi, nhau, màng ối bằng một đường mổ qua thành bụng và cơ tử cung còn nguyên vẹn.

Mười hai trường hợp được chỉ định mổ lấy thai được trình bày sau đây là những sản phụ tuổi còn trẻ, mang thai mà có bệnh lý tim mạch đi kèm. Chỉ định mổ lấy thai kèm triệt sản nhằm mục đích chấm dứt thai kỳ để không nguy hiểm tính mạng cho mẹ lẫn con.

II. PHƯƠNG PHÁP

Mô tả bệnh án của 12 trường hợp sản phụ có bệnh tim phải mổ lấy thai tại BV Chợ Rẫy 2017

III. TRÌNH BÀY BỆNH ÁN: xem phụ lục đính kèm

TT	Họ và tên	Số nhập viện	Năm sinh	PARA	Vào viện	Chẩn đoán	Diễn tiến	
							Mẹ: Mổ lấy thai, điều trị tích cực: (trợ tim, chống đông, kháng sinh dự phòng…)	**Con**
1.	Trần Thị A	00047281	1990	0020	OAP	Rung nhĩ/Hẹp hở 2 lá – Suy tim III - Thai 34 tuần	Ổn	Dưỡng nhi
2.	Nguyễn T.Thu T	00034356	1992	0010	OAP	Rung nhĩ/Hẹp hở 2 lá – Suy tim III - Thai 28 tuần	Ổn	Mất
3.	Nguyễn T.Thúy H	00075601	1985	0030	OAP	Rung nhĩ/Hẹp hở 2 lá – Thai 20 tuần	Ổn	Dưỡng nhi → Mất
4.	Phạm Đình Hoài A	00087115	1988	0111	Khó thở	Hở 2 lá nặng/Suy tim III Thai 33 tuần	Ổn	Dưỡng nhi
5.	Dương Thị Bé G	00111161	1985	0020	OAP	Rung nhĩ/Hẹp khít 2 lá nặng - Thai 28 tuần	Ổn	Mất
6.	Nguyễn Thị	00171054	1986	0111	Tụt	Rung nhĩ/Hở 2	Ổn	Thai

	Xuân Đ				HA	lá – Suy tim III - Thai 28 tuần		lưu
7.	Nguyễn T.Tuyết M	00212208	1984	0010	OAP	Hở 2 lá/Hẹp khít 2 lá - Suy tim III - Thai 33 tuần	Ổn	Dưỡng nhi
8.	Đặng T.Hồng Y	00101985	1989	0111	Tụt HA	Hở ĐMC/Hở 2 lá – Rungnhĩ – Suy Tim III - Thai 29 tuần	Ổn	Mất
9.	Hồ T.Thúy H	00038215	1989	0121	Tụt HA	CIV/Tăng áp ĐMP nặng – Thai 28 tuần	Ổn	Mất
10.	Thới Thị X	00024612	1988	1001	Tụt HA– Tím	CIV/ Hội chứng Eisenmenger	Ổn	Mất
11.	Huỳnh Thị M	01002942	1988	0010	OAP	CIV – Hở 2 lá/Suy tim III Viêm phổi – Thai 35 tuần	Ổn	Mất
12.	Trần Thị T	00109113	1988	0111	Tụt HA	Bệnh cơ tim chu sinh/Suy tim III – Thai 34 tuần	Ổn	Dưỡng nhi
13.	Nguyễn Thị M	00150722	1995	0010	Tụt HA	Bệnh cơ tim chu sinh/Suy tim III – Thai 35 tuần	Ổn	Dưỡng nhi

IV. KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

Qua 12 trường hợp bệnh nhân chúng tôi đã trình bày ở trên: Có thể chia ra 3 nhóm bệnh như sau:

A . Nhóm thứ nhất: Bệnh tim bẩm sinh

Gồm 3 bệnh nhân: 2 bệnh thông liên nhĩ – Tăng áp động mạch phổi nặng; 1 bệnh thông liên thất – Hội chứng Eisengmenger.

Ở những bệnh tim bẩm sinh: Hiện tại nhờ sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật ở các nước đang phát triển, phần lớn trẻ em bị bệnh tim bẩm sinh được can thiệp, phẫu thuật sửa chữa triệt để sớm. Vì vậy, nhiều phụ nữ bị bệnh tim bẩm sinh được phẫu thuật vẫn có thể mang thai an toàn. Tuy nhiên ở nước ta, số trẻ bị bệnh tim bẩm sinh chưa được phát hiện và không được điều trị triệt để trước tuổi thành niên còn nhiều. Vì vậy bệnh tim bẩm sinh vẫn còn là nguy cơ gây tai biến nặng nề cho sản phụ và thai nhi.

Có thể chia bệnh tim bẩm sinh với thai sản thành 4 nhóm lớn [3,6,8]

Nhóm 1: Các tổn thương không gây rối loạn huyết động đáng kể hoặc đã được phẫu thuật dị tật bẩm sinh cho kết quả tốt. Những bệnh nhân này khi có thai ít có tai biến cho cả mẹ và con.

Nhóm 2: Các bệnh tim bẩm sinh có tím đó có những rối loạn huyết động, có thể chưa có triệu chứng suy tim bao gồm: tứ chứng Fallot; các lỗ thông lớn chưa được phẫu thuật hoặc can thiệp. Nhóm bệnh này có tỷ lệ bị tai biến cao, nguy cơ cho cả mẹ và con. Các sản phụ trong nhóm này cần khuyên triệt sản.

Nhóm 3: Bệnh tim bẩm sinh gây tăng áp lực động mạch phổi và suy tim bao gồm: bệnh tim bẩm sinh có luồng thông lớn; hội chứng Eisenmenger; tăng áp lực động mạch phổi tiên phát. Những bệnh nhân trong nhóm này có nguy cơ tai biến cao cho cả mẹ và con không chỉ khi đẻ mà ngay trong quá trình mang thai nhi. Bệnh nhân thuộc nhóm này cần triệt sản. Tăng áp lực động mạch phổi là yếu tố quan trọng để đánh giá tiên lượng.

Nhóm 4: Hẹp eo động mạch chủ . Các sản phụ trong nhóm này có nguy cơ biến chứng phình tách động mạch chủ trong khi có thai nhi. Tai biến thường xảy ra trong 3 tháng cuối của thai kỳ hoặc trong khi sinh. Có thể điều trị can thiệp hoặc phẫu thuật ngay cả khi bệnh nhân đang mang thai.

Cụ thể trên bệnh nhân chúng tôi trình bày: Hai trường hợp Thông liên nhĩ – Tăng áp động mạch phổi nặng: Tình trạng nặng vào trong tình trạng mệt, khó thở nhiều kèm tụt huyết áp. Mặc dù điều trị tích cực, song cải thiện được tình trạng huyết động không nhiều. Nên chấm dứt

thai kỳ là cần thiết. Cả 2 trường hợp cứu được mẹ nhưng 1 trường hợp con mất.

Một trường hợp nữa: Tăng áp phổi-thông liên thất (hội chứng Eisenmenger)/thai lần hai 32 tuần. Bệnh nhân nhập viện vì ho ra máu, khám: tổng trạng gầy, da niêm nhạt, mệt, khó thở, đầu chi tím. Hội chứng Eisenmenger trên bệnh nhân là biểu hiện tình trạng rất *nặng, đe dọa tính mạng bệnh nhân, hiện tượng đảo shunt từ phải sang trái làm cho* bệnh nhân ho ra máu và tím tái ở đầu chi. Trong trường hợp này là phải chấm dứt thai kỳ sớm là cần thiết. Nhưng do bệnh nhân đến trễ không được chăm sóc, tự vấn khi mang thai nhi; nên khi đến viện đã trễ với tình trạng tim mạch quá nặng. Mặc dù chấm dứt thai ngay, được tích cực theo dõi nhưng không qua khỏi và tử vong vào ngày thứ hai sau mổ [1,2,4].

B. Nhóm thứ hai: Bệnh cơ tim chu sinh

Bệnh cơ tim chu sinh xuất hiện trong khoảng thời gian từ tháng cuối của thời kỳ thai kỳ đến tháng thứ 5 sau khi sinh ở những phụ nữ mà trước đó chức năng tim hoàn toàn bình thường. Bệnh được chẩn đoán bằng siêu âm tim với những dấu hiệu buồng tim trái giãn và chức năng tâm thu thất trái giảm. Triệu chứng lâm sàng thường xuất hiện sau tuần thứ 36 của thai kỳ. Nếu trước đó chức năng tim đã bị rối loạn thì tình trạng lâm sàng có thể nặng lên từ tháng thứ 7 của thời kỳ mang thai. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là sản phụ là mệt mỏi, khó thở khi gắng sức, ngộp, đau ngực, phù hai chi dưới, chướng bụng. Điều trị bệnh cơ tim chu sản tương tự như những bệnh cơ tim dãn không do thiếu máu cục bộ khác. Những điều cơ bản như hạn chế muối, hạn chế dịch, tăng sức co bóp cơ tim, giảm hậu tải và tiền tải, phòng ngừa thuyên tắc, kiểm soát rối loạn nhịp luôn được chú trọng trong việc điều trị bệnh cơ tim chu sản. Các chất ức chế men chuyển ACE không được sử dụng trong thời kỳ mang bởi thuốc gây giãn mạch máu, ảnh hưởng xấu tới thai nhi. Thay vào đó, thuốc hydralazine được sử dụng để giúp giãn mạch máu và cải thiện các triệu chứng của suy tim cho tới khi bé chào đời. Tương tự như vậy, các loại thuốc thuộc nhóm chất đối kháng aldosterone nên tránh sử dụng trong thời kỳ mang thai, mặc dù chúng khá hiệu quả trong việc điều trị bệnh cơ tim giãn. Dù rằng có nhiều giả thuyết, song hiện tại có 2 nguyên nhân được cho là có mối liên hệ nhiều nhất, đó là sự thay đổi hormone do quá trình mang thai, mà đặc biệt là prolactin và nguyên nhân thứ hai là viêm cơ tim do virus.

Các nhà khoa học đã đưa ra bằng chứng cho thấy phụ nữ mắc bệnh cơ tim chu sản có thể được hưởng lợi từ Bromo criptine – một loại thuốc được sử dụng để điều trị nhiều bệnh, bao gồm Parkinson và tăng prolactin máu (hyperprolactinemia). Tuy nhiên, Bromocriptine không phải là một loại thuốc hoàn toàn lành tính và cần thử nghiệm lâm sàng quy mô lớn hơn trước khi được khuyên dùng. Chăm sóc một bệnh nhân cơ tim chu sản chuyển sinh nên là sự phối hợp giữa bác sĩ sản khoa, tim mạch, và gây mê. Bệnh nhân cần được điều trị suy tim tối ưu trước dự sinh. Gây tê vùng, giảm đau ngoài màng cứng được đề nghị nhằm làm giảm gắng sức do đau, sinh qua ngã âm đạo vẫn là chọn lựa ưu tiên vì nguy cơ thuyên tắc phổi, mất nhiều máu, viêm nội mạc tử cung cao hơn ở nhóm bệnh nhân sinh mổ. Dù vậy việc quá thận trọng với chỉ định mổ bắt con có thể gây hại cho mẹ và thai nhi.

Nhìn chung, bệnh tim sau sinh có tiên lượng tốt hơn so với các loại bệnh cơ tim khác ở phụ nữ. Theo một số nghiên cứu, có tới 60% số phụ nữ mắc bệnh viêm cơ tim chu sản đã hồi phục sức khỏe hoàn toàn. Số còn lại có tình trạng lâm sàng ổn định với chức năng tâm thu thất trái giảm không nhiều hoặc tiếp tục xấu đi trong thời gian tiếp theo. Mặc dù có tiên lượng tốt nhưng những phụ nữ đã bị viêm cơ tim chu sản, kể cả đã hồi phục hoàn toàn, cũng có nguy cơ cao mắc căn bệnh này trong lần mang thai tiếp theo. Nếu điều này xảy ra, những phụ nữ này có nguy cơ bị tổn thương tim nghiêm trọng và vĩnh viễn. Vì vậy, các chuyên gia khuyên rằng nếu từng mắc bệnh tim sau sinh thì người phụ nữ nên tránh mang thai một lần nữa.

Trên 2 bệnh nhân chúng tôi trình bày: Bệnh cơ tim chu sinh – Suy tim III. Bệnh nhân này sau mổ lấy thai chuyển sang hậu phẫu và chuyển về điều trị tại khoa Nội tim mạch, ổn định, xuất viện sau 7 ngày, thai nhi nặng 3300gr suy hô hấp, chuyển đến khoa dưỡng nhi được: ủ ấm, oxy cannula 0,5 l/phút, cho ăn qua sonde, xoay trở, rọi đèn. Ổn định và xuất viện vào ngày 7.

Mổ lấy thai đúng chỉ định sẽ giúp giảm tỷ lệ tai biến cho thai nhi. Hội chứng suy hô hấp cấp (RDS) ở trẻ sơ sinh xảy ra đối với trẻ sanh sớm và ngay đối với trẻ trưởng thành[5]

Đối với nữ trưởng thành, trước khi lập gia đình cần tư vấn khám sức khỏe để kịp thời phát hiện các bệnh bẩm sinh hoặc mắc phải - đặc biệt là về tim mạch, để được chẩn đoán và điều trị sớm. Thầy thuốc nội ngoại khoa tim mạch hoặc phối hợp với bác sĩ chuyên ngành phụ sản tư vấn về sức khỏe sinh sản đối với các bệnh nhân có bệnh lý tim mạch.

C. Nhóm thứ 3: Bệnh van tim

Trong 8 trường hợp chúng tôi ghi nhận: 5 là

Hẹp 2 lá – 2 Hở 2 lá và 1 Hở động mạch chủ. Trong đó tất cả đều nhập viện trong tình trạng rất nặng: phù phổi cấp và tụt huyết áp. Được điều trị tích cực: Trợ tim, Kháng sinh dự phòng và kháng đông (Trong trường hợp Rung nhĩ có cục máu đông nhĩ trái). Có 1 trường hợp thai lưu và 1 con chết. Cũng xin nói thêm hầu như tất cả sản phụ đều biết bệnh tim nhưng không thăm khám và điều trị đầy đủ chuyên khoa tim mạch.

Theo thống kê của các nước và Việt Nam, thì tỷ lệ tổn thương van tim ở các bệnh nhân thấp tim như sau:

- Hẹp van 2 lá khít đơn thuần: 40-55%
- Hở van 2 lá: 6%
- Hẹp hở van 2 lá: 25%
- Hở hoặc hẹp van động mạch chủ: 5%

Hẹp van 2 lá (HHL) là bệnh van tim hay gặp nhất ở các sản phụ. Theo các thống kê nghiên cứu của bệnh viện Bà mẹ và Trẻ sơ sinh thì hẹp 2 lá chiếm 12% còn hẹp hở van 2 lá chiếm 34% các bệnh tim ở sản phụ. Tỷ lệ biến chứng do hẹp 2 lá gây ra là 27%.

Nguyên nhân gây hẹp van 2 lá chủ yếu là do thấp tim. Van 2 lá hẹp cản trở máu từ nhĩ trái xuống thất trái. Tăng áp lực nhĩ trái dẫn đến tăng áp trong hệ thống mạch phổi gây ra các triệu chứng ứ huyết phổi[2]. Tăng áp lực thụ động trong hệ mạch phổi sẽ gây tăng sức cản mạch phổi. Tuy nhiên, nếu hẹp van 2 la khít kéo dài sẽ dẫn đến áp lực nhĩ trái tăng, ứ trệ tuần hoàn phổi, áp lực động mạch phổi tăng dần đến khi tăng gánh thất phải, thất phải phì đại, suy tim phải, hở van 3 lá và hở van động mạch phổi.

Theo cơ chế sinh lý bệnh, khi van 2 lá hẹp khít, lưu lượng tim giảm nhiều. Đối với các sản phụ, nhu cầu tuần hoàn lại tăng, tần số tim và cung lượng tim tăng, cho nên sự thích nghi do thay đổi huyết động là rất hạn chế và có nguy cơ cao dẫn đến phù phổi cấp, suy thất phải, ngất…

Những bệnh nhân hẹp 2 lá vừa và hẹp 2 lá khít thường xảy ra rối loạn huyết động vào 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén hoặc trong khi chuyển dạ, hoặc sau khi sổ thai. Tăng thể tích tuần hoàn sinh lý và tần số tim làm tăng áp lực nhĩ trái gây phù phổi cấp. Khối lượng tuần hoàn gia tăng lúc tử cung co bóp khi chuyển dạ làm nguy cơ phù phổi cấp tăng lên.

Vì tình trạng ứ trệ tuần hoàn phổi, ứ trệ tuần hoàn ngoại vi kéo dài nên bệnh nhân thường xuyên có các triệu chứng khó thở. Những bệnh nhân bị rung nhĩ, cuồng nhĩ có thể bị các tai biến tắc mạch: Nhồi máu não, nhồi máu phổi…bất kỳ lúc nào trong khi có thai. Điều trị bằng các thuốc tiêu sợi huyết, dự phòng bằng các thuốc chống đông. Nếu có chỉ định phẫu thuật đình chỉ thai kỳ thì bệnh nhân nên được gây mê bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng vì phương pháp này giúp người thầy thuốc kiểm soát được huyết động thuận lợi hơn. Kháng sinh nên được dùng theo đường toàn thân trước và sau khi sanh để đề phòng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

Điều trị nội khoa cũng có thể có kết quả nhất định. Tuy nhiên lựa chọn thuốc và liều lượng phải rất linh hoạt, phụ thuộc không chỉ vào tình trạng bệnh lý của sản phụ mà còn phải quan tâm đến thai nhi.

Thuốc lợi tiểu để làm giảm áp lực nhĩ trái. Lợi tiểu Thiazide hay Furosemide. Lưu ý không dùng liều cao, kéo dài, do có thể làm giảm tuần hoàn tới nuôi thai, giảm lượng nước ối.

- Hạn chế muối kèm theo điều trị thuốc lợi tiểu từng đợt được chỉ định nếu bệnh nhân có dấu hiệu ứ huyết phổi; Thuốc chẹn Beta giao cảm (tác dụng giảm đáp ứng tăng nhịp tim khi gắng sức) sẽ tăng được khả năng gắng sức. Các thuốc nhóm chẹn bêta giao cảm hoặc chẹn kênh canxi Verapamil có thể được chỉ định ở bệnh nhân nhịp xoang nếu khó thở khi gắng sức xảy ra lúc nhịp tim nhanh. Chẹn bêta giao cảm: dùng để điều trị cho những trường hợp nhịp tim quá nhanh, có thể điều trị liều thấp duy trì nhịp tim dưới 90 chu kỳ/phút. Tuy nhiên cần lưu ý tác dụng hạ huyết áp của thuốc. Một số tác giả có đề cập đến nguy cơ làm chậm nhịp tim và blốc nhĩ thất ở thai nhi. Người ta thấy rằng nên lựa chọn Metoprolol hơn là Atenolol vì tỷ lệ chậm phát triển thai nhi trong buồng tử cung gặp ở những sản phụ dùng Atenolol nhiều hơn là Metoprolol.

- Tránh dùng các thuốc dãn động mạch. Phù phổi cấp có thể xảy ra, nhất là khi mới xuất hiện cơn rung nhĩ nhanh. Rung nhĩ là nguyên nhân gây nặng bệnh, làm tăng rõ rệt nguy cơ tắc mạch, vì thế cần điều trị triệt để rung nhĩ (chuyển về nhịp xoang) hoặc ít nhất phải khống chế nhịp thất để tăng thời gian tâm trương đổ đầy thất trái và giảm chênh áp qua van 2 lá. Những thuốc thường dùng là digitalis và nhóm chẹn b giao cảm- và cần sử dụng kháng đông nếu có chỉ định. Glucoside trợ tim (Digoxin) có thể dùng cho các sản phụ bị rung nhĩ, cuồng nhĩ đáp ứng thất nhanh. Tuy nhiên cần lưu ý tác dụng tăng co bóp tử cung, tăng nhu động ruột của thuốc cho nên không nên dùng liều cao.

Điều trị đợt cấp rung nhĩ nhanh bao gồm điều trị chống đông bằng heparin và khống chế tần số thất bằng các thuốc như digoxin tiêm TM; chẹn kênh canxi hay chẹn bêta giao cảm. Nếu tình trạng huyết động không ổn định, sốc điện chuyển nhịp cấp cứu được chỉ định, phối hợp với heparin dùng trước, trong và sau thủ thuật.

Dùng các thuốc chống loạn nhịp hoặc sốc điện chuyển nhịp có thể chuyển rung nhĩ về nhịp xoang. Phải dùng thuốc chống đông sau khi sốc điện ít nhất 4 tuần.

Nong van bằng bóng qua da đã được thực hiện trong những năm gần đây. Hầu hết các bệnh nhân có NYHA III và IV không đáp ứng với điều trị bằng thuốc. Thủ thuật được tiến hành ở cuối 3 tháng giữa của kỳ thai kỳ cho hầu hết các bệnh nhân, và trong hầu hết các trường hợp có cải thiện tình trạng huyết động và các triệu chứng. Diện tích van trước thủ thuật từ 0,75cm^2 và tăng lên sau thủ thuật từ 1-2cm^2 .

Phòng ngừa sanh non là mục tiêu điều trị quan trọng. Dựa trên các bằng chứng sẵn có hiện nay thì chỉ nên chỉ định nong van 2 lá trong thai kỳ cho các bệnh nhân bị hẹp hai lá khít có triệu chứng không đáp ứng với điều trị nội khoa hoặc những thai phụ không được các chuyên gia theo dõi chặt chẽ trong quá trình mang thai, chuyển dạ và sanh.

Hở van 2 lá mạn tính thông thường là do thấp tim. Trong HoHL mạn tính, thất trái dãn. Tiền gánh vẫn ở mức cao làm nhĩ trái dãn. Thất trái không co bóp tăng động như trong giai đoạn cấp song vẫn ở ngưỡng bình thường cao. Rối loạn chức năng thất trái sẽ tiến triển âm thầm trong nhiều năm dù không có hoặc có rất ít triệu chứng. Lâu dần rối loạn chức năng kèm với dãn dần buồng thất trái và tăng sức ép lên thành tim càng làm HoHL tăng lên, thành một vòng xoắn tiếp tục gây giảm chức năng thất trái, gây mất bù. Tuy nhiên rung nhĩ hoặc tăng áp động mạch phổi nặng sẽ là những yếu tố gây rối loạn huyết động của sản phụ. Phụ nữ nếu bị hở van 2 lá nặng trước khi có ý định sanh con nên phẫu thuật sửa van hoặc thay van. Sa van 2 lá đơn thuần hiếm khi gây biến chứng trong thời gian có thai. Trong hai trường hợp hở van 2 lá đều do hậu thấp.

Điều trị nội khoa được chỉ định đối với những sản phụ có triệu chứng lâm sàng do hậu quả của hở van 2 lá gây ra. Hydralzine, thuốc lợi tiểu và digoxin có thể được sử dụng nếu chức năng tâm thu thất trái giảm. Không dùng thuốc ức chế men chuyển dạng angiotensin II hoặc thuốc ức chế thụ thể AT1. Nếu hở van 2 lá nặng thì có thể cân nhắc chỉ định phẫu thuật sửa van. Thay van 2 lá là giải pháp sau cùng nếu các biện pháp điều trị nội khoa không kết quả và sản phụ không có chỉ định phẫu thuật sửa van 2 lá. Nhiều trường hợp đã cho kết quả tốt.

Hở van động mạch chủ: Chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp do thấp. Hở van động mạch chủ cũng thường do thấp tim. Những nguyên nhân khác gây. Hở van động mạch chủ nói chung không gây ảnh hưởng nhiều đến huyết động trong thời kỳ thai kỳ. Hở động mạch chủ mạn tính làm tăng gánh thể tích thất trái, dãn và tăng thể tích cuối tâm trương của thất trái. Dần dần, cân bằng giữa tăng hậu gánh, tiền gánh vàtim sẽ không thể duy trì, rối loạn chức năng thất trái phát triển, dãn thất trái tăng dần, rối loạn quá trình tống máu thất trái, làm giảm phân số tống máu, tăng thể tích và áp lực cuối tâm trương thất trái, giảm thể tích tống máu Sản phụ đã suy tim mất bù và vào trong tình trạng phù phổi. Do đó tốt nhất là những phụ nữ hở van động mạch chủ nhiều nên được phẫu thuật sửa hoặc thay van động mạch chủ trước khi có thai.

Suy tim do hở van động mạch chủ có thể điều trị bằng digoxin, lợi tiểu và hydralazine. Kháng sinh dự phòng viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn được cho một cách hệ thống trong và sau khi chuyển dạ. Không dùng thuốc ức chế men chuyển dạng angiotensin II hoặc thuốc ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II.

V. KẾT LUẬN

Để hạn chế các tai biến xảy ra ở các bà mẹ có bệnh tim mạch khi mang thai, cần phải có sự tư vấn, theo dõi, điều trị của các thầy thuốc chuyên khoa Nội – Ngoại tim mạch; chuyên khoa sản và sản nhi.

Quyết định của các thầy thuốc chuyên khoa xử lý các nguy cơ, can thiệp các tổn thương bệnh lý, chấm dứt thai kỳ đúng thời điểm là rất quan trọng. Tuy nhiên, ở Việt Nam, không phải lúc nào cũng dễ dàng. Mặc dù quan điểm của các thầy thuốc thì ưu tiên số một là bảo vệ tính mạng bà mẹ. Song ước mơ, áp lực có một đứa con làm sản phụ bất chấp và đẩy bác sỹ vào tình thế lưỡng nan. Do những rào cản về tâm lý, đạo đức, tôn giáo… buộc các thầy thuốc phải cân nhắc một cách thận trọng.

Ngoài ra, theo dõi, điều trị, tiên lượng và quyết định các can thiệp đối với bệnh nhân bị bệnh tim mạch đang mang thai cũng là nhiệm vụ bắt buộc của các bác sĩ tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **ACC/ACA Practice guidelines**: ACC/AHUYẾT ÁP guidelines for the Menagement on patiens with valvular heart disease. A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Pratice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1998 Guidelines for the Menagement of Patients With Valvular Heart Disease). J Am Coll Cardio Vol 48, No.3, 2006.
2. **Ananth K. Prasad, Hector O Ventura**.: Valvular heart disease ang pregnancy: a high index of suspicion is important to reduce risks. Posgrad Med 2001; 110 (2): 69 - 88.

3. **Brauwald E**. Heart Diseases – A textbook of Cardiovascular Medicine, vol2. – Pregnancy and cardiovascular diseases 2007; 1843-64.
4. **Đào Thị Hợp và Nguyễn Thị Ngọc Khanh**. Bệnh Tim và thai nhi nghén – Tổng kết 1990-1994. Tạp chí Thông tin Y dược, 1999; tr 117-119.
5. **Harper MA:** Pregnancy related death and health care service.Am.J.obstet Gynecol 2003, 102-273-8.
6. **Mổ lấy thai nhi :** Sản phụ khoa tập 1. Bộ môn phụ sản – Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh – Nhà xuất bản Y học TP.Hồ Chí Minh, 2008.
7. **Nguyễn Ngọc Tước và Cộng sự**: Chẩn đoán và điều trị bệnh tim và thai nhi sản.
8. **Phạm Gia Khải**. Tăng huyết áp và thai nhi sản. Chuyên đề sinh hoạt khoa học, 2005; Khuyến cáo số 15: 355-402.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG BỆNH UỐN VÁN SƠ SINH CỦA PHỤ NỮ CÓ THAI TẠI MỘT SỐ XÃ TỈNH ĐIỆN BIÊN NĂM 2014

Vương Thị Hòa[1], Phạm Thị Tỉnh[1], Dương Thị Quỳnh Châu[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu kiến thức, thực hành phòng bệnh uốn ván sơ sinh của phụ nữ có thai tại 4 xã thuộc huyện Điện Biên - tỉnh Điện Biên. **Phương pháp:** Nghiên cứu điều tra cắt ngang 199 phụ nữ có thai tại 4 xã trong huyện. **Kết quả nghiên cứu**: Tỷ lệ PNCT có kiến thức đúng về mức độ nguy hiểm của bệnh UVSS chiếm 91%. Tỷ lệ PNCT biết tác dụng của tiêm phòng UVSS là phòng bệnh cho cả mẹ và con chiếm 78,9%. Tỷ lệ PNCT biết đường lây của độc tố uốn ván là qua dụng cụ cắt rốn chiếm 78,4%. Có 89,5% PNCT được tiêm phòng UVSS theo tuổi thai ở nhóm 7- 9 tháng tuổi. Có 95,1% PNCT dự kiến sẽ sinh con tại trạm y tế. Có 68,8% phụ nữ có thai dự kiến chọn CBYT là người tắm và chăm sóc rốn cho bé

Từ khóa: Uốn ván sơ sinh, phụ nữ có thai.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE ON PREVENTIING NEONATAL TETANUS OF PREGNANT WOMEN IN SOME COMMUNES OF DIEN BIEN PROVINCE IN 2014

Objectives: To study knowledge and practice on preventing neonatal tetanus of pregnant women in 4 communes in Dien Bien district, Dien Bien province. **Methodology**: A cross-sectional survey of 199 pregnant women in four communes in the district. **Results**: The percentage of pregnant women who had proper knowledge about the risk of neonatal tetanus was 91%. The percentage of pregnant women who knew the effects of neonatal tetanus vaccination in preventing the disease for both mother and child was 78.9%. The percentage of pregnant women knew the route of transmission of tetanus toxin through the cord cutting tools accounted for 78.4%. 89.5% of pregnant women who were given neonatal tetanus vaccination for gestational age group 7-9 months. 95.1% of pregnant women expected to give birth at the health centers. 68.8% of pregnant women plan to choose health workers who would bathe and care for the umbilical cord for the baby.

Key words: Neonatal tetanus, pregnant women

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình*

Chịu trách nhiệm chính: Vương Thị Hòa

Email: hoaytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.01.2018

Ngày duyệt bài: 13.2.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Uốn ván sơ sinh (UVSS) là một trong những nguyên nhân quan trọng gây tử vong ở trẻ em. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới trong những năm cuối của thể kỷ 20, ở các nước đang phát triển mỗi năm có khoảng 500.000 trẻ bị chết vì UVSS.

Bệnh UVSS hoàn toàn có thể dự phòng được bằng các biện pháp như tiêm chủng vắc xin uốn ván cho phụ nữ có thai (PNCT), thực hành đẻ sạch và chăm sóc rốn sạch [1]. Tiêm phòng uốn ván hàng năm đã cứu hàng trăm bà mẹ và trẻ sơ sinh. Cũng theo ước tính của WHO, năm 1998 ở các nước đang phát triển, tỷ lệ tử vong do UVSS chiếm 14% (215.000 trẻ) trong tổng số trẻ tử vong sơ sinh thì năm 2010 đã giảm còn 58.000 trẻ, giảm 93% so với tỷ lệ tử vong do uốn ván sơ sinh cuối những năm 1980.

Tại Việt Nam, chương trình loại trừ uốn ván sơ sinh được triển khai từ năm 1992. Đến năm 2005, chúng ta đã loại trừ bệnh uốn ván sơ sinh theo quy mô huyện với tỷ lệ mắc dưới 1/1000 trẻ đẻ sống [2]. Giai đoạn 2009 - 2012, cả nước có 557 ca mắc UVSS trong đó có 382 tử vong; tại tỉnh Điện Biên có 9 ca tử vong/11 ca mắc và tại huyện Điện Biên là 3 ca tử vong/4 ca mắc cho thấy thực trạng mắc bệnh UVSS tỉnh Điện Biên cao so với cả nước. Mặt khác tại Điện Biên vẫn còn tình trạng đẻ tại nhà, nhận thức của phụ nữ và các bà mẹ có con nhỏ về phòng bệnh UVSS chưa thật tốt. Từ những thực trạng trên chúng tôi chọn nghiên cứu với mục tiêu*: Đánh giá kiến thức, thực hành phòng bệnh uốn ván sơ sinh của phụ nữ có thai tại 1 số xã tỉnh Điện Biên năm 2014.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian

nghiên cứu: Đối tượng NC là 199 phụ nữ có thai của 4 xã thuộc huyện Điện Biên - tỉnh Điện Biên. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 3 đến tháng 8/2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.1.1. Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

- Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z2(1-\alpha/2)\ \frac{p.(1-p)}{d2}$$

Thay các giá trị vào công thức, tính được cỡ mẫu cần điều tra là 195 người, thực tế chúng tôi điều tra 199 phụ nữ có thai.

2.3. Nội dung và các biến số sử dụng trong nghiên cứu

*Đặc điểm chung của PNCT: Tuổi, giới, trình độ học vấn…

**Đánh giá kiến thức, thực hành của bà mẹ* Kể đúng tên bệnh: Uốn ván. Biết uốn ván sơ sinh là bệnh nguy hiểm, có thể gây tử vong cho trẻ. Biết đối tượng được phòng bệnh là cho mẹ và cho con. Biết số mũi văcxin uốn ván cần tiêm là từ 2 - 5 mũi. Biết thời gian cần tiêm văcxin phải càng sớm càng tốt, mũi 2 trước khi sinh ít nhất là 15 ngày. Thực hành đủ và đúng thời gian các mũi tiêm văcxin.

Nơi đẻ sạch: Bà mẹ đẻ tại các cơ sở y tế như bệnh viện, trạm y tế.

Đỡ đẻ và chăm sóc rốn sạch: Bà mẹ được CBYT có huấn luyện đỡ và chăm sóc rốn cho trẻ sau khi sinh.

2.4. Công cụ thu thập số liệu: Bộ phiếu điều tra.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu xử lý bằng chương trình SPSS 15.0 for Windows.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		n	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 20	41	20,6
	21 - 35	147	79,3
	> 35 tuổi	11	5,5
Trình độ học vấn	Không đi học	18	9,0
	Tiểu học	33	16,6
	THCS	76	38,2
	THPT	46	23,1
	Trên THPT	26	13,1
Dân tộc	Kinh	33	16,6
	Hmông	18	9,0
	Thái	145	72,9
	Khác	3	1,5
Nghề nghiệp	Nông dân	149	74,9
	Buôn bán	15	7,5
	Cán bộ - Công chức	27	13,6
	Khác	8	4,0
Tổng		**199**	**100,0**

Kết quả bảng 1 cho thấy:

- Độ tuổi của PNCT: Dưới 20 tuổi chiếm 20,6%; Nhóm >35 tuổi chiếm 5,5%.
- Học vấn của PNCT: 9% không đi học và vì thế không biết đọc biết viết.
- Dân tộc Thái chiếm tỷ lệ cao nhất 72,9%.
- Nghề nghiệp: Nông nghiệp chiếm tỷ lệ 74,9%. Công chức chiếm 13,6%.

Biểu đồ 1. Tỷ lệ PNCT biết mức độ nguy hiểm của UVSS (n=199)

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy: PNCT có kiến thức đúng về mức độ nguy hiểm của bệnh UVSS chiếm tỷ lệ 91%, trong đó: Vùng thấp: 98 %, vùng cao chiếm 85,3%. Tuy nhiên vẫn còn 9% chưa có kiến thức, trong đó vùng cao chiếm 16,5%, vùng thấp chiếm 2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

Bảng 2. Tỷ lệ PNCT biết tác dụng của tiêm phòng UVSS

Vùng / Tác dụng	Vùng thấp(n=97)		Vùng cao(n=102)		Chung(n=199)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Phòng bệnh cho mẹ	0	0,0	1	1,0	1	0,5	>0,05
Phòng bệnh cho con	34	35,1	5	4,9	39	19,6	<0,05
Cho cả mẹ và con	62	63,9	95	93,1	157	78,9	<0,05
Không biết	1	1,0	1	1,0	2	1,0	>0,05

Kết quả bảng 2 cho thấy: Tỷ lệ PNCT biết tác dụng của tiêm phòng UVSS là phòng bệnh cho cả mẹ và con chiếm 78,9%, trong đó vùng thấp chiếm 63,9%, vùng cao chiếm 93,1%. PNCT biết tiêm

vắc xin phòng uốn ván phòng bệnh cho con là 19,6%, trong đó vùng thấp chiếm 35,1%, vùng cao chiếm 4,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p <0,05. Ngoài ra vẫn còn 1% PNCT không biết tác dụng của việc tiêm phòng UVSS.

Bảng 3. Kiến thức của PNCT về số mũi và ngày tiêm vắc xin AT

Vùng / Số mũi tiêm	Vùng thấp(n=97)		Vùng cao(n=102)		Chung(n=199)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
1 mũi	4	4,1	1	1,0	5	2,5	>0,05
2 mũi	84	86,6	91	89,2	178	88,0	>0,05
3 mũi	3	3,1	0	0	3	1,5	>0,05
Không biết	6	6,2	10	9,8	16	8,0	>0,05
Ngày tiêm							
Càng sớm càng tốt	49	50,5	40	39,2	89	44,7	<0,05
Trước sinh 15 ngày	1	1,0	1	1,0	2	1,0	>0,05
Khi thai < 3 tháng	1	1,0	2	2,0	3	1,5	>0,05
Thai > 3 tháng	30	30,9	39	38,2	69	34,7	<0,05
Không biết	16	16,5	20	19,6	36	18,1	>0,05

Kiến thức về số mũi vắc xin cần tiêm: Có 88% PNCT trả lời cần tiêm 2 mũi trong thời kỳ mang thai. Có 8% PNCT không biết số mũi vắc xin tiêm phòng uốn ván.

Về thời gian tiêm phòng vắc xin uốn ván: Có 47,7% PNCT trả lời tiêm càng sớm càng tốt biết, trong đó PNCT vùng thấp có 39,2% trả lời, vùng cao chiếm 50,5%. Có 34,7% PNCT trả lời tiêm vắc xin khi thai từ 3 tháng trở lên và có 18,1% phụ nữ trả lời không biết về kiến thức này.

Bảng 4. Tỷ lệ PNCT biết đường lây của độc tố uốn ván

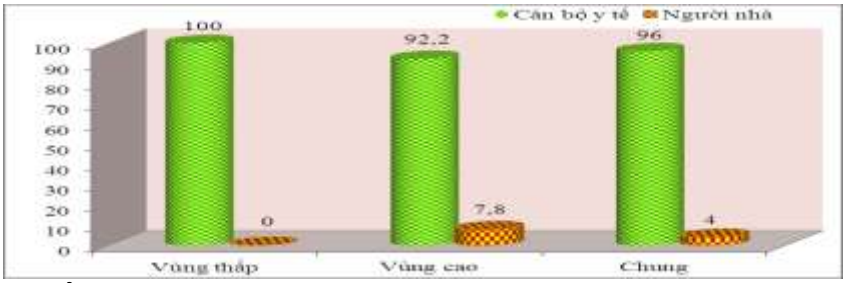
Vùng / Đường lây	Vùng thấp(n=97)		Vùng cao(n=102)		Chung(n=199)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Dụng cụ cắt rốn	82	84,5	74	72,5	156	78,4	>0,05
Băng rốn không sạch	0	0,0	2	2,0	2	1,0	
Tắm nước không sạch	0	0,0	2	2,0	2	1,0	
Không biết	15	15,5	24	23,5	39	19,6	<0,05

Kết quả bảng 4 cho thấy PNCT biết đường lây của độc tố uốn ván là qua dụng cụ cắt rốn chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 78,4%: trong đó 84,5% phụ nữ vùng thấp, 72,5% phụ nữ vùng cao trả lời. Vẫn còn 19,6% phụ nữ nghiên cứu trả lời không biết đường lây của độc tố uốn ván, có 23,5% phụ nữ vùng cao không biết cao hơn so với phụ nữ vùng thấp sự khác biệt có ý nghĩa với p<0,05.

Bảng 5. Tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng UVSS theo tuổi thai

Tuổi thai / Số mũi tiêm	1-3 tháng(n=22)		4-6 tháng(n=139)		7-9 tháng(n=38)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Chưa tiêm	10	45,5	7	5,0	0	0,0
1 mũi	6	27,3	43	30,9	4	10,5
2 mũi	6	27,3	89	64,0	34	89,5

Kết quả bảng 5 cho thấy tỷ lệ PNCT được tiêm phòng UVSS theo tuổi thai cao nhất ở nhóm 7-9 tháng tuổi tiêm 2 mũi chiếm 89,5%, nhóm 4-6 tháng tuổi chiếm 64% và 27,3% ở nhóm 1-3 tháng tuổi. Tiêm 1 mũi cao nhất ở nhóm 4-6 tháng tuổi, 27,3% ở nhóm 1-3 tháng tuổi và 10,5% ở nhóm 7-9 tháng tuổi. Còn 45,5% PNCT từ 1-3 tháng tuổi và 5% PNCT từ 4-6 tháng tuổi chưa được tiêm phòng UVSS.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ phụ nữ có thai dự kiến người đỡ đẻ (n=199)

Kết quả biểu đồ 2 cho thấy hầu hết PNCT dự kiến người đỡ đẻ là cán bộ y tế, chỉ có 7,8% PNCT vùng cao và 4% PNCT chung trong nghiên cứu dự kiến người nhà sẽ đỡ đẻ cho mình.

Bảng 6. Tỷ lệ phụ nữ có thai dự kiến nơi sinh con

Vùng / Dự kiến nơi sinh	Vùng thấp(n=97)		Vùng cao(n=102)		Chung(n=199)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
TYT xã	48	49,5	97	95,1	145	72,9	<0,05
BV huyện	48	49,5	3	2,9	51	25,6	<0,05
Phòng khám tư	0	0,0	2	2,0	2	1,0	>0,05
Khác	1	1,0	0	0,0	1	0,5	>0,05

Kết quả bảng 6 cho thấy: có 95,1% PNCT dự kiến sẽ sinh con tại trạm y tế, PNCT vùng thấp lựa dự kiến chọn TYT xã và bệnh viện huyện là nơi sinh con cho lần đẻ này.

Bảng 7. Dự kiến người tắm và chăm sóc rốn cho bé sau sinh

Vùng / Người CS	Vùng thấp(n=97)		Vùng cao(n=102)		Chung(n=199)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
CBYT	74	76,3	63	61,8	137	68,8	<0,05
Người nhà	24	24,7	39	38,2	63	31,7	<0,05
Tự chăm	21	21,6	0	0,0	21	10,6	

Kết quả bảng 7 cho thấy: Có 68,8% phụ nữ có thai dự kiến chọn CBYT là người tắm và chăm sóc rốn cho bé sau sinh, vùng thấp là 76,3% cao hơn vùng cao 61,8% (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu 199 phụ nữ có thai tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên cho thấy độ tuổi từ 21-35 tuổi (79,3%), trong đó có 72,9% là người dân tộc Thái. Nghề nghiệp chủ yếu là làm ruộng chiếm 74,9%. Trình độ học vấn của PNCT khá thấp, có 9% mù chữ, 16,6% có học vấn tiểu học (Bảng 1). Kết quả này cho thấy đây là một trong nhiều thiệt thòi và trở ngại đối với phụ nữ là người dân tộc khi tiếp cận với những thông tin khi truyền thông trên các phương tiện như sách báo, tờ rơi…

• ***Kiến thức của PNCT về phòng uốn ván sơ sinh:*** Uốn ván sơ sinh là bệnh có thể phòng được bằng tiêm phòng vắc xin uốn ván đủ mũi đặc biệt là PNCT và như vậy nó liên quan nhiều đến nhận thức và việc hưởng ứng tiêm phòng vắc xin uốn ván của họ. Tỷ lệ PNCT biết mức độ nguy hiểm của bệnh UVSS trong nghiên cứu là 91% (biểu đồ 1), cao hơn nhiều so với NC của Đỗ Mạnh Hùng năm 2004, tại Vĩnh Phúc chỉ có 63,4% bà mẹ biết bệnh nguy hiểm, dễ gây tử vong [7]. Kết quả bảng 2 cho thấy: Tỷ lệ PNCT biết tác dụng của tiêm phòng UVSS là phòng bệnh cho cả mẹ và con chiếm 78,9%, trong đó vùng thấp chiếm 63,9%, vùng cao chiếm 93,1%. Ngoài ra vẫn còn 1% PNCT không biết tác dụng của việc tiêm phòng UVSS. Từ kết quả trên chúng tôi nhận thấy việc tuyên truyền nâng cao kiến thức cho PNCT về phòng bệnh uốn ván sơ sinh là hết sức quan trọng.

Kết quả NC bảng 3 cho thấy: Tỷ lệ PNCT tại địa bàn nghiên cứu biết số mũi vắc xin cần tiêm trong nghiên cứu là 89,5, Tỷ lệ này trong NC của Lê Minh Chính là 48,1%[3]. Có thể do NC của Lê Minh Chính triển khai tại hai bản dân tộc Hmông khó khăn nhất của tỉnh Thái Nguyên. Tỷ lệ PNCT biết đường lây của độc tố uốn ván qua dụng cụ cắt rốn, băng rốn là 80,4%. Tuy nhiên vẫn còn tới 19,6% PNCT không biết đường lây của độc tố uốn ván (bảng 4). Đây là một vấn đề hết sức lo ngại trong việc cải thiện các biện pháp phòng bệnh vì ngay bản thân các bà mẹ còn chưa tự nhận thức được mối nguy hiểm và các biện pháp phòng bệnh uốn ván sơ sinh thì việc cải thiện và triển khai các biện pháp phòng chống nó càng gặp nhiều khó khăn và thách thức.

• ***Thực hành của PNCT về phòng bệnh uốn ván sơ sinh:*** Tỷ lệ PNCT được tiêm phòng UVSS 2 mũi ở nhóm 7-9 tháng tuổi là 89,5% (bảng 5). Cao hơn so với NC của Ngô Thị Thu Hà năm 2012 cũng tại tỉnh Điện Biên là 84% [6]. Theo kết quả NC có tới 95,1% PNCT trong NC dự kiến sinh con tại cơ sở y tế (bảng 6), cao hơn NC của Bùi Tú Quyên là 93,4%. Tỷ lệ đẻ tại nhà thời điểm nghiên cứu giảm là do những năm gần đây tỉnh Điện Biên được sự quan tâm hỗ trợ của các ngành, các cấp, các dự án nên đã làm thay đổi đáng kể nhận thức của người dân, đặc biệt những người có uy tín trong cộng đồng đã được nâng lên rõ rệt. Bên cạnh đó mạng lưới chăm sóc sức khoẻ ngày càng hoàn thiện và được củng cố, việc tiếp cận các dịch vụ y tế và mạng lưới cô đỡ thôn bản vào cuộc đã góp phần làm tăng tỷ lệ phụ nữ đẻ được cán bộ y tế chăm sóc.

Như vậy tỷ lệ thực hành của PNCT trên địa bàn huyện Điện Biên là tương đối tốt, song kết quả này có thể không thật sự đem lại hiệu quả bền vững. Chỉ khi nào bản thân các bà mẹ nhận thức đúng và đầy đủ các biện pháp phòng bệnh UVSS, tự giác và chủ động đi tiêm vắc xin uốn ván đúng lịch và đủ mũi cũng như đẻ tại cơ sở y tế hoặc được cán bộ y tế chăm sóc thì hiệu quả của công tác phòng bệnh UVSS mới mới có hiệu quả bền vững.

Dự kiến người đỡ đẻ cho PNCT ở biểu đồ 2 phần lớn là cán bộ y tế, tuy nhiên vẫn còn 7,8% PNCT vùng cao và 4% PNCT vùng thấp dự kiến người nhà sẽ đỡ đẻ cho mình. Để cải thiện vấn đề này không chỉ cán bộ y tế mà sự vào cuộc của các Ban, Ngành, đoàn thể, những người có uy tín trong cộng đồng tham gia vận động thay đổi tập quán đẻ tại nhà. Ở những vùng sâu, vùng xa, khó khăn việc tăng cường mạng lưới cô đỡ thôn bản cũng là một giải pháp làm tăng tỷ lệ đẻ được cán bộ y tế được đào tạo chăm sóc.

Kết quả NC cũng cho thấy có 68,8% PNCT dự kiến người tắm và chăm sóc rốn cho bé sau sinh và cùng nghĩa với 32,2% PNCT dự kiến người nhà hoặc tự bản thân sẽ là người tắm và chăm sóc rốn cho bé sau sinh (bảng 7). Chúng tôi nhận thấy rằng, công tác truyền thông là công việc thường xuyên cần làm để PNCT nói chung và phụ nữ vùng cao nói riêng nhận thức tầm quan trong của vắc xin uốn ván để tự bản thân sẽ thay đổi về hành vi về chăm sóc sức khỏe sinh sản cho cả mẹ và con.

V. KẾT LUẬN

Tiêm vắc xin phòng uốn ván cho PNCT là biện pháp cơ bản trong loại trừ UVSS. Việc nâng cao nhận thức cho phụ nữ có thai về việc tiêm phòng vắc xin uốn ván đủ mũi là việc hết sức quan trọng trong việc phòng bệnh uốn ván sơ sinh. Để thực hiện được mục tiêu này thì mạng lưới nhân viên y tế thôn, bản đóng vai trò hết sức quan trọng. Do vậy việc nâng cao kiến thức về tiêm chủng, thường xuyên cập nhật thông tin và kỹ năng truyền thông về tiêm chủng cho cán bộ y tế, nhân viên y tế thôn bản là việc làm cần được quan tâm hơn nữa để góp phần nâng cao sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2012),** *Kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khoẻ sinh sản tập trung vào làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh giai đoạn 2011-2015*, Hà Nội.
2. **Chương trình Tiêm chủng mở rộng (2013)** Chương trình Tiêm chủng mở rộng góp phần vào mục tiêu nâng cao thể chất giống nòi Việt Nam, Tạp chí Nâng cao sức khoẻ, số 5, 1-2013.
3. **Lê Minh Chính, Nguyễn Thị Bình, Nguyễn Thị Hồng, Tạ Quốc Bản (2011**), Điều kiện sống và thực trạng công tác chăm sóc sức khoẻ sinh sản ở hai bản người dân tộc Mông tại huyện Đồng Hỷ và Võ Nhai tỉnh Thái Nguyên, năm 2011*, Tạp chí Y tế công cộng*, 10.2011, số 21 (21), tr 50-54.
4. **Nguyễn Văn Cường (2010),** *Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới loại trừ và duy trì thành quả loại trừ uốn ván sơ sinh ở Việt Nam, 2000-2009*, Luận văn tiến sỹ y học, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
5. **Dự án Tiêm chủng mở rộng (2014**) *Báo cáo tổng kết tiêm chủng mở rộng năm 2013.*
6. **Ngô Thị Thu Hà (2012***), Kiến thức và thực hành về chăm sóc bà mẹ trẻ em của phụ nữ từ 15-49 tuổi đang nuôi con dưới 3 tuổi tại tỉnh Điện Biên năm 2012*, Luận án Thạc sỹ, Trường Đại học Y dược Thái Bình, Thái Bình.
7. **Đỗ Mạnh Hùng (2006),** Kiến thức, thực hành phòng bệnh uốn ván sơ sinh và một số yếu tố liên quan, 2004, *Tạp chí y học dự phòng*, tập XVI, số 2(80), tr. 57-61.

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÔN MỸ ĐỘNG XÃ HIẾN THÀNH HUYỆN KINH MÔN TỈNH HẢI DƯƠNG THÁNG 1 NĂM 2018

Lê Văn Thêm*, Nguyễn Thị Thu Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tăng huyết áp và phân tích một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại thôn Mỹ Động, xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương tháng 1 năm 2018. **Phương pháp:** Nghiên cứu ngang có phân tích trên 186 người cao tuổi. **Kết quả:** Tỷ lệ THA là 64.2% trong đó tỉ lệ THA mới phát hiện là 40.8%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp không được điều trị chiếm tỷ lệ rất cao (83,4%). Tỷ lệ bệnh nhân có điều trị huyết áp có huyết áp được kiểm soát chiếm 62,5%. **Một số yếu tố ảnh hưởng đến THA**: Tỷ lệ nam THA cao hơn tỷ lệ nữ THA (71.8 so với 59.3%), (P>0,05). Tỷ lệ những người THA có tiền sử gia đình có người thân THA cao hơn tỷ lệ người có tiền sử gia đình THA không THA (84.0% so với 61.5%) P<0,05. Tỷ lệ cao huyết áp ở nhóm hút thuốc lá cao hơn so với không hút lá (75,5% so với 60,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0.05. Tỷ lệ cao huyết áp ở nhóm uống rượu bia thường xuyên cao hơn so với nhóm không uống rượu bia thường xuyên (68.3% so với 63,4%), (p >0,05). Tỷ lệ cao huyết áp ở nhóm thường xuyên ăn mặn cao hơn so với nhóm ăn bình thường, ăn nhạt(79,0% so với 53,3%), (P<0.05). Tỷ lệ cao huyết áp ở nhóm thường xuyên ăn dầu mỡ cao hơn so với nhóm không thường xuyên ăn dầu mỡ(68,8% so với 61,3%), (p >0,05).

Từ khoá: *Cao huyết áp, người cao tuổi*

**Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm
Email: themlv2003@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 12.2.2018
Ngày duyệt bài: 21.2.2018

SUMMARY

THE STATUS OF HYPERTENSION IN THE ELDERLY AT MY DONG WARD, KINH MON DISTRICT, HAI DUONG PROVINCE IN 2018

Purpose: To describe the status of hypertension and to analyze some relative factor in the elderly at My Dong award, Minh Mon district, Hai Duong province in 2018. **Methods:** Descriptive cross-sectional analysis study performs on 186 elderly. **Results:** The prevalence of hypertension was 64.2% within the new hypertension was 40.8%. The incidence of untreated hypertension was very high (83.4%). The proportion patients with hypertension had been treated and blood pressure controlled control was 62.5%. **Some factors affect hypertension**: The prevalence of hypertension in men is higher than women (71.8% vs. 59.3%). The people whose family has the history of hypertension then the proportion of suffering from is higher than the those without (84.0% vs 61.5%), p<0.05. The prevalence of hypertension in smokers was higher than that of non-smokers (75.5% vs. 60.2%) with p<0.05. The prevalence of hypertension was higher in the drinkers than in non-drinkers (68.3% vs. 63.4%). The prevalence of hypertension was significantly higher in the group of salty eating (79.0% vs. 53.3%) with p <0.05. The prevalence of hypertension was higher in the group of fatty eating (68.8% vs. 61.3%).

Keywords: *Hypertension, elderly*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay bệnh tăng huyết áp đang có biểu hiện gia tăng không ngừng trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng, gây nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng, đặc biệt đối với sức khỏe người cao tuổi. Theo tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 2000 toàn thế giới có tới 972 triệu người bị tăng huyết áp, dự tính đến năm 2025 con số đó có khoảng 1,56 tỉ người.

Có rất nhiều nghiên cứu cho thấy, tăng huyết áp liên quan đến tuổi, giới, hút thuốc lá, rượu bia, béo phì, hoạt động thể lực và các yếu tố kinh tế xã hội. Người bị tăng huyết áp phải điều trị liên tục và lâu dài, đồng thời phải tránh các yếu tố nguy cơ làm tăng huyết áp và nhận thức được tầm quan trọng của việc điều trị cũng như sự nguy hiểm của các biến chứng do tăng huyết áp gây ra.

