



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi tư

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 3 - SỐ 2
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.tonghoiylhoc.vn

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

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

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

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CỦA CLVT TRONG ĐÁNH GIÁ XÂM LẤN VÀ DI CẢN CỦA U SAU PHÚC MẠC THƯỜNG 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:** Xác định giá trị của CLVT trong đánh giá xâm lấn thận, di căn hạch và di căn xa của u sau phúc mạc ở trẻ em. **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 mô tả - so sánh (đối chiếu kết quả CLVT với phẫu thuật). 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:** CLVT đánh giá u nguyên bào thần kinh xâm lấn quanh thận có độ nhạy 75,0%, độ đặc hiệu đạt giá trị 73,7%. Giá trị tiên đoán dương: 80,8%, Giá trị tiên đoán âm: 66,7%, Độ chính xác: 74,5%. CLVT trong đánh giá xâm lấn hạch của u nguyên bào thần kinh có độ nhạy 66,7%, độ đặc hiệu 95,5%. Giá trị tiên đoán dương: 50,0%, Giá trị tiên đoán âm: 97,7%, Độ chính xác: 93,6%. CLVT trong đánh giá xâm lấn hạch của u nguyên bào thần kinh có độ nhạy 93,0%; độ đặc hiệu: 100%, giá trị tiên đoán dương: 100%, giá trị tiên đoán âm: 66,7%, độ chính xác: 93,9%. CLVT đánh giá rất tốt các vị trí di căn xa. Tỷ lệ di căn xa của u nguyên bào thần kinh 6,4%, u nguyên bào thận 93,6%. **Kết luận:** Chụp CLVT các trường hợp u sau phúc mạc giúp đánh giá rất tốt xâm lấn thận, di căn hạch và di căn xa, góp phần chẩn đoán giai đoạn, định hướng điều trị và theo dõi sau điều trị.

Từ khóa: CLVT, u sau phúc mạc, trẻ em.

SUMMARY

ROLE OF CT IN DETECTION THE INVASION AND METASTASIS OF PRIMARY RETROPERITONEAL NEOPLASMS IN CHILDREN

Backgrounds: Retroperitoneal tumor is a type of tumor that develops in the peritoneal cavity. In which neuroblastoma and renal papillae are the most common. Imaging diagnosis 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 evaluation of neuroblastoma in children after chemotherapy. **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:** CT evaluates Wilms' tumor invasive kidney with the sensitivity of 75.0%, specificity 73.7%. Positive predictive value: 80.8%, Negative predictive value: 66.7%, Accuracy: 74.5%. CT evaluates Wilms tumor invasive lympho node with the sensitivity of 66.7%, specificity 95.5%. Positive predictive value: 50.0%, Negative predictive value: 97.7%, Accuracy: 93.6%. CT evaluates neuroblastoma invasive lympho node with the sensitivity 93.0%; Specificity: 100%, positive predictive value: 100%, negative predictive value: 66.7%, accuracy: 93.9%. CT is good in evaluation of distant metastatic sites with the rate in Wilms tumor were 6.4%, and neuroblastoma 93.6%. **Conclusion:** CT takes an important role in diagnosis of primary retroperitoneal neoplasms in children to detect the local invasion, nodal metastasis, and metastatic location, which contributes to the diagnostic stage, treatment orientation and postmortem follow-up

Keywords: Computer tomographic, 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 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 [3]. U nguyên bào 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 [4].

Đánh giá khối u 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

*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: huycdnhbachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/1/2018

Ngày phản biện khoa học: 21/2/2018

Ngày duyệt bài: 6/3/2018

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: Xác định giá trị của CLVT trong đánh giá xâm lấn thận, di căn hạch và di căn xa của u sau phúc mạc ở trẻ em.

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 dựa vào kết quả giải phẫu bệnh) tại BVNĐ2 từ 08/2013 đến 09/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu mô tả - so sánh:* so sánh các đặc điểm xâm lấn và di căn của u sau phúc mạc trên CLVT với kết quả phẫu thuật là tiêu chuẩn vàng, từ đó xác định độ nhạy, độ đặc hiệu của CLVT trong đánh giá xâm lấn và di căn của u sau phúc mạc.

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

- *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 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. So sánh, đối chiếu với kết quả phẫu thuật.

- *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. Giá trị CLVT trong đánh giá xâm lấn quanh thận của u nguyên bào thận.

Xâm lấn quanh thận		Phẫu thuật		
		Có	Không	Tổng số
CLVT	Có	21	5	26
	Không	7	14	21
	Tổng số	28	19	47

Nhận xét: CLVT đánh giá u nguyên bào thận xâm lấn quanh thận có độ nhạy 75,0%, độ đặc hiệu đạt giá trị 73,7%. Giá trị tiên đoán dương: 80,8%, Giá trị tiên đoán âm: 66,7%, Độ chính xác: 74,5%

Bảng 3.2. Giá trị CLVT trong đánh giá xâm lấn thận của u nguyên bào thần kinh

Xâm lấn thận	Số trường hợp (n=8)	Tỉ lệ %
Thận trái	4	50
Thận phải	3	37,5

Nhận xét: Có 8 trường hợp xâm lấn cấu trúc lân cận trên CLVT. Cấu trúc bị xâm lấn nhiều nhất là thận phải (4/8 trường hợp, chiếm 50%) và thận trái (3/8 trường hợp, chiếm 37,5%).

Bảng 3.3. Giá trị CLVT trong đánh giá xâm lấn hạch của u nguyên bào thận.

Xâm lấn hạch		Phẫu thuật		
		Có	Không	Tổng số
CLVT	Có	2	2	4
	Không	1	42	43
	Tổng số	3	44	47

Nhận xét: CLVT trong đánh giá xâm lấn hạch của u nguyên bào thận có độ nhạy 66,7%, độ đặc hiệu 95,5%. Giá trị tiên đoán dương: 50,0%, Giá trị tiên đoán âm: 97,7%, Độ chính xác: 93,6%.

Bảng 3.4. Giá trị CLVT trong đánh giá xâm lấn hạch của u nguyên bào thần kinh.

CLVT	Phẫu thuật	Có hạch	Không có hạch	Tổng cộng
	Có hạch	40	0	43
	Không có hạch	03	06	09
	Tổng cộng	43	06	49

Nhận xét: CLVT trong đánh giá xâm lấn hạch của u nguyên bào thần kinh có độ nhạy 93,0%; độ đặc hiệu: 100%, giá trị tiên đoán dương: 100%, giá trị tiên đoán âm: 66,7%, độ chính xác: 93,9%.

Bảng 3.5. Tỉ lệ di căn xa của u sau phúc mạc.

Di căn xa	Tổng số	Số trường hợp di căn	Tỉ lệ (%)
U nguyên bào thận	47	3	6,4
U nguyên bào thần kinh	49	24	93,6

Nhận xét: Phần lớn u nguyên bào thận không cho di căn xa, di căn xa chiếm tỉ lệ thấp khoảng 6,4%, trong khi đó tỉ lệ này của u nguyên bào thần kinh là 93,6%.

Bảng 3.6. Di căn u nguyên bào thần kinh trên CLVT

Vị trí di căn	Số trường hợp (n=24)	Tỉ lệ %
Xương	14	58,3
Gan	9	37,5
Mô mềm	8	33,3
Não – màng não	5	20,9

Phổi	1	4,2
Hốc mắt	1	4,2

Nhận xét: Di căn gặp trong 24/49 ca, chiếm 49%. Xương là cơ quan bị di căn nhiều nhất với 14/24 ca, chiếm 58,3%, (trên tổng số ca di căn), kể đến là gan, 09 ca chiếm 37,5%, mô mềm 08 ca, chiếm 33,3%, não - màng não 05 ca, chiếm 20,9%, phổi và hốc mắt 01 ca, chiếm 4,2%.

IV. BÀN LUẬN

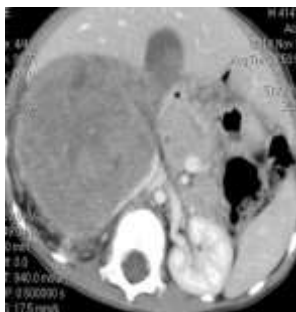
Xâm lấn quanh thận của u nguyên bào thận và xâm lấn thận của u nguyên bào thần kinh. Cắt lớp vi tính rất có giá trị trong đánh giá xâm lấn quanh thận của u nguyên bào thận [5]. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính và âm tính tương ứng lần lượt là 75,0%, 73,7%, 80,8% và 66,7%. Xâm lấn thận của u nguyên bào thần kinh thường hay gặp. Sở dĩ như vậy là do vị trí giải phẫu tuyến thượng thận cạnh sát thận. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy xâm lấn thận chiếm tỉ lệ 12,6%, thấp hơn một số nghiên cứu trong nước.

Xâm lấn hạch: Đánh giá xâm lấn hạch rất quan trọng trong tiên lượng thời gian sống sót của bệnh nhi, giúp định hướng điều trị thích hợp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy u nguyên bào thận có độ nhạy 66,7%, độ đặc hiệu 95,5%, giá trị dự báo dương tính 50,0%, giá trị dự báo âm tính 97,7% và độ chính xác 93,6%. Trong khi đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy u nguyên bào thần kinh có độ nhạy 93,0%, độ đặc hiệu 100%, giá trị dự báo dương tính 100%, giá trị dự báo âm tính 66,7% và độ chính xác 93,9%.

Di căn xa: Di căn xa của u nguyên bào thận chiếm tỉ lệ thấp 6,4%. Trong khi đó, di căn xa của u nguyên bào thần kinh chiếm tỉ lệ 49%, cao hơn rất nhiều so với di căn xa của u nguyên bào thận. Trong các di căn xa của u nguyên bào thần kinh, xương là cơ quan bị di căn nhiều nhất, chiếm tỉ lệ 58,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi di căn xa của u nguyên bào thần kinh cao hơn các tác giả Richard E (26,3%) [6] và Lê Thị Kim Ngọc (22,4%) [7]. Đánh giá di căn xa giúp tiên lượng và đưa ra phác đồ điều trị thích hợp.



UNBTK xâm lấn thận trái



UNB thận xâm lấn quanh thận



UNBTK di căn gan



UNBTK di căn não

V. KẾT LUẬN

CLVT đánh giá u nguyên bào thận xâm lấn quanh thận có độ nhạy 75,0%, độ đặc hiệu đạt giá trị 73,7%. Giá trị tiên đoán dương: 80,8%, Giá trị tiên đoán âm: 66,7%, Độ chính xác: 74,5%.

CLVT trong đánh giá xâm lấn hạch của u nguyên bào thận có độ nhạy 66,7%, độ đặc hiệu 95,5%. Giá trị tiên đoán dương: 50,0%, Giá trị tiên đoán âm: 97,7%, Độ chính xác: 93,6%.

CLVT trong đánh giá xâm lấn hạch của u nguyên bào thần kinh có độ nhạy 93,0%; độ đặc hiệu: 100%, giá trị tiên đoán dương: 100%, giá trị tiên đoán âm: 66,7%, độ chính xác: 93,9%.

CLVT đánh giá rất tốt các vị trí di căn xa. Tỉ lệ di căn xa của u nguyên bào thận 6,4%, u nguyên bào thần kinh 93,6%.

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. **Loneragan G. J, Schwab C. M, Suarez E. S, et al. (2002)**, "Neuroblastoma, ganglioneuroblastoma, and ganglioneuroma: radiologic-pathologic correlation". *Radiographics*, 22 (4), pp. 911-34.
4. **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.
5. **Kim C, Choi HJ, Cho KS (2014)**. "Diagnostic value of multidetector computed tomography for renal sinus fat invasion in renal cell carcinoma patients". *Eur J Radiol*, 83(6), pp.914.
6. **Richard E. L, Mervyn. D, Cohen M. B (1984)**, "Computed tomographic evaluation of Wilms tumor and Neuroblastoma". *Radiographics* 6, pp. 915-928.

7. **Lê Thị Kim Ngọc (2008)**, *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và cắt lớp vi tính u nguyên bào thần kinh sau phúc mạc ở trẻ em*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM TAI NẠN THƯƠNG TÍCH Ở BỆNH NHÂN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN C TỈNH THÁI NGUYÊN

Trịnh Xuân Đàn*, Hà Xuân Sơn*, Nguyễn Việt Quang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm tai nạn thương tích (TNTT) ở bệnh nhân đến khám điều trị tại Bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên từ tháng 05/2016 đến tháng 04/2017. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang, tiến hành tại Bệnh viện C Thái Nguyên. **Kết quả:** Phần lớn (71,5%) đối tượng nghiên cứu là nam giới; đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 15-39 chiếm cao nhất (54,0%); đối tượng nghiên cứu là công nhân chiếm 26,5%, nông dân chiếm 25,5%. Nguyên nhân: Trong số bệnh nhân bị TNTT, tai nạn giao thông (TNGT) chiếm tỉ lệ cao nhất 50,7%; tỉ lệ bệnh nhân bị tai nạn lao động (TNLD) là 15,6%; tỉ lệ bị ngã là 7,7%. Thời điểm: Tỉ lệ bệnh nhân bị TNTT theo thời điểm cao nhất từ 7-11h là 26,0% và từ 13-17h chiếm 25,2%. Phân loại chấn thương: trong số TNTT trên cơ thể, chấn thương sọ não gặp nhiều nhất 42,1%.

Từ khóa: Tai nạn thương tích, thực trạng, yếu tố liên quan, Bệnh viện C Thái Nguyên

SUMMARY

STATUS AND SOME RELATED FACTORS OF THE INJURY IN PATIENTS AT THAI NGUYEN PROVINCE HOSPITAL C

Objective: To describe the status of the injury in patients at Thai Nguyen Province Hospital C from May 2016 to April 2017. **Research method:** Cross-sectional descriptive research, conducted at Thai Nguyen Province Hospital C. **Result:** Most of subjects (71.5%) were male; percentage of age group 15 to 39 was the highest (54.0%), percentage of subjects who are workers were 26.5% and farmers were 25.5%. Cause of injury: in the patients of injury, road traffic injuries was highest with 50.7%; labor accidents was 15.6%. fall accidents was 7.7%. Time of injury: percentage of injury in patient by time from 7 to 11h (26.0%) and from 13 to 17h (25.2%) was highest. Type of injury: traumatic brain injuries were the highest (42.1%).

Key words: Injury, real situation, related factors, Thai Nguyen Province Hospital C

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TNTT là một vấn đề y tế công cộng ngày càng phát triển trên phạm vi toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), TNTT chiếm 11% gánh nặng bệnh tật toàn cầu, là một trong

những nguyên nhân nhập viện hàng đầu, là nguyên nhân chính gây tàn phế, làm mất khả năng sống tiềm tàng. Hiện nay ở Việt Nam, tình hình TNTT vẫn diễn biến phức tạp. Mỗi năm có trên 30.000 trường hợp tử vong do tai nạn thương tích, chiếm 11-12% tổng số tử vong toàn quốc. Trong đó, tai nạn giao thông là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, chiếm 43%. TNTT trẻ em và vị thành niên chiếm 23%. (*Báo cáo thống kê các trường hợp tử vong tại cộng đồng theo số A6/YTCS*). Ngoài ra, các nguyên nhân gây tử vong khác như bỏng, ngộ độc, ngã... vẫn phổ biến trong cộng đồng.

Bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên là bệnh viện loại I có 540 giường bệnh nằm trên địa bàn thành phố Sông Công thuộc tỉnh Thái Nguyên. Cùng với tình hình phát triển các khu công nghiệp nên hệ thống giao thông mở rộng và mật độ dân số gia tăng, số công nhân lao động phổ thông từ các vùng quê chưa qua các trường đào tạo nhiều, vì vậy những năm gần đây tình hình TNTT diễn biến phức tạp, số bệnh nhân TNTT đã vào Bệnh Viện C khám và điều trị tại khoa ngoại chấn thương ngày càng nhiều cụ thể theo thống kê của phòng kế hoạch qua 3 năm 2013 năm 2014 năm 2015 lần lượt là 2629 người, 2797 người, 3142 người [2-4]. Vậy thực trạng tai nạn thương tích ở bệnh nhân đến khám điều trị tại bệnh viện C Thái Nguyên hiện nay ra sao? Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tai nạn thương tích ở bệnh nhân khám và điều trị tại Bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên" nhằm đạt được mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm tai nạn thương tích ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên từ tháng 05/2016 đến tháng 04/2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân bị TNTT được đưa đến khám và điều trị tại Bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu
2.2.1. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 05/2016 đến tháng 04/2017.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả thiết kế cắt ngang

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
 Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Xuân Đàn
 Email: trinxuandan@gmail.com
 Ngày nhận bài: 7/2/2018
 Ngày phản biện khoa học: 5/3/2018
 Ngày duyệt bài: 22/3/2018

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỉ lệ:

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

Trong đó: n: số bệnh nhân cần nghiên cứu;
p = 0,5; $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số giới hạn tin cậy, với 95% $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; d = 0,05. Cỡ mẫu tính được n = 385, lấy thêm 5% ta có n = 404.

2.4.2. Cách chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

2.5. Công cụ: Công cụ thu thập số liệu định lượng được xây dựng bởi tác giả nghiên cứu và được thẩm định bởi các chuyên gia Y tế công cộng và chuyên gia Ngoại khoa.

2.6. Các chỉ số nghiên cứu

- Phân bố giới, tuổi, điều kiện kinh tế của đối tượng nghiên cứu

- Đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm xảy ra tai nạn thương tích của bệnh nhân

- Nguyên nhân tai nạn thương tích của bệnh nhân

- Thời gian bị tai nạn thương tích của bệnh nhân

- Phân loại tai nạn thương tích trên cơ thể

- Thời gian đến viện sau khi bị tai nạn thương tích

- Thời gian điều trị tai nạn thương tích ở bệnh nhân nhập viện

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được xử lý bằng phương pháp toán thống kê y học cơ bản (tính tỷ lệ %, tính giá trị trung bình); sử dụng phần mềm SPSS 21.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố giới, tuổi, điều kiện kinh tế của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	SL	%
Giới tính	Nam	289
	Nữ	115
Nhóm tuổi	< 15	66
	15 - 39	218
	40 - 59	85
	≥ 60	35
Điều kiện kinh tế	Nghèo	87
	Đủ ăn	317
Tổng	404	100,0

Phần lớn (71,5%) đối tượng nghiên cứu là nam giới. Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu là thuộc nhóm tuổi 15 - 39 chiếm cao nhất (54,0%); tiếp theo là nhóm từ 40 - 59 (21,0%). Tỉ lệ hộ có điều kiện kinh tế đủ ăn chiếm 78,5%.

Bảng 3.2. Đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Nghề nghiệp	SL	%
Còn nhỏ	41	10,1

Học sinh, sinh viên	57	14,1
Cán bộ công chức, bộ đội, công an	13	3,2
Công nhân	107	26,5
Nông dân	103	25,5
Lao động tự do, buôn bán	48	11,9
Nghề khác (cao tuổi, hưu trí, thất nghiệp...)	35	8,7
Tổng	404	100,0

Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu là công nhân chiếm 26,5%; nông dân chiếm 25,5%. Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu là học sinh chiếm 14,1% và còn nhỏ là 10,1%. Tỉ lệ người cao tuổi là 8,7%.

Bảng 3.3. Địa điểm xảy ra tai nạn thương tích của bệnh nhân

Địa điểm	SL	%
Tại gia đình	65	16,1
Trên đường đi	210	52,0
Tại trường học	11	2,7
Nơi làm việc	72	17,8
Nơi công cộng	46	11,4
Vườn/ruộng đồng	0	0,0
Tổng	404	100,0

Hơn một nửa (52,0%) bệnh nhân xảy ra TNTT trên đường đi; tỉ lệ xảy ra tại nhà là 16,1%; tại nơi làm việc 17,8%; tại nơi công cộng 11,4% và tại trường học 2,7%.

Bảng 3.4. Nguyên nhân tai nạn thương tích của bệnh nhân

Nguyên nhân	SL	%
TNGT	205	50,7
TNLD	63	15,6
Ngã	31	7,7
Bạo lực, xung đột	28	6,9
Khác	77	19,1
Tổng	404	100,0

Trong số bệnh nhân bị TNTT, TNGT chiếm tỉ lệ cao nhất 50,7%; tỉ lệ bệnh nhân bị TNLD là 15,6%; tỉ lệ bị ngã là 7,7%.

Bảng 3.5. Thời gian bị tai nạn thương tích của bệnh nhân

Thời gian	SL	%
Từ 5 - < 7 giờ	18	4,5
Từ 7 - < 11 giờ	105	26,0
Từ 11 - < 13 giờ	37	9,2
Từ 13 - < 17 giờ	102	25,2
Từ 17 - < 19 giờ	50	12,4
Từ 19 - < 21 giờ	46	11,4
Từ 21 - < 23 giờ	26	6,4
Từ 23 - < 5 giờ	16	4,0
Không nhớ	4	1,0
Tổng	404	100,0

Tỉ lệ bệnh nhân bị TNTT từ 7 - 11h là 26,0%; tiếp theo là từ 13 - 17h chiếm 25,2%; từ 17h00 - 19h00 là 12,4%.

Bảng 3.6. Phân loại tai nạn thương tích trên cơ thể

Chỉ số	SL	%
Gãy xương	59	14,6
Bong gân, trật khớp	14	3,5
Vết thương phần mềm	91	22,5
Vết thương cụt chi	5	1,2
Bỏng	24	5,9
Chấn thương sọ não	170	42,1
Chấn thương các cơ quan nội tạng	31	7,7
Ngạt thở	10	2,5
Tổng	404	100,0

Trong số TNTT trên cơ thể bệnh nhân, chấn thương sọ não gặp nhiều nhất 42,1%; tỉ lệ bệnh nhân bị vết thương phần mềm là 22,5%; tỉ lệ bị vết thương cụt chi là 1,2%.

Bảng 3.7. Thời gian đến viện sau khi bị tai nạn thương tích

Chỉ số	SL	%
< 30 phút	57	14,1
30 phút - 1 giờ	201	49,8
Từ > 1 - 3 giờ	62	15,3
Từ > 3 - 6 giờ	48	11,9
Từ > 6 - 24 giờ	32	7,9
Không nhớ	4	1,0
Tổng	404	100,0

Thời gian đến viện sau TNTT từ 30 phút - 1 giờ chiếm tỉ lệ cao nhất, 49,8%; Tỉ lệ đối tượng có thời gian đến viện sau TNTT từ > 6 - 24 giờ là 7,9%. Có 1,0% đối tượng không nhớ thời gian đến viện sau TNTT

Bảng 3.8. Thời gian điều trị tai nạn thương tích ở bệnh nhân nhập viện

Thời gian	SL	%
1 - 5 ngày	216	53,5
6 - 10 ngày	93	23,0
> 10 ngày	95	23,5
Ngày điều trị trung bình	7,01 ± 6,58	
Tổng	404	100,0

Tỉ lệ bệnh nhân nhập viện do tai nạn thương tích có số ngày nằm viện từ 1 - 5 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất, 53,3%; tiếp đến là > 10 ngày chiếm 23,5% và từ 6 - 10 ngày là 23,0%. Ngày điều trị trung bình là 7,01 ± 6,58.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, phần lớn bệnh nhân bị TNTT vào viện là nam giới chiếm 71,5%; Phân tích theo giới tính trên thể giới cho thấy, thương tích xảy ra ở nam giới gấp đôi so với nữ giới nhất là Châu Phi và Châu Âu. Nghiên cứu của Lê Thái Bình và cộng sự (2014) trên 2.100 hộ gia đình với 6993 đối tượng tại thị xã An Nhơn, tỉnh Bình Định có một số kết quả tỷ lệ nam giới mắc TNTT nhiều hơn nữ giới

(58,4% so với 41,6%) [5]. Tương tự như vậy nghiên cứu trên 1.111 trường hợp TNGT vào điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa Phổ Nổi trong một năm từ 01/6/2011 đến 01/6/2012 của tác giả Đỗ Văn Tá (2013) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam 68,23%, nữ 31,77, kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Chinh và Lê Ngọc Quang (2013) cũng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân nam là 66,1%, nữ là 33,9% bị TNTT. Tuổi trung bình là 37 tuổi, cao nhất là 92 tuổi, thấp nhất là 2 tuổi [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm tuổi 15 - 39 chiếm cao nhất (54,0%). Điều này có thể lý giải do nhóm người trong lứa tuổi từ 15 đến 39 tuổi là nhóm dân số trẻ, là lực lượng lao động chính của gia đình và xã hội vì vậy tần suất tham gia các hoạt động nói chung và hoạt động lao động sản xuất cao hơn so với các nhóm tuổi khác, cho nên khả năng bị TNTT nhiều hơn và có thể có những hậu quả nặng nề hơn về mặt tinh thần cũng như về kinh tế cho gia đình và xã hội.

Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu là công nhân chiếm 26,5%; nông dân chiếm 25,5%. Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu là học sinh chiếm 14,1% và còn nhỏ là 10,1%. Tỉ lệ người cao tuổi là 8,7%. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Chinh và Lê Ngọc Quang cũng cho thấy nhóm công nhân, viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất 75 trường hợp (chiếm 26,0%); làm ruộng có 48 trường hợp chiếm 16,6% [7].

Hơn một nửa (52,0%) bệnh nhân xảy ra TNTT trên đường đi; tỉ lệ xảy ra tại nhà là 16,1%; tại nơi làm việc 17,8%; tại nơi công cộng 11,4% và tại trường học 2,7%. Hiện nay tỷ lệ tai nạn thương tích do nguyên nhân tai nạn giao thông khá cao, ước tính đến năm 2015 có khoảng 1,2 triệu người chết mỗi năm trên đường bộ với nguyên nhân tai nạn giao thông.

Trong số bệnh nhân bị TNTT, TNGT chiếm tỉ lệ cao nhất 50,7%; tỉ lệ bệnh nhân bị TNLD là 15,6%; tỉ lệ bị ngã là 7,7%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Chinh và Lê Ngọc Quang (2013) với 5 nhóm nguyên nhân chính nhập viện điều trị tại thời điểm nghiên cứu: TNGT, TNLD, bạo lực/xung đột, ngã, ngộ độc. Trong đó chủ yếu là TNGT 139 trường hợp (48,1%), sau đó là ngã 95 trường hợp (32,9%). Thời gian nằm viện trung bình là 4,9 ngày, nhiều nhất là 24 ngày và ít nhất là 1 ngày [7]. Tỉ lệ bệnh nhân bị TNTT từ 7-11h là 26,0%; tiếp theo là từ 13-17h chiếm 25,2%; đây là những khoảng thời gian diễn ra các hoạt động của con người nhiều nhất vì vậy cũng là thời điểm xảy ra TNTT. Các thời điểm xảy ra tai nạn thương tích cũng phù

hợp với đặc điểm của các nguyên nhân TNTT.

Trong số TNTT trên cơ thể bệnh nhân, chấn thương sọ não gặp nhiều nhất 42,1%; tỉ lệ bệnh nhân bị vết thương phần mềm là 22,5%; tỉ lệ bị vết thương cụt chi là 1,2%. Điều này có thể giải thích do TNTT chủ yếu ở đây là TNGT mà đa số các trường hợp đều không mang mũ bảo hiểm.

Thời gian đến viện sau TNTT từ 30 phút -1 giờ chiếm tỉ lệ cao nhất, 49,8%; Tỷ lệ này khá cao, việc đa bệnh nhân đến cơ sở y tế sớm là yếu tố quan trọng trong việc cấp cứu, điều trị cho bệnh nhân. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Chinh và cộng sự cho thấy có tới 94,8% mất dưới 30 phút thời gian vận chuyển bệnh nhân tới viện. Tỉ lệ bệnh nhân nhập viện do tai nạn thương tích có số ngày nằm viện từ 1 – 5 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất, 53,3%; tiếp đến là > 10 ngày chiếm 23,5% và từ 6 – 10 ngày là 23,0%. Ngày điều trị trung bình là $7,01 \pm 6,58$.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm chung: Phần lớn (71,5%) đối tượng nghiên cứu là nam giới. Đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 15 - 39 chiếm cao nhất (54,0%). Đối tượng nghiên cứu là công nhân chiếm 26,5%; nông dân chiếm 25,5%.

Nguyên nhân: Trong số bệnh nhân bị TNTT, TNGT chiếm tỉ lệ cao nhất 50,7%; tỉ lệ bệnh nhân bị TNLĐ là 15,6%; tỉ lệ bị ngã là 7,7%.

Thời điểm: Tỉ lệ bệnh nhân bị TNTT nhiều nhất là từ 7-11h (26,0%) và từ 13-17h (25,2%).

Phân loại vị trí chấn thương: Trong số TNTT trên cơ thể bệnh nhân, chấn thương sọ não gặp nhiều nhất 42,1%; tỉ lệ bệnh nhân bị vết thương phần mềm là 22,5%; tỉ lệ bị vết thương cụt chi là thấp nhất với 1,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đàng Tấn An và Đàng Văn Chính (2014).** Tỷ lệ chấn thương do TNGT đường bộ và kết quả điều trị tại bệnh viện tỉnh Ninh Thuận năm 2011. *Y học TP.Hồ Chí Minh*, 6, 126-133.
2. **Bệnh viện C Thái Nguyên (2013).** Báo cáo thống kê tai nạn, thương tích năm 2013, Thái Nguyên.
3. **Bệnh viện C Thái Nguyên (2014).** Báo cáo thống kê tai nạn, thương tích năm 2014, Thái Nguyên.
4. **Bệnh viện C Thái Nguyên (2015).** Báo cáo thống kê tai nạn, thương tích năm 2015, Thái Nguyên.
5. **Lê Thái Bình, Nguyễn Minh Tuấn và Bùi Thị Bích Hà (2012).** Nghiên cứu tình hình tai nạn thương tích tại thị xã An Nhơn tỉnh Bình Định năm 2012, *Sở Y tế Bình Định*.
6. **Nguyễn Đức Chính, Phạm Hải Bằng, Cao Độc Lập và cộng sự (2008).** Một số nhận xét tình hình chấn thương sọ não tại bệnh viện Việt Đức sau khi thực hiện luật đội mũ bảo hiểm tại Việt Nam trong 8 tháng từ 2007-2008.
7. **Nguyễn Thị Chinh và Lê Ngọc Quang (2013).** Thực trạng tai nạn thương tích của các trường hợp nhập viện và điều trị tại bệnh viện Đức Giang năm 2013. *Tạp chí Y học thực hành*, 879 (9), 55-60.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG RÁC THẢI VÀ XỬ LÝ RÁC THẢI TẠI TỈNH GIA LAI NĂM 2014

Nguyễn Ngọc Toàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu thực trạng rác thải và xử lý rác thải tại Gia Lai năm 2014. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả cắt ngang có phân tích thực trạng rác thải và xử lý rác thải sinh hoạt, nông nghiệp và làng nghề tại Gia Lai. **Kết quả:** Rác thải phát thải tại Gia Lai chủ yếu là rác thải sinh hoạt, rác thải nông nghiệp, rác thải từ các làng nghề. Lượng rác thải phát thải trung bình là 0,59 kg/ngày/hộ. 90% chất thải nguy hại như vỏ thuốc bảo vệ thực vật chưa được xử lý. **Kết luận:** Công tác xử lý chất thải, đặc biệt là chất thải sinh hoạt, chất thải nông nghiệp và rác thải làng nghề của tỉnh Gia Lai hầu như chưa được xử lý.

Từ khóa: Rác thải, xử lý, Gia Lai, 2014.

*Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Toàn

Email: toannnguyenvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/1/2018

Ngày phản biện khoa học: 20/2/2018

Ngày duyệt bài: 8/3/2018

SUMMARY

STUDY THE STATUS OF WASTE AND WASTE DISPOSAL IN GIA LAI PROVINCE IN 2014

Objective: Study the status of waste and waste disposal in Gialai province in 2014. **Subjects and methods:** Cross sectional analysis of the status of domestic waste, agricultural waste and garbage from trade villages in Gialai. **Results:** Garbage discharges are mainly domestic waste, agricultural waste and garbage from trade villages in Gia Lai. The average amount of waste is 0.59 kg / day / household. 90% of hazardous waste such as pesticide shells were unprocessed. **Conclusion:** The disposal of waste is almost untreated in Gia Lai province, especially on domestic waste, agricultural waste and trade waste.

Keywords: Waste, disposal, Gialai, 2014

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây với sự phát triển của kinh tế, đặc biệt là công cuộc Công nghiệp hóa - Hiện đại hóa nông thôn thì tỉnh Gia Lai đã

có nhiều thay đổi, sự thay đổi rõ rệt nhất chính là bộ mặt nông thôn đang ngày một đổi thay, đời sống người dân được nâng cao [1]. Đi cùng với sự thay đổi đó là những vấn đề liên quan đến sự gia tăng của rác thải. Trước đây về mặt độ dân số, mức sống của người dân thấp nên lượng rác thải còn ít và dễ xử lý. Nhưng hiện nay, để phục vụ dân sinh, nhiều loại giấy, hộp đóng gói được làm chủ yếu bằng ni lông, nhựa, thiếc đã làm thay đổi phong cách tiêu dùng và tập quán của người dân. Kèm theo thói quen đó là lượng rác thải ra ngày càng nhiều [5]. Những điều này đã ảnh hưởng trực tiếp tới môi trường sống của người dân tại các khu vực thành thị cũng như nông thôn, miền núi. Để có cơ sở đề ra các chính sách quản lý môi trường, sức khỏe khu vực Tây Nguyên nói chung, tỉnh Gia Lai nói riêng, nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng rác thải và xử lý rác thải tại tỉnh Gia Lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Các hộ dân khu vực nông thôn và thành thị tại Gia Lai.
- Thời gian nghiên cứu: 1/2014-12/2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

2.2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

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

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

Tính được cỡ mẫu cần nghiên cứu là $n = 1090$ (hộ gia đình).

2.2.2.2. Chọn mẫu

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

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

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

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

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

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

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

- **Phỏng vấn sâu các đối tượng:** Từng người được phỏng vấn riêng rẽ và độc lập. Nội dung phỏng vấn đã được gợi ý sẵn trong một phiếu để định hướng cho người phỏng vấn.

- **Cán rác tại hộ gia đình:** Tại mỗi tỉnh, chọn ngẫu nhiên một hộ gia đình sau đó chọn tiếp cho đủ 40 hộ gia đình liên tiếp để tiến hành can tất cả các loại rác do hộ gia đình thải ra trong ngày (24 giờ), liên tục trong 10 ngày.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung nguồn rác trên địa bàn tỉnh Gia Lai

Bảng 3.1. Đặc điểm chung nguồn rác trên địa bàn

STT	Đơn vị	Đặc điểm sản xuất	Loại chất thải
1	Hộ gia đình	Dịch vụ, sinh hoạt	Rác thải sinh hoạt
2	Cửa hàng (đại lý)	Kinh doanh dịch vụ	Rác thải sinh hoạt
3	Cơ quan hành chính	Văn phòng	Rác thải sinh hoạt
4	Chợ	Buôn bán	Rác thải sinh hoạt
5	Trường học	Hoạt động học tập	Rác thải sinh hoạt
6	Nông trường	Nông nghiệp	Rác thải nông nghiệp

8	Xưởng nề, rèn	Làm nghề	Rác thải ngành nghề
9	Doanh nghiệp	Dịch vụ	Rác thải ngành nghề
11	Cơ sở y tế	Chăm sóc sức khỏe	Rác thải nguy hại
12	Cơ sở sản xuất khác	Làm nghề	Rác thải ngành nghề

Gia Lai là một tỉnh làm nông lâm nghiệp, với các loại cây trồng chủ yếu như Mía, Cao su, Lúa, Ngô, Sắn, cây ăn quả. Ngoài các loại rác thải truyền thống từ nông lâm nghiệp, trong những năm trở lại đây một lượng lớn rác thải nguy hại ngày một gia tăng ảnh hưởng trực tiếp đến đời sống nhân dân (thuốc bảo vệ thực vật, rác thải công nghiệp và ngành nghề). Trong khi đó, kiểm soát các rác thải độc hại này không được sự quản lý đúng mức của các cơ quan hữu trách, người dân ít có ý thức về vấn đề này.

3.2. Tình hình chung về rác thải của các hộ dân

Bảng 3.2. Đánh giá chung về vật dụng đựng rác của hộ điều tra

STT	Loại vật dụng	Tỷ lệ(%)
1	Bao tải (vỏ bao bì xi măng, bao phân bón...)	28,33
2	Xô, chậu nhựa	0
3	Sọt đan bằng tre, nứa	13,33
4	Không có loại vật dụng nào	58,34
Tổng		100

Trong đó có 28,33% số hộ sử dụng bao tải (là các vỏ bao bì xi măng, phân bón...) để chứa rác trong gia đình, các vật liệu này thường nhẹ, tương đối bền, sức chứa lớn, di chuyển dễ dàng, có thể dùng một hoặc nhiều lần. Nhận thấy cần phải khuyến khích người dân sử dụng loại vật dụng này vì sự tiện lợi mà nó đưa lại.

Có 13,33% số hộ dân sử dụng sọt đan bằng tre nứa để chứa rác trong gia đình, các vật liệu này thường nhẹ, độ bền tương đối, sức chứa lớn, di chuyển dễ, có thể dùng nhiều lần. Đây là loại vật dụng lý tưởng đựng rác ở hộ gia đình vì các tính năng của nó.

Còn có 58,34% số hộ không có vật dụng đựng rác. Điều này cho thấy một thực trạng trong quản lý rác thải nông thôn đó là người dân không quan tâm trong việc vứt xả rác, chưa có ý thức cao về công tác quản lý rác thải ở ngay khâu đầu tiên đó là thu gom rác.

3.3. Loại rác thải và lượng rác thải trên địa bàn

Bảng 3.3. Lượng rác thải sinh hoạt trên địa bàn

STT	Địa phương	Đơn vị tính	Số lượng (kg)
1	TP.Pleiku	Kg/hộ/ngày đêm	0,68
3	Chư Păh	Kg/hộ/ngày đêm	0,50
4	Chư	Kg/hộ/ngày đêm	0,60
5	Prông	Kg/hộ/ngày đêm	0,65
6	Chư Sê	Kg/hộ/ngày đêm	0,58
	Đắk Đoa	Kg/hộ/ngày đêm	0,58
	Trung bình	Kg/hộ/ngày đêm	0,59

Khi điều tra với câu hỏi "Lượng rác thải sinh hoạt nhà bác thải ra trên một ngày là bao nhiêu (kg)", đa số hộ dân đều lung túng về số lượng rác thải. Song nếu tính trên tổng khối lượng rác thải ra trên một tuần thì chúng tôi thu được con số là 3,15 – 5 kg/tuần, tức 0,45 – 0,71 kg/ ngày. Đây là con số trung bình dựa trên số liệu tổng hợp của nhiều hộ dân. Tính trung bình mẫu thì lượng rác thải ra trên một ngày của hộ dân trên địa bàn nghiên cứu là 0,59 kg/ngày. Tại các hộ dân xa trung tâm, xa chợ, lượng rác thải chênh lệch giữa các ngày bình thường và ngày có phiên chợ là tương đối lớn. Ngày bình thường rác thải ra khoảng 0,2 – 0,3 kg/ngày, ngày có phiên chợ thì lượng rác thải lại tăng lên từ 0,7 – 0,8kg/ ngày.

Bảng 3.4. Phân loại rác thải nông nghiệp và cách xử lý

Ngành	Loại rác thải	Cách xử lý	
		Cách làm	Số hộ làm/số hộ điều tra
Trồng trọt	Vỏ chai lọ thuốc BVTV, vỏ bao bì phân bón, sản phẩm thừa từ cây trồng nói chung	Chưa có cách xử lý cụ thể, vứt tự nhiên.	90 %
		Sản phẩm nông nghiệp thừa được tận dụng.	100%
Chăn nuôi	Phân, nước thải, vỏ bao bì thức ăn, vỏ trứng, lông vũ, xác chết gia súc gia cầm	Đào hố chứa để lộ thiên, không che đậy	70%
		Đào hố ủ, xây hầm bioga	30%
		Đốt với xác chết, đào hố rắc vôi bột, chôn lấp	100%

Có 90% số hộ điều tra chưa có cách xử lý vỏ chai lọ thuốc BVTV, chỉ có 10% số hộ còn lại xử lý nhưng cũng chỉ là ở mức rất thô sơ. Thực tế là vỏ chai, lọ thuốc BVTV được bỏ tùy tiện trên ruộng đồng.

Có 100% sản phẩm nông nghiệp được tận dụng lại; Đó là các loại rơm rạ, rau củ thừa cho trâu, bò, lợn, gà ăn, phơi làm củ đun nấu. Điều này ở nông thôn được người dân tận dụng rất tốt, một phần do truyền thống lâu đời hình thành nên cách sống, một phần do điều kiện kinh tế tạo nên.

Có 70% đào hố chứa phân, nước thải nhưng lại để lộ thiên, không có bất cứ gì che đậy. Đây là thực trạng thường thấy ở nông thôn, đa số người dân làm chuồng cho gia súc, gia cầm và các chất thải của chúng được cho ra ngay bên cạnh chuồng, cứ thế ngày qua ngày những chất thải này được môi trường phân huỷ và người dân lấy đó làm nguồn phân bón cho đồng ruộng. Xong điều đáng nói ở đây là những chất thải này để lâu ngày gây ra rất nhiều ô nhiễm như mùi hôi thối, nước thải ngấm vào nguồn nước nhất là kh trời mưa.

Có 30% đào hố ủ, xây hầm Bioga, con số này chỉ vài năm gần đây và có xu hướng tăng lên do kinh tế ngày một phát triển, quy mô chăn nuôi của người dân tăng lên, nhu cầu sử dụng chất đốt cũng tăng...

Có 100% xử lý xác gia súc gia cầm chết bằng các biện pháp đào hố có lót vôi bột cho xác chết xuống sau đó rắc thêm một lớp vôi nữa rồi mới chôn chặt. Công việc này được thực hiện ngay trong thời điểm bị dịch bệnh ở gia súc gia cầm.

Như vậy có thể thấy, đối với những loại rác thải nguy hại đa số hộ dân chưa có hướng xử lý cụ thể. Điều này phản ánh sự yếu kém trong công tác quản lý rác thải nông thôn cũng như ý thức của đại đa số người dân thuộc địa bàn khảo sát còn thấp đối với xử lý rác thải.

Chăn nuôi trâu bò với tổng đàn là 18.600 con. Với lượng Trâu bò này sẽ thải ra lượng phân hàng ngày là khá lớn. Lượng phân này hầu như được bà con nông dân sử dụng làm phân bón. Tuy nhiên do cách thu gom và xử lý còn kém đó là các hố phân lộ thiên, không đảm bảo việc chứa ủ phân nên cũng gây ảnh hưởng ít nhiều đến môi trường về mặt cảnh quan, không khí.

Đàn gia cầm và thủy cầm là 160.194 con, chất thải một phần được sử dụng làm phân bón. Song, với đàn thủy cầm chủ yếu là vịt và ngan thì nguồn chất thải lại gây ô nhiễm nguồn nước mặt. Việc sử dụng diện tích mặt nước hạn chế trên địa bàn cho chăn nuôi đã làm cho hầu hết các diện tích mặt nước này đều bị ô nhiễm.

Thực tế tại các tỉnh thành cho thấy xử lý chất thải nông nghiệp vẫn đang là tồn tại lớn, nguy cơ ô nhiễm môi trường rất cao. Kết quả điều tra hiện trạng quản lý môi trường trong chăn nuôi tại 6 tỉnh Thái Nguyên, Hà Nội, Bắc Giang, Bắc Ninh, Hải Dương và Hà Nam (2012) cho thấy, chăn nuôi hộ gia đình chiếm 91,6%, trang trại chiếm 8,3%, chăn nuôi tập trung công nghiệp chỉ có 0,001%; Tỷ lệ chất thải chăn nuôi được xử lý ước tính đối với phân gia súc là 52%, nước thải gia súc 61,1%, phân gia cầm khoảng 23,3% [4]. Tại các khu vực nông thôn, việc xử lý chất thải mới chỉ đạt 40-50%, trong đó, riêng khu vực Tây Nguyên mới chỉ khoảng 6% [5].

Bảng 3.5. Một số loại rác thải ngành nghề

STT	Loại ngành nghề	Loại rác	Cách xử lý	
			Cách làm	Tỷ lệ % hộ làm theo
1	Mây tre đan	Cật, phơi tre, nứa	- Đốt - Làm củ nấu	0 100
2	Làm bánh tráng	Bột bánh, than củi, rác sinh hoạt	- Đổ đồng, sau đó đốt	100
3	Làm bánh gai	Lá chuối, bột bánh, rác sinh hoạt	- Đổ đồng, sau đó đốt	100
4	Lò mổ	Lông, móng, máu, phân, nước thải	- Thải ra cống rãnh, ra đồng - Hầm ủ	100 0
5	Làm nem giò	Lá chuối, lá rong	Đổ đồng sau đó đốt	100
6	Sửa chữa	Que hàn, sắt vụn	- Đổ đồng - Chôn lấp	100 0
7	Làm gạch, vôi	Sỉ than, khói bụi, đất đá	- Đổ ra vườn, ra đường	100
8	Xay sát	Vỏ trấu, bụi cám	- Đun nấu - Rãi cho gia cầm ở	75 25
9	Hàng quán	Bao bì, túi ni lông, rác	- Đổ đồng sau đó đốt	100

	thải sinh hoạt	
--	----------------	--

Do sự phát triển của kinh tế, dẫn đến các cơ sở làm nghề này từ quy mô hộ gia đình họ sẽ mở rộng thêm quy mô sản xuất, cho thêm nhiều cơ sở sản xuất và sự tăng lên về quy mô của các hộ làm theo là không thể tránh khỏi. Đây chính là tiền đề để cho các làng nghề hình thành. Với loại rác thải ra là rất đa dạng, từ rác thải hữu cơ dễ xử lý như lá chuối, lá rong, bột bánh, vỏ trấu, rác thải sinh hoạt. Đối với các loại rác thải này thì việc xử lý chủ yếu là tập trung thành đồng, tự đốt. Một bộ phận khác tự thải ra môi trường hoặc hầm sinh học. Đối với các loại rác thải nguy hại, khó phân hủy như bao bì, vỏ ni long, que hàn, sắt thép vụn... là rất khó xử lý. Số liệu điều tra cho thấy 100% số hộ dân làm lĩnh vực này mới chỉ dừng lại ở việc gom rồi đổ đồng như rác thải sinh hoạt, chưa hề có một cách xử lý nào đúng quy cách. Chính những điều này gây nên những tác hại hết sức to lớn, nó ảnh hưởng trực tiếp đến đời sống của người dân. Nhìn chung, tỉ lệ chất thải làng nghề chưa được thu gom, vận chuyển và xử lý đạt tỉ lệ chung của cả nước 40-50% vào năm 2015, định hướng đạt 70-80% vào năm 2020 [6].

V. KẾT LUẬN

Rác thải phát thải tại Gia Lai chủ yếu là rác thải sinh hoạt, rác thải nông nghiệp, rác thải từ

các làng nghề. Lượng rác thải phát thải trung bình là 0,59 kg/ngày/hộ.

Công tác thu gom và xử lý chất thải, đặc biệt là chất thải sinh hoạt, chất thải nông nghiệp và rác thải làng nghề của tỉnh Gia Lai hầu như chưa được xử lý, chủ yếu là để phân hủy tự nhiên, dồn đồng và tự đốt. 90% chất thải nguy hại như vỏ thuốc bảo vệ thực vật chưa được xử lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Địa lý y tế** quân sự tỉnh Gia Lai năm 2010.
2. **Tổng điều tra dân số và nhà ở** Việt Nam năm 2009 (2010). Nxb Thống kê. Hà Nội.
3. **Lê Thị Thanh Hương, Trần Khánh Long**, Phùng Xuân Sơn, Nguyễn Thanh Hà, Lê Văn Chính, Nguyễn Thị Liên Hương (2016) Quan niệm về nguy cơ sức khỏe môi trường của cộng đồng dân cư thuộc ba xã tại huyện Long Thành, Đồng Nai năm 2012. Tạp chí y học dự phòng (26) (184).
4. **Vũ Thị Thanh Hương, Vũ Quốc Chính**, Nguyễn Thị Hà Châu, Lê Văn Cư (2013) Kết quả nghiên cứu thực trạng và các giải pháp quản lý môi trường trong chăn nuôi hộ gia đình và trang trại nhỏ ở một số tỉnh miền Bắc. Tạp chí Khoa học và Công nghệ thủy lợi, (18): 1-7.
5. **Dương Xuân Diệp (2005)** Quản lý chất thải rắn ở Việt Nam: thực trạng, bất cập chính sách và một số định hướng cho luật BVMT sửa đổi. Hội thảo góp ý sửa đổi luật BVMT 2005.
6. **Quyết định số 2149/2009/QĐ-TTg** ngày 17/12/2009 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược quốc gia về quản lý tổng hợp chất thải rắn đến năm 2025, tầm nhìn đến năm 2050.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC DO VIÊM RUỘT THỪA Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN VIỆT- ĐỨC

Nguyễn Việt Hoa¹, Nguyễn Việt Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu các đặc điểm chẩn đoán viêm phúc mạc do viêm ruột thừa ở trẻ em và kết quả điều trị bằng phẫu thuật nội soi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 53 trường hợp được chẩn đoán viêm phúc mạc do viêm ruột thừa (VFMRT) và điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Việt-Đức từ 1/1/2013 đến 31/12/2014. **Kết quả:** Tuổi phẫu thuật trung bình là 10,17± 4,25 tuổi. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện trung bình là 2,87±1,83 ngày. Có 27 (50.94%) bệnh nhân chẩn đoán là các bệnh khác và được điều trị nội khoa trước khi đến viện. Chẩn đoán trong mổ viêm phúc

mạc khu trú do viêm ruột thừa vỡ tạo thành áp xe ruột thừa 36 bệnh nhân (67,92%), viêm phúc mạc toàn thể là 17 bệnh nhân (32,08%). Vị trí ruột thừa bất thường gặp ở 22 bệnh nhân (41,51%). Phẫu thuật nội soi đặt 3 trocar cho 48 bệnh nhân (90.57%), thời gian phẫu thuật trung bình 70,53±20,23phút. Chuyển mổ mở đường giữa 5 bệnh nhân (9,43%). Tỉ lệ gặp biến chứng sớm sau phẫu thuật là áp xe tồn dư có 11 bệnh nhân (20,75%) và đều được điều trị nội khoa. Thời gian điều trị trung bình là 6,14 ± 3,34 ngày. **Kết luận:** vị trí bất thường của viêm ruột thừa là yếu tố khó khăn gây chẩn đoán muộn. Ở trẻ em điều trị viêm phúc mạc ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi cho kết quả tốt.

Từ khóa: Viêm ruột thừa, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC SURGERY OF PERITONEAL APPENDICITIS IN CHILDREN

Objective: To evaluate some factors which affect to the diagnosis and treatment by laparoscopic surgery of

¹Bệnh viện Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hoa

Email: nvhoa96@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2018

Ngày duyệt bài: 14.3.2018

peritoneal appendicitis in children. **Material and method:** 53 childrens diagnosed an peritoneal appendicitis between January 2013 and decembre 2014. This was a retrospective study utilizing the clinical, para-clinical data and the result of short-course observation's data in the document. **Result:** The mean age of patient was $10,17 \pm 4,25$ year old; the duration from the appearance of sign and symptome to the hospitalisation was $2,87 \pm 1,83$ days. 27 cases (50,94%) were diagnosed the different diseases and treated with the medicaments before hospitalisation. Abscessed appendicitis performed 36 cases (67,92%) and 17 cases (32,08%) with peritoneal appendicitis. The unusual position of the appendix was 22 cases (41,51%). Laparoscopic surgery in treatment for 48 cases (90,57%), rate of conversion to open surgery was 5 cases (9,47%), mean operating time $70,53 \pm 20,23$ minutes The postoperative complications with 9 cases (21,42%) had the persistent abscess and was under medical treatment. The mean time of treatment is $6,14 \pm 3,34$ days. **Conclusion:** The diagnosis of appendicitis in children is a challenge due to the unusual position of the appendix. Laparoscopic surgery in the treatment of peritoneal appendicitis for children is good results.

Keywords: Appendicitis, Laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa là cấp cứu ngoại khoa thường gặp ở trẻ em, nếu không được mổ kịp thời rất hiếm khi tự khỏi mà thường vỡ ra thành viêm phúc mạc. Chẩn đoán viêm ruột thừa không khó, tuy nhiên chẩn đoán chắc chắn viêm ruột thừa ở trẻ em khi đánh giá lần đầu⁽³⁾ chỉ đạt được từ 50-70% dẫn đến chẩn đoán muộn khi đã có biến chứng như:

- Áp xe ruột thừa (viêm phúc mạc khu trú): là tình trạng viêm ruột thừa đã vỡ nhưng được mạc nối lớn và các quai ruột bọc lại hoặc do đám quánh ruột thừa tiến triển trở thành áp xe hóa, tạo thành khối chứa mủ, phần ổ bụng còn lại thì sạch

- Viêm phúc mạc toàn thể do viêm ruột thừa: ổ bụng bầy, nhiều dịch đục, giả mạc

Tỉ lệ có biến chứng của viêm ruột thừa ở trẻ < 5 tuổi là hơn 82%. Vai trò của phẫu thuật nội trong trường hợp viêm phúc mạc ruột thừa (VFMRT) ở trẻ em vẫn còn nhiều quan điểm khác

nhau, phụ thuộc vào khả năng của phẫu thuật viên và điều kiện gây mê hồi sức. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị VFMRT ở trẻ em tại bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bao gồm những bệnh nhân dưới 16 tuổi, không phân biệt giới tính, chẩn đoán xác định là viêm phúc mạc ruột thừa và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Việt- Đức từ ngày 1 tháng 1 năm 2013 đến 31 tháng 12 năm 2014.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chẩn đoán trong mổ không phải là VFMRT.

- Không có đầy đủ các dữ liệu để nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả

Cỡ mẫu: chọn tất cả bệnh nhân có đầy đủ các dữ liệu.

Cách tiến hành: những bệnh án thỏa mãn tiêu chí chọn bệnh được đưa vào ghi nhận theo bảng thu thập số liệu có sẵn. Chẩn đoán trong mổ là VFMRT^(6,7)

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 1/1/2013 đến 31/12/2014 có 53 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sau phẫu thuật VFMRT.

3.1. Đặc điểm lâm sàng:

- Tuổi.

Bảng 3.1. Tuổi điều trị viêm ruột thừa cấp có biến chứng

	Áp xe	VPM toàn thể	N (%)
3-≤ 5 tuổi	6	1	7(13,21)
6 – 9 tuổi	10	10	20(37,74)
10-16 tuổi	20	6	26(49,06)
N (%)	36(67,92)	17(32,08)	53

Tuổi phẫu thuật trung bình là $10,17 \pm 4,25$, không gặp trẻ < 3 tuổi

- Giới: Tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái = 28/25 trẻ = 1,21, không có sự khác biệt giữa trẻ trai và trẻ gái với ($p < 0,05$).

- Chẩn đoán và điều trị trước khi đến viện Việt- Đức

Bảng 3.2. Chẩn đoán và điều trị trước khi đến bệnh viện Việt- Đức

Điều trị	Chẩn đoán trước khi đến viện					N
	Chưa CD	RLTH	Viêm phổi	Viêm hạch	VRT	
Chưa ĐT	24	0	0	0	2	26
Kháng sinh	0	2	1	4	0	7
KS, hạ sốt	0	2	0	0	0	2
Hạ sốt	1	0	0	0	0	1
Men TH	0	16	0	0	0	16
Tẩy giun	0	0	0	1	0	1

N(%)	25(47,17)	20(37,74)	1(1,89)	5(9,43)	2(3,77)	53
------	-----------	-----------	---------	---------	---------	----

Bảng 3.3. So sánh nhóm có chẩn đoán và điều trị với nhóm không được chẩn đoán

Chẩn đoán	VFM	Ap xe RT	OR(CI 95%)	p
Bệnh khác và điều trị	10	16	1,79	0,33
Chưa chẩn đoán	7	20		

- Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên tới khi đến viện

Bảng 3.4. Thời gian từ khi có triệu chứng tới khi đến viện

Thời gian	Số lượng BN	%
≤ 24h	4	7,55
25- 48h	13	24,53
49- 72h	13	24,53
73- 96h	11	20,75
>96h	12	22,64

Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi vào viện trung bình: $2,87 \pm 1,83$ ngày

- Triệu chứng lâm sàng:

Bảng 3.5. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Ap xe RT	VFM	N(%)
Sốt	25	14	39(73,58)
Nôn	18	12	30(56,6)
ỉa chảy	8	3	13(24,53)
Táo bón	9	1	10(18,87)
Bí trung tiện	5	6	11(20,75)
Đau bụng	36	17	53(100)
Chướng bụng	16	11	27(50,94)
PUTB	35	17	52(98,11)
Mar-Burney(+)	31	15	46(86,79)
Cổ cứng TB	6	5	11(20,75)
CÚPM	4	10	14(26,42)
Sờ có u ở HCF	6	0	6(11,32)

- Vị trí ruột thừa trong mổ

Bảng 3.6. Vị trí đau bụng khởi phát và vị trí của ruột thừa trong mổ

Vị trí đau khởi phát	Vị trí ruột thừa trong mổ					N(%)
	HCP	Sau MT	Mọc treo	Tiểu khung	Dưới gan	
HCP	30	7	0	6	1	44(83,02)
Hạ vị	0	1	0	2	0	3(5,66)
Quanh rốn	0	0	1	0	3	1(1,89)
DSP	0	0	0	0	0	0
Khắp bụng	1	0	0	0	1	2(3,77)

Có sự khác biệt giữa vị trí ruột thừa trong mổ và vị trí đau bụng khởi phát ($p < 0,05$).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

- Số lượng bạch cầu

Bảng 3.7. Số lượng bạch cầu

Số lượng BC(G/I)	VFM	Ap xe RT	OR(CI 95%)	P
>15	12(33,64%)	21(39,63%)	1,71	0,39
≥10 - 15	5(9,43%)	15(28,30%)		

- Siêu âm: tất cả các bệnh nhân đều được làm siêu âm chẩn đoán

Bảng 3.8. Hình ảnh siêu âm

Hình ảnh siêu âm		N(%)
Vị trí RT	Bình thường	32(60,38)
	Sau manh tràng	5(9,43)
	Tiểu khung	5(9,43)
Đường kính RT > 6 mm		40(75,47)
Thâm nhiễm HCF		15(28,30)
Ap xe RT		17(32,08)
Dịch HCF		26(49,06)

Dịch Douglas	11(20,75)
--------------	-----------

- Chụp cắt lớp vi tính: 11 bệnh nhân (20,75%), tỷ lệ chẩn đoán đúng 90,91%

3.4. Phẫu thuật:

- Cách thức phẫu thuật: Tất cả 53 bệnh nhân đều được chỉ định phẫu thuật nội soi, 5 bệnh nhân chuyển mổ mở (9,43%).

- Đặt dẫn lưu sau mổ:

Bảng 3.9. Đặt dẫn lưu sau mổ

Dẫn lưu	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
Không đặt	9	16,98
Đặt 1 dẫn lưu	15	28,3
Đặt 2 dẫn lưu	29	54,72

-Biến chứng sau mổ:

Bảng 3.10. Biến chứng sau mổ nội soi và mổ mở

VRT có Biến chứng	Nội soi (N=38)		Mổ mở (N=5)	
	NT vết mổ	Ap xe tồn dư	NT vết mổ	Ap xe tồn dư
Ap xe RT	1	3	0	3
VFMRT	0	4	0	0
Σ(%)	8(21,05%)		3(27,27)	

Số ngày điều trị sau mổ

Bảng 3.12. Số ngày điều trị sau mổ viêm ruột thừa có biến chứng

Ngày điều trị	Ap xe RT	VFMRT	N(%)
≤ 5 ngày	14	5	19(35,85)
6 - 10 ngày	17	10	27(50,94)
>10 ngày	5	2	7(13,21)

Thời gian nằm viện trung bình là: $6,14 \pm 3,34$ ngày (ít nhất 3 ngày, nhiều nhất 24 ngày)

IV. BÀN LUẬN

Viêm ruột thừa thủng gây viêm phúc mạc là một cấp cứu ngoại khoa ở trẻ em, việc chẩn đoán và điều trị muộn làm tăng tỉ lệ thủng ruột thừa 18- 20%, nhiễm trùng vết mổ 0- 11% và áp xe tiểu khung 1,5- 5%. Tại bệnh viện Việt-Đức phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa có biến chứng ở trẻ em là một kỹ thuật thường quy trong cấp cứu.

4.1. Đặc điểm dịch tễ học: Tỷ lệ bệnh chủ yếu phân bố trong nhóm từ 10-16 tuổi, với 26 trường hợp chiếm 49,06%. Điều này phù hợp với đỉnh tuổi viêm ruột thừa là từ 10 đến 18 tuổi⁽⁷⁾. Tỷ lệ viêm ruột thừa ở trẻ dưới 5 tuổi chiếm 13,21% và đặc biệt không gặp ở nhóm dưới 3 tuổi⁽²⁾.

4.2. Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng:

- Chẩn đoán ban đầu trước khi nhập viện: Có 26 bệnh nhân (49,06%) được chẩn đoán là các bệnh khác không phải viêm ruột thừa, chỉ có 2 bệnh nhân (3,37%) được chẩn đoán là viêm ruột thừa ở tuyến dưới, còn lại 25 bệnh nhân (47,17%) chưa được chẩn đoán trước khi đến viện.

Ở bảng 3.3 cho thấy số bệnh nhân bị VFMtt ở nhóm có chẩn đoán và điều trị là các bệnh khác trước khi đến viện nhiều hơn 1,79 lần số bệnh nhân chưa được chẩn đoán. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng viêm phúc mạc giữa 2 nhóm ($p > 0,05$)

-Thời gian từ khi có triệu chứng tới khi đến viện: Trung bình là $2,87 \pm 1,83$ ngày, 36 trường

hợp nhập viện sau 48h chiếm 67,92%. Tương tự như tác giả Trần Thanh Trí bệnh viện Nhi đồng 2 là $2,5 \pm 1,3$ ngày, theo nghiên cứu của Rania Benziane 66,9% bệnh nhân nhập viện 1-3 ngày⁽²⁾.

- Triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng cơ năng hay gặp là đau bụng 53 bệnh nhân (100%), sốt 39 bệnh nhân (73,58%), nôn 30 bệnh nhân (56,6%). Triệu chứng thực thể gợi ý đến tình trạng viêm phúc mạc, phản ứng thành bụng 52 bệnh nhân (98,11%), điểm Mar- Burney (+) gặp 86,79%, cảm ứng phúc chỉ khám thấy ở 14 bệnh nhân (26,42%)

Đặc điểm vị trí đau bụng khởi phát: 44 trường hợp (83,02%) có triệu chứng khởi phát là đau HCP, đối chiếu với vị trí ruột thừa trong mổ chỉ có 30 bệnh nhi (56,6%) có vị trí RT bình thường, còn lại RT ở sau manh tràng (7 bệnh nhân), tiểu khung (6 bệnh nhân), dưới gan (1 bệnh nhân), như vậy có sự khác biệt giữa vị trí của đau bụng trên lâm sàng với vị trí của ruột thừa trong mổ ($p < 0,05$).

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

- Số lượng bạch cầu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $15,4 \pm 3,9$ G/L thấp hơn so với tác giả Trần Thanh Trí là 22,1 G/L⁽¹⁾ và tác giả Rania Benziane là 21G/L. Nếu số lượng bạch cầu $> 15\text{G/L}$ thì tỉ lệ VFMtt nhiều gấp 1,71 lần so với số lượng bạch cầu $\geq 10-15$ G/L ($p > 0,05$)

- Siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị trong chẩn đoán viêm ruột thừa ở trẻ em, siêu âm chẩn đoán VFM RT 43 bệnh nhân, tỉ lệ chẩn đoán đúng trên siêu âm 81,13% thấp hơn với nghiên cứu của Doria AS và cộng sự với độ nhạy 88%⁽⁴⁾. Siêu âm phát hiện áp xe RT 17 bệnh nhân (47,22%).

- Chụp cắt lớp vi tính: Chụp cắt lớp vi tính: cho 11 bệnh nhân (20,75%), đây là những bệnh nhân siêu âm RT < 6mm, bụng chướng khó khăn trong đánh giá vị trí RT. Chụp cắt lớp vi tính có giá trị chẩn đoán đúng là 10/11 bệnh nhân (90,91%). 1 trường hợp không chỉ ra được hình ảnh ruột thừa ở vị trí dưới gan, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Doria AS, Dururand C có độ nhạy của chụp cắt lớp vi tính là 94%.

4.4. Phương pháp phẫu thuật:

- Có nhiều quan điểm khác nhau về vai trò của phẫu thuật nội soi trong điều trị VFM gây khó khăn cho kỹ thuật bóc tách, xử lý gốc RT khi đã bị vỡ, hoại tử. Hạn chế lau rửa sạch ổ bụng và bóc lấy bỏ giả mạc nhất là với trẻ em, hơn nữa thời gian phẫu thuật kéo dài hơn mổ mở ảnh hưởng đến gây mê và hồi sức sau mổ. Trong nghiên cứu này có 48 bệnh nhân (90,57%) phẫu thuật hoàn toàn bằng nội soi với 3 trocas, còn lại 5 bệnh nhân (9,43%) sau khi nội soi đã phải

chuyển mổ mở do bụng chướng hơi nhiều hoặc nhiều giả mạc dính khó thực hiện bằng nội soi. So sánh với các nghiên cứu trong nước, chuyển mổ mở trong nghiên cứu này thấp hơn của Trần Ngọc Sơn (Viện Nhi trung ương) là 16,5%, cao hơn của Trần Thanh Trí (Viện Nhi đồng 2) là 5,6%⁽¹⁾.

- Thời gian phẫu thuật nội soi trung bình theo nghiên cứu của Trần Ngọc Sơn thời gian phẫu thuật là $74 \pm 22,6$ phút tương đương với chúng tôi là $70,53 \pm 20,23$ phút.

- Đặt dẫn lưu sau mổ: 44 bệnh nhân (83,02%) có đặt dẫn lưu sau mổ trong đó 29 bệnh nhân (54,72%) đặt 2 dẫn lưu. Thời gian rút dẫn lưu sau mổ trung bình là 5 ngày. Theo Phan Xuân Cảnh tỉ lệ đặt dẫn lưu là 87% thời gian rút dẫn lưu trung bình là 5 ngày tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.

4.5. Theo dõi sau phẫu thuật:

- Biến chứng sau mổ: Áp xe tồn dư là 10 bệnh nhân (18,87%), nhiễm trùng vết mổ 1 bệnh nhân (1,89%). Bảng 3.10 cho thấy tỉ lệ biến chứng sau mổ nội soi thấp hơn mổ mở. Tuy số liệu của mổ mở với mổ nội soi không tương đương nhau nhưng phần nào cũng nổi lên hiệu quả của mổ nội soi trong điều trị VFMRT ở trẻ.

- Thời gian nằm viện trung bình là: $6,14 \pm 3,34$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 24 ngày. Tương đương với nghiên cứu của Trần Ngọc Sơn là 6,1 ngày. Theo Trần Thanh Trí số ngày điều trị dài hơn 8,8 ngày⁽¹⁾ và Rania Benzian thời gian điều trị là $10,4 \pm 3,2$ ngày.

V. KẾT LUẬN

Vị trí ruột thừa bất thường là yếu tố khó khăn cho chẩn đoán gây nên chẩn đoán muộn. Không có sự ảnh hưởng của chẩn đoán và điều trị bệnh sai trước nhập viện ở trẻ em với tỷ lệ các thể bệnh của viêm ruột thừa có biến chứng viêm phúc mạc. Phẫu thuật nội soi điều trị VFMRT ở trẻ em là phương pháp có nhiều ưu điểm, an toàn và hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thanh Trí, Trần Quốc Việt (2013).** Kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm ruột thừa có biến chứng tại bệnh viện nhi đồng 2, Tạp chí Y học Tp. Hồ Chí Minh, tập 17, số 3, tr 50-56.
2. **Rania Benziane (2012).** Appendicite et péritonite appendiculaire chez l'enfant à l'hôpital provincial Tetouan (à propos de 266 cas), Université de Mohammed V, Faculté de médecine et de pharmacie Rabat.
3. **Balthazar EJ (1991).** Appendicitis : Prospective evaluation with high resolution CT. Radiology. 180, pp 21-24.
4. **Doria AS, Moineddin R, Kellenberger CJ, et al (2006).** US or CT for diagnosis of appendicitis in children: an analysis of diagnosis errors. Pediatr Radiol. 241, pp 83-94.
5. **Madan Samuel (2002).** Pediatric appendicitis score. Journal of pediatric surgery. Vol 37, No 6: 877-881.
6. **Nguyễn Đình Hôi (1992).** Viêm ruột thừa cấp. Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, tr 153-172.
7. **Shawn D, Peter ST (2010).** Appendicitis, Aschraft's Pediatric Surgery, Chapter 43, pp 549-556.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU KỸ THUẬT DẪN LƯU NANG GIẢ TỤY DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM NỘI SOI

Ngô Phương Minh Thuận¹, Dương Minh Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ thành công, biến chứng và hiệu quả của kỹ thuật dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn siêu âm nội soi (SANS). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang và tiến cứu tất cả các bệnh nhân được thực hiện thủ thuật dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn siêu âm nội soi tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện TWQĐ 108 từ 10/2016 đến tháng 09/2017. Thành công về mặt kỹ thuật được xác định bằng việc xuyên thành vào nang và đặt được stent dẫn lưu nang. Các

biến chứng của kỹ thuật được đánh giá và ghi nhận ở các thời điểm trong lúc thực hiện thủ thuật, sau 24h và 4 tuần sau thủ thuật. Thành công về điều trị được xác định khi bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng và có chẩn đoán nang được dẫn lưu hoàn toàn khi rút stent. Thời gian theo dõi và đánh giá kết quả của thủ thuật ở các thời điểm 1 tháng, 3 tháng sau khi dẫn lưu. **Kết quả nghiên cứu:** có 15 bệnh nhân (BN) chẩn đoán nang giả tụy và được thực hiện dẫn lưu nang dưới hướng dẫn siêu âm nội soi, tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 100%, tỷ lệ điều trị thành công của kỹ thuật là 86,67%, các biến chứng của kỹ thuật gặp trong nghiên cứu là nhiễm trùng 2 ca (13,34%), di lệch stent 1 ca (6,67%). Các biến chứng của kỹ thuật là nhiễm trùng được kiểm soát bằng liệu pháp kháng sinh và BN được đặt lại stent trong trường hợp di lệch stent. **Kết luận:** Kết quả bước đầu của nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 100%, thành công về điều trị 86,67%. Kỹ thuật dẫn lưu nang

*Bệnh viện Chợ Rẫy, TP. HCM

**Bệnh viện TWQĐ 108, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Thắng

Email: bsthang108@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2018

Ngày duyệt bài: 13.3.2018

giả tụy dưới hướng dẫn siêu âm nội soi là thủ thuật điều trị có tỷ lệ thành công cao, có hiệu quả và ít biến chứng.

Từ khóa: nang giả tụy, siêu âm nội soi, siêu âm nội soi hướng dẫn dẫn lưu nang giả tụy, ống dẫn lưu.

SUMMARY

THE PRELIMINARY RESULTS OF EUS - GUIDED PANCREATIC PSEUDOCYST DRAINAGE

Objective: This study aims to evaluate the successful rate, complications and efficacy of EUS – guided pancreatic pseudocyst drainage. **Patients and methods:** Cross-sectional and prospective descriptive all of patients underwent EUS- guided PP drainage in Cho Ray hospital and 108 hospital from October 2016 to September 2017. Technical success was defined as the ability to access and drain the pseudocyst by the placement stents. Complications were assessed during the procedure, at 24 hours and at 30 days. Pseudocyst drainage success was defined as the complete resolution of pseudocyst. Follow up and evaluation of treatment were assessed at one month and three month after procedure. **Results:** Of 15 patients were diagnosed as pancreatic pseudocysts and underwent EUS-guided drainage, the technical success rate was 100%. The successful drainage rate was 86.67%. Procedure-related complications were encountered in 3 patients including cyst infection 2/15 (13.34%) and 1 patient (6.67%) had migrated stent. The infectious complication patients were successful managed by antibiotic therapy, and second procedure stent placement for stent migration case. **Conclusions:** The preliminary results of our study show that the technical success rate was 100%, the successful drainage rate was 86.67%. EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage is considered to have high technical success rate, efficacy and low complications rate.

Keywords: pancreatic pseudocyst, EUS, EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage, stent.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang giả tụy (NGT) là bệnh lý thường gặp, chiếm hơn 75% tất cả tổn thương dạng nang của tụy [4]. Biến chứng nang giả tụy chiếm 10%-26% trong viêm tụy cấp và khoảng 40% các trường hợp viêm tụy mạn. Theo phân loại Atlanta cập nhật năm 2012 về viêm tụy cấp, nang giả tụy là ổ tụ dịch tồn tại trên 4 tuần, được bao bọc hoàn toàn bằng lớp vỏ mô xơ và mô hạt mà không có lớp tế bào biểu mô, có dịch đồng nhất, tạo thành sau viêm tụy cấp, viêm tụy mạn hay chấn thương tụy với sự tổn thương của ống tụy. Các phương pháp điều trị nang giả tụy bao gồm phẫu thuật, dẫn lưu nang ra da và dẫn lưu nang xuyên thành qua nội soi...

Dẫn lưu nang qua nội soi được thực hiện lần đầu tiên vào những năm 1980 bằng cách chọc kim dẫn lưu qua thành ống tiêu hóa vào nang, tuy nhiên phương pháp này có tỷ lệ tái phát sau dẫn lưu cao. Sau đó phương pháp dẫn lưu qua

nội soi được cải tiến bằng cách tạo lỗ thông giữa đường tiêu hóa với nang bằng dao kim, đặt stent dẫn lưu liên tục trong thời gian trung bình khoảng 6-8 tuần cho đến khi nang biến mất hoàn toàn. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật của phương pháp này khoảng 50-60%, tỷ lệ dẫn lưu nang hoàn toàn từ 84-92% với biến chứng khoảng 11-24,5%[6]. Nhiều đề tài nghiên cứu hiện nay chủ yếu hướng đến phương pháp dẫn lưu nang dưới sự hướng dẫn của siêu âm nội soi (SANS). Một số kết quả nghiên cứu cho thấy đây là phương pháp có tỷ lệ thành công về kỹ thuật và hiệu quả dẫn lưu nang cao (90-100%), tỷ lệ biến chứng thấp, có thể thực hiện ngay cả khi nội soi không thấy hình ảnh nang đề vào thành ống tiêu hóa. Đây được xem là phương pháp được lựa chọn hiện nay trong điều trị dẫn lưu nang giả tụy [6]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ thành công, biến chứng và hiệu quả của kỹ thuật dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn siêu âm nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán nang giả tụy và được tiến hành dẫn lưu nang qua siêu âm nội soi tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108 trong khoảng thời gian từ 10/2016 đến 09/2017. Những bệnh nhân được chẩn đoán nang giả tụy và có các đặc điểm sau:

- Có tiền sử viêm tụy cấp, viêm tụy mạn hay chấn thương tụy
- Có triệu chứng: đau bụng, buồn nôn, khối u thượng vị, vàng da tắc mật...
- Nang có kích thước ≥ 6 cm, thời gian ≥ 4 tuần
- Khoảng cách từ nang đến thành ống tiêu hóa < 1 cm

+ Tiêu chuẩn loại trừ

- Nang không phải là nang giả tụy
- Khoảng cách từ nang đến thành dạ dày hay tá tràng > 1 cm
- Dịch nang có nhiều mô hoại tử, nang có nhiều vách hay nhiều nang

- Phương pháp nghiên cứu

+ Thiết kế nghiên cứu: tiến hành theo phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

+ Phương tiện nghiên cứu: máy nội soi dạ dày, máy nội soi tá tràng, máy siêu âm nội soi đầu dò linear với đường kính kênh thủ thuật đường kính 3,7mm, màn hình tăng sáng (C-arm), các dụng cụ khác bao gồm kim chọc hút qua siêu âm nội soi FNA 19G, dao kim (needle knife), dây dẫn đường (guidewire), stent nhựa

cong 2 đầu (Double pigtails), bóng nong đường kính 8-10mm, bộ dụng cụ đặt stent...

+ Các phương pháp nghiên cứu và đánh giá kết quả của kỹ thuật:

• **Phương pháp chẩn đoán:** Bệnh nhân được chẩn đoán nang giả tụy khi:

- Có tiền sử viêm tụy cấp, viêm tụy mạn hay chấn thương bụng

- Các triệu chứng: có khối u thượng vị, đau bụng, buồn nôn, nôn mửa, no sớm...

- Hình ảnh học: siêu âm bụng, CT scan (hoặc MRI) với các đặc điểm như dịch nang đồng nhất, kích thước nang $\geq 6\text{cm}$, khoảng cách nang với thành ống tiêu hóa $< 10\text{mm}$, không có dẫn tĩnh mạch hay giả phình mạch trên thành ống tiêu hóa và vách nang...

- SANS: tổn thương dạng nang nằm cạnh tụy (đầu, thân hay đuôi tụy), echo kém, đồng nhất, không hay có ít mô hoại tử trong nang, vách nang rõ, có thể thấy hình ảnh viêm tụy mạn (nốt vôi hóa), vị trí nang gần dạ dày hay tá tràng...

• Phương pháp nội soi dẫn lưu nang dưới hướng dẫn SANS

Bước 1: Xác định vị trí chọc vào nang

Nội soi dạ dày - tá tràng bằng ống nội soi siêu âm đầu dò linear đánh giá các đặc điểm của nang như vị trí, kích thước, tính chất dịch nang...

Xác định vị trí chọc vào nang: vị trí chọc vào nang thường được chọn ở vị trí máy soi gần (để thao tác, điều khiển máy), vị trí nang sát với thành dạ dày, không có các mạch máu chen giữa.

Bước 2: Chọc và giữ đường thông với nang

Dùng kim FNA 19G xuyên qua vách dạ dày hay tá tràng dưới hướng dẫn của SANS để thông vào nang. Hút dịch nang làm xét nghiệm (amylase, lipase, CEA, CA 19.9). Luồn 1 dây dẫn đường (guidewire) qua kim FNA 19G tạo ít nhất 2 vòng trong nang. Thông thường, việc luồn dây dẫn đường được kiểm soát dưới màn huỳnh quang. Sau khi guidewire đã nằm ổn định trong nang, rút kim chọc dò ra ngoài.

Bước 3: Đặt stent dẫn lưu dịch nang

Tiến hành nong bằng bóng nong có đường kính 8-10mm để nong đường thông vào nang dựa trên dây dẫn đường.

Đặt thêm 1 dây dẫn đường vào nang.

Đặt 1 hoặc 2 stent để cố định đường thông và dẫn lưu dịch nang. Kiểm tra vị trí stent dưới màn hình tăng sáng.

• Phương pháp đánh giá thành công hay thất bại của thủ thuật

Về mặt kỹ thuật

- Thành công: Stent được đặt đúng vị trí, dẫn lưu dịch nang tốt.

- Thất bại: Không đặt được stent

Về mặt hiệu quả điều trị: Kết quả điều trị được đánh giá sau 1 tháng đến 3 tháng hoặc cho đến khi kết thúc điều trị. Nang xẹp hoàn toàn, có thể rút stent qua nội soi được xem như thành công về điều trị. Trường hợp nang không xẹp hoàn toàn, tắc stent hay di lệch stent ta có thể thực hiện lại nội soi dẫn lưu nang với thủ thuật nong chỗ xuyên thành bằng bóng nong, đặt thêm stent vào nang hay đặt dẫn lưu nang - mũi.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 10/2016 đến 09/2017, chúng tôi ghi nhận có 15 bệnh nhân có đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán nang giả tụy có chỉ định dẫn lưu nang qua SANS đáp ứng được yêu cầu nghiên cứu đặt ra.

15 bệnh nhân gồm 12 nam (80%) và 3 nữ (20%). Tuổi trung bình $39,06 \pm 9,87$, tuổi nhỏ nhất 24, lớn nhất là 58. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là triệu chứng để nhập viện gồm đau thượng vị ở 15 bệnh nhân (100%), buồn nôn/nôn mửa 5 bệnh nhân (30%), sờ thấy u thượng vị 3 bệnh nhân (20%).

Bảng 1. Nguyên nhân nang giả tụy

Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Viêm tụy cấp	6	40%
Chấn thương tụy	5	33,34%
Viêm tụy mạn	2	13,33%
Không rõ	2	13,33%
Tổng	15	100%

Nhận xét: Viêm tụy cấp và chấn thương tụy là những nguyên nhân thường gặp của NGT

Bảng 2. Đặc điểm nang giả tụy

Đặc điểm nang giả tụy	
Vị trí nang trên CT scan	
Đầu tụy	3 (20%)
Thân và đuôi tụy	12 (80%)
Đường kính nang trên siêu âm (mm)	124 ± 40 [68-209]
Đường kính nang trên CT Scan (mm)	136 ± 45 [70-234]

Nhận xét: - Vị trí của nang thường gặp là thân và đuôi tụy.

- Kích thước trung bình của nang $> 120\text{mm}$

Bảng 3. Kết quả của thủ thuật dẫn lưu nang giả tụy qua SANS

Kết quả	Số bệnh nhân (n),(%)	Tiêu chí đánh giá
Kỹ thuật	15/15 (100%)	Đặt stent vào nang thành công
Hiệu quả	13/15 (86,67%)	Dẫn lưu nang hoàn toàn

Biến chứng	3/15 (20%)	Nhiễm trùng, di lệch stent
Tổng	15 (BN)	

Nhận xét: Tỷ lệ đặt stent thành công 15/15 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 100%. Tỷ lệ dẫn lưu nang hoàn toàn sau 1-3 tháng là 13 bệnh nhân (86,67%), có 2 trường hợp nang xẹp không hoàn toàn và tái phát cần phải theo dõi tiếp và phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng 20% (3/15 BN).

Bảng 4. Các biến chứng dẫn lưu nang giả tụy qua SANS

Biến chứng	Số bệnh nhân (n, %)	Xử trí
Nhiễm trùng	2 (13,33%)	Điều trị kháng sinh
Di lệch stent	1 (6,67%)	Đặt stent lần 2
Tổng	3 (20%)	

Nhận xét: Nhiễm trùng nang là biến chứng hay gặp sau thủ thuật (13,33%). Ngoài ra, còn có thể gặp các biến chứng khác: di lệch stent, xuất huyết nhẹ...

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 39 tuổi (24-58 tuổi), gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ nam/nữ = 4/1. Đây là độ tuổi lao động vì thế có nhiều nguy cơ bị chấn thương tụy do tai nạn lao động, tai nạn giao thông và là độ tuổi có tỷ lệ viêm tụy cấp do rượu cao. Chính vì vậy mà nguyên nhân nang giả tụy mà chúng tôi ghi nhận được có tỷ lệ do viêm tụy cấp (40%) và chấn thương tụy (33,34%) là nhiều nhất. Theo báo cáo của tác giả Nguyễn Cường Thịnh, năm 2004, tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108, tuổi trung bình của bệnh nhân là 47 tuổi (5-74 tuổi) [2]. Nghiên cứu của Lê Lộc, năm 2004, tại Bệnh viện Trung ương Huế, tuổi trung bình của bệnh nhân là 37,5 tuổi (5-90 tuổi) [1].

Đặc điểm nang giả tụy trên hình ảnh học, đa số nang giả tụy nằm ở vị trí thân và đuôi tụy (80%), vì thế trên hình ảnh nội soi chúng tôi gặp nhiều nhất vị trí nang đè vào vùng thân vị và hang vị. Kích thước nang đo được trên CT scan trung bình là 136±45mm (70-234mm), so sánh với một số tác giả trên thế giới thì kích thước nang trong nghiên cứu của chúng tôi là khá lớn.

Tỷ lệ thành công và biến chứng của thủ thuật: Tỷ lệ thành công về kỹ thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, tương đương với các nghiên cứu khác trên thế giới. Theo tác giả Varadarajulu (2012) đã tổng kết thì tỷ lệ thành công của kỹ thuật dẫn lưu nang qua nội

soi không có hướng dẫn SANS là 71-100% và có hướng dẫn của SANS là 90-100%. Tỷ lệ thành công về kỹ thuật là cao có ý nghĩa so với kỹ thuật dẫn lưu nang không có hướng dẫn nội soi siêu âm. Nghiên cứu của tác giả Hồ Đăng Quý Dũng và CS (2014), tỷ lệ thành công của kỹ thuật dẫn lưu nang qua nội soi không có hướng dẫn NSSA là 75% [3].

Tỷ lệ biến chứng của thủ thuật trong nghiên cứu là 3 trường hợp (20%), bao gồm nhiễm trùng (2BN) và di lệch stent (1BN). Tỷ lệ này cũng tương đương với các nghiên cứu trên thế giới là 10-34%. Trong số các trường hợp biến chứng, có 2 trường hợp nhiễm trùng nang sau thủ thuật, bệnh nhân được tiếp tục điều trị bằng kháng sinh, và một trường hợp cần phải đặt thêm ống dẫn lưu mũi – nang trong 3 ngày để bơm rửa bằng dung dịch nước muối sinh lý. Trường hợp BN di lệch stent, chúng tôi tiến hành đặt stent lần 2 có hiệu quả. Ngoài ra, chúng tôi cũng gặp một số trường hợp biến chứng xuất huyết ngay lúc thực hiện thủ thuật, tuy nhiên các trường hợp này thường là xuất huyết nhẹ và tự cầm không cần phải can thiệp điều trị. Như vậy, trong 3 trường hợp có biến chứng, các biến chứng này được kiểm soát thành công với liệu pháp kháng sinh và nội soi. Không có biến chứng nặng hay tử vong.

Tỷ lệ thành công về lâm sàng: Trong nghiên cứu, tỷ lệ thành công về lâm sàng hay hiệu quả của thủ thuật là 86,67%. Qua thời gian theo dõi sau thủ thuật, có 2 trường hợp nang xẹp không hoàn toàn sau thời gian theo dõi từ 1-3 tháng sau thủ thuật. Chúng tôi nhận thấy các trường hợp này là do stent dẫn lưu không tốt, hay do dịch nang có nhiều mô hoại tử và trong nang có nhiều vách. Chúng tôi tiến hành kết hợp thực hiện đặt thêm stent vào nang và dẫn lưu mũi – nang với một trường hợp, và có chỉ định phẫu thuật với trường hợp còn lại.

Một số bàn luận về mặt kỹ thuật: Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có một số yếu tố khác đến nay vẫn còn được cân nhắc nhằm làm tăng hiệu quả của thủ thuật dẫn lưu nang giả tụy qua nội soi siêu âm như: loại stent được sử dụng, số lượng stent và thời gian rút stent. Theo tác giả Marc Giovannini (2012), sự lựa chọn stent sẽ phụ thuộc vào tính chất dịch của nang. Đối với những nang có dịch đồng nhất có thể được dẫn lưu chỉ với một stent 7F hay 8,5F. Ngược lại, nếu dịch nang lợn cợn hay nang nhiễm trùng cần phải tưới rửa dịch nang thì nên đặt stent có đường kính lớn 10F và kết hợp đặt

ống dẫn lưu nang-mũi để tiếp tục bơm rửa bằng nước muối qua ống dẫn lưu[6]. Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng chủ yếu loại stent hai đầu cong (double pigtail) với đường kính 8,5 F, đây là loại stent khó bị di lệch thay vì stent thẳng 10F có thể gây biến chứng di lệch và xuất huyết muộn theo nghiên cứu tác giả Baron T.H. (2008) [5]. Về số lượng stent và thời gian đặt stent để dẫn lưu nang, cho đến nay cũng chưa có một y văn nào thống nhất về vấn đề này. Về thời gian đặt stent, trong nghiên cứu chúng tôi đánh giá hiệu quả dẫn lưu nang và rút stent với thời gian sớm nhất là sau 4 tuần, đây là thời gian đủ để đa số các nang được dẫn lưu hoàn toàn. Nếu hiệu quả dẫn lưu của thủ thuật chưa hoàn toàn, chúng tôi tiếp tục theo dõi đến 3 tháng hay khi kết thúc điều trị.

Nội soi dẫn lưu nang còn có thể thực hiện dẫn lưu xuyên thành kết hợp với dẫn lưu qua nhú. Nội soi dẫn lưu qua nhú thường được thực hiện ở những trường hợp nang có kích thước nhỏ hơn 6cm và có sự liên thông với ống tụy bằng cách đặt stent ống tụy. Ngoài ra, dẫn lưu qua nhú còn có thể thực hiện trong trường hợp bệnh nhân có chống chỉ định với kỹ thuật dẫn lưu xuyên thành như: bệnh lý đông máu, khoảng cách từ nang đến thành ống tiêu hóa xa (>1cm). Sự kết hợp hai kỹ thuật này không phải thường quy để điều trị trong phần lớn nang giả tụy. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào được đặt stent dẫn lưu qua nhú vì kích thước nang là khá lớn và không có hình ảnh chẩn đoán có sự liên thông của nang và ống tụy.

Hiện nay, phương pháp dẫn lưu nang qua nội SANS được xem là phương pháp được lựa chọn đầu tiên trong điều trị nang giả tụy, với hiệu quả và độ an toàn cao, tỷ lệ biến chứng thấp. Trong

nghiên cứu của chúng tôi, vì số lượng bệnh nhân còn ít nên kết quả có một số hạn chế. Vì vậy, để đánh giá chính xác hơn chúng tôi nghĩ cần có một nghiên cứu tiến cứu lớn hơn và theo dõi lâu dài, cũng như so sánh kết quả với các phương pháp điều trị khác. Chúng tôi hy vọng kỹ thuật này sẽ được triển khai và ứng dụng rộng rãi ở nhiều trung tâm và bệnh viện tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ thành công của thủ thuật dẫn lưu nang giả tụy qua siêu âm nội soi là 100%, tỷ lệ biến chứng là 20% và kết quả dẫn lưu nang thành công với 87% các trường hợp. Kỹ thuật dẫn lưu nang giả tụy qua SANS là một kỹ thuật có hiệu quả với tỷ lệ thành công cao và biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Lộc, Phạm Như Hiệp, Hồ Hữu Thiện (2004). *Kết quả điều trị nang giả tụy*. Tạp chí Y học Tp. Hồ Chí Minh, 8(3), tr.173-176.
2. Nguyễn Cường Thịnh (2004). *Nang giả tụy: Nguyên nhân, điều trị và kết quả*. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 8(3), tr.163-166.
3. Hồ Đăng Quý Dũng và cộng sự (2014). *Nghiên cứu kết quả của kỹ thuật dẫn lưu nang giả tụy qua nội soi tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2011-2013*. Tạp chí Y được lâm sàng 108, 9(1), tr. 72-77
4. Andrew L. Samuelson, Raj J. Shah (2012). *Endoscopic Management of Pancreatic Pseudocysts*. Gastroenterol Clin North Am, 41, pp. 47-62
5. Baron T.H. (2008). *Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts*. J Gastrointest Surg, 12, pp. 369-372
6. Giovannini M. (2012). *Endoscopic Ultrasonography-Guided Pancreatic Drainage*. Interventional Endoscopic Ultrasound; pp. 221-230.
7. Varadarajulu S. (2012). *Endoscopic Management of Pancreatic Pseudocysts*. J Dig Endosc, 3, pp.58-64.

THỰC TRẠNG HÌNH THÁI, THỂ LỰC CỘNG ĐỒNG NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH CÁC DÂN TỘC TÂY NGUYÊN NĂM 2015

Nguyễn Văn Ba*, Nguyễn Minh Tâm**,
Thiều Ban Trang**, Nguyễn Minh Tùng**

TÓM TẮT

*Bệnh viện Quân y 103

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tâm

Email: minhntamhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/2/2018

Ngày phản biện khoa học: 6/3/2018

Ngày duyệt bài: 22/3/2016

Mục tiêu: Nghiên cứu hình thái, thể lực cộng đồng người trưởng thành các dân tộc Tây Nguyên năm 2015. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang có phân tích thực trạng hình thái, thể lực của cộng đồng các dân tộc tại 5 tỉnh Tây Nguyên. **Kết quả:** Các chỉ số như chiều cao đứng, cân nặng, vòng ngực trung bình của người trưởng thành tại Tây Nguyên tuân theo tính quy luật phát triển cơ thể người Việt Nam. Các chỉ số nhân trắc tăng cao hơn giá trị trung bình của người Việt Nam ở thập kỷ 90 của

thể kỷ 20. Vẫn có tỉ lệ khá cao về tình trạng suy dinh dưỡng và thừa cân, béo phì của các đối tượng trong nghiên cứu. **Kết luận:** Sự phát triển cơ thể của người trưởng thành ở Tây Nguyên tuân theo tính quy luật phát triển cơ thể người Việt Nam.

Từ khóa: Hình thái, thể lực, cộng đồng, Tây Nguyên.

SUMMARY

THE STATUS OF ANTHROPOMETRIC, PHYSICAL STRENGTH OF ADULTS IN THE CENTRAL HIGHLANDS ETHNIC GROUP IN 2015

Objective: Study the status of anthropometry and physical strength of the ethnic minorities in the Central Highlands in 2015. **Subjects and methods:** Cross sectional analysis of the status of anthropometric and physical strength of ethnic groups in five Highland provinces. **Results:** Indicators such as height, weight, chest perimeter of Highlands adults follow the trend of body development in Vietnam. The anthropometric indicators were higher than those of Vietnamese people in the 1990s. There were high rates of malnutrition and overweight and obesity among subjects in the study. **Conclusion:** The adult body development in the Central Highlands follows the trend in Vietnam.

Keywords: Anthropometric, physical strength, community, Central Highlands

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ lâu đã có nhiều công trình nghiên cứu về hình thái, thể lực người Việt Nam. Tuy nhiên, hầu hết các kết quả thu được mới cho thấy thực trạng thể lực của người Việt Nam ở một số địa phương mà chưa có những so sánh cụ thể để tìm hiểu nguyên nhân sự khác biệt về thể lực giữa các nhóm đối tượng nghiên cứu. Đặc biệt, ở Tây Nguyên, những công trình nghiên cứu sự tăng trưởng về hình thái, thể lực của người trưởng thành vẫn còn rất ít. Duy nhất chỉ có các công trình của Mai Văn Thìn và Đào Mai Luyến là đề cập đến vấn đề này, và đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào tiến hành lại để đánh giá các chỉ số hình thái, thể lực cũng như sinh lý của người trưởng thành ở Tây Nguyên. Vì vậy, mục tiêu của chúng tôi trong nghiên cứu này là nhằm đánh giá sự thay đổi của một số chỉ số hình thái - thể lực và sinh lý của người trưởng thành ở Tây Nguyên so với những năm 1990.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 5 tỉnh khu vực Tây Nguyên, bao gồm các huyện: huyện Krông Buck, huyện Ea H Leo, huyện Buôn Hồ và huyện Lắk (thuộc tỉnh Đắk Lắk); huyện Cư Jút, huyện Đắk Mil, huyện Đắk R Lấp và huyện Đắk Song (thuộc tỉnh Đắk Nông); huyện Đắk Hà, huyện Đắk Tô, huyện Sa

Thầy và thành phố Kon Tum (thuộc tỉnh Kontum); huyện Bảo Lộc, huyện Đam Rông, huyện Đạ Hoi và huyện Lâm Hà (thuộc tỉnh Lâm Đồng); huyện Chư Pà, huyện Mang Yang và huyện Đăk Đoa (thuộc tỉnh Gia Lai).

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu: Người dân sống trên địa bàn 5 tỉnh Tây Nguyên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Xác định cỡ mẫu: Để đảm bảo độ tin cậy cho kết quả điều tra, căn cứ vào nguồn lực cụ thể và đặc điểm dân số, sự phân bố dân số chung cũng như nhóm dân số đồng bào các dân tộc ít người trong khu vực 5 tỉnh Tây Nguyên, chúng tôi đã áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng 1 tỷ lệ cho nghiên cứu điều tra cắt ngang:

$$n = \frac{Z^2 \cdot 1 - a/2 \cdot X \cdot (1 - p)}{p \cdot x \cdot \epsilon^2} \times DE$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

p: tỷ lệ ước đoán quần thể. Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy $p = 34,2\%$.

$Z_{1-a/2}$: Giá trị Z thu được với từ tra bảng, ứng với giá trị α được chọn. (Tương ứng với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-a/2} = 1,96$); α : Mức ý nghĩa thống kê; ϵ : Sai số tương đối: Lấy $\epsilon = 0,1$

DE (Design effect): dự kiến lấy DE bằng 1,5

Cỡ mẫu tính được $n = 19.967$

Như vậy, chúng tôi dự kiến sẽ điều tra 20.000 người dân tương đương 4.000 hộ gia đình (tính trung bình 5 người/1 hộ gia đình).

2.2.2. Chọn mẫu

- **Chọn tỉnh:** Nghiên cứu tại toàn bộ 5 tỉnh thuộc khu vực Tây Nguyên, gồm: tỉnh Đắk Lắk, Đắk Nông, Gia Lai, Kon Tum và Lâm Đồng.

- **Chọn huyện:** Với mỗi tỉnh, lựa chọn ngẫu nhiên 3-4 huyện vào nghiên cứu.

- **Chọn xã:** Tại các huyện được lựa chọn của từng tỉnh, lập danh sách tất cả các xã, sau đó chọn 69 xã để điều tra.

- **Chọn thôn để phỏng vấn:** Tại mỗi xã được chọn, lập danh sách tất cả các thôn. Bốc thăm ngẫu nhiên lấy 1-2 thôn bất kỳ để tiến hành điều tra.

2.2.3. Phương pháp xác định các chỉ số hình thái, thể lực

- **Chiều cao đứng:** Được xác định bằng thước đo chiều cao gắn trên cân sức khỏe, có vạch chia đến 0,1cm. Khi đo, người ở tư thế đứng thẳng, hai gót chân sát vào nhau, bốn vị trí chấm, lưng, hông, gót chạm vào thước đo. Chiều cao đứng được tính theo đơn vị centimet (cm).

- **Trọng lượng cơ thể:** Được xác định bằng cân sức khỏe, có độ chính xác đến 0,1kg. Đo xa bữa ăn. Khi cân mỗi đối tượng chỉ mặc một bộ quần áo mỏng, không mang giày, dép, đứng yên

ở vị trí giữa bàn cân, hai bàn chân sát nhau. Đơn vị tính trọng lượng cơ thể là kilogam (kg).

- *Vòng ngực trung bình*: Được xác định bằng số trung bình cộng của số đo vòng ngực lúc hít vào tận lực và lúc thở ra cổ sức. Vòng ngực được đo ở tư thế đứng thẳng bằng thước dây vòng quanh ngực vuông góc với cột sống xương bả vai, phía trước quá mũi ức. Đơn vị đo vòng ngực

trung bình là cm. Để đánh giá thể lực của đối tượng nghiên cứu chúng tôi dùng các loại chỉ số: Chỉ số BMI (Body Mass Index) còn gọi là chỉ số khối cơ thể, được tính theo công thức: $BMI = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{[\text{Chiều cao đứng (m)}]^2 (\text{kg/m}^2)}$. Đánh giá chỉ số BMI theo Tổ chức Y tế Thế giới.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số chỉ số nhân trắc của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên

Bảng 1. Chiều cao đứng, cân nặng và vòng ngực trung bình theo tuổi của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên

Tuổi	Nam				Nữ			
	<i>n</i>	<i>Chiều cao (X±SD)</i>	<i>Cân nặng (X±SD)</i>	<i>Vòng ngực (X±SD)</i>	<i>n</i>	<i>Chiều cao (X±SD)</i>	<i>Cân nặng (X±SD)</i>	<i>Vòng ngực (X±SD)</i>
18	1256	165,55±5,7	51,63±5,66	77,8±4,3	1256	154,47±5,28	44,62±4,56	74,67±4,98
19	1281	166,41±5,56	53,27±5,74	79,03 ±3,88	1229	155,27±5,49	46,23±5,24	77,49±5,38
20-24	1250	166,73±6,07	54,36±4,87	80,5±4,72	1208	155,87±5,58	47±5,41	78,12±6,17
25-29	1274	167,02±5,97	54,85±5,96	83,3±4,53	1244	155,33± 5,44	47,35±5,63	80,65±6,32
30-39	1240	164,45±5,68	55,19±5,85	84,63±4,25	1264	154,66±4,97	48,26±5,48	80,03±5,65
40-49	1250	164,13±5,27	55,65±5,94	83,79±4,97	1248	152,72±4,86	47,15±5,69	79,43±5,6
50-59	1250	160,12 ±5,49	52,31±5,65	81,94±4,33	1226	152,11±5,08	45,81±5,19	76,94±5,36
> 60	1264	158,42 ±5,62	49,58±5,74	80,88±4,77	1260	149,51±4,78	43,67±4,85	75,47±5,7

Các số liệu trong bảng trên cho thấy: chiều cao đứng ở cả nam và nữ đều tương đối ổn định trong lớp tuổi từ 18 đến 29 tuổi. Chiều cao của nam và nữ giảm dần giai đoạn sau 30 tuổi. Mức độ giảm về chiều cao trong các nhóm 30 – 39 tuổi, 40 – 49 tuổi, 50 – 59 tuổi ở nam lần lượt là: 2,57cm, 0,32cm, 4,01cm, 1,7cm; ở nữ là: 0,67cm, 1,94cm, 0,61cm, 2,6cm ($p < 0,05$). Ở nam mức độ giảm về chiều cao lớn ở giai đoạn từ 49 đến 59 tuổi, ở nữ chiều cao giảm mạnh ở giai đoạn sau 60 tuổi.