Theo thống kê của Cục y tế dự phòng tháng 7 năm 2017 cho thấy các tuyến cơ sở, đặc biệt là các trạm y tế xã, phường chưa cung cấp đầy đủ các dịch vụ dự phòng, phát hiện, quản lí điều trị lâu dài cho người mắc bệnh tại cộng đồng, vì vậy có gần 60% người mắc bệnh tăng huyết áp chưa được phát hiện, chỉ có 14% bệnh nhân tăng huyết áp được quản lí, dự phòng và điều trị theo quy định. Thôn Mỹ Động xã Hiến Thành là thôn thuộc xã miền núi, theo đạo thiên chúa giáo chưa có một nghiên cứu nào về thực trạng tăng huyết áp, chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng tăng huyết áp của người cao tuổi tại thôn Mỹ Động, xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương tháng 1 năm 2018.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thôn Mỹ Động, xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương tháng 1 năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ người cao tuổi (≥ 60 tuổi) sinh sống tại thôn Mỹ Động, xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đồng ý tham gia nghiên cứu. Không còn khả năng nhận thức (rối loạn trí nhớ, rối loạn tâm thần…)

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả

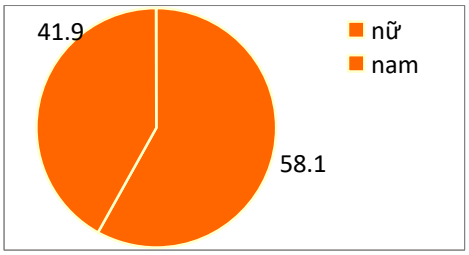
- Cỡ mẫu nghiên cứu: toàn bộ người cao tuổi (≥ 60 tuổi) tại thôn Mỹ Động, xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương.

- Kỹ thuật thu thập thông tin: Đo huyết áp: Máy đo huyết áp thủy ngân. Các yếu tố liên quan và đặc điểm cá nhân: Phỏng vấn

- Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của ĐTNC



Biểu đồ 3.1: Phân bố ĐTNC theo giới

Nhận xét: Nữ chiếm 58.1% nhiều hơn nam giới

Bảng 3.1: phân bố ĐTNC theo nhóm tuổi

Nhóm Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
60-69	110	58.8
70-79	33	17.6
≥80	43	23.6
Tổng	**186**	**100**

Nhận xét: Độ tuổi từ 60-69 chiếm tỉ lệ cao (58.8%) sau đó đến nhóm tuổi ≥80 chiếm 23.6%,và ít nhất là nhóm tuổi 70-79 chiếm 17.6%.

Bảng 3.2: Phân bố ĐTNC theo trình độ học vấn

Trình độ học vấn	Số lượng	Tỷ lệ %
Mù chữ	10	5.4
Cấp 1	56	30.1
Cấp 2	97	52.2
Cấp 3	20	10.8
Đại học và sau đại học	3	1.5
Tổng	**186**	**100**

Nhận xét: Trình độ cấp 1,cấp 2 là chủ yếu chiếm 82.3%.

Bảng 3.3: phân bố ĐTNC theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ %
Nông Dân	162	87.1
Hưu Trí	5	2.7
Nội Trợ	7	3.8
Khác	12	6.4
Tổng	**186**	**100**

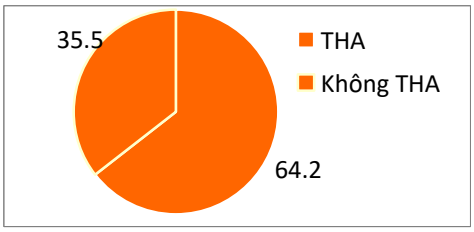
Nhận xét: Chủ yếu là Nông Dân chiếm 87.1%

3.2 Thực trạng THA của ĐTNC

Bảng 3.4: Tình trạng biết bị THA của bệnh nhân THA

Tình trạng THA	Số lượng	Tỷ lệ
Đã biết THA	71	59.2
Chưa biết THA	49	40.8
Tổng	**120**	**100**

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân chưa biết THA chiếm 40.8% trong số những người THA.



Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ THA của ĐTNC

Nhận xét: Tỷ lệ THA của ĐTNC ở mức cao (64.2%).

Bảng 5: Tình trạng điều trị của những người THA

Tình trạng điều trị	Số lượng	Tỷ lệ %
Có điều trị	32	26,6
Không điều trị	88	83,4
Tổng	**120**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân THA không được điều trị chiếm tỷ lệ cao (83,4%).

Bảng 3.6: Mức độ kiểm soát HA ở những người có tiền sử THA có điều trị

TT điều trị / Kiểm soát HA	Dùng thuốc thường xuyên		Dùng thuốc không thường xuyên		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
HA ổn định	18	85.7	2	18.2	20	62,5
HA không ổn định	3	14.3	9	81.8	12	37,5
Tổng	**21**	**100**	**11**	**100**	**32**	**100**

Nhận xét: Trong số những người có tiền sử THA: Những người dùng thuốc thường xuyên có kiểm soát được huyết áp ổn định chiếm tỷ lệ cao hơn những người dùng thuốc không thường xuyên (85.7% so với 18,2%). Tỷ lệ bệnh nhân có điều trị THA có HA ổn định chiếm 62,5%

3.3 Một số yếu tố liên quan đến THA của đối tượng NC

Bảng 3.7: Tình trạng THA theo giới

HA / Giới	THA		Không THA		Tổng		p
	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)	
Nam	56	71.8	22	28.2	78	100	0.078
Nữ	64	59.3	44	40.7	108	100	

Nhận xét: Tỷ lệ nam THA cao hơn tỷ lệ nữ THA(71.8 so với 59.3%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (P>0,05)

Bảng 3.8: Mối quan hệ giữa tiền sử gia đình với tình trạng THA

HA / Tiền sử Gia đình	THA		Không THA		Tổng		p
	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)	
Có tiền sử THA	21	84.0	4	16.0	25	100	0,029
Không có tiền sử THA	99	61.5	62	38.5	161	100	

Nhận xét: Tỷ lệ những người THA có tiền sử gia đình có người thân THA cao hơn tỷ lệ người có tiền sử gia đình THA không THA (84.0% so với 61.5%) với P<0,05

Bảng 3.9: Liên quan giữa thói quen hút thuốc, uống rượu bia, ăn mặn với tỷ lệ THA:

HA / Thói quen	THA		Không THA		Tổng		p
	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)	
Hút thuốc lá	40	75,5	13	24,5	53	100	0.049

Không hút thuốc lá	80	60,2	53	39,8	133	100	
Uống rượu bia thường xuyên	28	68,3	13	31,7	41	100	0.568
Ít và không uống rượu bia	92	63,4	53	36,6	145	100	
Ăn mặn	64	79,0	17	21,0	81	100	0.01
Ăn bình thường, ăn nhạt	56	53,3	49	46,7	105	100	
Ăn dầu mỡ thường xuyên	55	68,8	25	31,2	80	100	0.294
Ăn dầu mỡ không thường	65	61,3	41	38,7	106	100	

Nhận xét: Tỷ lệ THA ở nhóm:

- Hút thuốc lá cao hơn so với không hút lá (75,5% so với 60,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0.05

- Uống rượu bia thường xuyên cao hơn so với nhóm không uống rượu bia thường xuyên (68.3% so với 63,4%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p >0,05

-Thường xuyên ăn mặn cao hơn so với nhóm ăn bình thường, ăn nhạt (79,0% so với 53,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0.05

-Thường xuyên ăn dầu mỡ cao hơn so với nhóm không thường xuyên ăn dầu mỡ(68,8% so với 61,3%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p >0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tình trạng THA: Tình trạng THA nói chung ở NCT tại thôn Mỹ Động ở mức cao (64.2%). Tương tự như nghiên cứu của Hoàng Phương Thủy cho thấy tỉ lệ THA là 61.2%[7]. Tỉ lệ những NCT mới phát hiện tại thôn Mỹ Động chiếm 40.8% trong số những người THA. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp không được điều trị chiếm tỷ lệ rất cao (83,4%). Tỷ lệ bệnh nhân có điều trị huyết áp có huyết áp được kiểm soát chiếm 62,5%. Như vậy trong số bệnh nhân tăng huyết áp chỉ có 20/120 người có HA được kiểm soát (16.7%), một tỷ lệ đáng báo động. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu tại Đà Nẵng [7]

4.2 Các yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp

Tỷ lệ nam THA cao hơn tỷ lệ nữ THA (71.8%/59.3%) phù hợp với nghiên cứu "Nghiên cứu tình trạng tăng huyết áp của người cao tuổi tại xã Du Tiến huyện Yên Minh tỉnh Hà Giang và các yếu tố liên quan"trên tạp chí công nghệ tháng 1 năm 2012 (62.5%/25%)[6]

Tỷ lệ những người THA có tiền sử gia đình có người thân THA cao hơn tỷ lệ người có tiền sử gia đình THA không THA (84.0% so với 61.5%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0,05

Tỷ lệ tăng HA ở nhóm hút thuốc lá cao hơn so với không hút lá (75,5% so với 60,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0.05, uống rượu bia thường xuyên cao hơn so với nhóm không uống rượu bia thường xuyên (68.3% so với 63,4%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.với p >0,05. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp so với nghiên cứu: của Chu Hồng Thắng (nhóm hút thuốc lá, lào thường xuyên là 23,7%; nhóm hút thuốc lá, thuốc lào không thường xuyên là 15,9%, nhóm uống rượu bia thường xuyên là 19,8%, nhóm uống rượu bia không thường xuyên là 16,2%), của Nguyễn Thị Loan (nhóm người hút thuốc lá thường xuyên THA cao gấp 9,34 lần so với nhóm không hút thuốc thường xuyên, nhóm uống rượu thường xuyên cao gấp 8,66 lần)[2].

Tỷ lệ tăng HA ở nhóm thường xuyên ăn mặn cao hơn so với nhóm ăn bình thường, ăn nhạt (79,0% so với 53,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0.05, thường xuyên ăn dầu mỡ cao hơn so với nhóm không thường xuyên ăn dầu mỡ (68,8% so với 61,3%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với p >0,05. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của ông Nguyễn Lân Việt ở xã Xuân Canh, Đông Anh, Hà Nội với thói quen ăn mặn có nguy cơ THA cao gấp 1.7 lần so với thói quen ăn bình thường và ăn nhạt, chế độ ăn nhiều dầu mỡ có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [3];

V. KẾT LUẬN

1. Tình trạng THA tại tại thôn Mỹ Động, xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương

- Tỷ lệ THA là 64.2% trong đó tỉ lệ THA mới phát hiện là 40.8%

- Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp không được điều trị chiếm tỷ lệ rất cao (83,4%).

- Tỷ lệ bệnh nhân có điều trị huyết áp có huyết áp được kiểm soát chiếm 62,5%.

2.Một số yếu tố ảnh hưởng đến THA

- Tỷ lệ nam THA cao hơn tỷ lệ nữ THA(71.8 so với 59.3%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (P>0,05)

- Tỷ lệ những người THA có tiền sử gia đình có người thân THA cao hơn tỷ lệ người có tiền sử gia đình THA không THA (84.0% so với 61.5%) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P<0,05

- Tỷ lệ cao huyết áp ở nhóm hút thuốc lá cao hơn so với không hút lá (75,5% so với 60,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0.05

- Tỷ lệ cao huyết áp ở nhóm uống rượu bia thường xuyên cao hơn so với nhóm không uống rượu bia thường xuyên (68.3% so với 63,4%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p >0,05

- Tỷ lệ cao huyết áp ở nhóm thường xuyên ăn mặn cao hơn so với nhóm ăn bình thường, ăn nhạt (79,0% so với 53,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0.05

- Tỷ lệ cao huyết áp ở nhóm thường xuyên ăn dầu mỡ cao hơn so với nhóm không thường xuyên ăn dầu mỡ (68,8% so với 61,3%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.với p >0,05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Đức Thuận Anh, Hoàng Đình Tuyên, Nguyễn Thị Nga (2013**), Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi tại huyện Hương Thủy, thừa thiên Huế, *tạp chí Y học thực hành.*
2. **Nguyễn Thị Loan (2009),** *Nghiên cứu bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở đồng bào dân tộc thiểu số,* luận văn thạc sỹ, tr 31-35.
3. **Phạm Gia Khải, Nguyễn Lân Việt, Đỗ Quốc Hùng, Nguyễn Thị Bạch Yến (2000**), Đặc điểm dịch tễ học bệnh tăng huyết áp tại Hà Nội, *tạp chí Tim mạch học,* số 21, tr 258-282.
4. **Phạm Gia Khải, Nguyễn Lân Việt và cộng sự (2002),** Dịch tễ tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở vùng đồng bằng Thái Bình 2002, *tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, số 22, tr 11-18.
5. **Phạm Gia Khải, Nguyễn Lân Việt, Phạm Thái Sơn, Nguyễn Ngọc Quang và cộng sự (2003),** Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam 2001-2002, *Tạp chí Tim mạch học*, số 33, tr 9-34.
6. **Nguyễn Văn Phát, (2011),** thực trạng bệnh tăng huyết áp ở xã Du Tiến, huyện Yên Minh, tỉnh Hà Giang và các yếu tố liên quan, *tạp chí Khoa Học & Công Nghệ*, tập 89, số 01, tr 65-69.
7. **Hoàng Phương Thủy, (2012),** *Tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi và các yếu tố liên quan tại phường An Hải Tây, quận Sơn Trà, tp Đà Nẵng,*

THỰC TRẠNG CHĂM SÓC DINH DƯỠNG CHO BỆNH NHÂN PHONG TẠI BỆNH VIỆN PHONG DA LIỄU VĂN MÔN VÀ BỆNH VIỆN PHONG DA LIỄU TRUNG ƯƠNG QUỲNH LẬP

Ninh Thị Nhung[1], Lương Xuân Hiến[1], Phạm Thị Dung[1], Bùi Huy Thiện[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chăm sóc dinh dưỡng cho 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:** Cán bộ lãnh đạo, quản lý cấp khoa, phòng trở lên của 2 bệnh viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Cả 2 bệnh viện đều có khoa dinh dưỡng và có cán bộ đào tạo về dinh dưỡng; Số tiền hỗ trợ bữa ăn cho bệnh nhân tại bệnh viện (BV) phong da liễu Văn Môn là 4.000 đồng/ngày, BV phong da liễu trung ương Quỳnh Lập là trên 10.000 đồng/ngày; Tỷ lệ các cán bộ quản lý tại 2 bệnh viện đã được đào tạo về Dinh dưỡng và có khả năng tham gia các nội dung về dinh dưỡng còn rất thấp; Gần 80% trang thiết bị không đáp ứng được các hoạt động chăm sóc bệnh nhân.

Từ khóa: Bệnh phong, Chăm sóc sinh dưỡng.

SUMMARY

SITUATION OF NUTRITIONAL CARE FOR LEPROPY PATIENTS AT VAN MON LEPROSY DERMATOLOGY HOSPITAL AND QUYNH LAP NATIONAL LEPROSY DERMATOLOGY HOSPITAL

Objective: Describe the situation of nutritional care for 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:** Both hospitals have nutritional departments and nutrition education staff; Meal allowance for patients at Van Mon leprosy dermatology Hospital is 4.000 VND/day, at Quynh Lap national leprosy dermatology Hospital is over 10.000 VND/day; The proportion of managers in the two hospitals trained in nutrition and the ability to participate in nutritional content is very low; Nearly 80% of equipment does not meet the needs of patient care.

Keywords: Leprosy; Nutritional care;

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

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
[2]*Bệnh viện phogn da liễu Văn Môn*
Chịu trách nhiệm chính: Ninh Thị Nhung
Email: nhungntytb@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.01.2018
Ngày duyệt bài: 9.2.2018

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 hai bệnh viện chuyên khoa điều trị bệnh phong cho những người mắc bệnh phong các tỉnh khu vực bắc bộ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả thực trạng chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân phong tại Bệnh viện Phong tỉnh Thái Bình và tỉnh Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phong Da liễu Văn Môn và Bệnh viện Phong Da liễu trung ương Quỳnh Lập
- Đối tượng nghiên cứu: Cán bộ lãnh đạo quản lý từ cấp khoa phòng trở lên của 2 bệnh viện.
- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 3/2013 –6/2013

2.2 Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ Ban Giám đốc của 2 bệnh viện. Chọn toàn bộ các cán bộ hiện là trưởng, phó, phụ trách của các khoa và các phòng ban chức năng của 2 bệnh viện.

2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu: Phỏng vấn cán bộ lãnh đạo: Tiến hành phỏng vấn trực tiếp để xác định thực trạng thái độ ứng xử của cán bộ lãnh đạo, cán bộ quản lý bệnh viện, các phòng, các khoa quan tâm đến các giải pháp dinh dưỡng cho bệnh nhân phong tại bệnh viện.

Xác định những giải pháp từ tuyến trên đã được các nhà quản lý áp dụng để nâng cao tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân tại bệnh viện.

Xác định những khó khăn và thuận lợi, những thành công và hạn chế trong hoạt động chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân phong tại bệnh viện.

2.4. Các phương pháp hạn chế sai số: Phiếu phỏng vấn cán bộ y tế cơ sở đã được các cán bộ chuyên khoa xây dựng thống nhất và thông qua hội thảo với các chuyên gia chỉnh sửa trước khi đưa vào sử dụng. 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. Chọn mẫu nghiên cứu đúng tiêu chuẩn.

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: Thực trạng hoạt động dinh dưỡng tại 2 bệnh viện nghiên cứu

Chỉ số đánh giá	BV Văn Môn	BV Quỳnh Lập
Khoa dinh dưỡng	Có	Có
Cán bộ đào tạo về dinh dưỡng	Có	Có
Thực hiện các nội dung đánh giá tình trạng dinh dưỡng	Không	Không
Thực hiện tư vấn dinh dưỡng	Không	Không
Cung cấp bữa ăn cho BN hàng ngày	Có	Có

Kết quả bảng 3.1 cho thấy cả 2 bệnh viện đều có khoa dinh dưỡng và có cán bộ đào tạo về dinh dưỡng và cung cấp bữa ăn cho bệnh nhân hàng ngày nhưng chưa thực hiện các nội dung đánh giá tình trạng dinh dưỡng và chưa thực hiện tư vấn dinh dưỡng.

Bảng 3.2: Hình thức hỗ trợ bữa ăn cho bệnh nhân phong tại 2 bệnh viện nghiên cứu

Chỉ số đánh giá	BV Văn Môn	BV Quỳnh Lập
Hỗ trợ bữa ăn cho bệnh nhân	Có	Có
Số tiền hỗ trợ	4.000 đồng/người/ngày	trên 10.000đồng/người/ngày
Nguồn hỗ trợ		
Ngân sách nhà nước	Có, thường xuyên	Có, thường xuyên
Tổ chức từ thiện	Có, không thường xuyên	Có, thường xuyên
Bệnh nhân tự tăng gia	Có, không thường xuyên	Có, ko thường xuyên
Gia đình bệnh nhân	Có, không thường xuyên	Có, ko thường xuyên
Nguồn phúc lợi của BV	Có, không thường xuyên	Có, thường xuyên
Hình thức hỗ trợ: Tiền	Có	Có
Thực phẩm	Có	Có

Kết quả bảng 3.2 cho thấy số tiền hỗ trợ bữa ăn cho bệnh nhân tại BV Văn Môn là 4.000 đồng, BV Quỳnh Lập là trên 10.000 đồng. Nguồn hỗ trợ từ ngân sách nhà nước, tổ chức từ thiện, bệnh nhân gia tăng, từ gia đình bệnh nhân và từ nguồn phúc lợi của bệnh viện đều diễn ra thường xuyên, và hình thức hỗ trợ là tiền và thực phẩm.

Bảng 3.3: Tỷ lệ các cán bộ quản lý tại 2 bệnh viện đã được đào tạo về dinh dưỡng

Nội dung đào tạo	BV Văn Môn (n = 16)		BV Quỳnh Lập (n=26)	
	SL	%	SL	%
PP đánh giá TTDD	4	25,0	3	11,5
Chẩn đoán bệnh liên quan đến dinh dưỡng	12	75,0	8	30,8
Chỉ định chế độ ăn cho BN	11	68,8	8	30,8
Điều chỉnh chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân	9	56,2	8	30,8
Tư vấn cho BN/GĐBN	10	62,5	14	53,8
Kỹ năng chế biến thức ăn	12	75,0	12	46,2

Kết quả bảng 3.3 cho thấy trên 50% cán bộ quản lý của BV Phong Văn Môn được đào tạo chẩn đoán bệnh liên quan đến dinh dưỡng, chỉ định chế độ ăn cho bệnh nhân, điều chỉnh chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân, tư vấn cho BN/GĐBN, kỹ năng chế biến thức ăn, tỷ lệ được đào tạo phương pháp đánh giá TTDD là 25%. Tại BV Quỳnh Lập tỷ lệ cán bộ được đào tạo kỹ năng tư vấn cho BN/GĐBN là cao nhất 53,8%, kỹ năng chế biến thức ăn là 46,2%, các kỹ năng khác tương đối thấp.

Bảng 3.4: Tỷ lệ các cán bộ quản lý tại 2 bệnh viện có khả năng tham gia các nội dung về dinh dưỡng

Nội dung tham gia	BV Văn Môn(n = 16)		BV Quỳnh Lập(n = 26)	
	SL	%	SL	%
PP đánh giá TTDD	3	18,8	4	15,4
Chẩn đoán bệnh liên quan đến dinh dưỡng	4	25,0	6	23,1
Chỉ định chế độ ăn cho BN	6	37,5	5	19,2
Điều chỉnh chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân	4	25,0	3	11,5
Tư vấn cho BN/GĐBN	7	43,8	10	38,5
Kỹ năng chế biến thức ăn	3	18,8	6	23,1

Kết quả bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ cán bộ quản lý tham gia tốt nội dung tư vấn cho BN/GĐBN chiếm tỷ lệ cao nhất tại BV Văn Môn là 43,8%, BV Quỳnh Lập là 38,5%, thực hiện chỉ định chế độ ăn cho bệnh nhân là 37,5% tại BV Văn Môn, chỉ có 19,2% ở BV Quỳnh Lập, các nội dung khác còn thấp.

Bảng 3.5: Tỷ lệ các cán bộ quản lý tại 2 bệnh viện có nhu cầu bổ sung kiến thức các nội dung về dinh dưỡng

Nội dung bổ sung kiến thức	BV Văn Môn(n=16)		BV Quỳnh Lập(n=26)	
	SL	%	SL	%
PP đánh giá TTDD	14	87,5	23	88,5
Chẩn đoán bệnh liên quan đến DD	14	87,5	22	84,7
Chỉ định chế độ ăn cho BN	14	87,5	22	84,7
Điều chỉnh chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân	14	87,5	22	84,7
Tư vấn cho BN/GĐBN	14	87,5	21	80,8
Kỹ năng chế biến thức ăn	14	87,5	23	88,5

Kết quả bảng 3.5 cho thấy trên 80% cán bộ cán bộ quản lý tại 2 bệnh viện có nhu cầu bổ sung kiến thức các nội dung về Dinh dưỡng***.***

Bảng 3.6: Tỷ lệ các cán bộ quản lý tại 2 bệnh viện có nhu cầu bổ sung kỹ năng các nội dung về dinh dưỡng

Nội dung bổ sung kỹ năng	BV Văn Môn(n = 16)		BV Quỳnh Lập(n = 26)	
	SL	%	SL	%
PP đánh giá TTDD	7	43,8	12	46,2
Chẩn đoán bệnh liên quan đến DD	10	62,5	11	42,3
Chỉ định chế độ ăn cho BN	10	62,5	12	46,2
Điều chỉnh chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân	10	62,5	12	46,2
Tư vấn cho BN/GĐBN	10	62,5	10	38,5
Kỹ năng chế biến thức ăn	10	62,5	10	38,5

Có 62,5% cán bộ quản lý BV Văn Môn có nhu cầu bổ sung về kỹ năng các nội dung về dinh dưỡng như chẩn đoán bệnh liên quan đến DD, chỉ định chế độ ăn cho BN, điều chỉnh chế độ ăn phù hợp với

bệnh nhân, tư vấn cho BN/GĐBN, kỹ năng chế biến thức ăn, nhu cầu đào tạo PP đánh giá tình trạng dinh dưỡng là 43,8%. Trong khi tại BV Quỳnh Lập 46,2% có nhu cầu bổ sung kỹ năng về PP đánh giá TTDD, chỉ định chế độ ăn cho BN, điều chỉnh chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân, chỉ có 38,2% cán bộ có nhu cầu đào tạo kỹ năng tư vấn cho BN/GĐBN, chế biến thức ăn.

Bảng 3.7: Những khó khăn trong công tác cải thiện TTDD cho bệnh nhân

Các chỉ số	BV Văn Môn (n = 16)		BV Quỳnh Lập (n = 26)	
	SL	%	SL	%
Điều kiện kinh tế của BN còn khó khăn	16	100,0	18	69,2
BN thiếu kiến thức về DD	16	100,0	17	65,4
Ngân sách thấp	16	100,0	22	84,6
Thiếu cán bộ	12	75,0	12	46,2
Năng lực cán bộ chưa đáp ứng	16	100,0	14	53,8

Kết quả bảng 3.7 cho thấy tại BV Văn Môn còn gặp vấn đề khó khăn do điều kiện kinh tế của bệnh nhân còn nghèo, bệnh nhân thiếu kiến thức về dinh dưỡng, ngân sách thấp, năng lực cán bộ chưa đáp ứng, 75% thiếu cán bộ. Tại BV Quỳnh Lập tỷ lệ ngân sách thấp cũng chiếm 84,6%.

Bảng 3.8: Những khó khăn về hoạt động chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân

Các chỉ số	BV Văn Môn(n=16)		BV Quỳnh Lập (n=26)	
	SL	%	SL	%
Khó khăn về nhân lực:Có một vài khó khăn	5	31,2	12	46,2
Có nhiều khó khăn về NL	9	56,2	4	15,4
Khó khăn về trình độ nhân lực				
Tất cả chưa được đào tạo chuyên ngành	10	62,5	3	11,5
Một số chưa được đào tạo chuyên ngành	6	37,5	23	88,5
Trang thiết bị không có	12	75,0	21	80,8

Tìm hiểu về những khó khăn trong hoạt động chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân kết quả bảng 3.8 cho thấy: Gần 80% trang thiết bị không đáp ứng được các hoạt động chăm sóc bệnh nhân, trình độ chuyên môn của cán bộ y tế chưa được đào tạo chuyên ngành, thiếu về nhân lực.

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá về hoạt động chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân phong kết quả nghiên cứu của chúng tôi thể hiện qua bảng 3.1 đã cho thấy cả 2 bệnh viện đều có khoa dinh dưỡng và có cán bộ đào tạo về dinh dưỡng, thực hiện cung cấp bữa ăn cho bệnh nhân hàng ngày. Đây chính là một đặc thù riêng của bệnh viện Phong so với các bệnh viện khác. Những năm cuối của thập kỷ 80, khi nền kinh tế bao cấp bị xóa bỏ, hầu hết bệnh viện các tuyến cũng không còn tồn tại khoa Dinh dưỡng nữa. Chế độ ăn của bệnh nhân được bác sỹ chỉ định và gia đình tự nấu hoặc mua tại các quán ăn gần bệnh viện. Nhưng riêng đối với bệnh nhân phong, chế độ ăn uống vẫn được bao cấp nên khoa dinh dưỡng bệnh viện vẫn duy trì để thực hiện cung cấp bữa ăn cho bệnh nhân nhưng mới chỉ thực hiện được chức năng nhà bếp là chủ yếu. Tuy nhiên, một trong những chức năng quan trọng của khoa dinh dưỡng là thực hiện tư vấn dinh dưỡng và đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh để có thể lập kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng tốt hơn thì cả hai bệnh viện đều chưa thực hiện được. Bệnh nhân phong được quan tâm chủ yếu đến thuốc điều trị và phòng ngừa tàn tật là chính [1], [2], [4].

Bên cạnh đó, điều kiện kinh tế của bệnh nhân còn khó khăn. Bệnh nhân phong là những đối tượng nghèo nhất trong các đối tượng nghèo. Nhiều bệnh nhân phong không gia đình, không người thân thích, nguồn sống chủ yếu dựa vào sự trợ cấp của nhà nước và các hoạt động tài trợ. Nguồn thu nhập từ lao động tự kiếm sống là không đáng kể. Bệnh nhân phong đa số có trình độ văn hóa thấp, ít tiếp xúc, giao lưu với xã hội nên kiến thức chung và kiến thức về dinh dưỡng còn hạn chế. Nhất là đối với những bệnh nhân phong tàn tật. Các đối tượng này sống phụ thuộc hoàn toàn vào nguồn trợ cấp và các sinh hoạt tối thiểu nhiều khi cũng không tự phục vụ được cho bản thân. Ngay cả ăn uống, bệnh nhân tàn tật nặng cũng phải phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc [3],[4]. Trong khi đó, nguồn ngân sách cấp cho bệnh nhân phong không đồng đều giữa các bệnh viện. Bệnh viện Phong Da liễu trung ương Quỳnh Lập là bệnh viện tuyến trung ương nên mức chi từ nguồn ngân sách được cấp cao hơn so với bệnh viện Phogn da liễu Văn Môn. Chế độ ăn của bệnh nhân ở bệnh viện Quỳnh Lập tốt hơn. Bệnh nhân được hưởng mức chi cho ăn uống trên 10.000đ/ngày. Còn tại bệnh viện Văn Môn, bệnh nhân chỉ được hưởng mức 4.000đ/ngày. Điều này đã được thể hiện ngay trong cơ cấu khẩu phần của bệnh nhân và nó

cũng đã giải thích một phần lý do tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân phong ở Quỳnh Lập tốt hơn so với ở bệnh viện Văn Môn. Ngoài nguồn hỗ trợ từ ngân sách nhà nước, các nguồn kinh phí từ tổ chức từ thiện, từ gia đình bệnh nhân và từ nguồn phúc lợi của bệnh viện đều đều có bổ sung chủ yếu dưới hình thức hỗ trợ là tiền và thực phẩm chế biến sẵn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả bảng 3.3 cho thấy trên 50% cán bộ quản lý của BV Phong Da liễu Văn Môn được đào tạo chẩn đoán bệnh liên quan đến dinh dưỡng, chỉ định chế độ ăn cho bệnh nhân, điều chỉnh chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân, tư vấn cho bệnh nhân/gia đình bệnh nhân, kỹ năng chế biến thức ăn, tỷ lệ được đào tạo phương pháp đánh giá TTDD là 25%. Tại BV Phogn da liễu Trung ương Quỳnh Lập tỷ lệ cán bộ được đào tạo kỹ năng tư vấn cho bệnh nhân/gia đình bệnh nhân là cao nhất 53,8%, kỹ năng chế biến thức ăn là 46,2%, các kỹ năng khác tương đối thấp. Điều này cho thấy cần có kế hoạch đào tạo lại cho đội ngũ cán bộ, nhất là cán bộ chăm sóc trực tiếp cho bệnh nhân tàn tật nặng.

Dinh dưỡng tiết chế là một trong những nội dung chăm sóc điều trị cho bệnh nhân, nhất là đối với bệnh nhân đặc biệt như bệnh nhân phong thì vấn đề này càng trở nên quan trọng hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả bảng 3.4 đã cho thấy tỷ lệ cán bộ quản lý tham gia tốt nội dung tư vấn cho bệnh nhân/gia đình bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất tại BV Văn Môn là 43,8%, BV Quỳnh Lập là 38,5%, thực hiện chỉ định chế độ ăn cho bệnh nhân là 37,5% tại BV Văn Môn, chỉ có 19,2% ở BV Quỳnh Lập. Đây là 2 nội dung được thực hiện nhiều nhất. Còn các nội dung khác như điều chỉnh chế độ ăn, đánh giá tình trạng dinh dưỡng ít khi được thực hiện. Do đó, người chăm sóc không đánh giá được đúng mức về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân.

Phân tích về nhu cầu đào tạo, đào tạo lại các kiến thức và kỹ năng về chăm sóc dinh dưỡng, kết quả bảng 3.6 cho thấy 62,5% cán bộ quản lý BV Văn Môn có nhu cầu bổ sung về kỹ năng các nội dung về dinh dưỡng như Chẩn đoán bệnh liên quan đến dinh dưỡng, chỉ định chế độ ăn cho bệnh nhân, điều chỉnh chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân, tư vấn cho bệnh nhân/gia đình bệnh nhân, kỹ năng chế biến thức ăn, nhu cầu đào tạo lại về phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng là 43,8%. Trong khi tại BV Quỳnh Lập 46,2% có nhu cầu bổ sung kỹ năng về PP đánh giá tình trạng dinh dưỡng, chỉ định chế độ ăn cho bệnh nhân, điều chỉnh chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân, chỉ có 38,2% cán bộ có nhu cầu đào tạo kỹ năng tư vấn cho bệnh nhân/gia đình bệnh nhân, chế biến thức ăn. Như vậy, có khoảng hơn một nửa số cán bộ có nhu cầu đào tạo lại về chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân. Điều này cũng hoàn toàn hợp lý. Bởi vì cuộc sống của bệnh nhân phong, nhất là những bệnh nhân phong tàn tật phải gắn bó suốt đời với bệnh viện. Cán bộ y tế không chỉ chăm sóc điều trị bệnh lý mà còn là người trực tiếp chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân. Do đó, đào tạo để cung cấp kiến thức, kỹ năng cho đội ngũ cán bộ y tế về chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân là một nội dung hết sức thiết thực mà mỗi bệnh viện cần có kế hoạch cụ thể cho đơn vị mình.

V. KẾT LUẬN

- Cả 2 bệnh viện đều có khoa dinh dưỡng và có cán bộ đào tạo về dinh dưỡng và cung cấp bữa ăn cho bệnh nhân hàng ngày nhưng chưa thực hiện các nội dung đánh giá tình trạng dinh dưỡng và chưa thực hiện tư vấn dinh dưỡng.
- Số tiền hỗ trợ bữa ăn cho bệnh nhân tại BV Phong Da liễu Văn Môn là 4.000 đồng/ngày, BV Phogn da liễu Quỳnh Lập là trên 10.000 đồng/ngày.
- Tỷ lệ các cán bộ quản lý tại 2 bệnh viện đã được đào tạo về Dinh dưỡng và có khả năng tham gia các nội dung về dinh dưỡng còn rất thấp.
- Gần 80% trang thiết bị không đáp ứng được các hoạt động chăm sóc bệnh nhân, trình độ chuyên môn của cán bộ chưa được đào tạo chuyên ngành, thiếu về nhân lực.

KHUYẾN NGHỊ

1. Cần tăng kinh phí nuôi dưỡng cho người bệnh đảm bảo mức tối thiểu 20.000 đống/ngày nhằm đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng từng bước cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân phong.
2. Tăng cường đào tạo và nâng cao trình độ cho đội ngũ cán bộ để họ có đủ kiến thức và kỹ năng về các nội dung chăm sóc dinh dưỡng như đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân để chỉ định và điều chỉnh chế độ ăn cho phù hợp.
3. Nâng cấp cơ sở vật chất đáp ứng các hoạt động chăm sóc bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khương Văn Duy, Chu Đức Thảo (2005),** "Một số yếu tố liên quan tác động đến kiến thức, thái độ và thực hành của cán bộ chống phong về phòng chống tàn tật cho BN phong ở DAKLAK, năm 2004", *Y học thực hành*, 4(510).
2. **Nguyễn Sỹ Hóa, Đào Văn Dũng, Phạm Văn**

Hiến (2002), "Làng phong ở Gia Lai, Kon Tum: Kết quả từ các hoạt động loại trừ bệnh phong đến hòa nhập vào cộng đồng giai đoạn 1995 - 2001", *Y học thực hành*, 3, tr. 12 - 14.

3. **Ngô Xuân Nguyệt, Nguyễn Thị Quỳnh Hương (2004),** "Một số nhận xét về đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh phong của quận Hai Bà Trưng", *Y học thực hành*, 11, tr. 71 - 73.
4. **WHO (2006),** *Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities 2006-2010* (Regional Office for South-East Asia ed.), Geneva.

KIẾN THỨC VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ CỦA PHỤ NỮ TẠI TỈNH HÒA BÌNH NĂM 2017

Nguyễn Thị Hoài Thu*, Nguyễn Thị Thu Hà*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 470 phụ nữ có con dưới 2 tuổi tại tỉnh Hòa Bình. Số liệu được thu thập thông qua phỏng vấn các phụ nữ có con dưới 2 tuổi về thông tin cá nhân, và kiến thức về nội dung chăm sóc sức khỏe bà mẹ (CSSKBM). Kết quả cho thấy tỉ lệ phụ nữ biết về các dấu hiệu khi mang thai, khi chuyển dạ và sau khi sinh là không cao. Kiến thức của các bà mẹ về CSSKBM trước sinh khác nhau ở 3 huyện nghiên cứu (p<0,05). Kiến thức về phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai tỷ lệ bà mẹ biết triệu chứng Đau bụng và Chảy máu là cao nhất (69,2% và 68,9%), huyện Mai Châu thấp hơn TP Hòa Bình và huyện Lương Sơn. Tỷ lệ bà mẹ biết triệu chứng Đau bụng dữ dội và Chảy nhiều máu khi chuyển dạ là nhiều nhất (48,3% và 49,4%). Tỷ lệ bà mẹ biết các dấu hiệu: chảy nhiều máu, co giật và vỡ ối sớm trước khi đẻ ở huyện Mai Châu thấp hơn TP. Hòa Bình và huyện Lương Sơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tỷ lệ bà mẹ biết triệu chứng Chảy máu kéo dài và tăng lên và Đau bụng kéo dài và tăng lên sau đẻ là nhiều nhất (74,0% và 41,3%). Ở Lương Sơn, tỷ lệ bà mẹ không biết các dấu hiệu nguy hiểm sau khi sinh thấp hơn thành phố Hòa Bình và Mai Châu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Từ khóa: kiến thức về sức khỏe bà mẹ, chăm sóc sức khỏe bà mẹ, tỉnh Hòa Bình.

SUMMARY

KNOWLEDGE ON MATERNAL HEALTH OF WOMEN IN HOA BINH PROVINCE 2017

The cross-sectional descriptive study was conducted on 470 women with children under 2 years of age in Hoa Binh province. Data were collected through interviews with women for personal information, and knowledge about maternal health. Results showed that the percentage of women who knew about signs during pregnancy, labor and postpartum was not high. Mothers' knowledge of antenatal care was different in the three study districts (p <0.05). Knowledge about detecting danger signs during pregnancy showed that proportion of mothers with symptoms of abdominal pain and bleeding were the highest (69.2% and 68.9%); this proportion in Mai Chau district was lower than Hoa Binh and Luong Son district. The proportion of mothers with known symptoms severe abdominal pain and heavy bleeding during labor were highest (48.3% and 49.4%). Percentage of mothers who knew the signs: high blood flow, convulsions and preterm rupture of membranes before delivery in Mai Chau district was lower than that in Hoa Minh and Luong Son, districts, this difference was statistically significant at p <0.05. Percentage of mothers who knew symptoms of persistent and prolonged bleeding and prolonged postpartum pain (74.0% and 41.3%). In Luong Son, the percentage of mothers who were unaware of postnatal mortality was lower than that of Hoa Binh and Mai Chau, respectively. This difference was statistically significant at p <0.05.

Key words: maternal health knowledge, maternal health care, Hoa Binh province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay vấn đề chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em đang rất được quan tâm và chú trọng phát triển trên toàn thế giới. Theo báo cáo của UNFPA cho thấy, năm 2013 vẫn còn 289000 phụ nữ tử vong trong thời gian mang thai hoặc trong khi sinh đẻ, gần 3 triệu trẻ sơ sinh qua đời trong vòng tháng đầu sau sinh và có tới 2,6 triệu ca thai chết lưu [1]. Tỷ lệ phụ nữ đi khám thai ít nhất 3 lần tăng từ 42% (1997) lên 89%(2012), khám thai ít nhất 4 lần tăng từ 15% (1997) lên 60% (2011) [2]. Có sự khác biệt chăm sóc trước sinh giữa các vùng miền, cao nhất là đông bằng sông Hồng và Đông Nam Bộ 99% phụ nữ được khám thai trong thời kì mang thai, trung du và miền núi phía Bắc tỷ lệ này chỉ là 82,8%[3]. Kiến thức về sức khỏe được coi là một yếu tố cốt lõi giúp cho người phụ nữ nhận thức được quyền lợi và tình trạng sức khỏe bản thân, từ đó tìm kiếm dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp [4]. Hiện tại ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về kiến thức của phụ nữ về chăm sóc sức khỏe bà mẹ (CSSKBM), đặc biệt là phụ nữ ở các khu vực nông thôn, vùng sâu vùng xa. Nghiên cứu này

**Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu
Email: nguyenhoaithu@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 30.01.2018
Ngày duyệt bài: 8.2.2018

được tiến hành ở tỉnh Hòa Bình để khảo sát về kiến thức của các bà mẹ có con dưới 2 tuổi về các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai, khi chuyển dạ và sau khi sinh. Đồng thời nghiên cứu cũng nhằm tìm hiểu các thông tin về chăm sóc sau sinh mà người mẹ nhận được từ cán bộ y tế.

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:

$n = Z^2_{(1\frac{\alpha}{2})} \frac{p.(1-p)}{d^2}$ *Trong đó:* n: Cỡ mẫu phụ nữ dự kiến khảo sát kiến thức CSSKBM;

$Z_{(1;\frac{\alpha}{2})}$:Hệ số tin cậy với α= 0,05 ; Z= 1,96

p: Tỷ lệ % phụ nữ có kiến thức đúng về CSSKBM, 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. 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. 3 huyện/thị gồm:

- **Thành phố Hòa Bình** đại diện cho khu vực thành phố.
- **Huyện Lương Sơn** đại diện cho khu vực trung du.
- **Huyện Mai Châu** đại diện cho khu vực miền núi.

Giai đoạn 2: chọn TYT xã

- Định lượng: 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 phụ nữ có con dưới 2 tuổi

– Lấy tỷ lệ phụ nữ có con dưới 2 tuổi từng xã.

– Lập danh sách các phụ nữ có con dưới 2 tuổi của từng xã.

– Chọn ngẫu nhiên các phụ nữ theo tỷ lệ của từng xã vào nghiên cứu.

2.6. 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 phụ nữ có con dưới 2 tuổi bằng bộ câu hỏi có cấu trúc.

2.7. 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 đối tượng nghiên cứu

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)
Trình độ học vấn	Không biết chữ	0(0,0)	0(0,0)	6(3,8)	6(1,3)
	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/CĐ/ĐH/SĐH	66(44,0)	21(13,1)	44(27,5)	131(27,9)
Nghề	Nông dân	11(7,3)	67(41,9)	84(52,5)	162(34,5)

Thông tin chung		Thành phố (n = 150)	Lương Sơn (n = 160)	Mai Châu (n = 160)	Tổng (n=470)
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
nghiệp	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(3,10	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)	10163,1)	89(55,6)	28761,1)
	≥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%.

Nghề nông là nghề chủ yếu của bà mẹ, tỷ lệ bà mẹ có nghề nghiệp là nông dân ở hai huyện Mai Châu và Lương Sơn cao hơn TP. Hòa Bình. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05) ở cả ba huyện về trình độ học vấn và nghề nghiệp của bà mẹ.

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.

3.2. Kiến thức về CSSKBM của đối tượng nghiên cứu

Bảng 0.2. Kiến thức của phụ nữ về dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai

Dấu hiệu	Thành phố (n = 150)	Lương Sơn (n = 160)	Mai Châu (n = 160)	Tổng (n = 470)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sốt cao kéo dài	49(32,7)	48(30,0)	33(20,6)	130(27,7)
Đau đầu	25(16,7)	35(21,9)	21(13,1)	81(17,2)
Phù	26(17,3)	43(26,9)	34(21,3)	103(21,9)
Chảy máu	106(70,7)	127(79,4)	91(56,9)	324(68,9)
Co giật	31(20,7)	25(15,6)	14(8,8)	70(14,9)
Đau bụng	102(68,0)	122(76,3)	101(63,1)	325(69,2)
Không biết	99(6,0)	6(3,8	15(9,4)	30(6,4)
Khác	35(23,3)	23(14,4)	23(14,4)	81(17,2)

Nhận xét: Kiến thức của các bà mẹ khi phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai là rất khác nhau, tỷ lệ biết triệu chứng Đau bụng và Chảy máu cửa mình là cao nhất (69,2% và 68,9%); tỉ lệ bà mẹ biết về các dấu hiệu khác thấp dưới 30%. Tỷ lệ bà mẹ biết các dấu hiệu: Chảy máu cửa mình và Đau bụng ở huyện Mai Châu thấp hơn TP. Hòa Bình và huyện Lương Sơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 0.3. Kiến thức của phụ nữ về dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ (n = 470)

Dấu hiệu	Thành phố (n = 150)	Lương Sơn (n = 160)	Mai Châu (n = 160)	Tổng (n=470)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Đau bụng dữ dội	61(40,7)	82(51,3)	84(52,5)	227(48,3)
Chảy nhiều máu	84(56,0)	85(53,1)	63(39,4)	232(49,4)
Sốt	25(16,7)	25(15,6)	16(10,0)	66(14,0)
Co giật	39(26,0)	36(22,5)	17(10,6)	92(19,6)
Vỡ ối sớm	58(38,7)	71(44,4)	32(20,0)	161(34,3)
Không biết	29(19,3)	23(14,4)	29(18,1)	81(17,2)
Khác	15(10,0)	0(0,0)	9(5,6)	245,1

Nhận xét: Kiến thức của các bà mẹ khi phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ là khác nhau, tỷ lệ biết triệu chứng Đau bụng dữ dội, Chảy nhiều máu, Vỡ ối sớm là nhiều nhất (48,3%, 49,4% và 34,3%); tỉ lệ các bà mẹ biết về các triệu chứng khác thấp dưới 20%. Tỷ lệ bà mẹ biết các dấu hiệu: chảy nhiều máu, co giật và vỡ ối sớm trước khi đẻ ở huyện Mai Châu thấp hơn TP. Hòa Bình và huyện Lương Sơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 0.4. Kiến thức của phụ nữ về dấu hiệu nguy hiểm sau khi sinh

Dấu hiệu	Thành phố (n = 150) n(%)	Lương Sơn (n = 160) n(%)	Mai Châu (n = 160) n(%)	Tổng (n=470) n(%)
Chảy máu kéo dài và tăng lên	112(74,7)	133(83,1)	103(64,4)	348(74,0)
Ra dịch âm đạo mùi hôi	18(12,0)	11(6,9)	6(3,8)	35(7,4)
Sốt cao kéo dài	63(42,0)	62(38,8)	33(20,6)	158(33,6)
Đau bụng kéo dài, tăng	68(45,3)	66(41,3)	60(37,5)	194(41,3)
Co giật	3624,0)	35(21,9)	11(6,9)	82(17,4)
Không biết	19(12,7)	10(6,3)	31(19,4)	60(12,8)
Khác	19(12,7)	15(9,4)	21(13,1)	55(11,7)

Nhận xét: Kiến thức của các bà mẹ khi phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm sau khi sinh là khác nhau, tỷ lệ biết triệu chứng Chảy máu kéo dài và tăng lên và Đau bụng kéo dài và tăng lên là nhiều nhất (74,0% và 41,3%); tỉ lệ bà mẹ biết về các dấu hiệu nguy hiểm sau sinh rất thấp, dưới 20%.Tỷ lệ bà mẹ biết các dấu hiệu: Chảy máu kéo dài và tăng lên, Sốt cao kéo dài và Co giật ở huyện Mai Châu thấp hơn TP. Hòa Bình và Lương Sơn (p<0,05).

Ở Lương Sơn, tỷ lệ bà mẹ không biết các dấu hiệu nguy hiểm sau khi sinh thấp hơn thành phố Hòa Bình và Mai Châu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 0.5. Những thông tin bà mẹ được dặn dò sau khi sinh

Nơi khám	Thành phố (n = 150)	Lương Sơn (n = 160)	Mai Châu (n = 160)	Tổng (n=470)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Theo dõi sức khỏe của mẹ và con	108(72,0)	140(87,5)	137(85,6)	385(81,9)
Nuôi con bằng sữa mẹ	104(69,3)	141(88,1)	123(76,9)	368(78,3)
Tiêm chủng cho em bé	97(64,7)	132(82,5)	117(73,1)	346(73,6)
Sử dụng các biện pháp tránh thai khi có quan hệ tình dục trở lại	47(31,3)	97(60,6)	92(57,5)	236(50,2)
Có dặn nhưng không nhớ	18(12,0)	1(0,6)	7(4,4)	26(5,5)
Không dặn dò	7(4,7)	8(5,0)	5(3,1)	20(4,3)
Khác	12(8,0)	6(3,8)	7(4,4)	25(5,3)

Nhận xét: Kết quả cho thấy các bà mẹ ở TP. Hòa Bình được hướng dẫn ít nhất về hầu hết các nội dung so với các bà mẹ ở huyện khác, cụ thể các bà mẹ ở đây được hướng dẫn sau đẻ về: *Theo dõi sức khỏe của mẹ và con* và *Nên sử dụng các biện pháp tránh thai khi có quan hệ tình dục trở lại* ít hơnso với các các bà mẹ ở Lương sơn và Mai Châu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05,

Ở Lương Sơn, các bà mẹ sau đẻ được dặn dò nhiều nội dung nhất, cụ thể các bà mẹ ở đây được dặn sau đẻ về *Nuôi con bằng sữa mẹ* và *Tiêm chủng cho em bé* nhiều hơn so với các các bà mẹ ở TP, Hòa Bình và Mai Châu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

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.

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.

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%. Sự khác biệt về dân tộc của bà mẹ và trình độ học vấn của bà mẹ hạn chế cũng là một trong số các yếu tố ảnh hưởng đến nhu cầu, khả năng tiếp cận và tìm kiếm dịch vụ y tế khi trẻ mắc bệnh.

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. Đặc điểm về nghề nghiệp của bà mẹ phù hợp với các đặc điểm địa lý văn hóa, kinh tế, xã hội của từng khu vực.

4.2. Kiến thức về CSSKBM của phụ nữ

Kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai: Kiến thức của các bà mẹ khi phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ là khác nhau, tỷ lệ biết triệu chứng Đau bụng dữ dội và Chảy nhiều máu là nhiều nhất (69,2% và 68,9%). Kết quả này cao hơn so với kết quả của một nghiên cứu năm 2006, với tỉ lệ phụ nữ biết được các dấu hiệu nguy hiểm là Chảy máu âm đạo và Đau bụng dữ dội dưới 50% [5]. Tỷ lệ bà mẹ biết các dấu hiệu: chảy nhiều máu, co giật và vỡ ối sớm trước khi đẻ ở huyện Mai Châu thấp hơn TP. Hòa Bình và huyện Lương Sơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tỉ lệ phụ nữ không biết về các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai là 23,4%, thấp hơn so với nghiên cứu trước đây là 27,6% [5].

Về kiến thức về các dấu hiệu khi chuyển dạ: Kiến thức của các bà mẹ khi phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm khi chuyển dạ là khác nhau, tỷ lệ biết triệu chứng Đau bụng dữ dội và Chảy nhiều máu là nhiều nhất (48,3% và 49,4%). Tỷ lệ bà mẹ biết các dấu hiệu: chảy nhiều máu, co giật và vỡ ối sớm trước khi đẻ ở huyện Mai Châu thấp hơn TP. Hòa Bình và huyện Lương Sơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Một nghiên cứu ở Trung Quốc năm 2009 trên đối tượng phụ nữ di cư cũng cho thấy phụ nữ có kiến thức về tầm quan trọng của chăm sóc trước sinh[4]. Tuy nhiên nghiên cứu này cho thấy hầu hết phụ nữ được hỏi không biết xử trí khi có vấn đề bất thường ở nhà, khoảng 40% không biết xử trí trong tình huống ối vỡ sớm [4].

Gần 80% phụ nữ sau khi sinh được cung cấp thông tin về nuôi con bằng sữa và chương trình tiêm chủng cho trẻ. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu trên phụ nữ nông thôn ở Trung Quốc, với tỉ lệ 91,2% bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 4-6 tháng đầu, trong khi phụ nữ ở thành thị chỉ có 44,4% thực hiện hoạt động này[6].

V. KẾT LUẬN

Kiến thức của các bà mẹ về CSSKBM trước sinh khác nhau ở 3 huyện nghiên cứu (p<0,05). Kiến thức của các bà mẹ khi phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai, khi chuyển dạ và sau sinh đều thấp dưới 30%, trừ một số dấu hiệu như: tỷ lệ biết triệu chứng Đau bụng và Chảy máu cửa mình (69,2% và 68,9%); tỷ lệ biết triệu chứng Đau bụng dữ dội, Chảy nhiều máu, Vỡ ối sớm khi chuyển dạ lần lượt là 48,3%, 49,4% và 34,3%; tỷ lệ biết triệu chứng Chảy máu kéo dài và tăng lên và Đau bụng kéo dài và tăng lên sau khi sinh là 74,0% và 41,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO,** Millennium Development Goal 4.
2. **WHO,** success factor for women's and children's health.
3. **GSO, UNICEF, and UNFPA1**, Monitoring the situation of children and women: Multiple Indicator Cluster Survey (MICS). 2010-2011: Hà Nội.
4. **Qi Zhao, Asli Kulane, Yi Gao, and Biao Xu (2009).** Knowledge and attitude on maternal

health care among rural-to-urban migrant women in Shanghai, China BMC Womens Health. 2009; 9: 5. Doi: 10.1186/1472-6874-9-5.

5. **United Nations Population Fund (2006).** *Baseline Survey Report: Provision and utilisation of reproductive health care services in seven UNFPA-supported provinces in the 7th country program.* Available from: http://vietnam. unfpa.org/public/cache/offonce/pid/5270;jsessionid=DB74A70E8CF35D1BE8A76F17A6FED7D.

6. **Wang F, Xu HQ, Meng P, Zhang LM.** The breast-feeding status of the infants aged 4 ~ 6 months and its influence factors (2000). Maternal and Child Health Care of China. 2000;15:624–626.

THỰC TRẠNG BIẾN CHỨNG Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUÝP 2 TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH, NĂM 2016

Trần Thị Phương[1], Nguyễn Thị Hiên[1], Nguyễn Thị Hạnh[2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang trên 419 bệnh nhân mắc đài tháo đường type 2 tại khoa khám bệnh, bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình cho thấy: 60,1% bệnh nhân có biến chứng của bệnh. Biến chứng tim mạch chiếm 31,3%, thận 12,4%, thần kinh ngoại vi 48,8%, mắt 35,1%, và bàn chân 23,4%. Nhóm mắc bệnh dưới 5 năm thì biến chứng chủ yếu ở thần kinh ngoại vi (11,4%), và ở tim mạch (8,1%); ở nhóm từ 5 năm trở lên thì biến chứng tim mạch là 23,2 %, mắt 32,2%, bàn chân 21,0%, thần kinh ngoại vi 37,2%. ở nhóm tuổi dưới 50 thì tỷ lệ biến chứng tim mạch là 1,7% và thần kinh ngoại vi là 2,8%. Nhóm tuổi 50 – 69 tỷ lệ biến chứng tim mạch là 18,4%, và thần kinh ngoại vi là 31,0%.

Từ khóa: Biến chứng, đái tháo đường, Ninh Bình

SUMMARY

SITUATION OF DIATETES COMPLICATION TYPE 2 AMONG PATIENTS AT EXAMINATION DEPARTMENT AT NINHBINH GENERAL HOSPITAL IN 2016

This was a cross-sectional descriptive study conducted among 419 diabetes patients at Ninhbinh provincial general hospital. Results showed that: 60.1% of patients had complications in which cardiovascular complication accounted for 31.3%, the complication in kidney was about 12.4%; in peripheral neuropathy was 48.8%; in eyes was of 35.1%; and in foot was of 23.4%. The group of patient with less than 5 years having disease had complication of peripheral neuropathy of 11.4%, and cardiovascular complication was of 8.1%. In the group of patient with more than 5 years having disease had complication of cardiovascular as of 23.2%; complication in eyes was of 32.2%; in foot was of 21.0% and in peripheral neuropathy was of 37.2%. The group of patient aged less than 50 years old had complication of cardiovascular was of 1.7%; of peripheral neuropathy was of 2.8%. The group of patient aged from 50 to 69 years had complication of cardiovascular was of 18.4%; complication of peripheral neuropathy was of 31.0%.

Key words: Complication, diabetes, Ninhbinh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong số những bệnh không lây phổ biến nhất hiện nay trên toàn thế giới. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), bệnh đái tháo đường tuýp 2 chiếm vào khoảng 85 – 95% tổng số người mắc bệnh đái tháo đường. Đái tháo đường tuýp 2 gây nhiều hậu quả nghiêm trọng đối với sức khỏe và cản trở sự phát triển kinh tế xã hội do để lại nhiều biến chứng nặng nề như tim mạch, thận, mắt, bàn chân. Hàng năm ngân sách cho ngành y tế của các quốc gia trung bình mất khoảng 5-10% cho điều trị bệnh đái tháo đường, trong đó chi phí chủ yếu là dành cho điều trị biến chứng đái tháo đường. Tại tỉnh Ninh Bình chưa có nghiên cứu nào về tỷ lệ biến chứng đái tháo đường, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Xác định tỷ lệ biến chứng ở người bệnh đái tháo đường tuýp 2 tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2016"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Địa bàn: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa khám bệnh của Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh đái tháo đường tuýp 2 đang được quản lý điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

- Hồ sơ bệnh án của người bệnh đái tháo đường tuýp 2

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Người bệnh đái tháo đường tuýp 2 đang được quản lý điều trị tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Ninh Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Phương
Email: phuong170978@yahoo.com
Ngày nhận bài: 26.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.01.2018
Ngày duyệt bài: 13.2.2018

+ Đồng ý tham gia phỏng vấn

+ Hồ sơ bệnh án của người bệnh đái tháo đường tuýp 2 được chọn vào nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Người bệnh có các vấn đề về sức khỏe tâm thần, người không thể nghe rõ và trả lời câu hỏi phỏng vấn

+ Người bệnh không đến khám định kỳ tại thời điểm nghiên cứu

+ Người bệnh có hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.

+ Hồ sơ bệnh án không có đầy đủ thông tin cần nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2015 đến tháng 5/2016.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám Nội tiết Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: *Cỡ mẫu cho nghiên cứu trên bệnh nhân đái tháo đường:*

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả 1 tỷ lệ

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

Z(1 – α/2) : Hệ số tin cậy, với độ tin cậy là 95% thì Z(1 – α/2) = 1,96.

p: Là tỷ lệ biến chứng tim mạch của người đái tháo đường type 2 (p = 0,43) [3]; q = 1 - p

d: Sai số tuyệt đối (chọn d = 0,05)

Thay các giá trị trên có n = 377 đối tượng. Trên thực tế, chúng tôi đã tiến hành thu thập số liệu trên 419 người bệnh.

- Cỡ mẫu cho nghiên cứu trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân: Tất cả bệnh án của các người bệnh được chọn sẽ được thu thập vào nghiên cứu. Trên thực tế đã thu thập được 419 bệnh án của người bệnh đái tháo đường điều trị tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Xác định số lượng người bệnh đái tháo đường tuýp 2 đang quản lý tại phòng khám ngoại trú bệnh viện. Chọn hồ sơ bệnh án của người bệnh đến khám có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được thu thập số liệu và hẹn người bệnh phỏng vấn trong thời gian người bệnh ngồi chờ kết quả xét nghiệm.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính, sử dụng chương trình EPI DATA 3.1 để nhập liệu. Sử dụng chương trình SPSS 16.0 để phân tích số liệu. Các thông số được tính toán dựa trên số lượng và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố người bệnh đái tháo đường theo tuổi và giới

Giới / Tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	SL	%	SL	%	SL	%
< 30	0	0	2	1,1	2	0,5
30 - 39	4	1,7	4	2,2	8	1,9
40 - 49	15	6,3	9	5,0	24	5,7
50 - 59	58	24,5	41	22,4	99	23,6
60 - 69	88	37,1	80	44,0	168	40,1
≥ 70	72	30,4	46	25,3	118	28,2
Tổng	237	56,6	182	43,4	419	100

Kết quả bảng 1 cho thấy trong tổng số 419 đối tượng tham gia nghiên cứu thì đối tượng là nam chiếm 56,6%, đối tượng là nữ chiếm 43,4%. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm 60 – 69 tuổi chiếm 40,1% tổng số đối tượng bị đái tháo đường. Nhóm tuổi có tỷ lệ đái tháo đườngthấp nhất là nhóm < 30 tuổi (0,5%)

Bảng 2. Các biến chứng của bệnh đái tháo đường (n = 419)

Biến số	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có biến chứng	252	60,1
Các loại biến chứng chính: Tim mạch	131	31,3
Thận	52	12,4
Thần kinh ngoại vi	205	48,8
Mắt	147	35,1
Bàn chân	99	23,4

Kết quả tại bảng 2 cho thấy tỷ lệ đối tượng có biến chứng là 60,1%, không có biến chứng là 39,9%. Trong đó biến chứng tim mạch chiếm 31,3%, thận 12,4%, thần kinh ngoại vi 48,8%, mắt 35,1%, và bàn chân 23,4%.

Bảng 3. Tần suất biến chứng theo thời gian mắc bệnh

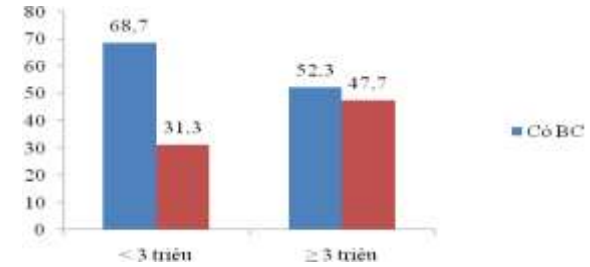
Thời gianmắc bệnh / Biến chứng	< 5 năm(n = 177)		≥ 5 năm(n =242)		Chung(n = 419)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tim mạch	34	8,1	97	23,2	131	31,3
Mắt	12	2,9	135	32,2	147	35,1
Thận	7	1,7	45	10,7	52	12,4
Bàn chân	10	2,4	88	21,0	98	23,4
Thần kinh	48	11,4	156	37,2	204	48,8

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ biến chứng ở nhóm dưới 5 năm thì biến chứng tim mạch là 8,1%, mắt 2,9%, thận 1,7%, bàn chân 2,4%, thần kinh ngoại vi 11,4% và tỷ lệ biến chứng ở nhóm từ 5 năm trở lên thì biến chứng tim mạch là 23,2 %, mắt 32,2%, thận 10,7%, bàn chân 21,0%, thần kinh ngoại vi 37,2%.

Bảng 4. Tần suất biến chứng theo nhóm tuổi

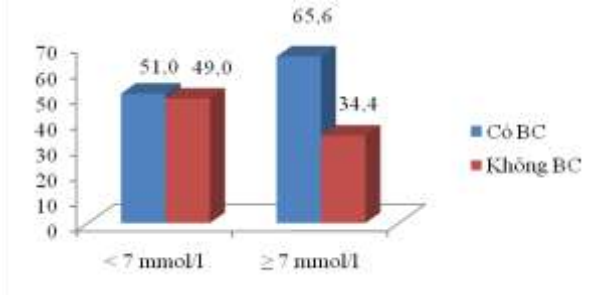
Nhóm tuổi / Biến chứng	< 50(n = 34)		50 – 69(n = 267)		≥ 70(n = 118)		Chung(n = 419)	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Tim mạch	7	1,7	77	18,4	47	11,2	131	31,3
Mắt	4	0,9	92	22,0	51	12,2	147	35,1
Thận	1	0,2	30	7,2	21	5,0	52	12,4
Bàn chân	4	0,9	59	14,1	36	8,6	99	23,6
Thần kinh	12	2,8	130	31,0	63	15,0	205	48,8

Bảng 4 cho thấy ở nhóm tuổi dưới 50 thì tỷ lệ biến chứng tim mạch là 1,7%, mắt 0,9%, thận 0,2%, bàn chân 0,9%, và thần kinh ngoại vi 2,8%. Nhóm tuổi 50 – 69 tỷ lệ biến chứng tim mạch là 18,4%, mắt 22,0%, thận 7,2%, bàn chân 14,1%, và thần kinh ngoại vi 31,0%. Nhóm từ 70 tuổi trở lên tỷ lệ biến chứng tim mạch là 11,2%, mắt 12,2%, thận 5,0%, bàn chân 8,6%, và thần kinh ngoại vi 15,0%



Biểu đồ 1. *Tần suất biến chứng theo thu nhập bình quân*

Kết quả tại biểu đồ 1 cho thấy ở nhóm có thu nhập dưới 3 triệu tỷ lệ có biến chứng là 68,7%, không có biến chứng 31,3%. Nhóm có thu nhập từ 3 triệu đồng trở lên tỷ lệ có biến chứng là 52,3%, không có biến chứng 47,7%.



Biểu đồ 2. *Tần suất biến chứng theo chỉ số đường huyết lúc đói*

Biểu đồ 2 cho thấy, nhóm có chỉ số đường huyết dưới 7mmol/l tỷ lệ có biến chứng là 51,0%, không có biến chứng 49,0%. Nhóm có chỉ số đường huyết từ 7mmol/l trở lên tỷ lệ có biến chứng là 65,6%, không có biến chứng 34,4%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy: nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm 60-69 tuổi chiếm 40,1% tổng số đối tượng bị đái tháo đường. Nhóm tuổi có tỷ lệ đái tháo đường thấp nhất là nhóm < 30 tuổi (0,5%). Kết quả này tương tự như các nghiên cứu của các tác giả trước đó. Điều này hoàn toàn phù hợp với dịch tễ học bệnh đái tháo đường tuýp 2 là tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường tăng tỷ lệ thuận theo tuổi.

Về phân bố tỷ lệ bệnh theo giới nam/nữ, kết quả trong nghiên cứu này tương tự như với nghiên cứu của Đặng Thị Hằng Thi (2013) với 57, 9% là nam và nữ là 42,7%. Có sự phân bố về giới tính như vậy có thể do thực trạng điều trị tại bệnh viện là nam nhiều hơn nữ.

Biến chứng thần kinh ngoại vi là 48,8% chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các biến chứng thấy được trong nghiên cứu này. Điều này cũng dễ hiểu vì ở người bệnhđái tháo đường tuýp 2 thường có biểu hiện tổn thương thần kinh ngoại vi ngay tại thời điểm chẩn đoán bệnh. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Cường (2014) là 22,3%, nghiên cứu của Vũ Đức Minh (2014) là 39,5% [1],[6]. Trong nghiên cứu của của Đỗ Trung Quân và cộng sự (2011) thì tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi là 63,4%[7].

Người bệnh đái tháo đường có thể bị các biến chứng về mắt như bệnh võng mạc mắt, đục thủy tinh thể, giảm thị lực, glocom. Trong đó, bệnh lý

võng mạc là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở người bệnh đái tháo đường. Theo nghiên cứu của Wisconsin, hàng năm ở Mỹ có khoảng 5000 trường hợp bị mù có liên quan đến đái tháo đường, có tới trên 60% người bệnh đái tháo đường tuýp 2 có tổn thương võng mạc ở các mức độ khác nhau sau 20 năm kể từ khi phát hiện. Kết quả nghiên cứu với tỷ lệ biến chứng mắt 35,1%, tương đương nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Hằng Thi (2013) với 35,7%, thấp hơn tác giả Vũ Đức Minh (2014) với tỷ lệ biến chứng mắt là 43,4% [6], nhưng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Cường (2014) là 16,1%[1].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng tim mạch là 31,3%, thấp hơn của tác giả Đặng Thị Hằng Thi (2013) 40,3%, và cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Duy Cường (2014) 29,5%, của Vũ Đức Minh (2014) 23,4%. Các nghiên cứu đã chỉ ra, biến chứng tim mạch vô cùng nguy hiểm là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở người bệnh đái tháo đường. Bệnh lý mạch vành xuất hiện ở người bệnh đái tháo đường tuýp 2 cao gấp 2–3lần người bình thường. Đái tháo đường gây ra những biến chứng ở mạch máu nhỏ và mạch máu lớn như xơ vữa mạch vành, xơ vữa mạch não, mạch máu ngoại vi. Trong đó, bệnh động mạch vành tim gây tử vong vào khoảng 25% người đái tháo đường trước 20 tuổi.

Tháng 3 – 2005 WHO thông báo về bệnh lý bàn chân ở người bệnh đái tháo đường, có tới 15% người bệnh đái tháo đường có liên quan đến bệnh lý bàn chân, 20% số người phải nhập viện do loét chân. Nếu theo dõi trên phạm vi toàn cầu thì cứ 30 giây lại có một người bệnh đái tháo đường có biến chứng bàn chân buộc phải cắt cụt chi [5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, biến chứng thận có tỷ lệ thấp nhất chiếm 12,4%. So sánh với các kết quả nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Hằng Thi (2013) 15,3%, thì tỷ lệ này là thấp hơn nhưng cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Duy Cường (2014) 6,3%. Theo đặc điểm dịch tễ học tỷ lệ biến chứng thận ở người bệnh đái tháo đường tuýp 2 thường giao động từ 6 – 27% tùy vào đối tượng chọn vào nghiên cứu. Đây là nguyên nhân thường gặp nhất gây suy thận ở giai đoạn cuối. Tỷ lệ có microalbumin niệu dương tính khá cao chiếm 71% trong số người bệnh đái tháo đường tuýp 2 ở Việt Nam.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tần suất biến chứng tăng lên theo tuổi và thời gian mắc bệnh. Cụ thể tỷ lệ biến chứng ở nhóm dưới 5 năm: biến chứng tim mạch là 8,1%, biến chứng mắt là 2,9%, ở thận là 1,7%, ở bàn chân là 23,9%, ở thần kinh ngoại vi là 11,4%. Tỷ lệ biến chứng ở nhóm từ 5 năm trở lên: biến chứng tim mạch 23,2%, mắt 32,2%, thận 10,7%, bàn chân 21,9%, thần kinh ngoại vi 37,2. Tỷ lệ biến chứng theo nhóm tuổi dưới 50 cho thấy: biến chứng ở tim mạch là 1,7%, ở mắt 0,9%, ở thận 0,2%, ở bàn chân 0,9%, và ở thần kinh ngoại vi 2,8%. Nhóm tuổi 50 – 69 tỷ lệ biến chứng tim mạch là 18,4%, mắt 22,0%, thận 7,2%, bàn chân 14,1%, thần kinh ngoại vi 31,0%. Nhóm từ 70 tuổi trở lên tỷ lệ biến chứng tim mạch là 11,2%, mắt 12,2%, thận 5,0%, bàn chân 8,6%, thần kinh ngoại vi 15,0%.

Tần suất biến chứng cũng tăng lên theo chỉ số đường huyết của NB nhóm có chỉ số đường huyết dưới 7mmol/l, tỷ lệ biến chứng chiếm 51,0%, nhóm có chỉ số đường huyết từ 7mmol/l trở lên tỷ lệ, biến chứng là 65,6%.

Tần suất biến chứng giảm theo thu nhập cá nhân của đối tượng nghiên cứu, nhóm thu nhập dưới 3 triệu tỷ lệ có biến chứng 68,7%, nhóm thu nhập từ 3 triệu đồng trở lên tỷ lệ có biến chứng 52,3%.

Các kết quả này phù hợp với cơ chế của bệnh, tỷ lệ biến chứng tăng lên theo thời gian mắc bệnh, nhóm tuổi, chỉ số đường huyết và mức thu nhập bình quân của người bệnh. Đối tượng không kiểm soát được chỉ số đường huyết sẽ làm nguy cơ biến chứng tăng cao và người có thu nhập cao hơn thì có điều kiện tuân thủ chế độ điều trị và sử dụng các thuốc hỗ trợ tốt hơn nên tỷ lệ biến chứng cũng thấp hơn [5].

V. KẾT LUẬN

-Nam chiếm 56,6%, đối tượng là nữ chiếm 43,4%. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm 60 – 69 tuổi chiếm 40,1% tổng số đối tượng bị đái tháo đường. Nhóm tuổi có tỷ lệ đái tháo đườngthấp nhất là nhóm < 30 tuổi (0,5%).

-60,1% đối tượng có biến chứng. Biến chứng tim mạch chiếm 31,3%, thận 12,4%, thần kinh ngoại vi 48,8%, mắt 35,1%, và bàn chân 23,4%.

-Nhóm mắc bệnh dưới 5 năm thì biến chứng tim mạch là 8,1%, mắt 2,9%, thận 1,7%, bàn chân 2,4%, thần kinh ngoại vi 11,4% và tỷ lệ biến chứng ở nhóm từ 5 năm trở lên thì biến chứng tim mạch là 23,2 %, mắt 32,2%, thận 10,7%, bàn chân 21,0%, thần kinh ngoại vi 37,2%.

-Ở nhóm tuổi dưới 50 thì tỷ lệ biến chứng tim mạch là 1,7%, mắt 0,9%, thận 0,2%, bàn chân 0,9%, và thần kinh ngoại vi 2,8%. Nhóm tuổi 50 – 69 tỷ lệ biến chứng tim mạch là 18,4%, mắt 22,0%, thận 7,2%, bàn chân 14,1%, và thần kinh ngoại vi 31,0%. Nhóm từ 70 tuổi trở lên tỷ lệ biến chứng tim mạch là 11,2%, mắt 12,2%, thận 5,0%, bàn chân 8,6%, và thần kinh ngoại vi 15,0%

- Nhóm có thu nhập dưới 3 triệu tỷ lệ có biến chứng là 68,7%, không có biến chứng 31,3%. Nhóm có thu nhập từ 3 triệu đồng trở lên tỷ lệ có biến chứng là 52,3%, không có biến chứng 47,7%.
- Nhóm có chỉ số đường huyết dưới 7 mmol/l tỷ lệ có biến chứng là 51,0%, không có biến chứng 49,0%. Nhóm có chỉ số đường huyết từ 7mmol/l trở lên tỷ lệ có biến chứng là 65,6%, không có biến chứng 34,4%.

KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường công tác truyền thông trên các phương tiện thông tin đại chúng về nguyên nhân gây bệnh, triệu chứng, biến chứng, sự nguy hiểm của bệnh cũng như các yếu tố nguy cơ của bệnh đái tháo đường để người dân có thể phòng ngừa và phát hiện sớm ngay từ cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Duy Cường (2014),** "Tìm hiểu một số biến chứng và yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 chẩn đoán lần đầu", Tạp chí Y học thực hành. 914(4), tr. 127 - 130.
2. **Nguyễn Thị Hồng Đan (2011),** Kiến thức, thực hành phòng biến chứng của người bệnh đái tháo đường tuýp 2 tại huyện Khoái Châu tỉnh Hưng Yên năm 2010, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
3. **Bế Thu Hà, Nguyễn Kim Lương (2009),** "Nghiên cứu thực trạng bệnh đái tháo đường điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kan", *Tạp chí Y học thực hành*. 679(10), tr. 60 - 63.
4. **Vũ Mai Hương và cộng sự (2011),** "Nghiên cứu tổn thương loét bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường tại khoa Nội tiết và các bệnh chuyển hóa Bệnh viện Thanh Nhàn", Tạp chí Nội tiết đái tháo đường(2), tr. 88 - 95.
5. **Lili Y, Jing S, Yaoyao B et al (2016),** Prevalence of type 2 diabetes mellitus among inland residents in China (2000–2014): A meta-analysis, J Diabetes Investig, 7(6): 845–852.
6. **Vũ Đức Minh (2014),** Thực trạng bệnh răng miệng và kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh răng miệng của bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2014, Thạc sỹ y tế công cộng, Trường đại học Y dược Thái Bình.
7. **Đỗ Trung Quân và Trần Thị Nhật (2011),** "Nghiên cứu tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Nội tiết đái tháo đường(2), tr. 43 - 48.

HIỆU QUẢ MÔ HÌNH CAN THIỆP NÂNG CAO NĂNG LỰC CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ BỆNH THOÁI HÓA KHỚP GỐI CỦA CÁN BỘ TRẠM Y TẾ XÃ THUỘC TỈNH HẢI DƯƠNG

Đinh Thị Diệu Hằng[1], Vũ Đình Chính[1]

TÓM TẮT[30]

Qua kết quả điều tra trước cho thấy tỷ lệ thoái hóa khớp gối ở người dân từ 40 tuổi trở lên tại vùng nông thôn tỉnh Hải Dương là 27,1%, nhưng kiến thức về chẩn đoán, điều trị và tư vấn cho người bệnh THK gối của bác sỹ, y sỹ ở TYT xã còn nhiều bất cập, ảnh hưởng tới việc chẩn đoán, chăm sóc và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp nâng cao năng lực chẩn đoán và xử trí bệnh thoái hóa khớp gối của cán bộ trạm y tế xã tại tỉnh Hải Dương,* bằng phương pháp nghiên cứu can thiệp có so sánh trước - sau, chúng tôi tiến hành đào tạo về khám, chẩn đoán và hướng điều trị bệnh THK, tập trung vào bệnh THK gối cho CBYT ở TYT xã đã tham gia vào nghiên cứu ngang, sau 1 năm, tiến hành khảo sát lại về kiến thức chẩn đoán, điều trị và tư vấn của các CBYT đã được đào tạo. Kết quả cho thấy: tỷ lệ CBYT có kiến thức chẩn đoán THK gối ở mức độ tốt & khá tăng lên nhiều so với trước can thiệp, chỉ số hiệu quả = 80%), p< 0,001; tỷ lệ CBYT có kiến thức về điều trị bệnh THK gối ở mức độ tốt & khá tăng lên so với trước can thiệp, chỉ số hiệu quả = 7%, p< 0,001; tỷ lệ CBYT có kiến thức tư vấn bệnh THK gối ở mức độ tốt & khá tăng lên so với trước can thiệp, chỉ số hiệu quả = 60%, p< 0,001.

[1]*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Diệu Hằng

Email: dinhdieuhang@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.01.2018

Ngày duyệt bài: 9.2.2018

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS TO IMPROVE THE CAPACITY FOR DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF KNEE OSTEOARTHRITIS OF COMMUNE HEALTH WORKERS IN HAI DUONG PROVINCE

The result of the previous survey showed that the rate of knee osteoarthritis in people aged 40 and above in rural areas of Hai Duong province was 27.1%, but the doctors and physicians' knowledge of knee osteoarthritis diagnosis, treatment and counseling for patients had some limitations, which affected the diagnosis, care and quality of life of the patients. Objectives: To evaluate the effectiveness of the intervention model to improve the capacity of commune health workers in diagnosis and treatment of knee osteoarthritis disease in Hai Duong province by using the pre- and post-intervention study. We conducted training workshops on examination, diagnosis and treatment of osteoarthritis focusing on knee osteoarthritis for commune health staff who participated in the cross-sectional study. After 1 year,

the knowledge of diagnosis, treatment and counseling of trained health workers were evaluated. The results showed that the proportion of health workers with knowledge of knee osteoarthritis diagnosis at good and relatively good levels was significantly higher than before intervention with an efficiency index of 80%, p <0.001; The rate of health workers with good and relatively good knowledge of knee osteoarthritis treatment is higher than before intervention, the efficiency index was 7%, p <0.001; The rate of health care workers with good and relatively good knowledge of knee osteoarthritis counseling was increased compared to before intervention, the efficiency index was 60%, p <0.001.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc củng cố hoạt động cũng như nâng cao chất lượng hoạt động của y tế cơ sở, đặc biệt TYT xã là cần thiết để tăng khả năng tiếp cận của người dân đối với cơ sở y tế và cũng đảm bảo được sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe cho mọi người dân [1]. Tuy nhiên hoạt động y tế cơ sở hiện nay chưa mang tính toàn diện, một số lĩnh vực hoạt động như truyền thông giáo dục sức khoẻ, khám chữa bệnh tại trạm y tế xã chưa được quan tâm đúng mức. Chất lượng khám chữa bệnh tại trạm y tế chưa được nâng cao một cách rõ rệt.

Cùng với sự gia tăng tuổi thọ trung bình của người Việt Nam, các bệnh lý xương khớp, đặc biệt là THK gối là bệnh thường gặp, càng cao tuổi bệnh lý càng diễn biến nặng. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi từ 40 trở lên, sau 50 tuổi nữ giới thường mắc bệnh gấp hai lần nam giới. Đây là bệnh không trực tiếp đe dọa tính mạng nên người bệnh và cộng đồng chưa quan tâm đúng mức, đặc biệt là người lao động chân tay. Nếu phát hiện và điều trị bệnh muộn thì hiệu quả điều trị không cao, tăng thời gian nghỉ việc, giảm năng suất lao động và hạn chế hoạt động hàng ngày, thậm chí bệnh nhân sẽ tàn phế suốt đời. Do vậy vai trò của CBYT tuyến cơ sở là hết sức quan trọng trong việc phát hiện sớm, điều trị và tư vấn đúng cho người dân. CBYT xã có đủ kiến thức, kỹ năng phát hiện, chẩn đoán và tư vấn điều trị sớm bệnh THK gối cho người dân tại cộng đồng là một vấn đề cần phải quan tâm.

Để góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho người dân tại TYT xã, đặc biệt là bệnh THK gối, chúng tôi tiến hành can thiệp đào tạo về khám, chẩn đoán và hướng điều trị bệnh THK, tập trung vào bệnh THK gối cho CBYT ở TYT xã đã tham gia vào nghiên cứu ngang. Sau 1 năm, tiến hành đánh giá lại về kiến thức chẩn đoán, điều trị và tư vấn của các CBYT đã được đào tạo với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả mô hình can thiệp nâng cao năng lực chẩn đoán và xử trí bệnh thoái hóa khớp gối của cán bộ trạm y tế xã tại tỉnh Hải Dương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Địa điểm nghiên cứu: Tỉnh Hải Dương

2.2 Đối tượng nghiên cứu: Bác sỹ, y sỹ tại các trạm y tế xã thuộc tỉnh Hải Dương.

2.3 Phương pháp nghiên cứu:

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu can thiệp có so sánh trước sau.

- **Mẫu nghiên cứu**: 290 bác sỹ, y sỹ làm công tác khám, điều trị bệnh ở 263 trạm y tế xã thuộc tỉnh Hải Dương.

- Đánh giá hiệu quả can thiệp:

Hiệu quả can thiệp nhằm nâng cao khả năng khám, phát hiện và điều trị bệnh THK gối được đánh giá trên việc so sánh về kiến thức chẩn đoán, điều trị và tư vấn bệnh THK gối trước và sau can thiệp 1 năm và tính chỉ số hiệu quả (CSHQ) trước - sau: CSHQ so sánh trước và sau

$$= \frac{\text{Trước} - \text{Sau}}{\text{Trước}} \times 100\%$$

2.4 Phương pháp thu thập số liệu: Phiếu điều tra được mã hoá, tính điểm và chia theo 4 mức độ:

+Mức độ đánh giá về kiến thức khám và chẩn đoán bệnh THK gối của CBYT xã (tổng điểm 20). Tốt:>12,5 điểm; Khá:>10đến≤ 12,5 điểm. Trung bình: > 7,5 đến ≤ 10 điểm. Kém: ≤ 7,5 điểm

+ Mức độ đánh giá về kiến thức điều trị bệnh THK gối của CBYT xã (Tổng điểm: 20) Tốt: > 10 điểm; Khá: > 8 đến ≤ 10 điểm. Trung bình:>6 đến ≤ 8 điểm; Kém: ≤ 6 điểm

+ Mức độ đánh giá về kiến thức tư vấn cho bệnh nhân THK gối của CBYT xã (tông điểm: 20) Tốt:> 16 điểm; Khá:> 12 đến ≤ 16 điểm; Trung bình:> 8 đến ≤ 12 điểm; Kém: ≤ 8 điểm

2.5 Phương pháp phân tích số liệu: So sánh hiệu quả trước và sau can thiệp bằng thuật toán thống kê kỹ thuật kiểm định giả thuyết (giá trị p) và xem xét độ lớn của chỉ số hiệu quả; xử lý số liệu theo phần mềm thống kê y học SPSS 7.5

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Các đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập được sẽ được giữ bí mật và mã hóa trên máy tính

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tổng số đối tượng nghiên cứu (n = 290)	
		Tần số	Tỷ lệ (%)
Trình độ	Y sỹ	205	70,7

CBYT	Bác sỹ	85	29,3
Thâm niên CBYT	5 năm	28	9,7
	5-10 năm	58	20,0
	Trên 10 năm	204	70,3

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là y sỹ (70,7%), tỷ lệ bác sỹ chỉ có 29,3%. Trong đó, số CBYT có thâm niên công tác trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (70,3%).

3.2. So sánh về việc chẩn đoán, điều trị và tư vấn cho bệnh nhân THK gối của CBYT ở TYT xã theo trình độ và thâm niên công tác trước và sau can thiệp

3.2.1. So sánh về kiến thức chẩn đoán, điều trị và tư vấn bệnh THK gối theo thâm niên công tác:

Bảng 2: So sánh về kiến thức chẩn đoán bệnh THK gối theo thâm niên công tác

Thâm niên \ Mức độ			Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tổng
Dưới 5 năm	Trước can thiệp	n	2	3	11	12	28
		%	7,1	10,7	39,3	42,9	100
	Sau can thiệp	n	9	4	11	4	28
		%	32,1	14,3	39,3	14,3	100
p			<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	
5 - 10 năm	Trước can thiệp	n	8	7	23	20	58
		%	13,8	12,1	39,7	34,4	100
	Sau can thiệp	n	19	10	11	18	58
		%	32,8	17,2	19,0	31,0	100
p			<0,05	<0,05	<0,05	>0,05	
Trên 10 năm	Trước can thiệp	n	29	30	83	62	204
		%	14,2	14,7	40,7	30,4	100
	Sau can thiệp	n	58	42	56	48	204
		%	28,4	20,6	27,5	23,5	100
p			<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	
Tổng	Trước can thiệp	n	39	40	117	94	290
		%	13,4	13,8	40,4	32,4	100
	Sau can thiệp	n	86	56	78	70	290
		%	29,7	19,3	26,9	21,1	100
p			<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	

Sau can thiệp: tỷ lệ CBYT xã có kiến thức về chẩn đoán bệnh THK gối ở mức tốt và khá đều tăng cao hơn so với trước can thiệp ở tất cả các nhóm thâm niên công tác và giảm đáng kể mức độ kém. Đặc biệt ở nhóm có thâm niên công tác dưới 5 năm thì mức độ kém giảm từ 42,9% xuống chỉ còn 14,3% sau can thiệp.

Bảng 3: So sánh về kiến thức điều trị bệnh THK gối theo thâm niên công tác

Thâm niên \ Mức độ			Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tổng
Dưới 5 năm	Trước can thiệp	n	5	5	6	12	28
		%	17,9	17,9	21,4	42,8	100
	Sau can thiệp	n	9	2	8	9	28
		%	32,1	7,2	28,6	32,1	100
p			<0,05	<0,05	>0,05	<0,05	
5 - 10 năm	Trước can thiệp	n	6	15	17	18	58
		%	13,8	25,6	29,3	31,3	100
	Sau can thiệp	n	14	14	18	12	58
		%	24,1	24,1	31,1	20,7	100
p			<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	
Trên 10 năm	Trước can thiệp	n	57	38	34	75	204
		%	27,9	18,6	16,7	36,8	100
	Sau can thiệp	n	65	33	47	59	204
		%	31,9	16,2	23,0	28,9	100
p			>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
Tổng	Trước can thiệp	n	70	58	57	105	290
		%	24,1	20,0	19,7	36,2	100
	Sau can thiệp	n	88	49	73	80	290
		%	30,3	16,8	25,2	25,7	100
p			<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	

Sau can thiệp, tỷ lệ CBYT xã có kiến thức về điều trị THK gối ở mức tốt đều tăng ở các nhóm, trong đó chủ yếu là những CBYT có thâm niên công tác dưới 10 năm (< 5 năm từ 17,9% lên 32,1%; nhóm 5-10 năm: từ 13,8% lên 24,1%). Tuy nhiên, tỷ lệ kiến thức về điều trị bệnh ở mức trung bình và kém sau can thiệp vẫn còn cao ở tất cả các nhóm thâm niên công tác (dưới 5 năm: 60,7%; từ 5-10 năm: 51,8% và trên 10 năm: 51,9%.

Bảng 4: So sánh về kiến thức tư vấn bệnh THK gối theo thâm niên công tác:

Thâm niên \ Mức độ			Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tổng
Dưới 5 năm	Trước can thiệp	n	6	7	7	8	**28**
		%	21,4	25,0	25,0	28,6	**100**
	Sau can thiệp	n	12	7	6	3	**28**
		%	**42,9**	25,0	21,4	**10,7**	**100**
p			<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	
5 - 10 năm	Trước can thiệp	n	9	15	9	25	**58**
		%	15,5	25,9	15,5	43,1	**100**
	Sau can thiệp	n	27	17	6	8	**58**
		%	**46,6**	29,3	10,3	**13,8**	**100**
p			<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	
Trên 10 năm	Trước can thiệp	n	44	41	43	76	**204**
		%	21,6	20,1	21,1	37,2	**100**
	Sau can thiệp	n	71	62	32	39	**204**
		%	**34,8**	**30,4**	**15,7**	**19,1**	**100**
p			<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	
Tổng	Trước can thiệp	n	**59**	**63**	**59**	**109**	**290**
		%	20,3	21,7	20,3	37,7	**100**
	Sau can thiệp	n	110	86	44	50	**290**
		%	37,9	29,7	15,2	17,2	**100**
p			<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	

Tỷ lệ CBYT xã có kiến thức tốt về tư vấn bệnh THK gối tăng lên sau can thiệp ở tất cả các nhóm thâm niên công tác, cao nhất là ở nhóm 5 - 10 năm (từ 15,5% lên 46,6%). Tỷ lệ CBYT có kiến thức về tư vấn bệnh THK gối đều giảm ở tất cả các nhóm (p< 0,05).

3.2.3. So sánh về kiến thức chẩn đoán, điều trị và tư vấn bệnh THK gối theo trình độ của CBYT xã

Bảng 5: Đánh giá kiến thức chẩn đoán bệnh THK gối theo trình độ chuyên môn của CBYT

Thâm niên \ Mức độ			Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tổng
Y sỹ	Trước can thiệp	n	31	24	75	75	**205**
		%	15,1	11,7	36,6	36,6	**100**
	Sau can thiệp	n	65	42	51	47	**205**
		%	31,7	20,5	24,9	22,9	100
p			<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	
Bác sỹ	Trước can thiệp	n	8	16	42	19	85
		%	9,4	18,9	49,4	22,3	100
	Sau can thiệp	n	21	14	27	23	85
		%	24,7	16,5	31,8	27,2	100
p			<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	
Tổng	Trước can thiệp	n	30	40	117	94	290
		%	13,4	13,8	40,4	32,4	100
	Sau can thiệp	n	86	56	78	70	290
		%	29,7	19,3	26,9	24,1	100
p			<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	

Kiến thức về chẩn đoán bệnh THK gối ở mức độ tốt và khá của y, bác sỹ đều tăng hơn so với trước khi can thiệp (từ 27,2% lên 49,0%), trong đó tỷ lệ y sỹ có kiến thức chẩn đoán bệnh THK gối ở mức độ kém giảm nhiều (từ 36,6% xuống 22,9%).

Bảng 6: So sánh điều trị bệnh THK gối theo trình độ chuyên môn của CBYT

Thâm niên \ Mức độ			Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tổng
Y sỹ	Trước can thiệp	n	51	40	41	73	**205**
		%	24,9	19,5	20,0	35,6	**100**

	Sau can thiệp	n	60	32	54	59	**205**
		%	29,3	15,6	26,3	28,8	**100**
p			<0,05	< 0,05	<0,05	<0,05	
Bác sỹ	Trước can thiệp	n	19	18	16	32	**85**
		%	22,4	21,2	18,8	37,6	**100**
	Sau can thiệp	n	28	17	19	21	**85**
		%	32,9	20,0	22,4	24,7	**100**
p			<0,05	**> 0,05**	**>0,05**	<0,05	
Tổng	Trước can thiệp	n	**70**	**58**	**57**	**105**	**290**
		%	**24,1**	**20,0**	**19,7**	**36,2**	**100**
	Sau can thiệp	n	**88**	**49**	**73**	**80**	**290**
		%	**29,7**	**19,3**	**26,9**	**24,7**	**100**
p			**<0,05**	> 0,05	**<0,05**	**<0,05**	

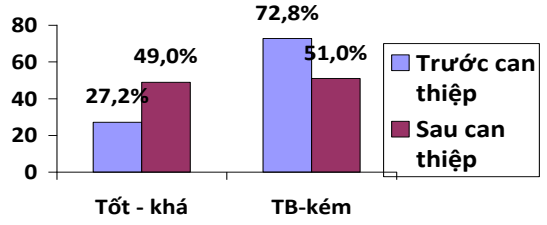
Tỷ lệ bác sỹ có kiến thức điều trị bệnh THK gối ở mức độ tốt & khá tăng so với trước can thiệp (từ 43,6% lên 52,9%). Tỷ lệ y, bác sỹ có kiến thức điều trị bệnh THK gối ở mức độ kém cũng giảm sau can thiệp (từ 36,2% xuống 24,7%).

Bảng 7: So sánh tư vấn bệnh THK gối theo trình độ chuyên môn của CBYT

Thâm niên \ **Mức độ**			**Tốt**	**Khá**	**Trung bình**	**Kém**	**Tổng**
Y sỹ	Trước can thiệp	n	43	44	43	75	**205**
		%	21,0	21,5	21,0	36,5	**100**
	Sau can thiệp	n	69	64	34	38	**205**
		%	33,7	31,2	16,6	18,5	**100**
p			<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	
Bác sỹ	Trước can thiệp	n	16	19	16	34	**85**
		%	18,8	22,4	18,8	40,0	**100**
	Sau can thiệp	n	41	64	34	38	**85**
		%	48,2	25,9	11,8	14,1	**100**
p			<0,05	>0,05	<0,05	<0,05	
Tổng	Trước can thiệp	n	**59**	**63**	**59**	**109**	**290**
		%	**20,3**	**21,8**	**20,3**	**37,6**	**100**
	Sau can thiệp	n	**110**	**86**	**44**	**50**	**290**
		%	**37,9**	**29,7**	**15,2**	**17,2**	**100**
p			**<0,05**	**<0,05**	**<0,05**	**<0,05**	

Tỷ lệ y, bác sỹ có kiến thức tốt và khá về tư vấn bệnh THK gối tăng rõ rệt sau can thiệp (từ 42,1% lên 67,6%). Trong đó, nhóm bác sỹ tăng cao nhất sau can thiệp (từ 41,2% lên 74,1%). CBYT có kiến thức trung bình và kém về tư vấn bệnh THK gối giảm từ 57,9% xuống còn 32,4%. Trong đó nhóm bác sỹ có tỷ lệ giảm nhiều (từ 40% xuống 14,1%).

3.2. Đánh giá hiệu quả can thiệp về kiến thức chẩn đoán, điều trị và tư vấn bệnh THK gối của CBYT xã:



Biểu đồ 1. *Hiệu quả can thiệp về kiến thức chẩn đoán bệnh THK gối*

Bảng 8: Hiệu quả can thiệp về kiến thức chẩn đoán bệnh THK gối

Mức độ	**Trước can thiệp (%)**	**Sau can thiệp (%)**	**p**	**CSHQ (%)**
Tốt - khá	27,2	49,0	p<0.001	80
Trung bình - kém	72,8	51,0		-30

Kết quả ở bảng 8 cho thấy, tỷ lệ CBYT tuyến xã có kiến thức ở mức độ khá & tốt về chẩn đoán bệnh THK gối tăng lên rõ rệt từ 27,2% lên 49,0%; chỉ số hiệu quả = 80% và tỷ lệ CBYT xã có kiến thức chẩn đoán bệnh THK gối ở mức độ trung bình & kém giảm đi đáng kể từ 72,8% xuống 51,0%; chỉ số hiệu quả = -30%. Sự khác biệt này mang ý nghĩa thống kê (p< 0,001).

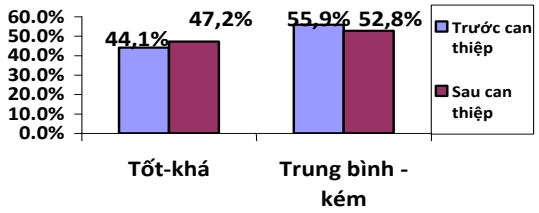
Theo các nghiên cứu về đánh giá hiệu quả của chương trình đào tạo về quản lý bệnh THK cho các bác sỹ tuyến cơ sở tại Mỹ cho thấy, các bác sỹ tuyến cơ sở thường không được đào tạo cơ bản về các bệnh xương khớp, ít có cơ hội được đào tạo lại sau khi tốt nghiệp. Sau khi triển khai một chương trình đào tạo kèm cặp cho các

bác sỹ tuyến cơ sở bởi các bác sỹ chuyên khoa xương khớp, kết quả sau 1 năm cho thấy điểm trung bình về kiến thức và kỹ năng của các bác sỹ tuyến cơ sở trước khi đào tạo là 58,2% và tăng lên 84,1% sau khi đào tạo. Điều này cũng đã chứng tỏ các bác sỹ tham gia chương trình có đủ kiến thức để chia sẻ với đồng nghiệp một cách hiệu quả [5], [6], [7].

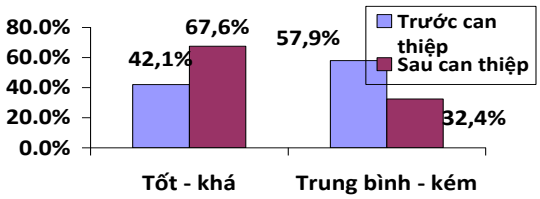
Theo điều tra tại Malaysia, hầu hết các thầy thuốc tuyến cơ sở chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng quá mức cần thiết cho chẩn đoán THK. Do vậy, các tác giả khuyến cáo cần phải đào tạo cho bác sỹ tuyến cơ sở, tập trung vào kiến thức chẩn đoán và quản lý bệnh THK, quan tâm hơn nữa đối với chuyên khoa xương khớp trong chương trình đào tạo đại học và phổ biến rộng rãi hướng dẫn quản lý bệnh THK cho các thầy thuốc tuyến cơ sở [3].

Bảng 9: Đánh giá hiệu quả can thiệp về kiến thức điều trị bệnh THK gối

Mức độ	Trước can thiệp (%)	Sau can thiệp (%)	p	CSHQ (%)
Tốt - khá	44,1	47,2	p < 0,05	7
Trung bình - kém	55,9	52,8		-6



Biểu đồ 2. Hiệu quả can thiệp về kiến thức điều trị bệnh THK gối



Biểu đồ 3. Hiệu quả can thiệp về kiến thức tư vấn bệnh THK gối

Kết quả bảng 9 cho thấy, tỷ lệ CBYT tuyến xã có kiến thức ở mức độ khá & tốt về điều trị bệnh THK gối tăng từ 44,1% lên 47,2%; chỉ số hiệu quả = 7% và tỷ lệ CBYT xã có kiến thức chẩn đoán bệnh THK gối ở mức độ trung bình & kém giảm từ 55,9% xuống 52,8%; chỉ số hiệu quả = - 6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p< 0,05). Tỷ lệ bác sỹ chỉ định dùng paracetamol, thuốc chống viêm giảm đau không steroid tăng và việc chỉ định dùng opioid để giảm đau cho người bệnh đã giảm rõ rệt (p < 0,001) so với trước can thiệp.

Bảng 10: Đánh giá kiến thức tư vấn bệnh THK gối

Mức độ	Trước can thiệp (%)	Sau can thiệp (%)	p	CSHQ (%)
Tốt - khá	42,1	67,6	p < 0,001	60
Trung bình - kém	57,9	32,4		-44

Qua bảng 10 cho thấy, tỷ lệ CBYT tuyến xã có kiến thức về tư vấn bệnh THK gối ở mức độ khá & tốt tăng lên rõ rệt từ 42,1% lên 67,6%; chỉ số hiệu quả = 60% và tỷ lệ CBYT xã có kiến thức chẩn đoán bệnh THK gối ở mức độ trung bình & kém giảm đi đáng kể từ 57,9% xuống còn 32,4%; chỉ số hiệu quả = -44%. Sự khác biệt này mang ý nghĩa thống kê (p< 0,001).

Nhiều nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đã cho thấy các biện pháp điều trị không dùng thuốc như tập thể dục tại khớp giúp cho việc giảm đau và cải thiện đáng kể chức năng cho bệnh nhân THK gối. Tương tự như vậy, giảm cân đối với người béo phì cũng giảm nguy cơ THK gối ở phụ nữ. Do vậy các tác giả khuyến cáo, các bác sỹ nên dành thời gian để tư vấn, giáo dục sức khỏe, hướng dẫn tập luyện và hướng dẫn tự quản lý cho bệnh nhân THK gối [4].

IV. KẾT LUẬN

- Về kiến thức chẩn đoán bệnh THK gối: tỷ lệ CBYT có kiến thức ở mức độ tốt & khá tăng lên (chỉ số hiệu quả = 80%), p< 0,001;
- Về kiến thức điều trị bệnh THK gối: tỷ lệ CBYT có kiến thức ở mức độ tốt & khá tăng lên (chỉ số hiệu quả = 7%), p< 0,001;
- Về kiến thức tư vấn bệnh THK gối: tỷ lệ CBYT có kiến thức ở mức độ tốt & khá tăng lên (chỉ số hiệu quả = 60%), p< 0,001

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế, 2000.** Công văn số 699/YT-Đtr ngày 1/2/2000 cho phép và chỉ đạo thực hiện thí điểm Khám chữa bệnh Bảo hiểm y tế ở trạm y tế cơ sở.
2. **Bộ Y tế - Tài chính- Lao động**, Thương binh và Xã hội - Ban tổ chức cán bộ Chính phủ (1995). Thông tư liên bộ số 08/TT-LB Hướng dẫn một số vấn đề về tổ chức và chế độ chính sách đối với y tế cơ sở.
3. **Arshad A, Rashid R, 2000.** A pilot study of the primary care management of knee osteoarthritis in the Northern states of Malaysia. Rheumatology; 41:1208-10.
4. **Krysia S.Dziedzic, et.al., 2009**. New models for primary care are needed for osteoarthritis. Phys Ther; 89: 1371-1378.

5. **Sophie Coleman, et.al., 2008.** Short and medium- term effects of an education self-management program for individuals with osteoarthritis of the knee, designed and delivered by health professionals: a quality assurance study. BMC Musculoskeletal Disorders, 9-117.
6. **Thomas Rosemann, et.al., 2006.** Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis patients: the views of patients, general practitioners and practice nurses. BMC Musculoskeletal Disorders, 7: 48.
7. **Thomas Rosemann, et.al., 2007.** Health service utilization pattenerns of primary care patients with osteoarthritis. BMC Health Services Research, 7:169.

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ ĐAU DO CO CỨNG CƠ BẰNG BOTULINUM NHÓM A Ở BỆNH NHÂN SAU ĐỘT QUỴ NÃO

Đỗ Đức Thuần*, Phạm Quốc Toản*, Nguyễn Thanh Xuân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị đau do cứng cơ ở bệnh nhân đột quỵ bằng Botulinum nhóm A. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** 102 bệnh nhân co cứng cơ sau đột quỵ điều trị nội trú tại khoa Đột Quỵ, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 05 năm 2014 đến tháng 12 năm 2017. ***Kết quả***: Tỷ lệ đau do co cứng cơ sau đột quỵ 55,9%, mức độ đau với điểm VAS là 2,35 ± 1,22 điểm. Sau tiêm Botulinum, đau giảm hơn khi vào viện ở 1,3 tháng có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Đau khi tiêm gặp 59,6% và hết đau sau 3 ngày. ***Kết luận***: Mức độ đau do co cứng thường trung bình, gặp nhiều sau đột quỵ. Điều trị bằng Botulinum hiệu quả và tác dụng không mong muốn nhanh chóng hết sau tiêm.

Từ khóa: đau, co cứng cơ và đột quỵ

SUMMARY

RESEARCH TREATMENT OF PAIN IN POSTSTROKE SPASTICITY BY BOTULINUM GROUP A IN PATIENTS WITH BRIAN STROKE

Objective: To assess the clinical characteristics and outcome of treatment of pain in poststroke spasticity with Botulinum group A. ***Subjects and methods:*** 102 patients with spasticity after stroke at the Stroke department of the 103 Military Hospital from May, 2014 to December, 2017. ***Results:*** Pain in poststroke spasticity was 55.9%, pain level with VAS score was 2.35 ± 1.22 points. After injection of Botulinum, the pain was significantly reduced at 1 and 3 months as at hospitalization, with p <0.05. Pain at injection 59.6% and unpain after 3 days. ***Conclusion:*** The pain in poststroke spasticity is moderate, common after stroke. Botulinum treatment is effective and the unwanted effects disappear rapidly after injection.

Key word*: pain, spasticity and stroke*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não đang là vấn đề thời sự của các nước trên thế giới do tỷ lệ hiện mắc, tỷ lệ mới mắc cao. Trong các di chứng mà đột quỵ não để lại, các hội chứng đau mạn tính sau đột quỵ não là phổ biến, gặp 50%-72%. Có nhiều loại đau sau đột quỵ não, trong đó: đau trung ương, đau vai và đau thứ phát do co cứng cơ là ba loại đau được nhiều tác giả quan tâm nghiên cứu. Đau do co cứng chiếm tỷ lệ cao (43%) và để lại nhiều ảnh hưởng nghiêm trọng về thể chất, tinh thần của bản thân bênh nhân và xã hội [5],[6]. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị đau do co cứng cơ sau đột quỵ như: phục hồi chức năng, các thuốc điều trị toàn thân, phong bế thần kinh bằng cồn hoặc Phenol, phẫu thật… Nhưng những phương pháp này vẫn còn nhiều hạn chế. Độc tố Botulinum nhóm A được ứng dụng vào điều trị co cứng cơ trên nhiều nước trên thế giới [6]. Với ưu thế dễ sử dụng, Botulinum nhóm A đang dần trở thành lựa chọn đầu tiên trong điều trị co cứng cơ sau đột quỵ ở nhiều trung tâm đột quỵ và phục hồi chức năng trong nước. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu điều trị đau do co cứng cơ sau đột quỵ bằng Botulinum nhóm A với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị đau do cứng cơ ở bệnh nhân sau đột quỵ bằng Botulinum nhóm A.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 102 bệnh nhân co cứng cơ sau đột quỵ có điểm Ashworth +1 đến 3, được điều trị nội trú tại khoa Đột quỵ, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 05 năm 2014 đến tháng 12 năm 2017.

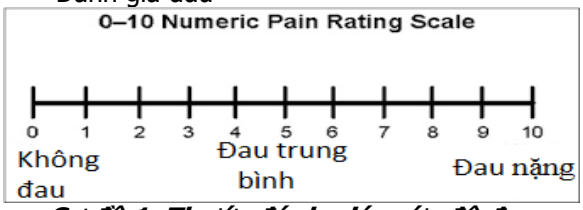
2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, so sánh trước và sau ở các thời điểm: vào viện, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Với một số chỉ tiêu nghiên cứu, mẫu nghiên cứu được chia làm hai nhóm: nhóm bệnh nhân co cứng có đau (CC có đau) và nhóm bệnh nhân co cứng không đau (CC không đau).

****Một số tiêu chuẩn chẩn đoán***

- Bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não được chẩn đoán theo định nghĩa đột quỵ não của tổ chức Y tế Thế giới năm 1970 [2].

**Bệnh viện Quân y 103*
***Học Viện Quân Y*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân
Email: bsxuanhatay@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018
Ngày duyệt bài: 12.2.2018

- Co cứng cơ chẩn đoán theo định nghĩa theo Lance WM năm 1980 [4]
- Đau do co cứng cơ chẩn đoán theo định nghĩa của Winstein năm 2016 [5].
- ***Sử dụng tiêm chống đau:*** chỉ định tiêm Botulinum nhóm A theo liều của Huber M. và Heck G (2002) được Bộ y tế Việt Nam chấp thuận và khuyến cáo sử dụng.
- Đánh giá đau



Sơ đồ 1. Thước đánh giá mức độ đau

Để đánh giá đau của bệnh nhân co cứng cơ sử dụng thang nhìn (Visual Analog Scale - VAS) theo thước đo có các giá trị từ 0 - 10, bệnh nhân lượng giá mức độ đau của mình theo thước tương ứng với mức độ đau. Đau được tính cả đau tự nhiên ở bệnh nhân hoặc khi vận động thụ động.

-Số liệu nghiên cứu: được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Đặc điểm nghiên cứu	Co cứng có đau (n=57)	Co cứng không đau (n=45)	p
Tuổi (năm)	57,2 ± 9	55,1 ± 11	>0,05
Giới (nam)	56,6%	51,9%	>0,05
Thời gian bị đột quỵ (tháng)	38,3±8,1	17,9± 9,4	<0,05
	Trung vị 31,3; thấp nhất 1; cao nhất 58		

Kết quả bảng 1 cho thấy không có sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm co cứng cơ có đau và không đau sau đột quỵ: tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân co cứng không đau sau đột quỵ là trung bình 55,1 ± 11 tuổi, thấp nhất 41 tuổi, cao nhất 89 tuổi; tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân co cứng có đau cơ sau đột quỵ là 57,2 ± 9 tuổi, thấp nhất 41 tuổi, cao nhất 82 tuổi (p >0,05). Tương tự với Wissel Jörg và cộng sự (năm 2000) khi nghiên cứu đau ở bệnh nhân co cứng có độ tuổi trung bình là 41,5 tuổi và đau do co cứng cơ gặp nhiều ở bệnh nhân trẻ tuổi, không có sự khác biệt giữa hai nhóm co cứng cơ có đau và không đau. Tuy nhiên tuổi trong nghiên cứu của Wissel Jörg thấp hơn so với tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi, điều này do sự lựa chọn đối tượng nghiên cứu, trong nghiên cứu chúng tôi chỉ lựa chọn đối tượng sau đột quỵ não, còn đối tượng trong nghiên cứu Wissel Jörg bao gồm cả bệnh nhân đột quỵ và bệnh nhân chấn thương sọ não, chấn thương sọ não thường xảy ra ở những đối tượng tuổi trẻ cao hơn só với tuổi của đột quỵ não. Trong nghiên cứu đối với giới thì đối tượng là nam trong nhóm bệnh nhân co cứng cơ có đau là 56,6%, ở nhóm bệnh nhân co cứng cơ không có đau giới nam gặp 51,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p >0,05. Tỷ lệ về giới trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các tác giả khác [4].