Cân nặng theo tuổi của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên cũng có sự thay đổi. Tuy nhiên, sự dao động về cân nặng theo tuổi không lớn bằng chiều cao theo tuổi ở cả hai giới. Ở nam, nhóm tuổi từ 18 đến 49 tuổi cân nặng tăng liên tục, nhưng mức tăng thấp, sau 50 tuổi cân

nặng giảm dần. Ở nữ, cân nặng cũng tăng từ nhóm tuổi 18 đến 39, sau 40 tuổi cân nặng của nữ giảm dần.

Vòng ngực trung bình của nam giới khu vực Tây Nguyên tăng dần từ nhóm tuổi 18 đến 39, sau 40 tuổi vòng ngực trung bình giảm dần. Vòng ngực trung bình của nữ giới khu vực Tây Nguyên tăng từ nhóm tuổi 18 đến 29, từ sau 30 tuổi vòng ngực trung bình giảm dần. Ở nam, vòng ngực trung bình lớn nhất ở nhóm 30-39 tuổi (84,63 cm), nhỏ nhất ở nhóm 18 tuổi (77,8cm). Ở nữ vòng ngực trung bình lớn nhất ở nhóm 25-29 tuổi (80,65cm), nhỏ nhất ở nhóm 18 tuổi (74,67cm). Mức độ tăng vòng ngực trung bình lớn nhất ở nam là giữa nhóm 20-24 tuổi và nhóm 25-29 tuổi (2,8cm), ở nữ là giữa nhóm 18 tuổi và nhóm 19 tuổi (2,82cm).

3.2. So sánh chiều cao đứng theo tuổi của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên với giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90

Bảng 2. Chiều cao đứng theo tuổi của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên so sánh với giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90

Tuổi	X±SD			
	<i>Nam khu vực Tây Nguyên</i>	<i>Nam thập kỷ 90</i>	<i>Nữ khu vực Tây Nguyên</i>	<i>Nữ thập kỷ 90</i>
18	165,55 ±5,7	163,25±4,75	154,47 ±5,28	152,77 ±4,2
19	166,41 ±5,56	163,44 ±4,46	155,27 ±5,49	152,97 ±4,43
20-24	166,73 ±6,07	163,72 ±4,67	155,87 ±5,58	153 ±4,32
25-29	167,02 ±5,97	163,78±4,77	155,33 ± 5,44	152,73 ± 4,12
30-39	164,45 ±5,68	162,75 ±4,98	154,66 ±4,97	152,56 ±4,16

40-49	164,13 ±5,27	161,93 ±4,77	152,72 ±4,86	151,92 ±4,46
50-59	160,12 ±5,49	159,3 ±4,9	152,11 ±5,08	150,18 ±4,66
> 60	158,42 ±5,62	157,52 ±4,82	149,51 ±4,78	147,71 ±5,08

Nguyên nhân của sự tăng về chiều cao đứng là do trong giai đoạn hiện nay nền kinh tế khu vực Tây Nguyên có sự tăng trưởng nhanh, dịch vụ y tế, trường học được nâng cao, đời sống của người dân được cải thiện hơn so với giai đoạn tổng điều tra dân số thập kỷ 90 của thế kỷ 20.

3.3. So sánh cân nặng theo tuổi của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên với giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90

Bảng 3. Cân nặng theo tuổi của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên so sánh với giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90

Tuổi	X±SD			
	Nam khu vực Tây Nguyên	Nam thập kỷ 90	Nữ khu vực Tây Nguyên	Nữ thập kỷ 90
18	51,63 ± 5,66	49,71 ± 4,84	44,62 ± 4,56	43,84 ± 4,14
19	53,27 ± 5,74	50,72 ± 4,61	46,23 ± 5,24	44,87 ± 4,04
20-24	54,36 ± 4,87	52,11 ± 4,7	47 ± 5,41	44,6 ± 4,22
25-29	54,85 ± 5,96	52,6 ± 5,26	47,35 ± 5,63	44,59 ± 4,33
30-39	55,19 ± 5,85	53,15 ± 5,53	48,26 ± 5,48	45,98 ± 4,97
40-49	55,65 ± 5,94	53,74 ± 6,64	47,15 ± 5,69	46,37 ± 5,32
50-59	52,31 ± 5,65	50,22 ± 5,41	45,81 ± 5,19	43,96 ± 4,69
> 60	49,58 ± 5,74	48,53 ± 5,26	43,67 ± 4,85	42,16 ± 4,5

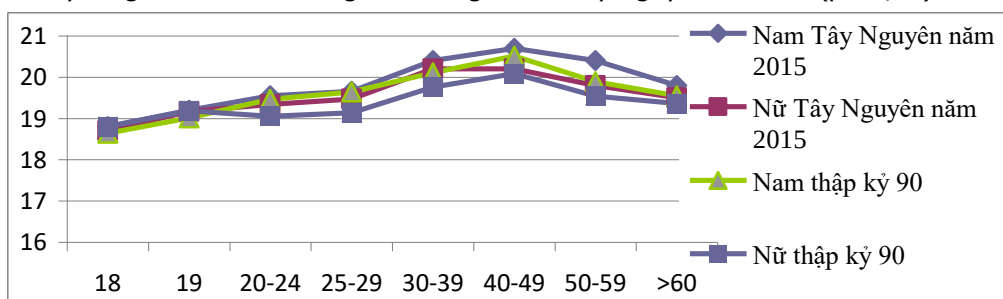
Cân nặng theo tuổi của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên tăng trung bình 2 kg ở nam và 1,71 kg ở nữ so với giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90.

3.4. Chỉ số BMI trung bình của các dân tộc vùng Tây Nguyên

Bảng 4. BMI theo tuổi của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên

Tuổi	Nam		Nữ	
	n	X ± SD	n	X ± SD
18	1256	18,8 ± 1,3	1256	18,7 ± 1,8
19	1281	19,2 ± 1,9	1229	19,17 ± 1,5
20-24	1250	19,55 ± 1,6	1208	19,34 ± 1,3
25-29	1274	19,66 ± 1,3	1244	19,47 ± 1,1
30-39	1240	20,4 ± 1,5	1264	20,2 ± 1,5
40-49	1250	20,7 ± 1,7	1248	20,2 ± 1,6
50-59	1250	20,4 ± 1,5	1226	19,8 ± 1,8
> 60	1264	19,8 ± 1,6	1260	19,5 ± 1,2

Trong tất cả các nhóm tuổi, chỉ số BMI theo tuổi của nam cao hơn của nữ. Ở cả hai giới, chỉ số BMI tăng dần từ nhóm 18 tuổi đến nhóm 40-49 tuổi, sau 50 tuổi chỉ số BMI giảm dần. Khi so sánh chỉ số BMI theo tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi với giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90, chúng tôi thấy rằng chỉ số BMI của người trưởng thành Tây Nguyên cao hơn ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1. BMI theo tuổi của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên so với giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên thông qua chỉ số BMI chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 5. Tình trạng dinh dưỡng người trưởng thành khu vực Tây Nguyên

n	CED (%)	Thừa cân (%)	Tiền béo phì (%)	Béo phì độ I (%)	Béo phì độ II (%)	Béo phì độ III (%)
20.000	18,85	17,1	12,0	6,7	1,2	0,3

Tỷ lệ suy dinh dưỡng còn tương đối cao (18,85%). Tuy nhiên, tình trạng thừa cân -béo phì cũng có chiều hướng gia tăng: tỷ lệ thừa cân (17,1%), tiền béo phì (12%), béo phì độ I (6,7%), béo phì độ II (1,2 %), béo phì độ III (0,3%).

IV. BÀN LUẬN

Chiều cao đứng trong nhóm tuổi 18-25 và 26-40 của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên hiện nay cao hơn so với chiều cao đứng tương ứng trong nghiên cứu của Đào Mai Luyến tại Đắk Lắk năm 2001 ($p < 0,05$) [5]. Sau 14 năm, chiều cao trung bình của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên đã có sự cải thiện đáng kể ở cả hai giới. Nhóm 18-25 tuổi tăng trung bình ở nam là 2,73cm, ở nữ là 1,07cm. Nhóm 26-40 tuổi tăng trung bình ở nam là 2,49 cm, ở nữ là 2,17cm. Trong các nhóm tuổi 18, 19 và 20-24, chiều cao của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Mai Văn Hưng trên đối tượng sinh viên khu vực Tây Bắc năm 2001 ($p < 0,05$) [4]. Chiều cao đứng trung bình của cả hai giới ở Tây Nguyên năm 2015 trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn chiều cao trung bình trong nghiên cứu của Viện dinh dưỡng năm 2006 [5].

Cân nặng theo tuổi của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên cũng có sự thay đổi. Tuy nhiên, sự dao động về cân nặng theo tuổi không lớn bằng chiều cao theo tuổi ở cả hai giới. Cân nặng của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên cũng đã có sự thay đổi tích cực so với cân nặng trung bình của người Việt Nam theo giá trị sinh học người Việt Nam thập kỷ 90 [2]. Khi so sánh cân nặng theo tuổi người trưởng thành khu vực Tây Nguyên ở nhóm tuổi từ 18-25 với nghiên cứu của Đào Mai Luyến tại Đắk Lắk và Mai Văn Hưng tại phía Bắc năm 2001, chúng tôi thấy rằng cân nặng của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn người Đắk Lắk và phía Bắc năm 2001 ($p < 0,05$) [5,4].

Tóm lại, chiều cao và cân nặng theo tuổi của người trưởng thành khu vực Tây Nguyên tuân theo quy luật tăng trưởng của người Việt Nam. Chiều cao và cân nặng đều tăng và có sự tăng đồng đều ở cả hai giới. Các chỉ số này đã ảnh hưởng tới BMI, với nhóm người thừa cân, béo phì có xu hướng tăng so với thập kỷ trước. Tỷ lệ thừa cân – béo phì tăng lên là một gánh nặng cho chiến lược phát triển con người ở khu vực này.

Cũng như khối lượng cơ thể và chiều cao đứng, vòng ngực trung bình được coi là một chỉ

tiêu đặc trưng cho thể lực của mỗi người. Nhìn chung, một người có kích thước vòng ngực rộng thì có thể lực tốt. Các nghiên cứu của Thẩm Thị Hoàng Diệp, Nguyễn Đức Hồng [1,2] đã cho thấy, sự phát triển của vòng ngực xảy ra song song với phát triển chiều cao. Quy luật phát triển vòng ngực cũng gần giống với quy luật phát triển của khối lượng cơ thể. Đặc biệt, vòng ngực còn thể hiện sự khỏe mạnh của các chức năng hô hấp trong cơ thể người. So với vòng ngực trung bình theo nghiên cứu của Mai Văn Hưng trên đối tượng sinh viên khu vực phía Bắc ở các nhóm tuổi 18, 19, 20-24 thì vòng ngực trung bình của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn ở cả hai giới [4].

So với vòng ngực trung bình trong nghiên cứu của Đào Mai Luyến ở Đắk Lắk năm 2001 trong các nhóm tuổi 18 – 25 và 26-40 thì vòng ngực trung bình của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn [5].

V. KẾT LUẬN

- Sự phát triển cơ thể của người trưởng thành ở Tây Nguyên (thể hiện ở các chỉ số như chiều cao đứng theo tuổi, cân nặng theo tuổi, vòng ngực trung bình tuân theo tính quy luật phát triển cơ thể người Việt Nam.

- Các chỉ số nhân trắc người trưởng thành Tây Nguyên tăng cao hơn giá trị trung bình của người Việt Nam ở thập kỷ 90 của thế kỷ 20. Vẫn có tỉ lệ khá cao về tình trạng suy dinh dưỡng và thừa cân, béo phì của các đối tượng trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thẩm Thị Hoàng Diệp, Nguyễn Quang Quyền,** Vũ Xuân Khôi và CS (1996), " Một số nhận xét về phát triển chiều cao, vòng đầu, vòng ngực của người Việt Nam từ 1 – 55 tuổi", *Kết quả bước đầu nghiên cứu một số chỉ tiêu sinh học người Việt Nam*, NXB Y học, tr. 68 – 71, Hà Nội.
2. **Nguyễn Văn Hoài, Nguyễn Thế Công, Nguyễn Đức Hồng (1997)**, "Báo cáo tóm tắt nghiên cứu thực trạng về thể lực của người lao động Việt Nam", *Bản về đặc điểm tăng trưởng người Việt Nam*, Đề tài KX- 07-07, Hà Nội, Tr. 511 – 518.
3. **Nguyễn Đức Hồng (1996)**, "Đặc điểm nhân trắc hình thái người Việt trong lớp tuổi lao động giai đoạn 1981 – 1985", *Kết quả bước đầu nghiên cứu một số chỉ tiêu sinh học người Việt Nam*, NXB Y học, tr. 63 – 67, Hà Nội.
4. **Mai Văn Hưng (2001)**, "Một số chỉ tiêu về hình thái thể lực của học sinh trường Trung học sư phạm Thanh Hóa", *Tạp chí Khoa học Sư phạm*, Số 6, tr. 127 – 131.

5. **Đào Mai Luyện (2001)**, *Nghiên cứu một số chỉ số sinh học của người Êđê và người Kinh định cư ở Đắc Lắc*, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
6. **Viện dinh dưỡng quốc gia (2006)**, *Báo cáo: Kết quả điều tra Thừa cân – béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25-64 tuổi*, Hà Nội.

NGHIÊN CỨU MẬT ĐỘ KHOÁNG CỦA XƯƠNG, TỶ LỆ LOÃNG XƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP DEXA VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ LOÃNG XƯƠNG Ở PHỤ NỮ TRÊN 40 TUỔI

Thái Viết Tạng*, Đoàn Văn Đệ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mật độ khoáng của xương, tỷ lệ loãng xương bằng phương pháp DEXA, một số yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ trên 40 tuổi tại thành phố Rạch Giá, tỉnh Kiên Giang. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến hành nghiên cứu trên 206 phụ nữ trên 40 tuổi gồm 176 đối tượng trong cộng đồng và 30 đối tượng bị gãy xương, sống tại thành phố Rạch Giá tỉnh Kiên Giang, mỗi đối tượng, chúng tôi tiến hành khám lâm sàng, phát hiện các yếu tố gây rối loạn chuyển hóa xương và đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA trên máy Osteocore Station Mobile, sau đó tìm mối tương quan giữa mật độ xương và T-Score với 1 số yếu tố. **Kết quả:** Mật độ xương và chỉ số T-Score trung bình lần lượt là 0.76 ± 0.140 g/cm² và -0.89 ± 1.2 . Mật độ xương có mối tương quan nghịch với tuổi ($r = -0.4$, $p < 0.05$), tương quan thuận ($r = 0.43$, $p < 0.05$) với cân nặng và tương quan thuận mức độ nhẹ ($r = 0.23$, $p < 0.05$) với chiều cao và tương quan thuận với BMI ($r = 0.4$, $p < 0.05$). **Kết luận:** Thời gian mãn kinh càng dài, mật độ xương càng giảm, tỷ lệ loãng xương càng tăng ($p < 0.05$). Tỷ lệ loãng xương ở gia đình có tiền sử gãy xương (68.2%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có tiền sử gãy xương (4.3%) ($p < 0.05$).

Từ khóa: Loãng xương, mật độ xương, T-score, DEXA method.

SUMMARY

STUDY ON BONE MINERAL DENSITY, OSTEOPOROSIS RATE BY DEXA METHOD AND OSTEOPOROSIS RISK FACTORS OF WOMEN OVER 40 YEARS

Purpose: To study bone mineral density (BMD), osteoporosis rate by DEXA method, several osteoporosis risk factors of women over 40 years at Rach Gia City, Kiên Giang province. **Subjects and method:** We performed studying on 206 women over 40 years, including 176 subjects in community and 30 fracture subjects, who live in Rach Gia City, Kiên Giang province. Each subject, we performed clinical examination, detected factors induced bone metabolic disorder and measure BMD by DEXA method on Osteocore Station Mobile machine, then look for the relation between BMD and T-score index with several factors. **Result:** Mean value of BMD and T-score was 0.76 ± 0.140 g/cm² and -0.89 ± 1.2 , respectively. BMD was negative correlation with age ($r = -0.4$, $p < 0.05$),

positive correlation with height, ($r = 0.43$, $p < 0.05$), positive correlation with BMI ($r = 0.4$, $p < 0.05$).

Conclusion: The longer menopause time is, the lower BMD is, and the higher osteoporosis rate is, significant difference ($p < 0.05$). Osteoporosis proportion of fracture-history family (68.2%) is statistically significant higher than nonfracture-history family (4.3%) ($p < 0.05$).

Key word: Osteoporosis, bone mineral density, T-score, phương pháp DEXA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một rối loạn chuyển hoá chất khoáng trong xương, gây sự mất toàn vẹn về khối lượng và chất lượng xương và hậu quả cuối cùng là gãy xương. Sự mất toàn vẹn về khối lượng xương thể hiện giảm mật độ khoáng chất của xương và giảm khối lượng xương. Chất lượng xương giảm thể hiện ở sự thay đổi thành phần chất nền, chất khoáng của xương, tổn thương vi cấu trúc, sửa chữa cấu trúc xương và cuối cùng là giảm thể tích xương. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến mật độ xương: tuổi, oestrogen, dinh dưỡng, cân nặng, chiều cao, tình trạng vận động, bệnh lý gây loãng xương (cường giáp, cường cận giáp, đái tháo đường...) và nhiều yếu tố khác (sử dụng thuốc, di truyền, uống rượu, hút thuốc lá...). Mặc dù mất xương là hiện tượng sinh lý xuất hiện sau tuổi 40 ở cả hai giới song tốc độ mất xương ở nam và nữ là khác nhau. Sự mất xương ở nữ xuất hiện sớm từ 15-20 năm so với nam giới do hậu quả của việc suy giảm chức năng buồng trứng một cách nhanh chóng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm: *nguyên cứu mật độ khoáng của xương, tỷ lệ loãng xương bằng phương pháp DEX và một số yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ trên 40 tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 206 phụ nữ ở thành phố Rạch Giá, tỉnh Kiên Giang

***Tiêu chuẩn chọn:** Tuổi trên 40 tuổi, đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Hội chứng Cushing, cường cận giáp, cường giáp trạng, bệnh gan thận mạn tính, hội chứng kém hấp thu, bị cắt bỏ buồng trứng, đang sử dụng hormone thay thế, ung thư di căn, đa u tủy xương, bất động kéo dài trên 3 tháng, giảm chức năng vận động nặng, có các bệnh xương khớp mạn tính, phụ nữ

*Bệnh viện 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Thái Viết Tạng
Email: thaiviettang1961@gmail.com
Ngày nhận bài: 5/2/2018
Ngày phản biện khoa học: 2/3/2018
Ngày duyệt bài: 23/3/2018

có thai... không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.
- Bệnh nhân được hỏi tiền sử bệnh tật, khám lâm sàng, đo chiều cao, cân nặng, BMI, đo mật độ xương bằng phương pháp DEXA, thu thập chỉ tiêu các yếu tố gây loãng xương.

- Chẩn đoán loãng xương theo WHO: Dựa vào mật độ xương (MĐX) tại cổ xương đùi:

+ Bình thường: T-score ≥ -1
+ Thiếu xương: $-2.5 < \text{T-score} < -1$
+ Loãng xương: T-score ≤ -2.5
+ Loãng xương nặng: T-score ≤ -2.5 kèm theo gãy xương

- **Số liệu được xử lý bằng** phần mềm thống kê SPSS với các đặc trưng nghiên cứu: giá trị trung bình, so sánh giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm ($p < 0.05$ là có ý nghĩa thống kê).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nghiên cứu là $66,8 \pm 6,3$, tuổi thấp nhất là 48, cao nhất là 85 tuổi, Bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm 8,3%, bệnh nhân từ 60 – 69 tuổi chiếm 62,1%, bệnh nhân lớn hơn 90 tuổi chiếm 29,6%. Mật độ xương trung bình và T-score trung bình lần lượt là 0.760 ± 0.140 và $-0,890 \pm 1.20$

Bảng 1: Tỷ lệ loãng xương tại cổ xương đùi

Nhận xét: Tỷ lệ bình thường là 54,8%; loãng

xương là 11,2% và thiếu xương chiếm 34%. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có điều kiện trình độ học vấn thấp, kinh tế còn thiếu thốn, không có chế độ bổ sung calci và uống sữa do vậy tỷ lệ loãng xương và thiếu xương chiếm tới 45,2%.

Phân loại MĐX (theo WHO)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	113	54,8
Thiếu xương	70	34,0
Loãng xương	23	11,2

Các nghiên cứu trong và ngoài nước đã đề cập đến mối liên quan giữa trình độ học vấn và nơi cư trú với loãng xương. Trình độ học vấn nói lên sự hiểu biết của con người kể cả phòng ngừa bệnh tật và dinh dưỡng hợp lý, nhận thức về phòng ngừa bệnh tật tốt hơn, trong đó có GX do loãng xương. Theo Suzanne và cộng sự (2004) nghiên cứu mối liên quan LX và trình độ học vấn, cho thấy, MĐX cao ở nhóm có trình độ văn hoá cao và giảm nguy cơ LX từ 3,5-8,6 lần. Nơi cư trú ảnh hưởng đến loãng xương, bởi liên quan đến học vấn cũng như điều kiện sống. Theo Vũ Thị Thu Hiền và cộng sự (2004) nghiên cứu 2.232 phụ nữ trên 20 tuổi vùng nông thôn và thành thị tại Hà Nội cho rằng, tỷ lệ LX phụ nữ tiền mãn kinh ở thành thị cao phụ nữ nông thôn; ngược lại, sau mãn kinh tỷ lệ LX nông thôn cao hơn thành thị [7].

Bảng 2. Tương quan giữa mật độ xương và T-score với 1 số chỉ số ở ĐTNC

Đặc điểm	Mật độ xương (g/cm)	T-score
Nhóm tuổi	< 60 tuổi (17)	$0,871 \pm 0,082$
	60- 69 tuổi (128)	$0,788 \pm 0,128$
	≥ 70 tuổi (61)	$-1,600 \pm 1,073$
	P	$< 0,001$
BMI	BMI < 18,5 (5)	$-2,260 \pm 1,488$
	$18,5 \leq \text{BMI} < 23,0$ (60)	$-1,340 \pm 1,018$
	BMI $\geq 23,0$ (141)	$-0,648 \pm 1,177$
	P	$p < 0,05$

Nhận xét: Mật độ xương và tỷ số T-score có mối liên quan với nhóm tuổi và BMI có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

Bảng 3. Mối tương quan giữa MĐX với 1 số chỉ số ở ĐTNC

Đặc điểm	r	P
Tuổi	$r = -0.4$	< 0.05
Cân nặng	$r = 0.43$	< 0.05
Chiều cao	$r = 0.21$	< 0.05
BMI	$r = 0.40$	< 0.05

Nhận xét: Mật độ xương có mối tương quan nghịch với tuổi, tương quan thuận với cân nặng, chiều cao, BMI ($p < 0.05$).

Các giai đoạn trong cuộc đời phụ nữ liên quan tới estrogen là hormon có vai trò quan trọng tạo xương, tăng MĐX, sức mạnh xương. Tại thời

điểm hay sau mãn kinh, estrogen bị suy giảm, hệ quả là MĐX cũng suy giảm nhanh chóng, nhất là 5 năm đầu sau mãn kinh. Phụ nữ mãn kinh tăng một tuổi mất 1% khối lượng xương dẫn đến LX và GX [3]. Cứ tăng lên mỗi 5 tuổi thì nguy cơ GX đùi ở phụ nữ có tuổi tăng từ 1-4 đến 1-8 lần. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tuổi càng cao MĐX càng giảm, có mối tương quan nghịch giữa mật độ xương với tuổi (hệ số tương quan $r = -0,40$, $p < 0,05$), và tương quan nghịch giữa chỉ số T-score với tuổi (hệ số tương quan $r = -0,04$, $p < 0,05$). Đặc biệt nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ đối tượng loãng xương tăng dần theo

mức tăng của tuổi, phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Nguyễn Thị Ngọc Lan, phụ nữ trên 70 tuổi có nguy cơ LX hơn phụ nữ dưới 70 tuổi gấp 4,14 lần 95% (2,99-5,75) [1].

Với những người có trọng lượng mỡ nhiều và chỉ số BMI cao, có mật độ phân bố mỡ ở vùng xương đùi, cụ thể là quanh đầu trên xương đùi nhiều; chúng có vai trò chiếc gối đệm bảo vệ đầu trên xương đùi giảm va chạm, nên giảm nguy cơ GX. Và ngược lại những người có trọng lượng cơ thể thấp thì mật độ mỡ quanh đầu trên xương đùi thấp nên tăng nguy cơ bị GX. Tuy nhiên, các chỉ số nhân trắc có mối tương quan thuận với MĐX, cho nên chúng loại trừ nhau trong mô hình chẩn đoán GX. Có nghĩa là sự

xuất hiện cùng lúc giữa các chỉ số nhân trắc và MĐX, thì mối tương quan giữa các yếu tố có cùng tiên đoán nguy cơ GX sẽ giảm. Theo nghiên cứu của chúng tôi, nhóm đối tượng gầy (BMI < 18,5) có mật độ xương trung bình thấp hơn nhóm đối tượng có BMI bình thường hoặc tăng ($p < 0,05$). Mật độ xương tương quan thuận với cân nặng, chiều cao và BMI của đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ loãng xương ở nhóm đối tượng thiếu cân là cao nhất ($p < 0,001$). Một số tác giả trong nước cũng cho thấy rằng có mối liên quan chặt chẽ giữa BMI < 18,5 và MĐX. Theo Vũ Thị Thu Hiền, BMI thấp tăng nguy cơ loãng xương OR=2,82 (1,40-5,68) [7].

Bảng 4: Mối liên quan giữa mức độ loãng xương với thời gian mãn kinh

Thời gian MK	Bình thường		Thiếu xương		Loãng xương		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
5 năm (n=11)	9	81,8	2	18,2	0	0,0	P<0,05
5-10 năm (n=30)	23	76,7	7	23,3	0	0,0	
Trên 10 năm (n=165)	81	49,1	61	37,0	23	13,9	
Cộng (n=206)	113	54,8	70	34,0	23	11,2	

Nhận xét: Loãng xương liên quan đến thời gian mãn kinh: Thời gian mãn kinh càng dài thì tỷ lệ LX càng cao, trên 10 năm tỷ lệ LX 13,9%, so với thời gian mãn kinh 5-10 năm là 0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Hormon sinh dục nữ estrogen có vai trò trong sức mạnh xương, phát triển xương trưởng thành và duy trì khối lượng xương, Thiếu estrogen thay đổi cân bằng hình thành xương và hủy xương là nguyên nhân gây loãng xương gãy xương ở phụ nữ sau mãn kinh. Mười năm sau mãn kinh MĐX giảm nhanh hơn tiền mãn kinh và mãn kinh [3]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mãn

kinh trước 5 năm có 11 người, mãn kinh 5-10 năm 30 người và mãn kinh trên 10 năm có 165 người. Kết quả cho thấy, thời gian mãn kinh càng dài thì MĐX càng giảm và tỷ lệ LX càng tăng 5 năm, sau 10 năm, trên 10 năm tương ứng 0%, 0%, 13,9% ($p < 0,05$).

Theo Vũ Đình Chính (1996) nghiên cứu 200 phụ nữ nông thôn bằng chụp X quang quy ước cho thấy tỷ lệ loãng xương sau 10 năm mãn kinh là 22,2%. Nghiên cứu Ninh Thị Nhung (2008) phụ nữ trên 40 tuổi tại Thái Bình, bằng phương pháp siêu âm cho thấy tỷ lệ loãng xương sau 10 năm là 26,1% [2].

Bảng 5. Mối liên quan mức độ LX theo tiền sử gia đình gãy xương

Tiền sử gia đình gãy xương	Bình thường		Thiếu xương		Loãng xương		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Không GX	113	60,8	63	34,2	8	4,3	p<0,05
Có GX	0	0,0	7	31,8	15	68,2	
Cộng (n=206)	113	54,8	70	34,0	23	11,2	

Kanis (2004) nghiên cứu tiền sử gia đình gãy xương liên quan yếu tố nguy cơ gãy xương trên 34.928 nam và nữ, nhận thấy cũng như yếu tố tẻ ngã, tiền sử gia đình cha hoặc mẹ gãy xương do loãng xương có liên quan đến di truyền thể hệ sau bị gãy xương. Nếu tiền sử có cha gãy xương đùi, nguy cơ tăng gãy xương đùi ở phụ nữ RR=0,99 (0,70-1,41), tiền sử mẹ có gãy xương đùi, nguy cơ tăng gãy xương đùi ở phụ nữ RR=1,29 (0,98-1,69). Theo Siris E.S và cộng sự (2001) nghiên cứu phụ nữ trên 50 tuổi bằng phương pháp DEXA cho rằng tiền sử có cha hoặc

mẹ gãy xương đùi thì bản thân tăng nguy cơ gãy xương đùi OR = 1,96 (1,75 - 2,20) [6]. Theo Robbins J (2007) nghiên cứu 93676 phụ nữ, cho thấy tiền sử cha hoặc mẹ có gãy xương so với cha hoặc mẹ không gãy xương thì nguy cơ gãy xương ở phụ nữ tăng 1,5 lần với OR=1,50 (1,20-1,87)[5]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: MĐX nhóm tiền sử cha mẹ gãy xương thấp hơn nhóm không có tiền sử gãy xương, tỷ lệ loãng xương nhóm có tiền sử gia đình gãy xương là 68,2%, nhóm không có tiền sử gia đình gãy xương là 4,3% ($p < 0,05$).

IV. KẾT LUẬN

- Thời kỳ mãn kinh các dài, mật độ xương càng giảm và tỷ lệ loãng xương càng tăng.
- Tỷ lệ loãng xương ở các gia đình có tiền sử gãy xương cao hơn nhóm không có tiền sử gãy xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Hoàng Hoa Sơn, Nguyễn Vĩnh Ngọc (2015), "Khảo sát yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ Việt Nam từ 50 tuổi trở lên và nam giới từ 60 tuổi trở lên", *TCNCYH* 97, 5.
2. Ninh Thị Nhung (2008), "*Nghiên cứu tình trạng LX và áp dụng một số biện pháp can thiệp dự phòng cho phụ nữ từ 40-65 tuổi tại Thái Bình*", Luận án Tiến sĩ Y học, Học Viện Quân Y.
3. Hassa H., et al. (2005), "Related factors in bone mineral density of lumbar and femur in natural

postmenopausal women", *Arch Gynecol Obstet*, 273(2), 86-9.

4. Maddah M., Sharami S. H., Karandish M. (2011), "Educational difference in the prevalence of osteoporosis in postmenopausal women: a study in northern Iran", *BMC Public Health*, 11, 845.
5. Robbins J., et al. (2007), "Factors associated with 5-year risk of hip fracture in postmenopausal women", *Jama*, 298(20), 2389-98.
6. Siris E. S., et al. (2001), "Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women: results from the National Osteoporosis Risk Assessment", *Jama*, 286(22), 2815-22.
7. Vu T. T., et al. (2005), "Determining the prevalence of osteoporosis and related factors using quantitative ultrasound in Vietnamese adult women", *Am J Epidemiol*, 161(9), 824-30.

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUÝP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Trần Thị Phương¹, Nguyễn Thị Hiền¹, Lê Đức Cường¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang trên 419 bệnh nhân mắc đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình cho thấy: kiến thức về nguyên nhân gây bệnh do ăn uống dư thừa được 78,7% đối tượng nghiên cứu biết đến, 61,3% người trả lời là do lười vận động, 29,8% cho biết nguyên nhân của bệnh là di truyền; có 16,9% đối tượng nghiên cứu không biết nguyên nhân gây bệnh đái tháo đường. Hầu hết người bệnh biết biến chứng thường gặp của bệnh đái tháo đường là tim mạch (91,4%), mắt (91,9%), thận (91,4%), bàn chân (90,9%), thần kinh (92,6%). Đa số (96%) các đối tượng nghiên cứu cho rằng bệnh ĐTĐ phải điều trị kéo dài, suốt đời; hơn 95,5% biết cách dùng thuốc đái tháo đường là phải đúng thuốc, đúng liều lượng, đúng thời gian. Môn thể thao phòng chống đái tháo đường được đối tượng biết đến: đi bộ nhanh (99,5%), chạy chậm (40,1%). Tất cả các đối tượng (100%) đối tượng xử trí đúng khi bị hạ đường huyết; 92,1%, thực hiện chế độ ăn điều trị bệnh. Tỷ lệ đối tượng có luyện tập thể lực là 82,6%, luyện tập hàng ngày là 63%.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, đái tháo đường, Ninh Bình

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE TO PREVENTION DIABETES AMONG PATIENTS

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Phương

Email: phuong170978@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.2.2018

Ngày duyệt bài: 5.3.2018

TREATED AT NINHBINH GENERAL HOSPITAL

This was a cross-sectional descriptive study conducted among 419 diabetes patients at Ninhbinh provincial general hospital. Results showed that: 78.7% of the respondents said that the cause of diabetes was excessive eating, physical inactivity (61.3%), genetic causes (29.8%), unknown cause (16.9%). Almost patients knew the common complication of diabetes as cardiovascular complication, complication in eye, kidney, foot, and nerves. Majority of the respondents knew the necessary of prolonged treatment during lifetime, more than 95.5% knew the right way to use medicine. Activities known as to prevent disease: fast walking (99.5%), slowly running (40.1%). All subjects (100%) treated properly whenever having hypoglycaemia. About 92.1% applied diet to treat diseases. The rate of subjects with physical practice was 82.6%, and daily practice was 63%.

Key words: Knowledge, practice, diabetes, Ninhbinh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới và Liên đoàn Đái tháo đường, Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ gia tăng bệnh đái tháo đường nhanh nhất thế giới. Tại Việt Nam, trong 10 năm qua, số bệnh nhân mắc đái tháo đường đã tăng đến 11% với gần 5 triệu người mắc và trong đó có hơn 60% số người vẫn chưa được chuẩn đoán bệnh [1]. Hàng năm ngân sách cho ngành y tế của các quốc gia trung bình mất khoảng 5-10% cho điều trị bệnh ĐTĐ, trong đó chi phí chủ yếu là dành cho điều trị biến chứng ĐTĐ. 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. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này tại tỉnh Ninh Bình với mục tiêu nghiên cứu là: "Mô tả kiến thức, thực hành phòng bệnh đái tháo đường của người bệnh đái tháo đường tuýp 2 điều trị tại 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 bị các vấn đề về sức khỏe tâm thần, không thể nghe rõ và trả lời câu hỏi 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 $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. 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.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu

Bảng 2. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về việc điều trị bệnh (n = 419)

Biến số	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bệnh ĐTĐ phải điều trị kéo dài, suốt đời	402	96,0
Cách dùng thuốc đái tháo đường: Đúng thuốc	412	98,3
Đúng liều lượng	411	98,1
Đúng thời gian	400	95,5
Tác hại của việc dùng thuốc không đúng chỉ định: Hạ đường huyết	38	9,1
Gây ra biến chứng/bệnh nặng thêm	365	87,1
Giảm tác dụng của thuốc	37	8,8

Bảng 2 các đối tượng nghiên cứu cho rằng bệnh ĐTĐ phải điều trị kéo dài, suốt đời là 96%, biết cách dùng thuốc đái tháo đường là phải đúng thuốc, đúng liều lượng, đúng thời gian tỷ lệ chung là từ 95,5% trở lên. Đa số NB biết tác hại của việc dùng thuốc không đúng chỉ định gây ra biến chứng bệnh nặng thêm (87,1%). Tuy nhiên, số đối tượng biết tác hại gây hạ đường huyết, giảm tác dụng của

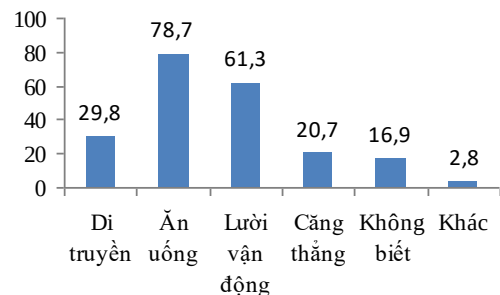
được làm sạch trước khi nhập vào máy tính, sử dụng chương trình EPI DATA 3.1 để nhập liệu. Sử dụng chương trình SPSS 16.0 để phân tích số liệu. Các thông số được tính toán dựa trên số lượng và tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kiến thức về biến chứng thường gặp bệnh đái tháo đường (n = 419)

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tim mạch	383	91,4
Mắt	385	91,9
Thận	383	91,4
Bàn chân	381	90,9
Thần kinh	388	92,6

Bảng 1 cho thấy, tỷ lệ người bệnh biết biến chứng thường gặp của bệnh đái tháo đường là rất cao lần lượt là Tim mạch (91,4%), mắt (91,9%), thận (91,4%), bàn chân (90,9%), thần kinh (92,6%).



Biểu đồ 1. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về nguyên nhân gây bệnh

Kết quả biểu đồ 3.5 cho thấy, đối tượng biết nguyên nhân gây bệnh do ăn uống dư thừa là cao nhất chiếm 78,7%, tiếp đến là do lười vận động 61,3%, di truyền 29,8%, căng thẳng thần kinh 20,7%, nguyên nhân khác là 2,8% và có đến 16,9% đối tượng nghiên cứu không biết nguyên nhân gây bệnh đái tháo đường.

thuốc tỷ lệ thấp lần lượt là 9,1%, 8,8%.

Bảng 3. Kiến thức về chế độ ăn phòng chống bệnh của đối tượng nghiên cứu (n = 419)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Loại thức ăn nên ăn: Rau xanh	412	98,3
Đậu, đỗ	387	92,4
Cá nạc	399	95,2
Loại thức ăn cần hạn chế: Thịt lợn mỡ	408	97,4
Hoa quả đóng hộp	364	86,9
Rượu bia	411	98,1
Loại thức ăn cần tránh: Thịt mỡ	414	98,8
Nước ngọt	412	98,3

Bảng 3 cho thấy kiến thức về loại thức ăn nên ăn, thức ăn nên hạn chế, thức ăn cần tránh của đối tượng nghiên cứu đều đạt trên 92%, riêng thức ăn cần hạn chế là hoa quả đóng hộp tỷ lệ thấp hơn 86,9%.

Bảng 4. Kiến thức về chế độ luyện tập phòng chống biến chứng của đối tượng nghiên cứu (n = 419)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Môn thể thao nên tập		
Đi bộ nhanh	417	99,5
Chạy chậm	168	40,1
Số lần cần tập ≥ 5 lần/ tuần	310	74,0
Thời gian nên tập 20 – 30 phút/lần	215	51,3
Cần mang theo bánh ngọt/ kẹo khi tập	63	15,4

Bảng 4 cho thấy kiến thức của đối tượng nghiên cứu về chế độ luyện tập phòng chống biến chứng đái tháo đường như sau: Môn thể thao nên tập như: đi bộ nhanh là 99,5%, chạy chậm là 40,1%. Tần suất nên tập trong tuần từ 5 lần trở lên là 74,0%. Thời gian mỗi lần nên tập là 51,3% tuy nhiên tỷ lệ người bệnh biết cần mang theo bánh ngọt/ kẹo khi tập chỉ có 15,4%.

Bảng 5. Thực hành của đối tượng nghiên cứu về theo dõi và điều trị bệnh (n = 419)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có đi khám mắt	250	59,7
Khám mắt 6 tháng/ lần	102	24,3
Chăm sóc bàn chân buổi tối hàng ngày	101	24,1
Bảo vệ bàn chân bằng đi giày dép hàng ngày	323	77,1
Có bị hạ đường huyết	374	89,3
Xử trí đúng khi bị hạ đường huyết	374	100
Không quên dùng thuốc theo hướng dẫn	195	46,5

Kết quả bảng 5 cho thấy tỷ lệ đối tượng xử trí đúng khi bị hạ đường huyết là 100%, bảo vệ bàn chân bằng đi giày dép hàng ngày là 77,1%. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh chăm sóc bàn chân buổi tối hàng ngày chỉ đạt 24,1%; không bị hạ đường huyết là 10,7% và đi khám mắt định kỳ là 24,3%.

Bảng 6. Thực hành của đối tượng nghiên cứu về ăn uống (n = 419)

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có nghe buổi tư vấn về dinh dưỡng cho người bệnh đái tháo đường	278	66,3
Có thực hiện chế độ ăn cho người bệnh đái tháo đường	386	92,1
Sử dụng các loại thực phẩm giàu đạm: <i>Các loại thịt bỏ mỡ</i>	416	99,3
<i>Thịt gia cầm bỏ da</i>	384	91,6
<i>Cá</i>	403	96,2
<i>Đậu và các chế phẩm của đậu</i>	402	95,9
Ăn phủ tạng động vật	87	20,8
Uống nước ngọt	11	2,6
Uống rượu, bia ≤ 1 cốc tiêu chuẩn/ ngày	376	89,8
Hút thuốc lá	71	16,9
Ăn đồ xào rán ≤ 3 lần/tuần	373	89,0
Ăn hoa quả ngọt ≤ 3 lần/tuần	327	78,0

Qua bảng 6 cho thấy tỷ lệ NB có thực hiện chế độ ăn điều trị bệnh là 92,1%, sử dụng các thực phẩm giàu đạm đa dạng trên 90%; uống rượu bia, ăn đồ xào rán, quả ngọt ở mức cho phép đều đạt trên dưới

80%. Tuy nhiên, tỷ lệ NB còn hút thuốc lá và ăn phủ tạng vẫn còn nhưng ở mức thấp trên dưới 20%.

Bảng 7. Thực hành của đối tượng nghiên cứu về vận động (n = 419)

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có luyện tập thể lực	346	82,6
Luyện tập hàng ngày	264	63,0
Thời gian tập phù hợp	212	50,6
Có đi giày/dép khi luyện tập	341	81,4
Có mang theo bánh ngọt/keo khi tập	44	10,5

Bảng 7 cho thấy, tỷ lệ đối tượng có luyện tập thể lực là 82,6%, có đi giày/dép khi luyện tập là 81,4%, luyện tập hàng ngày là 63%, thời gian tập phù hợp là 50,6% và có mang theo bánh ngọt/keo khi tập là 10,5%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ người bệnh biết các biến chứng đái tháo đường rất cao (trên 90%). Phần lớn đối tượng nghiên cứu biết biến chứng bệnh đái tháo đường có thể phòng được với 87,4%, Kết quả này nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Đan (2011) chỉ là 57%. Trong đó, chủ yếu người bệnh cho rằng phòng biến chứng bằng uống thuốc đầy đủ (86,4%), chế độ ăn hợp lý (87,4%), luyện tập thể lực phù hợp (86,6%), theo dõi và khám bệnh định kỳ (84,2%) nhưng biết cần tránh căng thẳng thần kinh (stress) lại chiếm tỷ lệ thấp hơn với 51,3%.

Trong nghiên cứu cho thấy, hầu hết đối tượng đều biết thuốc điều trị phải dùng đúng liều lượng, thời gian với trên 95% số đối tượng nghiên cứu. Để kiểm soát tốt đường huyết cũng như hạn chế các biến chứng của bệnh thì người bệnh đái tháo đường phải thực hiện chế độ ăn một cách hợp lý và khoa học. Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết người bệnh biết các thực phẩm chủ đạo nên ăn như rau xanh, đậu, đỗ, cá nạc trên 92%; các thực phẩm cần hạn chế như thịt lợn mỡ, hoa quả đóng hộp, rượu bia lần lượt 97,4%, 86,9%, 98,1%; những thực phẩm cần tránh như thịt nhiều mỡ, nước ngọt trên 98% và biết cách chế biến thức ăn tốt nhất là luộc, hầm là chủ yếu.

Ngoài việc cần có chế độ ăn hợp lý người bệnh cần có chế độ luyện tập phù hợp để kiểm soát tốt đường huyết. Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết người bệnh biết môn thể thao nên tập là đi bộ nhanh, tần suất tập hợp lý, nhưng chỉ có 51,3% đối tượng biết thời gian tập phù hợp, 15,4% biết cần mang bánh ngọt hoặc kẹo theo khi đi tập. Người bệnh nên tập nhiều lần thời gian hợp lý (20 – 30 phút) hơn là tập ít lần mà thời gian dài, với các môn thể thao nhẹ

như đi bộ nhanh, chạy chậm, khiêu vũ, đi xe đạp...

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh có đi khám mắt đạt 59,7% nhưng khám 6 tháng/lần chỉ có 24,3%, Cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan (2011) tỷ lệ có đi khám mắt là 18,2% và khám 6 tháng/lần là 6,6%. Khám mắt định kỳ 3 - 6 tháng 1 lần giúp người bệnh phát hiện sớm các bất thường về mắt và có phương pháp điều trị kịp thời nhằm phòng biến chứng mắt và nguy cơ mù lòa. Để phòng ngừa biến chứng bàn chân, mà hậu quả là cắt cụt chi. Về kết quả nghiên cứu tỷ lệ người bệnh tự bảo vệ chăm sóc chân bằng cách đi giày dép là 77,1%, chăm sóc bàn chân buổi tối hàng ngày là 24,1%.

Tỷ lệ người bệnh dùng thuốc đúng theo hướng dẫn là 46,5%. Thấp hơn nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Hằng Thi (2013) tỷ lệ dùng thuốc đều đúng liều lượng thời gian là 83,3%. Bảng 3.16. tỷ lệ người bệnh có thực hiện chế độ ăn bệnh lý là 92,1%, sử dụng các thực phẩm giàu đạm đa dạng trên 90%; uống rượu bia, ăn đồ xào rán, hoa quả ngọt ở trong mức cho phép đều đạt trên dưới 80%.

Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh còn hút thuốc lá (16,9%) và ăn phủ tạng động vật vẫn còn (20,8%), nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Đan (2011) tỷ lệ hút thuốc lá là 24,3%, uống rượu bia > 1 cốc tiêu chuẩn/ngày 27,6%, ăn đồ xào rán > 3 lần/ngày là 45,9%, ăn hoa quả ngọt > 3 lần/ngày là 60,2%. Điều này cho thấy càng ngày người bệnh càng quan tâm đến chế độ dinh dưỡng hợp lý và thực hành ăn uống khoa học để phòng chống biến chứng đái tháo đường. Mặc dù vậy vẫn còn một số đối tượng thực hành ăn uống chưa tốt ví dụ biết tác hại của thuốc lá nhưng do thói quen khó bỏ điều này cho thấy nhân viên y tế cần tăng cường tư vấn truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh hơn nữa để người bệnh có thể thay đổi trong hành vi thực hành của mình.

Tỷ lệ đối tượng có luyện tập thể lực trong nghiên cứu này là 82,6%, có đi giày/dép khi luyện tập là 81,4%, luyện tập hàng ngày là 63%. Điều này cho thấy, thực hành về vận động của đối tượng còn nhiều hạn chế cần tăng cường tư vấn truyền thông để người bệnh thực hành đạt cao hơn. Phần lớn người bệnh đái tháo đường khi đi tập thể dục hoặc đi xa thường không có thói quen mang theo bánh ngọt/keo và nước uống Điều này là không đúng, các chuyên gia khuyên rằng tuy là bị bệnh đái tháo đường nhưng khi đi tập luyện thể dục nên đi có bạn và

mang theo bánh kẹo ngọt để phòng chống biến chứng đái tháo đường. Nhất là khi một số người bệnh đi tập thể dục buổi sáng mà chưa ăn uống gì là vô cùng nguy hiểm [4].

V. KẾT LUẬN

- Kiến thức về nguyên nhân gây bệnh do ăn uống dư thừa được 78,7% đối tượng nghiên cứu biết đến, 61,3% người trả lời là do lười vận động, 29,8% cho biết nguyên nhân của bệnh là di truyền; có 16,9% đối tượng nghiên cứu không biết nguyên nhân gây bệnh đái tháo đường.

- Tỷ lệ người bệnh biết biến chứng thường gặp của bệnh đái tháo đường: Tim mạch (91,4%), mắt (91,9%), thận (91,4%), bàn chân (90,9%), thần kinh (92,6%).

- Đa số (96%) các đối tượng nghiên cứu cho rằng bệnh ĐTĐ phải điều trị kéo dài, suốt đời; hơn 95,5% biết cách dùng thuốc đái tháo đường là phải đúng thuốc, đúng liều lượng, đúng thời gian.

- Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về chế độ luyện tập phòng chống biến chứng đái tháo đường: Môn thể thao nên tập như: đi bộ nhanh là 99,5%, chạy chậm là 40,1%. Tần suất nên tập trong tuần từ 5 lần trở lên là 74,0%.

- Tất cả các đối tượng (100%) đối tượng xử trí đúng khi bị hạ đường huyết; 77,1% đã bảo vệ bàn chân bằng đi giày dép hàng ngày.

- Tỷ lệ người bệnh có thực hiện chế độ ăn điều trị bệnh là 92,1%, sử dụng các thực phẩm giàu đạm đa dạng là trên 90%;

- Tỷ lệ đối tượng có luyện tập thể lực là 82,6%, luyện tập hàng ngày là 63%, thời gian tập phù hợp là 50,6%.

KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường công tác truyền thông đại chúng về nguyên nhân gây bệnh, kiến thức về chế độ ăn cũng như chế độ luyện tập để phòng, điều trị bệnh đái tháo đường.

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

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH ĐẾN KHÁM TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN THANH CHƯƠNG, NGHỆ AN

Ninh Thị Nhung¹, Hoàng Năng Trọng¹,
Nguyễn Thịnh Khuyên², Phạm Thị Tĩnh¹, Phạm Thị Dung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu ở người trưởng thành đến khám bệnh tại khoa khám bệnh bệnh viện đa khoa huyện Thanh Chương, tỉnh Nghệ An. **Phương pháp:** nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 592 đối tượng đến khám tại bệnh viện, kết quả cho thấy: 14,2% đối tượng có BMI ở mức thừa cân béo phì. Nam giới có tỷ lệ tăng

cholesterol, tăng triglycerid và tăng HDL là 32,4%; 37,5% và 39,5% cao hơn so với nữ là 24,7%; 33,1% và 36,1%. Tỷ lệ tăng giảm LDL của nữ là 5,1% cao hơn so với nam là 3%. Tỷ lệ tăng cholesterol, tăng triglycerid máu, tăng LDL-C máu đều thấp nhất ở nhóm tuổi 20-29 và cao nhất ở nhóm tuổi 50-60, với $p < 0,05$. Tỷ lệ đối tượng giảm HDL cao nhất ở nhóm tuổi 40-49, thấp nhất ở nhóm tuổi 30-39, tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có 63,2% đối tượng nghiên cứu bị rối loạn lipid máu (1 trong 4 chỉ số) trong đó rối loạn tăng ít nhất 1 trong 3 thành phần Cholesterol, Triglycerid, LDL chiếm 61,5% và rối loạn giảm HDL chiếm 4,1%. **Kết luận:** Có 63,2% đối tượng bị rối loạn lipid máu. Trong đó chủ yếu là rối loạn 1 chỉ số (30,6%) và rối loạn 2 chỉ số (22,8%). Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nam là 66,2% cao hơn so với nữ là 60,1%; tỷ lệ rối loạn

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình,

²Bệnh viện đa khoa huyện Thanh Chương, Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Thị Nhung

Email: nhungntyb@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2018

Ngày duyệt bài: 5.3.2018

lipid máu tăng theo nhóm tuổi và ở cao nhất nhóm tuổi 50-59, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Rối loạn lipid máu, người trưởng thành.

SUMMARY

LIPID BLOOD DISORDERS IN ADULT TREATMENT OF HOSPITAL DISEASES IN THANH CHUONG HOSPITAL, NGHỆ AN PROVINCE

Objectives: Determination of the rate of dyslipidemia in adults to medical examination at the general hospital of Thanh Chuong district, Nghe An province. **Methods:** Descriptive epidemiological study through a cross-sectional survey. **Research results:** A total of 592 patients were enrolled in the hospital. Results showed that: 14.2% had BMI at overweight. Men have high rates of hypercholesterolemia, hypertriglyceridaemia and hyperlipidemia 32.4%; 37.5% and 39.5%; higher than females 24.7%; 33.1% and 36.1% respectively. The LDL reduction rate for women was 5.1%; higher than men 3%. High cholesterol, hypertriglyceridemia, hyperlipidemia were highest in the 20-29 age group and were highest in the 50-60 age group, with $p < 0.05$. The HDL reduction was highest in the 40-49 age group, the lowest in the 30-39 age group, with $p < 0.05$. 63.2% of subjects studied dyslipidemia (1 in 4 index). The disorder raised at least 1 in 3 Cholesterol, Triglyceride, LDL accounting for 61.5% and HDL decrease accounted for 4.1%.

Key words: dyslipidemia, adults.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh không lây nhiễm như bệnh tim mạch, đái tháo đường, ung thư và bệnh đường hô hấp mạn tính là những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn cầu. Với sự thay đổi nhanh chóng về kinh tế, Việt Nam đang phải đối mặt với sự gia tăng ngày càng trầm trọng của các bệnh không lây nhiễm. Rối loạn lipid máu, thừa cân béo phì, tăng đường máu là các yếu tố nguy cơ của các bệnh không lây nhiễm này. Trong đó, các rối loạn lipid máu của người bệnh có thể hoàn toàn kiểm soát được. Tuy nhiên việc không chế, điều trị rối loạn lipid máu là một quá trình liên tục, suốt đời với mục tiêu là ngăn ngừa tối đa các biến cố tim mạch. Các bệnh mạn tính không lây và nghèo đói tạo thành vòng luẩn quẩn, trong đó nghèo đói khiến người ta dễ phơi nhiễm các yếu tố hành vi nguy cơ dẫn đến mắc các bệnh không lây và ngược lại, các bệnh này có thể trở thành nguyên nhân quan trọng dẫn

đến nghèo đói do các chi phí trực tiếp và gián tiếp cho bệnh gây ra. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này tại Thanh Chương là huyện miền núi nằm ở phía Tây Nam thuộc tỉnh Nghệ An có 31 xã, thị trấn trong đó có 10 xã đặc biệt khó khăn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu ở người trưởng thành đến khám bệnh tại khoa khám bệnh bệnh viện đa khoa huyện Thanh Chương, tỉnh Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa bàn nghiên cứu: Là người trưởng thành từ 20 đến 59 tuổi đến khám tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa huyện Thanh Chương.

Thời gian nghiên cứu: từ 1/2016 đến tháng 6/2016

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

Cỡ mẫu nghiên cứu:

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

Cỡ mẫu tính toán tối thiểu là 585 đối tượng. Cỡ mẫu này sẽ chia đều cho 4 nhóm tuổi và 2 giới. Như vậy mỗi nhóm tuổi sẽ phỏng vấn và xét nghiệm là: 74 người/nhóm tuổi/giới x 4 nhóm tuổi x 2 giới = 592 người

Phương pháp chọn mẫu: Toàn bộ bệnh nhân đến khám tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa huyện Thanh Chương từ tháng 1/2016 đến tháng 3/2016 đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được phỏng vấn tìm hiểu kiến thức, thực hành của bệnh nhân về rối loạn lipid máu, đánh giá các chỉ tiêu nhân trắc, đo huyết áp, khám lâm sàng để phân loại bệnh tật và chỉ định xét nghiệm lipid máu.

Phương pháp thu thập thông tin: Bệnh nhân đến khám tại phòng khám đa khoa đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu trải qua các bước sau:

Hành chính; Kiểm tra một số thông số nhân trắc cân nặng, đo chiều cao đứng... Phỏng vấn: bằng bộ phiếu đã được chuẩn bị trước; Khám lâm sàng; Xét nghiệm máu

Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng chương trình EPI DATA để nhập số liệu. Phân tích số liệu được tiến hành bằng chương trình SPSS 13.0 với các test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đặc điểm về nhóm tuổi và trình độ học vấn của đối tượng

Các biến số	Nam (n=296)		Nữ (n=296)		Chung (n=592)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Nhóm tuổi: 20-29 tuổi	75	25,0	75	25,0	148	25,0
30-39 tuổi	75	25,0	75	25,0	148	25,0
40-49 tuổi	75	25,0	75	25,0	148	25,0

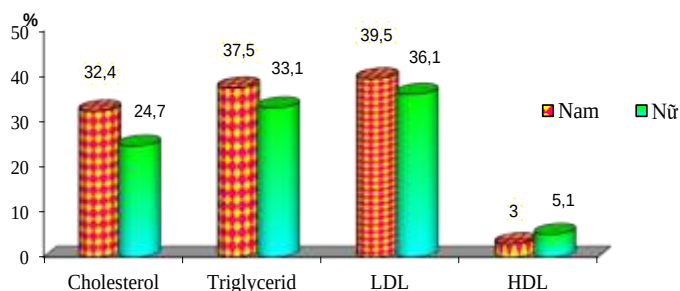
50-59 tuổi	75	25,0	75	25,0	148	25,0
Trình độ học vấn: Tiểu học	7	2,4	10	3,4	17	2,9
THCS	56	18,9	64	21,6	120	20,3
TH PT, trung cấp	159	53,7	140	47,3	299	50,5
Cao đẳng, Đại học	74	25,0	82	27,7	156	26,4

Các đối tượng nghiên cứu được chọn đồng đều ở các nhóm tuổi và cả 2 giới. Với trình độ tiểu học chiếm 2,9%; trình độ trung học cơ sở chiếm 20,3%; cao đẳng, đại học chiếm 26,4%. Trung học cơ sở chiếm 50,5% cao nhất.

Bảng 3.2. Phân loại BMI của đối tượng nghiên cứu

Các biến số		Nam (n=296)		Nữ (n=296)		Chung (n=592)	
		SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
Phân loại BMI	Gầy	2	0,7	5	1,7	7	1,2
	Bình thường	237	80,1	264	89,2	501	84,6
	TCBP	57	19,3	27	9,1	84	14,2
Vòng eo cao		0	0,0	1	0,3	1	0,2
WHR cao		6	2,0	78	26,4	84	14,2

Tỷ lệ đối tượng có BMI ở mức thừa cân, béo phì chiếm 14,2%; trong đó nam cao hơn so với nữ. Tuy nhiên khi đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo tỷ số vòng eo/vòng hông cao thì tỷ lệ mắc của nữ lại cao hơn nam.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có rối loạn Lipid máu theo giới tính

Nam giới có tỷ lệ tăng cholesterol, tăng triglycerid và tăng HDL là 32,4% ; 37,5% và 39,5% cao hơn so với nữ là 24,7% ; 33,1% và 36,1%. Tỷ lệ tăng giảm LDL của nữ là 5,1% cao hơn so với nam là 3%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có rối loạn Lipid máu theo nhóm tuổi

Các RLLP	Nhóm tuổi 20-29		30-39		40-49		50-59		p
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Tăng Cholesterol	28	18,9	41	27,7	47	31,8	53	35,8	<0,05
Tăng Triglycerid	30	20,3	52	35,1	60	40,5	67	45,3	<0,05
Giảm HDL- C	6	4,1	3	2,0	8	5,4	7	4,7	>0,05
Tăng LDL- C	41	27,7	55	37,2	51	34,5	77	52,0	<0,05

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ tăng cholesterol, tăng triglycerid máu, tăng LDL-C máu đều thấp nhất ở nhóm tuổi 20-29 và cao nhất ở nhóm tuổi 50-60, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ đối tượng giảm HDL cao nhất ở nhóm tuổi 40-49, thấp nhất ở nhóm tuổi 30-39, tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Số chỉ số Lipid máu bị rối loạn theo giới tính

Số chỉ số Lipid bị rối loạn	Nam (n=296)		Nữ (n=296)		Chung (n=592)	
	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)	SL	Tỷ lệ (%)
Rối loạn 4 chỉ số	1	0,3	0	-	1	0,2
Rối loạn 3 chỉ số	34	11,5	23	7,8	57	9,6
Rối loạn 2 chỉ số	66	22,3	69	23,3	135	22,8
Rối loạn 1 chỉ số	95	32,1	86	29,1	181	30,6
Bình thường	100	33,8	118	39,9	218	36,8

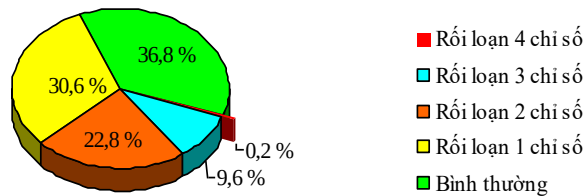
Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ nam giới bị rối loạn 4 chỉ số, rối loạn 3 chỉ số, rối loạn 1 chỉ số lần lượt là: 0,3%; 11,5%; 32,1% cao hơn so với tỷ lệ ở nữ tương ứng là 0%; 7,8%; 29,1%. Trong đó có 36,8% đối tượng nghiên cứu có lipid máu bình thường với tỷ lệ này ở nữ cao hơn nam.

Bảng 3.5. Các kiểu rối loạn lipid máu của đối tượng nghiên cứu theo giới

Chỉ số	Nam (n=296)	Nữ (n=296)	Chung (n=592)	p
--------	-------------	------------	---------------	---

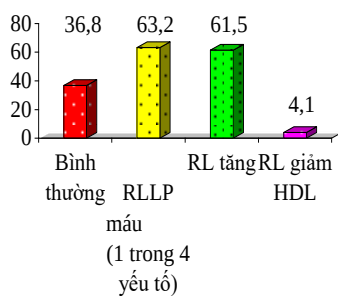
lipid rối loạn	SL	%	SL	%	SL	%	
Bình thường	100	33,8	118	39,9	218	36,8	>0,05
RLLP máu	196	66,2	178	60,1	374	63,2	>0,05
RL tăng	193	65,2	171	57,8	364	61,5	>0,05
RL giảm	9	3,0	15	5,1	24	4,1	>0,05

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ nam có rối loạn ít nhất 1 trong 4 chỉ số lipid máu, rối loạn tăng (hoặc tăng Cholesterol hoặc tăng Triglycerid hoặc tăng LDL) lần lượt là 66,2% và 65,2% cao hơn so với tỷ lệ này ở nữ là 63,2% và 61,5% tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.2. Số chỉ số Lipid máu bị rối loạn của đối tượng nghiên cứu

Có 36,8% không bị rối loạn lipid máu; 30,6% bị rối loạn 1 chỉ số lipid máu; 22,8% rối loạn 2 chỉ số; 9,6% rối loạn 3 chỉ số và 0,2% rối loạn 4 chỉ số.



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu theo các kiểu rối loạn lipid máu

Qua biểu đồ trên ta thấy có 63,2% đối tượng nghiên cứu bị rối loạn lipid máu (1 trong 4 chỉ số) trong đó rối loạn tăng ít nhất 1 trong 3 thành phần Cholesterol, Triglycerid, LDL chiếm 61,5% và rối loạn giảm HDL chiếm 4,1%.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm nhân khẩu học: Các đối tượng phân bố theo các nhóm tuổi tương đương nhau về giới tính, có trình độ tốt nghiệp trung học phổ thông, trung cấp chiếm cao nhất với 50,5%.

Các đặc điểm về các chỉ số nhân trắc tương đương với các nghiên cứu trên bệnh nhân người Việt Nam độ tuổi từ 20-60 tuổi. Tất cả số liệu đều tuân theo quy luật phân bố chuẩn. Trong đó chỉ số BMI (Body Mass Index) được sử dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người trưởng thành. Chỉ tiêu này cho phép đánh giá tình trạng thừa cân-béo phì ($BMI \geq 25$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì là 14,2%, trong đó tỷ lệ thừa cân, béo phì ở nam

chiếm 19,3% và nữ là 9,1%; với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Dung thực hiện năm 2012 tại vùng nông thôn Thái Bình với tỷ lệ thừa cân, béo phì là 9,6%, trong đó nam giới chiếm 11,4%, cao hơn nữ (7,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [1].

Hàm lượng cholesterol toàn phần trong máu cao là yếu tố nguy cơ của bệnh tim thiếu máu cục bộ và tai biến mạch máu não do thiếu máu cục bộ [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tăng cholesterol là 28,5%, tỷ lệ này ở nam cao hơn nữ có ý nghĩa với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Nguyễn Công Khẩn cùng nghiên cứu trên nhóm đối tượng ở cộng đồng cho thấy tỷ lệ tăng cholesterol chiếm 29,2% trong đó ở nữ là 31,1% và cao hơn ở nam là 27,0% [2].

Mức triglyceride cao là một yếu tố rủi ro gây bệnh xơ động mạch, và sự tạo thành các mảng mỡ làm các động mạch hẹp lại có thể dẫn tới đột quỵ hoặc cơn đau tim [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tăng triglycerid là 35,3% và không có sự khác biệt về tỷ lệ này ở 2 giới, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Xuân Thu có tỷ lệ tăng cholesterol chiếm 27,3% khi khảo sát tỷ lệ và đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân suy thận mạn tính chạy thận nhân tạo chu kỳ. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác ở trong nước và thế giới như khi nghiên cứu 1200 người từ 25-74 tuổi tại 4 vùng dân cư ở thành phố, nông thôn, vùng núi và vùng duyên hải toàn quốc, tỷ lệ tăng triglycerid là 34,2% trong đó cao nhất ở vùng

thành phố, thấp nhất ở vùng duyên hải và cũng có xu hướng tăng theo tuổi [2].

Bên cạnh tỷ lệ tăng cholesterol và triglycerid là tỷ lệ tăng LDL, trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khá cao với 37,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của các tác giả Đỗ Trung Quân khi mô tả cắt ngang 1050 đối tượng từ 30-69 tuổi được chuẩn đoán tiền Đái tháo đường cho thấy bệnh nhân tiền đái tháo đường có tỷ lệ rối loạn lipid máu cao trong đó tăng LDL đơn thuần là 23,1% [3].

Ngược lại với chỉ số LDL là chỉ số HDL. HDL chủ yếu chuyên chở cholesterol ra khỏi động mạch để quay trở về gan và loại khỏi cơ thể qua đường mật. Một số chuyên gia cho rằng HDL loại bỏ lượng cholesterol thừa trong máu, do đó làm chậm lại quá trình hình thành mảng xơ vữa. Do đó HDL được biết đến là một loại cholesterol tốt vì nếu như có nồng độ cao trong cơ thể thì nó sẽ bảo vệ cơ thể khỏi những cơn nhồi máu cơ tim. Và ngược lại, nếu nồng độ HDL thấp (dưới 40mg/dL ở nam và dưới 50mg/dL ở nữ) sẽ làm gia tăng nguy cơ bệnh tim mạch và đột quỵ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đối tượng có HDL thấp chỉ chiếm 4,1%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng tỷ lệ lipid máu bị rối loạn giảm dần từ rối loạn 1 đến 4 chỉ số và thấp nhất là rối loạn cả 4 chỉ số (0,2%); cao nhất là chỉ số lipid máu hoàn toàn bình thường (36,8%); tiếp đến là rối loạn 1 chỉ số (30,6%). Nghiên cứu rối loạn lipid máu trên bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ của tác giả Phạm Xuân Thu, Nguyễn Đình Dương, kết quả cho thấy rối loạn lipid máu là phổ biến: trong đó tỷ lệ rối loạn 1 thành phần lipid máu là 56,67%, hai thành phần là 21,33%, ba thành phần là 10,0% và 4 thành phần là 4,67% [4].

Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rối loạn lipid máu chiếm khá cao với 63,2% trong đó chủ yếu là rối loạn tăng lipid máu (hoặc tăng

Cholesterol hoặc tăng Triglycerid hoặc tăng LDL) chiếm 61,5% và rối loạn giảm HDL chỉ chiếm 4,1%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 592 đối tượng đến khám tại bệnh viện, kết quả cho thấy có 63,2% đối tượng bị rối loạn lipid máu. Trong đó chủ yếu là rối loạn 1 chỉ số (30,6%) và rối loạn 2 chỉ số (22,8%). Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nam là 66,2% cao hơn so với nữ là 60,1%; tỷ lệ rối loạn lipid máu tăng theo nhóm tuổi và ở cao nhất nhóm tuổi 50-59, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Dung (2014)**, *Tình trạng tăng acid uric huyết thanh, yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp chế độ ăn ở người 30 tuổi trở lên tại cộng đồng nông thôn Thái Bình*, Luận án tiến sĩ y học, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương.
2. **Nguyễn Công Khẩn (2010)**, *Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng-lipid ở người trưởng thành tại cộng đồng và một số giải pháp can thiệp dự phòng*, Đề tài cấp cơ sở, Viện dinh dưỡng - Bộ y tế.
3. **Đỗ Trung Quân (2012)**, "Nghiên cứu tình trạng rối loạn lipid máu ở người tiền ĐTĐ tại BV Bạch Mai", *Tạp chí Y học Việt Nam* 4(2), tr.45-51.
4. **Phạm Xuân Thu và Nguyễn Đình Dương (2012)**, "Nghiên cứu rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ", *Tạp chí Y học thực hành*. 845 (2), tr. 48-52.
5. **Deurenberg-Yap¹, et al. (2001)**, "Relationships between indices of obesity and its comorbidities in multi-ethnic Singapore", *International Journal of Obesity* 25, pp. 1554-1562.
6. **National Institutest Health (2012)**, "A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", *Lancet*. 380(9859), pp. 2224-2260.
7. **WHO (2014)**, *GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014*.

ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG TRÊN HÔ HẤP, TUẦN HOÀN VÀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN KHÁC CỦA GIẢM ĐAU DO BỆNH NHÂN TỰ ĐIỀU KHIỂN VỚI MORPHIN TĨNH MẠCH SAU MỔ TIM HỞ

Nguyễn Đức Lam*

TÓM TẮT

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2018

Mục tiêu: So sánh các tác dụng trên hô hấp, tuần hoàn và các tác dụng không mong muốn khác của hai phương pháp giảm đau: Morphine tĩnh mạch do bệnh nhân tự điều khiển (PCA) với morphine tiêm dưới da

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 12.3.2018

trong giảm đau sau phẫu thuật tim hở. **Đối tượng, phương pháp:** 60 bệnh nhân mổ tim hở với tuần hoàn ngoài cơ thể được phân chia ngẫu nhiên thành hai nhóm để thực hiện hai phương pháp giảm đau trong 24 giờ sau mổ: Nhóm PCA morphin tĩnh mạch (liều tiêm mỗi lần là 1 mg, thời gian khóa là 7 phút, liều tối đa trong 4 giờ là 10mg) và nhóm tiêm morphin dưới da (liều 0,1mg/kg, cách 6 giờ/lần). **Kết quả:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần số thở, SpO₂, tần số tim, huyết áp động mạch của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu tại tất cả các thời điểm nghiên cứu. Không có bệnh nhân nào bị suy hô hấp. Một số tác dụng không mong muốn của nhóm PCA và nhóm tiêm dưới da tương ứng là: buồn nôn 10% so với 16,7%; nôn 3,3% so với 6,7%; ngứa 0% so với 6,7%. **Kết luận:** Phương pháp tiêm morphin tĩnh mạch do bệnh nhân tự điều khiển (PCA) ít gây ảnh hưởng trên hô hấp và tuần hoàn tương tự như nhóm dùng morphin tiêm dưới da, tuy nhiên, ít dụng không mong muốn hơn phương pháp tiêm morphin dưới da trong giảm đau sau mổ tim hở với tuần hoàn ngoài cơ thể.

Từ khóa: PCA, morphin, giảm đau sau mổ tim hở

SUMMARY

EVALUATION THE EFFECTS ON RESPIRATORY, ON CARDIOVASCULAR OF METHODS OF PATIENT CONTROLLED ANALGESIA (PCA) WITH MORPHINE IV ON POST OPERATIVE OPEN HEART SURGERY

Objective: Comparison the effects on respiratory and cardiovascular and side effects on post operative analgesia of patient – controlled analgesia (PCA) compared with subcutaneous (s.c) injections of morphine in patients undergoing open heart surgery. **Methods:** 60 patients were randomly assigned two different post-operative analgesic techniques for 24 h: iv PCA morphine in PCA group (dose bolus 1 mg, lockout interval 7 min, dose maximal in 4 h: 10 mg) or regular s.c. morphine injection in SC. group. Postoperative pain was assessed using a visual analogue scale (VAS). Side – effects were also recorded systematically during the first 24 h after surgery. **Results:** There were no statistically significant differences in respiratory rate, SpO₂, heart rate, arterial blood pressure among patients in both study groups at all time of study. No patients have respiratory failure. Some of the side effects of PCA morphine and subcutaneous injection morphine were: nausea 10% vs. 16.7%; vomiting 3.3% vs 6.7%; prurit 0% vs. 6.7%. **Conclusion:** We conclude that in patients undergoing open heart surgery, the PCA iv morphine had respiratory and cardiovascular effects similar to morphine subcutaneous injection, but it was less side effects.

Key words: PCA, morphine, analgesia post open heart surgery, side effects

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự tiến bộ của y học, phẫu thuật tim hở ngày càng phổ biến và là phương pháp điều trị có giá trị đối với một số bệnh tim mạch. Tuy nhiên, phẫu thuật tim hở với đường rạch da và mổ xương ức gây đau đớn nhiều sau mổ.

Phương pháp giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển (PCA–Patient Controlled Analgesia) là phương pháp giảm đau có hiệu quả cao do bệnh nhân có thể tham gia tích cực vào quá trình giảm đau, đồng thời phương pháp này làm giảm sự phụ thuộc vào nhân viên y tế, giảm liều thuốc giảm đau sử dụng và cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân. Chính vì vậy, phương pháp này đã được áp dụng phổ biến trên thế giới [3],[4]. Ở Việt Nam, phương pháp này vẫn chưa được áp dụng nhiều và chưa có nghiên cứu nào đánh giá sự an toàn và các tác dụng không mong muốn của phương pháp PCA với morphin tĩnh mạch để giảm đau sau mổ tim hở. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: So sánh các tác dụng trên hô hấp, tuần hoàn và các tác dụng không mong muốn khác của hai phương pháp giảm đau này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng:** các bệnh nhân tuổi 15 - 60, không phân biệt giới tính, được phẫu thuật tim hở với tuần hoàn ngoài cơ thể tại khoa Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực, Bệnh viện Việt Đức từ tháng 12/2003 - tháng 5/2004.

***Phương pháp nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên có đối xứng.

Cỡ mẫu: 60 bệnh nhân được phẫu thuật tim hở chia làm hai nhóm, mỗi nhóm 30 bệnh nhân: nhóm 1: Giảm đau bằng phương pháp PCA morphin; nhóm 2: giảm đau bằng phương pháp tiêm morphin dưới da.

***Quy trình nghiên cứu:** các bệnh nhân được khám, giải thích về cuộc mổ và hướng dẫn cách sử dụng máy PCA, thuốc VAS từ chiều hôm trước mổ. Được gây mê theo phác đồ: Tiêm mê bằng midazolam 0,05mg/kg, khởi mê bằng propofol 1,5-2mg/kg hoặc etomidat 0,2 - 0,3mg/kg, fentanyl 10mcg/kg, pavulon 0,1mg/kg. Duy trì mê bằng isofluran 0,5 - 2%, pavulon 0,05mg/kg tiêm nhắc lại mỗi 40 - 60 phút, propofol 4 - 6mg/kg/giờ trong thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể.

Thiết kế giảm đau: các bệnh nhân sau mổ được chuyển về phòng Hồi sức tim mạch, được rút nội khí quản khi đủ điều kiện. Tiến hành giảm đau ngay khi bệnh nhân đau nhiều, điểm VAS > 4, điểm an thần < 2, tỉnh táo hoàn toàn mà không bắt buộc phải rút nội khí quản trước khi giảm đau. Tiến hành chuẩn độ morphin tĩnh mạch bằng tiêm từng liều 2 mg morphin cách nhau 5 phút cho đến khi điểm VAS<3. Sau đó, bốc thăm ngẫu nhiên để chia bệnh nhân thành hai nhóm.

- Nhóm PCA: mỗi lần tiêm 1ml=1mg morphin, thời gian khóa (look out time) là 7 phút, liều tối đa là 10 mg/ 4 giờ, không kèm duy trì bơm tiêm điện truyền tĩnh mạch liên tục.

- Nhóm tiêm morphin dưới da: tiêm dưới da liều 0,1mg/kg tiêm cách nhau 6 giờ/lần. Giữa các lần tiêm nếu bệnh nhân vẫn đau, điểm VAS > 4

thì tiêm bổ xung thêm các liều 2mg morphin tĩnh mạch cho đến khi điểm VAS < 3.

Theo dõi liên tục các chỉ tiêu nghiên cứu: mạch, huyết áp, tần số thở, bão hòa oxy mao mạch, điểm VAS và các tác dụng không mong muốn khác như nôn, buồn nôn, ngứa, suy hô hấp... trong vòng 24 giờ sau mổ.

III. KẾT QUẢ

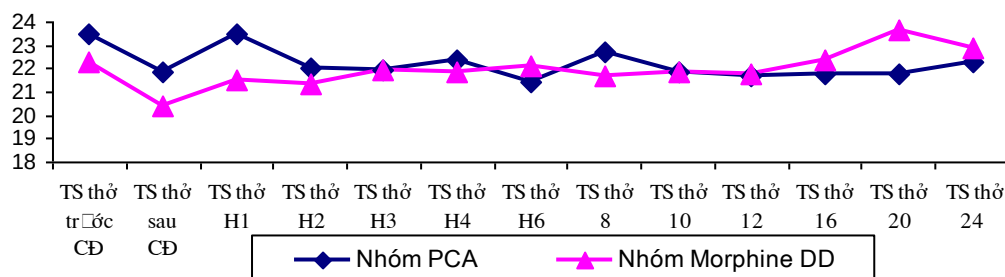
3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân, đặc điểm phẫu thuật và gây mê

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân, đặc điểm phẫu thuật và gây mê

Chỉ số	Nhóm PCA (n = 30)	Nhóm tiêm dưới da (n = 30)	p
Tuổi (năm)	39,7 ± 8,7 (25 - 63)	40,2 ± 14,6 (16 - 65)	>0,05
Giới	Nam	15 (50 %)	>0,05
	Nữ	15 (50 %)	>0,05
Chiều cao (cm)	156,9 ± 6,5 (145 - 180)	155,3 ± 5,9 (147-175)	>0,05
Cân nặng (kg)	50,9 ± 7,6 (39 - 68)	52,1 ± 6,7 (37 -75)	>0,05
Loại phẫu thuật: Vá thông liên nhĩ	3 (10%)	1 (3,3%)	>0,05
Vá thông liên thất	4 (13,3%)	4 (13,3%)	>0,05
Thay van hai lá	14 (46,7%)	12 (40%)	>0,05
Thay van động mạch chủ	2 (6,7%)	6 (20%)	>0,05
Thay van hai lá + ĐMC	7 (23,3%)	7 (23,3%)	>0,05
Tiền sử: Hút thuốc lá	12 (40%)	6 (20%)	>0,05
Say tàu xe	8 (26,7%)	11 (36,6%)	>0,05
Nôn, buồn nôn sau mổ	2 (6,6%)	0 (0%)	>0,05
Thời gian phẫu thuật (phút)	165,9 ± 44,8 (100-270)	177,3 ± 53,6 (90-310)	>0,05
Lượng Fentanyl dùng trong mổ (mg)	0,85 ± 0,2 (0,45-1,2)	0,79 ± 0,25(0,5-1,6)	>0,05
Lượng morphin tiêu thụ 24 giờ (mg)	23,1 ± 5,9 (15 - 40)	26,3 ± 4,6 (20 -36)	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt của các bệnh nhân giữa hai nhóm nghiên cứu về các đặc điểm chung, đặc điểm phẫu thuật và gây mê hồi sức (p > 0,05).

3.2. Ảnh hưởng trên hô hấp của bệnh nhân



Biểu đồ 3.1. Tần số thở của bệnh nhân

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần số thở của bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu tại tất cả các thời điểm nghiên cứu (p > 0,05).

Bảng 3.2. Tần số thở trung bình, SpO2 trung bình và độ an thần của bệnh nhân

Chỉ số	Nhóm PCA (n = 30)	Nhóm tiêm dưới da (n = 30)	p
Tần số thở trung bình (lần/phút)	22,2 ± 3,3(14 - 28)	21,8 ± 3,4(13 - 29)	>0,05
SpO2 trung bình (%)	98,7 ± 1,1(95 - 100)	98,8 ± 0,8(96 - 100)	>0,05
Độ an thần (Andrens)	0,35 ± 0,12 (0-2)	0,33 ± 0,11 (0-2)	>0,05

Nhận xét: Tần số thở, SpO2 trung bình và độ an thần trung bình của bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

3.3. Ảnh hưởng trên tuần hoàn của bệnh nhân

Bảng 3.3. Ảnh hưởng trên tuần hoàn của bệnh nhân

Chỉ số	Nhóm PCA (n = 30)	Nhóm tiêm dưới da (n = 30)	p
Tần số tim trung bình (lần/phút)	94,5 ± 13,3 (69-113)	96,5 ± 17,6 (65-154)	>0,05
Huyết áp tâm thu (mmHg)	113,5 ± 11,4 (94 - 140)	118,7 ± 14,8 (98 - 175)	>0,05
Huyết áp tâm trương (mmHg)	67,4 ± 7,5 (54 - 81)	65,5 ± 7,8 (51 - 92)	>0,05
Huyết áp động mạch trung bình (mmHg)	82,2 ± 7,6 (70-99)	82,5 ± 8,3 (70-106)	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần số tim, huyết áp động mạch tâm thu, tâm trương, huyết áp động mạch trung bình của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

3.4. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.4. Các tác dụng không mong muốn khác

Tác dụng không mong muốn	Nhóm PCA	Nhóm tiêm dưới da	p
Suy hô hấp	0	0	>0,05
Nôn	1 (3,3%)	2 (6,7%)	<0,05
Buồn nôn	3 (10%)	6 (16,7%)	<0,05
Ngứa	0 (0%)	2 (6,7%)	<0,05

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các tác dụng không mong muốn của hai phương pháp giảm đau ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy: Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng về tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, phân loại sức khỏe theo ASA. Tất cả các bệnh nhân đều được mổ tim mở theo đường giữa xương ức, thời gian phẫu thuật, thời gian gây mê và lượng thuốc gây mê, thuốc họ morphin sử dụng trong mổ cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Do đó, sẽ ít ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Ảnh hưởng trên hô hấp được đánh giá qua theo dõi liên tục tần số thở và bão hòa oxy mao mạch của các bệnh nhân tại tất cả các thời điểm nghiên cứu trong 24 giờ đầu tiên sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp trường hợp nào bị ức chế hô hấp ở cả hai nhóm nghiên cứu, có thể do nghiên cứu của chúng tôi không sử dụng liều duy trì bơm tiêm điện truyền morphin liên tục. Tuy nhiên, ức chế hô hấp là tai biến nặng cần phải xử trí ngay bằng hô hấp hỗ trợ và dùng đối kháng morphin (Naloxon). Tỷ lệ suy hô hấp của phương pháp PCA morphin thấp hơn nhiều so với dùng morphin tiêm dưới da (1,5% theo Aubrun F và 2,5% theo Fletcher D) [2], [3]. Yếu tố thuận lợi dễ gây biến chứng hô hấp theo y văn thế giới là: người già, tiền sử ngừng thở khi ngủ, béo phì, suy hô hấp, suy gan, suy thận, đang dùng thuốc an thần hoặc bị giảm khối lượng tuần hoàn... Ngoài ra, khi sử dụng phương pháp PCA với morphin tĩnh mạch cần lưu ý các lỗi kỹ thuật có thể gặp như: pha thuốc không đúng nồng độ, nút điều khiển do người nhà bệnh

nhân bấm chứ không phải bệnh nhân hoặc có duy trì liều bơm tiêm điện liên tục khá cao... Suy hô hấp thường kèm theo bệnh nhân có độ an thần sâu, trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân đều tỉnh táo, độ an thần thấp, có gặp 2 bệnh nhân ở nhóm PCA và 3 bệnh nhân ở nhóm tiêm dưới da có độ an thần là 2. Các bệnh nhân này được theo dõi chặt chẽ mà không phải xử lý gì. Có thể do các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi từ 15 – 60 nên ít gặp các trường hợp có độ an thần cao ở các bệnh nhân cao tuổi. Dự phòng suy hô hấp của phương pháp sử dụng morphin tĩnh mạch PCA cần phải tôn trọng chỉ định, chống chỉ định của phương pháp này, theo dõi tần số thở, độ an thần, khuyến cáo chỉ cần theo dõi SpO₂ cho các trường hợp bệnh nhân có nguy cơ cao như: suy gan, suy thận, suy hô hấp...[4], [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo kết quả ở bảng 3.3 cho thấy: cả hai phương pháp giảm đau này đều không ảnh hưởng đến tần số tim và huyết áp động mạch của các bệnh nhân ở hai nhóm. Tuy nhiên, đối tượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân sau mổ tim hở, do đó, các thay đổi về huyết động chủ yếu do tình trạng tim mạch của người bệnh.

Nôn và buồn nôn là tác dụng không mong muốn rất thường gặp của morphin. Trong nghiên cứu này tỷ lệ nôn và buồn nôn ở nhóm PCA (13,3%) thấp hơn so với nhóm tiêm dưới da (23,3%), trong đó tỷ lệ buồn nôn tương ứng của hai nhóm là: 10% so với 16,7%; tỷ lệ nôn là 3,3% so với 6,7%. Có thể do lượng morphin sử dụng trong 24 giờ của nhóm PCA thấp hơn nhóm tiêm dưới da. Hạn chế tác dụng không mong muốn này bằng cách pha thuốc chống nôn droperidol liều 0,05mg/ml dung dịch morphin PCA, với liều thấp này thuốc không gây ngủ gà và giảm được tỷ lệ nôn và buồn nôn.

Trong nghiên cứu này có gặp 2 bệnh nhân (6,67%) ở nhóm tiêm dưới da bị ngứa ở vùng tay, mặt và ngực. Các bệnh nhân này được điều trị bằng tiêm 20mg dimedron tĩnh mạch và đã hết ngứa. Ngứa liên quan đến giải phóng histamin của morphin, tỷ lệ này không có sự khác biệt khi sử dụng morphin bằng các đường

khác nhau: tiêm dưới da, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch... Tuy nhiên, ngứa nặng cần phải điều trị bằng tiêm naloxon tĩnh mạch chỉ chiếm 6 – 10%.

V. KẾT LUẬN

Trong giảm đau sau mổ tim hở, phương pháp giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển (PCA) với morphin tĩnh mạch (liều tiêm mỗi lần bấm là 1 mg, thời gian trở lại 7 phút, liều giới hạn trong 4 giờ là 10mg) gây ảnh hưởng trên hô hấp và tuần hoàn tương tự như nhóm dùng morphin tiêm dưới da, tuy nhiên, phương pháp PCA morphin ít gây tác dụng không mong muốn hơn phương pháp tiêm morphin dưới da (buồn nôn 10% so với 16,7%; nôn 3,3% so với 6,7%; ngứa 0% so với

6,7%. Không gặp trường hợp nào bị suy hô hấp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ashburn MA. (1994), "Respiratory"- related critical events with intravenous patient - controlled analgesia" *Clin J Pain*; 75:697-9
2. Aubrun A (2001), "Postoperative titration of intravenous morphine"; *European Journal of Anaesthesiology*, 18, 159 - 165.
3. Fletcher D (2000): "Analgesie autocontrôlée et chirurgie digestive"; *Douleur*; 275 - 281.
4. Krivosic-Horber (2003), "PCA ou ACP Analgesia controlée par le patient", *Protocole d'analgesie du service d'accueil et d'urgence du CHUR de Lille, France*.
5. Lebuffe G. (1995), "Analgesis controlée par le patient au sufentanil apres chirurgie thoracique", *These pour diplome d'etat de docteur en medecine*, Faculte de medecine de Lille, France.

KẾT QUẢ ĐỐT NHÂN GIÁP LÀNH TÍNH BẰNG SÓNG CAO TẦN

Huỳnh Quang Khánh*, Vũ Hữu Vĩnh*, Bùi Thị Hương Giang*,
Trần Thị Kim Phụng*, Phạm Thanh Hải*, Lê Thị Cương Khanh*,
Lê Thị Thơm*, Phan Bích Ngọc*, Nguyễn Văn Khôi*

TÓM TẮT

Mở đầu: Đa số các nhân giáp là lành tính, tuy nhiên một vài nhân giáp cần phải điều trị vì những lý do như thẩm mỹ hay vì các triệu chứng. Các phương pháp điều trị trước đây là PT và liệu pháp hormone tuyến giáp, tuy nhiên cả hai phương pháp này đều có những hạn chế của nó^[3]. Sóng cao tần là một phương pháp sử dụng nhiệt phá hủy làm hoại tử mô tuyến giáp và đã được áp dụng cho các loại tổn thương lành tính cũng như ác tính của tuyến giáp và cho kết quả tốt. Đối với ung thư tuyến giáp tái phát đốt bằng sóng cao tần cho kết quả tốt. Gần đây, có nhiều nghiên cứu báo cáo ứng dụng sóng cao tần đốt nhân giáp lành tính cho nhiều kết quả hứa hẹn. Các tác giả Hàn Quốc đã áp dụng sóng cao tần đốt nhân giáp từ năm 2002 và đưa ra hai kỹ thuật đốt quan trọng đó là phương pháp tiếp cận qua eo giáp và kỹ thuật đốt di chuyển.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ thành công, tai biến, biến chứng, sự hài lòng của bệnh nhân (BN) để đánh giá tính an toàn và hiệu quả điều trị của phương pháp này. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tất cả các trường hợp bướu giáp lành tính đơn nhân, đa nhân 2 thùy, nang tuyến giáp được đốt bằng sóng cao tần tại khoa ngoại Lồng Ngực bệnh viện Chợ Rẫy từ 9/2017 đến 01/2018. **Kết quả:** Có 45 trường hợp bướu giáp được đốt bằng sóng cao tần (RFA), trong đó bướu giáp đơn nhân 25 trường hợp, bướu giáp đa nhân hai thùy 15 trường hợp, nang tuyến giáp 05 trường hợp. Giới tính: Nam có 4/45 trường hợp (8,8%), Nữ 41/45

trường hợp (91,2%). Tuổi trung bình là 42,36 tuổi (21- 73 tuổi). Thực hiện 65 thủ thuật RFA, trong đó có 5 trường hợp làm lần hai, 15 trường hợp làm hai thùy, 5 trường hợp kết hợp RFA và ethanol. Thời gian RFA trung bình 25 phút (10- 55 phút). Tất cả các trường hợp đều thực hiện thủ thuật thành công, không có trường hợp nào phải ngưng thủ thuật. Thời gian nằm viện trung bình là 1,2 ngày (1-2 ngày). Kết quả thủ thuật: Có 1 trường hợp (1,5%) bị khàn tiếng nhẹ và hồi phục sớm sau 1 tuần, 1 trường hợp (1,5%) bầm máu dưới da vùng cổ. Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 3-6 tháng đạt 88,9%, đáp ứng không hoàn toàn 11,1%. Không trường hợp nào không đáp ứng. Sau thủ thuật, tất cả BN hài lòng về tính thẩm mỹ. **Kết luận:** Sử dụng sóng cao tần đốt nhân giáp là phương pháp hiệu quả, an toàn trong điều trị các nhân giáp lành tính.

Từ Khóa: Đốt bằng sóng cao tần, nhân giáp

SUMMARY

RESULTS OF RADIOFREQUENCY ABLATION (RFA) FOR BENIGN THYROID NODULES

Although most thyroid nodules are benign, some nodules require treatment because of cosmetic reasons and subjective symptoms. Traditionally the treatment for benign thyroid nodules consists of surgery and levothyroxine medication, however both have many drawbacks⁽³⁾. Radiofrequency ablation (RFA) is a method of thermal ablation to induce thyroid tissue necrosis and has been applied to various benign and malignant tumors with good results. In the thyroid gland, RFA has been applied to a recurrent thyroid cancer. Recently several articles have been published for RFA of benign thyroid nodules and their initial results were promising. Koreans have been applied RFA to thyroid lesion from 2002 and we have suggested two important techniques. Those were "Trans-isthmus Approach Method" and "Moving Shot

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Khánh

Email: huynhquangkhanhbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018

Ngày duyệt bài: 5.3.2018

Technique". **Objectives:** We determine the rate of successful, accidents, complications and the satisfaction of patient to evaluate the safety and efficacy of this procedure. **Materials and Methods:** Descriptive study, all patients have benign nodular goiter, multinodular goiter or thyroid cyst had been treated by RFA from 9/2017 to 1/2018 at Thoracic Surgery Department Cho Ray hospital. **Results:** There were 45 cases with benign thyroid disease had been treated by RFA which include nodular goiter 25 cases, multinodular goiter 15 cases and thyroid cyst 05 cases. There were 4 males (8.8%) and 41 females (91.2%). The mean age was 42.36 (range 21 to 73). There were 65 RFA on 45 patients. In that, there were 5 cases RFA second time, 15 cases RFA for both side and 5 cases combine RFA and ethanol ablation for thyroid cyst. The mean RFA time were 25 minutes (10-55 minutes). There was no case needed to transfer open. The mean of hospitalization time were 1.2 days (1-2 days). There were 1 case minor voice change (1.5%) and get better after one week, 1 case had a little hematoma (1.5%). The rate of complete response is 88.9%, and partial response is 11.1%. There were no case not response. All patients were satisfied with the cosmetic results. **In conclusion:** thyroid RFA is effective and safe method for treating benign thyroid nodules.

Key words: Radiofrequency Ablation (RFA), Thyroid nodules.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp đơn nhân hay bướu giáp đa nhân được phân chia ra các loại: bướu lành tuyến giáp, ung thư tuyến giáp, nhân độc giáp trạng, viêm giáp... Trong đó, bướu lành tuyến giáp chiếm tỉ lệ 23,02%, tỉ lệ ung thư cũng không hiếm, có thể tới 14,8%. Theo số liệu của UICC, ung thư tuyến giáp chiếm tỉ lệ 1% trong tất cả các loại ung thư.

Trong phẫu thuật (PT) tuyến giáp, sẹo mổ ở cổ luôn luôn lộ ra bên ngoài, dễ nhìn thấy, nhất là khi vết mổ dài và bị sẹo lồi. BN có bướu giáp, đặc biệt là nữ giới khi đến cơ sở ngoại khoa, ngoài nỗi lo về bệnh còn có thêm băn khoăn về sẹo mổ trên cổ. PT nội soi tuyến giáp được Gagner thực hiện đầu tiên vào năm 1996. PT này, bên cạnh những ưu điểm chung của PT nội soi là ít xâm lấn còn đạt được kết quả về mặt thẩm mỹ vì vết sẹo nhỏ và được che khuất.

Với bệnh bướu giáp lành tính, nếu trước kia để điều trị triệt để thường áp dụng PT hoặc PT nội soi để lấy nhân giáp ra thì nay, với kỹ thuật mới, cho phép bác sĩ điều trị bằng sóng cao tần (RFA). Đây là phương pháp ít xâm lấn để điều trị nhân giáp lành tính. Khi có chỉ định áp dụng kỹ thuật này, giúp cho người bệnh tránh biến chứng, hạn chế tái phát.

Điều trị bướu giáp bằng sóng cao tần là phương pháp dùng dòng điện tần số cao để giảm kích thước các nhân nhân giáp lành tính.

Dưới sự hướng dẫn của máy siêu âm, bác sĩ sẽ đưa một kim truyền có kích thước rất nhỏ qua da. Năng lượng điện với tần số cao được dẫn vào nhân giáp thông qua kim truyền sẽ phá hủy nhân giáp ngay từ bên trong.

Toàn bộ quy trình này diễn ra trong khoảng 30 phút. Điều trị bướu giáp bằng sóng cao tần được ứng dụng trong các trường hợp bướu giáp nhân lành tính có triệu chứng (có đau vùng cổ, cảm giác khó chịu, khó nói, ho, ảnh hưởng thẩm mỹ hoặc nhân độc tuyến giáp), ung thư tuyến giáp tái phát, ung thư tuyến giáp không mổ được.

Ngày nay, ứng dụng sóng cao tần được coi là một bước tiến mới trong điều trị bướu giáp. Bởi lẽ phương pháp này mang lại nhiều ưu điểm vượt trội so với phương pháp mổ thông thường: Không cần gây mê, độ an toàn cao, thời gian điều trị và hồi phục nhanh chóng, BN có thể trở về ngay sau khi điều trị, nguy cơ tái phát rất thấp⁽³⁾.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả, khả thi (sự an toàn) của thủ thuật đốt nhân giáp bằng sóng cao tần (RFA).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca.

BN có bướu giáp nhân lành tính: đơn nhân, đa nhân, một thùy hay cả hai thùy

Thời gian nghiên cứu: 6 tháng, từ tháng 9/2017 đến tháng 1 năm 2018, tại khoa Ngoại lồng ngực bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chí chọn mẫu

- BN có bướu giáp đơn hay đa nhân.
- Bướu có đường kính lớn nhất ≤ 6 cm (dựa vào siêu âm).

- Xét nghiệm chức năng TG trước mổ: bình giáp.
- Thực hiện FNA nhân giáp dưới hướng dẫn siêu âm 2 lần. Hoặc sinh thiết lõi nhân giáp dưới hướng dẫn siêu âm có kết quả lành tính
- BN đồng ý tham gia.

Tiêu chí loại trừ: Bướu thòng trung thất; có tiền sử xạ trị vùng cổ.

Tiến hành thủ thuật RFA

- Vô cảm, BN được gây tê tại chỗ
- Tư thế BN nằm ngửa, đầu gối ở phía sau vai - cổ.
- Kíp thực hiện gồm 1 phẫu thuật viên và 1 điều dưỡng dụng cụ.

- Dàn máy RFA, siêu âm đặt phía trên, đối diện với PT viên chính, bàn dụng cụ đặt phía dưới chân BN.

*Các bước cơ bản trong thực hành RFA tuyến giáp

1. Thực hiện sinh thiết để xác định loại bướu (FNA)
2. Xác định tình trạng bướu (lành, ác) qua siêu âm
3. Xét nghiệm hóc môn tuyến giáp FT3, FT4, TSH

4. Cho thuốc giảm đau hoặc an thần đối với một vài BN lo âu

5. Gây tê tại chỗ đối với vị trí đưa electrode vào và bao tuyến giáp

6. Bóc tách nước được thực hiện bằng cách bơm glucose 5% dưới da nhằm ngừa bỏng da hoặc bóc tách các cấu trúc lân cận gần vị trí đốt.

7. Sử dụng siêu âm doppler để xác định bố mạch cảnh trong và các mạch máu có thể chọc phải

8. Đưa đầu đốt chuyên biệt RFA vào dưới hướng dẫn siêu âm

9. Sử dụng túi nước lạnh đặt trên da BN để làm lạnh các cấu trúc lân cận

10. Thực hiện RFA nhân giáp và theo dõi bằng siêu âm

*Các cách tiếp cận tuyến giáp đốt RFA

Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả

Các đáp ứng	Kích thước trên siêu âm 1 tháng	Kích thước trên siêu âm 6 tháng	Kích thước trên siêu âm 12 tháng
Hoàn toàn (2)	Sang thương <25% so với kích thước ban đầu	Sang thương < 50% so với kích thước ban đầu	Sang thương < 80% so với kích thước ban đầu
Một phần (1)	Giảm ít hơn 15-25% đường kính lớn	Hoại tử trung tâm hoặc hang trung tâm với đậm độ dịch	Giảm < 50% so với kích thước ban đầu
Không thay đổi (3)	Giảm ít hơn < 15% đường kính lớn	Biểu hiện u đặc, không hoại tử hoặc tạo hang ở trung tâm	Không thay đổi

Khác với PT cắt trọn nhân giáp hay thủy giáp, khối nhân giáp tồn dư có thể hiện diện sau đốt phá hủy nhân bằng sóng cao tần (RFA) có thể là sẹo hay là một phần nhân giáp còn lại. Sau đốt phá hủy nhân giáp bằng sóng cao tần (RFA), phản ứng viêm có thể tồn tại đến 2 tuần. Vì lý do này, khối u sau đốt phá hủy bằng RFA có thể xuất hiện lớn hơn nhưng sau đó sẽ giảm kích thước theo thời gian.

***Tái phát tại chỗ:** tái phát tại chỗ đốt, tái phát trong thùy, trên siêu âm. Bởi vì sự tạo sẹo tại chỗ đốt, siêu âm sau 6 tháng sẽ đánh giá chính xác nhất.

***Tái phát vùng:** nhân giáp mới ở thùy khác hoặc vùng khác cùng thùy quan sát được trên siêu âm.

***Tỷ vong:** Tỷ lệ sống còn

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian 6 tháng từ 9/2017 – 1/2018, có 45 trường hợp bệnh lý nhân tuyến giáp lành tính được đốt bằng sóng cao tần điều trị với 65 lần làm thủ thuật RFA.

Giới tính: Nam có 4/45 trường hợp (8,8%), Nữ 41/45 trường hợp (91,2%). Tuổi trung bình là 42,36 tuổi, nhỏ nhất là 21 tuổi và lớn nhất là 73 tuổi.

- Tiếp cận xuyên qua eo giáp

- Tiếp cận đường bên

- Tiếp cận đường dọc

Theo dõi và đánh giá kết quả: Đánh giá sự an toàn (kết quả sớm): Đánh giá dựa vào tỷ lệ các biến chứng, tử vong khi thực hiện thủ thuật, các tiêu chuẩn biến chứng được phân mức độ dựa theo Nghiên cứu đa trung tâm báo cáo năm 2012.