3.2. Đặc điểm lâm sàng đau do co cứng cơ

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đau do co cứng cơ sau đột quỵ thời điểm khi vào viện

Đặc điểm lâm sàng	n; tỷ lệ % (n=102)	VAS ($\overline{X}$ ±SD)
Có đau ít nhất một vị trí	57; 55,9%	2,35 ± 1,22
Nhóm cơ khép khớp vai	53; 51,9%	2,98 ± 1,34
Nhóm cơ gấp khớp khuỷu	49; 48,0%	2,67 ± 1,51
Nhóm cơ gấp khớp cổ tay	35; 34,3%	1,98 ± 1,37
Nhóm cơ gấp khớp gối	45; 44,1%	2,06 ± 1,28
Nhóm cơ gấp bàn chân về mu chân	13; 12,7%	1,09 ± 1,11

Trong nghiên cứu chúng tôi gặp tỷ lệ bệnh nhân co cứng cơ có đau sau đột quỵ là 55,9%, tương đương với tỷ lệ bệnh nhân đau do co cứng cơ trong nghiên cứu của Wissel Jörg và cộng sự năm 2010. Lương Tuấn Khanh khi nghiên cứu 64 bệnh nhân co cứng cơ sau đột quỵ não gặp đau do co cứng là 46,9%, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này được lý giải do thời gian sau đột quỵ trong nghiên cứu của chúng tôi là trung bình 31,1 tháng, trong nghiên cứu của Lương Tuấn Khanh là 28,09 tháng, thời gian sau đột quỵ càng dài mức độ co cứng càng tăng và tỷ lệ đau càng tăng [1]. John W Dunne và cộng sự (năm 1995) gặp tỷ lệ đau do co cứng sau đột quỵ là 77,5% (31/40), cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, do John W Dunne chỉ đánh giá đau do co cứng ở chi trên sau đột quỵ [3]. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy đau do co cứng sau đột quỵ gặp nhóm cơ gấp ở chi trên và nhóm cơ duỗi chi dưới, đây là mẫu co cứng thường gặp sau đột quỵ, kết quả tương tự của Wissel Jörg (2010). Chi trên, các nhóm cơ khép khớp vai (51,9%) và gấp khớp khuỷu (48,0%) chiếm tỷ lệ cao có đau do co cứng cơ. Chi dưới, nhóm cơ gấp khớp gối (44,1%) là hay gặp đau do co cứng cơ, đây là các nhóm cơ hay gây co cứng sau đột quỵ Yelnik (2007) [7]. Đánh giá mức độ đau

theo thang điểm VAS, thấy mức độ đau VAS là 2,35 ± 1,22 điểm, trong đó mức độ đau rõ rệt ở nhóm cơ khép khớp vai (2,98 ± 1,34), gấp khớp khuỷu (2,67 ± 1,51), gấp gối (2,06 ± 1,28); đau chỉ ở mức trung bình (điểm đau VAS trung bình < 5 điểm); kết quả nghiên cứu tương đương với kết quả nghiên cứu của John W Dunne và cộng sự với mức độ đau do co cứng cơ sau đột quỵ với VAS 2,5 điểm [3]. Đau ở bệnh nhân co cứng là một trong những chỉ định để bệnh nhân được tiếp cận điều trị chuyên biệt như dùng thuốc và phong bế [1].

Bảng 3: Đánh giá mức độ giảm đau theo VAS thời điểm trước và sau tiêm Botulinum nhóm A (n=102)

VAS / Nhóm cơ	Vào viện (vv) ($\bar{X}$ ±SD)	1 tháng p (vv-1) ($\bar{X}$ ±SD)	3 tháng p (vv-3) ($\bar{X}$ ±SD)	6 tháng p (vv-6) ($\bar{X}$ ±SD)
Có đau ít nhất một vị trí	2,35 ± 1,22	0,97± 0,11	1,00±0,31	1,89±0,7
Khép khớp vai (n=53)	2,98 ± 1,34	0,80± 0,12 (p<0,05)	1,04±0,36 (p<0,05)	1,82±0,27 (p>0,05)
Gấp khớp khuỷu (n=49)	2,67 ± 1,51	1,11±0,54 (p<0,05)	1,25±0,42 (p<0,05)	2,31±0,40 (p>0,05)
Gấp cổ tay (n=45)	1,98 ± 1,37	1,09±0,25 (p<0,05)	1,12±0,31 (p<0,05)	2,18±0,11 (p>0,05)
Duỗi gối (n=27)	2,06 ± 1,28	0,89±0,37 (p<0,05)	1,09±0,48 (p<0,05)	1,89±0,33 (p>0,05)
Gấp cổ chân (n=13)	1,90 ± 1,11	1,05±0,21 (p<0,05)	1,19±0,31 (p<0,05)	1,79±0,22 (p>0,05)
Có đau ít nhất một vị trí(n=57)	Giảm đau 87,7% (50)		Thời gian bắt đầu giảm đau 7,5 ±5,7 ngày	

Kết quả nghiên cứu thấy mức độ giảm đau đạt được ở 87,7% số bệnh nhân (50/57), thời gian giảm đau rõ rệt bắt đầu trung bình từ 7,5 ± 5,7 ngày, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của: John W Dunne với số bệnh nhân giảm đau là 90,3 (28/31) [3]; Có 7 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấy giảm đau sau tiêm Botulinum nhóm A trong đó 3 bệnh nhân có thời gian co cứng sau đột quỵ trên 43 tháng, 4 bệnh nhân co cứng cơ với thang điểm Ashworth 3 điểm. Các vị trí không thấy đỡ đau gặp ở nhóm cơ khép vai và duỗi gối, đây là những vị trí có nhóm cơ lớn, nhiều cơ tham gia một động tác.

Đối với cải thiện mức độ đau liên quan đến co cứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy các nhóm cơ co cứng được tiêm Botulinum nhóm A ở thời điểm 1 và 3 tháng giảm đau hơn thời điểm vào viện có ý nghĩa thống kê với p<0,05, thời điểm 6 tháng mức độ đau vẫn giảm hơn so với khi vào viện nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p >0,05, đây là thời điểm thuốc Botulinum sắp hết hiệu lực. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu của Lương Tuấn Khanh [1], John W Dunne [3].

Nguyên nhân về đau trong co cứng cơ cũng chưa được hiểu biết một cách đầy đủ. Hiện nay có nhiều giả thuyết giải thích cho co cứng và đau, một trong các giả thuyết là sự co cứng lâu dài và bất thường của cơ làm tác động lên thành mạch, sự tiêu tốn oxy quá mức lâu dần thành sự cưỡng ép co cơ trong tình trạng thiếu ô xy từ đó gây tiết các chất trung gian gây viêm và đau như bradykinin, prostaglandins (PGE2), kali trong máu ở cơ và các điểm bám gân; đau có thể là quá trình co cứng cơ lâu làm biến dạng khớp, viêm khớp gây đau. Đau cũng là tác nhân kích thích tăng mức độ co thắt của các cơ, đó chính là chu trình vòng xoắn thúc đẩy lẫn nhau trong diễn biến của bệnh. Việc tiêm Botulinum nhóm A cắt đi sự dẫn truyền thần kinh cơ làm mềm cơ, cắt đi chu trình bất lợi và làm giảm đau, kết quả đã được nhiều nghiên cứu chứng minh và được thừa nhận trong điều trị giảm tàn phế sau đột quỵ và chấn thương sọ não.

Bảng 4: Tác dụng không mong muốn (n=102)

Tác dụng không mong muốn	Co cứng có đau (n=57) n; %	Co cứng không đau (n=45) n; %	p
Chảy máu tại nơi tiêm	11; 19,3%	09; 20,0 %	> 0,05
Đau tại nơi tiêm	34; 59,6 %	30; 66,7%	>0,05
Hội chứng giả cúm	03; 5,3%	02; 4,4%	>0,05
Khô miệng	02; 3,5 %	02; 4,4%	>0,05

Trong nghiên cứu tác dụng không mong muốn khi tiêm Botulinum nhóm A ở bệnh nhân đau do co cứng sau đột quỵ là đau tại chỗ tiêm gặp là 59,6%, chảy máu tại nơi tiêm là 19,3 %; không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tác dụng không mong muốn (p>0,05). Các tác dụng không mong muốn này thường mất sau 3 ngày tiêm. Tỷ lệ tác dụng không mong muốn của nghiên cứu cũng tương đương với các tác giả khác, nghiên cứu của John W Dunne, tỷ lệ bệnh nhân đau sau tiêm Botulinum nhóm A là 61,3%[3].

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ đau do co cứng ở bệnh nhân co cứng cơ sau đột quỵ là 55,9%; mức độ đau trung bình với điểm đau VAS là 2,35 ± 1,22 điểm; đau do co cứng gặp nhiều ở các cơ khép khớp vai 51,9% và cơ gấp khớp khuỷu 48,0%.

- Sau tiêm Botulinum nhóm A: đau do co cứng cơ ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng giảm hơn rõ so với thời điểm khi vào viện (p < 0,05); thời điểm 6 tháng sau tiêm mức độ đau tăng lên so với thời điểm 1 và 3 tháng (VAS:1,89±0,7 điểm), nhưng vẫn thấp hơn so với thời điểm khi vào viện.

-Tác dụng không mong muốn khi tiêm Botulinum nhóm A điều trị đau do co cứng là đau tại vị trí tiêm là 59,6 %, chảy máu tại vị trí tiêm 19,3 %, các tác dụng không mong muốn hết sau 03 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Tuấn Khanh** (**2010**), *Nghiên cứu hiệu quả của độc tố botulium nhóm A phối hợp với vận động trị liệu trong phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân tai biến mạch máu não*, Phục hồi chức năng, Trường đại học Y Hà nội, Hà Nội.
2. **Aho K.**, **Harmsen P.**,**Hatano S. et al.** (**1980**), "Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study", *Bull World Health Organ*. 58(1), pp. 113-30.
3. **Dunne J. W.**, **Heye N.**,**Dunne S. L.** (**1995**), "Treatment of chronic limb spasticity with botulinum toxin A", *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 58(2), pp. 232-235.
4. **Ibuki Aileen**, **Bernhardt Julie** (**2007**), *What is spasticity? The discussion continues*, section 14, 391-394.
5. **Thibaut A.**, **Chatelle C.**,**Ziegler E. et al**. (**2013**), "Spasticity after stroke: physiology, assessment and treatment", *Brain Inj*. 27(10), pp. 1093-105.
6. **Winstein C. J.**, **Stein J.**,**Arena R. et al.** (**2016**), "Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", *Stroke*. 47(6), pp. e98-e169.
7. **Yelnik A. P.**, **Colle F. M.**,**Bonan I. V. et al.** (**2007**), "Treatment of shoulder pain in spastic hemiplegia by reducing spasticity of the subscapular muscle: a randomised, double blind, placebo controlled study of botulinum toxin A", *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 78(8), pp. 845-8.

TẦN SUẤT, HÌNH ẢNH NỘI SOI, BIẾN CHỨNG VÀ ĐIỀU TRỊ TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TƯQĐ 108

Vũ Văn Khiên*, Dương Minh Thắng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bệnh túi thừa có xu hướng tăng lên ở Việt Nam, đặc biệt ở người cao tuổi. Đề tài nghiên cứu trong 18 tháng (01/2016-06/2017). Mục tiêu: Tần suất, hình ảnh nội soi, biến chứng và hiệu quả điều trị bệnh túi thừa đại tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân có túi thừa đại tràng, được chẩn đoán trên nội soi. Các thông tin cần theo dõi: nội soi (vị trí, kích thước, số lượng), lâm sàng (đau bụng, sốt, rối loạn tiêu hóa), các biến chứng (thủng, chảy máu). Đánh giá kết quả điều trị và tỷ lệ tử vong. **Kết quả: Tần suất:** Tỷ lệ phát hiện túi thừa đại tràng: 238/4964 bệnh nhân (4,8%). **Lâm sàng:** đau bụng (13,9%), tiêu chảy (28,1%), đầy bụng (4,6%). **Kết quả nội soi:** Túi thừa ở manh tràng, đại tràng lên tương ứng: 52,9% và 26,5%. Có 48,7% có 1-2 túi thừa. Kích thước túi thừa hay gặp: 0,5-1,0cm (62,6%). **Biến chứng:** Tự thủng gây viêm phúc mạc: 3/238 bệnh nhân (1,3%), CMTH thấp 31/238 bệnh nhân (13%), dò sang tạng khác: 1/238 bệnh nhân (0,4%). **Kết luận:** Túi thừa ở Việt Nam có xu hướng gia tăng. Cần theo dõi chặt chẽ và có phác đồ điều trị cụ thể.

Từ khóa: Túi thừa đại tràng (TTĐT), bệnh viện trung ương Quân đội 108 (TWQĐ 108)

SUMMARY

PREVALENCE, ENDOSCOPIC IMAGE, COMPLICATION AND TREATMENT OF COLONIC DIVERTICULOSIS IN 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Introduction: Colonic diverticulosis tends to increase in Vietnam, especially in the elderly. Research topic in 18 months (01/2016-06/2017). Airm: Prevalence, endoscopic image, complication and treatment of colonic diverticulosis in 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** Diagnosis of colonic diverticulosis is based on endoscopic findings. The information to monitor: endoscopy (location, size, number), clinical (abdominal pain, fever, gastrointestinal disorders), complications (perforation, bleeding). Evaluation of treatment outcome and mortality. **Results:** Detection rate: 238/4964 (4.8%).

**Bệnh viện TƯQĐ 108*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Thắng
Email: bsthang108@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.01.2018
Ngày duyệt bài: 9.2.2018

Clinical: Abdominal pain (13.9%), diarrhea (28.1%), bloating (4.6%). Endoscopic results: Diverticular colon: Cecum (52.9%), ascending colon (26.5%). 1-2 diverticular colon: 48.7%. Size of colonic diverticular: 0,5-1,0 cm (62.6%). Complications: Peritonitis caused by free perforation of colonic diverticular: 3/238 (1.3%), lower gastrointestinal bleeding: 31/238 (13%); colovesical fistula: 1/238 (0,4%). **Conclusion:** Colonic diverticular will tend to increase in Vietnam. Must be closely monitored and have treatment regimen.

Key word: Colonic diverticulosis; 108 Military Central Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa đại tràng (diverticular colon) chiếm tỷ lệ nhiều nhất trong các bệnh túi thừa của đường tiêu hóa [1-3]. Phần lớn túi thừa đại tràng là túi thừa mắc phải hay còn gọi là giả túi thừa. Khái niệm này để phân biệt giữa túi thừa bẩm sinh và túi thừa mắc phải. Túi thừa bẩm sinh vẫn còn nguyên vẹn cấu trúc của thành đại tràng. Túi thừa mắc phải là do khuyết tật của lớp cơ ở thành đại tràng không còn nguyên vẹn, bị suy yếu, hình thành nên các túi thừa (pocket) ở đại tràng, mà hậu quả là sự thoát vị của niêm mạc và dưới niêm mạc đại tràng [3].

Túi thừa đại tràng gặp nhiều ở các nước châu Âu và châu Mỹ. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, túi thừa đại tràng đã và đang có xu hướng tăng dần lên ở châu Á, đặc biệt ở những nước công nghiệp. Phần lớn túi thừa đại tràng không có triệu chứng, phát hiện tình cờ qua nội soi và chỉ có khoảng 10-20% túi thừa đại tràng có triệu chứng lâm sàng [3]. Điều trị bằng kháng sinh là biện pháp chủ yếu cho bệnh nhân có viêm túi thừa đại tràng. Tuy nhiên, cũng có một tỷ lệ có các biến chứng như chảy máu, tự thủng hoặc dò sang các tạng khác… gây hậu quả nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này để tìm hiểu: *Tần suất, lâm sàng, hình ảnh nội soi, biến chứng và điều trị túi thừa đại tràng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.Đối tượng. Bệnh nhân có túi thừa đại tràng, phát hiện qua nội soi đại tràng ống mềm, hoặc qua mổ do biến chứng của túi thừa tại Bệnh viện TWQĐ 108, từ 01/2016 đến 06/2017.

2. Phương pháp

+ Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc trong 6 tháng

+ Theo dõi trên lâm sàng: Triệu chứng cơ năng: Đau bụng, chướng bụng, rối loạn tiêu hóa (táo, lỏng, xen kẽ), chậm tiêu. Triệu chứng thức thể: đại tiện phân có máu, sốt, phản ứng thành bụng (khi có biến chứng).

+ Tính tỷ lệ phát hiện túi thừa đại tràng qua nội soi đại tràng.

+ Phân loại giai đoạn túi thừa đại tràng dựa theo Hansen/Stock (36): Giai đoạn 0: túi thừa đại tràng; Giai đoạn 1: viêm túi thừa cấp tính không biến chứng; Giai đoạn 2: Viêm túi thừa có biến chứng cấp tính; Giai đoạn 3: Viêm túi thừa tái phát mạn tính [4].

+ Theo dõi thông tin trên nội soi: Vị trí, số lượng, kích thước, tính chất bề mặt túi thừa

+ Kháng sinh điều trị dự phòng: Ciprobay (500 mg/ngày) + Metronidazole (500 mg/ngày) x 5-7 ngày. Đánh giá kết quả sau 02 tháng điều trị [4], [5].

+ Theo dõi các biến chứng: chảy máu, thủng, viêm phúc mạc, dò…

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tần suất và tỷ lệ mắc túi thừa theo nhóm tuổi

	n	%
Tỷ lệ mắc	238/4964	4,8
Tỷ lệ nam/nữ	141/97 (1,45)	
Phân bố theo tuổi		
< 40 tuổi	29/238	12,2
40-49 tuổi	38/238	15,9
50-59 tuổi	63/238	26,5
60-69 tuổi	70/238	29,4
70-79 tuổi	25/238	10,5
≥ 80 tuổi	13/238	5,5

Nhận xét: Tỷ lệ mắc túi thừa đại tràng: 4,8%. Tỷ lệ mắc túi thừa gặp nhiều nhất bệnh nhân có tuổi: 60-69 tuổi, chiếm 29,4%.

Bảng 2: Triệu chứng của bệnh

Triệu chứng	n	%
Thỉnh thoảng đau bụng	33	13,9
Tiêu chảy	67	28,1
Buồn nôn và nôn	3	1,3
Đầy tức bụng	11	4,6
Đi ngoài phân có máu	21	8,8
Bình thường	103	43,3
Tổng	**238**	**100**

Nhận xét: Có đến 43,3% túi thừa không có triệu chứng.

Bảng 3. Vị trí túi thừa đại tràng trên nội soi

	n	%
Manh tràng	126	52,9
Đại tràng lên	63	26,5
Đại tràng ngang	22	9,2
Đại tràng xuống	15	6,3
Đại tràng Sicma	10	4,2
Trực tràng	2	0,9
Tổng	**238**	**100**

Nhận xét: Chủ yếu gặp túi thừa ở manh tràng (52,9%)

Bảng 4: Đặc điểm túi thừa đại tràng trên nội soi

Đặc điểm	n	%
Số lượng		
1-2 túi thừa	116	48,7
3-5 túi thừa	78	32,8
> 5 túi thừa	44	18,5
Kích thước		
< 0,5 cm	65	27,3
0,5-1,0 cm	149	62,6
1,0-2,0 cm	18	7,6
> 2,0 cm	6	2,5
Tính chất		
Bình thường	153	64,3
Viêm phù nề	28	11,8
Ứ đọng phân	30	12,6
Dò mủ	5	2,1
Chảy máu	22	9,2

Nhận xét: Có 48,7% có 1-2 túi thừa. Kích thước túi thừa hay gặp: 0,5-1,0 cm (62,6%). Chảy máu do túi thừa chiếm tỷ lệ 9,2%

Bảng 5. Hiệu quả điều trị và biến chứng

	n	%
Điều trị		
Chỉ theo dõi	153	64,8
Kháng sinh + Chế độ ăn	50	21
Biến chứng		
Tự thủng gây viêm phúc mạc	3	1,3
CMTH do viêm túi thừa	31	13
Dò sang tạng khác	1	0,4
Theo dõi sau 12 tháng		
CMTH tái phát	14	5,8
Viêm phù nề tái phát	19	7,9

Nhận xét: Tỷ lệ tự thủng gây viêm phúc mạc là 1,3%, CMTH do viêm túi thừa: 13%, dò sang tạng khác: 0,4%.

IV. BÀN LUẬN

1. Tần suất và mức độ mắc bệnh theo tuổi.

+ Tần suất mắc túi thừa đại tràng. Tần suất mắc túi thừa đại tràng ở châu Âu: 8-12/1000 người, tại Mỹ: 12-22/1000 người. Ở châu Á (trừ Nhật Bản, Hàn Quốc), tần suất mắc túi thừa còn thấp, giao động: 0,1-5,0/1000 người. Riêng Nhật Bản, tần suất mắc túi thừa đại tràng rất cao, giao động: 13-28/1000 người. [5].

Qua nội soi đại tràng ống mềm cho 4964 bệnh nhân, chúng tôi phát hiện: 238/4964 bệnh nhân (4,8%) có túi thừa đại tràng (bảng 1). Tại Việt Nam, các nghiên cứu về tần suất mắc túi thừa đại tràng còn khá khiêm tốn. Nghiên cứu của Lê Văn Lợi [2] nội soi đại tràng ống mềm trong 10 tháng (01-10/2015) tại bệnh viện Bạch Mai, phát hiện 191/3421 bệnh nhân (5,6%) có túi thừa đại tràng. Kết quả này tương đương nghiên cứu của chúng tôi.

+ Phân bố tuổi mắc túi thừa đại tràng

Tần suất mắc túi thừa đại tràng ở châu Âu và châu Mỹ có xu hướng tăng dần theo tuổi. Tại Mỹ, tần suất mắc túi thừa đại tràng ở người ≥ 60 tuổi (50%) và ≥ 80 tuổi (80%). Tại Pháp, tần suất mắc túi thừa đại tràng ở bệnh nhân ≥ 80 tuổi chiếm 75% [5].

Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 1) cho biết: Tỷ lệ mắc túi thừa ở bệnh nhân có: 60-69 tuổi và 70-79 tuổi chiếm tỷ lệ tương ứng: 26,5% và 29,4. Nghiên cứu của Lê Văn Lợi cho biết biết tần suất mắc túi thừa đại tràng: 50-59 tuổi và 60-69 tuổi, chiếm tỷ lệ tương ứng là: 30,4% và 26,7% [2]. Như vậy, tần suất mắc túi thừa đại tràng gặp chủ yếu ở người trung niên và cao tuổi.

2. Đặc điểm lâm sàng của túi thừa đại tràng: Phần lớn 80-90% số bệnh nhân có túi thừa đại tràng hầu như không có biến chứng [3], [6]. Số bệnh nhân còn lại (10-20%) thường có những triệu chứng không đặc hiệu, rất dễ nhầm lẫn sang các bệnh lý khác. Nghiên cứu gần đây đã cho biết có mối liên quan khá chặt chẽ giữa bệnh túi thừa đại tràng với hội chứng ruột kích thích, trong đó hội chứng ruột kích thích là hậu quả của viêm túi thừa đại tràng không được điều trị dứt điểm và triệt để [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 1) cho biết: 43,3% bệnh nhân không có biểu hiện trên lâm sàng. Trên nội soi, những bệnh nhân này có túi thừa đại tràng bình thường, không có biểu hiện viêm ở túi thừa. Số còn lại, bệnh nhân có các triệu chứng như: đau bụng không rõ nguyên nhân (13,9%), tiêu chảy (28,1%), đầy bụng (4,6%). Đặc biệt có 8,8% bệnh nhân có đi ngoài phân có máu mức độ nhẹ. Mặc dù tỷ lệ đi ngoài phân có máu thấp, nhưng rất có giá trị và đây là lý do bệnh nhân đi khám bệnh.

Nghiên cứu của Lê Văn Lợi [2] cho biết số bệnh nhân có triệu chứng đau bụng, tiêu chảy, đi ngoài phân có máu chiếm tỷ lệ tương ứng là: 23,0%; 33,5% và 7,9%

3. Đặc điểm túi thừa trên nội soi và phân loại túi thừa theo Hansen/stock

Túi thừa đại tràng có thể gặp bất kỳ vị trí nào của đại tràng. Tuy nhiên, ở phương Tây, túi thừa đại tràng gặp nhiều ở bên trái (tập trung ở Sigmoid). Ở châu Á, túi thừa đại tràng gặp nhiều bên phải, tập trung chủ yếu đại tràng lên và manh tràng [5]

Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 2) cho biết tỷ lệ túi thừa ở manh tràng, đại tràng lên, đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng sicma tương ứng là: 52,9%, 26,5%, 9,2%, 6.3% và 4,2%. Tỷ lệ túi thừa đại tràng bên phải chiếm: 79,4%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với

nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Kim Văn Vụ [1], Lê Văn Lợi [2], Sung HS (Hàn Quốc) và Sugihara (Nhật Bản) [5] cho biết tỷ lệ túi thừa đại tràng bên phải chiếm tỷ lệ tương ứng: 75%; 85,9%; 84,5% và 68,8%. Như vậy, túi thừa đại tràng ở các nước châu Á gặp chủ yếu ở bên đại tràng bên phải.

4. Các phương thức điều trị và các biến chứng: Dựa trên phân loại Hansen/Stock [3] để chúng tôi đưa ra biện pháp điều trị. Đối với những bệnh nhân có túi thừa đại tràng bình thường (n = 153), bệnh nhân chỉ thực hiện chế độ ăn uống và định kỳ theo dõi [6]. Với những bệnh nhân viêm cấp tính không biến chứng (uncomplicated diverticulitis), chúng tôi đã sử dụng kháng sinh. Hiện tại, có rất nhiều phác đồ điều trị khác nhau, nhưng chúng tôi hay sử dụng phác đồ: Ciprobay(500mg/ngày)+ Metronidazole (500mg/ngày) dùng trong 5-7 ngày cho những bệnh nhân viêm túi thừa không biến chứng. Tỷ lệ đáp ứng điều trị (kiểm tra sau 3-6 tháng) đều có hiệu quả. Do vậy, thực hiện chế độ ăn, uống thuốc kháng sinh dự phòng đóng vai trò quan trọng trong dự phòng các biến chứng do viêm tuí thừa gây nên.

Chảy máu tiêu hóa với các mức độ khác nhau là một trong các biến chứng hay gặp trong các biến chứng của viêm túi thừa [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3), tỷ lệ CMTH chiếm 13%. Tuy nhiên, phần lớn CMTH đều ở mức độ rất nhẹ và đều đáp ứng phác đồ điều trị. Có 01 bệnh nhân CMTH nặng, phải truyền máu, truyền dịch và ổn định sau 01 tuần. Tại châu Âu và châu Mỹ, CMTH thấp do viêm túi thừa chiếm tỷ lệ 33,1%, nguy cơ tăng lên ở người cao tuổi, có bệnh kết hợp, sử dụng các thuốc NSAID, thuốc chống ngưng kết tiểu cầu. Phần lớn, CMTH do túi thừa tự cầm (70-80%), số còn lại: 20-30% mới phải can thiệp và ưu tiên cho can thiệp nội soi [6]

Thủng túi thừa đại tràng là một biến chứng nghiêm trọng, cần phát hiện sớm. Tại châu Âu và Mỹ, tỷ lệ thủng túi thừa rất cao, với tần suất: 16/100.000 người. Theo thống kê ở 15 quốc gia (năm 2003) cho biết tổng số bệnh nhân bị thủng túi thừa là: 60.237 ca/năm và số người tử vong do thủng túi thừa là: 23.605 ca/năm [6]

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3/238 bệnh nhân (1,3%) túi thừa tự thủng (Free perforation). Tất cả các bệnh nhân này đều ở các tuyến trước chuyển về, với tình trạng bụng ngoại khoa và chỉ khi can thiệp mới biết được nguyên nhân do thủng túi thừa. Có 02 bệnh nhân cấp cứu thành công sau phẫu thuật. Có 01 bệnh nhân tử vong do nhiều bệnh kết hợp (tiểu đường, cao huyết áp và suy thận mạn-lọc thận chu kỳ).

Tần suất dò túi thừa đại tràng chiếm khoảng 12% và phần lớn dò sang các tạng gần lân cận (bàng quang) và điều trị cần can thiệp ngoại khoa, kết hợp dùng kháng sinh [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 01 bệnh nhân nữ cao tuổi (0,4%) có dò túi thừa đại tràng Sicma sang bàng quang. Trên lâm sàng, bệnh nhân khi đi tiểu có phân chảy ra qua đường niệu đạo. do bệnh nhân cao tuổi, có tai biến mạch máu não, nên không thể can thiệp và chỉ điều trị bảo tồn. Ngày nay, để đề phòng các biến chứng do viêm túi thừa gây nên, sử dụng thuốc kháng sinh dự phòng, thực hiện ăn chất xơ, loại bỏ tác nhân dễ gây biến chứng (rượu, thuốc lá, các thuốc NSAID, chống kết tập tiểu cầu), điều trị tốt các bệnh kết hợp (tiểu đường, suy thận…) là những biện pháp tốt để ngăn ngừa các biến chứng do túi thừa gây nên.,.

V. KẾT LUẬN

1.Tần suất, đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi túi thừa đại tràng: Tỷ lệ mắc túi thừa đại tràng: 4,8%, gặp nhiều ở bệnh nhân có tuổi: 60-69 tuổi (29,4%). Triệu chứng lâm sàng: đau bụng (13,9%), tiêu chảy (28,1%), đầy bụng (4,6%).

Nội soi: Túi thừa ở manh tràng, đại tràng lên tương ứng: 52,9% và 26,5%. Có 48,7% có 1-2 túi thừa. Kích thước túi thừa hay gặp: 0,5-1,0 cm (62,6%). Chảy máu do túi thừa: 11,3%

2. Các biến chứng: Tự thủng gây viêm phúc mạc: 3/238 bệnh nhân (1,3%), CMTH thấp 31/238 bệnh nhân (13%), dò sang tạng khác: 1/238 bệnh nhân (0,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kim Văn Vụ.** Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị viêm túi thừa đại tràng. Tạp chí Y học thực hành 2014. 17-20
2. **Lê Văn Lợi.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi của bệnh lý túi thừa đại tràng. Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II. Hà Nội 2015
3. **Templeton AW, Strate LL.** Updates in Diverticular Disease. Curr Gastroenterol Rep. 2013; 15(8): 339.
4. **Hansen O, Graupe F, Stock W (1998)** Prognostic factors in perforating diverticulitis of the large intestine. Chirurg 1998; 69: 443–449
5. **Tănase I, Păun S, Stoica B, et al.** Epidemiology of the Diverticular Disease - Systematic Review of the Literature. Chirurgia 2015; 110: 9-14
6. **Chapman J, Davies M,** Wolff B et al. Complicated Diverticulitis- Is It Time to Rethink the Rules? Annals of Surgery 2005; 242(4): 576-583
7. **Eliseia W, Tursi A.** Recent advances in the treatment of colonic diverticular disease and prevention of acute diverticulitis. Annals of Gastroenterology (2016); 29, 24-32

TÌNH HÌNH XƠ HÓA CƠ ỨC ĐÒN CHŨM Ở TRẺ 0-12 THÁNG TUỔI QUA CHƯƠNG TRÌNH SÀNG LỌC PHÁT HIỆN SỚM KHUYẾT TẬT TẠI THÁI BÌNH

Phạm Thị Tỉnh[1], Bùi Thị Thao[1], Phạm Thị Thanh Huyền[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Điều tra tỷ lệ và nhận xét một số đặc điểm lâm sàng ở trẻ 0 - 12 tháng tuổi mắc dị tật xơ hóa cơ ức đòn chũm tại hai huyện của tỉnh Thái Bình. **Phương pháp**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Sàng lọc 6.571 trẻ từ 0 - 12 tháng tuổi tại 66 xã thuộc 2 huyện của tỉnh Thái Bình, khám lâm sàng để chẩn đoán dị tật. **Kết quả nghiên cứu**: Tỷ lệ xơ hóa cơ ức đòn chũm ở trẻ 0- 12 tháng tuổi được phát hiện là 0,35%. Số trẻ nam bị dị tật chiếm 65,2%. Trẻ dị tật có ngôi thai bất thường chiếm 21,7%. Trẻ dị tật phải mổ đẻ chiếm 30,45; Can thiệp sản khoa khác chiếm 17,4%. Dị tật bên phải chiếm 65,3%. Các triệu chứng lâm sàng đặc trưng là: Sờ rõ khối u (100%); Đầu trẻ ngiêng về bên bệnh (82,6%); Mặt trẻ ngiêng về bên đối diện không cố định (100%).

Từ khóa: Dị tật bẩm sinh, xơ hóa cơ ức đòn chũm.

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF CONGENITAL MUSCULAR TORTICOLLIS IN 0 - 12 MONTH CHILDREN THROUGH EARLY SCREENING TO DETECT DISABILITY IN THAIBINH PROVINCE

Objective: To investigate the number of children with congenital muscular torticollis (twisted neck) and its clinical characteristics in two districts of Thaibinh province. **Methodology**: a cross-sectional descriptive study was carried out and 6.571 children aged 0-12 months in 66 communes of two districts in Thaibinh province were screened to detect congenital malformations. **Results**: the incidence of congenital muscular torticollis in children aged 0-12 years was 0.35%. Male children with malformations accounted for 65.2%. Disabled children with abnormal pregnancy accounted for 21.7%. Deformed children having cesarean section accounted for 30.45; and deformed children that need other obstetric interventions were 17.4%. Those with right-side disability accounted for 65.3%. Typical clinical symptoms in these disabled children were: palpable tumor (100%); Children's head tilted to the disease side (82.6%); The child's face tilted to the opposite side but unfixed (100%).

Key word: Congenital malformation, congenital muscular torticollis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ hóa cơ ức đòn chũm là tình trạng bệnh lý xơ hóa một phần cơ ức đòn chũm do tư thế bào thai hoặc tai biến trong khi sinh làm hạn chế tầm vận động của cột sống cổ. Đây là dị tật có tỷ lệ cao, tuy nhiên chỉ khoảng 0,5% trường hợp được phát hiện sớm (trong khoảng 7- 10 ngày tuổi). Bệnh hay gặp ở trẻ đẻ ngôi ngược. Thống kê của Bệnh viện Nhi Đồng I cho thấy 65% trẻ sinh ngược bị dị tật này. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là dày và cứng chắc ở phần giữa cơ ức đòn chũm làm cho đầu trẻ bị nghiêng, mặt xoay về bên đối diện, hạn chế động tác xoay cổ. Những trường hợp nặng có thể kèm theo vẹo cột sống. Bệnh gặp ở cả trẻ nam và nữ. Do bệnh diễn biến từ từ và âm thầm nên thường bị bỏ qua. Tuy không ảnh hưởng đến tính mạng trẻ nhưng nếu phát hiện và điều trị muộn bênh thường để lại những di chứng làm ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, chức năng sinh hoạt và khả năng lao động sau này của trẻ. Ngược lại, nếu được phát hiện và can thiệp sớm, trẻ xơ hóa cơ ức đòn chũm có thể phát triển hoàn toàn bình thường. Xuất phát từ các vấn đề trên, chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu*: Điều tra tỷ lệ và nhận xét một số đặc điểm lâm sàng ở trẻ 0 – 12 tháng tuổi bị xơ hóa cơ ức đòn tại 2 huyện tỉnh Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu 6.571 trẻ sơ sinh tại 66 xã thuộc 2 huyện của tỉnh Thái Bình trong thời gian từ 01/03/2007 đến 29/02/2008.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu

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

Thay các giá trị vào công thức tính được n= 6.542 trẻ. Thực tế số trẻ trong NC là 6.571 trẻ, thỏa mãn yêu cầu cỡ mẫu.

2.3. Nội dung và các biến số sử dụng trong nghiên cứu:

- Thông tin chung về trẻ: Độ tuổi, giới, thứ tự con trong gia đình…
- Tiêu chuẩn chẩn đoán xơ hóa cơ ức đòn chũm:

Dấu hiệu nhận biết sớm từ 0 - 3 tháng tuổi

Khối u có thể sờ thấy được ngay sau sinh hoặc muộn hơn (thông thường gặp 10 ngày đến

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tỉnh
Email: phamtinh_ytb@yahoo.com
Ngày nhận bài: 26.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018
Ngày duyệt bài: 12.2.2018

2 tuần sau sinh) với các tính chất sau:

+ Không nóng, đỏ, đau.

+ Mật độ chắc. Ranh giới có thể không rõ nhưng vị trí thường ở giữa thân cơ hoặc khu trú gần sát đầu bám của cơ với xương đòn.

+ Di động nhẹ theo cơ ức đòn chũm.

+ Kích thước to nhanh trong những tháng đầu.

- Hạn chế tầm vận động cột sống cổ: Đầu trẻ nghiêng sang bên có khối u, mặt xoay sang bên đối diện nên trẻ thương hay chảy nước dãi phía bên có khối u xơ.

Lâm sàng: Khối u như trên nhưng mật độ chắc hơn nhiều. Tầm vận động cột sống cổ hạn chế nhiều do khối xơ quá chắc.

- Lác mắt. Mất cân xứng ở mặt, mặt bên có khối u có thể nhỏ hơn.

- Vẹo cổ rõ rệt: Khi biến dạng nặng vai bên bệnh có thể nâng lên.

2.4. Công cụ thu thập số liệu: Bộ Phiếu nghiên cứu

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng chương trình SPSS tại Phòng Quản lý khoa học – Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong NC chúng tôi phát hiện được 23 trẻ có dị tật xơ hóa cơ ức đòn chũm trong đó có 15 trẻ nam (65,2%) và 8 trẻ nữ (34,8%). Tỷ lệ giới là 1,8.

Bảng 1. Tỷ lệ dị tật theo số thứ tự con trong gia đình

Số thứ tự con	n	Tỷ lệ %
Con thứ nhất	15	*65,2*
Con thứ hai	7	*30,4*
Từ con thứ 3 trở lên.	1	*4,4*
Tổng	**23**	***100***

Nhận xét: Trẻ bị u xơ cơ ức đòn chũm là con thứ nhất trong gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất 65,2%. Có 1 trẻ bị xơ hóa cơ ức đòn chũm là con thứ 3 trong gia đình.

Bảng 2. Tỷ lệ dị tật theo ngôi thai và cuộc đẻ

		n	Tỷ lệ %
Ngôi thai	Bình thường	18	*78,3*
	Bất thường	**5**	***21,7***
Cuộc đẻ	Mổ đẻ	7	*30,4*
	Can thiệp sản khoa khác	4	*17,4*
	Đẻ thường	12	*52,2*
Tổng		**23**	***100***

Nhận xét: Đa số trẻ bị dị tật xơ hóa cơ ức đòn chũm có ngôi thai bình thường (78,3%). Số trẻ bị dị tật có ngôi thai bất thường chiếm 21,7%.

Số trẻ bị dị tật xơ hóa cơ ức đòn chũm phải mổ đẻ chiếm 30,4%; Can thiệp sản khoa khác chiếm 17,4%;

Bảng 3. Thời điểm phát hiện dị tật

Thời điểm phát hiện dị tật	n	Tỷ lệ %
Giai đoạn sơ sinh	13	*56,5*
Sơ sinh - < 3 tháng	4	*17,4*
3 - 6 tháng	6	*26,1*
Tổng	**23**	***100***

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ xơ hóa cơ ức đòn chũm được phát hiện ở giai đoạn sơ sinh chiếm 56,5%, giai đoạn 3 - 6 tháng chiếm 26,1%.

Bảng 4. Vị trí khối xơ

Vị trí	n	Tỷ lệ %
Bên phải	15	*65,3*
Bên trái	8	*34,7*
Tổng	**23**	***100***

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ bị xơ hóa cơ ức đòn chũm ở bên phải chiếm 65,3%.

Bảng 5. Các đặc điểm lâm sàng

Các đặc điểm lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Sờ rõ khối xơ	23	100
Đầu trẻ nghiêng về bên bệnh	19	82,6
Mặt nghiêng bên đối diện không cố định	23	100
Mặt nghiêng bên đối diện cố định	0	0
Lác mắt	0	0
Mất cân xứng ở mặt	0	0
Tổng	**23**	***100***

Nhận xét: Về các đặc điểm lâm sàng ở trẻ mắc dị tật xơ hóa cơ ức đòn chũm thì: Sờ rõ khối xơ: 100%. Đầu trẻ nghiêng về bên bệnh: 82,6%. Mặt nghiêng bên đối diện không cố định: 100%. Mặt nghiêng bên đối diện cố định: 0%. Lác mắt: 0%. Mất cân xứng ở mặt: 0%.

IV. BÀN LUẬN

Xơ hóa cơ ức đòn chũm là một dị tật ít được đề cập đến trong các nghiên cứu về khuyết tật ở trẻ em. Đa số các trẻ mắc dị tật này đều được phát hiện và can thiệp rất muộn nên hạn chế nhiều đến kết quả phục hồi. Một số nguyên nhân làm cho phần lớn dị tật này thường bị bỏ qua là:

- Dị tật không gây nguy hiểm tức thời đến tính mạng của trẻ.

- Các trường hợp nhẹ khó phát hiện sớm do các dấu hiệu lâm sàng kín đáo.

- Các kiến thức phổ thông về dị tật này ít được các nhân viên y tế cơ sở biết đến.

Trong nghiên cứu này chúng tôi xin bàn luận một số vấn đề sau:

***Về giới:** Kết quả NC của chúng tôi thấy rằng: Trong số 23 trẻ xơ hóa cơ ức đòn chũm có 15 trẻ nam, 8 trẻ nữ. Tỷ lệ giới là 1,8.

Một số quan điểm đã được đưa ra để giải thích cho sự khác nhau về tỷ lệ mắc dị tật giữa hai giới nam và nữ. Có quan điểm cho rằng trẻ trai hay bị các biến chứng trong thời kỳ thai

nghén, dẫn đến tình trạng hạn chế phát triển thai trong tử cung. Tanner cho rằng sự phát triển của thai nhi gái dễ vượt qua tác động của các yếu tố ảnh hưởng hơn thai nhi trai. Tuy nhiên tỷ lệ giới cũng phụ thuộc vào từng loại dị tật. Một số dị tật thường gặp nhiều ở trẻ nam như: Sứt môi, hở hàm ếch (1,5/1), thoát vị bẹn (4/1)… Ngược lại các dị tật như trật khớp háng bẩm sinh, thoát vị não tủy lại gặp tần số cao hơn ở trẻ em nữ [1].

Kết quả NC của Bệnh viện Chỉnh hình - Phục hồi chức năng thành phố Hồ Chí Minh cho tỷ lệ: Nam 28/39 trẻ chiếm tỷ lệ 71,8%; Nữ 11/39 trẻ chiếm 28,2% [4]. Trong 23 trẻ dị tật được phát hiện số trẻ là con thứ nhất trong gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất (65,2%); Con thứ 2 chiếm 30,4% và con thứ 3 chiếm 4,4% (bảng 1). Kết quả trong NC của chúng tôi cũng tương tự một số tác giả khác.

Năm 2004, Nguyễn Thị Quỳnh Thơ khi NC về tình hình dị tật bẩm sinh và đặc điểm nhiễm sắc thể của người bị dị tật bẩm sinh tại một số xã của tỉnh Thái Bình cho thấy: Trẻ mắc dị tật bẩm sinh là con thứ nhất trong gia đình chiếm 55,3% [5].

***Về một số yếu tố liên quan:** Kết quả NC bảng 2 cho thấy: Trong tổng số 23 trẻ xơ hóa cơ ức đòn chũm thì: Trẻ có ngôi thai bất thường chiếm 21.7% (5 trẻ). Mổ đẻ chiếm 30,4%. Các can thiệp sản khoa khác chiếm 17,4%.

Kết quả NC của Nguyễn Ngọc Hưng (Bệnh viện Nhi Trung ương) ở nhóm trẻ có u xơ cơ ức đòn chũm cần phẫu thuật cho thấy: Mổ đẻ chiếm tỷ lệ 9,5%. Các can thiệp sản khoa khác chiếm 14,3%. Ngoài ra vị trí bất thường của thai nhi trong tử cung, ngôi thia bất thường, can thiệp sản khoa... cũng là những nguyên nhân được nhiều tác giả đề cập đến khi nghiên cứu về dị tật này [3],[4].

David và Mubarack khi chụp cộng hưởng từ cho 10 trẻ nhỏ có u xơ cơ ức đòn chũm thấy dấu hiệu trong cơ tương tự như khi quan sát cẳng tay hoặc cẳng chân sau hội chứng khoang. Khi cắt và tiêm trên tử thi tác giả cũng xác định được khoang trong cơ ức đòn chũm. Những xác định này đã hướng cho các tác giả đưa ra giả thiết u xơ cơ ức đòn chũm là dị tật có từ thời kỳ bào thai. Ngoài ra các nguyên nhân trong khi sinh cũng được nhiều NC đề cập đến:

- Năm 1838 Stromeyer lần đầu tiên cho rằng tổn thương khi sinh là nguyên nhân gây dị tật này.
- Năm 1944 Chandle và Altrenberg tìm thấy tỷ lệ trẻ dị tật phù hợp với tiền sử sinh đẻ khó khăn và phải can thiệp sản khoa.
- Năm 1966 Sanerkin và Edwards một lần nữa thấy rằng tiền sử khi sinh chiếm 50% số trường hợp bệnh nhân có u xơ cơ ức đòn chũm [3].

***Về thời điểm phát hiện dị tật:** Kết quả nghiên cứu bảng 3 cho thấy: Trong tổng số 23 trẻ, có 13 trẻ được phát hiện ngay ở giai đoạn sơ sinh chiếm 56,5%. Số trẻ được phát hiện trong giai đoạn < 3 tháng chiếm 17,4%; Số trẻ được phát hiện ở giai đoạn 3 – 6 tháng chiếm 26,1%. Không có trẻ nào phát hiện sau 6 tháng tuổi.

Có sự khác biệt này là do: Trong NC của chúng tôi thực hiện sàng lọc tại cộng đồng cho trẻ 0 – 12 tháng tuổi, còn tác giả nghiên cứu trên các bệnh nhân đến phẫu thuật tại Bệnh viện nhi Trung ương nên vẫn có những trẻ phát hiện sau 12 tháng tuổi.

Dị tật xơ hóa cơ ức đòn chũm không gây hậu quả đến tính mạng trẻ, tuy nhiên nếu phát hiện và can thiệp muộn sẽ gây ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị cũng như sự phát triển bình thường của trẻ. Chính vì vậy, phát hiện và can thiệp PHCN cho các trường hợp xơ hóa cơ ức đòn chũm cần được tiến hành càng sớm càng tốt (Can thiệp ngay sau khi phát hiện thấy khối xơ). Thời gian vàng cho điều trị phục hồi chức năng là tháng đầu sau sinh. Thời điểm can thiệp sau 3 tháng trở lên thì khả năng khỏi giảm đi rất nhiều. Cần can thiệp tại các khoa PHCN theo từng đợt và can thiệp tại gia đình trong 2 năm đầu. Chỉ định phẫu thuật trong những trường hợp trẻ lớn, cơ ức đòn chũm co rút làm vẹo hẳn cổ sang bên có khối xơ [6], [7]. Mục đích của can thiệp sớm:

- Làm mềm khối xơ.
- Duy trì tầm vận động của cột sống cổ.
- Đề phòng biến dạng thứ phát ở sọ mặt và cột sống cổ.

Từ kết quả trên chúng tôi nhận thấy rằng: Các nghiên cứu tại cộng đồng mặc dù còn những hạn chế (có thể bỏ sót dị tật đặc biệt với những dị tật khó phát hiện vì cần nhiều phương tiện để khám và chẩn đoán...) nhưng cũng có nhiều ưu điểm. Đó là việc phát hiện sớm được nhiều loại dị tật đặc biệt với những dị tật cần can thiệp sớm như xo hóa cơ ức đòn chũm. Vì vậy triển khai chương trình phát hiện sớm, can thiệp sớm các khuyết tật cho trẻ em nói chung là việc làm thiết thực nhằm hạn chế các hậu quả của khuyết tật.

***Vị trí khối xơ:** Trong NC của chúng tôi, số trẻ có khối xơ bên phải là 15 trẻ chiếm 65,3%, bên trái là 8 trẻ chiếm 34,7% (bảng 4).

Kết quả NC của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả khác: Nguyễn Ngọc Hưng Nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy: Trong tổng số 68 trẻ thì số trẻ có khối xơ cơ wucs đòn chũm bên (P) là 42/68 chiếm 61,6%, bên (T) là 26/68 chiếm 38,4%.

***Về một số đặc điểm lâm sàng**: Kết quả nghiên cứu bảng 5 cho thấy các đặc điểm lâm sàng của trẻ xơ hóa cơ ức đòn chũm là: Sờ rõ khối xơ: 100%; Đầu trẻ nghiêng về bên bệnh: 82,6%; Mặt nghiêng bên đối diện không cố định: 100%; Mặt nghiêng bên đối diện cố định: 0%; Lác mắt: 0%; Mất cân xứng ở mặt: 0%

So sánh với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hưng: Sờ rõ khối xơ: 100%; Đầu trẻ ngiêng bên bệnh: 100%. (68 BN); Mặt ngiêng về bên đối diện không cố định: 100%; Mặt ngiêng bên đối diện cố định: 0; Nâng vai bên bệnh: 100%.

Như vậy các đặc điểm như sờ rõ khối xơ vùng cơ ức đòn chũm, đầu trẻ ngiêng về bên bệnh, mặt trẻ ngiêng về bên đối diện là những dấu hiệu đặc trưng ở trẻ mắc dị tật xơ hóa cơ ức đòn chũm. Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp trẻ nào có dấu hiệu lác mắt hoặc mất cân xứng ở mặt. Điều này là hoàn toàn hợp lý vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trẻ 0 – 12 tháng tuổi. Mặt khác 23 trẻ mắc dị tật xơ hóa cơ ức đòn chũm đều được phát hiện sớm trong vòng 6 tháng tuổi. Với thời gian ngắn thì dị tật chưa gây ảnh hưởng đến tư thế đầu, mặt cũng như cột sống của trẻ.

Với các phương pháp điều trị bằng xoa bóp và kéo giãn cho kết quả phục hồi tốt mà không cần phẫu thuật. Tỷ lệ phẫu thuật ở trẻ 3 - 6 tháng tuổi là 25%; Tỷ lệ này ở trẻ 6 – 18 tháng tuổi là 70% và trên 18 tháng tuổi là 100%. Tác giả cũng thông báo tỷ lệ trẻ bị dị tật có tiền sử sản khoa liên quan là 48 trẻ trong đó hút thai là 4 trẻ, Foccep là 6 trẻ. Có 2 trẻ có ngôi thai bất thường và 11 trẻ phải mổ đẻ.

V. KẾT LUẬN

Dị tật xơ hóa cơ ức đòn chũm là một trong những dị tật khó phát hiện vì vậy gia đình trẻ thường bỏ qua dị tật này, kể cả cán bộ y tế cơ sở nếu không có những kiến thức và kỹ năng nhất định. Có được kết quả trên chúng tôi thấy vai trò của đội ngũ nhân viên y tế cơ sở đặc biệt nữ hộ sinh là những người trực tiếp tham gia vào cuộc đẻ và tiếp xúc với trẻ sớm nhất. Vì vậy, tăng cường trang bị kiến thức, kỹ năng về phát hiện sớm một số khuyết tật ở trẻ em trong đó có dị tật xơ hóa cơ ức đòn chũm cho đội ngũ nhân viên y tế cớ sở là việc làm cần thiết, cấp bách nhằm hạn chế hậu quả của khuyết tật và giúp trẻ khuyết tật phát triển cũng như hòa nhập xã hội tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Thu Hà, Trần Trọng Hải (2005**), "Phát hiện sớm, can thiệp sớm xơ hóa cơ ức đòn chũm ở trẻ em", Phát hiện sớm, can thiệp sớm một số dạng tàn tật ở trẻ em Việt Nam, NXB Y học, tr. 77 – 81.
2. **Phan Thị Hoan (2002), "**Phân tích một số yếu tố nguy cơ sinh con dị tật bẩm sinh ở một số nhóm dân cư miền bắc Việt nam" , Di truyền học và ứng dụng, Chuyên san Di truyền Y học, số đặc biệt chào mừng 100 năm Trường Đại học Y hà Nội, tr. 25 – 30.
3. **Nguyễn Ngọc Hưng (2004),** "U xơ cơ ức đòn chũm", Phẫu thuật chỉnh hình dị tật bẩm sinh cơ quan vận động ở trẻ em, Chỉnh hình nhi khoa (Tập 1), NXB Y học, tr. 7 – 21.
4. **Nguyễn Ngọc Hưng (2007),** "Nhận xét kỹ thuật Ferkel trong điều trị xơ hóa cơ ức đòn chũm ở trẻ em", Tạp chí Nghiên cứu Y học số 47 (Tập 1), tr. 68 – 73.
5. **Nguyễn Thị Quỳnh Thơ (2006),** "Nghiên cứu tình hình dị tật bẩm sinh ở một số địa điểm thuộc tỉnh Thái Bình", Tạp chí Y học thực hành số 273/2007, tr. 40 – 45.
6. **Do. Twee. T (2006),** " Congenital muscular torticollis: Current concepts and review of treatment", Current Opinion in Pediatric, volume 18, Issue 1, pp 26-29.
7. **Lee Y.T; Yoon K.; Chung P. et all (2011),** "Clinical features and outcome of physiotheraphy in early presenting congenital muscular torticollis with severe fibrosis on ultrasonography: A prospective study", Journal of Pediatric Surgery, vol 48 (8), pp.1526 - 1531.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH TẮC TÁ TRÀNG BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2010 – 2015

Vũ Hồng Tuân[1,2], Nguyễn Việt Hoa[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhi tắc tá tràng bẩm sinh tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn từ năm 2010 đến năm 2015. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** Hồi cứu 45 trường hợp mổ tắc tá tràng bẩm sinh tại khoa phẫu thuật nhi bệnh viện Việt Đức từ tháng năm 2010 đến năm 2015. ***Kết quả:*** Tất cả các trường hợp (100%) đều được siêu âm trước sinh. Siêu âm được thực hiện ở các tuyến y tế khác nhau. Hình ảnh trên siêu âm trước sinh là " Bóng đôi dạ dày" 55,8%, đa ôi 72,1%. Các triệu chứng bụng chướng 76,7%, ỉa phân xu 60,5%, trên X_quang bụng: 67,6% có 2 mức nước hơi. ***Kết luận:*** Tại khoa phẫu thuật nhi bệnh viện Việt Đức tắc tá tràng ngày càng được chẩn đoán sớm. Siêu

[1]*Bệnh viện Việt Đức.*
[2]*Trường đại học Y Hà Nội.*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Tuân
Email: Htuanyk1986@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 28.01.2018
Ngày duyệt bài: 12.3.2018

âm trước sinh có vai trò quan trọng trong việc phát hiện bệnh và quản lý bệnh nhi.

Từ khóa: Tắc ruột sơ sinh, tắc tá tràng.

SUMMARY

THE DIAGNOSIS OF CONGENITAL DUODENAL OBSTRUCTION IN CHILDREN IN VIETDUC HOSPITAL FROM 2010 TO 2015

Objectives: To descride clinical features and laboratory findings of congenital duodenal obstruction in Viet Duc hospital from 2010 to 2015. ***Material and method:*** Retrospective case series, 45 patients with congenital duodenal obstruction treated at department pediatric in Viet Duc hospital from 2010 to 2015. ***Results:*** Prenatal ultrasound was performed forall patients (100%) at different medical levels. The image on prenatal ultrasonography is "double bubble" 55,8%, many amniotic fluid 72,1%. Abdominal distention 76,7%, meconium 60,5%. Abdominal X-ray: 67,6% two air – fluid levels. ***Conclusion:*** At department pediatric in VietDuc hospital, these patients are diagnosed early. Prenatal ultrasonography has an important role in the detection and management of pediatric patients.

Keywords: Congenital intestine, duodenal obstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc tá tràng bẩm sinh (TTBS) là sự bít tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn tá tràng do các nguyên nhân bẩm sinh. Tắc TTBS là hệ quả của một vài khuyết tật phôi học trong sự phát triển tiền tràng như sự hình thành ống hay sự quay bất thường. Các bất thường về phôi học của các cơ quan lân cận như tụy, tĩnh mạch cửa, động mạch mạc treo tràng trên… cũng có thể dẫn tới tắc tá tràng [1] Là một cấp cứu ngoại khoa cần được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

Năm 1773, Calder lần đầu tiên mô tả teo tá tràng khi mổ tử thi của trẻ 7 tuổi. Tỷ lệ tắc tá tràng được thông báo là từ 1 trên 5000 đến 10000 trẻ sinh ra sống, và có một tỷ lệ cao mắc các dị tật kết hợp, đặc biệt là hội chứng Down, xảy ra ở 30% số bệnh nhân tắc tá tràng. Các di tật kết hợp khác như dị tật tim bẩm sinh, teo thực quản, dị tật đường tiết niệu, dị tật hậu môn trực tràng.v.v…[1]

Tắc tá tràng có thể được chẩn đoán nhờ siêu âm trước sinh, phương pháp này đã được làm từ thập kỷ 70, biểu hiện trên siêu âm là sự đa ối của thai phụ và sự giãn của dạ dày và đoạn đầu của tá tràng của thai nhi[4]. Ngày nay siêu âm vẫn là phương pháp được sử dụng phổ biến phát hiện sớm tắc tá tràng và các dị tật kết hợp, giúp cho nhà sản khoa đưa ra chỉ định đình chỉ thai nghén với những trường hợp dị tật kết hợp phức tạp khó chữa hay hội chứng Down kết hợp. Chẩn đoán sớm tắc tá tràng còn giúp cho thầy thuốc và gia đình có kế hoạch chăm sóc và can thiệp sớm ngay sau khi trẻ ra đời.[5]

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 thôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả dặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhi tắc tá tràng bẩm sinh điều trị tại khoa phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh - bệnh viện Việt Đức giai đoan 2010 đến năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng:

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Tất cả các bệnh nhi chẩn đoán trong mổ là tắc tá tràng.
- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Các bệnh nhi chẩn đoán tắc ruột sơ sinh khi mổ ra nguyên nhân là các thương tổn khác như: teo ruột, tắc ruột phân xu, giãn đại tràng bẩm sinh, xoắn ruột, dị tật hậu môn trực tràng…
- Trong giai đoạn nghiên cứu có 45 trường hợp bệnh nhi tắc tá tràng 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 1 năm 2015. Từ đó lập danh sách bệnh nhân gồm tên, tuổi, chẩn đoán lâm sang, 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:

- Các chỉ số siêu âm trước sinh: Tình trạng ối, hình ảnh bóng đôi dạ dày…
- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, cân nặng.
- Đặc điểm lâm sàng: Bụng chướng, sonde dạ dày, thụt đại tràng…
- Hình ảnh X-quang bụng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung: Trong 45 bệnh nhân có 30 trẻ nam 66,7% và 15 trẻ nữ 33,3%. Tỉ lệ nam/nữ là 2/1.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 43 bệnh nhân vào viện trong độ tuổi sơ sinh, 2 bệnh nhân vào viện ở độ tuổi đi học (12 tuổi). Trong nhóm vào viện ở độ tuổi sơ sinh, bệnh nhân vào viện sớm nhất là 1 ngày, nhiều nhất là 40 ngày. Trung bình là 6,16 ± 2,84 ngày.

Tuổi thai nhỏ nhất là 32 tuần, già nhất là 41 tuần. Đẻ thiếu tháng (<37 tuần) có 17 BN (39,5%), đủ tháng (Từ 37 – 41 tuần) có 26 BN (60,5%).

Trẻ có trọng lượng khi sinh thấp nhất là 1500 gram, cao nhất là 3700 gram. Trung bình là 2609 ± 552gram. Theo phân loại Nixon và Tawes thì: nhóm A có 24 BN (55,8%); nhóm B có 15 BN (34,9%); nhóm C 4 BN (9,3%).

Nhóm bà mẹ có độ tuổi từ 18 đến 35 là nhiều nhất chiếm 88,4%. Có 4 trường hợp điều trị bệnh trong khi mang thai: 1 trường hợp cắt vòi trứng do ứ mủ thụ tinh nhân tạo 2 lần, 1 trường hợp tiền sản giật và có xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn thai 37 tuần, 1 trường hợp rau tiền đạo trung tâm thai 37 tuần, 1 trường hợp tai nạn giao thông gẫy xương đùi thai 38 tuần. Ghi nhận 1 trường hợp trẻ nam có tắc tá tràng kèm theo điếc bẩm sinh, không hậu môn trực tràng, có em gái 9 tháng tuổi đã phẫu thuật tắc tá tràng bẩm sinh do màng ngăn tại viện Nhi Trung ương.

3.2. Siêu âm chẩn đoán trước sinh: Tất cả các trường hợp (100%) đều được siêu âm trước sinh.

Bảng 1. Liên quan cơ sở làm siêu âm và kết quả

Kết luận siêu âm / Cơ sở	Tắc tá tràng	n	Tỷ lệ %
Bệnh viện sản C	15	19	78,9
Bệnh viện tỉnh	9	12	75,0
Bệnh viện huyện	1	5	20
Phòng khám tư	3	7	42,9
Tổng	**28**	**43**	**65,1**

Bảng 2. Các dấu hiệu trên siêu âm trước sinh

Dấu hiệu trên siêu âm		n	Tỷ lệ (%)
Tình trạng ối	Đa ối	31	72,1
	Bình thường	12	27,9
	Thiếu ối	0	0
Hình quả bóng đôi	Có	24	55,8
	Không	19	44,2
Quai ruột giãn	Có	6	14
	Không	37	86
Dị tật khác		1	2,2

Bảng 3. Liên quan giữa tình trạng ối và tuổi thai

Tuổi thai / Tình trạng ối	Thiếu tháng	Đủ tháng	Tổng
Đa ối	15	2	17
Bình thường	16	10	26
Tổng	**31**	**12**	**43**

Nhận xét: Sự khác nhau giữa tình trạng đa ối ở mẹ và tuổi thai khi sinh không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05

3.3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Lý do vào viện: Trong nhóm bệnh nhân sơ sinh có 27 bệnh nhân 62,8% vào viện với chẩn đoán trước sinh là tắc tá tràng, 16 bệnh nhân 37,2% còn lại vào viện với các dấu hiệu khác 3 bệnh nhân 7% được chẩn đoán trước sinh là tắc ruột, 11 bệnh nhân nôn 25,6%, 2 bệnh nhân 4,7% vào viện do nguyên nhân khác (1 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa, 1 giãn bàng quang niệu quản hai bên theo dõi van niệu đạo sau). Với 2 bệnh nhân là trẻ lớn có 1 bệnh nhân nữ vào viện điều trị nôn mãn tính (5 năm), 1 bệnh nhân nam vào viện vì đau nhiều thượng vị kèm nôn nhiều, gầy sút 3 tháng đang điều trị bệnh tự miễn 5 năm.

Bệnh và dị tật phối hợp: Trong 45 bệnh nhân có 28,7% có bệnh lý phối hợp, trong đó nhiều nhất là Down 4 bệnh nhân chiếm 8,9%. Có 2 bệnh nhân có dị tật không hậu môn có 1 kèm theo bệnh Down, 1 dị tật về tai (điếc bẩm sinh) và chỉ có 1 quả thận. Có 1 bệnh nhân được chẩn đoán trước sinh van niệu đạo sau, sau đẻ bụng chướng dặt sonde bàng quang có 300 ml nước tiểu sau rút sonde bệnh nhân tự tiểu được bàng quang và niệu quản trở lại bình thường trên siêu âm sau sinh. Có 1 bệnh nhân đục thủy tinh thể mắt phải bẩm sinh, siêu âm sau sinh có thông liên nhĩ,còn ống động mạch, 1 bệnh nhân bệnh lý ly thượng bì bẩm sinh.

Bảng 5. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Sonde dạ dày	Dịch vàng -xanh	25	58,1
	Dịch trong	17	39,5
	Khác	1	2,3
Ỉa phân xu	Có	16	37,2
	Không ỉa	27	62,8
Chướng bụng	Chướng bụng trên	29	67,4
	Toàn bụng	4	9,3
	Khôg chướng	10	23,3
Thăm trực tràng	Có phân su	26	60,5
	Không có phân	17	39,5
Mất nước	Không	24	55,8
	Nhẹ	17	39,5
	Vừa	1	2,3
	Nặng	1	2,3
Giảm cân so với lúc đẻ		5	11,6
Vàng da		5	11,6

Bảng 6. Chụp X-quang thường

Hình ảnh XQ ổ bụng		Số lượng	Tỷ lệ %
XQ điển hình	Có	29	67,6
	Không	14	32,4
Hơi ở phần thấp ổ bụng	Có	16	37,2
	Không	27	62,8
Vôi hóa ổ bụng		0	0

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân trong nhóm sơ sinh đều có chụp XQ ổ bụng thường quy, có 29 bệnh nhân có hình ảnh tắc tá tràng điển hình chiếm 67,6%, có 16 bệnh nhân có hơi ở phần thấp ổ bụng chiếm 37,2%. Có 2 bệnh nhân trong nhóm trẻ lớn có XQ ổ bụng thường quy bình thường. Trong 45 bệnh nhân có 23 bệnh nhân được chụp lưu thông tiêu hóa chiếm 51,1%.

Bảng 7. Chụp lưu thông tiêu hóa sau sinh

Hình ảnh chụp lưu thông tiêu hóa	Số lượng	Tỷ lệ %
Hình tắc tá tràng	3	13
Giãn dạ dày và đầu trên tá tràng, thuốc lưu thông chậm	18	78,3
Thuốc lưu thông xuống ruột non	2	8,7
Tổng	**23**	**100**

Chụp đại tràng có bơm thuốc cản quang: Trong 45 bệnh nhân có 5 bệnh nhân được chụp đại tràng có bơm thuốc cản quang chiếm 12,1%, trong đó có 1 bệnh nhân có hình ảnh manh tràng dưới HSP chẩn đoán sau mổ tắc tá tràng do dây chàng Ladd ruột ngừng quay 180 độ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và siêu âm chẩn đoán trước sinh

4.1. Đặc điểm chung: Trong nghiên cứu 45 bệnh nhân TTTBS có 30 bệnh nhân nam chiếm 66,7% và 15 bệnh nhân nữ chiếm 33,3% tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 2/1. Sự khác biệt về tỉ lệ TTTBS giữa trẻ trai và gái trong nghiên cứu này so với y văn và các kết quả nghiên cứu khác [2] [4] là không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Nhóm bệnh nhân sơ sinh có 1 bà mẹ 42 tuổi sinh lần 3. Độ tuổi gặp chủ yếu là tuổi từ 18 đến 35 tuổi 88,4%, không có bà mẹ nào dưới 18 tuổi. Lứa tuổi sinh đẻ thích hợp là lứa tuổi từ 18 đến 35 tuổi và lý tưởng nhất là từ 24 đến 30 tuổi. Nghiên cứu cũng ghi nhận một bà mẹ 32 tuổi, tiền sử cắt vòi trứng do ứ mủ, thụ tinh nhân tạo lần 2 có thai. Ghi nhân 1 trường hợp anh trai tắc tá tràng / đa dị tật có em gái tắc tá tràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo bảng 3.10 trẻ có trọng lượng khi sinh thấp nhất là 1500 gam, cao nhất là 3700 gam, trung bình là 2609±552 gam. có 4 bệnh nhân có cân nặng <1800gram chiếm 9,3%, có 24 bệnh nhân cân nặng >2500 chiếm 55,8%. Chỉ có 6 trẻ vào viên cân nặng thấp hơn so với lúc sinh > 100 gram, chủ yếu do đến muộn, một giảm câm sau đặt sonde bàng quang 300ml nước tiểu. Kết quả này cũng tương tự như trong các nghiên cứu khác.

4.2. Siêu âm chẩn đoán trước sinh

4.2.1. Cơ sở siêu âm: Trong nghiên cứu này tất cả các bà mẹ có con trong nhóm sơ sinh đều được siêu âm chẩn đoán trước sinh (100%) tại nhiều cơ sở khác nhau.

Tuy có 65,1% bệnh nhân chẩn đoán tắc tá tràng trước sinh nhưng chỉ có 53,5% trường hợp vào viện sớm trước 24 giờ (một bệnh nhân vào viện ngày 21 có chẩn đoán tắc tá tràng trước sinh, sau sinh điều trị nhiễm khuẩn huyết nên vào khoa muộn). Như vậy có một số bệnh nhân không được tư vấn về nguy cơ tắc tá tràng trước sinh hoặc vào viện muộn do bệnh toàn thân nặng.

4.2.2. Tuổi thai và các tổn thương phát hiện trên siêu âm trước sinh. Tình trạng đa ối được ghi nhân trong nghiên cứu này là 31 bệnh nhân chiếm 72,1%, trong đó có 15 bệnh nhân đẻ non và 16 bệnh nhân đẻ đủ tháng.

Mỗi ngày thai nhi nuốt vào khoảng 500 - 700ml dịch ối, một cơ chế quan trọng trong điều hoà thể tích nước ối. Đa ối xảy ra khi có sự tắc nghẽn lưu thông của ruột, đặc biệt là tắc cao của ống tiêu hoá [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tình trạng đa ối ở mẹ gặp ở tất cả các nhóm tổn thương. So sánh tỷ lệ gặp đa ối nhiều ối ở mẹ khi mang thai giữa các nhóm tổn thương thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Ngoài ra các dị tật phối hợp về tim mạch, thần kinh, tiết niệu… có thể được phát hiện trên siêu âm thai. Trong nghiên cứu này có ghi nhận 1 trường hợp giãn bàng quang và niệu quản 2 bên.

4.3. Triệu chứng lâm sàng: Theo triệu chứng lâm sàng và các nghiên cứu trước đây, lý do vào viện phần lớn sẽ là: nôn, chậm ỉa phân su, trướng bụng trên rốn. Tuy vậy nhờ có tiến bộ của siêu âm chẩn đoán trước sinh lý do vào viện chủ yếu là đã được chẩn đoán trước sinh 65,1%.

****Nôn và dịch sonde dạ dày:*** Trong nghiên cứu này, ở nhóm sơ sinh nôn ra dịch vàng gặp 40% các trường hợp, thấp hơn so với các nghiên cứu trước do các bệnh nhân có chẩn đoán trước sinh tắc tá tràng, được đặt sonde dà dày khi chưa có nôn nên triệu chứng nôn biểu hiện không rõ ràng. Tất cả các trẻ sau vào viện đều được đặt sonde dạ dày, sonde dạ dày ra dịch vàng xanh là triệu chứng gặp ở 58,1% các trường hợp và là triệu chứng sớm nhất gây chú ý, có 39,5% sonde dạ dày có dịch trong, 1 trường hợp sonde dạ dày ra dịch máu được chuyển đến với chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa. Trong nhóm trẻ lớn cả 2 trường hợp đều có nôn kéo dài sau ăn kèm theo gầy sút cân, mất nước.

***Không ỉa phân su bình thường:** Bình thường trẻ đi phân su ngay sau những giờ đầu ra đời, rất nhiều về số lượng, quánh đặc về mật độ và xanh đen về màu sắc. Sau 24 giờ chưa thấy phân su hoặc chỉ đại tiện một ít chất nhày trắng đục hoặc kết thể phân su thì phải nghĩ đến

các nguyên nhân gâp tắc ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 62,8% bệnh nhân vẫn ỉa phân xu bình thường và có 37,2% bệnh nhân không ỉa phân xu, trong đó có 2 bệnh nhân dị tật không hậu môn. Kết quả này tương tự nghiên cứu các tác giả.

Triệu chứng này ở các bệnh nhân tắc tá tràng khác với tắc ruột sơ sinh với đa phần bệnh nhân sẽ biểu hiện không ỉa phân xu hoặc ỉa phân xu bất thường (chậm, không ỉa phân xu hoặc chỉ có ít kết thể phân xu nhầy trắng). Do trẻ vẫn ỉa phân xu nên nhiều trường hợp tắc tá tràng không được nghĩ tới và chẩn đoán muộn.

Bụng chướng trên rốn: Trong nghiên cứu này, trướng bụng trên rốn gặp ở 67,4% các trường hợp, tỉ lên này tương đương với H.Q. Quân 63,4%, Salem 63%, V.H.Anh 60%. Trong tắc TTBS do chỉ có dạ dày và tá tràng trên chỗ tắc giãn nên khi khám thường chỉ thấy bụng trướng trên rốn. Thời điểm khám cũng là yếu tố ảnh hưởng nhiều vì nếu khám sau khi trẻ nôn, hay đã hút sonde dạ dày sẽ khó phát hiện. Hậu quả của chướng bụng là làm trẻ thở nhanh, khó thở do có sự nâng cao của cơ hoành và dễ dàng đưa đến suy hô hấp, nhất là khi có kèm theo VPQ-P.

Dấu hiệu mất nước, giảm cân: Dấu hiệu mất nước gặp ở 19 bệnh nhân chiếm 44,1%, trong đó có 1 bệnh nhân mất nước nhiều 2,3%, cao hơn nghiên cứu của V.H.Quân 12,2%, thấp hơn V.H.Anh (66,2%). Giảm cân gặp ở 6 bệnh nhân chiếm 14% tương tụ nghiên cứu của V.H.Quân 14,6%, thấp hơn nghiên cứu của Bailey (17%), V.H.Anh (67,7%). Các triệu trứng này đều gặp ở những bệnh nhân đến viện muộn sau 48 giờ. Ở nhóm trẻ lớn biểu hiện dấu hiệu mất nước và điện giải mãn tính kèm theo suy dinh dưỡng do nôn kéo dài.

Thăm trực tràng: Thăm trực tràng là một nguyên tắc chung trong thăm khám các trường hợp nghi nghờ tắc ruột sơ sinh vì không những giúp phát hiện các dị tật hậu môn - trực tràng mà còn giúp phân biệt một số nguyên nhân gây tắc ruột trẻ sơ sinh: teo hậu môn - trực tràng, hội chứng nút phân su, bệnh Hirschsprung... Tất cả 43 trường hợp TRNBS của chúng tôi đều được thăm khám hậu môn trực tràng và phát hiện 2 trường hợp không hậu môn chiếm 4,7%.

Dị tật kết hợp: Dị tật kết hợp trong tắc TTBS đã được khẳng định qua nhiều nghiên cứu, đặc biệt là tắc tá tràng do nguyên nhân bên trong. Trong nghiên cứu của chúng tôi dị tật hay gặp nhất là Down 4 trường hợp, ghi nhận 1 trường hợp tim bẩm sinh (thông liên nhĩ, còn ống động mạch) kèm theo đục thủy tinh thể mắt phải, 1 trường hợp kèm theo dị tật không hậu môn chỉ có một thận bên phải. Tỷ lệ dị tật phối hợp trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự V.H.Anh 28,2%, thấp hơn Bailey 38%, Salem 65,7%, cao hơn của H.Q.Quân 14,5% [5] [6]

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

X-quang thường: Ở nhóm sơ sinh, tất cả các bệnh nhân đều được chụp XQ ổ bung không chuẩn bị một cách hệ thống. Kết quả có 29 bệnh nhân chiếm 67,6% được chẩn đoán xác định tắc tá tràng với hình ảnh đặc trưng là hình " hai mức nước hơi ". Kết quả này tương tự nghiên cứu của V.H.Anh 70%, cao hơn H.Q.Quân 56,1%. Chúng tôi cho rằng guyên nhân sự khác biệt này là do thời điểm chụp khác nhau, có những bệnh nhân được chụp quá sớm sau đẻ hay có những bệnh nhân được chụp sau khi đặt sonde dạ dày nên hình ảnh "hai mức nước hơi" sẽ không còn rõ ràng nữa.

Chụp lưu thông dạ dày tá tràng : Có 23 bệnh nhân được chụp lưu thông dạ dày tá tàng trong đó có 21 bệnh nhân chiếm 91,3 có hình ảnh dạ dày, tá tràng trên chỗ hẹp giãn, thuống lưu thông chậm sau 3 giờ. Kết quả này tương tự H.Q.Quân 90%, V.H.Anh 96,3%.

Các bệnh nhân có chỉ định chụp lưu thông tiêu hóa khi XQ thường và lâm sàng không xác định chẩn đoán. Tuy chụp lưu thông dạ dày tá tràng có độ nhạy cao nhưng không nên chụp lưu thông dạ dày tá tràng cho tất cả các bệnh nhân để tránh lãng phí thời gian chẩn đoán không cần thiết.

Chụp XQ khung đại tràng có thuốc cản quang: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân được chụp đại tràng có bơm thuốc cản quang chiếm 12,1%, trong đó có 1 bệnh nhân có hình ảnh manh tràng dưới HSP chẩn đoán sau mổ tắc tá tràng do dây chàng Ladd ruột ngừng quay 180 độ.

Chụp CT.sanner 64 dãy có dựng hình: Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 2 bệnh nhân trong nhóm trẻ lớn đều được chẩn đoán trước mổ dựa vào CT 64 dãy có dựng hình cho chẩn đoán chính xác. Với sự tiến bộ của chuẩn đoán hình ảnh sẽ là một phương tiện giúp chẩn đoán những trường hợp tắc tá tràng nói riêng và bệnh lý tiêu hóa nói chung, đặc biệt là ở trẻ lớn. Tuy nhiên hiệu quả phụ thuộc nhiều vào trang thiết bị y tế, kiến thức và kinh nghiệm của ê kíp chuẩn đoán hình ảnh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 45 trường hợp bệnh nhân mổ tắc tá tràng bẩm sinh tại khoa phẫu thuật nhi bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2010 đến năm 2015 chúng tôi nhận thấy tỷ lệ trẻ được chẩn đoán sớm ngày càng cao nhờ sự phát triển của siêu âm trước sinh, điều này có ý nghĩa quan trọng trong quản lý bệnh nhân sau đẻ với hình

ảnh siêu âm thấy "bóng đôi dạ dày" rất quan trọng. Sau đẻ hình ảnh 2 mức nước hơi trên X_quang luôn là dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán xác định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sweed, Y. (2006).** Duodenal obstruction (Vol. Pediatric Surgery): Springer.
2. **Bailey, P. V., Tracy, T. F., Jr., Connors, R. H., Mooney, D. P., Lewis, J. E., & Weber, T. R. (1993).** Congenital duodenal obstruction: a 32-year review. J Pediatr Surg, 28(1), 92-95.
3. **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.
4. **Lawrence, M. J., Ford, W. D., Furness, M. E., Hayward, T., & Wilson, T.** (2000). *Congenital duodenal obstruction: early antenatal.*
5. **Vũ Thị Hồng Anh** (2001). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật tắc tá tràng bẩm sinh*. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.
6. **Hồng Quí Quân (2011),** " *Chẩn đoán tắc tá tràng bẩm sinh tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2004-2011",* Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học y Hà Nội.
7. **Akhtar, J., & Guiney, E. J.** (1992). *Congenital duodenal obstruction. Br J Surg, 79*(2), 133-135.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG TUYẾN VÚ BẰNG THIẾT BỊ SINH THIẾT VÚ CÓ HỖ TRỢ HÚT CHÂN KHÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Huỳnh Quang Khánh*, Vũ Hữu Vĩnh*, Phan Bích Ngọc*, Nguyễn Văn Khôi*

TÓM TẮT

Ung thư vú đứng đầu trong các nguyên nhân ung thư ở nữ. Trong năm 2014 ước tính có 230.000 trường hợp ung thư mới. Đứng hàng thứ 2 các nguyên nhân chết do ung thư ở nữ. Ước tính có 40,000 người chết trong năm 2014. Giai đoạn bệnh, các dấu ấn sinh học: là các yếu tố dẫn đường chính trong điều trị "Cá nhân hóa" và "Cá thể hóa". Khám lâm sàng: xác nhận tổn thương vú có sờ được hay không? So sánh 2 vú: kích thước, hình dạng? Dịch tiết núm vú? Hình ảnh học: dựa chủ yếu trên Siêu âm, Nhũ ảnh, Cộng hưởng từ (MRI). Sinh thiết: giúp xác định tổn thương là lành hay ác? FNA: giúp lấy mẫu tế bào học. Lấy mẫu mô học: dựa trên sinh thiết lõi-kim, mổ, sinh thiết có hỗ trợ hút chân không[5]. ***Kết luận:*** VABB là kỹ thuật lấy mẫu rất đáng tin cậy thay cho sinh thiết lõi-kim ở những tổn thương BI-RADS 3 & 4A nhỏ. Đối với các phẫu thuật viên tuyến vú, cần xem xét thay thế sinh thiết mở bằng sinh thiết VABB cho những tổn thương tuyến vú. Đối với bệnh nhân, VABB giúp tốn ít thời gian cho việc tìm tòi, chẩn đoán, làm giảm chi phí theo dõi và giảm đi những xét nghiệm đắt tiền khác. VABB tiết kiệm thời gian hơn so với sinh thiết mở.

***Từ Khóa*:** ung thư vú, sinh thiết vú, sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không.

SUMMARY

THE CURRENT ROLE OF ULTRASOUND-GUIDED VACUUM - ASSISTED BIOPSY IN DIAGNOSIS & TREATMENT BREAST DISEASE

Breast cancer is leading cause of cancer for women. In 2014 estimated new cases of invasive breast cancer is about 230,000. It is the second leading cause of cancer death in women stimated 40,000 deaths in 2014. Stage and biology are main drivers of treatment. "Personalized" and "individualized". Clinical: Lumps are Palpable or not? Compare shape, size? Fluid released from the nipples? Imaging rely on: Ultrasould, Mammography, MRI. Biopsy: Benign or Malignant? FNA: Cytology. Histology: Core Needle biopsy, Open excision, Vacuum-Assisted Biopsy. *In conclusion:* VABB is a very reliable sampling technique instead of a core needle biopsy for BI-RADS category 3 and small 4A nodular lesion. For breast sugeons, replacing open excision biopsy with VABB to initially manage breast lesions should be considered. For patient reassurance, VABB shortens the time between detection and diagnosis by reduction cost of repetitive follow-ups more expensive additional examinations VABB is time-saving in comparison with open excision biopsy.

Key words: Breast cancer, core biopsy, VABB

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư thường gặp nhất và luôn là nỗi ám ảnh của người phụ nữ khi phát hiện một bất thường nào đó trong vú. Tuy nhiên tuyến vú của người phụ nữ không chỉ bị ung thư mà còn có thể nhiều tình trạng bệnh lý khác, trong đó đa phần là lành tính. Các triệu chứng của tuyến vú thường gặp là một khối u trong vú, đau vú, hay chảy nước ở đầu vú (tiết dịch núm vú). Các triệu chứng này có thể là biểu hiện của nhiều loại tình trạng khác nhau của tuyến vú, lành tính hoặc ác tính[5].

Nỗ lực ban đầu để chẩn đoán các bất thường phát hiện bằng hình ảnh học là chọc hút tế bào

**Bệnh viện Chợ Rẫy*
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Khánh
Email: huynhquangkhanhbvcr@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.2.2018
Ngày duyệt bài: 13.2.2018

bằng kim nhỏ (FNA). Tuy khá chính xác, FNA có nhiều bất lợi. Hạn chế quan trọng nhất của FNA là một số lớn mẫu bệnh phẩm không đủ để chẩn đoán. Ngoài ra, cần có bác sĩ tế bào học-giải phẫu bệnh được đào tạo bài bản để đọc kết quả và trên mẫu FNA không thể phân biệt được ung thư xâm lấn hay ung thư tại chỗ. Báo cáo cho thấy trong trường hợp carcinôm tiểu thùy và carcinôm ống tuyến vú dạng ống, FNA chỉ chính xác trong 30% trường hợp. Vì những lý do đã nêu trên, sử dụng rộng rãi FNA là không thực tế [3].

Cuối thập niên 80 và trong suốt thập niên 90, sinh thiết lõi-kim lớn (thực hiện dưới hướng dẫn của nhũ ảnh hoặc siêu âm) đã tỏ ra là một phương pháp an toàn và chính xác để đánh giá các tổn thương phát hiện bằng hình ảnh, với kết quả có thể so sánh được với phương pháp sinh thiết mở. Sinh thiết lõi-kim cho kết quả đặc hiệu hơn FNA và cho phép lượng giá sự xâm lấn, grade mô học và hóa mô miễn dịch. Kết quả bước đầu làm với kim sinh thiết tự động bằng kim 14 Gauze đã được cải thiện bằng cách sử dụng các thiết bị hỗ trợ hút chân không.

Ngày nay, với những cải tiến kỹ thuật sau này đã cho phép sinh thiết được các tổn thương mà chỉ xác định được bằng cộng hưởng từ (MRI). Sinh thiết lõi-kim có hỗ trợ thiết bị hút chân không đã trở thành phương pháp vượt trội trong việc sinh thiết các tổn thương vú không sờ thấy cũng như điều trị các u lành tuyến vú. Đây là phương pháp ít xâm lấn với gây tê tại chỗ, an toàn, chính xác.

II. TÌNH HÌNH PHÁT TRIỂN SINH THIẾT VÚ BẰNG LÕI-KIM CÓ HỖ TRỢ MÁY HÚT CHÂN KHÔNG (VABB)

Sinh thiết vú có hỗ trợ thiết bị hút chân không (VABB) là một kỹ thuật sinh thiết khối u ở vú bằng máy có hỗ trợ bằng lực hút chân không. Đây là một kỹ thuật đã được sáng chế và thực hiện từ năm 1995 tại Mỹ bởi công ty Mammotome. Cho đến nay có hơn 5 triệu ca sinh thiết bằng Mammotome đã thực hiện trên toàn thế giới. Hơn 320 nghiên cứu lâm sàng được thực hiện bằng Mammotome với kết quả khích lệ [1].

Ở Việt Nam, năm 2017, tại Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM, đã báo cáo kết quả bước đầu áp dụng Sinh thiết vú có hỗ trợ thiết bị hút chân không (VABB) trong điều trị u sợi tuyến vú, kết quả cho thấy rất khả quan.

Tình hình thực hiện kỹ thuật Sinh thiết vú có hỗ trợ thiết bị hút chân không (VAB): Trên thế giới đã thực hiện kỹ thuật này từ năm 1995, đã có nhiều nghiên cứu báo cáo về kết quả thực hiện kỹ thuật này [2].

Ở Việt Nam, đây là kỹ thuật mới đã bắt đầu áp dụng ở một số bệnh viện như bệnh viện Bạch Mai, bệnh viện K Hà Nội, bệnh viện Ung Bướu TP. Hồ Chí Minh dưới sự hướng dẫn, giúp đỡ của các chuyên gia đến từ Hàn Quốc, Mỹ, Singapore.

Chúng tôi đã triển khai thường quy kỹ thuật này tại Khoa Ngoại Lồng Ngực bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2017.

III. MÁY SINH THIẾT VÚ CÓ HỖ TRỢ THIẾT BỊ HÚT CHÂN KHÔNG (VABB)

3.1 Nguyên tắc hoạt động: Sinh thiết vú có hỗ trợ thiết bị hút chân không (VABB) là một kỹ thuật sinh thiết khối u ở vú bằng máy có hỗ trợ bằng lực hút chân không.

Sinh thiết vú có hỗ trợ thiết bị hút chân không (VABB) được sử dụng để sinh thiết một khối u nghi ngờ ở vú. Tổn thương này có thể được phát hiện khi khám bệnh, hay trên chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, nhũ ảnh và MRI. Để sinh thiết khối u, thay vì phải mổ hở, bác sĩ sẽ đưa kim của Máy VABB vào vú của bệnh nhân và dùng lực hút chân không để cắt và hút mẫu mô ra rồi gởi đi xét nghiệm tế bào học. Sinh thiết này được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm, nhũ ảnh hay MRI [3].

Sinh thiết vú có hỗ trợ thiết bị hút chân không (VABB) còn được sử dụng để lấy toàn bộ những khối u lành tính như bướu sợi tuyến, bướu nhú, viêm vú có kích thước không lớn hơn 3cm. Như vậy bệnh nhân sẽ tránh được một cuộc mổ hở, không bị sẹo. Điều này đặc biệt có lợi khi bệnh nhân có nhiều khối u ở vú.

So với kỹ thuật sinh thiết lõi- kim (core biopsy) thì Sinh thiết vú có hỗ trợ thiết bị hút chân không (VABB) sẽ lấy được nhiều mẫu mô hơn, trọng lượng mẫu mô lớn hơn, do đó khả năng xác định chính xác chẩn đoán mô học bao gồm chẩn đoán hóa mô miễn dịch sẽ chính xác hơn.

Ngoài ra, Sinh thiết vú có hỗ trợ thiết bị hút chân không (VABB) dưới hướng dẫn của Nhũ ảnh và MRI là phương pháp sinh thiết duy nhất hiện nay được sử dụng cho những trường hợp khối u bị vi vôi hóa, khối u nhỏ, khối u ở vị trí khó.

3.2 Cấu tạo máy Sinh thiết vú có hỗ trợ thiết bị hút chân không (VABB)

1. Hệ thống máy sinh thiết chân không vú

- Hệ thống thân máy
- Bộ điều khiển
- Công tắc chân
- Bình hút

2. Kim sinh thiết

- Kích thước chung: Chiều dài: 369.5mm; Chiều dài mũi kim: 109.0mm
- Model : BXC145/ 8G
- Model : BXC140/ 10G

IV. ỨNG DỤNG VABB TRONG BỆNH LÝ TUYẾN VÚ

Trước khi thực hiện bất kỳ sinh thiết tổn thương vú không sờ thấy dưới hướng dẫn của hình ảnh, nên thực hiện khảo sát hình ảnh học đầy đủ, bao gồm nhũ ảnh với các thế chụp bổ sung hoặc siêu âm. Điều này nhằm mục đích tránh sinh thiết các ảnh giả do hiện tượng chồng hình trên nhũ ảnh hoặc các vi vôi hóa phân tán nhưng bị đánh giá là kết chùm. Nếu không nhận ra hình ảnh bất thường rõ ràng đó không phải là một tổn thương thật sự trước khi sinh thiết, kết quả giải phẫu bệnh lành tính sẽ được cho là không tương hợp và sẽ đưa đến một can thiệp khác để bổ sung.

Kết quả nhũ ảnh, siêu âm và MRI có thể được phân loại theo mức độ nghi ngờ ác tính bằng cách sử dụng bảng phân loại BI-RADS của ACR. Đối với nhũ ảnh, trên tất cả kết quả nhũ ảnh phải có đánh giá xếp loại cuối cùng theo luật chuẩn hóa chất lượng nhũ ảnh (MQSA). Đối với siêu âm hay MRI, mặc dù không yêu cầu có đánh giá xếp loại cuối cùng, các xếp loại này vẫn hữu ích để nhận định sự phù hợp của kết quả sinh thiết và để chuẩn hóa điều trị[4].

Xếp loại cuối cùng của nhũ ảnh bao gồm:

*BI-RADS 1: Nhũ ảnh bình thường;

*BI-RADS 2: Dấu hiệu lành tính;

*BI-RADS 3: Có thể lành tính, đề nghị theo dõi với khoảng cách ngắn;

*BI-RADS 4: Nghi ngờ ác tính;

*BI-RADS 5: Rất gợi ý ác tính;

*BI-RADS 6: Hình ảnh trên bệnh nhân ung thư đã biết;

*BI-RADS 0: Cần đánh giá thêm hình ảnh bổ sung hoặc so sánh với các phim trước đó.

Phân loại BI-RADS dành cho siêu âm và MRI tuyến vú sử dụng cùng một hệ thống với nhũ ảnh. Hầu như tất cả những tổn thương không sờ thấy xếp loại 4 và 5 cần sinh thiết cũng như tổn thương xếp loại 3 ở các bệnh nhân quá lo âu.

1 Chỉ định áp dụng VABB

- Khối tổn thương nhỏ
- Biến dạng cấu trúc
- Vi vôi hóa
- Tổn thương dạng tuyến và dạng nang
- Những bất thường khuyếch tán không chuyên biệt
- Các nang phức hợp và ápxe
- Kết quả sinh thiết lõi-kim nghi ngờ hay thất bại
- Cắt bỏ những tổn thương lành tính

2 VABB đặc biệt ứng dụng cho các bệnh nhân

**Khuyến cáo áp dụng VABB thay vì sinh thiết lõi-kim.* Chẩn đoán phân loại BI-RADS loại 3 hoặc nốt tổn thương 4A:

- Bệnh nhân không có khả năng theo dõi thường xuyên
- Bệnh nhân dự định có thai
- Bệnh nhân lo sợ quá mức
- Bệnh nhân có tổn thương tăng kích thước trong quá trình theo dõi
- Bệnh nhân có những triệu chứng chủ quan hoặc đau với tổn thương BI-RADS 3 đến 4.

**Khuyến cáo áp dụng VABB thay vì mổ*

- Những tổn thương vú sờ thấy được chắc chắn, những tổn thương không chắc chắn gây lo âu cho bệnh nhân.
- Không kết luận được giữa kết quả lâm sàng và nhũ ảnh, MRI.
- Tiền sử gia đình mạnh về ung thư

V. CÁC BƯỚC CƠ BẢN TRONG THỰC HÀNH VABB TUYẾN VÚ

1. Trong khi thực hiện, bệnh nhân sẽ nằm trong tư thế thoải mái trên bàn mổ và được gây tê ở vị trí đánh dấu sinh thiết.
2. Dưới sự hướng dẫn của siêu âm, kim sinh thiết sẽ được đưa vào vú ở vị trí đánh dấu qua một vết rạch rất nhỏ.
3. Khi kim sinh thiết được đưa vào đúng vị trí ngay dưới khối u, sẽ hút và cắt mẫu mô của khối u. Tùy theo từng trường hợp, khối u sẽ được lấy một phần hoặc toàn phần để làm xét nghiệm.
4. Sau khi sinh thiết hoàn tất, vết rạch đơn sẽ được đóng lại bằng băng ép mà không cần phải khâu vết thương. Băng sẽ được tháo ra vào ngày hôm sau.
5. Bệnh nhân có thể về sau khi nghỉ ngơi khoảng 1giờ. Bệnh nhân có thể trở lại hoạt động bình thường ngay trong ngày, nhưng nên tránh các hoạt động thể lực mạnh trong 24 giờ đầu.
6. Trong trường hợp nghi ngờ khối u ác tính, bác sĩ sẽ thực hiện việc đánh dấu vị trí vừa sinh thiết bằng miếng đánh dấu HydroMARK để thuận tiện cho việc điều trị tiếp tục (nếu cần thiết) sau khi có kết quả xét nghiệm tế bào học.

***Các cách tiếp cận sinh thiết vú VABB:** Cách tiếp cận (hướng đâm kim) nên song song với thành ngực càng tốt để tránh sơ suất đâm kim vào thành ngực và khả năng tràn khí màng phổi. Trước khi sinh thiết, nên siêu âm vùng có tổn thương trên hai mặt cắt. Nếu có bất kỳ nghi ngờ gì ví dụ tổn thương là một nang hỗn hợp, ta có thể chọc hút thử. Vì vùng sinh thiết đã được sát trùng và gây tê, nếu cần có thể chuyển từ chọc hút sang sinh thiết lõi-kim. Bệnh nhân được đặt ở vị trí thoải mái, với cánh tay cùng bên đặt trên đầu. Điều này sẽ giúp cho da hơi căng giúp đưa kim vào dễ dàng hơn. Đặt bệnh nhân nằm nghiêng một bên bên hay ở một vị thế hơi chếch có thể làm di chuyển tổn thương ra xa

thành ngực và thu ngắn khoảng cách từ da đến tổn thương. Điều quan trọng là bác sĩ làm thủ thuật sinh thiết cũng như bệnh nhân đều có được một tư thế thoải mái.

***Kỹ thuật sinh thiết vú VABB:** Các thiết bị hỗ trợ hút chân không, có định hướng và cầm tay đã được phát triển để sử dụng cho siêu âm. Những thiết bị này rất chính xác và hữu dụng khi cần sinh thiết một khối lượng lớn mô hoặc khi lấy hoàn toàn tổn thương. Điều bất lợi duy nhất khi sử dụng các thiết bị này là chi phí cao. Kỹ thuật sử dụng các thiết bị này tương tự như súng sinh thiết tự động. Tốt nhất là đầu dò siêu âm phải được đặt ở bờ sau của tổn thương để bóng lưng siêu âm không che khuất khối bướu. Vị trí của kim dao động nhẹ giữa các thiết bị, nhưng vị trí sau khi bắn lấy mẫu của khấc của kim trocar lấy mẫu phải nằm trong tổn thương. Thiết bị cho phép lấy ra được nhiều mẫu và bệnh phẩm được lưu trữ trong một buồng chứa mô. Chưa xác định được số lượng các lõi mô sinh thiết là bao nhiêu để đảm bảo là sinh thiết đủ bằng các thiết bị hỗ trợ hút chân không, tuy nhiên cần lưu ý rằng khi sinh thiết bằng thiết bị tự động với kim 8 hoặc 10 Gauze thì mẫu mô sinh thiết được có thể tích lớn hơn. Lợi thế chính của các thiết bị hỗ trợ hút chân không là có thể lấy hết bướu, vì vậy không thấy bướu còn lại. Phương pháp này không thể thay thế cho phẫu thuật mổ lấy bướu vì không đánh giá được tình trạng rìa diện cắt (trong trường hợp bướu ác tính). Tuy nhiên, đây là một phương pháp được lựa chọn để loại bỏ bướu sợi-tuyến hoặc các bướu lành khác nếu cần. Sau khi sinh thiết có thể đặt vật đánh dấu với một trong hai loại thiết bị, hoặc thông qua một kim đồng trục hoặc với một kim riêng biệt.

VI. TAI BIẾN CÓ THỂ XẢY RA, BIỆN PHÁP XỬ LÝ

Các biến chứng của sinh thiết lõi-kim là không thường gặp và hiếm khi nghiêm trọng.

1 Chảy máu: từ mức độ khó cầm máu cho đến hình thành khối máu tụ là biến chứng thường gặp nhất và đã được báo cáo ít hơn 3% các trường hợp sinh thiết bằng các thiết bị có hỗ trợ hút chân không với kim 11 Gauze. Có thể vô ý cắt hay sinh thiết phải một mạch máu.

Xử lý: Trong hầu hết các trường hợp, cầm máu có thể đạt được bằng cách ép vào vùng đó từ 10 đến 15 phút. Mặc dù một số nơi băng ép chỗ làm sinh thiết, điều này nói chung là không cần thiết. Trong những trường hợp cầm máu khó khăn, điều này có thể hữu ích. Những bệnh nhân có chảy máu kéo dài hoặc có một khối máu tụ thấy được trên nhũ ảnh chụp sau thủ thuật nên được thông báo rằng họ có thể sờ thấy một khối bất thường sau khi sinh thiết.

2 Nhiễm trùng: là biến chứng không thường gặp sau sinh thiết, mặc dù có thể xảy ra nếu kỹ thuật không đảm bảo vô trùng. Nhiễm trùng thường xảy ra nhiều hơn trên bệnh nhân tiểu đường.

Xử lý: Kỹ thuật đảm bảo vô trùng, điều chỉnh đường huyết ổn cho các bệnh nhân có tiểu đường.

3 Sinh thiết thất bại: Điều này có thể xảy ra nếu sinh thiết không đúng vị trí, bệnh nhân di chuyển trước khi đưa kim vào hoặc đặt kim chưa đến vị trí tối ưu. Phân tích các lý do làm sinh thiết thất bại đối với các tổn thương vôi hóa, người ta tìm ra nguyên nhân sau đây: Khi tổn thương nhỏ hơn hoặc bằng 5 mm, khi các vôi hóa thuộc dạng vô định hình, hoặc khi súng sinh thiết được «bắn» bên ngoài tuyến vú. Các tác giả khác xác định rằng chảy máu nhiều cũng là một yếu tố góp phần vào thất bại của việc sinh thiết tổn thương vôi hóa.

Xử lý: Nên chụp X quang bệnh phẩm thường qui để xác định vôi hóa trong mẫu mô đã sinh thiết. Thất bại trong lấy các vôi hóa trong mẫu sinh thiết không chỉ phụ thuộc vào số lượng mẫu mô sinh thiết, mà còn phụ thuộc vào việc đã sử dụng loại hệ thống sinh thiết nào. Các báo cáo cho thấy tỉ lệ thất bại khi sinh thiết các tổn thương vôi hóa là 16% khi sử dụng súng sinh thiết tự động 14 Gauze, trong khi là 1% đối với hệ thống hỗ trợ hút chân không VABB kim 11 Gauze.

4 Sự tương hợp giữa các dấu hiệu trên nhũ ảnh và kết quả sinh thiết: là bắt buộc. Đây là trách nhiệm của bác sĩ thực hiện sinh thiết. Nếu các thủ thuật này được thực hiện bởi một bác sĩ phẫu thuật kết hợp với một bác sĩ hình ảnh học tuyến vú, nên phân công trách nhiệm tìm sự tương quan giữa các dấu hiệu. Các báo cáo cho thấy bất tương hợp thường xảy ra trong trường hợp sinh thiết các vôi hóa nghi ngờ hơn là sinh thiết các tổn thương dạng khối.

Xử lý: Nếu sinh thiết không thành công hoặc kết quả không phù hợp, có thể làm lại sinh thiết bằng nhũ ảnh định vị tọa độ hoặc sinh thiết mở.

5 Chế độ theo dõi: Theo dõi trên nhũ ảnh là thường qui nếu kết quả sinh thiết lành tính. Thường thì chụp 6 tháng sau khi sinh thiết. Trong phần lớn trường hợp, không có rối loạn cấu trúc tuyến vú tại vị trí sinh thiết. Lamm và Jackman báo cáo 5 trong 226 (2%) trường hợp sau khi sinh thiết dưới hướng dẫn định vị tọa độ với thiết bị hỗ trợ hút chân không VABB kim 11 Gauze thấy được một mật độ bất thường trên nhũ ảnh. Nếu có tụ máu sau phẫu thuật, điều này có thể kéo dài.

Xử lý: Người ta đề nghị sử dụng siêu âm

hoặc MRI để theo dõi với khoảng thời gian ngắn nếu sinh thiết đã được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc MRI.

6 Chẩn đoán âm tính giả: có thể xảy ra. Khi sinh thiết được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm, nguyên nhân thường liên quan tới sai sót kỹ thuật hoặc lấy mẫu, không nhận ra sự bất tương hợp giữa mô học và chẩn đoán hình ảnh hoặc bất tương hợp giữa siêu âm và nhũ ảnh, hoặc không tiếp tục theo dõi bệnh nhân trong trường hợp kết quả sinh thiết lành tính[5].

Xử lý: Nếu kết quả sinh thiết không phù hợp hoặc nghi ngờ, bao gồm tổn thương dạng nhú hoặc tăng sản tiểu thùy, nên sinh thiết lại. Nếu kết quả sinh thiết lõi-kim dưới hướng dẫn của siêu âm là lành tính thì siêu âm lại 6 tháng sau khi sinh thiết và sau đó là mỗi năm một lần trong 2 năm kế tiếp để đảm bảo là tổn thương ổn định trên hình ảnh học.

VII. LỢI ĐIỂM CỦA SINH THIẾT VÚ VABB TRONG TỔN THƯƠNG TUYẾN VÚ

- Dễ thực hiện
- Xâm lấn tối thiểu (không sẹo, gây tê tại chỗ, không cần bệnh nhân nằm viện)
- Giảm chi phí chăm sóc sức khỏe
- Kết quả rất tốt
- Tỉ lệ biến chứng thấp (3-5%)
- Có thể làm lại nếu cần

VIII. KẾT LUẬN

Việc áp dụng hệ thống sinh thiết lõi-kim có hỗ trợ máy hút chân không (VABB) giúp cho chẩn đoán sớm các tổn thương nghi ngờ ung thư vú ngay cả khi không sờ thấy. Ngoài ra hệ thống này cũng giúp điều trị các tổn thương lành tính khác của vú như bướu sợi tuyến, u nang tuyến vú…mà không cần phải phẫu thuật.

Ngoài ra, việc chẩn đoán và điều trị tổn thương tuyến vú bằng hệ thống sinh thiết lõi-kim có hỗ trợ máy hút chân không (VABB) còn giải quyết nỗi lo về thẩm mỹ cho bệnh nhân. Với việc thực hiện qua một kim rất nhỏ, phương pháp này không để lại sẹo. Do vậy chúng ta cần xem xét ứng dụng kỹ thuật này ở các cơ sở điều trị trong nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alonso-Bartolome P, Vega-Bolivar A, Torres-Tabanera M, et al.** Sonographically guided 11-G directional vacuum- assisted breast biopsy as an alternative to surgical excision: utility and cost study in probably benign lesions. Acta Radiol 2004; 45:390–396.
2. **American College of Radiology.** ACR Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS): breast imaging atlas. Reston, VA: American College of Radiology, 2003.
3. **Brem RF, Schoonjans JM, Goodman SN, et al**. Nonpalpable breast cancer: percutaneous diagnosis with 11- and 8- gauge stereotactic vacuum-assisted biopsy devices. Radiology 2001;219:793–796.
4. **Cho N, Moon WK, Cha JH, et al.** Sonographically guided core biopsy of the breast: comparison of 14-gauge automated gun and 11-gauge directional vacuum-assisted biopsy methods. Korean J Radiol 2005;6:102–109.
5. **Savitri Krishnamurthy, Rache M. Simmons:** "Pathology of the breast and Clinical management"; Kuerer's Breast surgical oncology. 2010 by The McGraw-Hill Companies, Inc. 155-164.

LIÊN QUAN GIỮA OSTEOCALCIN HUYẾT THANH VÀ CHUYỂN HÓA GLUCOSE ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Ngô Đức Kỷ*, Đoàn Văn Đệ, Đặng Hồng Hoa*****

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Osteocalcin được sản xuất bởi tế bào osteoblast là tế bào duy nhất bài tiết có vai trò điều hòa chuyển hóa khoáng của cơ thể, nó có vai trò làm lắng đọng chất khoáng trong xương. Osteocalcin hoạt động như một hormone trong cơ thể, nó kích thích tế bào beta tụy tiết insulin, đồng thời kích thích tế bào mỡ giải phóng hormone adiponectin là chất làm tăng nhạy cảm với insulin. **Phương pháp nghiên cứu**: nghiên cứu mô tả cắt ngang 151 bệnh nhân đái tháo đường type 2 so sánh với nhóm chứng là 67 người không bị đái tháo đường tương đồng về độ tuổi. **Kết quả nghiên cứu: nồng độ** Ostecalcin ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 (1,88 ± 1,21 ng / l) thấp hơn có ý nghĩa thống kê (p <0,01) so với những người không có bệnh (2,52 ± 0,93 ng / l). Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy nồng độ osteocalcin huyết thanh có tương quan nghịch với HbA1c (β = -0.243; p = 0.02) và HOMA2-IR (β = - 0.243, p = 0.015) ở bệnh đái tháo đường týp 2. Có sự tương quan thuận giữa nồng độ osteocalcin và chức năng tế bào beta tụy (HOMA2-% β). **Kết luận:** Nồng độ Osteocalcin liên quan nghịch với HbA1c và HOMA2-IR ở bệnh nhân tiểu đường týp 2

Từ khóa: Osteocalcin, HbA1c, HOMA2 - IR

**Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An*
***Bệnh viện 103*
****Bệnh viện E Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Kỷ
Email: ngoduckyna@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.2.2018
Ngày duyệt bài: 6.3.2018

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN SERUM OSTEOCALCIN AND GLUCOSE METABOLISM IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Objectives: Osteocalcin is produced by osteoblast cells, which are the only secretory cells that regulate the body's mineral metabolism, which plays a role in the mineralization of bone. Osteocalcin acts as a hormone in the body, which stimulates pancreatic beta cells to release insulin, and stimulates adiponectin-releasing hormone-releasing fatty cells that are insulin-sensitizing. In addition, recent studies have shown that osteocalcin enhances insulin sensitivity and the differentiation in muscle, while secreted factors from muscle, myokines, regulate bone metabolism. These findings suggest that bone metabolism and glucose metabolism are associated with each other through the action of osteocalcin. In this review, we investigated the association between osteocalcin levels and characteristics of patients with type 2 diabetes, such as fasting glucose, HBA1c, insulin and HOMA2-IR. **Methods**: Aross - sectional study of 151 patients with type 2 diabetes and 67 healthy, non-diabetic patients was examined and treated at the Nghe An General Hospital from 7/2015 to 12/2017. Osteocalcin levels were measured in Diagnostic Automation, Inc., Human Osteocalcin ELISA kit from MELSIN by ELISA. Calculates the HOMA2-IR and HOMA2-% Beta ratios according to the HOMA Calculator v2.2.3 software version of Oxford University - UK. Data processing using SPSS 16.0 software. **Results:** Ostecalcin levels in type 2 diabetes (1.88 ± 1.21 ng/l) were statistically significantly ($p<0.01$) lower than those without disease (2.52 ± 0.93 ng/l). Multiple regression analysis showed that serum osteocalcin levels were an inversely correlated with HbA1c ($\beta = -0.243$; $p = 0.02$) and HOMA2-IR ($\beta = -0.243$; $p = 0.015$) in type 2 diabetes mellitus. There is a positive correlation between osteocalcin levels and pancreatic beta cell function (HOMA2-% β). **Conclusions:** Osteocalcin levels are inversely related to HbA1c and HOMA2-IR in patients with type 2 diabetes mellitus

Keywords: osteocalcin, HOMA2-IR, HbA1c.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, mô xương được đóng một vai trò nhất định trong việc điều chỉnh cân bằng lượng đường trong cơ thể qua các tín hiệu nội tiết [1]. Bằng chứng được quan sát từ các nghiên cứu ở chuột đã chứng minh rằng osteocalcin (OC), là một protein của xương tổng hợp và tiết ra bởi tế bào osteoblasts, đặc biệt là dưới dạnghoạt động undercarboxylated, đa thực hiện chức năng nội tiết của xương [1]. Nghiên cứu cho thấy những con chuột thiếu hụt OC (Ocn - / -) không có khả năng dung nạp glucose do rối loạn giảm tiết insulin và kháng insulin [1] trong khi chuyển hóa bình thường ở những con chuột không có gen Esp (Esp - / -), thì có nồng độ undercarboxylated osteocalcin (unOC) cao trong huyết thanh nhưng nồng độ osteocalcin huyết thanh vẫn bình thường, điều này trái ngược khi quan sát ở những con chuột thiếu hụt (Ocn - / -) [1]. Hơn nữa, những con chuột có chế độ ăn giàu chất béo được tiêm unOC thì dự phòng và bảo vệ được béo phì và tiến triển bệnh đái tháo đường type 2 có ý nghĩa [2]. Sau này có nhiều nghiên cứu về nồng độ osteocalcin ở người, các nghiên cứu lâm sàng đã khảo sát sự liên quan giữa OC và /hoặc unOC huyết thanh và biomarkers với chuyển hóa glucose ở người [3] cũng như ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 [4,5]. Các nghiên cứu này thực hiện ở nhiều nước khác nhau cũng như các chủng tộc khác nhau [3,4,5,6] và có mức độ dung nạp glucose khác nhau, bao gồm bệnh đái tháo đường type 2. Giới tính, dân tộc, và cỡ mẫu những nghiên cứu trên cũng rất đa dạng. Đặc biệt có nghiên cứu đã phân tích gộp của rất nhiều các nghiên cứu về OC trên Thế giới [7]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để tìm hiểu về thay đổi cũng như mối liên quan giữa nồng độ OC với một số đặc điểm của bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Việt Nam để có một cái nhìn khách quan khi so với các nghiên cứu khác trên thế giới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 151 bệnh nhân đái tháo đường type 2 và 67 người khỏe không bị đái tháo đường được khám và điều trị tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An từ 7/2015 – 12/2017. Các bệnh nhân được khai thác về tuổi, thời gian bị bệnh, các thuốc đang sử dụng, tính chỉ số BMI. Các xét nghiệm được làm tại Khoa Hóa sinh bằng hệ thống tự động máy Cobas 6000 và Cobas e 601 của hãng Roche. Glucose máu huyết tương lúc đói bằng phương tham chiếu sử dụng men hexokinase, HbA1c dựa trên xét nghiệm miễn dịch ức chế đo độ đục (TINIA) cho máu toàn phần ly giải, insulin và c – peptide đo bằng phương pháp miễn dịch hóa phát quang (electro-chemiluminescence immunoassay: điện hóa phát quang). Nồng độ osteocalcin thực hiện tại Bộ môn sinh lý bệnh – Học Viện Quân Y, bằng máy Diagnostic Automation, inc, kít thử Human osteocalcin ELISA của hãng MELSIN theo phương pháp ELISA . Tính các chỉ số HOMA2-IR và HOMA2-%Beta theo phiên bản phần mềm HOMA Calculator v2.2.3 của Đại học Oxford – Anh.