Các biến chứng lớn: Thay đổi giọng nói; Võ u; Tổn thương đám rối cánh tay; Suy giáp.

Các biến chứng nhỏ: Tụ máu; Bỏng da; Ói

*Đánh giá hiệu quả phá hủy khối u:

Chúng tôi đánh giá hiệu quả của việc đốt phá hủy khối nhân giáp dựa trên trên siêu âm kiểm tra [6] đánh giá ở các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng như sau.

Trong số 45 trường hợp bướu giáp nhân điều trị bao gồm bướu giáp đơn nhân 25 trường hợp, bướu giáp đa nhân 2 thùy 15 trường hợp, nang tuyến giáp 5 trường hợp. Kích thước nhân giáp trung bình 3,45cm, nhỏ nhất 1,5cm; lớn nhất 6,5cm. Có 3 trường hợp bướu giáp thông nhẹ vào trung thất. Thể tích nhân giáp trung bình là 6,8ml, nhỏ nhất 2,3ml, lớn nhất 18ml.

Chúng tôi thực hiện 65 thủ thuật RFA cho 45 BN, trong đó có 5 trường hợp làm lần hai do bướu có một phần cực dưới thông nhẹ vào trung thất (3 trường hợp) và trường hợp bướu quá lớn (2 trường hợp), 15 trường hợp làm RFA cho thùy thứ hai do mỗi lần chỉ làm được một thùy, 5 trường hợp kết hợp RFA và ethanol cho các trường hợp nang tuyến giáp. 100% các trường hợp chúng tôi tiếp cận đường bên và thực hiện kỹ thuật đốt di chuyển quan sát việc đốt dưới hướng dẫn siêu âm.

Thời gian thực hiện thủ thuật RFA trung bình 25 phút, ngắn nhất là 10 phút, dài nhất là 55 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 1,2 ngày ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 2 ngày.

Kết quả giải phẫu bệnh trước thủ thuật chúng tôi thực hiện làm FNA hai lần đều có kết quả: 100% là phình giáp tuyến hay bệnh lý lành tính

tuyến giáp. Các trường hợp sau đốt bằng sóng cao tần được theo dõi và tái khám sau mỗi 1 – 3 tháng.

Kết quả PT: Tất cả các trường hợp đều thực hiện thủ thuật thành công, không có trường hợp nào phải ngưng thủ thuật hay chuyển mổ.

Kết quả thủ thuật, biến chứng: chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp (1,5%) bị khàn tiếng nhẹ và hồi phục sớm sau 1 tuần, 1 trường hợp (1,5%) bầm máu dưới da vùng cổ. Hai trường hợp này triệu chứng xuất hiện sau thủ thuật. Cả hai trường hợp này theo dõi tái khám sau 1 tuần BN hết triệu chứng: nói lại bình thường và siêu âm kiểm tra không còn máu tụ, không có can thiệp gì đặc biệt.

Kết quả theo dõi sau 3- 6 tháng, chúng tôi thực hiện khám lâm sàng và siêu âm kiểm tra cho thấy: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 3-6 tháng đạt 88,9%, đáp ứng không hoàn toàn 11,1%. Không trường hợp nào không đáp ứng. Thể tích nhân giảm trung bình $90,1 \pm 8,6\%$. Tỷ lệ thành công điều trị 92,3% (60/65). Biến chứng chung 3% (2/65). Tỷ lệ tái phát chung chưa ghi nhận. Tái phát triển được định nghĩa là tăng > 50% thể tích nhân giáp so sánh với thể tích nhân giáp ban đầu. Sau thủ thuật, tất cả BN hài lòng về tính thẩm mỹ: không có sẹo ở cổ, không cảm giác nuốt vướng, bướu teo nhỏ lại.

IV. BÀN LUẬN

RFA (Radiofrequency Ablation) là phương pháp hủy khối u bằng nhiệt gây ra do sự ma sát của các i-on trong mô dưới tác động của dòng điện xoay chiều có tần số nằm trong khoảng sóng âm thanh (200-1200 MHz).

RFA là một kỹ thuật y khoa trong đó một phần của hệ thống dẫn điện của tim, khối u hay những mô không chức năng khác bị phá hủy bằng cách dùng nhiệt tạo ra từ tần số trong bình của dòng điện xoay chiều (trong khoảng 350-500kHz). RFA thường áp dụng cho các BN điều trị ngoại trú, sử dụng tê tại chỗ hay thuốc an thần. Khi nó được phân phối qua một ống dẫn nó được gọi là tần số vô tuyến (catheter ablation)(1).

Hai lợi điểm quan trọng của RF trong điều trị là nó không kích thích dây thần kinh hoặc cơ tim và do đó thường có thể được sử dụng mà không cần gây mê toàn thân và nó điều trị chuyên biệt cho mô mong muốn mà không gây hại cho các mô khác.

Về cơ bản; nhiệt độ trên 50°C làm mô biến đổi không thể phục hồi, nhiệt độ hơn 60°C sẽ gây ra hiện tượng chết tế bào ngay lập tức, trong khi nhiệt độ từ 50 đến 60°C sẽ gây hoại tử

đông và chết tế bào trong vài phút, tùy thuộc vào nhiệt độ và tổn thương nhiệt trước đó.

Ứng dụng RFA trong bướu giáp:

1 Chỉ định

- Nhân lành tuyến giáp
- Nang giáp
- Bệnh phình giáp
- Nhân giáp chức năng tự chủ (AFTN)

2 RFA đặc biệt ứng dụng cho các BN:

- Chảy máu nội tại
- Vấn đề thẩm mỹ
- Đau do bướu chèn ép
- Lo sợ bướu giáp
- Nhân giáp chức năng tự chủ (AFTN)
- Ung thư tuyến giáp không thể mổ
- Ung thư tuyến giáp tái phát

Trong nghiên cứu này chúng tôi mới chỉ áp dụng cho các BN có bệnh lý nhân, nang tuyến giáp lành tính. Để đảm bảo chắc chắn là các trường hợp lành tính chúng tôi thực hiện sinh thiết FNA tuyến giáp dưới hướng dẫn siêu âm hai lần, hoặc trong một số trường hợp nghi ngờ chúng tôi thực hiện sinh thiết lõi nhân giáp dưới hướng dẫn siêu âm.

Các cách tiếp cận tuyến giáp đốt RFA [5]:

Tiếp cận xuyên qua eo giáp: Cách này thường được sử dụng và khuyến cáo, bởi vì tiếp cận qua eo giáp sẽ tránh được "Tam giác nguy hiểm (thực quản, khí quản, thần kinh quặt ngược thanh quản)" với độ mở rộng hơn. Toàn bộ đầu đốt được quan sát dưới siêu âm.

Tiếp cận đường bên: Cách này có thể sử dụng nếu mạch máu nhô lên nhiều

Tiếp cận đường dọc: Đây cũng là phương pháp thường dùng ở một số nơi.

Trong RFA tuyến giáp có 3 đường tiếp cận cơ bản, trong đó đường tiếp cận qua eo giáp là có nhiều thuận lợi, dễ thực hiện. Trong nghiên cứu này chúng tôi đều tiếp cận qua đường này.

Kỹ thuật đốt nhân giáp: [7]

- Kỹ thuật một lần đốt (one-shot): Kỹ thuật này thường được sử dụng cho các u khác ví dụ như u gan, nó không phù hợp với RFA tuyến giáp. Đây là kỹ thuật kinh điển nhưng đã bỏ không dùng đến

- Kỹ thuật đốt nhiều lần (multi-shot)

+ Kỹ thuật này bao gồm nhiều lần đốt tạo ra một vùng rộng được đốt phù hợp với tổn thương bướu, cũng như hình dạng của nốt.

+ Năng lượng của đầu đốt được điều chỉnh trong suốt quá trình tái định vị của đầu đốt

+ Kỹ thuật này thích hợp cho những người bắt đầu đốt.

- Kỹ thuật đốt di chuyển (Moving-shot)

+ Kỹ thuật này tương tự như kỹ thuật đốt

hiều lần, tuy nhiên năng lượng được phân phối đến đầu đốt ổn định trong suốt quá trình tái định vị của đầu đốt.

+ Kỹ thuật này có nhiều lợi điểm cho người dùng hơn, tuy nhiên cần có đường cong huấn luyện.

+ Cách này nhanh hơn và hiệu quả hơn, kết quả có thể dự đoán được và an toàn

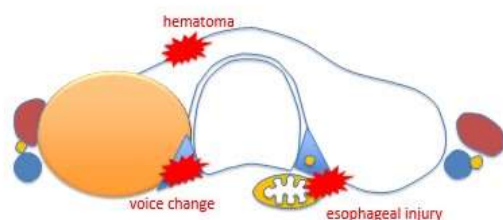
Khác với đốt vi sóng hay laser, RFA tuyến giáp thực hiện bởi kỹ thuật đốt di chuyển, và trong nghiên cứu này chúng tôi đều thực hiện bởi kỹ thuật đốt di chuyển.

Đánh giá sự an toàn (kết quả sớm):

Đánh giá dựa vào tỷ lệ các biến chứng, tử vong khi thực hiện thủ thuật, các tiêu chuẩn biến chứng được phân mức độ dựa theo Nghiên cứu đa trung tâm báo cáo năm 2012⁽²⁾.

Các biến chứng lớn: Thay đổi giọng nói; Võ u; Tổn thương đám rối cánh tay; Suy giáp

Các biến chứng nhỏ: Tụ máu; Bỏng da; Ói

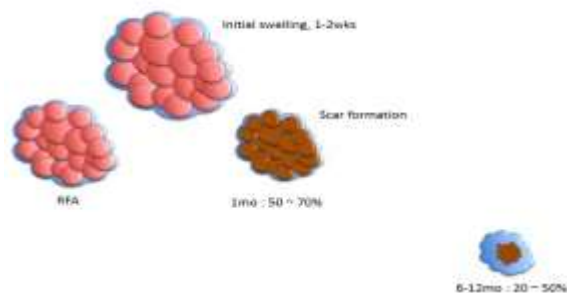


Hình 1. Các vùng nguy hiểm có thể có biến chứng

Báo cáo kết quả thực hiện RFA trên 111 BN, theo dõi trong 4 năm, ghi nhận: có 126 nhân giáp không chức năng trên 111 BN có nhân giáp. Thời gian theo dõi trung bình $49,4 \pm 13,6$ tháng. Số lần thực hiện trung bình $2,2 \pm 1,4$. Thể tích nhân giảm trung bình $93,4 \pm 11,7\%$. Biến chứng chung 3,6% (4/111). Trong nghiên cứu này, bước đầu chúng tôi áp dụng kỹ thuật mới, chúng tôi được tập huấn và dưới sự hướng dẫn của các chuyên gia nước ngoài, kết quả bước đầu rất khả quan. Tỷ lệ biến chứng thấp với 3% là biến chứng nhẹ, tự khỏi sau 1 tuần.

Đánh giá hiệu quả của phương pháp (kết quả lâu dài): ^[4]

***Đánh giá hiệu quả phá hủy khối u:** Chúng tôi đánh giá hiệu quả của việc đốt phá hủy khối nhân giáp dựa trên siêu âm kiểm tra đánh giá ở các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng như sau.⁽²⁾



Hình 2. Đánh giá nhân giáp sau đốt ở các thời điểm theo dõi

Báo cáo kết quả thực hiện RFA trên 111 BN, theo dõi trong 4 năm, ghi nhận. Tỷ lệ thành công điều trị 98,4% (124/126). Tỷ lệ tái phát chung 5,6% (7/111).

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao sau 3-6 tháng đạt 88,9%, đáp ứng không hoàn toàn 11,1%. Không trường hợp nào không đáp ứng. Thể tích nhân giảm trung bình $90,1 \pm 8,6\%$. Tỷ lệ thành công điều trị 92,3%. Tỷ lệ tái phát chung chưa ghi nhận. Đây là kết quả đáng khích lệ. Tuy nhiên kết quả theo dõi còn ngắn hạn, chưa thể đánh giá hết diễn tiến bệnh.

Lợi điểm của RFA trong bướu giáp

- Dễ thực hiện
- Xâm lấn tối thiểu (không sẹo, gây tê tại chỗ, không cần BN nằm viện)
- Giảm chi phí chăm sóc sức khỏe
- Kết quả rất tốt (nhân giáp giảm 95% kích thước ở thời điểm theo dõi 4 năm)
- Tỷ lệ biến chứng thấp (3-5%)
- Có thể làm lại nếu cần
- Không gây suy giáp như PT hay dùng phóng xạ.

V. KẾT LUẬN

Ngày nay, ứng dụng sóng cao tần được coi là một bước tiến mới trong điều trị bướu giáp. Bởi lẽ phương pháp này mang lại nhiều ưu điểm vượt trội so với phương pháp mổ thông thường: Không cần gây mê, độ an toàn cao, thời gian điều trị và hồi phục nhanh chóng, BN có thể trở về ngay sau khi điều trị, nguy cơ tái phát rất thấp.

Đây là phương pháp hầu như không gây biến chứng, ngoài việc có tỷ lệ rất thấp khoảng 1% BN cảm thấy đau và cần dùng thuốc giảm đau sau khi điều trị. Trong trường hợp đó, thời gian sử dụng thuốc giảm đau cũng khoảng từ hai đến ba ngày. Ngoài ra, điều trị bướu giáp bằng sóng cao tần còn giải quyết nỗi lo về thẩm mỹ cho BN. Với việc thực hiện qua một kim truyền rất nhỏ, phương pháp này không để lại sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. H. Baek, J. H. Lee, R. Valcavi, C. M. Pacella, H. Rhim, and D. G. Na**, "Thermal ablation for benign thyroid nodules: radiofrequency and laser," *Korean Journal of Radiology*, vol. 12, no. 5, pp. 525–540, 2011.
2. **E. J. Ha, J. H. Baek, and J. H. Lee**, "The efficacy and complications of radiofrequency ablation of thyroid nodules," *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, vol. 18, no. 5, pp. 310–314, 2011.
3. **L. J. Shemen and E. W. Strong**, "Complications after total thyroidectomy," *Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, vol. 101, no. 4, pp. 472–475, 1989.
4. **E. Papini, R. Guglielmi, G. Bizzarri et al.**, "Treatment of benign cold thyroid nodules: a randomized clinical trial of percutaneous laser ablation versus levothyroxine therapy or follow-up," *Thyroid*, vol. 17, no. 3, pp. 229–235, 2007.
5. **R. Diaz**, "**Thyroid: HIFU for thyroid nodule ablation**," *Nature Reviews Endocrinology*, vol. 7, article 631, 2011.
6. **O. Esnault, B. Franc, F. M'en'egaux et al.**, "High-intensity focused ultrasound ablation of thyroid nodules: first human feasibility study," *Thyroid*, vol. 21, no. 9, pp. 965–973, 2011.
7. **S. N. Goldberg**, "Radiofrequency tumor ablation: principles and techniques," *European Journal of Ultrasound*, vol. 13, no.2, pp. 129–147, 2001.

HỆ QUẢ NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NHI

Hà Mạnh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định thời gian điều trị, chi phí điều trị và tỷ lệ tử vong do nhiễm khuẩn bệnh viện và so sánh với các ca không 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 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, nhiễm khuẩn bệnh viện, thời gian điều trị, chi phí điều trị và kết quả cuối cùng. **Kết quả:** Có 671 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ NKBV là 23%. Thời gian nằm HSTC của NKBV là $17,4 \pm 17,5$ ngày dài hơn so với các ca không NKBV $4,9 \pm 4,3$ ngày ($p=0,001$). Chi phí điều trị của NKBV là $7,5 \pm 7,4$ (triệu đồng) nhiều hơn so với các ca không NKBV là $2,9 \pm 4,0$ (triệu đồng) ($p=0,001$). Tỷ lệ tử vong của NKBV 36,4% cao hơn so với không NKBV 17,9% ($p=0,001$). **Kết luận:** NKBV làm kéo dài thời gian điều trị, tăng chi phí điều trị và tăng tỷ lệ tử vong. Để nâng cao chất lượng điều trị của HSTC cần phải tăng cường các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn để góp phần giảm xuất độ NKBV tại khoa HSTC.

Từ khóa: nhiễm khuẩn bệnh viện; hồi sức tích cực nhi; thời gian điều trị; chi phí điều trị; tỷ lệ tử vong.

SUMMARY

OUTCOME OF NOSOCOMIAL INFECTIONS IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

Objective: identify length of stay, cost, and mortality rate of nosocomial infection 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, nosocomial infection, length of stay, cost, and mortality. **Results:** There were 671 patients enrolled in the study. Incidence of nosocomial infection was 23%. Length of stay in pediatric intensive care unit was $17,4 \pm 17,5$ days in patients with nosocomial infection longer than in patients without nosocomial infections of $4,9 \pm 4,3$ days ($p = 0,001$). Cost for nosocomial infection was $7,5 \pm 7,4$ (million VND) much more than that for non-nosocomial infections of $2,9 \pm 4,0$ (million VND) ($p = 0,001$). The mortality rate of nosocomial infection was 36,4% higher than that of non-nosocomial infection of 17,9% ($p=0,001$). **Conclusion:** The nosocomial infection increased length of stay, cost and mortality rate. In order to improve the quality of care in pediatric intensive care unit, the control measures for prevention

of nosocomial infection should be enhanced.

Key notes: nosocomial infection; pediatric hospital infection; length of stay, cost and mortality rate.

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), 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. Đã có nhiều nghiên cứu về hậu quả của NKBV, tuy nhiên ít có các nghiên cứu dọc ảnh hưởng của NKBV lên thời gian điều trị, chi phí điều trị và tỷ lệ tử vong tại khoa HSTC nhi thực hiện tại Việt Nam. Nghiên cứu này nhằm xác định thời gian điều trị, chi phí điều trị và tỷ lệ tử vong do nhiễm khuẩn bệnh viện và so sánh với các ca không nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực Nhi. **Mục tiêu:**

1. Xác định thời gian điều trị, chi phí điều trị và tỷ lệ tử vong do NKBV
2. So sánh thời gian điều trị, chi phí điều trị và tỷ lệ tử vong do NKBV với các ca không NKBV.

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. Tiêu chuẩn chẩn đoán NKBV

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Tuấn
Email: hamanhtuan@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018
Ngày duyệt bài: 6.3.2018

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%. (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Giới	Đặc điểm	Số ca (n = 671)	Tỷ lệ (%)
Nam		394	58,7
Nữ		277	41,3
Tuổi trung bình		58 ± 57 tháng	

Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện: Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 23,0%, trong đó viêm phổi bệnh viện (VPBV) là 44,2%, nhiễm khuẩn huyết bệnh viện (NKHBV) 24,4% nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là 11,1%, nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) 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
Nhiễm khuẩn huyết bệnh viện	42	6,3
Nhiễm khuẩn vết mổ	19	2,8
Nhiễm khuẩn tiết niệu	9	1,3
Nhiễm khuẩn khác	26	3,9

Kết quả của nhiễm khuẩn bệnh viện

Bảng 3. Thời gian điều trị tại HSTC (ngày)

	NKBV		p
	Có	Không	
NKBV chung (n = 154)	17,4 ± 17,5	4,9 ± 4,3	0,001
VPBV (n = 76)	25,7 ± 21,6	5,5 ± 4,6	0,001
NKHBV (n = 42)	12,2 ± 8,3	7,5 ± 10,6	0,001
NKVM (n = 19)	10,5 ± 5,4	7,7 ± 10,7	0,266
NKTN (n = 9)	11,2 ± 5,2	7,8 ± 10,6	0,727

Bảng 4. Chi phí điều trị của NKBV tại HSTC (triệu đồng)

	NKBV		p
	Có	Không	
NKBV chung (n = 154)	7,5 ± 7,4	2,9 ± 4,0	0,001
VPBV (n = 76)	9,3 ± 8,9	3,3 ± 4,4	0,001

NKHBV (n = 42)	6,3 ± 5,3	3,8 ± 5,3	0,004
NKVM (n = 19)	8,3 ± 7,7	3,8 ± 5,2	0,001
NKTN (n = 9)	5,0 ± 4,5	3,9 ± 5,3	0,532

Bảng 5. Tỷ lệ tử vong của NKBV

	Kết quả		p	% tử vong quy trách
	Tử n=102 (%)	Không n=569 (%)		
NKBV chung (n=154)	56 (36,4)	98 (63,6)	0,001	27,5
VPBV (n=76)	42 (55,3)	34 (44,6)	0,001	45,2
NKHBV (n=42)	18 (42,9)	24 (57,1)	0,001	29,6
NKVM (n=19)	3 (15,8)	16 (84,2)	0,49	
NKTN (n=9)	1 (11,1)	8 (88,9)	0,592	

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian 14 tháng có 671 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, 154 bệnh nhân được ghi nhận là có nhiễm khuẩn bệnh viện theo đúng tiêu chuẩn 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.

Thời gian điều trị tại HSTC của những bệnh nhân NKBV xét chung là dài hơn có ý nghĩa so với các bệnh nhân không có NKBV gần 14 ngày. Khi so sánh thời gian điều trị của khảo sát chúng tôi với các nghiên cứu khác thì không có sự khác biệt nhiều^(2,4). Xét riêng đối với từng loại NKBV thì VPBV kéo dài thời gian điều trị tại HSTC là dài nhất trên 20 ngày, kể đến là NKHBV kéo dài gần 5 ngày có ý nghĩa thống kê. Do đây là các loại NKBV nặng cần phải điều trị bệnh căn bản và điều trị các NKBV biến chứng, nhất là VPBV thời gian hỗ trợ hô hấp với đặt nội khí quản thường kéo dài hơn. Đối với các loại NKBV khác thì sự khác biệt về thời gian điều trị tại HSTC giữa nhóm không có NKBV thì không có sự khác biệt có ý nghĩa. Vì các trường hợp NBBV này sau khi đã được điều trị ổn định về các bệnh nền và tình trạng cần nằm HSTC thì được chuyển ra ngoài để chăm sóc tiếp tục.

Xét về chi phí điều trị thì NKBV làm tăng thêm chi phí điều trị tại HSTC gần trên 5 triệu đồng (# 300 USD). Sự gia tăng chi phí đối với NKBV được ghi nhận trong các nghiên cứu khác^(4,6). Trong đó chi phí do VPBV là cao nhất kể đến là NKVM

và NKHBV. Sự gia tăng này là do chi phí thêm để chăm sóc và điều trị các biến chứng do NKBV gây ra. Nếu tính trên tổng số bệnh nhân bị NKBV thì số tiền gia đình bệnh nhân phải chi thêm là gần 750 triệu đồng (#45.000 USD) mỗi năm tại khoa HSTC. Đây là số tiền khá lớn tạo thêm gánh nặng về chi phí cho gia đình bệnh nhân, bệnh viện và xã hội. Những chi phí này chỉ là chi phí trực tiếp mà gia đình phải trả, những chi phí khác như về ngày công lao động của gia đình bị mất đi, chi phí về thời gian công sức của nhân viên y tế phải bỏ ra để chăm sóc cho bệnh nhân bị NKBV chưa được tính vào. Do đó chi phí trong thực tế cho NKBV sẽ cao hơn con số thực tính qua biên lai thu phí.

Tỷ lệ tử vong của NKBV cao hơn so với các trường hợp không NKBV gần gấp đôi (36% so với 19%, với phần số tử vong quy trách là 27,5%). Tỷ lệ tử vong này có thể thay đổi so với các nghiên cứu khác tùy theo điều kiện và năng lực thực tế tại từng nơi và đặc điểm bệnh của bệnh nhân khảo sát, tuy nhiên tử vong quy trách không khác so với các nghiên cứu khác^(5,7). Trong các loại NKBV thì VPBV và NKHBV có tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa so với không NKBV, với tử vong phần số tử vong quy trách là 45,2% và 29,6%. Điều này có nhiều yếu tố góp phần đó là do VPBV và NKHBV làm cho bệnh nặng hơn, đồng thời biến chứng này thường xảy ra trên cơ địa bệnh nhân có bệnh nặng hay bệnh đi kèm. Các loại NKBV khác thì tỷ lệ tử vong không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê so với không NKBV do không có bệnh nặng đi kèm và các biến chứng này không khó để kiểm soát.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này các cho thấy NKBV làm thời gian điều trị kéo dài, chi phí tăng thêm và tỷ lệ tử vong nhiều hơn, nhất là VPBV và NKHBV. Do đó để nâng cao chất lượng chăm sóc của HSTC cần phải thực hiện tốt các biện pháp phòng chống NKBV, cần tập trung cho các NKBV thường gặp là VPBV và NKHBV.

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. Chen YY, Chou YC, Chou P. (2005) "Impact of nosocomial infection on cost of illness and length of stay in intensive care units". *Infect Control Hosp Epidemiol*, 26(3) pp:281-7.
5. Elward AM, Warren DK, Fraser VJ. (2002). "Ventilator-associated pneumonia in pediatric intensive care unit patients: risk factors and outcomes". *Pediatrics*, 109(5) pp:758-64.
6. Elward AM¹, Hollenbeak CS, Warren DK, Fraser VJ. (2005). "Attributable cost of nosocomial primary bloodstream infection in pediatric intensive care unit patients". *Pediatrics*, 115(4) pp: 868-72.
7. Gastmeier P (2004). "Nosocomial infection surveillance and control policies". *Curr Opin Infect Dis.*, 17(4) pp:295-301.

THỰC TRẠNG THỰC HIỆN KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG CHUYÊN NGÀNH NỘI VÀ HỒI SỨC CẤP CỨU NHI TẠI CÁC BỆNH VIỆN HUYỆN TỈNH BẮC GIANG

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến hành từ tháng 11/2016-7/2017 tại 08 bệnh viện đa khoa (BVĐK) huyện thuộc tỉnh Bắc Giang, nhằm tìm hiểu về thực trạng thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng (ĐD) chuyên ngành Nội khoa và Hồi

Nguyễn Thị Hoài Thu¹, Đặng Thị Luyến²

sức cấp cứu nhi và nhu cầu đào tạo liên tục để cập nhật các kỹ thuật này của đội ngũ ĐD lâm sàng các bệnh viện huyện năm 2016. Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang mô tả, thu thập số liệu định lượng. Số liệu định lượng thu thập bằng phiếu phát vấn tự điền với 110 ĐD, được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả cho thấy: 01/9 kỹ thuật thực hành thường xuyên, mức độ tự tin trên 50,0% (ghi điện tim). 01/9 kỹ thuật thực hành thường xuyên dưới 31,0%, mức độ tự tin trên 50,0% (hút đờm dãi). Nhu cầu đào tạo liên tục: (1) Chuẩn bị đặt catheter tĩnh mạch trung tâm; (2) Trợ giúp bác sỹ mở và đặt khí quản; (3) Cấp cứu ngừng tim, ngừng thở; (4). Trợ giúp bác sỹ chọc dò dịch màng phổi,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Sở Y tế Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu

Email: nguyenhhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018

Ngày duyệt bài: 7.3.2018

màng tim, màng bụng; (5) Trợ giúp bác sỹ chọc dò dịch não tủy.

Từ khóa: Kỹ thuật điều dưỡng chuyên sâu, Nhu cầu đào tạo, bệnh viện huyện

SUMMARY

IMPLEMENTATION OF INTERNAL MEDICINE AND INTENSIVE CARE NURSING TECHNIQUES AT DISTRICT HOSPITALS IN BAC GIANG PROVINCE

The study was conducted from 11/2016-7/2017 at 08 general hospitals in Bac Giang province, to find out the current practice of nursing technology in Internal Medicine and Intensive care in paediatric, and training needs to update these techniques by the clinical staff of district hospitals in 2016. The study uses a descriptive cross sectional design. Quantitative data collected by self-filled questionnaire with 110 nurses, entered by Epidata 3.1 software, processed by SPSS 20.0 software. The results showed that: 01/9 techniques were practiced regularly with the level of confidence higher than 50.0% (cardiac electrocardiogram). 01/9 (sucking phlegm) had regularity of practice below 31.0% and level of confidence is over 50.0%. The need for continuous training: (1) central venous catheter placement; (2) Help the doctor open and place the trachea; (3) emergency cardiac arrest, respiratory arrest; (4) Help the doctor puncture the pleura, pericardium, peritoneal cavity; (5) Help the doctor puncture the cerebrospinal fluid.

Key words: Advanced nursing techniques, continuous medical training needs, district hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đội ngũ điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc người bệnh (NB), hỗ trợ và nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, giúp NB được chăm sóc tốt nhất trong quá trình khám, điều trị tại các cơ sở y tế, đặc biệt là ĐD các khoa lâm sàng [1]. Trình độ chuyên môn của ĐD thể hiện qua mức độ tự tin trong việc tiếp cận, thực hiện các kỹ thuật ĐD trên NB và tư vấn, hỗ trợ cho NB trong quá trình khám, chữa bệnh. Theo qui định ĐD có chức danh nghề nghiệp khác nhau thực hiện các nhiệm vụ khác nhau [2,3], tuy nhiên tại các cơ sở y tế tuyến huyện trình độ chuyên môn của ĐD còn nhiều hạn chế và chưa được phân nhiệm vụ theo chức danh nghề nghiệp. Một số nghiên cứu đã cho thấy một tỉ lệ tương đối lớn ĐD chưa có nhiều cơ hội thực hành các kỹ thuật ĐD cơ bản và chuyên sâu, và do đó mức độ tự tin khi thực hiện các kỹ thuật này cũng khá thấp [4,5], và chưa được tham gia nhiều chương trình đào tạo liên tục [6] theo Thông tư 23 của Bộ Y tế [7]. Nghiên cứu này được phát triển với hai mục tiêu:

1) *Mô tả thực trạng thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng Nội và Hồi sức cấp cứu nhi của đội ngũ điều dưỡng bệnh viện huyện;*

2) *Xác định nhu cầu đào tạo các kỹ thuật điều dưỡng Nội và Hồi sức cấp cứu nhi tại các bệnh viện huyện thuộc tỉnh Bắc Giang năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, sử dụng phương pháp định lượng.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu:

- **Thời gian tiến hành:** Từ tháng 11/2016 - 07/2017.

- **Địa điểm nghiên cứu:** 08 BVĐK huyện tỉnh Bắc Giang: Sơn Động, Lục Nam, Lạng Giang, Yên Dũng, Yên Thế, Hiệp Hòa, Tân Yên, Việt Yên.

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

- Toàn bộ 110 ĐD các khoa lâm sàng: khoa Nội, Nội Nhi, khoa Hồi sức cấp cứu, Hồi sức cấp cứu-Nhi.

- Lãnh đạo bệnh viện, Trưởng phòng chỉ đạo tuyến cơ sở ĐTLT, Trưởng khoa, ĐD trưởng khoa.

- Báo cáo, số liệu về công tác ĐTLT.

Tiêu chuẩn loại trừ: ĐD hợp đồng, nữ 54 tuổi trở lên, nam 59 tuổi trở lên; ĐD nghỉ thai sản, đi học, nghỉ ốm trong thời gian tiến hành nghiên cứu; các đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu toàn bộ: 110 ĐD lâm sàng ở các khoa Nội, Nội Nhi, khoa Hồi sức cấp cứu, Hồi sức cấp cứu -Nhi của 08 BVĐK huyện.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu định lượng được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

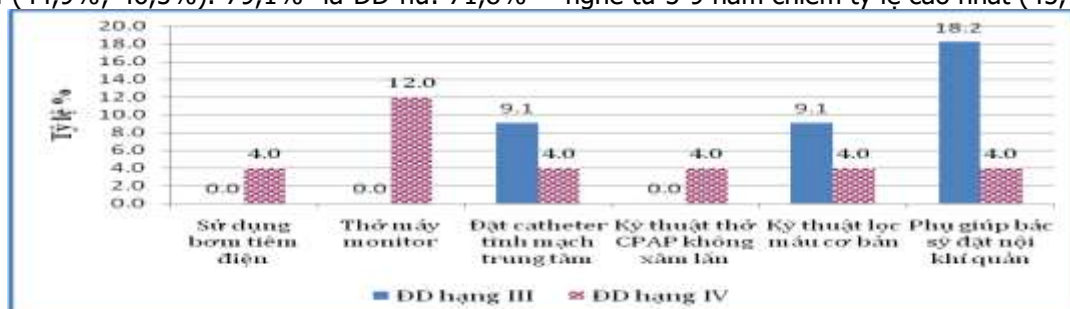
III. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu:

Bảng 3.1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

Thông tin	Cụ thể	Kết quả	Tỷ lệ (%)
Tuổi	20 - 30	50	45,4
	31- 40	51	46,3
	41- 50	9	8,1
Giới tính	Nam	23	20,9
	Nữ	87	79,1
Trình độ chuyên môn	Đại học	20	18,1
	Cao đẳng	11	10,0
	Trung cấp	79	71,8
Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	28	25,5
	Từ 5 - 9 năm	50	45,4
	Từ 10 - 19 năm	25	22,7
	Từ 20 năm trở lên	7	6,4
Hạng điều dưỡng	Hạng III	21	19,0
	Hạng IV	89	80,9
Tổng số		110	100,0

Độ tuổi 20-30 và 30-40 tuổi có tỷ lệ gần bằng nhau (44,9%; 46,5%). 79,1% là ĐD nữ. 71,8% ĐTNC có trình độ trung cấp. ĐD có thâm niên nghề từ 5-9 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (45,4%).



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ tham gia ĐTLT kỹ thuật nội, hồi sức cấp cứu

Khảo sát 19 điều dưỡng hạng III, 79 điều dưỡng hạng IV làm việc tại khoa Nội, Hồi sức cấp cứu và 02 điều dưỡng hạng III, 20 điều dưỡng hạng IV làm việc tại khoa Nhi, kết quả thu được ở Bảng 3.2

Bảng 3.2: Tần suất thực hiện của ĐTNC đối với các kỹ thuật điều dưỡng chuyên khoa Nội, Hồi sức cấp cứu-Nhi

Kỹ thuật điều dưỡng	Điều dưỡng hạng III			Điều dưỡng hạng IV		
	Mức độ thực hành			Mức độ thực hành		
	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không thực hiện	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không thực hiện
Nội, hồi sức cấp cứu	n = 19			n = 79		
Ghi điện tim	57,9	36,8	5,3	54,4	34,2	11,4
Sử dụng máy monitor	52,6	42,1	5,3	36,7	45,6	17,7
Hút đờm rãi	15,8	84,2	0,0	30,4	55,7	13,9
Trợ giúp bác sĩ chọc dò dịch não tủy	5,3	21,0	73,7	2,5	20,3	77,2
Trợ giúp bác sĩ chọc dò dịch màng phổi, màng tim, màng bụng	0,0	73,7	26,3	2,5	58,2	39,3
Trợ giúp bác sĩ mở và đặt khí quản	0,0	47,4	52,6	5,1	26,6	68,4
Chuẩn bị đặt catheter tĩnh mạch trung tâm	0,0	21,1	78,9	8,9	13,9	77,2
Nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày	0,0	73,7	26,3	20,3	49,4	30,3
Cấp cứu ngừng tim, ngừng thở	0,0	94,7	5,3	6,3	82,3	11,4
Kỹ thuật Nhi	n = 02			n = 20		
Hút đờm dãi cho trẻ	0,0	100,0	0,0	50,0	30,0	20,0
Hồi sức cho trẻ sơ sinh khi bị ngạt	0,0	0,0	100,0	15,0	35,0	50,0

Nhóm điều dưỡng hạng III: Có 02/11 kỹ thuật có mức độ thực hành thường xuyên, mức độ tự tin trên 50,0% (ghi điện tim, sử dụng máy monitor), mức độ thực hành thường xuyên tương ứng là 57,9%; 52,6%, mức độ tự tin là 89,4%; 63,2%. 01/11 kỹ thuật có mức độ thực hành thường xuyên dưới 20,0%, mức độ tự tin trên 60,0% là hút đờm rãi. 07/11 kỹ thuật không được thực hành thường xuyên, mức độ tự tin dưới 50,0 % (Trợ giúp bác sĩ chọc dò dịch màng phổi, màng tim, màng bụng; trợ giúp bác sĩ mở

và đặt khí quản; chuẩn bị đặt catheter tĩnh mạch trung tâm; nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày; cấp cứu ngừng tim, ngừng thở; hút đờm dãi cho trẻ; hồi sức cho trẻ sơ sinh khi bị ngạt).

Nhóm điều dưỡng hạng IV: Ghi điện tim, hút đờm rãi cho trẻ là 02/11 kỹ thuật có thực hành thường xuyên, mức độ tự tin trên 50,0%. Hút đờm rãi có mức độ thực hành thường xuyên thấp (30,4%), mức độ tự tin là 51,9%. Các kỹ thuật còn lại đều có mức độ thực hành thường xuyên, mức độ tự tin dưới 50,0%.

3.2. Nhu cầu về các kỹ thuật điều dưỡng nội, hồi sức cấp cứu

Bảng 3.3: Nhu cầu ĐTLT về kỹ thuật điều dưỡng chuyên khoa nội, hồi sức cấp cứu, nhi

Mong muốn ĐTLT	Nhân viên điều dưỡng		Điều dưỡng quản lý	
	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
Kỹ thuật chuyên ngành nội, hồi sức cấp cứu	n = 98		n = 12	
Chuẩn bị đặt catheter tĩnh mạch trung tâm	74	75,5	12	100,0

Trợ giúp bác sỹ mở và đặt khí quản	74	75,5	12	100,0
Cấp cứu ngừng tim, ngừng thở	72	73,5	12	100,0
Trợ giúp bác sỹ chọc dò dịch màng phổi, màng tim, màng bụng	71	72,4	12	100,0
Trợ giúp bác sỹ chọc dò dịch não tủy	66	67,3	11	91,7
Sử dụng máy monitor	48	49,0	9	75,0
Nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày	34	34,7	1	8,3
Hút đờm rãi	33	33,7	0	0,0
Ghi điện tim	26	26,5	0	0,0
Kỹ thuật chuyên ngành Nhi	n = 22		n = 4	
Hồi sức cho trẻ sơ sinh khi bị ngạt	17	77,3	4	100
Hút đờm dãi cho trẻ	8	36,4	3	75,0

Nhóm kỹ thuật nội, hồi sức cấp cứu: 5/9 kỹ thuật nhu cầu ĐTLT của nhân viên điều dưỡng và điều dưỡng quản lý trên 50,0% (nhu cầu của nhân viên điều dưỡng từ 67,3% đến 75,5%; điều dưỡng quản lý từ 91,7% đến 100,0%). Kỹ thuật sử dụng máy monitor nhân viên điều dưỡng có nhu cầu là 49,0%, điều dưỡng quản lý có nhu cầu là 75,0%.

Kỹ thuật hồi sức cho trẻ bị ngạt nhân viên điều dưỡng có nhu cầu ĐTLT là 77,3%, nhu cầu của điều dưỡng quản lý là 100,0%. Hút đờm dãi cho trẻ nhu cầu ĐTLT của nhân viên điều dưỡng là 36,4%, nhu cầu của điều dưỡng quản lý là 75,0%.

Như vậy, thứ tự kỹ thuật được điều dưỡng quản lý và nhân viên điều dưỡng ưu tiên ĐTLT trong 02 năm tới là: (1) Hồi sức cho trẻ sơ sinh khi bị ngạt. (2) Chuẩn bị đặt catheter tĩnh mạch trung tâm. (3) Trợ giúp bác sỹ mở và đặt khí quản. (4) Cấp cứu ngừng tim, ngừng thở. (5) Trợ giúp bác sỹ chọc dò dịch màng phổi, màng tim, màng bụng. (6) Trợ giúp bác sỹ chọc dò dịch não tủy.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm kỹ thuật hồi sức cấp cứu, nội: Khác với nhóm kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, nhóm kỹ thuật điều dưỡng nội, hồi sức cấp cứu có duy nhất kỹ thuật "*Ghi điện tim*" có tỷ lệ thực hành thường xuyên, mức độ tự tin trên 50,0%, mức độ tự tin của điều dưỡng hạng III (89,4%) cao hơn điều dưỡng hạng IV (62,0%). Đây là kỹ thuật chuyên ngành thực hiện đầu tiên, thường xuyên khi bệnh nhân nặng hoặc bệnh nhân có tiền sử tim mạch nhập viện.

Kỹ thuật sử dụng máy monitor: Thực hành thường xuyên, mức độ tự tin của điều dưỡng hạng III trên 50,0%, mức độ này ở điều dưỡng hạng IV thấp hơn (dưới 50,0%). Hầu hết các bệnh viện tuyến huyện đã trang bị thiết bị này để hỗ trợ theo dõi bệnh nhân trong quá trình điều trị. Để vận hành thông thạo cách sử dụng

máy, hiểu được giá trị của các thông số trên máy người điều dưỡng cần có thời gian tiếp xúc với máy, có trình độ chuyên môn, độ nhạy bén, nhanh nhạy, do đó điều dưỡng hạng III thường tự tin hơn điều dưỡng hạng IV khi thực hiện kỹ thuật này dù điều dưỡng hạng IV được ĐTLT về kỹ thuật này trong năm 2015, 2016 (tỷ lệ ĐTLT là 12,0%). Kết quả này cho thấy không phải được ĐTLT là mức độ tự tin của điều dưỡng được nâng cao mà còn phụ thuộc vào năng lực của cá nhân và mức độ tiếp xúc thường xuyên với công việc [2].

Hút đờm dãi là kỹ thuật dễ thực hiện, qui trình không phức tạp trong nhóm kỹ thuật nội, hồi sức cấp cứu, dù không được thực hành thường xuyên (dưới 31,0%), thỉnh thoảng mới thực hành (trên 56,0%) nhưng mức độ tự tin vẫn cao trên 50,0%.

Các kỹ thuật khó, chuyên sâu như: Trợ giúp bác sỹ chọc dò dịch não tủy; chuẩn bị đặt catheter tĩnh mạch trung tâm có mức độ thực hành thường xuyên rất thấp (dưới 10,0%), không thực hiện trên 73,0%, mức độ tự tin cá nhân rất thấp (dưới 17,0%, thậm chí 0,0%), thấp hơn mức độ tự tin của điều dưỡng trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoài Thu (trợ giúp bác sỹ chọc dò dịch não tủy có tỷ lệ tự tin là trên 50,0%)[4]. Hai kỹ thuật này có qui trình thực hiện rất khó, phức tạp, chỉ số ít điều dưỡng có thể thực hiện tự tin kỹ thuật này. Ngoài ra do số lượng bệnh nhân có chỉ định kỹ thuật này ít (bệnh nhân đều là bệnh nhân nặng cần chuyển lên tuyến trên để điều trị hoặc người nhà xin chuyển tuyến). Thỉnh thoảng mới có một vài bệnh nhân, không phải điều dưỡng nào cũng được thực hiện kỹ thuật này nên mức độ tự tin của điều dưỡng thấp.

Có 04/9 kỹ thuật điều dưỡng nội, hồi sức cấp cứu mức độ thực hành thường xuyên ở điều dưỡng hạng III bằng không, nhưng mức độ thực hành thường xuyên ở điều dưỡng hạng IV vẫn từ

2,5% đến 20,3%, tuy nhiên mức độ tự tin giữa hai nhóm điều dưỡng không có sự khác biệt quá lớn, đều dưới 40,0% (trợ giúp bác sỹ chọc dò dịch màng phổi, màng tim, màng bụng; trợ giúp bác sỹ mở và đặt khí quản; nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày; cấp cứu ngừng tim, ngừng thở). Nhìn chung đây là các kỹ thuật chuyên sâu, phức tạp, số lượng bệnh nhân ít nên mức độ thực hành thường xuyên, mức độ tự tin của điều dưỡng thấp, dù có được ĐTLT thường xuyên thì mức độ tự tin cũng không thể có tỷ lệ cao như các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản. Số lượng bệnh nhân tại các bệnh viện tuyến trung ương đông hơn, điều dưỡng được thực hành nhiều hơn nên mức độ tự tin cao hơn tuyến tỉnh, tuyến huyện. Mức độ tự tin của điều dưỡng bệnh viện Phổi Trung ương ở một số kỹ thuật (phụ giúp bác sỹ chọc dò dịch não tủy, chọc dò dịch màng phổi, đặt nội khí quản, cho ăn qua sonde dạ dày) trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoài Thu [4] dao động từ 51,6% đến 80,2%, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi.

Hai kỹ thuật về nhi khoa có mức độ thực hành thường xuyên, mức độ tự tin ở điều dưỡng hạng III bằng không, thấp hơn rất nhiều so với điều dưỡng hạng IV. Hút đờm dãi cho trẻ là kỹ thuật không khó tuy nhiên điều dưỡng hạng III có thực hành thường xuyên, mức độ tự tin bằng không, 100,0% ít tự tin trong khi đó thực hành thường xuyên, mức độ tự tin của điều dưỡng hạng IV trên 50,0%.

Do BVĐK huyện chưa phân công nhiệm vụ điều dưỡng theo chức danh nghề nghiệp, nên xảy ra tình trạng điều dưỡng hạng IV thực hiện nhiều kỹ thuật thuộc nhiệm vụ của điều dưỡng hạng III và tự tin hơn. Điều dưỡng hạng III chưa thực hết nhiệm vụ chức năng của mình, còn điều dưỡng hạng IV thì lại thực hiện vượt quá nhiệm vụ, chức năng qui định, trong khi hưởng lương thấp hơn điều dưỡng hạng III, đó là sự mất công bằng trong việc phân công theo vị trí việc làm[2].

Nhu cầu ĐTLT kỹ thuật điều dưỡng chuyên ngành nội, hồi sức cấp cứu: 05/9 kỹ thuật chuyên ngành nội, hồi sức cấp cứu có nhu cầu ĐTLT từ 67,3% đến 75,5% ở nhân viên điều dưỡng, tỷ lệ này còn cao hơn ở điều dưỡng quản lý (từ 91,7% đến 100,0%).

Thứ tự ưu tiên ĐTLT là: (1) Chuẩn bị đặt catheter tĩnh mạch trung tâm. (2) Trợ giúp bác sỹ mở và đặt khí quản. (3) Cấp cứu ngừng tim, ngừng thở. (4) Trợ giúp bác sỹ chọc dò dịch màng phổi, màng tim, màng bụng. (5) Hồi sức

cho trẻ sơ sinh khi bị ngạt. Các kỹ thuật này có mức độ tự tin của nhân viên điều dưỡng thấp dưới 40,0% và đều là kỹ thuật khó chuyên sâu, cần được ĐTLT thường xuyên, mong muốn này thực tế và rất phù hợp, vì nếu không tự tin khi thực hiện trên bệnh nhân, người nhà bệnh nhân không yên tâm, xin chuyển viện, bệnh nhân không có, không thực hành được dẫn đến ít tự tin, đó là vòng lẩn quẩn của một số bệnh viện tuyến huyện trong công tác khám, chữa bệnh. Nhu cầu ĐTLT các kỹ thuật này trong nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Hoài Thu là 50,0% đến 80,0% [4]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Hằng, nhu cầu ĐTLT các kỹ thuật phụ giúp bác sỹ chọc dò dịch màng bụng, màng phổi, màng tim dao động từ 63,2% đến 94,7% [5], tỷ lệ này tương đương với nhu cầu của viên chức điều dưỡng (70,0% - 80,0%), thấp hơn nhu cầu của điều dưỡng quản lý (100,0%) tại các BVĐK huyện trên địa bàn tỉnh Bắc Giang.

V. KẾT LUẬN

- Mức độ thực hiện và mức độ tự tin của điều dưỡng khi thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng chuyên ngành Nội, Nhi, HSCC: 01/9 kỹ thuật thực hành thường xuyên, mức độ tự tin trên 50,0% (ghi điện tim). 01/9 kỹ thuật thực hành thường xuyên dưới 31,0%, mức độ tự tin trên 50,0% (hút đờm dãi).

- Nhu cầu đào tạo liên tục: (1) Chuẩn bị đặt catheter tĩnh mạch trung tâm; (2) Trợ giúp bác sỹ mở và đặt khí quản; (3) Cấp cứu ngừng tim, ngừng thở; (4) Trợ giúp bác sỹ chọc dò dịch màng phổi, màng tim, màng bụng; (5) Trợ giúp bác sỹ chọc dò dịch não tủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2012)**, Quyết định số 1352/QĐ-BYT ngày 21/4/2012 chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế và Bộ Nội vụ (2015)**, Thông tư số 26/TTLT-BYT-BNV ngày 7/10/2015 quy định mã số, chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên y, Hà Nội.
3. **Bộ Nội vụ (2005)**, Quyết định số 41/2005/QĐ-BYT ngày 8/12/2005 ban hành tiêu chuẩn nghiệp vụ các ngạch viên chức y tế điều dưỡng.
4. **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, Luận văn thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Thu Hằng (2016)**, Thực trạng và nhu cầu đào tạo liên tục của điều dưỡng các khoa lâm sàng Bệnh viện C Thái Nguyên năm 2016, Luận văn thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

6. **Lương Ngọc Khuê (2014)**, *Quản lý đào tạo liên tục tại bệnh viện*, Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế, Hà Nội.
7. **Bộ Y tế (2013)**, *Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 9/8/2013 hướng dẫn đào tạo liên tục cho cán bộ y tế*, Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT PHÌNH TO NIỆU QUẢN NGUYÊN PHÁT Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Trần Đức Tâm¹, Nguyễn Việt Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật phình to niệu quản nguyên phát ở trẻ em tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn từ năm 2010 đến năm 2017.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu 43 trường hợp mổ với 46 niệu quản phình to nguyên phát tại khoa phẫu thuật nhi bệnh viện Việt Đức từ tháng năm 2010 đến năm 2017. **Kết quả:** Các triệu chứng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu là những triệu chứng thường gặp nhất (gặp ở 81,4% số BN) và là triệu chứng chính ở lứa tuổi dưới 1 tuổi. Ở trẻ lớn trên 5 tuổi, triệu chứng đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất. Phương pháp phẫu thuật trồng lại niệu quản bằng quang theo Cohen được áp dụng cho tất cả các bệnh nhân, trong đó làm nhỏ NQ theo phương pháp Hendren được thực hiện trên 32 NQ (65,3%). Kết quả tốt đạt 88,2%, trung bình đạt 11,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật trồng lại NQ – BQ theo phương pháp Cohen kết hợp với tạo hình đoạn NQ giãn bằng phương pháp Hendren là một phương pháp cho kết quả tốt, thời gian thực hiện nhanh, ít biến chứng sau mổ. Tuy nhiên kết quả lâu dài cần được tiếp tục theo dõi và đánh giá.

Từ khóa: Phình to niệu quản nguyên phát.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF PRIMARY MEGAURETER IN CHILDREN IN VIETDUC HOSPITAL

Objectives: To evaluate the result of surgical treatment for primary megaureter in children in Viet Duc hospital from 2010 to 2017. **Material and method:** Retrospective case series, 43 pediatric patients with 46 dilated ureter were diagnosed and treated at department pediatric in Viet Duc hospital from 2010 to 2017. **Results:** The most common symptoms is UTIs (81,4%) which were the main characteristic of the patients below 12 months old. Abdominal pain was the most popular symptom in patients more than 5 years old. All of the operations followed Cohen procedure for ureteroneocystostomy, with 32 ureters (65,3%) were tapered by Hendren technique. Good outcome were found in 88,2%, the rate of average outcome was 11,8%. **Conclusion:** Ureteroneocystostomy with Cohen procedure combined with Hendren technique for the repairing of primary megaureter is effective, feasibility and has low risk of complication. Longterm outcome is needed following up and evaluating.

Keywords: Primary megaureter.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình to niệu quản nguyên phát (primary

megaureter) (PTNQNP) là sự giãn to niệu quản (NQ) bẩm sinh ở đoạn thấp do bất thường về cấu trúc giải phẫu sinh lý của đoạn nối niệu quản bàng quang (BQ) [1], [2]. PTNQNP là bệnh khá phổ biến đứng hàng thứ hai của bệnh lý tắc nghẽn đường tiết niệu ở trẻ em [2]. Bệnh tiến triển nặng có thể gây những ảnh hưởng xấu đến thận, NQ, có thể gây nguy cơ nhiễm khuẩn nặng, suy thận và tử vong [2]. Từ năm 2010 đến năm 2017, tại khoa phẫu thuật Nhi – bệnh viện Việt Đức, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cho 43 BN với chẩn đoán PTNQNP, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị và trình bày một số kinh nghiệm trong việc phẫu thuật điều trị bệnh lý này trên đối tượng trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là 43 bệnh nhi với 46 NQ phình to được điều trị phẫu thuật tại khoa phẫu thuật Nhi – bệnh viện Việt Đức từ năm 2010 đến 2017. Nghiên cứu hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án kết hợp khám lại theo hẹn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 43 BN (tỉ lệ nam/nữ là 1,9/1) có 49 NQ được nghiên cứu (tỉ lệ trái/phải là 2,1/1). Số BN dưới 1 tuổi là 41,9% trong đó có 3 BN sơ sinh (dưới 1 tháng tuổi). Có 6 (13,9%) BN đã được SA chẩn đoán trước sinh có giãn NQ. Các triệu chứng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu là những triệu chứng thường gặp nhất (gặp ở 81,4% số BN) và là triệu chứng chính ở lứa tuổi dưới 1 tuổi. Ở trẻ lớn trên 5 tuổi, triệu chứng đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất.

Về các xét nghiệm cận lâm sàng: Bạch cầu tăng gặp ở 95,3% các trường hợp, số lượng bạch cầu trung bình là 11054/mm³. Có 1 trường hợp tăng cả ure, creatinin máu, 1 trường hợp tăng ure đơn thuần. Kết quả xét nghiệm nước tiểu được làm khi BN vào viện cho thấy tình trạng nhiễm trùng gặp ở 32,5% (bạch cầu niệu dương tính), trong số đó có 3 BN (6,9%) cấy nước tiểu ra vi khuẩn.

Kích thước NQ trên siêu âm cho thấy tất cả các NQ đều lớn hơn 7mm. Kích thước trung bình là 15,5 ± 6,3mm, nhỏ nhất là 9mm, lớn nhất là 32mm. Kích thước NQ từ 10 – 20mm là hay gặp

¹Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Tâm

Email: trantam86@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 8.3.2018

nhất, chiếm 39,5% và chủ yếu ở nhóm phình to NQ độ II.

Trên phim chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV), 90,6% thận ngấm thuốc tốt, có 4 trường hợp (9,4%) thận ngấm thuốc chậm và đều nằm ở lứa tuổi trên 10 tuổi. Phình to NQ độ II gặp trên phim UIV nhiều nhất với 32 trường hợp, chiếm 65,1% số BN nghiên cứu và nằm chủ yếu ở lứa tuổi dưới 1 tuổi và trên 10 tuổi. Độ I và độ III gặp tương tự như nhau với 16,2% và 18,7%. Trong số 43 hình ảnh UIV nghiên cứu, có 16 BN (37,2%) có hình ảnh đoạn cuối NQ giãn to và thon nhỏ dần, vượt nhọn trước khi đổ vào BQ.

100% số BN nghiên cứu được thực hiện phẫu thuật. Có 2 BN trong số này là phẫu thuật thì 2, sau thì một đã dẫn lưu thận ra ngoài da. Phương pháp mổ ở tất cả các trường hợp là trồng lại NQ - BQ theo phương pháp Cohen có đặt ống thông NQ. Trong số này, tạo hình làm nhỏ NQ theo phương pháp Hendren được thực hiện trên 32 NQ (65,3%).



Hình 1. Niệu quản giãn do hẹp phần tận



Hình 2. Tạo hình làm nhỏ niệu quản

Kết quả sớm sau mổ: không gặp trường hợp nào chảy máu nặng phải truyền máu. Có 1 trường hợp làm rách phúc mạc nhưng không tổn thương đến ruột. Không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ. Kết quả gần được đánh giá dựa trên tình trạng toàn thân và sự lưu thông của nước tiểu, theo dõi lượng nước tiểu chảy qua ống thông NQ. Theo đó, 86,6% đạt kết quả điều

trị tốt khi ra viện. Có 5 BN (11,6%) đạt kết quả trung bình, trong đó có 3 BN (<1 tuổi) có biến chứng sốt sau mổ, 1 bị chảy máu BQ phải rửa liên tục (>10 tuổi), 1 (1-5 tuổi) bị rò nước tiểu qua chân dẫn lưu BQ, lỗ rò tự đóng lại sau mổ 1 tháng.

Trong 32 BN được kiểm tra sau mổ: thời gian khám lại trung bình là 19 tháng, sớm nhất là 3 tháng và muộn nhất là 27 tháng. Siêu âm kiểm tra sau mổ trên 17 BN, kích thước NQ sau mổ là $7,15 \pm 3,45\text{mm}$, lớn nhất là 12mm, nhỏ nhất là 5mm, có 5 BN có NQ còn giãn to >7mm, chiếm 29,4%. Đây đều là những BN trước mổ có giãn NQ độ III, 2 trong số này là 2 BN được dẫn lưu thận thì đầu và phẫu thuật trồng lại NQ thì 2.

Chụp UIV được thực hiện cho 12 BN đến khám lại trực tiếp, kết quả thu được có 2 trường hợp NQ còn giãn, trong đó có 1 trường hợp NQ giãn đi kèm với đài bể thận giãn. 2 bệnh nhân này đều là các trường hợp sau phẫu thuật dưới 6 tháng.

Đánh giá 17 BN đến khám lại sau mổ dựa trên thăm khám lâm sàng, chụp UIV và siêu âm kiểm tra, có 15 BN (88,2%) đạt loại tốt, chủ yếu là với NQ giãn độ II trước mổ. Đạt kết quả trung bình có 2 trường hợp (còn hình ảnh giãn NQ trên siêu âm và UIV, đồng thời còn triệu chứng đau bụng trên lâm sàng).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này có 6 BN (13,9%) đã được chẩn đoán trước sinh có giãn bể thận, NQ hoặc cả 2 và được theo dõi sau sinh. Lê Tấn Sơn (2009) cũng chỉ có 3 BN trong số 52 BN (chiếm 5,8%). Tỷ lệ được phát hiện trước sinh trong các nghiên cứu trên thế giới khá cao, 92,3% theo Cozzi, 100% theo Chertin, 48,8% theo Hoquetis (2013), và Gimpel (2010) là 41% [3].

Bảng 1: So sánh triệu chứng lâm sàng với một số tác giả khác

Tác giả	Nhiễm trùng (%)	Đái máu (%)	Đau (%)	U bụng (%)
Phạm Việt Hà (2002) [4]	45,2	19,4	90,3	0
Vũ Văn Chính (2011) [5]	56	16	68	0
Pfister (1978) [6]	73	7,0	5,3	5,3
Hanna (1975) [7]	53,8		4,6	
Gimpel (2010) [3]	20		2,1	
Nghiên cứu của chúng tôi	35	5	19	0

Số BN mắc các triệu chứng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu là 81,4%, cao hơn so với các tác giả khác trong nước cũng như thế giới. Kết quả của chúng tôi cao hơn như vậy là do đối tượng nghiên cứu của chủ yếu là đối tượng trẻ sơ sinh và trẻ bú mẹ (độ tuổi dưới 1 tuổi), chiếm 41,9%. Ở đối tượng này, khi đã phát hiện ra bệnh thường có mức độ hẹp đoạn cuối NQ rất nặng,

BN có sự ứ đọng nước tiểu kéo dài, chính vì thế, nhiễm trùng tiết niệu dễ xảy ra hơn và mức độ cũng nặng hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 BN phát hiện bệnh mà không có triệu chứng lâm sàng. Các nghiên cứu khác trong nước như của Lê Tấn Sơn có 19,2% số BN phát hiện bệnh tình cờ qua siêu âm ổ bụng. Theo Beurton tỷ lệ bệnh được

phát hiện tình cờ khi không có triệu chứng lâm sàng là 14,5%, theo Hanna là 15%, LeGuillou và Dorairajan có kết quả khám phát hiện tình cờ giống với nghiên cứu này [2],[7].

Trên siêu âm, kích thước trung bình của NQ là $15,5 \pm 6,3$ mm, nhỏ nhất là 9mm, lớn nhất là 32mm. Kích thước này đo được cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Lê Tấn Sơn ($16,02 \pm 5,91$ mm) và Nguyễn Vũ Phương ($19,7 \pm 7,87$ mm) ($p < 0,05$).

Việc phân loại mức độ giãn NQTP được dựa trên phim chụp UIV tùy theo hình ảnh giãn NQ đoạn chậu đơn thuần (độ I) chiếm 16,2%, giãn toàn bộ NQ (độ II) có 28 BN (65,1%) và giãn NQ có kéo dài và gấp khúc (độ III) gặp ở 18,7% các trường hợp. Theo Beurton thì NQPT độ I gặp 47,5%, độ II là 40,3%, độ III là 12,2% và mức độ phình to của NQ tỉ lệ với mức độ giãn đài bể thận và chức năng thận giảm nhưng lại không tỉ lệ với kích thước của NQ giãn. Theo ông, NQPT với độ I thì thận bị phá hủy chiếm 2%, với độ II là 5,5%, và độ III là 9,5% [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được phẫu thuật trồng lại NQ - BQ, nghiên cứu của Lê Tấn Sơn và Phạm Việt Hà cũng cho kết quả tương tự với 97,5% và 74,1%[4]. Gimpel (2010) phẫu thuật cùng phương pháp cho 84,6% bệnh nhân trong nhóm được phẫu thuật, Hanna (1975) trồng lại 91,5% số NQ nghiên cứu [3],[7].

Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được thực hiện phẫu thuật Cohen. Với phương pháp này, Beurton thực hiện cầm lại 185 NQPT thì thấy thành công 94%, thất bại 6% [2], Kenelly thấy phương pháp này cho kết quả tốt và không có biến chứng [7], Nguyễn Vũ Phương tiến hành ở 11 bệnh nhi đều cho kết quả tốt. Các BN của chúng tôi cho 39 kết quả tốt và 4 kết quả trung bình. Sở dĩ chúng tôi cũng như các tác giả khác ưu tiên sử dụng phẫu thuật Cohen bởi vì đây là một kĩ thuật dễ thực hiện, nhanh, không tạo khe NQ mới nên không làm thay đổi hướng đi của NQ do vậy không bị gấp góc, khi thực hiện cầm lại hai NQ vào BQ thì nhanh chóng thuận lợi. Tuy nhiên đây là một kĩ thuật yêu cầu phải mở BQ nên có những biến chứng như chảy máu từ niêm mạc BQ sau mổ, rò BQ, và có thể có trào ngược khi chiều dài của đoạn NQ dưới niêm mạc không đủ. Trong nghiên cứu của này chỉ gặp 1 trường hợp chảy máu từ niêm mạc BQ sau mổ.

Ở trẻ em, Nguyễn Vũ Phương vẫn thực hiện kĩ thuật Lich – Gregoir ở 16 bệnh nhân (45,7%) và cho kết quả khả quan. Một trong những nguyên nhân kĩ thuật này ít được sử dụng là do kĩ thuật này cho tỉ lệ chống trào ngược hiệu quả

ở trẻ em không cao bằng các phương pháp khác, thường là do độ dài của đoạn NQ dưới niêm mạc không đủ theo quá trình lớn lên của trẻ em hoặc diện đỡ của NQ ở phía sau thường yếu vì mặt sau của đoạn NQ được cắm vào BQ là đường khâu vùi hai bờ rạch của cơ BQ chứ không phải là thành cơ BQ nguyên vẹn. Mặt khác, nếu NQ giãn quá to thì khó vùi vào trong thành BQ, ngoài ra còn không đánh giá được các thương tổn khác trong lòng BQ. Phạm Việt Hà còn gặp 1 trường hợp hẹp miệng nối sau mổ phương pháp này.

Kỹ thuật Politano – Leadbetter chống trào ngược rất tốt, tỉ lệ thành công là 98% theo Mollard, Beurton là 87%[1]. Tuy nhiên đây là phương pháp khá phức tạp vì phải giải phóng NQ theo cả đường trong và ngoài BQ, thời gian mổ lâu hơn các phẫu thuật khác. Mặt khác sự tạo khe NQ mới sẽ làm khó khăn cho việc lựa chọn vị trí của lỗ NQ mới và sau này sẽ làm tăng nguy cơ hẹp do tạo góc gây gấp khúc so với thành BQ. Kỹ thuật này cũng mắc phải biến chứng của việc mở BQ như kỹ thuật Cohen. Việc tạo hình làm hẹp (tapering) được thực hiện trên 32 NQ, chiếm 74,4%, và đều là trên các NQ giãn độ II, độ III. Hanna (1975) đã làm hẹp lại 21/43 NQ giãn trước khi trồng lại vào BQ. Với 160 NQPT to được làm hẹp của Hendren (1960), tỉ lệ biến chứng bị hẹp miệng nối của ông là 6,8% và trào ngược là 5% [2].

Theo kinh nghiệm của chúng tôi, việc tạo hình làm hẹp lòng NQ đạt kết quả tốt đối với các trường hợp giãn NQ độ II, III, nhờ đó mà việc trồng lại NQ vào trong lòng BQ của trẻ em được dễ dàng hơn, bởi vì dung tích BQ của trẻ em vốn khá nhỏ hẹp và có thể có tình trạng viêm phổi hợp.

Việc đặt ống thông NQ đưa ra ngoài thành bụng được tiến hành cho 100% số NQ tạo hình. Theo Beurton, ông thực hiện đặt ống thông cho 244/512 NQ trồng lại vào BQ, tỉ lệ thất bại sau mổ là 9,5%, ít hơn so với không đặt ống thông (16,5%). Ông cũng cho rằng việc đặt ống thông NQ sau mổ là cần thiết cho phép giảm áp lực trong lòng NQ và ngăn ngừa tắc nghẽn do phù nề, rò nước tiểu trong những ngày đầu sau mổ [2]. Theo chúng tôi, việc đặt ống thông NQ còn có tác dụng tránh làm cho đoạn mới trồng lại bị gấp góc khi đi vào thành BQ.

Đánh giá kết quả gần sau mổ, 86,6% đạt kết quả điều trị tốt khi ra viện. Kết quả này của chúng tôi cao hơn của các tác giả khác như Phạm Việt Hà (71%), Hanna (66,7%) và thấp hơn kết quả của Lê Tấn Sơn (97,5%) [4],[7].

Trong nghiên cứu này, đánh giá chung về kết quả xa của phẫu thuật, kết quả tốt gặp ở 15 bệnh nhân (88,2%), chủ yếu là với NQ giãn độ II trước mổ. Đạt kết quả trung bình có 2 trường

hợp còn hình ảnh giãn NQ trên siêu âm và UIV, đồng thời còn triệu chứng đau bụng trên lâm sàng. Kết quả này còn thấp hơn kết quả của Hendren (1969), nhưng lại cao hơn so với kết quả điều trị của Frohneberg (50%) [2].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật trồng lại NQ – BQ theo phương pháp Cohen kết hợp với tạo hình đoạn NQ giãn bằng phương pháp Hendren là một phương pháp cho kết quả tốt, thời gian thực hiện nhanh, ít biến chứng sau mổ. Tuy nhiên kết quả lâu dài cần được tiếp tục theo dõi và đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. King L.R. (1980). Megaloureter: definition, diagnosis and management. *J Urol.* 123 (2), 222-3
2. Hendren W.H. (1975). Complications of megaureter repair in children. *J Urol.* 113 (2), 238-54.
3. Gimpel C., et al. (2010). Complications and long-term outcome of primary obstructive megaureter in childhood. *Pediatr Nephrol.* 25 (9), 1679-86.
4. Phạm Việt Hà (2002), "Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị niệu quản phình to nguyên phát ở người lớn tại bệnh viện Việt Đức từ 1995 - 2002", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường đại học Y Hà Nội.
5. Vũ Văn Chính (2011). Đánh giá đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị phẫu thuật giãn do hẹp tiền phát phần thấp niệu quản. *Ngoại khoa.* (5/2011), 22-26.
6. Pfister R.C., Hendren W.H. (1978). Primary megaureter in children and adults. Clinical and pathophysiologic features of 150 ureters. *Urology.* 12 (2), 160-76.
7. Hanna M.K., Jeffs R.D. (1975). Primary obstructive megaureter in children. *Urology.* 6 (4), 419-27

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Khánh Thu¹, Phạm Thị Dung², Phạm Thị Tĩnh²

Key words: Nutritional status; Patients.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết luận:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng người bệnh nằm viện theo BMI năm 2014; 2015 lần lượt là 23,0%; 21,0%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng đánh giá qua công cụ SGA (đối với nhóm ≤ 65 tuổi) và MNA (đối với nhóm trên 65 tuổi) là 29,0%; 28,2% lần lượt ở năm 2014; 2015. Suy dinh dưỡng vừa, nhẹ là 21% năm 2014 và 17% năm 2015.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng; Bệnh nhân.

SUMMARY

NUTRITION STATUS OF PATIENTS TREATED AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: Assessing the nutritional status of patients treated at Thai Binh General Hospital. **Methods:** The epidemiological method described through the cross-sectional investigation. **Conclusion:** Malnutrition rate for hospitalized patients according to BMI in 2014; 2015 is 23,0%; 21,0% respectively. The percentage of severe malnutrition assessed by the SGA tool (for the age group 65 years and older) and MNA (for the age group 65 years) are 29,0%; 28,2% in 2014; 2015. The percentage of medium malnutrition and slight malnutrition are 21% in 2014 and 17% in 2015.

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Khánh Thu

Email: khanhthuh@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 27.2.2018

Ngày duyệt bài: 8.3.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chế độ ăn và dinh dưỡng hợp lý là yếu tố quan trọng để tăng cường và duy trì sức khỏe tốt trong suốt cả cuộc đời con người. Đặc biệt, đối với người bệnh, dinh dưỡng là một phần không thể thiếu được trong các biện pháp điều trị tổng hợp và chăm sóc toàn diện. Khi chế độ ăn cho người bệnh không đáp ứng đủ nhu cầu các chất dinh dưỡng cần thiết và không phù hợp với tình trạng bệnh lý thì hậu quả làm gia tăng tỉ lệ suy dinh dưỡng ở người bệnh nằm viện.

Giai đoạn từ 1995-2013, Bộ Y tế đã ban hành nhiều văn bản về đẩy mạnh hoạt động dinh dưỡng bệnh viện [1],[2],[3]. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây về tình hình hoạt động của các khoa dinh dưỡng tại các bệnh viện tuyến tỉnh, thành phố cho thấy hiện chỉ có 68% (75/110) bệnh viện có khoa dinh dưỡng; 72% số khoa không có bác sĩ chuyên ngành về dinh dưỡng; 70% khoa dinh dưỡng tổ chức ăn uống cho người bệnh nhưng chỉ phục vụ được 40,4% số người bệnh nằm viện. Tỷ lệ người bệnh được cung cấp suất ăn bệnh lý (tim mạch, đái tháo đường, thận...) chỉ đạt 19,6% [4].

Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình, khoa Dinh dưỡng được tái thành lập từ đầu năm 2014 nhưng chưa có các hoạt động đầy đủ theo thông tư 08/2011/TT-BYT của Bộ Y tế. Hoạt động chăm sóc dinh dưỡng chưa đồng bộ, nhất là sự phối hợp với các khoa điều trị. Trong khi đó, với

quy mô hơn 1.000 giường bệnh với tổng số người bệnh nằm viện trung bình trên 50.000 người/năm, vấn đề can thiệp phòng chống suy dinh dưỡng cho người bệnh nằm viện là vô cùng cần thiết. Đối với một số bệnh mạn tính như đái tháo đường, suy thận mạn... dinh dưỡng có ảnh hưởng lớn tới quá trình điều trị và diễn biến của bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu: *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa bàn nghiên cứu: Người bệnh, người nhà người bệnh nhập viện điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.

Thời gian nghiên cứu: năm 2014 và 2015

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính được cỡ mẫu theo tính toán tối thiểu là 368 bệnh nhân. Do người bệnh được chia làm 2 nhóm là hệ nội và ngoại nên mỗi nhóm lấy tròn 200 người bệnh. Đánh giá cắt ngang trong 2 năm 2014, 2015 nên tổng cộng mỗi năm lấy 400 đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn người bệnh nhập viện điều trị nội trú năm 2014 ở thời điểm

trước khi tập huấn và xây dựng mạng lưới dinh dưỡng. Đây là thời điểm 3 tháng cuối năm 2014.

Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

***Sử dụng công cụ đánh giá toàn diện đối tượng (Subjective Global Assessment) (SGA)** để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh từ dưới 65 tuổi. Nội dung đánh giá theo 3 mức A, B, C: Dinh dưỡng tốt: SGA mức độ A; Suy dinh dưỡng nhẹ và trung bình: SGA mức độ B; Suy dinh dưỡng nặng: SGA mức độ C

***Phương pháp đánh giá dinh dưỡng tối thiểu MNA (Minimal Nutrition Assessment) đối với người bệnh trên 65 tuổi**

***Nhấn trắc dinh dưỡng:** + Kiểm tra cân nặng: Sử dụng cân SECA (độ chính xác 0,1kg).

+ Đo chiều cao đứng bằng thước gỗ sản xuất theo tiêu chuẩn của Mỹ, độ chia chính xác tới milimet.

Chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index: BMI), BMI = Cân nặng (kg)/ (Chiều cao)² (m).

***Xét nghiệm máu:** Thực hiện các xét nghiệm máu theo các quy trình thường quy tại khoa Hóa sinh và Huyết học, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.

- Xác định nồng độ Hemoglobin

- Định lượng Albumin. Định lượng Prealbumin. Định lượng sắt huyết thanh

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và nhập máy. Sử dụng phần mềm SPSS 13.0 để phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.9. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh đánh giá qua chỉ số BMI

Thông tin		2014		2015		p (theo năm)
		SL	%	SL	%	
Giới tính	Nam	48	21,0	36	17,7	>0,05
	Nữ	44	25,7	48	24,6	>0,05
Nhóm tuổi *	≤ 65 tuổi	43	16,0*	49	17,6*	>0,05
	Trên 65 tuổi	49	37,4*	35	28,9*	>0,05
Hệ	Ngoại	40	20,0	33	16,5*	>0,05
	Nội	52	26,0	51	25,5*	>0,05
Chung		92	23,0	84	21,0	>0,05

*: Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng người bệnh nằm viện năm 2014 là 23,0%, năm 2015 là 21,0%, không có sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng của từng giới tính, nhóm tuổi và hệ lâm sàng giữa 2 năm. Tuy nhiên, trong năm 2015, tỷ lệ suy dinh dưỡng của hệ nội cao hơn hệ ngoại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong cả 2 năm 2014, 2015, nhóm trên 65 tuổi đều có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn so với nhóm ≤ 65 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.10. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đánh giá qua công cụ SGA và MNA

Thông tin		2014		2015		p
		SDD nhẹ, vừa SL (%)	Suy DD nặng SL (%)	SDD nhẹ, vừa SL (%)	Suy DD nặng SL (%)	
Giới tính	Nam	55 (24,0)	61 (26,6)	36 (17,6)	51 (24,9)	>0,05
	Nữ	29 (17,0)	55 (32,2)	32 (16,4)	62 (31,8)	>0,05
Nhóm tuổi	≤ 65 tuổi	52 (19,3)	59 (21,9)	46 (16,5)	60 (21,5)	>0,05
	Trên 65 tuổi	32 (24,4)	57 (43,5)	22 (18,2)	53 (43,8)	>0,05
Hệ		43 (21,5)	51 (25,5)	25 (12,5)	41 (20,5)	<0,05

	Nội	41 (20,5)	65 (32,5)	43 (21,5)	72 (36,0)	>0,05
	Chung	84 (21,0)	116 (29,0)	68 (17,0)	113 (28,2)	>0,05

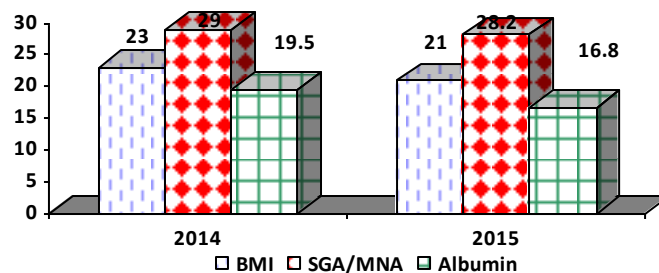
Qua bảng trên cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng đánh giá qua công cụ SGA (đối với nhóm ≤ 65 tuổi) và MNA (đối với nhóm trên 65 tuổi) là 29,0% năm 2014 và 28,2% năm 2015. Suy dinh dưỡng nhẹ, vừa là 21% năm 2014 và 17% năm 2015. Không có sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng và suy dinh dưỡng nhẹ, vừa giữa 2 năm ở từng nhóm người bệnh (trừ nhóm hệ ngoại).

Bảng 3.11. Tỷ lệ giảm Albumin huyết thanh của người bệnh

Thông tin		Năm 2014		Năm 2015		P
		SL	%	SL	%	
Giới tính	Nam	49	21,4	36	17,6	>0,05
	Nữ	29	17,0	31	15,9	>0,05
Nhóm tuổi	≤ 65 tuổi	46	17,1	39	14,0*	>0,05
	Trên 65 tuổi	32	24,4	28	23,1*	>0,05
Hệ	Ngoại	38	19,0	26	13,0	>0,05
	Nội	40	20,0	41	20,5	>0,05
Chung		78	19,5	67	16,8	>0,05

*: Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Tỷ lệ albumin huyết thanh thấp có xu hướng giảm đi ở năm 2015 so với năm 2014 ở tất cả các nhóm nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ albumin huyết thanh thấp là 19,5% ở năm 2014 và 16,8% năm 2015. Năm 2015, nhóm trên 65 tuổi có tỷ lệ albumin huyết thanh thấp 23,1%, cao hơn so với nhóm ≤ 65 tuổi là 14,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh theo các thang đánh giá

Qua biểu đồ trên cho thấy ở cả 3 cách đánh giá tình trạng dinh dưỡng đều có xu hướng năm 2015 thấp hơn năm 2014. Cách đánh giá theo bộ công cụ SGA/MNA có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao nhất, sau đó đến cách đánh giá theo chỉ số BMI.

Bảng 3.12. Tỷ lệ người bệnh được thực hiện các hoạt động chăm sóc dinh dưỡng

Thông tin	Năm 2014 (n=400)		Năm 2015 (n=400)		P
	SL	%	SL	%	
Kiểm tra cân nặng	0	0,0	78	19,5	-
Đo chiều cao, đo các kích thước cơ thể	0	0,0	0	0,0	-
Hỏi tiền sử dinh dưỡng	67	16,8	138	34,5	<0,05
Hướng dẫn chế độ ăn khi điều trị	54	13,5	116	29,0	<0,05
Được tư vấn dinh dưỡng	35	8,8	49	12,3	>0,05

So với năm 2015 các hoạt động đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh qua các chỉ số nhân trắc vẫn chưa được cải thiện đáng kể. Một số người bệnh đã được kiểm tra cân nặng khi nhập viện. Còn lại 100% người bệnh không được đo chiều cao hoặc đo các kích thước cơ thể. Hoạt động hỏi tiền sử dinh dưỡng và hướng dẫn chế độ ăn cho người bệnh đã có sự cải thiện đáng kể. Tỷ lệ tương ứng là 16,8% và 13,5% so với 34,5% và 29,0% năm 2015. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Để đánh giá và so sánh tình trạng dinh dưỡng người bệnh nội trú trước và sau khi triển khai các hoạt động chăm sóc dinh dưỡng tại bệnh viện, chúng tôi đã lựa chọn 2 nhóm người bệnh ở 2 năm 2014 và 2015, mỗi nhóm 400 người bệnh tương đương nhau về tuổi, giới và hệ lâm sàng. Kết quả cho thấy, theo đánh giá qua BMI, tỷ lệ suy dinh dưỡng người bệnh năm viện năm 2014 là 23,0%, năm 2015 là 21,0%, không có sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng của từng giới tính,

nhóm tuổi và hệ lâm sàng giữa 2 năm. Tuy nhiên, trong năm 2015, tỷ lệ suy dinh dưỡng của hệ nội cao hơn hệ ngoại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong cả 2 năm 2014, 2015, nhóm trên 65 tuổi đều có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn so với nhóm ≤ 65 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3.1).

Tác giả Đặng Thị Hoàng Khuê nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa trung ương Quảng Nam cho thấy tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở người bệnh mắc bệnh đường tiêu hóa là 26,1%, trong đó người bệnh nữ bị thiếu năng lượng trường diễn là 26,7% cao hơn so với nam (14,3%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh qua công cụ SGA (đối với nhóm ≤ 65 tuổi) và MNA (đối với nhóm trên 65 tuổi), nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng là 29,0% năm 2014 và 28,2% năm 2015 (bảng 3.2). Không có sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng giữa 2 năm ở từng nhóm người bệnh (trừ nhóm hệ ngoại). Tỷ lệ mắc này của chúng tôi cao hơn so với tác giả Đặng Thị Hoàng Khuê mặc dù đánh giá theo chỉ số BMI thì kết quả 2 nghiên cứu là tương tự nhau.

Chỉ số BMI là một công cụ khá phổ biến trong đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bình thường cũng như người bệnh. Nhưng gần đây, một số tác giả khi so sánh tình trạng dinh dưỡng theo các cách đánh giá khác nhau đã cho thấy BMI không phải là một phương pháp thích hợp để đánh giá tác động của suy dinh dưỡng ở người bệnh nhập viện so với thang phân loại SGA [6].

Sự suy giảm nồng độ albumin huyết thanh có liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ bệnh tật và tử vong ở những người bệnh điều trị tại bệnh viện. Vì vậy, mức độ albumin còn được sử dụng như là chỉ số tiên lượng. Tuy nhiên, hiện nay người ta đang tranh luận về độ nhạy của albumin trong việc đánh giá dinh dưỡng bởi vì có nhiều tác nhân ngoài dinh dưỡng có thể ảnh hưởng đến sự suy giảm nồng độ albumin như: tình trạng nhiễm trùng, viêm, bệnh lý gan, chế độ điều trị bằng albumin ngoại sinh... Ngoài ra, albumin có thời gian bán hủy khá dài (khoảng 18 ngày) và chiếm số lượng lớn trong huyết thanh nên khi mức độ albumin suy giảm dưới giá trị bình thường tức là đã có số lượng lớn albumin mất đi cách đó vài tuần. Vậy nên, giá trị chẩn đoán dinh dưỡng của albumin khá muộn sau khi tình trạng suy dinh dưỡng đã khởi phát. Mặc dù chỉ số albumin có độ nhạy thấp nhưng có độ đặc hiệu cao nên trong rất nhiều nghiên cứu đánh giá dinh dưỡng,

albumin luôn là thông số đánh giá quan trọng không thể thiếu được. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh có albumin huyết thanh thấp là 19,5% ở năm 2014 và 16,8% năm 2015. Năm 2015, nhóm trên 65 tuổi có tỷ lệ albumin huyết thanh thấp 23,1%, cao hơn so với nhóm ≤ 65 tuổi là 14,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3.3).

Như vậy, ở cả 3 cách đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh đều cho thấy tỷ lệ mắc suy dinh dưỡng có xu hướng năm 2015 thấp hơn năm 2014 nhưng sự khác biệt chưa thực sự có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong 3 cách đánh giá thì cách đánh giá theo bộ công cụ SGA/MNA có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao nhất, sau đó đến cách đánh giá theo chỉ số BMI.

Đánh giá về hoạt động chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mặc dù hoạt động chăm sóc dinh dưỡng đã được triển khai nhưng so với năm 2014 thì năm 2015 các hoạt động đánh giá tình trạng dinh dưỡng người bệnh qua các chỉ số nhân trắc vẫn chưa được cải thiện đáng kể. Một số người bệnh đã được kiểm tra cân nặng khi nhập viện. Còn lại 100% người bệnh không được đo chiều cao hoặc đo các kích thước cơ thể. Tuy thế, hoạt động hỏi tiền sử dinh dưỡng và hướng dẫn chế độ ăn cho người bệnh đã có sự cải thiện đáng kể. Tỷ lệ tương ứng là 16,8% và 13,5% ở năm 2014 so với 34,5% và 29,0% năm 2015. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3.4).

Theo nghiên cứu của Viện dinh dưỡng năm 2006 trên 308 người bệnh khoa Nội tiết và khoa Tiêu hóa bệnh viện Bạch Mai nhằm xác định tình trạng thiếu dinh dưỡng trong các người bệnh nhập viện. Người bệnh được đo các chỉ số nhân trắc và khẩu phần của người bệnh được đánh giá bằng phương pháp hỏi ghi 24 giờ. Kết quả cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng thiếu năng lượng trường diễn ($BMI < 18$) là 25,2%, cao hơn ở người bệnh tiêu hóa so với người bệnh nội tiết (28,9% so với 21,7%), tỷ lệ thừa cân ($BMI > 23$) là 19,9%, ở người bệnh khoa nội tiêu hóa và khoa nội tiết tương ứng là 24,8% và 14,8%. Tỷ lệ thiếu dinh dưỡng của người bệnh dưới 65 tuổi là 13,4% (khoa nội tiết) và 58,8% (khoa tiêu hóa) và tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh trên 65 tuổi là 31,6% (khoa nội tiết) và 68,4% (khoa tiêu hóa). Kết quả của chúng tôi về tỷ lệ suy dinh dưỡng người bệnh nằm viện tương đối cao. Vì vậy việc chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh trong bệnh viện rất quan trọng, một chế độ dinh dưỡng hợp lý sẽ giúp mau hồi phục và giảm thiểu thời gian nằm viện.

Nguyên nhân của việc thiếu hụt dinh dưỡng vẫn còn tồn tại ngay tại bệnh viện, nơi chăm sóc sức khỏe, là do hầu hết các bác sĩ tập trung quan tâm vào điều trị bằng thuốc mà chưa quan tâm đến việc chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh. Trong khi đó, dinh dưỡng lại là nền tảng cho các hoạt động của cơ thể và là nguồn lực giúp người bệnh hồi phục. Tuy nhiên vì bệnh lý và việc điều trị cũng làm cho người bệnh gặp một số khó khăn trong việc ăn uống và dung nạp dinh dưỡng. Từ đó tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng lại càng trở nên nghiêm trọng. Vì thế mà người bệnh trong bệnh viện dễ bị rơi vào vòng luẩn quẩn của việc thiếu dinh dưỡng, điều này làm cho khả năng hồi phục chậm hơn, nằm viện lâu hơn và vì thế mà chi phí điều trị cũng tốn kém hơn [7],[5].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng người bệnh nằm viện theo BMI năm 2014; 2015 lần lượt là 23,0%; 21,0%, không có sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng của từng giới tính, nhóm tuổi và hệ lâm sàng giữa 2 năm.

- Tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng đánh giá qua công cụ SGA (đối với nhóm ≤ 65 tuổi) và MNA (đối với nhóm trên 65 tuổi) là 29,0%; 28,2% lần lượt ở năm 2014; 2015. Suy dinh dưỡng vừa, nhẹ là 21% năm 2014 và 17% năm 2015. Không có sự khác biệt ($p>0,05$) giữa 2 năm ở từng nhóm người bệnh.

KIẾN NGHỊ

- Cần xây dựng và áp dụng quy trình chăm sóc dinh dưỡng theo từng nhóm bệnh cụ thể.

- Xây dựng các tài liệu truyền thông dinh dưỡng cho các nhóm bệnh để làm cơ sở cho các cán bộ y tế thực hiện các nội dung liên quan đến chăm sóc dinh dưỡng người bệnh. Để nhân rộng mô hình tư vấn và thực hành dinh dưỡng cho cá thể, cần xây dựng các video hướng dẫn thực hành các chế độ ăn bệnh lý để làm tài liệu cung cấp cho người bệnh, người nhà người bệnh thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011). Thông tư số 08/2011/TT - BYT hướng dẫn công tác dinh dưỡng, tiết chế trong bệnh viện.
2. Bộ Y tế (2011). Thông tư số 07/2011/TT - BYT hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
3. Bộ Y tế (2013). Chương trình đào tạo Chăm sóc người bệnh toàn diện.
4. Lương Ngọc Khuê (2016). Thực trạng hoạt động dinh dưỡng lâm sàng, Báo cáo Hội nghị khoa học Dinh dưỡng lâm sàng các tỉnh phía Bắc năm 2016.
5. Trần Quốc Cường, Đỗ Thị Ngọc Diệp và Vũ Quỳnh Hoa (2016). Can thiệp phòng chống suy dinh dưỡng cho bệnh nhân nằm viện tại thành phố Hồ Chí Minh: bằng chứng y học, cơ hội và thách thức. Tạp chí Dinh Dưỡng & Thực Phẩm, 12 (4), 25-32.
6. F. Baccaro, A. Sanchez (2015). Body mass index is a poor predictor of malnutrition in hospitalized patients *Niger J Med*, 24 (4), 310-314.
7. P. C. Konturek, H. J. Herrmann, K. Schink, et al (2015). Malnutrition in Hospitals: It Was, Is Now, and Must Not Remain a Problem! *Med Sci Monit*, 21, 2969-2975.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH 320 LÁT CẮT TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP

Dương Minh Thắng, Hoàng Mạnh Vững*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu giá trị của hình ảnh chụp cắt lớp vi tính 320 lát cắt (CLVT 320) trong chẩn đoán viêm tụy cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu kết hợp hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 59 bệnh nhân viêm tụy cấp được khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng và chụp CLVT 320, điều trị tại Bệnh viện TƯQĐ 108 từ 07/2016 đến 10/2017. **Kết quả:** Có 46 bệnh nhân nam (78%), 13 bệnh nhân nữ (22%), tỉ lệ nam/nữ là 3,5. Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng (100%), dấu hiệu Mayo-Robson (76,3%). Amylase máu tăng trên 3 lần là 57,6%, lipase (74%).

*Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Thắng

Email: bsthang108@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 8.3.2018

Trên CLVT 320: tụy to (88,1%), tụy có hoại tử (47,5%), mức độ hoại tử $<30\%$ có tỉ lệ cao nhất (30,5%), mức độ tổn thương có tỉ lệ cao nhất là độ D (37,3%), không có hình ảnh tụy bình thường, có mối liên quan tỉ lệ thuận giữa mức độ hoại tử và mức độ tổn thương. Biến chứng hay gặp nhất là nang giả tụy (11,9%). **Kết luận:** Đau bụng gặp ở 100% bệnh nhân, amylase và lipase máu tăng có giá trị chẩn đoán là 57,6% và 74%. CLVT 320 phát hiện 100% tụy có tổn thương, chẩn đoán sớm hoại tử với kích thước nhỏ, giúp chẩn đoán xác định những bệnh nhân lâm sàng và xét nghiệm không điển hình.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, cắt lớp vi tính 320, amylase, lipase.

SUMMARY

A STUDY IMAGES VALUE OF 320-SLICE CT SCANNER IN DIAGNOSIS OF ACUTE PANCREATITIS

Objective: To study images value of 320-slice CT scanner in diagnosis of acute pancreatitis. **Subjects and methods:** A prospective, retrospective, cross-sectional descriptive study was carried out on 59 patients with acute pancreatitis who were clinical, subclinical tested and taken 320-slice CT scanner, treated at 108 Military Central Hospital from 07/2016 to 10/2017. **Results:** There are 46 male patients (78%), 13 female patients (22%), the male/female ratio is 3.5. The most common symptom is abdominal pain (100%), Mayo-Robson sign (76.3%). Amylase blood rising above 3 times is 57.6%, lipase (74%). On 320-slice CT images: enlarged pancreas (88.1%), necrotic pancreas (47.5%), the level of necrosis < 30% had the highest proportion (30.5%), the grade D of pancreatic injury had the highest rate (37.3%), no normal pancreas. There was a directly proportional relationship between degree of necrosis and the grade of pancreatic injury. The most common complication was pancreatic pseudocyst (11.9%). **Conclusions:** 100% of patients had abdominal pain. The level of amylase and lipase blood with diagnostic value were 57.6% and 74%. 320-slice CT scanner detected 100% of the pancreas with injury, diagnosed early necrosis with small size and helped to determine the diagnosis of atypical patients.

Keywords: Acute pancreatitis, 320-slice CT scanner, amylase, lipase.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là bệnh tổn thương viêm nhu mô tuyến tụy cấp tính từ nhẹ đến nặng và có thể gây tử vong. VTC nặng, ngay sau quá trình khởi phát, hội chứng đáp ứng viêm hệ thống được khởi động với vai trò của các cytokine và các chất trung gian hóa học khác của quá trình viêm. Một đáp ứng viêm dữ dội toàn cơ thể là yếu tố chủ yếu dẫn tới hội chứng suy đa tạng rất nặng trên lâm sàng. Diễn biến nặng của VTC rất nhanh và khó tiên lượng vì vậy việc đánh giá mức độ VTC sớm là cần thiết để giúp thầy thuốc đưa ra biện pháp điều trị tích cực nhằm hạn chế tiến triển xấu và biến chứng nặng của bệnh.

Chụp cắt lớp vi tính ra đời đã giúp ích rất nhiều trong chẩn đoán sớm VTC. Đặc biệt, với độ phân giải cao, khả năng cắt khối và dựng hình rõ nét, chụp cắt lớp vi tính 320 lát cắt (CLVT 320) có thể phát hiện sớm những ổ hoại tử nhỏ khi mới bắt đầu hình thành giúp cho chẩn đoán kịp thời, tiên lượng chính xác và điều trị hiệu quả. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính 320 lát cắt trong chẩn đoán viêm tụy cấp" nhằm mục tiêu: Tìm hiểu giá trị của hình ảnh chụp cắt lớp vi tính 320 lát cắt trong chẩn đoán viêm tụy cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 59 bệnh

nhân (BN) được chẩn đoán xác định VTC bằng khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng và chụp CLVT 320 phân loại mức độ theo Balthazar, điều trị tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ tháng 07 năm 2016 đến tháng 10 năm 2017.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu tiến cứu kết hợp hồi cứu, mô tả cắt ngang. Kết hợp thăm khám lâm sàng với các xét nghiệm cận lâm sàng sử dụng hệ thống máy xét nghiệm và máy chụp CLVT 320 lát cắt Aquilion ONE (Toshiba Nhật Bản- lắp đặt tháng 7 năm 2011) tại Bệnh viện TƯQĐ 108. Phân loại mức độ kết quả chụp CLVT 320 theo thang điểm của Balthazar.

2.3 Xử lý số liệu:

Sử dụng phần mềm SPSS 22. Sử dụng một số thuật toán thống kê y học trong nghiên cứu.

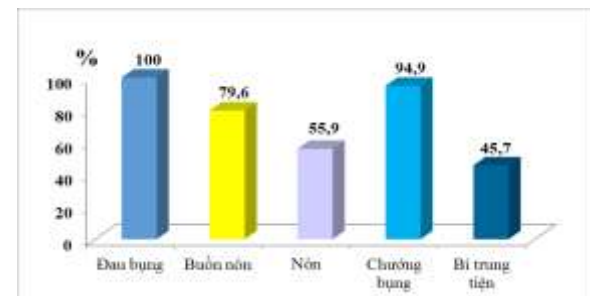
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa các nhóm tuổi và giới

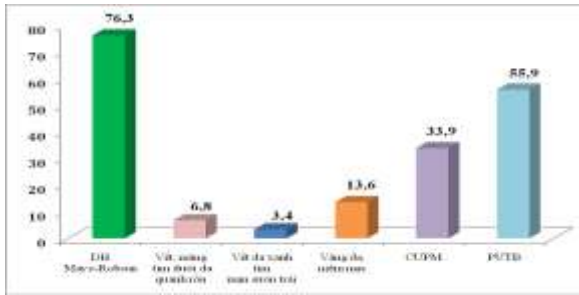
Nhóm tuổi	Nam		Nữ	
	n	%	n	%
<30	3	6,5	2	15,4
30-49	29	63,0	3	23,1
50-69	13	28,3	2	15,4
>=70	1	2,2	6	46,1
Tổng	46	100	13	100
X ± SD	48,07 ± 14,96 (P=0,001)			

Bảng 2. Nguyên nhân viêm tụy cấp

Nguyên nhân	n	%
Sỏi (OMC, ống tụy, túi mật)	18	30,5
Giun chui ống mật	1	1,7
U đầu tụy	2	3,4
Do rượu, bia	29	49,2
Tăng triglyceride máu	20	33,9
Phẫu thuật ổ bụng	6	10,2
Không rõ nguyên nhân	13	22,0



Biểu đồ 1. Các triệu chứng cơ năng



Biểu đồ 2. Các triệu chứng thực thể
Bảng 3. Các triệu chứng toàn thân

Triệu chứng toàn thân	($\bar{X} \pm SD$)	Cao	Thấp
Nhịp tim (lần/phút)	93,6 $\pm$ 11,7	133	59
Nhiệt độ ($^{\circ}C$)	37,3 $\pm$ 0,9	39,3	36,1
Huyết áp trung bình (mmHg)	93,4 $\pm$ 13,8	138,3	60,2
Điểm Glasgow	14,8 $\pm$ 0,8	15	12

Bảng 4. Đặc điểm men tụy của bệnh nhân

Xét nghiệm	($\bar{X} \pm SD$)	Cao	Thấp
Amylase máu (U/L)	684,2 $\pm$ 836,9	3193	19
Lipase (U/L)	956,7 $\pm$ 1652,4	8240	21
Amylase niệu (U/L)	2445,3 $\pm$ 3002,5	10940	90

Bảng 5. Mức tăng amylase và lipase máu

Chỉ số	Amylase máu (≤ 80 U/L)		Lipase máu (≤ 60 U/L)	
	n(59)	%	n(50)	%
Bình thường	8	13,6	7	14,0
Giới hạn cao	17	28,8	6	12,0
Trên 3 lần	34	57,6	37	74,0
Tổng	59	100	50	100

Bảng 6. Đặc điểm công thức máu

Xét nghiệm	($\bar{X} \pm SD$)	Cao	Thấp
Số lượng hồng cầu (T/L)	4,52 $\pm$ 0,83	6,04	2,62
Lượng huyết sắc tố (g/l)	139,3 $\pm$ 27,22	208,0	72,0
Hematocrit (%)	41,39 $\pm$ 7,13	78,8	20,5
Số lượng bạch cầu (G/L)	15,51 $\pm$ 6,52	36,4	3,0
Tỉ lệ bạch cầu trung tính (%)	80,64 $\pm$ 14,61	94,2	9,5
Số lượng tiểu cầu (G/L)	262,3 $\pm$ 91,4	752	78

Bảng 7. Đặc điểm triglyceride và cholesterol

Chỉ số	Triglyceride máu ($< 2,3$ mmol/l)		Cholesterol máu ($< 5,3$ mmol/l)	
	n	%	n	%
Bình thường	21	35,6	30	50,8
Tăng nhẹ	23	39,0	17	28,8
> 10 mmol/l	15	25,4	12	20,3
Tổng	59	100	59	100

Bảng 8. Kích thước tụy trên CLVT 320

CLVT 320	n	%
Tụy to	52	88,1
To đầu tụy	34	57,6
To thân tụy	16	27,1
To đuôi tụy	5	8,5
To toàn bộ tụy	14	23,7
Bình thường	7	11,9

Bảng 9. Nhu mô tụy trên CLVT 320

Trước tiêm thuốc cản quang	n= 59	%
Tỷ trọng đều	30	50,8
Tỷ trọng không đều	29	49,2
Tổng	59	100,0
Sau tiêm thuốc cản quang	(n=59)	Tỷ lệ %
Đồng tỷ trọng	13	22,0
Tăng tỷ trọng	18	30,5
Có ổ hoại tử	28	47,5
Tổng	59	100,0

Bảng 10. Mức độ hoại tử và tình trạng bờ tụy trên CLVT 320

Bờ tụy	Hoại tử
--------	---------

	Không hoại tử		< 30%		30- 50%		>50%	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bình thường	23	39,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lem nhem	6	10,2	8	13,6	1	1,7	0	0,0
Mất liên tục	0	0,0	10	16,9	5	8,5	2	3,4
Không rõ	2	3,4	0	0,0	2	3,4	0	0,0
Tổng	31	52,5	18	30,5	8	13,6	2	3,4

Bảng 11. Mối liên quan mức độ tổn thương và hoại tử trên CLVT 320

	Mức độ tổn thương				
	A	B	C	D	E
Không hoại tử	0	6 10,2%	19 32,2%	6 10,2%	0
< 30%	0	0	2 3,4%	14 23,7%	2 3,4%
30- 50%	0	0	0	2 3,4%	6 10,2%
> 50%	0	0	0	0	2(3,4%)
	0	6 10,2%	21 35,6%	22 37,3%	10 16,9

P < 0,001

Bảng 12. Các biến chứng trên CLVT 320

Biến chứng	n	%
Nang giả tụy	7	11,9
Ap xe tụy	1	1,7
Rò tá tụy	1	1,7
Huyết khối tĩnh mạch	1	1,7
Phình ĐM tá tụy	1	1,7

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng: Theo Bảng 1, tuổi trung bình là $48,07 \pm 14,96$. Độ tuổi mắc VTC nhiều nhất là từ 30-49 chiếm 54,2%. Tỷ lệ nam/nữ là 3,5. Kết quả nghiên cứu này tương tự kết quả của Trần Công Hoan năm 2008 với tuổi trung bình là 48, của Morteale năm 2004 là 49,2. Nếu tính riêng về giới thì tuổi trung bình của nam thấp hơn tuổi trung bình của nữ, nam từ 30-49 chiếm 63%, trong khi đó nữ trên 70, chiếm 46,1%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này có thể lý giải do nguyên nhân gây VTC ở 2 nhóm nam và nữ khác nhau, nguyên nhân gây VTC ở nam do rượu chiếm tỉ lệ cao trong khi nguyên nhân gây VTC ở nữ do yếu tố cơ học và rối loạn chuyển hóa lipid lại cao hơn, và những nguyên nhân này thường gặp ở nhóm bệnh nhân có độ tuổi cao.