Xử lý số liệu bằng phần mền SPSS 16.0.

III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1.Đặc điểm giữa nhóm chứng và nhóm bị đái thái đường khi so sánh osteocalcin

Bảng 1.So sánh một số đặc điểm nhóm đái tháo đường với nhóm chứng

Chỉ số	Nhóm chứng	Đái tháo đường type 2	P
Tuổi (năm)	60.3 ± 6.65	62.12 ± 8.99	> 0.05
BMI (kg/m²)	22.48 ± 1.92	22.96 ± 2.98	> 0.05
HbA1c (%)	5.32 ± 0.29	7.93 ± 2.06	< 0.01
Glucose đói(mml/l)	4.52 ± 0.61	11.03 ± 4.81	< 0.01
Osteocalcin (ng/l)	2.52 ± 0.93	1.88 ± 1.21	< 0.01

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi, chỉ số BMI giữa nhóm đái tháo đường và nhóm không đái tháo đường. HbA1c, glucose máu lúc đói ở nhóm đái tháo đường đều cao hơn nhóm không bị bệnh, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.01. Nồng độ osteocalcin huyết thanh ở nhân đái tháo đường type 2 thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng với p < 0.01.

2.Đặc điểm nồng độ osteocalcin

Bảng 2. Đặc điểm nồng độ osteocalcin

Đặc điểm	Osteocalcin(ng/l)	p
Nam	2.06 ± 1.16	> 0.05
Nữ	1.69 ± 1.24	
Nữ chưa mãn kinh	2.33 ± 1.2	> 0.05
Nữ mãn kinh	1.63 ± 1.23	

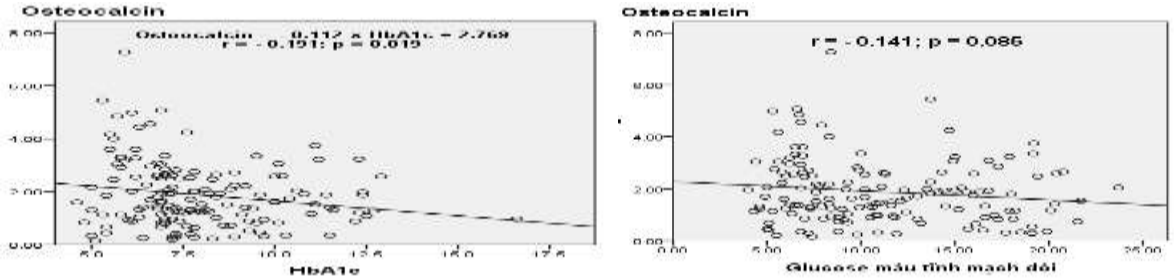
Nhận xét: Không có sự khác biệt về nồng độ osteocalcin trung bình giữa nam và nữ; Nồng độ osteocalcin ở phụ nữ mãn kinh thấp hơn ở nhóm chưa mãn kinh nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với p > 0.05.

3.Liên quan giữa nồng độ osteocalcin với một số đặc điểm bệnh nhân đái tháo đường type 2

3.1.Liên quan giữa osteocalcin với chỉ số HbA1c

Bảng 3.Liên quan giữa osteocalcin với chỉ số HbA1c và glucose huyết tương

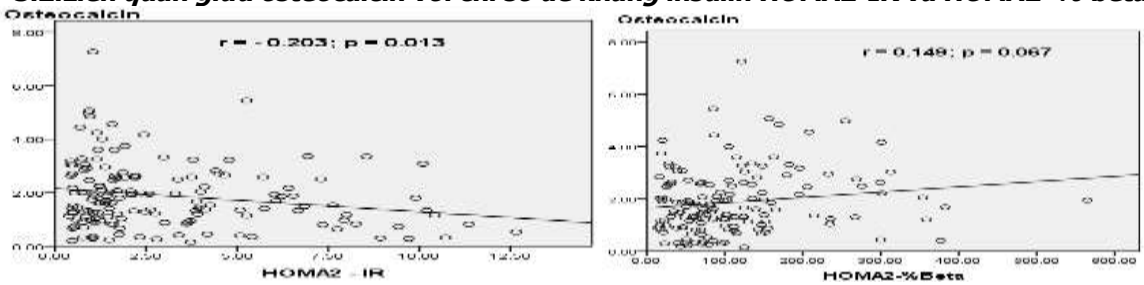
HbA1c (%)	Osteocalcin (ng/l)	P
HbA1c < 7	2.38 ± 1.52	0.001
HbA1c ≥ 7	1.6 ± 0.89	



Hình 1.Tương quan giữa nồng độ osteocalcin với HbA1c và glucose huyết tương

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê giữa HbA1c với nồng độ osteocalcin huyết tương với p < 0.05, r = - 0.191. Và có mối tương quan nghịch giữa nồng độ osteocalcin với nồng độ glucose máu lúc đói (r = - 0.141, p = 0.085).

3.2.Liên quan giữa osteocalcin với chỉ số đề kháng insulin HOMA2-IR và HOMA2-% beta



Hình 2.Tương quan giữa nồng độ osteocalcin với HOMA2-IR và chức năng tế bào beta tụy

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống với p < 0.05 và r = - 0.203 giữa nồng độ osteocalcin với chỉ số đề kháng insulin HOMA2-IR.

Có mối tương quan thuận giữa nồng độ osteocalcin với chức năng tế bào beta tụy (r = 0.149; p = 0.067), khi chức năng tế bào beta tụy còn tốt thì nồng độ osteocalcin càng cao và ngược lại.

3.4. Mô hình hồi quy đa biến giữa osteocalcin với một số đặc điểm bệnh nhân đái tháo đường type 2

Bảng 4.Mô hình hồi quy đa biến giữa osteocalcin với một số đặc điểm bệnh nhân đái tháo đường type 2

Osteoalcin	Hằng số B	Beta	t	p
HbA1c	-0.143	-0.243	-2.35	0.02
Glucose	0.032	0.128	1.046	> 0.05
HOMA2-IR	-0.104	-0.243	-2.464	0.015
BMI	-0.01	-0.025	-0.305	> 0.05
P chung = 0.018; R^2 = 0.078				

Nhận xét: Khi phân tích hồi quy tuyến tính đa biến, kết quả trong mô hình chung này vẫn có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ và $R^2 = 0.078$. Ngoài ra osteocalcin là yếu tố tương quan nghịch độc lập với HbA1c ($\beta = -0.243$, $p = 0.02$) và HOMA2-IR ($\beta = -0.243$, $p = 0.015$).

IV. BÀN LUẬN

Vai trò nội tiết của mô xương đã được chứng minh [1]. Tế bào osteoblast của mô xương tiết ra osteocalcin thông qua các tín hiệu khác nhau của insulin lên xương [3], để chuyển osteocalcin sang dạng hoạt động và có vai trò như là một hormon chuyển hóa năng lượng glucose [2].

Nghiên cứu của NK Lee và cộng sự thấy rằng con chuột thiếu protein tyrosine phosphatase OST-PTP là hạ đường huyết và được bảo vệ không bị bệnh béo phì và không dung nạp glucose vì sự tăng sinh tế bào β, tiết insulin và tăng nhạy cảm với insulin. Ngược lại, chuột thiếu tế bào osteoblast tiết ra osteocalcin giảm tăng sinh tế bào β, không dung nạp glucose và kháng insulin. Ở in vivo, osteocalcin có thể kích thích biểu hiện CyclinD1 và Insulin trong tế bào β và tiết adiponectin của các adipokin trong adipocytes làm nhạy cảm insulin. Osteocalcin trong cơ thể có thể cải thiện dung nạp glucose [1]. Những con chuột được tiêm insulin có thể cải thiện được chuyển hóa glucose và dự phòng đái tháo đường type 2 [1].

Nghiên cứu này của chúng tôi cũng chỉ ra rằng nồng độ osteocalcin huyết thanh giảm có ý nghĩa thống kê ở những bệnh nhân đái tháo đường type 2 so với những người nhóm chứng không bị bệnh đái tháo đường type 2 ($p < 0.01$). Kết quả này tương tự của các nghiên cứu khác như [3,5]. Như vậy từ các kết quả trên nghiên cứu ở chuột [1,2] cũng như các nghiêm cứu được thực hiện trên lâm sàng những bệnh nhân đái tháo đường type 2 đều cho ta biết rằng có mối liên quan giữa nồng độ osteocalcin ở bệnh nhân nhân đái tháo đường type 2.

Mặt khác, ở nghiên cứu của chúng tôi khi xét mối liên quan giữa nồng độ osteocalcin với một số đặc điểm của bệnh nhân đái tháo đường như: HbA1c, glucose huyết tương lúc đói, insulin, HOMA2-IR và HOMA2 -%beta. Kết quả là có mối liên quan nghịch giữa nồng độ osteocalcin huyết thanh với HbA1c, glucose tĩnh mạch lúc đói, insulin và HOMA2-IR đặc biệt có ý nghĩa thống kê ở các chỉ số HbA1c, insulin và HOMA2 – IR. Như các nghiên cứu đã công bố, Osteocalcin đã được chứng minh dự phòng tăng đường máu và giảm nguy cơ đái tháo đường type 2 ở *in vivo* [1] cũng như trong thí nghiệm ở những con chuột [2]. Trong thực tế lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 cũng có rất nhiều nghiên cứu ở các đối tượng hay các chủng tộc khác nhau trên thế giới cũng đã chứng minh điều này. Jenny M. Kindlom và cộng sự phân tích hồi quy đa biến sau khi hiệu chỉnh insulin và khối mỡ cũng chỉ ra rằng nồng độ osteocalcin huyết tương là yếu tố liên quan nghịch dự báo glucose huyết tương lúc đói ($p < 0.001$) [3]. I. Kanazawa và cộng sự nghiên cứu 180 nam và 109 nữ đái tháo đường type 2, kết quả là ở nam giới ucOC liên quan nghịch có ý nghĩa với đường máu huyết tương lúc đói và HbA1c [4]. P.D. Sarkar và cộng sự [5] nghiên cứu ở 108 bệnh nhân đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán và 50 người nhóm chứng khỏe mạnh. Sau khi phân tích hồi quy tuyến tính đa kết quả là có mối liên quan nghịch giữa nồng độ osteocalcin với đường máu huyết tương lúc đói (beta = - 0.015, p = 0.0004), insulin huyết tương (beta = - 0.059, p = 0.0242), HOMA-IR (beta = - 0.149, p = - 0.0011) và các yếu tố viêm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Khi xét đến chức năng tụy, chúng tôi thấy rằng osteocalcin có liên quan thuận với chức năng tế bào beta tụy HOMA2-%beta. Điều này cũng đã được chứng minh ở chuột thực nghiệm và qua các nghiên cứu quan sát lâm sàng. Trong nghiên cứu đột biến gene ở chuột, người ta đã nhận thấy rằng ở chuột thiếu protein tyrosine phosphatase (OST-PTP) là hạ đường huyết, dự phòng khỏi bị béo phì và không dung nạp glucose do tăng tăng tế bào β tụy, tăng tiết insulin và tăng nhạy cảm với insulin [1]. Và tế bào β tiếp tục phát triển sau 4 tuần tiêm osteocalcin cũng như khối lượng tế bào β tăng lên và tăng tiết insulin ở chuột sau 16 tuần điều trị [2]. Các nghiên cứu trên thế giới cũng đã khẳng định có mối liên quan thuận giữa nồng độ osteocalcin với chức năng tế tào beta tụy HOMA2-%beta [6]. D-M. Liu và cộng sự (2015) [7] phân tích gộp từ 39 nghiên cứu về nồng độ ostecalcin ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có tất cả 23381 người than gia nghiên cứu. Kết luận: cả unOC và total OC (tOC) có liên quan nghịch với đường máu huyết tương lúc đói và

HbA1c ở người bị đái tháo đường type 2. Và mối liên quan này gặp ở nam nhiều hơn là nữ.

Như vậy, chúng ta thấy rằng osteocalcin được tiết ra từ tế bào osteoblast có tác dụng lên chuyển hóa đường bằng cách tăng tiết insulin của tụy, giảm đề kháng insulin và osteocalcin có liên quan tới việc kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.

V. KẾT LUẬN

Cả trên thực nghiệm ở chuột cũng như các nghiên cứu trên lâm sàng chỉ ra rằng osteocalcin có liên quan đến chuyển hóa glucose ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 và tác dụng lên chức năng tế bào β tụy làm tăng khối lượng tế bào, tăng tiết insulin và giảm sự đề kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Ở bệnh nhân kiểm soát tốt đường huyết thì nồng độ osteocalcin càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lee N K, H Sowa E Hinoi et al (2007**), "Endocrine regulation of energy metabolism by the skeleton", *PMC*, 130(3), pp. 456-469.
2. **Ferron M, al. Marc D.McKee et (2012),** "Intermittent injections of osteocalcin improve glucose metabolism and prevent type 2 diabetes inmice", *Bone*, 50(2), pp. 568-575.
3. **Kimdblom Jenny M., al Claes Ohlsson et (2009),** "Plasma osteocalcin is inversely related to fat mass and plasma glucose in elderly Swedish men", *J Bone Miner Res 2009*, 24(5), pp. 785-791.
4. **Kanazawa I, Yamaguchi T Yamauchi M, et al. (2011),** "Serum undercarboxylated osteocalcin was inversely associated with plasma glucose level and fat mass in type 2 diabetes mellitus", *Osteoporos Int*, 22(4), pp. 187–19.
5. **Sarkar P.D., Choudhury A.B., et al. (2013),** "Relationships between serum osteocalcin levels versus blood glucose, insulin resistance and markers of systemic inflammation in central indian type 2 diabetic patients", *European Review for Medical and Pharmacological Sciences 2013*, 17, pp. 1631-1635.
6. **Rui Xuefei, Xu Bei, et al. (2014),** "Differential pattern for regulating insulin secretion, insulin resistance, and lipid metabolism by osteocalcin in male and female T2DM patients", *Med Sci Monit 2014*, 20, pp. 711-719.
7. **Liu D.-M., Guo X.-Z., et al. (2015),** "Association between osteocalcin and glucose metabolism: a meta-analysis", *osteoporos Int 2015*, 26, pp. 2823-2833.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA FOSAMAX PLUS Ở BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG TỪ 40 TUỔI TRỞ LÊN TẠI THÀNH PHỐ VINH, NGHỆ AN

Cao Trường Sinh*

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá hiệu quả của fosamax plus ở bệnh nhân loãng xương từ 40 tuổi trở lên. ***Đối tượng và phương pháp:*** 60 bệnh nhân, 21 nam và 39 nữ có tuổi đời từ 40 tuổi trở lên, tuổi trung bình 58,8 ± 9,5, bị loãng xương đang sống ở thành phố Vinh. Thời gian: 20 tháng từ 11/2015 đến 7/2017, tại 25 phường xã của thành phố Vinh. Tất cả được dùng fosamax plus (aledronat 70 mg + vitamin D3 5600 UI) mỗi tuần 1 viên, trong 6 tháng và đánh giá sau 1 tháng, 3 tháng 6 tháng và 9 tháng. ***Kết quả:*** Sau 9 tháng điều trị điểm số T- score tăng từ -3,4 ± 0,7 lên -2,0 ± 0,78 mật độ xương tăng từ 57,8 % ± 22,5 % lên đến 77,4% ± 15,2%. Tác dụng phụ của fosamax plus là: Phát ban, dị ứng : 6,7%; Đau bụng: 10,0%; Buồn nôn, nôn: 5,0 %; Nóng rát thượng vị: 10,0%; Ợ hơi - ợ chua: 10,0%. Viêm loét thực quản: 1,6%; Táo bón: 3,3%. ***Kết luận:*** Fosamax plus có tác dụng làm tăng mật độ xương ở bệnh nhân loãng xương từ 40 tuổi trở lên. Tác dụng phụ chủ yếu là đau bụng, buồn nôn, nóng rát thượng vị.

Đại học Y khoa Vinh
Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh
Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018
Ngày duyệt bài: 13.2.2018

SUMMARY

TO EVALUATE THE EFFECTS OF FOSAMAX PLUS IN PATIENTS WITH OSTEPOROSIS AGED 40 YEARS AND OLDER IN VINH CITY, NGHE AN

Aim: To evaluate the effect of fosamax plus in patients with osteoporosis aged 40 years and older. ***Objects and methods:*** Sixty patients, 21 males and 39 females aged 40 years or older, had an average age of 58.8 ± 9.5 years, with osteoporosis in Vinh City. Time: 20 months from 11/2015 to 7/2017, in 25 wards of Vinh city. All patients were given fosamax plus (aldronate 70 mg + vitamin D3 5600 UI) once a week, for 6 months and evaluated after 1 month, 3 months, 6 months and 9 months. ***Results:*** After 9 months of treatment, the T- score increased from -3.4 ± 0.7 to -2.0 ± 0.78. The bone density increased from 57.8% ± 22.5% to 77.4% ± 15.2%. Side effects of fosamax plus are: Rash, allergy: 6.7%; Abdominal pain: 10.0%; Nausea, vomiting: 5.0%; Epigastric burning: 10.0%; Yogurt: 10.0%. Esophageal ulcer: 1.6%; Constipation: 3.3%. Conclusion: Fosamax plus works to increase bone density in patients with osteoporosis aged 40 years and older. Side effects are mainly abdominal pain, nausea, burning epigastric.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương được đặc trưng bởi sự giảm khối lượng xương và tổn thương vi cấu trúc của

tổ chức xương, gây hậu quả làm xương giảm độ chắc và dễ gãy. Trên thế giới, có khoảng 200 triệu người bị loãng xương, cứ 3 phụ nữ thì có 1 người bị loãng xương, tỷ lệ loãng xương nam giới là 1/5. Tại Châu Âu cứ 30 giây lại có một người bị gẫy xương do loãng xương và tại Hoa Kỳ có khoảng 1,3 triệu người gẫy cổ xương đùi do loãng xương. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, đến năm 2050 châu Á có thể sẽ chiếm 50% tỷ lệ người bị gẫy xương do loãng xương trên thế giới. Tại Việt Nam, theo số liệu khảo sát bước đầu của Viện Dinh Dưỡng, bệnh loãng xương ảnh hưởng tới 1/3 phụ nữ và 1/8 đàn ông trên 50 tuổi. Ước tính tại Việt Nam số người gẫy cổ xương đùi do loãng xương đến năm 2010 là 26.000 và đến năm 2030 sẽ là 41.000 người [1], [2].

Loãng xương sau tuổi 40 là mất xương ở xương xốp, gãy lún các đốt sống, đầu dưới xương quay, xuất hiện trong vòng 15- 20 năm, đặc biệt là phụ nữ tuổi mãn kinh. Hiện nay trên thế giới, có khoảng 50% phụ nữ trên 50 tuổi bị loãng xương, 40% phụ trên 70 tuổi bị gãy xương do loãng xương. Bởi vậy việc điều trị loãng xương sớm bằng thuốc uống nhằm giảm các biến chứng gãy xương là rất quan trọng nhằm giảm tỷ lệ tàn phế do loãng xương. Do đó chúng tôi đã tiến hành đề tài nhằm: Đánh giá hiệu quả điều trị của Fosamax Plus ở bệnh nhaan loãng xương từ 40 tuổi trở lên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Chọn 60 bệnh nhân, 21 nam và 39 nữ có tuổi đời từ 40 tuổi trở lên, tuổi trung bình 58,8 ± 9,5, bị loãng xương đang sống ở thành phố Vinh. Thời gian: 20 tháng từ 11/2015 đến 7/2017, tại 25 phường xã của thành phố Vinh.

Chẩn đoán loãng xương dựa vào tiêu chuẩn của WHO 1994, lấy kết quả ở 1 vị trí đo. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn kết quả đo ở xương gót để xác định tỷ lệ loãng xương. Vì xương gót là xương đặc, chắc nhất cơ thể, chịu lực nhiều.

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương theo WHO [2]

T-score	Tình trạng mật độ xương
T-score ≥-1	Mật độ xương bình thường
-1 > T-score > -2,5	Giảm mật độ xương
T-score ≤ - 2,5	Loãng xương
T-score ≤ -2,5 và có một hoặc nhiều gẫy xương	Loãng xương nặng

T-score: Độ lệch giữa mật độ xương bệnh nhân so với mật độ xương trung bình của nhóm người trưởng thành trẻ tuổi, khoẻ mạnh, cùng giới.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những người bệnh suy gan, suy thận mạn tính, người bị bệnh ác tính.
- Những người dị dạng hoặc bị hạt Tophy do bệnh Gout ở cổ tay và gót chân 2 bên.
- Những bệnh nhân bị loét dạ dày tá tràng
- Người dân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Tất cả 60 bệnh nhân, sau khi được chẩn đoán loãng xương được dùng Fosamax Plus trong 6 tháng mỗi tuần uống 1 viên vào 1 giờ nhất định. Uông trước lúc ăn sáng 30 phút, không được nằm.
- Bệnh nhân được đo mật độ xương 4 lần trong quá trình uống sau 1 tháng, 3 tháng 6 tháng và 9 tháng uống thuốc.
- Máy đo mật độ xương là Máy Osteosys EXA 3000 sử dụng công nghệ tia X - quang kỹ thuật số, hấp thụ tia X năng lượng kép (energie X ray Absorptionmetry EXA). Máy thiết kế để đo ở các vị trí xương gót và xương quay để chẩn đoán xác định loãng xương, đánh giá mức độ loãng xương, dự báo nguy cơ gãy xương và theo dõi điều trị đây là một kỹ thuật tiên tiến không xâm lấn, an toàn cho người bệnh, kết quả chính xác, có giá trị chẩn đoán cao.
- Máy xuất xứ Hàn Quốc, có chức năng chụp ảnh và phân tích chi tiết giúp chẩn đoán chính xác.

Máy có kích thước gọn nhẹ được kết nối với máy tính xách tay, vận chuyển dễ dàng thuận tiện để đưa đến các trạm y tế xã để khám cho người dân.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Biến số	n	%	p	Tuổi TB	±SD	p
Nam	21	35	<0,05	54,5	9,9	**<0,05**
Nữ	39	65		59,7	8,7	
Tổng	60	100		**57,8**	**9,5**	

Tỷ lệ loãng xương ở nữ cao hơn có ý nghĩa so với nam giới (p<0,05)

Tuổi trung bình nhóm nữ loãng xương cao hơn nam giới (p<0,05)

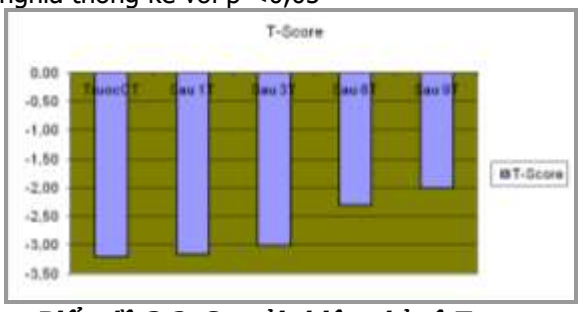
3.2. Hiệu quả điều trị loãng xương của fosamax plus

Bảng 3.2. Hiệu quả can thiệp ở nhóm loãng xương điều trị bằng Fosamax

Biến số	Trước CT	Sau CT	p(t-s)
T-score	-3,4 ±	-2,0 ±	0<0,05

	0,7	0,78	
% mật độ xương	57,8 ± 22,5	77,4 ± 15,2	

Sau can thiệp 9 tháng T-score và mật độ xương gót tăng lên rõ rệt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05



Biểu đồ 3.2. Sự cải thiện chỉ sô T-score theo thời gian

Chỉ sô T-score theo thời gian ở nhóm bệnh nhân được điều trị bằng Fosamax tăng lên rõ rệt, đặc biệt sau 9 tháng điều trị T-score từ -3,4 giảm xuống - 2,0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.3.Tác dụng không mong muốn của Fosamax

Bảng 3.3. Tác dụng phụ của Fosamax

Dấu hiệu tác dụng phụ	n (n=60)	%
Phát ban, dị ứng	4	6,7
Hoại tử xương hàm	0	0,0
Đau bụng	6	10,0
Buồn nôn, nôn	3	5,0
Nóng rát thượng vị	6	10,0
Ợ hơi - ợ chua	6	10,0
Viêm loét thực quản	1	1,6
Táo bón	2	3,3
Tổng	28	46,7

Tác dụng phụ chủ yếu của Fosamax là đau bụng, nóng rát thượng vị và ợ hơi ợ chua. Chưa ghi nhận trường hợp nào có hoại tử xương hàm sau khi dùng thuốc.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Theo kết quả nghiên cứu, trong tổng số 60 đối tượng, thì tỷ ở nam thấp hơn nữ: nam: 35%, nữ: 65% (bảng 3.1),

Theo nghiên cứu của Nguyễn Trung Hòa, tỷ lệ loãng xương ở nam giới (37,8%) thấp hơn nữ giới (41,5%), liên quan này có ý nghĩa thống kê với p<0,05, khi phân tích tình trạng loãng xương theo giới ở từng độ tuổi tác giả nhận xét (45-49 tuổi; nam 10,2 %, nữ 4,8%, 50-54 tuổi: nam 17,5%, nữ 13,7%; 55-59 tuổi: nam 34,3%, nữ 28,2%) [4]. Tuy nhiên, ở những nhóm tuổi càng lớn thì tỷ lệ nữ bị loãng xương càng cao hơn nam (60-64 tuổi: nam 42,5%, nữ 58,5%; 65-69 tuổi: nam 46,1%, nữ 72,4%).

4.2. Hiệu quả can thiệp trên điểm số T-score và % mật độ xương ở nhóm loãng xương được điều trị loãng xương bằng Fosamax (nhóm 3)

Sau can thiệp 9 tháng điểm số T-score tăng rõ rệt, tất cả bệnh nhân được theo dõi nhắc nhở uống thuốc theo tuần, đánh giá tác dụng của Fosamax plus mỗi tháng một lần. Sự cải thiện mật độ xương, chỉ số T-score tăng dần sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 9 tháng dùng thuoc. Trước điều trị T- score trung bình: -3,4 ± 0,7, sau điều trị 9 tháng T- score trung bình: -2,0 ± 0,78, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p <0,05.

Nghiên cứu Liberman và cs, trên 994 phụ nữ mãn kinh và loãng xương (chỉ số T -2,5 hoặc thấp hơn) được chia thành hai nhóm: nhóm uống alendronate mỗi ngày và nhóm placebo, được theo dõi 3 năm. Alendronate tăng mật độ xương (xương cột sống tăng 8,8%, xương cổ xương đùi tăng 5,9%, và mật độ xương toàn cơ thể tăng 2,5%) và giảm tỉ lệ gãy xương cột sống khoảng 50% [5].

Nghiên cứu Orwoll ES và cs, trên 241 đàn ông với chỉ số T- score xương đùi l-2 hay thấp hơn và chỉ số T-score ở xương cột sống -1 hay thấp hơn, có tiền sử gãy xương. Qua hai năm điều trị, so với nhóm placebo, alendronate làm tăng mật độ xương (3,1% ở xương đùi, 7,1% ở xương cột sống) và giảm chu chuyển xương (Amino terminal Telopeptide giảm 59% và phosphatase kiềm đặc biệt của xương giảm 38%) [5]

Tỉ lệ gãy xương cột sống là 7,1% trong nhóm placebo so với 0,8% trong nhóm alendronate. Tuy nhiên, không có khác biệt về tỉ lệ gãy xương ngoài xương cột sống [5]. Alendronate là một thuốc có hiệu quả điều trị loãng xương do glucocorticoidinduced gây nên. Ở các bệnh nhân nam và nữ, alendronate tăng mật độ xương [5] và giảm nguy cơ gãy xương cột sống (6,8% nhóm alendronate so với 0,7% nhóm placebo) sau 2 năm điều trị [5]. Các nghiên cứu trên dựa vào liều lượng thuốc hàng ngày.

Như vậy các nghiên cứu khác cũng như kết quả nghiên cứu của chúng tôi đều cho thấy Fosamax (Bisphosphonates Alendronate) làm tăng MĐX và giảm nguy cơ gãy xương.

4.4.5. Tác dụng phụ của Fosamax

Trong nghiên cứu của chúng tôi tác dụng phụ của Fosamax biểu hiện không đáng kể: 6,7% phát ban dị ứng, đau bụng 10%, buồn nôn và nôn 5%, nóng rát vùng thượng vị 10%, ợ hơi, ợ chua 10%, viêm loét thực quản 1,6%, táo bón 3,3% (Bảng 3.3. Hãng Merck tiến hành nghiên

cứu mù đôi giữa Fosamax 70 mg/tuần trên 519 bệnh nhân và Fosamax 10 mg mỗi ngày trên bệnh nhân, cho thấy tác dụng phụ của Fosamax chủ yếu là trên dạ dày tá tràng: như đau bụng chiếm 3,7%, khó thở 2,7%, ợ chua 1,9%, buồn nôn 1,9%, sôi bụng 1,0%, táo bón 0,8%; tác dụng phụ trên hệ cơ xương như đau cơ, đau khớp chiếm 2,9%; co cơ 0,2% [6].

Nghiên cứu của Robert và cộng sự, so sánh tác dụng của Aledronat trên 118 bệnh nhân với calcitonin nội mũi trên 123 bệnh nhân cho thấy tác dụng phụ của Aledronat như sau: đau bụng: 4,2%, ợ chua: 2,5%, buồn nôn 3,4%, đau ngực: 2,5%, táo bón: 0,8%, chảy mũi: 0,8% [7].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tác dụng phụ của Fosamax plus không đáng kể. Song việc uống thuốc đúng theo hướng dẫn của nhà sản xuất là rất quan trọng, nó giúp giảm thiểu các tác dụng phụ của thuốc đặc biệt là viêm loét thực quản.

V. KẾT LUẬN

Fosamax plus có hiệu qủa trên bệnh nhân loãng xương, tỷ lệ tác dụng phụ có thể chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyễn Thị Như Hoa** (2010), "*Đánh giá hiệu quả và tác dụng không mong muốn tức thời của liệu pháp truyền Aclasta trong điều trị loãng xương tại khoa Cơ xương khớp, bệnh viện Bạch Mai*", Tạp chí Y học Lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai, số 58 tháng 12 năm 2010. p. 22-26.
2. **WHO** (1994), "*Assessement of fractrure risk and its application to screening for postmenopausal osteporosis*". Report of a WHO Study Group. Wordl Health Organization technical report series; 843: 1-129.
3. **Liberman UA, Weiss SR, Broll J et al.** (1995), "*Effect of oral alendronate on bone mineral density and the incidence of fractures in postmenopausal osteoporosis. The Alendronate Phase III Osteoporosis Treatment Study Group*". N Engl J Med 1995; 333 (22): 1437-1443.
4. **Nguyễn Trung Hòa** (**2016**) *"Đánh giá hiệu quả một số biện pháp sau can thiệp cộng đồng phòng chống loãng xương ở người từ 45 tuổi trở lên tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2013-2015".*
5. **Orwoll ES, Ettinger M, Weiss S et al.** (2000), *"Alendronate for the treatment of osteoporosis in men".* N Engl J Med 2000; 343: 604-610.
6. **Micheal P Jeremiah et al (2015),** *Diagnosis and management of Osteoporosis,* American Family Physician, Volume 92, Number 4, 262-263
7. **Robert W Downs et al (2015),** Comparaison of Alendronate and Intranasal Calcitonin for Treatment of Osteoporosis in Postmenopausal Women, Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Vol 85, No 5: 1783-1788.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN CỦA CÁC NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN THƯỜNG GẶP TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NHI

Hà Mạnh Tuấn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) tại khoa hồi sức tích cực Nhi. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu, thực hiện tại bệnh viện Nhi Đồng 1 trong thời gian 14 tháng. Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được theo dõi suốt quá trình nằm tại khoa HSCC với các biến số độc lập: dân số học, điểm PRISM (pediatric risk score of mortality), tình trạng dinh dưỡng, can thiệp, dùng thuốc và các loại NKBV. Xác định yếu tố nguy cơ của từng loại NKBV bằng hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Có 671 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ NKBV chung là 23%, trong đó viêm phổi bệnh viện (VPBV) chiếm 49,4%, nhiễm khuẩn huyết bệnh viện (NKHBV) 24,4%, nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là 11,1%, nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) 5,8%. Các yếu tố nguy cơ NKBV đối với từng loại NKBV: VPBV là đặt nội khí quản (NKQ) (RR=22,3 (2,6 – 192,3)), đặt NKQ > 5 ngày (RR=8,9 (2,7 – 30,0)), ức chế thụ thể H2 (RR=3,0 (1,1 – 7,8)); NKHBV là thông TMTT (RR=4,1 (1,6 – 10,4), đặt thông TMTT > 3 ngày (RR=6,4 (1,3 – 30,9), bộc lộ TM (RR=11,2 (4,7 – 26,9)), nuôi ăn TM (RR=3,4 (1,6 – 7,4); NKVM là phẫu thuật đường tiêu hóa (RR= 6,6 (1,7 – 55,3), phẫu thuật nhiễm dơ (RR=3,2 (1,0 – 14,3)), đặt dẫn lưu (RR=3,8 (1,0 – 14,3), đặt dẫn lưu > 5 ngày (RR= 5,1 (1,1 – 26,6); NKTN là đặt thông tiểu (RR= 1,13 (1,1–1,2), đặt thông tiểu > 3 ngày (RR=1,4 (1,1 – 1,8). **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ NKBV tại khoa hồi sức tích cực Nhi cho từng loại NKBV gồm có VPBV là có đặt NKQ, thời gian đặt NKQ > 5 ngày, dùng thuốc ức chế thụ thể H2; NKHBV là đặt thông TMTT, thời gian đặt > 3 ngày, có bộc lộ TM, nuôi ăn TM; NKVM là phẫu thuật đường tiêu hóa,loại phẫu thuật nhiễm dơ, có đặt dẫn lưu và đặt trên 5 ngày; NKTN là có đặt thông tiểu và đặt > 3 ngày. Kết quả này giúp cho việc thực hiện các biện pháp phòng ngừa NKBV cho từng loại can thiệp tại khoa HSTC nhi hiệu quả hơn.

Từ khóa: nhiễm khuẩn bệnh viện; hồi sức tích cực nhi; yếu tố nguy cơ; viêm phổi bệnh viện; nhiễm khuẩn huyết bệnh viện; nhiễm khuẩn vết mổ; nhiễm khuẩn tiết niệu.

*Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Tuấn
Email: hamanhtuan@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 14.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018
Ngày duyệt bài: 12.2.2018

SUMMARY

RISK FACTORS OF COMMON TYPES OF NOSOCOMIAL INFECTIONS IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

Objective: identify risk factors of common types of nosocomial infection for in pediatric intensive care unit. **Study design:** A prospective cohort study was carried out in Children's Hospital 1 within 14 months. The enrolled patients in pediatric intensive care unit were longitudinally followed with main variables: demographic, nutrition status, underlying disease, PRISM, intervention, drug use and nosocomial infection. Risk factors were analysed with the logistic regression. **Results:** There were 671 patients enrolled in the study. The incidence of nosocomial infection was 23%, in which the nosocomial pneumonia (NP) was 49,4%, nosocomial bloodstream infection (NBI) was 24,4%, surgical site infection (SSI) was 11,1%, urinary tract infection (UTI) was 5,8%. The risk factors for each type of nosocomial infection were intubation (RR=22,3 (2,6 – 192,3)), length of intubation > 5 days (RR=8,9 (2,7 – 30,0)), H2 receptor antagonist (RR=3,0 (1,1 – 7,8)) for NP; central venous catheter (RR=4,1 (1,6 – 10,4), length of central venous catheter > 3 days (RR=6,4 (1,3 – 30,9), venotomy (RR=11,2 (4,7 – 26,9)), parenteral nutrition (RR=3,4 (1,6 – 7,4) for BSI; gastrointestinal surgery (RR= 6,6 (1,7 – 55,3), dirty and contaminated surgery (RR=3,2 (1,0 – 14,3)), drainage (RR=3,8 (1,0 – 14,3), length of drainage > 5 days (RR= 5,1 (1,1 – 26,6) for SSI; bladder catheter (RR= 1,13 (1,1 – 1,2), length of bladder catheter > 3 days (RR=1,4 (1,1–1,8). **Conclusion:** The risk factors for each type of nosocomial infection included intubation, length of intubation > 5 days, H2 receptor antagonist for NP; central venous catheter, length of central venous catheter > 3 days, venotomy, parenteral nutrition for BSI; gastrointestinal surgery, dirty and contaminated surgery, drainage, length of drainage > 5 days for SSI; bladder catheter, length of bladder catheter > 3 days. These results will support the more effective implementation of control measures for each type of nosocomial infection in pediatric intensive care unit.

Key notes: nosocomial infection; pediatric hospital infection; risk factor; nosocomial nosocomial pneumonia; nosocomial bloodstream infection; surgical site infection; urinary tract infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) tại khoa hồi sức tích cực (HSTC) nhi là một vấn đề y tế quan trọng do tính chất thường gặp với tỷ lệ thay đổi tùy theo quốc gia 6,1 – 29% trong tổng số bệnh nhân nằm tại HSTC nhi[1,2,6,7], và do những hậu quả của NKBV gây ra đó là thời gian điều trị kéo dài, tăng chi phí điều trị và tăng tỷ lệ tử vong. Các loại NKBV thường gặp tại khoa HSCC là viêm phổi bệnh viện (VPBV), nhiễm khuẩn huyết bệnh viện (NKHBV), nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM), nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN)[1,2,6,7]. Mỗi loại NKBV có một yếu tố nguy cơ NKBV khác nhau và có thể thay đổi tùy theo tình hình bệnh và điều kiện cơ sở vật chất, nguồn nhân lực của từng khoa HSTC. Hiện có ít nghiên cứu đoàn hệ về yếu tố nguy cơ NKBV của từng loại NKBV của các bệnh nhi nằm tại khoa HSTC. Nghiên cứu này nhằm xác định các yếu tố nguy cơ NKBV của các loại NKBV thường gặp tại khoa HSTC nhi nhằm góp phần cho các biện pháp phòng chống NKBV tại khoa HSTC nhi hiệu quả hơn. *Mục tiêu*: *Xác định yếu tố nguy cơ gây NKBV của các loại NKBV thường gặp tại khoa HSTC nhi;*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân điều trị tại khoa HSTC nhi của bệnh viện Nhi Đồng 1, từ tháng 10/2003 đến 12/2004 thỏa những điều kiện sau:

- *Tiêu chuẩn chọn bệnh:* bệnh nhân từ 1 tháng tuổi đến 15 tuổi, điều trị tại khoa HSTC trên 48 giờ và không có dấu hiệu của NKBV trong vòng 48 giờ sau khi nhập HSTC.
- *Tiêu chuẩn loại trừ:* những bệnh nhân có NKBV từ trước khi vào HSTC, hay bệnh nhi tử vong trong vòng 48 giờ sau nhập HSTC.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu đoàn hệ kiểm định giả thuyết về nguy cơ tương đối, với P_2 = 0,04, RR=2,25 mức ý nghĩa 5%, lực của test là 90%, kiểm định hai phía, có n = 509.

Thu thập số liệu: Mẫu được chọn liên tục không ngẫu nhiên. Bệnh nhân được khám, đánh giá tình trạng bệnh, đánh giá chỉ số PRISM (Pediatric Risk of Mortality), bệnh cơ bản theo phiếu thu thập. Tất cả các bệnh nhân được xử trí theo phác đồ điều trị của bệnh viện, và được chăm sóc phòng ngừa NKBV theo đúng quy định hiện hành. Các can thiệp và điều trị, NKBV có xảy ra hay không? kết quả cuối cùng của bệnh nhân đều được ghi nhận theo phiếu thu thập. Tiêu chuẩn chẩn đoán NKBV theo tiêu chuẩn của Cơ quan phòng ngừa và kiểm soát bệnh Hoa kỳ (CDC)[5].

Xử lý số liệu: Các biến rời sẽ trình bày theo tỷ lệ phần trăm, các biến liên tục sẽ được trình bày dưới dạng trung bình ± SD. Khi so so sánh hai tỷ lệ dùng phép kiểm χ^2, so sánh hai trung bình dùng phép kiểm t. Giá trị p <0,05 với kiểm định hai phía được xem là có ý nghĩa thống kê. Những biến có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến sẽ được đưa vào phân tích hồi quy logistic đa biến. Những biến nào có tỷ lệ xuất hiện < 10% sẽ không đưa vào phân tích hồi quy đa biến. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 10.5.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu: Có tất cả 671 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình là 58 ± 57 tháng (gần 5 tuổi); nam chiếm 58,7% và nữ chiếm 41,3%. Bệnh cơ bản của bệnh nhân thường gặp là bệnh nhiễm khuẩn 52%, kế đến là tai nạn, chấn thương ngộ độc 16,4%. Các bệnh đi kèm thường gặp là tim bẩm sinh, bại não, hội chứng Down, sanh non. Chỉ số PRISM (Pediatric Risk of Mortality Score) trong vòng 48 giờ trung bình là 7,21 ± 4,5. Các can thiệp thường gặp nhất ngoại trừ tiêm tĩnh mạch (gần 100%) là thông dạ dày, thở áp lực dương liên tục qua mũi (NCPAP), đặt nội khí quản (NKQ), phẫu thuật, thông tĩnh mạch trung tâm (TMTT). Các điều trị thường được chỉ định cho bệnh nhân theo thứ tự là kháng sinh, truyền máu, nuôi ăn tĩnh mạch (NĂTM), dùng thuốc kháng thụ thể H2, thuốc giãn cơ và an thần (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số ca (n =671)	Tỷ lệ (%)
Giới	394	58,7
Nam	277	41,3
Nữ		
Tuổi trung bình	58 ± 57 tháng	
Suy dinh dưỡng II,III	83	12,4
PRISM	7,21 ± 4,5	
Bệnh cơ bản		
Nhiêm khuẩn	349	52,0
Tai nạn – ngộ độc	110	16,4
Bệnh lý tiêu hóa	72	10,7
U bướu	23	3,4
Bệnh hô hấp	23	3,4
Bệnh tim	17	2,5
Bệnh thần kinh cơ	18	2,7
Bệnh huyết học	13	1,9
Bệnh khác	46	6,9
Can thiệp		
Phẫu thuật	137	20,4
Nội khí quản	192	28,6
Thở NCPAP	251	37,4
Thông TMTT	130	19,4
Thông dạ dày	310	46,2
Thông tiểu	74	11,0
Điều trị		
Kháng sinh	579	86,3
Truyền máu	231	34,4
Nuôi ăn tĩnh mạch	130	19,4
An thần	80	11,9
Giãn cơ	85	12,7
Corticoides	53	12,7
Ức chế thụ thể H_2	129	19,2

Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện: Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 23,0%, trong đó viêm phổi bệnh viện là 44,2%, nhiễm khuẩn huyết bệnh viện 24,4% nhiễm khuẩn vết mổ là 11,1%, nhiễm khuẩn tiết niệu 5,8% so với tổng số NKBV (bảng 2).

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện

Loại nhiễm khuẩn bệnh viện	Số ca (n = 671)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn bệnh viện	154	23,0
Viêm phổi bệnh viện	76	11,3
Nhiêm khuẩn huyết	42	6,3
Nhiêm khuẩn vết mổ	19	2,8
Nhiêm khuẩn tiết niệu	9	1,3
Nhiêm khuẩn khác	26	3,9

Bảng 3. Yếu tố nguy cơ gây viêm phổi bệnh viện

	VPBV		RR	p (*)
	Có n = 76 (%)	Không n= 595 (%)		
Đặt NKQ	75 (39,1)	117 (60,9)	22,3 (2,6 – 192,3)	0,005
Đặt NKQ > 5 ngày	66 (76,7)	20 (23,2)	8,9 (2,7 -30,0)	0,001
Ức chế thụ thể H2	42 (32,6)	87 (67,4)	3,0 (1,1 – 7,8)	0,027
Thông dạ dày	69 (22,3)	241 (77,7)	2,8 (0,7 – 7,9)	0,075
Thuốc an thần	29 (36,3)	51 (63,7)	2,6 (0,9 – 7,8)	0,076
Thuốc giãn cơ	42 (49,4)	43 (50,6)	2,4 (0,9 – 6,2)	0,072

(*) *Phân tích đa biến hồi quy logistic*

Bảng 4. Yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn huyết bệnh viện

	NKHBV		RR	p (*)
	Có n = 42 (%)	Không n= 629 (%)		
Thông TMTT	22 (16,9)	108 (83,1)	4,1 (1,6 – 10,4)	0,003
Đặt TMTT > 3 ngày	20 (25,6)	58 (74,4)	6,4 (1,3 - 30,9)	0,020
Bộc lộ TM	29 (24,6)	89 (75,4)	11,2 (4,7 – 26,9)	0,001
Nuôi ăn TM	18 (13,8)	112 (86,2)	3,4 (1,6 – 7,4)	0,002
Truyền máu	25 (10,8)	206 (89,2)	1,8 (0,8 – 3,5)	0,110
Truyền dịch pha	38 (8,4)	413 (91,6)	1,7 (0,5 – 5,6)	0,349

(*) *Phân tích đa biến hồi quy logistic*

Bảng 5. Yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn vết mổ

	NKVM		RR	p (*)
	Có n = 19 (%)	**Không n= 118 (%)**		
Phẫu thuật tiêu hóa	18 (18,0)	82 (82,0)	6,6 (1,7 – 55,3)	0,028
Phẫu thuật nhiêm, dơ	9 (29,0)	22 (71,0)	3,2 (1,1 – 10,9)	0,042
Đặt dẫn lưu	15 (21,7)	54 (78,3)	3,8 (1,0 – 14,3)	0,045
Đặt dẫn lưu > 5 ngày	12 (36,4)	21 (63,6)	5,1 (1,1 – 26,6)	0,049
Phẫu thuật > 2 giờ	7 (26,9)	19 (73,1)	1,5 (0,3 – 6,4)	0,605
Phẫu thuật lần 2	4 (57,1)	3 (42,9)	3,3 (0,5 – 23,7)	0,229
Kháng sinh dự phòng	5 (5,6)	85 (84,4)	0,1 (0,02 – 0,5)	0,006

(*) *Phân tích đa biến hồi quy logistic*

Bảng 7. Yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn tiết niệu

	NKVM		RR	p (*)
	Có n = 9 (%)	**Không n= 662 (%)**		
Đặt thông tiểu	9 (12,2)	65 (87,8)	1,13 (1,1 – 1,2)	0,001
Đặt thông tiểu > 3 ngày	9 (29,0)	22 (71,0)	1,4 (1,1 – 1,8)	0,001

(*)*phân tích đơn biến*

IV. BÀN LUẬN

Đã có 671 bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, 154 bệnh nhân được ghi nhận là có nhiễm khuẩn bệnh viện trong thời gian khảo sát với tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 23%. Trong đó các NKBV thường gặp theo thứ tự là VPBV, NKHBV, NKVM và NKTN chiếm tỷ lệ 85,5% trong tổng số các ca NKBV. Tỷ lệ này cũng tương tự như các nghiên cứu khác[1,2,6,7], đây là các loại NKBV thường gặp tại HSTC nhi do các bệnh nhân nặng thường chịu nhiều can thiệp xâm lấn mà trong đó chủ yếu là đặt NKQ giúp thở, đặt các thông mạch máu, và đặt thông tiểu. Do đây là HSTC chung cho cả bệnh nhân nội và ngoại nhi nên cũng có những ca NKVM xuất hiện sau khi nằm HSTC.

Đối với VPBV thì đặt NKQ được xem là nguy cơ quan trọng của VPBV, điều này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu khác [1,3,6]. Điều này là do khi đặt NKQ sẽ làm ảnh hưởng đến cơ chế làm sạch chất tiết vùng hầu họng, làm tổn thương niêm mạc do chất thương tại chỗ, và cuối cùng là do sự gia tăng hít ngược chất tiết từ vùng hầu họng vào đường hô hấp. Thời gian đặt NKQ càng lâu thì nguy cơ VPBV càng tăng, theo ước tính nguy cơ VPBV sẽ tăng theo thời gian khoảng 2% sau tuần thứ hai[3]. Việc sử dụng thuốc ức chế thụ thể H2 có liên quan đến VPBV, điều này đã được ghi nhận trong những nghiên cứu khác[3,6]. Điều này là do thuốc ức chế thụ thể H2 làm giảm pH dạ dày làm tăng khả năng vi khuẩn tăng sinh trong dạ dày và gây ra nhiễm khuẩn khi bị hít ngược chất nôn từ dạ dày vào đường tiêu hóa. Các yếu tố khác thở NCPAP, phun khí dung, đặt thông dạ dày nuôi ăn, dùng các thuốc giãn cơ, an thần chưa thấy có môi liên quan đến VPBV.

Trong NKHBV thì đặt thông TMTT và thời gian lưu thông kéo dài trên 3 ngày là các yếu tố nguy cơ của NKHBV, điều này cũng được ghi nhận qua các nghiên cứu khác[6]. Cách đặt đường truyền TM cũng có liên quan đến NKHBV, nếu đặt bằng cách bộc lộ tĩnh mạch thì nguy cơ NKBV sẽ rất cao, do làm gây tổn thương tại chỗ tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển và thâm nhập vào cơ thể theo đường máu[6]. Nuôi ăn tĩnh mạch cũng là yếu tố có liên quan đến NKHBV do dung dịch nuôi ăn tĩnh mạch là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển gây ra nhiễm khuẩn huyết[6]. Truyền máu và truyền các dung dịch điện giải chưa thấy có liên quan đến NKHBV.

Do HSTC nhi có tiếp nhận những bệnh nhân hậu phẫu nặng cần hồi sức nên cũng xuất hiện những trường hợp NKVM. Các yếu tố có liên quan đến NKVM là phẫu thuật đường tiêu hóa, phẫu thuật nhiễm, dơ, có đặt dẫn lưu sau phẫu thuật và thời gian đặt trên 5 ngày. Điều này cũng ghi nhận trong các nghiên cứu khác do đây là các yếu tố làm tăng khả năng phát triển vi khuẩn tại vết mổ gây ra NKVM. Mặc dầu thời gian phẫu thuật kéo dài và phẫu thuật lại chưa ghi nhận có mối liên quan đến NKVM trong nghiên cứu này qua phân tích đa biến, nhưng có một số nghiên cứu cho thấy có mối liên quan do tổn thương mô nhiều, khả năng vi khuẩn phát triển và giảm sức đề kháng tại chỗ.

Nhiễm khuẩn tiết niệu mặc dầu chỉ chiếm tỷ lệ thấp 1,3% trong nghiên cứu này, nhưng cũng là mối quan tâm do đó là một trong những loại NKBV thường gặp tại HSTC. Tỷ lệ thấp này là do tỷ lệ đặt thông tiểu theo dõi tại HSTC nhi thấp. các yếu tố có liên quan đến NKTN là đặt thông tiểu và thời gian đặt thông tiểu kéo dài trên 3 ngày. Điều này cũng được ghi nhận bởi các nghiên cứu khác, do thông tiểu gây tổn thương tại chỗ, và tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển và đi ngược dòng[4].

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố nguy cơ NKBV tại khoa hồi sức tích cực Nhi cho từng loại NKBV gồm có VPBV là có đặt NKQ, thời gian đặt NKQ > 5 ngày, dùng thuốc ức chế thụ thể H2; NKHBV là đặt thông TMTT, thời gian đặt > 3 ngày, có bộc lộ TM, nuôi ăn TM; NKVM là phẫu thuật đường tiêu hóa, loại phẫu thuật nhiễm dơ, có đặt dẫn lưu và đặt trên 5 ngày; NKTN là có đặt thông tiểu và đặt > 3 ngày. Kết quả này giúp cho việc thực hiện các biện pháp phòng ngừa NKBV cho từng loại can thiệp hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abramczyk ML., Carvalho WB, Eduardo S. Carvalho, Eduardo A. S. Medeiros (2003**). "Nosocomial Infection in Paediatric Intensive Care Unit in a Developing Country". *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 7 (6), pp: 375 -380.
2. **Đặng Văn Quý (2002).** "Đặc điểm nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng 2". *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú Nhi*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh.
3. **Dennis CJJB and Marc JMB (1999)** "Health-care associated pneumonia" *Hospital Epidemiology and Infection Control*, 2rd edition, chapter 22, Lipincotte William and Wilkins, Baltimore.
4. **John PB and David JP (1999)** "Health-care associated urinary infection" *Hospital Epidemiology and Infection Control*, 2rd edition, chapter 20, Lipincotte William and Wilkins, Baltimore.
5. **Garner JS, Jarvis WR, Emori TG ET al (1996)** . "CDC Definitions of Nosocomial Infections". *APIC Infection Control and Applied Epidemiology: Principles and Practices*, pp: A1 – A20, Mosby, St.Louis.
6. **Gilio AE, Stape A, Pereira CR, Cardoso MF, Silva CV, Troster EJ. (2000).** "Risk factors for nosocomial infections in a critically ill pediatric population: A month prospective cohort study". *Infection Control Hosp Epidemiol*, 21(5), pp: 340 -342.
7. **Mühlemann K, Franzini C, Aebi C et al (2004).** "Prevalence of nosocomial Infections in Swiss children's hospital". *Infect Control Hosp Epidemiol*, 25 (9), pp: 765 – 771.

GIÁ TRỊ VÀ ĐỘ TIN CẬY CỦA BẢNG HỎI TỰ ĐÁNH GIÁ NĂNG LỰC CỦA BÁC SĨ CỬ TUYỂN TẠI TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC-ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

Trần Bảo Ngọc[1], Lê Ngọc Uyển[1], Nguyễn Tiến Dũng[1] và cs

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị và độ tin cậy của bảng hỏi tự đánh giá năng lực của bác sĩ (BS) cử tuyển đã tốt nghiệp giai đoạn 1991-2015. **Đối tượng phương pháp:** Mô tả thiết kế ngang bằng bộ câu hỏi 31 câu tự điền về tự đánh giá năng lực theo thang điểm Likert 5 mức độ chia thành 4 nhân tố với 250 BS cử tuyển đã tốt nghiệp từ 11 tỉnh. **Kết quả:** 66,8% BS hoàn thành câu hỏi. Sau khi phân tích EFA và độ tin cậy theo Crobcah's alpha còn 28 câu hỏi phù hợp chia thành 4 nhân tố mới. **Kết luận và kiến nghị:** Bảng hỏi tự đánh giá năng lực căn cứ theo chuẩn năng lực BS đa khoa của Bộ Y tế có giá trị và độ tin cậy cao. Các cơ sở y tế có thể sử dụng bảng hỏi này để đánh giá năng lực nghề nghiệp của BS nói chung.

Từ khóa: Giá trị; độ tin cậy; tự đánh giá năng lực; bác sĩ cử tuyển; đại học y dược.

SUMMARY

VALUES AND RELIABILITY OF SELF-ASSESSMENT CAPACITY OF NOMINATED DOCTORS AT THAI NGUYEN UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Objectives: To determine the value and reliability of seft-rated questionare of nominated doctors who graduated in the period 1991-2015. **Materials and methods:** A cross-sectional study with 31 seft-rated questionnaires of self-assessment on a Likert scale of 5 levels divided into 4 factors; using 250 nominated doctors who graduated from 11 different provinces. **Results:** 66.8% of doctors complete the questionaire. After analyzing EFA and Crobcah's alpha reliabiblity; having 28 questions suitable into 4 new factors. **Conclusion and Recommendation:** The self-assessment questionnaire is based on capacity of general doctors by the Ministry of Health. Health facilities could use the questionnaire to assess professional capacity of doctors.

Key words: Value, reliability; self- assessment capacity; nominated doctor; University of Medicine and Pharmacy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá hiệu quả công việc của nhân viên được sử dụng rộng rãi từ những năm 1980 khi cạnh tranh trên thị trường trở nên gay gắt, các doanh nghiệp bắt buộc phải chú trọng và khuyến khích nhân viên thực hiện tốt các mục tiêu mà đơn vị đề ra. Đánh giá hiệu quả công việc của nhân viên nhằm: Cung cấp các thông tin phản hồi về mức độ thực hiện công việc so với các tiêu chuẩn mẫu; Giúp nhân viên điều chỉnh, sửa chữa các sai lầm trong quá trình làm việc; Kích thích, động viên nhân viên thông qua những đánh giá, ghi nhận và hỗ trợ; Cung cấp các thông tin cho các vấn đề đào tạo, trả lương, khen thưởng,

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Bảo Ngọc
Email: ngoctranbao72@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.2.2018
Ngày duyệt bài: 12.2.2018

thuyên chuyển nhân viên…; Phát triển sự hiểu biết về đơn vị; Tăng cường quan hệ tốt đẹp giữa cấp trên và cấp dưới. Nếu đánh giá hiệu quả công việc làm cơ sở để trả lương, thưởng, thì đánh giá năng lực là cơ sở để hoạch định nguồn nhân lực, là dự báo khả năng hoàn thành mục tiêu công việc của nhân viên.

Hiện nay, Chính phủ chuẩn bị ban hành Nghị định mới để thay thế Nghị định số 85/NĐ-CP ngày 15/12/2012 của Chính phủ về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập. Để các bệnh viện công thích nghi với cơ chế tự chủ tài chính công ngoài việc thay đổi về tinh thần thái độ phục vụ của nhân viên, sự tăng cường cơ sở vật chất, trang thiết bị, còn một việc vô cùng quan trọng là nâng cao năng lực nghề nghiệp của đội ngũ bác sĩ - "xương sống" của mỗi cơ sở điều trị. Trong mỗi cơ sở y tế, đặc biệt là ở các vùng khó khăn, theo nhận định của nhiều cán bộ quản lý đang "vừa thiếu, vừa yếu" khi đánh giá thực trạng BS đang công tác, trong đó có số lượng không nhỏ BS cử tuyển-đối tượng tuyển không qua thi tuyển chung là nhiệm vụ vô cùng quan trọng. Trên cơ sở chuẩn năng lực cơ bản của Bộ Y tế [1], chúng tôi xây dựng Bảng hỏi để các BS cử tuyển tự đánh giá năng lực của mình. Cho tới thời điểm hiện tại chưa có bộ công cụ "chuẩn" để đánh giá năng lực, do đó chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Xác định giá trị và độ tin cậy của bảng hỏi tự đánh giá năng lực của BS cử tuyển đã tốt nghiệp từ Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên giai đoạn 1991-2015*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 250 BS cử tuyển đã tốt nghiệp giai đoạn 1991-2015 tại 11 tỉnh (Bắc Kạn, Bắc Giang; Cao Bằng, Hòa Bình, Lạng Sơn, Lào Cai, Quảng Ninh, Tuyên Quang, Yên Bái, Ninh Bình, Nghệ An) đang công tác tại các cơ sở y tế đồng ý tham gia khảo sát.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không công tác lĩnh vực liên quan y tế. Từ chối trả lời phỏng vấn.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2017-12/2017.

Địa điểm nghiên cứu: Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên và các Sở Y tế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả thiết kế cắt ngang bằng bảng hỏi định lượng.

Cỡ mẫu: chọn chủ đích tất cả BS cử tuyển tại 11 tỉnh. 250 BS đồng ý trả lời phỏng vấn, tỷ lệ phản hồi đạt 66.8% so với hồ sơ quản lý tại Trường. Cỡ mẫu này hoàn toàn đảm bảo cho các phân tích theo mục tiêu đã đề ra [4].

2.3. Bộ công cụ nghiên cứu: Bảng hỏi tự điền dành cho BS cử tuyển căn cứ theo chuẩn năng lực cơ bản BS đa khoa của Bộ Y tế gồm 4 lĩnh vực, 20 tiêu chuẩn, 90 tiêu chí [1] và tham khảo từ một số nghiên cứu tương tự trong nước. Bảng hỏi chia thành 4 lĩnh vực năng lực gồm 31 câu hỏi theo Likert 5 mức độ (5: Giỏi, 4: Khá, 3: Trung bình, 2: Kém và 1: Yếu): Hành nghề chuyên môn gồm 11 tiểu mục; Ứng dụng kiến thức y học gồm 5 tiểu mục; Chăm sóc y khoa gồm 10 tiểu mục và Giao tiếp, cộng tác gồm 5 tiểu mục.

Các cộng tác viên của các Sở Y tế được Chủ nhiệm đề tài và/hoặc các thành viên chính hướng dẫn điền phiếu khảo sát soạn sẵn cho các đối tượng nghiên cứu.

2.4. Thu thập số liệu: Các BS cử tuyển sau khi được hướng dẫn điền phiếu, tự hoàn thành các câu hỏi một cách độc lập với sự giám sát, hỗ trợ của điều tra viên và nộp lại cho người phỏng vấn (tối thiểu sau 30 phút/người).

2.5. Phương pháp phân tích: (i) Đánh giá tính giá trị của thang đo. Việc lựa chọn các nhân tố sau khi xoay ma trận dựa trên tổ hợp các tiêu chí: chọn các thành tố có giá trị riêng > 1, tỷ lệ % phương sai tích lũy được giải thích bởi các thành tố trong khoảng 50-70%, được xem là giá trị phổ biến của các thang đo trong các nghiên cứu và sự phân bố các thành tố của biểu đồ Scree với giá trị riêng >1. Tiếp theo, dùng phương pháp xoay nhân tố trực giao Varimax để xác định các tiểu mục cho từng thành tố với tiêu chí giữ lại các tiểu mục có giá trị tương quan > 0,5 và những cân nhắc phù hợp với y văn [5].

(ii) Đánh giá độ tin cậy của thang đo: Sử dụng hệ số Cronbach's Alpha để đánh giá sự nhất quán bên trong của cả thang đo và của từng tiểu mục với tiêu chí hệ số > 0,7 được coi là chấp nhận được [6].

2.6. Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu

Các số liệu hoàn toàn chỉ dành cho mục đích nghiên cứu. Đề tài đã được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược thông qua. Thông tin cá nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: 250 BS cử tuyển của 11 tỉnh nói trên hoàn thành phiếu khảo sát (tỷ lệ phản hồi đạt 66,8%. Tỷ lệ nữ/nam là 1,5/1. Dân tộc Kinh chiếm 6,4%; trong các dân tộc thiểu số, tỷ lệ BS người Tày, Nùng, Dao chiếm đại đa số (71,2%). Tuổi trung bình 35,03 ± 5,8tuổi (trong khoảng từ 26 – 49 tuổi).

3.2. Đánh giá độ tin cậy của thang đo

Bảng 1. Kết quả đánh giá độ tin cậy của thang đo

Biến	Trung bình thang đo nếu loại biến	Phương sai thang đo nếu loại biến	Tương quan biến tổng	Hệ số Cronbach's alpha nếu loại biến
NT1	Hệ số Cronbach's alpha = 0,907 (11 câu hỏi)			
NT1A	37,84	32,906	,636	,899
NT1B	37,72	32,773	,687	,896
NT1C	37,60	32,908	,753	,894
NT1D	37,76	32,069	,748	,893
NT1E	37,59	32,701	,700	,896
NT1G	38,63	32,901	,575	,903
NT1H	37,64	32,882	,716	,895
NT1I	38,18	32,330	,691	,896
NT1K	39,30	34,269	,408	,913
NT1L	38,79	32,776	,638	,899
NT1M	38,27	32,319	,673	,897
NT2	Hệ số Cronbach's alpha = 0,893 (5 câu hỏi)			
NT2A	15,28	6,634	,737	,870
NT2B	15,55	6,296	,744	,868
NT2C	15,37	6,306	,807	,855
NT2D	15,48	6,444	,739	,869
NT2E	15,50	6,307	,676	,886
NT3	Hệ số Cronbach's alpha = 0,937 (10 câu hỏi)			
NT3A	34,70	34,902	,747	,931
NT3B	34,73	34,068	,770	,929
NT3C	34,81	33,626	,798	,928
NT3D	34,88	33,439	,782	,929
NT3E	35,46	34,225	,550	,943
NT3G	34,63	34,267	,794	,929
NT3H	34,75	33,770	,788	,928
NT3I	34,63	33,350	,791	,928
NT3K	34,62	34,028	,742	,931
NT3L	34,69	33,057	,780	,929
NT4	Hệ số Cronbach's alpha = 0,932 (5 câu hỏi)			
NT4A	16,59	7,873	,722	,933
NT4B	16,60	7,285	,833	,913
NT4C	16,59	7,102	,845	,911
NT4D	16,57	7,322	,859	,909
NT4E	16,60	7,148	,839	,912

Ghi chú: NT1A thuộc nhân tố 1, câu hỏi thứ nhất…

Nhận xét: Hệ số Cronbach's Alpha của 4 thành tố và từng câu hỏi trong tổng số 31 câu hỏi đều đạt yêu cầu, với hệ số tin cậy > 0,7 và tương quan tổng biến đều > 0,3. Nhân tố 3 có hệ số tin cậy tốt nhất (=0,937). Hệ số Cronbach's Alpha của tổng thể 31 câu hỏi cũng đạt rất cao (0,970). Như vậy, có thể thấy bộ công cụ có sự nhất quán bên trong cao.

3.3. Đánh giá tính giá trị của thang đo: Dựa vào bảng ma trận xoay nhân tố Rotated Component Matrix ta thấy các hệ số tải nhân tố đều > 0,5 đảm bảo ý nghĩa. Tuy nhiên, khi phân tích độ tin cậy lần 2 cho các biến sau khi ma trận xoay, có 3 câu hỏi NT4A, NT1B, NT1A bị loại do có hệ số tin cậy không đạt (lớn hơn hệ số Crobach's alpha tổng), do vậy ma trận xoay cuối cùng của 28 câu hỏi vẫn chia thành 4 nhân tố được thể hiện ở Bảng 2 dưới đây:

KMO = 0,958 (thảo mãn 0,5 < KMO < 1). Hệ số Sig = 0,000 (<0,05): các biến quan sát có tương quan với nhau trong tổng thể.

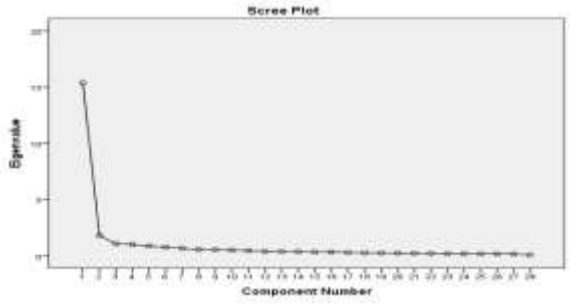
Hệ số Eigenvalue = 1,008 > 1, thì nhân tố rút trích được có ý nghĩa tóm tắt thông tin tốt.

Tổng phương sai trích = 68,943 (> 50%). Điều này cho thấy 4 nhân tố rút trích được giải thích 68,943% biến thiên của dữ liệu quan sát.

Bảng 2. Ma trận xoay nhân tố

Biến	Điểm trung bình	Nhân tố				Hệ số tin cậy	Tên nhân tố mới
		NT1	NT2	NT3	NT4		
NT3G	4,03	0,761				0,958	Năng lực chuyên môn, nghiệp vụ
NT3C	3,85	0,700					
NT3H	3,90	0,696					
NT3D	3,78	0,678					
NT3I	4,02	0,667					
NT2C	3,93	0,662					
NT3A	3,96	0,637					
NT3B	3,92	0,621					
NT2B	3,74	0,605					
NT2A	4,02	0,601					
NT3M	3,96	0,596					
NT3L	4,04	0,579					
NT2D	3,81	0,574					
NT2E	3,79	0,561					
NT1I	3,76	0,502					
NT4D	4,17		0,811			0,933	Năng lực phối hợp, giao tiếp
NT4C	4,15		0,798				
NT4B	4,14		0,782				
NT4E	4,14		0,740				
NT1K	2,63			0,812		0,806	Năng lực hoạt động bổ trợ
NT1L	3,14			0,697			
NT1G	3,30			0,631			
NT3E	3,20			0,578			
NT1M	3,66			0,524			
NT1E	4,34				0,722	0,900	Năng lực hoạt động chuyên nghiệp
NT1C	4,34				0,672		
NT1H	4,29				0,671		
NT1D	4,17				0,633		

Số lượng 4 thành tố và 28 câu hỏi sau khi phân tích EFA được lựa chọn dựa trên kết quả của biểu đồ Scree và giá trị riêng của từng thành tố > 1. Kết quả phân tích cho thấy có 4 thành tố đáp ứng tiêu chí.



Hình 1. *Biểu đồ Scree phân bố giá trị riêng của các thành tố*

IV. BÀN LUẬN

Đây là bộ công cụ đo lường năng lực BS đầu tiên ở Việt Nam sử dụng phương pháp phân tích thành tố chính (PCA) để đánh giá tính giá trị về cấu trúc của thang đo. Bản hỏi của chúng tôi áp dụng dựa trên quyết định 1854 của Bộ Y tế, khác hơn với bản đánh giá năng lực do tác giả Trần Quốc Kham và cs (2013) sử dụng 11 nhóm năng lực của chương trình khung giáo dục sức khỏe của Bộ Y tế ban hành năm 2012 với thang đo Likert 4 mức độ khi đánh giá năng lực BS đa khoa mới tốt nghiệp, có điểm 2,28-1,56 điểm [2], [3]. Bản hỏi của chúng tôi đã bám sát theo chuẩn 4 lĩnh vực, 20 tiêu chuẩn, 90 tiêu chí tại quyết định 1854 năm 2015 của Bộ Y tế [1].

Trong nghiên cứu này, 31 câu hỏi chia thành 4 thành tố, sau khi phân tích EFA thành 4 nhân tố mới với 28 tiểu mục, với hệ số Cronbach's Alpha đạt yêu cầu (dao động từ 0,806 đến 0,958). 3 câu hỏi bị loại bỏ sau khi phân tích nhân tố khám phá và chạy lại hệ số tin cậy cụ thể là: NT4A, NT1B, NT1A (*Kỹ năng chia sẻ, cảm thông với người bệnh; Tâm huyết với nghề đã lựa chọn và Tôn trọng phong tục, tập quán, tín ngưỡng của người bệnh*). Chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu, thay đổi câu chữ của 3 câu hỏi này cũng như khảo sát với nhiều loại hình BS hơn để có thể rút ra các câu hỏi chuẩn nhất. Rất tiếc, chưa có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước

quan tâm tới chủ đề nghiên cứu này, do đó chúng tôi không có nhiều dữ liệu để so sánh, phân tích.

Bộ công cụ này tham khảo chủ yếu dựa vào chuẩn năng lực cơ bản của BS đa khoa do Bộ Y tế ban hành năm 2015, nhóm nghiên cứu đã thảo luận, hiệu chỉnh các câu hỏi phù hợp nhất với văn hóa Á Đông để khảo sát đối với BS cử tuyển.

Tuy nhiên, nghiên cứu có một số điểm hạn chế. Mẫu nghiên cứu của đề tài là mẫu thuận tiện, bảng hỏi tự điền (không tránh khỏi độ "nhiễu„ khi BS tư điền) nên các nhà nghiên cứu khi áp dụng bộ công cụ này cần tiếp tục báo cáo kết quả phân tích nhân tố khẳng định (confirmatory factor analysis) để cung cấp thêm bằng chứng cho độ tin cậy của thang đo. Bên cạnh đó, nghiên cứu mới chỉ thực hiện với nhóm BS cử tuyển, nên cần có nghiên cứu tiếp theo đối với nhóm BS loại hình đào tạo khác; vẫn cần có thêm nghiên cứu định tính để thăm dò các câu hỏi phù hợp hơn với cộng đồng cán bộ tế và tiếp tục sử dụng phương pháp phân tích nhân tố khám phá nếu phát hiện ra những khác biệt mới về các tiểu mục. Bên cạnh đó, đánh giá tính giá trị của thang đo mới được xem xét thông qua đánh giá sự nhất quán bên trong của các thành tố và cả thang đo, chưa đánh giá độ tin cậy về thử nghiệm lại (test-retest reliability). Vì vậy các nhà nghiên cứu cần tiếp tục thực hiện đánh giá này nhằm góp phần cung cấp bộ công cụ đảm bảo chất lượng trong nghiên cứu về khảo sát năng lực bác sĩ nói chung. Ngoài ra, do thông tin không đầy đủ nên chúng tôi không thể phân tích sâu hơn kết quả để có thể khẳng định tính giá trị trong dự báo của bộ công cụ này.

V. KẾT LUẬN

Bảng hỏi tự điền đánh giá năng lực của BS cử tuyển do nhóm tác giả Trường Đại học Y Dược-Đại học Thái Nguyên biên soạn có độ tin cậy cao. Sau khi phân tích còn 4 thành tố mới với 28 câu hỏi.

Chúng tôi tiếp tục khảo sát quy mô rộng hơn cùng với các phân tích định tính để có bộ câu hỏi chuẩn áo dụng tốt cho các cơ sở y tế.

LỜI CẢM ƠN:

Nhóm tác giả gửi lời cảm ơn tới chủ nhiệm đề tài cấp Bộ, mã số B2017-TNA-46 của Đại học Thái Nguyên, các Sở Y tế và các BS cử tuyển đã ủng hộ, hợp tác, hỗ trợ tham gia thu thập số liệu. Kết quả của đề tài không thể có được nếu thiếu sự hợp tác này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2015)**, "Chuẩn năng lực cơ bản của bác sĩ đa khoa", *Quyết định số 1854/QĐ-BYT ngày 18/5/2015.*
2. **Bộ Y tế (2012)**, "Chương trinh khung giáo dục đại học, khối ngành Khoa học sức khỏe, ngành Y đa khoa", *Thông tư 01/2012/TT-BGD-ĐT*, ngày 13/01/2012.
3. **Trần Quốc Kham, Bùi Mỹ Hạnh (2013)**, "Nghiên cứu mức độ đáp ứng năng lực về thực tế của bác sĩ đa khoa mới tốt nghiệp với nhu cầu xã hội", *Tạp chí Y học thực hành,* 868 (5), tr. 57-60.
4. **Gorsuch R. L. (1997)**, "Exploratory factor analysis: its role in item analysis", *J Pers Assess,* 68 (3), pp. 532-560.
5. **Pett M. A., Beck S. L., Guo J. W., et al. (2013)**, "Confirmatory factor analysis of the pain care quality surveys (PainCQ(c))", *Health Serv Res,* 48 (3), pp. 1018-1038.
6. **Tavakol M. and Dennick R. (2011)**, "Making sense of Cronbach's alpha", *Int J Med Educ,* 2, pp. 53-55.

PHÂN TÍCH ĐƠN THUỐC ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ CHO BỆNH NHÂN CÓ BẢO HIỂM Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2017

Nguyễn Sơn Nam[1], Phạm Vĩnh Trường[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích chỉ số kê đơn trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng nghiên cứu:** các đơn thuốc điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2017. P**hương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang thông qua hồi cứu dữ liệu. **Kết quả và kết luận:** Các đơn thuốc đúng quy định của Bộ Y tế. Số thuốc trung bình 1 đơn thuốc là 2,87 thuốc, nằm trong khuyến cáo của WHO. Không có hiện tượng lạm dụng kháng sinh trong kê đơn. Tỷ lệ đơn thuốc sử dụng vitamin, khoáng chất cao với 29,5% đơn. Những đơn thuốc có từ 5 thuốc trở lên, tỷ lệ có tương tác thuốc lớn 80,41%. Trong đó tương tác ở mức độ nhẹ và trung bình chiếm đa số (94,06%).

Từ khóa: Bệnh nhân ngoại trú, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

[1]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Sơn Nam
Email: sonnam108@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 24.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.2.2018
Ngày duyệt bài: 12.2.2018

SUMMARY

ANALYSIS OF OUTPATIENT TREATMENT FOR PATIENTS WITH HEALTH INSURANCE AT THE 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL IN 2017

Objective: Analysis of the prescribing index in outpatients in the Central Military Hospital 108. **Subject:** Outpatient prescriptions at the Army Central Hospital 108 in 2017. M**ethod:**Cross-sectional descriptive study. **Result and Conclusion:** Prescriptions in accordance with the regulations of the Ministry of Health, the average number of prescription drugs is 2.87 drugs. There is no antibiotic abuse in prescriptions. The proportion of prescription drugs used in vitamins and minerals was high with 29.5%. Prescriptions containing 5 or more drugs, the rate of drug interaction is high 80.41%. The interaction was mild and moderate (94.06%).

Keywords: outpatients, Central Military Hospital 108.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả là một trong các chính sách quốc gia về thuốc của Việt Nam. Việc kê đơn, sử dụng thuốc chưa hợp lý, chưa hiệu quả, lạm dụng thuốc làm tăng nguy cơ tương tác thuốc, giảm chất lượng chăm sóc sức khỏe và uy tín của các cơ sở y tế. Bên cạnh đó, đối với bệnh nhân BHYT việc lạm dụng thuốc làm tăng đáng kể chi phí điều trị cho người bệnh, làm tăng gánh nặng cho quỹ BHYT. Đây là vấn đề đang được xã hội hết sức quan tâm.

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là bệnh viện tuyến cuối toàn Quân, là một trong những trung tâm y tế đa khoa chuyên sâu của cả nước. Hàng năm, bệnh viện đã thực hiện khám, chữa bệnh cho lượng lớn bệnh nhân thuộc nhiều đối tượng khác nhau như: bộ đội, bảo hiểm, chính sách và dịch vụ y tế. Những năm gần đây, bệnh viện thường xuyên tổ chức các hoạt động nhằm kiểm soát việc sử dụng thuốc an toàn hợp lý. Tuy nhiên, các nghiên cứu này chỉ tập trung vào việc kê đơn điều trị cho bệnh nhân nội trú, chưa có nghiên cứu nào phân tích thực trạng kê đơn ngoại trú. Do vậy nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá các chỉ số kê đơn thuốc điều trị ngoại trú cho bệnh nhân có bảo hiểm y tế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đơn thuốc điều trị ngoại trú cho đối tượng BHYT được kê tại các phòng khám năm 2017.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đơn mua thuốc làm chẩn đoán, đơn thuốc có phối hợp thuốc tân dược với thuốc đông y.

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

Mẫu nghiên cứu: 2.400 đơn thuốc điều trị ngoại trú. Cách lấy mẫu: Mỗi tháng lấy ngẫu nhiên 200 đơn thuốc thỏa mãn yêu cầu nghiên cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu: tính hợp lệ của đơn thuốc; số thuốc trung bình trong một đơn thuốc của các phòng khám; Tỷ lệ đơn thuốc sử dụng kháng sinh; số kháng sinh trong một đơn thuốc; tỷ lệ đơn thuốc sử dụng vitamin và khoáng chất; tỷ lệ đơn thuốc có tương tác thuốc.

Tương tác thuốc được tra cứu bằng phần mềm Drugs.com. Tiến hành nhập tên các thuốc (hoạt chất) trong đơn vào phần mềm. Phần mềm sẽ tự động tra cứu và cho kết quả tương tác thuốc nếu có, bao gồm 4 mức độ:

Major: tương tác mức độ nghiêm trọng.

Moderate: tương tác mức độ trung bình.

Minor: tương tác mức độ nhẹ.

No results found: không có tương tác.

Phương pháp xử lý số liệu: *s*ố liệu được thu thập và xử lý bằng chương trình Microsoft Excel 2017 và chương trình SPSS 16.0, kết quả được xử lý thống kê mô tả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung mẫu nghiên cứu.

3.1.1 Thông tin về tuổi và giới. Kết quả nghiên cứu về tuổi và giới của bệnh nhân BHYT khám, điều trị ngoại trú tại bệnh viện được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Thông tin về tuổi và giới

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi	1-18	34	1,42
	18-60	952	39,67
	>60	1.414	58,91
Giới tính	Nam	946	39,42
	Nữ	1.454	60,58

Độ tuổi của bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện phần lớn trên 60 tuổi, chiếm 58.91%. Bệnh nhân nữ có tỷ lệ cao hơn so với bệnh nhân nam (60,58% và 39,42%).

3.1.2. Số lượng đơn thuốc tại các phòng khám: Số lượng và tỷ lệ đơn thuốc tại các phòng khám của Bệnh viện được trình bày ở bảng 2.

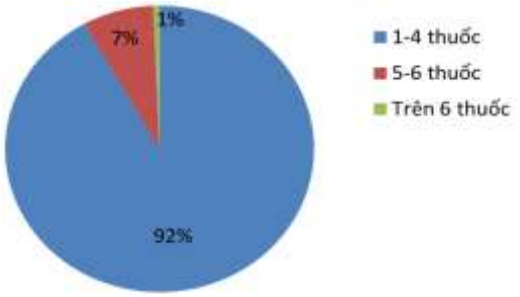
Bảng 2. Số lượng đơn thuốc của các phòng khám

STT	Phòng khám	Số đơn	Tỷ lệ (%)
1	Đái đường, huyết áp, tim mạch	588	24,5
2	Da liễu	56	2,33
3	Nội hô hấp	104	4,33
4	Mắt	154	6,42
5	Nội chung	256	10,67
6	Nội thận khớp	160	6,67
7	Nội thần kinh	168	7,0
8	Nội tiêu hóa	114	4,75
9	Sản, phụ khoa	22	0,92
10	Tai, mũi, họng, răng	290	12,08

11	Ngoại chung	372	15,5
12	YHHN	116	4,83
Đơn thuốc đúng quy định		2.400	100

Các phòng khám các bệnh lý đái đường, huyết áp, tim mạch có tỷ lệ bệnh nhân và đơn thuốc cáo nhất (24,5%), tiếp theo là phòng khám về ngoại chung (15,5%) và phòng khám Tai, mũi, họng là 12,08%. Phòng khám Sản, phụ khoa có tỷ lệ bệnh nhân thấp nhất (0,92%).

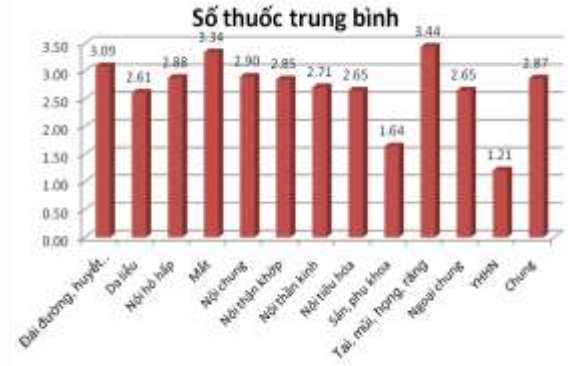
3.2. Số lượng thuốc trong đơn: Số lượng thuốc trong mỗi đơn thuốc được thể hiện ở hình 1.



Hình 1. Số lượng thuốc trong mỗi đơn thuốc

Số lượng đơn thuốc có từ 1-4 thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất (92%). Số đơn thuốc có trên 5 thuốc chỉ chiếm 8%.

Số lượng thuốc trung bình tại bệnh viện và của các phòng khám được thể hiện ở hình 2.



Hình 2. Số thuốc trung bình một đơn thuốc tại các phòng khám

Số lượng thuốc trung bình mỗi đơn thuốc tại Bệnh viện là 2,87. Phòng khám mắt và các phòng khám Đái đường, tim mạch, huyết áp có số lượng thuốc trong 1 đơn thuốc cao nhất. Trung bình lần lượt là 3,34 và 3,09 thuốc. Phòng khám của Khoa Y học hạt nhân có số lượng thuốc trung bình thấp nhất (1,21 thuốc).

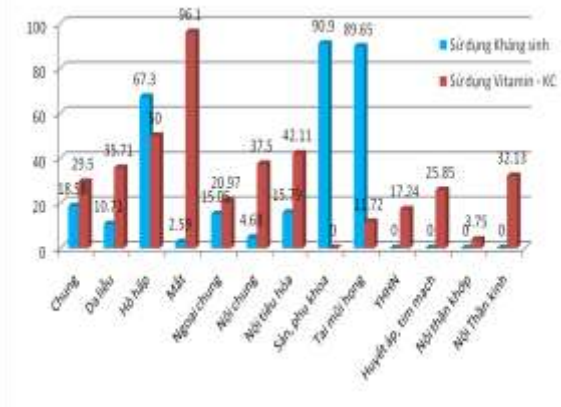
3.3. Kết quả về sử dụng Kháng sinh, Vitamin - Khoáng chất. Kết quả về tỷ lệ đơn thuốc có sử dụng kháng sinh; vitamin, khoáng chất được trình bày tại bảng 3.

Bảng 3. Tỷ lệ đơn thuốc sử dụng kháng sinh, vitamin

STT	Chỉ số kê đơn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1	Đơn thuốc sử dụng kháng sinh	448	18,58
2	Đơn thuốc sử dụng 1 kháng sinh	396	16,5
3	Đơn thuốc sử dụng 2 kháng sinh	50	2,08
4	Đơn thuốc sử dung Vitamin - KC	708	29,5

Tỷ lệ đơn thuốc có sử dụng kháng sinh là 18,58%. Trong đó chủ yếu là dùng kháng sinh đơn trị liệu, tỷ lệ phối hợp kháng sinh thấp (2,08%). Không có đơn thuốc sử dụng phối hợp 3 kháng sinh để điều trị.

Tỷ lệ đơn thuốc có sử dụng Vitamin – Khoáng chất là 29,5%.



Hình 3. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh tại các phòng khám

Các phòng khám có tỷ lệ sử dụng kháng sinh cao là Sản, phụ khoa với 90,9% đơn thuốc dùng kháng sinh, phòng khám Tai, mũi họng là 89,65%, phòng khám Hô hấp là 67,3%. Phòng khám Mắt có tỷ lệ sử dụng kháng sinh thấp nhất với 2,59% đơn thuốc có kháng sinh.

Phòng khám mắt có tỷ lệ sử dụng vitamin, khoáng chất cao nhất với 96,1% đơn thuốc. Các phòng khám có tỷ lệ thấp là phòng khám sản phụ khoa (0%), phòng khám Nội thận khớp (3,75%).

3.4 Kết quả tương tác thuốc: Nghiên cứu tương tác thuốc của các đơn thuốc có từ 5 thuốc trở lên (194 đơn) bằng phần mềm Drugs.com với các mức độ: nghiêm trọng, trung bình, nhẹ và không có tương tác, kết quả thể hiện ở bảng 4.

Bảng 4. Số lượng và mức độ trương tác thuốc

	Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Tỷ lệ tương tác	Không có tương tác thuốc	38	19,59
	Có tương tác	156	80,41

(n=194)	thuốc		
	Số tương tác ghi nhận	202	104,12
Mức độ tương tác (n=202)	Nghiêm trọng	12	5,94
	Trung bình	119	58,91
	Nhẹ	71	35,15
	Tổng	**202**	**100**

Tỷ lệ đơn thuốc có tương tác thuốc là 80,41%, với 202 tương tác ghi nhận được, trung bình mỗi đơn thuốc có 1,04 tương tác thuốc.

Trong các tương tác thuốc ghi nhận được chỉ có 5,94% tương tác ở mức độ nghiêm trọng, còn lại ở mức độ nhẹ và trung bình.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Về tính hợp lệ và số thuốc trung bình đơn thuốc: Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, hệ thống khám chữa bệnh ngoại trú, kê đơn thuốc đã áp dụng công nghệ thông tin. Do vậy 100% đơn thuốc phù hợp theo quy định của Bộ y tế. Các thông tin hành chính, tên thuốc và hướng dẫn sử dụng đều được thể hiện đầy đủ trên đơn thuốc.

Về số thuốc trung bình trong một đơn thuốc, kết quả nghiên cứu cho thấy số thuốc trung bình trong một đơn thuốc cho bệnh nhân BHYT là 2,87 thuốc. Kết quả này thấp hơn một số nghiên cứu trong nước về sử dụng thuốc cho bệnh nhân ngoại trú. Tại Bệnh viện Bạch mai năm 2011 số thuốc trung bình một đơn thuốc của bệnh nhân BHYT là 4,2 thuốc [3], chỉ số này tại bệnh viện Nội tiết trung ương năm 2014 là 4,41 thuốc [4]. Mức độ sử dụng thuốc trong điều trị ngoại trú như vậy nằm trong giới hạn sử dụng thuốc an toàn theo khuyến cáo của WHO (5 thuốc) [1]. Sử dụng ít thuốc trong một đơn thuốc không chỉ là vấn đề kinh tế mà còn là vấn đề an toàn trong điều trị do tỷ lệ ADR và tương tác thuốc luôn tăng theo số lượng thuốc sử dụng. Tỷ lệ đơn thuốc có từ 1 đến 4 thuốc chiếm đa số các đơn (92%). Đây là tỷ lệ có ý nghĩa tích cực, thể hiện khả năng chẩn đoán chính xác và sự phù hợp giữa chẩn đoán và điều trị. Tại các phòng khám số thuốc trong đơn dao động từ 1,21 đến 3,44 thuốc. Số thuốc trong đơn thấp nhất là 1,21 thuốc tại phòng khám Y học hạt nhân cũng là phù hợp. Tại Bệnh viện, phòng khám YHHN chủ yếu khám cho các bệnh nhân có bệnh lý về tuyến giáp do vậy bệnh nhân thường được chỉ định thuốc hoormon thuyến giáp.

4.2 Về kết quả sử dụng kháng sinh và Vitamin, khoáng chất: Nghiên cứu cho thấy tại Bệnh viện, tỷ lệ đơn thuốc có sử dụng kháng sinh là 18,58%, trong đó có sử dụng phối hợp kháng sinh là 2,08%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu tại bệnh viện Bạch mai là 20,48% [3], và thấp hơn nghiên cứu của WHO trên 35 quốc gia có thu nhập thấp và trung bình từ 1988-2002, tỷ lệ đơn sử dụng kháng sinh là 44,8%.

Tỷ lệ đơn thuốc có sử dụng vitamin, khoáng chất tại bệnh viện là 29,5%, tỷ lệ này cao hơn so với bệnh viện Bạch Mai năm 2011 với 19,2%, nhưng thấp hơn so với bệnh viện đa khoa Vĩnh Long khi đơn thuốc kê cho bệnh nhân BHYT có sử dụng vitamin, khoáng chất là 36,14% [5]. Tỷ lệ sử dụng vitamin, khoáng chất cáo cũng là vấn đề cần quan tâm điều chỉnh do việc quảng cáo quá mức và lạm dụng vitamin đang gây nhiều tác hại đáng kể [2]. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, tỷ lệ sử dụng vitamin, khoáng chất cao hơn một số nghiên cứu khác nhưng số đơn thuốc có sử dụng vitamin chỉ tập chung chủ yếu tại khòng khám Mắt với tỷ lệ 96,1%, còn lại các phòng khám khác có tỷ lệ sử dụng rất thấp, có phòng khám không có đơn thuốc sử dụng vitamin. Đối tượng BHYT đăng ký khám, chữa bệnh tại bệnh viện có độ tuổi trung bình lớn, số bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 58,9% lượng bệnh nhân. Với các bệnh lý về mắt, việc sử dụng vitamin để hỗ trợ điều trị cũng là phù hợp.

4.3 Về vấn đề tương tác thuốc: Khi số lượng thuốc trong đơn thuốc càng nhiều, ngoài vấn đề làm tăng chi phí điều trị còn dẫn đến tăng nguy cơ gây ADR và tương tác thuốc trên bệnh nhân[1]. Trong nghiên cứu này, có khoảng 8% bệnh nhân sử dụng 5 thuốc trở lên. Hiện nay, có rất nhiều phần mềm tra cứu tương tác thuốc đang được áp dụng. Phần mềm Drugs.com là phần mềm dễ sử dụng, có tính cập nhật cao. Khi áp dụng phần mềm này để tra cứu tương tác thuốc các đơn thuốc có từ 5 thuốc trở lên. Kết quả cho thấy có 80,41% số đơn thuốc nhóm này có tương tác thuốc, với tổng số 202 tương tác được ghi nhận. Trung bình mỗi đơn thuốc có 1,04 tương tác. Như vậy khi sử dụng cùng lúc nhiều loại thuốc, số tương tác thuốc xảy ra rất cao. Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với một nghiên cứu ở Mehico năm 2007, khi tiến hành nghiên cứu các đơn thuốc có từ 5 thuốc trở lên (trung bình 5,9 thuốc) cho bệnh nhân điều trị ngoại trú thì trên 80% bệnh nhân có gặp 1 hoặc nhiều tương tác thuốc, trong đó 3,8% tương tác nghiêm trọng [7]. Trong nghiên cứu này, tương tác mức độ nghiêm trọng là 5,94% còn lại 94,06% tương tác ở mức độ nhẹ và trung bình. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tại bệnh viện tỉnh Vĩnh Long năm 2015 khi tỷ lệ này là 93,07% [5].

V. KẾT LUẬN

Các đơn thuốc ngoại trú cho bệnh nhân BHYT đúng quy định của Bộ Y tế và của Bệnh viện. Số thuốc trung bình một đơn thuốc ở mức thấp (2,87 thuốc). Không có hiện tượng lạm dụng kháng sinh trong điều trị. Tỷ lệ đơn thuốc sử dụng kháng sinh là 18,58%. Tỷ lệ đơn sử dụng vitamin khoáng chất còn ở mức cao với 29,5% đơn thuốc.

Với những đơn thuốc có từ 5 thuốc trở lên, tỷ lệ đơn thuốc có tương tác thuốc là 80,41%. Trong đó, tương tác ở mức độ nhẹ và trung bình chiếm đa số 94,06%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2006), Tương tác thuốc và chú ý khi chỉ định, *Nhà xuất bản y học,* Hà Nội.
2. **Hoàng Kim Huyền** (2005), "Nguyên tắc sử dụng vitamin và khoáng chất", Dược lâm sàng đại cương, *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội.
3. **Trần Nhân Thắng** (2012), "Khảo sát tình hình kê đơn sử dụng thuốc điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2011", *Tạp chí Y học thực hành*. Số 830, 7/2012, tr. 24-28.
4. **Nguyễn Thị Song Hà, Lê Thị Uyển** (201), "Phân tích hoạt động kê đơn thuốc ngoại trú tại bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2014", *Tạp chí dược học*. Số 10/2015. tr.8-12.
5. **Lế Thị Bé Năm, Trần Thái Phương** (2015), "Kê đơn thuốc điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Long năm" *Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học Bệnh viện đa khoa Vĩnh Long,* tr.65-70.
6. **Lin CF, Wang CY, Bai CH** (2011) Polypharmacy, aging and potential drug-drug interactions in outpatients in Taiwan: a retrospective computerized screening study. *Drugs Aging 28*:pp 219–225
7. **Doubova Dubova SV, Reyes-Morales H, Torres-Arreola Ldel P** (2007) Potential drug-drug and drug-disease interactions in prescriptions for ambulatory patients over 50 years of age in family medicine clinics in Mexico City. BMC Health Serv Res 7: 147.

TỶ LỆ SUY DINH DƯỠNG Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI VÀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA CÁC BÀ MẸ VỀ CHĂM SÓC DINH DƯỠNG CHO TRẺ TẠI XÃ QUỲNH THANH, HUYỆN QUỲNH LƯU, TỈNH NGHỆ AN

Hoàng Đình Tùng[1], Phạm Thị Dung[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi và kiến thức, thực hành của các bà mẹ về chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ tại 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 cân nặng/tuổi mức độ vừa là 16,1%, gặp nhiều ở nhóm trẻ 25-36 tháng tuổi (27,5%) trẻ nam 16,7%, trẻ nữ 15,6%. SDD chiều cao/tuổi mức độ vừa là 25,8%, gặp nhiều ở nhóm trẻ 13-24 tháng tuổi (36,7%) trẻ nam 26,4%, trẻ nữ 25,1%. SDD cân nặng/chiều cao gặp nhiều ở nhóm trẻ 49-60 tháng tuổi (7,6%). Có 60% và 46% bà mẹ đạt kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ. **Kết luận**: Tỷ lệ SDD cân nặng/ tuổi, chiều cao/tuổi và cân nặng/chiều cao là 18,8%, 30,1% và 5,1%. Có 60% và 36% bà mẹ đạt kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ.

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

[1]*Trung tâm dân số và kế hoạch hóa gia đình huyện Quỳnh Lưu, Nghệ An*

[2]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình*

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Tùng

Email: hoangdinhtungdsql@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.01.2018

Ngày duyệt bài: 13.2.2018

SUMMARY

THE MALNUTRITION PERCENTAGE AMONG CHILDREN UNDER 5 AND KNOWLEDGE, PRACTICE OF MOTHERS ON NUTRITIONAL CARE FOR CHILDREN IN QUYNH THANH COMMUNE, QUYNH LUU DISTRIC, NGHE AN PROVINCE

Objectives: Determine malnutrition rpercentage among children under 5 and knowledge, practice of mothers on nutrition care for children 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. The percentage of weight/age malnutrition was 16,1%, occurring in 25-36 month olds (27,5%), 16,7% in males and 15,6% in females. The percentage of height/age malnutrition was 25,8%, very common in children aged 13-24 months (36,%), male children 26,4%, young women 25,1%. Weight/height malnutrition was high in young children aged 49-60 months (7,6%). About 60% and 46% of mothers gained knowledge and practice of child care. **Conclusion**: The percentage of weight/age, height /age and weight/height malnutrition were 18,8%, 30,1% and 5,1% respectively. About 60% and 36% of mothers gained knowledge and practice of child care.

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. Trẻ em là đối tượng chính, rất nhạy cảm và chịu nhiều ảnh hưởng của chế độ dinh dưỡng. Nếu trẻ bị suy dinh dưỡng (SDD) mà không được can thiệp kịp thời thì sẽ để lại các hậu quả như trì trệ thể chất, trí tuệ, tâm thần,… rất nặng nề; nguy cơ dẫn đến mắc bệnh tật và tử vong cao.

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, tuy vậy vẫn còn cao so với các nước trong khu vực. Tại tỉnh Nghệ An, tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi thể nhẹ cân giảm từ 45,1% (1999) xuống còn 17,5% (2015), tuy nhiên giảm không đồng đều giữa các địa bàn. Quỳnh Lưu là huyện đông dân, 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 dưới 5 tuổi trên 20%, các xã đó đều là xã vùng giáo, biển, xa trung tâm. Nhằm tìm hiểu thực trạng để cải thiện tình trạng SDD ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Xác định tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi và kiến thức, thực hành của các bà mẹ về chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ.

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:

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2}.p.q}{d^2}$$

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 tứ 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 dướng dẫn của Viện Dinh dưỡng, dựa trên khuyến cáo của WHO năm 2006, tính tuổi theo tháng.
- Phỏng 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: Sử dụng 3 chỉ tiêu: Cân nặng/tuổi (CN/T), chiều cao/tuổi (CC/T) và cân nặng/chiều cao (CN/CC) theo thang phân loại của Tổ chức Y tế thế giới.

+ 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 ≥ -3SD
Suy dinh dưỡng thẻ nhẹ cân mức độ nặng	Dưới -3SD
Bình thường	-2SD đến +2SD
Thừa cân/Béo phì	Trên +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 ≥ -3SD

Suy dinh dưỡng thể gầy còm mức độ nặng	Dưới -3SD
Bình thường	-2SD đến +2SD
Thừa cân/Béo phì	Trên +2SD

- Thông tin chung về bà mẹ và hộ gia đình
- Kiến thức, thực hành của bà mẹ về chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ

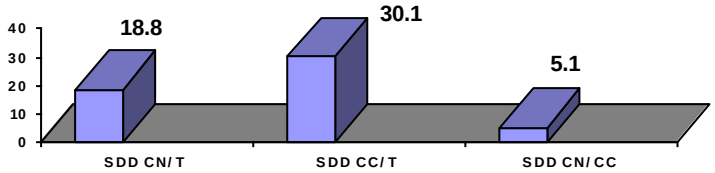
Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm EPI data để nhập số liệu. Đánh giá tình trạng SDD của trẻ bằng phần mềm WHO Anthro 2006. Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 13.0.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc trẻ theo nhóm tuổi và giới tính

TT	Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Chung	
		SL	%	SL	%	SL	%
1	1- 6 tháng	20	55,5	16	44,5	36	8,7
2	7 đến 12 tháng	32	54,2	27	45,8	59	14,2
3	13 đến 24 tháng	40	50,6	39	49,4	79	19,0
4	25 đến 36 tháng	46	50,5	45	49,5	91	21,9
5	37 đến 48 tháng	38	53,5	33	46,5	71	17,1
6	49 đến 60 tháng	40	50,6	39	49,4	79	19,1
Tổng		**216**	**52,1**	**199**	**47,9**	**415**	**100,0**

Kết quả bảng trên cho thấy có 415 trẻ tham gia nghiên cứu, trong đó 52,1% trẻ trai, và 47,9% trẻ gái. Sự phân bố các đối tượng nghiên cứu tương đối đồng đều ở các nhóm 25-36 tháng; 37-48 tháng; 49-60 tháng, và cao hơn ở nhóm tuổi 25-36 tháng.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo các thể

Tỷ lệ suy dinh dưỡng thể chiều cao theo tuổi chiếm tỷ lệ cao 30,1% ,thể cân nặng theo tuổi 18,8% và thấp nhất là thể cân năng/ chiều cao chỉ 5,1%.

Bảng 2. Phân loại mức độ SDD cân nặng/tuổi theo giới

Mức độ SDD	Tổng	Nam		Nữ	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Vừa	67	36	16,7	31	15,6
Nặng	11	6	2,8	5	2,5
SDD chung	78	42	19,4	36	18,1

Trẻ bị SDD cân nặng/ tuổi chủ yếu ở mức độ vừa. Trẻ nam chiếm 16,7% và trẻ nữ 15,6%. Nhìn chung có sự chênh lệnh về tỷ lệ SDD cân nặng/ tuổi giữa trẻ nam so với trẻ nữ (nam 19,4%, nữ 18,1%).

Bảng 3. Phân loại mức độ SDD Chiều cao/tuổi theo giới

Mức độ SDD	Tổng	Nam		Nữ	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Vừa	107	57	26,4	50	25,1
Nặng	18	11	5,1	7	3,5
SDD chung	125	68	31,5	57	28,6

SDD chiều cao/tuổi ở mức độ vừa là chủ yếu. Nhìn chung có sự chênh lệnh về tỷ lệ SDD chiều cao/tuổi giữa trẻ nam và trẻ nữ (nam 31,5%, nữ 28,6%).

Bảng 4. Phân loại mức độ SDD Cân nặng/chiều cao theo giới

Mức độ SDD	Tổng	Nam		Nữ	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ%
Vừa	21	12	5.6	9	4,5
Nặng	0	0	0	0	0
SDD Chung	21	12	5,6	9	4,5

Suy dinh dưỡng cân nặng / chiều cao không có SDD mức độ nặng mà hoàn toàn ở mức độ vừa.

Trong đó 5.6% (nam) 4.5% (nữ).

Bảng 5. Kiến thức, thực hành về việc chăm sóc trẻ của bà mẹ

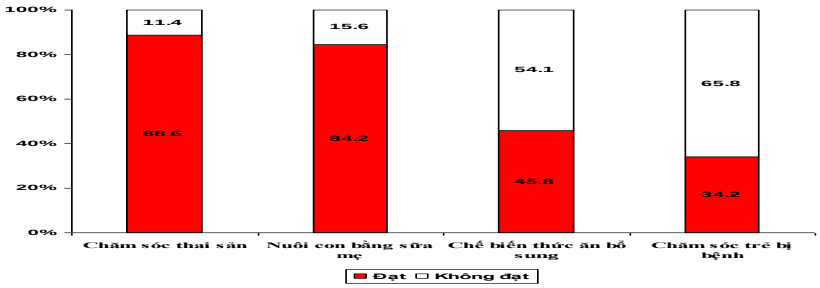
TT	Nội dung (n = 100)	Đạt (%)	Không đạt (%)	Tổng
1	Kiến thức	60	40,0	100
2	Thực hành	46	54,0	100

Có 40% bà mẹ không đạt yêu cầu về kiến thức và trên 54% bà mẹ không đạt yêu cầu về thực hành chăm sóc trẻ.

Bảng 6. Kiến thức của bà mẹ về một số nội dung chăm sóc trẻ

TT	Nhóm kiến thức (n = 100)	Đạt (%)	Không đạt (%)	Tổng (%)
1	Chăm sóc thai sản	88,6	11,4	100,0
2	Nuôi con bằng sữa mẹ	84,2	15,6	100,0
3	Chế biến thức ăn bổ sung cho trẻ	45,8	54,1	100,0
4	Chăm sóc trẻ bị bệnh	34,2	65,8	100,0

Nhóm kiến thức về chăm sóc thai sản và nuôi con bằng sữa mẹ có tỷ lệ đạt khá cao (88,6% và 84,2%), nhóm kiến thức về chăm sóc trẻ bị bệnh có tỷ lệ bà mẹ không đạt yêu cầu chiếm tỷ lệ cao nhất (65,8%).



Biểu đồ 2. Thực hành của bà mẹ về một số nội dung chăm sóc trẻ

Thực hành về chăm sóc thai sản có tỷ lệ đạt cao nhất (88,6%), thực hành về chăm sóc trẻ bị bệnh đạt thấp nhất (34,2%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu là trẻ dưới 5 tuổi, trẻ trai chiếm tỷ lệ nhiều hơn trẻ gái (52,1% và 47,9%). Về phân bố các thể SDD theo nhóm tuổi, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Tỷ lệ SDD trẻ em phân bố ở các nhóm tuổi, SDD trẻ em ở thể nhẹ cân chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi 25-36 tháng (25,3%), trong khi tỷ lệ SDD trẻ em ở thể thấp còi lại chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm 13 - 24 tháng (35,5%), tỷ lệ SDD trẻ em ở thể gầy còm cao nhất ở nhóm 49 - 60 tháng tuổi (7,6%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Vinh và Nguyễn Đỗ Huy [6].

Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân của trẻ em dưới 5 tuổi là 18,8%; ở trẻ nam là 19,4% và trẻ nữ là 18,1%. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với tỷ lệ SDD trẻ em trong phạm vi toàn huyện Quỳnh Lưu năm 2016 (14,3%) tỉnh Nghệ An năm 2015 (17,5%) cao hơn rất nhiều so với toàn quốc năm 2016 (14,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Chu Trọng Trang và cộng sự [4].

Về tỷ lệ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân chia theo mức độ, ở phần kết quả cho thấy trẻ suy dinh dưỡng mức độ vừa chiếm tỷ lệ 16,1%. Kết quả này phù hợp với điều tra của viện dinh dưỡng trên toàn quốc năm 2015. Tỷ lệ suy dinh dưỡng mức độ nặng của trẻ dưới 5 tuổi tại xã Quỳnh Thanh vẫn còn 2,7%. Đây là vấn đề cần quan tâm vì để điều trị suy dinh dưỡng nặng sẽ rất tốn kém về công sức và kinh tế vừa để lại hậu quả nặng nề về sau. Nếu so sánh với tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi ở khu vực nông thôn thì tỷ lệ SDD trẻ em ở xã Quỳnh Thanh đã giảm khá nhiều so trước đây 19,4% (2016). Nghiên cứu của Chu Trọng Trang tại vùng nông thôn, đồng bằng ven biển tỉnh Nghệ An năm 2011 cho kết quả 20,2 % [4].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ SDD thể thấp còi của trẻ em dưới 5 tuổi tại Quỳnh Thanh năm 2017 là 30,1%; ở trẻ nam là 31,5% và trẻ nữ là 28,6%. Có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi, cao nhất ở lứa tuổi 13 tháng đến 24 tháng tuổi: 38,7% và lứa tuổi 25 tháng đến 36 tháng tuổi 38,3%; và thấp nhất là nhóm trẻ 6 tháng đến 12 tháng tuổi 22%. Theo phân loại của WHO thì tỷ lệ SDD chiều cao theo tuổi của xã Quỳnh Thanh năm 2017 là vẫn còn cao. Kết quả này vẫn còn cao so với kết quả nghiên cứu của Viện Dinh Dưỡng Trung ương năm 2016 tại Nghệ An 24,2% [5].

Nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hương đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng và tìm hiểu các yếu tố liên quan ở vùng đồng bào dân tộc Mường của huyện Yên Thủy, tỉnh Hòa Bình cho thấy tỷ lệ SDD thể thấp còi chiếm tỷ lệ cao hơn so với các thể còn lại và có sự chênh lệch rõ giữa trẻ trai và gái (60% trẻ nam và 44,2% trẻ nữ) và tỷ lệ trẻ mắc SDD thấp còi độ 1 là 40% và độ 2 là 12,1% [3]. Như vậy, tỷ lệ SDD trong nghiên cứu này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do đối tượng của nghiên cứu là trẻ em dân tộc, vùng núi, nơi có điều kiện kinh tế kém hơn.