Theo Bảng 2, VTC do rượu, bia chiếm tỷ lệ cao nhất (49,2%), sau đó là tăng triglyceride máu 33,9%, sỏi mật 30,5%, u đầu tụy 3,4%, giun chui OMC chỉ có 1,7%.

Theo biểu đồ 1, đau bụng gặp ở 100% BN VTC. Tỷ lệ này khá giống với các kết quả của Trần Công Hoan, Mergener đều gặp dấu hiệu đau bụng trên 90% [2],[7]. Trong nghiên cứu

của chúng tôi, BN VTC đau vùng thượng vị chiếm tỷ lệ cao nhất (72,9%), đau quanh rốn 50,9% và hạ sườn trái 54,2%. Có 79,6% BN có cảm giác buồn nôn và 55,9% BN có triệu chứng nôn. Nghiên cứu của Trần Công Hoan có 73,1% BN có biểu hiện buồn nôn và nôn, theo Ranson và cộng sự là 54,92%. Chướng bụng gặp với tỷ lệ cao, 94,9%; bí trung tiện là 45,7%.

Theo Biểu đồ 2 triệu chứng thực thể hay gặp nhất là dấu hiệu (DH) Mayo-robson (+) 76,3%, phản ứng thành bụng 55,9%, cảm ứng phúc mạc 33,9%. Các DH đặc biệt của VTC như (DH Cullen: vết hoặc mảng bầm tím dưới da vùng quanh rốn, DH Grey-Turner: vết xanh tím vùng mạn sườn trái và hông trái) xuất hiện với tỷ lệ thấp, tương ứng là 6,8% và 3,4%, nghiên cứu của Trần Công Hoan các DH này chỉ gặp 8,4%.

Từ kết quả nghiên cứu (Bảng 3) cho thấy không có BN nào có dấu hiệu sốc hoặc trụy mạch, 46,5% BN có sốt nhẹ (trên 37,5 độ). Không có BN nào hôn mê.

4.2. Đặc điểm xét nghiệm cận lâm sàng

Tất cả các BN nghiên cứu đều được làm amylase máu (Bảng 4), giá trị trung bình là 684,2U/L và có sự dao động khá lớn giữa các BN trong nhóm nghiên cứu, amylase máu lớn nhất là 3193U/L, thấp nhất là 19U/L. Tỷ lệ BN có Amylase máu lớn hơn 3 lần giá trị bình thường chiếm 57,6% (Bảng 5). Kết quả này khá phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Đức Chuyên về VTC do tăng triglyceride [1], tăng amylase ≥ 3 lần là 52%.

Về lipid máu, Bảng 7 cho thấy có 64,4% BN VTC có rối loạn tăng triglyceride trong đó 25,4% số BN có tăng triglyceride mức độ nặng ($>10\text{mmol/l}$).

Kết quả xét nghiệm huyết học được thể hiện qua Bảng 6. Số lượng hồng cầu trung bình là 4,52T/L, chỉ có một số BN thiếu máu nhẹ. Tỷ lệ hematocrit trung bình là 41,39%. Trong VTC nhất là thể hoại tử nặng gặp tình trạng máu cô do sự mất nước, thoát mạch của tình trạng viêm cấp, mức độ nặng. Bạch cầu trung bình là 15,51G/L, cao nhất là 36,4 G/L.

4.3. Đặc điểm hình ảnh chụp CLVT 320

Theo Bảng 8, tụy to trên CLVT 320 là 88,1%. Theo nghiên cứu của Dembner thì 100% BN VTC có tụy to hơn bình thường [5]. Trong VTC, tụy có

thể to toàn bộ hay từng phần, nghiên cứu này thấy to đầu tụy 57,6%, to toàn bộ 23,7%, to đuôi tụy 8,5%, bình thường 10,2%. Tụy có thể to đầu kết hợp với thân hoặc to toàn bộ, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào to thân tụy đơn thuần.

Nghiên cứu đặc điểm nhu mô tụy chúng tôi thấy trước khi tiêm thuốc cản quang có 50,8% nhu mô tụy thuần nhất và 49,2% tỷ trọng không đều. Sau khi tiêm thuốc cản quang chỉ còn 22% nhu mô đồng tỷ trọng, tăng tỷ trọng là 30,5%, có ổ hoại tử là 47,5% (Bảng 9). Điều này phù hợp với các tác giả đều cho rằng phải tiêm thuốc cản quang để chẩn đoán thể bệnh. Trên CLVT, hoại tử nhu mô tụy là vùng giảm tỷ trọng không nâng tỷ trọng sau khi tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch. Quá trình tiến triển của hoại tử tụy chủ yếu ở giai đoạn nhiễm trùng thứ phát, đó là những biến chứng tại chỗ rất nặng, theo định nghĩa này hoại tử thể hiện dạng viêm cấp tính thể nặng. CLVT 320 là phương tiện chẩn đoán không can thiệp hàng đầu để đánh giá hoại tử nhu mô tụy ở giai đoạn sớm khi mới hình thành với kích thước chỉ vài milimet và đánh giá chính xác mức độ hoại tử để ước lượng tổn thương giúp các nhà lâm sàng tiên lượng đúng và quyết định cách thức điều trị phù hợp. Tại Việt Nam đã áp dụng rất tốt các kỹ thuật của chụp CLVT để đánh giá được tỉ lệ hoại tử trong VTC nhưng chưa có nghiên cứu nào về CLVT 320 áp dụng trong chẩn đoán mặt bệnh này.

Theo Bảng 10, bờ tụy bình thường 39%, lem nhem 25,4%, mất liên tục do hoại tử 28,8% và bờ tụy không rõ hay không phân biệt được 6,8%. Có sự liên quan tỉ lệ thuận giữa mức độ hoại tử và tình trạng bờ tụy với $p < 0,01$. Số bệnh nhân có bờ tụy bình thường không có trường hợp nào phát hiện hoại tử trên CLVT 320, trong khi bờ tụy lem nhem có tỷ lệ hoại tử dưới 30% nhu mô là 13,6%, bờ tụy mất liên tục có tỷ lệ hoại tử nhẹ 16,9% và hoại tử trên 30% nhu mô là 11,9%. Nghiên cứu của Trần Công Hoan thấy bờ tụy không đều chiếm 84,8%, bờ đều chỉ chiếm 15,2% [2]. Bình thường đường bờ tụy liên mảnh liên tục và rõ nét, khi viêm bờ tụy mấp mô, lồi lõm hoặc mờ đi, khó phân biệt ranh giới nhu mô tụy với tổ chức mỡ quanh tụy. Do các ổ hoại tử nằm bề mặt tuyến làm cho đường bờ tuyến không đều và quá trình viêm thâm nhiễm vào lớp mỡ quanh tụy làm mất sự đối quang giữa mô mỡ và tổ chức quanh tụy, làm mất tính chất rõ nét của bờ tụy, bờ tụy mờ đi là biểu hiện viêm nhiễm xâm lấn lớp mỡ quanh tụy, đó chính là dấu hiệu rất sớm trong VTC khi chưa có tổn

thương tại nhu mô tụy cũng như tổn thương của dòng chảy ngoài tụy. Chính vì vậy khi bệnh nhân mới phát bệnh được chụp CLVT 320 có thể phát hiện dấu hiệu này sớm và điều trị nội khoa có kết quả tốt không gây biến chứng nặng nề, hoặc trong trường hợp có nguyên nhân cơ học như sỏi túi mật có thể đặt vấn đề mổ cắt túi mật nội soi, hoặc sỏi OMC, giun OMC có thể lấy sỏi, giun qua nội soi ngược dòng. Trong VTC thể phù nề đường bờ tụy có thể vẫn còn rõ, nhu mô tụy giảm tỷ trọng tách biệt với lớp mỡ quanh tụy bị thâm nhiễm tăng tỷ trọng, VTC thể hoại tử chảy máu bờ tụy thường lem nhem không đều, thậm chí khó phân biệt ranh giới.

Bảng 11 cho thấy nghiên cứu có 37,3% (chiếm tỷ lệ cao nhất) có tổn thương độ D tức là chỉ có dịch quanh tụy hoặc một nơi trong ổ bụng, có 35,6% xếp độ C tức là viêm tụy và mô mỡ quanh tụy, 16,9% xếp độ E (có trên 2 ổ tụ dịch ngoài tụy) và 10,2% có tụy to đơn thuần (độ B) theo thang điểm Balthazar. Không có trường hợp nào tụy bình thường (độ A).

Về mức độ hoại tử: chủ yếu hoại tử $< 30\%$ chiếm 30,5%, hoại tử 30-50% là 13,6%, và hoại tử nặng trên 50% là 3,4%. Thể phù nề, không có hoại tử trên CLVT 320 là 52,5%. Bảng trên cho thấy có mối liên quan tỉ lệ thuận mật thiết giữa mức độ tổn thương và mức độ hoại tử đánh giá trên CLVT 320 theo thang điểm Balthazar có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 12 cho thấy, trong nghiên cứu này tỉ lệ biến chứng gặp nhiều nhất là nang giả tụy chiếm 11,9%. các biến chứng khác phát hiện với tỉ lệ thấp, chỉ có 1,7% phát hiện thấy rò tá tụy, tương tự như vậy áp xe tụy 1,7%, phình ĐM tá tụy 1,7% và huyết khối tĩnh mạch 1,7%.

Đây là nghiên cứu với số lượng bệnh nhân tương đối nhỏ nên tỷ lệ phát hiện biến chứng không nhiều. So với Mendez nghiên cứu trên 102 BN VTC và theo dõi trong 9 tháng thấy 7,8% có biến chứng nang giả tụy, 4,9% rò tiêu hóa, 10,8% áp xe tụy và 1,9% chảy máu tụy [6], thì nghiên cứu của chúng tôi phát hiện với tỷ lệ thấp hơn. Những nghiên cứu về hình ảnh VTC trên CLVT 320 trên thế giới còn chưa nhiều, nhất là tại Việt Nam đây chưa có nghiên cứu nào, nhưng qua nghiên cứu này chúng tôi thấy CLVT 320 cho hình ảnh các biến chứng rất rõ ràng và chính xác.

V. KẾT LUẬN

Đau bụng gặp ở 100% bệnh nhân VTC.

Triệu chứng thực thể hay gặp nhất là dấu hiệu (DH) Mayo-robson (+) 76,3%. Amylase và lipase máu tăng có giá trị chẩn đoán (≥ 3 lần

bình thường) là 57,6% và 74%. Tỷ lệ BN tăng triglyceride mức độ nặng ($>10\text{mmol/l}$) là 25,4%.

CLVT 320 phát hiện 100% tuy có tổn thương, trong đó tuy to là 88,1%, hoại tử là 47,5%. Có mối liên quan tỷ lệ thuận giữa mức độ tổn thương, tình trạng bờ tuy với mức độ hoại tử với $p<0,001$. CLVT 320 giúp chẩn đoán sớm hoại tử với kích thước nhỏ, giúp chẩn đoán xác định những bệnh nhân lâm sàng và xét nghiệm không điển hình. Biểu chứng hay gặp nhất là nang giả tuy 11,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Đức Chuyên (2012). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tuy*

cấp tăng triglyceride, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. Trần Công Hoan (2008). *Nghiên cứu giá trị của siêu âm, chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và tiên lượng viêm tuy cấp*, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Balthazar E.J. (2002). "Acute Pancreatitis: Assessment of Severity with Clinical and CT Evaluation", *Radiology*. 223, pp. 603-613.
4. Bharwani N., Patel S., and et al (2011). "Acute pancreatitis: the role of imaging in diagnosis and management", *Clinical Radiology*. 66, pp. 164-175.
5. Dembner A. G, Jaffe C. C., Simeone J. and Walsh J. (1979), "A new computed tomographic sign of pancreatitis", *AJR*. 133, pp. 477-479.
6. Mergener K., Baillie J. (1998). "Acute pancreatitis", *BMJ*. 316(7124), pp. 44-48.
7. Ranson J.H.C. (1997). "Diagnostic Standards for Acute Pancreatitis", *World J. Surg*. 21, pp. 136-142.

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TRONG BỐN TUẦN ĐẦU

Võ Hồng Khôi*, Chu Bá Chung*, Trương Tuấn Anh**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu não là thể hay gặp nhất của tai biến mạch não, chiếm tới 85%, vì vậy số trường hợp tử vong do nhồi máu não là rất quan trọng. Cùng với việc chẩn đoán và điều trị thì việc tiên lượng mức độ nặng và nguy cơ tử vong của những bệnh nhân nhồi máu não dựa trên các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng rất cần thiết. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não và tìm ra các yếu tố có giá trị tiên lượng tử vong trên bệnh nhân nhồi máu não trong bốn tuần đầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 136 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch mai từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 10 năm 2017. Nghiên cứu mô tả có phân tích. **Kết quả:** Kết quả cho thấy nhồi máu não hay gặp ở nam giới trên 50 tuổi, điểm hôn mê Glasgow trung bình 14,1. Trong đó nhồi máu hệ sống nền chiếm 26,5%, hệ động mạch cảnh chiếm 73,5%. Có 30,2% bệnh nhân có điểm ASPECTS và pc-ASPECTS dưới 8 điểm. Có mười yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng liên quan tới kết cục sống còn của bệnh nhân nhồi máu não, trong đó chỉ có hai yếu tố là :điểm Glasgow dưới 13 điểm, điểm ASPECTS và pc - ASPECTS dưới 8 điểm, là có ý nghĩa tiên lượng độc lập kết cục tử vong của bệnh nhân. **Kết luận:** Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não rất đa dạng và phong phú. Tuy nhiên chỉ có 2 yếu tố là: điểm Glasgow dưới 13 điểm, điểm ASPECTS và

pc - ASPECTS dưới 8 điểm, là có ý nghĩa tiên lượng độc lập kết cục tử vong của bệnh nhân nhồi máu não.

Từ khóa: Nhồi máu não, các yếu tố tiên lượng tử vong của nhồi máu não.

SUMMARY

PROGNOSTIC FACTORS OF MORTALITY IN ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITHIN THE FIRST FOUR WEEKS

Background: Ischemic stroke is the most common type of stroke, accounting for 85%, so the number of deadly patients by cerebral vascular infarction is very important. Along with diagnosis and treatment, the prognosis of the severity and mortality of cerebral vascular infarction through clinical and subclinical characteristics is also necessary. **Objective:** To describe some clinical and subclinical characteristics of ischemic stroke patients and to identify factors of mortality in these patients during the first four weeks. **Methods:** 136 patients were diagnosed with ischemic stroke at Neurology Department of Bach Mai Hospital from January 2017 to October 2017. Analytical –the descriptive research. **Results:** The results showed that cerebral infarction was more common in men over age 50 years old, with an average Glasgow score of 14.1. 26.5% were basilar arteries, 73.5% were carotid arteries. 30.2% of patients had ASPECTS and pc-ASPECTS scores <8 points. There were 10 clinical and subclinical factors related to survival outcome of patients, of which only Glasgow points <13 points and ASPECTS/pc - ASPECTS points <8 points; was significantly independent predictors of the outcome of ischemic stroke patients. **Conclusions:** The clinical and subclinical characteristics of cerebral infarction patients were various. However, there are two factors: Glasgow scores <13 points, ASPECTS score and pc - ASPECTS

*Bệnh viện Bạch Mai

**Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

Chịu trách nhiệm chính:

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2018

Ngày duyệt bài: 5.3.2018

score <8 points; was significantly independent predictors of mortality in ischemic stroke patients.

Key words: Ischemic stroke, prognostic factors of cerebral vascular infarction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch não đã, đang và sẽ là vấn đề thời sự của y học hiện đại vì số người mắc lớn, chi phí điều trị, chăm sóc hết sức tốn kém, làm giảm chất lượng cuộc sống và gây nên tỷ lệ tàn tật, tử vong cao. Nhồi máu não là thể hay gặp nhất trong tai biến mạch não, chiếm 85%. Vì vậy, số bệnh nhân tử vong do nhồi máu não cũng khá lớn. Hiểu biết về các yếu tố có liên quan đến kết cục lâm sàng có thể dẫn đến các biện pháp can thiệp hiệu quả hơn để giảm tỷ lệ tử vong và cải thiện tình trạng chức năng ở những bệnh nhân bị nhồi máu não.

Hiện nay đã có nhiều nghiên cứu về các yếu tố tiên lượng tử vong do tai biến mạch não nói chung và chảy máu não nói riêng. Tuy nhiên các nghiên cứu về các yếu tố tiên lượng tử vong do nhồi máu não còn hạn chế. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong trên bệnh nhân nhồi máu não trong bốn tuần đầu".

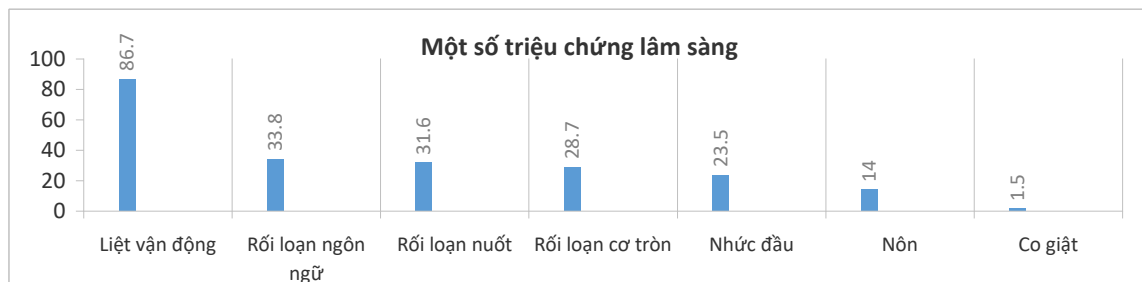
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

a. Đối tượng nghiên cứu

❖ **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bao gồm các bệnh nhân độ tuổi từ 18 trở lên được chẩn đoán nhồi máu não trong vòng 72 giờ từ khi khởi phát bệnh, điều trị nội trú tại Khoa Thần Kinh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 08 năm 2017. Có đầy đủ tiêu chuẩn về lâm sàng và kết quả chẩn đoán hình ảnh.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Nhồi máu não có liên quan đến bệnh lý khác: chấn thương sọ não, viêm não-màng não, u não...

3. Một số triệu chứng lâm sàng



Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân liệt vận động chiếm, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn ngôn ngữ, rối loạn nuốt, rối loạn cơ tròn, nhức đầu và nôn lần lượt là 86,3%; 31,6%; 28,3%; 23,5% và 14%. Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não có co giật chỉ chiếm 1,5%.

Nhồi máu não kèm theo các bệnh lý nặng thúc đẩy bệnh nhân tới tử vong: Ung thư giai đoạn cuối, suy thận mạn giai đoạn cuối, xơ gan... Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

b. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** tính theo công thức:

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

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu

- p: là tỷ lệ bệnh nhân có kết cục tử vong nghiên cứu trước đó. Ở đây chúng tôi lấy tỷ lệ kết cục xấu theo Phan Văn Mừng và Lê Tự Phương Thảo năm 2009 là 15,5%

- α: là ước tính trong nghiên cứu = 0,05 ứng với độ tin cậy là 95%

- $Z_{1-\alpha/2}$: là hệ số tin cậy = 1,96 (ứng với α = 0,05); ε = 0,4

- Thay vào công thức ta có n=130 bệnh nhân.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤ 40 tuổi	6	4,4
41-50	7	5,1
51-60	33	24,3
61-70	46	33,8
≥ 70	44	32,4

Nhận xét: Thường gặp ở bệnh nhân trên 50 tuổi (90,5%). Tuổi trung bình là 64,8. Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 30 và bệnh nhân cao tuổi nhất là 95 tuổi.

2. Phân bố theo giới

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nam	84	61,8
Nữ	52	38,2

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ = 1,615

4. Rối loạn ý thức

Điểm hôn mê Glasgow	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≥13 điểm	121	88,97
8 – 12 điểm	13	9,56
< 8 điểm	2	1,47

Nhận xét: Tình trạng ý thức bệnh nhân nhồi máu não lúc nhập viện là khá tốt với tỷ lệ bệnh nhân có điểm hôn mê Glasgow lúc vào viện ≥ 13 điểm là 88,97%. Điểm hôn mê Glasgow trung bình của bệnh nhân nhồi máu não lúc nhập viện là: 14,1. Thấp nhất là 5 điểm.

5. Vị trí và kích thước tổn thương nhồi máu não

Vị trí	Hệ động mạch cảnh		Hệ động mạch sống- nền	
	Điểm Aspect ≥8	Điểm Aspect < 8	Điểm pcAspect ≥8	Điểm pcAspect < 8
Số bệnh	70	30	25	11

nhân				
Tỷ lệ%	51,4	22,1	18,4	8,1

Nhận xét: Bệnh nhân nhồi máu hệ động mạch cảnh chiếm 73,5% trong đó tỷ lệ bệnh nhân có điểm ASPECT 8 đến 10 chiếm 51,4%. Bệnh nhân nhồi máu não hệ sống-nền chiếm 26,5% trong đó tỷ lệ bệnh nhân có điểm pcASPECT < 8 chiếm 8,1%.

6. Một số đặc điểm cận lâm sàng khác và tỷ lệ viêm phổi.

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Lệch đường giữa	18	13,2
Rối loạn lipid máu	97	71,3
Tăng bạch cầu máu	60	44,1
Viêm phổi	34	25

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có lệch đường giữa trên phim chụp chiếm 13,2%, số bệnh nhân có rối loạn lipid chiếm 71,3%, tăng bạch cầu máu 44,1%, viêm phổi chiếm 25%.

7. Phân tích hồi quy đơn biến tìm ra các yếu tố có liên quan tới kết cục sống còn của bệnh nhân nhồi máu não.

Các yếu tố	Tỷ suất chênh OR	Khoảng tin cậy 95% CI	Giá trị p
Y thức	49,778	11,842-209,232	0,001
Liệt vận động	3,469	0,436-27,586	0,306
Rối loạn nuốt	80,000	10,2-627,481	0,001
Rối loạn cơ tròn	26,857	7,242-99,589	0,002
Rối loạn ngôn ngữ	68,462	8,766-534,652	0,002
Nhức đầu	7,381	0,95-57,344	0,026
Cơ giật	1,105	0,962-1,27	0,286
Nôn	5,818	1,98-17,097	0,002
Vị trí nhồi máu não	1,912	0,719-5,086	0,191
Điểm ASPECT và pc-ASPECT	89,524	11,372-704,743	0,001
Lệch đường giữa	12,159	3,976-37,184	0,001
Rối loạn lipid máu	0,600	0,227-1,586	0,305
Tăng bạch cầu máu	10,429	2,900-37,502	0,002
Viêm phổi	0,113	0,068-0,189	0,002

Nhận xét: Dựa vào phân tích hồi quy đơn biến ta thấy các yếu tố: Rối loạn ý thức, rối loạn nuốt, rối loạn cơ tròn, rối loạn ngôn ngữ, đau đầu, nôn, điểm ASPECTS và pc-ASPECTS, di lệch đường giữa trên phim chụp và tăng bạch cầu trong máu, viêm phổi là các yếu tố có liên quan đến kết cục sống còn của bệnh nhân nhồi máu não.

8. Phân tích hồi quy đa biến logistic

Các yếu tố	Tỷ suất chênh OR	Khoảng tin cậy 95% CI	Giá trị P
Rối loạn ý thức với hôn mê Glasgow < 13 điểm	14,484	0,422-497,229	0,013
Rối loạn nuốt	1,651	0,75-36,11	0,75
Rối loạn ngôn ngữ	0,49	0,013-18,011	0,698
Rối loạn cơ tròn	1,574	0,113-21,825	0,735
Nhức đầu	1,726	0,221-23,442	0,997
Nôn	1,136	0,073-17,708	0,928
Điểm ASPECTS và pc- ASPECTS < 8	4,027	0,42-497,229	0,013
Lệch đường giữa	4,027	0,40 -40,406	0,236
Tăng bạch cầu máu	0,342	0,013-8,921	0,519
Viêm phổi	1,236	0,098-18,476	0,995

Nhận xét: Đưa các yếu tố có liên quan tới kết cục của bệnh nhân nhồi máu não (dựa theo kết quả phân tích đơn biến) vào phân tích đa biến chúng tôi tìm thấy hai yếu tố có ý nghĩa tiên lượng kết cục tử vong độc lập là yếu tố rối loạn ý thức với điểm Glasgow dưới 13 điểm và yếu tố điểm ASPECTS và pc-ASPECTS dưới 8 điểm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 136 bệnh nhân nhồi máu não chúng tôi thấy tuổi trung bình là 64,8, lứa tuổi hay gặp nhất là trên 50 tuổi chiếm 90,5%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác; theo Suk Y.Kang tuổi trung bình là 65,1 [1]. Tai biến mạch não nói chung và nhồi máu não nói riêng có thể gặp ở mọi lứa tuổi và “tuổi càng cao thì tỷ lệ tai biến càng nhiều”. Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1,6. Theo Suk Y.Kang là 1,3 [1]. Nhìn chung nam giới có xu hướng mắc cao hơn nữ giới, có thể do tần suất các yếu tố nguy cơ như: Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, uống rượu... xuất hiện ở nam cao hơn nữ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, liệt vận động phổ biến nhất trong số các triệu chứng lâm sàng chiếm 86,7%. Rối loạn ý thức là triệu chứng rất quan trọng, với điểm Glasgow trung bình là khá cao 14,1.

Trong số 136 bệnh nhân nhồi máu não có 100 trường hợp nhồi máu não thuộc hệ động mạch cảnh (73,5%) và 36 trường hợp nhồi máu não thuộc hệ sống-nền (26,5%). Trong số đó những bệnh nhân có điểm ASPECT dưới 8 và pcASPECT dưới 8 lần lượt là 22,1% và 8,1%. Kết quả trên gần với nghiên cứu của Nguyễn Duy Trinh là 63,6% bệnh nhân có ASPECTS ≥ 7 , 72,7% bệnh nhân nhồi máu hệ sống nền có điểm pc-ASPECT > 7 [6].

Phân tích hồi quy đơn biến về mối liên quan giữa một số triệu chứng trên với kết cục sống còn của bệnh nhân nhồi máu não, chúng tôi tìm thấy khá nhiều yếu tố có ý nghĩa tiên lượng đó là: Rối loạn ý thức, rối loạn nuốt, rối loạn cơ tròn, rối loạn ngôn ngữ, nhức đầu, nôn, điểm ASPECTS và pc-ASPECTS, di lệch đường giữa trên phim chụp và tăng bạch cầu trong máu, viêm phổi. Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Lý Ngọc Tú Châu, Nam Huân và Vũ Anh Nhị cũng chỉ ra rằng: nghiện rượu, điểm Glasgow, huyết áp, tăng thân nhiệt, rối loạn nhịp thở, liệt nửa người hoàn toàn, rối loạn cơ vòng, giãn đồng tử, co giật, rối loạn phản xạ nuốt, mất phản xạ ánh sáng là những yếu tố có liên quan tới kết cục của bệnh nhân [2][3].

Đưa 10 yếu tố này vào phân tích hồi quy đa biến, kết quả thu được hai yếu tố: điểm Glasgow dưới 13 điểm, điểm ASPECTS và pc – ASPECTS

dưới 8 điểm là những yếu tố tiên lượng độc lập kết cục tử vong của bệnh nhân nhồi máu não (với $p < 0,05$). Nghiên cứu của Bhatia ghi nhận điểm Glasgow trung bình trong nhóm có kết cục xấu và tốt lần lượt là 6 và 13 điểm, khác biệt có ý nghĩa (với $p < 0,001$) [7]. Vemmos cũng ghi nhận điểm Glasgow có liên quan đến kết cục sống còn trong phân tích đơn biến và đa biến [4]. Tương tự theo nghiên cứu của Châu Nam Huân thì điểm Glasgow có ý nghĩa tiên lượng độc lập kết cục của bệnh nhân nhồi máu não [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Thắng đánh giá hình ảnh tổn thương não dựa vào thang điểm ASPECTS ghi nhận nguy cơ tử vong tăng khoảng 4% với mỗi điểm ASPECTS giảm đi [5]. Theo Nguyễn Duy Trinh 100% bệnh nhân có ASPECTS < 5 điểm đều có tiên lượng lâm sàng xấu [6].

V. KẾT LUẬN

Nhồi máu não gặp chủ yếu ở người trên 50 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ, điểm hôn mê Glasgow trung bình 14,1. Liệt vận động là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất. Số bệnh nhân nhồi máu não thuộc vùng cấp máu của hệ động mạch cảnh trong cao hơn nhiều so với bệnh nhân nhồi máu não thuộc vùng cấp máu hệ động mạch sống-nền, tỷ lệ đó xấp xỉ 2/1. Sử dụng thang điểm ASPECTS và pc-ASPECTS để đánh giá mức độ tổn thương nhồi máu não, cho thấy có 30,2% bệnh nhân có điểm ASPECTS và pc-ASPECTS ≤ 7 điểm, 69,8% bệnh nhân có điểm ASPECTS và pc-ASPECTS > 7 điểm. Số bệnh nhân nhồi máu não có gây hiệu ứng khối di lệch đường giữa chiếm tỷ lệ 13,2%. Có mười yếu tố là: Rối loạn ý thức, rối loạn nuốt, rối loạn cơ tròn, rối loạn ngôn ngữ, nhức đầu, nôn, điểm ASPECTS và pc-ASPECTS, di lệch đường giữa trên phim chụp não và tăng bạch cầu trong máu, viêm phổi liên quan tới kết cục sống còn của bệnh nhân nhồi máu não. Tuy nhiên chỉ có hai yếu tố: điểm hôn mê Glasgow dưới 13 điểm, điểm ASPECTS và pc – ASPECTS dưới 8 điểm là có ý nghĩa tiên lượng độc lập kết cục tử vong của bệnh nhân nhồi máu não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kang S Y, Jong S. (2008), Anterior cerebral artery infarction :Stroke mechanism and clinical-imaging study in 100 patients, Neurology 70, 2386- 2393

2. **Châu Nam Huân (2010).** Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong trên bệnh nhân tai biến mạch máu não tại Bệnh viện đa khoa Long An, Luận văn Thạc Sĩ Y học, Đại Học Y Dược TPHCM.
3. **Lý Ngọc Tú (2009).** Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ gây tử vong trên bệnh nhân đột quỵ não cấp trong 14 ngày đầu. Luận văn Thạc sĩ Y học, ĐHYD TP.HCM.
4. **Vemmos K.N , et al (2000).**“ Pronogsis of stroke in the south of Greece:1 year mortality , functional outcome and its determinants”. J Neurol Neurosurg Psychiatry,69, pp. 595-600
5. **Nguyễn Bá Thắng (2015),** “Khảo sát các yếu tố tiên lượng của nhồi máu não do tắc động mạch cảnh trong”, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh
6. **Nguyễn Duy Trinh(2015),** “Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ 1,5 Tesla trong chẩn đoán và tiên lượng nhồi máu não giai đoạn cấp tính”, Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
7. **Bhatia R.S , et al (2004).**“ Predictive Value of routine hematological biochemical parameter on 30-day fatality in acute stroke”. Neurol India,52, pp.220-223.

SỬ DỤNG LASER QUANG ĐỘNG ĐIỀU TRỊ TÂN MẠCH DƯỚI VỔNG MẠC TRONG BỆNH THOÁI HÓA HOÀNG ĐIỂM TUỔI GIÀ

Bùi Thị Vân Anh*, Nguyễn Thị Thu Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả của laser quang động lên tân mạch dưới hoàng điểm cũng như các biến chứng của phương pháp điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả được thực hiện trên những mắt thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể ướt. Bệnh nhân được tiêm Visudyne theo đường tĩnh mạch và thuốc được kích hoạt bởi Laser Diode 690nm tại CHIC Tarbes, cộng hòa Pháp. **Kết quả:** kết quả theo dõi sau 1 năm thu được trên 44 mắt của 44 bệnh nhân. Trong quá trình theo dõi 1 năm, chúng tôi đã thực hiện 162 lượt laser cho 44 bệnh nhân, trung bình 3,7 lượt. Thời gian trung bình từ khi bắt đầu điều trị tới khi hết tân mạch là 11 tuần (3- 21tuần); khoảng cách giữa 2 lượt laser trung bình là 6,5 tuần (từ 3 – 7 tuần). Đa số các trường hợp cần laser nhiều lần mới triệt tiêu được tân mạch dưới võng mạc (39/44 mắt 88,6%), đặc biệt là các trường hợp tân mạch dạng che lấp (6/6 trường hợp phải laser trên 6 lần trong 1 năm). Mắt có kích thước tổn thương nhỏ có biểu hiện tăng kích thước tổn thương 58% sau điều trị, mắt có kích thước tổn thương lớn có biểu hiện giảm thị lực nhiều sau điều trị. Biến chứng có thể gặp trong điều trị là: sưng phồng tại vùng tiêm, đau và chóng mặt. Biến chứng tại mắt có thể gây giảm thị lực thoáng qua và xuất huyết võng mạc. **Kết luận:** Laser quang động là phương pháp có hiệu quả trong điều trị tân mạch dưới võng mạc vùng hoàng điểm, nhất là những trường hợp có tân mạch dạng cổ điển. Điều trị bằng laser quang động giúp bảo tồn một phần thị lực cho bệnh nhân có thị lực thấp.

Từ khóa: laser quang động, Visudyne, thoái hóa hoàng điểm tuổi già, tân mạch võng mạc

SUMMARY

ONE YEAR - RESULTS OF PHOTODYNAMIC THERAPY IN AGE RELATED MACULAR DEGENERATION

Objective: To evaluate the effect of photodynamic therapy on subretinal neovascular as well as complications of treatment. **Subjects and methods:** descriptive study were performed on wet macular degenerative eyes at CHIC Tarbes, France. Patients were injected intravenously with Visudyne and eyes were exposed with 690nm laser diode in 80s. **Results:** One year follow-up was achieved in 44 eyes of 44 patients. During the follow-up one year, we performed 162 laser surge ries for 44 patients (average of 3.7). The median

duration of treatment was 11 weeks (3 to 21 weeks); The interval between two laser were 6.5 weeks (from 3 to 7 weeks). The majority of cases required multiple lasers sessions to suppress the neovascular sub retina (39/44 eyes 88.6%), especially cases of occlusion neovascular (6/6 cases requiring laser over 6 times in a year). Small size lesions exhibited an increase in lesion size of 58% post-treatment, large lesions exhibiting marked reduction in vision after treatment. Complications that may occur in treatment are: swelling at injection site, pain and dizziness, retinal hemorrhage. **Conclusion:** Photodynamic lasers are effective in the treatment of sub foveal neovascular, especially in cases of classic vascularis. Photodynamic laser therapy helps preserve visual acuity of patients with low vision.

Key words: laser photodynamic, Visudyne, age related macular degeneration, sub foveal neovascular

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa hoàng điểm tuổi già (THHĐTG) là nguyên nhân gây tổn hại thị lực trầm trọng ở người lớn tuổi. THHĐTG được chia làm 2 thể bệnh: thể thoái hóa khô (đặc trưng bằng biến đổi của lớp biểu mô sắc tố võng mạc) và thể ướt (đặc trưng bằng sự xuất hiện các tân mạch dưới vùng hoàng điểm), trong đó thể ướt chiếm khoảng 90% các trường hợp. Sự xuất hiện tân mạch dưới vùng hoàng điểm gây ra các biểu hiện giảm thị lực trầm trọng, biến dạng hình và có thể có các biến chứng thực thể như xuất huyết võng mạc, xuất huyết dịch kính, tăng sinh dịch kính võng mạc,... Tiêu diệt được các tân mạch dưới võng mạc và gây tổn thương tối thiểu cho các tổ chức lân cận là tiêu chí mà các phương pháp điều trị đang hướng tới.

Laser quang động (PDT) là phương pháp sử dụng năng lượng laser kích hoạt các phân tử Visudyne bám trên bề mặt tế bào nội mô của tân mạch gây phá hủy các tế bào này dẫn đến triệt tiêu được tân mạch. Quá trình điều trị Laser PDT được thực hiện thành 2 giai đoạn:

1.Đưa hóa chất không độc Visudyne (Veteporfine được bọc trong vỏ Liposomes giúp hòa tan trong máu) vào cơ thể qua đường tĩnh mạch. Hóa chất này thời gian bán hủy từ 4-6 giờ, đào thải khỏi cơ thể sau 24 giờ. Thuốc có ái tính với Lipoprotein đặc biệt là các lipoprotein có trọng lượng phân tử nhẹ (LDL). Trong khi đó bề mặt tế bào nội mô tân mạch (thành của các mạch máu không hoàn chỉnh) có rất nhiều thụ

*Bệnh viện Mắt Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Vân Anh
Email: buivananh@yahoo.com
Ngày nhận bài: 3.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018
Ngày duyệt bài: 9.3.2018

thể cho các LDL bám vào. Chính vì thế, thuốc có ái tính chọn lọc tại nội mô các tân mạch. Mặt khác, thuốc có phổ hấp phụ ánh sáng trong khoảng 680-695nm, phổ này tương ứng với phổ tác dụng của laser Diode không gây nhiệt, nhờ đó tác dụng phá hủy do nhiệt năng ở các bộ phận lân cận rất hạn chế. Hơn nữa với phổ ánh sáng tương ứng bước sóng ánh sáng đỏ, laser có thể đi tới tác dụng ở các lớp sâu dưới lớp biểu mô sắc tố và xuyên qua được lớp máu, dịch loăng. Phổ tác dụng của thuốc không trùng với bất cứ mô tự nhiên lân cận nào, nhờ đó dưới tác dụng của laser, hầu như chỉ có thuốc bị kích hoạt.

2. Kích hoạt hóa chất bằng laser: Visudyne trong cơ thể bị kích hoạt bởi Laser Diode 690nm sẽ nhanh chóng biến đổi để trở về trạng thái ban đầu và giải phóng ra năng lượng. Năng lượng này tác dụng vào các phân tử cạnh đó giải phóng ra các gốc oxy tự do và các gốc tự do khác. Các gốc này có tác dụng gây độc hại cho tế bào, đặc biệt các tế bào nội mô tân mạch (nơi tập trung nhiều hóa chất nhất). Các tế bào nội mô bị tương phản, thoái hóa gây dính kết tiểu cầu trong lòng mạch và cuối cùng dẫn đến tắc các tân mạch.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trong thời gian 1 năm nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả của laser quang động lên tân mạch dưới hoàng điểm cũng như các biến chứng của phương pháp điều trị.[1][2]

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng là những mắt bị thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể ướt (có tân mạch dưới hoàng điểm) đến khám trong khoảng thời gian 2001 -2002 tại bệnh viện CHIC de Tarbes, cộng hòa Pháp.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả phương pháp điều trị. Bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu được khám lâm sàng, khám toàn thân và chụp mạch huỳnh quang để đánh giá tình trạng tổn thương đáy mắt trước điều trị

Phương tiện điều trị: Laser bước sóng 690nm, chùm tia chiếu liên tục, kính 3 mặt gương, bơm tiêm tĩnh mạch chậm, thuốc Visudyne (Verteporfine) 15mg pha nồng độ 2mg/ml, kính bảo vệ mắt sau điều trị

Liều trình điều trị: Tiêm Visudyne tĩnh mạch liều 6mg/m² bề mặt cơ thể. Thời gian tiêm 10 phút, tốc độ 3ml/phút. Chiếu Laser: liều 600mW/cm² bề mặt, thời gian chiếu 83s, cường độ 50J/cm², đường kính vết đốt bằng đường kính lớn nhất của tổn thương cộng thêm 1000μ, không vượt quá 5500μ, điều trị qua một tổn thương 500μ và cách bờ gai thị ít nhất 200μ. Sau Laser bệnh nhân sử dụng kính bảo vệ tránh ánh

sáng trong vòng 48h

Các biến đổi về thị lực, kích thước tổn thương, được thu thập và phân tích sau 1 năm điều trị

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung trước điều trị: Chúng tôi thực hiện laser quang động trên 85 bệnh nhân (66 nữ; 29 nam) gồm 105 mắt bị thoái hóa hoàng điểm tuổi già có biến chứng tân mạch dưới võng mạc vùng hoàng điểm. Bệnh nhân có tuổi trung bình 77,5. Trong số 105 mắt nghiên cứu có 63 mắt xuất hiện biến chứng tân mạch ngay ở mắt thứ nhất bị bệnh, 27 mắt xuất hiện trên mắt thứ 2 bị bệnh và 5 bệnh nhân có biểu hiện tân mạch trên cả hai mắt.

Đặc điểm trên chụp mạch huỳnh quang cho thấy 86 mắt có biểu hiện tân mạch dạng cổ điển chiếm 81,9%. 19 mắt còn lại tân mạch ở dạng che lấp (dưới lớp biểu mô sắc tố võng mạc) mặc dù vẫn có vài điểm tân mạch được bộ lộ ở dạng cổ điển. Chúng tôi tiến hành chụp mạch ICG để đánh giá chính xác tổn thương cũng như các tổn thương phối hợp và nhận thấy: 5 mắt có kết hợp bong biểu mô sắc tố, 8 mắt tân mạch che lấp được kết lại thành màng, 3 mắt có phát hiện điểm rò mạch và 3 mắt tạo màng sáng thuốc làm tắt không rõ ranh giới. Liên kết các tế bào biểu mô sắc tố võng mạc quá chặt khiến tân mạch không thể xuyên qua cũng như không làm bong được lớp tế bào này khỏi màng Bruch có thể là nguyên nhân khiến sự hình thành tân mạch dạng màng chiếm tới 7,6% trường hợp. % mắt trong nhóm nghiên cứu có biến chứng xuất huyết trước võng mạc. Các mắt này đều được tiêm thuốc Actilyse kết hợp bơm khí C3F8 giúp tiêu máu trước khi tiến hành laser

Đặc điểm của 44 mắt được theo dõi kết quả sau 1 năm: Chúng tôi theo dõi được 44 mắt của 44 bệnh nhân (12 nam và 32 nữ). Trên chụp mạch huỳnh quang 38 mắt thuộc hình thái tân mạch cổ điển, 5 mắt dạng tân mạch che lấp, 1 mắt có tân mạch dạng hỗn hợp nhưng phần tân mạch cổ điển có kích thước nhỏ (<1500μ) và ưu thế với dạng tân mạch che lấp.

Kết quả điều trị: Trong quá trình theo dõi 1 năm, chúng tôi đã thực hiện 162 lượt laser cho 44 bệnh nhân, trung bình 3,7 lượt. Thời gian trung bình từ khi bắt đầu điều trị tới khi hết tân mạch là 11 tuần (3- 21tuần); khoảng cách giữa 2 lượt laser trung bình là 6,5 tuần (từ 3-7 tuần). Đa số các trường hợp cần laser nhiều lần mới triệt tiêu được tân mạch dưới võng mạc (39/44 mắt 88,6%), đặc biệt là các trường hợp tân mạch dạng che lấp (6/6 trường hợp phải laser trên 6 lần trong 1 năm).

Kích thước tổn thương	Số mắt	Kích thước trung bình trước điều trị	Kích thước tổn thương trung bình sau điều trị	Tiến triển	
				Tăng nhiều nhất	%
<1500 μ	14 (31,8%)	1136 μ	1800 μ	7	58
1500 -3000 μ	24 (54,5%)	2342 μ	2725 μ	1,74	16
>3000 μ	6 (13,7%)	4150 μ	4175 μ	1,1	0,6
Tổng	44	2204 μ	2628 μ	7	19,1

Trước điều trị, đa số trường hợp có tổn thương vùng hoàng điểm có kích thước ở nhóm trung bình từ 1500 -3000 μ (54,5%) có 31,8% trường hợp kích thước tổn thương nhỏ <1500 μ và rất ít mắt có tổn thương rất lớn (13,7%). Trong tổn thương vùng hoàng điểm thường bao gồm tổn thương tân mạch, di thực sắc tố, teo biểu mô sắc tố, xuất huyết trong và trước võng mạc, các đốm hoặc vòng Drusen, các đốm xuất tiết cứng. Các tổn thương thoái hóa hoàng điểm thường phối hợp hình thái ướt (có tân mạch) với hình thái teo, tuy nhiên hình thái tân mạch chiếm ưu thế.

Các mắt có kích thước tổn thương trước điều trị nhỏ <1500 μ có kích thước trung bình là 1136 μ . Sau điều trị laser do tác động gây tổn thương thêm lên lớp tế bào biểu mô sắc tố kết hợp tiến triển thoái hóa của bệnh khiến kích thước tổn thương thường tăng lên. Ở nhóm mắt có kích thước tổn thương nhỏ, sau điều trị 1 năm, kích thước tổn thương trung bình là 1800 μ tăng lên 58% so với trước điều trị. Mặc dù tỷ lệ tăng thêm kích thước tổn thương tương đối cao nhưng so với tổng thể tổn thương thì sự tăng thêm về kích thước tuyệt đối là không đáng kể.

Trường hợp tổn thương thêm nhiều nhất cho thấy kích thước tổn thương có thể lớn rộng gấp 7 lần so với ban đầu. Đây chính là yếu tố nguy cơ mà ta cần cân nhắc kỹ trước khi điều trị laser quá nhiều liệu trình cho bệnh nhân.

Nhóm mắt có kích thước tổn thương ở mức trung bình có đường kính tổn thương trung bình trước điều trị là 2342 μ . Sau điều trị 1 năm, kích thước tổn thương chỉ tăng 16% và có trung bình 2725 μ . Ở nhóm này tổn thương rộng thêm không nhiều, lớn nhất là gấp 1,74 lần so với trước điều trị. Do nhóm này chiếm rõ lượng mắt tương đối nhiều nên chúng tôi nhận thấy kích thước tổn thương trung bình trước và sau điều trị của toàn bộ nhóm nghiên cứu có giá trị tương tự với giá trị ghi nhận được của nhóm bệnh nhân này.

Các mắt có kích thước tổn thương lớn hầu như không thay đổi về kích thước sau điều trị, đường kính tổn thương trung bình từ 4150 μ trước điều trị tăng 0,6% thành 4175 μ . Có thể kích thước tổn thương gần như toàn bộ khiến cho tổn thương không thể rộng thêm là nguyên nhân chính của đặc điểm này.

Kích thước tổn thương	Số mắt	Thị lực Trung bình trước điều trị (log MAR)	Thị lực sau điều trị (log MAR)			
			Trung bình	Tăng	Giữ nguyên	Giảm
<1500 μ	14(31,8%)	0,56 (0,6 - 0,5)	0,7	1 (tăng 20 chữ)	6	7 (Giảm 7,8 chữ)
1500 -3000 μ	24(54,5%)	0,85 (0,9 - 0,8)	0,99	2 (tăng 10 chữ)	7	15 (giảm 7 chữ)
>3000 μ	6 (13,7%)	0,8 (0,9 - 0,7)	1,06	0	0	6 (Giảm 13 chữ)

Vị trí tổn thương võng mạc trung tâm khiến cho chức năng của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thường rất thấp. Trung bình thị lực của nhóm tổn thương nhỏ trong khoảng 0,6 -05 (khoảng 20/100 - 20/80) và trong nhóm kích thước tổn thương lớn là 0,9 -0,8 (khoảng 20/200 - 20/100). Trước đây tình trạng thị lực thấp này sẽ ngày càng trầm trọng do bệnh nhân không được điều trị, tân mạch phát triển. Gần đây, các phương pháp laser đã hạn chế được phần nào các biến chứng do tân mạch giúp cho tình trạng giảm thị lực do thoái hóa hoàng điểm tuổi già thể ướt được hạn chế rất nhiều.

Vị trí tổn thương võng mạc trung tâm trong bệnh thoái hóa hoàng điểm tuổi già thường không mất đi. Việc điều trị chỉ cố gắng tổn thương lan rộng thêm và gây thêm biến chứng.

Chính vì vậy, đa số các trường hợp bệnh thoái hóa hoàng điểm tuổi già khi được điều trị có thị lực giữ nguyên hoặc giảm. Chỉ có rất ít trường hợp thị lực tăng lên do các biểu hiện của biến chứng được điều trị giảm như tiêu máu trước võng mạc, giảm bớt xuất tiết, hoặc tiêu bớt nhánh tân mạch che phía trước võng mạc. Những trường hợp này thường có thị lực tăng rất nhiều so với trước điều trị. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ gặp 3 trường hợp có thị lực tăng sau điều trị (20 chữ và 10 chữ). Các trường hợp này đều có biến chứng xuất huyết dạng tổ chim trước võng mạc. sau khi được tiêm Actilyse kết hợp bơm khí C3F8, xuất huyết trước võng mạc tiêu đi giúp vùng võng mạc trung tâm được giải phóng giúp tăng thị lực. Tình trạng giảm thị lực ở nhóm bệnh nhân có kích thước tổn thương

dưới 1500 μ chiếm 50%, nhóm kích thước tổn thương 1500 -3000 μ chiếm 62,5% và số lượng chữ giảm 7-8 chữ. Biểu hiện này khả quan hơn rất nhiều khi so với tình trạng giảm thị lực ở nhóm kích thước tổn thương lớn (100% giảm thị lực và thị lực giảm nhiều trung bình tới 13 chữ). Như vậy, nếu bệnh nhân được điều trị sớm, khi kích thước tổn thương còn nhỏ thì khả năng duy trì thị lực tốt hơn rất nhiều khi tổn thương đã lan rộng, tỷ lệ mù lòa được cải thiện hơn nếu bệnh nhân được phát hiện và điều trị sớm.

Biến chứng: Biểu hiện sưng phồng tại chỗ khi tiêm thuốc Vysudine vào tĩnh mạch xảy ra trên 3 bệnh nhân. Các bệnh nhân này ngay lập tức được chuyển vị trí lấy ven để tiếp tục tiêm thuốc. Tuy nhiên vùng da bị ngấm thuốc sẽ bị kích ứng với ánh sáng trong khoảng 2-3 ngày, chính vì thế vùng da này cần được che, chắn ánh sáng kỹ càng sau điều trị 2-3 ngày.

Cảm giác đau khi tiêm là dấu hiệu thường gặp nhưng đa số bệnh nhân chịu đựng được để tiếp tục điều trị khi chúng tôi tiêm với tốc độ chậm hơn. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi gặp 3 trường hợp bệnh nhân không thể chịu đựng được đau khi tiêm và phải dừng điều trị (3 bệnh nhân này bị loại khỏi nhóm nghiên cứu). Trên y văn một số trường hợp có biểu hiện dị ứng thuốc gây đau thắt ngực nhưng chúng tôi không gặp phải các biểu hiện này. Cảm giác chóng mặt buồn nôn được phát hiện trên 1 trường hợp, tuy nhiên tình trạng này thoáng qua và hết khi chúng tôi ngừng tiêm và quá trình điều trị được tiếp tục sau 30 phút khi chúng tôi thực hiện tiêm truyền lại với tốc độ chậm hơn.

Giảm thị lực thoáng qua xảy ra trên 3 bệnh nhân sau khi điều trị. Tuy nhiên tình trạng mất thị lực này phục hồi nhanh chóng 1 giờ nằm nghỉ sau điều trị. Biến chứng xuất huyết vùng hoàng điểm là biến chứng khó khăn nhất chúng tôi gặp phải ngay sau điều trị trên 4 bệnh nhân. Tình trạng co kéo mạch máu sau laser có thể là nguyên nhân làm đứt tân mạch võng mạc gây tình trạng xuất huyết trên những bệnh nhân này.

Hiệu ứng Laser quang động: Về mặt chức năng, laser quang động đã bảo tồn được một phần chức năng cho bệnh nhân có thị lực thấp thông qua tác động tiêu bớt tân mạch võng mạc. Về giải phẫu, laser quang động gây xơ hóa, thoái hóa teo và giới hạn sự lan tỏa trên bề mặt của tân mạch, gây tổn thương mức tối thiểu cho võng mạc và biểu mô sắc tố ở lân cận. Laser có thể làm giảm lưu lượng mao mạch hắc mạc một cách thoáng qua nhưng không gây tác động lên những mạch máu lớn. Hiệu ứng xơ mạch gây co kéo làm màng xơ mạch có ranh giới rõ nét, đều

hơn và biểu hiện dạng đường cong lõm. Tuy nhiên tình trạng xơ mạch gây co kéo quá nhiều có thể gây rạn nứt lớp biểu mô sắc tố, xuất huyết gây giảm thị lực. Tình trạng thoái hóa teo sau laser trên những mắt có kết hợp thoái hóa hoàng điểm tuổi già dạng địa đồ có thể gây tình trạng teo biểu mô sắc tố tỏa lan và gây giảm sút thị lực trầm trọng.

Laser quang động trên những mắt có bong biểu mô sắc tố: có 5 mắt có biểu hiện của bong biểu mô sắc tố với tân mạch dưới vùng bong. Việc laser trên những mắt này dường như không có hiệu quả với: 1 ca vùng tân mạch hoàn toàn không thay đổi, 3 ca có biểu hiện vùng bong biểu mô sắc tố và tân mạch giảm nhưng không hết (2 trường hợp sau 3 lần laser, 1 trường hợp sau 4 lần laser), 1 ca có biến chứng xuất huyết dưới võng mạc vùng hoàng điểm gây giảm thị lực trầm trọng. Điều này cho thấy cần hết sức cân nhắc khi tiến hành laser quang động trên những mắt có biểu hiện bong biểu mô sắc tố võng mạc. Nhận định này của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với các tác giả trong nghiên cứu TPA [3][4].

Cho tới nay, việc xử lý tân mạch dưới võng mạc vùng hoàng điểm đã có những bước tiến mới. Các nhà nhãn khoa sử dụng các thuốc antivegf để tiêm giúp thoái triển tân mạch. Tuy nhiên các tác dụng phụ cũng như giá thành khiến cho việc sử dụng antivegf vẫn chưa thực sự phổ biến và chưa hoàn toàn thay thế các phương pháp laser.

V. KẾT LUẬN

Laser quang động là phương pháp có hiệu quả trong điều trị tân mạch dưới võng mạc vùng hoàng điểm, nhất là những trường hợp có tân mạch dạng cổ điển. Điều trị bằng laser quang động giúp bảo tồn một phần thị lực cho bệnh nhân có thị lực thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Desmettre T., Cohen SY, Mordon S.** Therapie photodynamique et DMLA en 2000. J. Fr. Ophthalmol. 2001;24(1): 82-93
2. **Soubrane G.** Therapie dynamique des neovaisseaux choroïdiens. J.Fr.Ophthalmol, 2001: 24(4): 411-3
3. **VIP I. Photodynamic** therapy of subfoveal choroidal neovascularization in age related macular degeneration: two -year results of randomized clinical trial including lesions with occult with no classic choroidal neovascularization- verteporfin in photodynamix therapy report 2. Am.J. Ophthalmol 2001; 131 (5): 541-60
4. **TAP II. Bressler NM.** Photodynamic therapy of subfoveal choroidal neovascularization in age related macular degeneration with verteporfin: two- year results of 2 randomized clinical trials – TAP report 2. Arch. Ophthalmol. 2001; 119(2) 198-207.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG TRÊN TUẦN HOÀN, HÔ HẤP VÀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN KHÁC CỦA GÂY TÊ TỦY SỐNG BẰNG ROPIVACAIN + FENTANYL TRONG MỔ CẮT TỬ CUNG HOÀN TOÀN ĐƯỜNG BỤNG

Nguyễn Đức Lam*, Bùi Thị Bích Ngọc**

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác của gây tê tủy sống bằng ropivacain + fentanyl với gây tê tủy sống bằng bupivacain + fentanyl trong phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường bụng. **Đối tượng, phương pháp:** 100 bệnh nhân bị u xơ tử cung, được phân loại ngẫu nhiên thành hai nhóm: nhóm Ropi (gây tê tủy sống bằng 15 mg ropivacain phối hợp với 30 mcg fentanyl) hoặc nhóm Bupi (gây tê tủy sống bằng 10 mg bupivacain phối hợp với 30 mcg fentanyl) để mổ cắt tử cung đường bụng. Các thông số nghiên cứu được theo dõi liên tục: Tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác. **Kết quả:** 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 Ropi và nhóm Bupi tương ứng là: Chậm nhịp tim 6% so với 18%; tụt huyết áp 6% so với 22%; nôn buồn nôn 8% so với 18%. **Kết luận:** Gây tê tủy sống cho phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường bụng bằng 15 mg ropivacain + 30 mcg fentanyl có tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp tương đương với gây tê tủy sống bằng 10 mg bupivacain + 30 mcg fentanyl, tuy nhiên, ít gặp các tác dụng không mong muốn hơn.

Từ khóa: Tác dụng không mong muốn, gây tê tủy sống, ropivacain, mổ mở cắt tử cung hoàn toàn.

SUMMARY

RESEARCH THE EFFECTS ON CARDIOVASCULAR, ON RESPIRATORY AND OTHER SIDE EFFECTS OF ROPIVACAINE + FENTANYL IN SPINAL ANESTHESIA FOR TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY

Objective: Comparison the effects on cardiovascular, on respiratory and side effects of 15 mg of ropivacaine + 30mcg of fentanyl versus 10mg of bupivacaine + 30mcg of fentanyl in spinal anesthesia for total abdominal hysterectomy.

Subjects and Methods: 100 patients with uterine fibroids, were randomized into two groups: group Ropi (spinal anesthesia with ropivacaine 15mg combination with fentanyl 30 mcg) or group Bupi (anesthesia spinal bupivacaine 10mg + 30mcg fentanyl) for total abdominal hysterectomy. The study parameters were

intraoperative hemodynamic parameters and sides effects. **Results:** There were no differences in heart rate, mean arterial pressure, respiratory frequency, SpO₂ of patients in both study groups at all study time. Other side effects of the Ropi group and the Bupi group was: bradycardia 6% versus 18%, hypotension 6% versus 22%; vomiting, nausea 8% versus 18%. **Conclusion:** Spinal anesthesia for total abdominal hysterectomy with 15 mg of ropivacaine + 30 mcg of fentanyl had the effects on cardiovascular, on respiratory equivalent to spinal anesthesia with 10 mg bupivacaine +30mcg fentanyl, although less side effects.

Key words: Side effects, spinal anesthesia, ropivacaine, total abdominal hysterectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung là bệnh lý lành tính thường gặp ở phụ nữ. Cách điều trị triệt để của bệnh là cắt tử cung hoàn toàn. Có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt tử cung nhưng cắt tử cung đường bụng vẫn là chủ yếu (chiếm 65,2%) [3]. Vô cảm cho phẫu thuật này có thể sử dụng phương pháp gây tê tủy sống. Ropivacain là một thuốc tê mới thuộc nhóm amid, ít độc tính trên tim mạch và thần kinh hơn so với bupivacain [2],[3],[4],[5]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu dùng ropivacain để gây tê tủy sống trong các phẫu thuật phụ khoa, tuy nhiên, ở nước ta chưa có nghiên cứu nào về các tác dụng trên tuần hoàn hô hấp và tác dụng không mong muốn khác của thuốc tê này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *So sánh tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống bằng 15mg ropivacain + 30mcg fentanyl so với 10mg bupivacain + 30mcg fentanyl trong phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường bụng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 100 bệnh nhân bị u xơ tử cung được gây tê tủy sống để mổ cắt tử cung hoàn toàn đường bụng từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2014 tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Các bệnh nhân này được bốc thăm ngẫu nhiên chia làm hai nhóm: nhóm Bupi (bupivacain 10mg + 30mcg fentanyl) và nhóm Ropi (ropivacain 15mg + 30mcg fentanyl). Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân có bệnh lý nội khoa, có các tai biến về phẫu thuật hoặc có chống chỉ định của gây tê tủy sống.

*Trường Đại học y Hà Nội

**Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2018

Ngày duyệt bài: 5.3.2018

2.2. Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có đối chứng.

2.3. Tiến hành: các bệnh nhân đều được truyền dịch 300 - 500ml dung dịch Ringer lactat trước khi gây tê tủy sống ở L2 - L3 bằng kim 27 G, tư thế nằm nghiêng, cong lưng tôm. Ở nhóm Bupi sử dụng 10 mg bupivacain, nhóm Ropi sử

dụng 15mg ropivacain, cả hai nhóm đều phối hợp với 30 mcg fentanyl. Các thông số về huyết động (tần số tim, huyết áp động mạch), hô hấp (tần số thở, SpO₂) và các tác dụng không mong muốn khác được theo dõi liên tục trong suốt cuộc mổ và sau mổ (ở các thời điểm H0- trước mổ đến Hkt - kết thúc nghiên cứu).

III. KẾT QUẢ

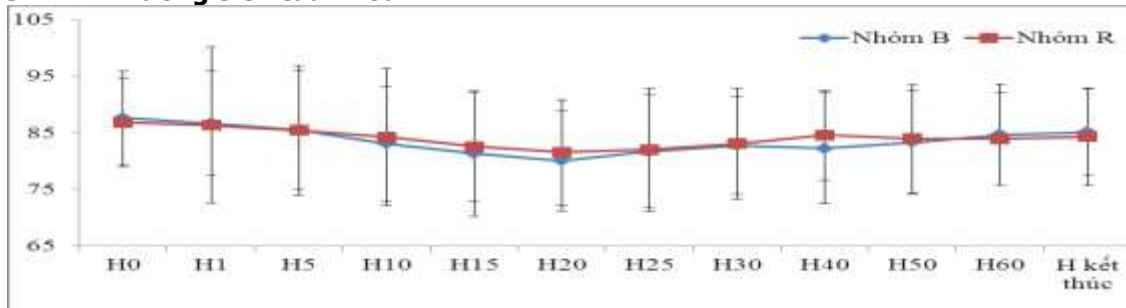
3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân, phẫu thuật và gây mê

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân, đặc điểm phẫu thuật và gây mê

Chỉ số		Nhóm Bupi(n=50)	Nhóm Ropi(n=50)	p
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$	47,4 ± 5,0	47,6 ± 3,8	> 0,05
	Min - Max	34 - 63	36 - 62	
Chiều cao (m)	$\bar{X} \pm SD$	1,55 ± 0,3	1,56 ± 0,5	> 0,05
	Min - Max	1,5 - 1,65	1,45 - 1,67	
Cân nặng (kg)	$\bar{X} \pm SD$	54,5 ± 5,1	52,0 ± 4,6	> 0,05
	Min - Max	43 - 65	44 - 69	
Thời gian phẫu thuật (phút)	$\bar{X} \pm SD$	52,2 ± 8,9	50,1 ± 9,7	> 0,05
	Min - Max	45 - 100	40 - 95	

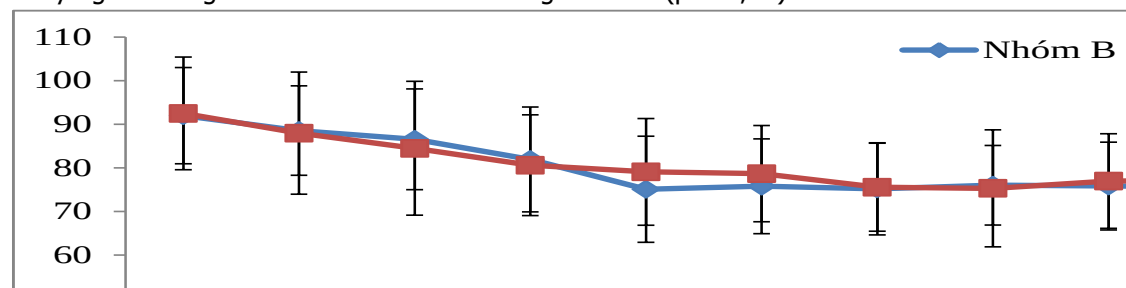
Nhận xét: Không có sự khác biệt về đặc điểm chung và thời gian phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

3.2. Ảnh hưởng trên tuần hoàn



Biểu đồ 3.1. Thay đổi tần số tim trong mổ

Nhận xét: Tần số tim trung bình của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm nghiên cứu ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.2. Huyết áp động mạch trung bình ở hai nhóm

Nhận xét: Huyết áp trung bình giữa hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3. Ảnh hưởng trên hô hấp

Bảng 3.2. Thay đổi tần số thở

Tần số thở (lần/phút)	Nhóm Bupi(n=50)	Nhóm Ropi(n=50)	p
H0	18,2 ± 1,8	18,4 ± 1,8	> 0,05
H1	17,7 ± 1,83	17,3 ± 1,6	> 0,05
H5	17,9 ± 1,9	17,5 ± 2,1	> 0,05

H10	17,7 ± 2,0	16,9 ± 2,2	> 0,05
H15	17,3 ± 2,1	16,8 ± 1,6	> 0,05
H20	17,4 ± 1,6	17,1 ± 1,3	> 0,05
H25	17,5 ± 1,5	16,7 ± 1,4	> 0,05
H30	17,2 ± 1,6	17,0 ± 2,1	> 0,05
H40	17,4 ± 1,4	17,3 ± 1,9	> 0,05
H50	16,9 ± 1,5	17,1 ± 1,7	> 0,05
H60	17,0 ± 1,8	17,9 ± 1,3	> 0,05
H kết thúc	17,1 ± 1,5	17,4 ± 1,2	> 0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tần số thở của các bệnh nhân giữa hai nhóm

***Bảo hòa oxy mao mạch:** Bảo hòa oxy mao mạch (SpO₂) của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại tất cả các thời điểm nghiên cứu ($p > 0,05$). Không có trường hợp nào có SpO₂ < 92%.

3.4. Các tác dụng không mong muốn khác

Bảng 3.3. Các tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Nhóm Bupiv		Nhóm Ropiv		p
	(n = 50)	%	(n = 50)	%	
Giảm huyết áp > 20%	11	22%	3	6%	< 0,05
Giảm nhịp tim > 20%	9	18%	3	6%	< 0,05
Nôn, buồn nôn	9	18%	4	8%	< 0,05
Ngứa	3	6%	3	6%	> 0,05
Rét run	5	10%	4	8%	> 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ giảm huyết áp và nhịp tim > 20%, tỷ lệ nôn, buồn nôn của nhóm Bupiv cao hơn nhóm Ropiv ($p < 0,05$). Tỷ lệ ngứa, rét run của hai nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Ảnh hưởng trên tuần hoàn

***Tần số tim:** Trong nghiên cứu của chúng tôi tần số tim của bệnh nhân của hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên ở nhóm Bupiv tần số tim bắt đầu có xu hướng giảm ở phút thứ 15, 20 sau gây tê tủy sống, ở nhóm Ropiv tần số tim giảm muộn hơn ở phút 25, 30. Tỷ lệ giảm tần số tim trên 20% ở nhóm Bupiv là 18% và nhóm Ropiv là 6% thấp hơn so với kết quả của Surjeet Singh (nhóm B là 34,7%, nhóm R là 8,6%) [2]. Có thể do liều thuốc tê của chúng tôi thấp hơn của tác giả này. Tất cả các bệnh nhân có tần số tim giảm đều đáp ứng tốt với 0,5mg atropin tiêm tĩnh mạch.

***Huyết áp động mạch:** Tác động chủ yếu của các thuốc gây tê tủy sống lên huyết áp động mạch là do ức chế hệ thần kinh giao cảm, gây giãn mạch máu ngoại vi, giảm lượng máu tĩnh mạch trở về và gây tụt huyết áp. Mức độ ức chế dẫn truyền thần kinh càng cao, tụt huyết áp càng nặng và khi mức ức chế thần kinh vượt trên mức T₄, tụt huyết áp thường kèm theo chậm nhịp tim, ức chế dẫn truyền trong tim. Đặc biệt, gây tê tủy sống bằng bupivacain các rối loạn dẫn truyền, tụt huyết áp thường hay xảy ra hơn, khó điều trị hơn do thời gian tác dụng kéo dài. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu chứng minh ropivacain là thuốc tê yếu hơn bupivacain, ít gây

độc tính trên thần kinh và tim mạch hơn bupivacain. Ropivacain có ít tác dụng phụ lên sự co thắt của cơ tim hơn levobupivacain và bupivacain. Ropivacain ít kéo dài phức hợp QRS hơn so với bupivacain và sự thay đổi xảy ra ở liều cao hơn nhiều so với bupivacain. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tụt huyết áp động mạch trên 20% ở nhóm Bupiv là 22% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Ropiv (6%) ($p > 0,05$). Kết quả của chúng tôi nhỏ hơn của Surjeet Singh (nhóm Bupiv là 60,8%, nhóm Ropiv là 26%), nhưng tương đương với các tác giả khác [1],[2]. Ở nhóm Bupiv thời gian tụt huyết áp thường xảy ra ở phút 15, 20, 25 sau gây tê tủy sống. Ở nhóm Ropiv thời gian tụt huyết áp thường xảy ra vào thời điểm 25, 30 phút sau gây tê tủy sống (muộn hơn so với nhóm Bupiv.)

4.2. Ảnh hưởng trên hô hấp

***Tần số thở:** Gây tê tủy sống ít khi gây ảnh hưởng tới chức năng hô hấp của người bệnh, ức chế hô hấp chỉ xảy ra khi ức chế thần kinh vượt trên mức tủy cổ khi đó mới gây ức chế vận động của cơ hoành (chi phối bởi các nhánh thần kinh C₃ – C₅) và các cơ liên sườn. Ngoài ra, khi sử dụng các thuốc họ morphin kết hợp với thuốc tê trong gây tê tủy sống cũng có thể gây ra ức chế hô hấp do ức chế trung tâm hô hấp ở hành tủy [3], [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ sử dụng 30mcg fentanyl kết hợp với thuốc tê nên không gặp bệnh nhân nào bị suy hô hấp.

***Bảo hòa oxy mao mạch:** Độ bảo hòa oxy của hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt về độ bảo hòa oxy giữa các thời điểm trước và sau gây tê tủy sống trong cùng một nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Như vậy, cả hai loại thuốc tê sử dụng đều không gây ảnh hưởng nhiều trên hô hấp của bệnh nhân.

4.3. Các tác dụng không mong muốn khác

***Nôn và buồn nôn:** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nôn, buồn nôn của nhóm Bupivacain là 18% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Ropivacain là 8%. Tỷ lệ nôn, buồn nôn của chúng tôi thấp hơn của S. Singh (nhóm Bupivacain dùng liều 12,5 mg bupivacain là 43%, nhóm Ropivacain dùng liều 24 mg ropivacain là 13%) [2]. Có thể do liều thuốc tê của chúng tôi thấp hơn nhiều so với của tác giả trên. Nôn, buồn nôn trong mổ sau khi gây tê tủy sống thường do tụt huyết áp gây thiếu máu não gây kích thích trung tâm nôn ở hành não. Moslem F nghiên cứu trên hai nhóm gây tê tủy sống bằng hai liều bupivacain (6mg và 12 mg): Tỷ lệ nôn, buồn nôn tỷ lệ thuận với liều thuốc tê (13,6% so với 54,5%), nguyên nhân chủ yếu do tụt huyết áp (tỷ lệ tụt huyết áp tương ứng là 27,27% so với 63,64%) [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tụt huyết áp của nhóm Ropivacain là 6% thấp hơn so với nhóm Bupivacain (20%) nên tác dụng phụ nôn, buồn nôn của nhóm Ropivacain cũng thấp.

***Ngứa:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có sử dụng fentanyl nên tỷ lệ ngứa gặp ở nhóm Bupivacain là 6%, nhóm Ropivacain là 6%. Tỷ lệ ngứa của nhóm Bupivacain trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả khác, có thể là do chúng tôi không sử dụng phối hợp morphin trong gây tê tủy sống [6]. Các triệu chứng ngứa chỉ ở mức nhẹ, thoáng qua nên không cần điều trị gì.

***Rét run:** Tỷ lệ rét run của ở nhóm Ropivacain là 8%, nhóm Bupivacain là 10%. Kết quả của chúng tôi cũng không khác biệt với các nghiên cứu khác (6,7%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp các biến chứng nặng như: suy hô hấp, đau đầu, đau lưng, tổn thương thần kinh...

V. KẾT LUẬN

Gây tê tủy sống cho phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn đường bụng bằng 15 mg ropivacain + 30 mcg fentanyl có tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp tương đương với gây tê tủy sống bằng 10 mg bupivacain + 30mcg fentanyl, tuy nhiên, ít gặp các tác dụng không mong muốn hơn (các tác dụng không mong muốn của nhóm Ropivacain và nhóm Bupivacain tương ứng là: Chậm nhịp tim 6% so với 18%; tụt huyết áp 6% so với 22%; nôn buồn nôn 8% so với 18%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Văn Bách (2014)**, So sánh tác dụng của hỗn hợp ropivacain 12 mg, fentanyl 0,025 mg với hỗn hợp ropivacain 10mg, fentanyl 0,025 mg trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai. *Tạp chí y học thực hành số 939*.
2. **Surjeet Singh, V.P. Singh, Manish Jain**, "Intrathecal 0,75% isobaric Ropivacaine versus 05% heavy Bupivacaine for elective cesarean delivery: a randomized controlled trial", *J PAK MED STUD*, volume 2, Issue 2, 2012.
3. **Susan B, McDonald, Spencer S. Liu**, "Hyperbaric spinal Ropivacaine a comparison to Bupivacaine in volunteers", *Anesthesiology* 1999,90,971-7.
4. **Stienstra R**, "The place of Ropivacaine in anesthesia", *Acta Anaesth Belg*, 2003,54, 141-148.
5. **Khaw K.S, Ngan Kee W.D**, "Spinal Ropivacaine for cesarean delivery: a comparison of hyperbaric and plain solutions", *Anesth Analg*. 2002 mar; 94 (3): 680-5.
6. **Khaw K.S, Ngan Kee W.D**, "Spinal Ropivacaine for cesarean section: a dose-finding study", *Anesthesiology*. 2001 Dec; 95(6): 1346-50.

THỰC TRẠNG VÀ NHU CẦU ĐÀO TẠO CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ XÃ VỀ TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE PHÒNG CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TẠI HUYỆN LỤC NAM TỈNH BẮC GIANG

Nguyễn Thị Hiền¹, Lê Đức Cường¹, Nguyễn Hà My¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu này cung cấp thông tin về thực trạng

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiền

Email: hien_nganvn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.12.2018

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2018

Ngày duyệt bài: 2.3.2018

đào tạo và nhu cầu đào tạo truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh không lây nhiễm (KLN) của nhân viên y tế xã. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang tại 27 trạm y tế xã tại huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ cán bộ y tế đã được tham gia đào tạo về truyền thông giáo dục sức khỏe chiếm 32,5% và đào tạo về phòng chống bệnh không lây nhiễm chiếm 18,8%. Khả năng thực hiện công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh không lây nhiễm của nhân viên y tế tại các xã đồng

bằng đạt mức độ tốt và khá (47,5%); tại các xã trung du, miền núi đạt mức độ tốt và khá chiếm tỷ lệ (35,8%). Khả năng đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục sức khỏe trong cộng đồng về phòng bệnh không lây nhiễm còn thấp ở cả vùng đồng bằng (20,0%) và vùng trung du, miền núi (22,8%). Có 83,7% nhân viên y tế ở miền núi, trung du và 78,8% nhân viên y tế ở đồng bằng có nhu cầu đào tạo truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng bệnh không lây nhiễm.

Từ khóa: Truyền thông-Giáo dục sức khỏe; Nhu cầu đào tạo; Bệnh không lây nhiễm (KLN)

SUMMARY

CURRENT STATUS AND TRAINING NEEDS OF COMMUNE HEALTH WORKERS ON HEALTH EDUCATION AND COMMUNICATION FOR NON-COMMUNICABLE DISEASE PREVENTION IN LUC NAM DISTRICT, BAC GIANG PROVINCE

The study aims to provide information on training activities and training needs of health education communication for non-communicable disease (NCD) prevention and control of communal health staff. A cross-sectional study was designed for 27 commune health stations in the Luc Nam district, Bac Giang province. Results showed that: The proportion of health workers trained in non-communicable disease health education was 47,5% and non-communicable disease prevention was 35,8%. The ability to meet the needs of IEC in non-communicable disease prevention is low in both the delta (20.0%) and the midland and mountain areas (22.8%). 83.7% of health workers in mountainous and midland areas and 78.8% of delta health workers have training needs for health education on non-communicable disease prevention.

Keywords: Health Education and Communication; Training needs; Non-communicable disease (NCDs).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) ở nước ta đã được hình thành từ tuyến trung ương đến tuyến cơ sở. TT-GDSK góp phần phổ biến sâu rộng những kiến thức phòng chống bệnh tật nói chung và các bệnh không lây nhiễm nói riêng [6]. Trong bối cảnh hiện nay, chiến lược Quốc gia phòng, chống bệnh các bệnh không lây nhiễm (KLN) giai đoạn 2015-2025 đã được Chính phủ phê duyệt, với mục tiêu nêu rõ "Khống chế tốc độ gia tăng tiến tới làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh tại cộng đồng, hạn chế tàn tật và tử vong sớm do mắc các bệnh KLN, trong đó ưu tiên phòng, chống các bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản nhằm góp phần bảo vệ, chăm sóc, nâng cao sức khỏe của nhân dân và phát triển kinh tế, xã hội của đất nước". [5].

Hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu (chủ yếu là trạm y tế xã/phường) đóng vai trò chính trong thực hiện hoạt động y tế tuyến xã/phường.

Tuyển chăm sóc sức khỏe ban đầu cần được nâng cao năng lực cả về chuyên môn và TT-GDSK để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người dân. Để có cơ sở khoa học và cung cấp những thông tin chính xác cho các nhà hoạch định xây dựng các chương trình hành động về TT-GDSK nói chung và phòng chống bệnh KLN nói riêng chúng tôi thực hiện đề tài "*Thực trạng và nhu cầu đào tạo của nhân viên y tế xã về truyền thông phòng chống bệnh không lây nhiễm tại huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang*" với mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng đào tạo truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh không lây nhiễm của nhân viên y tế xã tại huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang*

2. *Xác định nhu cầu đào tạo của nhân viên y tế xã về truyền thông phòng chống bệnh không lây nhiễm tại địa bàn nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai tại huyện Lục Nam tỉnh Bắc Giang,

- Đối tượng nghiên cứu: Cán bộ, nhân viên y tế của trạm y tế xã/thị trấn.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 8/2016 đến tháng 5/2017

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- *Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:* Chọn chủ đích toàn bộ cán bộ, nhân viên y tế của các trạm y tế xã/thị trấn thuộc huyện Lục Nam, tỉnh Bắc Giang để tiến hành điều tra.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin:

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

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

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng đào tạo truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh không lây nhiễm của nhân viên y tế xã

Bảng 3.1. Tỷ lệ cán bộ được đào tạo về truyền thông giáo dục sức khỏe và phòng chống bệnh không lây nhiễm theo vùng, miền (n=172)

Thực trạng được đào tạo		Đồng bằng (n=80)		Trung du, miền núi (n=92)		p
		SL	%	SL	%	
TT- GDSK	Có	26	32,5	23	25,0	>0,05
	Đào tạo lồng ghép	32	40,0	50	54,3	>0,05
	Không	22	27,5	19	20,7	
PC- BKLN	Có	15	18,8	15	16,3	>0,05
	không	65	81,3	77	83,7	

Bảng 3.1 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$ giữa tỷ lệ cán bộ được đào tạo về TT- GDSK và phòng chống bệnh không lây nhiễm ở 2 khu vực đồng bằng và trung du miền núi.

Bảng 3.2. Nhận xét chung của cán bộ y tế về việc tổ chức các lớp đào tạo trong phòng chống bệnh không lây nhiễm trong 3 năm qua (n=30)

Nhận xét		Số lượng	%
Thời gian đào tạo	Vừa đủ	17	56,7
	Dài	0	-
	Ngắn	13	43,3
Nội dung đào tạo	Thiết thực	26	86,7
	Chưa phù hợp	4	2,3
Khả năng áp dụng trong công việc	Áp dụng được	10	33,3
	Áp dụng được nhưng không hoàn toàn	20	66,7

Bảng 3.2 cho ta thấy trong số những cán bộ y tế đã được đào tạo về phòng bệnh không lây nhiễm thì đa số cho rằng nội dung đào tạo là thiết thực (chiếm 86,7%), thời gian đào tạo vừa đủ (chiếm 56,7%). Tỷ lệ cán bộ y tế áp dụng được nhưng không hoàn toàn trong công việc chiếm tỷ lệ cao (66,7%).

Bảng 3.3. Khả năng thực hiện công tác truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh không lây nhiễm của nhân viên y tế xã hiện tại (n=172)

Khả năng thực hiện TT- GDSK phòng BKLN	Đồng bằng (n=80)		Trung du, miền núi (n=92)		Tổng	p
	SL	%	SL	%		
Tốt	6	7,5	14	15,2	20(11,6)	-
Khá	32	40,0	19	20,7	51(29,7)	>0,05
Trung bình	23	28,8	39	42,4	62(36,0)	>0,05
Chưa đạt yêu cầu	19	23,7	20	21,7	39(22,7)	>0,05

Qua bảng 3.3 cho thấy khả năng thực hiện công tác TT- GDSK phòng chống bệnh KLN của nhân viên y tế tại các xã đồng bằng phần lớn đạt mức độ khá (chiếm 40,0%); tại các xã trung du, miền núi đạt mức độ trung bình là chủ yếu (chiếm 42,4%).

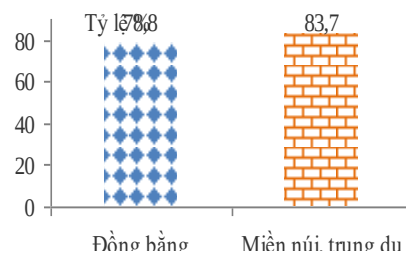
Bảng 3.4. Nhận xét của cán bộ y tế về việc đáp ứng nhu cầu truyền thông của cộng đồng trong phòng chống bệnh không lây nhiễm (n=172)

Nội dung	Đồng bằng (n=80)		Trung du, miền núi (n=92)		p
	SL	%	SL	%	
Đáp ứng	16	20,0	21	22,8	>0,05
Chưa đáp ứng	64	80,0	72	77,2	

Bảng 3.4 cho thấy khả năng đáp ứng nhu cầu truyền thông trong cộng đồng phòng chống bệnh KLN đang còn thấp ở cả vùng đồng bằng (chiếm 20,0%), vùng trung du, miền núi (chiếm 22,8%) và không có sự khác biệt giữa các vùng

về vị trí địa lý với $p>0,05$.

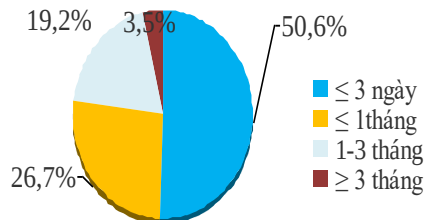
3.2. Nhu cầu đào tạo truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh không lây nhiễm của nhân viên y tế xã



Biểu đồ 3.1 Nhu cầu đào tạo liên tục về truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống

bệnh không lây nhiễm của nhân viên y tế

Qua biểu đồ 3.1 cho thấy có (83,7%) nhân viên y tế ở miền núi, trung du và (78,8%) nhân viên y tế ở đồng bằng có nhu cầu đào tạo về truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh KLN.



Biểu đồ 3.2. Ý kiến đề xuất về thời gian đào tạo của nhân viên y tế xã

Qua biểu đồ 3.2 cho thấy có (50,6%) nhân viên y tế có nguyện vọng nên đào tạo truyền thông ngắn hạn ≤ 3 ngày, có (26,7%) nhân viên y tế mong muốn đào tạo ≤ 1 tháng, chỉ có (3,5%) nhân viên y tế có nguyện vọng sẽ được đào tạo thời gian dài hơn là 3 tháng trở lên.

Bảng 3.5. Các nội dung liên quan đến bệnh không lây nhiễm mà nhân viên y tế xã mong muốn được đào tạo theo vùng (n=172)

Nội dung	Đồng bằng (n=80)		Trung du, miền núi (n=92)		p
	SL	%	SL	%	
Phát hiện sớm bệnh	62	77,5	85	92,4	<0,05
Chẩn đoán, điều trị	73	91,3	89	96,7	>0,05
Quản lý bệnh	76	95,0	91	98,9	>0,05
Cách phòng chống bệnh	77	96,3	85	92,4	>0,05

Kết quả bảng 3.5 cho thấy mong muốn được đào tạo kiến thức phát hiện sớm bệnh không lây nhiễm của cá nhân viên y tế tại vùng trung du, miền núi (92,4%) cao hơn tại vùng đồng bằng (77,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Nhu cầu đào tạo về phát hiện sớm một số bệnh không lây nhiễm của nhân viên y tế xã

Nội dung	Đồng bằng (n=80)		Trung du, miền núi (n=92)		Chung (n=172)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tim mạch	51	63,8	62	68,1	113	66,1
Đái tháo đường	54	67,5	58	63,7	112	65,5

Ung thư	43	53,8	51	56,0	94	55,0
COPD và HPQ	46	57,5	55	61,0	101	59,4

Qua bảng 3.6 cho thấy có (66,1%) nhân viên y tế có nhu cầu được đào tạo phát hiện bệnh tim mạch; (65,5%) có nhu cầu được đào tạo phát hiện bệnh Đái tháo đường, (55,0%) có nhu cầu phát hiện bệnh ung thư và (59,4%) cán bộ y tế muốn được đào tạo để phát hiện bệnh phổi mãn tính (COPD và HPQ).

Bảng 3.7. Nhu cầu đào tạo về quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng của nhân viên y tế xã

Nội dung	Đồng bằng (n=80)		Trung du, miền núi (n=92)		Chung (n=172)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tim mạch	52	65,8	63	71,6	115	68,9
Đái tháo đường	56	70,9	61	69,3	117	70,1
Ung thư	52	65,8	60	67,4	112	66,7
COPD và HPQ	50	63,3	61	67,0	111	65,3

Bảng trên cho thấy nhu cầu muốn được đào tạo về quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng của cán bộ y tế xã khá cao, dao động từ 65,3% đến 70,1%.

Bảng 3.8. Nhu cầu đào tạo về cách phòng chống bệnh tại cộng đồng của nhân viên y tế xã (n=172)

Nội dung	Đồng bằng (n=80)		Trung du, miền núi (n=92)		Chung (n=172)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tim mạch	55	68,8	64	69,6	119	69,2
Đái tháo đường	57	71,3	71	77,2	128	74,4
Ung thư	52	65,0	68	73,9	120	69,8
COPD và HPQ	58	72,5	65	70,7	123	71,5

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ nhân viên y tế muốn được đào tạo thêm về phương pháp phát hiện bệnh đái tháo đường trong cộng đồng chiếm 74,4%, tỷ lệ này ở bệnh COPD và HPQ là 71,5%, ở bệnh ung thư là 69,8% và bệnh tim mạch là 69,2%.

IV. BÀN LUẬN

Ngày 01 tháng 9 năm 2008, Bộ trưởng Bộ Y tế có Chỉ thị số 08/CT-BYT về việc Tăng cường công tác TT- GDSK có yêu cầu các cơ quan, tổ chức có liên quan triển khai thực hiện các nhiệm vụ cấp bách như sau:

Kiểm toàn mạng lưới tổ chức làm công tác TT-

GDSK tại tất cả các tuyến, bảo đảm đủ định mức lao động và cơ cấu viên chức theo qui định tại Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05/6/2007 của Bộ Y tế và Bộ Nội vụ hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước và các văn bản quy phạm pháp luật khác có liên quan [2].

Đẩy mạnh công tác đào tạo, đào tạo liên tục nhằm nâng cao kỹ năng TT- GDSK cho các cán bộ làm công tác truyền thông, đặc biệt ưu tiên đào tạo cho cán bộ truyền thông tuyến huyện. Đẩy mạnh các hoạt động TT- GDSK là nhiệm vụ và trách nhiệm của cả hệ thống TT- GDSK từ trung ương đến thôn/bản. Với sự chỉ đạo của Bộ Y tế và hệ thống tổ chức được hình thành khá hoàn chỉnh từ trung ương đến cơ sở, ngành TT- GDSK hoàn toàn có cơ sở để có thể chỉ đạo, tổ chức và thực hiện tốt hoạt động TT- GDSK. Tuy nhiên, thách thức hiện nay là việc tăng cường đào tạo và đào tạo lại chuyên môn về TT- GDSK cũng như việc đưa hoạt động TT- GDSK lồng ghép vào các hoạt động hàng ngày của cán bộ y tế ở tuyến cơ sở.

Theo quy định hiện hành quy định tại Thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 09/8/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về hướng dẫn đào tạo liên tục cho nhân viên y tế định nghĩa đào tạo liên tục là các khoá đào tạo ngắn hạn, bao gồm: đào tạo bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng, nghiệp vụ; cập nhật kiến thức y khoa liên tục (Continuing Medical Education -CME); phát triển nghề nghiệp liên tục (Continuing Professional Development - CPD); đào tạo chuyển giao kỹ thuật; đào tạo theo nhiệm vụ chỉ đạo tuyến và các khóa đào tạo chuyên môn nghiệp vụ khác cho cán bộ y tế mà không thuộc hệ thống văn bằng giáo dục quốc dân. Theo mô tả đề xuất về các hoạt động để đẩy mạnh các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe tại xã cho thấy hầu hết trưởng trạm y tế cho rằng nên chú trọng việc đào tạo lại cho cán bộ y tế về GDSK (88,9%). Tuy nhiên trên thực tế khi phỏng vấn nhân viên y tế chỉ có 18,8% nhân viên y tế ở đồng bằng và 16,3% nhân viên y tế ở trung du, miền núi đã được đào tạo về truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh không lây nhiễm (bảng 3.1).

Thực tế khi được hỏi về khả năng đáp ứng nhu cầu truyền thông của cộng đồng trong phòng chống bệnh không lây nhiễm thì chỉ có 20% nhân viên y tế ở đồng bằng và 22,8% nhân viên y tế ở trung du, miền núi nhận xét họ có khả năng đáp ứng (bảng 3.4). Kết quả trên đây cho thấy, thực tế đội ngũ cán bộ TT- GDSK ở tuyến xã rất thiếu và yếu. Có lẽ, đây chính là khó

khăn lớn nhất trong việc triển khai các hoạt động TT- GDSK trên địa bàn xã hiện nay. Điều này, cho thấy rất cần phải bổ sung cán bộ có trình độ chuyên môn phù hợp cho phòng TT-GDSK tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn.

Ngày 20/3/2015, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015-2025 tại Quyết định số 376/QĐ-TTg, theo đó một số chỉ tiêu cụ thể được đặt ra đến năm 2025 gồm: Phần đầu 70% người trưởng thành hiểu biết về bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản, ảnh hưởng đối với sức khỏe cộng đồng, kinh tế, xã hội của đất nước, cũng như các nguyên tắc phòng, chống các bệnh này; giảm 30% tỷ lệ hút thuốc ở người trưởng thành so với năm 2015; giảm tỷ lệ hút thuốc ở nhóm vị thành niên xuống còn 3,6%; giảm 10% tỷ lệ uống rượu, bia ở mức có hại ở người trưởng thành so với năm 2015; giảm tỷ lệ có uống rượu, bia ở nhóm vị thành niên xuống còn 20%; không chế tỷ lệ bị tiền đái tháo đường dưới 16% ở người 30-69 tuổi; không chế tỷ lệ đái tháo đường dưới 8% ở người 30-69 tuổi...[5]. Với quan điểm chỉ đạo cụ thể *"phòng, chống các bệnh không lây nhiễm là trách nhiệm của các cấp, các ngành và của mỗi người dân, trong đó các cấp chính quyền trực tiếp chỉ đạo, ngành Y tế là nòng cốt"*.

Thực tế cho thấy về nhu cầu đào tạo: Kết quả trình bày trong biểu đồ 3.1 cho thấy 83,7% nhân viên y tế ở khu vực trung du, miền núi và 78,8% nhân viên y tế ở khu vực đồng bằng có nhu cầu đào tạo liên tục về truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng bệnh không lây nhiễm là khá cao và chủ yếu CBYT mong muốn được đào tạo về phát hiện bệnh (77,5%-92,4%), chẩn đoán và điều trị (91,3%-96,7%), quản lý bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng (95,0%-98,9%), cách phòng chống bệnh (92,4-96,3%) (bảng 3.5), điều này cho thấy công tác đào tạo cập nhật kiến thức cho nhân viên y tế tuyến cơ sở chưa được chú trọng.

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng đào tạo truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh không lây nhiễm

- Tỷ lệ cán bộ y tế đã được tham gia đào tạo về truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh không lây nhiễm giữa vùng đồng bằng và miền núi, trung du chiếm tỷ lệ thấp và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giữa 2 khu vực này.

- Khả năng thực hiện công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh không

lây nhiễm của nhân viên y tế tại các xã đồng bằng phần lớn đạt mức độ khá (40,0%); tại các xã trung du, miền núi đạt mức độ trung bình là chủ yếu (42,4%).

- Khả năng đáp ứng nhu cầu truyền thông giáo dục sức khỏe trong cộng đồng về phòng bệnh không lây nhiễm thấp ở cả vùng đồng bằng (20,0%) và vùng trung du, miền núi (22,8%).

2. Nhu cầu đào tạo của nhân viên y tế xã về truyền thông phòng chống bệnh không lây nhiễm: Có 83,7% nhân viên y tế ở miền núi, trung du và 78,8% nhân viên y tế ở đồng bằng có nhu cầu đào tạo truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng bệnh không lây nhiễm.

- Mong muốn được đào tạo kiến thức phát hiện sớm bệnh không lây nhiễm của cá nhân viên y tế tại vùng trung du, miền núi (92,4%) cao hơn tại vùng đồng bằng (77,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường các khóa tập huấn, bồi dưỡng kiến thức, kỹ năng thực hiện công tác truyền thông cho cán bộ y tế xã nhất là nội dung liên quan đến phòng chống các bệnh không lây

nhiễm, nâng cao năng lực tổ chức các hoạt động truyền thông như cách tổ chức phát thanh, cách viết bài cho chương trình truyền thanh, cách tổ chức góc truyền thông, cách tổ chức tư vấn, tổ chức các buổi nói chuyện trực tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2014)**, Bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến năm 2020, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế và Bộ Nội vụ (2007)**, Thông tư 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 05/6/2007 của Bộ Y tế - Bộ Nội vụ hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế (2013)**, Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 09/8/2013 của Bộ Y tế hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế, Hà Nội.
4. **Phan Thanh Bình, Bùi Hồng Loan và cộng sự (2013)**, "Nguồn lực và thực trạng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến y tế xã/ phường tại khu vực phía nam (6-9/2013)", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXIII, số 10 (146), Tr. 281.
5. **Thủ tướng Chính phủ (2015)**, Chiến lược quốc gia về phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025 phê duyệt theo quyết định số: 376/QĐ-TTg ban hành ngày 20 tháng 3 năm 2015 Bộ Y tế, Hà Nội.
6. **Western Pacific region of World health Organization (2011)**. *Strengthening prevention and control of NCDs Vietnam recommendations from WHO*. World Health Organisation.

VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NHỊ

Hà Mạnh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định vi khuẩn và tình hình đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây 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 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, nhiễm khuẩn bệnh viện, vi khuẩn gây bệnh và kháng sinh đồ. **Kết quả:** Có 671 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ NKBV là 23%. Tỷ lệ phân lập vi khuẩn gây bệnh là 71,2%. Vi khuẩn gây bệnh thường gặp là: vi khuẩn gram âm chiếm 79,8%, gồm có *Klebsiella spp.* 17,7%, *Acinetobacter spp.* 16,9%, *P.aeruginosa* 16,9%, *Enterobacter spp.* 12,9 %, *E.coli* 11,3%; vi khuẩn gram dương 17,0%, gồm có *S.aureus* 8,8%, *Staphylococcus coagulase* âm 7,3%. Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi

khẩn gram âm là cefotaxime 69,1%, ceftazidime 50%, cefuroxim 72,3%, cefepime 35,1%, gentamycin 68,1%, ciprofloxacin 52,1% và imipenem 18,1%. Tỷ lệ kháng kháng sinh đối với *S.aureus* là oxacillin 45,5%, vancomycin 0%; đối với *S.epidermidis* là oxacillin 66,7%, và vancomycin là 0%. **Kết luận:** Vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện chủ yếu là gram âm và kháng nhiều kháng sinh. Điều này đã gây ra khó khăn trong việc điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện và dẫn đến các hậu quả không tốt. Để cải thiện tình trạng này cần phải tăng cường các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện và sử dụng kháng sinh hợp lý.

Từ khóa: nhiễm khuẩn bệnh viện; hồi sức tích cực nhi; vi khuẩn; đề kháng kháng sinh.

SUMMARY

CAUSES AND ANTIBIOTIC RESISTANCE PATTERN OF BACTERIA CAUSING NOSOCOMIAL INFECTIONS IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

Objective: identify causes and antibiotic resistance pattern of bacteria causing nosocomial infections 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

¹Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Tuấn

Email: hamanhtuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 8.3.2018

with main variables: demographic, nosocomial infection, bacteria causing nosocomial infection, antibiogram. **Results:** There were 671 patients enrolled in the study. Incidence of nosocomial infection was 23%. Common causes of nosocomial infection were gram negative bacteria 79,8%, including *Klebsiella spp.* 17,7%, *Acinetobacter spp.* 16,9%, *P.aeruginosa* 16,9%, *Enterobacter spp.* 12,9 %, *E.coli* 11,3%; gram positive bacteria 17,0%, including *S.aureus* 8,8%, *Staphylococcus coagulase negative* 7,3%. The rate of antibiotic resistance of gram negative bacteria were cefotaxime 69,1%, ceftazidime 50%, cefuroxime 72,3%, cefepime 35,1%, gentamycin 68,1%, ciprofloxacin 52,1% and imipenem 18,1%. The rate of antibiotic resistance of *S.aureus* was oxacillin 45, 5%, vancomycin 0%; the rate of antibiotic resistance of *S.epidermidis* was oxacillin 66, 7%, and vancomycin 0%. **Conclusion:** The bacteria causing nosocomial infection were mainly gram negative and resistant to many antibiotics. This made difficulty in treatment of nosocomial infection and led to harmful results to the patients. In order to solve this problem, the control measures for prevention of nosocomial infection and rational use of antibiotic should be enhanced in the pediatric intensive care unit.

Key notes: nosocomial infection; pediatric hospital infection; bacteria; antibiotic resistance.

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^(1,4), 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. Tác nhân gây NKBV chủ yếu là do các vi khuẩn và kháng nhiều loại kháng sinh, tuy nhiên loại vi khuẩn gây bệnh và tình hình đề kháng kháng sinh có thể thay đổi tùy theo điều kiện thực tế ở mỗi nơi. Nghiên cứu này nhằm xác định vi khuẩn gây bệnh và tình hình kháng kháng sinh để giúp cho việc xử trí và phòng ngừa NKBV tại các khoa HSTC nhi hiệu quả hơn. **Mục Tiêu:**

1. Xác định vi khuẩn gây NKBV chung và từng loại NKBV
2. Xác định tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây NKBV.

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? Vi khuẩn gây bệnh và tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh được ghi nhận. Kháng sinh đồ được tiến hành theo phương pháp khuếch tán đĩa trên thạch (modified Kerley Bauer). Kỹ thuật tiến hành và đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn của NCCLS. 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 $\pm$ SD. 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% (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 $\pm$ 57 tháng	

Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện: Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 23,0 %, trong đó viêm phổi bệnh viện (VPBV) là 44,2%, nhiễm khuẩn huyết bệnh viện (NKBV) 24,4% nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là 11,1%, nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) 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

Nhiễm khuẩn huyết bệnh viện	42	6,3
Nhiễm khuẩn vết mổ	19	2,8
Nhiễm khuẩn tiết niệu	9	1,3
Nhiễm khuẩn khác	26	3,9

Vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện: Tỷ lệ phân lập tác nhân gây NKBV là 71,2% , trong đó tỷ lệ phân lập vi khuẩn trong VPBV là 76,3%,

NKHBV là 88,1%, NKVM là 84,2%, và NKTN là 100%. Tác nhân gây NKBV chủ yếu là vi khuẩn gram âm, chiếm tỷ lệ 79,8%, vi khuẩn gram dương chiếm 7,0 %. Có 3,2 % trường hợp phân lập ra nấm *Candida albicans*. Các vi khuẩn gram (-) khác gây NKBV là *M.morganii* (2), *P.vulgaris* (2) và *Serratia spp* (1).

Bảng 3. Phân bố vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện theo loại NKBV

	Loại NKBV				Tổng (%)
	VPBV	NKHBV	NKVM	NKTN	
Vi khuẩn gram (-)	52	24	8	15	99 (79,8)
<i>Klebsiella spp</i>	12	7		3	22 (17,7)
<i>Acinetobacter spp</i>	12	8	1		21 (16,9)
<i>P.aeruginosa</i>	20	1			21 (16,9)
<i>Enterobacter spp</i>	5	5	2	4	16 (12,9)
<i>E.coli</i>	3	1	5	5	14 (11,3)
Khác		2		3	5 (4,0)
Vi khuẩn gram (+)	4	12	1	4	21 (7,0)
<i>S.aureus</i>	4	3		4	11 (8,8)
<i>S.epidermidis</i>		9			9 (7,3)

Bảng 4. Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn gram dương

	AMK	CHL	CIP	STX	ERY	GEN	OXA	PNC	RIF	VAN
<i>S.epidermidis</i> (n=9)	22,2	55,6	66,7	66,7	66,7	44,4	66,7	100	11,1	0,0
<i>S.aureus</i> (n= 11)	36,4	45,5	45,5	18,2	72,7	45,5	45,5	100	0,0	0,0

Chú thích ở bảng 5

Bảng 5. Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn gram âm

	AMP	CAZ	IMI	FTX	AMK	FEP	CHL	CIP	GEN	FRA
<i>E.coli</i> (n = 14)	92,9	21,4	66,7	0	42,9	7,1	50	42,9	50	50
<i>Enterobacter spp</i> (n = 16)	93,8	43,8	0	62,5	31,3	25	62,5	37,5	62,5	75
<i>P.aeruginosa</i> (n = 21)	95,2	47,6	38,1	76,2	38,1	38,1	90,5	61,9	66,7	61,9
<i>Acinetobacter spp</i> (n = 21)	95,2	66,7	9,5	81,0	61,9	61,9	85,7	57,1	76,2	85,7
<i>Klebsiella spp</i> (n = 22)	100	59,1	31,8	72,7	31,8	27,3	68,2	54,5	77,3	81,8
Chung (n = 99)	95,7	50,0	18,1	69,1	36,2	35,1	73,4	52,1	68,1	72,3

AMP: ampicilline; AMK: amikacine; CHL: chloramphenicol; CIP: ciprofloxacin; CAZ: ceftazidime; ERY: erythromycine; FRA: cefuroxim; FEP: cefepime; FTX: cefotaxime; GEN: gentamycine; IMI: imipenem; OXA: oxacilline; PNC: penicilline; RIF: rifampicine; STX: cotrimoxazol; VAN: vancomycine.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian 14 tháng có 671 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, 154 bệnh nhân được ghi nhận là có nhiễm khuẩn bệnh viện theo đúng tiêu chuẩn 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.

Tác nhân gây NKBV chủ yếu là vi khuẩn gram âm 79,8%. Vi khuẩn gram dương chỉ chiếm 17% trong tổng số tác nhân vi khuẩn gây NKBV. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác, đối với các khoa HSTC có nhiều bệnh nhân phẫu thuật và có can thiệp đặt dụng cụ thì tỷ lệ vi khuẩn *S.aureus* và *S.epidermidis* có cao hơn so với nghiên cứu này^(3,4).

Trong các loại vi khuẩn gram âm gây NKBV thì thường gặp nhất là *Klebsiella spp*, *Acinetobacter spp*, *P.aeruginosa*, *Enterobacter spp*, và *E.coli* điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác. Tác giả Zaidi giải thích là do các vi khuẩn này dễ phát triển trong môi trường bệnh viện, có thể tồn tại trong các vật dụng của bệnh viện, các dung dịch khác nhau và trên những dụng cụ xử lý và bảo quản không tốt, đặc biệt kháng nhiều loại kháng sinh nên thường gây ra những đợt bùng phát nhiễm khuẩn bệnh viện. Bên cạnh đó, vi khuẩn gram dương như *S.aureus*, *S.epidermidis* và *Enterococcus* ngày càng là những tác nhân quan trọng của NKBV do việc đặt dụng cụ trong các can thiệp trên bệnh nhân, sử dụng nhiều kháng sinh hiệu quả chống

vi khuẩn gram âm và xuất hiện các chủng gram dương kháng kháng sinh nhất là vancomycine.

Xét về tác nhân gây NKBV đối với từng loại NKBV, mặc dầu vi khuẩn gây bệnh vẫn chủ yếu là gram âm, nhưng trong từng loại NKBV thì có sự khác nhau. Đối với VPBV thì tác nhân chủ yếu là vi khuẩn gram âm, vi khuẩn *S.aureus* chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ. Do đó trong chọn lựa kháng sinh cho VPBV nên ưu tiên chọn kháng sinh chống vi khuẩn gram âm, cần nhắc sử dụng thêm kháng sinh chống *S.aureus* khi phân lập ra vi khuẩn, hay thất bại với kháng sinh chống vi khuẩn gram âm. Tác nhân gây NKHBV vẫn chủ yếu là vi khuẩn gram âm nhưng với tỷ lệ thấp hơn so với VPBV. Có một tỷ lệ đáng kể *S.epidermidis* gây ra NKHBV (23,7%), tất cả các trường hợp này đều có đặt thông tĩnh mạch trung tâm. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác^(3,4). Do vậy khi chọn kháng sinh điều trị NKHBV cần phối hợp kháng sinh chống *S.epidermidis* và vi khuẩn gram âm. Đối với NKVM thì tác nhân gây NKBV chủ yếu vẫn là gram âm, bên cạnh đó có một tỷ lệ đáng kể *S.aureus* gây NKVM (21,1%). Điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của tác giả khác. Do những bệnh nhân bị NKVM chủ yếu là từ phẫu thuật đường tiêu hóa nên nguy cơ lây nhiễm vi khuẩn gram âm đường ruột rất cao, ngoài các vi khuẩn có nguồn gốc từ da là *S.aureus*. Còn đối với NKTN thì tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện chủ yếu là gram âm, tuy nhiên vẫn có 10% các trường hợp do *Enterococcus spp.* gây ra. Điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của tác giả Richards. Vì thế khi chọn lựa kháng sinh trong điều trị NKTN do nhiễm khuẩn bệnh viện bên cạnh chú ý đến kháng sinh chống vi khuẩn gram âm, cần phải lưu ý có khả năng do *Enterococcus*.

Khi khảo sát tình hình kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây NKBV trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy đối với vi khuẩn gram dương, tỷ lệ kháng methicilline của *S.aureus* là 45,5%, của *S.epidermidis* là 66,7%. Khi so sánh với các nghiên cứu khác chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ tự cầu kháng methicillin cũng khá cao từ 40%-87,4% đối với *S.aureus*, và từ 50-90% đối với *S.epidermidis*^(2,4,6,7). Tỷ lệ này sẽ tăng cao ở những đơn vị HSTC có đặt nhiều dụng cụ trong lòng mạch. Với tỷ lệ kháng methicilline cao này thì việc chọn lựa kháng sinh điều trị *S.aureus* và *S.epidermidis* gây NKBV thường rất khó khăn, hầu như chỉ còn vancomycine. Đây là vấn đề hết sức quan trọng vì nguy cơ *Staphylococcus* kháng vancomycine sẽ ngày càng tăng, điều này làm

cho việc điều trị sẽ ngày càng khó khăn hơn.

Đối với vi khuẩn gram âm thì tỷ lệ kháng đối với các kháng sinh cephalosporin thế hệ thứ 2, và thứ 3 rất cao trên 60%, và một tỷ lệ đáng kể kháng cephalosporin thế hệ 4 (cefepime) khoảng trên dưới 30%, và tỷ lệ kháng cao trên 50% đối với ciprofloxacin. Tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ thấp khoảng dưới 20% kháng với imipenem. Điều này cũng được ghi nhận qua các nghiên cứu khác^(2,4,6). Tính đa kháng kháng sinh của vi khuẩn gram âm đối với các kháng sinh thường dùng là do việc sử dụng kháng sinh phổ rộng thường được chỉ định trong HSTC, do việc thực hiện không tốt các biện pháp kiểm soát NKBV tại HSTC, do nhiều can thiệp trên bệnh nhân và do quá tải⁽¹⁾.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này các cho thấy tác nhân gây NKBV thường gặp là vi khuẩn gram âm, và một tỷ lệ đang gia tăng là vi khuẩn *S.aureus*, và *S.epidermidis*. Các vi khuẩn này thường là kháng nhiều kháng sinh, điều này gây khó khăn trong vấn đề xử trí các trường hợp NKBV. Biện pháp kiểm soát tình hình kháng kháng sinh này là việc sử dụng kháng sinh hợp lý, và tuân thủ nghiêm các biện pháp kiểm soát NKBV tại các khoa HSTC.

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. Aksaray S1, Dokuzoguz B, Güvener E, (2000). "Surveillance of antimicrobial resistance among gram-negative isolates from intensive care units in eight hospitals in Turkey". *J Antimicrob Chemother*, 45(5) pp:695-9.
3. Chang M.R.; Carvalho N.C.P.; Oliveira A.L.L.; Moncada P.M.F.; Moraes B.A.; Asensi M.D (2003). "Surveillance of pediatric infections in a teaching hospital in Mato Grosso do Sul, Brazil". *Braz J Infect Dis*, 7 (2), pp: 149 -160.
4. 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*.
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. Hanberger H1, Diekema D, Fluit A et al (2001) "Surveillance of antibiotic resistance in European ICUs". *J Hosp Infect.*, 48(3):161-76
7. Hsueh PR1, Chen ML, Sun CC, et al (2002). "Antimicrobial drug resistance in pathogens causing nosocomial infections at a university hospital in Taiwan, 1981-1999". *Emerg Infect Dis*, 8(1) pp:63-8.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG GIAI ĐOẠN SỚM (FIGO IA, IB) TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Trí Chinh*, Phạm Văn Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm tại Bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 20 Bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung, Tuổi trung bình: 56,55±7,47. Số lượng hạch chậu vét được là 14,7±5,9, (6-28 hạch), 1 trường hợp di căn hạch chậu chiếm tỷ lệ 5%. 100 % BN có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc tử cung, trong đó độ ác tính thấp và vừa (G1-2) chiếm 95%. Có 85% các trường hợp có u xâm lấn dưới 1/2 bề dày lớp cơ tử cung (T1a). Thời gian mổ trung bình 133±21,4 phút (110-180 phút). Lượng máu mất trung bình là 157,5±112,5ml, (80- 500ml), Không có bệnh nhân nào phải chuyển mổ mở. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình 2,4±0,5 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 7,05±1,73 (6-14 ngày). Có 1 bệnh nhân biến chứng rò bàng quang-âm đạo sau mổ chiếm tỷ lệ 5%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm là an toàn, hiệu quả, kết quả sớm đảm bảo về ung thư học.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, K nội mạc tử cung.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR TREATMENT OF EARLY STAGE ENDOMETRIAL CANCER FIGO IA - IB IN K HOSPITAL

Objective: Evaluate early outcome of laparoscopic surgery for early stage endometrial cancer patients in K Hospital. **Research method:** cross sectional description. **Results:** 20 patients endometrial: the mean age was 56.55 ± 7.47, the rate pelvic lymph node metastases (5%). Average number of pelvic nodes was 14.7 ± 5.9, (6-28 range). 100% of patients with pathology is endometrial adenocarcinoma, with G1-2 accounting for the majority (95%). 85% of cases had invasive tumor under 1/2 of the thickness of the uterus (T1a). Average operation time was 133 ± 21.4 minutes, (110-180 range). Average blood loss was 157.5 ± 112.5ml, (80-500 range). Mean sniffing time after operation was 2.4 ± 0.5 days. Average hospital stay times was 7.05 ± 1.73 days (6-14 range). There was one patient with bladder-vaginal fistula after operation (5%). No patient had conversion to laparotomy. **Conclusion:** Laparoscopic surgery for early stage endometrial cancer is safe, effective while still ensuring radical in cancer.

Keywords: Laparoscopic surgery, Endometrial cancer.

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê trí Chinh

Email: letrichinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018

Ngày duyệt bài: 7.3.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) là một bệnh thường gặp trong các bệnh ung thư (UT) phụ khoa, đứng hàng thứ 3 sau UT vú và UT cổ tử cung. Ở Mỹ hàng năm ước tính có khoảng 41.200 trường hợp mới mắc và có khoảng 7350 trường hợp tử vong vì căn bệnh này, con số này ngày càng có xu hướng tăng lên theo từng năm. Ở Việt nam bệnh lý UTMTC cũng có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây [1]. Phẫu thuật (PT) đóng vai trò chủ đạo, xạ trị có vai trò làm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ, hóa chất được chỉ định khi bệnh ở giai đoạn muộn. Đối với giai đoạn sớm của bệnh khi u còn khu trú tại cơ tử cung (FIGO IA,IB), PT triệt căn được thực hiện bao gồm cắt tử cung toàn bộ kèm vét hạch chậu 2 bên, có thể mổ bằng phương pháp mở bụng kinh điển hoặc phẫu thuật nội soi (PTNS). Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh rằng PTNS trong UTMTC giai đoạn sớm cho kết quả sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh so với phẫu thuật mở bụng kinh điển là như nhau nhưng có nhiều lợi ích hơn: ít đau, giảm nguy cơ thoát vị thành bụng, giảm thời gian nằm viện, giảm các biến chứng nặng sau mổ và tính thẩm mỹ cao hơn [3],[4],[5],[7]. Ở Việt nam, PTNS đã được áp dụng điều trị nhiều bệnh lý của ổ bụng, tuy nhiên với UTMTC thì chưa có nhiều báo cáo viết về vấn đề này. Xuất phát từ điều đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 20 bệnh nhân UTMTC giai đoạn sớm (FIGO IA, IB) được PTNS cắt tử cung toàn bộ và vét hạch chậu 2 bên tại Bệnh viện K từ 1.2017 đến 11.2017.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm tuổi bệnh nhân

Tuổi	N	X±SD	Min	Max
	20	56,55±7,47	33	68

Nhận xét: Tuổi trung bình là 56,55 tuổi.

Bảng 2: Đặc điểm giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

Thể giải phẫu bệnh	N	Tỷ lệ %
AC dạng nội mạc	20	100

Thể khác	0	0
Tổng	20	100
Mức độ xâm lấn cơ tử cung	N	Tỷ lệ %
Dưới ½ lớp cơ tử cung	17	85
Trên ½ lớp cơ tử cung	3	15
Tổng	20	100
Độ mô học	N	Tỷ lệ %
Độ 1	12	60
Độ 2	7	35
Độ 3	1	5
Tổng	20	100

Bảng 3: Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	N	X±SD	Min	Max
	20	133,0±21,4	110	180

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 133±21,4 phút.

Bảng 4: Lượng máu mất trong phẫu thuật

Lượng máu mất trong mổ (ml)	N	X±SD	Min	Max
	20	157,5±112,5	80	500

Nhận xét: Lượng máu mất trung bình sau mổ là 157,5±112,5 ml.

Bảng 5: Thời gian trung tiện và thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian trung tiện sau mổ (ngày)	N	Tỷ lệ %
Ngày 1	0	0
Ngày 2	12	60
Ngày 3	20	100
X±SD: 2,4±0,5; Min 2, Max 3		
Thời gian nằm viện (ngày)	N	Tỷ lệ %
6 ngày	8	40
7 ngày	11	55
14 ngày	1	5
Tổng	20	100
X±SD: 7,05±1,73; Min 6, Max 14		

Nhận xét: Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là 2,4±0,5 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 7,05 ±1,73 ngày.

Bảng 6: Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau mổ	N	Tỷ lệ %
Rò bàng quang-âm đạo	1	5
Không biến chứng	19	95
Tổng	20	100

Nhận xét: Có 1 BN rò bàng quang-âm đạo sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 5%.

IV. BÀN LUẬN

Số lượng hạch nạo vét : Nạo vét hạch chậu là một thì quan trọng trong mổ nội soi UTNMTC. Ưu thế của phẫu thuật nội soi trong nạo vét hạch chậu là rất rõ ràng. Trong nhóm bệnh nhân của

chúng tôi số lượng trung bình hạch chậu vét được là 14,7±5,9 hạch, ít nhất là 6 hạch và nhiều nhất là 28 hạch. Với số lượng hạch như vậy đủ để đánh giá chính xác giai đoạn di căn hạch hay không theo phân loại AJCC (2010). Trong nghiên cứu của chúng tôi có duy nhất 1 trường hợp bệnh nhân di căn hạch chậu một bên sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 5%, tương ứng với u xâm nhập trên ½ bề dày lớp cơ tử cung (giai đoạn IB) Điều này cũng phù hợp với kết quả của các tác giả khác [2],[3],[5]

Đặc điểm giải phẫu bệnh và độ mô học: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc tử cung, chỉ khác nhau về độ mô học, trong đó độ mô học 1,2 (G1-2) chiếm đa số với 95%, còn lại là độ mô học 3 (G3) chiếm tỷ lệ 5%. Đánh giá độ mô học là rất quan trọng giúp tiên lượng bệnh và chỉ định vét hạch hay không vét hạch đối với giai đoạn IA cũng như có xạ trị bổ trợ sau mổ hay không đối với giai đoạn này [1],[2]. Mức độ xâm lấn cơ tử cung: u xâm lấn dưới ½ bề dày lớp cơ tử cung (giai đoạn T1a) chiếm đa số 85%, giai đoạn T1b (u xâm lấn trên ½ bề dày lớp cơ tử cung) chiếm tỷ lệ 15%. Mức độ xâm lấn cơ tử cung của khối u cũng thường tương ứng với tình trạng di căn hạch chậu [4],[5],[7].

Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 133±21,4 phút, nhanh nhất là 110 phút và kéo dài nhất là 180 phút. 2 trường hợp cuộc mổ kéo dài nhất là 2 bệnh nhân béo phì, âm đạo hẹp có kèm theo u xơ tử cung nên khó khăn trong thì vét hạch chậu và thì lấy tử cung ra khỏi âm đạo. So sánh về thời gian mổ giữa PTNS và mổ mở kinh điển UTNMTC thì các tác giả đều có kết quả là PTNS mổ lâu hơn mổ mở [4],[5]. Đối với phẫu thuật mở bụng chúng tôi ghi nhận thời gian PTNS trong nghiên cứu của chúng tôi cũng kéo dài hơn mổ mở kinh điển. Câu hỏi đặt ra là yếu tố nào làm cho cuộc mổ nội soi UTNMTC kéo dài hơn? Trình độ của phẫu thuật viên, thể trạng béo phì, vết mổ tử cung cũ, u xơ tử cung kèm theo... Kỹ năng nạo vét hạch chậu trong nội soi là lý do phù hợp bởi vì chúng tôi đang bước đầu áp dụng PTNS trong điều trị UTNMTC. Hoàn thiện kỹ thuật, chỉ định đúng giai đoạn cũng như phương pháp mổ sẽ cải thiện thời gian mổ [3], [4].

Lượng máu mất trong phẫu thuật: Cầm máu tỉ mỉ, đi đúng diện phẫu tích, tránh làm tổn thương mạch máu vùng tiểu khung sẽ hạn chế tối đa lượng máu mất trong mổ nội soi UTNMTC. Trong nghiên cứu của chúng tôi lượng máu mất

trung bình là $157,5 \pm 112,5$ ml, ít nhất là 80ml, nhiều nhất là 500ml. Bệnh nhân mất nhiều máu thường là những bệnh nhân có thời gian phẫu thuật kéo dài, tuy nhiên lượng máu mất chưa ảnh hưởng đến huyết động và không phải truyền máu. Nghiên cứu của He.H (2013) cho thấy PTNS giúp cầm máu tỉ mỉ hơn so với mổ mở nên lượng máu mất trong mổ nội soi cũng ít hơn mổ mở [7].

Thời gian trung tiện và thời gian nằm viện sau phẫu thuật :PTNS là phẫu thuật xâm nhập tối thiểu, giảm thiểu đến mức thấp nhất sang chấn ruột non cũng như đại tràng nên bệnh nhân thường có nhu động ruột trở lại sau mổ sớm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian trung tiện trung bình sau mổ là 2,4 ngày, có đến 60% bệnh nhân trung tiện vào ngày thứ 2 sau mổ, và đến ngày thứ 3 tất cả các bệnh nhân còn lại đều trung tiện. Như vậy thời gian trung tiện sau PTNS là sớm hơn so với các phẫu thuật mở bụng thông thường [2],[6],[7]. Doucette R.C báo cáo thời gian trung tiện sau mổ của bệnh nhân PTNS ngắn hơn so với nhóm mổ mở [3]. Nhưng He lại ghi nhận sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về thời gian trung tiện sau mổ của cả 2 nhóm nội soi và mổ mở [5]. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 7,05 ngày, ít nhất là 6 ngày và dài nhất là 14 ngày, đa số bệnh nhân xuất viện hoặc chuyển khoa sau 6 đến 7 ngày chiếm tỷ lệ 95%, chỉ có 1 bệnh nhân gặp biến chứng sau mổ nên nằm viện kéo dài đến 14 ngày.

Các biến chứng trong và sau phẫu thuật: Một số nghiên cứu ngoài nước đã nhận xét PTNS ổ bụng trong UTNMTC giai đoạn sớm làm tăng nguy cơ biến chứng trong mổ [3],[4]. Phân tích thêm về đánh giá này chúng tôi nhận thấy biến chứng trong mổ tăng hay giảm tùy thuộc và kỹ năng mổ nội soi của phẫu thuật viên. Ở giai đoạn đầu khi áp dụng PTNS trong mổ ung thư tử cung kỹ năng phẫu tích và nạo vét hạch chưa thực sự thành thạo nên hay xảy ra các tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ. Theo thời gian sự hoàn thiện về kỹ năng của phẫu thuật viên sẽ làm giảm các tai biến và biến chứng này. Trong 20 bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp bệnh nhân có biến chứng rò bàng quang-âm đạo xuất hiện ở ngày thứ 7 sau phẫu thuật, đây là bệnh nhân có u xơ tử cung kết hợp nên kích thích tử cung khá to, bệnh nhân này sau đó được phẫu thuật đóng đường rò và ổn định sau 14 ngày, các bệnh nhân còn lại đều an toàn và ra viện hoặc chuyển khoa xạ trị sau 6 đến 7 ngày. Không có bệnh nhân nào chuyển mổ

mở. Như vậy PTNS là khá an toàn và hiệu quả, bệnh nhân hồi phục nhanh, tính thẩm mỹ cao, rút ngắn thời gian nằm viện.

Về biến chứng sau mổ và trong mổ trong có 8 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng so sánh kết quả của PTNS ổ bụng với phẫu thuật mở bụng trong UTNMTC giai đoạn sớm với tổng số bệnh nhân tham gia là 3644 bệnh nhân. Ba thử nghiệm đánh giá 359 bệnh nhân UTNMTC giai đoạn sớm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nguy cơ tử vong và tái phát giữa những bệnh nhân trải qua PTNS và những bệnh nhân trải qua phẫu thuật mở bụng (HR = 1,14, CI 95%: 0,62- 2,10 và HR = 1,13, CI 95%: 0,90 -1,42 đối với OS và RFS). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong sau mổ, tỷ lệ cần truyền máu, và tổn thương bàng quang, niệu quản, ruột và tổn thương mạch máu trong mổ. Tuy nhiên, một phân tích sâu hơn của hai thử nghiệm cho thấy bệnh nhân trong nhóm nội soi giảm đáng kể lượng máu mất trong mổ so với nhóm mổ bụng (MD = -106.82 mL, 95% CI: -141.59 đến -72.06). Một báo cáo của 2 hai thử nghiệm lớn đánh giá 2923 bệnh nhân và thử nghiệm thứ 2 với 2500 bệnh nhân tham gia cho thấy tỷ lệ các biến chứng nặng sau phẫu thuật là thấp hơn đáng kể trong nhóm nội soi so với nhóm mổ mở (RR = 0,58, CI 95%: 0,37- 0,91). Thời gian nằm viện được báo cáo trong tất cả các thử nghiệm với kết quả cho thấy thời gian nằm viện trung bình của nhóm PTNS ngắn hơn đáng kể so với nhóm mổ bụng [3],[4],[5],[6].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ di căn hạch chậu 5%. Số lượng hạch chậu vét được là trung bình $14,7 \pm 5,9$ hạch. Ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc tử cung 100%, trong đó độ ác tính thấp và vừa (G1-2) chiếm đa số (95%). 85% các trường hợp có u xâm lấn dưới $\frac{1}{2}$ bề dày lớp cơ tử cung (T1a). Thời gian phẫu thuật trung bình $133 \pm 21,4$ phút. Lượng máu mất trung bình là $157,5 \pm 112,5$ ml. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật trung bình $2,4 \pm 0,5$ ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $7,05 \pm 1,73$. Biến chứng rò bàng quang-âm đạo sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 5%. Không có bệnh nhân nào phải chuyển mổ mở. Không có tử vong trong 30 ngày sau mổ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức (2007)** "Ung thư nội mạc tử cung, Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư". Nhà xuất bản Y học. 334-338.
2. **ASTEC study group Kitchener H, Swart AM et al.(2009)** "Efficacy of systematic pelvic

- lymphadenectomy in endometrial cancer (MRC ATEC trial): a randomised study". *Lancet*; 373;125-136.
3. **Doucette R.C., Scott J.R.(1996)** "Comparison of Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy with abdominal and vaginal hysterectomy". *J Report Med.* 41: 1-6.
 4. **Galaal K, Bryant A, Fisher AD, et al. (2012)** "Laparoscopy versus laparotomy for the management of early stage endometrial cancer". *CochraneDatabaseSystRev.* Sep12;(9):CD006655. DOI:10.1002/14651858.CD006655.pub2.
 5. **He H, Zeng D, Ou H, et al(2013)** "Laparoscopic treatment of endometrial cancer: systematic review". *J Minim Invasive Gynecol.* Jul-Aug; 20(4):413-23. doi: 10.1016/j.jmig.2013.01.005.
 6. **Makinen J., Johansson J., Tomas C.(2001)** "Morbidity of 10110 hysterectomies by type of approach". *Hum Reprod* Jul; 16(7): 1473-1478.
 7. **Todo Y, Kato H, Kaneuchi M et al.(2010)** "Survival effect of para-aortic lymphadenectomy in endometrial cancer (SEPAL study): a retrospective cohort analysis". *Lancet*: 1165-1172.

THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN VỆ SINH CƠ SỞ CÁC BẾP ĂN TẬP THỂ CỦA CÁC TRƯỜNG MẦM NON TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ SƠN LA

Lù Thị Hoa¹, Phạm Thị Dung², Phạm Thị Tĩnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng điều kiện vệ sinh cơ sở các bếp ăn tập thể của các trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La. **Phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả qua điều tra cắt ngang. **Kết quả:** Số bếp ăn tập thể (BATT) đạt tiêu chuẩn về kết cấu cơ sở hạ tầng là 65,3%; 57,7% số BATT bố trí bếp chế biến theo nguyên tắc một chiều; 84,6% BATT cách xa nguồn ô nhiễm; 15,4% số BATT có phòng thay bảo hộ lao động cho nhân viên chế biến, phục vụ; 73,0% BATT có thiết bị phòng chống côn trùng động vật gây hại; 80,8% BATT được coi là đủ nước sạch để chế biến. Số BATT có thùng đựng rác có nắp đậy là 76,9%. Số BATT đạt yêu cầu về điều kiện vệ sinh chung là 64,8%. Tình trạng vệ sinh bếp chế biến chưa được tốt, có 73% BATT vệ sinh khu chế biến hàng ngày và 65,4% BATT vệ sinh dụng cụ sau mỗi lần chế biến. 76,9% BATT đạt điều kiện trang thiết bị, vệ sinh dụng cụ. Tỷ lệ BATT sử dụng dụng cụ chế biến thức ăn sống, chín riêng biệt đạt 100% và không chế biến dưới nền nhà là 76,9%; quy trình chế biến đạt yêu cầu 73%. Tình trạng vệ sinh chung trong chế biến thực phẩm đạt 83,3%. **Kết luận:** Số BATT đạt yêu cầu về điều kiện vệ sinh chung là 64,8%. 76,9% BATT đạt điều kiện trang thiết bị, vệ sinh dụng cụ. 83,3% BATT đạt về tình trạng vệ sinh chung trong chế biến thực phẩm.

Từ khóa: bếp ăn tập thể, điều kiện vệ sinh.

SUMMARY

THE STATUS OF BASIC HYGIENIC CONDITION OF COLLECTIVE KITCHENS AT THE PRESCHOOL IN SON LA CITY

Objectives: Assess the status of basic hygienic condition of collective kitchens at the preschool in Son

La city. **Methods:** The epidemiological method described through the cross-sectional investigation. **Results:** The number of collective kitchens attaining the standard of infrastructure is 65,3%; 57,7% of the kitchens arranged kitchen processing on the one-way principle; 84,6% of collective kitchens are away from sources of pollution; The proportion of collective kitchens having rooms for labor protection for processing and service personnel are 15,4%; 73,0% of collective kitchens have equipment to prevent harmful insects; 80,8% of collective kitchens are considered as sufficient clean water for processing. The number of solid food stalls with a lid with a lid is 76,9%. The number of collective kitchens that meet sanitary conditions is 64,8%. The sanitary condition of the kitchen was not good, 73% of the collective kitchen in the daily processing area and 65,4% of the collective kitchen cleaning tools after processing. 76,9% of the kitchens meet the conditions of equipment, cleaning tools. The share of kitchens using raw and live food preparation tools was 100% and that of non-processed food was 76,9%. Processed processing required 73%. Overall hygiene in food processing reached 83,3%. **Conclusion:** The number of collective kitchens that reached general hygienic conditions is 64,8%. 76,9% of the kitchens reached the conditions of equipment, cleaning tools. 83,3% of collective kitchens attain general hygienic status in food processing.

Key word: Collective kitchen, Sanitary conditions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vệ sinh an toàn thực phẩm (VSATTP) rất quan trọng trong những bữa ăn hàng ngày và liên quan đến sức khỏe, thể chất của con người, đồng thời còn ảnh hưởng lớn đến phát triển kinh tế, thương mại, du lịch và an sinh xã hội. Đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm hiện nay là vấn đề quan tâm hàng đầu của nhiều quốc gia, đặc biệt là những nước đang phát triển.

Trên thế giới, các vụ ngộ độc thực phẩm và các bệnh truyền qua thực phẩm có xu hướng ngày càng tăng. Tại Việt Nam, công tác bảo đảm VSATTP diễn ra trong bối cảnh vô cùng phức

¹Trung tâm y tế thành phố Sơn La

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Lù Thị Hoa

Email: hoayttpsonla@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.2.2018

Ngày duyệt bài: 2.3.2018

tạp. Nguy cơ gây ô nhiễm thực phẩm đã và đang đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng. Với ngành giáo dục, đặc biệt là bậc học mầm non, nếu xảy ra ngộ độc thực phẩm thì hậu quả sẽ rất lớn. Vì vậy, đảm bảo ATVSTP ở bếp ăn tập thể trong các trường mầm non cần được chú trọng, nâng cao hơn nữa. Thành phố Sơn La, là trung tâm kinh tế, văn hoá, chính trị của tỉnh, có 22 trường mầm non với 26 bếp ăn. Câu hỏi được đặt ra là thực trạng an toàn vệ sinh thực phẩm tại các bếp ăn tập thể ở các trường mầm non hiện nay ra sao? Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá thực trạng điều kiện vệ sinh cơ sở các bếp ăn tập thể của các trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa bàn nghiên cứu: Điều kiện cơ sở vật chất của 26 bếp ăn tập thể mầm non tổ chức ăn bán trú (có số trẻ từ 50 trẻ trở lên tham gia ăn bán trú tại trường) trên địa bàn thành phố Sơn La

Thời gian nghiên cứu: 12/2015 đến 5/2016

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu là toàn bộ các BẮTT trên địa bàn thành phố Sơn La gồm 26 bếp ăn (chọn toàn bộ đối tượng đích).

Các chỉ số, biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

- Đánh giá các cơ sở bếp ăn tập thể tại các trường Mầm non đạt tiêu chuẩn an toàn vệ sinh

thực phẩm (theo Thông tư số 15/2012/TT-BYT và Thông tư số 30/2012/TT-BYT) [1], [2].

- Địa điểm, môi trường, vị trí, thiết kế, kết cấu, hệ thống chiếu sáng, nước sạch, thùng đựng rác thải, phương tiện bảo quản và phòng chống côn trùng, động vật gây hại.

- Nguyên liệu, phụ gia, trang thiết bị dụng cụ tiếp xúc trực tiếp với thực phẩm, có đủ dụng cụ chế biến, bảo quản và sử dụng riêng đối với thực phẩm tươi sống và thực phẩm đã qua chế biến, có dụng cụ chia, gắp thức ăn hoặc găng tay sạch sử dụng một lần.

- Chủ cơ sở và người trực tiếp chế biến thực phẩm phải được tập huấn kiến thức ATTP và khám sức khỏe định kỳ.

- Nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm phải đeo tạp dề, khẩu trang, mũ.

*Tiêu chuẩn đánh giá cơ sở BẮTT đạt yêu cầu ATVSTP: Trong các nội dung trên nếu có một nội dung không đạt thì cơ sở BẮTT đó không đạt yêu cầu ATVSTP.

Phương pháp hạn chế sai số và rủi ro có thể gặp trong quá trình nghiên cứu

- Thiết kế bộ câu hỏi rõ ràng dễ hiểu. Điều tra thử, hoàn chỉnh bộ công cụ điều tra.

- Tập huấn kỹ cho điều tra viên.

- Giám sát quá trình điều tra nghiên cứu.

Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập theo chương trình Epidata 3.0, xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 18.0. Xử lý thông tin trên các phiếu phỏng vấn trước khi nhập số liệu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Một số đặc điểm của bếp ăn trường mầm non (n=26)

Nội dung	Số bếp đạt		Số bếp không đạt	
	SL	%	SL	%
Vị trí (cách xa nguồn ô nhiễm)	22	84,6	4	15,4
Nhà bếp xây kiên cố, kết cấu vững chắc	17	65,3	9	34,7
Bếp bố trí theo nguyên tắc một chiều	15	57,7	11	42,3
Có phòng thay bảo hộ lao động cho nhân viên	4	15,4	22	84,6
Thùng đựng rác có nắp đậy	20	76,9	6	23,1
Có thiết bị phòng chống côn trùng động vật gây hại	19	73,0	7	27,0
Sử dụng nguồn nước sạch	21	80,8	5	19,2

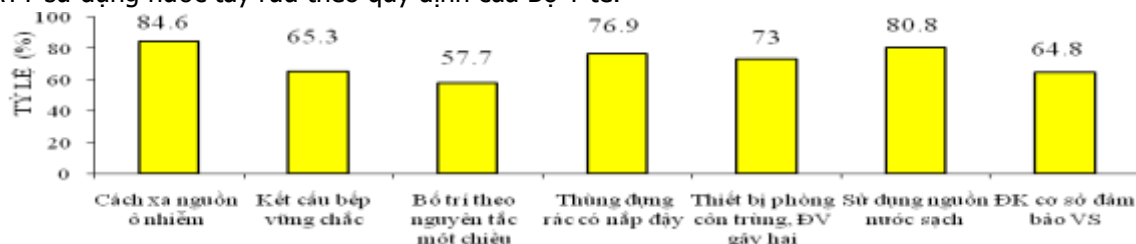
Kết quả cho thấy số cơ sở BẮTT cơ sở bếp cách xa nguồn ô nhiễm là 22/26 bếp, số nhà bếp được xây dựng kiên cố có kết cấu vững chắc là 17 cơ sở, số nhà bếp chế biến bố trí theo nguyên tắc một chiều là 15 cơ sở. Chỉ có 04 cơ sở bếp có phòng thay bảo hộ lao động cho nhân viên chế biến, phục vụ, có 19 cơ sở có thiết bị phòng chống côn trùng động vật gây hại, có 21 cơ sở đủ nước sạch để chế biến, số BẮTT có thùng đựng rác có nắp đậy là 20 bếp. Số BẮTT đạt yêu cầu về điều kiện vệ sinh cơ sở là 17/26, chiếm tỷ lệ 65,3%.

Bảng 3.2. Tình trạng vệ sinh bếp chế biến

Nội dung	Số bếp đạt		Số bếp không đạt	
	SL	%	SL	%
Vệ sinh khu chế biến hàng ngày	16	61,5	10	38,5
Vệ sinh dụng cụ chế biến hàng ngày	19	73,0	7	27,0

Vệ sinh dụng cụ sau mỗi lần chế biến	17	65,4	9	34,6
Sử dụng nước tẩy rửa theo quy định	26	100	0	0

Qua bảng trên cho thấy tình trạng vệ sinh bếp chế biến của các Trường Mầm non chỉ có 16/26 BẦTT vệ sinh khu chế biến hàng ngày, 19/26 BẦTT vệ sinh dụng cụ sau mỗi lần chế biến, 100% số BẦTT sử dụng nước tẩy rửa theo quy định của Bộ Y tế.



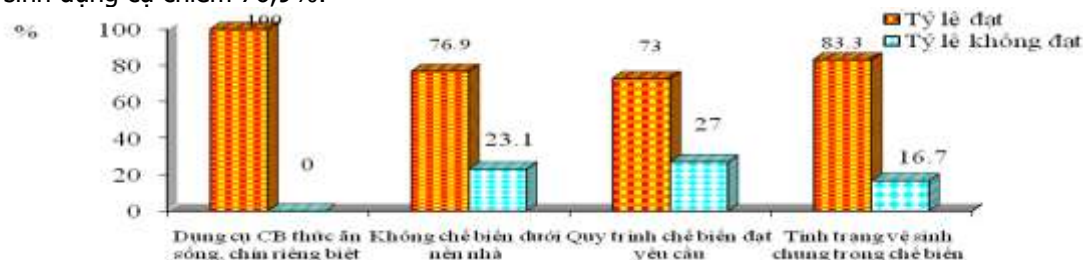
Biểu đồ 3.1. Điều kiện cơ sở chế biến tại BẦTT các trường mầm non

65,3% BẦTT đạt tiêu chuẩn về kết cấu cơ sở hạ tầng. 84,6% bếp cách xa nguồn ô nhiễm. Có 57,7% bố trí bếp chế biến theo nguyên tắc một chiều. 73,0% cơ sở có thiết bị phòng chống côn trùng động vật gây hại; 80,8% cơ sở có đủ nước sạch để chế biến; 76,9% BẦTT có thùng đựng rác có nắp đậy. 64,8% BẦTT có điều kiện cơ sở đảm bảo vệ sinh.



Biểu đồ 3.2. Tình trạng vệ sinh dụng cụ chế biến

Tình trạng vệ sinh dụng cụ chế biến hàng ngày của các BẦTT Trường Mầm non chỉ đạt 73%, số BẦTT thực hiện vệ sinh dụng cụ sau mỗi lần chế biến đạt 65,4%. Tỷ lệ BẦTT đạt điều kiện trang thiết bị, vệ sinh dụng cụ chiếm 76,9%.



Biểu đồ 3.3. Tình trạng vệ sinh trong chế biến TP

Qua biểu đồ 3.3 cho thấy 100% BẦTT có dụng cụ chế biến thức ăn sống, chín riêng biệt, 76,9% BẦTT không chế biến thực phẩm dưới nền nhà, số BẦTT có quy trình chế biến đạt yêu cầu đạt 73,0%. 83,3% BẦTT đạt về tình trạng vệ sinh chung trong chế biến thực phẩm.

Bảng 3.3. Tình trạng vệ sinh trong chế biến

Nội dung	Số bếp đạt		Số bếp không đạt	
	SL	%	SL	%
Bàn chế biến TP đạt yêu cầu	21	80,7	5	19,3
Dụng cụ chế biến TP sống, chín riêng biệt	26	100	0	0
Không chế biến TP dưới nền nhà	20	76,9	6	23,1
Quy trình chế biến đạt yêu cầu	19	73,0	7	27,0

Qua bảng 3.3 cho thấy BẦTT có bàn chế biến TP đạt yêu cầu là 21 cơ sở, số BẦTT không chế biến thực phẩm dưới nền nhà là 20 cơ sở và 26/26 BẦTT có dụng cụ chế biến thức ăn sống, chín riêng biệt.

IV. BÀN LUẬN

Về điều kiện cơ sở bếp chế biến: vị trí các BẮT phải cách biệt với nguồn ô nhiễm (nhà vệ sinh, nơi cống rãnh, rác thải, chuồng trại chăn nuôi,...) ít nhất là 10 m, đây là tiêu chí hàng đầu của một cơ sở dịch vụ ăn uống, bếp ăn tập thể. Tuy nhiên qua kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BẮT có vị trí xây dựng cách xa nguồn ô nhiễm là 84,6%. Còn một số trường ở trong khu vực dân cư, bếp chế biến được xây dựng gần khu chuồng trại chăn nuôi hoặc nhà vệ sinh của dân, số BẮT chưa đạt là 15,4%.

Về kết cấu nhà bếp như tường, nền nhà phải làm bằng vật liệu vững chắc, không thấm nước, dễ cọ rửa làm vệ sinh, trần nhà làm bằng vật liệu sáng màu, không bị dột, không thấm nước. Nhưng do địa thế và diện tích đất của trường chật hẹp, trường chỉ bố trí được khu bếp đủ để chế biến thức ăn nên việc thiết kế bố trí các khu vực riêng biệt từ sơ chế đến khu chia xuất ăn cho trẻ là rất khó khăn, chỉ có 4/26 bếp có phòng thay bảo hộ lao động cho nhân viên, chiếm 15,4%; Tường và trần nhà bếp bám đầy bụi bẩn, kết cấu không đạt yêu cầu. Về tiêu chí này, qua nghiên cứu cho thấy số BẮT đạt yêu cầu về kết cấu là 17 cơ sở, chiếm 65,3%, các BẮT có thiết kế khu sơ chế, chế biến riêng biệt và bố trí theo nguyên tắc một chiều đạt là 57,7%. Kết quả nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thu Hương và cộng sự - Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh năm 2009 chỉ có 36,84% [5].

Về tiêu chí sử dụng nước sạch, đa số các BẮT sử dụng nguồn nước sạch để dùng trong chế biến thực phẩm. Nước sạch là một yếu tố quan trọng đối với cuộc sống và sức khỏe của con người. Trong tất cả công đoạn từ sơ chế nguyên liệu đến làm chín thực phẩm, làm sạch dụng cụ đều nhất thiết phải đảm bảo có đủ nước sạch là yêu cầu bắt buộc đối với các cơ sở dịch vụ ăn uống, nhưng kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 80,8% cơ sở có đủ nước sạch để dùng trong chế biến thực phẩm và vệ sinh dụng cụ và vệ sinh khu chế biến, số BẮT còn lại chỉ đủ nước sạch để phục vụ trong chế thức ăn, việc vệ sinh dụng cụ và vệ sinh khu chế biến phải dùng nguồn nước khác không đảm bảo.

Việc xử lý rác thải và chất thải đóng vai trò quan trọng trong việc cắt đứt dây truyền các bệnh lây lan qua thực phẩm, tuy nhiên kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 76,9% BẮT có thùng chứa đựng rác có nắp đậy và vệ sinh sạch sẽ. Tỷ lệ BẮT có phòng thay bảo hộ lao động cho nhân viên chế biến chiếm tỷ lệ 15,4% (04

bếp) và 73% BẮT có thiết bị phòng chống côn trùng động vật gây hại như chạn đặt yêu cầu để đựng bát và dụng cụ chế biến.

Qua nghiên cứu cho thấy điều kiện cơ sở bếp chế biến tại BẮT các trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La năm 2017 cho thấy, tỷ lệ BẮT có vị trí cách xa nguồn ô nhiễm đạt 84,6%, có 80,8% BẮT có đủ nước sạch để dùng trong chế biến thực phẩm và vệ sinh dụng cụ và 57,7% BẮT bố trí bếp, khu chế biến theo nguyên tắc một chiều. Tỷ lệ BẮT đạt yêu cầu chung về điều kiện cơ sở là 64,8%. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ BẮT trên địa bàn thành phố Sơn La đạt yêu cầu về điều kiện cơ sở thấp hơn so với nghiên cứu khảo sát của Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội năm 2004 - 2005 là 74,9% [6]. Đây là một trong những yếu tố nguy cơ gây mất ATVSTP tại các BẮT của các trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La.

Tác giả Vũ Quỳnh Chi nghiên cứu năm 2013 cho thấy, có 20/22 (90,9%) bếp ăn tại các trường mầm non thành phố Thái Bình và 7/10 bếp ăn mầm non tại huyện Thanh Miện đã được bố trí ở địa điểm cao ráo, đảm bảo thông thoáng, đủ ánh sáng, có thiết kế theo nguyên tắc một chiều. Tỷ lệ bếp ăn trường mầm non được bố trí, thiết kế hợp vệ sinh trong điều tra này đã cao hơn nhiều so với các điều tra những năm trước. Tuy nhiên, việc xử lý rác thải vẫn còn nhiều thiếu sót. Mặc dù 100% bếp ăn trường mầm non ở cả 2 khu vực huyện, thành phố đều dọn rác thải hàng ngày nhưng tình trạng thùng rác, thùng chứa thức ăn thừa không có nắp đậy vẫn tồn tại ở một số bếp ăn nên chưa giải quyết được hiện tượng có nhiều ruồi nhặng [3].

Về điều kiện vệ sinh cơ sở và vệ sinh dụng cụ nhà bếp: Vệ sinh dụng cụ sau mỗi lần chế biến và vệ sinh khu chế biến hàng ngày cũng quan trọng không kém vệ sinh an toàn thực phẩm các loại nguyên liệu thực phẩm. Nếu dụng cụ chế biến và dụng cụ ăn uống không đảm bảo vệ sinh sẽ trở thành con đường lây truyền ngắn nhất để các yếu tố gây bệnh xâm nhập vào cơ thể con người, nhất là trẻ em cơ thể còn non yếu, sức đề kháng kém. Qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cơ sở đạt điều kiện vệ sinh khu chế biến và vệ sinh dụng cụ sau mỗi lần chế biến là 73% và 65,4%); 100% BẮT đều sử dụng nước rửa bát đúng theo quy định. Tỷ lệ BẮT vệ sinh dụng cụ chứa đựng thực phẩm chưa cao, như: bát ăn cơm đạt 76,2%, do có một số trường vẫn dùng bếp củi để đun nấu và việc bố trí chạn để bát cho các cháu ngay gần bếp nấu vì vậy khó tránh khỏi bụi bẩn; Dụng cụ xong, nồi chuyên dụng thì đạt tỷ lệ

cao hơn 83,3%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thu Hương và cộng sự (Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh) tại bếp ăn tập thể trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La năm 2009 là 68,42% và cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương tại các bếp ăn tập thể quận Tây Hồ năm 2004 là 33,3% [4].

Về thực trạng vệ sinh trong chế biến của nhân viên CB, phục vụ: Việc sử dụng dụng cụ chế biến thức ăn sống, chín riêng biệt để chế biến như (dao, thớt, xong nôi,...), cũng là một trong những yếu tố quan trọng để phòng ngừa ô nhiễm chéo từ thực phẩm sống sang thực phẩm chín, kết quả nghiên cứu cho thấy 100% các trường có BATT đều thực hiện tốt tiêu chí này. Kết quả nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Phạm Thu Hương và cộng sự tại bếp ăn tập thể trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La năm 2009 là 100% [5]; Qua khảo sát cho thấy tỷ lệ BATT không chế biến dưới nền nhà chỉ đạt 76,9% và có 73% số BATT quy trình chế biến đạt yêu cầu.

V. KẾT LUẬN

Số BATT đạt yêu cầu về điều kiện vệ sinh chung

là 64,8%. 76,9% BATT đạt điều kiện trang thiết bị, vệ sinh dụng cụ. 83,3% BATT đạt về tình trạng vệ sinh chung trong chế biến thực phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2012), Thông tư số 30/2012/TT-BYT ngày 05/12/2012** "Quy định về điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống, kinh doanh thức ăn đường phố".
2. **Bộ Y tế (2012), Thông tư số 15/2012/TT-BYT ngày 12/9/2012** "Quy định về điều kiện chung đảm bảo an toàn thực phẩm đối với cơ sở sản xuất kinh doanh thực phẩm".
3. **Vũ Quỳnh Chi, Nguyễn Thanh Phong (2013),** Thực trạng vệ sinh cơ sở tại một số bếp ăn trường mầm non khu vực huyện, thành phố, Tạp chí Y học thực hành số 900 (2013), tr 28-33.
4. **Trần Thị Thu Hương (2004)** Thực trạng kiến thức, thức hành của người phục vụ bữa ăn trưa và thực trạng vệ sinh bếp ăn bán trú các trường Mẫu giáo quận Tây Hồ - Hà Nội. Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng.
5. **Phạm Thu Hương và cộng sự (2009)** Thực trạng kiến thức, thực hành của nhân viên chế biến thực phẩm tại BATT trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La.
6. **Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội (2004-2005)** Khảo sát thực trạng kiến thức, thực hành của người chế biến thực phẩm tại BATT trường Mầm non trên địa bàn thành phố Hà Nội.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT VỠ TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG ĐOẠN TRONG SỌ

Đặng Việt Sơn*, Nguyễn Thế Hào**, Võ Hồng Khôi**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đôi tượng:** Nghiên cứu tiến cứu 84 trường hợp vỡ túi phình (TP) động mạch cảnh trong (ĐMCT) đoạn trong sọ, điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 06 năm 2014 đến tháng 10 năm 2017. Mô tả lâm sàng trước mổ, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của bệnh, xác định thời điểm mổ, liệt kê các biến chứng trong mổ, sau mổ. Đánh giá kết quả sau mổ trên lâm sàng (thang điểm Rankin cải tiến) và hình ảnh kiểm tra mạch não. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, có can thiệp. **Kết quả:** Nam/nữ: 1/1,6. Tuổi trung bình $56,7 \pm 12,9$. Nhức đầu 92,9%, buồn nôn/nôn 52,2%, hội chứng màng não 88,1%, mất tri giác tạm thời 25,0%, hôn mê 11,9%, liệt nửa người 16,7%. Vị trí túi phình động mạch thông sau: 56,0%, động mạch mắt: 14,3%, Ngã ba động mạch

cảnh trong: 10,7%, động mạch yên trên: 8,3%, Lưng động mạch cảnh trong: 6,0%, Động mạch mạc trước: 4,8%. Một túi phình: 79,2%, hai túi phình: 26,2%, trên ba túi phình: 3,6%. Kết quả điều trị kẹp cổ túi: 98,8%, bóc túi phình: 1,2%. Vỡ túi phình trong mổ: 15,6%. Kết quả tốt sau mổ: 70,8%. Tử vong sau mổ 6%. **Kết luận:** Vi phẫu thuật kẹp cổ túi phình là một biện pháp điều trị hiệu quả và triệt để vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ. Kết quả lâm sàng tốt sau phẫu thuật và hiệu quả loại bỏ túi phình khỏi hệ tuần hoàn não cao. Tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ thấp.

Từ khóa: Túi phình động mạch não, Vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ.

SUMMARY

OUTCOME OF MICROSURGICAL TREATMENT OF RUPTURED ANEURYSMS FROM THE INTERNAL CAROTID ARTERY

Objective: To evaluate the outcome of microsurgical treatment for ruptured aneurysms from the internal carotid artery (ICA). **Subject:** A perspective study was performed among 84 patients with ruptured aneurysms from the ICA, who were surgically treated at Bach Mai Hospital, from June/2014 to Oct/2017. **Method:** prospective and interventional study. **Results:**

*Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Việt Sơn

Email: dangvietson.vthp@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 12.3.2018

Male/female ratio: 1/1.6. Mean age 56.7 ± 12.9 . Headache 92.9%, nausea/ vomiting 52.2%, meningeal syndrome 88.1%, temporary sensory loss 25.0%, hemiparesis 11.9 %, aphasia 16.7%. PComA: 56.0%, OpthA 14.3%, ICA bifurcation 10.7%, SupHA 8.3%, Dorsal wall of the ICA 6.0%, AchA 4.8%. The prevalence of patients with one aneurysm 79.2%, two aneurysms 26.2% and $\geq$ three aneurysms 3.6%. Treatment results of clipping obliterated 98.8%, wrapping in 1.2%. Prevalence of intraoperative rupture 15.6%. Good result 70.8% and fatal 6%. **Conclusion:** Microsurgical treatment plays an important role in ICA aneurysmal obliteration. The high rate of patients had a good result with aneurysms were completely removed from the cerebral circulation and mortality was minimal.

Keywords: Cerebral Aneurysm, ruptured aneurysms of internal carotid artery, microsurgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động mạch cảnh trong đoạn trong sọ liên quan mật thiết với các dây thần kinh đáy sọ, đặc biệt túi phình thường bị mòm yên trước che khuất nên ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả phẫu thuật xử lý vỡ túi phình. Diễn biến bệnh đột ngột với các biểu hiện lâm sàng phức tạp, nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân nặng nề...do đó việc điều trị thường khó khăn, tỉ lệ tử vong và tàn tật

cao. Mục tiêu lý tưởng của điều trị là vừa loại bỏ hoàn toàn túi phình ra khỏi vòng tuần hoàn vừa giải quyết các biến chứng. Vi phẫu thuật kẹp clip cổ túi phình động mạch cảnh trong hiện nay vẫn là phương pháp điều trị triệt để và hiệu quả nhất. Tuy nhiên việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời còn nhiều mặt hạn chế. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu "đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 84 bệnh nhân vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ, được chẩn đoán xác định và điều trị vi phẫu thuật loại bỏ túi phình tại Bệnh viện Bạch Mai từ 06/2014 đến 10/2017.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, có can thiệp.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

❖ Tuổi, giới:

Bảng 3.1. Phân bố theo độ tuổi

Độ tuổi	Nam		Nữ		Tổng		
	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
20-29	2	2,4			2	2,4	$\chi^2 = 6,826$ $p = 0,235$
30-39	4	4,8	1	1,2	5	6,0	
40-49	5	6,0	7	8,3	12	14,3	
50-59	10	11,9	21	25,0	21	36,9	
60-69	6	7,1	15	17,9	21	25,0	
70-79	2	2,4	8	9,5	10	11,9	
>80	3	3,6		3	3	3,6	
Tổng	32	38,1	52	61,9	81	100	

Trong nghiên cứu 84 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $56,7 \pm 12,9$ (thấp nhất 20 tuổi và cao nhất 87 tuổi). Bệnh thường gặp ở lứa tuổi 40- 60 chiếm 76,2%. Tỷ lệ nam giới là 38,1% và nữ giới là 61,9%. Tỷ lệ nam/nữ: 1/1,6. Trước 40 tuổi tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ, nhưng ở lứa tuổi 40- 60 nữ giới mắc bệnh cao hơn nam

giới 2,1 lần và sau 60 tuổi thì hai giới có tỷ lệ mắc bệnh như nhau (không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng giống như các tác giả khác là có độ tuổi trung bình từ 48 đến 58,6 tuổi và lứa tuổi hay mắc bệnh tập trung nhiều ở độ tuổi tuổi 40- 60 (50- 76,2%) [1].

❖ Thời gian phẫu thuật.

Bảng 3.2. Thời gian từ khi nhập viện đến khi phẫu thuật

Thời điểm		Nhập viện		Chẩn đoán xác định		Phẫu thuật	
		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 7 ngày	Trong 24 giờ	22	16,2	11	13,1	1	1,2
	2 - 4 ngày	28	33,3	35	41,7	22	26,2
	5 - 7 ngày	23	27,4	16	19,0	21	25,0
> 7 ngày	8 - 14 ngày	10	11,9	18	21,4	31	36,9
	sau 14 ngày	1	1,2	4	4,8	9	10,7
Tổng		84	100	84	100	84	100

Thời gian từ khi có triệu chứng đến lúc phẫu thuật trung bình là $8.29 \pm 5,4$ ngày. Thời gian bệnh nhân được can thiệp trước 7 ngày là 52,4% và sau 7 ngày là 47%. Tổng thời gian điều trị là $13 \pm 8,09$ ngày. Các tác giả đều nhận thấy khi can thiệp túi phình ở giai đoạn sớm, não phù nhiều hơn gây khó khăn trong phẫu thuật do đó làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ và hầu hết các phẫu thuật viên có kinh nghiệm thường chấp nhận phác đồ trì hoãn phẫu thuật, thường sau 7 ngày [2],[3]. Tuy nhiên mổ sớm có thể hạn chế các biến chứng của vỡ túi phình như loại bỏ sớm túi phình, máu trong khoang dưới nhện được bơm rửa bớt đi tạo điều kiện cho việc điều trị chống co thắt mạch. Chúng tôi thực hiện mổ sớm trước 7 ngày là 52,4% (trong đó tỷ lệ mổ sớm trước 4 ngày là 27,4%), so với mổ sau 7 ngày là 47,7% và nhận thấy kết quả lâm sàng tốt sau phẫu thuật không phụ thuộc vào thời gian chờ mổ của bệnh nhân (với $p > 0,05$).

❖ Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3. Các triệu chứng lâm sàng khi đến viện

Dấu hiệu lâm sàng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nhức đầu	78	92,9
Gây cứng	74	88,1
Buồn nôn, nôn	43	51,2
Suy giảm tri giác	10	11,9
Tăng huyết áp	6	7,1
Sốt	4	4,8

Bảng 3.4. Phân độ lâm sàng trước phẫu thuật

Phân độ theo hội Phẫu thuật Thần kinh Thế giới (WFNS)			Trước phẫu thuật: số bệnh nhân (n), tỷ lệ (%)				Tổng 84 (100)
			độ 1	độ 2	độ 3	độ 4	
khi vào viện (%)	độ 1	20 (23,8)	3 (3,6)	16 (19,0)	0	1 (1,2)	20 (23,8)
	độ 2	40 (47,6)	2 (2,4)	28 (33,3)	6 (7,1)	4 (4,8)	40 (47,6)
	độ 3	18 (21,4)		6 (7,1)	11 (13,1)	1 (1,2)	18 (21,4)
	độ 4	6 (7,1)				6 (7,1)	6 (7,1)
Tổng		84 (100)	5 (6,0)	50 (59,5)	17 (20,2)	12 (14,3)	84 (100)

$$\chi^2 = 66,234 \quad p < 0,001$$

Nhóm bệnh nhân có độ lâm sàng WFNS II chiếm tỷ lệ cao. Tuy nhiên đánh giá tổng thể quá trình điều trị chúng tôi nhận thấy có sự thay đổi nặng lên về lâm sàng trong quá trình điều trị nội khoa chờ phẫu thuật. WFSN độ IV tăng lên từ 7,1% đến 14,3% (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$); điều này cho thấy sự cần thiết phải loại bỏ túi phình khỏi vòng tuần hoàn là mục tiêu của quá trình điều trị nhằm giảm tỷ lệ biến chứng cũng như tỷ lệ tàn tật. Chúng tôi cũng nhận thấy mức độ lâm sàng không liên quan đến vị trí vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ với ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Các tổn thương trên phim chụp CLVT

Vị trí túi phình		Lưng ĐMCT		ĐM thông sau		ĐM yên trên		ĐM mạch mạc trước		ĐM mắt		Ngã ba ĐMCT		Tổng	
Hình ảnh		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
vị trí túi		5	6,0	47	56,0	7	8,3	4	4,8	12	14,3	9	10,7	84	100
Số lượng túi phình	1	2	3,4	32	54,2	5	8,5	3	5,1	9	15,3	8	13,6	59	70,2
	2	3	13,6	13	59,1	2	9,1	1	4,5	3	13,6			22	26,2

Giảm thị lực, thị trường		18	21,4
Hội chứng màng não		74	88,1
Hội chứng thần kinh khu trú	Liệt nửa người	14	16,7
	Liệt dây III	13	15,5
	Liệt dây II	5	6,0
	Rối loạn ngôn ngữ	11	13,1

Triệu chứng lâm sàng: Bệnh vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ thường có nhức đầu dữ dội chiếm 77,4% kèm theo buồn nôn và nôn (61,9%). Đây cũng chính là dấu hiệu khiến bệnh nhân phải đến khám mặc dù có điều trị thuốc giảm đau thông thường nhưng không giảm. Các triệu chứng co giật động kinh là 9,5%. Mất tri giác đột ngột xảy ra ở 25,0% các trường hợp và chỉ thấy ở nhóm bệnh nhân có diễn biến cấp tính. Hôn mê ngay sau đột quỵ não là 3,6% ở giai đoạn khởi phát và khi bệnh nhân đến viện thì dấu hiệu này tăng lên 11,9%. Hội chứng màng não chiếm 88,1%, có thể khó nhận thấy ở những bệnh nhân hôn mê có dùng thuốc giãn cơ khi thở máy.

Hội chứng thần kinh khu trú chúng tôi thường gặp là liệt nửa người chiếm 16,7%, liệt dây thần kinh III là 15,5%, liệt thần kinh II là 6,0%. Rối loạn ngôn ngữ chiếm 13,1%. Khi đối chiếu với phẫu thuật chúng tôi nhận thấy dấu hiệu thần kinh khu trú không liên quan đến vị trí túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ (với $p > 0,05$).

Phân độ lâm sàng trước phẫu thuật

	3			2	66,7							1	33,3	3	3,6
Chiều dài túi phình	< 5mm	4	9,8	21	51,2	2	4,9	4	9,8	3	7,3	7	17,1	41	49,9
	6 -10	1	2,4	24	58,5	5	12,2			9	22,0	2	4,9	41	49,9
	> 10			1	100									1	1,2
Đường kính cổ TP	< 4mm	4	5,9	41	60,3	7	10,3	4	5,9	7	10,3	5	7,4	68	81,9
	≥ 4mm	1	6,7	5	33,3							5	33,3	4	18,1
Hình dáng TP (1 hình thoi)	bờ không đều	4	8,3	31	64,6	1	2,1	2	4,2	3	6,2	7	14,6	48	57,1
	bờ đều			7	46,7	3	20,0			4	26,7	1	6,7	15	17,9
	hình đồng hồ cát (có mũi)	1	5,0	8	40,0	3	15,0	2	10,0	5	25,0	1	5,0	20	23,8
Co thắt mạch	độ 1			3	6,4									3	3,6
	độ 2			2	4,3					1	8,3	1	8,3	4	4,8
Chảy máu não thất	1 não thất bên			6	13,0			1	2,4					7	8,4
	2 bên não thất	2	7,1	12	42,9	4	14,3	1	3,6	5	17,9	4	14,3	29	33,7
	3 não thất			3	6,5			1	26,0					4	4,8
	4 não thất			2	4,3							1	11,1	3	3,6
Chảy máu nhu mô não	thùy trán									3	25,0			3	3,6
	thùy thái dương			6	66,7					1	11,1	2	22,2	9	10,8

❖ Các tổn thương trên phim chụp CLVT

Đặc điểm túi phình: Vị trí túi phình được xác định bằng chụp cắt lớp vi tính 64 dãy mạch máu não và được kiểm tra qua kết quả sau phẫu thuật. Trong đó túi phình động mạch thông sau chiếm 56,0%, túi phình động mạch mắt có tỷ lệ 14,3%, Ngã ba động mạch cảnh trong 10,7%, động mạch yên trên 8,3%, Lưng động mạch cảnh trong chiếm 6,0% và động mạch mạch trước chiếm 4,8%.

Đa số là túi phình hình túi chiếm 98,8%, 1 trường hợp túi phình hình thoi chiếm 1,2%. Bệnh nhân có 1 túi phình chiếm 70,2%, có 2 túi phình chiếm 26,2% và từ 3 túi phình trở lên chiếm 3,6%. Với hình thái túi phình phần lớn bờ túi không đều 57,1% và hình đồng hồ cát, có thùy có mũi chiếm 23,8%. Chúng tôi gặp phần lớn là túi phình có kích thước nhỏ dưới 5mm và túi phình vừa dưới 10mm chiếm 99,8%, kích thước cổ túi dưới 4mm là 81,9%. Các tác giả khác đều nhận thấy đa phần hình túi và khi túi phình vỡ thường có bờ không đều hay có núm hoặc hình hai đáy.

Co thắt mạch não trên phim chụp cắt lớp 64

Bảng 3.6. Đặc điểm trong phẫu thuật

Đặc điểm trong phẫu thuật		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng phù não	Nhiều	4	4,8
	Phù mức trung bình	3	3,6
	Không phù	77	91,6
Vỡ túi phình trong	Khi bóc lộ túi phình	4	4,8

dãy mạch máu chúng tôi gặp 8,2% và chủ yếu ở Goege 1- 2. Biến chứng co thắt mạch này chúng tôi chưa thấy có sự liên quan đến mức độ chảy máu dưới nhện cũng như vị trí túi phình vỡ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng giống hầu hết các tác giả khác khi đánh giá về mức độ chảy máu dưới nhện cho rằng giá trị dự báo co thắt mạch khi đánh giá theo Fisher chưa thực sự hoàn hảo.

Mức độ chảy máu não thất: chúng tôi gặp chủ yếu là chảy máu não thất độ 2 chiếm 33,7% và chảy máu nhu mô não thùy thái dương chiếm 10,8%. Nhiều tác giả nhận thấy dấu hiệu chảy máu nhu mô và chảy máu não thất là những yếu tố dự đoán sự hồi phục lâm sàng của bệnh nhân sau mổ. Mayfrank nhận thấy tỷ lệ tử vong của nhóm có chảy máu não thất nặng trong 14 ngày đầu chiếm 41,7% và tỷ lệ phục hồi kém ở nhóm này là 66,7% [4]. Tuy nhiên theo nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tỷ lệ chảy máu não thất và chảy máu nhu mô không phải là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả lâm sàng sau phẫu thuật (với $p > 0,1$).

❖ Đặc điểm phẫu thuật

phẫu thuật	Khi bộc lộ cổ tử	8	9,5
	Khi kẹp cổ tử	1	1,2
Phương pháp xử lý túi phình	Kẹp cổ tử đơn thuần	82	97,6
	Kẹp túi phình và lấy máu tụ	1	1,2
	Bọc túi phình	1	1,2
Kết quả xử lý túi phình trong mổ	Hết cổ tử phình	79	94,0
	Thừa cổ tử phình	4	4,8
	Hẹp động mạch mang túi phình	1	1,2

Chúng tôi thực hiện đường mổ trán-thái dương nền cho tất cả các trường hợp và nhận thấy đây là đường mổ hữu hiệu cho các trường hợp; đường mổ này có thể bộc lộ hoàn toàn đáy sọ và đủ rộng để có thể giải tỏa não trong trường hợp phù nề nhiều. Gần đây một số tác giả cũng đề cập đến đường mổ nhỏ, tuy nhiên chúng tôi nhận thấy đường mổ nhỏ khi áp dụng với bệnh nhân có độ lâm sàng thấp và tình trạng não không phù thì sẽ có kết quả tốt hơn. Tuy nhiên, đối với các túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ thì việc sử dụng đường mổ nhỏ sẽ hạn chế trong việc mài mỏm yên trước để bộc lộ túi phình động mạch mắt hay động mạch yên trên vì vậy chúng tôi rất ít sử dụng đường mổ này áp dụng cho vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ.

Tình trạng phù não trong mổ sẽ gây rất nhiều khó khăn trong việc tiếp cận túi phình, đồng thời làm tăng tỷ lệ tổn thương não do vén não. Chúng tôi gặp 8,4% bệnh nhân có phù não, trong đó có 3 bệnh nhân phù nề nhiều chúng tôi phải chọc tháo dịch não tủy trong mổ. Số bệnh nhân phù nề nặng chỉ gặp ở các bệnh nhân có độ lâm sàng trước mổ nặng và mổ cấp cứu trước

4 ngày. Tỷ lệ phù não trong mổ của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác khả năng do số bệnh nhân của chúng tôi có tỉ lệ mổ muộn sau 7 ngày cao và đã được điều trị phù não từ trước mổ.

Chúng tôi thực hiện kẹp cổ tử cho 98,8% số bệnh nhân, áp dụng phương pháp bọc túi phình trong mổ 1,2%, đây là trường hợp túi phình hình thoi (không cổ). Tai biến vỡ túi phình trong mổ gần như là một thảm họa đối với phẫu thuật viên cũng như bệnh nhân. Nghiên cứu chúng tôi có 13/84 bệnh nhân chiếm 15,5% vỡ túi phình trong mổ trong đó chủ yếu là thì bộc lộ túi phình là 8/13 bệnh nhân chiếm 61,5%. Các tác giả trên thế giới cũng nhận thấy tỷ lệ vỡ túi phình trong mổ vào khoảng 15-50%, tùy từng vị trí, từng trạng thái túi phình. So sánh với phương pháp can thiệp nội mạch thì tỉ lệ vỡ túi phình trong can thiệp cũng vào khoảng 5- 10%[3]. Nghiên cứu này cũng nhận thấy tai biến vỡ túi phình không liên quan đến vị trí mạch mang túi phình (với $p > 0,05$). Kết quả nhận định ngay trong mổ của chúng tôi có 94,0% hết hoàn toàn cổ tử phình, 4,8% còn thừa cổ do có mạch xuyên cổ tử phình và túi phình nằm ở vị trí ngã ba nếu kẹp hết cổ sẽ gây biến chứng hẹp mạch mang hoặc tắc mạch mang.

❖ Kết quả lâm sàng sớm ngay khi ra viện.

Bảng 3.7. Kết quả lâm sàng sớm ngay khi ra viện

Kết quả		n	%	
Tốt	Rankin độ 1	7	8,3	40,5
	Rankin độ 2	27	32,1	
Trung bình	Rankin độ 3	28	33,3	
Xấu	Rankin độ 4	18	21,4	26,2
	Rankin độ 5	4	4,8	
Thị lực như cũ		9	10,7	
Thị trường như cũ		2	2,3	
Liệt vận động		24	28,6	
Liệt dây III		3	3,6	
Liệt dây II		2	2,4	
Chụp mạch não (n = 82)	Hết cổ túi phình	74	90,2	
	Thừa cổ túi phình	6	7,2	
	Tắc mạch mang	2	2,4	

❖ **Kết quả phẫu thuật:** Kết quả phẫu thuật khi ra viện thuộc nhóm tốt là 40,5%, kết quả trung bình 33,3%, kết quả xấu chiếm 26,2%. Kết quả tốt tăng lên 70,8% sau khám lại 1 tháng và

kết quả bệnh nhân trung bình còn 17,8%. Điều này có thể giải thích vì thời gian điều trị sau phẫu thuật của chúng tôi ngắn chỉ có $8,56 \pm 6,38$ ngày. Kết quả của chúng tôi thấp hơn các

ngiên cứu khác có thể do lựa chọn bảng phân loại khác nhau giữa các nghiên cứu.

Đánh giá kết quả hình ảnh học: chúng tôi chụp lại cắt lớp vi tính động mạch não cho 97,6% các trường hợp (82/84 bệnh nhân), có 2 bệnh nhân không chụp được do tình trạng lâm sàng sau mổ xấu không thể chụp lại được. Kết quả hết hoàn toàn cổ túi phình chiếm 92,7%, thừa cổ túi là 7,2% và tắc mạch mang túi phình 2,4%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả khác, nhưng so với can thiệp nội mạch có tỷ lệ tắc hoàn toàn túi phình chỉ vào 55-80% các trường hợp. Điều này có thể cho thấy phẫu thuật túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ là lựa chọn hợp lý cho bệnh cảnh này.

❖ Tử vong sau phẫu thuật

Bảng 3.8. Tử vong sau phẫu thuật

Số tháng sống sau mổ	n	%
Trong tháng đầu	5	6,0%
Từ 1- 3 tháng	3	3,6%
Từ 3- 6 tháng	1	1,2%
Tổng	9	10,7%

❖ **Tỷ lệ tử vong sau mổ:** Theo dõi 1 tháng sau mổ chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tử vong chung của chúng tôi chiếm 6%. Nguyên nhân tử vong chủ yếu do bệnh nhân bị viêm phổi kéo dài, suy kiệt và nhiễm khuẩn bệnh viện sau mổ. Khi nghiên cứu đa biến logistic chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tử vong do vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ không liên quan với vị trí túi phình cũng như thời gian chờ mổ và mức độ lâm sàng trước mổ (với $p > 0,05$). Tỷ lệ tử vong của các tác giả khác khi nghiên cứu về túi phình động

mạch cảnh trong nội sọ nói chung vào khoảng 9-11% [5], [6], [7].

V. KẾT LUẬN

Vi phẫu thuật kẹp cổ TP là một biện pháp điều trị hiệu quả và triệt để TP động mạch cảnh trong đoạn trong sọ vỡ. Kết quả lâm sàng tốt sau phẫu thuật và hiệu quả loại bỏ TP khỏi hệ tuần hoàn não cao. Tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Komotar R.J, Stabke R.M, Connolly E.S.. (2012) The Natural Course of Unruptured Cerebral Aneurysms, *Neurosurgery*, vol 71(4), pp 7-8.
2. HOH L B. (2004) Vertebral artery, posterior-inferior cerebral artery, and vertebrobasilar junction aneurysms, In : Youmans. *Neurological surgery*, Saunders. Pennsylvania, pp 2007- 2030
3. Park H.K, Horowitz M, Jungreis C (2002), Endovascular treatment of Paraclinoid Aneurysm: Experience with 73 patients, *Neurosurgery*, vol
4. Mayfrank L., et al. (2001), Influence of intraventricular hemorrhage on outcome after rupture of intracranial aneurysm, *Neurosurg Rev*, vol 22 (4), 185- 191.
5. Nguyễn Minh Anh (2012), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị túi phình động mạch cảnh trong đoạn mẫu giường trước bằng vi phẫu thuật. *Luận án Tiến sĩ Y học, trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh*.
6. Nguyễn Thế Hào (2006), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật chảy máu dưới nhện do vỡ túi phình hệ động mạch cảnh trong, *Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội*.
7. Owen C.M, Montemurro N, Lawton M.T (2015), Microsurgical management of Residual and Recurrent Aneurysms After Coiling and Clipping: An Experience With 97 Patients, *Clinical Neurosurgery*,

GIẢI TRÌNH TỰ NUCLEOTIDE VÙNG SIÊU BIẾN TRÊN HỆ GEN TY THỂ ỨNG DỤNG TRONG GIÁM ĐỊNH HÀI CỐT

Đinh Thị Lan*, Hà Hữu Hảo*, Lê Tuấn Anh*,
Chu Thị Thủy*, Nguyễn Thị Phương Liên*,
Nguyễn Đức Nhựt*, Trần Thị Diệp**, Hoàng Thái Thanh*

TÓM TẮT

Để phân biệt những cá thể khác nhau các nhà khoa học thường sử dụng phân tích những điểm nucleotide sai khác đặc trưng trong vùng điều khiển

Dloop của AND ty thể. Đây là vùng xuất hiện nhiều đột biến với tần số cao hơn các vùng khác của ADN ty thể. Trong vùng D-loop thì vùng được sử dụng phổ biến trong giám định hình sự là vùng siêu biến 1 (Hypervariable region 1- HV1). Trong nghiên cứu ở đây, việc phân tích giải trình tự vùng siêu biến HV1 của 31 mẫu hài cốt liệt sỹ và 23 mẫu thân nhân được tiến hành nhằm hỗ trợ cho công tác xác định danh tính các liệt sỹ được an táng tại khu vực tỉnh Lào Cai. Trình tự HV1 của các mẫu được so sánh với nhau và với trình tự ADN Anderson trong Genbank nhằm xác định mối quan hệ thân nhân của hài cốt. Tuy nhiên có vài trường hợp đặc biệt khi các mẫu hài cốt hoặc thân nhân khác nhau có trình tự vùng siêu biến HV1 trùng

*Viện Pháp y quốc gia,

**Viện Công nghệ ADN và phân tích di truyền

Chịu trách nhiệm chính:

Email: dnalab.nifm@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 1.3.2018

Ngày duyệt bài: 9.3.2018

nhau. Chúng tôi đề xuất việc áp dụng thêm phương pháp giải trình tự vùng siêu biến HV2, HV3 trên ADN ty thể và phân tích ADN trong nhân để đưa ra kết quả chính xác nhất. Kết quả đã định danh được 15 mẫu hài cốt có quan hệ theo dòng mẹ với 15 mẫu thân nhân.

Từ khóa: ADN ty thể, giám định hài cốt, vùng siêu biến.

SUMMARY

IDENTIFICATION OF HUMAN REMAIN BY NUCLEOTIDE SEQUENCING OF

TMITOCHONDRIAL HYPERVARIABLE REGIONS

To distinguish one individual's mtDNA from another, forensic scientists look to specific locations within the control region that are known to have more mutations with high frequency than other regions in mtDNA. The common region is currently used for forensic identification due to its observed variability from person to person: "Hypervariable Region I" (HV1). In this study we analyze HV1 sequence of 31 human remain samples and 23 maternal relative samples. The sequencing results were compared with each other and with the Anderson's sequence in Genbank. However there are some special cases in which different human remain samples have same HV1 region. We suggest additional analysis methods such as sequencing of HV2 and HV3 region on mtDNA, DNA nuclear analysis in order to get the most accurate results. In conclusion mtDNA is a useful tool for identification of human remains. The final results showed that there is exact sequence match between 15 human remain and 15 maternal relative person samples.

Key words: mitochondrial DNA, identification of human remains, hypervariable region.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giám định ADN là một trong những phương pháp quan trọng hàng đầu trong xác định quan hệ huyết thống, xác định danh tính cá thể phục vụ đắc lực cho công tác tố tụng, điều tra cũng như trong các vụ việc dân sự. Thông thường việc phân tích ADN trong nhân sẽ được thực hiện. Tuy nhiên trong một số trường hợp, mẫu đã bị phân hủy nhiều, phân tích ADN nhân tế bào không thu được kết quả hoặc kết quả không đầy đủ để kết luận thì phương pháp tốt nhất được áp dụng là phân tích sự đa hình trong hệ gen ty thể bởi một số đặc điểm nổi bật của ADN ty thể như: di truyền theo dòng mẹ, tồn tại dạng mạch vòng trong ty thể với số lượng hàng nghìn bản sao trong một tế bào. Đặc biệt phân tích ADN ty thể từ tóc, xương và răng thường thu được kết quả tốt là do DNA ty thể được bảo vệ trong các lớp keratin (tóc), và hydroxyapatite (răng và xương) [4]. Phân tích ADN ty thể chủ yếu dựa trên các vùng siêu biến HV1, HV2, HV3 là các vùng có tốc độ tiến hóa nhanh, nó có ý nghĩa quan trọng trong các trường hợp không phân tích được ADN trong nhân tế bào [1].

Hiện nay, kết luận giám định ADN mang tính quyết định đối với rất nhiều vụ việc mang tính hình sự cũng như tranh chấp dân sự. Ở nước ta, ứng dụng phân tích trình tự nucleotide ADN ty thể hỗ trợ cho việc định danh hài cốt liệt sĩ còn thiếu thông tin đã được chính phủ phê duyệt trong đề án Số 150/QĐ-TTg ngày 14/01/2013 đặt mục tiêu đến năm 2020 sẽ trả lại tên cho 70 000 liệt sĩ vô danh.

Phương pháp nghiên cứu ban đầu là giải trình tự vùng siêu biến HV1 và so sánh đối chiếu với trình tự chuẩn (GenBank: J01415.2), từ đó so sánh các trình tự nucleotide trên đoạn HV1 của các mẫu hài cốt với các trình tự nucleotide của mẫu thân nhân. Tuy nhiên, trong một số trường hợp các mẫu hài cốt cũng như mẫu thân nhân của các hài cốt đó có trình tự nucleotide vùng HV1 hoàn toàn trùng nhau nên phạm vi phân tích cần được mở rộng hơn. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này trên cơ sở giải trình tự nucleotide các vùng siêu biến HV1, HV2 và HV3 trên ADN ty thể người nhằm phân tích và phát hiện đặc điểm đa hình có giá trị ứng dụng trong giám định hài cốt ở Việt Nam. Trong trường hợp đặc biệt, trình tự nucleotide trên cả ba vùng HV1, HV2, HV3 của các mẫu hài cốt trùng nhau, chúng ta bắt buộc phải phân tích thêm một số locus STR để phân biệt các mẫu hài cốt này.

II. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Vật liệu nghiên cứu là 31 mẫu xương chưa rõ danh tính được thu thập tại nghĩa trang liệt sỹ huyện Bát Xát, tỉnh Lào Cai (ký hiệu mẫu từ BX1 đến BX29 và BQ02 đến BQ04) và mẫu máu của 23 thân nhân có quan hệ huyết thống theo dòng mẹ với các liệt sỹ (ký hiệu mẫu từ LC1 đến LC23).

Phương pháp tách chiết ADN: Các mẫu xương lâu năm được loại bỏ 0,2mm bề mặt bằng máy mài; rửa 2 lần bằng sodium hypochlorite 10%, nước cất; siêu âm 20 phút. Tách chiết ADN ty thể bằng QIAamp® DNA Investigator Kit của hãng QIAGEN (Đức). Tách chiết ADN ty thể từ mẫu máu người sống bằng phương pháp Chelex®100 theo quy trình giám định tại Viện Pháp y quốc gia. Sau khi tách chiết, các mẫu ADN được kiểm tra chất lượng, nồng độ và độ tinh sạch trước khi thực hiện phản ứng PCR.

Phương pháp PCR: Ba vùng gen HV1, HV2, HV3 được khuếch đại bằng phương pháp PCR sử dụng các cặp mồi sau:

HVI-F: 5'-TGATTTACGGAGGATGGTG -3',
HVI-R: 5'-CTCCACCATTAGCACCCAAAG -3'
HVII-F: 5'-GGTCTATCACCCCTATTAAACCAC3'
HVII-R: 5'-CTGTAAAGTGCATACCGCC-3'

HVIII-F: 5'-TTGAGGAGGTAAGCTACATA-3'
 HVIII-R: 5'-CAAGAACCCTAACACCAGC-3'

Các cặp mồi trên đây được thiết kế bằng phần mềm Primer3plus, dựa vào trình tự rCRS (Revised Cambridge Reference Sequence - J01415.2) trên ngân hàng gen quốc tế, đã được kiểm tra đánh giá và sử dụng trong Quy trình giám định ADN ty thể thường quy tại Viện pháp y quốc gia.

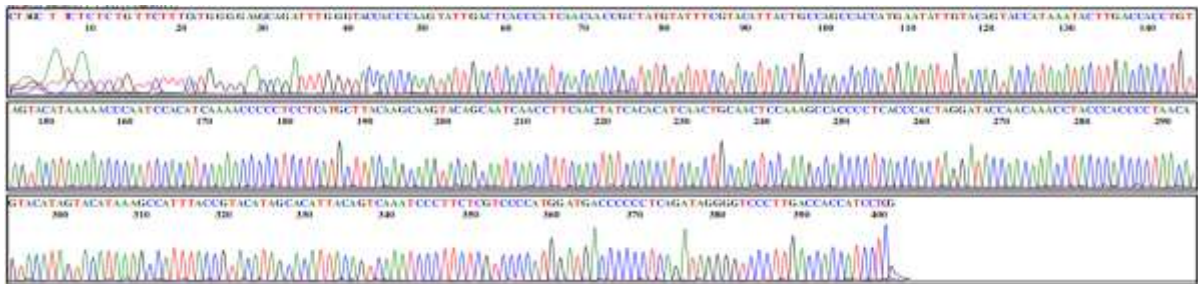
Phương pháp giải trình tự gen: Theo qui trình và sử dụng phương pháp BigDye Terminator sequencing (Applied Biosystems), tiến hành trên hệ thống máy 3500 Genetic Analyzer. Phân tích kết quả dựa trên so sánh với trình tự tham khảo trên Genbank (rCRS - GenBank accession: J01415.2) và so sánh giữa các mẫu với nhau sử dụng phần mềm BioEdit và ApE.

Phương pháp phân tích các locus STR trên ADN nhân: Đối với các mẫu có trình tự

nucleotide vùng HV1, HV2, HV3 hoàn toàn trùng nhau, chúng tôi sẽ tiếp tục tiến hành phân tích các locus STR trong nhân tế bào theo PowerPlex® Fusion System Kit của hãng Promega (Mỹ), chạy phân tích đoạn trên hệ thống máy 3500 Genetic Analyzer theo hướng dẫn của nhà sản xuất. Đọc kết quả bằng phần mềm Genemarker® ID-X.

III. KẾT QUẢ

Giải trình tự vùng gen HV1: Sản phẩm PCR của vùng gen HV1 được tiến hành giải trình tự gen và được so sánh với trình tự tham khảo trên GeneBank (rCRS - GenBank: J01415.2). Hình ảnh giải trình tự gen vùng siêu biến HV1 cho thấy các đỉnh rõ nét, đảm bảo cho việc phân tích chính xác kết quả (hình 1).



Hình 1. Hình ảnh giải trình tự vùng HV1 trên ADN ty thể minh họa của mẫu BX5

Tổng số có 70 vị trí đa hình được tìm thấy trên vùng siêu biến HV1. Mẫu có ít vị trí đa hình nhất là 2 trong khi mẫu có nhiều vị trí đa hình nhất là 10. Chi tiết về các vị trí đa hình được trình bày ở bảng 1. Các vị trí đa hình thường gặp ở các mẫu nghiên cứu là 16223T (chiếm 38,9%), 16129A (chiếm 33,3%), 16189C (chiếm 25,9%). Nhìn chung các kết quả thu được về các vị trí đa hình trên vùng gen HV1 phản ánh tốc độ đột biến cao của vùng gen này. Dựa vào việc phân tích trình tự HV1 và so sánh đối chiếu giữa các mẫu hài cốt và mẫu thân nhân chúng tôi đã xác định được 16 mẫu hài cốt có trình tự nucleotide trùng hoàn toàn với 14 mẫu thân nhân, 15 mẫu

hài cốt và 9 mẫu thân nhân còn lại không trùng khớp với nhau (Bảng 1).

Trong 16 trường hợp mẫu hài cốt và thân nhân liệt sỹ có vùng HV1 trùng nhau dựa vào các thông tin khác thu thập về danh tính hài cốt, thân nhân cho phép chúng tôi kết luận đã định danh chính xác được 12 mẫu hài cốt liệt sỹ. Ngoài ra có các trường hợp cần tiến hành thêm các phân tích bổ trợ là mẫu hài cốt BX11 và BX19 có trình tự vùng HV1 trùng nhau và hoàn toàn trùng khớp với mẫu thân nhân LC05, hai mẫu hài cốt BX21 - BX27 có trình tự vùng HV1 trùng nhau và trùng với 2 mẫu thân nhân LC04 - LC18.

Bảng 1. Vị trí sai khác vùng HV1 (so sánh với rCRS) của các mẫu nghiên cứu

STT	Ký hiệu	Vị trí sai khác của mẫu với rCRS HV1 (*) (16024-16365)	Ký hiệu	Vị trí sai khác của mẫu với rCRS HV1 (*) (16024-16365)
Mẫu hài cốt liệt sỹ và thân nhân trùng nhau ở vùng gen HV1				
		Mẫu hài cốt liệt sỹ		Mẫu thân nhân
1	BX03	223T, 284G, 298C, 327T	LC23	223T, 284G, 298C, 327T
2	BX05	129A, 192T, 223T, 297C	LC10	129A, 192T, 223T, 297C
3	BX07	140C, 183C, 189C, 264T, 266A	LC09	140C, 182C, 183C, 189C, 266A
4	BX08	181C, 182C, 183C, 189C, 213A, 217C, 261T	LC01	181C, 182C, 183C, 189C, 213A, 217C, 261T
5	BX09	223T, 257A, 261T, 311C	LC17	223T, 257A, 261T, 311C
6	BX10	129A, 172C, 304C	LC08	129A, 172C, 304C

7	BX11	108T, 129A, 162G, 172C, 304C	LC05	108T, 129A, 162G, 172C, 304C
8	BX16	129A, 140C, 183C, 189C, 266A	LC19	129A, 140C, 183C, 189C, 266A
9	BX17	223T, 263C, 298C, 327T	LC15	223T, 263C, 298C, 327T
10	BX19	108T, 129A, 162G, 172C, 304C	LC05	108T, 129A, 162G, 172C, 304C
11	BX20	129A, 148T, 162G, 172C, 244A, 304C, 335G	LC22	129A, 148T, 162G, 172C, 244A, 304C, 335G
12	BX21	129A, 172C, 295T, 304C	LC04	129A, 172C, 295T, 304C
13	BX22	124C, 140C, 182C, 183C, 189C, 261T, 266A	LC07	124C, 140C, 182C, 183C, 189C, 261T, 266A
14	BX26	092C, 223T, 362C	LC16	092C, 223T, 362C
15	BX27	129A, 172C, 295T, 304C	LC18	129A, 172C, 295T, 304C
16	BX29	140C, 182C, 183C, 189C, 266A	LC09	140C, 182C, 183C, 189C, 266A
Mẫu hài cốt và thân nhân không trùng nhau ở vùng gen HV1				
		Mẫu hài cốt liệt sỹ		Mẫu thân nhân
17	BQ02	124C, 223T, 290T, 319A, 362C	LC02	148T, 181A, 182A, 183A, 189C, 213A, 217C, 261T, 292T, 362C
18	BQ03	223T, 234T, 235G, 290T, 319A	LC03	106A, 140G, 166C, 200T, 274C
19	BQ04	189C, 292T, 304C	LC06	200T, 275C, 304T
20	BX01	223T, 290T, 319A, 362C	LC11	140C, 183C, 189C, 266A
21	BX02	176G, 223T, 278T	LC12	106A, 149C, 255T, 281C
22	BX04	129A, 223T, 256T, 270T	LC13	200T, 226C, 321T, 339C
23	BX06	129A, 162G, 172C, 304C	LC14	85T, 106A, 139G, 149C, 233T, 281C, 288C
24	BX28	140C, 183C, 189C, 266A	LC20	69C, 200T, 339C
25	BX12	185T, 223T, 297C, 348T	LC21	092C, 223T, 278T, 290T, 362C
26	BX13	183C, 189C, 223T, 271C, 362C		
27	BX14	115T, 150T, 173T, 239G		
28	BX15	185T, 223T, 304C, 257A		
29	BX18	092C, 223T, 278T, 290T, 362C		
30	BX24	093C, 129A, 223T, 263C, 262C		
31	BX25	223T, 260T		

(*) Trình tự nucleotide trên đoạn HV1 của các mẫu cộng thêm 16000 vào số đếm các vị trí sai khác. Chúng tôi tiếp tục giải trình tự vùng HV2 của các cặp mẫu này. Với cặp mẫu BX11 – BX19 kết quả giải trình tự gen vùng HV2 cho thấy có sự trùng khớp giữa mẫu hài cốt BX19 và mẫu thân nhân LC5. Ngược lại mẫu BX11 khác LC5 tại 2 điểm C trong poly C của HV2 (Bảng 2). Đây là luận cứ để kết luận mẫu hài cốt liệt sỹ BX19 có quan hệ huyết thống theo dòng mẹ với người có mẫu ký hiệu LC5.

Bảng 2. So sánh trình tự nucleotide vùng HV1, HV2 của nhóm 3 mẫu trùng nhau

Ký hiệu mẫu	Vị trí các nucleotide sai khác									
	HV1 (16024-16365)					HV2 (73 - 304)				
	16108	16129	16162	16172	16304	249	263	305	310	312
rCRS	C	G	A	T	T	A	A	C	T	C
LC5	T	A	G	C	C	-	G	C	T	CC
BX11	T	A	G	C	C	-	G	T	CCC	T
BX19	T	A	G	C	C	-	G	C	T	CC

** Dấu gạch ngang (-) biểu thị điểm nucleotide bị khuyết so với trình tự rCRS

Trường hợp 2 mẫu hài cốt BX21 – BX27 có trình tự vùng HV1 giống nhau và trùng với 2 mẫu thân nhân LC4 và LC18, kết quả giải trình tự thêm vùng HV2 và HV3 vẫn cho trình tự nucleotide hoàn toàn trùng khớp nhau trên cả hai vùng này (Bảng 3).

Bảng 3. So sánh trình tự nucleotide vùng HV1, HV2, HV3 của nhóm 4 mẫu trùng nhau

Ký hiệu mẫu	Vị trí các nucleotide									
	HV1 (16024-16365)				HV2 (73 - 304)				HV3 (438 - 574)	
	16129	16172	16295	16304	72	249	263	310	523	524
rCRS	G	T	C	T	A	A	A	C	A	C
LC4	A	C	T	C	G	-**	G	CC	-	-
LC18	A	C	T	C	G	-	G	CC	-	-
BX21	A	C	T	C	G	-	G	CC	-	-
BX27	A	C	T	C	G	-	G	CC	-	-

** Dấu gạch ngang (-) biểu thị điểm nucleotide bị khuyết so với trình tự rCRS

Để giải quyết vấn đề 4 mẫu có trình tự vùng HV1, HV2, HV3 hoàn toàn trùng nhau này chúng tôi tiếp tục tiến hành phân tích các locus STR trên ADN trong nhân của các mẫu LC04 (là mẫu của mẹ liệt sĩ) và 2 mẫu hài cốt BX21, BX27 sử dụng PowerPlex® Fusion System Kit (Promega - Mỹ), (LC18 là mẫu của em gái liệt sĩ nên không thích hợp để so sánh ADN trong nhân).

Kết quả phân tích các locus STR với mẫu BX21 chỉ thu được một số alen, với mẫu BX27 không thu

được alen nào. Các alen thu được của mẫu BX21 không có alen nào trùng với các alen của mẫu LC4 (mẹ liệt sĩ) trên các locus D10S1248; D16S539; TH01; D8S1179 chứng tỏ người có mẫu ký hiệu LC4 không có quan hệ huyết thống mẹ - con với mẫu hài cốt liệt sĩ ký hiệu BX21 (Bảng 4). Dùng phương pháp loại trừ, ta có thể kết luận người có mẫu ký hiệu LC4, LC18 có quan hệ huyết thống theo dòng mẹ lần lượt tương ứng với mẫu hài cốt liệt sĩ ký hiệu BX27, BX21.

Bảng 4. Kết quả phân tích các locus STR trong nhân tế bào của mẫu LC4, BX21

Mẫu \ Locus	D3S1358	D1S1656	D2S441	D10S1248	D13S317	Penta E
LC4	15	14; 15	11	13; 16	8; 9	11; 12
BX21	15; 17	10; 14	14; -	12; 19	-	-
Mẫu \ Locus	D16S539	D18S51	D2S1338	CSF1PO	Penta D	TH01
LC4	9; 11	14	17; 19	11; 12	10; 13	7
BX21	10; 13	13; -	25; -	12; -	-	8; 9
Mẫu \ Locus	vWA	D21S11	D7S820	D5S818	TPOX	DYS391
LC4	14; 18	30.2; 32.2	10; 12	10; 11	8; 11	-
BX21	10; -	28; -	10; -	-	13; -	-
Mẫu \ Locus	D8S1179	D12S391	D19S433	FGA	D22S1045	Ameloge nin
LC4	13; 15	18; 20	13	22; 25	11; 17	XX
BX21	10; 14	19	13; 15.2	-	15; -	XY

IV. BÀN LUẬN

Những nghiên cứu gần đây trên thế giới đã phân loại nhóm đơn bội ADN ty thể dựa vào các vị trí đa hình đặc trưng trên ADN ty thể mà đặc biệt là các vị trí đa hình trên vùng HV1. Kết quả nghiên cứu trên 31 mẫu hài cốt liệt sĩ của chúng tôi cho thấy nhóm đơn bội F1a (16129A, 16172C, 16304C) chiếm tỷ lệ cao nhất là 22,5% (7/31 mẫu). Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đây của Han Jun Jin và cộng sự trên 47 người Việt Nam cho thấy haplogroup F1a có tỷ lệ cao nhất là 21,3% (10/47) [2], nghiên cứu của Trần Thị Thúy Hằng trên 50 người dân tộc Kinh là 22% (11/50) [7]. Như vậy, trong trường hợp hai mẫu giám định ADN ty thể cần so sánh đều có trình tự nucleotide vùng HV1 thuộc nhóm F1a thì cần tiến hành giải trình tự thêm các vùng HV2, HV3 và cuối cùng là phân tích một số locus STR để có thể đưa ra kết luận đáng tin cậy nhất.

Đối với các mẫu BX21, BX27, LC4, LC18 có trình tự nucleotide hoàn toàn trùng nhau trên cả 3 vùng siêu biến HV1, HV2, HV3. Bốn mẫu này chỉ có thể phân biệt dựa trên phân tích một số locus STR trên ADN nằm trong nhân tế bào. Như vậy, khả năng hai người bất kỳ có trình tự ADN ty thể vùng siêu biến HV1, HV2, HV3 trùng nhau

ngẫu nhiên là một thực tế. Nhiều nghiên cứu trên các quần thể người khác nhau đã đưa ra vấn đề này. Nghiên cứu của Kato và cộng sự trên 394 người Nhật Bản cho thấy xác suất trùng nhau vùng HV1 giữa 2 người ngẫu nhiên là 1,95% [3], của Nur Haslindawaty trên 248 người Malaysia cho thấy xác suất 2 người giống nhau haplotype trên ADN ty thể là 0,93% [5]. Theo nghiên cứu khác haplogroup phổ biến nhất trên vùng HV1 và HV2 được tìm thấy ở 7% số người da trắng Caucasians ở Mỹ [6]. Ở Việt Nam hiện vẫn chưa có nghiên cứu nào công bố về xác suất trùng nhau ngẫu nhiên vùng HV1, HV2 và HV3 giữa những người không có quan hệ huyết thống.

Kết quả nghiên cứu trên cho thấy phân tích ADN ty thể là phương pháp phù hợp nhất hiện nay đối với các mẫu xương lâu năm. Tuy nhiên giám định ADN ty thể chỉ có ý nghĩa truy nguyên theo nhóm và mẫu của người so sánh phải có huyết thống theo dòng mẹ với mẫu nghi vấn. Đặc biệt sẽ có trường hợp trình tự nucleotide của hai hay nhiều mẫu trùng nhau ngẫu nhiên hay do đột biến với xác suất thấp. Để phân biệt các mẫu này thì phương pháp bổ trợ đáng tin cậy nhất được sử dụng đó là phân tích một số locus STR trên ADN trong nhân tế bào.

V. KẾT LUẬN

Đã xác định được trình tự vùng HV1 trên ADN ty thể của 54 mẫu trong đó có 31 mẫu hài cốt liệt sĩ và 23 mẫu máu của các thân nhân liệt sĩ. Kết hợp việc giải trình các vùng siêu biến HV1, HV2 và HV3 trên ADN ty thể và phân tích ADN trong nhân tế bào đã xác định được thân nhân cho 15 mẫu hài cốt liệt sĩ, lưu trữ 16 trình tự nucleotide vùng HV1 của các mẫu hài cốt và 8 mẫu thân nhân liệt sĩ còn lại tại Viện Pháp y quốc gia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Budowle, B., Allard, M. W., Wilson, M. R., & Chakraborty, R. 2003. Forensics and mitochondrial DNA: applications, debates, and foundations. *Annu Rev Genomics Hum Genet*, 4, 119-141.
2. Jin, H. J., Tyler-Smith, C., & Kim, W. 2009. The peopling of Korea revealed by analyses of mitochondrial DNA and Y-chromosomal markers. *PLoS One*, 4(1), e4210.
3. Kato, H., Maeno, Y., Ohira, H., Yamada, Y., & Nagao, M. 2009. Molecular analysis of mitochondrial hypervariable region 1 in 394 Japanese individuals. *Leg Med (Tokyo)*, 11 Suppl 1, S443-445.
4. Kidgotko, O. V., Kustova, M. Y., Sokolova, V. A., Bass, M. G., & Vasilyev, V. B. 2013. Transmission of human mitochondrial DNA along the paternal lineage in transmittochondrial mice. *Mitochondrion*, 13(4), 330-336.
5. Nur Haslindawaty, A. R., Panneerchelvam, S., Edinur, H. A., Norazmi, M. N., & Zafarina, Z. 2010. Sequence polymorphisms of mtDNA HV1, HV2, and HV3 regions in the Malay population of Peninsular Malaysia. *Int J Legal Med*, 124(5), 415-426.
6. Parsons, T. J., Coble, M. D. 2001. Increasing the forensic discrimination of mitochondrial DNA testing through analysis of the entire mitochondrial DNA genome. *Croat Med J*, 42(3), 304-309.
7. Trần Thị Thúy Hằng, T. H. T., Bùi Thị Minh Phương, Trần Văn Khánh. 2015. Đa hình gen ty thể HV1 và HV2 trên một nhóm người dân tộc Kinh ở Việt Nam. *Tạp chí nghiên cứu y học*, 96(4), 23-3

XÁC ĐỊNH NHU CẦU NHÂN LỰC BÁC SỸ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA NĂM 2016

Nguyễn Thị Hoài Thu¹, Phạm Văn Tác²

TÓM TẮT

Theo Tổ chức Y tế thế giới, nhân lực làm một trong số 6 cấu phần quan trọng của hệ thống y tế. Để tạo ra dịch vụ y tế có chất lượng đòi hỏi các cơ sở y tế phải có một đội ngũ nhân lực có trình độ, năng lực và động lực làm việc cao. Hiện nay hầu hết các đơn vị y tế vẫn đang gặp khó khăn trong việc tính toán khối lượng công việc của các loại hình nhân viên và tính toán nhu cầu nhân lực nhằm đáp ứng nhu cầu cung cấp dịch vụ. Bộ chỉ số khối lượng công việc (Workload Indicators of staffing Need - WISN) cho phép tính toán nhu cầu nhân lực mang tính hệ thống và dựa trên bằng chứng. Nghiên cứu này áp dụng phương pháp WISN để tính toán nhu cầu nhân lực tại Bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh Thanh Hóa năm 2015 nhằm xác định nhu cầu nhân lực bác sĩ cần có tại một số khoa thuộc bệnh viện. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng và định tính, và rà soát số liệu thứ cấp. Đối tượng nghiên cứu là bác sĩ các khoa Ngoại và Nội được lựa chọn vào nghiên cứu. Trong số 6 khoa nghiên cứu, 3 khoa Ngoại và một khoa Nội đang thiếu từ 1-3 bác sĩ, trong khi đó có một khoa Nội đang thừa 1 bác sĩ. Về thời gian dành cho hoạt động chuyên môn và hành chính thì tỉ lệ thời gian làm các công việc hành chính ở khối Nội cao hơn khối

Ngoại, có khoa lên tới xấp xỉ 40% tổng thời gian của bác sĩ. Kết quả tính toán nhu cầu nhân lực hoàn toàn phù hợp với nhận định của các trưởng phó khoa lâm sàng, do đó có thể sử dụng để bố trí lại nhân lực trong khoa, hoặc bố trí lại công việc cho phù hợp với nhân lực của các khoa.