Suy dinh dưỡng cân nặng/chiều cao đối với trẻ nam là 5,6%, đối với trẻ nữ là 4,5% và tính chung cho cả hai giới là 5,5%. Kết quả này thấp hơn số liệu của Viện dinh dưỡng Trung ương năm 2016 tỉ lệ này ở Nghệ An là 6,1% [5]. So với nghiên cứu của tác giả Lương Tuấn Dũng về tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em< 5 tuổi tại hai xã huyện Chiêm Hóa-Tuyên Quang thì tỷ lệ thấp còi của chúng tôi cao hơn. Tác giả cho thấy tỷ lệ SDD trẻ <5 tuổi thể nhẹ cân là 13,9%, thể thấp còi 23,3%, thể gầy còm 8,0% [2].

Nhóm kiến thức về chăm sóc thai sản và nuôi con bằng sữa mẹ có tỷ lệ đạt khá cao (88,6% và 84,2%), nhóm kiến thức về chăm sóc trẻ bị bệnh có tỷ lệ bà mẹ không đạt yêu cầu chiếm tỷ lệ cao nhất (65,8%). Thực hành về chăm sóc thai sản có tỷ lệ đạt cao nhất (88,6%), thực hành về chăm sóc trẻ bị bệnh đạt thấp nhất (34,2%). Có 40% bà mẹ không đạt yêu cầu về kiến thức và trên 54% bà mẹ không đạt yêu cầu về thực hành chăm sóc trẻ. Những kiến thức và kỹ năng về chăm sóc trẻ mà bà mẹ nhận được chủ yếu thông qua các kênh truyền thông trực tiếp bởi các tuyên truyền viên và nhân viên y tế và đây cũng là kênh thông tin được nhiều người ưa thích nhất trong số các kênh truyền thông hiện có tại địa phương. Có lẽ đây cũng chính là ưu thế của truyền thông trực tiếp với đặc điểm nổi bật là thông tin hai chiều, vì vậy kênh truyền thông này cần được ưu tiên quan tâm và nâng cao chất lượng trong thời gian tới.

V. KẾT LUẬN

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%. Có 60% và 36% bà mẹ đạt kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Quỳnh Anh,** Cao Thị Thu Hương và Bùi Thị Nhung (2017), "Tình trạng dinh dưỡng của trẻ dưới 12 tháng tuổi và thực hành nuôi dưỡng trẻ của bà mẹ tại Vĩnh Phúc, Hải Dương, Nam Định", *Tạp chí Y học Dự phòng*, 3(27), tr. 51-56.
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. **Chu Trọng Trang, Trần Như Dương và Lê Bạch Mai (2014),** "Tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi vùng đồng bằng ven biển tỉnh Nghệ An, 2011", *Tạp chí Y học Dự phòng*, 8(24), pp. 166-170.
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".
6. **Nguyễn Đức Vinh và Nguyễn Đỗ Huy (2013),** "Tình trạng dinh dưỡng của trẻ em 6-60 tháng tuổi tại khoa nhi một số bệnh viện đa khoa tỉnh ", *Tạp chí Y học thực hành*, 5(868), pp. 7-11.

VAI TRÒ TẾ BÀO GỐC TỰ THÂN VÀ TẬP VẬN ĐỘNG PHỐI HỢP TRONG ĐIỀU TRỊ BẠI NÃO Ở TRẺ EM

Trần Thanh Tú[1,2], Nguyễn Thanh Liêm[2], Vũ duy Chinh[2]

TÓM TẮT

Vai trò của tế bào gốc trong điều trị lĩnh vực như ung thư, bệnh chuyển hoá,… và đã được chứng minh và trong điều trị tổn thương não. **Mục đích**: Đánh giá hiệu quả của ghép tế bào gốc tự thân từ tuỷ xương kết hợp PHCN trong điều trị bại não trẻ em. **Phương pháp**: thử nghiệm lâm sàng so sánh trước sau không nhóm đối chứng. **Kết quả:** Tổng điểm GMFM - 88 sau ghép3 tháng là 34.1 (95% CI [25.6; 42.6]), sau 6 tháng là 40.9 (95% CI [31.8; 50.0]) tăng hơn trước ghép là 21.9 (95% CI [14.4; 29.3]), GMFM 66 sau can thiệp 3 tháng là 63.9 (95% CI [53.8; 74.1]), sau can thiệp 6 tháng là 75.0 (95% CI [65.9; 84.1]) tăng hơn trước can thiệp là 30.1 (95% CI [20.1; 40.1]). sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0.001. Trẻ <36 tháng

[1]*Bệnh viện Nhi Trung ương*
[2]*Bệnh viện Vinmec*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Tú
Email: Tufr2004@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018
Ngày duyệt bài:21.2.2018

phục hồi tốt hơn trẻ >36 tháng. **Kết luận**: Tế bào gốc tự thân tác động tích cực trong phối hợp PHCN điều trị bại não ở trẻ em.

SUMMARY

THE ROLE OF STEM CELL TRANSPLANTATION COMBINED WITH REHABILITATION OF MOTOR FUNCTION IN THE TREATMENT OF CEREBRAL PALSY AT CHILDREN

The role of stem cells in the treatment diseases like cancer, metabolic disease, and brain disorder has been proven. ***Objective:*** To evaluate the effect of stem cell from bone marrow transplantation combined with rehabilitation in the treatment of cerebral palsy. Method: Non-comparative clinical trial. ***Results:*** The total score of GMFM-88 after three months was 34.1 (95% CI [25.6; 42.6]); after six months was 40.9% (95% CI [31.8; 50.0], the increase was 21.9% (95% CI [14.4; 29.3]). GMFM-66 after a three-month intervention was 63.6% (95% CI [53.8; 74.1]), after a six-month intervention was 75.0 (95% CI [65.9; 84.1]), the increase was 30.1 (95% CI [20.1; 40.1]). This change was statistically significant with p <0.001. Children under 36 months have recovered better than children older. Conclusion: Stem cell transplantation has been effectively in the combination of rehabilitation therapy for cerebral palsy in children.

I.ĐẶT VẤN ĐỀ

Bại não là thuật ngữ chỉ một nhóm tình trạng bệnh lý không tiến triển theo thời gian, gây nên tình trạng đa tàn tật về vận động, tinh thần, giác quan và hành vi, để lại hậu quả nặng nề không những cho chính bản thân trẻ, gia đình các em mà còn ảnh hưởng tới sự phát triển kinh tế, xã hội [1, 2]. Các phương pháp điều trị trong nước hiện nay thường được sử dụng để điều trị bại não bao gồm: dùng thuốc, botox, các phương pháp tập luyện phục hồi chức năng làm tăng khả năng vận động thô của trẻ như lẫy, ngồi, bò, đứng, đi… cải thiện cơ lực, trương lực cơ và phòng ngừa sự co kéo biến dạng cơ hoặc phẫu thuật chỉnh hình, phẫu thuật cắt bỏ chọn lọc một số nhánh thần kinh, gân cơ làm giảm tình trạng co cứng…. Trong những năm gầy đây, tế bào gốc (TBG) đã được sử dụng để điều trị một số bệnh thần kinh như đột quỵ, chấn thương tủy sống, xơ cứng rải rác… [3]. Tế bào gốc cũng đã được nghiên cứu sử dụng điều trị bại bão hoặc đột quỵ trên động vật và trên người. Nhiều nghiên cứu ghép tế bào gốc trên động vật đã được tiến hành để kiểm tra khả năng biệt hóa của tế bào gốc thành tế bào thần kinh đệm hoặc neuron thần kinh và hiệu quả của ghép tế bào gốc cho động vật bị thiếu oxy não [3]. Mục tiêu: *Đánh giá thay đổi vận động của trẻ bại não trước và sau ghép tế bào gốc kết hợp với tập PHCN.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

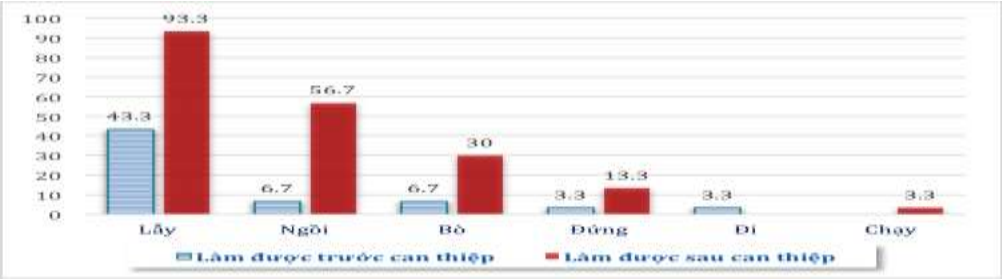
Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không mẫu đối chứng so sánh trước sau can thiệp trên 30 trẻ được chẩn đoán bại não do thiếu oxy được điều trị Bv Vinmec TC từ 1/2015- 12/2017

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 30 trẻ tham gia vào nghiên cứu tỷ lệ trẻ nam /nữ là 2/1. Trẻ trong độ tuổi từ 36 - 72 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 43.3%, tiếp theo trẻ trên 72 tháng tuổi chiếm 30%, chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm trẻ trong độ tuổi dưới 36 tháng chiếm 26.7%.

3.1. Chức năng vận động thô của trẻ bại não trước và sau can thiệp

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trước can thiệp số trẻ biết lẫy chỉ có 43,5% có 6,7% trẻ làm được với sự can thiệp của người chăm sóc, sau can thiệp 93,3% trẻ biết lẫy, trong đó có 6,7% cần sự hỗ trợ của người chăm sóc. Với động tác ngồi trước can thiệp có 26,6% trẻ biết ngồi sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 90%. Số trẻ biết di chuyển mức độ thấp "bò" trước can thiệp chỉ có 13,4% trẻ biết bò sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 56,7% (trong đó có 26,7% trẻ cần sự hỗ trợ để thực hiện động tác này. Trẻ biết đứng sau can thiệp tăng từ mức chỉ có 6,6 % tăng lên 33,3 % trẻ có thể đứng được. Kết quả được trình bày trong Hình1.



Hình 1: Thay đổi vận động thô trước và sau can thiệp

3.2. Chức năng vận động trước và sau can thiệp theo GMFM-88

Kết quả đánh giá cho thấy điểm trung bình GMFM-88 và GMFM-66 sau 2 lần ghép tế bào gốc đều

tăng so với đánh giá trước khi ghép và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0.001. Điểm trung bình tổng điểm GMFM-88 trước can thiệp là 21.9 (95% CI [14.4; 29.3]) sau 3 tháng là 34.1 (95% CI [25.6; 42.6]) sau 6 tháng là 40.9 (95% CI [31.8; 50.0]). Chức năng vận động thô và trương lực cơ trước và sau ghép tế bào gốc được thể hiện ở Bảng 1.

Bảng 1. GMFM và trương lực cơ trước và sau can thiệp 3 và 6 tháng

Đánh giá chức năng vận động	**Trước can thiệp TB[95% CI]**	**Sau can thiệp 3 tháng TB[95% CI]**	**P value sau 3 tháng**	**Sau can thiệp 6 tháng TB[95% CI]**	**P value sau 6 tháng**
Tổng GMFM-88	21.9[14.4; 29.3]	34.1[25.6; 42.6]	0.0000	40.9[31.8; 50.0]	0.0000
Lẫy	27.7[22.2; 33.2]	40.0[35.1; 44.9]	0.0000	43.4[39.1; 47.7]	0.0000
Ngồi	19.3[12.5; 26.1]	28.7[21.8; 35.5]	0.0000	35.3[27.8; 42.8]	0.0000
Bò	6.1[1.7; 10.4]	10.6[5.4; 15.8]	0.0002	14.7[8.9; 20.5]	0.0000
Đứng	2.1[-0.2; 4.3]	5.1[1.6; 8.6]	0.0011	7.0[3.2; 10.9]	0.0001
Đi, chạy, nhảy	2.2[-1.0; 5.3]	3.7[-1.0; 8.4]	0.0649	4.8[-0.2; 9.7]	0.0159
GMFM-66	27.2[22.4; 32.0]	36.1[30.8; 41.3]	0.0000	39.5[34.3; 44.6]	0.0000
GMFM-66 Percentiles	30.1 [20.1; 40.1]	63.9 [53.8; 74.1]	0.0000	75.0 [65.9; 84.1]	0.0000
Thay đổi điểm Ashworth	3.8 [3.6; 4.1]	2.2 [1.9; 2.5]	0.0000	2.1 [1.9; 2.4]	0.0000

3.3. Liên quan giữa nhóm tuổi và điểm GMFM trước và sau can thiệp: Kết quả nghiên cứu Bảng 2 cho thấy sau can thiệp điểm vận động thô của trẻ tăng so với trước can thiệp, đánh giá theo thang điểm GMFM sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p<0,001. Điểm GMFM sau ghép ở nhóm trẻ dưới 36 tháng có sự thay đổi sau can thiệp cao hơn nhóm trẻ >36 tháng.

Bảng 2. Liên quan giữa tuổi và sự thay đổi chức năng vận động thô trước và sau can thiệp theo GMFM

Nhóm tuổi	**Chức năng vận động thô**	Mean trước khi ghép CI 95%	Sự thay đổi sau ghép lần 1 CI 95%	P value saughép lần 1	Sự thay đổi sau ghép lần 2 CI 95%	P value saughép lần 2
Dưới 36 tháng	GMFM-88	14.0[7.2; 20.8]	13.3[9.6; 17.1]	.0001	22.5[14.9; 30.1]	0.0002
	GMFM-66	21.9[16.2;27.7]	10.9[7.7; 14.1]	0.0001	15.7[12.4; 18.9]	0.0000
	GMFM-66-Percentiles	23.5 [2.3; 44.7]	52.6 [33.9; 71.6]	0.0003	67.4 [47.2; 87.5]	0.0001
36-72 tháng	GMFM-88	19.8[8.7; 30.8]	10.2[6.5; 13.8]	0.0001	16.6[10.5; 22.6]	0.0001
	GMFM-66	26.1[18.8;33.4]	7.0[5.1; 8.9]	0.0000	10.3[7.6; 13.1]	0.0000
	GMFM-66-Percentiles	33.8 [16.2;51.5]	19.9 [7.6; 32.2]	0.0042	31.4 [18.2; 44.6]	0.0002
Trên 72 tháng	GMFM-88	31.9[11.6;52.3]	14.2[10.3; 18.1]	0.0000	19.5[15.1; 23.8]	0.0000
	GMFM-66	33.4[20.8;46.0]	9.9[6.0; 13.8]	0.0004	12.1[10.0; 14.2]	0.0000
	GMFM-66-Percentiles	30.6 [10.4;50.8]	37.1 [20.4; 53.8]	0.0009	44.3 [31.5; 57.2]	0.0000

3.3.Liên quan giữa thay đổi điểm GMFM với giới tính và mức GMFCS

Kết quả nghiên cứu Bảng 3 cho thấy sau 6 tháng ghép tế bào gốc trẻ gái thay đổi điểm GMFM-88 là 18.7 điểm thấp hơn trẻ trai với 19.2 điểm, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Trẻ có mức GMFCS ở mức độ V trước can thiệp có thay đổi điểm GMFM - 88 sau can thiệp thấp hơn trẻ tổn thương với GMFCS mức độ IV, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên đối khi chuyển đổi sang thang điểm GMFM – 66 thì sự khác biệt này lại không có ý nghĩa (p=0.1).

Bảng 1. Sự thay đổi chức năng vận động trước và sau 6 tháng ghép tế bào gốc phân theo giới, mức độ GMFCS

	Thay đổi điểm GMFM-88 Mean [95% CI]	**Thay đổi điểm GMFM - 66 Percentile Mean [95% CI]**
Giới tính	**P value=0.883**	**P value=0.3881**
Nam	19.2 [14.8; 23.6]	42.0 [29.5; 54.5]
Nữ	18.7 [15.8; 22.3]	50.6 [34.8; 66.4]
GMFCS	**P value=0.001**	**P value=0.1181**
Mức IV	24.5 [20.6; 28.4]	52.2 [34.3; 70.2]
Mức V	14.1 [9.6; 18.6]	36.9 [25.7; 48.1]

IV.BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy các hoạt động thể chất của trẻ trong nhóm nghiên cứu đều thấp hơn so với tuổi, trước can thiệp số trẻ biết lẫy chỉ là 43,3%, biết ngồi là 13,3%, biết bò là 6,7%, biết đứng là 3,3%, biết đi là 3,3%, không có cháu nào có thể chạy được. Chức năng vận động của trẻ đã tăng lên rõ rệt sau ghép. Sau can thiệp 93,3% trẻ biết lẫy, 90% trẻ ngồi được, 56,7% trẻ biết bò, 33,3%. biết đứng, 6,7% đi được và có 1 trường hợp chạy nhảy bình thường.

Tổng điểm GMFM - 88 và GMFM 66 sau điều trị ghép lần 1 và sau ghép lần 2 đều tăng so với trước khi ghép, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với giá trị p < 0.001. Điểm trung bình tổng điểm GMFM-88 trước can thiệp là 21.9 (95% CI [14.4; 29.3]), sau 3 tháng là 34.1 (95% CI [25.6; 42.6]), sau 6 tháng là 40.9 (95% CI [31.8; 50.0]). Điểm trung bình GMFM-66 percentiles trước can thiệp là 30.1 (95% CI [20.1; 40.1]), sau can thiệp 3 tháng là 63.9 (95% CI [53.8; 74.1]), sau can thiệp 6 tháng là 75.0 (95% CI [65.9; 84.1]).

Điểm trung bình với lẫy, ngồi, bò thay đổi rõ rệt sau điều trị so với trước điều trị. Các động tác cần sự phối hợp của toàn thân như đi lại, chạy nhảy khác biệt sau điều tri so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê tuy nhiên thay đổi không lớn như so với lẫy, ngồi hay bò. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Wang, thay đổi vận động phối hợp đi lại, chạy nhảy thường kém hơn sự thay đổi các vận động lẫy ngòi, quì bò... Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ thay đổi sau điều trị so với trước điều trị của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu khác chỉ tập phục hồi chức năng [4,5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt kết quả điều trị giữa trẻ trai và trẻ gái, nhóm trẻ <6 tuổi sau can thiệp có sự thay đổi cao hơn nhóm trẻ sau >6 tuổi, tương tự nghiên cứu của Wang [4]. Như vậy can thiệp sớm trước 6 tuổi sẽ làm giảm nguy cơ tổn thương khớp và cơ hội phục hồi chức năng vận động tăng lên.

Vận động chi dưới tăng lên rõ rệt sau ghép tế bào gốc. Thay đổi chức năng vận động của trẻ là do sự kết hợp giảm co cứng cơ với phục hồi chức năng vận động bằng phương pháp tạo thuận cho trẻ. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Chen [6]. Nhiều nghiên cứu khác cũng đã cho thấy chức năng vận động của trẻ bại não đã cải thiện tốt sau ghép tế bào gốc. Sharma nghiên cứu trên 40 bệnh nhân tuổi từ 17 – 22 tháng tuổi cho thấy trước can thiệp tất cả bệnh nhân đều có mức phát triển vận động dưới mức tương ứng với tuổi. Kết quả nghiên cứu sau 6 tháng điều trị thấy 38/40 (95%) trẻ có tiến bộ rõ rệt. Chỉ có 2 trường hợp không tiến bộ nhưng cũng không có hiện tượng xấu đi, trẻ trong tình trạng ổn định. 100% trẻ có tiến bộ về cân bằng khi ngồi, 90,9% tiến bộ thăng bằng khi đi và đứng, 90% tăng độ hoạt động của tay có 83,3% tiến bộ vận động mắt [7]

- 25% trẻ có tiến bộ rõ rệt (iến bộ thấy ở > 70% dấu hiệu).
- 50% trẻ có tiến bộ trung btình (tiến bộ thấy ở 35-70% triệu dấu hiệu).
- 17,5% có tiến bộ ít (tiến bộ thấy ở từ 10-35% dấu hiệu).
- 7,5% không có tiến bộ (tiến bộ thấy ở < 10% dấu hiệu).

So sánh kết quả của chúng tôi với kết quả của Sharma và cộng sự được trình bày trong Bảng 4

Bảng 4. So sánh kết quả cải thiện chức năng vận động của nghiên cứu này với nghiên cứu của Sharma và CS

Mức độ cải thiện chức năng vận động	Nghiên cứu của Sharma A và CS	Nghiên cứu của NT Liêm và CS
Rõ rệt	25%	20%
Trung bình	50%	30%
Ít	17,5%	43.3%
Không	7,5%	6.7%

Wang nghiên cứu trên 52 trường hợp bại não được ghép tế bào gốc có sự tiến bộ rõ rệt chức năng vận động sau ghép so với trước khi ghép tại thời điểm 1, 3 và 6 tháng sau ghép. Tác giả cũng nhận thấy có mối liên quan giữa tuổi bệnh nhân, mức độ nặng trước ghép với kết quả điều trị: trẻ nhỏ có kết quả tốt hơn, mức độ nặng có thay đổi rõ rệt hơn[4]. Nghiên cứu của Mancías-Guerra C, Kang M, Feng M, Abi Chanhine NH, He S, Min K cũng đã chứng minh chức năng vận động của trẻ bại não đã cải thiện rõ rệt sau ghép tế bào gốc.

V. KẾT LUẬN

Ghép tế bào gốc là một biện pháp hiệu quả cao trong thay đổi chức năng vận động ở trẻ bại não

Ghép tế bào gốc trẻ bại não trước 36 tháng tuổi đạt hiệu quả cao hơn nhóm trẻ bại não điều trị sau 36 tháng tuổi.

KIẾN NGHỊ: Thống nhất qui trình ghép tế bào gốc điều trị bại não cho trẻ trước 36 tháng tuổi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, et al. A report:** the definition and classification of cerebral

palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl. 2007; 109:8-14.
2. **Gration J. Epidemiology and Disease Prevention:** A Global Approach. Occupational Medicine. 2014;64(5):396-.
3. **Chahine NH, Wehbe TW, Hilal RA, et al.** Treatment of Cerebral Palsy with Stem Cells: A Report of 17 Cases. Int J Stem Cells. 2016;9 (1):90-5.
4. **Wang X, Cheng H, Hua R, et al.** Effects of bone marrow mesenchymal stromal cells on gross motor function measure scores of children with cerebral palsy: a preliminary clinical study. Cytotherapy. 2013;15 (12): 1549-62.
5. **Vũ Duy Chinh.** Áp dụng thang đo lường chức năng vận động thô đánh giá hiệu quả các kỹ thuật tạo thuận vận động trong phục hồi chức năng trẻ bại não dưới 5 tuổi: Đại học y Hà Nội; 2005
6. **Chen G, Wang Y, Xu Z, et al**. Neural stem cell-like cells derived from autologous bone mesenchymal stem cells for the treatment of patients with cerebral palsy. J Transl Med. 2013;11 (21): 1479-5876.
7. **Sharma A, Sane H, Gokulchandran N, et al.** A clinical study of autologous bone marrow mononuclear cells for cerebral palsy patients: a new frontier. Stem Cells Int. 2015;905874(10):18.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC GIANG

Nguyễn Văn Sơn[1], Đinh Thái Sơn[2], Nguyễn Huy Ngọc[1], Đỗ Thị Thanh Toàn[2]

TÓM TẮT

Máu tụ ngoài màng cứng (NMC) là khối máu tụ hình thành giữa mặt trong xương sọ và mặt ngoài màng cứng, là một biến chứng nguy hiểm thường gặp trong chấn thương sọ não (CTSN). Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị máu tụ ngoài màng cứng do chấn thương tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang giai đoạn 2013-2017. Đối tượng nghiên cứu gồm 62 bệnh nhân được chẩn đoán và mổ máu tụ NMC do chấn thương tại khoa Ngoại thần kinh – Sọ não Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang từ 01/2013 – 06/2017. Sau khi phẫu thuật, phần lớn BN đã được cứu sống với mức độ hồi phục là hoàn toàn hoặc là chỉ mang các di chứng nhẹ là 44 BN chiếm 71%. Dù không có trường hợp nào tử vong song vẫn còn 03 BN bị rơi vào tình trạng sống thực vật. Biến chứng phổ biến nhất mà BN gặp trong thời gian nằm viện là nhiễm trùng vết mổ (15 BN, 24,2%). Liệt nửa người (8BN, 12,9%) rối loạn ngôn ngữ (2BN, 4,3%), tình trạng suy hô hấp, viêm màng não và rối loạn tâm thần gặp ở 3 BN chiếm 4,8%.

Từ khóa: Tụ máu ngoài màng cứng, chấn thương, kết quả phẫu thuật

SUMMARY

SURGICAL RESULT OF EPIDURAL HEMATOMA DUE TO INJURY IN BAC GIANG PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Epidural blood is the hematoma that forms between the inside of the skull and the epidermis, a common complication of traumatic brain injury. The study was conducted with the aim of evaluating the results of surgical treatment of epidural blood at Bac Giang General Hospital for the period of 2013-2017. The study recruited of 62 patients who were diagnosed and treated for epidural ectasia. After surgery, the majority of the disease was recovered or only mild sequelae of 44 patients accounting for 71%. Although no cases of death, but still three patients fall into the state of plant life. The most common complication of hospitalization was wound infection (15 patients, 24.2%). Half of the people (8 people, 12.9%) of language disorders (2 people, 4.3%), respiratory distress, meningitis and mental disorders in 3 patients accounted for 4.8%.

Key words: Epidural hematoma, injury, surgical result.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu tụ ngoài màng cứng (NMC) là khối máu tụ hình thành giữa mặt trong xương sọ và mặt ngoài màng cứng, là một biến chứng nguy hiểm thường gặp trong chấn thương sọ não (CTSN) [1]. Chấn thương sọ não là một cấp cứu thường gặp. Tại Mỹ, mỗi năm có khoảng 1,4 triệu người CTSN, trong đó 52.000 người chết, 90.000 người để lại di chứng suốt đời. Tại Châu Âu, tỷ lệ chấn thương sọ não dao động vào khoảng 100-700 người trên 100.000 dân [2], [3]. Ở Việt Nam, CTSN cũng gia tăng đến mức báo động trong những năm gần đây. Trong đó máu tụ ngoài màng cứng là một trong những loại thương tích gây ra hậu quả hết sức nặng nề, để lại nhiều di chứng cho người bệnh, là gánh nặng cho cả gia đình và xã hội nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Máu tụ NMC chiếm 6,5% theo Carlson, 11,5% theo Balik và cộng sự, 26,1% theo Đồng Văn Hệ và Vũ Ngọc Tú trong tổng số bệnh nhân CTSN, và chiếm xấp xỉ 10% bệnh

[1]Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ
[2]Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thái Sơn
Email: dinhthaison@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018
Ngày duyệt bài: 21.2.2018

nhân có CTSN nặng [4], [5], [6].

Đã có nhiều công trình nghiên cứu cho thấy nguyên nhân hình thành máu tụ NMC là do tổn thương động mạch màng não giữa và các nhánh của nó sau một tác nhân chấn thương vào đầu đột ngột. Điều đó chứng tỏ có sự liên quan giữa lực chấn thương và vị trí giải phẫu của động mạch

màng não giữa. Nếu máu tụ NMC được phát hiện sớm, mổ kịp thời kết quả điều trị sẽ tốt nhất và ít để lại di chứng [7]. Với mục đích góp phần điều trị thành công hơn bệnh lý chấn thương này nhằm hạ thấp tỷ lệ tử vong giảm thiểu thiệt hại người và của cho cá nhân và xã hội, cùng với mong muốn triển khai phẫu thuật điều trị máu tụ NMC tại bệnh viện huyện nâng cao chất lượng điều trị phục người bệnh, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết quả phẫu thuật điều trị máu tụ ngoài màng cứng do chấn thương tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang" với hai mục tiêu:

1.Mô tả kết quả phẫu thuật điều trị máu tụ ngoài màng cứng do chấn thương tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang giai đoạn 2013-2017.

2.Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật máu tụ ngoài màng cứng do chấn thương tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Đối tượng nghiên cứu gồm 62 bệnh nhân được chẩn đoán và mổ máu tụ NMC do chấn thương tại khoa Ngoại thần kinh – Sọ não Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang từ 01/2013 – 06/2017.

Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt bệnh phổ biến

Các bước tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân vào viện, chẩn đoán lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính sọ não, thu thập thông tin trước, phẫu thật và thu thập thông tin sau.

Các thông tin thu thập từ bệnh nhân gồm: thông tin hành chính và nhân khẩu học, kết quả phẫu thuật máu tụ NMC, các yếu tố liên quan tới kết quả phẫu thuật.

Phương pháp phân tích xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS để phân tích số liệu. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

Đạo đức trong nghiên cứu: Các thông tin riêng của bệnh nhân trong hồ sơ hoàn toàn bảo mật. Các thông tin nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh nhân và dừng tham gia nghiên cứu khi bệnh nhân không hợp tác hoặc không đồng ý. Tất cả thông tin của bệnh nhân chỉ phục vụ cho nghiên cứu mà không có mục tiêu nào khác. Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng nghiên cứu khoa học Trường đại học Y- Dược Thái Nguyên xét duyệt và cho phép triển khai nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu đảm bảo tính trung thực.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2013 đến tháng 06/2017 đã có 62 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn lựa để thu thập số liệu, thời điểm nhập viện của bệnh nhân trải đều trong các năm. Bệnh nhân có độ tuổi nằm trong khoảng từ 3 đến 75 tuổi, độ tuổi trung bình là 28,9 ±15,9 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Tuổi	<10	8	12,9
	11 – 20	13	21,0
	21 – 30	15	24,2
	31 – 40	10	16,1
	41 – 50	13	21,0
	51 – 60	1	1,6
	>60	2	3,2
Giới	Nam	54	87,1
	Nữ	8	12,9
Nguyên nhân gây tai nạn	Tai nạn giao thông	42	67,7
	Tại nạn lao động	4	6,5
	Tai nạn sinh hoạt	12	19,3
	Tai nạn ngã cao	4	6,5
Các biên pháp sơ cứu	Có	43	69,4
	Không	19	30,6
Điểm Glasgow của bệnh nhân khi vào viện	≤ 8	3	4,8
	9 – 12	32	51,6
	13 – 15	27	43,5

Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 21-30 có 15 BN chiếm 24,2%. Tỷ lệ nam giới có MTNMC cao hơn nữ, nam giới chiếm tỉ lệ 87,1%. Tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ 67,7%, Tai nạn lao động và ngã cao chiếm 6,5%. Tỷ lệ BN được sơ cứu trước khi chuyển vào viện chiếm 69,4% (43 BN). Nhóm GCS từ 13-15 điểm chiếm tỉ lệ 43,2%. Nhóm GCS ≤ 8 điểm điểm chiếm tỉ lệ 4,8%.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật điều trị máu tụ NMC

Kết quả phẫu thuật		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Các tổn thương phối	Có	14	22,5

hợp	Không	48	77,5
Kết quả khi ra viện (theo thang điểm GOS)	Hồi phục hoàn toàn	12	19,4
	Di chứng thần kinh nhẹ	32	51,6
	Di chứng thần kinh nặng	15	24,2
	Đời sống thực vật	3	4,8
	Tử vong	0	0
Biến chứng và di chứng sau phẫu thuật	Viêm màng não	3	4,8
	Suy thở	3	4,8
	Nhiễm khuẩn vết mổ	15	24,2
	Động kinh	1	1,6
	Sụp mi	0	0
	Liệt nửa người	8	12,9
	Rối loạn ngôn ngữ	2	4,3
	Rối loạn tâm thần	3	4,8

Sau khi phẫu thuật, phần lớn BN đã được cứu sống với mức độ hồi phục là hoàn toàn hoặc là chỉ mang các di chứng nhẹ là 44 BN chiếm 71%. Dù không có trường hợp nào tử vong song vẫn còn 03 BN bị rơi vào tình trạng sống thực vật. Biến chứng phổ biến nhất mà BN gặp trong thời gian nằm viện là nhiễm trùng vết mổ (15 BN, 24,2%). Liệt nửa người (8BN, 12,9%) rối loạn ngôn ngữ (2BN, 4,3%), tình trạng suy hô hấp, viêm màng não và rối loạn tâm thần gặp ở 3 BN chiếm 4,8%.

Bảng 3: Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật

Yếu tố liên quan		**I + II**	**III + IV**	**Tổng**
Liên quan kết quả và tri giác theo GOS	≤ 8	1(33,3%)	2(66,7%)	3
	9 – 12	18(56,3%)	14(43,8%)	32
	13 – 15	25(92,6%)	2(7,4%)	27
Liên quan kết quả với mức độ đè đẩy đường giữa theo GOS	< 5 mm	30(85,7%)	5(14,3%)	35
	5 – 10 mm	7(46,7%)	8(53,3%)	15
	> 10 mm	7(58,3%)	5(41,7%)	12
Liên quan kết quả sau mổ với khối lượng máu tụ	≤ 50 cm^3	11(73,3%)	4(26,7%)	15
	51 – 100 cm^3	31(77,5%)	9(22,5%)	40
	> 100 cm^3	2(28,6%)	5(71,4%)	7

Đối với GCS ≤ 8 điểm kết quả sau mổ độ I+II (33,3%), độ III+IV (66,7%).

Đối với 9 -12 điểm kết quả sau mổ độ I+II (56,3%), độ III+IV (43,8%).

Đối với 13 -15 điểm kết quả sau mổ độ I+II (92,6%), độ III+IV (7,4%).

Trong 35 BN có mức đè đẩy đường giữa nhẹ, chỉ có 5 BN, chiếm 14,3% bị các di chứng thần kinh vừa và nặng (GOS=III, IV), tỷ lệ này ở nhóm có đè đẩy đường giữa ở mức trung bình và nặng lần lượt là 53,3% và 41,7%.

Khối máu tụ lớn >100 cm^3 thì tỷ lệ BN có GOS ở mức III và IV là rất cao. Có 5BN (71,4%) có khối máu tụ từ >100 cm có GOS ở mức III và IV, trong khi đó tỷ lệ này chỉ là 26,7% (4BN) đối với nhóm có thể tích khối máu tụ ≤50 cm^3.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm tuổi thường gặp TMNMC nhất là từ 21-30 tuổi với 15BN chiếm 24,2%. Khi nhìn nhận thêm đặc điểm về giới có thể thấy ngay rằng giới tính nam có tần suất xuất hiện lớn hơn hẳn nữ. Máu tụ ngoài màng cứng ở nam giới là 54/62 chiếm 87,1%, ở nữ giớ 8/62 chiếm 12,9%. Điều này có thể được lý giải bởi nguyên nhân chính gây TMNMC là do chấn thương, và chấn thương có xu hướng xảy ra ở nam giới nhiều hơn nữ giới do họ thường tham gia các hoạt động có mức độ nguy cơ cao hơn và tuổi thường gặp tai nạn thuộc các nhóm tuổi lao động chính và sử dụng phương tiện giao thông nhiều nhất. Trong 62 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có đến 42 BN bị TNGT, chiếm đến 67,7%, tiếp sau đó là TNSH 12 BN chiếm 19,3% và một số nguyên nhân khác. Có 43/62 BN được sơ cứu ở tuyến trước khi chuyển vào bệnh viện, cho thấy một lỗ hổng khác trong xử lý tai nạn đối với những trường hợp chấn thương. Điều này có thể ảnh hưởng nhất định đến chất lượng điều trị cho BN. Phần lớn bệnh nhân được đưa vào Bệnh viện trong khoảng thời gian ít hơn 2 giờ (30BN, 48,4%), và trong khoảng từ 2-6 giờ (19BN, 30,6%). Đây là một điều khá tốt bởi việc sớm tiếp cận với cơ sở điều trị sẽ mang lại nhiều cơ hội sống sót và hồi phục cho nạn nhân. Về căn bản phần lớn BN có mức độ hồi phục khá sau phẫu thuật. Ngay tại

thời điểm ra viện, có 12BN (19,4%) hồi phục hoàn toàn, 32BN (51,6%) còn di chứng thần kinh nhẹ. Điều này khẳng định hiệu quả rất lớn của phương pháp phẫu thuật đối với TMNMC. Tuy nhiên vẫn còn 15BN (24,2%) còn di chứng thần kinh nặng và 3BN (4,8%) phải ra viện trong tình trạng sống thực vật. Về các biến chứng gặp phải sau khi phẫu thuật, nhóm biến chứng liên quan đến nhiễm trùng có 18BN chiếm 29%, trong đó nhiễm trùng vết mổ là 15BN và viêm màng não là 3BN. Đây là điều có thể giải thích được bởi khi bị chấn thương, tình trạng tổn thương tại đầu dễ dàng bị nhiễm bẩn kèm với việc chỉ có 43BN (69,4%) bệnh nhân được sơ cứu, đồng thời có đến 13BN (20,9%) BN được đưa vào viện sau 6 giờ khiến việc đảm bảo vô khuẩn cho BN gặp nhiều khó khăn. Việc còn tồn tại nhiều di chứng cung cấp thêm bằng chứng về việc dù phẫu thuật có thể cứu được một tỷ lệ lớn BN bị TMNMC nhưng việc phòng ngừa tai nạn vẫn có vai trò chủ đạo, đồng thời tiếp tục mở rộng nghiên cứu nhằm nâng cao hiệu quả phẫu thuật là rất quan trọng. Các BN có tri giác xấu lúc vào có xu hướng đạt điểm GOS cao, tức kết quả kém hơn. Các BN vào viện trong tình trạng hôn mê hoặc điểm Glasgow dưới 12 điểm có tỷ lệ bị sống thực vật và còn nhiều di chứng thần kinh nặng tại thời điểm xuất viện là 16/35BN (chiếm 45,7%). Trong khi đó chỉ có 2/27BN (chiếm 7,4%) có điểm Glasgow từ 13-15 điểm còn di chứng thần kinh nặng lúc ra viện. Điều này một lần nữa khẳng định lại rằng đánh giá mức độ nguy cơ bằng điểm Glasgow trong phẫu thuật thần kinh nói chung và trong phẫu thuật MTNMC có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Mức độ đè đẩy đường giữa thường liên quan đến kích thước của khối máu tụ và do đó có liên quan chặt chẽ với kết quả sau mổ. Trong 62BN được phẫu thuật ở nghiên cứu này nếu mức độ đè đẩy nhẹ <5mm thì chỉ có 5/35BN (14,3%) có kết quả lúc ra viện là còn di chứng thần kinh nặng, trong khi đó tỷ lệ BN có kết quả xấu và sống thực vật ở nhóm có đè đẩy 5mm trở lên là 13/27BN (48,1%). Thể tích khối máu tụ trên hình ảnh CLVT dưới 50 cm^3 có thể là dấu hiệu khiến tiên lượng phẫu thuật tốt hơn hẳn so với nhóm có khối lượng lớn hơn. Có 4/15BN (26,7%) BN có kết quả phẫu thuật nhưng không có BN nào tử vong, trong khi đó nếu khối lượng này là 51-100 cm^3 thì có 9/40BN (22,5%) có kết quả phục hồi chậm và tỷ lệ này ở nhóm có khối máu tụ >100cm^3 là 71,4% (5/9BN). Kết quả cho thấy một xu hướng tương đối rõ ràng rằng nếu khối lượng máu tụ lớn thường kèm theo một tiên lượng xấu hơn đối với phẫu thuật và khi khối lượng máu tụ là từ 100 cm^3 trở lên mức độ xấu trở nên rõ ràng hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mang lại những hiệu quả tức thì rất đáng khích lệ, song cần phải thực hiện theo dõi lâu dài hơn đối với bệnh nhân bị máu tụ ngoài màng cứng đã được phẫu thuật bởi các theo dõi tiếp tục trong dài hạn cho thấy các di chứng thần kinh tiếp tục phát sinh trong khoảng thời gian sau khi bệnh nhân ra viện. Khi tiếp nhận bệnh nhân nghi có khối máu tụ ngoài màng cứng thì cần theo dõi rất sát, bất cứ khi nào có bằng chứng về việc khối máu tụ ngoài màng cứng lớn như gây đè đẩy đường giữa và có dấu hiệu của tri giác xấu dần thì cần thực hiện phẫu thuật điều trị sớm, càng để muộn thì hiệu quả điều trị hồi phục chậm.

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành cảm ơn Đảng Ủy, Ban giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang, Khoa Ngoại Thần Kinh-Sọ Não, Phòng Kế hoạch tổng hợp và các khoa phòng Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang đã tạo điều kiện tốt nhất cho tôi thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jacobson, W. H. (1886),** "A Case of Supra-pubic Lithotomy, with Remarks on the Operation", *Med Chir Trans*. **69**, pp. 377-83.
2. **Langlois, Jean A, Rutland-Brown**, Wesley, and Thomas, Karen E (**2006**), "Traumatic brain injury in the United States; emergency department visits, hospitalizations, and deaths".
3. **Markogiannakis, Haridimos, et al. (2006)**, "Motor vehicle trauma: analysis of injury profiles by road-user category", *Emergency medicine journal*. **23**(1), pp. 27-31.
4. **Đồng Văn Hệ, Vũ Ngọc Tú (2010),** "Lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính chấn thương sọ não nặng", *Tạp chí Y học thực hành*. **709** (Số 3/2010), tr.47-150.
5. **Balik, V., et al. (2010),** "Posterior fossa extradural haematomas", *Cent Eur Neurosurg*. **71**(4), pp. 167-72.
6. **Carlson, A. P., et al. (2010**), "Low rate of delayed deterioration requiring surgical treatment in patients transferred to a tertiary care center for mild traumatic brain injury", *Neurosurg Focus*. **29**(5), p. E3.
7. **Lê Đoàn Khắc Di (2013)**, "Máu tụ ngoài màng cứng hố sau do chấn thương: nghiên cứu lâm sàng và điều trị", *Tạp chí Y học thực hành*. **858**(Số 1/2013), tr. 60-62.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 464 - THÁNG 3 - SỐ 1 - 2018

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^{0}1 - MARCH - 2018

1. **Đ**ánh giá kết quả điều trị u tuyến yên bằng dao gamma quay tại Trung tâm Y học Hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai 1
Evaluate the outcomes of treating ptuitary tumor by the rotating gamma knife at the Nuclear Medicine and Oncology Center - Bach Mai Hospital
Nguyễn Thị Minh Phương, Mai Trọng Khoa, Đoàn Văn Đệ và CS
2. **N**ghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính u sau phúc mạc hay gặp ở trẻ em 4
CT characteristics of primary retroperitoneal neoplasms in children
Huỳnh Quang Huy
3. **Đ**ánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em bằng đóng đinh metaizeau dưới màn tăng sáng 7
Assessing the results of closed femoral fractures treatment among children using metaizeau nails under the support of c-arm
Nguyễn Thế Điệp, Nguyễn Thái Sơn
4. **Đ**ặc điểm hình thái ống tủy răng hàm lớn thứ hai hàm dưới có chân dạng chữ C 11
C-shapel root and canal morphological characteristics of mandibular second morlar
Vũ Quang Hưng, Tạ Anh Tuấn, Nguyễn Thế Hạnh
5. **N**ghiên cứu bào chế hệ phân tán rắn chứa aceclofenac để tăng tác dụng chống viêm, giảm đau 14
Research on the manufacture of aceclofenac solid dispersion to increase anti-inflammatory and analgesic activities
Nguyễn Văn Bạch, Nguyễn Thị Hồng Vân
6. **N**ghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả xét nghiệm nồng độ dopamine huyết tương ở bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực giai đoạn hưng cảm 18
Clinical charateristics and plasma dopamine concentrations in patients with biolar disorder, manic episode
Nguyễn Mạnh Phát, Ngô Ngọc Tản
7. **K**hảo sát sự biến đổi một số hormon ở bệnh nhân u tuyến yên 21
Changes of selected hormones production in patients with pituitary tumor
Nguyễn Thị Minh Phương, Mai Trọng Khoa, Đoàn Văn Đệ
8. **N**ghiên cứu xây dựng qui trình kỹ thuật nắn chỉnh và đóng đinh metaizeau không mở ổ gãy dưới màn tăng sáng điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em 24
Study on the construction of technical procedure to adjust and use metaizeau nails without opening fracture under the support of c-arm to treat closed femoral fractures among children
Nguyễn Thế Điệp, Nguyễn Thái Sơn
9. **Đ**ặc điểm lâm sàng tâm thần phân liệt đáp ứng kém với an thần kinh cổ điển 27
Clinical characteristics of schizophrenic patients with poor response to classic antipsychotic drugs
Phùng Thanh Hải, Cao Tiến Đức, Bùi Quang Huy
10. **N**ghiên cứu ảnh hưởng trên hô hấp, tuần hoàn và các tác dụng không mong muốn khác của gây tê tủy sống bằng bupivacain + morphin để mổ và giảm đau sau mổ lấy thai 30
Research the effects on respiratory, on cardiovascular, and other side effects of bupivacaine + morphine in spinal anesthesia for cesarean section
Nguyễn Đức Lam

11. **M**ột số đặc điểm bệnh nhân HIV/AIDS đăng ký điều trị tại Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi tỉnh Hà Nam năm 2011 - 2012 34
Some characteristics of HIV/AIDS patients registered for treatment at Ha Nam Tuberculosis and Lung Disease Hospital in 2011-2012
Ninh Thị Nhung, Lương Xuân Hiến, Phạm Thị Dung, Phạm Xuân Viết

12. **V**ai trò của phẫu thuật nội soi chẩn đoán, điều trị ẩn tinh hoàn ở trẻ em tại Bệnh viện Việt Đức 38
The value of laparoscopic orchidopexy in children in Viet Duc University Hospital
Nguyễn Việt Hoa, Tô Hoàng Dũng

13. **R**ối loạn trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại xã Hiến Thành, Huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương tháng 1 năm 2018 41
Depressive disorder and some relative factors in the elderly At Hien Thanh ward, Kinh Mon district, Hai Duong province in January 2018
Lê Văn Thêm, Hoàng Văn Bình

14. **T**hực trạng hoạt động phòng bệnh uốn ván sơ sinh của cán bộ y tế huyện Điện Biên năm 2010 - 2012 46
Current status of the prevention of neonatal tetanus of health workers in Dien Bien district in 2010 - 2012
Vương Thị Hòa, Phạm Thị Tỉnh, Dương Thị Quỳnh Châu

15. **T**hực trạng thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng chuyên ngành hồi sức cấp cứu và nhu cầu đào tạo liên tục của điều dưỡng tại Bệnh viện Nhi Hải Dương 50
Implementation of intensive care nursing techniques and continous training needs of nurses at Hai Duong'chilren Hospital
Nguyễn Thị Hoài Thu

16. **M**ột số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng chống bệnh đái tháo đường của người bệnh được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình 55
Factors related to knowledge and practice to prevent diabetes among patients at Ninh Binh General Hospital
Trần Thị Phương, Nguyễn Thị Hiên, Lê Đức Cường

17. **S**ự thay đổi nồng độ vitamin B12, folate và một số chỉ số hóa sinh máu ở bệnh nhân thiếu máu 58
The change of concentration of vitamin B12, folate and some blood bio-chemica lindexs in anaemia patients
Nguyễn Văn Bằng, Nguyễn Thanh Xuân

18. **T**hời gian sống thêm không bệnh bệnh nhân ung thư vú hai bên giai đoạn I, II tại Bệnh viện K 62
Disease free survival of patients with bilateral breast carcinoma in National Cancer Hospital
Hoàng Anh Dũng, Lê Hồng Quang, Phạm Văn Bình, Phan Thanh Dương

19. **T**hang điểm đánh giá nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Nhi 65
Risk of nosocomial infection scale for Pediatric Intensive Care unit
Hà Mạnh Tuấn

20. **N**hận xét kết quả khởi phát chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương 69
To evaluate the result labour induction at National Hospital of Obstetrics and Gyneacology
Nguyễn Quảng Bắc

21. **G**iá trị của siêu âm trong chẩn đoán u mao mạch gan 72
The value of abdominal ultrasound in the diagnosis of hepatic hemangioma
Dương Minh Thắng, Vũ Văn Khiên

22. **N**ghiên cứu tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn của giảm đau sau mổ nội soi cắt tử cung hoàn toàn bằng tiêm ropivacain 0,25% vào vị trí chọc trocar 75
Research the effect on cardiovascular, respiratory and side effects of laparoscopic total hysterectomy of injection ropivacaine 0.25% in puncture trocar site
Nguyễn Đức Lam, Mai Văn Tuyên
23. **C**ác yếu tố quyết định thái độ điều trị chấn thương lách ở trẻ em tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức 78
Factors determining management for pediatric blunt splenic trauma in Viet Duc Hopital
Nguyễn Việt Hoa, Nguyễn Xuân Hiền
24. **N**hận xét 12 trường hợp mổ lấy thai có bệnh tim mạch tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2017 83
Twelve cases heart disease cesarean section at Cho Ray Hospital in 2017
Nguyễn Đình Nam, Huỳnh Xuân Nghiêm, Nguyễn Quốc Tuấn, Phan Bích Ngọc, Nguyễn Văn Hiền, Nguyễn Văn Khôi
25. **K**iến thức, thực hành phòng bệnh uốn ván sơ sinh của phụ nữ có thai tại một số xã tỉnh Điện Biên năm 2014 89
Knowledge and practice on preventiing neonatal tetanus of pregnant women in some communes of Dien Bien province in 2014
Vương Thị Hòa, Phạm Thị Tỉnh, Dương Thị Quỳnh Châu
26. **T**hực trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thôn Mỹ Động xã Hiến Thành huyện Kinh Môn tỉnh Hải Dương tháng 1 năm 2018 93
The status of hypertension in the elderly at My Dong ward, Kinh Mon district, Hai Duong province in 2018
Lê Văn Thêm, Nguyễn Thị Thu Hiền
27. **T**hực trạng chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân phong tại Bệnh viện Phong Da Liễu Văn Môn và Bệnh viện Phong Da liễu Trung Ương Quỳnh Lập 97
Situation of nutritional care for lepropy patients at Van Mon Leprosy Dermatology Hospital and Quynh Lap National Leprosy Dermatology Hospital
Ninh Thị Nhung, Lương Xuân Hiến, Phạm Thị Dung, Bùi Huy Thiện
28. **K**iến thức về chăm sóc sức khỏe bà mẹ của phụ nữ tại tỉnh Hòa Bình năm 2017 102
Knowledge on maternal health of women in Hoa Binh province 2017
Nguyễn Thị Hoài Thu, Nguyễn Thị Thu Hà
29. **T**hực trạng biến chứng ở người bệnh đái tháo đường tuýp 2 tại khoa khám bệnh Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Ninh Bình, năm 2016 107
Situation of diatetes complication type 2 among patients at Examination Department at Ninh Binh General Hospital in 2016
Trần Thị Phương, Nguyễn Thị Hiên, Nguyễn Thị Hạnh
30. **H**iệu quả mô hình can thiệp nâng cao năng lực chẩn đoán và xử trí bệnh thoái hóa khớp gối của cán bộ trạm y tế xã thuộc tỉnh Hải Dương 111
Effectiveness of interventions to improve the capacity for diagnosis and management of knee osteoarthritis of commune health workers in Hai Duong province
Đinh Thị Diệu Hằng, Vũ Đình Chính
31. **N**ghiên cứu điều trị đau do co cứng cơ bằng botulinum nhóm A ở bệnh nhân sau đột quỵ não 117
Research treatment of pain in poststroke spasticity by botulinum group A in patients with brian stroke
Đỗ Đức Thuần, Phạm Quốc Toản, Nguyễn Thanh Xuân
32. **T**ần suất, hình ảnh nội soi, biến chứng và điều trị túi thừa đại tràng tại Bệnh viện TƯQĐ 108 120
Prevalence, endoscopic image, complication and treatment of colonic diverticulosis in 108 Military Central Hospital
Vũ Văn Khiên, Dương Minh Thắng

33. **T**ình hình xơ hóa cơ ức đòn chũm ở trẻ 0-12 tháng tuổi qua chương trình sàng lọc phát hiện sớm khuyết tật tại Thái Bình 124
Current situation of congenital muscular torticollis in 0-12 month children through early screening to detect disability in Thai Binh province
Phạm Thị Tỉnh, Bùi Thị Thao, Phạm Thị Thanh Huyền
34. **Đ**ặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh tắc tá tràng bẩm sinh tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2010 – 2015 127
The diagnosis of congenital duodenal obstruction in children in Viet Duc Hospital from 2010 to 2015
Vũ Hồng Tuân, Nguyễn Việt Hoa
35. **C**hẩn đoán và điều trị tổn thương tuyến vú bằng thiết bị sinh thiết vú có hỗ trợ hút chân không dưới hướng dẫn siêu âm 132
The current role of ultrasound-guided vacuum - assisted biopsy in diagnosis & treatment breast disease
Huỳnh Quang Khánh, Vũ Hữu Vĩnh,
Phan Bích Ngọc, Nguyễn Văn Khôi
36. **L**iên quan giữa osteocalcin huyết thanh và chuyển hóa glucose ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 136
Relationship between serum osteocalcin and glucose metabolism in patients with type 2 diabetes
Ngô Đức Kỷ, Đoàn Văn Đệ, Đặng Hồng Hoa
37. **Đ**ánh giá hiệu quả của fosamax plus ở bệnh nhân loãng xương từ 40 tuổi trở lên tại Thành phố Vinh, Nghệ An 140
To evaluate the effects of fosamax plus in patients with osteporosis aged 40 years and older in Vinh City, Nghe An
Cao Trường Sinh
38. **C**ác yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện của các nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp tại khoa Hồi sức tích cực Nhi 143
Risk factors of common types of nosocomial infections in Pediatric Intensive Care unit
Hà Mạnh Tuấn
39. **G**iá trị và độ tin cậy của bảng hỏi tự đánh giá năng lực của bác sĩ cử tuyển tại trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên 147
Values and reliability of self-assessment capacity of nominated doctors at Thai Nguyen university of Medicine and Pharmacy
Trần Bảo Ngọc, Lê Ngọc Uyển, Nguyễn Tiến Dũng và cs
40. **P**hân tích đơn thuốc điều trị ngoại trú cho bệnh nhân có bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 năm 2017 151
Analysis of outpatient treatment for patients with health insurance at the 108 Central Military Hospital in 2017
Nguyễn Sơn Nam, Phạm Vĩnh Trường
41. **T**ỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi và kiến thức, thực hành của các bà mẹ về chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ tại xã Quỳnh Thanh, huyện Quỳnh Lưu, tỉnh Nghệ An 155
The malnutrition percentage among children under 5 and knowledge, practice of mothers on nutritional care for children in Quynh Thanh commune, Quynh Luu distric, Nghe An province
Hoàng Đình Tùng, Phạm Thị Dung
42. **V**ai trò tế bào gốc tự thân và tập vận động phối hợp trong điều trị bại não ở trẻ em 159
The role of stem cell transplantation combined with rehabilitation of motor function in the treatment of cerebral palsy at children
Trần Thanh Tú, Nguyễn Thanh Liêm, Vũ duy Chinh
43. **K**ết quả phẫu thuật điều trị máu tụ ngoài màng cứng do chấn thương tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang 163
Surgical result of epidural hematoma due to injury in Bac Giang province general Hospital
Nguyễn Văn Sơn, Đinh Thái Sơn,
Nguyễn Huy Ngọc, Đỗ Thị Thanh Toàn