Từ khóa: xác định nhu cầu nhân lực, nhân lực y tế, khối lượng công việc, bác sĩ.

SUMMARY

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

According to the World Health Organization, health workforce is one of 6 blocks of health system. In order to be capable to provide quality health services requires health facilities to have a competent and high motivated health workforce. Today almost health facilities has been facing challenges in calculating the workload and determining the staff need to meet health service demand. Workload Indicators of Staffing Need (abbreviated as WISN), a tool suggested by World Health Organization can be used in a systematic and evidence-based method to calculate staff requirements of a health facility. This study applies WISN to calculate requirement in medical doctor of several clinical departments in Thanh Hoas general hospital in 2016. This study uses mix methods, including data retrieval. Participants included all doctors in the selected clinical departments of hospital. Out of 6 selected departments, three Surgical Departments and one Internal Medicine Departments lacked from 1-3 medical doctors, whereas one department had more doctors than current need. Regarding the time spent for administrative activities,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Vụ Tổ chức cán bộ, Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu

Email: nguyenhoaitu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018

Ngày duyệt bài: 6.3.2018

result showed that medical doctors in the Internal Medicine departments tend to spend more time on administrative activities than those in the Surgical departments, especially one department had average proportion of time spent for administrative activities was approximately 40%. Results shows that WISN is an appropriate and practical method for calculation of staff requirement in health facilities. While in some departments, staffing need is higher than current number of health workers in 2014, required number of staff (nurses and doctors) in others departments are relatively lower than actual numbers.

Key words: determine of staff requirement, health workforce, work load, medical doctor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, các đơn vị y tế công chủ yếu dựa vào Thông tư liên tịch 08 hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế công [1] và Nghị định 41 hướng dẫn xây dựng đề án vị trí việc làm [2] để làm cơ sở trong việc lập kế hoạch và tuyển dụng nhân lực. Tuy nhiên, nhiều báo cáo gần đây cho thấy các cơ sở y tế chưa có khả năng xác định được chính xác khối lượng công việc cũng như số lượng nhân viên cần thiết để đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh [3]. Vì vậy, một phương pháp tính toán nhu cầu nhân lực mang tính hệ thống và dựa trên bằng chứng là cần thiết để hỗ trợ các nhà lãnh đạo và quản lý y tế trong việc xác định nhu cầu nhân lực, sắp xếp bố trí nhân lực và lập kế hoạch nhân lực một cách hiệu quả [4]. Bộ chỉ số khối lượng công việc để tính toán nhu cầu nhân lực (Workload Indicators of staffing Need - WISN) sử dụng các số liệu thống kê sẵn có tại cơ sở cân nhắc đến các yếu tố như nhu cầu khám chữa bệnh và sử dụng dịch vụ y tế, tới tính chất phức tạp của dịch vụ chăm sóc cho phép xác định chính xác số lượng nhân lực y tế cần thiết với từng loại hình dịch vụ y tế [5]. Cho tới nay, bộ công cụ WISN đã được áp dụng tại nhiều nước ở châu Á và châu Phi như Indonesia, Namibia, Uganda, Mozambique [6]... Tại Việt Nam, phương pháp WISN mới chỉ được thử nghiệm tại một vài đơn vị y tế dự phòng và một số bệnh viện [7,8]. Đề tài này áp dụng phương pháp tính toán khối lượng công việc của nhân viên y tế của Tổ chức y tế thế giới để xác định nhu cầu nhân lực bác sĩ tại một số khoa Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa nhằm đưa ra các khuyến nghị về việc lập kế hoạch nhân lực tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Thời gian: từ tháng 06/2015 tới tháng 1/2016

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

2.4. Đối tượng nghiên cứu và thu thập số liệu:

- Nghiên cứu định lượng: Tổng số 40 bác sĩ tại 6 khoa lâm sàng của BV được phát vấn bằng bộ câu hỏi bán cấu trúc. Số liệu thu thập được nhập theo các mẫu định dạng của WISN, và xử lý bằng phần mềm Excel theo hướng dẫn WISN.

- Nghiên cứu định tính: Tiến hành 4 cuộc phỏng vấn sâu (PVS) với phó giám đốc BV, đại diện phòng Tổ chức cán bộ, đại diện Trưởng khoa lâm sàng, và 6 cuộc thảo luận nhóm với các nhóm bác sĩ. Số liệu định tính được ghi chép, gỡ băng và phân tích theo các chủ đề.

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

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu[5]: Thời gian làm việc sẵn có (Available Working Time - AWT) - thời gian nhân viên y tế có trong một năm để hoàn thành thành công việc của mình, có tính tới nghỉ phép và nghỉ không phép.

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

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

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

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

2. Mô tả khối lượng công việc của bác sĩ tại các khoa lâm sàng

Bảng 1: Thời gian làm việc sẵn có của bác sĩ năm 2014

Khoa	Ngày nghỉ	Tập huấn	AWT
Ngoại 4	0	0	2008
Ngoại 5	0	0	2008
Ngoại 6	0	0	2008
Nội 5	0	0	2008
Nội 6	3.8	0.8	1970
Nội 7	6.7	1.8	1940

Từ kết quả bảng trên cho thấy, bác sĩ ở cả 3 khoa Ngoại của BV trong năm 2014 đều không có ngày nghỉ phép và ngày tập huấn. Trong khi đó ở khối Nội, khoa Nội 5 bác sĩ cũng phải làm

việc liên tục không có ngày nghỉ và ngày tập huấn. Kết quả tính toán thời gian làm việc của bác sĩ chỉ ra, tại tất cả các khoa Ngoại và khoa Nội 5, thời gian làm việc sẵn có của bác sĩ đều đạt mức tối đa 2008 giờ.

Bảng 2: Các hoạt động dịch vụ y tế bác sĩ

Cấu phần khối lượng công việc	Đơn vị tính	Khối	
		Ngoại	Nội
Làm hồ sơ: Vào viện	P/BN	15	15
Chuyển viện		30	25
Chuyển khoa		30	15
Ra viện		10	15
Theo dõi chăm sóc bệnh nhân hàng ngày	Phút/ bệnh nhân	10	10
Theo dõi bệnh nhân cấp 1/ bệnh nhân tích cực	Phút/ bệnh nhân	30	30
Làm thủ thuật	Phút/ bệnh nhân	30	10-45
Phẫu thuật	Phút/ bệnh nhân	110	

Bảng 2 mô tả hoạt động dịch vụ y tế và thời gian chuẩn cho từng hoạt động của bác sĩ

Hoạt động chăm sóc cho bệnh nhân bao gồm hoạt động chăm sóc tích cực bệnh nhân tích cực và theo dõi chăm sóc bệnh nhân hàng ngày. Khác với khoa Nội, bác sĩ khoa Ngoại có thêm hoạt động phẫu thuật, thời gian trung bình khoảng 110 phút/ bệnh nhân.

Bảng 3. Hoạt động hỗ trợ của bác sĩ

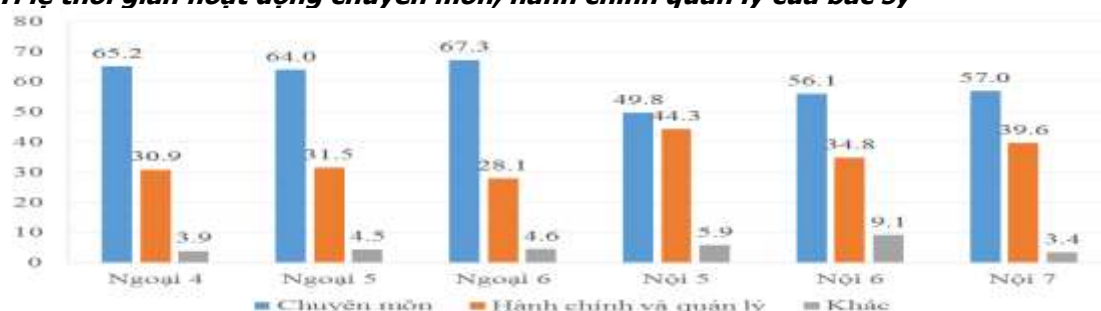
Cấu phần công việc	Đơn vị tính	Khối	
		Ngoại	Nội
Đi buồng trước giao ban	Phút/ ngày	20-40	60
Giao ban khoa	Phút/ngày	30	30
Họp khoa	Phút/tháng	60	60
Kiểm tra định kỳ của BV	Giờ/tháng	5	6

Một số hoạt động hỗ trợ chính các bác sĩ tại bệnh viện thực hiện bao gồm: đi buồng trước giao ban, giao ban khoa, họp khoa, kiểm tra định kì bệnh viện. Hoạt động đi buồng trước giao ban

có sự khác nhau giữa các khoa trong bệnh viện. Thời gian họp khoa và giao ban khoa trung bình ở hai khối Nội và Ngoại tương tự nhau, trong khi thời gian đi buồng ở khối Nội cao hơn so với khối Ngoại.

Các hoạt động bổ sung: Hoạt động bổ sung là hoạt động chỉ có một số thành viên trong cùng hạng mục làm và không có số liệu thống kê. Hoạt động bổ sung của bác sĩ bao gồm hoạt động của trưởng khoa và hoạt động của một số bác sĩ khác làm như bình bệnh án tại viện, hội chẩn liên khoa/khoa khác. Tùy theo đặc thù khoa mà thời gian hoạt động bình bệnh án, hội chẩn, khám phòng khám/phòng chuyên môn là khác nhau.

Tỉ lệ thời gian hoạt động chuyên môn, hành chính quản lý của bác sĩ



Hình 1: Tỉ lệ thời gian dành cho chăm sóc, hành chính quản lý của bác sĩ

Tỉ lệ thời gian dành cho hoạt động chuyên môn của bác sĩ Ngoại BVĐK Thanh Hóa là 64% đến 67%, cao hơn so với tỉ lệ thời gian bác sĩ Nội dành cho nhóm hoạt động này. Kết quả cũng tương tự như BVĐK Bắc Giang cho thấy bác sĩ Nội có tỉ lệ thời gian cho các hoạt động hành chính và quản lý nhiều hơn so với các bác sĩ Ngoại.

3. Xác định nhu cầu nhân lực bác sĩ tại các khoa: Phẫu thuật và theo dõi chăm sóc bệnh nhân hàng ngày là 2 hoạt động chiếm phần lớn khối lượng công việc. Căn cứ vào lượng bệnh nhân ngoại trú và nội trú, số ca phẫu thuật và thủ thuật trong năm 2014 chúng tôi áp dụng phương pháp tính toán của Tổ chức Y tế thế giới và thu được kết quả trong bảng 4.

Bảng 4: Áp lực công việc của bác sĩ bệnh viện

Khoa	Số lượng bác sĩ 2014	Số lượng thực tế làm việc 2014	Nhu cầu theo WISN	Vấn đề Đội ngũ nhân sự	Tỉ lệ WISN	Áp lực khối lượng công việc
Ngoại 4	6	5,5	8	Thiếu 2	0,7	Cao
Ngoại 5	6	5,3	6	Thiếu 1	0,9	Thấp
Ngoại 6	5	4	6	Thiếu 2	0,7	Cao
Nội 5	9	7,9	8	Không thiếu	1	Bình thường
Nội 6	6	4,7	5	Không thiếu	0,9	Thấp
Nội 7	9	6,5	9	Thiếu 3	0,7	Cao

Kết quả cho thấy, trong 6 khoa Ngoại và Nội của BVĐK Thanh Hóa khảo sát về khối lượng công việc, ngoại trừ khoa Nội 5 áp lực công việc của bác sĩ là bình thường thì các khoa còn lại hạng mục nhân sự bác sĩ trong năm 2014 đều chịu áp lực công việc từ mức ít cho tới cao. Áp lực công việc với bác sĩ khoa Ngoại 4, Ngoại 6 và Nội 7 là lớn nhất với hệ số WISN là 0,7. Trong đó khoa Ngoại 4 và Ngoại 6 nhu cầu nhân lực tính theo WISN đều cao hơn so với số lượng bác sĩ của khoa có năm 2014 và số lượng bác sĩ thực tế năm 2014. Khoa Nội 7, do số lượng bác sĩ nghỉ học và thai sản nhiều nên các bác sĩ còn lại trong khoa đều chịu áp lực lớn để đảm nhiệm phần công việc thay, nếu các bác sĩ đi làm đầy đủ thì có thể đáp ứng được khối lượng công việc trong khoa. Áp lực công việc được thể hiện rõ nhất ở việc theo quy định, các bác sĩ sau khi trực được nghỉ bù, tuy nhiên thực tế bởi công việc trong khoa lớn nên hầu như không có ngày nghỉ trực bù. *"...thì đúng là theo quy định trực là được nghỉ bù, nhưng thực tế nhiều lúc được nghỉ đâu... lắm hôm đêm hôm trước vừa trực, hôm sau vẫn phải làm việc cả ngày đấy..."*. PVS_Khoa Ngoại 4.

Các khoa Ngoại 5 và Nội 6 bác sĩ trong năm 2014 cũng chịu áp lực ở mức độ thấp do nhân lực trong khoa cũng có người đi học và thai sản. Tuy nhiên nếu nhân lực đi làm đủ thì sẽ đáp ứng được với khối lượng công việc của năm 2014.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian làm việc sẵn có của bác sĩ: Trong nghiên cứu này, thời gian làm việc sẵn có của các bác sĩ được khảo sát dựa trên kết quả thảo luận nhóm và hồi cứu số liệu thống kê về ngày nghỉ của từng khoa. Kết quả cho thấy có sự chênh lệch lớn về thời gian làm việc sẵn có giữa các khoa Ngoại và khoa Nội. Các khoa Ngoại đều có thời gian làm việc sẵn có ở mức gần tối đa là 2008 giờ/năm, cao hơn hẳn so với một số nghiên cứu thực hiện ở châu Phi và các nước châu Á khác.[6].

4.2. Thời gian các bác sĩ dành cho các hoạt động hành chính: Tỉ lệ thời gian dành cho hoạt động chuyên môn của bác sĩ Ngoại

BVĐK Thanh Hóa là 64% đến 67%, cao hơn so với tỉ lệ thời gian bác sĩ Nội dành cho nhóm hoạt động này. Kết quả cũng tương tự như BVĐK Bắc Giang cho thấy bác sĩ Nội có tỉ lệ thời gian cho các hoạt động hành chính và quản lý nhiều hơn so với các bác sĩ Ngoại. Trung bình bác sĩ Nội của BV dành thời gian từ 35% đến 44% cho các hoạt động hành chính và quản lý, trong đó nặng nhất là ghi chép hồ sơ bệnh án, kê đơn thuốc. Tỉ lệ này ở bác sĩ Ngoại thấp hơn, từ 28% đến 31%. Bên cạnh đó kết quả cũng cho thấy, tỉ lệ thời gian cho các hoạt động hành chính, quản lý của bác sĩ BVĐK Thanh Hóa cũng cao hơn so với bác sĩ BVĐK Bắc Giang.

4.3. Nhu cầu nhân lực bác sĩ tại các khoa: Kết quả cho thấy trong số 6 khoa khảo sát thì có 4 khoa (trong đó 3 khoa Ngoại) thiếu bác sĩ với số lượng thiếu từ 1-3 và áp lực công việc tương đối cao. Kết quả này tương đồng với kết quả tại BVĐK tỉnh Bắc Giang khi hầu hết khoa Ngoại thiếu bác sĩ, có khoa lên tới 6 bác sĩ. Trong khi đó, các khoa Nội của BVĐK Bắc Giang đều không thiếu, thậm chí không có nhiều áp lực với tỉ lệ WISN cao trên 1,1. Kết quả thảo luận nhóm cho thấy số lượng bác sĩ các khoa thực tế làm việc luôn thấp hơn số bác sĩ có tại khoa (do nghỉ thai sản, nghỉ học,...) và thấp hơn nhu cầu nhân lực, gây ra áp lực cho bác sĩ. Trên thực tế, do nhu cầu phát triển chuyên môn, nhiều bác sĩ phải đi học về chuyên ngành để nâng cao trình độ và thời gian đi học có thể từ vài tháng cho tới vài năm. Đối với các khoa có bác sĩ nữ, nghỉ thai sản 6 tháng cũng là vấn đề lớn khi bố trí nhân lực đủ để đáp ứng công việc. Chính vì vậy, hầu như nhiều bác sĩ không được nghỉ trực theo quy định, tức là đêm hôm trước trực nhưng sáng hôm sau vẫn tiếp tục làm việc tại khoa, thậm chí phẫu thuật và điều trị bệnh nhân. Điều này có thể dẫn tới quá tải công việc cho bác sĩ, và có thể dẫn đến sai sót y khoa khi người bác sĩ quá mệt mỏi.

V. KẾT LUẬN

WISN là một phương pháp phù hợp và khả thi để tính toán nhu cầu nhân lực bệnh viện. Về nhu

cầu nhân lực, hiện tại ở nhiều khoa nhu cầu nhân lực chênh lệch so với số lượng nhân lực hiện có. Trong số 6 khoa nghiên cứu, 3 khoa Ngoại và một khoa Nội đang thiếu từ 1-3 bác sỹ, trong khi đó có một khoa Nội đang thừa 1 bác sỹ. Về thời gian dành cho hoạt động chuyên môn và hành chính thì tỉ lệ thời gian làm các công việc hành chính ở khối Nội cao hơn khối Ngoại, có khoa lên tới xấp xỉ 40% tổng thời gian của bác sỹ. Kết quả tính toán nhu cầu nhân lực hoàn toàn phù hợp với nhận định của các trưởng phó khoa lâm sàng, do đó có thể sử dụng để bố trí lại nhân lực trong khoa, hoặc bố trí lại công việc cho phù hợp với nhân lực của các khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Bộ Nội vụ (2007), "Thông tư liên tịch số 08/2007/TTLT-BYT-BNV ngày 5 tháng 6 năm 2007: Hướng dẫn định mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước".

2. Chính phủ (2012), "Nghị định số 41/2012/NĐ-CP quy định về vị trí việc làm trong đơn vị sự nghiệp công lập".

3. Bộ Y tế (2014), Báo cáo tổng quan ngành Y tế (JAHR).

4. Lê Ngọc Trọng, Phạm Trí Dũng và cộng sự (2008), Mô tả và đánh giá thực trạng cơ sở vật chất, nhân lực, chuyên môn và công tác quản lý của hệ thống bệnh viện Việt Nam, Hà Nội.

5. WHO (2010), *Workload indicators of staffing need - User's manual*, Geneva.

6. Nguyễn Hoàng Long, Phan Thị Thu Hương, Phạm Đức Mạnh và cộng sự (2015). Áp dụng bộ chỉ số khối lượng công việc tính nhu cầu nhân lực (WISN) tại các cơ sở cung cấp dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS của Hải Phòng năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng Tập XXV, số 10 (170) 2015.

7. Phạm Văn Túc, Nguyễn Thị Hoài Thu, Nguyễn Thị Lan Hương và cộng sự (2015). Áp dụng phương pháp đánh giá khối lượng công việc của nhân lực y tế của Tổ chức Y tế thế giới (WISN) để xác định nhu cầu nhân lực tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang. Tạp chí Y học thực hành số 5 (1010), trang 52-56.

NGHIÊN CỨU GÁNH NẶNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU ĐỘT QUỴ NÃO TẠI GIA ĐÌNH Ở TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2016

Nguyễn Thành Trung*, Trương Tuấn Anh**, Võ Hồng Khôi***

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang 96 người chăm sóc chính của người bệnh đột quỵ não (ĐQN) ở tỉnh Nam Định, từ tháng 4/2016 đến tháng 10/2016, tại mỗi gia đình của họ nhằm mục đích tìm hiểu mức độ gánh nặng ở người chăm sóc và một số yếu tố liên quan tới gánh nặng chăm sóc (GNCS). Kết quả cho thấy gánh nặng chăm sóc mức trung bình là 54,2%, gánh nặng ở mức vừa phải là 36,5%. Có sự liên quan giữa gánh nặng chăm sóc với thời gian chăm sóc, kinh tế gia đình, sự hỗ trợ xã hội và các hoạt động hàng ngày của người bệnh.

Từ khóa: Đột quỵ não, người chăm sóc, gánh nặng chăm sóc.

SUMMARY

RESEARCH ON CAREGIVER BURDEN OF PATIENTS AFTER STROKE AT HOME IN NAM DINH PROVINCE IN 2016

A Cross-sectional study of 96 primary caregivers of stroke patients in Nam Dinh province from April 2016 to October 2016 was performed to determine the burden of caregivers and factors related to caregiver burden. The results showed 54.2% of caregivers

burden was at medium level, 36.5% was at moderate level. The multivariate regression model showed that time of caring, family income, activities of daily living, social support were associated with caregivers burden.

Keywords : Stroke, caregivers, caregiver burden.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não cho đến nay vẫn là vấn đề thời sự cấp thiết của y học đối với mọi quốc gia, mọi dân tộc. Bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng, tăng theo tuổi, chủ yếu từ 50 tuổi trở lên, nam thường chiếm ưu thế hơn nữ. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ đáng kể về các phương tiện chẩn đoán, điều trị và dự phòng, nhưng tỷ lệ tử vong do Đột quỵ não vẫn còn khá cao. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), ở các nước Âu, Mỹ và các nước phát triển, tỉ lệ tử vong do Đột quỵ não đứng hàng đầu trong các bệnh thần kinh, đứng hàng thứ ba sau bệnh ung thư và bệnh tim mạch, còn ở Việt Nam lại đứng hàng đầu. Bệnh cũng để lại nhiều di chứng nặng nề về tâm thần và thần kinh, là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới những người bệnh sau đột quỵ não thuộc loại đa tàn tật, ngoài giảm khả năng vận động họ còn giảm khả năng nhận thức, giao tiếp và các hoạt động sinh hoạt hằng ngày.

Gánh nặng chăm sóc là một "phản ứng sinh lý đa chiều", phát sinh từ sự mất cân bằng giữa các yêu cầu chăm sóc ở các lĩnh vực như thời gian

*Phân hiệu Trường ĐHY Hà Nội tại Thanh Hóa

**Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

***Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Trung

Email: nguyenthanhchung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.2.2018

Ngày duyệt bài: 5.3.2018

chăm sóc, vai trò xã hội, tình trạng thể chất, tinh thần, nguồn tài chính và các nguồn lực chăm sóc có sẵn để thực hiện nhiều vai trò trong chăm sóc. Gánh nặng chăm sóc do đột quỵ não được nhận thấy tăng cao, là một vấn đề sức khỏe được chú trọng quan tâm tới. Mức độ gánh nặng cho người chăm sóc dao động từ khoảng 25-54% [1]. Người chăm sóc phải thực hiện chăm sóc cả về thể chất và tinh thần cho người bệnh trong thời gian dài cả ở bệnh viện cũng như tại gia đình, vì thế họ dễ đối mặt với áp lực và căng thẳng, từ đó có thể dẫn tới gánh nặng chăm sóc. Khảo sát tại khoa Nội Thần kinh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định cho thấy số lượng người đột quỵ não tương đối nhiều, tại thời điểm khảo sát có khoảng hơn 50 người bệnh đột quỵ não đang được điều trị, những người chăm sóc chính họ khá bận nên không có nhiều thời gian để chúng tôi lấy số liệu tại bệnh viện. Để hiểu rõ tình hình thực trạng trên tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu tìm hiểu mức độ gánh nặng ở người chăm sóc và một số yếu tố liên quan tới gánh nặng chăm sóc tại gia đình ở tỉnh Nam Định năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 96 người chăm sóc chính của người bệnh sau đột quỵ não.

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

3. Thời gian và địa điểm: Từ tháng 4 năm 2016 đến tháng 10 năm 2016 tại các gia đình người chăm sóc chính người bệnh đột quỵ não tỉnh Nam Định.

4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Trong thời gian lấy đầu mỗi danh sách tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định đã nhận được sự đồng ý của 96 người chăm sóc chính người thân bị đột quỵ não cho lấy số liệu điều tra nghiên cứu tại gia đình.

Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện không sác xuất

5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi điều tra gồm năm phần: nhân khẩu học, đánh giá hoạt động cá nhân hàng ngày của người bệnh (Barthel Index), hỗ trợ chăm sóc (Multidimensional Scale of Perceived Social Support), kiến thức chăm sóc (caregiver's knowledge), gánh nặng chăm sóc (Zarit Burden Interview).

Xử lý và phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 18.

6. Các biến số và chỉ số chính trong nghiên cứu: Nhân khẩu học (tuổi, giới, nghề nghiệp, mối quan hệ giữa người chăm sóc và người bệnh); Thời gian chăm sóc; Hoạt động cá

nhân hàng ngày; Sự hỗ trợ chăm sóc; Kiến thức chăm sóc; Gánh nặng chăm sóc

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm tuổi và giới

		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	≤ 50	41	42,7
	51-60	31	32,3
	61-70	17	17,7
	71-80	6	6,2
	≥ 80	1	1,0
	$X \pm SD = 52 \pm 12,6$		
Giới	Nam	26	27,1
	Nữ	70	72,9

Bảng 1 cho thấy người chăm sóc ở độ tuổi dưới 50 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (42,7%), tiếp sau đó là từ 50-60 tuổi (32,3%), thấp nhất là nhóm tuổi trên 80 (1%). Phần lớn người chăm sóc là nữ giới (72,9%).

Bảng 2: Đặc điểm thời gian chăm sóc và thu nhập gia đình người bệnh đột quỵ não.

Đặc điểm	Nội dung	n (%)
Thời gian chăm sóc	1 giờ / ngày	2 (2,1%)
	2 giờ / ngày	28 (29,2%)
	4 giờ / ngày	14 (14,6%)
	6 giờ / ngày	19 (19,8%)
	8 giờ / ngày	15 (15,6%)
	10 giờ / ngày	7 (7,3%)
	12 giờ / ngày	6 (6,2%)
	Trên 12 giờ/ngày	5 (5,2%)
Thu nhập gia đình	Dưới 5 triệu	43 (44,8%)
	5-10 triệu	30 (31,3%)
	10-15 triệu	10 (10,4%)
	15-20 triệu	6 (6,3%)
	20-25 triệu	4 (4,2%)
	25-30 triệu	2 (2,1%)
	Trên 30 triệu	1 (1%)

Thời gian chăm sóc ở nghiên cứu này là số giờ người thực hiện chăm sóc cho người đột quỵ não trong một ngày. Bảng 3 cho thấy, phần lớn người chăm sóc dành từ 2 giờ đến 8 giờ mỗi ngày.

Kinh tế gia đình là thu nhập của cả gia đình bệnh nhân trong một tháng. Bảng 3 cũng cho thấy, thu nhập này tương đối thấp. Gần nửa số gia đình người bệnh có thu nhập thấp dưới 5 triệu đồng Việt Nam (44,8%).

2. Gánh nặng chăm sóc và các yếu tố liên quan

Bảng 3: Mức độ gánh nặng chăm sóc

Gánh nặng chăm sóc	n	Tỉ lệ %
Không có gánh nặng	9	9,4
Vừa phải	35	36,5
Trung bình	52	54,2
Tổng	96	100
$X \pm SD = 40,4 \pm 10,4; P \leq 0,05$		

Phần lớn người chăm sóc người bệnh có Gánh nặng chăm sóc là 90,6%, không có gánh nặng là 9,4%. Gánh nặng ở mức trung bình chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 54,2%, gánh nặng mức vừa phải chiếm tỷ lệ 36,5%. Trong nghiên cứu này không phát hiện Gánh nặng chăm sóc ở mức nghiêm trọng.

Bảng 4: Các yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc.

Các yếu tố liên quan	Gánh nặng chăm sóc
Thời gian chăm sóc	$P = 0,008 \leq 0,01$
Thu nhập của gia đình	$P = 0,049 \leq 0,05$
Hoạt động cá nhân hàng ngày của người bệnh	$r = -0,369; p \leq 0,01$
Sự hỗ trợ chăm sóc	$r = -0,504; p \leq 0,01$
Kiến thức người chăm sóc	$R = 0,173; p \geq 0,05$

Thời gian chăm sóc càng nhiều thì Gánh nặng chăm sóc càng tăng. Có sự liên quan giữa thời gian chăm sóc và Gánh nặng chăm sóc.

Thu nhập của gia đình càng cao thì Gánh nặng chăm sóc càng giảm đi và ngược lại, có sự liên quan giữa thu nhập gia đình và gánh nặng ở người chăm sóc.

Hoạt động cá nhân hàng ngày của người bệnh đo theo thang điểm Barthel Index, gồm 10 hoạt động chính: ăn uống, tắm, chải đầu – đánh răng, mặc – thay quần áo, đại tiện, tiểu tiện, sử dụng nhà vệ sinh, di chuyển, đi lại, lên xuống cầu thang. Hoạt động hằng ngày có ảnh hưởng trực tiếp đến gánh nặng chăm sóc.

Sự hỗ trợ chăm sóc bao gồm sự hỗ trợ từ bạn bè, gia đình và cộng đồng. Kết quả cho thấy có ảnh hưởng giữa sự hỗ trợ trong chăm sóc và gánh nặng chăm sóc. Người chăm sóc được hỗ trợ tốt sẽ có gánh nặng giảm đi và ngược lại.

Kiến thức người chăm sóc ở nghiên cứu bao gồm kiến thức về bệnh đột quỵ não và chăm sóc. Kết quả cho thấy không có sự liên quan giữa kiến thức và gánh nặng ở người chăm sóc.

IV. BÀN LUẬN

1. Tuổi, giới, nghề nghiệp của người chăm sóc

Tuổi: Phần lớn người chăm sóc người bệnh sau đột quỵ não trong độ tuổi lao động, phần lớn trong nhóm người dưới 60 tuổi. Về độ tuổi trung bình của người chăm sóc theo Jaracz và cộng sự là $53,5 \pm 13,8$ [2], theo Sreedharan là $54,37 \pm 12,07$ [3]. Ở nghiên cứu này độ tuổi trung bình của người chăm sóc là $52,0 \pm 12,6$.

Giới tính: Đại đa số người chăm sóc là nữ giới, tỷ lệ nữ/nam ở nghiên cứu của Daniel là 2,7 với số nữ 73% [4]. Ở nghiên cứu này tỉ lệ là 2,6 với số nữ là 72,9%.

2. Gánh nặng chăm sóc và các yếu tố liên quan

Gánh nặng chăm sóc: được đánh giá ở các khía cạnh mối quan hệ giữa người chăm sóc và người bệnh, tình hình sức khỏe về thể chất, tinh thần, tài chính và các mối quan hệ xã hội dựa trên bộ công cụ điều tra Zarit (Zarit Burden Interview) [5]. Kết quả trong nghiên cứu của Costa chỉ ra, số người chăm sóc có gánh nặng mức trung bình là 58,09% và mức vừa phải là 19,12%. Ở nghiên cứu này Gánh nặng chăm sóc ở mức trung bình là 54,2% và mức vừa phải là 36,5%. Phần lớn người chăm sóc có mức gánh nặng ở mức độ trung bình.

Các yếu tố liên quan đến gánh nặng chăm sóc:

Thời gian chăm sóc: Phần lớn người bệnh đột quỵ não phải điều trị khá dài trong bệnh viện cũng như sau khi ra viện. Để hỗ trợ chăm sóc cho người bệnh được tốt nhất, người chăm sóc phải dành nhiều thời gian hoặc cân đối thời gian chăm sóc và các công việc riêng khác. Điều đó dễ dẫn tới hậu quả áp lực về thời gian chăm sóc cho người chăm sóc. Số giờ chăm sóc hằng ngày cho người bệnh càng nhiều thì gánh nặng ở người chăm sóc cho người bệnh được xác định cao [6].

Kinh tế gia đình: Rất nhiều nghiên cứu và các báo cáo đã cho thấy, chi phí điều trị cho người bệnh đột quỵ não khá tốn kém. Ngoài việc phải trả chi phí điều trị tại bệnh viện còn cần có chi phí để tiếp tục điều trị và chăm sóc tại gia đình lâu dài sau khi ra viện. Chất lượng người bệnh được chăm sóc, phục hồi bệnh có tốt hay không một phần cũng do chi phí chữa trị có được đảm bảo hay không. Việc chăm sóc và điều trị cho người bệnh đòi hỏi chi phí điều trị cao có thể dẫn tới tăng áp lực cho người chăm sóc cũng như gia đình.

Hoạt động cá nhân hàng ngày của người bệnh (ADLs): Là sự phụ thuộc của người bệnh vào người chăm sóc trong các hoạt động cá nhân. Hầu hết những người bệnh sau đột quỵ não đều có những di chứng nhất định và tùy theo mức độ di chứng, người bệnh bị phụ thuộc trong hoạt động hàng ngày. Tỷ lệ người bệnh sau đột quỵ não phụ thuộc trong các hoạt động cá nhân nhiều nhất nằm ở mức vừa phải và mức nặng. Người bệnh càng phụ thuộc nhiều vào người chăm sóc thì Gánh nặng chăm sóc sẽ tăng lên.

Sự hỗ trợ trong chăm sóc: bao gồm sự trợ giúp từ gia đình, bạn bè và cộng đồng. Có thể khẳng định là người chăm sóc nhận được sự hỗ trợ càng thấp sẽ có gánh nặng chăm sóc càng cao và ngược lại khi mức hỗ trợ càng cao thì gánh nặng chăm sóc càng giảm đi. Nghiên cứu ở đây cho thấy có liên quan giữa sự hỗ trợ chăm

sóc và gánh nặng chăm sóc. Nghiên cứu về gánh nặng chăm sóc của Jaracz cho thấy sự khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi là, sự hỗ trợ trong chăm sóc không phải là yếu tố gây ảnh hưởng tới Gánh nặng chăm sóc (với $P > 0,05$) [7].

Kiến thức chăm sóc: Để việc chăm sóc được thực hiện tốt hay không thì người chăm sóc phải có kiến thức về bệnh Đột quỵ não cũng như cách chăm sóc. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã tìm hiểu các khía cạnh kiến thức của người chăm sóc liên quan đến bệnh đột quỵ não, bao gồm cả kiến thức chung và về cách chăm sóc. Tìm hiểu sự liên quan tới gánh nặng chăm sóc về kiến thức của người chăm sóc tương đối thấp, chúng tôi chưa thấy có sự ảnh hưởng. Có lẽ đây là điểm yếu của nghiên cứu vì cỡ mẫu chưa đủ lớn.

V. KẾT LUẬN

Gánh nặng ở người chăm sóc người bệnh sau đột quỵ não ở tỉnh Nam Định ở mức trung bình. Có sự liên quan giữa thời gian chăm sóc, kinh tế gia đình, hoạt động cá nhân hàng ngày của người bệnh, sự hỗ trợ trong chăm sóc với gánh nặng của người chăm sóc. Không có sự ảnh hưởng của kiến thức tới Gánh nặng chăm sóc. Kiến thức của người chăm sóc được nhận thấy

tương đối thấp. Kết quả này đề xuất cho chúng ta cần sự quan tâm nhiều hơn tới người chăm sóc chính của người bệnh sau đột quỵ não từ gia đình, bệnh viện và cộng đồng. Đồng thời cần giáo dục kiến thức cho người chăm sóc từ trước khi bệnh nhân bắt đầu vào viện, sau ra viện và giáo dục sức khỏe trong cộng đồng về đột quỵ não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rigby H, et al. (2009)**, "A systematic review of caregiver burden following stroke", *Int J Stroke*. **4** (4), pp. 285-292.
2. **Jaracz K, et al. (2012)**, "Caregiver burden after stroke: towards a structural model", *Neurol Neurochir Pol*. **46** (3), pp. 224-232.
3. **Sreedharan S. E, et al. (2013)**, "Employment status, social function decline and caregiver burden among stroke survivors. A South Indian study", *J Neurol Sci*. **332** (1-2), pp. 97-101.
4. **Daniel W. L. L. (2012)**, "Effect of Financial Costs on Caregiving of Family Caregivers of Older Adults", *SAGE Open*. **10**, pp. 1-14.
5. **Zarit S. H, et al. (1980)**, "Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden", *Gerontologist*. **20** (6), pp. 649-655.
6. **Güler D. A. (2013)**, "Burden of Caregivers of Stroke Patients", *Turkish Journal of Neurology*. **19**, pp. 5-10.
7. **Jaracz K, et al. (2014)**, "Caregiving burden and its determinants in Polish caregivers of stroke survivors", *Clinical Research*. **10** (5), pp. 941-950.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG TRÊN TUẦN HOÀN, HÔ HẤP VÀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN KHÁC CỦA DUNG DỊCH VOLUVEN 6% TRONG GÂY TÊ TỦY SỐNG ĐỂ MỔ LẤY THAI

Nguyễn Đức Lam*, Nguyễn Văn Trà**

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác của phương pháp truyền dịch ngay khi bắt đầu gây tê tủy sống để mổ lấy thai bằng dung dịch Voluven 6% liều 7ml/kg với dung dịch Ringer lactat liều 15ml/kg. **Đối tượng, phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có so sánh trên 100 sản phụ được gây tê tủy sống để mổ lấy thai, chia thành 2 nhóm bằng nhau: Nhóm HES, truyền tĩnh mạch Voluven 6% liều 7ml/kg; nhóm RL, truyền tĩnh mạch liều 15ml/kg ngay khi bắt đầu tiêm thuốc tê khi gây tê tủy sống. **Kết quả:** Tác động trên mẹ: Các tác dụng không mong muốn như đau đầu, nôn, ngứa, rét run ở hai nhóm gặp tỷ lệ thấp, không nghiêm trọng và không có sự khác biệt có

ý nghĩa giữa hai nhóm (nôn là 12% ở nhóm HES so với 18% ở nhóm RL; rét run là 12% so với 18%, ngứa là 6% ở cả hai nhóm), không ghi nhận trường hợp nào bị suy hô hấp. Trên trẻ sơ sinh: Tất cả các trẻ sau khi sinh đều có chỉ số Apgar tốt (ở phút thứ nhất và phút thứ 5 Apgar đều đạt 9 đến 10 điểm). **Kết luận:** Phương pháp truyền dịch ngay khi bắt đầu gây tê tủy sống để mổ lấy thai bằng dung dịch Voluven 6% liều 7 ml/kg có tác động trên tuần hoàn, hô hấp của người mẹ và các tác dụng không mong muốn trên mẹ và con tương đương với truyền dịch bằng dung dịch Ringer lactat liều 15mg/ml.

Từ khóa: Tác dụng không mong muốn, gây tê tủy sống, mổ lấy thai, Voluven, Ringer lactat.

SUMMARY

RESEARCH THE EFFECTS ON CARDIOVASCULAR, ON RESPIRATION AND OTHER SIDES EFFECTS OF VOLUVEN 6% IN SPINAL ANESTHESIA FOR CAESAREAN SECTION

Objectives: To compare the effects on cardiovascular, respiration and other sides effects of Voluven 6% (7ml/kg) versus Ringer's lactate

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Sản nhi Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018

Ngày duyệt bài: 7.3.2018

(15ml/kg) at the beginning of spinal anesthesia for caesarean section. **Object and method:** A randomized clinical trial comparing 100 women with spinal anesthesia for caesarean section divided into 2 groups: HES group, intravenous infusion voluven 6%, 7ml/kg; group RL, intravenous infusion at 15ml/kg at the time of initiation of anesthesia for spinal anesthesia. **Results:** Maternal effects: Side effects such as headache, vomiting, pruritus, chills in both groups were low, not severe (Vomiting was 12% in the HES group compared to 18% in the RL group; Chills were 12% versus 18%, and pruritus was 6% in both groups) and the difference was not statistically significant ($p > 0.05$), no cases of respiratory distress were reported. In infants: All postpartum newborns have good Apgar scores (in the first and fifth minutes Apgar score 9 to 10 points), between the two groups there is no difference ($p > 0.05$). **Conclusion:** The infusion at the beginning of spinal anesthesia for caesarean section with Voluven 6% (7ml/kg) had the same side effects on mothers and children compared to infusion with Ringer's lactate 15mg/ml.

Keywords: Side effects, spinal anesthesia, caesarean section, Voluven 6%, Ringer lactate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê tủy sống là phương pháp vô cảm chính trong mổ lấy thai vì có nhiều ưu điểm: tránh được các biến chứng hô hấp của gây mê toàn thân, không gây ức chế sơ sinh, kỹ thuật đơn giản, hiệu quả vô cảm và giãn cơ tốt... Tuy nhiên, tai biến thường gặp của phương pháp vô cảm này là gây tụt huyết áp. Dự phòng tụt huyết áp trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai, người ta thường phải truyền nhanh một lượng dịch để làm tăng khối lượng tuần hoàn, tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy truyền các dung dịch tinh thể cho hiệu quả thấp (do dịch tinh thể có trọng lượng phân tử thấp, phân bố nhanh vào khoảng kẽ nhiều, thời gian lưu giữ trong lòng mạch ngắn). Các dung dịch keo có trọng lượng phân tử cao, khả năng bồi phụ thể tích tuần hoàn tốt do thời gian lưu giữ trong lòng mạch kéo dài (khoảng 2-4 giờ) đặc biệt là dung dịch hydroxyethyl starch (dung dịch 6% HES 130/0.4, biệt dược Voluven 6%) là dung dịch thể hệ mới của HES đã được chứng minh là an toàn, ít tác dụng phụ hơn so với các thể hệ HES trước. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này ở Việt Nam, vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: So sánh tác dụng dự phòng tụt huyết áp của truyền dịch ngay khi bắt đầu gây tê tủy sống để mổ lấy thai bằng dung dịch Voluven 6% liều 7ml/kg với dung dịch Ringer lactat liều 15ml/kg.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các sản phụ khỏe

mạnh, thai đủ tháng có chỉ định mổ lấy thai chủ động.

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu. Tình trạng sức khỏe ASA I, II. Không có chống chỉ định gây tê tủy sống. Chiều cao từ 150 cm đến 170cm. Cân nặng từ 50 kg đến 80 kg.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Có tiền sử dị ứng với HES, bupivacain, fentanyl. Có bệnh lý về tim mạch: suy tim, bệnh van tim... Có bệnh lý liên quan đến thai nghén (tiền sản giật, hội chứng HELLP). Rối loạn đông máu. Mổ lấy thai cấp cứu: thai suy, bất thường về rau, đầu không lọt, dọa vỡ tử cung, nhiễm trùng ối...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có so sánh.

Cỡ mẫu 100 bệnh nhân được chia ngẫu nhiên vào 2 nhóm, mỗi nhóm 50 bệnh nhân.

2.2. Cách thức tiến hành: Bệnh nhân được khám trước mổ, giải thích về phương pháp vô cảm và về nghiên cứu. Khi vào phòng mổ, được lắp monitor theo dõi các chỉ số: tần số tim, huyết áp động mạch, tần số thở, SpO₂. Đặt catheter 18G vào tĩnh mạch ngoại vi chuẩn bị sẵn sàng để truyền, dây và đường truyền theo phác đồ tương ứng của mỗi nhóm.

- **Tiến hành gây tê tủy sống với liều như sau:** Bupivacain 0,5% heavy 7 mg kết hợp với fentanyl 30 mcg. Tất cả các bệnh nhân đều được nằm nghiêng trái và được gây tê tủy sống bằng kim 27G, tiêm khe liên đốt L2-3, thời gian tiêm thuốc tê là 15 giây. Bắt đầu truyền dịch khi tiêm thuốc tê.

+ Nhóm HES: Truyền 7ml/kg dung dịch 6% HES 130/0,4 trong 15 phút (có dùng túi bóp áp lực). Sau đó duy trì dung dịch ringer lactat 100ml/giờ, điều chỉnh lượng dịch truyền tùy theo mức độ tụt huyết áp.

+ Nhóm RL: Truyền 15ml/kg dung dịch ringer lactat trong 15 phút (có dùng túi bóp áp lực). Sau đó duy trì dung dịch ringer lactat 100ml/giờ, điều chỉnh lượng dịch truyền tùy theo mức độ tụt huyết áp.

- Sau khi gây tê tủy sống xong, đặt bệnh nhân nằm nghiêng trái 15 độ để mổ, đến khi lấy thai xong thì đặt bệnh nhân nằm ngửa. Tất cả bệnh nhân được thở oxy qua kính mũi 3 lít/phút. Sau gây tê tủy sống, bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂: 2 phút/1 lần trong 10 phút đầu, sau đó, 5 phút/1 lần cho đến hết cuộc mổ, 15 phút/1 lần ở phòng hồi tỉnh, 30 phút/1 lần từ giờ thứ 2 cho đến 180 phút sau mổ. Các tác dụng không mong muốn trên mẹ được theo dõi liên tục trong và sau mổ. Trẻ sơ sinh được đánh giá qua tình trạng điểm Apgar ở phút thứ nhất và phút thứ 5.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu: Ảnh hưởng

trên tần số tim, tần số thở, SpO2 của người mẹ trong và sau mổ, các tác dụng không mong muốn khác như: nôn, buồn nôn, rét run, bí

tiểu... được theo dõi liên tục trong và sau mổ. Ảnh hưởng trên sơ sinh được đánh giá bằng chỉ số Apgar phút thứ nhất và phút thứ năm.

III. KẾT QUẢ

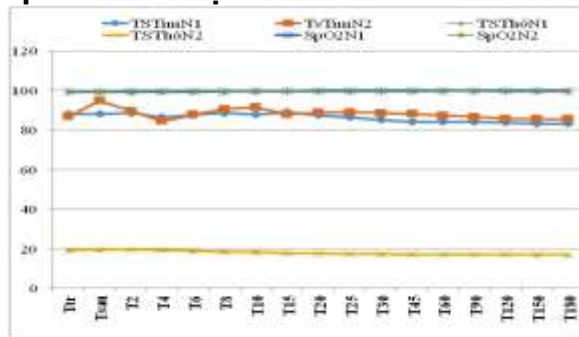
3.1. Đặc điểm bệnh nhân, phẫu thuật và gây tê tủy sống

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân, phẫu thuật và gây tê tủy sống

Đặc điểm	Nhóm	Nhóm HES (n = 50)	Nhóm RL (n = 50)	p
Tuổi (năm)		28,3 ± 4,5(20 – 39)	29,1 ± 5,1(20 – 44)	p>0.05
Cân nặng (kg)		61.6 ± 6.3(50 – 80)	61.4 ± 6.6(50 – 76)	p>0.05
Chiều cao (cm)		155.0 ± 4.9(150 – 168)	156.4 ± 5.3(150 – 156)	p>0.05
ASA (%)	I	38 (76.0%)	39 (78.0%)	p>0.05
	II	12 (24.0%)	11 (22.0%)	p>0.05
Mổ cũ (%)		20 (40.0%)	26 (52.0%)	p>0.05
Liều bupivacain (mg)		7	7	
Thời gian khởi phát tê mức T10 (phút)		3.2 ± 0.2(2.6 – 3.5)	3.2 ± 0.2(2.8 – 3.5)	p>0.05
Thời gian khởi phát tê mức T6 (phút)		4.2 ± 0.3(4.0 – 5.0)	4.3 ± 0.3(3.9 – 5.0)	p>0.05
Thời gian phẫu thuật (phút)		34.7 ± 2.9(30 – 40)	35.1 ± 2.9(30 – 40)	p>0.05

Nhận xét: Bệnh nhân ở 2 nhóm đồng nhất về độ tuổi, chiều cao, cân nặng, tình trạng sức khỏe, tỷ lệ mổ cũ, với (p > 0.05). Không có sự khác biệt về các đặc điểm của phẫu thuật và gây tê tủy sống giữa hai nhóm nghiên cứu.

3.2. Thay đổi về tần số tim, tần số thở và SpO2 của các bệnh nhân



Biểu đồ 3.1. Sự thay đổi tần số tim, tần số thở, SpO2

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tần số tim, tần số thở, SpO2 của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu (p > 0,05).

3.3. Các tác dụng không mong muốn khác trên mẹ

Bảng 3.2. Các tác dụng không mong muốn khác trên mẹ

Nhóm	Nhóm HES (n = 50)		Nhóm RL (n = 50)		p
Triệu chứng	n	%	n	%	
Đau đầu	4	8.0	3	6.0	p>0.05
Nôn	6	12.0	9	18.0	p>0.05
Rét run	6	12.0	9	18.0	p>0.05
Ngứa	3	6.0	3	6.0	p>0.05

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn: đau đầu, nôn, rét run, ngứa gặp tỷ lệ thấp, ở mức độ nhẹ và ổn định nhanh sau khi được xử

trí, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có sự khác biệt với (p>0,05).

3.4. Tác dụng trên sơ sinh

Bảng 3.3. Chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh

Triệu chứng	Nhóm	Nhóm HES (n = 50)		Nhóm RL (n = 50)		p
		n	%	n	%	
1 phút	≤ 9	7	14.0	11	22.0	p>0.05
	10	43	86.0	39	78.0	
5 phút	≤ 9	0	0	0	0	p>0.05
	10	50	100	50	100	

Nhận xét: Chỉ số Apgar phút thứ nhất và phút thứ năm của các trẻ sơ sinh của hai nhóm nghiên cứu đều > 7, không có sự khác biệt giữa hai nhóm (p>0.05).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm chung của bệnh nhân, các đặc điểm về phẫu thuật và về gây tê tủy sống. Như vậy, hai nhóm nghiên cứu khá tương đồng, do đó, sẽ ít ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Thay đổi tần số tim: Sự thay đổi tần số tim trong gây tê tủy sống có liên quan trực tiếp đến phong bế thần kinh giao cảm do sợi thần kinh giao cảm có kích thước nhỏ và lớp myelin mỏng, dễ nhạy cảm với thuốc tê hơn là sợi cảm giác to hơn và có nhiều myelin hơn. Trên lâm sàng, khi phong bế giao cảm vượt trên mức T6 và T8 thường thấy có hạ huyết áp, trong trường hợp

này thường kèm nhịp tim nhanh bù trừ. Tuy nhiên, khi phong bế thần kinh tim, thì nhịp tim giảm thường đi kèm theo hạ huyết áp nhiều. Kết quả ở biểu đồ 3.1. cho thấy: tần số tim tăng nhẹ trong khoảng thời gian 20 phút đầu tiên trong mổ, đây là thời điểm sản phụ phải chịu nhiều tác động nhất về tâm lý, gây tê, phẫu thuật trong khi bệnh nhân vẫn hoàn toàn tỉnh táo. Mạch chậm chỉ xảy ra ở một số rất ít trường hợp có tụt huyết áp, không ghi nhận trường hợp nào mạch chậm ở mức độ nguy hiểm, hai nhóm nghiên cứu sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ($p>0,05$). Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Minh [1]. Như vậy, bù dịch bằng Voluven 6% hoặc dung dịch Ringer lactat đều không ảnh hưởng đến tần số tim trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai.

Thay đổi tần số thở và bão hòa oxy mao mạch: Trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai, khi phong bế cảm giác ở trên mức T6, cũng ít làm thay đổi về dung tích sống (VC). Mức tê này làm giảm nhiều vận tốc dòng khí thở ra: thể tích thở ra gắng sức trong một giây (FEV1) và lưu lượng đỉnh thở ra (PEFR). Vận tốc thở ra càng giảm khi mổ và lấy thai. Kết quả ở biểu đồ 3.1 cho thấy: ở nhóm HES và nhóm RL tần số thở trung bình đều từ 16 đến 20 lần/ phút, và bão hòa oxy ở mức 99 – 100%, như vậy ở cùng thời điểm tần số thở và bão hòa oxy mao mạch của các bệnh nhân giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào bị suy hô hấp, hoặc nhịp thở chậm, tụt bão hòa oxy. Có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những sản phụ trẻ, khỏe mạnh nên việc bù một lượng dịch tinh thể hoặc dịch keo lớn không gây quá tải trên tuần hoàn và các biểu hiện trên hô hấp.

Trong các tác dụng không mong muốn khác trên người mẹ, chúng tôi quan tâm nhiều tới hai tác dụng không mong muốn là nôn, buồn nôn và rét run vì các tác dụng không mong muốn này có liên quan đến việc bù dịch trong gây tê tủy sống. Nôn thường gặp ở những bệnh nhân hạ huyết áp, đặc biệt hạ huyết áp nặng, do vậy, khi nâng huyết áp dần về bình thường thì triệu chứng nôn sẽ hết, cơ chế do thiếu oxy ở trung tâm nôn ở sán não thất IV. Trong nghiên cứu chúng tôi gặp tỷ lệ nôn ở nhóm I là 12%, nhóm II là 18%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả này cũng tự như nghiên cứu của Madi-Jebara ở nhóm nghiên cứu về Ringer lactat là 15.3%; nhóm HES là 11.5% [2], nhưng thấp hơn

của Wendy H.L nhóm truyền trước gây tê tủy sống là 25% [4]. Rét run trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở nhóm I là 12%, nhóm II là 18%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ($p>0,05$). Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Minh [1] gặp 12 đến 20%; của Serene Leo gặp 5% đến 25% [3]. Triệu chứng rét run nhanh chóng mất đi khi chúng tôi tiêm một liều dolacgan 30 mg tĩnh mạch chậm. Có thể nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trong thời gian mùa hè nên không có sự khác biệt về tỷ lệ run giữa hai nhóm dịch truyền.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số Apgar ở phút thứ nhất nhóm I là 9 điểm, nhóm II là 8.9 điểm, phút thứ 5 thì ở cả 2 nhóm đều đạt 10 điểm; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ($p>0,05$). Có thể các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đều là những sản phụ khỏe mạnh, thai đủ tháng, mổ chủ động, tỉ lệ tụt huyết áp sau gây tê tủy sống thấp, thời gian mổ nhanh... do đó, không ảnh hưởng đến Apgar trẻ sơ sinh. Kết quả này cũng phù hợp với Nguyễn Văn Minh [1], Wendy H.L [4]

V. KẾT LUẬN

Phương pháp truyền dịch ngay khi bắt đầu gây tê tủy sống để mổ lấy thai bằng dung dịch Voluven 6% liều 7 ml/kg có tác động trên tuần hoàn, hô hấp của người mẹ và các tác dụng không mong muốn trên mẹ và con tương đương với truyền dịch bằng dung dịch Ringer lactat liều 15 mg/ml (nôn là 12% ở nhóm HES so với 18% ở nhóm RL; rét run là 12% so với 18%, ngứa là 6% ở cả hai nhóm, Apgar phút thứ nhất và phút thứ năm của trẻ sơ sinh ở cả hai nhóm đều > 7 và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Minh (2012). "Đánh giá hiệu quả ổn định huyết áp của dung dịch 6% hydroxyethyl starch 130/0,4 truyền trước gây tê tủy sống mổ lấy thai". Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học y Hà nội.
2. Madi-Jebara (2008). "Prevention of hypotension after spinal anesthesia for elective cesarean section: Six percent hetastarch (Voluven) versus lactated ringer solution", *J Med Liban*, 56 (4):203-207.
3. Serene Leo, MMED (2009), "A randomized Comparison of Low Doses of Hyperbaric Bupivacain in combined Spinal – Epidural Anesthesia for Cesarean Delivery" *Intenational Anesthesia Recsarch Society* pp. 1600-1605.
4. Wendy H.L, Alex T.H (2009), "Colloit preload versus coload for spinal annesthesia for cesarean delivery: The effects on maternal cardiac output", *Anesthesia and Analgesia*, 5, pp 1592-1598.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA HE4 VÀ ROMA TRONG DỰ BÁO ÁC TÍNH KHỐI U BUỒNG TRỨNG

Đỗ Văn Tâm¹, Nguyễn Vũ Quốc Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định giá trị của HE4 và chỉ số ROMA trong dự báo ác tính khối u buồng trứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thuần tập trên 178 bệnh nhân có khối u buồng trứng được khám âm sàng, siêu âm, xét nghiệm CA125, HE4, tính toán chỉ số ROMA, được phẫu thuật và làm giải phẫu bệnh khối u tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2015 đến tháng 6/2016. **Kết quả:** Giá trị của HE4 và ROMA trong dự báo ác tính buồng trứng: HE4 có điểm cắt tối ưu: 88,9 pmol/l, độ nhạy: 95% (95%CI: 0,751-0,992), độ đặc hiệu: 98,73% (95%CI: 0,955-0,982). ROMA có điểm cắt tối ưu: 22,9 %, độ nhạy: 85% (95%CI: 0,621- 0,969), độ đặc hiệu: 97,47% (95%CI: 0,936- 0,993); giá trị chẩn đoán UTBT của HE4, ROMA ở nhóm bệnh nhân mãn kinh cao hơn so với nhóm chưa mãn kinh. **Kết luận:** HE4 và ROMA có giá trị dự báo ung thư buồng trứng cao, trong đó ở nhóm bệnh nhân mãn kinh có giá trị dự báo tốt hơn so với nhóm chưa mãn kinh.

Từ khóa: HE4, ROMA, ung thư buồng trứng.

SUMMARY

THE VALUE OF HE4 AND ROMA IN PREDICTING MALIGNANT OVARIAN TUMORS

Objectives: To determine the value of HE4 and ROMA in predicting malignant ovarian tumors. **Materials & methods:** Cohort study on 178 patients with ovarian tumors at Hue Central Hospital from January 2015 to June 2016. Subjects have been investigated by clinical examination, pelvic ultrasound, laboratory testing for CA125, HE4. ROMA was calculated based on value of CA125 and HE4 and provided orientation for surgical intervention. After pathological examination, predictive value of HE4 and ROMA were calculated based on histology results of tumor. **Results:** The value of HE4 and ROMA in predicting ovarian cancer: HE4's cut-off 88.9 pmol/l, sensitivity: 95% (95% CI: 0.751 to 0.992), specificity: 98.73% (95%CI: 0.955 to 0.982). ROMA's cut-off 22.9%, sensitivity: 85% (95%CI: 0.621-0.969), specificity: 97.47% (95% CI, 0.936- 0.993), the value of HE4, ROMA in predicting ovarian cancer in postmenopausal patients was higher than those in the pre-menopausal group. **Conclusions:** HE4 and ROMA yielded high predictive value for ovarian cancer, which was higher in the post-menopausal women than those in pre-menopausal women.

Keywords: HE4, ROMA, ovarian cancer.

¹Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Định
²Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Dược Huế
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Quốc Huy
 Email: nvqhuy@huamed-univ.edu.vn
 Ngày nhận bài: 5.01.2018
 Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018
 Ngày duyệt bài: 6.3.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng là một trong những ung thư phụ khoa hay gặp ở phụ nữ trên thế giới cũng như Việt Nam, gây tử vong hàng đầu của phụ nữ. Năm 2010, tại Mỹ ghi nhận 21.880 trường hợp mới mắc nhưng chỉ dưới 40% phụ nữ được chữa khỏi, 13.850 phụ nữ tử vong vì căn bệnh này. Trong năm 2008, 225.000 trường hợp mới được chẩn đoán và 140.000 phụ nữ chết vì căn bệnh này trên toàn thế giới. Ở Việt Nam, ung thư buồng trứng xếp hàng thứ 2 trong số các ung thư của phụ nữ.

Buồng trứng nằm sâu trong tiểu khung nên ở giai đoạn đầu việc chẩn đoán sớm ung thư buồng trứng thường gặp khó khăn [5], do đó có tới 70% bệnh nhân bị ung thư buồng trứng được phát hiện ở giai đoạn muộn [6]. CA125 là chất chỉ điểm sinh học được sử dụng rộng rãi nhất trong ung thư buồng trứng, tuy nhiên độ nhạy của CA125 chỉ đạt tối đa 80% ở bệnh nhân bị ung thư buồng trứng, không đặc hiệu để dự báo sớm ung thư buồng trứng. Trong những năm gần đây HE4 đã được tìm thấy trong hơn một nửa trong số các khối u buồng trứng mà không thể hiện CA125. Sự kết hợp HE4 và CA125 trong chỉ số ROMA rất tiềm năng, đem lại độ nhạy và độ đặc hiệu cao giúp phát hiện sớm ung thư buồng trứng. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu xác định độ nhạy và độ đặc hiệu của HE4 và ROMA trong dự báo ác tính khối u buồng trứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 178 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là u buồng trứng lành tính và ung thư buồng trứng được phẫu thuật khối u tại bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 6 năm 2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chọn thỏa mãn các điều kiện sau:

- Bệnh nhân vào viện được chẩn đoán xác định là u buồng trứng hoặc ung thư buồng trứng, có chỉ định phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.
- Bệnh nhân được siêu âm, hoặc cắt lớp vi tính kiểm tra khối u.
- Bệnh nhân có xét nghiệm HE4, CA125 trước mổ.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu

- **Bước 1:** Hỏi bệnh sử, tiền sử bệnh liên

quan, thăm khám lâm sàng ghi vào phiếu nghiên cứu, tiến hành làm các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết: siêu âm (theo thang điểm Tokyo), CA125, HE4.

- **Bước 2: Tính toán chỉ số ROMA để dự báo ác tính khối u buồng trứng trước khi phẫu thuật.** Cách tính chỉ số ROMA (Risk of ovarian malignancy algorithm: chỉ số nguy cơ ác tính của u buồng trứng).

- **Phụ nữ trước mãn kinh:**

- $PI = -12,0 + 2,38 \times [HE4] + 0,0626[CA125]$

- PI: chỉ số dự đoán

- $ROMA = \exp(PI) / [1 + \exp(PI)] \times 100$

- Nếu $ROMA \geq 7,4\%$, nguy cơ ác tính cao.

- Nếu $ROMA < 7,4\%$, nguy cơ ác tính thấp.

- **Phụ nữ sau mãn kinh:**

- $PI = -8,09 + 1,04 \times [HE4] + 0,732[CA125]$

- PI: chỉ số dự đoán

- $ROMA = \exp(PI) / [1 + \exp(PI)] \times 100$

- Nếu $ROMA \geq 25,3\%$, nguy cơ ác tính cao.

- Nếu $ROMA < 25,3\%$, nguy cơ ác tính thấp.

- **Bước 3: Bệnh nhân được phẫu thuật và gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.**

- **Bước 4: Đối chiếu kết quả HE4, ROMA và CA125 với giải phẫu bệnh.**

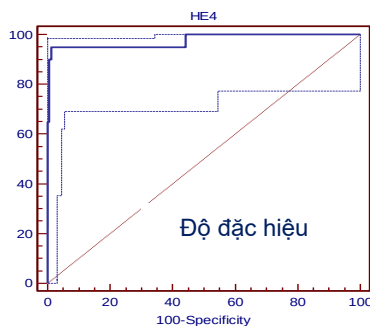
Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:

Số liệu được nhập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0 và MedCalc 10.0.

III. KẾT QUẢ

Qua khảo sát 178 bệnh nhân khối u buồng trứng, trong đó có 20 trường hợp ung thư buồng trứng (11,2%) được phẫu thuật tại Khoa Phụ Sản Bệnh Viện Trung Ương Huế trong khoảng thời gian 1/2015 đến 6/2016, chúng tôi ghi nhận các kết quả sau:

Giá trị của HE4



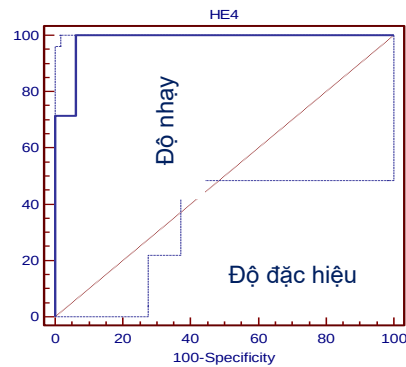
Biểu đồ 1. Đường cong ROC của HE4

Diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,976. Điểm cắt tối ưu là $> 88,9$ pmol/l. Độ nhạy: 95% (95%CI: 0,751-0,992), độ đặc hiệu: 98,73% (95% CI: 0,955-0,982), giá trị tiên đoán dương: 90,5% (95% CI: 0,689-0,985), giá trị tiên đoán âm: 99,4% (95% CI: 0,965-0,998).

Bảng 1. Phân bố đặc điểm giải phẫu bệnh

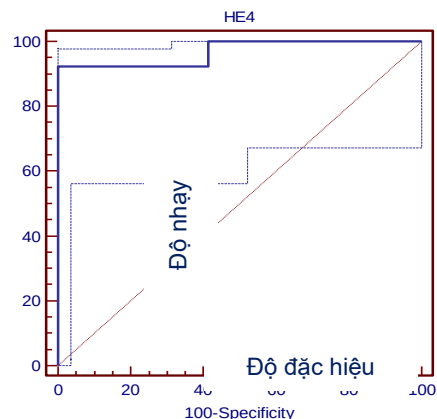
Loại giải phẫu bệnh	Tần số (n=20)	Tỉ lệ %
Ung thư tế bào tuyến	7	35
Ung thư biểu mô dạng thanh dịch	11	55
Ung thư tế bào mầm	2	10

Trong 20 bệnh nhân bị UTBT trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy UTBMBT là chiếm nhiều nhất 55%, tiếp đến ung thư tế bào tuyến đứng thứ 2: 35%, còn lại ung thư tế bào mầm 10%.



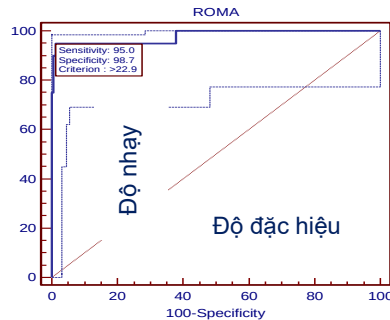
Biểu đồ 2. Đường cong ROC HE4 ở nhóm mãn kinh

Diện tích dưới đường cong (AUC): 0,982. Điểm cắt tối ưu: 101,7 pmol/l. Độ nhạy: 100% (95%CI: 0,589-1,000). Độ đặc hiệu: 93,75% (95%CI: 0,697-0,990). Giá trị tiên đoán dương: 87,5% (95%CI: 0,441-0,974). Giá trị tiên đoán âm: 100% (95%CI: 0,780-1,000).

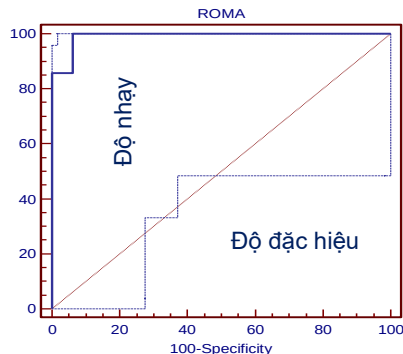


Biểu đồ 3. Đường cong ROC HE4 của nhóm chưa mãn kinh

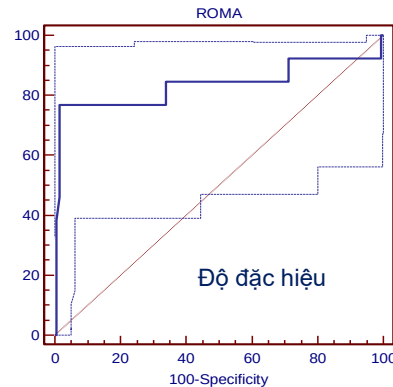
Diện tích dưới đường cong (AUC): 0,968. Điểm cắt tối ưu: 89,8 pmol/l. Độ nhạy: 92,31% (95%CI: 0,639-0,987). Độ đặc hiệu: 100% (95%CI: 0,974-1,000). Giá trị tiên đoán dương: 100% (95%CI: 0,734-1,000). Giá trị tiên đoán âm: 99,3% (95%CI: 0,962-0,999).

Giá trị của ROMA**Biểu đồ 4. Đường cong ROC của ROMA**

Diện tích dưới đường cong AUC là 0,885. Điểm cắt tối ưu của ROMA là 22,9%. Độ nhạy: 85% (95%CI: 0,621- 0,969). Độ đặc hiệu: 97,47% (95%CI: 0, 936- 0,993). Giá trị tiên đoán dương: 81% (95%CI: 0, 581- 0,994). Giá trị tiên đoán âm: 98,1% (95%CI: 0,945-0,998)

**Biểu đồ 5. Đường cong ROC ROMA của nhóm mãn kinh**

Diện tích dưới đường cong AUC: 0,991. Điểm cắt tối ưu: 22,9%. Độ nhạy: 100% (95%CI: 0,589-1,000). Độ đặc hiệu: 93,75% (95%CI: 0,697-0,990). Giá trị tiên đoán dương: 87,5% (95%CI: 0,441-0,974). Giá trị tiên đoán âm: 100% (95%CI: 0,780-1,000).

**Biểu đồ 6. Đường cong ROC ROMA của nhóm chưa mãn kinh**

Diện tích dưới đường cong (AUC): 0,835. Điểm cắt tối ưu: 27,3%. Độ nhạy: 76,92% (95%CI: 0,462-0,947). Độ đặc hiệu: 98,59% (95%CI: 0,950-0,998). Giá trị tiên đoán dương: 83,3% (95%CI: 0,516-0,974). Giá trị tiên đoán âm: 97,9% (95%CI: 0,940-0,995).

Bảng 2. Giá trị chẩn đoán UTBT của HE4, CA125, ROMA

Giá trị	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương (+) (%)	Giá trị tiên đoán âm (-) (%)	Diện tích dưới ROC	P
HE4	95	98,73	90,5	99,4	0,976	< 0,01
CA125	80	96,42	72,7	97,4	0,853	< 0,01
ROMA	85	97,47	82,1	98,1	0,885	< 0,01

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và diện tích dưới đường cong ROC (AUC) của HE4 và ROMA đều cao hơn CA125 có ý nghĩa thống kê ($P < 0,01$) trong chẩn đoán UTBT.

Bảng 3. Giá trị chẩn đoán UTBT của HE4, CA125, ROMA ở nhóm mãn kinh

Giá trị	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương (+) (%)	Giá trị tiên đoán âm (-) (%)	Diện tích dưới ROC	P
HE4	100	93,75	87,5	100	0,982	< 0,01
CA125	85,71	93,75	85,7	93,7	0,925	< 0,01
ROMA	100	93,75	87,5	100	0,991	< 0,01

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và diện tích dưới đường cong ROC (AUC) của HE4 và ROMA đều cao hơn CA125 có ý nghĩa thống kê ($P < 0,01$) trong chẩn đoán UTBT.

Bảng 4. Giá trị chẩn đoán UTBT của HE4, CA125, ROMA ở nhóm chưa mãn kinh

Giá trị	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương (+) (%)	Giá trị tiên đoán âm (-) (%)	Diện tích dưới ROC	P
HE4	92,31	100	100	99,3	0,968	< 0,01
CA125	84,62	95,77	64,7	98,6	0,828	< 0,01
ROMA	76,92	98,59	83,3	97,9	0,835	< 0,01

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và diện tích dưới đường cong ROC (AUC) của HE4 đều cao hơn CA125 và ROMA có ý nghĩa thống kê ($P < 0,01$) trong chẩn đoán UTBT.

IV. BÀN LUẬN

Giá trị dự báo của HE4: Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên quần thể phụ nữ có khối u buồng trứng nhập viện để phẫu thuật, dùng kết quả giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng cho quyết định có hay không có UTBT, với điểm cắt được chọn cho HE4 được gọi là dương tính khi giá trị HE4 $>140\text{pmol/l}$ ở phụ nữ mãn kinh hoặc $>70\text{pmol/l}$ ở phụ nữ chưa mãn kinh.

Chúng tôi chọn điểm cắt của HE4 trong nghiên cứu là 70pmol/l cho phụ nữ chưa mãn kinh và 140pmol/l cho phụ nữ mãn kinh, do chúng tôi tìm thấy mối liên quan gần giống với nghiên cứu của Tô Thị Thục Trang (2014), tác giả Chan 2013 và Karlsen năm 2012 thực hiện trên quần thể phụ nữ có khối u vùng chậu ở 6 nước Châu Á, Việt nam cũng là nước Châu Á nên có sự tương đồng về yếu tố con người. Tiêu chuẩn vàng trong nghiên cứu của các tác giả trên trong nghiên cứu cũng là giải phẫu bệnh [4],[7].

Kết quả ghi nhận độ nhạy của HE4 trong nghiên cứu của chúng tôi là 95%. Độ nhạy hay dương thật bằng 95% có nghĩa là còn 5% trường hợp sẽ bị âm tính giả, hay nói cách khác có gần 1/20 các trường hợp mắc bệnh UTBT mà HE4 không phát hiện ra. So sánh với độ nhạy dao động khoảng 74%-83% từ các nghiên cứu trước đây ở nước ngoài, kết quả của chúng tôi có cao hơn, điều này càng cho thấy độ tin cậy qua các nghiên cứu về độ nhạy của xét nghiệm HE4 trong chẩn đoán UTBT.

Độ đặc hiệu HE4 trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được là 98,73%, có nghĩa là trong những trường hợp không bệnh UTBT, xét nghiệm HE4 cho kết quả âm tính 98,73%. Hay nói cách khác trong 100 trường hợp có u buồng trứng mà không phải UTBT, thì chỉ có 1-2 trường hợp xét nghiệm HE4 cho kết quả dương tính. Độ đặc hiệu trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao và tương đồng với các nghiên cứu trong nước và ngoài nước, hầu hết đều $\geq 90\%$.

Độ đặc hiệu khá cao là một ưu điểm của xét nghiệm HE4 trong chẩn đoán UTBT và giá trị tiên đoán âm cũng rất cao 99,4%. Điều này có nghĩa là trên bệnh nhân UTBT nếu xét nghiệm trả lời âm tính, ta có thể kết luận khả năng không bệnh UTBT lên đến 99%. Như vậy với độ nhạy 95%, xét nghiệm HE4 có vai trò như một xét nghiệm giúp xác định bệnh để có hướng xử trí thích hợp cho UTBT, cộng với giá trị tiên đoán âm khá cao 99,4%, HE4 sẽ có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán loại trừ UTBT trên những phụ nữ có khối u buồng trứng. Nhìn lại y văn chúng tôi nhận thấy giá trị tiên đoán âm của HE4 qua các nghiên cứu đều lớn hơn 91%, kết quả chúng tôi

cao hơn có thể do chúng tôi chọn với số lượng nhỏ cả về u buồng trứng và nhóm UTBT nên độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán âm cao hơn.

Giá trị tiên đoán dương của chúng tôi 90,5% cao hơn các tác giả nghiên cứu khác là từ 60% - 80%. Giá trị tiên đoán dương 90,5% có nghĩa là trên những phụ nữ có khối u buồng trứng, xét nghiệm HE4 dương tính thì chúng ta nói phụ nữ này bị UTBT đúng 90%. Như vậy giá trị tiên đoán dương HE4 cũng không có ý nghĩa cao lắm. Vì có hiện tượng nghịch chuyển nên độ nhạy, độ độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán âm, giá trị tiên đoán dương có giá trị cao, có giá trị thấp. Câu hỏi then chốt của thực tế cần trả lời là xét nghiệm HE4 có giá trị trong chẩn đoán UTBT không? Diện tích dưới đường cong ROC sẽ cho chúng ta cái nhìn toàn cảnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận diện tích dưới đường cong ROC của HE4 là 0,976. Giá trị AUC/ROC của HE4 hầu hết qua các nghiên cứu $>0,9$, điều này nói lên HE4 là một xét nghiệm có giá trị cao trong chẩn đoán UTBT [6].

Giá trị dự báo của ROMA: ROMA là kết quả của 1 thuật toán sau khi kết hợp giữa kết quả của HE4 và CA125 từ đó tính toán khả năng ác tính của 1 khối u buồng trứng hay khối u vùng chậu ở phụ nữ còn kinh hay đã mãn kinh. Độ nhạy và độ đặc hiệu của ROMA trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi: 85% và 97,47%. Điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Tô Thị Thục Trang (2014): độ nhạy 72,6%, độ đặc hiệu 93,9%. Với kết quả này nói lên ROMA khó có thể chấp nhận là 1 thuật toán để xác định bệnh UTBT ở bệnh nhân có khối u buồng trứng.

ROMA có độ nhạy cao hơn so với xét nghiệm CA125 tuy nhiên ROMA có độ đặc hiệu khá cao (97,47%) so với một số nghiên cứu khác. Theo Võ Thành Nhân nghiên cứu với $n=31$ năm 2010, độ nhạy của ROMA là 88,2% và độ đặc hiệu 64,3%. Nồng độ HE4 cao, sẽ làm tăng độ đặc hiệu; phải chăng, nồng độ HE4 ở người Việt Nam cao hơn bình thường, bởi vậy một nghiên cứu khác đang tiến hành về nồng độ trung bình của HE4 huyết thanh ở người Việt Nam.

Trong chẩn đoán ung thư buồng trứng, để có dự đoán chính xác khả năng lành tính hay ác tính của khối u buồng trứng, với từng nhóm còn kinh hay mãn kinh nên sử dụng ROMA khác nhau. Ở nhóm mãn kinh, nên sử dụng ROMA, dự đoán kết quả sẽ chính xác hơn. Ở nhóm còn kinh, nên sử dụng riêng lẻ nồng độ HE4, sẽ cho kết quả tốt hơn. HE4 đặc hiệu hơn CA125 trong các bệnh u buồng trứng. HE4 và CA125 hay ROMA làm tăng độ nhạy trong chẩn đoán phân

biệt khối u buồng trứng, tuy nhiên HE4 có độ đặc hiệu hơn. ROMA không áp dụng được ở những bệnh nhân có nồng độ các dấu ấn u trong huyết thanh âm tính.

Đường cong ROC và diện tích dưới đường cong (AUC) của ROMA: 0,885, chỉ có giá trị trung bình trong vấn đề chẩn đoán bệnh. Điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hye Jon Cho và cộng sự (2015) diện tích dưới đường cong ROC (AUC): 0,860 [5].

So sánh giá trị dự báo ung thư buồng trứng ở nhóm chưa mãn kinh và nhóm mãn kinh: Bảng 2 chúng tôi ghi nhận độ nhạy của HE4 trong nhóm mãn kinh là 100%, độ đặc hiệu 93,75%, AUC là 0,982 cao hơn hẳn ở nhóm chưa mãn kinh là độ nhạy 92,31%, độ đặc hiệu: 100%, AUC là 0,968. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, theo Phạm Thị Diệu Hà (2013) [1], độ nhạy và độ đặc hiệu của nhóm mãn kinh: 89,3% và 66,7%, theo Hye Jon Cho và cộng sự (2015) ghi nhận diện tích dưới đường cong ROC (AUC) HE4 của nhóm mãn kinh và chưa mãn kinh: 0,746 và 0,838[5].

Qua bảng 3, 4 chúng tôi nhận thấy độ nhạy của ROMA cũng có sự khác biệt giữa nhóm mãn kinh và không mãn kinh. Độ nhạy: 100% và 76,2%. Diện tích dưới đường cong ROC: 0,991 và 0,835. Theo Phạm Thị Diệu Hà (2013) [1], độ nhạy của nhóm còn kinh và nhóm mãn kinh là: 92% và 96,4%. Qua kết quả và nhận xét trên chúng tôi thấy rằng ở bệnh nhân mãn kinh thì HE4 và ROMA chẩn đoán chính xác bệnh ung thư buồng trứng hơn là nhóm chưa mãn kinh.

So sánh giá trị dự báo của HE4 với CA125 và ROMA: HE4 là một xét nghiệm mới trong chẩn đoán UTBT. Câu hỏi đặt ra là giá trị của nó như thế nào so với một xét nghiệm quen thuộc trước đây là CA125 và khi kết hợp 2 chỉ số trên có làm tăng giá trị chẩn đoán UTBT?

Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận HE4 tốt hơn CA125 và ROMA ở cả 5 chỉ số (độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và diện tích dưới đường cong ROC). Trong đó diện tích dưới đường cong ROC là chỉ số quyết định khi so sánh giá trị của xét nghiệm này hơn xét nghiệm khác. Nghiên cứu chúng tôi đã cho thấy diện tích dưới đường cong HE4 là 0,976 cao hơn so với CA125 là 0,853 và với ROMA là 0,885. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Theo phân loại giá trị xét nghiệm dựa vào diện tích dưới đường cong ROC, HE4 là xét nghiệm có giá trị cao trong khi đó CA125 và

ROMA chỉ có giá trị trung bình. Điều này có nghĩa là so với xét nghiệm hiện đang dùng CA125, xét nghiệm mới HE4 đã cải thiện chẩn đoán UTBT hơn, và khi kết hợp cả hai chỉ số CA125 và HE4 trong cùng một chỉ số ROMA không những không là tăng giá trị chẩn đoán so với HE4 đơn thuần mà còn hạ thấp giá trị của HE4 vốn có. Điều này lí giải là so với CA125, HE4 chuyên biệt hơn cho UTBT, nên HE4 sẽ có độ chính xác cao hơn CA125 đơn thuần và việc kết hợp 2 chỉ số này có thể làm giảm tính chuyên biệt của HE4 cho UTBT mặc dù theo suy luận việc kết hợp 2 chỉ số (ROMA) phần nào cung cấp nhiều thông tin hơn. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Tô Thị Thục Trang (2014). Cả 3 chỉ số này đều có giá trị tiên đoán âm khá cao trong khi đó chỉ có độ nhạy của HE4 có độ nhạy cao, nên theo nhận định trên chỉ có HE4 là xét nghiệm có vai trò trong chẩn đoán sớm UTBT để từ đó có hướng xử lí thích hợp cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

HE4 và ROMA có giá trị dự báo ung thư buồng trứng cao, trong đó ở nhóm bệnh nhân mãn kinh có giá trị dự báo tốt hơn so với nhóm chưa mãn kinh. Nghiên cứu này cho thấy HE4 có các chỉ số giá trị dự báo (độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm) cao hơn rõ rệt so với CA125 và cũng cao hơn so với ROMA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Diệu Hà (2013)**, "Nhận xét giá trị HE4 và test ROMA trong chẩn đoán ung thư buồng trứng", *Tạp chí nghiên cứu y học*, 82(2), tr. 37-43.
2. **Tôn Thất Ngọc (2012)**, Nghiên cứu nồng độ của CA125, HE4 và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư buồng trứng, Luận văn thạc sĩ y học, Đại Học Y Dược Huế.
3. **Tô Thị Thục Trang (2014)**, Giá trị của HE4 trong chẩn đoán ung thư biểu mô buồng trứng tại Bệnh viện Từ Dũ, Luận án chuyên khoa II, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
4. **Chan K. K., et al (2013)**, "The use of HE4 in the prediction of ovarian cancer in Asian women with a pelvic mass", *Gynecol Oncol.* 128(2), pp. 239-44.
5. **Hye Yon Cho, et al (2015)**, "Comparison of HE4, CA125, and Risk of Ovarian Malignancy Algorithm in the Prediction of Ovarian Cancer in Korean Women", *J Korean Med Sci*, pp. 1777-1783.
6. **Jacob F., et al (2011)**, "No benefit from combining HE4 and CA125 as ovarian tumor markers in a clinical setting", *Gynecol Oncol.* 121(3), pp. 487-91.
7. **Karlsen M. A., et al (2012)**, "Evaluation of HE4, CA125, risk of ovarian malignancy algorithm (ROMA) and risk of malignancy index (RMI) as diagnostic tools of epithelial ovarian cancer in patients with a pelvic mass", *Gynecol Oncol.* 127(2), pp. 379-83.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TẮC TÁ TRÀNG BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2010 – 2015

Nguyễn Việt Hoa¹, Vũ Hồng Tuân^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị 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:** Số ngày điều trị trung bình là $12,08 \pm 5,6$ ngày. Tắc tá tràng do nguyên nhân bên trong chiếm 57,8%, do nguyên nhân bên ngoài chiếm 42,2%. Tổn thương ở D1 tá tràng có 5 trường hợp 11,1%, ở D2 là 75,6%, ở D3 và D4 là 13,3%. Kết quả: tốt là 82,2%, tỷ lệ tử vong sau mổ là 2,2%. **Kết luận:** Tại khoa phẫu thuật nhi bệnh viện Việt Đức kết quả sớm điều trị tắc tá tràng bẩm sinh đạt kết quả tốt. Siêu âm trước sinh có vai trò quan trọng trong việc phát hiện bệnh.

Từ khóa: Tắc ruột sơ sinh, tắc tá tràng.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULT OF SURGICAL TREATMENT FOR CONGENITAL DUODENAL OBSTRUCTION IN CHILDREN IN VIETDUC HOSPITAL FROM 2010 TO 2015

Objectives: To evaluate the result of surgical treatment for congenital duodenal obstruction in VietDuc 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:** Median hospitalization was $12,08 \pm 5,6$ days. Duodenal obstruction caused by internal causes 57.8%, due to external causes 42.2%. The lesions in duodenal D1 were 5 cases (11.1%), D2 (75.6%), D3 and D4 (13.3%). Results: 82.2%, mean 15.6%, mortality 2.2%. **Conclusion:** At department pediatric in VietDuc hospital, the result of treatment of duodenal obstruction are getting better. Prenatal ultrasonography has an important role in the detection.

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.

Tắc TTBS cần được chẩn đoán sớm và điều trị sớm tránh cho trẻ bị rối loạn nước và điện giải, thăng bằng kiềm toan, viêm phổi, hậu quả có thể dẫn tới tử vong. Biểu hiện lâm sàng sớm của tắc TTBS là trẻ nôn trong vòng 24 đến 48 giờ đầu sau sinh, chất nôn là sữa lẫn dịch mật (80% là tắc dưới nhú tá tràng). Hình ảnh đặc trưng của tắc TTBS trên phim X quang bụng không chuẩn bị là hình hai mức nước hơi biểu hiện của sự giãn của dạ dày và tá tràng trên chỗ tắc. Tuy việc chẩn đoán sớm tắc TTBS là đơn giản nhưng cũng đã có một số trường hợp trẻ đến với chúng tôi muộn, biểu hiện mất nước nặng. Cùng với sự tiến bộ của gây mê hồi sức nhi khoa, tiến bộ của các phương pháp phẫu thuật, chăm sóc nuôi dưỡng thì tỷ lệ tử vong của tắc TTBS ngày càng giảm 45% (1977), 7% (1993), 4% (1998) [2] [7]

Ở Việt Nam, 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 nên các bệnh nhân TTBS ngày càng được quản lý sớm. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị 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 đoạn 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

¹Bệnh viện Việt Đức

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Tuân

Email: Htuanyk1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 27.2.2018

Ngày duyệt bài: 5.3.2018

tháng 1 năm 2015. Từ đó lập danh sách bệnh nhân gồm tên, tuổi, chẩn đoán lâm sàng, ngày ra vào viện.

- Tra mã bệnh án của từng bệnh nhân tại phòng hồ sơ lưu trữ bệnh viện Việt Đức theo phân loại bệnh quốc tế ICD 10.

- Kiểm tra hồ sơ, đối chiếu phù hợp với chỉ tiêu, mới lấy vào nghiên cứu.

- Vào theo bệnh án mẫu đã thiết kế trước.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Chẩn đoán trước mổ, các thương tổn trong mổ.

- Thời gian nằm viện.

- Kết quả điều trị phân theo 3 mức:

• Tốt: Bệnh nhân sau mổ không có biến chứng, ra viện.

• Trung bình: Bệnh nhân sau mổ có biến chứng nhưng điều trị khỏi, ra viện.

• Xấu: Bệnh nhân tử vong.

III. KẾT QUẢ

3.1 Điều trị trước mổ

- Thời gian từ lúc đẻ đến khi được mổ của 43 bệnh nhân trong nhóm tuổi sơ sinh thay đổi từ 1 ngày đến 44 ngày. Trung bình là: $7,84 \pm 1,65$ ngày. Thời gian chờ trước mổ phụ thuộc vào: khó khăn trong chẩn đoán, liên quan đến bàn mổ...

- Điều trị trước mổ bao gồm: Đặt sonde dạ

dày, ủ ấm, kháng sinh và truyền dịch theo cân nặng và mức độ mất nước, sốt nếu có.

- Có 14 bệnh nhân có chẩn đoán trước sinh tắc tá tràng được phẫu thuật trong ngày đầu sau đẻ chiếm 46,7%, có 1 bệnh nhân không có chẩn đoán trước sinh chiếm 7,7% được phẫu thuật vào ngày thứ 44 sau đẻ do khó khăn trong chẩn đoán.

Bảng 1. Chẩn đoán trước mổ

Chẩn đoán trước mổ	Số lượng	Tỉ lệ %
Tắc tá tràng	41	91,1
Tắc ruột	3	6,7
Hẹp phì đại môn vị	1	2,2
Tổng	45	100

Nhận xét: Có 91,1% bệnh nhân được chẩn đoán tắc tá tràng trước mổ

3.2 Tổn thương trong mổ và xử lý

Cách thức mổ: Trong 45 bệnh nhân được phẫu thuật có 43 bệnh nhân mổ mở trong đó đường mổ bụng ngang dưới sườn phải 32 bệnh nhân (chiếm 74,4%), 11 bệnh nhân vào bụng qua đường trắng giữa trên rốn (chiếm 35,6%). Có 2 bệnh nhân được phẫu thuật bằng nội soi chiếm 4,4%.

Vị trí tắc: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân vị trí tắc được mô tả ở D1 tá tràng (chiếm 11,1%), 33 bệnh nhân (chiếm 73,3%) vị trí tắc được mô tả ở D2 tá tràng, 7 bệnh nhân tắc ở D3-D4 (chiếm 15,6%).

Bảng 2. Vị trí và phân loại tắc tá tràng

Phân loại		Vị trí			Tổng	
		D1	D2	D3-D4	n	%
Tắc tá tràng	Type I	0	3	1	4	8,9
	Type II	0	0	0	0	
	Type III	3	5	1	9	20
Màng ngăn	Hoàn toàn	0	7	1	8	17,8
	Không hoàn toàn	2	3	0	5	11,1
Tụy nhân		0	11	0	11	24,4
Dây chằng Ladd		0	4	3	7	15,6
Kim động mạch		0	0	1	1	2,2
Tổng	n	5	33	7	45	
	%	11,1	75,6	13,3		100

Bảng 3. Các thương tổn phối hợp được tìm thấy trong mổ

Thương tổn phối hợp	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tắc ruột	1	2,2
Ruột quay dở dang	4	8,9
Xoắn ruột	3	6,7
Viêm phúc mạc sơ sinh	2	4,4
U ruột non	1	2,2

Bảng 4. Nguyên nhân tắc tá tràng và phương pháp phẫu thuật tương ứng

Nguyên nhân Phẫu thuật	Teo TT	Tắc do MN	Tụy nhân	Dây chằng Ladd	Kim động mạch	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nội tá- tá tràng	11	0	11	0	0	22	48,9
Nội tá- hông tràng	2	0	0	0	1	3	6,7
Nội vị tràng	0	0	0	0	0	0	0
Cắt màng ngăn	0	13	0	0	0	13	28,9
Thủ thuật Ladd	0	0	0	7	0	7	15,6

3.3 Kết quả điều trị sau mổ: Số ngày điều trị hậu phẫu ngắn nhất 5 ngày, dài nhất 29 ngày. Trung bình là $12,08 \pm 5,6$ ngày. Sau phẫu thuật tất cả các bệnh nhân đều được đặt ống sonde dạ dày, ống sonde được rút khi dịch qua ống ít dần và trong. Thời gian rút ống sonde ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 24 ngày, trung bình là $9,14 \pm 4,98$ ngày.

- Sau phẫu thuật tất cả các bệnh nhân đều phải được truyền dịch để nuôi dưỡng và cân bằng nước điện giải. Khối lượng dịch truyền và thành phần truyền dựa vào cân nặng, tình trạng toàn thân, ỉa phân xu, xét nghiệm máu sau mổ. Các loại dịch hay dung là: Glucose 10%, Natriclorua 0,9%, Aminoplasma 10%, Lipofudin, Albumin...

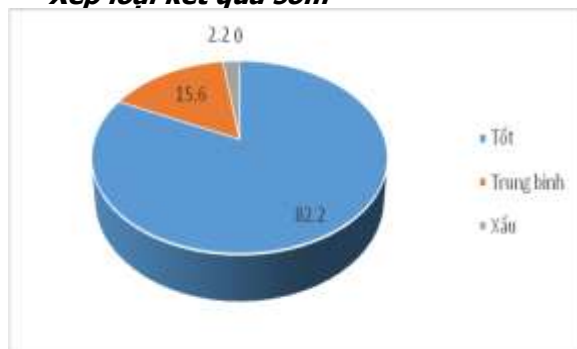
- Không tính những bệnh nhân nặng về, phải mổ lại và bệnh nhân chuyển viện khác thời gian truyền dịch ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 26 ngày, trung bình là $10,73 \pm 5,2$ ngày

Bảng 5. Biến chứng sớm sau mổ và kết quả điều trị biến chứng

Biến chứng sớm sau mổ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ%
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,2
Xuất huyết tiêu hóa	2	4,4
Phẫu thuật lại sau mổ do hẹp miệng nối	2	4,4
Viêm phổi	2	4,4
Tử vong	1	2,2

Nhận xét: + Có 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ ngày thứ 6 sau mổ, điều trị bằng thay băng hàng ngày, bệnh nhân ổn định. Có 1 bệnh nhân nặng về (2,2%), bệnh nhân này chuyển đến từ khoa sơ sinh bệnh viện Sản Trung ương, vào viện với chẩn đoán trước sinh giãn bàng quang niệu quản hai bên, theo dõi van niệu đạo sau, trẻ đẻ thường 38 tuần, cân nặng lúc đẻ 2800gram lúc vào viện 2300 gram, chẩn đoán trong mổ tắc tá tràng do dây chằng Ladd, ruột ngừng quay ở 180 độ, viêm phúc mạc sơ sinh, hậu phẫu bệnh nhân suy kiệt, gia đình xin về.

Xếp loại kết quả sớm



Biểu đồ 1. Xếp loại kết quả sớm

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hồi sức trước, trong và sau mổ

*Thời gian từ lúc đẻ đến khi được mổ của 43 bệnh nhân trong nhóm sơ sinh thay đổi từ 1 ngày đến 44 ngày. Trung bình là: $7,84 \pm 1,65$ ngày. Thời gian chờ trước mổ phụ thuộc vào: khó khăn trong chẩn đoán, hồi sức trước mổ, liên quan đến bàn mổ... Điều trị trước mổ bao gồm: Đặt sonde dạ dày, ủ ấm, kháng sinh và truyền dịch theo cân nặng và mức độ mất nước được thực hiện ở tất cả các trường hợp. Có 14 bệnh nhân có chẩn đoán trước sinh tắc tá tràng được phẫu thuật trong ngày đầu sau đẻ chiếm 46,7%.

*Thân nhiệt: Bệnh nhi TTTBS rất dễ hạ thân nhiệt đặc biệt là ở trẻ đẻ non, thấp cân hoặc có nhiễm khuẩn kèm theo. Hạ thân nhiệt làm suy yếu tất cả các hệ thống cơ thể, đặc biệt là hệ tim mạch, cần phải cấp cứu ngay. Ủ ấm cho bệnh nhi và theo dõi thân nhiệt thường xuyên trước, trong và sau mổ là yêu cầu bắt buộc đối với phẫu thuật sơ sinh.

*Đặt ống thông dạ dày và hút ngắt quãng: Đây được xem là yêu cầu chính nếu bệnh nhi được vận chuyển từ cộng đồng tới cơ sở phẫu thuật [1]. Đặt ống thông dạ dày và hút ngắt quãng là để giảm áp lực dạ dày, đề phòng nôn, VPQ-P do hít phải chất nôn và chướng bụng. Nhờ có chẩn đoán trước sinh, trong nghiên cứu này có 65,1% trường hợp bệnh nhân vào khoa phẫu thuật Nhi bệnh viện Việt Đức đã có Sonde dạ dày.

*Cân bằng nước-điện giải: Trong nghiên cứu này không có trường hợp nào rối loạn điện giải khi vào viện, chỉ có 1 trường hợp khi vào đường huyết là 0,9mmol/l. Bệnh nhân được truyền dịch dựa theo cân nặng, mức độ mất nước, thân nhiệt.

*Kháng sinh: Kháng sinh được sử dụng ngay khi có chẩn đoán và kéo dài ít nhất là 3 ngày sau mổ. Thời gian sử dụng kháng sinh kéo dài hơn khi bệnh nhi có VPQ-P hoặc có biến chứng sau mổ.

*Với 2 bệnh nhân trong nhóm trẻ lớn do mất nước và suy dinh dưỡng lâu ngày nên ngoài bilan chẩn đoán còn cần nuôi dưỡng tĩnh mạch đầy đủ.

4.2. Đánh giá các thương tổn trong mổ:

Trong 45 bệnh nhân có 2 bệnh nhân mổ nội soi chiếm 4,4%, trong đó 1 bệnh nhân sơ sinh 3 ngày tuổi, tắc tá tràng D1 do teo tá tràng type III được nối tá-tá tràng tận bên, 1 bệnh nhân nữ 12 tuổi tắc tá tràng D3-D4 do dây chằng Ladd được làm thủ thuật Ladd cả 2 bệnh nhân sau mổ ổn định ra viện.

Phẫu thuật nội soi điều trị tắc tá tràng có thể thực hiện được và an toàn. Tuy nhiên vẫn còn hạn chế thực hiện ở một số trung tâm phẫu thuật lớn do khó khăn trong gây mê, kĩ thuật mổ

nội soi, kinh nghiệm của phẫu thuật viên và trang thiết bị mổ nội soi nhi

***Vị trí tắc:** Trong nghiên cứu này có 33 bệnh nhân (75,6%) vị trí tắc được mô tả ở DII tá tràng.

Bảng 6. So sánh nguyên nhân tắc với tác giả khác

Tác giả Nguyên nhân	V.H.Anh (2001) n=71 [5]	H.Q.Quân (2011) n=41 [6]	Nghiên cứu của chúng tôi (2015) n=45
Teo tá tràng	22,5	17,1	28,9
Màng ngăn	36,7	36,6	28,9
Tụy nhân	18,3	34,1	24,4
Dây chằng Ladd	19,7	12,2	15,6
Kìm động mạch	0	0	2,2

Trong nghiên cứu này tắc tá tràng do màng ngăn (chiếm 28,9%) thấp hơn của H.Q.Quân 36,6% và V.H.Anh 36,7%. Nghiên cứu cũng ghi nhận 1 bệnh nhân nam 12 tuổi tiền sử điều trị hội chứng Overlap 5 năm, tắc tá tràng do kìm động mạch, ở bệnh nhân này hình ảnh Ctsanner 64 dãy có dạng hình: góc giữa động mạch chủ bụng và động mạch mạc treo tràng trên < 30 độ.

***Tổn thương phổi hợp tìm thấy trong mổ:** Việc phát hiện tất cả các thương tổn phổi hợp trong mổ là hết sức cần thiết vì nó góp phần trong quyết định lựa chọn phương pháp cũng như thành công của phẫu thuật. Có 11 thương tổn phổi hợp (24,4%) trong 45 bệnh nhi TTTBS, nhiều nhất là ruột quay bất thường 4 bệnh nhân (8,9%) trong đó có 1 kèm theo xoắn ruột. Ghi nhận 1 trường hợp có teo đoạn đầu hồng tràng Type I, 1 trường hợp có u ruột non kết quả giải phẫu bệnh u ruột hematoma. Như vậy các thương tổn phổi hợp được tìm thấy trong mổ là rất nhiều và đa dạng đòi hỏi phải thám sát thật tỉ mỉ trong khi mổ để không bị bỏ sót.

***Lựa chọn kỹ thuật:** Tất cả 45 bệnh nhân đều được lập lại lưu thông ruột ngay thì đầu, tùy nguyên nhân gây tắc tá tràng mà có kỹ thuật tương ứng. Nối tá-tá tràng được thực hiện ở 22 bệnh nhân (48,9%), chúng tôi thực hiện nối tá-tá tràng một lớp theo Kimura. Cắt màng ngăn tạo hình tá tràng 13 bệnh nhân (28,9%)

Một số tác giả chủ trương dẫn lưu dạ dày để giảm căng giãn tá tràng trên miệng nối, nhưng chúng tôi chỉ đặt một sonde lưu ở dạ dày cho đến khi dịch ra trong. Một bệnh nhân mổ lại do hẹp miệng nối chúng tôi có dẫn lưu dạ dày 2 sonde: 1 ở dạ dày và một luồn qua miệng nối

xuống ruột non, bệnh nhân sau mổ lại ổn định. 100% bệnh nhân tắc tá tràng do dây chằng Ladd được tiến hành thủ thuật Ladd.

4.3. Chăm sóc sau mổ và kết quả điều trị

***Thời gian rút ống thông dạ dày:** Sau phẫu thuật tất cả các bệnh nhân đều được đặt ống sonde dạ dày và theo dõi dịch qua sonde dạ dày từng ngày (số lượng, màu sắc), ống sonde dạ dày được rút khi dịch qua ống ít dần và trong. Trong nghiên cứu này thời gian rút ống sonde ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 24 ngày, trung bình là $9,14 \pm 4,98$ ngày. Thời gian lưu sonde dạ dày giữa của nhóm trẻ sinh đủ tháng và thiếu tháng, giữa của các nhóm theo cân nặng, giữa của các nhóm theo phân loại tắc tá tràng là khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

***Thời gian truyền dịch sau mổ:** Sau mổ tất cả bệnh nhi đều được nuôi dưỡng tĩnh mạch toàn bộ trong những ngày đầu. Lượng dịch truyền tĩnh mạch sẽ được thay thế dần cho đến khi trẻ ăn không nôn và lên cân. Trong nghiên cứu này không tính bệnh nhân tử vong thời gian truyền dịch ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 26 ngày, trung bình là $10,73 \pm 5,2$ ngày. Thời gian truyền dịch sau mổ của nhóm chẩn đoán sớm và chẩn đoán muộn sau đẻ là khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Như vậy, sau khi bệnh nhi đã được rút ống thông dạ dày, bắt đầu cho ăn nhưng phần lớn bệnh nhi cần phải tiếp tục truyền dịch thêm vì dinh dưỡng bằng đường miệng bước đầu chưa đáp ứng đủ nhu cầu dinh dưỡng của trẻ.

***Thời gian điều trị hậu phẫu:** Thời gian hậu phẫu ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 29 ngày, trung bình là $12,08 \pm 5,6$ ngày. Thời gian điều trị hậu phẫu của nhóm trẻ sinh đủ tháng và thiếu tháng là khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). So sánh thời gian hậu phẫu của nhóm trẻ có cân nặng khi sinh > 2500 gam (nhóm A) và nhóm trẻ có cân nặng ≤ 2500 gam (nhóm B và C), thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

***Biến chứng sớm sau mổ:** Trong 45 bệnh nhân, có 37 bệnh nhân ở lại điều trị tại khoa 7 bệnh nhân có biến chứng nặng nhẹ khác nhau chiếm 18,9%. Có 2 bệnh nhân hẹp miệng nối sau mổ lần đầu, mổ lại ổn định ra viện. Có 2 bệnh nhân viêm phổi điều trị nội khoa ổn định. Nghiên cứu ghi nhận có 2 bệnh nhân huyết tiêu hóa cao trong thời kỳ hậu phẫu, điều trị: truyền máu cùng nhóm, giảm tiết, băng niêm mạc dạ dày, bệnh nhân ổn định ra viện. Có 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ nhẹ. Các biến chứng sớm nếu được xử lý kịp thời cho kết quả

tốt sau mổ.

***Phẫu thuật lần thứ hai:** Có 2 bệnh nhân phải mổ lại chiếm 5,4% do hẹp miệng nối, hậu phẫu sau mổ lần 2 ổn định, kết quả này thấp hơn Bailey 1993 (14%) [2].

***Tử vong sớm sau mổ:** Trong nghiên cứu này có 1 bệnh nhân nặng xin về, nếu coi đó là bệnh nhân tử vong thì chiếm tỉ lệ 2,2%. Với sự tiến bộ của hồi sức sau mổ, những cải tiến trong kỹ thuật mổ và sự phát triển không ngừng của gây mê hồi sức sơ sinh, tỉ lệ tử vong của bệnh ngày càng được hạ thấp. Tỉ lệ tử vong sớm theo các tác giả Bailey (1993) 7%, Salem (2007) 11,4%[2]. Hay các nghiên cứu trong nước Nguyễn Thanh Liêm (1984)[5] tại bệnh viện nhi Trung Ương tỷ lệ tử vong là 52,6%, mới nhất thì Hồng Quý Quân (2011) [6] tại bệnh viện Việt Đức thì tỷ lệ tử vong là 9,7%. Như vậy tỉ lệ tử vong chung sau mổ tắc tá tràng đã giảm đáng kể.

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 tử vong sau mổ

tắc tá tràng bẩm sinh ngày càng giảm. Đó là sự phát triển của gây mê hồi sức và nhờ siêu âm trước sinh ngày càng phổ biến giúp cho quản lý bệnh nhân sau sinh tốt hơn.

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 Quý 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.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, TỶ LỆ LẤY ĐỜM TÁC ĐỘNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI KHẢ NĂNG TÌM THẤY VI KHUẨN BẰNG KỸ THUẬT GEN XPERT MTB/RIF, MGIT Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI AFB (-) NHIỄM HIV

Nguyễn Kim Cương^{1,2}, Lê Bật Tân³,
Nguyễn Mạnh Thế², Nguyễn Đình Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân lao phổi đồng nhiễm HIV có triệu chứng lâm sàng không điển hình, bệnh nhân có khả năng ho khạc kém, tỷ lệ tìm thấy vi khuẩn thấp. Gen Xpert MTB/RIF là kỹ thuật sinh học phân tử sử dụng trên bệnh phẩm đờm, được khuyến cáo sử dụng cho nhóm bệnh nhân nhiễm HIV nghi lao giúp chẩn đoán xác định vi khuẩn *M.tuberculosis* và gen đột biến kháng Rifampicin. Lấy đờm tác động là kỹ thuật khí dung nước muối ưu trương cho những bệnh nhân không thể lấy đờm được tự nhiên qua đó kích thích gây ho và lấy đờm. **Phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả trên 123 trường hợp bệnh nhân lao

phổi AFB (-) đồng nhiễm HIV. **Kết quả:** Các triệu chứng hay gặp: sốt (88,6%); mệt mỏi (89,4%); gầy sút cân (83,7%). Ra mồ hôi về đêm (OR=3,49; p<0,05) làm tăng khả năng MGIT(+). BMI≤ 18,5; ho trên 2 tuần; gầy sút cân là những yếu tố làm tăng khả năng Xpert (+), không có ý nghĩa có thống kê với p>0,05. Có 47/123 (38,3%) số bệnh nhân cần lấy đờm tác động. Trong 61 bệnh nhân Xpert dương tính thì có 32,8% bệnh nhân được lấy đờm tác động. Trong 75 bệnh nhân nuôi cấy MGIT dương tính thì có 34,7% bệnh nhân được lấy đờm tác động. **Kết luận:** Bệnh nhân lao phổi AFB(-) nhiễm HIV có triệu chứng lâm sàng phong phú, một số yếu tố như ra mồ hôi về đêm; BMI ≤18,5; ho trên 2 tuần ảnh hưởng tới khả năng tìm thấy vi khuẩn trong đờm. Lấy đờm tác động là kỹ thuật hiệu quả và an toàn

Từ khóa: lấy đờm tác động; lao phổi AFB âm tính; HIV; Xpert MTB/Rif; MGIT

SUMMARY

CLINICAL, LABORATORY TEST, PROPORTION OF INDUCED SPUTUM AND

¹Bộ môn Lao và bệnh phổi – Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phổi Trung ương

³Bệnh viện Phổi Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Cương

Email: cuongoc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2018

Ngày duyệt bài: 2.3.2018

RELATING FACTORS TO FINDING *M. TUBERCULOSIS* BY GEN XPERT MTB/RIF, MGIT IN SMEAR AFB (-) PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENT LIVING WITH HIV

Background: The clinical manifestations of TB in the HIV-infected patients are usually atypical, number of patient have no spontaneous sputum. The rate of detection of *M. tuberculosis* is low. GeneXpert MTB/Rif is a molecular test for TB diagnosis base on a sputum sample which is recommended to patients living with HIV by WHO. Induced sputum is procedured by inhalation of hypertonic saline indicated for unable coughing patient. **Methods:** descriptive cross sectional study on 123 HIV-infected patients with negative sputum smear. **Results:** The common clinical symptoms: fever (88,6%); fatigue (89,4%); weight loss (83,7%). Night sweats (OR=3,49; $p<0,05$) increase the rate of positive MGIT culture. BMI $\leq 18,5$; cough > 2 weeks; weight loss are factors which increase the rate of positive Xpert (p>0,05). There were 47/123 (38,3%) of patients who have induced sputum. In 61 patients with positive Xpert MTB/Rif, 32,8% of patients have induced sputum. In 75 patients with positive MGIT culture, 34,7% of patients have induced sputum. **Conclusion:** HIV-infected patients with negative sputum smear have varied clinical symptoms. sweat nights, BMI $\leq 18,5$; cough > 2 weeks are associated factors to the rate of detection of *M. tuberculosis*. Sputum induction seems to be effective and safe.

Key words: induced sputum; HIV; negative sputum smear; Xpert MTB/Rif, MGIT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

WHO ước tính, năm 2015 trên toàn cầu có khoảng 12 triệu người hiện mắc lao; trong đó 1,2 triệu (12%) đồng nhiễm lao/HIV. Bệnh lao làm chết khoảng 1,4 triệu người (trong số đó có 1,1 triệu lao đồng nhiễm HIV). Việt Nam có 227.225 trường hợp nhiễm HIV (trong đó 85.753 người bệnh chuyển sang giai đoạn AIDS) tính đến hết tháng 12/2015, số bệnh nhân lao đồng nhiễm HIV là 4.301. Chẩn đoán lao ở người nhiễm HIV khó khăn do các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng không điển hình, tỷ lệ ca

bệnh lao phổi âm tính ở những người nhiễm HIV từ 24% tới 61% liên quan tới khả năng ho khạc kém và ít kỹ thuật. Gene Xpert MTB/RIF (Xpert MTB) như một xét nghiệm ban đầu cho những trường hợp nghi lao đa kháng thuốc và lao ở người nhiễm HIV. Kỹ thuật lấy đờm tác động là một kỹ thuật an toàn giúp tăng khả năng tìm thấy vi khuẩn. Thực hiện kỹ thuật này trên nhóm đối tượng nhiễm HIV đánh giá một số yếu tố liên quan, khả năng tìm thấy vi khuẩn và một số yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng giữa nhóm bệnh nhân có khả năng lấy đờm tự nhiên và lấy đờm tác động

2. Xác định tỉ lệ Xpert MTB/RIF (+), MGIT(+) và một số yếu tố liên quan ở những bệnh phẩm lấy đờm tác động của bệnh nhân lao phổi AFB(-) nhiễm HIV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã được tiến hành trong thời gian 3 năm từ tháng 1/2013-12/2015, tại Bệnh viện Phổi Trung ương, Bệnh viện Phổi Hà Nội, Bệnh viện 09 Hà Nội.

Đối tượng nghiên cứu: 123 bệnh nhân nhiễm HIV tuổi ≥ 18 , được chẩn đoán lao phổi AFB (-) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của CTCL. Loại trừ những bệnh nhân trong tình trạng nặng (tiêu chuẩn tình trạng nặng ở người nhiễm HIV) (Thở > 30 lần/phút, Sốt $> 39^{\circ}\text{C}$, Mạch > 120 lần, Không tự đi lại được).

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang, mô tả, chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện chọn lựa không xác suất

Số liệu được nhập hai lần, xử lý bằng phần mềm SPSS, mô tả phân tích tần số, số trung bình, độ lệch chuẩn, phương sai. Sử dụng test χ^2 so sánh các tỉ lệ, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p<0,05$.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1 Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng nhóm bệnh nhân lấy đờm tự nhiên và lấy đờm tác động

Tiền sử và các yếu tố nguy cơ	Lấy đờm tự nhiên n=76 (61,8%)	Lấy đờm tác động n=47 (38,2%)	Tổng N (%)	p
BMI trung bình	18,0	17,6	17,8	
BMI $\leq 18,5$ n(%)	47 (61,8)	34 (72,3)	81(65,9)	0,418
BMI 18,5-24,9 n(%)	28 (36,8)	12 (25,5)	40(32,5)	
BMI ≥ 25 n(%)	1 (1,3)	1 (2,1)	2(1,6)	
Có sốt n(%)	66 (86,8)	43 (91,5)	109(88,6)	0.430
Mệt mỏi n(%)	66 (86,8)	44 (93,6)	110(89,4)	0.235
Gầy sút cân n(%)	61 (80,3)	42 (89,4)	103 (83,7)	0.184
Ra mồ hôi về đêm n(%)	57 (75,0)	37 (78,7)	94 (76,4)	0.636

Loét miệng n(%)	9 (11,8)	7 (14,9)	16(13,0)	0.625
Tiêu chảy n(%)	12 (15,8)	11 (23,4)	23 (18,7)	0.293
Tổn thương ngoài da n(%)	4 (5,3)	8 (17,0)	12 (9,8)	0.033
Có rales phổi (ran ẩm, ran nổ, ran rít) n(%)	55 (72,4)	39 (83,0)	94 (76,4)	0.178
Số lượng tế bào CD4/ml trung bình	126,4	130,6	127,9	0.625

Tỷ lệ các triệu chứng lần lượt ở quần thể nghiên cứu, nhóm lấy đờm tự nhiên và lấy đờm tác động: BMI < 18,5 (65,9%, 61,8% và 72,3%), sốt (88,6%, 86,8% và 91,5%), mệt mỏi (89,4%, 86,8% và 93,6%), gầy sút (83,7%, 80,3% và 89,4%), tiêu chảy (19,7%, 15,8% và 23,4%), rale ở phổi (76,4%, 72,4% và 83%), tổn thương ngoài da (9,8%, 5,3% và 17%).

Bảng 2. Phân tích đơn biến một số yếu tố và khả năng Xpert/MTB, MGIT(+)

Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm	Xpert/MTB(+)		MGIT (+)	
	OR	p (95% CI)	OR	p (95% CI)
BMI: BMI 18,5-25 kg/m ²	1		1	
BMI ≤ 18,5 kg/m ²	1,35	0,439 (0,63-2,89)	1,44	0,356 (0,66-3,11)
Số lượng CD4				
CD4 > 200 tế bào/mm ³	1		1	
CD4 ≤ 200 tế bào/mm ³	0,75	0,500 (0,33-1,71)	1,67	0,219 (0,74-3,82)
Ho: Ho dưới 2 tuần	1		1	
Ho trên 2 tuần	1,08	0,898 (0,33-3,58)	0,31	0,144 (0,06-1,49)
Gầy sút cân: Không	1		1	
Có	2,50	0,053 (0,99-6,34)	1,95	0,140 (0,8-4,73)
Ra mồ hôi đêm: Không	1		1	
Có	2,25	0,066 (0,95-5,36)	3,49	0,005 (1,47-8,3)

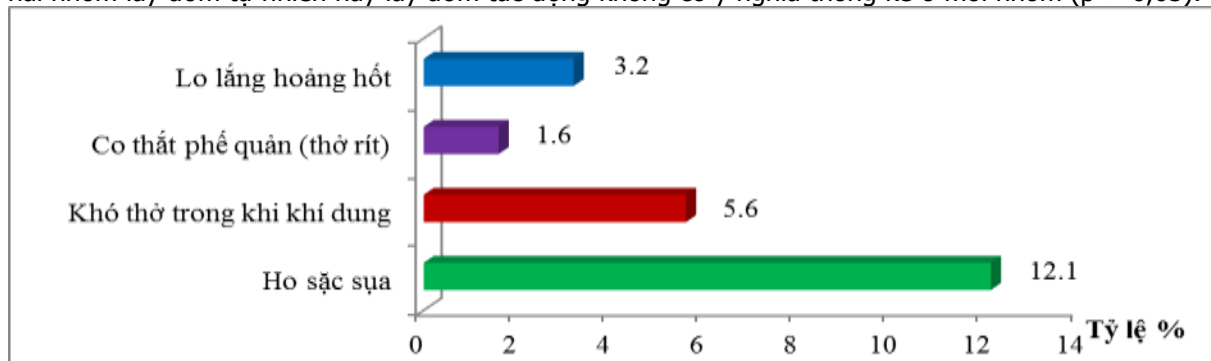
BMI ≤ 18,5 kg/m² OR=1,44; lympho T-CD4 ≤ 200/mm³ OR=1,67, có gầy sút cân OR=1,95 là những yếu tố làm tăng khả năng MGIT(+), không có ý nghĩa thống kê p > 0,05. Ra mồ hôi về đêm OR=3,49 là những yếu tố làm tăng khả năng MGIT(+), có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

BMI ≤ 18,5 kg/m² OR=1,35; ho trên 2 tuần OR=1,08; có gầy sút cân OR=2,95; ra mồ hôi về đêm OR=2,25 là những yếu tố làm tăng khả năng Xpert(+), không có ý nghĩa thống kê p > 0,05.

Bảng 3. Phương pháp lấy đờm và kết quả Xpert MTB, MGIT

Phương pháp lấy đờm	Xpert MTB			MGIT		
	MTB (-) n=62(%)	MTB (+) n=61(%)	p	MGIT (-) n=48(%)	MGIT (+) n=75(%)	p
Lấy đờm tự nhiên n=76 (61,7%)	35 (56,5)	41 (67,2)	0,219	27 (56,3)	49 (65,3)	0,312
Lấy đờm tác động n=47 (38,3%)	27 (43,6)	20 (32,8)		21 (43,8)	26 (34,7)	
Tổng số=123	62	61		48	75	

Có 38,3% số bệnh nhân cần lấy đờm tác động. Trong 61 bệnh nhân Xpert dương tính thì có 32,8% bệnh nhân được lấy đờm tác động. Trong 75 bệnh nhân nuôi cấy MGIT dương tính thì có 34,7% bệnh nhân được lấy đờm tác động. Sự khác biệt về kết quả xét nghiệm Xpert MTB và MGIT ở hai nhóm lấy đờm tự nhiên hay lấy đờm tác động không có ý nghĩa thống kê ở mỗi nhóm (p > 0,05).



Biểu đồ 1: Tác dụng không mong muốn trong quá trình lấy đờm tác động

Tỷ lệ ho sặc sụa cao nhất 12,1%, cảm giác khó thở 5,6%, thở rít 1,6%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 123 bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi AFB(-) đồng nhiễm HIV. Số bệnh nhân lấy đờm tự nhiên chiếm 61,8% (76/123). Từ bảng 1, không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về mối liên quan giữa đờm tác động và lấy đờm tự nhiên giữa các nhóm BMI khác nhau ($<18,5$, từ $18,5$ tới $24,9$ và $> 24,9$) ($p>0,05$), nhận thấy nhóm bệnh nhân BMI $<18,5$ chiếm 65,9% (81/123). Nhận xét này phù hợp với Chartier (2011) nghiên cứu 175 trường hợp lao nhiễm HIV, giá trị trung bình BMI $16,9\text{kg/m}^2$, Lawn (2011) nghiên cứu 81 trường hợp lao nhiễm HIV trung bình BMI $21,4\text{kg/m}^2$. BMI thấp liên quan tới tình trạng suy dinh dưỡng, giảm khả năng đề kháng chung, tăng nguy cơ chuyển nhiễm lao thành bệnh lao và được coi là một yếu tố tiên lượng nặng, tăng nguy cơ tử vong, tái phát ở bệnh nhân lao và lao nhiễm HIV. Ngoài ra, trong 123 bệnh nhân, sốt gặp ở 88,6% số bệnh nhân, mệt mỏi 89,4%; gầy sút 83,7%; ra mồ hôi về đêm 76,4%; loét miệng 13%; tiêu chảy 18,7%; tổn thương ngoài da 17. Tỷ lệ các triệu chứng như: sốt (91,5% và 86,8%), mệt mỏi (93,6% và 86,8%), gầy sút (89,4% và 80,3%), ra mồ hôi về đêm (78,7% và 75%), loét miệng (14,9% và 11,8%), tiêu chảy (23,4% và 15,8%), tổn thương ngoài da (17,0% và 5,3%) giữa nhóm lấy đờm tác động nhìn chung cao hơn nhóm lấy đờm tự nhiên, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có thể các triệu chứng trên ảnh hưởng tới khả năng ho khạc kém. Chỉ số lympho T-CD4 ngoại vi có giá trị trung bình $127,9$ tế bào/ mm^3 , $126,4$ nhóm lấy đờm tự nhiên và $130,6$ nhóm lấy đờm tác động, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ($p<0,05$), kết quả này cho thấy bệnh nhân trong nghiên cứu hầu hết ở giai đoạn hệ miễn dịch tổn thương nặng nề.

Bảng 2 phân tích hồi quy đơn biến một số yếu tố yếu tố làm tăng khả năng tìm thấy vi khuẩn bằng nuôi cấy MGIT như: BMI $\leq 18,5\text{kg/m}^2$ OR=1,44, lympho T-CD4 ≤ 200 tế bào/ mm^3 OR=1,64, có sốt OR=2,3, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$), ra mồ hôi về đêm OR=3,49 (95% CI=1,47-8,30), có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$, nhưng với khoảng tin cậy của giá trị rộng (95%CI 1,47-8,30) cho thấy kết quả này chưa thật ổn định và đáng tin cậy. Cũng từ bảng 2 phân tích hồi quy về một số yếu tố ảnh hưởng đến khả năng tìm thấy vi khuẩn lao bằng kỹ thuật Xpert MTB/RIF, chúng tôi nhận thấy BMI $\leq 18,5\text{kg/m}^2$ OR=1,35, sốt OR=2,74, sụt cân OR=2,5, ra mồ hôi về đêm OR=2,25, ho trên 2

tuần OR=2,25, tuy nhiên các kết quả này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu Sekadde (2013), Van Rie (2013) rằng có rất ít các yếu tố có thể dự báo tốt khả năng xét nghiệm Xpert MTB (+), như vậy vẫn cần có thêm các kỹ thuật có khả năng phát hiện vi khuẩn lao ngoài các kỹ thuật hiện có như Xpert MTB/RIF, MGIT.

Từ bảng 3, trong số bệnh nhân lấy đờm tác động, có 20 bệnh nhân có kết quả Xpert MTB (+), chiếm 42,5% (20/47) và 26 bệnh nhân có kết quả nuôi cấy MGIT (+), chiếm 55,3% (26/47). Cũng từ bảng 3, trong 61 bệnh nhân có kết quả Xpert MTB (+), có 32,8% (20/61) số bệnh nhân được lấy đờm tác động. Trong 75 bệnh nhân có kết quả nuôi cấy MGIT (+), có 34,7% (26/75) số bệnh nhân được lấy đờm tác động. Mặc dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số trường hợp tìm thấy vi khuẩn bằng phương pháp lấy đờm tự nhiên hoặc lấy đờm tác động ở cả hai nhóm Gen Xpert MTB (+) hoặc MGIT(+) ($p> 0,05$). Nhưng số trường hợp có bằng chứng vi khuẩn trong số lấy đờm tác động trong việc tăng khả năng tìm thấy vi khuẩn lao trong đờm. So sánh với tác giả Morse (2008) nghiên cứu trên 140 bệnh nhân, 81% (113/140) nhiễm HIV, 50,4% (57/113) trong số đó không khạc được đờm tự nhiên phải lấy đờm tác động, tỷ lệ xét nghiệm nuôi cấy đờm dương tính ở nhóm lấy đờm tác động là 84% (48/57), cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi là 55,3% (26/47).

Biểu đồ 1, một số triệu chứng không mong muốn thường gặp khi thực hiện lấy đờm tác động như: ho sặc sụa 12,1%, hiện tượng này thường xảy ra trong những phút đầu khi người bệnh chưa phối hợp tốt, 5,6% cảm thấy khó thở trong khi khí dung, 2 trường hợp (1,6%) bệnh nhân có hiện tượng co thắt phế quản, 3,2% bệnh nhân có cảm giác lo lắng hoảng hốt, một số trường hợp sau đó tiếp tục thực hiện lại ngay khí dung và lấy được đờm, một số trường hợp không lấy được ngay nhưng lấy lại thành công ở lần sau. Những tác dụng không mong muốn trên đều tự giới hạn nhanh chóng, các bệnh nhân sau khi nghỉ ngơi đều tiếp tục khí dung và lấy đờm đạt yêu cầu. Kết quả này tương tự như báo cáo của các nghiên cứu khác như; Morse (2008) nhận xét tỷ lệ tác dụng phụ lấy đờm tác động; 1,4% nôn và ho, có 0,7% (1/140) trường hợp thất bại. Peter (2013) trên 268 bệnh nhân, tác dụng phụ liên quan tới kỹ thuật lấy đờm tác động như sau; 12% (32/268) bệnh nhân lấy đờm có tác dụng phụ so với nhóm hướng dẫn, trong đó thường gặp là: khó thở 4,1% (11/268) chóng mặt 3,3% (9/268), đau đầu hoặc buồn

nôn 7,9%(10/268).

Kết quả trong nghiên cứu này về khả năng tìm thấy vi khuẩn bằng lấy đờm tác động, tác dụng không mong muốn của kỹ thuật phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả trong và ngoài nước rằng đây là phương pháp ít xâm nhập, không gây nguy hiểm trong quá trình sử dụng, tuy nhiên cần có hướng dẫn, có phòng lấy đờm và các quy định đảm bảo tiêu chuẩn kiểm soát nhiễm khuẩn lao.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ BMI thấp < 18,5% chiếm 81,6%, sốt 88,6%, mệt mỏi 89,4%, gầy sút 83,7% (89,4% và 80,3%), ra mồ hôi về đêm 94% (78,7% và 75%), ra mồ hôi đêm 76,4%, có rales ở phổi 76,4%.

Yếu tố làm tăng khả năng tìm thấy vi khuẩn bằng MGIT là BMI $\leq 18,5$ kg/m² OR=1,44; lympho T-CD4 ≤ 200 /mm³ OR=1,67, có gầy sút cân OR=1,95; BMI $\leq 18,5$ kg/m² OR=1,35; ho trên 2 tuần OR=1,08; có gầy sút cân OR=2,95; ra mồ hôi về đêm OR=2,25 là những yếu tố làm tăng khả năng Xpert(+)

Lấy đờm tác động thực hiện ở 38,3% số bệnh nhân. Trong 61 bệnh nhân Xpert dương tính thì có 32,8% bệnh nhân được lấy đờm tác động. Trong 75 bệnh nhân nuôi cấy MGIT dương tính

thì có 34,7% bệnh nhân được lấy đờm tác động.

Tác dụng không mong muốn của lấy đờm tác động: ho sặc sụa cao nhất 12,1%, cảm giác khó thở 5,6%, thở rít 1,6%. Đây là phương pháp ít xâm nhập, không gây nguy hiểm trong quá trình sử dụng, tuy nhiên cần có hướng dẫn, có phòng lấy đờm và các quy định đảm bảo tiêu chuẩn kiểm soát nhiễm khuẩn lao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huy Điện (2007), "Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, xét nghiệm và kháng thuốc ban đầu của Mycobacterium Tuberculosis ở bệnh nhân tràn dịch màng phổi do lao HIY (+) tại Hải Phòng", *Luận văn thạc sĩ*.
2. Nguyễn Thanh Tú (2004), "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tràn dịch màng phổi do lao", *Luận văn bác sĩ đa khoa*.
3. H. Kawada, N. Suzuki, Y. Takeda et al (1996). The usefulness of induced sputum in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Kekkaku*, 71 (11), 603-606.
4. Trần Hoàng Thành (2006), "Bệnh lý Màng phổi", *Nhà xuất bản Y học*.
5. M. Morse (2008). Induced sputum improves the diagnosis of pulmonary tuberculosis in hospitalized patients in Gaborone, Botswana. *Int J Tuberc Lung Dis*, 12 (11), 1279-1285.
6. J. G. Peter (2013). Comparison of two methods for acquisition of sputum samples for diagnosis of suspected tuberculosis in smear-negative or sputum-scarce people: a randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine*, 9 (15), 12-19.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VỠ TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG ĐOẠN TRONG SỌ

Đặng Việt Sơn*, Võ Hồng Khôi**, Nguyễn Thế Hào**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: vỡ túi phình động mạch cảnh trong (TP ĐMCT) là bệnh lý cấp cứu thần kinh nặng nề, tỷ lệ tử vong cao và nhiều biến chứng cũng như di chứng gây tàn tật. Hiểu biết sâu rộng về bệnh sẽ giúp người thầy thuốc đưa ra các lựa chọn cho từng phương pháp điều trị nhằm giảm thiểu các biến chứng của vỡ túi phình động mạch cảnh trong gây ra đồng thời giảm mức chi phí phải chi trả cho điều trị bệnh lý này. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 84 bệnh nhân vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ điều trị

phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2015 đến tháng 10/2017. **Kết quả và bàn luận:** Triệu chứng lâm sàng: bệnh xảy ra đột ngột (78,8%) với các triệu chứng nhức đầu 92,9%, gáy cứng 88,1%, buồn nôn và nôn 52,2%, mất tri giác tạm thời 25,0%, suy giảm tri giác 11,9%, liệt nửa người 16,7%, liệt dây II 6,0%; liệt dây III 15,5%. Mức độ lâm sàng thường gặp là độ WFNS 2 (47,6%). Mức độ chảy máu dưới nhện trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não chủ yếu là Fisher độ 2: 41,0%. Chảy máu não thất thường thấy ở độ 2 (Grab) 33,3%; xuất huyết não thùy thái dương: 13,5%. Vị trí túi phình vỡ: động mạch thông sau 56,0%; ngã ba động mạch cảnh trong 10,7%; động mạch mắt 14,3%; lưng động mạch cảnh trong 6,0%; động mạch mạch mạc trước 4,8% và động mạch yên trên 8,3%. Số lượng túi phình chiếm đa số là 1 túi 70,2%, ≥ 2 túi 29,8%. Túi phình vỡ chủ yếu bên phải 59,5%. Đa số là phình hình túi (98,8%), bờ không đều (57,7%) và kích thước túi nhỏ và trung bình (98,8%) với đường kính cổ dưới 4mm (81,9%). Co thắt mạch động mạch mang túi phình: 8,4%. Hạ Kali máu 15,5% và hạ Natri máu 9,5%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là nhức đầu đột ngột chiếm 92,9%, cứng gáy chiếm 88,1%. Biến

*Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Việt Sơn

Email: dangvietson.vthp@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 12.3.2018

chứng thường gặp nhất là hạ Kali máu với 15,5%. Số lượng túi phình được tìm thấy trên phim chụp chủ yếu là một túi phình với kích thước nhỏ và trung bình (chiếm 98,8%) và đường kính cổ dưới 4mm.

Từ khóa: Túi phình, vỡ túi phình mạch não, động mạch cảnh trong đoạn trong sọ

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND IMAGING OF RUPTURED ANEURYSM IN INTRACRANIAL SEGMENT OF INTERNAL CAROTID ARTERY

Introduction: rupture of the carotid artery aneurysm is a serious neurosurgery pathology with high mortality and many complications also sequelae. Improvement of knowledge of the disease will help the clinician to make choices for each treatment to minimize complications and to reduce the cost of treatment.

Objectives: To describe the clinical manifestations and imaging of the ruptured carotid artery aneurysm.

Subjects and methods: prospective and cross-sectional descriptive study of 84 patients with ruptured carotid artery aneurysm, hospitalized in the Department of Neurosurgery of Bach Mai Hospital, from June 2015 to October 2017. **Results and discussion:** Clinical manifestations: Sudden onset (78.8%) with headache (92.9%), nuchal rigidity 88.1%, nausea and vomiting 52.2%, temporary loss of vigilance 25.0%, cognitive impairment 11.9%, hemiparesis 16.7%, paralysis of the nerve II 6.0%; paralysis of the nerve III 15.5%. The set grade of WFNS the most frequent was 2 (47.6%). The set level of meningeal haemorrhage on CT scan was mainly Fisher level 2: 41.0%. Ventricular haemorrhage at grade 2 (Grab) 33.3%; Haemorrhage of the temporal lobe: 13.5%. Location of rupture: Posterior communicating artery 56%. The number of aneurysm: 1 (70,2%). Vasospasm: 8,4%. Hypokalemia: 15,5%, hyponatremia: 9,5%. **Conclusion:** The most common clinical symptoms were headache which accounted for 92.9%, crown hardening accounted for 88.1%. The most common complication was hypokalaemia with 15.5% of patients. The number of aneurysms found on the film

was mainly a bulge with small and medium size (98.8%) and neck diameter less than 4mm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi phình động mạch cảnh trong thường gặp khoảng 30-40% trong tổng số túi phình động mạch não nội sọ. Tỷ lệ tử vong cao lên tới 35-60% trong vòng 30 ngày đầu nếu không được điều trị, tỷ lệ tử vong tăng lên với bệnh nhân có yếu tố nguy cơ như tuổi cao, mức độ lâm sàng trước điều trị cũng như các yếu tố tiền sử như đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh lý về gan, thận,[2]. Với nhiều sự lựa chọn điều trị vỡ túi phình động mạch cảnh trong đòi hỏi người thầy thuốc phải hiểu biết sâu sắc về bệnh lý này cũng như ưu và nhược điểm của từng phương pháp nhằm mang lại hiệu quả cao trong điều trị. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đưa ra các biểu hiện lâm sàng cũng như hình ảnh chụp vi tính cắt lớp vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang từ tháng 06/2014 đến tháng 10/2017 gồm 84 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ, điều trị phẫu thuật xử lý túi phình tại bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân được nghi nhận các dữ liệu lâm sàng lúc nhập viện và trước phẫu thuật. Phân độ lâm sàng theo WFNS (Hiệp hội Phẫu thuật Thần kinh Thế giới). Đánh giá mức độ chảy máu khoang dưới nhện trên phim cắt lớp vi tính sọ não theo Fisher.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Cách thức khởi phát với triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng	Cách khởi phát		Đột ngột		Cấp tính		Tăng dần		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Nhức đầu	65	77,4	3	3,6	14	16,7	82	97,6		
Buồn nôn, nôn	47	56,0			5	6,6	52	61,9		
Mất tri giác tạm thời	21	25,0					21	25,0		
Co giật, động kinh	8	9,5					8	9,5		
Hôn mê sau đột quỵ não	3	3,6					3	3,6		
Sụp mí, giảm thị lực	6	7,1			1	1,2	7	8,3		

Nhận xét: Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là nhức đầu chiếm 97,6%, và buồn nôn chiếm 61,9%

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng khi đến viện

Dấu hiệu lâm sàng	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ %
Đau đầu	78	92,9
Gây cứng	74	88,1
Buồn nôn, nôn	43	51,2
Suy giảm tri giác	10	11,9
Tăng huyết áp	6	7,1
Sốt	4	4,8

Giảm thị lực, thị trường		18	21,4
Hội chứng màng não		74	88,1
Hội chứng thần kinh khu trú	Liệt nửa người	14	16,7
	Liệt dây III	13	15,5
	Liệt dây II	5	6,0
	Rối loạn ngôn ngữ	11	13,1

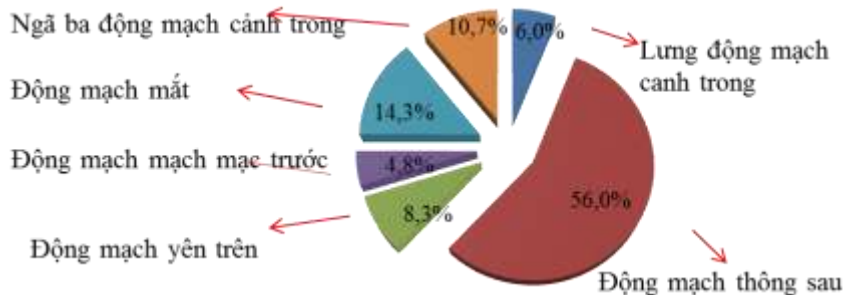
Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất khi bệnh nhân tới viện là nhức đầu và gây cứng, lần lượt chiếm 92,9% và 88,1%.

Bảng 3. Phân độ lâm sàng khi vào viện so với trước phẫu thuật

Phân độ WFNS			Trước phẫu thuật: số trường hợp (n); tỷ lệ (%)				Tổng 84 (100)
			độ 1	độ 2	độ 3	độ 4	
khi vào viện	độ 1	20 (23,8)	5 (6,0)	50 (59,5)	17 (20,2)	12 (14,3)	20 (23,8)
	độ 2	40 (47,6)	3 (3,6)	16 (19,0)	0	1 (1,2)	40 (47,6)
	độ 3	18 (21,4)	2 (2,4)	28 (33,3)	6 (7,1)	4 (4,8)	18 (21,4)
	độ 4	6 (7,1)		6 (7,1)	11 (13,1)	1 (1,2)	6 (7,1)
Tổng		84(100)	5(6,0)	50(59,5)	17(20,2)	12(14,3)	84(100)

$$\chi^2 = 66,234 \quad p < 0,001$$

Nhận xét: Phân độ lâm sàng theo WFNS chủ yếu là độ 2, chiếm 47,6%. Sự khác biệt giữa các nhóm theo phân độ WFNS có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$).



Biểu đồ 2. Vị trí túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ vỡ.

Nhận xét: Vị trí vỡ túi phình thường gặp nhất là ở động mạch thông sau, chiếm 56%. Tiếp đó là động mạch mặt chiếm 14,3% và ngã ba động mạch cảnh trong chiếm 10,7%.

Bảng 4. Mức độ chảy máu dưới nhện trên phim chụp cắt lớp vi tính

Phân độ Fisher	Trên cắt lớp vi tính não		Trên cắt lớp vi tính mạch não	
	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Độ 1	8	9,6	16	19,0
Độ 2	34	41,0	25	29,8
Độ 3	8	9,6	7	8,3
Độ 4	33	39,8	36	42,9
Tổng	83	100%	84	100%

Nhận xét: Phân độ Fisher trên phim chụp CLVT sọ não, chủ yếu là chảy máu dưới nhện độ 2 và độ 4, lần lượt là 41% và 39,8%.

Bảng 5. Liên quan giữa mức độ chảy máu dưới nhện với vị trí túi phình vỡ.

Phân độ Fisher	Lưng ĐMCT		ĐM thông sau		ĐM yên trên		ĐM mạch trước		Động mạch mặt		Ngã ba ĐMCT		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
độ 1			4	8,7					3	25,0	1	11,1	8	9,6
độ 2	1	20,0	20	43,5	4	57,1	1	25,0	6	17,6	2	22,2	34	41,0
độ 3	1	20,0	5	10,9	1	14,3					1	11,1	8	9,6
độ 4	3	60,0	17	37,0	2	28,6	3	75,0	3	25,0	5	55,6	33	39,8
tổng	5	100	46	100	7	100	4	100	12	100	9	100	83	100

$$\chi^2 = 12,504 \quad p > 0,05$$

Nhận xét: Mức độ chảy máu trên phim cắt lớp vi tính sọ não chủ yếu là độ 2 và độ 3, và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các vị trí khác nhau của túi phình vỡ ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm về tuổi và giới: Trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 28,1%; nữ chiếm 61,9%. Tỷ lệ nam/nữ: 1/1,6. Tuổi mắc bệnh trung bình $56,7 \pm 12,9$ (trẻ nhất là 20 và cao nhất là 87 tuổi). Độ tuổi thường gặp là 40-60 (76,2%), ở lứa tuổi dưới 40 tỷ lệ nam mắc nhiều hơn nữ, nhưng ở lứa tuổi 40-60 nữ mắc nhiều hơn nam 2,1 lần và sau 60 tuổi thì tỷ lệ mắc bệnh giữa hai giới tương đương nhau (không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các tác giả khác khi nghiên cứu về bệnh lý túi phình động mạch não nội sọ nói chung có tuổi mắc bệnh là 45- 64 [2],[4],[6]. Về giới các nghiên cứu cũng thấy tỷ lệ nữ giới mắc nhiều hơn nam từ 1,15 đến 1,6 lần, đặc biệt ở lứa tuổi 50- 85, các tác giả đều cho rằng có sự ảnh hưởng suy giảm nội tiết Estrogen ở thời kỳ tiền mãn kinh, tuy nhiên điều này vẫn chưa được chứng minh đầy đủ, [7].

3.2. Triệu chứng lâm sàng

+ **Giai đoạn khởi phát bệnh:** Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy khi vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ thường xảy ra đột ngột với các triệu chứng như nhức đầu dữ dội (77,4%); sau đó rất nhanh liên quan đến buồn nôn và nôn (61,9%). Các triệu chứng như: mất tri giác tạm thời (25,0%), co giật động kinh (9,5%), hôn mê ngay sau đột quỵ não (3,6%) chúng tôi nhận thấy chỉ xảy ra ở các trường hợp có diễn biến bệnh cấp tính.

+ **Giai đoạn toàn phát bệnh:** Trong giai đoạn này nhức đầu vẫn là triệu chứng nổi bật (92,9%), khiến bệnh nhân phải đến viện và không đỡ khi dùng các thuốc giảm đau thông thường. Dấu hiệu cứng gáy chúng tôi gặp 88,1%, dấu hiệu cứng gáy có thể khó phát hiện khi bệnh nhân hôn mê cần phải dùng giãn cơ khi thở máy. Suy giảm tri giác chiếm 11,9%. Dấu hiệu thần kinh khu trú của vỡ túi phình động mạch cảnh trong thường gặp là liệt nửa người (16,7%), và rối loạn ngôn ngữ (13,2%); liệt dây thần kinh III (15,5%); liệt dây thần kinh II (6,0%).

Giảm thị lực, thị trường có 18/84 bệnh nhân chiếm 21,4%, dấu hiệu giảm thị lực và thị trường này đều giảm xuống sau hai tuần phẫu thuật loại bỏ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ. Khi túi phình to hay hướng phát triển của túi phình trực tiếp ảnh hưởng đến dây thần kinh II hoặc chèn ép dây thần kinh III sẽ nhận thấy rõ các triệu chứng này. Triệu chứng tăng thân nhiệt chúng tôi gặp 4,8%, triệu chứng sốt cổ thể do quá trình tiêu máu ở khoang dưới nhện gây nên, bệnh nhân sốt ở mức độ vừa phải $37,5^{\circ}\text{C}$ - $38,8^{\circ}\text{C}$.

Phân độ WFNS trên lâm sàng hay gặp ở độ 2 (59,5%). Chúng tôi nhận thấy mức độ lâm sàng tăng lên trong quá trình điều trị nội khoa chờ mổ: WFNS độ 3 và độ 4 tăng lên đến 34,5% so với thời điểm vào viện là 28,5% (bảng 3). Do đó vấn đề cần thiết phải can thiệp loại bỏ túi phình là cách hữu hiệu nhất cho bệnh lý này. Mức độ lâm sàng cũng không liên quan đến vị trí túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ vỡ (với $p > 0,05$).

3.3. Đặc điểm hình ảnh học

+ Vị trí túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ chúng tôi gặp: túi phình gốc động mạch thông sau: 56,0%; động mạch mắt 14,3%; Ngã ba động mạch cảnh trong 10,7%; động mạch yên trên 8,3%; Lưng động mạch cảnh trong 6,0%; động mạch mạc trước 4,8%. Chúng tôi thấy vị trí túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ vỡ không liên quan đến dấu hiệu thần kinh khu trú hay mức độ chảy máu dưới nhện (với $p > 0,05$). Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy đa số TP ĐMCT đoạn trong sọ vỡ ở bên phải chiếm 59,5%.

+ Mức độ chảy máu dưới nhện phân theo Fisher với các mức độ I (9,6%), độ II (41,0%), độ III (9,6%), độ IV (3,8%).

+ Hình ảnh tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính: chiếm đa số là túi phình hình túi (98,8%), bờ không đều (57,1%) hoặc hình đồng hồ cát, có múi có thùy (23,8%). Chảy máu não thất gặp 50,5% trong đó chiếm đa số là chảy máu não thất độ 2 chiếm 33,7%. Co thắt mạch là 8,8% chủ yếu co thắt mạch độ 1 và độ 2. Chảy máu nhu mô phần nhiều tập trung ở vị trí thái dương chiếm 10,8%, giãn não thất 13,1%.

3.4. Đặc điểm điện giải máu: Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ hạ Kali máu chiếm cao nhất 15,5% và hạ Natri máu chiếm 9,5%, Dấu hiệu tăng đường máu gặp 20,2%, dấu hiệu này có thể bị sai lệch do bệnh nhân được dùng chống phù não bằng Mannitol tại tuyến dưới.

IV. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: biểu hiện của bệnh xảy ra đột ngột (78,8%) với các triệu chứng nhức đầu (92,9%) buồn nôn và nôn (52,2%), gáy cứng (88,1%), liệt nửa người (16,7%). Mức độ lâm sàng thường gặp WFNS độ 2 (47,6%). Tỷ lệ biến chứng co thắt mạch là 8,4%. Hạ Kali máu thường gặp chiếm 15,5%, hạ Natri máu có tỷ lệ 9,5%.

Đặc điểm hình ảnh học trên phim cắt lớp vi tính sọ não cho thấy chảy máu dưới nhện gặp ở các mức độ theo Fisher I (9,6%), độ II (41,0%), độ III (9,6%), độ IV (3,8%). Vị trí túi phình

động mạch cảnh trong vỡ gấp lần lượt là túi phình động mạch thông sau 56,0%; Ngã ba động mạch cảnh trong 10,7%; động mạch mắt 14,3%; lưng động mạch cảnh trong 6,0%; động mạch mạc trước 4,8% và động mạch yên trên 8,3%. Số lượng túi phình chiếm đa số là một túi 70,2%, có từ hai túi trở lên là 29,8%. Túi phình vỡ chủ yếu bên phải 59,5%. Đa số là phình hình túi (98,8%), bờ không đều (57,7%) và kích thước túi nhỏ và trung bình (98,8%) với đường kính cổ dưới 4 mm (81,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Steiner T, Juvela S, Unterbers A (2013)**, European Stroke Organization Guidelines for the Management of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Hemorrhage, *Cerebrovascular Disease*, Vol 33, pp 93- 112.
2. **Komotar R.J, Stabke R.M, Connolly E.S (2012)**, The Natural Course of Unruptured Cerebral Aneurysms, *Neurosurgery*, vol 71(4), pp 7-8.
3. **MacDonald R.L (2006)**, Evidence-based Treatment of Subarachnoid Hemorrhage: Current Status and Future Possibilities, *Clinical Neurosurgery*, vol 53, pp 257- 466.
4. **Ropper A.H, Brown R.H (2005)**, Spontaneous subarachnoid hemorrhage, *Principles of neurology*. (8th ed), Mc Grow Hill, pp 716-722.
5. **Kongable G.L, Lanzino G, Germanson T.P (1996)**, Gender-related differences in aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *J Neurosurg* 84, pp 43-48.
6. **Ronkainen A, Hernesniemi J, Puranen M (1997)**, Familial intracranial aneurysms, *Lancet*, vol 349(9049), pp 38- 40.
7. **MacDonald R.L, Weir B (2004)**, Perioperative management of Subarachnoid Hemorrhage, *Neurosurgical Surgery*, Saunders, 5th Edition, Philadelphia, 2, 1813- 1839.

Kiến thức về tình dục an toàn của sinh viên trường Cao đẳng nghề Công nghệ Việt – Hàn, tỉnh Bắc Giang, năm 2017

Nguyễn Lan Anh¹, Nguyễn Đăng Vững², Nguyễn Trọng Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả kiến thức về tình dục an toàn của sinh viên trường Cao đẳng nghề công nghệ Việt – Hàn, tỉnh Bắc Giang, năm 2017. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang tiến hành trên 1030 sinh viên. **Kết quả:** tỉ lệ sinh viên đã nghe đến tình dục an toàn chiếm 92,4%; 37% sinh viên hiểu đúng về khái niệm tình dục an toàn và chỉ có 28,5% biết thời điểm rụng trứng để mang thai trong chu kỳ kinh nguyệt; 98,7% đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đã nghe nói về bệnh lây truyền qua đường tình dục; 74,4% biết thời điểm sử dụng bao cao su hiệu quả nhất; 100% sinh viên biết đến ít nhất 1 biện pháp tránh thai. Kết quả đánh giá kiến thức chung của sinh viên về tình dục an toàn có 52,0% sinh viên có kiến thức đạt. **Kết luận:** hầu hết sinh viên trường Cao đẳng nghề công nghệ Việt – Hàn, tỉnh Bắc Giang đã nghe nói đến tình dục an toàn và nghe về các bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục không an toàn nhưng tỉ lệ sinh viên có kiến thức đạt về tình dục an toàn còn chưa cao. Nhà trường cần phối hợp với ngành Y tế có những định hướng và giải pháp tốt hơn trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cho sinh viên của trường, để trang bị cho các em những kiến thức cơ bản về tình dục an toàn và sức khỏe sinh sản.

Từ khóa: kiến thức, tình dục an toàn, sinh viên, Bắc Giang

SUMMARY

KNOWLEDGE ON SEXUAL SAFETY OF STUDENT IN VIET NAM - SOUTH KOREA COLLEGE OF TECHNOLOGY IN BAC GIANG PROVINCE IN 2017

To describe the knowledge on sexual safety of students in Vietnam - South Korea college of technology in Bac Giang province in 2017. **Method:** Cross-sectional study was conducted among 1030 students. **Results:** The percentage of students who knew safe sex accounted for 92.4%; 37.0% of the students correctly understood the concept of safe sex and only 28.5% knew when they would become pregnant during the menstrual cycle; 98.7% students have heard of sexually transmitted diseases; 74.4% knew when to use condoms most effectively; 100% of students knew at least one contraceptive method. Study results on the general knowledge of students about safe sex recognize 52.0% of students with adequate scale. **Conclusion:** Most students from Vietnam-South Korea College of Technology have understood about safe sexual practices and known about sexually transmitted diseases but the percentage of students who had adequate knowledge about safe sex is not high. The college should collaborate with the health sector to have better orientation, communication and solutions in improving reproductive health care for students, to equip them with basic knowledge about safe sex and reproductive health.

Keywords: knowledge, sexual safety, student, Bac Giang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình dục an toàn là một vấn đề không còn mới lạ nhưng luôn là vấn đề nổi cộm đối với lứa tuổi vị thành niên và thanh niên (VTN/TN) ở Việt

¹Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Bắc Giang

²Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lan Anh

Email: lananhskssbg@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018

Ngày duyệt bài: 6.3.2018

Nam. Trong bối cảnh hội nhập và toàn cầu hóa, quan hệ tình dục (QHTD) trước hôn nhân ngày càng xuất hiện sớm hơn, tỉ lệ VTN/TN chưa lập gia đình có quan hệ tình dục không an toàn khá cao [1]. Điều này không những làm cho họ có nguy cơ cao lây nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD) mà còn dẫn đến việc mang thai ngoài ý muốn và các hệ lụy như kết hôn sớm, nạo phá thai, rối loạn tâm thần...[2]. Tỉ lệ phá thai ở lứa tuổi VTN/TN và vấn đề mang thai ngoài ý muốn, phá thai không an toàn được coi là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, ảnh hưởng đến thể chất, tinh thần và ảnh hưởng đến nòi giống cũng như các quan niệm về giá trị trong xã hội [3]. Tuy vậy, kiến thức của VTN/TN về tình dục an toàn vẫn còn rất hạn chế. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Nghị, tỉ lệ thanh thiếu niên có kiến thức về tình dục an toàn chiếm tỉ lệ thấp (23,4% nam và 23,6 % nữ) [4].

Tình dục không an toàn không chỉ ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe, lối sống và hạnh phúc tương lai của VTN/TN mà còn là một gánh nặng, thách thức lớn cho công tác dân số, đáng lưu tâm hơn là nó để lại những hậu quả nghiêm trọng cho thế hệ trẻ. Có thể nhận thấy, một trong những nguyên nhân chủ yếu là do nhận thức, thái độ, thực hành của sinh viên về tình dục an toàn còn chưa đúng, chưa đầy đủ [1].

Tại tỉnh Bắc Giang chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu kiến thức của VTN/TN về tình dục an toàn, đặc biệt là đối tượng sinh viên của các trường Cao đẳng trên địa bàn tỉnh. Câu hỏi đặt ra là: sinh viên có kiến thức về tình dục an toàn và phòng tránh thai ngoài ý muốn và phòng bệnh LTQĐTD như thế nào? Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *mô tả kiến thức về tình dục an toàn của sinh viên trường Cao đẳng nghề công nghệ Việt - Hàn, tỉnh Bắc Giang, năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- *Thời gian:* từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 6 năm 2018.

- *Địa điểm nghiên cứu:* trường Cao đẳng nghề công nghệ Việt - Hàn, tỉnh Bắc Giang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* sinh viên thuộc hệ cao đẳng trường Cao đẳng nghề công nghệ Việt - Hàn, tỉnh Bắc Giang, đồng ý tham gia nghiên cứu và chưa kết hôn.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Vắng mặt vào thời gian nghiên cứu

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu: được tính theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỉ lệ với $\alpha = 0,05$; $\varepsilon = 0,1$; $p=0,29$ (tỉ lệ sinh viên QHTD trước hôn nhân trong nghiên cứu của Phạm Thị Hương Trà Linh và cộng sự của sinh viên trường Cao đẳng Y tế Phú Thọ là 29% [5]). Cỡ mẫu tính được là 940 sinh viên, lấy thêm 5% cỡ mẫu để phòng những trường hợp nghỉ học hoặc không trả lời đầy đủ bộ câu hỏi.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu: *chọn mẫu toàn bộ sinh viên hệ Cao đẳng của trường gồm 1.030 sinh viên.*

2.4. Tiêu chuẩn đánh giá về kiến thức: Tiêu chuẩn đánh giá được tham khảo từ một số nghiên cứu tương tự như nghiên cứu của Ngô Thị Lương tại trường THPT thành phố Bắc Giang [6]; nghiên cứu của Phạm Thị Hương Trà Linh tại trường Cao đẳng Y tế Phú Thọ (2015) [5]. Đối tượng có kiến thức đạt khi số điểm ≥ 39 điểm ($\geq 50\%$), có kiến thức không đạt khi số điểm < 39 điểm.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được làm sạch, sau đó nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 12.0. Tính toán các tần suất; tỉ lệ %.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1: Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	18	244	23,7
	19	328	31,8
	≥ 20	458	44,5
Giới	Nam	716	69,5
	Nữ	314	30,5
Năm học	Năm thứ 1	335	32,5
	Năm thứ 2	322	31,3
	Năm thứ 3	373	36,2
Nơi ở trước khi học cao đẳng	Nông thôn	867	84,2
	Thành thị	163	15,8
Nơi ở trong khi học cao đẳng	Ở nhà cùng bố mẹ	494	48,0
	Ở nhà cùng người thân	51	4,9
	Ở trọ	236	22,9
	Ở ký túc xá	249	24,2

Đối tượng nghiên cứu có tuổi và số năm học phân bố khá đều. Giới tính nam (69,5%) chiếm tỉ lệ nhiều hơn so với giới tính là nữ (30,5%). Đa phần sinh viên sống ở nông thôn trước khi học cao đẳng, chiếm 84,2% còn lại 15,8% là sinh viên sống ở thành thị. 48,0% sinh viên sống ở

nhà cùng bố mẹ trong khi học cao đẳng, tiếp đến 24,2% sinh viên sống ở ký túc xá; 22,9% sống ở nhà trọ và thấp nhất là 4,95 sinh viên sống ở nhà cùng người thân.

Bảng 3.2. Kiến thức của sinh viên về tình dục an toàn theo giới

Nội dung	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Đã nghe đến tình dục an toàn	952	92,4
Hiểu đúng thế nào là tình dục an toàn	381	37,0
Hiểu đúng về khả năng có thai trong lần QHTD đầu tiên	787	76,4
Biết thời điểm bạn gái dễ mang thai	293	28,5
Biết thời điểm sử dụng BCS hiệu quả nhất	751	74,4
Đã nghe nói về bệnh LTQĐTD	1017	98,7

Kết quả bảng 3.2 cho thấy 92,4% sinh viên đã nghe đến tình dục an toàn và 98,7% sinh viên đã nghe nói về bệnh lây truyền qua đường tình dục. Các kiến thức được sinh viên trả lời đúng về khái niệm tình dục an toàn, khả năng có thai trong lần quan hệ đầu tiên, thời điểm bạn gái dễ mang thai trong chu kỳ kinh nguyệt và thời điểm sử dụng BCS hiệu quả nhất lần lượt chiếm các tỉ lệ 37,0%; 76,4%, 28,5% và 74,4%.

Bảng 3.3. Kiến thức của sinh viên về biện pháp tránh thai

	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Biết trên 5 loại	394	38,3
Biết 1-5 loại	636	61,7

100% sinh viên biết ít nhất 1 loại biện pháp tránh thai, trong đó 38,3% sinh viên biết trên 5 loại biện pháp tránh thai và 61,7% sinh viên biết 1-5 loại biện pháp tránh thai.

Bảng 3.4. Tỉ lệ sinh viên hiểu biết về hậu quả của quan hệ tình dục không an toàn

Nội dung	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Có thai ngoài ý muốn	564	78,7	236	75,2	800	77,7
Mắc các bệnh LTQĐTD	640	89,4	295	94,0	935	90,8
Phá thai	312	43,6	156	49,7	468	45,4
Ảnh hưởng đến sức khỏe	379	52,9	216	68,8	595	57,8

Hiểu biết về hậu quả của quan hệ tình dục không an toàn cao nhất là mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục chiếm 90,8%, tiếp đến là có thai ngoài ý muốn chiếm 77,7%, ảnh hưởng đến sức khỏe chiếm 57,8% và thấp nhất là phá thai chiếm 45,4%.

Bảng 3.5. Đánh giá kiến thức chung của sinh viên về tình dục an toàn

Kiến thức	Đạt-n (%)	Không đạt - n (%)
Nam	357 (49,9)	359 (50,1)
Nữ	179 (57,0)	179 (43,0)
Tổng cộng	536 (52,0)	494 (48,0)

Đánh giá kiến thức chung của sinh viên về tình dục an toàn có 52,0% sinh viên có kiến thức đạt, trong đó tỉ lệ sinh viên nữ có kiến thức đạt (57,0%) cao hơn so với sinh viên nam (49,9%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ đối tượng nghiên cứu đã nghe đến tình dục an toàn chiếm 92,4%, kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Tôn Thất Chiêu và cộng sự (2017) khi kết quả nghiên cứu của tác giả chỉ ra tỉ lệ sinh viên có nghe thông tin sức khỏe tình dục là 89,3% [7]; cao hơn kết quả nghiên cứu của Đào Đình Thơi và cộng sự (2016) với tỉ lệ sinh viên đã nghe về tình dục an toàn là 81,77%. Tuy nhiên, chỉ có 37% sinh viên hiểu đúng thế nào là tình dục an toàn. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Hương Trà Linh và cộng sự (52,7%)[5]. 76,4% sinh viên đã biết đánh giá cao nguy cơ mang thai sau lần QHTD đầu tiên và cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu quốc gia về sức khỏe thanh niên và VTN lần 2 (SAVY 2) là 71%.

Hiểu biết đúng của sinh viên về thời điểm dễ mang thai và thời điểm sử dụng BCS hiệu quả nhất lần lượt được chỉ ra là 28,5% và 74,4%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả trong nghiên cứu của Phạm Thị Hương Trà Linh và cộng sự (2014) với kết quả lần lượt là 38% và 83,3% [5]. 98,7% đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đã nghe nói về bệnh LTQĐTD và tác giả Đào Đình Thơi cùng cộng sự (2016) cũng chỉ ra tỉ lệ sinh viên đã nghe về bệnh LTQĐTD là 91,69%. 100% đối tượng nghiên cứu của chúng tôi biết ít nhất 1 biện pháp tránh thai, trong đó 61,7% sinh viên được hỏi biết từ 1-5 loại biện pháp tránh thai và 38,3% sinh viên được hỏi biết trên 5 loại biện pháp tránh thai. Kết quả này có sự tương đồng với kết quả của Phạm Thị Hương Trà Linh và cộng sự (2014) khi tác giả chỉ ra rằng hầu hết sinh viên biết ít nhất 1 biện pháp tránh thai; 41,4% biết 1-5 BPTT; 57,8% biết trên 5 BPTT [6].

Hiểu biết về hậu quả của quan hệ tình dục không an toàn: 77,7% sinh viên trả lời gây có thai ngoài ý muốn; 90,8% cho rằng mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục; 45,4% cho rằng gây phá thai và 57,8% cho rằng gây ảnh hưởng tới sức khỏe. So sánh kết quả nghiên cứu

của chúng tôi với kết quả nghiên cứu của Trương Thị Thúy Hạnh và cộng sự (2009): 79,3% cho rằng có thai ngoài ý muốn; 51,2% cho rằng mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục; 58,7% cho rằng nạo, hút thai và 73,3% cho rằng ảnh hưởng tới thể chất, tinh thần. Thực tế cho thấy tỉ lệ hiểu biết của sinh viên về hậu quả của tình dục không an toàn chưa cao, các em chưa lường hết được những hậu quả của hành vi tình dục không an toàn.

Kết quả đánh giá kiến thức chung của sinh viên về tình dục an toàn có 52,0% sinh viên có kiến thức đạt, trong đó 57% sinh viên nữ và 49,9% sinh viên nam có kiến thức đạt. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của Đào Đình Thơi và cộng sự (2016): tỉ lệ sinh viên có kiến thức đạt về tình dục an toàn là 52,82% (sinh viên nữ là 53,26%, sinh viên nam là 51,79%). Điều này cho thấy sinh viên có kiến thức đúng về tình dục an toàn còn chưa cao, cần phải cung cấp kiến thức đầy đủ và chính xác cho các em, bên cạnh đó cần khuyến khích sự chủ động tìm hiểu những kiến thức về tình dục an toàn và sức khỏe sinh sản ở sinh viên nói riêng và VTN/TN nói chung.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết sinh viên trường Cao đẳng nghề công nghệ Việt – Hàn, tỉnh Bắc Giang đã nghe nói đến tình dục an toàn và các bệnh lây truyền qua quan hệ tình dục không an toàn; 100% sinh viên biết đến ít nhất một biện pháp tránh thai. Tuy nhiên, tỉ lệ sinh viên có kiến thức đạt về tình dục an toàn còn chưa cao. Nhà trường cần phối hợp

với ngành Y tế có những định hướng và giải pháp tốt hơn trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cho sinh viên của trường để trang bị cho các em những kiến thức cơ bản về tình dục an toàn và sức khỏe sinh sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Phương Thảo (2012)**, *Nhận thức của sinh viên trường đại học Khoa học xã hội & nhân văn – Đại học quốc gia Hà Nội về tình dục an toàn năm 2012*, Luận văn thạc sĩ tâm lý học, Trường Đại học Khoa học Xã hội & Nhân văn, Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Phương Quý (2015)**, *Thực trạng hành vi quan hệ tình dục trước hôn nhân của sinh viên trường cao đẳng Y tế Thanh Hoá và một số yếu tố liên quan năm 2015*, Khóa luận tốt nghiệp Cử nhân Y tế công cộng, Viện đào tạo Y học dự phòng & Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Bộ Y tế (2007)**, *Hướng dẫn cung cấp các dịch vụ sức khỏe thân thiện với vị thành niên và thanh niên*, nhà xuất bản Lao động, Hà nội, năm 2007.
4. **Nguyễn Văn Nghị (2009)**, *Nghiên cứu quan niệm, hành vi tình dục và sức khỏe sinh sản ở vị thành niên huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương năm 2006 - 2009*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. **Phạm Thị Hương Trà Linh và cộng sự (2015)**, *"Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến hành vi quan hệ tình dục của sinh viên trường Cao đẳng Y tế Phú Thọ, năm 2014"*. Tạp chí Y tế công cộng, 34, 49-56.
6. **Ngô Thị Lương (2011)**, *Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe sinh sản của học sinh trung học phổ thông thành phố Bắc Giang và hiệu quả can thiệp*.
7. **Tôn Thất Chiêu và cộng sự (2017)**, *"Kết quả nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành sức khỏe tình dục ở sinh viên Đại học Huế năm 2017"*. Chi cục Dân số - KHHGĐ tỉnh Thừa Thiên Huế.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHÁC ĐỒ 2SHRZ/4RHE Ở NGƯỜI CAO TUỔI MẮC LAO PHỔI MỚI AFB(+) TẠI BỆNH VIỆN 74 TRUNG ƯƠNG

Đặng Văn Khoa*, Dương Văn Hải*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị lao phổi mới AFB (+) ở người cao tuổi bằng phác đồ 2 SHRZ/4RHE. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, hình ảnh Xquang và kết quả nuôi cấy vi

khẩn của bệnh nhân lao phổi AFB(+) ở người cao tuổi. **Kết quả nghiên cứu:** nam nhiều hơn nữ. Triệu chứng lâm sàng mệt mỏi 96,4%; gầy sút cân 83,1%; sốt 53,0%, ra mồ hôi trộm 36,1%, ho khan 97,6%; ho khạc đờm 67,5%; khó thở 44,6%, đau ngực 27,5%, ran nổ 67,5%; rì rào phế nang giảm 39,8%, (65,1%) có bệnh kết hợp, tăng huyết áp (40,7%), đái tháo đường (33,3%). Hình ảnh XQ phổi: mức độ I và II: 49,4% và 44,6%, 2 bên phổi (48,2%); phổi phải 27,7%; phổi trái 24,1%, mức độ tổn thương trung bình 48,2%; rộng là 45,8%, có hang là 40,9%. 100% bệnh nhân có kết quả âm tính hóa AFB trong đờm, hình ảnh Xquang phổi đều có thay đổi rõ rệt. Tác dụng không mong muốn là: (mẩn, ngứa, phát ban) 8,4%. **Kết luận:** Hiệu quả điều trị bằng phác đồ

*Bệnh viện 74 Trung ương.

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Khoa

Email: khoa_dangvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2018

Ngày duyệt bài: 12.3.2018

2SHRZ/4RHE khỏi 100% và ít tác dụng phụ

Từ khóa: Lao phổi ở người cao tuổi, 2SHRZ/4RHE.

SUMMARY

RESEARCH RESULTS OF TREATMENT BY 2SHRZ/4RHE OF NEW LUNG TUBERCULOSIS AFB(+) IN THE ELDERLY AT HOSPITAL 74 CENTER

Objectives of the study: Clinical, subclinical and results of treatment new lung tuberculosis AFB (+) in the elderly by: SHRZ/4RHE. **Study method:** Retrospective clinical features, laboratory tests, X-ray images and bacterial culture results of AFB (+) tuberculosis patients in the elderly. **Research results:** male more than female. Clinical manifestations fatigue 96.4%; weight loss 83.1%; fever 53.0%, sweating 36.1%, dry cough 97.6%; cough sputum 67.5%; shortness of breath 44.6%, chest pain 27.5%, ran wound 67.5%; hypertension (40.7%), diabetes mellitus (33.3%). Pulmonary X-ray: levels I and II: 49.4% and 44.6%, bilateral lung (48.2%); right lungs 27.7%; left lung 24.1%, average damage level 48.2%; Broad is 45.8%, there are caves 40.9%. 100% of patients have negative AFB results in sputum, the lung X-ray image has changed significantly. Unwanted effects: (rash, pruritus, rash) 8.4%. **Conclusion:** The efficacy of 2SHRZ/4RHE treatment is 100% and has few side effects

Key words: Lung tuberculosis in the elderly, 2SHRZ/4RHE.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao hiện nay, trong đó có lao phổi ở người cao tuổi đang có xu hướng gia tăng, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Lý do bởi tình hình lao nói chung đang có xu hướng gia tăng và tỷ lệ người cao tuổi cũng tăng dần [1]. Do cơ thể bị giảm miễn dịch nên người cao tuổi dễ bị lao phổi. Nếu ở người trẻ vi khuẩn xâm nhập từ bên ngoài vào gây bệnh là chính, thì ở người cao tuổi nguồn gốc vi khuẩn chủ yếu là từ các tổn thương cũ trong cơ thể tái triển trở lại. Việc phát hiện bệnh lao phổi ở người cao tuổi có thể bị chậm trễ vì nhiều người cao tuổi bị các bệnh hô hấp mạn tính, triệu chứng của các bệnh này cũng giống triệu chứng của bệnh lao phổi (ho, đau ngực...), vì vậy khi bị lao lại cho là bị bệnh khác [2]. Năm 2014, CTCLQG triển khai phác đồ 2S(E)HRZ/4RHE cho lao mới người lớn. Do vậy mà các nghiên cứu liên quan tới phác đồ trên cũng chưa nhiều. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lao phổi mới AFB(+) ở người cao tuổi.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ 2SHRZ/4RHE ở người cao tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 83 bệnh nhân là người cao tuổi được chẩn đoán xác định

là lao phổi mới AFB (+).

2.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Bệnh nhân là người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên, theo luật số 39/3009/QH12 của Quốc hội về Luật Người cao tuổi) được chẩn đoán xác định là lao phổi mới AFB(+) theo tiêu chuẩn:

- Thỏa mãn 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:

+ Tối thiểu có 2 tiêu bản AFB(+) từ 2 mẫu đờm khác nhau.

+ Một tiêu bản đờm AFB(+) và có hình ảnh lao tiến triển trên phim Xquang phổi.

+ Một tiêu bản đờm AFB(+) và nuôi cấy dương tính.

- Người bệnh được phát hiện bệnh lao phổi lần đầu, chưa điều trị thuốc lao bao giờ hoặc đã điều trị thuốc lao thời gian < 1 tháng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Người bệnh bị lao điều trị phác đồ khác

+ Loại bỏ các trường hợp hợp bỏ trị, chết không phải do độc tố của thuốc, tuổi < 60 tuổi

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Loại nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả ca bệnh, hồi cứu

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thực hiện từ 09/2015 đến tháng 12/2016 tại Bệnh viện 74 Trung ương.

- **Cỡ mẫu và cách tiến hành:** chọn mẫu không xác suất với mẫu thuận tiện

- **Các chỉ số nghiên cứu:** Lâm sàng, tổn thương XQ, phân loại theo tổn thương cơ bản trên Xquang phổi theo Lopo de Carvalho gồm 4 thể: lao thâm nhiễm không hang (1a) và có hang (1b), lao nốt không hang (2a) và có hang (2b), lao kê (3), lao xơ không hang (4a) và có hang (4b). Đánh giá mức độ tổn thương phổi theo hội đồng ngực Mỹ (ATS): **Độ I. Tổn thương tối thiểu:** Tổn thương gián đoạn, không có hang, tổn thương không quá khối lượng phổi giới hạn bởi khớp ức sườn 2 và gai sống lưng 4. **Độ II. Tổn thương vừa phải:** Tổn thương ở một hoặc cả 2 phổi, độ rộng của tổn thương không vượt quá giới hạn sau: Nếu là tổn thương đậm và hợp nhất thì không quá 1/3 phổi, nếu có hang thì tổng đường kính các hang < 4cm, nếu tổn thương rải rác gián đoạn thì không vượt quá một phổi hoặc diện tương đương trên 2 phổi. **Độ III:** Khi tổn thương vượt quá giới hạn độ II. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn trước và sau điều trị với phác đồ 2SHRZ/4 RHE trên đối tượng nghiên cứu. Đánh giá kết quả điều trị: Khỏi: Xét nghiệm đờm âm tính 02 lần kể từ tháng thứ 5. Thất bại: Xét nghiệm đờm dương tính kể từ tháng thứ 5. Ghi nhận các tác dụng không mong muốn của thuốc.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu thu thập qua nghiên cứu được xử lý trên phần mềm

SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán thống kê y học, so sánh tỷ lệ %, giá trị trung bình, mức ý nghĩa thống kê trong các kiểm định thống kê là 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Trong số 83 bệnh nhân nghiên cứu có 34 bệnh nhân nữ (41,0%), 49 bệnh nhân nam (59,0%), ($p > 0,05$), độ tuổi từ 60 – 69 (37,3%), tuổi nhất là 60, cao nhất 92. Thời gian phát hiện bệnh < 2 tháng (57,8%); từ 2

đến dưới 4 tháng (34,9%); (7,3%) bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ 4 tháng trở lên.

- **Cách khởi phát:** bán cấp tính 42/83 (41,0%), từ từ 34/83 (41,0%), 7/83 (8,4%) cấp tính chiếm (8,4%).

- **Các bệnh phối hợp:** 54/83 (65,1%) có bệnh kết hợp: tăng huyết áp (26,5%); đái tháo đường (21,3%); loét dạ dày tá tràng (10,8%), viêm phế quản mạn tính (6,1%).

3.2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trước điều trị

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân (n=83)

Cơ năng	n = 83 (100%)	Thực thể	n = 83 (100%)	Toàn thân	n = 83 (100%)
Ho kéo dài	81 (97,6)	Ran nổ	56(67,5)	Mệt mỏi	80(96,4)
Ho khạc đờm	56(67,5)	Ran phế quản	11(13,3)	Gầy sút cân	69(83,1)
Ho ra máu	5(6,0)	Rì rào phế nang giảm	33(39,8)	Sốt	44(53,0)
Khó thở	37(44,6)	Không có triệu chứng	15(18,1)	Ra mồ hôi trộm	30(36,1)
Đau ngực	23(27,7)				

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là ho khan 97,6%; ho khạc đờm 67,5%, khó thở 44,6%, đau ngực chiếm 27,5%, mệt mỏi 96,4%; sút cân 83,1%; sốt 53,0%, ra mồ hôi trộm chiếm 36,1%. Triệu chứng thực thể tại phổi hay gặp ở lao phổi người cao tuổi là ran nổ chiếm 67,5%; rì rào phế nang giảm chiếm 39,8%, 13,3% không có triệu chứng ran phế quản.

3.3. Đặc điểm tổn thương trên phim Xquang phổi chuẩn

Bảng 3.2. Các thể lâm sàng của người bệnh

Thể lao		Số BN	Tỷ lệ %
Thâm nhiễm	Thâm nhiễm	52	62,7
	Thùy viêm	8	9,6
	Viêm phổi bã đậu/phế quản phế viêm lao	2	2,4
Lao tản mạn		8	9,6
Lao xơ hang		6	7,2
Lao có nốt		7	8,5
Tổng		83	100,0

Nhận xét: thể thâm nhiễm là thể lao gặp nhiều nhất (62,7%), thùy viêm lao (9,6%), viêm phổi bã đậu hoặc phế quản phế viêm lao (2,4%). Các thể lao tản mạn, lao xơ hang, lao nốt có tỷ lệ lần lượt là 9,6%; 7,2% và 8,5%. Tổn thương theo độ: 41 trường hợp tổn thương độ I 49,4%; 37 trường hợp tổn thương độ II 44,6%, 5 trường hợp tổn thương độ III 6,0%. Vị trí tổn

thương: 2 bên phổi (48,2%), phổi phải (27,7%); phổi trái (24,1%). Tỷ lệ lao phổi có hang (40,9%); không có hang (59,1%).

3.4. Mức độ AFB đờm (+) trước điều trị:

AFB dương tính vào viện điều trị có 38/83 (45,8%) AFB (1+), 30/83(36,1%) AFB (3+), 14/83(16,9%) AFB (2+), 1/83(1,2%) dưới 10/100VT chiếm 1,2%.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị lao phổi bằng phác đồ 2SHRZ/4RHE

Bảng 3.3. Mức độ giảm các triệu chứng lâm sàng sau 2 tháng và kết thúc điều trị (n=83)

Triệu chứng	Thời gian		Trước điều trị (1)		Sau 2 tháng(2)		Sau 6 tháng(3)		p3-1
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Mệt mỏi	80	96,4	28	33,7	3	3,6			<0,05
Gầy sút	69	83,1	31	37,3	0	0			<0,05
Sốt	44	53,0	17	20,5	0	0			<0,05
Ra mồ hôi trộm	30	36,1	12	14,4	1	1,2			<0,05
Ho kéo dài	81	97,6	34	41,0	2	2,4			<0,05
Ho khạc đờm	56	67,5	24	28,9	1	1,2			<0,05
Ho ra máu	5	6,0	1	1,2	0	0			-
Khó thở	37	44,6	7	8,4	3	3,6			<0,05
Đau ngực	23	27,7	3	3,6	1	1,2			<0,05

Ran nổ	56	67,5	7	8,4	2	2,4	<0,05
Ran phế quản	11	13,3	5	6,0	2	2,4	<0,05
Rì rào phế nang giảm	33	39,8	6	7,2	0	0	<0,05

Nhận xét: Sau 02 tháng điều trị các triệu chứng đã thuyên giảm nhưng các triệu chứng như ho kéo dài, ho khạc đờm, mệt mỏi, gầy sút và sốt vẫn còn chiếm tỷ lệ cao với tỷ lệ tương ứng là 50,6%; 41,0; 33,7%; 37,3% và 20,5%. Sau 06 tháng điều trị hay kết thúc đợt điều trị, hầu hết tất cả bệnh nhân không còn các triệu chứng lâm sàng ($p < 0,05$), chỉ có 03 trường hợp mệt mỏi và khó thở, 01 trường hợp, 02 trường hợp ho kéo dài.

3.4. Xquang phổi sau điều trị

Bảng 3.4. Thay đổi hình ảnh tổn thương trên Xquang phổi sau 2 tháng và kết thúc điều trị

Thời gian	Sau 2 tháng		Sau 6 tháng		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Thay đổi tốt	48	57,8	69	83,1	< 0,01
Thay đổi ít	24	28,9	14	16,9	> 0,05
Không thay đổi	11	13,3	0	0	-
Tổng cộng	83	100	83	100	

Nhận xét: Sau khi kết thúc điều trị, tỷ lệ BN thay đổi tốt là 83,1% cao hơn so với sau 2 tháng (57,8%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

3.5. Tỷ lệ âm hóa AFB trong đờm theo thời gian điều trị

Bảng 3.5. Sự thay đổi mức độ AFB trong đờm bằng phương pháp soi trực tiếp

Thời gian	Trước điều trị	Sau 2 tháng	Sau 4 tháng	Sau 6 tháng
Mức độ AFB				
Dưới 10/100VT	1	2	1	0
1 (+)	38	1	1	0
2 (+)	14	1	0	0
3 (+)	30	1	0	0
Tổng	83	5	2	0
Số lượng âm hóa-Tỷ lệ âm hóa		78(94,0%)	81(97,6%)	100(100%)

Nhận xét: Sau 4 tháng điều trị, số lượng AFB trong đờm đã thay đổi đáng tích cực: chỉ có 2 BN có kết quả AFB (+) trong đờm, đây là 2 BN có mắc các bệnh kết hợp kèm theo (bệnh tiểu đường). Sau 6 tháng điều trị: 100% BN có kết quả âm hóa AFB trong đờm

3.6. Hiệu quả điều trị: sau 2 tháng điều trị tỷ lệ đờm nuôi cấy âm tính 78/83 (94,0%), dương tính 5/83 (6,0%), sau khi kết thúc điều trị, tỉ lệ âm hóa AFB trong đờm bằng nuôi cấy đạt tỷ lệ 100%. Kết thúc đợt điều trị 6 tháng theo phác đồ 2SHRZ/4RHE, tất cả 83 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều khỏi hoàn toàn. Các tác dụng không mong muốn biểu hiện trên lâm sàng: mẩn ngứa 7/83(8,4%), không có bệnh nhân nào biểu hiện hội chứng vàng da, suy gan, suy thận.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

- **Đặc điểm chung:** tỷ lệ mắc ở nam giới là 59,0%, nữ giới 41,0%, tuổi trung bình $73,8 \pm 5,6$, thấp nhất là 60 tuổi, cao nhất là 92 tuổi. Nhóm tuổi 60 - 69 (37,3%) chiếm tỷ lệ cao nhất.

- **Lâm sàng:** khởi phát bán cấp tính 41,0%, khởi phát từ từ 41,0%, cấp tính 8,4%. Theo Nguyễn Đạo Tiến (2009), bệnh khởi phát bán

cấp tính 53,33 % ở nhóm lao phổi người cao tuổi; chỉ có 10 % số bệnh nhân lao phổi người cao tuổi có cách khởi phát cấp tính. Đặc biệt 36,67% số bệnh nhân lao phổi người cao tuổi khởi phát lặng lẽ [3]. Các triệu chứng toàn thân chủ yếu là mệt mỏi, gầy sút cân và sốt với tỷ lệ tương ứng là 96,4%; 83,1% và 53,0%, triệu chứng cơ năng, ho kéo dài (97,6%), ho khạc đờm (67,5%), khó thở (44,6%), 27,7% đau ngực và 6,0% ho ra máu, triệu chứng thực thể ran nổ (67,5%), rì rào phế nang giảm (39,8%). Nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với Nguyễn Đạo Tiến (2009) [3]. Theo Phạm Ngọc Thạch (2002), cho thấy lao phổi ở người cao tuổi 62,5% có hội chứng phế quản, các hội chứng khác như dày dính màng phổi, đông đặc, hang gặp với tỷ lệ ít hơn và không khác nhau giữa hai nhóm [4].

- **Bệnh lý kết hợp:** 65,1% người bệnh có các bệnh kết hợp. Trong đó các bệnh kết hợp chủ yếu trên người cao tuổi mắc lao phổi mới AFB (+) chủ yếu là tăng huyết áp (40,7%), đái tháo đường (33,3%).

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

- **Hình ảnh XQ phổi:** trong nghiên cứu của chúng tôi thể thâm nhiễm là thể lao gặp nhiều nhất chiếm 62,7% (thùy viêm lao 9,6%, viêm

phổi bã đậu hoặc phế quản phế viêm lao 2,4%). Các thể lao tàn mạn, lao xơ hang, lao nốt có tỷ lệ lần lượt là 9,6%; 7,2% và 8,5%. Tổn thương theo độ: độ I 49,4%; độ II 44,6%, độ III 6,0%. Vị trí tổn thương: 2 bên phổi (48,2%), phổi phải 27,7%; phổi trái 24,1%. Tỷ lệ lao phổi có hang 40,9%; không có hang 59,1%. Theo Phạm Ngọc Thạch (2002), lao phổi ở người cao tuổi tổn thương trên Xquang chủ yếu ở cả 2 bên phổi (75%), tổn thương ở bên phải đơn thuần là 17,5%. Tổn thương chủ yếu khu trú ở thùy trên (75,5%); tỷ lệ lao phổi thùy dưới là 20%, khác biệt rõ rệt so với nhóm lao người trung niên [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Đạo Tiến cũng cho 36,67% số bệnh nhân lao phổi người cao tuổi có phá hủy hang trên X quang [3].

4.3. Đánh giá kết quả điều trị lao phổi bằng phác đồ 2SHRZ/4RHE

- **Thay đổi lâm sàng:** Sau 02 tháng điều trị, các triệu chứng đã thuyên giảm nhưng các triệu chứng như ho khan, ho khạc đờm, mệt mỏi, gầy sút và sốt vẫn còn chiếm tỷ lệ cao với tỷ lệ tương ứng là 50,6%; 41,0; 33,7%; 37,3% và 20,5%. Sau 06 tháng điều trị hay kết thúc đợt điều trị, hầu hết tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không còn các triệu chứng lâm sàng, chỉ có 1 bệnh nhân mệt mỏi, ho khạc đờm và đau ngực. Theo Bàn Đức Lâm triệu chứng ran ở phổi giảm 83,9% sau 2 tháng điều trị [6].

- **Thay đổi Xquang phổi sau điều trị:** Sau khi kết thúc điều trị, thay đổi tốt là 83,1% cao hơn so với kết quả sau 2 tháng (57,8%). Theo kết quả nghiên cứu của Lê Trọng Chiếu (2012), sau 1 tháng điều trị, tổn thương cơ bản trên phim phổi không thay đổi là 25 trường hợp chiếm tỷ lệ 40,3%, thay đổi tốt 19 trường hợp chiếm tỷ lệ 30,6% và thay đổi ít là 18 trường hợp chiếm tỷ lệ 29%. Sau 2 tháng điều trị, có 32 trường hợp thay đổi tốt chiếm 51,6%, thay đổi ít là 24 trường hợp chiếm tỷ lệ 38,7% và không thay đổi là 6 trường hợp chiếm tỷ lệ 9,6% [5].

- **Tỷ lệ âm hóa AFB trong đờm:** Sau 2 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có kết quả âm hóa AFB trong đờm là 94,5%; sau 4 tháng là 97,6% và sau 6 là 100%, sau 4 tháng chỉ còn có 2 BN xét nghiệm AFB (+) và đây đều là những bệnh nhân có mắc bệnh kết hợp kèm theo (bệnh tiểu đường), điều này có thể được giải thích với những người bệnh cao tuổi có mắc bệnh kết hợp kèm theo thì thể trạng kém nên hiệu quả điều trị sau 4 tháng còn hạn chế. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với Lê Trọng Chiếu (2012), sau 2 tháng điều trị kết quả âm tính AFB đạt 93,6% [5].

- **Hiệu quả điều trị:** Kết thúc đợt điều trị 6

tháng theo phác đồ 2SHRZ/4RHE, tất cả 83 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều khỏi hoàn toàn cao hơn so với số liệu của Chương trình Chống lao ghi nhận kết quả điều trị của 1943 bệnh nhân lao phổi AFB dương tính mới thu nhận điều trị năm 2010 thì tỷ lệ khỏi đạt 92,5% [7]. Tác dụng không mong muốn của thuốc: Không có bệnh nhân nào có biểu hiện vàng da, vàng mắt, gan to, biểu hiện hay gặp nhất là ngứa phát ban (8,4%). Đây là các phản ứng nhẹ.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân lao phổi người cao tuổi

- Tỷ lệ nam 59,0%, nữ giới 41,0%, tuổi trung bình $73,8 \pm 5,6$. Triệu chứng lâm sàng mệt mỏi 96,4%; gầy sút cân 83,1%; sốt 53,0%, ra mồ hôi trộm 36,1%, ho khan 97,6%; ho khạc đờm 67,5%; khó thở 44,6%, đau ngực 27,5%, ran nổ 67,5%; rì rào phế nang giảm 39,8%, (65,1%) có bệnh kết hợp, tăng huyết áp (40,7%), đái tháo đường (33,3%).

- **Hình ảnh XQ phổi:** mức độ I và II: 49,4% và 44,6%, 2 bên phổi (48,2%); phổi phải 27,7%; phổi trái 24,1%, mức độ tổn thương trung bình 48,2%; rộng là 45,8%, có hang là 40,9%.

5.2. Kết quả điều trị bệnh lao phổi có ĐTD bằng phác đồ 2SHRZ/4 SRHE.

- 100% BN có kết quả âm tính hóa AFB trong đờm, hình ảnh Xquang phổi đều có thay đổi rõ rệt. Tác dụng không mong muốn là: (mẩn, ngứa, phát ban) 8,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. Zevallos, Justman J.E (2003), Tuberculosis in the elderly, *Clinics in Geriatric Medicine*, 19, tr. 21-23.
2. Pare J.A.P Fraser R.G. (1994), Diagnosis of diseases of the chest, *WB Saunders, Philadelphia*, tr. 31-764.
3. Nguyễn Đạo Tiến (2009), *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, Xquang và chỉ tiêu miễn dịch, hóa sinh, khí máu ở bệnh nhân lao phổi người già*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
4. Phạm Ngọc Thạch (2002), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Xquang phổi chuẩn, công thức máu và các tế bào TCD4, TCD8 ở lao phổi người già*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
5. Lê Trọng Chiếu, Hà Văn Tuấn và các cộng sự. (2012), Nghiên cứu diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân lao phổi mới AFB (+) trong giai đoạn tấn công theo chiến lược DOTS, *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại Học Y Dược Huế*, 39(3), tr. 32-35.
6. Bàn Đức Lâm, Lê Thị Luyện (2010), Đánh giá kết quả điều trị trong giai đoạn tấn công ở bệnh nhân lao phổi AFB(+) điều trị tại Bệnh viện Lao và Phổi Thái Nguyên, *Tạp chí Y học thực hành*, 74(11), tr. 32-34.
7. Bộ Y tế (2011), Chương trình chống lao quốc gia, 6, tr. 55-59.

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU DO BỆNH NHÂN TỰ ĐIỀU KHIỂN ĐƯỜNG TĨNH MẠCH BẰNG MORPHIN SAU PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC

Nguyễn Trung Kiên*, Ngô Văn Định*,
Nguyễn Mạnh Cường*, Nguyễn Trường Giang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển đường tĩnh mạch bằng morphin sau phẫu thuật lồng ngực và tác dụng không mong muốn. **Phương pháp:** 30 bệnh nhân sau phẫu thuật lồng ngực được giảm đau tự điều khiển đường tĩnh mạch bằng dung dịch morphin 1mg/ml. Đau sau mổ được đánh giá theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale). Khi điểm VAS ≥ 4 , chuẩn độ để đạt được điểm VAS < 4 . Cài đặt máy giảm đau tự điều khiển với liều bolus 1mg, thời gian khóa 10 phút. Không sử dụng liều nền truyền liên tục. Giải cứu đau fentanyl 0,5µg/kg nếu sau 3 lần bấm yêu cầu liên tiếp có đáp ứng nhưng điểm VAS vẫn ≥ 4 . Xét nghiệm khí máu động mạch, đo chức năng hô hấp trước mổ một lần và 3 lần liên tiếp trong 3 ngày sau mổ. **Kết quả:** khi nghỉ có 90,38% bệnh nhân được giảm đau ở mức đau nhẹ đến đau vừa (điểm VAS < 4), trong đó có 18,25% bệnh nhân không đau (điểm VAS từ 0-1); khi ho, 84,42% BN có điểm VAS < 4 . SVC, FEV1 sau mổ giảm so với trước mổ ($p < 0,05$). Tác dụng không mong muốn gồm ngứa 3,49%, đau đầu 12,7%, buồn nôn và nôn 15,08%. **Kết luận:** Giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển đường tĩnh mạch bằng morphin có hiệu quả giảm đau cao sau phẫu thuật lồng ngực. Tác dụng không mong muốn nhẹ, thoáng qua, không bệnh nhân nào bị ức chế hô hấp.

Từ khóa: Phẫu thuật lồng ngực, morphin, giảm đau bệnh nhân tự điều khiển đường tĩnh mạch.

SUMMARY

AFFICACY OF INTRAVENEOUS PATIENT CONTROLLED ANALGESIA WITH MORPHIN AFTER THORACIC SURGERY

Objectives: to evaluate the effect of intravenous patient controlled analgesia (IV-PCA) by morphin after thoracic surgery. **Method:** Thirty patients were enrolled to receive IV-PCA by morphin after thoracic surgery. Pain was evaluated by Visual Analogue Scale (VAS). When VAS score ≥ 4 , the PCA pump was programmed to deliver 2mg initial and 1mg bolus dose with ten - minute lockout interval. No background infusion was used. Rescue analgesia was administered with 0.5µg/kg intravenous fentanyl whenever the VAS score ≥ 4 at rest despite of three consecutive bolus doses. Arterial blood gas, SVC, FEV1 were evaluated before and during three consecutive days after surgery. **Results:** There was 90.38% of the

patients who got mild or medium pain (VAS score < 4) at rest. Especially, 18.25% of the patients were no pain (VAS score from 0 to 1). 84.42 % of the patients were VAS score < 4 during coughing. Postoperative SVC, FEV1 values were significantly lower than its preoperative values ($p < 0.05$). Side effects include itching 3.49% headache 12.7%, nausea and vomiting 15.08%. **Conclusion:** intravenous patient controlled analgesia by morphin after thoracic surgery provided a good effective pain management after thoracic surgery. Side effects were mild, none of the patients had respiratory depression or respiratory failure.

Keys word: Thoracic surgery, morphin, Intravenous Patient Controlled Analgesia, IV-PCA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật lồng ngực đề cập trong nghiên cứu này bao gồm các phẫu thuật tại phổi như cắt phổi, cắt thùy phổi, cắt u trung thất, cắt và tạo hình khí phế quản.... Đặc điểm của các phẫu thuật này là có đường mổ trên thành ngực, phải cắt cơ, thậm chí cắt xương sườn và gây đau nhiều, đặc biệt khi thở và ho. Không kiểm soát tốt đau sau phẫu thuật lồng ngực làm bệnh nhân không dám thở sâu, giảm khả năng ho khạc, dễ dẫn tới xẹp phổi, viêm phổi ứ đọng, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, để lại các di chứng phổi, thậm chí tử vong [1].

Một số phương pháp thường được áp dụng trên lâm sàng để giảm đau sau phẫu thuật lồng ngực như giảm đau toàn thân bằng thuốc họ morphin, giảm đau bằng gây tê đường ngoài màng cứng bằng truyền liên tục. Các hình thức này ít mang lại hiệu quả giảm đau đầy đủ vì bệnh nhân không được điều chỉnh liều lượng thuốc theo cường độ cơn đau – điều này chỉ có người bệnh cảm nhận được. Giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển đường tĩnh mạch (IV-PCA) là phương pháp giảm đau tiên tiến, cho phép người bệnh tự bổ sung liều thuốc giảm đau bằng cách ấn nút điều khiển, một lượng thuốc sẽ được tiêm vào theo cài đặt của bác sĩ giúp người bệnh nhanh chóng đạt được hiệu quả giảm đau trong phạm vi an toàn [2]. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển bằng morphin đường tĩnh mạch sau phẫu thuật lồng ngực và đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng:** Các bệnh nhân (BN) phẫu

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên

Email: drkien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 12.3.2018

thuật lồng ngực có chuẩn bị, phân loại ASA II-III, theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, đồng ý tham gia nghiên cứu, được giảm đau sau mổ tự điều khiển bằng morphin đường tĩnh mạch từ tháng 2/2017 đến tháng 2/2018 tại Bv Quân y 103.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: BN đồng ý thực hiện kỹ thuật giảm đau tự điều khiển, biết sử dụng máy tự điều khiển sau khi hướng dẫn.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: BN từ chối phương pháp giảm đau, loạn thần sau mổ, không thu thập đủ số liệu nghiên cứu.

- Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng tiền cứu, mô tả.

- Phương tiện nghiên cứu: Máy giảm đau PCA Perfusor Space. Máy phân tích khí máu i-STAT. Máy đo chức năng thông khí.

2. Phương pháp tiến hành.

- Tại phòng mổ khởi mê tiêm tĩnh mạch fentanyl 2mcg/kg, khởi mê propofol chế độ kiểm soát nồng độ đích não (liều 3-5mcg/ml) qua máy TCI (Target Controlled Infusion). Tiêm tĩnh mạch vecuronium 0,1 mg/kg để đặt ống nội khí quản, fentanyl sử dụng đến 5 mcg/kg trước khi rạch da. Duy trì mê trong mổ bằng propofol qua máy TCI, duy trì fentanyl liều 1 mcg/kg /giờ qua bơm tiêm điện, tiêm bổ sung vecuronium 0,02 mg/kg và fentanyl 0,5mcg/kg khi cần. Điều chỉnh độ mê trong quá trình mổ theo chỉ số Entropy từ 40 - 60. Theo dõi tần số tim, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, SpO₂, ngừng thuốc mê propofol và fentanyl khi bắt đầu khô đông da, đánh giá dấu hiệu thức tỉnh và phục hồi giãn cơ. Rút ống nội khí quản khi có đủ tiêu chuẩn, chuyển bệnh nhân sang phòng theo dõi sau gây mê, cho bệnh nhân thở oxy qua mask 2lít/phút.

- Giảm đau sau mổ: Pha dung dịch 1mg morphin/ml: Hút 5 ống morphin (5ml, 50mg) + 45ml nước muối sinh lý 0,9% vào bơm tiêm 50ml được 50ml dung dịch morphin 1mg/ml. Trong quá trình nghiên cứu nếu bệnh nhân có điểm VAS > 4 sau 3 lần bấm liên tiếp có đáp ứng thì tiêm bổ sung tĩnh mạch fentanyl liều 0,5mcg/kg. Các thông số máy được giữ nguyên. Xét nghiệm khí máu động mạch sau mổ. Đo chức năng thông khí sau mổ.

- Các chỉ tiêu theo dõi:

+ Các chỉ tiêu chung: Tuổi, chiều cao, cân nặng, thời gian phẫu thuật, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện, lượng thuốc morphin đã dùng, số lần bổ sung liều giảm đau fentanyl.

+ Đau khi nghỉ và ho đánh giá theo thang điểm VAS chia vạch từ 0-10: Từ 0 đến 1: Không đau; từ 1 đến 3: Đau nhẹ; từ 4 đến 6: Đau vừa; từ 7 đến 8: Rất đau; từ 9 đến 10: Đau dữ dội.

+Đánh giá độ an thần theo OAA/S (Observer's Assessment of Alertness/ Sedation): OAA/S5: Tỉnh hoàn toàn, đáp ứng ngay khi gọi tên bằng giọng bình thường; OAA/S4: Đáp ứng chậm, mở mắt khi gọi bằng giọng bình thường; OAA/S3: Chỉ đáp ứng khi gọi to hoặc gọi nhắc lại; OAA/S2: Chỉ đáp ứng khi gọi to và lay nhẹ; OAA/S1: Không đáp ứng khi gọi to và lay nhẹ; OAA/S0: Không đáp ứng với kích thích đau.

+ Tần số thở, độ bão hòa oxy máu mao mạch (SpO₂), áp lực CO₂ cuối thì thở ra (sử dụng đầu đo EtCO₂ của hãng Nihon Kohden, Nhật Bản), tần số tim, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương.

+ Tổng số lần yêu cầu đáp ứng và không đáp ứng PCA.

+ Tác dụng không mong muốn và biến chứng: ngứa, đau đầu, buồn nôn và nôn ...

+ Số liệu ghi chép tại các thời điểm: H₀ (Trước khi tiêm thuốc giảm đau), H_{0,25} (Sau tiêm 15 phút), H_{0,5} (Sau tiêm 30 phút), các giờ H₁, H₄, H₈, H₁₆, H₂₄, H₃₆, H₄₈, đến 72 giờ (H₇₂).

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0, sử dụng test χ^2 và Mann-Whitney.

III. KẾT QUẢ

- Đặc điểm chung: + Tuổi trung bình là 37,25 ± 6,26 tuổi; tỷ lệ nam/nữ: 1,65/1; chiều cao trung bình 162,18 ± 7,82cm; cân nặng trung bình 52,13 ± 6,27kg; thời gian phẫu thuật trung bình là 189,64 ± 18,92 phút.

+ Thời gian trung tiện trung bình là 74,26 ± 6,72 giờ.

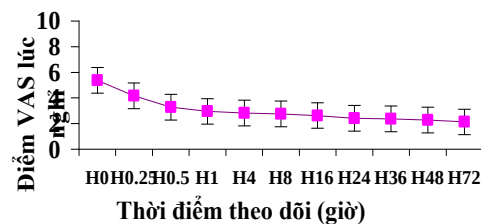
+ Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 8,42 ± 1,36 ngày.

+ Lượng morphin tiêu thụ trung bình là 54,62 ± 5,59mg.

+ Tổng số lần yêu cầu PCA trung bình là 66,4 ± 18,3 (48 - 81), tổng số lần yêu cầu không đáp ứng 12,87 ± 6,45 (0 - 21).

+ Tổng số lần bổ sung liều giảm đau fentanyl 0,5µg/kg là 44 lần.

- Mức độ giảm đau theo VAS khi nghỉ và khi ho: Điểm VAS khi nghỉ:

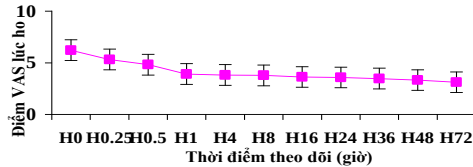


Hình 1: Mức độ giảm đau khi nghỉ

Điểm VAS khi nghỉ: Sau tiêm liều khởi đầu 15 phút, điểm VAS giảm không nhiều, từ 5,69 ±

0,85 xuống $4,05 \pm 0,78$ ($H_{0,25}$), nhưng từ giờ thứ 1 (H_1) trở đi có 90,38% BN được giảm đau ở mức đau nhẹ đến đau vừa (điểm VAS từ <4), trong đó có 18,25% BN không đau (điểm VAS 0 -1).

+ Điểm VAS khi ho:



Hình 2: Mức độ giảm đau khi ho

Sau 30 phút giảm đau PCA, điểm VAS trung bình khi ho giảm từ $6,34 \pm 1,12$ xuống $4,23 \pm 0,86$; sau giờ thứ nhất BN đau nhẹ đến vừa (điểm VAS khi ho trung bình từ 3-4) thấp nhất là $3,25 \pm 0,71$ ở thời điểm H_{72} . Có 84,42% BN có điểm VAS <4 khi ho.

- **Biến đổi hô hấp**

+ **Tần số thở:** Sau tiêm 15 phút, tần số thở có xu hướng giảm (từ $18,34 \pm 1,72$ lần/phút xuống $17,25 \pm 1,41$ lần/phút). Trong các thời điểm theo dõi tần số thở nằm trong giới hạn từ 15 đến 18 lần/phút. Không bệnh nhân nào bị ức chế hô hấp (<10 lần/phút).

+ **Độ bão hòa oxy mao mạch:** Độ bão hòa oxy mao mạch trung bình dao động từ $97,58 \pm 1,17\%$ đến $98,83 \pm 0,94\%$. Không bệnh nhân nào có độ bão hòa oxy mao mạch < 95% trong các thời điểm theo dõi.

+ **Áp lực CO_2 cuối thì thở ra:** Trung bình từ $36,33 \pm 1,68$ đến $44,12 \pm 1,45$ mmHg.

+ **Biến đổi SVC và FEV1 sau mổ**

Chỉ tiêu	SVC(L)	FEV1(L)
Thời gian	(n=30)	(n=30)
Trước mổ	$1,81 \pm 0,51$	$1,49 \pm 0,52$
24h	$0,75 \pm 0,16$	$0,55 \pm 0,14$
48h	$0,81 \pm 0,24$	$0,73 \pm 0,17$
72h	$0,92 \pm 0,35$	$0,86 \pm 0,25$

Sau mổ SVC và FEV1 giảm so với giá trị trước mổ ($p < 0,05$), giảm nhiều nhất ngày đầu tiên sau mổ, sang ngày thứ hai, thứ ba sau mổ có sự hồi phục tăng dần nhưng vẫn còn giảm 50% đối với SVC và 43% đối với FEV1.

+ **Khí máu động mạch**

Chỉ tiêu	n = 30		
Thời gian	pH	$PaCO_2$ (mmHg)	PaO_2 (mmHg)
Trước mổ	$7,428 \pm 0,004$	$37,32 \pm 2,31$	$87,22 \pm 3,31$
24h	$7,388 \pm 0,027$	$39,53 \pm 3,27$	$88,25 \pm 3,29$
48h	$7,337 \pm$	$39,45 \pm$	$74,56 \pm$

	0,009	2,45	2,78
72h	$7,345 \pm 0,008$	$42,66 \pm 2,45$	$76,23 \pm 3,65$

Ở thời điểm trước mổ, kết quả về pH, $PaCO_2$, PaO_2 trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm khí máu sau mổ 2 giờ PaO_2 cao hơn trước mổ do BN được thở oxy qua mask. Tuy nhiên, sang ngày thứ hai và thứ ba sau mổ PaO_2 giảm hơn so với trước mổ ($p < 0,05$).

- **Độ an thần:** Độ an thần OAA/S từ $3,81 \pm 0,58$ đến $4,69 \pm 0,61$, có giá trị thấp ở các thời điểm H_1 , H_8 , H_{16} , H_{36} , không có bệnh nhân nào an thần sâu (điểm an thần OAA/S <3).

- **Tần số tim:** Sau tiêm giảm đau 15 phút, tần số tim trung bình bắt đầu giảm, đạt giá trị thấp nhất ở thời điểm H_4 là $75,48 \pm 6,49$ ck/phút; cao nhất là $98,54 \pm 6,82$ ck/phút ở thời điểm H_{72} .

- **Tác dụng không mong muốn:** Ngứa gáy với tỷ lệ 3,49%, đau đầu là 12,7%, buồn nôn và nôn là 15,08%.

IV. BÀN LUẬN

Những quan niệm không đúng về ảnh hưởng của đau sau phẫu thuật hoặc lo ngại về ức chế hô hấp làm bệnh nhân không được giảm đau đầy đủ. Có nhiều phương pháp giảm đau sau phẫu thuật như sử dụng các thuốc non-steroid, morphin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch. Thuốc non-steroid chỉ có hiệu quả ở những trường hợp đau nhẹ và trung bình, nhiều tác dụng không mong muốn như chảy máu đường tiêu hóa, ảnh hưởng tới chức năng thận. Khi sử dụng morphin tiêm bắp, dưới da hoặc tĩnh mạch chất lượng giảm đau cải thiện hơn nhưng nồng độ thuốc trong huyết tương dao động theo hình sin. Chính các đỉnh cao nồng độ của thuốc trong huyết tương làm bệnh nhân có nguy cơ cao bị ức chế hô hấp. Ở các nước phát triển đã không còn sử dụng morphin tiêm bắp thịt hoặc tĩnh mạch ngắt quãng [4].

Sự ra đời của thiết bị giảm đau bệnh nhân tự điều khiển (Patient Controlled Analgesia Device) giúp bệnh nhân chủ động đưa những liều nhỏ morphin vào đường tĩnh mạch theo nhu cầu giảm đau của mình. Kết quả nghiên cứu cho thấy khi nghỉ có 90,38% bệnh nhân được giảm đau ở mức đau nhẹ đến đau vừa (điểm VAS <4), trong đó có 18,25% bệnh nhân không đau (điểm VAS <1); khi ho bệnh nhân có đau tăng hơn khi nghỉ, 84,42% bệnh nhân có điểm VAS <4 khi ho. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Behera và cộng sự khi nghiên cứu so sánh tác dụng giảm đau tự điều khiển đường ngoài màng cứng với giảm đau tự điều khiển đường tĩnh mạch bằng morphin [1]. Tổng số lần bổ sung liều giảm đau fentanyl

0,5 µg/kg là 44 lần, liều này được thực hiện khi sau 3 lần bấm nút PCA liên tiếp có đáp ứng nhưng điểm VAS vẫn >4. Số lần bổ sung fentanyl trung bình (1,46 lần/ 1 BN) thấp hơn so với kết quả của BK Behera [1] trung bình là 1,6 lần bổ sung fentanyl/ 1 BN. Với phương thức tự điều khiển đường tĩnh mạch sử dụng morphin, kết quả kiểm soát đau sau mổ tốt giúp bệnh nhân tham gia lý liệu pháp để nhanh chóng phục hồi chức năng phổi giai đoạn sau phẫu thuật, làm tăng mức độ hài lòng của bệnh nhân.

Theo Hiệp Hội chống đau của Mỹ, pha morphin thành nồng độ 1mg/ml dung dịch và thời gian khóa từ 5 đến 10 phút, liều bolus 1mg [5]. Khoảng thời gian này liên quan tới tốc độ chuyển hóa thuốc và sự duy trì ổn định nồng độ thuốc trong huyết tương để có tác dụng giảm đau, trong nghiên cứu này chúng tôi đặt thời gian khóa 10 phút. Lợi thế của PCA là cho phép tự bệnh nhân kiểm soát đau trong giới hạn liều an toàn nhằm nâng cao chất lượng giảm đau và an thần tối thiểu. Giảm đau sau phẫu thuật tốt giúp bệnh nhân vận động tại chỗ sớm, hít thở sâu, dễ ho khạc; làm cải thiện chức năng hô hấp, giảm nguy cơ viêm phổi, tắc mạch phổi do nằm lâu; giảm thời gian nằm viện và chi phí y tế [2]. Việc không sử dụng liều nền nhằm hạn chế tối đa sự an thần quá mức dẫn tới nguy cơ ức chế hô hấp. Nồng độ thuốc morphin trong huyết tương duy trì ở phạm vi giữa nồng độ tối thiểu có hiệu quả và nồng độ tối đa nhưng nhỏ hơn nồng độ có thể gây an thần hoặc ức chế hô hấp [6].

Trong 24 giờ đầu sau mổ, dung tích sống thở ra chậm giảm 59%; thể tích thở ra mạnh trong giây đầu tiên giảm 64% so với trước mổ ($p < 0,05$). Hai chỉ số thông khí này tăng dần từ ngày thứ hai sau mổ. Đau sau mổ, stress sau phẫu thuật và phản xạ ức chế cơ hoành làm nhịp thở không sâu, khó ho khạc tổng dorm rã ra khỏi đường hô hấp, suy yếu chức năng phổi, VC, FEV1 giảm 60% hoặc hơn và vẫn chưa hồi phục đến ngày 14 [7]. Ở nghiên cứu này, dù được kiểm soát giảm đau tốt nhưng SSVC và FEV1 sau mổ vẫn giảm nhiều so với trước mổ. Điều này được giải thích là giảm đau PCA đường tĩnh mạch không ức chế được phản xạ ức chế cơ hoành sau các phẫu thuật có kích thích cơ hoành như phẫu thuật phổi và phẫu thuật vùng bụng trên.

Hiệu quả giảm đau tốt làm cải thiện chức năng hô hấp. Kết quả nghiên cứu cho thấy độ bão hòa oxy mao mạch từ 96% đến 99%; áp lực CO₂ cuối thì thở ra từ 35 đến 45mmHg; tần số thở từ 14 đến 18 lần/phút. Kết quả xét nghiệm khí máu động mạch giảm dần $7,428 \pm 0,004$, $7,388 \pm 0,027$, $7,337 \pm 0,009$, $7,345 \pm 0,008$, sang

ngày thứ hai và thứ ba sau mổ PaO₂ giảm so với trước mổ ($p < 0,05$). PaCO₂ từ $37,32 \pm 2,31$ mmHg đến $42,66 \pm 2,45$ mmHg. Tuy nhiên, sau phẫu thuật lồng ngực bệnh nhân rất dễ có nguy cơ thiếu oxy, suy hô hấp do ứ tắc đờm dãi, dịch tiết và không dám ho khạc do lo sợ đau. Vì vậy, bệnh nhân cần được thở oxy qua mũi và theo dõi sát nhịp thở, độ bão hòa oxy mao mạch, xét nghiệm khí máu động mạch. để phát hiện các biến chứng hô hấp và xử trí kịp thời.

Khi sử dụng liều nền, tỷ lệ này tăng lên từ 1,1% tới 3,9%. Tác dụng an thần chủ yếu do tác dụng của morphin lên hệ thần kinh trung ương. Độ an thần rất quan trọng để theo dõi biến chứng ức chế hô hấp ở người cao tuổi nên cần được theo dõi sát và đánh giá thường xuyên. Tuy nhiên, việc giảm đau sau mổ tự điều khiển thực sự đã làm cải thiện đáng kể chức năng hô hấp ở bệnh nhân sau phẫu thuật lồng ngực. Trong nghiên cứu không bệnh nhân nào bị ức chế hô hấp hoặc suy hô hấp cần phải đặt ống nội khí quản và thông khí hỗ trợ.

Tác dụng không mong muốn gặp với tỷ lệ ngứa là 3,49%, đau đầu là 12,7%, buồn nôn và nôn là 15,08%, các tác dụng này chủ yếu do tác dụng phụ của morphin. Tỷ lệ này thấp hơn trong một số nghiên cứu của Behera (2008) [1], Egan K. J. (1994) [5].

V. KẾT LUẬN

Giảm đau tự điều khiển bằng morphin đường tĩnh mạch sau phẫu thuật lồng ngực cho hiệu quả giảm đau tốt: có 90,38 % bệnh nhân được giảm đau ở mức đau nhẹ đến đau vừa (điểm VAS <4), trong đó có 18,25% bệnh nhân không đau (điểm VAS <1) khi nghỉ; 84,42% bệnh nhân có điểm VAS <4 khi ho. Tác dụng không mong muốn gặp với tỷ lệ thấp, không bệnh nhân nào bị ức chế hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Behera B. K., P.G.D., Ghai B.,** *Patient-controlled epidural analgesia with fentanyl and bupivacaine provides better analgesia than intravenous morphine patient-controlled analgesia for early thoracotomy pain.* J Postgrad Med, 54 (2), 2008: p. pp. 86-90.
2. **D. W. Cooper, U.S., M. Taylor, S. Whyte, D. Ryall, M. S. Kokri, W. R.** Desira, H. Dayand E. McArthurSouth C, *Patient-controlled analgesia: epidural fentanyl and i.v. morphine compared after Caesarean section.* British Journal of Anaesthesia 82 (3), 1999: p. 366-70
3. **Apfelbaum J, C.C.,** Mehta SS *Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged.* Anesth Analg, 97: p. 534-540.
4. **Erolcay H., Y.L.,** *Intravenous patient-controlled analgesia after thoracotomy: a comparison of morphine with tramadol.* Eur J Anaesthesiol, 20

- (2), 2003: p. 141-146.
5. Egan K. J., R.L.B., *Patient satisfaction with intravenous PCA or epidural morphine*. Can J Anaesth, 41 (1), 1994. **6-11.**
6. F, W.W.M.a.D.H., *Post-operative epidural analgesia: effects on lung volumes*. Can Anaesth Soc J. 22(4), 1975: p. 519-527.
7. Yvan Pouzeratte, M., Jean M. Delay, Georges Brunat, MD, Gilles Boccara, MD,, M. Christine Vergne, Samir Jaber, MD, Jean M. Fabre, MD, PhD, Pascal Colson, MD, PhD,, and M. and Claude Mann, PhD, *Patient-Controlled Epidural Analgesia After Abdominal Surgery: Ropivacaine Versus Bupivacaine*. Anesth Analg 2001.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI 3D ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TRÁI TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình*, Phan hữu Huỳnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi 3D điều trị ung thư đại tràng trái. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu. **Kết quả:** 105 bệnh nhân ung thư đại tràng trái được phẫu thuật nội soi bằng phương pháp 3D. Tuổi trung bình 59,7; nam/nữ 1,6. Thời gian phẫu thuật trung bình (105,6 ± 11,3 phút), lượng máu mất trong mổ nội soi (16,8 ± 5ml) số lượng hạch nạo vét được (13 ± 5,2 hạch), thời gian nằm viện sau mổ (7,2 ngày), biến chứng sau mổ (5/105) 4,76%. Không có tử vong sau mổ trong vòng 30 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi 3D ung thư đại tràng trái khả thi và an toàn với ưu điểm rút ngắn thời gian mổ nhưng vẫn đảm bảo kết quả sớm tốt về mặt ngoại khoa và của ung thư học.

Từ khóa: ung thư đại tràng, phẫu thuật nội soi 3D

SUMMARY

STUDY ON 3D LAPAROSCOPIC SURGERY FOR TREATMENT OF LEFT COLON CANCER AT K HOSPITAL

Objective: Evaluate early outcome of 3D laparoscopic surgery in treatment for left colon cancer. **Study method:** retrospective descriptive study. **Results:** 105 patients with left colon cancer were performed 3D laparoscopic surgery. The mean age was 59.7. The rate of male/female was 1.6. The average duration of surgery was 105.6 ± 11.3 minutes. The mean blood loss during surgery was 16.8 ± 5ml. The median number of dissected lymph nodes was 13 ± 5.2. The hospital stay after surgery was 7.2 days. Postoperative complications was 3.8% (4/105). There was no post-op 30 days death. **Conclusion:** 3D laparoscopic surgery in left colon cancer is feasible and safe with the advantage of shorter operation time and ensuring surgical and early oncologic outcome.

Keywords: Colon cancer, 3D laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi (PTNS) ứng dụng vào điều trị ung thư đại trực tràng từ gần 3 thập kỷ nay,

bắt đầu vào năm 1991 Jacobs phẫu thuật viên người Mỹ thực hiện lần đầu tiên PTNS cắt đại tràng phải thành công. Tiếp đến năm 1992 Sackier tiến hành PTNS cắt trực tràng cho một bệnh nhân nữ 63 tuổi tại California, một năm sau bài viết của ông được đăng trên tạp chí Lancet. Tới nay PTNS ung thư đại tràng được coi là một chỉ định tiêu chuẩn điều trị ngoại khoa ung thư đại tràng bởi kết quả của phương pháp này tương đương về mặt ung thư học so với mổ mở kinh điển lại có thêm những ưu điểm về khía cạnh ngoại khoa như giảm đau sau mổ, hồi phục nhanh, thời gian nằm viện ngắn, bệnh nhân sớm trở về với công việc và cuộc sống bình thường [4];[5];[6]. Tuy nhiên các phẫu thuật viên nội soi vẫn mong muốn tiến thêm một bước nữa trong PTNS là: mổ trong một không gian có chiều sâu, hình ảnh trung thực, tương quan giải phẫu giữa các tạng chính xác hơn để thực hiện các động tác phẫu tích, cắt, cắt tổ chức khối u cũng như nạo vét hạch dễ dàng hơn, nhất là các kỹ thuật khâu nối trong nội soi. Đầu những năm 90 hệ thống máy PTNS 3D đầu tiên ra đời, qua quá trình tiến bộ về công nghệ hình ảnh 3D, hiện nay PTNS 3D đã đáp ứng được những yêu cầu này và được ứng dụng trên thế giới [1];[2];[3];[5]. Ở Việt nam PTNS 3D cũng mới được áp dụng trong 2-3 năm gần đây, chưa phổ biến trong các trung tâm ngoại khoa nói chung và ngoại khoa ung thư nói riêng do đó số lượng báo cáo về phương pháp này còn hạn chế. Tại Bệnh viện K chúng tôi ứng dụng kỹ thuật 3D trong phẫu thuật ung thư đường tiêu hoá từ năm 3/2016. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm: "Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi 3D điều trị ung thư đại tràng trái".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: 105 bệnh nhân ung thư đại tràng trái với kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến, được phẫu thuật nội soi 3D triệt căn tại khoa ngoại bụng 1-Trung tâm phẫu thuật nội soi Bệnh viện K từ 04/2016 đến 12/2017.

* Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 20.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018

Ngày duyệt bài: 6.3.2018

2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu

- Quy trình kỹ thuật:
 - Bệnh nhân gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa, Monitor bên trái, phẫu thuật viên bên phải bệnh nhân.

- Trocart 10mm lỗ rốn cho camera, trocart 5 mm dưới sườn phải, trocart 12mm hố chậu phải, trocart 5mm hố chậu phải, trocart 5 mm dưới sườn trái

- Thì đánh giá thăm dò toàn bộ ổ bụng: gan, phúc mạc, sự xâm lấn khối u đại tràng trái. Khi không có di căn (M) hoặc khối u xâm lấn các tạng lân cận (T4b), tiếp tục phẫu tích cắt tĩnh mạch mạc treo tràng dưới sau đó phẫu tích mở phúc mạc dọc bờ trái động mạch chủ bụng tới động mạch đại tràng trái trên rồi cắt động mạch đại tràng trái trên. Giải phóng toàn bộ đại tràng trái từ đại tràng sigma tới 1/2 đại tràng ngang bên phải theo phương pháp đi từ trong ra ngoài.

- Cắt đại tràng trái và lập lại lưu thông tiêu

hoá: mở bụng tối thiểu 5 cm đường trắng bên trái trên rốn đưa đại tràng trái cổ khối u ra ngoài, cắt, nối đại tràng ngang-sigma tận- tận 2 lớp chỉ PDS 4.0.Đóng lại vết mổ bụng Khâu dính mạc treo đại tràng, 01 dẫn lưu rãnh đại tràng trái. Bệnh phẩm được phẫu tích đánh giá vị trí, kích thước khối u, số hạch nạo vét được.

- Trường hợp cắt đại tràng trái kèm đại tràng sigma thì miệng nối đại tràng - trực tràng được thực hiện bằng máy nối tràng CDH 29

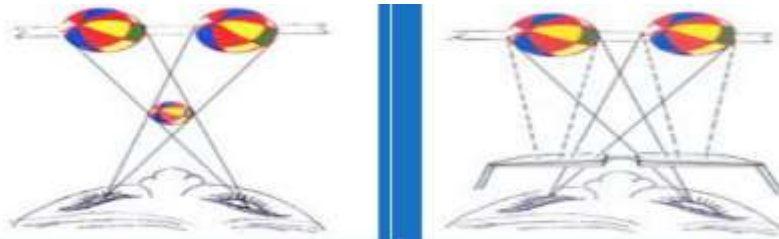
- Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới, thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, tỷ lệ chuyển mổ mở, số hạch nạo vét được, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ của phương pháp 3D

III. KẾT QUẢ

105 bệnh nhân ung thư đại tràng trái

Tuổi trung bình : 59,7

Tỷ lệ Nam / Nữ : 1,6



Biểu đồ 1 : Minh họa hình ảnh 3D trong Phẫu thuật nội soi 3D

Nhận xét: Có 2 góc nhìn khác nhau với cùng 1 vật thể do khoảng cách giữa 2 mắt , khi đeo kính hình ảnh sẽ là 3 chiều (3D)

Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng

Các đặc điểm lâm sàng	Các chỉ số
Loại phẫu thuật (N,%)	
Cắt đại tràng trái	70 (66,6%)
Cắt đại tràng trái + đại tràng Sigma	35 (33,4%)
Kích thước khối u (cm)	4,4 ± 1,3 cm
Giai đoạn Ptnm: II	40 (38,1%)
III	65 (61,9%)

Bảng 2: Các đặc điểm phẫu thuật

Các đặc điểm phẫu thuật	Các chỉ số
Thời gian mổ (phút)	105,6 ± 11,3
Lượng máu mất trong mổ (ml)	16,8 ± 5 ml
Tỷ lệ chuyển mổ mở (n,%)	1 (0,95%)
Số hạch nạo vét được(n)	13 ± 5,2
Thời gian nằm viện (ngày)	7,2
Biến chứng sau mổ (n,%)	4 (3,8%)
Rò miệng nối	1 (0,95%)
Chảy máu miệng nối	1 (0,95%)
Nhiễm trùng vết mổ	1 (0,95%)
Nhiễm trùng hô hấp	1 (0,95%)

IV. BÀN LUẬN**Sự tiến bộ của công nghệ phẫu thuật nội**

soi 3D: PTNS 3D là một bước tiến của công nghệ trong lĩnh vực áp dụng vật lý quang học vào y khoa do khoảng cách giữa 2 mắt nên ta có 2 góc nhìn khác nhau với cùng 1 vật thể tạo ra cảm giác 3 chiều. Trong PTNS 3D với 2 camera phối hợp với hệ thống thấu kính kép đã giúp phẫu thuật viên đeo kính khi mổ có cảm nhận chiều sâu và trường nhìn 3 chiều trong khi phẫu thuật (Biểu đồ mô phỏng 1). Năm 1992 hệ thống mổ nội soi 3D đầu tiên được thử nghiệm mổ trên động vật cho thấy độ chính xác và an toàn cao nên được ứng dụng trên người để mổ cắt túi mật nội soi. Chúng ta thừa nhận rằng PTNS là bước tiến dài trong ngành ngoại khoa, và PTNS 3D lại là một bước tiến nữa của phẫu thuật nội soi thông thường 2D với các thao tác phẫu tích, khâu, cắt...có độ chính xác rất cao, hạn chế tối đa các tai biến của PTNS thông thường [1]; [4];[7]. Trên thế giới PTNS 3D đã được áp dụng trong nhiều lĩnh vực như phẫu thuật tiết niệu, phẫu thuật tiêu hóa, phẫu thuật phụ khoa... cũng đã có các công trình nghiên cứu so sánh giữa PTNS 3D với PTNS thông thường như: Imalraj Velayutham nghiên cứu so sánh PTNS 3D

và 2D trong cắt gan nội soi. Đặc biệt Stine Maya Dreier Sorensen đã tổng kê trên Medline, Corchan... có 340 bài báo, 31 thử nghiệm so sánh, trong đó có 3 so sánh lâm sàng, 28 so sánh mô phỏng để so sánh PTNS 3D với PTNS 2D một cách hệ thống [5]. Kết quả là hầu hết các tác giả đưa ra nhận xét PTNS 3D rút ngắn thời gian phẫu thuật, hạn chế được cái tai biến trong mổ. Đặc biệt PTNS3D rất có ưu thế trong đào tạo các phẫu thuật viên nội soi mới, giúp cho những phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm về PTNS dễ dàng làm quen và thao tác chính xác hơn hẳn so với PTNS thông thường. Một điểm quan trọng nữa của PTNS 3D là cầu nối giữa PTNS thông thường và phẫu thuật Rô bốt Da Vinci. Các phẫu thuật viên đã làm quen với PTNS 3D khi chuyển sang mổ Rô bốt Da Vinci sẽ thuận lợi hơn và rút ngắn được thời gian đào tạo [1];[5];[6];[7].

Ưu điểm của phẫu thuật nội soi 3D trong mổ ung thư đại tràng trái

- *Chỉ định PTNS 3D trong ung thư đại tràng trái*: không có gì đặc biệt, vẫn nằm trong chỉ định chung của ung thư đại tràng như: giai đoạn không quá T4a (chưa xâm lấn các tạng lân cận, kích thước khối u không quá lớn, bệnh nhân không có chống chỉ định về PTNS chung như suy tim, rối loạn đông máu, tuổi quá cao ...Tuy nhiên cùng với sự tiến bộ của gây mê hồi sức cũng như trình độ của phẫu thuật viên nội soi, chống chỉ định của PTNS ngày càng được thu hẹp lại [1];[5].

Bảng 1 cho thấy kích thước khối u trung bình của chúng tôi là $4,4 \pm 1,3\text{cm}$. 38,1% bệnh nhân ở giai đoạn II, 61,9% giai đoạn III. Khi kích thước khối u lớn > 8cm hoặc đã có di căn xa thì chuyển cáo chung là không nên chỉ định PTNS trong đó có cả PTNS 3D không phải vì lý do kỹ thuật mà về mặt ung thư học.

- *Thời gian mổ*: Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian mổ trung bình là $105,6 \pm 11,3$ phút so với các báo cáo về PTNS 2D ung thư đại tràng trái của các tác giả trên thế giới thì thời gian mổ 3D của chúng tôi nhanh hơn [1];[4];[5] Các tác giả đều chung một nhận định là PTNS 3D làm cho trường mổ có chiều sâu, sắc nét nên các động tác phẫu tích tinh tế hơn, chính xác hơn rút ngắn được thời gian cho cuộc mổ. Trong thực tế PTNS đại tràng trái cảm nhận hình ảnh 3D cho phép phẫu tích tĩnh mạch mạc treo tràng dưới và động mạch đại tràng trái trên nhanh, cầm máu tốt, nhất là khi phối hợp phẫu tích với dao siêu âm. Với 35 bệnh nhân (33,4%) ở Bảng 1 được cắt đại tràng trái kèm theo đại tràng sigma PTNS 3D giúp cho thì phẫu tích mạch máu xuống đến động mạch trực tràng trên rất rõ và nhanh. Kết

quả là chúng tôi không gặp trường hợp chảy máu nào khi phẫu tích mạch máu. Lượng máu mất trong mổ trung bình của chúng tôi chỉ có $16,8 \pm 5\text{ml}$. Aykan nghiên cứu về phẫu thuật cắt toàn bộ tiền liệt tuyến bằng nội soi 3D, kết quả của tác giả là PTNS 3D rút ngắn thời gian mổ và giảm lượng máu mất [5]. Thời gian mổ không chỉ phụ thuộc vào trang thiết bị nội soi, cho dù PTNS 3D cho hình ảnh chất lượng cao thì kỹ năng của PTNS là một yếu tố rất quan trọng. Cũng có nhiều nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về thời gian mổ nội soi giữa 2D và 3D.[2];[5]. Trong thực tế tại trung tâm nội soi của chúng tôi, các phẫu thuật viên đều đã có kinh nghiệm trong mổ ung thư đại tràng bằng kỹ thuật nội soi 2D một cách thuần thục nên khi chuyển sang 3D đều thích ứng và phát huy được ưu điểm của trường mổ với không gian 3 chiều.

- *Tỷ lệ chuyển mổ mở*: chuyển mổ mở thường gặp trong 2 tình huống một là do trình độ mổ nội soi của phẫu thuật viên, hai là do giai đoạn bệnh không còn phù hợp với chỉ định của PTNS.Với PTNS 3D mang lại hình ảnh trung thực và độ nét cao nên tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện các động tác chính xác hơn. Trong 105 bệnh nhân ung thư đại tràng trái, chúng tôi chỉ có 1 trường hợp chuyển mổ mở duy nhất (0,95%). Đây là ca có khối u đại tràng trái xâm lấn vào cực dưới của lách nhưng CT ổ bụng không chẩn đoán đúng giai đoạn (T4b) trước mổ, như vậy nguyên nhân chuyển mổ mở của ca này không phải do kỹ năng mổ mà do chỉ định phẫu thuật không phù hợp với giai đoạn. 104 bệnh nhân còn lại đều thuận lợi khi phẫu tích giải phóng đại tràng và thắt mạch. Thực tế trong mổ chúng tôi cũng cảm nhận được ưu thế của phẫu trường 3D có chiều sâu giúp cho phẫu tích tinh tế hơn trong lúc thắt mạch máu có thể quan sát được cả mặt sau cuống mạch. Tỷ lệ chuyển mổ mở trong các nghiên cứu của PTNS thông thường được ghi nhận trong các nghiên cứu khác là 3% đến 5% [5]. Các nghiên cứu về tỷ lệ chuyển mổ mở của PTNS 3D còn rất ít.

- *Số hạch nạo vét được*: nạo vét hạch là một thì quan trọng trong phẫu thuật ung thư, số lượng hạch thu được là một yếu tố quan trọng để đánh giá giai đoạn di căn hạch và cũng là một yếu tố tiên lượng độc lập. Trong PTNS 3D ung thư đại tràng trái thì phẫu tích nạo vét hạch dọc động mạch chủ bụng cảm nhận của phẫu thuật viên dễ dàng hơn. Với kinh nghiệm đã được tích lũy khi mổ nội soi thông thường 2D nên khi áp dụng sang PTNS 3D chiều sâu trong phẫu trường giúp chúng tôi nạo vét hạch tỉ mỉ và rõ nét. Số lượng hạch của chúng tôi thu được trung bình

mỗi bệnh nhân là $13 \pm 5,2$ hạch đủ tiêu chuẩn (theo AJCC 2010) đánh giá giai đoạn ung thư đại tràng trái. Chúng tôi có 61,9% bệnh nhân ở giai đoạn III (Bảng 2) và tất cả các bệnh phẩm ung thư đại tràng trái đều được phẫu thuật viên phẫu tích bệnh phẩm nhặt hạch sau mổ, đây cũng là yếu tố làm tăng số lượng hạch thu được sau mổ.

-Biến chứng sau mổ: biến chứng sau mổ cũng là một chỉ số đánh giá sự an toàn của một phương pháp mổ. Các tác giả trên thế giới khi ứng dụng PTNS 3D mổ nội soi đều có chung nhận xét là tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp hơn so với PTNS thông thường [1];[2];[4];[5]. Yếu tố nào làm giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ của PTNS 3D? Phân tích sâu hơn chúng ta nhận thấy rằng không gian 3 chiều với độ nét cao giúp cho phẫu thuật viên phẫu tích chính xác hơn, tỉ mỉ hơn, cầm máu tốt hơn, hạn chế tối đa biến chứng sau mổ cũng như tai biến trong mổ. Trong 4/105 (3,8%) bệnh nhân có biến chứng của chúng tôi, đáng chú ý nhất là một trường hợp (0,95%) rò rỉ ruột ngay thứ 7 sau mổ, dịch rò theo ống dẫn lưu ra ngoài, bệnh nhân được điều trị nội khoa thành công không phải mổ lại. Các trường hợp biến chứng còn lại đều không nặng nề, được điều trị nội khoa ổn định. Nhưng cũng có nhiều nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ biến chứng của PTNS 3D so với PTNS thông thường không có sự khác biệt [5];[6].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 105 bệnh nhân ung thư đại tràng trái được Phẫu thuật nội soi 3D chúng tôi

rút ra một số kết luận về kết quả bước đầu: phẫu thuật nội soi 3D ung thư đại tràng trái khả thi và an toàn với ưu điểm thời gian mổ nhanh ($105,6 \pm 11,3$ phút), tỷ lệ biến chứng thấp 3,8%, lượng máu mất trong mổ ít ($16,8 \pm 5$ ml) nhưng vẫn đảm bảo về số lượng hạch nạo vét được ($13 \pm 5,2$ hạch), không có tử vong 30 ngày sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cianchi.F; Coratti.F; Skalamera.I et al (2017)** "Can 3D imaging really help the surgeon perform laparoscopic gastric surgery". Ann Laparos Endosc Surg, 2:164-167
2. **Curro.G; Cogliandolo.A; Bartolotta.M et al (2016)** "Three-dimensional versus two-dimensional laparoscopic right hemicolectomy" Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques" Vol 26, No 3:213-217
3. **Guerrieri.M; Campagnacci.R; Sperti.P et al (2015)** "Totally robotic vs 3D laparoscopic colectomy: A single center preliminary experience" World gastroenterol; 21(46):13152-13159
4. **Matsunaga.R; Nishizawa.Y; Saito.N et al (2017)** "Quantitative evaluation of 3D imaging in laparoscopic surgery". Surg Today 47:440-444.
5. **Sorensen.D.S.M; Konge.L; Savran.M.M et al (2016)** "Three-dimensional versus two-dimensional vision in laparoscopy: systematic review". Surgical Endoscopy
6. **Tao.K; Liu.X; Deng.M et al (2016)** "Three-dimensional against 2-dimensional laparoscopic colectomy for right-sided colon cancer". Surg laparosc Endosc Percutan Tech. Vol 26, No 4:324-327
7. **Velayutham.V; Fuks.D; Nomi.T et al (2016)** "3D visualization reduces operating time when compared to high-definition 2D in laparoscopy liver resection: a case-matched study. Surg Endosc. vol 30:147-153

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG PHÁT HIỆN LAO PHỔI TẠI TỈNH NAM ĐỊNH (2009-2013)

Nguyễn Đình Tuấn*, Nguyễn Viết Nhung*,
Nguyễn Kim Cương*, Lê Văn Bào**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ phát hiện, quản lý lao phổi theo dân số và phân tích xu hướng phát hiện lao phổi tại tỉnh Nam Định từ năm 2009 - 2013. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả có sử dụng số liệu theo dõi phát hiện lao phổi từ 2009-2013 và hồi cứu số liệu thứ cấp. **Kết quả:** Từ năm 2009 - 2013, trung bình mỗi năm tỉnh Nam Định phát hiện khoảng 2.300 ca bệnh lao trong đó số ca bệnh lao phổi chiếm khoảng 78%

đến 80%. Tỷ lệ phát hiện và quản lý lao phổi toàn tỉnh giao động từ 97-103 ca/100.000 dân. Các huyện có tỷ lệ phát hiện, quản lý lao phổi từ 60-80 ca/100.000 dân gồm huyện Nghĩa Hưng, Giao Thủy, Trực Ninh, Xuân Trường, Mỹ Lộc. Các huyện có tỷ lệ phát hiện, quản lý lao phổi từ 80 - 100 ca/100.000 dân gồm huyện Hải Hậu, Nam Trực, Ý Yên, Vụ Bản. Riêng TP. Nam Định có tỷ lệ phát hiện, quản lý lao phổi cao nhất, giao động từ 210-250 ca/100.000 dân (bao gồm cả Bệnh viện Phổi Nam Định). Số người bệnh lao phổi được phát hiện tại Bệnh viện Phổi Nam Định chiếm 45%-49% trong đó chuyển về huyện từ 17% - 19%. Tổng số người bệnh lao phổi được phát hiện tại các huyện chiếm khoảng 47%-51% và được phát hiện ở nơi khác chuyển về huyện chiếm 3%-5%. Tỷ lệ phát hiện lao phổi không tăng ở các huyện mà tăng chủ yếu ở Bệnh viện Phổi tỉnh do phát triển các kỹ thuật mới. **Kết luận:** Từ năm 2009-2013, tỷ lệ phát hiện,

*Bệnh viện Phổi Trung ương

**Học Viên Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuấn

Email: tuandinh10@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 12.3.2018

Ngày duyệt bài: 19.3.2018

quản lý lao phổi của tỉnh Nam Định có xu hướng tăng nhẹ, giao động từ 97–103 ca/100.000 dân. Tỷ lệ phát hiện lao phổi không tăng ở các huyện mà tăng ở Bệnh viện Phổi tỉnh. Các huyện có tỷ lệ phát hiện, quản lý thấp từ 60–80 ca/100.000 dân gồm huyện Nghĩa Hưng, Giao Thủy, Trù Ninh, Xuân Trường, Mỹ Lộc.

Từ khóa: Phát hiện lao phổi, Tỉnh Nam Định, Từ năm 2009-2013.

SUMMARY

RESEARCH ON THE STATUS OF PULMONARY TUBERCULOSIS DETECTION IN NAM DINH PROVINCE (2009-2013)

Objectives: To determine the tuberculosis management and detection rate by population and analyze the trend of detecting tuberculosis in Nam Dinh province from 2009 to 2013. **Methods:** Descriptive studies using data for monitoring tuberculosis detection from 2009-2013 and retrospective secondary data. **Results:** From 2009 to 2013, an average of 2,300 tuberculosis cases were detected each year in Nam Dinh province, of which cases of pulmonary tuberculosis accounted for 78% to 80%. The tuberculosis management and detection rate ranges from 97 to 103 cases/100,000 people. In districts with the rate of detecting tuberculosis from 60-80 cases/100,000 people, including Nghĩa Hưng, Giao Thủy, Trù Ninh, Xuân Trường and Mỹ Lộc districts. Districts with a detection rate of 80-100 cases/100,000 people, including Hai Hậu, Nam Trù, Ý Yên and Vụ Bản. Nam Dinh city has the highest detection rate of pulmonary tuberculosis, ranging from 210 to 250 cases/100,000 people (including Nam Dinh Lung Hospital). The number of tuberculosis patients detected in the Lung Hospital in Nam Dinh accounted for 45% - 49%, of which 17% - 19% were transferred to the district. The districts detected pulmonary tuberculosis accounted for 46% - 51%. The pulmonary tuberculosis detection rate was not increased in the districts that increased at the provincial Lung Hospital due to the development of new techniques. **Conclusion:** From 2009 to 2013, tuberculosis management and detection rate in Nam Dinh province tends to increase slightly, fluctuating from 97 to 103 cases per 100,000 people. The detection rate for pulmonary tuberculosis was not increased in the districts that increased at the provincial Lung Hospital. Districts with a low management and detection rate of 60-80 cases per 100,000 people include Nghĩa Hưng, Giao Thủy, Trù Ninh, Xuân Trường and Mỹ Lộc districts.

Key words: Pulmonary tuberculosis detection, Nam Dinh province, 2009-2013.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay bệnh Lao vẫn đang là một trong các vấn đề sức khỏe chính trên toàn cầu. Theo báo cáo của Tổ chức y tế thế giới 2016, ước tính trên toàn cầu năm 2015 có khoảng 10,4 triệu người mới mắc lao trong đó 5,9 triệu ca mới mắc là nam giới (56%) và 3,5 triệu ca mới mắc là phụ nữ (34%) và có 1 triệu trẻ em mới mắc lao (10%). Xu hướng dịch tễ bệnh lao trên toàn cầu đang có chiều hướng giảm với tỷ lệ giảm mắc

mới ở mức 1,5% từ 2014 – 2015. Để đạt được chiến lược kết thúc bệnh lao vào năm 2030 thì yêu cầu cần phải giảm từ 4-5%/năm [1],[2]. Từ năm 2012 – 2014, tỷ lệ phát hiện lao các thể ở nước ta ước tính đạt 76%-77%. Chương trình chống lao Quốc gia đặt mục tiêu trong giai đoạn hiện nay là phát hiện hết tất cả các thể lao có trong cộng đồng bằng những tiếp cận phổ cập [3], [4]. **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Xác định tỷ lệ phát hiện, quản lý lao phổi/100.000 dân tại tỉnh Nam Định theo huyện từ năm 2009-2013

2. Phân tích xu hướng phát hiện lao phổi theo nơi phát hiện và đề xuất giải pháp can thiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu số liệu thứ cấp

- **Biến số và chỉ số nghiên cứu:**

+ Số lượng người bệnh lao phổi phát hiện từ 2009-2013

+ Tỷ lệ người nghi lao xét nghiệm đờm/dân số từ 2009-2013

+ Tỷ lệ người bệnh lao phổi phát hiện/100.000 dân từ 2009-2013

- **Nguồn dữ liệu:** Thu thập số liệu từ sổ khám bệnh, sổ xét nghiệm, báo cáo tổng hợp phát hiện lao phổi của tỉnh Nam Định.

- **Xử lý, phân tích dữ liệu:** Tổng hợp và phân tích các dữ liệu thống kê

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Thực trạng phát hiện lao ở tỉnh Nam Định

Bảng 1. Phát hiện Lao tại tỉnh Nam Định từ 2009 - 2013

Năm	Lao phổi		Lao ngoài phổi		Tổng
	SL	%	SL	%	
2009	1.749	78,3	484	21,0	2.233
2010	1.804	78,6	492	21,3	2.296
2011	1.819	80,2	449	19,7	2.268
2012	1.848	80,1	460	19,8	2.308
2013	1.866	77,2	550	22,1	2.416

Từ năm 2009 - 2013, trung bình mỗi năm tỉnh Nam Định phát hiện khoảng 2.300 ca bệnh lao trong đó số ca bệnh lao phổi chiếm khoảng 78% đến 80% [5].

Bảng 2. Tỷ lệ dân số XN đờm và tỷ lệ phát hiện lao phổi/100.000 dân

Năm	Người nghi lao XN đờm		Lao phổi	
	SL	Tỷ lệ XN đờm/DS (%)	SL	Tỷ lệ phát hiện/10 ⁵ DS
2009	10.981	0,61	1.749	97,0
2010	12.889	0,71	1.804	99,5
2011	14.748	0,81	1.819	100,3
2012	13.855	0,76	1.848	101,6
2013	15.564	0,86	1.866	103,0

Tỷ lệ dân số XN đờm từ 2009 – 2013 giao động từ 0,61% - 0,86%. Tỷ lệ phát hiện lao phổi toàn tỉnh giao động từ 97 – 103 ca/100.000 dân và có xu hướng tăng nhẹ [5].

Bảng 3. Phân bố tỷ lệ % dân số xét nghiệm đờm theo huyện từ 2009-2013

Huyện	2009	2010	2011	2012	2013
Nghĩa Hưng	0,32	0,30	0,30	0,30	0,30
Xuân Trường	0,36	0,33	0,41	0,42	0,39
Giao Thủy	0,35	0,36	0,39	0,36	0,30
Trực Ninh	0,34	0,34	0,40	0,32	0,37
Nam Trực	0,44	0,43	0,43	0,41	0,41
Y Yên	0,30	0,71	0,56	0,49	0,50
Vụ Bản	0,34	0,35	0,40	0,41	0,36

Hải Hậu	0,51	0,59	0,56	0,52	0,66
Mỹ Lộc	0,80	0,60	1,18	0,40	0,67
TP.Nam Định	2,00	2,42	3,02	3,04	3,58
Toàn tỉnh	0,61	0,71	0,81	0,76	0,86

Từ 2009 –2013, tỷ lệ người nghi lao XN đờm/dân số có xu hướng tăng với tỷ lệ giao động từ 0,61% - 0,86%. Các huyện có tỷ lệ dân số XN đờm thấp từ 0,3% - 0,5% gồm huyện Nghĩa Hưng, Giao Thủy, Trực Ninh, Xuân Trường, Nam Trực, Ý Yên, Vụ Bản. Các huyện có tỷ lệ dân số XN đờm cao hơn từ 0,5% - 0,8% gồm huyện Hải Hậu, Mỹ Lộc. Riêng TP. Nam Định có tỷ lệ dân số XN đờm cao nhất từ 2% - 3,58% vì bao gồm cả Bệnh viện phổi Nam Định.

Bảng 4. Phân bố phát hiện lao phổi theo nơi phát hiện từ 2009-2013

Nơi phát hiện		2009	2010	2011	2012	2013
Phát hiện ở các huyện	SL	874	926	927	929	856
	%	50,0	51,3	51,0	50,3	45,9
	Tỷ lệ/10 ⁵ DS	48,5	51,1	51,1	51,1	47,3
Phát hiện ở BV Phổi Nam Định	SL	798	810	835	833	913
	%	45,6	44,9	45,9	45,1	48,9
	Tỷ lệ/10 ⁵ DS	44,3	44,7	46,0	45,8	50,4
Trong đó, BV Phổi Nam Định phát hiện và chuyển về huyện	SL	330	319	330	314	319
	%	18,9	17,7	18,1	17,0	17,1
	Tỷ lệ/10 ⁵ DS	18,3	17,6	18,2	17,3	17,6
Phát hiện ở nơi khác chuyển về huyện	SL	77	68	57	86	97
	%	4,4	3,8	3,1	4,7	5,2
	Tỷ lệ/10 ⁵ DS	4,3	3,8	3,1	4,7	5,4
Tổng	SL	1.749	1.804	1.819	1.848	1.866
	Tỷ lệ/10 ⁵ DS	97,0	99,5	100,3	101,6	103,0

Từ 2009 – 2013, số người bệnh lao phổi được phát hiện tại Bệnh viện Phổi tỉnh chiếm 44,9% – 48,9% trong đó chuyển về huyện từ 17% – 18,9%. Tỷ lệ phát hiện lao phổi toàn tỉnh giao động từ 97 – 103 ca/100.000 dân và có xu hướng tăng nhẹ, tuy nhiên phát hiện không tăng ở các huyện mà tăng chủ yếu ở Bệnh viện Phổi tỉnh do phát triển các kỹ thuật chẩn đoán mới. Số người bệnh lao phổi được phát hiện tại các huyện chỉ chiếm khoảng 45,9% – 51,3% với tỷ lệ phát hiện từ 47,3 – 51,1 ca/100.000 dân.

Bảng 5. Phân bố phát hiện, quản lý lao phổi/100.000 dân theo huyện từ 2009-2013

(bao gồm cả nơi khác phát hiện chuyển về huyện)

Huyện	2009	2010	2011	2012	2013
Ng.Hưng	61,1	70,3	72,6	75,0	72,8
G. Thủy	60,4	56,1	58,8	63,4	54,5
T. Ninh	87,2	76,8	86,1	90,9	98,8
X.Trường	75,8	62,7	67,1	63,8	56,3
Mỹ Lộc	60,3	49,2	59,5	79,6	81,4
Hải Hậu	81,2	86,1	89,4	90,8	87,9
Nam Trực	95,2	99,2	90,5	88,3	88,2
Y Yên	87,9	125,4	107,1	105,8	95,3
Vụ Bản	100,5	87,1	94,7	87,1	89,1
TP. ND	210,1	211,4	215,9	219,4	248,2
Toàn tỉnh	97,0	99,5	100,3	101,6	103,0

Phân bố tỷ lệ phát hiện, quản lý lao phổi/100.000 dân ở Nam Định chia ra 3 khu vực: (1) Các huyện có tỷ lệ phát hiện, quản lý lao phổi giao động từ 60 – 80 ca/100.000 dân gồm huyện Nghĩa Hưng, Giao Thủy, Trực Ninh, Xuân Trường, Mỹ Lộc. (2) Các huyện có tỷ lệ phát hiện, quản lý lao phổi giao động từ 80 – 100 ca/100.000 dân gồm huyện Hải Hậu, Nam Trực, Ý Yên, Vụ Bản. (3) TP. Nam Định có tỷ lệ cao

nhất giao động từ 210 – 250 ca/100.000 dân (gồm cả Bệnh viện Phổi Nam Định). Tỷ lệ phát hiện, quản lý lao phổi toàn tỉnh Nam Định giao động từ 97–103 ca/100.000 dân và có xu hướng tăng nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Từ năm 2009-2013, tỷ lệ phát hiện và quản lý lao phổi của tỉnh Nam Định có xu hướng tăng nhẹ, giao động từ 97 – 103 ca/100.000 dân. Tỷ lệ phát hiện lao phổi không tăng ở các huyện mà tăng chủ yếu ở Bệnh viện Phổi tỉnh. Các huyện có tỷ lệ phát hiện, quản lý lao phổi thấp từ 60 – 80 ca/100.000 dân gồm huyện Nghĩa Hưng, Giao Thủy, Trực Ninh, Xuân Trường, Mỹ Lộc.

KIẾN NGHỊ

Tăng cường các hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe về bệnh lao tại cộng đồng và triển khai các hoạt động can thiệp ở tuyến huyện đặc biệt là các huyện có tỷ lệ phát hiện lao phổi thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** -Chương trình chống lao quốc gia, *Tình hình bệnh lao trên thế giới*. Báo cáo tổng kết 2016 và phương hướng hoạt động 2017, 2017: p. 5.
2. **World Health Organization, Executive summary**, Global Tuberculosis Report 2016, 2016: p. 1.
3. **Nguyễn Việt Nhung**, *Bệnh lao và kiểm soát lao ở thế kỷ 21*, Tạp chí lao và bệnh phổi, 2011,; p. 11-14.
4. **Bộ Y tế - CTCLQG**, *Báo cáo hoạt động giai đoạn 2007 – 2011 và phương hướng kế hoạch giai đoạn 2011 – 2015, Chương trình chống lao quốc gia giai đoạn 2011-2015 (phần 2)*, Báo cáo tổng kết, 2012: p. 87-90.
5. **Sở Y tế** - Bệnh viện Lao và bệnh Phổi Nam Định, *Số liệu phát hiện bệnh nhân lao từ 2004-2014 của tỉnh Nam Định*. Số liệu báo cáo, 2017.

ĐẶC ĐIỂM XOẺ VÀ NGHIÊNG ĐĨA THỊ TRÊN MẮT CẬN THỊ NẶNG KẾT HỢP GLÔCÔM GÓC MỞ

Bùi Thị Vân Anh*, Bùi Thị Diệu**

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá đặc điểm và các yếu tố ảnh hưởng lên tình trạng nghiêng và xoắn của đĩa thị trên mắt cận thị nặng kết hợp glôcôm góc mở nguyên phát. **Đối tượng:** là những mắt được chẩn đoán glôcôm góc mở nguyên phát, có cận thị nặng (có độ cận $\geq 6D$ và/ hoặc trục nhãn cầu $\geq 26mm$). **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích với cỡ mẫu toàn bộ trong khoảng thời gian từ tháng 6/2016 đến 6/2017. Bệnh nhân được xác định tình trạng đĩa thị nghiêng và xoắn cũng như mối tương quan với các yếu tố khác như độ dài trục nhãn cầu, độ cận và các yếu tố liên quan bệnh glôcôm. **Kết quả:** 23 bệnh nhân với 38 mắt glôcôm góc mở nguyên phát có cận thị nặng gồm 11 nam/12 nữ tuổi trung bình 32 ± 15.8 . Số mắt có đĩa thị nghiêng chiếm 44.7% (17/38 mắt) với tỉ lệ nghiêng trung bình của cả nhóm là 1.30 ± 0.20 . Tỉ lệ đĩa thị có xoắn khá cao 52.6% (20 mắt), độ xoắn trung bình là 17.42 ± 16.34 . Tình trạng nghiêng đĩa thị liên quan chặt chẽ với diện tích và mức độ teo B quanh gai thị. Mặc dù không có mối liên quan chặt chẽ nhưng trên mắt có trục nhãn cầu dài và độ cận lớn xu hướng tỷ lệ đĩa thị nghiêng cao hơn, độ nghiêng nhiều hơn và ngược lại tỷ lệ đĩa thị xoắn ít hơn, độ xoắn nhỏ hơn so với mắt trục nhãn cầu ngắn hơn, cận ít hơn. **Kết luận:** Các mắt glôcôm có cận thị nặng thường có tỷ lệ xoắn và nghiêng đĩa thị cao, độ

xoắn xuống dưới và độ nghiêng khá lớn. Đĩa thị xoắn và nghiêng làm ảnh hưởng tới khả năng đánh giá đầu thị thần kinh cũng như các tổn thương trên thị trường dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán và theo dõi bệnh glôcôm.

Từ khóa: đĩa thị xoắn, đĩa thị nghiêng, độ nghiêng, độ xoắn, cận thị nặng, glôcôm.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF OPTIC DISK TILTED AND ROTATION IN PRIMARY OPEN ANGLE GLAUCOMA COMBINE HIGH MYOPIC EYES

Purpose: to analyse the characteristics and elements affect the optic disk torsion and tilted in the primary open angle glaucoma eyes with high myope.

Subjects: the primary open angle glaucoma eyes combine high myope (myope $\geq 6 d$ and/ or axial length $\geq 26mm$) were involved. **Methods:** descriptive study were conducted in VNIO from September 6/2016 to 6/2017. The patient's status, tilted and twisted disk were recorded. **Results:** 23 patients, 38 open angle glaucoma eyes combine high myope with 11 male/12 female and average age 32 ± 15.8 were involved. Tilted disk happened in 44.7% (17/38) and average tilted ratio was 1.30 ± 0.20 . Torsion disk was in 52.6% (20 eyes), with average twist ratio was 17.42 ± 16.34 . Tilted disk was closely related with the area and the degree of preperipillary atrophy. Although not closely related but on higher myope and longer axial, more disk tilted and the disk tilted more, less disk twisted and the disk twisted less. **Conclusion:** the primary open angle glaucoma eyes combine high myope have high tilted and torsional disk ratio. Tilted disk and torsional disk change the appear of optic nerve head and can affect the diagnosis and follow up the glaucoma.

Key words: tilted disk, torsional disk, high myope, POAG

*Bệnh viện Mắt Trung ương

**Trường Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Vân Anh

Email: buivananh@yahoo.com

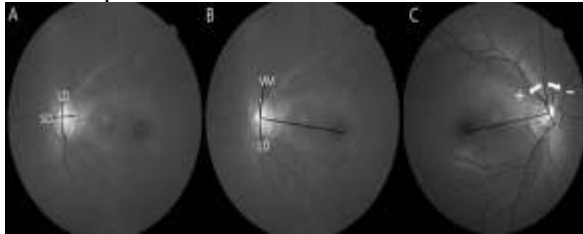
Ngày nhận bài: 2.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2018

Ngày duyệt bài: 14.3.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bó sợi thần kinh thị giác khi đi ra khỏi bề mặt võng mạc thường theo hướng vuông góc. Tuy nhiên, ở một số mắt, hướng đi này thay đổi tạo nên đĩa thị nghiêng, xoắn vặn thường gặp ở bệnh nhân có cận thị nặng. Đĩa thị nghiêng được xác định bởi tỉ lệ nghiêng, được tính bằng tỉ lệ giữa đường kính dài nhất và đường kính ngắn nhất của đĩa thị (Tỉ lệ nghiêng = đường kính dài nhất/đường kính ngắn nhất). Khi tỉ lệ nghiêng lớn hơn 1.30, đĩa thị được phân loại là đĩa thị nghiêng. Đĩa thị xoắn được xác định bởi độ xoắn là độ lệch của trục dài với kinh tuyến dọc của đĩa thị (Kinh tuyến dọc được xác định là đường vuông góc 90 độ so với đường ngang nối từ trung tâm đĩa thị đến hoàng điểm). Góc giữa trục dọc và kinh tuyến dọc của đĩa thị được gọi là độ xoắn của đĩa thị. Đĩa thị được phân loại là đĩa thị xoắn khi độ xoắn lớn hơn 15 độ. Một giá trị xoắn dương biểu thị đĩa thị xoắn về phía thái dương dưới, và một giá trị âm biểu thị đĩa thị xoắn về phía mũi trên.



Hình: Xác định tỉ lệ nghiêng và độ xoắn của đĩa thị

Đĩa thị nghiêng và xoắn có tỉ lệ cao ở người dân Châu Á, với tỉ lệ nghiêng và xoắn tương ứng là 3.5% và 64.7%[1]. Theo một số nghiên cứu cho thấy sự xuất hiện của đĩa thị xoắn và

nghiêng liên quan đến cận thị, tỉ lệ nghiêng và mức độ xoắn tương quan với chiều dài trục nhãn cầu với tỉ lệ đĩa thị nghiêng ở bệnh nhân có cận thị là 37.2% [1][2]. Các biểu hiện nghiêng và xoắn của đĩa thị làm dịch chuyển vị trí định khu của các tổn thương của bó sợi thần kinh trên thị trường dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán và theo dõi bệnh phối hợp như bệnh glôcôm. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm và các yếu tố ảnh hưởng lên tình trạng nghiêng và xoắn của đĩa thị trên mắt cận thị nặng có bệnh glôcôm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm góc mở nguyên phát, có cận thị nặng (có độ cận $\geq 6D$ và/ hoặc trục nhãn cầu ≥ 26 mm)

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích chọn toàn bộ mắt có đủ tiêu chuẩn trong khoảng thời gian từ tháng 6/2016 đến 6/2017. Đối tượng nghiên cứu được đo thị lực, chỉnh kính tối đa, chụp ảnh đáy mắt vùng gai thị - hoàng điểm để đo chỉ số nghiêng và độ xoắn đĩa thị. Đánh giá mối tương quan giữa độ nghiêng, độ xoắn của đĩa thị với các yếu tố tuổi, giới, độ cận, độ dài trục nhãn cầu, độ sâu tiền phòng,... Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê với sự trợ giúp của phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 6/2016 đến 6/2017 chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 23 bệnh nhân với 38 mắt glôcôm góc mở nguyên phát có cận thị nặng.

Bảng 1: Đặc điểm chung

Đặc điểm		N	%	P	Đặc điểm		N	%	P
Giới	Nam	11	47.8%	0,746	Tuổi	< 40	20	86,9%	0.004
	Nữ	12	52.2%			≥ 40	3	13,1%	
Nhãn áp	Cao	31	81.6			T bình	32 ± 15.80		
	Không cao	7	18.4						
NATB	Chưa quy đổi	16.95 ± 5.07			Thị lực	< 20/200	10	26.3	0.384
	Quy đổi/ CCT	15.43 ± 5.16				20/200 ≤ -20/70	11	28.9	
Khúc xạ						20/70 ≤ -20/30	5	13.2	
	>-10D	27	71.1	0.009	≥ 20/30	12	31.6		
	≤ -10D	11	28.9			< 520	8	21.1%	
T/bình	-9.674 ± 6.075				520 ≤ - 580	26	68.4%		
Trục NC	< 28mm	28	73.7%		Độ dày GM	≥ 580	4	10.5%	
	≥ 28mm	10	26.3%			Tổng	38	100	
	T/bình	27.72 ± 1.86				Trung bình	542 ± 32.05		

Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ không có sự khác biệt. Bệnh nhân thường được phát hiện khi tuổi còn rất trẻ với tuổi trung bình thời điểm khám bệnh là 32 ± 15.8 tuổi và đa số dưới 40 tuổi (86,9%).

Mắt được chẩn đoán glôcôm nhãn áp cao chiếm đa số 81,6% mặc dù mức nhãn áp trung bình thời điểm khám thấp 15.43 ± 5.16 do đã được điều trị hạ nhãn áp. Các mắt được xác định

độ cận rất nặng (trên 10D) chiếm 71,1% trong đó 26,3% trường hợp có trục nhãn cầu dài ở mức hơn 28mm

Đặc điểm nghiêng và xoắn đĩa thị: Trong nghiên cứu của chúng tôi, số mắt có đĩa thị nghiêng chiếm 44.7% (17/38 mắt) với tỉ lệ nghiêng trung bình của cả nhóm là 1.30 ± 0.20 ; nhỏ nhất là 1.02 và lớn nhất là 1.78. Trong đó tỷ lệ nghiêng trung bình của nhóm mắt được xác định đĩa thị nghiêng là 1.47 ± 0.15 ; nhóm đĩa thị không nghiêng là 1.17 ± 0.68 . Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Park trên đối tượng bệnh nhân glôcôm nhãn áp không cao có cận thị với 45.8% đĩa thị nghiêng và tỉ lệ nghiêng trung bình là 1.33 ± 0.28 [3]. Cũng nghiên cứu về tỉ lệ đĩa thị nghiêng nhưng trên đối tượng mắt cận thị trên 6D đơn thuần, tác giả Ngô Thị Lan và cộng sự thống kê thấy tỉ lệ đĩa thị nghiêng là 42.25%. Đặc điểm nghiêng của đĩa thị làm việc quan sát vùng lõm đĩa trở nên không chính xác do ánh sáng chiếu vào lõm đĩa bị bờ nhô ra trước của gai thị che khuất 1 phần. Chính vì thế trên những mắt có đĩa thị nghiêng, việc đánh giá tỷ lệ C/D cũng như độ dày của lớp sợi thần kinh trở nên khó chính xác.

Một khó khăn khác khi đánh giá đầu thị thần kinh của bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát có cận thị nặng là đĩa thị xoắn cũng chiếm một tỉ lệ khá lớn. Tỉ lệ đĩa thị có xoắn khá cao 52.6% (20 mắt), độ xoắn trung bình là 17.42 ± 16.34 . Nhóm được xác định là xoắn đĩa thị có độ xoắn rất cao (26.65 ± 17.92), cao hơn hẳn so với nhóm không xoắn đĩa thị (7.17 ± 3.23). Theo nghiên cứu của Park thì tỉ lệ này là 75.9% nhóm bệnh nhân glôcôm nhãn áp không cao có cận thị nặng với góc xoắn trung bình là $18.04 \pm 25.00^\circ$ [3]. Cũng về đĩa thị xoắn nhưng trên đối tượng cận thị, Min Sun Sung tìm thấy có 57.27% đĩa thị

có xoắn [4]. Tỉ lệ có đĩa thị xoắn trong nhóm của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu trước đó do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác nhau. Đặc biệt các nghiên cứu trên đây đều trên đối tượng người Hàn Quốc, được biết đến với tỉ lệ cận thị rất cao và đĩa thị nghiêng và xoắn là rất thường gặp [3]. Khác với đĩa thị nghiêng gây khó xác định mức độ lõm đĩa, đĩa thị xoắn làm di lệch các bó sợi thần kinh thị giác khiến các đặc điểm của đĩa thị thông thường cũng như các đặc điểm giúp định hướng chẩn đoán và theo dõi bệnh glôcôm rất dễ bị thay đổi.

Trong đĩa thị xoắn, người ta còn quan tâm nhiều đến hướng xoắn của đĩa thị. Park và cộng sự đã báo cáo rằng có đến 76.7% số bệnh nhân glôcôm góc mở trong nhóm nghiên cứu của mình có đĩa thị xoắn xuống dưới, độ xoắn trung bình 28.93 ± 26.55 (cao hơn so với độ xoắn lên trên trung bình 19.51 ± 15.83)[5]. Ở nghiên cứu khác cũng của tác giả này, trên đối tượng là glôcôm nhãn áp không cao có cận thị tỉ lệ đĩa thị xoắn xuống dưới là 66.7%, độ xoắn trung bình 18.45 ± 23 (cao hơn so với đĩa thị xoắn lên trên với độ xoắn trung bình là 3.81 ± 21.71 độ) [3]. Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, hướng xoắn chủ yếu là xoắn xuống dưới (thải dương dưới) với 26 mắt (68.4%); góc xoắn trung bình là 19.73 ± 18.73 (nhỏ nhất là 1.64° , lớn nhất là 85.6°). Nhóm có hướng xoắn lên trên (mũi trên) gồm 12 mắt (31,6%) có góc xoắn trung bình là 12.41 ± 7.77 ít hơn nhiều so với nhóm xoắn xuống dưới.

Các yếu tố liên quan với đĩa thị nghiêng và xoắn: Tỷ lệ nghiêng và xoắn đĩa thị trung bình không chịu ảnh hưởng của yếu tố tuổi và cũng không có sự khác biệt giữa nam và nữ (1.32 ± 0.18 và 20.35 ± 21.30 so với 1.27 ± 0.21 và 14.17 ± 7.25) với $P = 0.398$ và $P = 0,249$

Bảng 2 : mối tương quan đĩa thị nghiêng với khúc xạ và trục nhãn cầu

Đặc điểm		Đĩa thị nghiêng					Đĩa thị xoắn				
		Trung bình	P	Có	Không	P	Trung bình	P	Có	Không	P
Khúc xạ (D)	> -10	1.2 ± 0.20	0.52	10 (37%)	17 (63%)	0,17	19.9 ± 18.17	0.05	17 (63%)	10 (37%)	0.04
	≤ -10	1.33 ± 0.20		7 (63.6%)	4 (36.4%)		11.27 ± 8.38		3 (27.3%)	8 (72.7%)	
	Trung bình			-8.64 ± 11.51	-8.25 ± 3.68	0.88			-8.04 ± 4.08	-8.85 ± 11.03	0.77
Trục nhãn cầu (mm)	< 28	1.28 ± 0.19	0.39	11 (39.3%)	17 (60.7%)	0,29	19.6 ± 17.81	0.06	17 (60.7%)	11 (39.3%)	0.14
	≥ 28	1.34 ± 0.20		6 (60%)	4 (40%)		11.0 ± 9.17		3 (30%)	7 (70%)	
	Trung bình			28.19 ± 2.38	27.33 ± 1.23	0.16			27.20 ± 1.06	28.28 ± 2.36	0.07

Các nghiên cứu trước đây cũng đã chỉ ra rằng, đĩa thị oval (dạng điển hình của đĩa thị nghiêng) tương quan với mức độ cận thị lớn hơn, trục nhãn cầu dài hơn và tổn thương thị trường nhiều hơn [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù không chỉ ra mối tương quan này, nhưng chúng tôi cũng nhận thấy ở những mắt có độ cận nặng hơn ($\leq -10D$) cũng như nhóm có trục nhãn cầu dài hơn thì tỷ lệ nghiêng có xu hướng cao hơn. Sự khác biệt giữa các mức độ cận cũng như độ dài trục nhãn cầu có thể do tình trạng dẫn dài trục của củng mạc trong thể tích hốc mắt cố định đã làm đẩy nghiêng phần cực sau của nhãn cầu, nhãn cầu càng dài thì khả năng đẩy nghiêng càng lớn.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ủng hộ nhận định này khi tỷ lệ cũng như độ xoắn ở nhóm có trục nhãn cầu dưới 28mm và độ cận ít hơn 10D đều cao hơn nhóm còn lại. Có nhiều giả thiết được đưa ra để giải thích hiện tượng này trong đó người ta giả định rằng khi trục nhãn cầu dài ra trong mắt cận thị xảy ra hiện tượng dẫn lỗi củng mạc phía sau. Nếu vùng dẫn lỗi này không bao gồm đĩa thị, thì đĩa thị sẽ bị xoắn vặn nhiều hơn nhưng lại có vùng teo quanh gai beta nhỏ. Trong khi đó nếu vùng dẫn lỗi bao gồm cả đĩa thị (trục nhãn cầu dài ra, độ cận tăng lên) thì đĩa thị lớn, kèm theo vùng teo quanh beta gai rộng hơn nhưng độ xoắn lại nhỏ [1]. Nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định giả thiết này.

Bảng 3. Tương quan đĩa thị nghiêng với 1 số đặc điểm liên quan bệnh glôcôm

Đặc điểm	Đĩa thị nghiêng		P	Đĩa thị xoắn					
	Có	Không		Có	Không	P	Xoắn lên trên	Xoắn xuống	P
Nhấn áp	15.71 ± 5.69	15.21 ± 4.83	0.774	17.65 ± 5.51	16.17 ± 4.58	0.375	16.90 ± 4.40	14.76 ± 5.42	0.208
Diện tích đĩa thị	85000 ± 41280	70700 ± 23943	0.190	70900 ± 27220	83900 ± 38343	0.245	79500 ± 19107	75900 ± 38226	0.703
Diện tích viền TK	28300 ± 26684	30200 ± 29755	0.831	24100 ± 24559	35200 ± 31149	0.232	41100 ± 34284	24000 ± 23495	0.136
Tỉ lệ lõm đĩa	0.67 ± 0.24	0.66 ± 0.22	0.873	0.72 ± 0.18	0.60 ± 0.26	0.085	0.60 ± 0.26	0.69 ± 0.21	0.334
Diện tích teo β	148000 ± 189978	39800 ± 39682	0.015	60300 ± 49133	119000 ± 1094091	0.196	137000 ± 231532	66000 ± 59532	0.318
Mức teo β (cung giờ)	8.24 ± 3.62	6.05 ± 2.46	0.033	7.25 ± 3.01	6.78 ± 3.44	0.657	6.50 ± 3.06	7.27 ± 3.27	0.488
RNFL trung bình	62.86 ± 16.25	65.11 ± 20.32	0.733	62.06 ± 13.54	66.40 ± 22.88	0.530	67.11 ± 13.97	62.95 ± 20.18	0.519
MD	-19.72 ± 10.36	-15.70 ± 11.91	0.287	-15.88 ± 11.05	-19.28 ± 11.59	0.375	-16.28 ± 10.26	-18.02 ± 11.85	0.661
PSD	5.71 ± 2.90	4.60 ± 1.98	0.184	5.09 ± 2.15	5.09 ± 2.84	0.997	4.60 ± 1.92	5.31 ± 2.67	0.373

Bảng trên tóm tắt một số thông số đặc điểm liên quan tới tam chứng glôcôm như tình trạng nhãn áp, chỉ số MD và PSD của thị trường và các chỉ số của đầu thị thần kinh. Ở nhóm đĩa thị nghiêng, hầu hết tất cả các thông số đều lớn hơn của nhóm đĩa thị không nghiêng bao gồm nhãn áp cao hơn, độ xoắn nhiều hơn, diện tích teo quanh gai β lớn hơn (với $p = 0.015$), số cung giờ teo rộng hơn ($p = 0.033$) và tổn thương thị trường nhiều hơn (với MD và PSD lớn hơn). Mặc dù có diện tích đĩa thị lớn hơn nhưng nhóm đĩa thị nghiêng lại có diện tích viền thần kinh nhỏ hơn và teo lõm gai nhiều hơn với lớp sợi thần kinh quanh gai mỏng hơn so với nhóm đĩa thị không nghiêng.

Ngoài ra, ta còn thấy mắt có đĩa thị xoắn xuống dưới có độ xoắn nhiều hơn, tỉ lệ nghiêng lớn hơn, với mức độ teo rộng hơn, lõm đĩa nhiều hơn với diện tích viền thần kinh nhỏ hơn cùng

với mức độ tổn thương thị trường nhiều hơn mắt có đĩa thị xoắn lên trên (MD và PSD lớn hơn). Hướng xoắn của đĩa thị cũng phân bố lại chiều dày lớp sợi thần kinh ở các góc phần tư: mắt có hướng xoắn lên trên (mũi trên) có lớp sợi thần kinh dày hơn ở góc trên và mũi, còn mắt có hướng xoắn xuống dưới (thái dương dưới) lại có lớp sợi thần kinh dày hơn ở góc phần tư phía dưới và phía thái dương. Đây là một điểm cần chú ý khi đánh giá chiều dày lớp sợi thần kinh ở các góc phần tư ở bệnh nhân glôcôm có cận thị nặng với đĩa thị xoắn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nghiêng và xoắn của đĩa thị là khá lớn với 44.7% có nghiêng và 52.6% đĩa thị xoắn. Chính đặc điểm nghiêng và xoắn này ảnh hưởng rất nhiều đến những biến đổi khác của đầu thị thần kinh. Quan sát thấy, mắt có đĩa thị nghiêng có độ xoắn

hiều hơn, diện tích teo quanh gai lớn hơn với số cung giờ teo rộng hơn. Mặc dù nhóm đĩa thị nghiêng có diện tích đĩa thị lớn hơn nhưng tỉ lệ lõm đĩa rộng hơn với diện tích viền thần kinh nhỏ hơn cùng lớp sợi thần kinh mỏng hơn so với mắt không có đĩa thị nghiêng. Các nghiên cứu khác còn chỉ ra đĩa thị nghiêng là phổ biến trong những mắt mà tổn thương thị trường phát triển và tiến triển. Do đó đĩa thị nghiêng thực sự là một khó khăn lớn cho chẩn đoán bệnh glôcôm.

IV. KẾT LUẬN

Các mắt glôcôm có cận thị nặng thường có tỷ lệ xoắn và nghiêng đĩa thị cao, độ xoắn xuống dưới và độ nghiêng lớn khả lớn. Đĩa thị xoắn và nghiêng làm ảnh hưởng tới khả năng đánh giá đầu thị thần kinh cũng như các tổn thương trên thị trường dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán và theo dõi bệnh glôcôm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Samarawickrama C, Mitchell P, Tong L, et al. (2011), Myopia-related optic disc and retinal changes in adolescent children from Singapore. *Ophthalmology*, 118:2050-7
2. Perera SA, Wong TY, Tay WT et al. (2010), Refractive error, axial dimensions, and primary open-angle glaucoma: the Singapore Malay Eye Study. *Arch Ophthalmol*, 128:900-905
3. Park HY, Lee K, Park CK. (2012), Optic disc torsion direction predicts the location of glaucomatous damage in normal-tension glaucoma patients with myopia. *Ophthalmology*, 119:1844-1851.
4. Sung MS, Kang YS, Heo H et al. (2016), Characteristics of Optic Disc Rotation in Myopic Eyes. *Ophthalmology*, 123(2), 400-7.
5. Park HY, Choi SI, Choi JA, Park CK. Disc Torsion and Vertical Disc Tilt Are Related to Subfoveal Scleral Thickness in Open-Angle Glaucoma Patients with Myopia. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2015 Jul;56(8):4927-35.
6. Tay E, Seah SK, Chan SP, et al. Optic disk ovality as an index of tilt and its relationship to myopia and perimetry. *Am J Ophthalmol* 2005; 139:247-252.

KHẢO SÁT CHỈ SỐ T (T-SCORE) CỦA MẬT ĐỘ XƯƠNG TẠI VỊ TRÍ CỔ XƯƠNG ĐÙI Ở BỆNH NHÂN PARKINSON

Võ Hồng Khôi*, Nguyễn Thị Bích Lệ*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy cổ xương đùi là biến cố thường gặp trong bệnh Parkinson, có thể liên quan đến loãng xương ở nhóm đối tượng này. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh Parkinson ở Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2016 đến tháng 8 năm 2017 nhằm hai mục tiêu: (1) Đánh giá chỉ số T (T-score) của mật độ xương tại vị trí cổ xương đùi ở bệnh nhân Parkinson. (2) Khảo sát mối liên quan giữa chỉ số T (T-score) của mật độ xương tại vị trí cổ xương đùi với tình trạng bệnh Parkinson. **Kết quả:** (1) Đánh giá chỉ số T (T-score) của mật độ xương tại vị trí cổ xương đùi ở bệnh nhân Parkinson: loãng xương và thiếu xương tại vị trí cổ xương đùi rất phổ biến ở bệnh nhân Parkinson: tỉ lệ loãng xương là 18,1%, tỉ lệ thiếu xương là 44,4%; chỉ có 37,5% bệnh nhân có mật độ xương trong giới hạn bình thường. (2) Khảo sát mối liên quan giữa chỉ số T (T-score) tại vị trí cổ xương đùi với tình trạng bệnh Parkinson: theo phân tích kiểm định tính độc lập, các yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ loãng xương tại cổ xương đùi là: tuổi trên 65 (OR = 7,59; 95% CI = 1,864 ± 30,919; p = 0,002), giới nữ (OR = 5,317; 95% CI = 1,083 ± 26,091; p = 0,026), thời gian mắc bệnh trên 2 năm (OR = 3,78, 95% CI = 1,04 ± 13,76; p = 0,035). Theo phân tích hồi quy tuyến tính đa biến: các cơ chế mất xương

theo tuổi là cơ chế chính dẫn đến loãng xương tại cổ xương đùi trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Kết luận:** Loãng xương và giảm thiểu xương khá phổ biến tại vị trí cổ xương đùi ở bệnh nhân Parkinson. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ loãng xương là tuổi cao, giới nữ, thời gian mắc bệnh dài. Trong đó, loãng xương theo tuổi đóng vai trò then chốt.

Từ khóa: chỉ số T-score, mật độ xương, bệnh Parkinson.

SUMMARY

SURVEY ON THE T-SCORE INDEX OF BONE DENSITY AT THE FEMORAL NECK IN PARKINSONIAN PATIENTS

Introduction: Femoral neck fracture is the common problem in Parkinson's disease. This problem could be related to the osteoporosis condition in these subjects. This descriptive cross-sectional study on 72 patients suffering from Parkinson's disease at Bach Mai hospital during the period from September 2016 to August 2017 deals with two objects: (1) To evaluate the T-score index of bone density at the femoral neck of Parkinsonian patients. (2) To survey the relationship between the T-score index of bone density at the femoral neck and the condition of the disease. **Results:** (1) To evaluate the T-score index of bone density at the femoral neck of Parkinsonian patients: at the femoral spine, osteoporosis and low bone mass were very common: the rate of osteoporosis was 18,1%, the rate of low bone mass was 44,4%, only 37,5% of the patients had bone density in the normal value. (2) To survey the relationship between the T-score index of bone density at the femoral neck and the condition of

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2018

Ngày duyệt bài: 12.3.2018

disease: there were some factors that influenced in the risk of osteoporosis at lumbar spine such as the age over 65 (OR = 7,59; 95% CI = 1,864 ± 30,919; p = 0,002), the gender female (OR = 5,317; 95% CI = 1,083 ± 26,091; p = 0,026), the disease duration over two years (OR = 3,78, 95% CI = 1,04 ± 13,76; p = 0,035). According to the multivariate linear regression bone loss is the main mechanism leading to osteoporosis at the femoral neck of patients. **Conclusion:** Osteoporosis and low bone mass are quite common at femoral neck in the Parkinsonian patients. There are some factors related to the risk of osteoporosis such as the age (older), the gender (female), the disease duration. Especially, the age-dependent osteoporosis plays an important role.

Key words: the T-score index, bone density, Parkinson's disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến cố ngã gãy xương thường gặp ở bệnh nhân Parkinson và vị trí hay gặp nhất là tại cổ xương đùi. Điều này có thể liên quan nhiều đến tình trạng loãng xương do tuổi và do người mắc bệnh Parkinson thường ít vận động và ít tham gia các hoạt động ngoài trời [1]. Ít vận động cơ thể dẫn đến việc mất chất xương trong khi ít tiếp xúc với ánh nắng mặt trời làm cơ thể thiếu vitamin D, chất cần thiết để xương vững chắc. Loãng xương ở bệnh Parkinson có thể liên quan với mức độ nghiêm trọng và thời gian của bệnh. Để đánh giá độ loãng xương người ta đo mật độ xương bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép. Mật độ xương theo chỉ số T (T-score) là tiêu chuẩn vàng để đánh giá tình trạng loãng xương và dự đoán gãy xương trên lâm sàng. Chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu: (1) Đánh giá chỉ số T (T-score) của mật độ xương tại vị trí cổ xương đùi ở bệnh nhân Parkinson. (2) Khảo sát mối liên quan giữa chỉ số T (T-score) của mật độ xương tại vị trí cổ xương đùi với tình trạng bệnh Parkinson.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu : 72 bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh Parkinson theo tiêu chuẩn của Ngân hàng Não Hội Parkinson Vương Quốc Anh (UKPDSBB/United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank) [2], từ tháng 9 năm 2016 đến tháng 8 năm 2017.

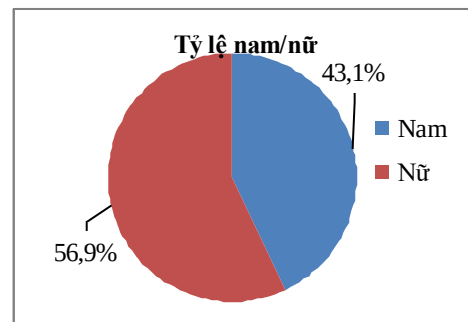
2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Tất cả bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu được thăm khám lâm sàng, chẩn đoán giai đoạn bệnh theo phân loại Hoehn và Yahr, đánh giá mức độ rối loạn vận động theo Thang điểm thống nhất đánh giá bệnh Parkinson (UPDRS), trong đó chủ yếu đánh giá các rối loạn vận động, đo mật độ xương tại vị trí cổ xương đùi bằng

phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép, sử dụng chỉ số T (T-score). Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1 Tuổi, giới: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62,08 ± 10,15 tuổi, trong đó tuổi thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 86 tuổi. Độ tuổi trung bình của nam là 59,81 ± 12,20 tuổi. Độ tuổi trung bình của nữ là 63,08 ± 8,01 tuổi.



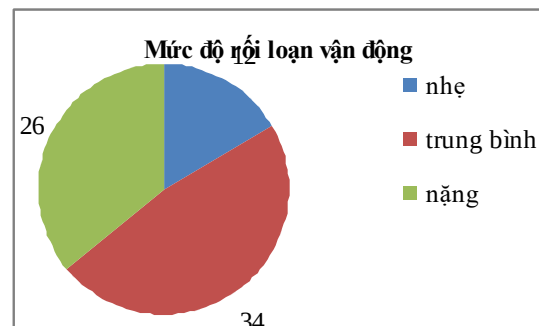
Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: số bệnh nhân nữ chiếm 56,9%, số bệnh nhân nam chiếm 43,1%.

3.1.2 Đặc điểm lâm sàng

- Trong số 72 bệnh nhân có 41 bệnh nhân mắc bệnh dưới 24 tháng, chiếm 56,9%; 31 bệnh nhân mắc bệnh từ 24 tháng trở lên, chiếm 43,1%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 30,22 ± 33,69 tháng. Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 2 tháng, dài nhất là 12 năm.

- Theo phân loại Hoehn và Yahr :72 bệnh nhân ở giai đoạn từ 1 đến 5: nhóm bệnh nhân ở giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3%. Nhóm ở giai đoạn 4 là 31,9%, giai đoạn 5 là 3,9%, giai đoạn 1 là 6,9%, giai đoạn 2 là 3,9%.



Biểu đồ 3.2: Phân bố mức độ rối loạn vận động của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: trong nhóm nghiên cứu, đa số là các bệnh nhân có mức độ rối loạn vận động trung bình là 34 bệnh nhân (47,22%), số có mức độ rối loạn

vận động nặng là 26 bệnh nhân (36,11%), còn lại là các bệnh nhân rối loạn vận động nhẹ.

3.1.3 Đặc điểm chỉ số T tại cổ xương đùi Tỷ lệ loãng xương

Bảng 3.1: Tỷ lệ loãng xương

Chỉ số T (T-score)	Cổ xương đùi	
	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ %
Bình thường (T-score > -1)	27	37,5
Giảm thiểu xương (-2,5 ≤ T-score < -1)	32	44,4

3.2.1. Môi trường quan của chỉ số T tại cổ xương đùi với tình trạng bệnh theo phân tích kiểm định tính độc lập

Bảng 3.2: Môi trường quan giữa chỉ số T cổ xương đùi với tình trạng bệnh

Yếu tố	Chỉ số T Cổ xương đùi	p	OR	CI
Tuổi	< 65	0,002	7,59	1,86 ± 30,92
	≥ 65			
Giới	Nam	0,026	5,32	1,08 ± 26,09
	Nữ			
Thời gian mắc bệnh	< 2 năm	0,035	3,78	1,04 ± 13,76
	≥ 2 năm			
Giai đoạn bệnh	1-2	0,83	0,85	0,2 ± 3,6
	3-5			
Mức độ rối loạn vận động	Nhẹ, vừa	0,12	2,59	0,76 ± 8,82
	Nặng			

Nhận xét: yếu tố tuổi, giới, thời gian mắc bệnh có ảnh hưởng đến mật độ xương tại cổ xương đùi: những bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên có nguy cơ loãng xương gấp 7,59 lần so với nhóm bệnh nhân dưới 65 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$); bệnh nhân nữ có nguy cơ loãng xương gấp 5,12 lần so với bệnh nhân nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); nhóm bệnh nhân mắc bệnh từ 2 năm trở lên có nguy cơ loãng xương gấp 3,78 lần so với nhóm bệnh nhân mắc bệnh dưới 2 năm sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$). Chưa ghi nhận được ảnh hưởng có ý nghĩa đến mật độ xương tại cổ xương đùi của các yếu tố: giai đoạn tiến triển của bệnh và mức độ rối loạn vận động.

Bảng 3.3: Môi trường quan giữa chỉ số T cổ xương đùi với tình trạng bệnh theo mô hình hồi quy đa biến.

Các yếu tố ảnh hưởng	B	β	SE	p	r
Thời gian mắc bệnh	- 0,007	- 0,192	0,004	0,107	0,192
Giai đoạn bệnh	- 0,14	- 0,133	0,125	0,266	0,133
Mức độ rối loạn vận động	- 0,262	- 0,158	0,195	0,184	0,158
Tuổi	- 0,027	- 0,137	0,013	0,045	0,237

Nhận xét: Phân tích theo mô hình hồi quy đa biến, chưa thấy mối tương quan tuyến tính có ý nghĩa thống kê của các yếu tố thời gian mắc bệnh, giai đoạn bệnh, mức độ rối loạn vận động đến mật độ xương tại cổ xương đùi. Yếu tố tuổi có mối tương quan tuyến tính nghịch biến với mật độ xương tại cổ xương đùi.

IV. BÀN LUẬN

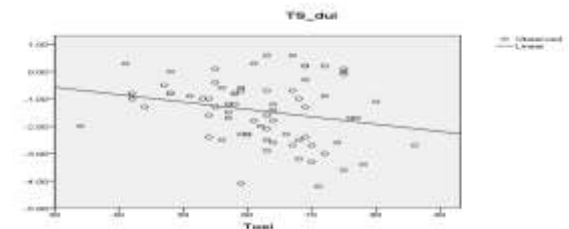
Trong nghiên cứu của chúng tôi có 72 bệnh nhân với tuổi trung bình là $62,08 \pm 10,15$ tuổi.

Loãng xương (T-score < -2,5)	13	18,1
Tổng	72	100

Nhận xét: loãng xương và thiếu xương tại vị trí cổ xương đùi rất phổ biến ở bệnh nhân Parkinson: tỉ lệ loãng xương là 18,1%, giảm thiểu xương là 44,4%; chỉ 37,5% bệnh nhân có mật độ xương trong giới hạn bình thường.

3.2 Đánh giá môi trường quan giữa giá trị T-score tại cổ xương đùi với tình trạng bệnh Parkinson.

3.2.2. Môi trường quan của chỉ số T tại cổ xương đùi với tình trạng bệnh theo phân tích hồi quy đa biến.



Biểu đồ 3.3: Môi trường quan giữa chỉ số T tại cổ xương đùi với tuổi.

Nhận xét: chỉ số T tại vị trí cổ xương đùi có mối tương quan tuyến tính nghịch biến với tuổi ($r = 0,237$).

Điều này phù hợp với đặc điểm của bệnh Parkinson là thường gặp ở người cao tuổi. Do bản chất bệnh là một bệnh thoái hóa tiến triển

nên thời gian mắc bệnh tương đối dài, trung bình là $30,22 \pm 33,69$ tháng. Theo phân loại Hoehn và Yahr 65,2% bệnh nhân ở giai đoạn 3 và 4, đa số có mức độ rối loạn vận động trung bình 34 bệnh nhân (47,22%), số có mức độ rối loạn vận động nặng là 26 bệnh nhân (36,11%), còn lại là các bệnh nhân có mức độ rối loạn vận động nhẹ. Những bệnh nhân ở mức độ rối loạn vận động nhẹ ít bị ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, các hoạt động vận động vẫn được duy trì. Trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là các bệnh nhân ở mức độ rối loạn vận động nặng và trung bình, rất khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày. Bệnh nhân của nhóm này phần lớn phải phụ thuộc trong sinh hoạt, nguy cơ ngã rất cao. Vì vậy, nghiên cứu này có thể đánh giá được phần nào sự ảnh hưởng của các rối loạn vận động đối với quá trình chuyển hóa xương và loãng xương.

Loãng xương và giảm thiểu xương rất phổ biến tại vị trí cổ xương đùi ở bệnh nhân Parkinson: tỷ lệ loãng xương là 18,1%, giảm thiểu xương là 44,4%; chỉ 37,5% số bệnh nhân có mật độ xương trong giới hạn bình thường. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Vũ Văn Lực [3]. Có thể có nhiều yếu tố dẫn đến kết quả này. Ở bệnh nhân Parkinson, các rối loạn vận động tiến triển nặng dần ảnh hưởng tới khả năng vận động khiến bệnh nhân hạn chế vận động, ít tham gia các hoạt động ngoài trời. Từ đó, ở bệnh nhân sẽ bị giảm tổng hợp vitamin D tại da, dẫn đến giảm hấp thu canxi tại ruột, làm cho loãng xương đến sớm và nặng nề hơn so với người bình thường. Loãng xương ở bệnh nhân Parkinson sẽ dẫn đến những hậu quả rất nặng có nguy cơ ngã rất cao. Theo Trần Văn Trung và cs, tỷ lệ tai nạn thương tích ở nhóm bệnh nhân Parkinson (47%) cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (8%) [5]. Như vậy, nguy cơ cao bị ngã kèm theo giảm mật độ xương tại cổ xương đùi làm cho tỷ lệ gãy xương tại cổ xương đùi tăng lên đáng kể ở nhóm bệnh nhân này và để lại những hậu quả hết sức nặng nề.

Tại vị trí cổ xương đùi, chúng tôi ghi nhận được sự ảnh hưởng rõ rệt của các yếu tố: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh đến nguy cơ loãng xương. Những bệnh nhân trên 65 tuổi trở lên có nguy cơ loãng xương gấp 7,59 lần so với nhóm bệnh nhân dưới 65 tuổi ($p < 0,01$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thị Khánh Hỷ [7], khi nghiên cứu nguy cơ loãng xương ở người cao tuổi cho kết quả: tuổi càng cao thì tỷ lệ loãng xương càng lớn. Bệnh nhân nữ có nguy cơ loãng xương gấp 5,12 lần so với bệnh nhân nam ($p < 0,05$). Torsney KM chứng minh bệnh nhân

Parkinson có nguy cơ loãng xương cao hơn so với người khỏe mạnh, và bệnh nhân nữ có nguy cơ cao hơn so với bệnh nhân nam. Những bệnh nhân này cũng có mật độ xương thấp hơn và có nguy cơ cao bị gãy xương. Nhóm bệnh nhân mắc bệnh trên 2 năm có nguy cơ loãng xương gấp 3,78 lần so với nhóm mắc bệnh dưới 2 năm ($p < 0,05$). Như vậy, thời gian mắc bệnh dài là một yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ loãng xương tại cổ xương đùi trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi. Thời gian mắc bệnh lâu hơn sẽ làm nặng nề hơn các rối loạn hấp thu canxi ở ruột, đồng thời bệnh nhân ít vận động hơn dẫn đến nguy cơ loãng xương cao hơn so với nhóm bệnh nhân còn lại.

Theo phân tích hồi quy tuyến tính đa biến, chúng tôi tìm thấy mối tương quan tuyến tính giữa mật độ xương tại cổ xương đùi với tuổi. Các yếu tố như thời gian mắc bệnh, giai đoạn tiến triển của bệnh và mức độ rối loạn vận động không có mối tương quan tuyến tính với mật độ xương tại cổ xương đùi. Như vậy, các cơ chế mất xương theo tuổi là cơ chế chính dẫn đến loãng xương tại cổ xương đùi trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Loãng xương và giảm thiểu xương khá phổ biến tại vị trí cổ xương đùi ở bệnh nhân Parkinson. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ loãng xương là tuổi cao, giới nữ, thời gian mắc bệnh dài trong đó, loãng xương theo tuổi đóng vai trò then chốt ở nhóm bệnh nhân Parkinson.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Malochet-Guinamand S., Durif F., Thomas T., *Parkinson's disease: A risk factor for osteoporosis*. Joint Bone Spine, 2015. **82** (6): p. 406-10.
2. Lê Đức Hình, *Bệnh Parkinson*. 2008: Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
3. Vũ Văn Lực, *Nghiên cứu mật độ xương và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân Parkinson điều trị tại Bệnh viện Lão khoa trung ương*. 2011.
4. Metta, V., Sanchez T. C., Padmakumar C., *Osteoporosis: A Hidden Nonmotor Face of Parkinson's Disease*. Int Rev Neurobiol, 2017. **134**: p. 877-890.
5. Trần Văn Trung, Lương Thúy Hiền, Nguyễn Ngô Quang, *Đặc điểm tai nạn thương tích của người cao tuổi mắc hội chứng / bệnh Parkinson tại một số quận của Hà Nội năm 2011*. tạp chí Y học dự phòng, 2017. **2826**: p. 140.
6. Mirelman, A., et al., *Fall risk and gait in Parkinson's disease: the role of the LRRK2 G2019S mutation*. Mov Disord, 2013. **28** (12): p. 1683-90.
7. Đỗ Thị Khánh Hỷ, *Một số yếu tố liên quan gây loãng xương ở người cao tuổi*. Nghiên cứu Y Học, 2007. **53**(5): p. 144-149.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 464 - THÁNG 3 - SỐ 2 - 2018

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o2 - MARCH - 2018

1. **Nghiên cứu vai trò của CLVT trong đánh giá xâm lấn và di căn của u sau phúc mạc thường gặp ở trẻ em** 1
Role of CT in detection the invasion and metastasis of primary retroperitoneal neoplasms in children

Huỳnh Quang Huy
2. **Đặc điểm tai nạn thương tích ở bệnh nhân khám và điều trị tại Bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên** 4
Characteristics of the injury in patients at Thai Nguyen province Hospital C

Trịnh Xuân Đàn, Hà Xuân Sơn, Nguyễn Việt Quang
3. **Nghiên cứu thực trạng rác thải và xử lý rác thải tại tỉnh Gia Lai năm 2014** 7
Study the status of waste and waste disposal in Gia Lai province in 2014

Nguyễn Ngọc Toàn
4. **Phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc do viêm ruột thừa ở trẻ em tại Bệnh Viện Việt Đức** 11
Laparoscopic surgery of peritoneal appendicitis in children

Nguyễn Việt Hoa, Nguyễn Việt Đức
5. **Đánh giá kết quả bước đầu kỹ thuật dẫn lưu nang giả tụy dưới hướng dẫn siêu âm nội soi** 15
The preliminary results of eus - guided pancreatic pseudocyst drainage

Ngô Phương Minh Thuận, Dương Minh Thắng
6. **Thực trạng hình thái, thể lực cộng đồng người trưởng thành các dân tộc Tây Nguyên năm 2015** 19
The status of anthropometric, physical strength of adults in the central highlands ethnic group in 2015

Nguyễn Văn Ba, Nguyễn Minh Tâm, Thiệu Ban Trang, Nguyễn Minh Tùng
7. **Nghiên cứu mật độ khoáng của xương, tỷ lệ loãng xương bằng phương pháp dexe và các yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ trên 40 tuổi** 24
Study on bone mineral density, osteoporosis rate by dexe method and osteoporosis risk factors of women over 40 years

Thái Viết Tạng, Đoàn Văn Đệ
8. **Kiến thức và thực hành phòng chống bệnh của người bệnh đái tháo đường tuýp 2 điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình** 27
Knowledge and practice to prevention diatetes among patients treated at Ninh Binh General Hospital

Trần Thị Phương, Nguyễn Thị Hiền, Lê Đức Cường
9. **Đặc điểm rối loạn lipid máu ở người trưởng thành đến khám tại khoa khám bệnh Bệnh viện Đa khoa huyện Thanh Chương, Nghệ An** 31
Lipid blood disorders in adult treatment of hospital diseases in Thanh Chuong Hospital, Nghệ An province

Ninh Thị Nhung, Hoàng Năng Trọng, Nguyễn Thịnh Khuyên, Phạm Thị Tĩnh, Phạm Thị Dung
10. **Đánh giá ảnh hưởng trên hô hấp, tuần hoàn và các tác dụng không mong muốn khác của giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển với morphin tĩnh mạch sau mổ tim hở** 35
Evaluation the effects on respiratory, on cardiovascular of methods of patient controlled analgesia (PCA) with morphine iv on post operative open heart surgery

Nguyễn Đức Lam
11. **Kết quả đốt nhân giáp lành tính bằng sóng cao tần** 39
Results of radiofrequency ablation (RFA) for benign thyroid nodules

Huỳnh Quang Khánh, Vũ Hữu Vĩnh, Bùi Thị Hương Giang, Trần Thị Kim Phượng, Phạm Thanh Hải, Lê Thị Cương Khanh, Lê Thị Thơm, Phan Bích Ngọc, Nguyễn Văn Khôi
12. **Hệ quả nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Nhi** 44
Outcome of nosocomial infections in pediatric intensive care unit

Hà Mạnh Tuấn

13. **Thực trạng thực hiện kỹ thuật điều dưỡng chuyên ngành nội và hồi sức cấp cứu nhi tại các bệnh viện huyện tỉnh Bắc Giang** 46
Implementation of internal medicine and intensive care nursing techniques at district hospitals in Bac Giang province
Nguyễn Thị Hoài Thu, Đặng Thị Luyến
14. **Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật phình to niệu quản nguyên phát ở trẻ em tại Bệnh viện Việt Đức** 51
Surgical treatment of primary megaureter in children in Viet Duc Hospital
Trần Đức Tâm, Nguyễn Việt Hoa
15. **Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình** 54
Nutrition status of patients treated at Thai Binh General Hospital
Trần Khánh Thu, Phạm Thị Dung, Phạm Thị Tĩnh
16. **Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính 320 lát cắt trong chẩn đoán viêm tụy cấp** 58
A study images value of 320-slice ct scanner in diagnosis of acute pancreatitis
Dương Minh Thắng, Hoàng Mạnh Vững
17. **Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong trên bệnh nhân nhồi máu não trong bốn tuần đầu** 63
Prognostic factors of mortality in ischemic stroke patients within the first four weeks
Võ Hồng Khôi, Chu Bá Chung, Trương Tuấn Anh
18. **Sử dụng laser quang động điều trị tân mạch dưới võng mạc trong bệnh thoái hóa hoàng điểm tuổi già** 67
One year - results of photodynamic therapy in age related macular degeneraton
Bùi Thị vân Anh, Nguyễn Thị Thu Hiền
19. **Nghiên cứu tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác của gây tê tủy sống bằng ropivacain + fentanyl trong mổ cắt tử cung hoàn toàn đường bụng** 71
Research the effects on cardiovascular, on respiratory and other side effects of ropivacaine + fentanyl in spinal anesthesia for total abdominal hysterectomy
Nguyễn Đức Lam, Bùi Thị Bích Ngọc
20. **Thực trạng và nhu cầu đào tạo của nhân viên y tế xã về truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh không lây nhiễm tại huyện Lục Nam tỉnh Bắc Giang** 74
Current status and training needs of commune health workers on health education and communication for non-communicable disease prevention in Luc Nam distric, Bac Giang province
Nguyễn Thị Hiền, Lê Đức Cường, Nguyễn Hà My
21. **Vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Nhi** 79
Causes and antibiotic resistance pattern of bacteria causing nosocomial infections in pediatric intensive care unit
Hà Mạnh Tuấn
22. **Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm (FIGO IA, IB) tại Bệnh viện K** 83
Laparoscopic surgery for treatment of early stage endometrial cancer FIGO IA-IB in K Hospital
Lê Trí Chính, Phạm Văn Bình
23. **Thực trạng điều kiện vệ sinh cơ sở các bếp ăn tập thể của các trường mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La** 86
The status of basic hygienic condition of collective kitchens at the preschool in Son La City
Lù Thị Hoa, Phạm Thị Dung, Phạm Thị Tĩnh
24. **Kết quả điều trị vi phẫu thuật vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ** 90
Outcome of microsurgical treatment of ruptured aneurysms from the internal carotid artery
Đặng Việt Sơn, Nguyễn Thế Hào, Võ Hồng Khôi
25. **Giải trình tự nucleotide vùng siêu biến trên hệ gen ty thể ứng dụng trong giám định hài cốt** 95
Identification of human remain by nucleotide sequencing of tmitochondrial hypervariable regions
Đinh Thị Lan, Hà Hữu Hảo, Lê Tuấn Anh, Chu Thị Thủy, Nguyễn Thị Phương Liên, Nguyễn Đức Như, Trần Thị Diệp, Hoàng Thái Thanh
26. **Xác định nhu cầu nhân lực bác sỹ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2016** 100
Determine the medical doctor requirement at clinical departments of Thanh Hoa general Hospital 2016
Nguyễn Thị Hoài Thu, Phạm Văn Tác

27. **Nghiên cứu gánh nặng chăm sóc người bệnh sau đột quỵ não tại gia đình ở tỉnh Nam Định năm 2016** 104
Research on caregiver burden of patients after stroke at home in Nam Dinh province in 2016
Nguyễn Thành Trung, Trương Tuấn Anh, Võ Hồng Khôi
28. **Nghiên cứu tác dụng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác của dung dịch voluven 6% trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai** 107
Research the effects on cardiovascular, on respiration and other sides effects of voluven 6% in spinal anesthesia for caesarean section
Nguyễn Đức Lam, Nguyễn Văn Trà
29. **Nghiên cứu giá trị của HE4 và ROMA trong dự báo ác tính khối u buồng trứng** 111
The value of HE4 and ROMA in predicting malignant ovarian tumors
Đỗ Văn Tâm, Nguyễn Vũ Quốc Huy
30. **Đánh giá kết quả điều trị bệnh tắc tá tràng bẩm sinh tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2010 – 2015** 116
Evaluating the result of surgical treatment for congenital duodenal obstruction in children in Viet Duc Hospital from 2010 to 2015
Nguyễn Việt Hoa, Vũ Hồng Tuấn
31. **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ lấy đờm tác động và một số yếu tố ảnh hưởng tới khả năng tìm thấy vi khuẩn bằng kỹ thuật gen xpert MTB/RIF, MGIT ở bệnh nhân lao phổi AFB (-) nhiễm HIV** 120
Clinical, laboratory test, proportion of induced sputum and relating factors to finding *m. tuberculosis* by gen xpert MTB/RIF, MGIT in smear AFB (-) pulmonary tuberculosis patient living with HIV
Nguyễn Kim Cương, LêBAT Tân, Nguyễn Mạnh Thế, Nguyễn Đình Tuấn
32. **Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ** 124
Clinical characteristics and imaging of ruptured aneurysm in intracranial segment of internal carotid artery
Đặng Việt Sơn, Võ Hồng Khôi, Nguyễn Thế Hào
33. **Kiến thức về tình dục an toàn của sinh viên trường cao đẳng nghề công nghệ Việt – Hàn, tỉnh Bắc Giang, năm 2017** 128
Knowledge on sexual safety of student in Viet Nam - South Korea college of technology in Bac Giang province in 2017
Nguyễn Lan Anh, Nguyễn Đăng Vững, Nguyễn Trọng Đức
34. **Nghiên cứu kết quả điều trị bằng phác đồ 2SHRZ/4RHE ở người cao tuổi mắc lao phổi mới AFB (+) tại Bệnh viện 74 Trung ương** 131
Research results of treatment by 2SHRZ/4RHE of new lung tuberculosis AFB (+) in the elderly at Hospital 74 Center
Đặng Văn Khoa, Dương Văn Hải
35. **Hiệu quả giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển đường tĩnh mạch bằng morphin sau phẫu thuật lồng ngực** 136
Afficacy of intravenous patient controlled analgesia with morphin after thoracic surgery
Nguyễn Trung Kiên, Ngô Văn Định, Nguyễn Mạnh Cường, Nguyễn Trường Giang
36. **Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi 3D điều trị ung thư đại tràng trái tại Bệnh viện K** 140
Study on 3D laparoscopic surgery for treatment of left colon cancer at K Hospital
Phạm Văn Bình, Phan hữu Huỳnh
37. **Nghiên cứu thực trạng phát hiện lao phổi tại tỉnh Nam Định (2009-2013)** 143
Research on the status of pulmonary tuberculosis detection in Nam Dinh province (2009-2013)
Nguyễn Đình Tuấn, Nguyễn Việt Nhung, Nguyễn Kim Cương, Lê Văn Bảo
38. **Đặc điểm xoắn và nghiêng đĩa thị trên mắt cận thị nặng kết hợp glôcôm góc mở** 146
Characteristics of optic disc tilted and rotation in primary open angle glaucoma combine high myopic eyes
Bùi Thị Vân Anh, Bùi Thị Diệu
39. **Khảo sát chỉ số T (T-score) của mật độ xương tại vị trí cổ xương đùi ở bệnh nhân parkinson** 150
Survey on the t-score index of bone density at the femoral neck in parkinsonian patients
Võ Hồng Khôi, Nguyễn Thị Bích Lệ